

# Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg

## Abschlussbericht



Investition in Ihre Zukunft!



Die Broschüre wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) und des Landes Brandenburg finanziert.

**ZAB ZukunftsAgentur  
Brandenburg GmbH**  
Steinstraße 104 – 106  
14480 Potsdam  
Tel.: +49 331 6 60 – 3000  
Fax: +49 331 6 60 – 3840  
E-Mail: [info@zab-brandenburg.de](mailto:info@zab-brandenburg.de)  
[www.zab-brandenburg.de](http://www.zab-brandenburg.de)

**Berlin Partner für Wirtschaft  
und Technologie GmbH**  
Fasanenstraße 85  
10623 Berlin  
Tel.: +49 30 39980 – 0  
Fax: +49 30 39980 – 239  
E-Mail: [info@berlin-partner.de](mailto:info@berlin-partner.de)  
[www.berlin-partner.de](http://www.berlin-partner.de)



Die Studie wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg gefördert.  
Europäischer Sozialfonds –  
Investitionen in Ihre Zukunft

# Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg

## Abschlussbericht

### **Verfasser des Berichts:**

Carsten Welker (Institut SÖSTRA)

Gregor Holst (IMU Institut)

Carsten Kampe (ZAB Brandenburg)

Udo Papies (Institut SÖSTRA)

Frank Schiemann (Institut SÖSTRA)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
0 Das Wichtigste in Kürze.....	6
1 Gegenstand und Methode .....	9
2 Die Ergebnisse der Untersuchung in der Gesamtschau.....	12
2.1 Fachkräftenachfrage – Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft .....	13
2.2 Arbeitskräfteangebot .....	17
2.2.1 Arbeitssuchende in den Gesundheitsfachberufen.....	17
2.2.2 Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen – Fachkräfte bilden .....	18
2.2.3 Fachkräfte gewinnen und halten.....	27
2.3 Sofortmaßnahmen und Unterstützungsbedarf.....	32
2.4 Entwicklungsprognosen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft .....	37
2.5 Zusammenfassend.....	44
2.6 Handlungsempfehlungen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft .....	47
2.6.1 Öffentlichkeitsarbeit.....	47
2.6.2 Personaleinsatz.....	48
2.6.3 Aus- und Weiterbildung .....	51
2.6.4 Strukturen und Vernetzung.....	54
3 Beschäftigungssituation und -entwicklung in den Berufen: Einleitende Bemerkungen .....	58
3.1 Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger.....	59
3.1.1 Der Beruf auf einen Blick.....	59
3.1.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	61
3.1.3 Arbeitskräfteangebot .....	68
3.1.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	73
3.1.5 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	79
3.2 Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer .....	83
3.2.1 Der Beruf auf einen Blick.....	83
3.2.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	85
3.2.3 Arbeitskräfteangebot .....	91
3.2.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage .....	96
3.2.5 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	101
3.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger .....	102
3.3.1 Der Beruf auf einen Blick:.....	102

3.3.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	104
3.3.3	Arbeitskräfteangebot .....	111
3.3.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	117
3.3.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	120
3.4	Altenpflegerin und -pfleger .....	121
3.4.1	Der Beruf auf einen Blick:.....	121
3.4.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	123
3.4.3	Arbeitskräfteangebot .....	130
3.4.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	136
3.4.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	140
3.5	Pflegehilfskräfte .....	141
3.5.1	Die Tätigkeiten der Pflegehilfskräfte im Überblick:.....	141
3.5.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	143
3.5.3	Arbeitskräfteangebot .....	152
3.5.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage .....	158
3.5.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	161
3.6	Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistentin und -assistent.....	164
3.6.1	Der Beruf auf einen Blick:.....	164
3.6.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	166
3.6.3	Arbeitskräfteangebot .....	172
3.6.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	177
3.6.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	181
3.7	Medizinisch-technische/r Radiologieassistentin und -assistent .....	183
3.7.1	Der Beruf auf einen Blick:.....	183
3.7.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	185
3.7.3	Arbeitskräfteangebot .....	191
3.7.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	195
3.7.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	199
3.8	Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik .....	200
3.8.1	Der Beruf auf einen Blick:.....	200
3.8.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	201
3.8.3	Arbeitskräfteangebot .....	206
3.8.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	209
3.8.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	211
3.9	Hebammen und Entbindungspfleger .....	212

3.9.1	Der Beruf auf einen Blick:.....	212
3.9.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur.....	214
3.9.3	Arbeitskräfteangebot .....	220
3.9.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	225
3.9.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	228
3.10	Physiotherapeutin und -therapeut.....	229
3.10.1	Der Beruf auf einen Blick: .....	229
3.10.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur .....	231
3.10.3	Arbeitskräfteangebot .....	238
3.10.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	244
3.10.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	249
3.11	Ergotherapeutinnen und -therapeuten.....	251
3.11.1	Der Beruf auf einen Blick: .....	251
3.11.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur .....	253
3.11.3	Arbeitskräfteangebot .....	260
3.11.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	267
3.11.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	272
3.12	Logopädinnen und Logopäden.....	274
3.12.1	Der Beruf auf einen Blick: .....	274
3.12.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur .....	276
3.12.3	Arbeitskräfteangebot .....	283
3.12.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	289
3.12.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	294
3.13	Podologin und Podologe .....	296
3.13.1	Der Beruf auf einen Blick: .....	296
3.13.2	Beschäftigungsentwicklung und -struktur .....	298
3.13.3	Arbeitskräfteangebot .....	303
3.13.4	Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage .....	309
3.13.5	Berufsspezifische Handlungsempfehlungen .....	310
4	Schlusswort .....	312
5	Anhang .....	316
5.1	Tabellenverzeichnis .....	316
5.2	Abbildungsverzeichnis.....	323
5.3	Literaturverzeichnis.....	326

## 0 Das Wichtigste in Kürze

### *Fachkräftesituation*

- Die Beschäftigungsentwicklung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen sowie Helfertätigkeiten ist durch ein überdurchschnittliches Wachstum gekennzeichnet. Dieses Wachstum führt auf der einen Seite zu hohen Beschäftigungschancen. Auf der anderen Seite wächst für die Einrichtungen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft die Herausforderung, entstehende Fachkräftebedarfe zu befriedigen.
- Die aktuelle Fachkräftesituation in den untersuchten Gesundheitsfachberufen sowie Helfertätigkeiten ist ambivalent: In einigen Berufen wie der Altenpflege oder einigen Therapieberufen sind bereits Fachkräfteengpässe zu beobachten. In anderen Berufen wie in der Gesundheits- und Krankenpflege oder den medizinisch-technischen Assistenzberufen ist das Fachkräfteangebot noch ausreichend. Engpässe werden hier in den nächsten fünf bis sieben Jahren erwartet.
- Die Projektion des künftigen Arbeits- und Fachkräftebedarfs bestätigt die Einschätzung, dass in nahezu allen untersuchten Gesundheitsfachberufen und in den Helfertätigkeiten Fachkräfteengpässe zu erwarten sind. Diese werden in Brandenburg höher ausfallen als in Berlin.
- Um die Herausforderungen der Fachkräftesicherung bewältigen zu können, haben die befragten Einrichtungen vor allem in zwei Richtungen Unterstützungsbedarf geäußert: Zum einen muss die Vergütungssituation medizinischer und pflegerischer Leistungen verbessert werden. Im wachsenden Konkurrenzkampf um Fachkräfte und Auszubildende wird man nur bestehen können, wenn die erbrachten Leistungen auch auskömmlich vergütet werden. Angemessene Löhne werden darüber hinaus als entscheidender Aspekt für die Aufwertung der Berufe und eine Steigerung ihres Images angesehen. Zum anderen wurden verbesserte Rahmenbedingungen für die berufliche Fort- und Weiterbildung angemahnt. Gefragt sind Unterstützungsangebote zur Finanzierung von Bildungsmaßnahmen und zur Kompensation von weiterbildungsbedingten Ausfallzeiten.

### *Fachkräfte bilden*

- Während die Ausbildungszahlen in den letzten Jahren in Berlin deutlich gestiegen sind, stagnieren sie in Brandenburg. Mit Blick auf den starken Rückgang an jungen Menschen in Brandenburg – der dem demografischen Wandel geschuldet ist – kann die Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg dennoch als Erfolgsgeschichte gewertet werden. Aufgrund des steigenden Fachkräftebedarfs haben bestimmte Bereiche vor allem der Brandenburger Gesundheitswirtschaft trotzdem Probleme bei der Besetzung von Ausbildungsstellen.
- Fort- und Weiterbildungen haben in den Einrichtungen einen hohen Stellenwert. Dies zeigt sich an der Zahl der Beschäftigten, die an solchen Maßnahmen teilnehmen. Auch die Beschäftigten nehmen ihrer beruflichen Fort- und Weiterbildung ernst. Dies lässt sich daraus ableiten, dass sie die Kosten solcher Maßnahmen zum Teil selbst tragen und sie auch in ihrer Freizeit daran teilnehmen. Da sich diese Befunde in starkem Maße bei Praxen zeigen, könnte es auch sein, dass die Praxen nicht immer willens und/oder in der Lage sind, ihren Beschäftigten eine Fort- und Weiterbildung vollumfänglich und während der Arbeitszeit zu finanzieren.

- Die Mehrzahl der Einrichtungen erachtet den Einsatz akademisch ausgebildeter Fachkräfte als wünschenswert. Derartige Beschäftigte sind bisher jedoch eher selten anzutreffen. Einer weiteren Verbreitung akademischer Fachkräfte steht etwa entgegen, dass in bestimmten Bereichen (bspw. der Pflege) unklar ist, mit welchen Kompetenzen diese Personen eingesetzt werden können und wie sie zu vergüten sind. Derzeit wird in Berlin akademisch ausgebildetes Personal – unabhängig vom Einrichtungstyp – häufiger beschäftigt als in Brandenburg. Gründe für diesen Unterschied könnten darin liegen, dass es in Berlin vielfältigerer Studienmöglichkeiten gibt und aufgrund der Ballung von Versorgungsstrukturen sich eher differenzierte Tätigkeitszuschnitte herausbilden.

### *Fachkräfte halten*

- Der Wechsel von Beschäftigten in einen anderen Betrieb oder auch einen anderen Beruf ist ein häufig unterschätzter Faktor im Hinblick auf zukünftige Fachkräftebedarfe. In einzelnen Berufen (bspw. der Altenpflege) fällt der fluktuationsbedingte Fachkräftebedarf höher aus als der durch Renteneintritte bedingte Ersatzbedarf. In bestimmten Bereichen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft dürfte daher die Frage, wie es gelingen kann, Fachkräfte länger an den Betrieb und den Beruf zu binden, von entscheidender Bedeutung für die Lösung der sich abzeichnenden Herausforderungen der Fachkräftesicherung sein.
- Bei der Einschätzung unterschiedlicher Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in den Einrichtungen gibt es kaum Unterschiede bei der Bewertung der jeweiligen Wirksamkeit. Festzustellen ist, dass die Einrichtungen eine breite Palette an Aktivitäten umsetzen. Deutlich wird, dass die Bindung der Beschäftigten generell wirksamer bewertet wird als die Gewinnung neuer Beschäftigter.
- Die Teilzeitquoten in den untersuchten Berufen sind hoch. Ein möglicher Weg zur Abmilderung von Fachkräfteengpässen liegt in der Erhöhung der Vollzeitbeschäftigung. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass dies nur auf Basis innovativer Beschäftigungskonzepte möglich ist: Viele Beschäftigte in den Gesundheitsfachberufen äußern den Wunsch, ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Die Einrichtungen wiederum sehen es als ein wesentliches Mittel der Fachkräftebindung an, ihren Beschäftigten bei der Arbeitszeitgestaltung entgegen zu kommen. Hier sind Beispiele guter Praxis nötig, die zeigen, wie der Widerspruch zwischen Fachkräftebedarf und aktuellem Beschäftigungsinteresse aufgelöst werden kann.
- 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 überdurchschnittlich gut bewertet. 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.

### *Fachkräfte gewinnen*

- Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Nutzung des vorhandenen Arbeits- und Fachkräftepotenzials des Arbeitsmarktes. Dieser Möglichkeit sind jedoch bereits heute Grenzen gesetzt: So sind die Arbeitslosenzahlen in den Gesundheitsfachberufen in den letzten Jahren zum Teil rapide gesunken. Nur in den Helfertätigkeiten gibt es rein quantitativ gesehen

noch beachtliche Reserven. Gleichwohl zeigen sich auch hier – eher qualitative – Probleme, diese Klientel für die Gesundheitswirtschaft aufzuschließen.

- (Auch) in der Gesundheitswirtschaft ist Berlin-Brandenburg als eine Arbeitsmarktregion mit hohen Pendlerverflechtungen zu begreifen. Während in den Therapieberufen der Anteil von Aus- und Einpendlern an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg etwa gleich hoch ist, ist in den Pflege- und Assistenzberufen eine sehr deutliche Sogwirkung Berlins erkennbar. Begründet ist diese Sogwirkung u. a. in Lohnunterschieden (deren Relevanz jedoch nicht überschätzt werden sollte), in der Ballung von Versorgungsstrukturen und damit einhergehend in den zahlreichen Arbeits- und Einsatzmöglichkeiten innerhalb der Berliner Versorgungsstrukturen.
- Die befragten Gesundheitseinrichtungen gehen unterschiedliche Wege bei der Gewinnung neuer Beschäftigter. Bei der Bewertung der Wirksamkeit dieser Wege zeigen sich relevante Unterschiede. Unabhängig von Einrichtungstyp und Bundesland wird die Übernahme von Auszubildenden als wirksamste, die Vermittlung durch Arbeitsagenturen und Jobcenter als unwirksamste Maßnahme eingeschätzt.

### *Zentrales Ergebnis*

- Es lässt sich festhalten, dass die Herausforderungen der Fachkräftesicherung in den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen nur gelöst werden können, wenn eine breit angelegte Steigerung der Attraktivität dieser Berufe gelingt. Damit Jugendliche vor dem Hintergrund zunehmender Fachkräfteengpässe in zahlreichen Berufen und Berufsfeldern die Beschäftigung in Gesundheitsfachberufen als eine Option für ihre künftige Lebensplanung in den Blick nehmen, sind die Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnisse in diesen Berufen umfassend zu verbessern. Dies betrifft die unmittelbaren Tätigkeitszuschnitte und betrieblichen Organisationsformen ebenso wie die beruflichen Entwicklungschancen und nicht zuletzt auch eine angemessene Entlohnung für die in diesen Berufen geleistete Arbeit.



# 1 Gegenstand 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.<sup>1</sup> 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)
- 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

---

<sup>1</sup> 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. 14/15)

- 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.

### **Method**

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.<sup>2</sup> Hierbei wurde auf die größtmögliche Differenzierungstiefe (den sog. 5-Steller) zurückgegriffen.<sup>3</sup> 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 Projektion 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.

---

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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 (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%
<b>GESAMT</b>	<b>7.765</b>	<b>1.268</b>	<b>16,3%</b>

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

<sup>4</sup> Befragt wurden Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Hospize, Labore und Praxen sowie Selbständige. 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.

<sup>5</sup> 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.

## 2 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<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup> Strukturelle Veränderungen in der Versorgungs- und Pflegelandschaft, bspw. die Leistungsabrechnung nach dem DRG-System<sup>8</sup> oder der Personalabbau in den Krankenhäusern, haben zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung geführt. Die gesetzlichen Regelungen der letzten Jahre<sup>9</sup> haben schließlich dazu geführt, dass sich Zuständigkeiten für Aufgaben und Phasen der medizinischen und pflegerischen Versorgung verändert haben. 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.<sup>10</sup> 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

---

<sup>6</sup> „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//leitlinien.html>, am 07.01.2015

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

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

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

<sup>10</sup> 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.

Bevölkerungsgruppen die der jüngeren deutlich. Es ist sehr 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.

## 2.1 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.

**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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>128.268</b>	<b>129.410</b>	<b>130.767</b>	<b>132.954</b>	<b>133.560</b>	<b>133.910</b>

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.

**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	
		Frauen	Teilzeit
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	51.195	85,4	37,1
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	13.397	77,3	58,7
Gesundheits- und Kinder-krankenpfleger/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
<b>Gesamt</b>	<b>129.410</b>	<b>81,9</b>	<b>45,1</b>

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.<sup>11</sup> 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**).

<sup>11</sup> Beispielsweise ist dies in der Altenpflege der Fall. Nähere Angaben im dritten Kapitel

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

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: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin**

Berlin	Gesamt		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
	<b>Saldo</b>	<b>2.624</b>	<b>1.854</b>	<b>98</b>	<b>116</b>	<b>120</b>	<b>436</b>
Gesundh.- und Krankenpfl., inkl. Geburtsh.	Auspendler	1.463	1.012	12	55	11	373
	Einpendler	9.381	7.252	151	209	222	1.547
	<b>Saldo</b>	<b>7.918</b>	<b>6.240</b>	<b>139</b>	<b>154</b>	<b>211</b>	<b>1.174</b>
Medizinisches Laboratorium	Auspendler	237	117	4	8	8	100
	Einpendler	1.334	1.204	10	21	12	87
	<b>Saldo</b>	<b>1.097</b>	<b>1.087</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>-13</b>
Therapieberufe	Auspendler	730	601	13	9	1	106
	Einpendler	1.326	1.130	24	31	23	118
	<b>Saldo</b>	<b>596</b>	<b>529</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>12</b>
<b>Berlin gesamt</b>	Auspendler	3.021	2.116	35	81	27	762
	Einpendler	15.256	11.826	289	386	384	2.371
	<b>Saldo</b>	<b>12.235</b>	<b>9.710</b>	<b>254</b>	<b>305</b>	<b>357</b>	<b>1.609</b>

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

**Tabelle 6: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg**

Brandenburg	Gesamt		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
	<b>Saldo</b>	<b>-2.082</b>	<b>-1.854</b>	<b>-63</b>	<b>-77</b>	<b>42</b>	<b>-130</b>
Gesundh.- und Krankenpfl., inkl. Geburtsh.	Auspendler	8.520	7.252	230	323	85	630
	Einpendler	1.661	1.012	103	261	225	60
	<b>Saldo</b>	<b>-6.859</b>	<b>-6.240</b>	<b>-127</b>	<b>-62</b>	<b>140</b>	<b>-570</b>
Medizinisches Laboratorium	Auspendler	1.311	1.204	20	34	8	45
	Einpendler	234	117	30	29	45	13
	<b>Saldo</b>	<b>-1.077</b>	<b>-1.087</b>	<b>10</b>	<b>-5</b>	<b>37</b>	<b>-32</b>
Therapieberufe	Auspendler	1.368	1.130	56	86	26	70
	Einpendler	931	601	38	123	129	40
	<b>Saldo</b>	<b>-437</b>	<b>-529</b>	<b>-18</b>	<b>37</b>	<b>103</b>	<b>-30</b>
<b>Brandenburg gesamt</b>	Auspendler	13.938	11.826	422	622	166	902
	Einpendler	3.483	2.116	224	515	488	140
	<b>Saldo</b>	<b>-10.455</b>	<b>-9.710</b>	<b>-198</b>	<b>-107</b>	<b>322</b>	<b>-762</b>

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen



## 2.2 Arbeitskräfteangebot

### 2.2.1 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,<sup>12</sup> 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 arbeitslose Personen in den letzten Jahren verstärkt auf Hilfstätigkeiten in der Altenpflege hin orientiert haben, da dort kurz-, mittel- und langfristig Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen. Dennoch zeigen sich auch hier Probleme, bei der Besetzung vakanter Stellen. Unter Umständen begründet sich das in der oftmals eingeschränkten Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Pflegehilfskräfte.<sup>13</sup> 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

<sup>12</sup> Dies ist auch eine bundesweit zu beobachtende Entwicklung.

<sup>13</sup> 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.

	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

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.

## 2.2.2 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 Altenpflegesschulen. In Berlin fällt an den privaten Altenpflegesschulen 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 Kinder-krankenpfleger/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. Labor-atoriumsassistent/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 <sup>14</sup>
Ergotherapeut/in	kostenfrei / schulgeldpflichtig	Kostenfrei
Logopädin bzw. Logopäde	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig <sup>15</sup>
Podologin bzw. Podologe	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig <sup>16</sup>

\*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, hat die Bundesagentur für Arbeit in der Neufassung des Altenpflegegesetzes von 2013<sup>17</sup> durchgesetzt, dass ungelernete 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.<sup>18</sup> 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 Abmilderung des Fachkräftebedarfs bildet.

Im Kontext der Weiterentwicklung von Ausbildungsstrukturen sind auch Ergebnisse der Bund-Länder-AG „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ zu berücksichtigen.<sup>19</sup> 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 Krankenhausesektor. Auf der andern 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

<sup>14</sup> Kostenfrei sind diejenigen Plätze, die über das Krankenhausfinanzierungsgesetz finanziert werden.

<sup>15</sup> Aktuell existiert keine Klasse

<sup>16</sup> Aktuell existiert keine Klasse

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Gemäß § 71 SGB XI.

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

17 Ausbildungsgängen bundesrechtlich geregelter Gesundheitsfachberufe zwischen den Jahren 2007/2008 und 2011/2012 um 5,9 Prozent.<sup>20</sup> 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<sup>21</sup>. 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**).

**Tabelle 9: Entwicklung der Ausbildungszahlen in den untersuchten beruflichen Tätigkeiten**

Beruf / Tätigkeit	Jahr	Entwicklung der Ausbildungszahlen 2006/2007 - 2012/2013 <sup>22</sup>					
		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. Laboratoriumsassistent/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			
<b>Gesamt</b>	2007	<b>155.857</b>	<b>+8,2</b>	<b>6.545</b>	<b>+12,7</b>	<b>4.484</b>	<b>-2,3</b>
	2013	<b>168.663</b>		<b>7.374</b>		<b>4.380</b>	

Quellen: Zöllner 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

<sup>20</sup> Vgl. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Bei den Angaben handelt es sich um Stichtagsangaben zum 30.11.2006 und 30.11.2012

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. Ein Grund dafür ist der Wegfall der Finanzierung von Umschulungen für diese Berufe.

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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup> Einzig bei Hebammen bzw. Entbindungspflegerinnen und medizinisch-technischen Assistent/innen für Funktionsdiagnostik ist der Anteil 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 einen Teil<sup>27</sup> der gesunkenen Ausbildungszahlen auffangen und daher relevant für die Fachkräftesituation sein können.

---

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

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

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> Dies betrifft vor allem die Physiotherapie, insbesondere in Brandenburg

## 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)<sup>28</sup>**

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 <sup>29</sup>	3,4	2,8	4,4

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Vor allem die fehlende Ausbildungsberechtigung (bspw. weil die Einrichtung ausbildungsrelevante Qualitätsstandards nicht erfüllen können)<sup>30</sup> steht dem Angebot von Ausbildungsplätzen entgegen. Während die fehlende Ausbildungsberechtigung von Berliner Einrichtungen 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.<sup>31</sup> Die

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> § 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.

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> 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

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.<sup>32</sup>

### **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.<sup>33</sup> 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 verzichteten 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 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

---

festzustellen sind, sagen innerhalb Brandenburgs verstärkt die berlinfernen Einrichtungen aus, vor allem aufgrund zu geringer Patientenzahlen solche Praktika nicht anzubieten.

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> 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 auch Hebammen, die mengenmäßig kaum ins Gewicht fallen). Schulen, die zu diesen Berufen Aussagen hätten machen können, wurden nicht befragt.

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.<sup>34</sup> 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 <sup>35</sup>	Ja	Ja
Hebammen bzw. Entbindungspfleger	Ja	Nein
Physiotherapeutin bzw. -therapeut	Ja <sup>36</sup>	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.<sup>37</sup> 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.

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> Es handelt sich um einen generalistisch ausgerichteten Studiengang Pflegewissenschaft

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> 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.



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 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.<sup>38</sup>

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

Ausprägung	Anteile	
	Einzel	Kumuliert
Sehr wünschenswert	25,4	63,6
Wünschenswert	12,6	
Eher Wünschenswert	25,6	
Eher nicht wünschenswert	11	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 Beschäftigter (Bundesland und Einrichtungstyp)**

Bundesland / Region	Fachspezifisch ausgebildete akademische Fachkräfte							
	Krankenhäuser		Pflegeeinrichtungen		Praxen		Sonstige <sup>39</sup>	
	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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>45,0</b>	<b>55,0</b>	<b>24,2</b>	<b>75,8</b>	<b>25,6</b>	<b>74,4</b>	<b>35,9</b>	<b>64,1</b>

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

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.<sup>40</sup> Ein Grund hierfür

<sup>38</sup> 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).

<sup>39</sup> 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.

<sup>40</sup> 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

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.<sup>41</sup> Staatlich und nicht-staatlich geregelte, akademische und außeruniversitäre sowie berufsspezifische Qualifizierungsmöglichkeiten stehen nebeneinander. Als landesrechtlich geregelte Weiterbildungen werden fachliche Spezialisierung (etwa zur 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 sowohl ihre inhaltliche Ausrichtung als auch ihre Finanzierungsgrundlagen; auf beiden Ebenen sind in den letzten Jahren neue Ansätze in Modellvorhaben erprobt worden.<sup>42, 43</sup>

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.<sup>44</sup>

---

Leitungsfunktionen übernehmen, während in den Praxen in der Mehrzahl der Fälle die Einsatzgebiete identisch sind – was im Wesentlichen dem Betriebsgrößeneffekt geschuldet sein dürfte.

<sup>41</sup> vgl. Zöllner, Maria (2012): Qualifizierungswege in den Gesundheitsberufen und aktuelle Herausforderungen. in: BWP 6/2012

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

<sup>43</sup> 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.

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

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<sup>45</sup> 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.

### 2.2.3 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.<sup>46</sup> Damit einhergehend sind erste Anzeichen von Fachkräftengpässen, 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.<sup>47</sup> 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

---

<sup>45</sup> Die vollständige Kostenübernahme wurde von 81 Prozent der Antwortenden angegeben.

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

<sup>47</sup> 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.

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.

**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 Kinder- krankenpfleger/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. Labor- atoriumsassistent/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

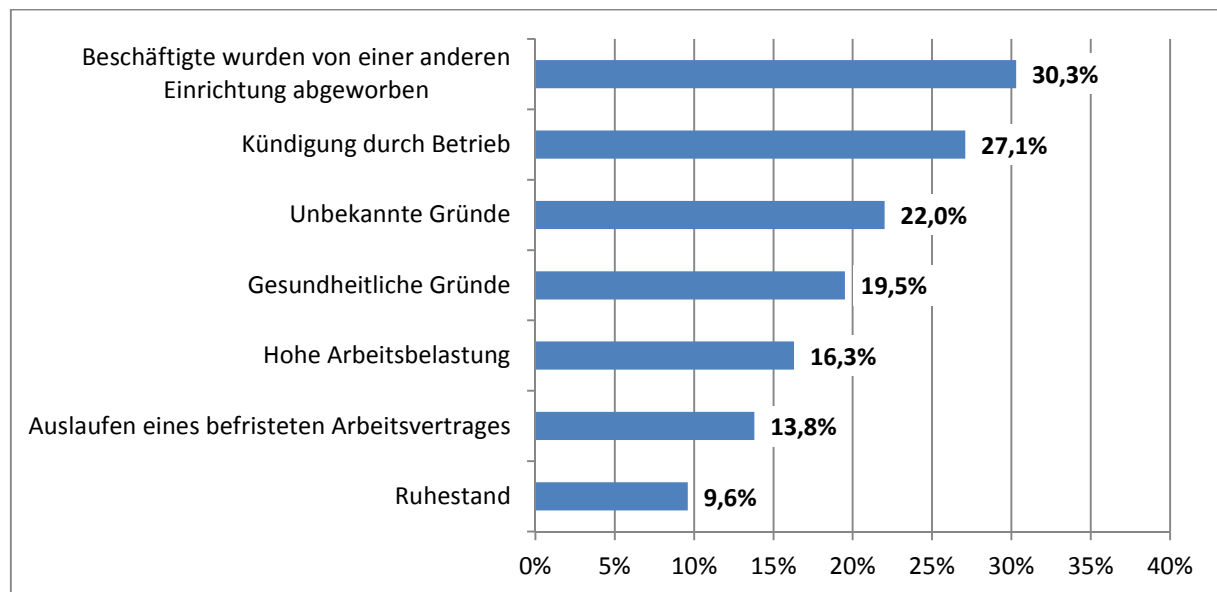
Quelle: SÖSTRA / IMU Einrichtungsbefragung 2014; \*Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet. Insgesamt liegen zu dieser Frage 997 Antworten vor.

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. Überraschend ist die hohe Relevanz der Bundesagentur für Arbeit (BA), obwohl deren Nutzen sehr kritisch eingeschätzt wird. Trotz des in Teilen schlechten Rufs scheint die BA auch in der Gesundheitswirtschaft noch immer ein wichtiger Partner bei der Gewinnung von Fachkräften zu sein. Zu prüfen ist, wie die Bundesagentur ihr Dienstleistungsangebot unter den aktuell schweren Bedingungen so weiterentwickeln kann, dass sie auch zukünftig einen substantiellen 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. Berufübergreifend 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, wurden von einer anderen Einrichtung abgeworben. **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 unbekanntem Grund 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 gaben 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 Aktivität 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 Teilzeitbeschäft. 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), sondern 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.

## 2.3 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
<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>674</b>	<b>172</b>	<b>338</b>	<b>112</b>
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.<sup>48</sup> 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 Selbständigen 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 Selbständigen, 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.<sup>49</sup> 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

<sup>48</sup> 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).

<sup>49</sup> Aktuell beträgt die Grundlohnsummenveränderungsrate im Bundesgebiet insgesamt 2,53 Prozent.

Reallohnverlusten der Selbständigen (und deren Angestellte) geführt hat.<sup>50</sup> 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 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 Weiterbildung 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 Bildungsscheck 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 größeren Einrichtungen erste Schritte zur Umsetzung dieser Thematik gehen. Gleichwohl wurde in diesem Zusammenhang auch auf die Eigenverantwortung der Mitarbeiter/innen hingewiesen. BGM ist

---

<sup>50</sup> Wie beispielsweise seit 2003 in der Physiotherapie. Vgl. hierzu die Ausführungen im Berufsprofil Physiotherapie.

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<sup>51</sup> 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:

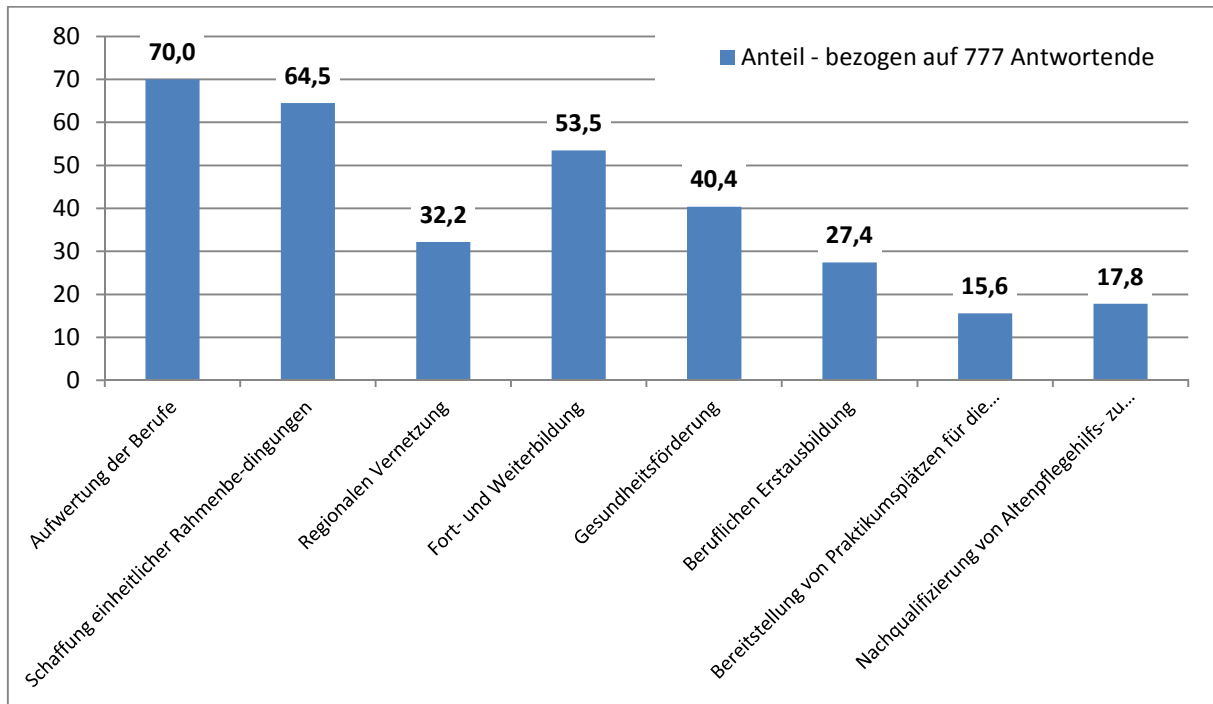
- Berufliche Erstausbildung,
- Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten,
- Gesundheitsförderung der Beschäftigten,
- Nachqualifizierung von Altenpflegehilfskräften zu Pflegefachkräften,
- Bereitstellung von Praktikumsplätzen für die schulische Ausbildung,
- Regionale Vernetzung,
- Öffentlichkeitswirksame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

---

<sup>51</sup> 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 personalwirtschaftlichen 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:<sup>52</sup> 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. Einrichtungübergreifend 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 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.

<sup>52</sup> Die Antworten lassen nicht in jedem Fall eine Schlussfolgerung zu, welche konkreten Maßnahmen mit dem angezeigten Unterstützungsbedarf gemeint sind.

## 2.4 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.<sup>53</sup> 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.<sup>54</sup> 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 beginnenden 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.<sup>55</sup> Im Alternativszenario werden die Faktoren, die im hier definierten Perspektivzeitraum in ihrer Konsequenz auf den Fachkräftebedarf abschätzbar sind, bei der Projektion berücksichtigt.

---

<sup>53</sup> S. Studie Hans-Böckler-Stiftung, a.a.O.

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

<sup>55</sup> 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.

## **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 Pflegehilfskräften in der Altenpflege, 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).

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

**Berlin-Brandenburg**

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfteeubedarf 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
Pflegehilfskräfte Altenpflege	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 Krankenpflegehelfer/in	13.397	14.400	15.900	2.500	4.500	2.000	9.000
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	5.063	5.300	4.900	-150	1.500	500	1.850
Hebammen/Entbind.pfleger	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 Funktionsdiagnostik	280	*					
<b>Insgesamt</b>	<b>133.856</b>	<b>151.850</b>	<b>194.150</b>	<b>61.500</b>	<b>39.900</b>	<b>49.200</b>	<b>150.600</b>

\*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
Pflegehilfskräfte Altenpflege	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/Entbind.pfleger	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 Funktionsdiagnostik	149	*					
<b>Insgesamt</b>	<b>81.725</b>	<b>92.550</b>	<b>117.900</b>	<b>36.550</b>	<b>24.500</b>	<b>29.100</b>	<b>90.200</b>

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



## Brandenburg

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräftebedarf 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
Pflegehilfskräfte Altenpflege	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/Entbind.pfleger	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	*					
<b>Insgesamt</b>	<b>51.485</b>	<b>59.300</b>	<b>76.300</b>	<b>25.000</b>	<b>15.250</b>	<b>20.100</b>	<b>60.350</b>

\*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 großen 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<sup>56</sup> 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.

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

**Berlin-Brandenburg**

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
Pflegehilfskräfte Altenpflege**	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/Entbind.pfleger	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	*					
<b>Insgesamt</b>	<b>133.195</b>	<b>165.50</b>	<b>233.700</b>	<b>101.200</b>	<b>39.900</b>	<b>49.200</b>	<b>190.300</b>

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

<sup>56</sup> 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

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräftebedarf 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
Pflegehilfskräfte Altenpflege**	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/Entbind.pfleger	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	*					
<b>Insgesamt</b>	<b>81.725</b>	<b>100.700</b>	<b>144.000</b>	<b>62.650</b>	<b>24.500</b>	<b>29.100</b>	<b>116.300</b>

\*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
Pflegehilfskräfte Altenpflege**	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 Kinderkrankenpfleger/in**	1.948	2.000	1.600	-350	500	200	350
Hebammen/Entbind.pfleger	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 Funktionsdiagnostik	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.

## 2.5 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 Fachkräftengpässe 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. Bemerkenswert 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 sehr gering 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 Fachkräftengpässen. 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 dies 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.

## **2.6 Handlungsempfehlungen für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung machen deutlich, dass mittelfristig (bis 2020) und vor allem längerfristig mit einem enormen Fachkräftebedarf in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu rechnen ist. Eine möglichst weitgehende Deckung ein komplexes Bündel von Strategien und Maßnahmen und möglichst deren Verzahnung erfordert. 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 die landespolitische und betriebliche Handlungsebenen konzentrieren.

### **2.6.1 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 Marketing-Initiative, 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 Marketing-Initiative 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.<sup>57</sup> 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 zu Lösung von Fachkräftengpässen leisten, als auch bei der Vermarktung der Berufsbilder hilfreich sein.

## 2.6.2 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.<sup>58</sup> 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 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. die 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

---

<sup>57</sup> So existieren z. B. psychologische oder sozialisationstheoretische Erklärungsmuster.

<sup>58</sup> INQA 2007, S. 13



kann auch das mit der für 2015 angestrebten Krankenhausreform aufzulegende Pflegestellenförderprogramm des BMG<sup>59</sup>, welches die allgemeine „Pflege am Bett“ in den Jahren 2016 bis 2018 mit 660 Mio. € stärken soll, genutzt werden<sup>60</sup>.

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 altersgerechter 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 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<sup>61</sup> 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 Fachkräftengpässen bedeuten. Entsprechend bedarf es der Lösungen, die einen guten Kompromiss

---

<sup>59</sup> Vgl. Bund-Länder-AG (2014): Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015.

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> Hier geht es u. a. um die Öffnung der Einrichtungen für bereichsübergreifende Versorgungsangebote auf Basis innovativer Organisationskonzepte.

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 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.<sup>62</sup>

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 Berufsgenossenschaft 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.<sup>63</sup> 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 in folgenden Feldern 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 Maßnahmen 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

---

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

<sup>63</sup> Da es jedoch keinen „Königsweg“ gibt, sondern passgenaue betriebliche Strategien der Gesundheitsförderung erforderlich sind, sind vor allem die größeren 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.

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.

### **2.6.3 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 eingesetzt 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 (...)“<sup>64</sup> 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 schulgeldfreie Ausbildungsplätze anzubieten. Auch in der Altenpflege ist die Höhe der Ausbildungsvergütung kritisch zu sehen. Die Initiative des Brandenburger Landespflegeausschusses<sup>65</sup> 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.<sup>66</sup> 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 angegebenen `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

<sup>64</sup> Artikel 57 SGB III Förderungsfähige Berufsausbildung, Absatz 1

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

<sup>66</sup> 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

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.<sup>67</sup> 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 können. 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 intensivieren. 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 sollten weiter verbessert werden. Klärungsbedarf besteht etwa bei den Ausbildungsvergütungen für den berufspraktischen Teil der akademischen Pflegeausbildung bei Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Brandenburg.<sup>68</sup> 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

---

<sup>67</sup> Liga der Spitzenverbände in der freien Wohlfahrtspflege in Brandenburg: Expertise zur Ausbildungssituation in der Altenpflege im Land Brandenburg – Ein Kooperationsprojekt von LIGA und ZAB. Veröffentlichung in Vorbereitung

<sup>68</sup> In der Altenpflege ist die Ausbildungsvergütung geklärt. Hier besteht allerdings ein Mangel an Studieninteressierten ohne Erstausbildung.

empfehlen ist die Initiierung eines Erfahrungsaustauschs zwischen Verbänden und Universitäten bspw. zu den Möglichkeiten und Grenzen dualer Studiengänge in der Gesundheitswirtschaft.

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 Systeme (etwa die Weiterbildungsdatenbank Berlin-Brandenburg) angedockt werden kann.

#### **2.6.4 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 Schließung 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 orientierte 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<sup>69</sup> 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.<sup>70</sup> 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 Gesundheitswesens 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

---

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

<sup>70</sup> 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)

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 Schnittstelle zwischen den Versorgungs- und Kompetenzbereichen sein. Die Frage, wie Ärzt/innen, 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 haben sein. Entsprechend müssen 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, widerspricht 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.

### 3 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. Um die Situation differenziert zu erfassen und zu beschreiben wurden berufliche Profile entwickelt.

Die beruflichen Profile sind nach folgenden wesentlichen Punkten gegliedert.

- Tabellarische Beschreibung des Berufs
- 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 die Beschäftigungsdaten der Bundesagentur für Arbeit diese Tätigkeiten nicht voneinander unterscheiden. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, wurden folgende Berufe in den Blick genommen:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger (3.1)
- Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer (3.2)
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger (3.3)
- Altenpflegerin bzw. -pfleger (3.4)
- Hilfskräfte in der Pflege (3.5)
- Medizinisch-techn. Laboratoriumsassistentin bzw. -assistent (3.6)
- Medizinisch-techn. Radiologieassistentin bzw. -assistent (3.7)
- Medizinisch-techn. Assistentin bzw. Assistent für Funktionsdiagnostik (3.8)
- Hebammen bzw. Entbindungspfleger (3.9)
- Physiotherapeutin bzw. -therapeut (3.10)
- Ergotherapeutin bzw. -therapeut (3.11)
- Logopädin bzw. Logopäde (3.12)
- Podologin bzw. Podologe (3.13)

### 3.1 Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger

#### 3.1.1 Der Beruf auf einen Blick<sup>71</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger erheben den Pflegebedarf und sind für die Planung, Organisation, Durchführung sowie die Dokumentation der Pflege verantwortlich. Sie führen ärztlich veranlasste Maßnahmen durch und assistieren bei medizinischer Diagnostik und Therapie.</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren oder Gesundheitszentren. Beschäftigt sind sie auch in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe, in Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege, in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung sowie ggf. in Pflegestützpunkten. Darüber hinaus können sie in anderen Einrichtungen, etwa im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Betrieben oder in Schulen und auf Schiffen tätig sein.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in ist im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege bundesweit einheitlich geregelt und findet an staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder an staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, statt.</p> <p>Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der Realschulabschluss oder eine gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder</li><li>• der erfolgreiche Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung oder</li><li>• der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder einer Erlaubnis als Krankenpflegehelferin bzw. -helfer oder einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert in Vollzeit 3 Jahre, in Teilzeit bis zu 5 Jahre und umfasst mindestens 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung.</p> <p>Im Rahmen von Modellversuchen nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes können erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erworben werden.</p> <p>Darüber hinaus ist im Rahmen der Modellklausel nach § 4 Abs. 6 des Krankenpflegegesetzes auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich, die die Regelausbildungszeit verlängert. Ausbildungsintegrierte Studiengänge werden sowohl in Berlin als auch in Brandenburg angeboten.</p>

<sup>71</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

<p>Entwicklungsoptionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Gesundheits- und Krankenpflege durch positive Entwicklungsoptionen aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Nachfrage aufgrund des demographischen Wandels</li> <li>• Spezialisierung und Weiterentwicklung im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht berufliche Chancen.</li> <li>• Hohe öffentliche Aufmerksamkeit der beruflichen Chancen in der Gesundheits- und Krankenpflege</li> </ul> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (v.a. Arbeitsbedingungen)</li> <li>• Befriedigung der Fachkräfte-Nachfrage</li> <li>• In Berlin ist auch angesichts des Bevölkerungswachstums in den nächsten Jahren gemäß Landeskrankenhausplan eine leichte Erweiterung der Bettenkapazitäten geplant, in Brandenburg ein gleichbleibender Bestand.</li> </ul>
<p>aktuelle Entwicklungspfade</p>	<p>Aktuell sind zahlreiche Reformbemühungen (z.B. Krankenhausreform, Reform der Investitionsfinanzierung, Stärkung ambulanter statt stationärer Versorgung) zu verzeichnen, deren Auswirkungen auf Fachkräftesituation und -bedarf sehr ungewiss sind. Die Kernfrage wird sein, ob die Leistungserbringung der Krankenhäuser stärker am Nutzen für die Patientenversorgung orientiert und vergütet werden kann als bislang. Aktuell besteht die Gefahr einer systematischen Überlastung der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen aufgrund einer durch den Stellenabbau der letzten Jahre erfolgten Arbeitsverdichtung. Durch Fachkräfteengpässe könnte es zu einer weiteren Arbeitsverdichtung kommen, die zulasten der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten geht.</p> <p>Eine weitere wesentliche Reformbemühung betrifft die Generalisierung der Pflegeausbildung, d. h. die Zusammenführung der bisher getrennt bundesrechtlich geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf. Ziel der einheitlichen Pflegeberufsausbildung ist es, den Auszubildenden die beruflichen Handlungskompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegekontexten zu vermitteln. Vorgesehen ist, dass die künftige Pflegeausbildung als einheitliche Grundausbildung mit wählbarem Vertiefungsansatz in einem der Bereiche stationäre Akut-Pflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege oder Kinderpflege ausgestaltet wird. Die Ausbildung endet mit einem einheitlichen Abschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung. Die Finanzierung der einheitlichen Pflegeausbildung ist derzeit noch im Klärungsprozess. Voraussetzung für eine gleichberechtigte Behandlung aller ausgebildeten Pflegefachkräfte wird eine vergleichbare Bezahlung sein.</p>

### 3.1.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

Die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sind die größte Berufsgruppe der hier untersuchten Gesundheitsfachberufe. Fast die Hälfte aller Beschäftigten der Gesundheitsfachberufe (ohne Altenpflege) übt diese Tätigkeit aus. In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 52.500 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.<sup>72</sup> 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**).<sup>73</sup>

**Tabelle 20: Sozialversicherungspflichtige 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	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>51.145</b>	<b>51.195</b>	<b>51.468</b>	<b>52.351</b>	<b>52.505</b>	<b>52.491</b>

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. Dementsprechend üben 14 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Tätigkeiten auf dem Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeiten aus (Stand 2013).<sup>74</sup>

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 314 Antwortende an, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger zu beschäftigen. Von ihnen haben 123 ihren Sitz in Berlin und 185 in Brandenburg. Weitere sechs Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Beschäftigte dieses Berufes finden sich dem Antwortverhalten zufolge überwiegend in Krankenhäusern. Aber auch in Pflegeeinrichtungen sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger in beträchtlichem Maße tätig. Weitere Einrichtungstypen spielen

<sup>72</sup> 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 in der Gruppe ‚81302, Gesundheits-, Krankenpflege (oS)-Fachkraft‘ ausgewiesen. In der Gesundheitsberichterstattung für Berlin sind separate Angaben für beide Beschäftigtengruppen verfügbar. Bei Zusammenführung der dort enthaltenen Beschäftigtenzahlen beider Gruppen entfallen auf die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 91 Prozent und auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen 9 Prozent. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Größenverhältnis auch bei der Nutzung der Angaben der Gruppe 81302 der 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.

<sup>73</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Gesundheits- und Krankenpflege bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.1.4

<sup>74</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

insgesamt gesehen nur eine marginale Rolle. In den 186 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 12.035 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen tätig.

### Hoher Frauenanteil und relativ geringe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Gesundheits- und Krankenpflege sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 85 Prozent und liegt leicht über dem Anteil aller untersuchten Berufe.<sup>75</sup> Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten (vgl. **Tabelle 21**).

**Tabelle 21: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>31.494</b>	26.189	83,2	79,9
Brandenburg	<b>19.701</b>	17.545	89,1	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>51.195</b>	<b>43.734</b>	<b>85,4</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>76</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Darüber hinaus dürften unterschiedliche Sozialstrukturen und das sehr breite Beschäftigungsangebot in Berlin dazu beitragen, dass in der Hauptstadt der Anteil an den Gesundheits- und Krankenpflegern etwas höher liegt.

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder hier untersuchte Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>77</sup> Die Gesundheits- und Krankenpflege liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung am unteren Ende der hier untersuchten Berufe. Ebenso wie bei der weiblichen Beschäftigung sind auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 22**).

<sup>75</sup> Aufgrund der Zusammenfassung von Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist eine berufsscharfe Beschreibung des Frauenanteils nicht auf allen Anforderungsniveaus möglich. Zieht man die Gesundheitsberichtserstattung des Landes Berlin hinzu, ist anzunehmen, dass der Frauenanteil in der Gesundheits- und Krankenpflege leicht unter dem hier berichteten Wert liegt, da der Anteil bei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in den Krankenhäusern in den letzten Jahren konstant zwischen 98 und 99 Prozent lag.

<sup>76</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>77</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle hier untersuchten Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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 22: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>31.494</b>	12.062	38,3	44,3
Brandenburg	<b>19.701</b>	6.954	35,3	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>51.195</b>	<b>19.016</b>	<b>37,1</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) im Gesundheits- und Sozialwesen in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Dies kann wiederum mit der vergleichsweise guten Kinderbetreuungssituation in Brandenburg zusammenhängen.

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

**Relativ günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, mit mittelfristig erkennbarem Ersatzbedarf**

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich in der Gesundheits- und Krankenpflege um einen leicht „jüngeren“ Beruf. Allerdings wird allein aufgrund der Anzahl der Beschäftigten deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine erhebliche Anzahl an Gesundheits- und Krankenpflegern aus dem Beruf ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 23**).

**Tabelle 23: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>31.494</b>	10.384	12.128	4.435	2.887	1.660
Brandenburg	<b>19.701</b>	6.650	7.768	2.734	1.731	818
Berlin-Brandenburg	<b>51.195</b>	<b>17.034</b>	<b>19.896</b>	<b>7.169</b>	<b>4.617</b>	<b>2.478</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	33,0	38,5	14,1	9,2	5,3
Brandenburg	<b>100,0</b>	33,8	39,4	13,9	8,8	4,2
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>33,3</b>	<b>38,9</b>	<b>14,0</b>	<b>9,0</b>	<b>4,8</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Trotz der insgesamt günstigen Altersstruktur der Beschäftigten in diesem Beruf stehen die Einrichtungen (primär die Krankenhäuser) in den nächsten Jahren vor der Herausforderung, einen relevanten Personalbedarf zu befriedigen. In mehreren Fachgesprächen mit Personalverantwortlichen aus Brandenburger Krankenhäusern wurde bestätigt, dass in den nächsten fünf bis sieben Jahren die

Herausforderungen der Fachkräftesicherung in der Gesundheits- und Krankenpflege stark zunehmen werden.

### Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Gesundheits- und Krankenpflege besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht – auch in Relation zu den insgesamt in diesem Gesundheitsfachberuf tätigen Personen – 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 Verflechtungsbeziehungen auf. Deutlich wird hierbei die Sogwirkung Berlins, da die Anzahl der Einpendler nach Berlin die Anzahl der Auspendler deutlich übersteigt (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
<b>Saldo</b>	<b>+5.976</b>	<b>+4.522</b>	<b>+105</b>	<b>+168</b>	<b>Ca. +156</b>	<b>Ca. +1024</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage und gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ebenfalls ausgeprägte Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt in der Regel relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege vor allem zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -krankenpfleger in Brandenburg auf 5 Prozent, liegt damit aber deutlich unter dem Wert aus Berlin mit 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
<b>Saldo</b>	<b>-4.963</b>	<b>-4.522</b>	<b>-123</b>	<b>-52</b>	<b>+103</b>	<b>-369</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler – und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch



Fachkräftegewinne aus anderen Nachbarländern ausgeglichen werden, sondern werden vielmehr verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 25 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Aufgrund der hohen Einpendlerzahlen kann Berlin durchaus als überregional wirkender Arbeitsmarkt beschrieben werden. Dementsprechend könnte hier ggf. ein Ansatzpunkt zur Abmilderung auftretender Fachkräfteengpässe in der Region bestehen. Inwieweit die negativen Auswirkungen der hohen Sogwirkung Berlins im Sinne einer gemeinsamen Gesundheitsregion gestaltet werden sollten, bedarf der vertiefenden (politischen) Diskussion.

### **Relevante Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg**

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein gewichtiger Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Für die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 heranziehen.<sup>78</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>79</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger 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 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 Krankenschwestern und -pflegern ein Einkommenszuwachs zwischen 2000 und 2010. Während der Lohnzuwachs in Berlin mit 2,6 Prozent moderat ausfiel, war in Brandenburg ein Zuwachs im zweistelligen Bereich zu verzeichnen – bei deutlich niedriger liegenden Ausgangswerten.<sup>80</sup> Damit haben sich die Medianlöhne in Berlin und Brandenburg in den letzten Jahren angeglichen, die Unterschiede bleiben aber weiterhin deutlich 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

---

<sup>78</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen vorliegen. In der Statistik liegen für Berlin und Brandenburg Angaben für die Berufe in der Fachkrankenpflege-Spezialist sowie für die Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachkraftebene vor. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei der Beschreibung der Fachkraftebene nicht zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschieden werden kann.

<sup>79</sup> 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 Zensurierung 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

<sup>80</sup> Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

wohl auch die Dichte der Versorgungsstrukturen und die damit zusammenhängenden größeren Beschäftigungsmöglichkeiten in Berlin als mögliche Begründung zu nennen.

### **Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Neben der eigenen Ausbildung legten die Einrichtungen ein reges Einstellungsverhalten an den Tag. Im Jahr 2013<sup>81</sup> haben rund 50 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und/oder in Teilzeit eingestellt.

Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 1.583 Personen eingestellt worden, davon gut zwei Drittel in Vollzeit (70 Prozent, 1.105 Vollzeitstellen). Hierbei ist auffällig, dass die Antwortenden mit einer hohen Anzahl an Einstellungen – in der Regel große Krankenhäuser – verhältnismäßig häufig Personen in Vollzeit einstellen, während die Einstellung in Teilzeit eher in Einrichtungen mit verhältnismäßig wenigen Beschäftigten – in der Regel Einrichtungen der Altenpflege – erfolgt sind. Zwischen den beiden Bundesländern gibt es keine nennenswerten Unterschiede bei den Neueinstellungen im Jahr 2013.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die untersuchten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen hatte laut Befragung einen Einstellungsbedarf. Nur knapp ein Sechstel der Befragten (42 von 259, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellenden Gesundheits- und Krankenpfleger/innen hatten. Auch hier gibt es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen in Berlin und Brandenburg.

Hinsichtlich der Besetzung zeigt sich ein entspanntes Bild. Zwar gaben ca. 11 Prozent (29 der 259 Fälle) der Befragten an, im Jahr 2013 keine geeigneten Bewerbenden gefunden und daher Stellen nicht besetzt haben zu können, doch handelte es sich diesen Angaben zufolge nur um 51 Stellen. Auffällig hierbei ist, dass es sich ausschließlich um Pflegeeinrichtungen und nicht um Krankenhäuser handelt, die keine geeigneten Bewerbenden gefunden haben und daher ihre Stelle(n) nicht besetzen konnten. Dies könnte auf einen Wettbewerbsnachteil der Pflegeeinrichtungen gegenüber Krankenhäusern hindeuten. Insgesamt betrachtet handelt es sich angesichts des großen Beschäftigungsumfangs aber um eine relativ kleine Anzahl offen gebliebener Stellen. Demnach scheinen die Einrichtungen zwar einen großen Bedarf an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern zu haben – was sich am regen Einstellungsverhalten und dem geringen Anteil ohne Bedarf ablesen lässt – können diesen jedoch derzeit noch größtenteils decken.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Auf diese Frage haben 180 Befragte geantwortet. 78 Einrichtungen (43 Prozent) haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Ca. ein Sechstel gibt an, dass sich die Besetzungsdauer auf maximal 6 Wochen beläuft. Insgesamt zeigt sich aber eine breite Spanne in der Besetzungsdauer, die zwischen einer Woche und eineinhalb Jahren (78 Wochen) liegt. Rund 10 Prozent der Antwortenden benötigt für die Besetzung einer Stelle nach eigener Auskunft ein halbes Jahr oder länger. Dies deutet im Vergleich der untersuchten Gesundheitsfachberufe auf eine relativ ungünstige Angebots-Nachfrage-Relation aus Sicht der Einrichtungen hin. Die relativ großen Schwierigkeiten der Pflegeeinrichtungen bei der Besetzung offener Stellen bei Gesundheits- und Krankenpfleger/innen spiegeln sich auch hier 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

---

<sup>81</sup> Von den insgesamt 312 Einrichtungen, die angaben, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger zu beschäftigen, liegen 259 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen sind dabei wesentlich relevanter als die zwischen Berlin und Brandenburg.

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege fort. Rund 43 Prozent der 233 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 45 Prozent planen Einstellungen (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Berlin und Brandenburg bestehen nicht. Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass Krankenhäuser deutlich häufiger Einstellungen vorgenommen haben oder noch planen als andere Einrichtungstypen. Dies erklärt sich durch die Größe der Einrichtungen und die damit zusammenhängende größere Wahrscheinlichkeit, neues Personal zu benötigen.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Die Befragungsergebnisse lassen in der Zusammenführung den Schluss zu, dass derzeit die vorhandenen Fachkräftebedarfe durch das zur Verfügung stehende Arbeitskräfteangebot zu großen Teilen gedeckt werden können. Gleichzeitig haben Pflegeeinrichtungen unabhängig vom Bundesland verhältnismäßig große Schwierigkeiten, geeignete Bewerbende zu finden.

### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Gesundheits- und Krankenpfleger/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Zu diesem Aspekt steht für den Beruf Krankenschwester, -pfleger<sup>82</sup> eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung, die den Berufsverbleib in den ersten 15 Jahren nach Abschluss der Ausbildung abbildet.<sup>83</sup> Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 83 Prozent der Krankenschwestern und -pfleger 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. 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 in Brandenburg. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass für Berlin alleine aufgrund des großen Beschäftigungsumfanges die Fluktuation eine deutliche Verringerung des Fachkräftepotenzials erzeugen kann.

Der positive Eindruck hinsichtlich der geringen Fluktuation in Brandenburg wurde einhellig von den Vertreterinnen und Vertretern der Brandenburger Krankenhäuser bestätigt. Wenn aus der Sicht der Krankenhäuser unfreiwillige Abgänge zu verzeichnen sind, handelt es sich meist um Einzelfälle und meistens um junge Fachkräfte, die aus privaten Gründen (z. B. Umzug) die Klinik verlassen. Ob damit ein Berufswechsel verbunden sei, war allerdings nicht bekannt.

---

<sup>82</sup> In der Studie wird die alte Berufsbezeichnung verwendet.

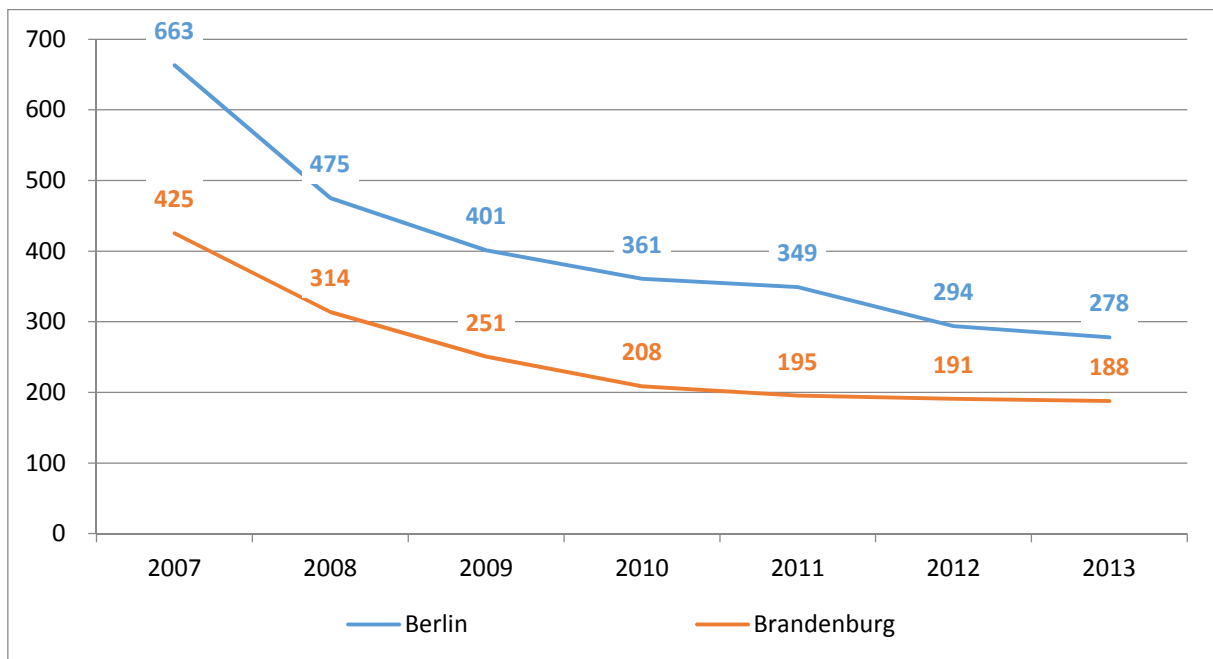
<sup>83</sup> Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

### 3.1.3 Arbeitskräfteangebot

#### Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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.<sup>84</sup> 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

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass Berufe in der Fachkrankenpflege (komplexe Spezialistentätigkeiten) nur in Einzelfällen als Zielberuf angegeben wurden. Hinsichtlich der Betrachtung der Arbeitslosigkeit nach Städten und Landkreisen Brandenburgs zeigen sich keine Auffälligkeiten. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

<sup>84</sup> Analog zur Darstellung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird angenommen, dass 91 Prozent der für den Beruf Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachkräftebene Suchenden den Zielberuf Gesundheits- und Krankenpflege angegeben haben (und 9 Prozent als Kinderkrankenpfleger/innen arbeiten möchten).

**Tabelle 26: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	278	77	121	36	27	17
Brandenburg	188	61	67	28	16	15
Berlin-Brandenburg	466	138	188	64	43	32
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	27,7	43,5	12,9	9,7	6,1
Brandenburg	100,0	32,4	35,6	14,9	8,5	8,0
Berlin-Brandenburg	100,0	29,6	40,3	13,7	9,2	6,9

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Es wird deutlich, dass es rein quantitativ kaum noch Möglichkeiten gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu befriedigen. Hier ist es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Ausschöpfung des noch vorhandenen Potenzials gekommen.<sup>85</sup> Diesen engen Spielraum verdeutlicht auch die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten: In Berlin kommen knapp sechs Arbeitslose auf 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, in Brandenburg liegt die Relation ähnlich bei rund 10 Arbeitslosen je 1.000 Beschäftigten. Dies ist im Gegensatz zum Verhältnis in allen Berufen, das in Berlin und Brandenburg bei jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt, ein deutlich geringerer Wert.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>86</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegt nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 416 gemeldete Arbeitsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege, den Rettungsdiensten und der Geburtshilfe. In Brandenburg waren dies 253 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 15 Prozent in Berlin und um neun Prozent in Brandenburg. Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot auf Seiten der Arbeitssuchenden.

### **Gegensätzliche Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Zahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007

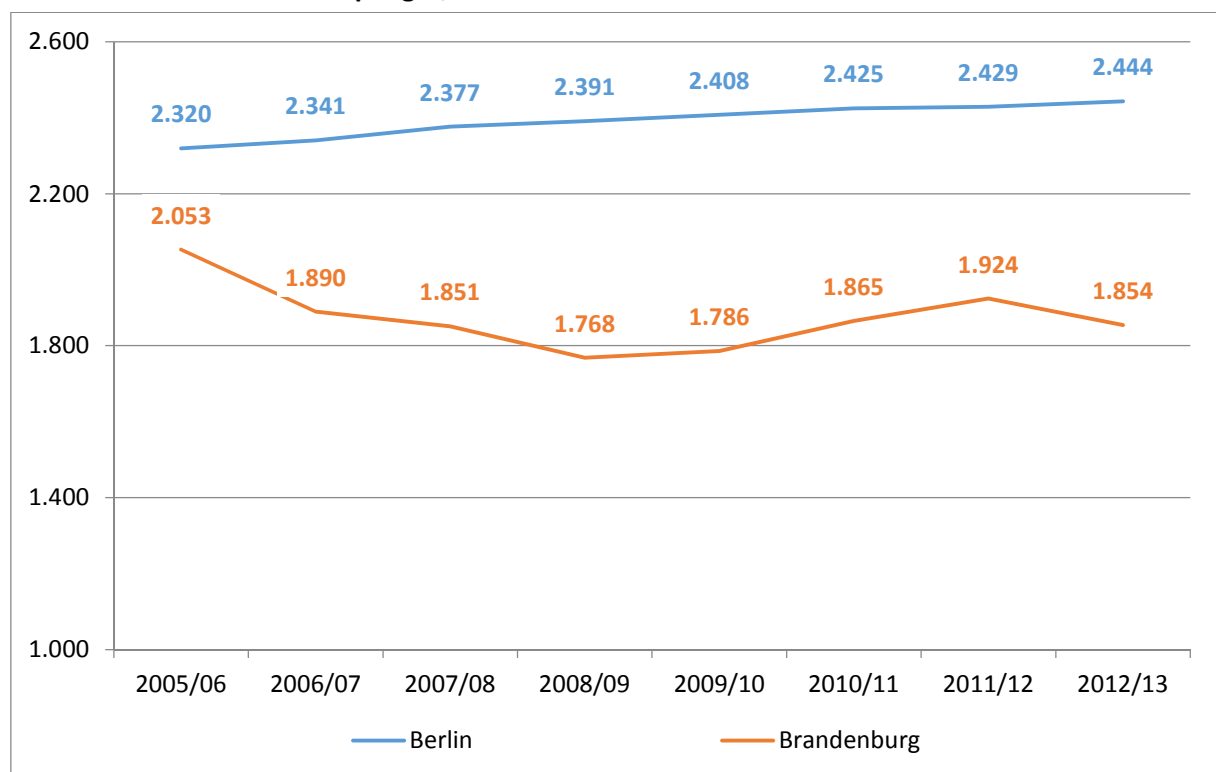
<sup>85</sup> Auch die Personalverantwortlichen in den Krankenhäusern bestätigen, dass die bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in der Regel nur eingeschränkt beschäftigungsfähig sind oder aus persönlichen Gründen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen.

<sup>86</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>87</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg.

Die Gesundheit- und Krankenpflege kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs jedoch nicht profitieren – im Gegenteil. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>88</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um zwei Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 4**). Dieser Rückgang ist auf die Entwicklung in Brandenburg zurückzuführen. Der Rückgang setzt sich in Brandenburg auch im Ausbildungsjahr 2013/2014 fort (Zahlen für Berlin liegen nicht vor). In Berlin zeigt sich dagegen ein kontinuierlicher, wenn auch langsamer Anstieg der Zahl besetzter Ausbildungsplätze.<sup>89</sup>

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



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die unterschiedliche Entwicklung zwischen den beiden Bundesländern ist kennzeichnend für nahezu alle der hier untersuchten Gesundheitsfachberufe und lässt sich wohl vor allem durch die unterschiedliche demografische Entwicklung begründen, die in Berlin positiv, in Brandenburg hingegen negativ ausfällt. Gleichzeitig bleibt festzuhalten, 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.

<sup>87</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>88</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

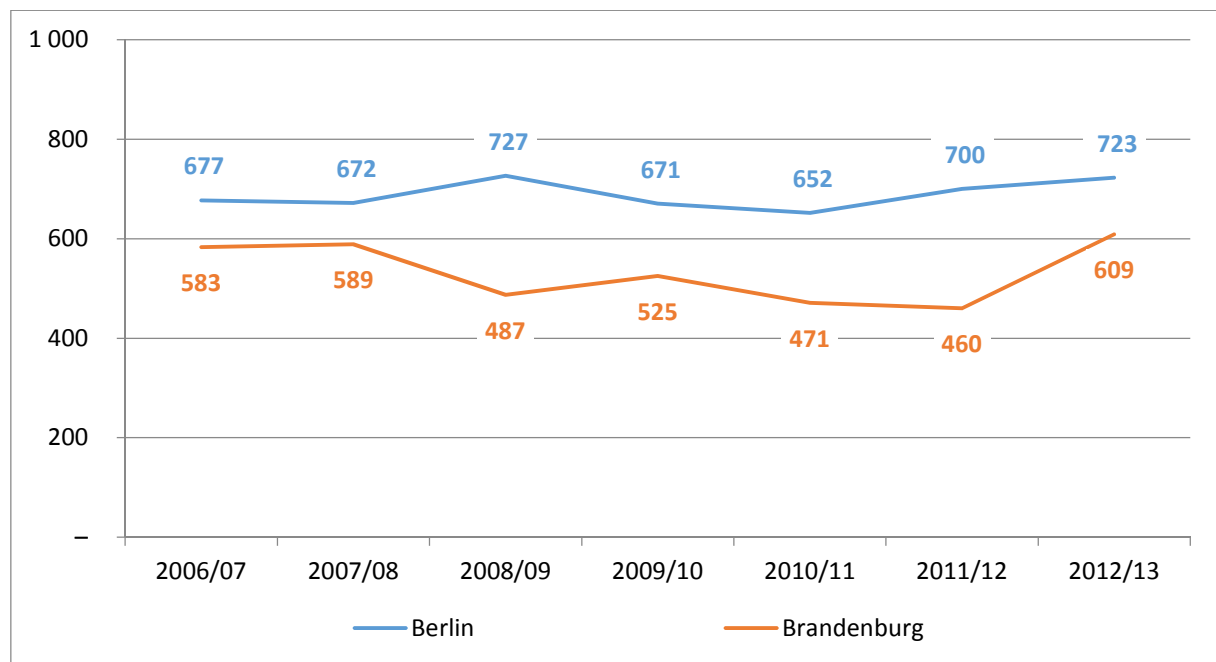
<sup>89</sup> Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist im Rahmen der Modellklausel auch eine Ausbildung im Rahmen eines ausbildungsintegrierten Studiengangs möglich. Ein solcher Studiengang wird in Berlin und in Brandenburg angeboten. Im November 2014 waren in Berlin insgesamt ca. 120 Studierende eingeschrieben, in Brandenburg waren dies zu diesem Zeitpunkt ca. 50 Studierende (1. und 3. Semester). Bislang hat in Brandenburg noch kein(e) Student/in das Studium abgeschlossen, in Berlin waren dies in den letzten Jahren jeweils ca. 25 Personen.<sup>90</sup> Ein geringer Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs wird durch die Studierendenzahlen aufgefangen.

Zu beachten ist ferner, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Während die Quote der nicht erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse über die letzten Jahre verteilt bei ca. drei Prozent liegt und daher keinen großen Einfluss auf die Fachkräftesituation haben, brechen immerhin relativ konstant 17 Prozent eines Jahrgangs ihre Ausbildung vorzeitig ab.<sup>91</sup> Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf.

Bei den Absolventenzahlen zeigen sich kleinere Abweichungen im Vergleich zur Gesamtzahl der Auszubildenden, da in Brandenburg zumindest im Ausbildungsjahr 2012/2013 die Anzahl der Abschlüsse gesteigert werden konnte (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

Neben den reinen Ausbildungszahlen ist auch zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Ausbildungsstellen anbieten. Von den für alle einschlägigen Berufe 547 Befragten sagte etwas mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Antwortenden aus, Ausbildungsplätze anzubieten. Für die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sind fast ausschließlich die

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> 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.

Krankenhäuser verantwortlich, da nahezu alle der insgesamt erfassten 2.679 Ausbildungsplätze auf diesen Einrichtungstyp entfallen.<sup>92</sup>

Die Ausbildungsplätze werden von den (insbesondere größeren) Krankenhäusern zum Teil in sehr hoher Anzahl angeboten. Die Auszubildenden werden in der Regel an eigenen Krankenpflegeschulen der Krankenhäuser ausgebildet. In den Gesprächen mit Krankenhausvertreterinnen und -vertretern, aber auch in der Gesamtschau der Ergebnisse der Online-Befragung zeigt sich die große Relevanz, die der Ausbildung für eine langfristige Fachkräftesicherung beigemessen wird.

In der Einrichtungsbefragung wird übergreifend deutlich, dass die Einrichtungen kaum Probleme bei der Besetzung der Ausbildungsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege haben. Dieser Eindruck wird auch durch die Experteninterviews bestätigt. Einschränkend wurde in den Gesprächen jedoch deutlich, dass die Nachbesetzung von Stellen mit einem spezifischen Qualifikationsprofil (beispielsweise für den OP- oder auch den Intensiv-Bereich) häufig schwierig ist. Hinsichtlich des Antwortverhaltens gibt es keine Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg.

### **Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Fachkräftesicherung**

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert und berufskonkret abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 245 Antwortenden vor, die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen beschäftigen. Von diesen haben 235 angegeben, dass mindestens ein(e) Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in diesem Beruf. In der Mehrzahl wurden ein bis fünf Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt, gemessen an der Gesamtzahl der Fort- und Weiterbildungsteilnehmenden erfolgt das Gros der Fort- und Weiterbildungen aber in den (größeren) Krankenhäusern.

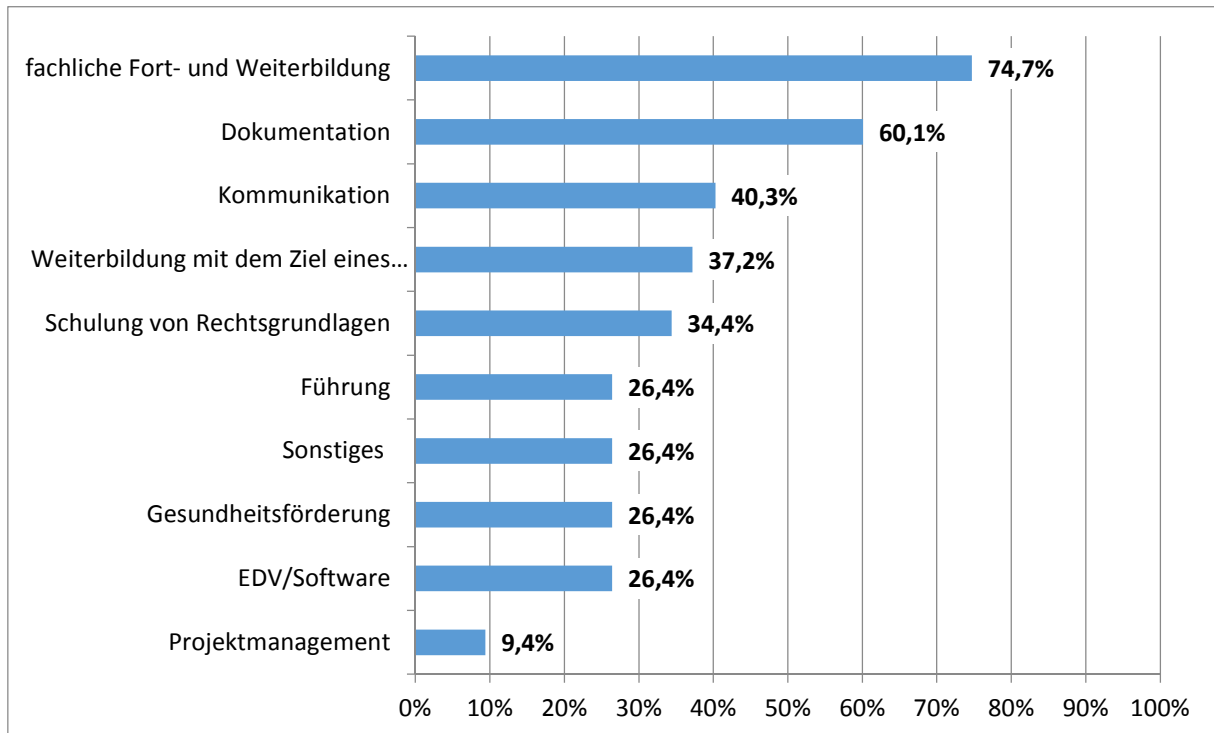
Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Gesundheits- und Krankenpflege fachliche Fort- und Weiterbildungen die größte Rolle (vgl. **Abbildung 6**). Dieser Abstand ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen jedoch weniger ausgeprägt, da auch in den anderen Weiterbildungsbereichen die Einrichtungen aktiver sind. So werden Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Dokumentation von 60 Prozent der Antwortenden genannt. Aber auch die anderen inhaltlichen Schwerpunkte wurden mit der Ausnahme des Projektmanagements von mindestens einem Viertel der Antwortenden (bei insgesamt 288 Antworten) umgesetzt. Besonders bemerkenswert sind die hohen Anteile der Antwortenden, die nach eigenen Angaben im Jahr 2013 Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen „Führung“ sowie mit dem Ziel eines erweiterten/anderen Einsatzgebietes umgesetzt haben. Dies spricht dafür, dass in diesen Einrichtungen die Möglichkeiten eines beruflichen Aufstiegs vorhanden sind und von den Einrichtungen auch angeboten werden.

---

<sup>92</sup> Mit einer Ausnahme gaben auch alle antwortenden Krankenhäuser an, Ausbildungen in diesem Gesundheitsfachberuf anzubieten.



**Abbildung 6: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Diese im Vergleich zu den anderen Berufen hohen Anteile lassen sich vor allem auf die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Krankenhäuser zurückführen, die bei der Weiterbildung deutlich aktiver und breiter aufgestellt sind als andere Einrichtungstypen wie z. B. aus dem Pflegebereich (eine Ausnahme ist die Dokumentation, hier gibt es zwischen den Einrichtungstypen keine nennenswerten Unterschiede). Dies spricht für eine gut ausgebaute Fort- und Weiterbildungsstruktur in den Krankenhäusern, die für einen Großteil der dort Beschäftigten auch genutzt wird.<sup>93</sup> Im Vergleich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg gibt es auch hier keine gravierenden Unterschiede.

### 3.1.4 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. 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (vgl. **Tabelle 20**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den untersuchten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern 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 in dieser beruflichen Tätigkeit, aber ein erheblicher Teil (rund 30 Prozent) auch Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der

<sup>93</sup> Der hohe Stellenwert der Fort- und Weiterbildung wird auch von den Personalverantwortlichen der Krankenhäuser bestätigt. Häufig verfügen die Häuser über umfangreiche Weiterbildungsprogramme und eine systematische Weiterbildungsplanung auf Basis eines eigenen Weiterbildungsbudgets für die Pflegeberufe.

Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf 41 Prozent. 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 (auf ein Drittel).

**Tabelle 27: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

Beschäftigungszeiträume	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

Regionale Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind bei diesen Einschätzungen kaum festzustellen.

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflege bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. 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.

**Tabelle 28: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>54.572</b>	<b>54.337</b>	<b>54.577</b>	<b>54.708</b>	<b>55.325</b>	<b>56.150</b>	<b>57.363</b>	<b>58.252</b>	<b>58.777</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 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 28**). Dieses Wachstum ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg ausschließlich Ergebnis einer starken Zunahme der Teilzeitbeschäftigung (in Berlin um rund 3.000 Teilzeitbeschäftigte und in Brandenburg um rund 2.600 Teilzeitbeschäftigte). Sie überdeckt, dass in der gleichen Zeit die Zahl der Vollzeitbeschäftigten deutlich zurückgegangen ist (in Berlin und Brandenburg jeweils um rund 700 Vollzeitbeschäftigte).

Die in **Tabelle 20** dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 und 2013 die Fortsetzung des schwachen Wachstumstempos. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann daher in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Krankenschwester, -pfleger, Hebammen 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. Ob in diesen Zeiträumen die Wachstumsrate von einem Prozent dominiert, von erneutem Beschäftigungsrückgang abgelöst oder von deutlich schnellerem Wachstum übertroffen wird, hängt vor allem von der weiteren Entwicklung der Krankenhäuser in der Region ab.

Zu deren Perspektive gibt es eine Reihe unterschiedlicher und größtenteils noch unklarer Signale mit zum Teil gegensätzlicher Beschäftigungserwartung: die anstehende Krankenhausreform, ungeklärte Fragen der Krankenhausfinanzierung (Reform der Investitionsfinanzierung), Stärkung ambulanter statt stationärer Versorgung. Offen ist vor allem, ob es gelingt, das Gesundheitssystem so zu verändern, dass die negativen Wirkungen der starken Ökonomisierung auf die Beschäftigungssituation des Pflegepersonals zurück gedrängt und stattdessen bessere Beschäftigungsbedingungen für die Pflegenden durchgesetzt werden können.

Angesichts vieler Ungewissheiten der künftigen Ausgestaltung und Wirkung der Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die Beschäftigungssituation der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger haben, werden nachfolgend zwei Projektionen der möglichen weiteren Bestandsentwicklung in dieser Tätigkeitsgruppe vorgestellt.

### **Fortsetzung der schwachen Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege unter Status quo Annahme**

Ausgehend von den im Herbst 2014 erkennbaren Anzeichen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist auch für die nächsten Jahre eine weitere Zunahme der Beschäftigtenzahl zu erwarten. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass das Wachstum ähnlich schwach wie in den vergangenen Jahren ausfallen und im Durchschnitt kaum über ein Prozent jährlich steigen wird.

Die bisherigen Überlegungen beider Länder zur Krankenhausplanung sehen für die nächsten Jahre nur geringe bzw. keine Erweiterungen der Bettenkapazitäten vor. Berlin beabsichtigt für den Zeitraum 2016-2020 in Reaktion auf den erwarteten Bevölkerungszuwachs eine Kapazitätserhöhung in den Plankrankenhäusern um 700 Betten.<sup>94</sup> Brandenburg plant für den Zeitraum 2014-2018 tief greifende Strukturverschiebungen in der Versorgung bei insgesamt gleichbleibender Bettenkapazität.<sup>95</sup> Brandenburg will auch trotz des Bevölkerungsrückgangs alle Krankenhausstandorte erhalten.<sup>96</sup> Die Vorbereitungen der auf Bundesebene zu beschließenden Krankenhausreform stehen noch am Anfang und ermöglichen noch keine Aussagen zu deren Beschäftigungswirkungen. Ende 2014 hat die zur Krankenhausreform gebildete Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorstellungen u. a. zur Neugestaltung der Klinikfinanzierung, zur Strukturanpassung des Krankenhausnetzes und zu mehr Qualitätstransparenz vorgelegt, auf deren Grundlage dann das Reformgesetz angegangen werden soll.

Die oben dargestellten Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen zeigen zwar Wachstumserwartung bei rund 40 Prozent 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 zumindest auch in den nächsten Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum von einem Prozent erhalten bleibt und ein Stillstand oder gar Rückgang vermieden werden kann. Zugleich kann angenommen werden, dass in

---

<sup>94</sup> Siehe Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplanes 2016, S. 24

<sup>95</sup> Siehe Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg – Stand: 18.06.2013, in: Amtsblatt für Brandenburg – Nr. 34 vom 14. August 2013, S. 2124

<sup>96</sup> Vorgesehene Aussage für Koalitionsvereinbarung von SPD und Linke. Märkische Oderzeitung v. 4.10.2014

dieser Zeit erste Teillösungen zu den genannten Unsicherheiten zustande kommen und im folgenden Zeitraum bis 2030 eine stabile Beschäftigungsentwicklung von einem Prozent ermöglichen. Dabei wird berücksichtigt, dass einige Strukturveränderungen auch vollzogen werden können, ohne dass sie zu mehr Beschäftigung führen. Hier sind insbesondere Bestrebungen zu nennen, die Veränderungen im Skill- und Grademix der pflegerischen Organisation in Verbindung mit klarer Aufgabenteilung anstreben. Aber auch mehr Beschäftigungssicherheit wäre ein nicht zu unterschätzender Gewinn für die Pflegenden.

### **Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen**

Entgegen den gegenwärtigen Anzeichen für ein weiterhin schwaches Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit besonders in den von Jonitz angesprochenen Fragen der Humanisierung des Gesundheitswesens (vgl. Einleitung des vorliegenden Berichts) und damit verbunden der Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch der Pflegenden Fortschritte erzielt und positive Impulse für die Beschäftigungsentwicklung ausgelöst werden. Allein die von ihm genannte Entschleunigung erfordert nicht nur aber auch ein Mehr an Personal.

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 für die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 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 entstehen werden. 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.

### **Beschäftigungswachstum und damit Erweiterungsbedarf an Fachkräften bei beiden Projektionsszenarien**

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

**Tabelle 29: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpfleger/in**

Bundesland	Status-Quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
	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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>51.195</b>	<b>54.900</b>	<b>57.700</b>	<b>60.600</b>	<b>51.195</b>	<b>62.900</b>	<b>71.700</b>	<b>81.600</b>

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 29**). 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 beschleunigenden 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 für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Nachfrage durch den Erweiterungsbedarf**

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

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 altersbedingter Ersatzbedarf erkennbar. Bis 2020 muss mit rund 7.000 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 7.000 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin auch anteilig gesehen etwas höher aus.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. 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 der voraussichtlichen Nachfrage nach Gesundheits- und Krankenpfleger/innen geht ein enormer Anstieg des Fachkräftebedarfs für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. 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 30: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>5.800</b>	<b>20.600</b>	<b>8.500</b>	<b>4.500</b>	<b>18.800</b>	<b>33.600</b>

<b>Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>3.600</b>	<b>9.800</b>	<b>5.500</b>	<b>2.500</b>	<b>11.600</b>	<b>17.800</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>9.400</b>	<b>30.400</b>	<b>14.000</b>	<b>7.000</b>	<b>30.400</b>	<b>51.400</b>

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von mindestens 30.000 Beschäftigten und bei wirksamen Strukturveränderungen in der von rund 50.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 30**).

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft 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 sind bis 2020 rund 9.100, bis 2030 rund 22.100 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Müsste der Fachkräftebedarf nur aus dem Reservoir der Ausbildung geschlossen werden, so wäre im Szenario A insgesamt eine Lücke von rund 5.000

Fachkräften bis 2020 und rund 8.000 Fachkräften bis 2030 zu konstatieren.<sup>97</sup> Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Auszubildenden auch die Pendlerverflechtungen relevant werden könnten, d. h. ein Teil der Brandenburger Fachkräfte ist in Berlin beschäftigt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass in Brandenburg die Ausbildungszahlen in den Jahren zuvor unter dem hier angenommenen Niveau lagen und sich dementsprechend die Lücke vergrößern würde. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

### 3.1.5 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. 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 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

---

<sup>97</sup> Hinzu kämen die Absolventinnen und Absolventen aus den Studiengängen in Berlin und Brandenburg. In Brandenburg kann ca. in 2 Jahren mit den ersten ca. 25 Absolventinnen und Absolventen gerechnet werden. In Berlin haben in den letzten Jahren jeweils ca. 25 Personen das Studium abgeschlossen, zukünftig werden die Zulassungszahlen leicht erhöht. Rein quantitativ betrachtet fällt dies jedoch kaum ins Gewicht.

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 Berufsgenossenschaft 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<sup>98</sup> 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 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

---

<sup>98</sup> 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.



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. Dies 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 gesamte Versorgungssystem 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 Pflegeeinrichtungen 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 ergebenden Möglichkeiten ausreichend kommuniziert werden. Es ist zu prüfen, inwieweit das jeweilige Bundesland, 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.

### 3.2 Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer

#### 3.2.1 Der Beruf auf einen Blick<sup>99</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen unterstützen examinierte Pflegefachkräfte bei der Versorgung und Pflege von Patienten. Sie wirken bei Therapiemaßnahmen mit und sorgen für Sauberkeit und Hygiene auf der Station.</p> <p>Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Facharztpraxen oder Gesundheitszentren. Ebenso sind sie in Altenwohn- und -pflegeheimen, bei ambulanten sozialen Diensten, in Einrichtungen der Kurzzeitpflege sowie in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung beschäftigt.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. zum -helfer ist landesrechtlich geregelt und findet an Schulen des Gesundheitswesens und anderen Bildungseinrichtungen statt. Die gesetzliche Grundlage in Brandenburg ist das Gesetz über den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegehelferin und des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers.</p> <p>In Berlin wird derzeit keine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer angeboten. Vorgesehen ist jedoch der Start einer Ausbildung mit landesrechtlicher Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer im Jahr 2015.</p> <p>Die Ausbildung dauert in Brandenburg ein Jahr Vollzeit oder drei Jahre in Teilzeit und umfasst mindestens 600 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.000 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p>

<sup>99</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

<p>Entwicklungs- optionen</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe durch positive Entwicklungsoptionen aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Nachfrage aufgrund des demographischen Wandels</li> <li>• Weiterentwicklung im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit Anschlussqualifizierung ermöglicht berufliche Chancen.</li> </ul> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (v. a. Arbeitsbedingungen)</li> <li>• Befriedigung der Arbeitskräfte-Nachfrage</li> <li>• In Berlin ist auch angesichts des Bevölkerungswachstums in den nächsten Jahren eine leichte Erweiterung der Bettenkapazitäten geplant, in Brandenburg ein gleichbleibender Bestand.</li> </ul>
<p>und aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Aktuell sind zahlreiche Reformbemühungen (z. B. Krankenhausreform, Reform der Investitionsfinanzierung, Stärkung ambulanter statt stationärer Versorgung) zu verzeichnen, deren Auswirkungen sehr ungewiss sind. Die Kernfrage wird sein, ob die Leistungserbringung der Krankenhäuser stärker am Nutzen für die Patientenversorgung orientiert und vergütet werden kann als bislang. Aktuell besteht die Gefahr einer systematischen Überlastung der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen aufgrund einer weiteren Arbeitsverdichtung.</p> <p>Entscheidend wird darüber hinaus sein, inwieweit es zu einer weiteren Ausdifferenzierung von Tätigkeitszuschnitten in der Pflege kommen wird. Wenn es gelingt, ein für die Versorgung und für die Träger sinnvolles Miteinander von Fachkräften und Helfertätigkeiten zu institutionalisieren, ist mittelfristig ein Bedeutungszuwachs von Helfertätigkeiten in der Krankenpflege wahrscheinlich. Wenn die Krankenpflegehelfer/innen hingegen nicht hinreichend in den Versorgungsprozess integriert werden, besteht die Gefahr, dass sie einerseits von Servicekräften aus anderen Berufszweigen und andererseits von Pflegefachkräften verdrängt werden.</p>

### 3.2.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

Die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen stellen bezogen auf die hier untersuchten Gesundheits(fach)berufe eine große Berufsgruppe dar. In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 13.500 Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren ca. zwei Drittel in Berlin und dementsprechend 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 31**).<sup>100</sup>

**Tabelle 31: Sozialversicherungspflichtige 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	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>13.165</b>	<b>13.397</b>	<b>13.272</b>	<b>13.385</b>	<b>13.526</b>	<b>13.372</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 132 Antwortende an, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen zu beschäftigen. Von ihnen haben 50 ihren Sitz in Berlin und 80 in Brandenburg. Weitere zwei Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Beschäftigte dieses Berufes finden sich dem Antwortverhalten zufolge überwiegend in Krankenhäusern. Aber auch in Pflegeeinrichtungen sind Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen in beträchtlichem Maße tätig. Weitere Einrichtungstypen spielen nur eine marginale Rolle. In den 61 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 431 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen tätig. Der Großteil der Beschäftigung wird von wenigen Antwortenden abgedeckt. Es zeigt sich, dass für die Gesamtbeschäftigungssituation in diesem Gesundheitsfachberuf vor allem die großen Krankenhäuser relevant sind. In diesen ist in den letzten Jahren fast ausnahmslos ein Beschäftigungsrückgang zu verzeichnen, während in den Pflegeeinrichtungen die Beschäftigtenzahl weitgehend konstant geblieben bzw. leicht gestiegen ist.

#### Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 78 Prozent und liegt unter dem Anteil aller untersuchten Berufe. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 32**).

<sup>100</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe weitgehend bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.2.4.

**Tabelle 32: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>8.752</b>	6.539	74,7	79,9
Brandenburg	<b>4.645</b>	3.815	82,1	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>13.397</b>	<b>10.354</b>	<b>77,3</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>101</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, 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.<sup>102</sup>

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung Unterschiede.<sup>103</sup> Die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung deutlich am oberen Ende der untersuchten Berufe. Ebenso wie bei der weiblichen Beschäftigung sind auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 33**).

**Tabelle 33: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>8.752</b>	5.259	60,1	44,3
Brandenburg	<b>4.645</b>	2.599	56,0	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>13.397</b>	<b>7.858</b>	<b>58,7</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin.

Dies kann wiederum mit der vergleichsweise guten Kinderbetreuungssituation sowie der Erwerbsorientierung in Brandenburg zusammenhängen.

Deutlich wird aber im Vergleich zur Teilzeitquote der Beschäftigten in allen untersuchten Berufen, dass es zwischen den einzelnen Gesundheitsfachberufen Unterschiede gibt, da für die untersuchten

<sup>101</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>102</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>103</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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)

Gesundheitsfachberufe entgegen der Gesamtsituation im Gesundheits- und Sozialwesen die Teilzeitquote in Berlin geringer ausfällt als in Brandenburg. Diese Unterschiede begründen sich – in diesen Fällen aber sehr deutlich – auf wenige der hier untersuchten Berufe.<sup>104</sup> Für die betroffenen Berufe ist entsprechend nach alternativen Erklärungsansätzen zu suchen.

### Relativ ungünstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe um einen leicht „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 34**).

**Tabelle 34: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe**

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	<b>8.752</b>	2.385	3.375	1.342	996	654
Brandenburg	<b>4.645</b>	1.283	1.774	761	577	250
Berlin-Brandenburg	<b>13.397</b>	<b>3.668</b>	<b>5.149</b>	<b>2.103</b>	<b>1.573</b>	<b>904</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	27,3	38,6	15,3	11,4	7,5
Brandenburg	<b>100,0</b>	27,6	38,2	16,4	12,4	5,4
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>27,4</b>	<b>38,4</b>	<b>15,7</b>	<b>11,7</b>	<b>6,7</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

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 den Ländern Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht – auch in Relation zu den insgesamt in diesem Gesundheitsfachberuf tätigen Personen – sehr 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, wobei in den meisten Fällen ein positiver Pendlersaldo festzustellen ist<sup>105</sup> (vgl. **Tabelle 35**).

<sup>104</sup> Die Unterschiede sind in den Berufen der Altenpflege sowie in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik festzustellen.

<sup>105</sup> Eine Ausnahme ist Niedersachsen mit einem Saldo von Minus 24 aus Sicht Berlins.

**Tabelle 35: 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	<b>251</b>	149	0	17	*	Ca. 85
Einpendler	<b>1.141</b>	964	17	9	39	112
<b>Saldo</b>	<b>+890</b>	<b>+815</b>	<b>+17</b>	<b>-8</b>	<b>Ca. +38</b>	<b>Ca. +27</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage und gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten leicht ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt in der Regel relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Arbeitskräfte der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern.<sup>106</sup> Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Arbeitskräfte an allen Gesundheits- und Krankenpfleggehelfer/innen in Brandenburg auf 5 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 13 Prozent (vgl. **Tabelle 35** und **Tabelle 36**).

**Tabelle 36: 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	<b>1.090</b>	964	12	24	9	81
Einpendler	<b>213</b>	149	22	14	20	8
<b>Saldo</b>	<b>-877</b>	<b>-815</b>	<b>+10</b>	<b>-10</b>	<b>+11</b>	<b>-73</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt deutliche Arbeitskräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch Arbeitskräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden; vielmehr wird der negative Pendlersaldo verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Arbeitskräfteverlust, der rund 19 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab. Arbeitsmigration wird entsprechend nur einen geringen Beitrag zur Lösung entstehenden Arbeitskräfteengpässe leisten können.

<sup>106</sup> Allerdings sind auch deutliche Auspendlerbewegungen nach Hessen festzustellen, während gleichzeitig niemand mit Wohnort in Hessen in Brandenburg in diesem Beruf arbeitet.



## Keine Lohnunterschiede zwischen Berlin und Brandenburg

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein gewichtiger Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Für die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 heranziehen.<sup>107</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>108</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfer in Berlin 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.<sup>109</sup> Die vorliegenden Studien ermöglichen es jedoch nicht, zwischen einzelnen Hilfstätigkeiten in der Krankenpflege zu unterscheiden. Inwiefern die staatlich anerkannten Gesundheits- und 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.

## Moderate Neueinstellungen in 2013 bei kurzen Stellenbesetzungszeiten

Um auf den aktuellen und zukünftigen Arbeitskräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Arbeitskräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen in moderatem Umfang genutzt. Im Jahr 2013<sup>110</sup> haben 30 Prozent der Antwortenden Personen in Vollzeit und rund 40 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln.

Diese Werte relativieren sich im Vergleich der untersuchten Berufe. Dort liegen die Anteile höher. Darüber hinaus wird bei der Betrachtung der eingestellten Personenanzahl deutlich, dass nur jeweils wenige Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen eingestellt wurden. Dies gilt auch für die Krankenhäuser. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 130 Personen

---

<sup>107</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>108</sup> 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

<sup>109</sup> Zitiert nach Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

<sup>110</sup> Von den insgesamt 132 Einrichtungen, die angaben, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfer zu beschäftigen, liegen 71 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

eingestellt worden, davon gut die Hälfte in Vollzeit (56 Prozent, 74 Vollzeitstellen). Zwischen den beiden Bundesländern gibt es keine Unterschiede bei den Neueinstellungen im Jahr 2013.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Knapp ein Drittel der befragten Einrichtungen (23 von 71, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellenden Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen hatten. Dies ist gegenüber den Angaben zu den anderen untersuchten Berufen ein hoher Wert (etwa auf dem Niveau der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) und verdeutlicht die aktuell entspannte Arbeitskräftesituation aus Sicht der Einrichtungen. Auch hier gibt es keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen in Berlin und Brandenburg.

Inwieweit 2013 der Arbeitskräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Diesbezüglich zeigt sich ebenfalls 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 haben zu können. Insgesamt konnten 5 Stellen nicht besetzt werden. Angesichts des großen Beschäftigungsumfangs handelt es sich um eine kleine Anzahl offen gebliebener Stellen.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Auf diese Frage haben 93 Befragte geantwortet, in denen Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen beschäftigt sind. 82 Einrichtungen (88 Prozent) 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. Dies deutet im Vergleich der untersuchten Gesundheitsfachberufe auf eine günstige Angebots-Nachfrage Relation aus Sicht der Einrichtungen. Nur in einem Fall scheint die Stellenbesetzung tatsächlich ein langwieriges Problem darzustellen. Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich nicht feststellen.

### **Überschaubare Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Im Jahr 2014 schwächt sich das skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe noch weiter ab. Rund 13 Prozent der 102 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 11 Prozent planten solche (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Dies ist im Vergleich der Berufe einerseits ein sehr niedriger Wert, andererseits ist dieser Anteil charakteristisch für die meisten der im Rahmen dieser Untersuchung betrachteten staatlich anerkannten Helferberufe.<sup>111</sup>

Fast man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein überschaubares Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Arbeitskräftebedarf reagieren. Die Befragungsergebnisse lassen in der Zusammenführung den Schluss zu, dass derzeit die vorhandenen Arbeitskräftebedarfe durch das zur Verfügung stehende Arbeitskräfteangebot zu großen Teilen gedeckt werden können.

### **Zusätzlicher Arbeitskräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Arbeitskräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Beschäftigungssituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist

---

<sup>111</sup> Die Anteile liegen auch für die Sozialassistentinnen und Sozialassistenten mit Schwerpunkt Pflege sowie für die Altenpflegehelfer/innen bzw. den Altenpflegehelfer mit staatlicher Anerkennung in diesem Bereich. Anders sind die Anteile für die Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in der Altenpflege, diese liegen bei rund 40 Prozent. .

jedoch, wenn Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Zu diesem Aspekt steht für den Helferbereich in der Krankenpflege eine eigenständige Untersuchung für Berlin zur Verfügung,<sup>112</sup> die den Berufsverbleib in den ersten 15 Jahren nach Abschluss der Ausbildung abbildet.<sup>113</sup> 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. Durch diesen sehr großen Unterschied zwischen den Berufstreue-Definitionen wird deutlich, dass ein erheblicher Anteil der Helferinnen und Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege weiterhin im Gesundheitssektor verbleibt. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass nach 15 Jahren immerhin 12 Prozent der Beschäftigten gänzlich aus dem Berufsfeld ausscheiden.

Daher ist zu konstatieren, dass alleine aufgrund des relativ großen Beschäftigungsumfangs die Fluktuation eine deutliche Verringerung des Arbeitskräftepotentials erzeugen kann.

### **3.2.3 Arbeitskräfteangebot**

#### **Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen**

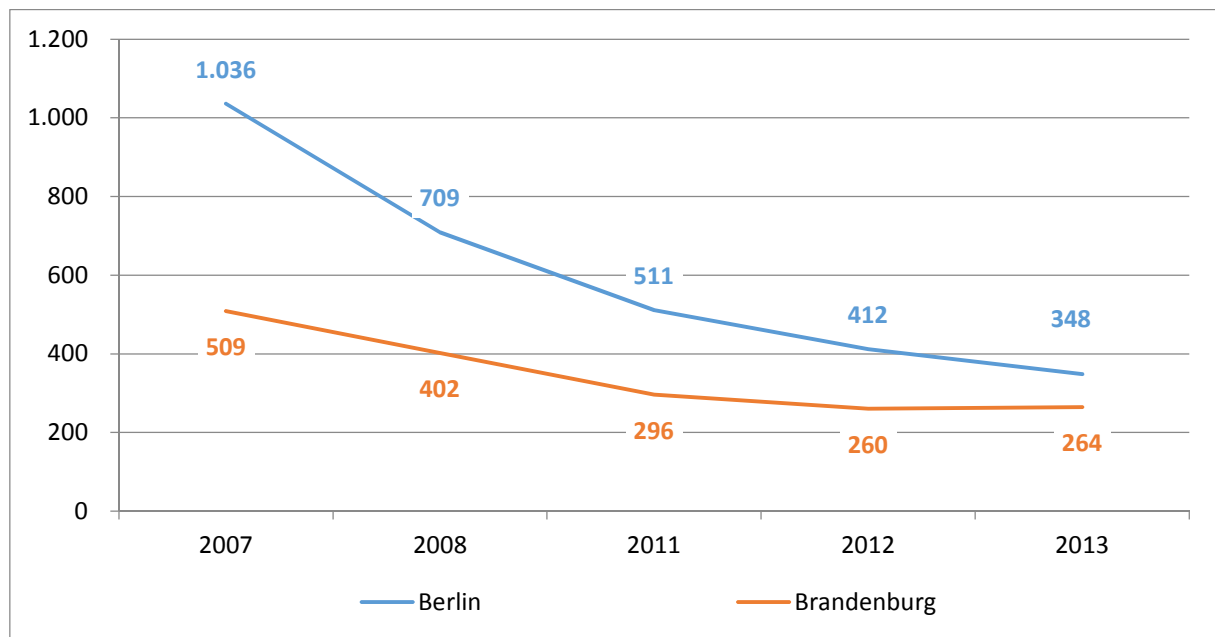
Ein möglicher Weg der Arbeitskräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte 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 7**).

---

<sup>112</sup> Daten für Brandenburg liegen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht vor.

<sup>113</sup> Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

**Abbildung 7: Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung<sup>114</sup>

Aufgeschlüsselt nach Personenmerkmalen zeigt sich hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung, dass die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen Frauen sind (jeweils ca. drei Viertel). Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 37: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/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	348	129	145	41	24	9
Brandenburg	264	111	83	35	27	8
Berlin-Brandenburg	612	240	228	76	51	17
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	37,1	42,0	11,8	6,9	2,6
Brandenburg	100,0	42,0	31,4	13,3	10,2	3,0
Berlin-Brandenburg	100,0	39,2	37,4	12,4	8,3	2,8

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es trotz des deutlichen Rückgangs quantitativ betrachtet durchaus Möglichkeiten gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Beschäftigung zu integrieren. Durch den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass diese Personen auch langfristig in Beschäftigung verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Allerdings zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Arbeitskräftebedarfs aus dieser Quelle insgesamt begrenzt sind: In Berlin kommen 41 Arbeitslose auf

<sup>114</sup> Aufgrund einer Umschlüsselung der Daten durch die Bundesagentur für Arbeit liegen keine verlässlichen Angaben für 2009 und 2010 vor.

1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte), in Brandenburg liegt die Relation bei knapp 60 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.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Arbeitskräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>115</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 35 gemeldete Arbeitsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege, den Rettungsdiensten und der Geburtshilfe auf Ebene der Helfertätigkeiten. In Brandenburg waren dies 18 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr sank die Zahl der gemeldeten Stellen um 29 Prozent in Berlin und blieb annähernd konstant in Brandenburg. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass – auch wenn die Einrichtungen nicht alle Stellen melden – nur ein geringer Arbeitskräftebedarf zu konstatieren ist.

### **Keine Ausbildungsaktivitäten in Berlin, steigende Ausbildungszahlen in Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Arbeitskräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an zu besetzenden Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>116</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die Gesundheit- und Krankenpflegehilfe kann in Brandenburg von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs ebenfalls profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>117</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden in Brandenburg um das Doppelte gestiegen (vgl. **Abbildung 8**).<sup>118</sup> Dabei sind starke Schwankungen festzustellen, die sich auf Veränderungen in der Anzahl der durch die Bundesagentur für Arbeit finanzierten Plätze für Umschüler/innen zurückführen lassen. In Berlin werden Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen derzeit nicht ausgebildet.<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

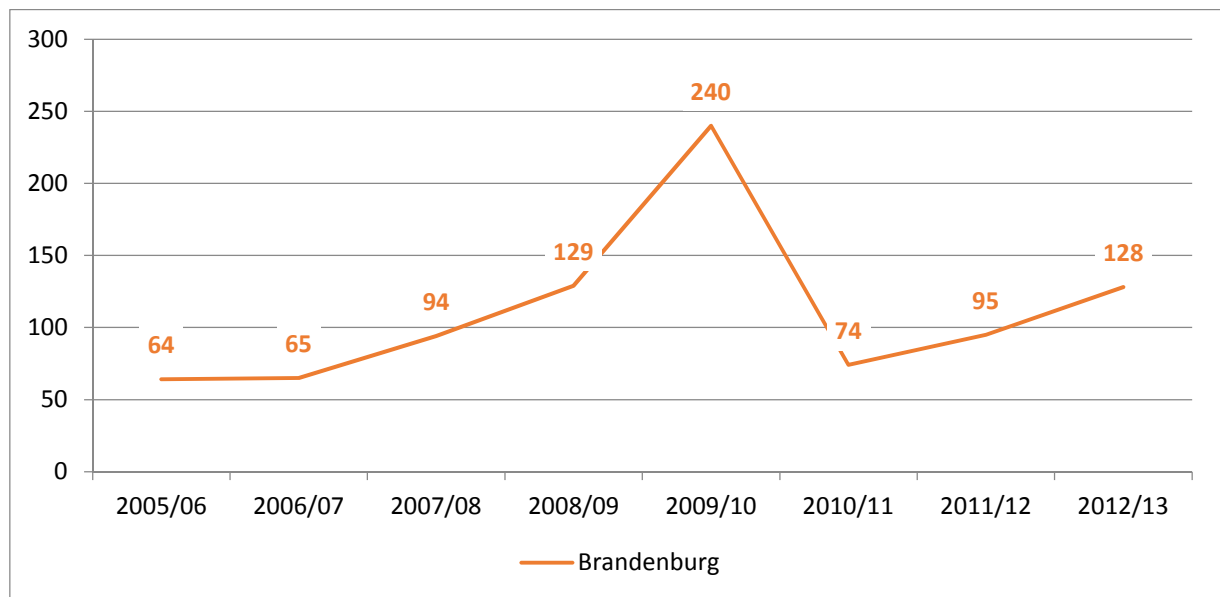
<sup>116</sup> Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z.B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>117</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den anderen Berufen beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

<sup>118</sup> Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

<sup>119</sup> Vorgesehen ist jedoch der Start einer Ausbildung mit landesrechtlicher Anerkennung im Jahr 2015.

**Abbildung 8: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Brandenburg im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die jährlichen Absolventenzahlen sind niedriger als in der Abbildung dargestellt, da nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Während die Quote der nicht erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse über die letzten Jahre verteilt bei ca. vier Prozent liegen und daher keinen großen Einfluss auf die Arbeitskräftesituation haben, brechen immerhin in den letzten beiden Ausbildungsjahren 18 bzw. 20 Prozent eines Jahrgangs vorzeitig ihre Ausbildung ab.

### **Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Arbeitskräftesicherung**

Für die mittel- und langfristige Beschäftigungssicherung ist auch die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>120</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Arbeitskräfte zu halten. In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Da Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer ausnahmslos in Einrichtungen mit mehreren Berufen beschäftigt sind, kann an dieser Stelle keine berufsconkrete Aussage getroffen werden. Stattdessen sei auf die Ausführungen zu diesem Aspekt im zweiten Kapitel verwiesen.

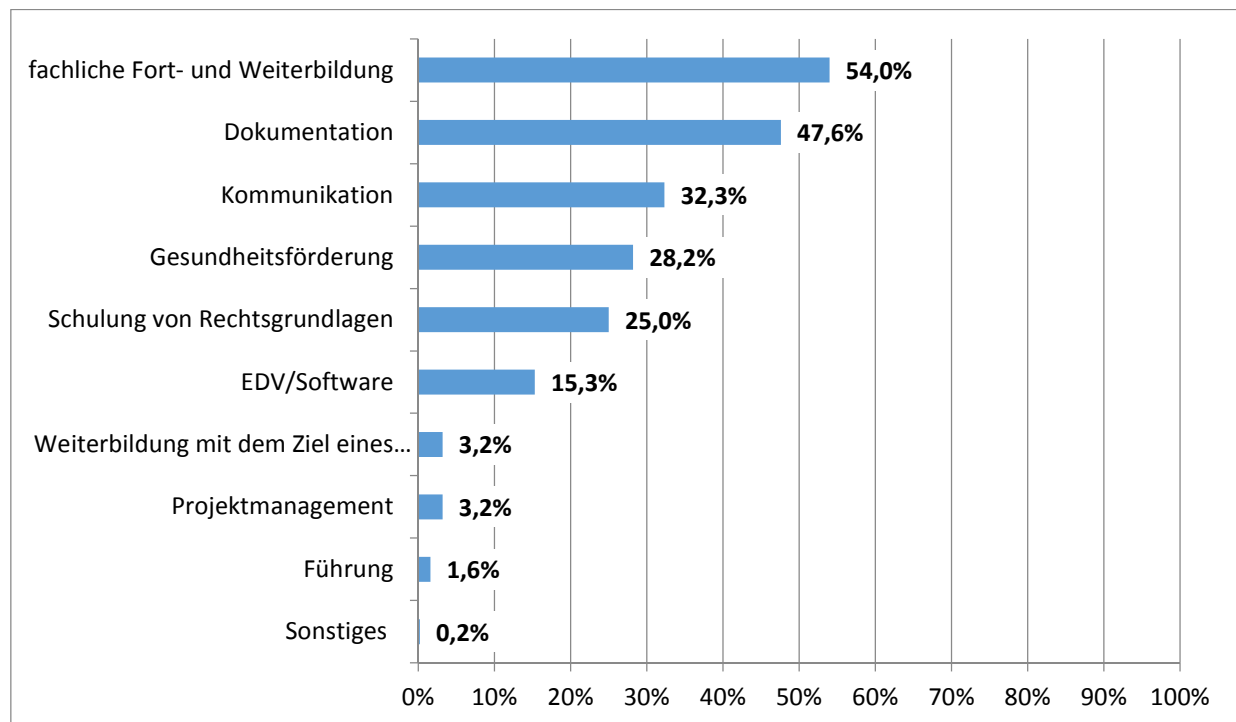
Ein spezifisches Instrument der Fachkräftebindung sind Maßnahmen der beruflichen Fort- und Weiterbildung. Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Gleichzeitig wirken solche Maßnahmen motivationsfördernd und erhöhen damit in der Tendenz die Mitarbeiterbindung. Betriebliche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten wurden gesondert und berufsconkret abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 69 Antwortenden vor, die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen beschäftigen. Von diesen haben 59 angegeben, dass mindestens ein/e Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den hohen

<sup>120</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Da Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in der Mehrzahl in Einrichtungen mit mehreren Berufen beschäftigt sind, werden an dieser Stelle die Einschätzungen der Krankenhäuser und der Pflegeeinrichtungen wiedergegeben – also der Einrichtungstypen, in der das Gros dieses Gesundheitsfachberufs tätig ist. Insgesamt handelt es sich um 284 Fälle.

Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in diesem Beruf. In der Mehrzahl wurden ein bis drei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe fachliche Fort- und Weiterbildungen die größte Rolle (vgl. **Abbildung 9**). Aber auch andere Weiterbildungsbereiche sind relevant. So werden Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Dokumentation von 48 Prozent der Antwortenden genannt. Auch inhaltliche Schwerpunkte wie Kommunikation, Gesundheitsförderung und die Schulung von Rechtsgrundlagen wurden von relativ vielen Antwortenden umgesetzt.

**Abbildung 9: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen fällt der Anteil der an fachlichen Fort- und Weiterbildungen teilnehmenden Beschäftigten deutlich ab und liegt am niedrigsten. Bei den anderen Schwerpunkten liegen die Anteile in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe tendenziell unter den Anteilen bei den examinierten Pflegefachkräften und den Pflegehelferinnen und -helfern (ohne staatliche Anerkennung), aber über den Anteilen der Therapieberufe und ungefähr auf dem Niveau der anderen staatlich anerkannten Helferberufe in der Pflege.

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind beträchtlich, und gehen im Wesentlichen auf das Antwortverhalten der ambulanten Pflegedienste zurück. In fast jedem der Schwerpunkte liegt der Anteil der an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmenden antwortenden ambulanten Dienste aus Brandenburg deutlich über der Zahl an Berliner Diensten. In den stationären Pflegeeinrichtungen sind hingegen kaum Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg zu konstatieren.<sup>121</sup>

<sup>121</sup> Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in Berlin und Brandenburg lassen sich aufgrund zu geringer Fallzahlen (14 Antworten auf die Frage) nicht eindeutig festmachen.

### 3.2.4 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. 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen (vgl. **Tabelle 31**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht abgenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet aber ca. ein Viertel der Einrichtungen einen steigenden Beschäftigtenbestand in dieser beruflichen Tätigkeit. 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 vor allem die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Entwicklung stark ausgeprägt ist.

**Tabelle 38: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 waren bereits in der KldB 1988 die Helfer in der Krankenpflege eine separat ausgewiesene Berufsgruppe (BKZ 854). Allerdings gehörten zu dieser Gruppe nicht nur die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, die inzwischen in der BKZ 81301 der KldB 2010 ausgewiesen werden, sondern auch Teilgruppen der Altenpflegehelfer, der Hebammenhelfer und weiterer Berufsgruppen sowie die Rettungssanitäter. Eine genaue Zuordnung von Anteilen dieser Tätigkeiten an der Gesamtgruppe ist wegen fehlender Detailangaben nicht möglich. Zur groben Orientierung kann aber angenommen werden, dass rund die Hälfte der in der BKZ 854 erfassten Beschäftigten zu den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern gehört.<sup>122</sup>

<sup>122</sup> Die erste Bestandsangabe nach der KldB 2010, der Beschäftigtenbestand vom 31.12.2012, entspricht rund der Hälfte des Bestandes vom 30.06.2011 nach der KldB 1988.



**Tabelle 39: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>18.289</b>	<b>18.507</b>	<b>18.686</b>	<b>19.273</b>	<b>20.119</b>	<b>20.962</b>	<b>22.501</b>	<b>24.049</b>	<b>24.922</b>

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 (vgl. **Tabelle 39**). Es ist aber davon auszugehen, dass dieses hohe Wachstumstempo vor allem Folge der schnellen Beschäftigungszunahme bei den Altenpflegehelfer/innen ist. Für die Krankenpflegehelfer/innen wird ein durchschnittliches jährliches Wachstumstempo von zwei Prozent angenommen. Die in **Tabelle 31** dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für den Zeitraum 2012/2013 in Brandenburg die Fortsetzung und in Berlin eine leichte Abschwächung dieses Wachstumstempos. Die Region insgesamt verzeichnet trotz zeitweiliger Schwankungen auch für diesen Zeitraum einen Zuwachs. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann daher in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen bzw. -helfer eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von zwei Prozent angenommen werden.

Die Wachstumsrate von fast zwei 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. Angesichts vieler Ungewissheiten der künftigen Ausgestaltung und Wirkung der Faktoren, die – wie insbesondere die weitere Entwicklung der Krankenhäuser – wesentlichen Einfluss auf die Beschäftigungssituation in der Berufsgruppe haben, werden nachfolgend zwei Projektionen der möglichen weiteren Bestandsentwicklung in dieser Tätigkeitsgruppe vorgestellt.

### **Schwaches Beschäftigungswachstum unter Status quo Annahme**

Ausgehend von den im Herbst 2014 erkennbaren Anzeichen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen ist für die nächsten Jahre die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich das Wachstum abschwächen wird. Es wird auf die Region insgesamt bezogen im Durchschnitt kaum über einem Prozent jährlich steigen. So sehen beispielsweise die bisherigen Überlegungen beider Länder zur Krankenhausplanung für die nächsten Jahre nur geringe bzw. keine Erweiterungen der Bettenkapazitäten vor.

Die oben dargestellten Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen zeigen zwar Wachstumserwartung bei 37 Prozent 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. Hinzu kommt, dass sich anscheinend in mehreren Krankenhäusern infolge der stärker werdenden Kosteneinsparungszwänge ein Wandel beim Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen abzeichnet. Einige Krankenhäuser setzen zunehmend anstelle der Helfer/innen voll ausgebildete Krankenpflegefachkräfte ein, da im Zuge von Personalreduzierungen entstehende Dienste mit nur einer Pflegekraft nicht von Helfern alleine besetzt werden können.

In der Projektion unter Status quo Annahme wird davon ausgegangen, dass in den nächsten Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum von annähernd einem Prozent erhalten bleibt und ein Stillstand oder gar Rückgang vermieden werden kann. Zugleich kann angenommen werden, dass in dieser Zeit

erste Teillösungen zu den genannten Unsicherheiten zustande kommen und im folgenden Zeitraum bis 2030 eine stabile Beschäftigungsentwicklung von einem Prozent ermöglichen.

### Stabiles Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen

Entgegen den gegenwärtigen Anzeichen für ein unsicheres Beschäftigungswachstum liegt es im Bereich des Möglichen, dass in nächster Zeit besonders in Fragen der Humanisierung des Gesundheitswesens und damit verbunden der Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch der Pflegenden Fortschritte erzielt und 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 für die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen erwartet werden. Wird die Krankenhausreform noch 2015 beschlossen und ihre Umsetzung begonnen, ist noch für den Zeitraum bis 2020 und darüber hinaus bis 2030 ein stabiles Wachstum von jährlich zwei Prozent möglich.

### Beschäftigungswachstum und Erweiterungsbedarf

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

**Tabelle 40: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>13.397</b>	<b>14.400</b>	<b>15.100</b>	<b>15.900</b>	<b>13.397</b>	<b>15.400</b>	<b>17.000</b>	<b>18.800</b>

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 40**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von etwa 1.000 Arbeitskräften. Im darauf folgenden Zeitraum 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 für ausscheidende Beschäftigte 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. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit (Rentenabgänge) und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Die Altersstruktur der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen führt dazu, dass in dieser beruflichen Tätigkeit neben dem Erweiterungsbedarf auch erheblicher altersbedingter Ersatzbedarf entsteht. Bis 2020 muss mit rund 2.500 altersbedingt ausscheidenden Arbeitskräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 2.000 Beschäftigte hinzu.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – berufsspezifische Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. 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**

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in zur Verfügung stehenden Arbeitskräften geht ein relevanter Anstieg des Arbeitskräftebedarfs für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung und der Fluktuation. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist dagegen eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung.

**Tabelle 41: Übersicht über die Quellen des Bedarfs an Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>1.600</b>	<b>3.500</b>	<b>3.000</b>	<b>1.000</b>	<b>5.600</b>	<b>7.500</b>

<b>Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>900</b>	<b>1.900</b>	<b>1.500</b>	<b>1.000</b>	<b>3.400</b>	<b>4.400</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>2.500</b>	<b>5.400</b>	<b>4.500</b>	<b>2.000</b>	<b>9.000</b>	<b>11.900</b>

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in ein Neubedarf an Arbeitskräften in der Größenordnung von mindestens 9.000 Beschäftigten und bei wirksamen Strukturveränderungen in der Versorgung von rund 12.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 41**).

Diesem Arbeitskräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, so dass aus dieser Quelle nur noch in geringem, aber immer noch wahrnehmbarem Umfang Potenziale zur Deckung der Arbeitskräftebedarfe zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sicher nicht alle arbeitslosen Personen in eine Beschäftigung integriert werden können. Ggf. bestehen noch Potenziale bei arbeitslosen Personen, die einen Zielberuf mit einer ähnlichen inhaltlichen Ausrichtung angegeben haben.

Die Ausbildungszahlen lassen deutlich werden, dass ein Teil der entstehenden Arbeitskräftebedarfe aus dieser Quelle gedeckt werden könnte. Aufgrund der starken Schwankungen bei den Ausbildungszahlen lässt sich jedoch 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 konstatieren (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.

### **3.2.5 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. 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 Beschäftigte 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 3.1.5 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 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, in denen Fachkräfte substanziell durch Hilfskräfte unterstützt werden, 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 ergibt. 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.

### 3.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger

#### 3.3.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>123</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen erheben den Pflegebedarf und sind für die Planung, Organisation, Durchführung sowie die Dokumentation der Pflege von kranken und pflegebedürftigen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen verantwortlich. Bei Bedarf werden auch Eltern in der Pflege ihrer Kinder angeleitet und unterstützt. Darüber hinaus führen sie ärztlich veranlasste Maßnahmen aus und assistieren bei medizinischer Diagnostik und Therapie.</p> <p>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen arbeiten vorwiegend in Krankenhäusern auf Stationen für Kinder, Jugendliche oder Säuglinge oder in Kinderkliniken sowie bei spezialisierten ambulanten Pflegediensten. Auch in Facharztpraxen für Kinder und Jugendliche, in Gesundheitszentren, in Wohnheimen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, in Kinderhospizen sowie in Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind sie beschäftigt. Ebenso können Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, in Kinderheimen oder an Schulen tätig sein.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in ist im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege bundesweit einheitlich geregelt und findet an staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder an staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, statt.</p> <p>Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>der Realschulabschluss oder eine gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder</li><li>den erfolgreichen Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung oder</li><li>den Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren oder</li><li>einer Erlaubnis als Krankenpflegehelferin bzw. -helfer oder einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert in Vollzeit 3 Jahre, in Teilzeit bis zu 5 Jahre und umfasst mindestens 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung.</p> <p>Im Rahmen von Modellversuchen nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes können erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erworben werden. Darüber hinaus ist im Rahmen der Modellklausel nach § 4 Abs. 6 des Krankenpflegegesetzes grundsätzlich auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich, die die Regelausbildungszeit verlängert (ausbildungsintegrierte Studiengänge).</p>

<sup>123</sup> Angaben u.a. siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de)

<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durch positive Entwicklungsoptionen aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden.</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <p>Steigende Nachfrage in Berlin aufgrund des demografischen Wandels</p> <p>Weiterentwicklung im Berufsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</p> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <p>Aufwertung des Berufsfeldes (v.a. Arbeitsbedingungen)</p> <p>Befriedigung der Fachkräfte-Nachfrage</p> <p>In Berlin ist auch angesichts des Bevölkerungswachstums in den nächsten Jahren eine leichte Erweiterung der Bettenkapazitäten geplant, in Brandenburg ein gleichbleibender Bestand.</p>
<p>aktuelle Ent- wicklungspfade</p>	<p>Aktuell sind zahlreiche Reformbemühungen (z. B. Krankenhausreform, Reform der Investitionsfinanzierung, Stärkung ambulanter Versorgung) zu verzeichnen, deren Auswirkungen sehr ungewiss sind. Die Kernfrage wird sein, ob die Leistungserbringung der Krankenhäuser stärker am Nutzen für die Patientenversorgung orientiert und vergütet werden kann als bislang. Aktuell besteht die Gefahr einer systematischen Überlastung der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen aufgrund weiterer Arbeitsverdichtung bspw. durch Fachkräfteengpässe.</p> <p>Eine weitere wesentliche Reformbemühung betrifft die Generalisierung der Pflegeausbildung, d. h. die Zusammenführung der bisher getrennt bundesrechtlich geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf.</p> <p>Ziel der einheitlichen Pflegeberufsausbildung ist es, den Auszubildenden die beruflichen Handlungskompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegekontexten zu vermitteln. Vorgesehen ist, dass die künftige Pflegeausbildung als einheitliche Grundausbildung mit wählbarem Vertiefungsansatz in einem der Bereiche stationäre Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege oder Kinderpflege ausgestaltet wird. Die Ausbildung endet mit einem einheitlichen Abschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung. Die Finanzierung der einheitlichen Pflegeausbildung ist derzeit noch im Klärungsprozess. Voraussetzung für eine gleichberechtigte Behandlung aller ausgebildeten Pflegefachkräfte wird eine vergleichbare Bezahlung sein.</p> <p>In Brandenburg sind aufgrund des Geburteneinbruchs kurz nach der Wende an mehreren Krankenhäusern die Kinderstationen oftmals verkleinert oder ganz geschlossen worden. Trotz der in Brandenburg rückläufigen demografischen Entwicklung könnte es daher zum Teil zu Engpässen in der pflegerischen Versorgung in diesem Beruf kommen.</p>

### 3.3.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Relevante Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind eine der kleineren Berufsgruppen unter den pflegerischen Berufen. In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Ende 2013 rund 5.200 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.<sup>124</sup> 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 sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch leichtes Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 42**).<sup>125</sup>

**Tabelle 42: Sozialversicherungspflichtige 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	30.06.2014	30.09.2014
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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>5.059</b>	<b>5.063</b>	<b>5.090</b>	<b>5.177</b>	<b>5.193</b>	<b>5.192</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind zum deutlich überwiegenden Teil – nämlich zu 93 Prozent – auf dem Anforderungsniveau von Fachkräften tätig. Sieben Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen üben Tätigkeiten auf dem Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeiten aus (Stand 2013).<sup>126</sup>

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 dem Antwortverhalten zufolge überwiegend in Krankenhäusern. Aber auch in Pflegeeinrichtungen gibt es eine wahrnehmbare Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Die Pflegeeinrichtungen machen den größten Anteil der Antwortenden aus. Weitere Einrichtungstypen spielen insgesamt gesehen nur eine marginale Rolle. In den 66 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 1.285

<sup>124</sup> 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 in der Gruppe ‚81302, Gesundheits-, Krankenpflege (oS)-Fachkraft‘ 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 konstant auf die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 91 Prozent und auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen 9 Prozent. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Größenverhältnis auch bei der Nutzung der Angaben der Gruppe 81302 der 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.

<sup>125</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.3.4.

<sup>126</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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



Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen tätig. Der Großteil der Beschäftigung wird von wenigen Antwortenden abgedeckt. Auch wenn die Anzahl der Antwortenden nicht mit der Anzahl der Einrichtungen identisch ist, zeigt sich, dass für die Gesamtbeschäftigungssituation in diesem Gesundheitsfachberuf vor allem die großen Krankenhäuser relevant sind.

### Sehr hoher Frauenanteil und relativ niedrige Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 98 Prozent und liegt damit deutlich über dem Anteil aller untersuchten Berufe (vgl. **Tabelle 43**).<sup>127</sup>

**Tabelle 43: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>3.115</b>	3.053	98,0	79,9
Brandenburg	<b>1.948</b>	1.909	98,0	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>5.063</b>	<b>4.962</b>	<b>98,0</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>128</sup> 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 (vgl. **Tabelle 44**).<sup>129</sup>

<sup>127</sup> Aufgrund der Zusammenfassung von Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist eine berufsscharfe Beschreibung des Frauenanteils nicht auf allen Anforderungsniveaus möglich. In der Gesundheitsberichtserstattung des Landes Berlin lag der Anteil bei Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in den Krankenhäusern in den letzten Jahren konstant zwischen 98 und 99 Prozent. Diese Anteilswerte werden grundsätzlich durch die Daten der Bundesagentur für Arbeit bestätigt, sofern dort eine Trennung nach Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorgenommen werden kann. Da keine entsprechenden Daten für Brandenburg vorliegen, werden die Anteilswerte von Berlin übertragen.

<sup>128</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).

<sup>129</sup> 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.

**Tabelle 44: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>3.115</b>	1.193	38,3	44,3
Brandenburg	<b>1.948</b>	688	35,3	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>5.063</b>	<b>1.881</b>	<b>37,1</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin.

Deutlich wird aber im Vergleich zur Teilzeitquote der Beschäftigten in den untersuchten Berufen, dass es zwischen den einzelnen Gesundheitsfachberufen Unterschiede gibt, da für die untersuchten Gesundheitsfachberufe entgegen der Gesamtsituation im Gesundheits- und Sozialwesen die Teilzeitquote in Berlin geringer ausfällt als in Brandenburg. Diese Unterschiede begründen sich – in diesen Fällen aber sehr deutlich – auf wenige der hier untersuchten Berufe.<sup>130</sup> Dementsprechend ist für diese anderen Berufe auch nach alternativen Erklärungsansätzen zu suchen.

#### **Relativ günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, aber erkennbarer mittelfristiger Ersatzbedarf**

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege um einen leicht „jüngeren“ Beruf. Allerdings wird alleine aufgrund der Anzahl der Beschäftigten deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine wahrnehmbare Anzahl an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen aus dem Beruf ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 45**).

<sup>130</sup> Die Unterschiede sind in den Berufen der Altenpflege sowie in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik festzustellen.

**Tabelle 45: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>3.115</b>	1.027	1.200	439	285	164
Brandenburg	<b>1.948</b>	658	768	270	171	81
Berlin-Brandenburg	<b>5.063</b>	<b>1.685</b>	<b>1.968</b>	<b>709</b>	<b>457</b>	<b>245</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	33,0	38,5	14,1	9,2	5,3
Brandenburg	<b>100,0</b>	33,8	39,4	13,9	8,8	4,2
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>33,3</b>	<b>38,9</b>	<b>14,0</b>	<b>9,0</b>	<b>4,8</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

### Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern 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. Deutlich wird hierbei die Sogwirkung Berlins, da die Anzahl der Einpendler nach Berlin die Anzahl der Auspendler übersteigt (vgl. **Tabelle 46**).

**Tabelle 46: 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	<b>80</b>	57	1	1	0	21
Einpendler	<b>706</b>	529	11	18	16	132
<b>Saldo</b>	<b>+626</b>	<b>+472</b>	<b>+10</b>	<b>+17</b>	<b>+16</b>	<b>+111</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Auch Brandenburg hat Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt in der Regel relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Fachkräfte der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in Brandenburg auf 5 Prozent, liegt damit aber deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 23 Prozent (vgl. **Tabelle 46** und **Tabelle 47**).

**Tabelle 47: 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
<b>Saldo</b>	<b>-521</b>	<b>-472</b>	<b>-12</b>	<b>-2</b>	<b>+12</b>	<b>-47</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Stattdessen wird der Fachkräfteverlust auch im Verhältnis zu anderen Bundesländern verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo führt zu einem Fachkräfteverlust, der rund 27 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab. Arbeitsmigration wird entsprechend nur einen geringen Beitrag zur Lösung entstehenden Fachkräfteengpässe leisten können.

### Relevante Lohnunterschiede zwischen beiden Bundesländern

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein gewichtiger Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Bei der Betrachtung der Lohnstruktur ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der statistischen Datenbasis nicht zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschieden werden kann.<sup>131</sup> Da es durchaus möglich ist, dass zwischen beiden Tätigkeiten Lohnunterschiede bestehen, können die nachstehenden Angaben nur als grobe Orientierungswerte dienen. Für die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 heranziehen. Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>132</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in Berlin bei 2.786 Euro auf Fachkräfteebene, 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 in der Region Berlin-Brandenburg. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Gesundheits- und Krankenpflege bundesweit bei 2.971 Euro (Fachkräfteebene) bzw. 3.256 Euro (Spezialistenebene). Um die Angaben auch in das regionale

<sup>131</sup> Die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) werden von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden. In der Statistik liegen für Berlin und Brandenburg Angaben für die Berufe in der Fachkrankenpflege-Spezialist sowie für die Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachkräfteebene vor. Eine Differenzierung zwischen Kranken- und Kinderkrankenpflege ist nicht möglich.

<sup>132</sup> 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 verdienen. 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

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 Pendelbewegung 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**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Möglichkeiten der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Diese Option wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>133</sup> haben jeweils rund 40 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und/oder in Teilzeit eingestellt.

Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 283 Personen eingestellt worden, davon rund drei Viertel in Vollzeit (75 Prozent, 213 Vollzeitstellen). Auch wenn die Mehrzahl der Antwortenden wenige Personen eingestellt hat, entfällt der Großteil der Einstellungen auf wenige Antwortende (die allerdings häufig Angaben für mehrere Einrichtungen gemacht haben). Hierbei ist auffällig, dass die Antwortenden mit einer hohen Anzahl an Einstellungen –in der Regel große Krankenhäuser – verhältnismäßig häufig Personen in Vollzeit einstellen, während die Einstellung in Teilzeit eher in Einrichtungen mit verhältnismäßig wenigen Beschäftigten verfolgt wird. Zwischen den beiden Bundesländern gibt es keine nennenswerten Unterschiede bei den Neueinstellungen im Jahr 2013.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Genau ein Drittel der befragten Einrichtungen (25 von 75), die auf diese Frage geantwortet haben, haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/innen hatten. Dies ist gegenüber den Angaben zu den anderen untersuchten Berufen ein relativ hoher Wert und könnte ein Hinweis auf eine aktuell relativ entspannte Fachkräftesituation aus Sicht der Einrichtungen sein. Der fehlende Bedarf wurde in Berlin anteilig häufiger genannt als von den Einrichtungen mit Sitz in Brandenburg (42 gegenüber 27 Prozent). Dabei sind die Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern größer als jeweils zwischen den einzelnen Einrichtungstypen.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Diesbezüglich zeigt sich ebenfalls ein entspanntes Bild. So geben nur fünf Prozent (4 der 75 Fälle) der Befragten 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 und nicht um Krankenhäuser handelt, die keine geeigneten Bewerbenden gefunden haben und daher ihre Stelle(n) nicht besetzen konnten. Dies deutet auf einen Wettbewerbsnachteil der Pflegeeinrichtungen gegenüber Krankenhäusern hin, wenn Beschäftigte dieses konkreten Gesundheitsfachberufes eingestellt werden sollen. Insgesamt betrachtet handelt es sich angesichts des großen Beschäftigungsumfangs aber um eine relativ kleine Anzahl offen gebliebener Stellen. Demnach scheinen die Einrichtungen zwar einen

---

<sup>133</sup> Von den insgesamt 125 Einrichtungen, die angaben, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zu beschäftigen, liegen 75 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

relevanten Bedarf an Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zu haben – was sich am regen Einstellungsverhalten ablesen lässt – sie können diesen jedoch derzeit noch größtenteils decken.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt etwa gedauert hat. Auf diese Frage haben 83 Befragte geantwortet, in denen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen beschäftigt sind. 70 Einrichtungen (84 Prozent) 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 restlichen wenigen Antwortenden geben an, dass die Besetzung maximal ein halbes Jahr dauert. Dies deutet im Vergleich der untersuchten Gesundheitsfachberufe auf eine noch relativ günstige Angebots-Nachfrage Relation aus Sicht der Einrichtungen hin. Die relativ großen Schwierigkeiten der Pflegeeinrichtungen bei der Besetzung offener Stellen bei Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/innen spiegeln sich zum Teil auch bei der Stellenbesetzungsdauer wider, werden aber durch die Unterschiede zwischen Berliner und Brandenburger Einrichtungen überlagert – d. h. 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. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den Befunden zum Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege, bei dem die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen eine größere Rolle spielen. Trotz der aktuell insgesamt relativ günstigen Fachkräftesituation könnten die benannten Besetzungsprobleme ein Hinweis auf punktuelle Fachkräfteengpässe in Brandenburg sein.

#### **Abgeschwächte Fortsetzung der (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

2014 setzt sich das Einstellungsverhalten im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in abgeschwächter Form fort. Rund 18 Prozent der 93 Antwortenden haben im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 15 Prozent planen solche. Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg zeigen sich dahingehend, dass in Berlin mehr Einstellungen erfolgt sind und auch in mehr Fällen noch Einstellungen zum Befragungszeitpunkt geplant waren. Dies ist insofern überraschend, da die längere Suche nach Fachkräften in Brandenburg offenbar nicht zu einem höheren Anteil an noch geplanten Einstellungen führt.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein durchaus reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Gegenüber anderen untersuchten Gesundheitsfachberufen liegen die Anteile der geplanten und der bereits eingestellten Fachkräfte jedoch unter dem Durchschnitt, was auf einen vergleichsweise geringen aktuellen Bedarf in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege schließen lässt. Die Befragungsergebnisse lassen in der Zusammenführung daher den Schluss zu, dass derzeit die vorhandenen Fachkräftebedarfe durch das zur Verfügung stehende Arbeitskräfteangebot zu großen Teilen gedeckt werden können. Gleichzeitig scheinen Brandenburger Einrichtungen unabhängig vom Einrichtungstyp größere Schwierigkeiten zu haben, geeignete Bewerbende zu finden und offene Stellen zu besetzen.

#### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt nicht von Belang, solange die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Zu diesem Aspekt steht für den Beruf Krankenschwester, -pfleger<sup>134, 135</sup> eine eigenständige Untersuchung für die Länder Berlin und Brandenburg zur Verfügung, die den Berufsverbleib in den ersten 15 Jahren nach Abschluss der Ausbildung abbildet.<sup>136</sup> Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 83 Prozent der Krankenschwestern und -pfleger 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. 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 in Brandenburg. Aufgrund der für Krankenschwestern und -pfleger und den Kinderkrankenschwestern -pflegern ähnlichen Anstellungsverhältnissen wird angenommen, dass die Quoten sich auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege übertragen lassen. Der positive Eindruck hinsichtlich der geringen Fluktuation in Brandenburg wurde einhellig von den Vertreterinnen und Vertretern der Brandenburger Krankenhäuser bestätigt. Wenn aus der Sicht der Krankenhäuser unfreiwillige Abgänge zu verzeichnen sind, handelt es sich meist um Einzelfälle und meistens um junge Fachkräfte, die aus privaten Gründen (z.B. Umzug) die Klinik verlassen würden. Ob damit ein Berufswechsel verbunden war, sei allerdings nicht bekannt.

### 3.3.3 Arbeitskräfteangebot

#### Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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.<sup>137</sup> Insgesamt weist der Beruf Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 10**).

---

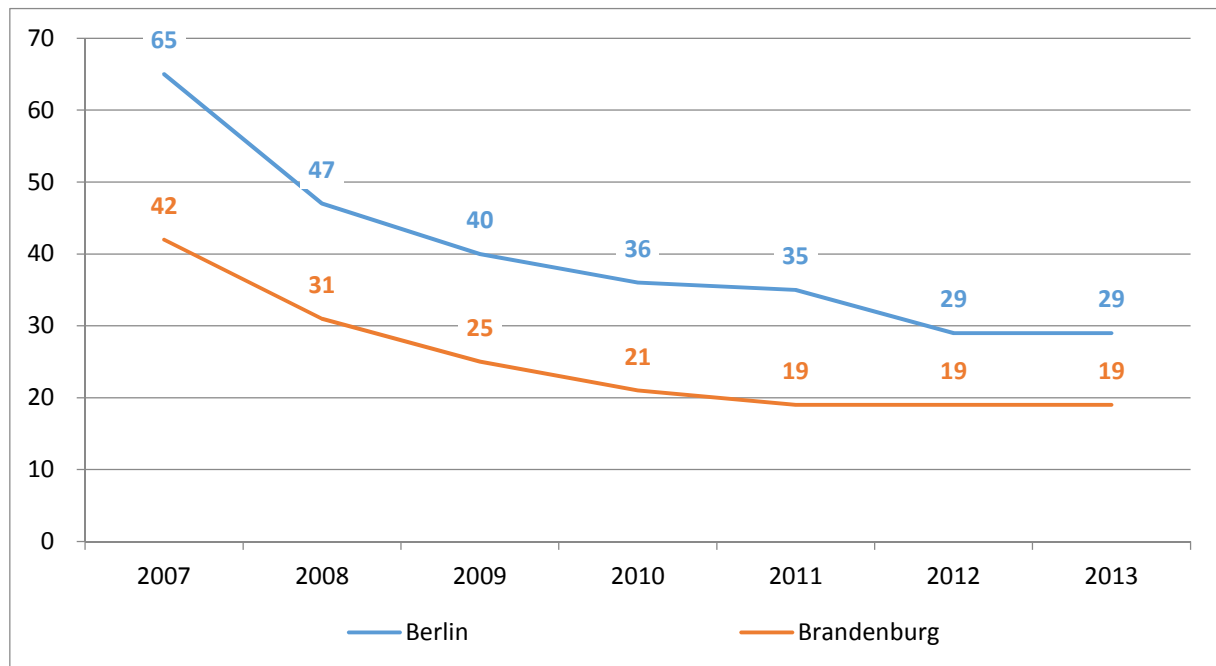
<sup>134</sup> Eine Differenzierung zwischen Kranken- und Kinderkrankenpflege ist auch hier nicht möglich. Entsprechend sind die nachstehenden Auswertungen als grobe Orientierung zu verstehen.

<sup>135</sup> 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.

<sup>136</sup> Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

<sup>137</sup> Analog zur Darstellung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird angenommen, dass 9 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflege auf Fachkräfteebene den Zielberuf Gesundheits- und Kinderkrankenpflege angegeben haben.

**Abbildung 10: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass Berufe in der Fach(kinder)krankenpflege (komplexe Spezialistentätigkeiten) nur in Einzelfällen als Zielberuf angegeben wurden. Hinsichtlich der Betrachtung der Arbeitslosigkeit nach Städten und Landkreisen Brandenburgs zeigen sich keine Auffälligkeiten. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen, da es sich um einen gemeinsamen Wirtschaftsraum handelt.

Aufgeschlüsselt nach Personenmerkmalen zeigt sich, dass die klare Mehrheit der arbeitslos gemeldeten Personen Frauen sind. Das korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesem Beruf. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 48: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013**

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	29	8	12	4	3	2
Brandenburg	19	6	7	3	2	1
Berlin-Brandenburg	48	14	19	7	5	3
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	27,6	41,4	13,8	10,3	6,9
Brandenburg	100,0	31,6	36,8	15,8	10,5	5,3
Berlin-Brandenburg	100,0	29,2	39,6	14,6	10,4	6,3

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es fast keine Möglichkeit gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu bedienen. Hier scheint es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Ausschöpfung dieses Potenzials gekommen zu sein. Diesen engen Spielraum verdeutlicht auch die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten: In Berlin kommen rund neun Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige



(sozialversicherungspflichtig Beschäftigte), in Brandenburg liegt die Relation ähnlich bei rund 10 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.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>138</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 416 gemeldete Arbeitsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege, den Rettungsdiensten und der Geburtshilfe. In Brandenburg waren dies 253 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 15 Prozent in Berlin und um neun Prozent in Brandenburg. Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot auf Seiten der Arbeitssuchenden.

### **Relativ konstante Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Zahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>139</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg.

Die Gesundheit- und Kinderkrankenpflege kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs jedoch nicht profitieren – im Gegenteil. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>140</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um sechs Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 11**). 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, Zahlen für Berlin liegen nicht vor). In Berlin zeigt sich dagegen eine relativ gleichbleibende Zahl an Auszubildenden.<sup>141</sup>

---

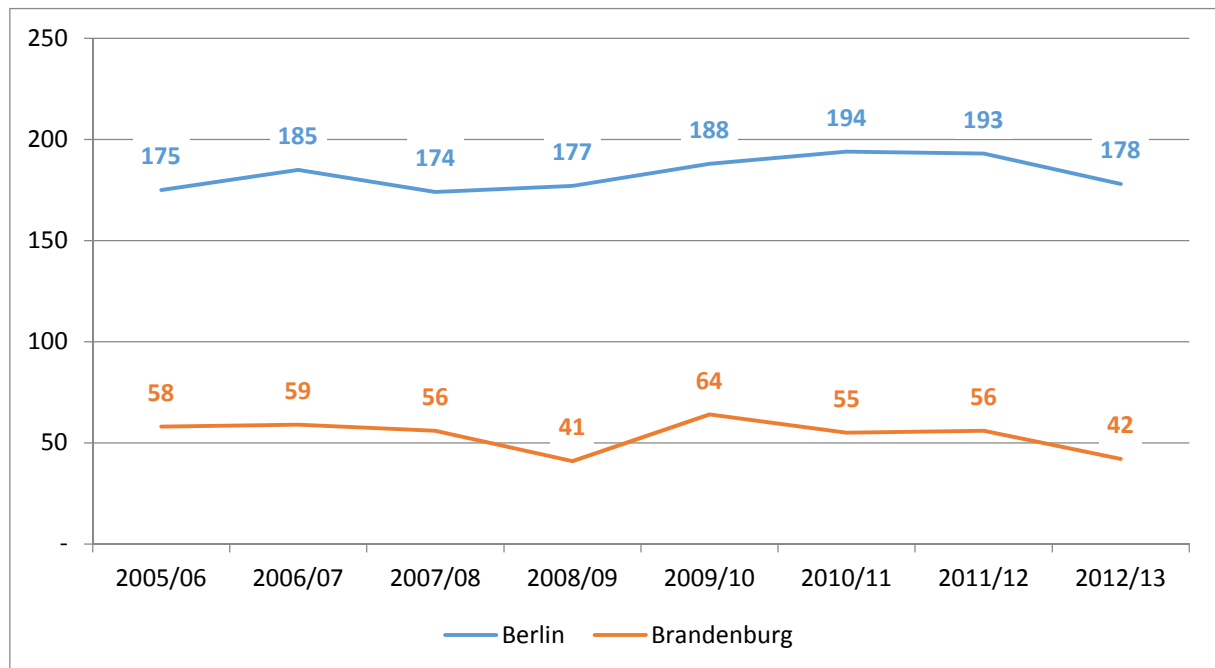
<sup>138</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

<sup>139</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>140</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013. In Brandenburg wird der rückläufige Trend der Ausbildungszahlen fortgesetzt.

<sup>141</sup> Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

**Abbildung 11: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf**



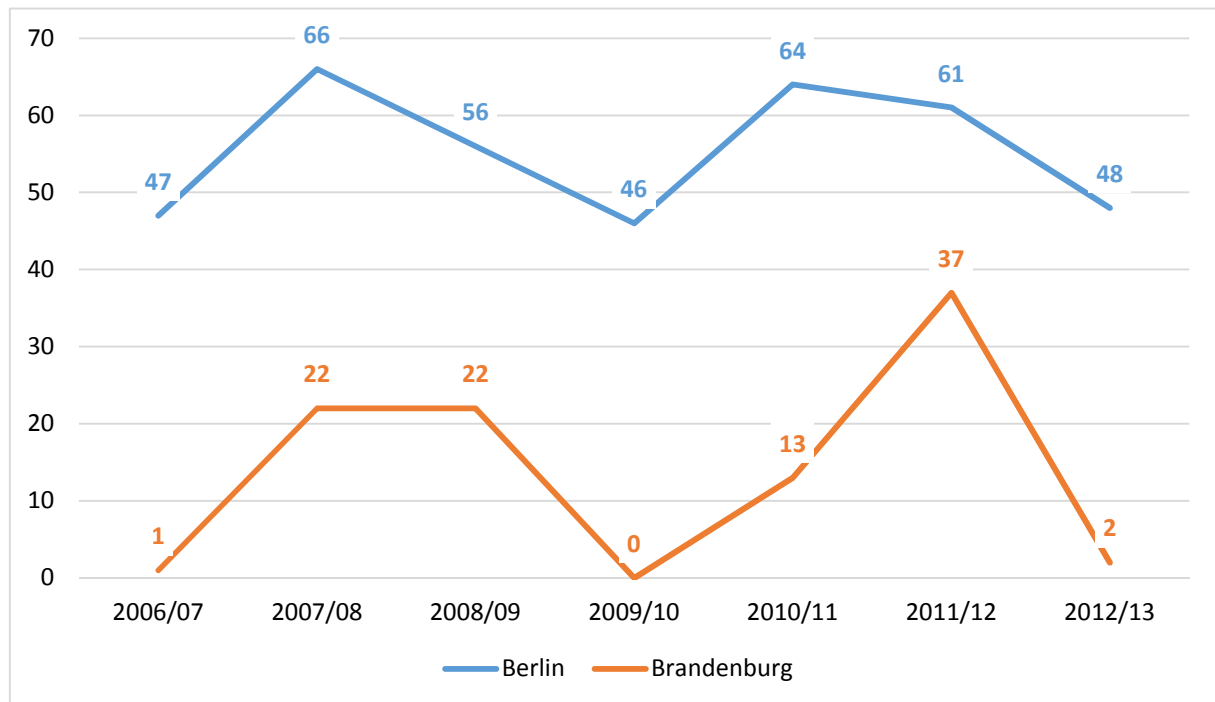
Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die unterschiedliche Entwicklung zwischen den beiden Bundesländern ist kennzeichnend für nahezu alle der hier untersuchten Gesundheitsfachberufe und lässt sich wohl vor allem durch die unterschiedliche demografische Entwicklung begründen, die in Berlin deutlich günstiger ausfällt.

Zu bedenken ist darüber hinaus, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Während in den letzten Jahren konstant alle Ausbildungsprüfungen erfolgreich durchlaufen 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.<sup>142</sup> Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 12**).

<sup>142</sup> Für Berlin liegt eine Zeitreihe von 2007 bis zum aktuellen Rand, für Brandenburg liegen Daten nur für die Ausbildungsjahre 2011/2012 und 2012/2013 vor.

**Abbildung 12: Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Auszubildenden werden in der Regel an eigenen Krankenpflegeschulen der Krankenhäuser ausgebildet. In den Gesprächen mit Krankenhausvertreter/innen, aber auch in der Gesamtschau der Ergebnisse der Online-Befragung zeigt sich die große Relevanz, die der Ausbildung für eine langfristige Fachkräftesicherung beigemessen wird. Deutlich wurde in den Gesprächen zum Teil auch, dass sich bei den Krankenhäusern ohne eigene Ausbildung von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen zum Teil erste Engpässe abzeichnen. Aufgrund des Einbruchs der Geburtenrate in den 90er Jahren hätten viele Krankenhäuser die Kinderabteilungen verkleinert oder sogar geschlossen, was entsprechende Auswirkungen auf die Ausbildung gehabt habe. Zum Teil sei den Gesprächen zufolge noch nicht hinreichend geklärt, wie die nun entstehenden Bedarfe ausbildungsseitig abgedeckt werden sollen. Bei den Einrichtungen, die selbst Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ausbilden, bestehen so gut wie keine Probleme, die angebotenen Ausbildungsplätze zu besetzen.

### **Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Fachkräftesicherung**

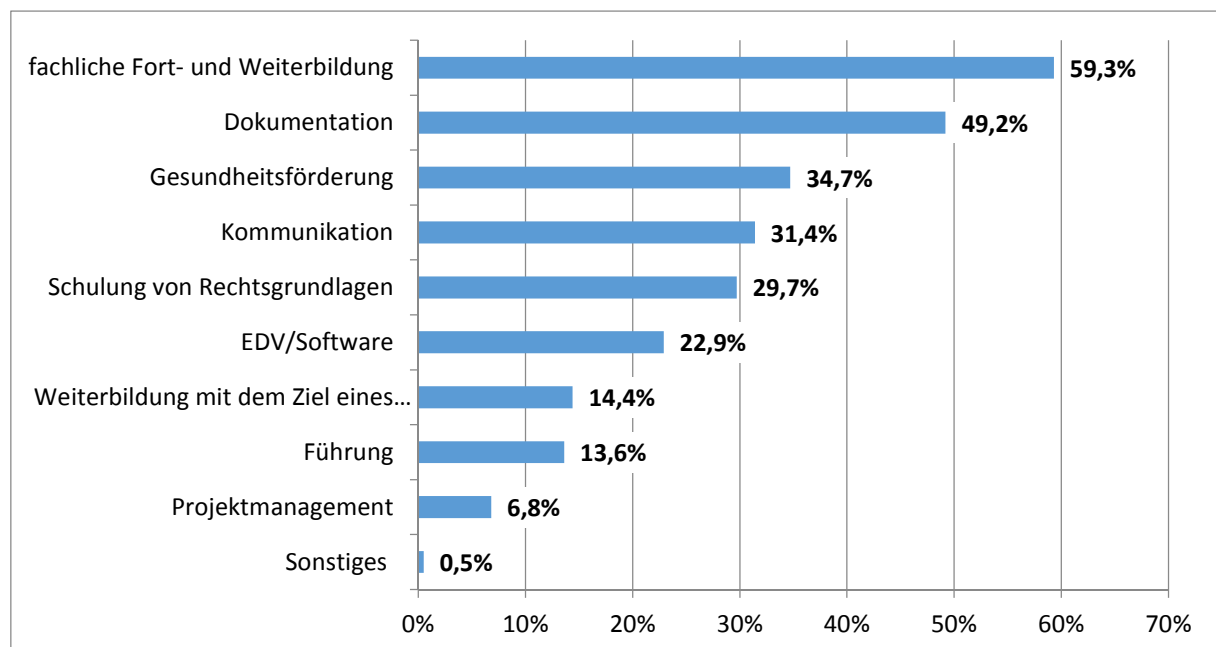
Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist vor allem auch die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>143</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Fachkräfte zu halten. In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Da Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen in der Mehrzahl in Einrichtungen mit mehreren Berufen beschäftigt sind, kann an dieser Stelle keine berufsconkrete Aussage getroffen werden. Stattdessen sei auf die Ausführungen zu diesem Aspekt im zweiten Kapitel verwiesen.

<sup>143</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Da Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger in der Mehrzahl in Einrichtungen mit mehreren Berufen beschäftigt sind, werden an dieser Stelle die Einschätzungen der Krankenhäuser und der Pflegeeinrichtungen wiedergegeben – also der Einrichtungstypen, in der sich das Gros dieses Gesundheitsfachberufs tätig ist. Insgesamt handelt es sich um 284 Fälle.

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert und berufskonkret abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 76 Antwortenden vor, die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen beschäftigen. Von diesen haben 72 angegeben, dass mindestens ein/e Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in diesem Beruf. In der Mehrzahl wurden ein bis zwei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt, gemessen an der Gesamtzahl der Fort- und Weiterbildungsteilnehmenden erfolgt das Gros der Fort- und Weiterbildungen in den Krankenhäusern.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege fachliche Fort- und Weiterbildungen die größte Rolle (vgl. **Abbildung 13**). Dieser Abstand ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen jedoch gering, da auch in den anderen Weiterbildungsbereichen die Aktivitäten der Einrichtungen deutlich werden. So werden Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Dokumentation von 49 Prozent der Antwortenden genannt. Aber auch weitere Schwerpunkte wie Gesundheitsförderung, Kommunikation oder die Schulung von Rechtsgrundlagen wurden von mindestens rund 30 Prozent der Antwortenden (bei insgesamt 118 Antworten) umgesetzt. Im Vergleich zum Beruf der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen fällt auf, dass die Anteilswerte der inhaltlichen Schwerpunkte in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in fast jedem einzelnen inhaltlichen Schwerpunkt niedriger ausfallen. Einzige Ausnahme ist die Gesundheitsförderung, die bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen einen verhältnismäßig großen Stellenwert besitzt.

**Abbildung 13: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Diese im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen breite Streuung der Schwerpunkte lässt sich vor allem auf die Aktivitäten der Krankenhäuser (als wesentlicher Arbeitgeber der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen) zurückführen. Diese sind in der Regel in jedem einzelnen Weiterbildungsthema aktiver als andere Einrichtungstypen. Das spricht für eine gut ausgebaute Fort- und Weiterbildungsstruktur in den Krankenhäusern, die für einen Großteil der dort Beschäftigten auch genutzt wird.

### 3.3.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Schwache Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege kann in den nächsten Jahren in Berlin und Brandenburg mit schwachem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich besonders in Berlin die Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre auch künftig fortsetzen wird. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen (vgl. **Tabelle 42**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwartet die deutliche Mehrzahl der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand in dieser beruflichen Tätigkeit, aber immerhin rund ein Fünftel (gut 21 Prozent) auch 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. Dies ist im Vergleich der untersuchten Gesundheitsfachberufe der mit Abstand höchste Wert.

**Tabelle 49: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger – Aussagen online befragter Einrichtungen 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, mittel- und längerfristige Vorausschau der weiteren Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist nur eingeschränkt möglich, da in der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, die in dieser Arbeit die wichtigste Datengrundlage für die Ermittlung von Beschäftigungstrends ist, die Angaben für die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ohne Spezialisierung nicht separat ausgewiesen werden. Zu ihnen gehört aber das Gros (rund 95 Prozent) der Fachkräfte dieser Berufsgruppe. Nur für den kleineren Teil der Fachkräfte mit Spezialisierung sind differenzierte Daten verfügbar.

Nachfolgend werden daher zur Annäherung an mögliche Größenordnungen des Fachkräftebedarfs 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, um mögliche Größenordnungen des künftigen Beschäftigtenbestandes aufzuzeigen.

Die Bevölkerungsprognosen für Berlin und Brandenburg weisen folgende Entwicklungen für die Altersgruppe der 0-18jährigen aus:

**Tabelle 50: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 0-18jährigen in Berlin und Brandenburg**

Bundesland / Region	Bevölkerungsstand 2011 <sup>144</sup>	Bevölkerungs-prognose 2020	Bevölkerungs-prognose 2030
	Personen im Alter von 0-18 Jahren		
Berlin	518.200	578.400	583.700
Brandenburg	338.400	349.957	278.667
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>856.600</b>	<b>928.357</b>	<b>862.367</b>

Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Daraus ergibt sich eine Relation von einer Kinderkrankenpflegerin bzw. einem -pfleger pro 167 Einwohnerinnen und Einwohner in Berlin, in Brandenburg beträgt das Verhältnis 1 zu 175. Da für Berlin jedoch aktuellere Bevölkerungszahlen vorliegen und die Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeitlich näher liegen, wird auch für Berlin ein Verhältnis von 1 zu 175 angenommen. Demnach wären in den Beobachtungszeiträumen folgende Beschäftigtenbestände in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege notwendig:

**Tabelle 51: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>5.037</b>	<b>5.300</b>	<b>4.900</b>

Quelle: eigene Berechnungen

Aus dieser möglichen Bestandsentwicklung der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen ergibt sich auf die Region insgesamt bezogen nur bis 2020 ein Erweiterungsbedarf. In der Zeit bis 2020 kann in Berlin ein Erweiterungsbedarf von rund 200 Fachkräften erwartet werden. In Brandenburg bleibt der erwartete Erweiterungsbedarf bei unter 100 Fachkräften. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 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 daraus ein Minus in ähnlicher 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 2020-2030 größer sein und in Brandenburg würde in dieser Dekade der Beschäftigungsabbau spürbar geringer ausfallen.

<sup>144</sup> Für Berlin liegen auch Daten für den 31.12.2014 vor. Demnach liegt der Bevölkerungsstand der 0-18jährigen bei 550.042. Daraus ergibt sich eine Relation von 1:177

## **Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte bestimmen weitgehend die Nachfrage nach Fachkräften**

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Die relativ junge Altersstruktur der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen führt dazu, dass in dieser beruflichen Tätigkeit der altersbedingte Ersatzbedarf nicht den gleichen Stellenwert wie in anderen Tätigkeiten einnimmt. Gleichwohl ist aufgrund der Beschäftigtenzahlen ein mittelfristig relevanter altersbedingter Ersatzbedarf erkennbar. Bis 2020 muss mit rund 700 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 700 Beschäftigte hinzu. Der Ersatzbedarf fällt in Berlin höher als in Brandenburg aus.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation 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 für 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 voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in zur Verfügung stehenden Fachkräften geht insgesamt eine schwache Nachfrage nach Fachkräften für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist dagegen eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von 800 Beschäftigten und bei wirksamen Strukturveränderungen in der Gesundheits- und Krankenpflege von rund 1.200 Beschäftigten entstehen wird.

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft ist. 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 490, bis 2030 1.200 neue Fachkräfte durch Ausbildung zu erwarten. Damit ist es wahrscheinlich möglich, quantitativ den größten Teil des zukünftigen Bedarfs zu decken. Gleichwohl ist es plausibel anzunehmen, dass in einigen Einrichtungen aufgrund reduzierter oder geschlossener Kinderstationen Engpässe auftreten können. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Auszubildenden auch die Pendlerverflechtungen relevant werden könnten, d. h. ein Teil der Fachkräfte mit Wohnsitz in Brandenburg ist in Berlin beschäftigt.

### 3.3.5 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 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.



### 3.4 Altenpflegerin und -pfleger

#### 3.4.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>145</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Der Beruf der Altenpflege umfasst die Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege alter Menschen. Dieses beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personen- und situationsbezogene Pflege</li> <li>• Anleitung, Beratung und Gesprächsführung</li> <li>• Mitwirkung bei der medizinischen Diagnostik und Therapie</li> <li>• Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung</li> <li>• Berücksichtigung der Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln</li> <li>• Unterstützung alter Menschen bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung</li> <li>• Unterstützung alter Menschen bei der Tagesgestaltung und bei selbst organisierten Aktivitäten</li> </ul> <p>Altenpflegerinnen und -pfleger arbeiten hauptsächlich in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege oder bei ambulanten Pflegediensten. Weitere Beschäftigungsmöglichkeiten bieten sich in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Auch in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung oder in Seniorenberatungsstellen sind sie tätig. Darüber hinaus sind Altenpfleger/innen in Privathaushalten tätig, z. B. bei der Betreuung von Seniorenwohngemeinschaften oder pflegebedürftigen Angehörigen. Gelegentlich arbeiten sie auch in der Pflegeberatung bei Seniorenorganisationen und an Pflegestützpunkten.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege geregelt. Der schulische Teil der Ausbildung findet an staatlich anerkannten Altenpflegeschulen statt, der praktische Teil wird in Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt.</p> <p>Voraussetzung für die Ausbildung ist, dass die Bewerberin bzw. der Bewerber gesundheitlich geeignet ist sowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Realschulabschluss oder</li> <li>• ein anderer als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss oder</li> <li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder</li> <li>• der Hauptschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss, sofern eine erfolgreich abgeschlossene, Mindestens zweijährige Berufsausbildung oder die Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder -helfer oder eine landesrechtlich geregelte, erfolgreich abgeschlossene Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Altenpflegehilfe oder Krankenpflegehilfe nachgewiesen wird,</li> <li>• oder eine andere abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung.</li> </ul> <p>Die Ausbildung dauert in Vollzeit 3 Jahre und in Teilzeit bis zu 5 Jahre. Sie umfasst 2.100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 2.500 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p> <p>In Berlin ist es möglich, die berufliche Ausbildung mit einem Hochschulstudium zu verbinden. Im Rahmen der Modellklausel nach §4 Abs. 6 des Altenpflegegesetzes</p>

<sup>145</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

	ist auch eine Ausbildung an Hochschulen in den Pflegeberufen möglich. Ein solches Studium wird sowohl in Berlin als auch in Brandenburg angeboten.
Entwicklungs- optionen und  aktuelle Ent- wicklungspfade	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Altenpflege durch positive Entwicklungsoptionen aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels</li> <li>• Hohe öffentliche Aufmerksamkeit der beruflichen Chancen in der Altenpflege</li> </ul> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (v. a. Vergütung und Arbeitsbedingungen)</li> <li>• Befriedigung der Fachkräftenachfrage</li> </ul> <p>Aktuelle Reformbemühungen sind insbesondere die Reform der Pflegeausbildung, d. h. die Zusammenführung der bisher getrennt bundesrechtlich geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem generalistisch ausgerichteten Pflegeberuf.</p> <p>Ziel der einheitlichen Pflegeberufsausbildung ist es, den Auszubildenden die beruflichen Handlungskompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegekontexten zu vermitteln. Vorgesehen ist, dass die künftige Pflegeausbildung als einheitliche Grundausbildung mit wählbarem Vertiefungsansatz in einem der Bereiche stationäre Akut-Pflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege oder Kinderpflege ausgestaltet wird. Die Ausbildung endet mit einem einheitlichen Abschluss und einer einheitlichen Berufsbezeichnung. Die Finanzierung der einheitlichen Pflegeausbildung ist derzeit noch im Klärungsprozess. Voraussetzung für eine gleichberechtigte Behandlung aller ausgebildeten Pflegefachkräfte wird eine vergleichbare Bezahlung sein. Darüber hinaus ist zum einen die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen auf Seiten der Fachkräfte, zum anderen aber auch eine Änderung der Versorgungssektoren notwendig, wenn die Potenziale der generalisierten Ausbildung genutzt werden sollen.</p> <p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Altenpflege weist darauf hin, dass wesentliche Rahmenbedingungen verbessert werden. Beispielsweise kann die Absichtserklärung für einen Tarifvertrag in der Altenpflege im Land Brandenburg ein Baustein zur Erhöhung der beruflichen Attraktivität sein.</p> <p>Aufgrund der demografischen Entwicklung besteht jedoch die Gefahr einer systematischen Überlastung der Altenpflegefachkräfte. Durch Fachkräfteengpässe könnte es zu einer weiteren Arbeitsverdichtung kommen, die zulasten der Beschäftigungsfähigkeit geht.</p>

### 3.4.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

An dieser Stelle ist zu betonen, dass sich die nachstehenden Analysen auf alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg beziehen. Frühere Arbeiten zu diesem Thema<sup>146</sup> haben zumeist die Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen in den Blick genommen oder bezogen sich nur auf ein Bundesland<sup>147</sup>. Die Arbeiten zu den Beschäftigten in der Pflege nach SGB XI stützen sich auf die Daten der Pflegeversicherung und nicht auf die Daten der Bundesagentur für Arbeit. Auch wenn es momentan nicht möglich ist zu quantifizieren, wie groß der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegerinnen und -pfleger in der Pflege bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegerinnen und -pfleger ist,<sup>148</sup> legen die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit die Vermutung nahe, dass ein durchaus relevanter Anteil an Beschäftigten in diesem Beruf nicht in der Altenpflege arbeitet. Relevante Arbeitgeber sind Krankenhäuser mit einem geriatrischen Versorgungsschwerpunkt und Reha-Kliniken.

#### Hohe Beschäftigtenzahlen und leichtes Beschäftigungswachstum

Die Altenpfleger/innen sind eine der größeren Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe. In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 16.000 Altenpfleger/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt (hiervon über 12.000 in Altenpflegeeinrichtungen nach dem SGB XI).<sup>149</sup> Davon waren 57 Prozent in Berlin und 43 Prozent in Brandenburg beschäftigt. Dies ist im Vergleich der Gesundheitsfachberufe ein ausgewogenes Verhältnis. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf nur eine geringe Rolle.

Die Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 52**).<sup>150</sup> In Berlin fällt der Zuwachs tendenziell kontinuierlicher aus als in Brandenburg, wo die Entwicklung in Wellen verläuft.<sup>151</sup>

**Tabelle 52: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>15.129</b>	<b>15.291</b>	<b>15.744</b>	<b>16.186</b>	<b>15.981</b>	<b>16.217</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

<sup>146</sup> 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

<sup>147</sup> Vgl. Wert.Arbeit 2012: Die Altenpflege in Berlin – ein Report zur Situation und den Entwicklungsperspektiven der Branche.

<sup>148</sup> Ein direkter Vergleich ist aktuell nicht möglich, da die Daten der Pflegestatistik für 2013 noch nicht vorliegen.

<sup>149</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 werden auf Ebene der Anforderungsniveaus auch die Helfertätigkeiten aufgeführt. Diese wurden bei der Beschreibung des Berufes Altenpflegerin bzw. Altenpfleger nicht berücksichtigt, sondern zur Darstellung der Helfertätigkeiten in der Pflege aufgeführt.

<sup>150</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Altenpflege bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.4.4

<sup>151</sup> 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.

Die Altenpfleger/innen<sup>152</sup> sind fast ausschließlich – nämlich 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).<sup>153</sup>

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 274 Antwortende an, Altenpfleger/innen zu beschäftigen. Von ihnen haben 99 ihren Sitz in Berlin und 171 in Brandenburg. Weitere vier Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Beschäftigte dieses Berufes finden sich dem Antwortverhalten zufolge fast ausschließlich in Pflegeeinrichtungen. Weiter untergliedert liegen Angaben von 152 ambulanten, 80 stationären und 40 teilstationären Pflegeeinrichtungen vor.

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 in diesem Beruf, diese machen fast die Hälfte aller vorliegenden Antworten aus. Vor allem in ambulanten Pflegeeinrichtungen – und hier anteilig gesehen deutlich stärker in Brandenburg als in Berlin – ist eine solch geringe Anzahl an Beschäftigten festzustellen.<sup>154</sup>

### Hoher Frauenanteil bei unterschiedlichen Teilzeitquoten in Berlin und Brandenburg

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Altenpflege sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 82 Prozent und liegt etwa auf dem Niveau aller untersuchten Berufe. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 53**).

**Tabelle 53: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>8.570</b>	6.646	77,6	79,9
Brandenburg	<b>6.721</b>	5.832	86,8	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>15.291</b>	<b>12.478</b>	<b>81,6</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>155</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren

<sup>152</sup> Es sind ausschließlich die examinierten Altenpfleger/innen gemeint. Die Helfertätigkeiten in der Altenpflege werden gesondert dargestellt.

<sup>153</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

<sup>154</sup> Die Angaben der Pflegestatistik legen die Vermutung nahe, dass in der Einrichtungsbefragung kleine ambulanten Einrichtungen etwas überrepräsentiert sind.

<sup>155</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

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.<sup>156</sup>

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>157</sup> Die Altenpflege liegt bezüglich der Teilzeitbeschäftigung insgesamt am unteren Ende der hier untersuchten Berufe, d. h. es sind relativ wenige Menschen in Teilzeit beschäftigt. Die Gesamtquote basiert auf deutlich unterschiedlichen Quoten in Berlin und Brandenburg (vgl. **Tabelle 54**).<sup>158</sup>

**Tabelle 54: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>8.570</b>	3.138	36,6	44,3
Brandenburg	<b>6.721</b>	3.504	52,1	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>15.291</b>	<b>6.642</b>	<b>43,4</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied widerspricht der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) im Gesundheits- und Sozialwesen in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Vor diesem Hintergrund ist es unklar, wie die große Diskrepanz in der Altenpflege zustande kommt. Diese große Differenz ist auch bei den Hilfskräften in der Altenpflege festzustellen, d. h. die ausgesprochen hohe Teilzeitquote ist Kennzeichen der Brandenburger Altenpflege insgesamt.

Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei einem Teil der in Teilzeit eingestellten Beschäftigten um Personen handelt, die in „verdeckter Vollzeit“ arbeiten,<sup>159</sup> 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 umgekehrt die Handlungsspielräume der Arbeitszeitgestaltung in Brandenburg begrenzen).

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 bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (32,7 Prozent) als auch in Brandenburg (37,2 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen. Besonders gravierend fällt der Unterschied in Brandenburg aus.

<sup>156</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>157</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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)

<sup>158</sup> In der Altenpflege nach SGB XI ist der Anteil der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die in Teilzeit arbeiten, sowohl in Berlin mit 41,6 Prozent als auch in Brandenburg mit 54,5 Prozent etwas höher (Pfleigestatistik 2011). Das bedeutet umgekehrt, dass außerhalb der klassischen Pflege ein relativ hoher Anteil an Altenpflegerinnen und -pfleger in Vollzeit beschäftigt ist.

<sup>159</sup> Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert.

## Durchschnittliche Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bei erkennbarem mittelfristigem Ersatzbedarf

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich in der Altenpflege um einen durchschnittlich „alten“ bzw. „jungen“ Beruf. Allerdings wird alleine aufgrund der Anzahl der Beschäftigten deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine erhebliche Anzahl an Altenpfleger/innen aus dem Beruf ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 55**).

**Tabelle 55: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>8.570</b>	2.909	2.961	1.277	928	495
Brandenburg	<b>6.721</b>	2.444	2.405	962	667	243
Berlin-Brandenburg	<b>15.291</b>	<b>5.353</b>	<b>5.366</b>	<b>2.239</b>	<b>1.595</b>	<b>738</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	33,9	34,6	14,9	10,8	5,8
Brandenburg	<b>100,0</b>	36,4	35,8	14,3	9,9	3,6
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>35,0</b>	<b>35,1</b>	<b>14,7</b>	<b>10,4</b>	<b>4,8</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

## Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der Altenpflege besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch geht – auch in Relation zu den insgesamt in diesem Gesundheitsfachberuf tätigen Personen – sehr deutlich zulasten Brandenburgs. Von den in der Altenpflege sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 13 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 2 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 einigen anderen Bundesländern weist Berlin in der Altenpflege Verflechtungsbeziehungen auf. Deutlich wird hierbei die Sogwirkung Berlins, da die Anzahl der Einpendler nach Berlin die Anzahl der Auspendler deutlich übersteigt (vgl. **Tabelle 56**).

**Tabelle 56: 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	<b>238</b>	160	*	*	*	Ca. 75
Einpendler	<b>1.732</b>	1.087	49	111	*	Ca. 485
<b>Saldo</b>	<b>+1.494</b>	<b>+927</b>	<b>Ca. +48</b>	<b>Ca. +110</b>	<b>*</b>	<b>Ca. +410</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage und gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ebenfalls

Pendlerverflechtungen zu seinen benachbarten Bundesländern, wobei auch hier in der Regel das Pendlersaldo negativ ausfällt. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Altenpfleger/innen in Brandenburg auf rund 5 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 20 Prozent (vgl. **Tabelle 56** und **Tabelle 57**).

**Tabelle 57: 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
<b>Saldo</b>	<b>-1.030</b>	<b>-927</b>	<b>-44</b>	<b>-25</b>	<b>+13</b>	<b>-47</b>

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 von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden, sondern vielmehr wird dieser Befund verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 15 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Jedoch wird deutlich, dass in Berlin eine deutliche Sogwirkung auch auf andere Bundesländer festzustellen ist, die immerhin mehr als ein Drittel des Gesamtpendleraufkommens ausmacht. Dementsprechend sind an dieser Stelle durchaus Anzeichen eines überregionalen Arbeitsmarktes zu erkennen.

### Relevante Lohnunterschiede zwischen beiden Bundesländern

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein gewichtiger Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Für die Beschäftigten in der Altenpflege lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 für die Fachkräfteebene heranziehen.<sup>160</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>161</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Altenpfleger/innen in Berlin bei 2.216 Euro. In Brandenburg betrug das Entgelt 1.940 Euro; immerhin ein Unterschied von knapp 300 Euro in der Region Berlin-Brandenburg. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt in der Altenpflege auf Fachkräfteebene bundesweit bei 2.396 Euro. Um die

<sup>160</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden. In der Statistik liegen für Berlin und Brandenburg Angaben für die Berufskennziffer 82103 (Altenpflege ohne Spezialisierung – Fachkraft) vor.

<sup>161</sup> 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 verdienen. 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 bei 2.177 Euro lag.<sup>162</sup>

Auch wenn der Lohn eine wesentliche Grundlage für die Arbeitsplatzentscheidung sein dürfte, erklärt er doch nicht alleine die eindeutige Pendelbewegung in Richtung Berlin. So ist beispielsweise im Vergleich zu den anderen Berufen der nominale Lohnunterschied ähnlich groß zwischen Berlin und Brandenburg, ohne dass dies bei den anderen Berufen 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 in dem Beruf tätig sein will, hat in Berlin bessere Arbeitsmarktchancen als in Brandenburg.

### **Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>163</sup> haben mehr als 50 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und knapp 50 Prozent mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln.

Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 733 Personen eingestellt worden, davon deutlich mehr als die Hälfte in Vollzeit (61 Prozent, 446 Vollzeitstellen). Der in den letzten Jahren eindeutige Trend der Teilzeitbeschäftigung vor allem in den Berufen der Gesundheitswirtschaft ist somit bei den Altenpfleger/innen aktuell nicht zu beobachten. Diese übergeordnete Einschätzung gilt noch wesentlich deutlicher für die Einrichtungen mit Sitz in Berlin. Dort beträgt der Anteil der in Vollzeit eingestellten Personen 68 Prozent, während der Anteil in Brandenburg mit 57 Prozent geringer ausfällt. Diese Unterschiede lassen sich vor allem durch das Einstellungsverhalten der ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg veranschaulichen, da hier die Anteile der in Vollzeit eingestellten Personen in Berlin bei 69 Prozent, in Brandenburg hingegen bei 56 Prozent noch deutlicher auseinander liegen. Damit werden die in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit dargestellten Befunde zu den Teilzeitanteilen weiter fortgeschrieben.

Entsprechend der Beschäftigungsstruktur stellt der weitaus größte Teil der Einrichtungen ein bis drei Altenpflegerinnen bzw. Altenpflegern ein. Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Rund 14 Prozent der befragten Einrichtungen (31 von 217, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen Altenpflegerinnen bzw. -pflegern hatten. Dies ist angesichts der Beschäftigtenstruktur mit nur wenigen Beschäftigten ein niedriger Wert und macht den großen Bedarf deutlich, den die Einrichtungen

---

<sup>162</sup> Betrachtet man die Lohnentwicklung in den letzten Jahren, so zeigt sich eine rückläufige Lohnentwicklung in der Altenpflege insgesamt. Dieser Befund lässt sich allerdings kaum interpretieren, da nach der alten Klassifizierung der Berufe Altenpflegerinnen und Altenpfleger und die Altenpflegehelferinnen und -helfer zusammengefasst wurden und in den letzten Jahren der Anteil der Hilfskräfte sehr deutlich gestiegen ist. Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff

<sup>163</sup> Von den insgesamt 274 Einrichtungen, die angaben, Altenpflegerinnen bzw. -pfleger zu beschäftigen, liegen 217 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.



haben.<sup>164</sup> Zwischen den Bundesländern und auch den Typen der Pflegeeinrichtungen lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen 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. Angesichts der präsenten Diskussion um einen Fachkräftemangel in der Altenpflege überrascht dieses Antwortverhalten. Anteilig geben die ambulanten Pflegeeinrichtungen etwas häufiger an, keine geeigneten Bewerbenden gefunden zu haben. Zwischen den beiden Bundesländern lassen sich keine Unterschiede feststellen.

Demnach scheinen die Einrichtungen zwar einen großen Bedarf an Altenpfleger/innen zu haben – was sich am regen Einstellungsverhalten und dem geringen Anteil ohne Bedarf ablesen lässt – können diesen jedoch derzeit noch größtenteils decken.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Auf diese Frage haben 156 Befragte geantwortet, in denen Altenpfleger/innen beschäftigt sind. 78 Einrichtungen (50 Prozent) haben angegeben, dass bei ihnen 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 relativ hoher Wert, was auf eine relativ ungünstige Angebots-Nachfrage Relation aus Sicht der Einrichtungen hindeutet. Zwischen den beiden Bundesländern lassen sich hinsichtlich der durchschnittlichen Besetzungsdauer keine Unterschiede feststellen. Allerdings ist zu konstatieren, dass in erster Linie die ambulanten Pflegeeinrichtungen – und hier tendenziell eher diejenigen mit Sitz in Berlin – relativ lange für die Besetzung einer Stelle benötigen.<sup>165</sup>

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

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 planen solche (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Auch hier setzt sich das Einstellungsverhalten aus dem Jahr 2013 dahingehend fort, als dass vor allem ein oder zwei Beschäftigte eingestellt wurden oder deren Einstellung geplant war. Während in Berlin der Anteil der Antwortenden, die bereits Einstellungen vorgenommen haben, mit 46 Prozent deutlich höher lag als in Brandenburg (37 Prozent), kehrt sich dieses Verhältnis bei den geplanten Einstellungen nahezu um. Dieses Muster lässt sich auch in einigen anderen der hier untersuchten Gesundheitsfachberufe beobachten. Im Fall der Altenpflege basieren die Unterschiede vor allem auf den Antworten der stationären Einrichtungen in Berlin und Brandenburg.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Die Befragungsergebnisse lassen in der Zusammenführung den Schluss zu, dass derzeit die vorhandenen Fachkräftebedarfe durch das zur Verfügung stehende Arbeitskräfteangebot zu großen Teilen gedeckt werden können. Gleichwohl deuten die Angaben zur Besetzungsdauer auf Fachkräftengpässe hin, die eher auf die ambulanten Pflegeeinrichtungen (und hier verstärkt in Berlin) zutreffen.

---

<sup>164</sup> Unter den hier untersuchten Berufen handelt es sich um den niedrigsten Wert.

<sup>165</sup> Bei den ambulanten Einrichtungen geben 13 Prozent eine Besetzungsdauer von länger als einem halben Jahr an. In Berlin sind es 19 Prozent, in Brandenburg 10 Prozent. Gemessen an der nominalen Zahl der Antworten sind die Unterschiede jedoch gering.

### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Altenpfleger/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Altenpfleger/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Zu diesem Aspekt stehen für den Beruf Altenpfleger/in mehrere eigenständige Untersuchungen zur Verfügung. Während in einigen Untersuchungen aufgrund der älteren Klassifikation der Berufe und der damit einhergehenden Zusammenfassung von Altenpfleger/innen sowie den Hilfskräften in der Altenpflege die Fluktuation nur eingeschränkt ermittelt werden konnte,<sup>166</sup> kommt eine weitere Studie für examinierte Altenpfleger/innen zu dem Schluss, dass nach 15 Jahren noch 63 Prozent in ihrem Beruf beschäftigt waren. Das heißt, 37 Prozent sind nach 15 Jahren nicht mehr in diesem Beruf tätig.<sup>167</sup>

Damit ist für diesen Beruf eine – soweit Erkenntnisse dazu vorliegen – recht geringe Verweildauer zu beobachten. Entsprechend ist zu konstatieren, dass vor dem Hintergrund des großen Beschäftigungsumfanges die Fluktuation eine deutliche Verringerung des Fachkräftepotenzials erzeugen kann.

### **3.4.3 Arbeitskräfteangebot**

#### **Deutlich sinkende Arbeitslosenzahlen**

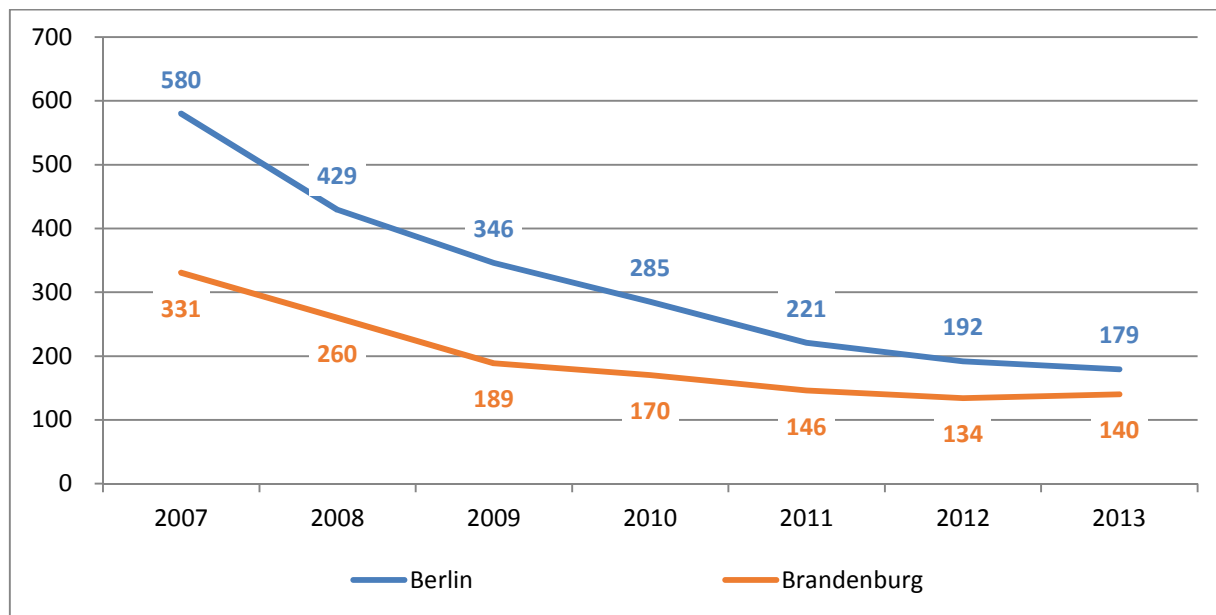
Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007-2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weist der Beruf Altenpfleger/in einen kontinuierlichen und vor allem in Berlin sehr deutlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 14**).

---

<sup>166</sup> Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

<sup>167</sup> Joost/Kipper/Tewelde (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern

**Abbildung 14: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Zielberuf Altenpfleger/in**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass sowohl absolut als auch prozentual die Arbeitslosigkeit auf dem Anforderungsniveau der Fachkraft am deutlichsten sank. In den einzelnen Städten und Landkreisen Brandenburgs sind zwischen 4 und 17 Personen (Landkreise Oberhavel und Oder-Spree) arbeitslos gemeldet. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen, da es sich um einen gemeinsamen Wirtschaftsraum handelt.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 58: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Zielberuf Altenpfleger/in**

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	179	53	75	24	17	10
Brandenburg	140	53	48	22	11	6
Berlin-Brandenburg	319	106	123	46	28	16
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	29,6	41,9	13,4	9,5	5,6
Brandenburg	100,0	37,9	34,3	15,7	7,9	4,3
Berlin-Brandenburg	100,0	33,2	38,6	14,4	8,8	5,0

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es rein quantitativ betrachtet nur noch eingeschränkte Möglichkeiten gibt, den Fachkräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu befriedigen. Diesen engen Spielraum verdeutlicht auch die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten: In Berlin kommen 21 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte), in Brandenburg liegt die Relation auf

einem identischen Niveau. 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.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>168</sup> Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 267 gemeldete Arbeitsstellen in der Altenpflege auf Fachkräfebene, in Brandenburg waren dies 235 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr sank die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 12 Prozent in Berlin, während sie in Brandenburg um ca. 31 Prozent stieg. Angesichts des skizzierten Einstellungsverhaltens können diese Daten ggf. so interpretiert werden, dass in Berlin die Pflegeeinrichtungen ihre Stellenbesetzungsbedarfe nicht unbedingt immer melden, sondern die Fachkräfte auf alternativen Wegen suchen. In Brandenburg hingegen ist der starke Anstieg gemeldeter offener Stellen ein deutliches Anzeichen für zunehmende Schwierigkeiten der Bedarfsdeckung.

### **Deutliche Ausbildungssteigerungen in Berlin und Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Zahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>169</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die Altenpflege ist ganz wesentlich für diesen Anstieg verantwortlich und kann daher von diesem Bedeutungszuwachs profitieren. Im Zeitraum zwischen 2006/2007 und 2013/2014 ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 45 Prozent gestiegen (vgl. **Abbildung 15**). Dieser Anstieg ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg festzustellen.<sup>170</sup>

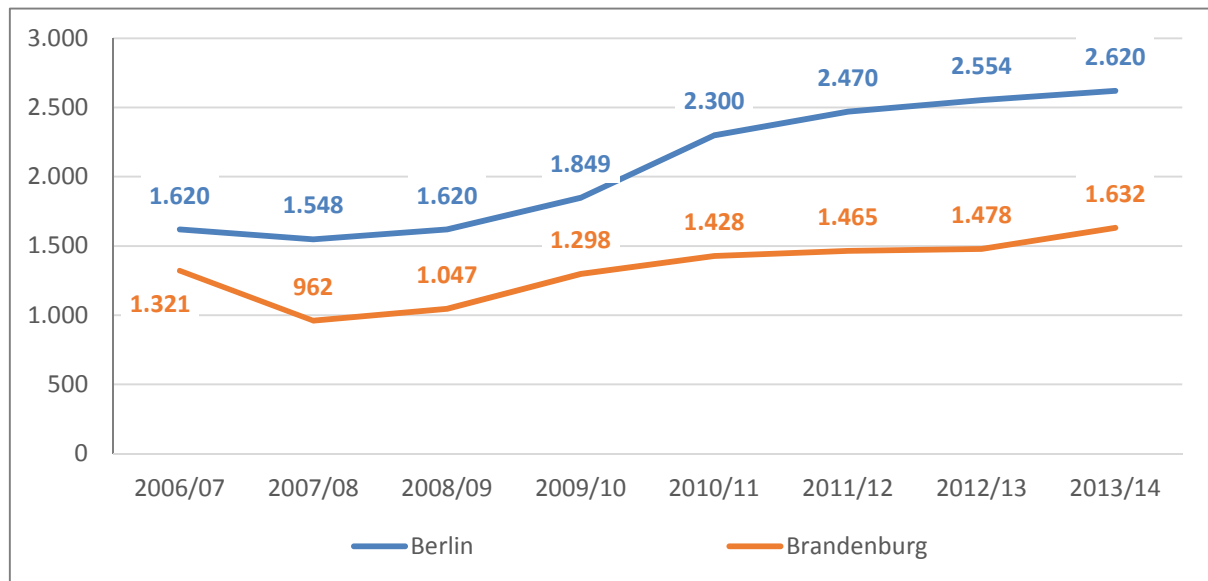
---

<sup>168</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

<sup>169</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>170</sup> Es handelt sich jeweils um besetzte Plätze, die vorhandenen Kapazitäten sind größer.

**Abbildung 15: Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Diese gleichförmige Entwicklung zwischen den beiden Bundesländern lässt sich nur in ganz wenigen der untersuchten Berufe feststellen. In diesem Sinne lassen sich die Ausbildungszahlen durch eine ähnliche Perspektive auf die Fachkräftebedarfssituation in der Altenpflege begründen.

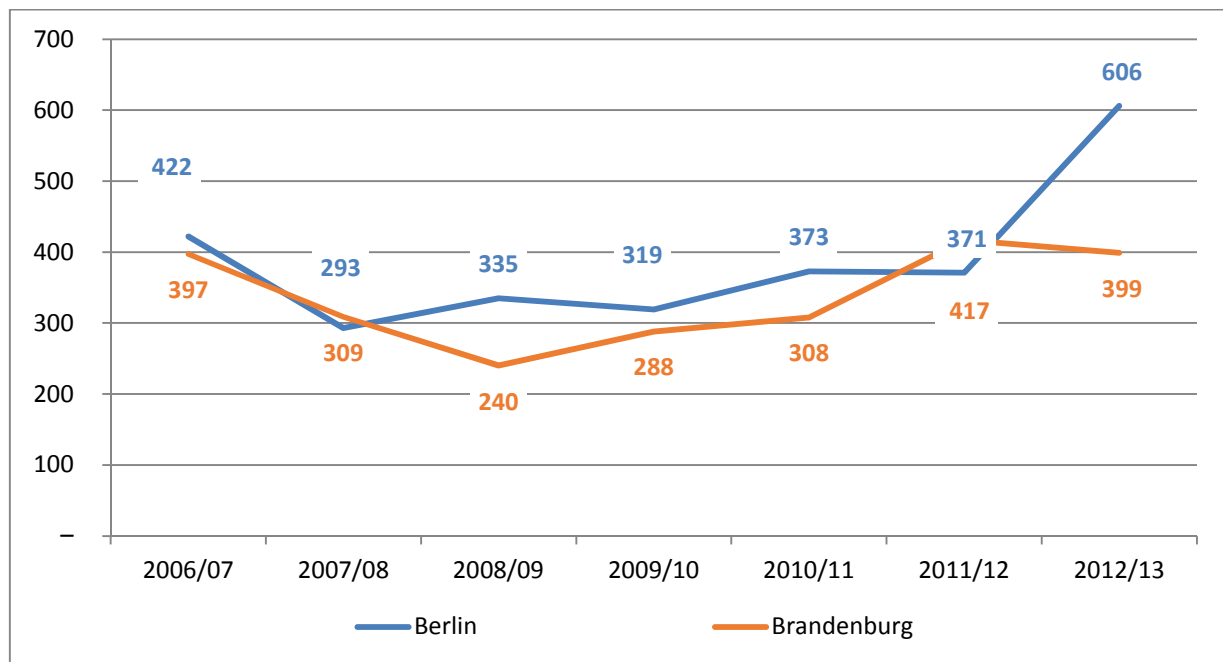
Zu beachten ist bei der Darstellung, dass es sich um die Auszubildendenzahlen aller Jahrgänge handelt. Dies bedeutet, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch<sup>171</sup> erfolgte. Daten hierzu liegen nur für Brandenburg vor. Diese lassen darauf schließen, dass sowohl die Quoten der vorzeitigen Ausbildungsabbrüche sowie der nicht erfolgreichen Abschlüsse durchaus relevant sind für das zur Verfügung stehende Potenzial an späteren Fachkräften.

Über die letzten Jahre verteilt bestehen in Brandenburg in der Regel zwischen sechs und acht Prozent der Prüflinge ihre Abschlussprüfungen nicht, was im Vergleich der untersuchten Berufe einen hohen Wert darstellt. Eine größere Herausforderung besteht jedoch in der Anzahl der vorzeitigen Ausbildungsabbrüche. So betrug die Quote der vorzeitig beendeten Ausbildungen zum Schuljahresende 2012/2013 ca. 30 Prozent, im Jahr zuvor lag diese Quote in Brandenburg bei 20 Prozent.

Die unterschiedlichen Abbruchquoten haben dementsprechend auch Einfluss auf die Absolventenzahlen, die die Ausbildung mit einem Abschlusszeugnis beenden.

<sup>171</sup> D.H. es handelt sich um Schülerinnen und Schüler, welche die Ausbildung durch Abbruch und ohne Prüfungsversuch beendet haben.

**Abbildung 16: Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Ausbildungsstellen anbieten. Von den für alle einschlägigen Berufe 549 Befragten sagte etwas mehr als ein Drittel (36 Prozent) der Antwortenden aus, Ausbildungsplätze anzubieten. Im Vergleich zur Gesamtbewertung wird der hohe Stellenwert der Ausbildung in der Altenpflege für die Einrichtungen deutlich, da drei Viertel aller Antwortenden (bei 155 Fällen) Ausbildungsplätze in der Erstausbildung anbieten. Gegenüber allen anderen Berufen besitzt auch die berufsbegleitende Ausbildung in der Altenpflege einen hohen Stellenwert, da annähernd die Hälfte der Einrichtungen auch solche Ausbildungen anbieten. Insgesamt wurden über die Befragung 663 Ausbildungsplätze erfasst. Entsprechend der Beschäftigtenzahl ist auch bei den Ausbildungen die Anzahl von ein oder zwei angebotenen Ausbildungsplätzen vorherrschend.

Hinsichtlich des Ausbildungsengagements unterscheiden sich die beiden Bundesländer kaum. Allerdings wird die Möglichkeit der berufsbegleitenden Ausbildung in Brandenburger ambulanten Pflegeeinrichtungen deutlich seltener (45 Prozent) genutzt als in Berlin (61 Prozent). Deutlichere Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung von ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. So bilden die stationären Einrichtungen generell deutlich häufiger (84 Prozent) aus als die ambulanten Einrichtungen (49 Prozent). Dies kann dadurch erklärt werden, dass in stationären Einrichtungen die Refinanzierung der Ausbildung geregelt ist.

In der Einrichtungsbefragung wird übergreifend deutlich, dass die Pflegeeinrichtungen zum Teil bereits deutliche Probleme bei der Besetzung aller angebotenen Ausbildungsplätze hatten. Knapp 22 Prozent der Befragten gab an, dass im Ausbildungsjahr 2013/2014 nicht alle Stellen besetzt werden konnten. Dies ist ein berufsspezifisches Phänomen, da im Gegensatz zu den anderen untersuchten Berufen sowohl die Anzahl der Nennungen als auch die Gesamtzahl der insgesamt offen gebliebenen Ausbildungsplätze (im Verhältnis zum Beschäftigungsumfang) z. T. deutlich höher ist. Dabei scheinen die Schwierigkeiten vor allem Einrichtungen in Brandenburg zu betreffen, geeignete Auszubildende zu finden; Wobei es unerheblich erscheint, ob es sich um ambulante oder stationäre Einrichtungen handelt.

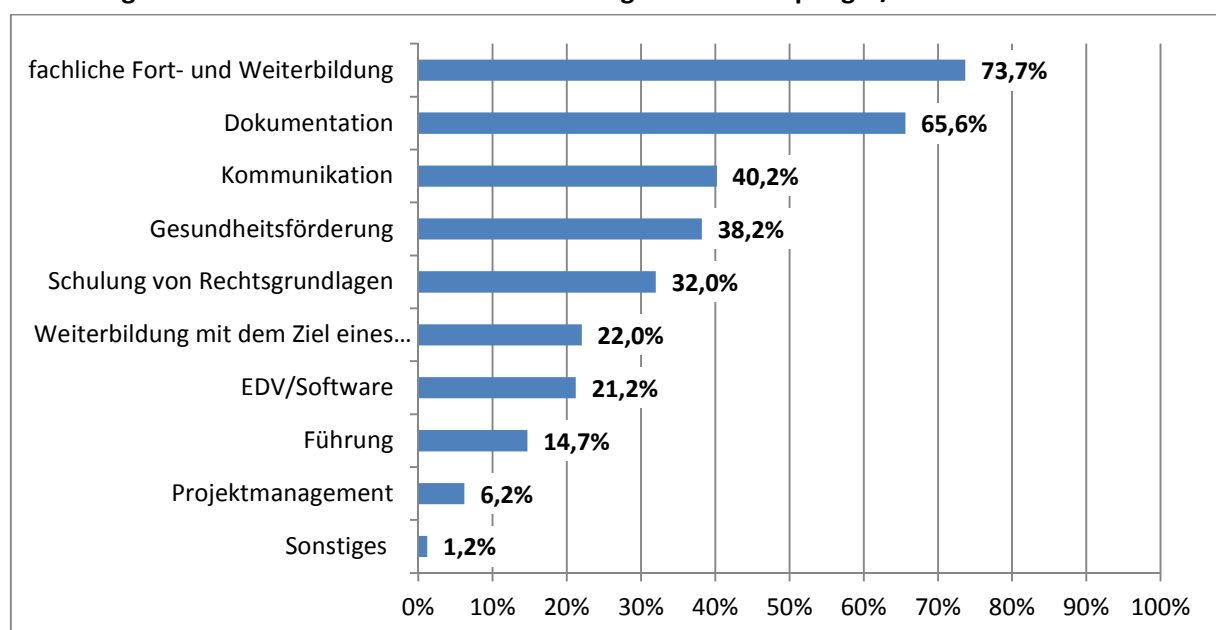
Da in Berlin Schulgeld erhoben wird, kann es aus Sicht der Einrichtungen ein Wettbewerbsvorteil für die Gewinnung der Auszubildenden sein, wenn die Einrichtungen dieses übernehmen. Von den insgesamt 99 Berliner Antwortenden mit Altenpfleger/innen liegen Angaben von 57 Antwortenden vor (davon 50 Pflegeeinrichtungen). Von diesen gaben rund 58 Prozent (33 Fälle) an, das Schulgeld zu übernehmen. Aufgrund der Fallzahl ist eine Auswertung nach Versorgungstyp der Pflegeeinrichtungen nur eingeschränkt sinnvoll. Jedoch deuten die Befragungsergebnisse darauf hin, dass sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen sich in der Hälfte der Fälle am Schulgeld beteiligen. Im Vergleich dazu übernehmen die Krankenhäuser, in denen Altenpfleger/innen ausgebildet werden, das Schulgeld in den allermeisten Fällen. Wenn die Einrichtungen das Schulgeld übernehmen, können Sie auch fast ausnahmslos alle Ausbildungsplätze besetzen. Insofern bestätigt sich die Vermutung eines Wettbewerbsvorteils, da in den Einrichtungen, die das Schulgeld nicht übernehmen, etwas häufiger angebotene Ausbildungsplätze nicht besetzt werden konnten.

### Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Fachkräftesicherung

Fort- und Weiterbildungen sind ein wichtiger Baustein der Fachkräftebindung in den Einrichtungen. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 207 Antwortenden vor, die Altenpfleger/innen beschäftigten. Von diesen haben 204 angegeben, dass mindestens eine Altenpflegerin bzw. ein Altenpfleger im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den sehr hohen Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in diesem Beruf. In der Mehrzahl wurden ein bis drei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Altenpflege fachliche Fort- und Weiterbildungen die größte Rolle (vgl. **Abbildung 17**). Dieser Abstand ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen jedoch gering, da auch in den anderen Weiterbildungsbereichen die Aktivitäten der Einrichtungen deutlich werden. So werden Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Dokumentation von zwei Drittel der Antwortenden genannt. Aber auch zahlreiche andere Schwerpunkte wurden von mindestens einem Fünftel der Befragten umgesetzt. Besonders bemerkenswert ist der hohe Anteil der Fort- und Weiterbildungen mit dem Schwerpunkt der Gesundheitsförderung.

**Abbildung 17: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Altenpfleger/innen**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Diese im Vergleich zu den anderen Berufen hohen Anteile sind vor allem insofern interessant, da sie sich deutlich von den Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in anderen Berufen und bei gleichzeitig vergleichbarer Beschäftigungsstruktur in den Einrichtungen unterscheiden. Beispielsweise ist der Anteil der fachlichen Fort- und -Weiterbildung in der Altenpflege niedriger als in den Therapieberufen, bei den anderen Schwerpunkten liegen die Werte zum Teil jedoch deutlich höher. Im Vergleich zu den Hilfstätigkeiten in der Altenpflege liegen die Anteile ebenfalls durchweg höher, jedoch mit nur relativ geringen Unterschieden.

Im Vergleich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg gibt es insgesamt betrachtet keine gravierenden Unterschiede. Deutlich wird durch die Unterscheidung nach Versorgungstyp der Pflegeeinrichtung, dass in den ambulanten Pflegeeinrichtungen zwar Fort- und Weiterbildungen ebenfalls integraler Bestandteil der Personalbindung sind, dort aber in jedem einzelnen Schwerpunkt zum Teil deutlich seltener umgesetzt werden als in stationären oder teilstationären Einrichtungen. Gleichzeitig wird für die ambulanten Dienste in Brandenburg deutlich, dass dort anteilig in fast allen Schwerpunkten häufiger Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen umgesetzt wurden als in Berlin. Im Gegenzug sind bei den stationären Einrichtungen anteilig die Berliner Antwortenden häufiger umsetzende der inhaltlichen Schwerpunkte. Sehr konstant, d. h. unabhängig vom Bundesland und Versorgungsform der Pflegeeinrichtung, wurde die Gesundheitsförderung als Fort- und Weiterbildungsmaßnahme umgesetzt.

### 3.4.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Altenpflege kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Die Zunahme älterer Personen in der Bevölkerung ist mit wachsenden Pflege- und entsprechenden Fachkräftebedarfen verbunden. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpfleger/innen (vgl. **Tabelle 52**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Altenpfleger/innen tätig sind, 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 zwar die Hälfte der Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand in dieser beruflichen Tätigkeit, aber ein Drittel auch Beschäftigungswachstum. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf fast die Hälfte. 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 (auf fast ein Drittel).

**Tabelle 59: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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



Regionale Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind bei diesen Einschätzungen kaum festzustellen.

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Altenpflege bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 gehörten die Altenpfleger zur Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger 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 sind.

**Tabelle 60: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>34.226</b>	<b>34.547</b>	<b>32.560</b>	<b>34.487</b>	<b>35.966</b>	<b>38.746</b>	<b>43.172</b>	<b>46.191</b>	<b>47.677</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger wuchs in der Region Berlin-Brandenburg insgesamt im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um vier Prozent und erfuhr so in diesen acht Jahren eine Bestandserweiterung um über ein Drittel (vgl. **Tabelle 60**). Dabei lag die Wachstumsrate in Brandenburg (5 Prozent) über der von Berlin (3,7 Prozent). Da rund zwei Drittel dieser Berufsgruppe den Altenpflegern und den Pflegehilfskräften zuzurechnen sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Altenpfleger/innen Einfluss auf dieses Wachstumstempo gehabt haben. Die in Tabelle 42 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 eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von vier Prozent angenommen werden.

Der demografische Wandel wird auch in Zukunft zu einer Zunahme an Pflegebedürftigen und entsprechenden Pflegeleistungen führen. Trotz vielfältiger Strategien zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist daher ebenfalls in den nächsten Jahren die weitere Zunahme der Beschäftigung von Pflegenden unausweichlich. Das weitere Wachstumstempo der Beschäftigung von Altenpflegern wird primär von der starken Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung bestimmt, aber auch von der Gestaltung der Rahmenbedingungen beeinflusst. So soll beispielsweise im Rahmen der am 1. Januar 2015 beginnenden ersten Stufe der Pflegereform eine Aufstockung der Betreuungskräfte in den Pflegeheimen ermöglicht 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.<sup>172</sup> Darin wird auch in einem sogenannten Basisszenario gezeigt, welche Pflege- und Fachkräftebedarfe in Brandenburg entstehen würden, wenn die aktuellen Verhältnisse stabil blieben. In der Studie wird der Personalbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Brandenburg bis 2030 dargestellt. Danach steigt – bei stabiler Betreuungsquote und Beschäftigungsstruktur – der Personalbedarf der ambulanten Dienste von etwa 11.000 Personen im Jahr 2009 auf fast 21.000 Personen im Jahr 2030, darunter in der ambulanten Grundpflege von etwa 7.500 auf fast 14.500 Personen. In der stationären Versorgung steigt der Personalbedarf in der gleichen Zeit von 15.000 auf

<sup>172</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Potsdam März 2014

über 33.000 Personen, darunter im Bereich Pflege und Betreuung von 11.000 auf über 23.500 Personen. In der pflegerischen Versorgung (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.<sup>173</sup>

Für die berufliche Tätigkeit Altenpflege weist die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit für Brandenburg 6.659 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflegerinnen und -pfleger und 8.525 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflegehelferinnen und -helfer – insgesamt also 14.984 Beschäftigte – aus (Stand 30.06.2013). Die Differenz zu den vorgenannten Angaben für die in der Grundpflege tätigen Personen (rund 21.500 in 2013) ergibt sich zum einen dadurch, dass in der Grundpflege auch Personen aus anderen Berufsfeldern tätig sind (bspw. Therapeutinnen und Therapeuten). Zum anderen sind Altenpfleger/innen zwar vor allem, aber nicht ausschließlich in der Altenpflege beschäftigt. Der in der Einrichtungsbefragung vorgenommene gesonderte Ausweis der Altenpfleger/innen und der Pflegehilfskräfte ist insbesondere unter den Aspekten differenzierter Aus-, Fort- und Weiterbildungserfordernisse angebracht und für gezielte Aktivitäten zur Fachkräftegewinnung in der Pflege sinnvoll.

Die in der Fachkräftestudie Pflege 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. 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.

**Tabelle 61: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>15.291</b>	<b>20.100</b>	<b>24.500</b>	<b>29.800</b>

Quelle: eigene Berechnungen

Selbst unter Status quo Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes zu erwarten.<sup>174</sup> 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 61). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von etwa 5.000 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 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 für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

<sup>173</sup> Ebenda, Kurzfassung, S. 14-16

<sup>174</sup> Aufgrund der skizzierten Zusammenhänge und der aktuellen Arbeitsmarktsituation scheint es kaum vorstellbar, dass die Beschäftigtenzahlen in der Altenpflege noch dynamischer wachsen könnten. Entsprechend wird an dieser Stelle auf ein Alternativszenario verzichtet.

Bis 2020 muss in der Region mit rund 2.300 altersbedingt ausscheidenden Altenpfleger/innen gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt 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 für eine Quantifizierung der Fluktuation 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

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit Altenpfleger/in zur Verfügung stehenden Fachkräften geht ein enormer Anstieg des Fachkräftebedarfs in der Zeit bis 2030 hervor.

**Tabelle 62: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	2.800	1.400	2.000	6.200
2020-2030	5.500	1.300	3.500	10.300
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>8.300</b>	<b>2.700</b>	<b>5.500</b>	<b>16.500</b>

<b>Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	2.200	1.000	2.000	5.200
2020-2030	4.300	1.000	2.500	7.800
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>6.500</b>	<b>2.000</b>	<b>4.500</b>	<b>13.000</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	5.000	2.400	4.000	11.400
2020-2030	9.800	2.300	6.000	18.100
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>14.800</b>	<b>4.700</b>	<b>10.000</b>	<b>29.500</b>

Quelle: eigene Berechnungen

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 62). Dieser allein für die Tätigkeit Altenpfleger ermittelte Bedarf an neu verfügbaren Fachkräften in der Region entspricht fast dem gesamten voraussichtlichen Bestand an Personal im Bereich der Pflege im Jahr 2030 in Brandenburg.

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft ist. 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 zum Jahr 2030 würde sich diese Lücke auf noch immer etwa 30 Prozent belaufen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Auszubildenden auch die Pendlerverflechtungen relevant werden könnten, d. h. ein Teil der Brandenburger Fachkräfte ist in Berlin beschäftigt. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

### **3.4.5 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, 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 anderen Gestaltung von Beschäftigungsverhältnissen bestehen. Besonders der Frage nach verdeckter Vollzeitbeschäftigung ist hierbei aus beschäftigungspolitischer Sicht 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.

### 3.5 Pflegehilfskräfte

Erfasste Tätigkeiten :

1. Altenpflegehelfer/in mit staatlicher Anerkennung (mind. einjährige Ausbildung)
2. Sozialassistent/in mit Schwerpunkt Pflege
3. Pflegehelfer/in mit Basisqualifikation<sup>175</sup>

#### 3.5.1 Die Tätigkeiten der Pflegehilfskräfte im Überblick:<sup>176</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Pflegehilfskräfte wirken bei der Betreuung, Versorgung und Pflege alter Menschen mit und nehmen pflegerische und soziale Aufgaben unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft wahr. Die Qualifikationen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sind zwischen den Pflegehilfskräften unterschiedlich. Grundsätzlich steigt mit der Qualifikation mit unmittelbarem Bezug zur Pflege der Entlastungsgrad für die Pflegefachkräfte.</p> <p>Pflegehilfskräfte arbeiten hauptsächlich in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Tages- oder Kurzeitpflege oder bei ambulanten Pflegediensten. Weitere Beschäftigungsmöglichkeiten bieten sich in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Auch in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung sind sie tätig. Darüber hinaus sind Pflegehilfskräfte in Privathaushalten tätig, z. B. bei der Betreuung von Seniorenwohngemeinschaften oder pflegebedürftigen Angehörigen.</p>
Ausbildung	<p>Zu 1.) Die Ausbildung Altenpflegehelfer/in ist landesrechtlich in Brandenburg durch das Brandenburgische Altenpflegehilfegesetz geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen statt. Die Ausbildung dauert ein Jahr (Vollzeit) und umfasst 750 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Altenpflegeschule sowie 900 Stunden praktische Ausbildung in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Die Ausbildung wird bislang nur als Umschulung durch die Agentur für Arbeit/Jobcenter gefördert. Das Land plant die Altenpflegehilfeausbildung als Regelausbildung einzuführen und damit die Kosten für den theoretischen und praktischen Unterricht an den Altenpflegeschulen entsprechend der Altenpflegeausbildung zu fördern.</p> <p>In Berlin wird zum Schuljahr 2015/2016 eine 1,5 jährige landesrechtlich anerkannte Ausbildung zur Pflegeassistenz mit Schwerpunkt Altenpflege gestartet. Die landesrechtlich anerkannten Ausbildungen in der Altenpflegehilfe sollen die Basis zur Gewinnung von Fachkräften erweitern und einen gezielteren Fachkräfteeinsatz durch qualifizierte Hilfskräfte ermöglichen. Eine erfolgreich abgeschlossene staatliche anerkannte Altenpflegehilfeausbildung ermöglicht den Einstieg in eine um ein Jahr verkürzte Altenpflegeausbildung (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 Altenpflegegesetz).</p>

<sup>175</sup> Hierbei handelt es sich nicht um eine geschützte Berufsbezeichnung. Erfasst werden Absolventinnen und Absolventen einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in der Altenpflege.

<sup>176</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

	<p>Zu 2.) Die in Berlin und Brandenburg mögliche Ausbildung Sozialassistent/in ist landesrechtlich geregelt. In beiden Bundesländern dauert die Ausbildung zwei Jahre.</p> <p>In Berlin umfasst die Ausbildung Sozialassistent mit Schwerpunkt Pflege schulischen Unterricht (1.800 Stunden) sowie Praktikumsphasen (920 Stunden). In der Ausbildung werden auch Inhalte der hauswirtschaftlichen Versorgung, vor allem aber Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt.</p> <p>In Brandenburg umfasst die Ausbildung ebenfalls 1.800 Stunden. Davon sind 220 bis 240 Stunden mit Bezug zur Altenpflege zu leisten. Die Praktikumsphasen umfassen 800 Stunden. Die 800 Stunden sind jeweils hälftig auf Einrichtungen der Erziehung und der Behindertenhilfe aufgeteilt. Die Bezüge zur Pflege sind mit einem Anteil von 100 bis 150 Stunden einzuschätzen.</p> <p>Zu 3.) Pflegehelfer/innen absolvieren keine Ausbildung, sondern verfügen stattdessen über eine Basisqualifikation. Üblich sind Kurse mit einer Stundenzahl zwischen 200 und 800 Stunden.</p>
--	---

<p>Entwicklungs- optionen und</p> <p>aktuelle Ent- wicklungspfade</p>	<p>Wie die meisten Tätigkeiten zeichnen sich auch die Pflegehilfskräfte durch positive Entwicklungsoptionen aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Nachfrage aufgrund des demographischen Wandels</li> <li>• Hohe öffentliche Aufmerksamkeit der beruflichen Chancen in der Altenpflegehilfe auch für arbeitsmarktfernere Zielgruppen</li> </ul> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwertung der Tätigkeiten (v. a. Vergütung und Qualifizierungschancen)</li> <li>• Befriedigung der Nachfrage</li> </ul> <p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Altenpflege generell weist darauf hin, dass wesentliche Rahmenbedingungen verbessert werden. Beispielsweise kann die Absichtserklärung für einen Tarifvertrag in der Altenpflege im Land Brandenburg ein Baustein zur Erhöhung der beruflichen Attraktivität sein. Es wird jedoch zu klären sein, ob auch die Pflegehilfskräfte von diesem möglichen Bedeutungsaufschwung profitieren.</p> <p>Die Tätigkeiten von staatlich anerkannten Hilfskräften und solchen, die nicht staatlich anerkannt sind, sind in den Einrichtungen bislang häufig identisch. Dies könnte zu einer inhärenten Dequalifizierung der staatlich anerkannten Pflegehilfskräfte führen, da diese ihre staatliche Anerkennung nicht in höherwertige Tätigkeiten „übersetzen“ können. Parallel dazu gibt es Entwicklungstendenzen, nach denen die staatliche Anerkennung im Zuge der Durchlässigkeit der erste Schritt zur nächsten Qualifikationsstufe Altenpfleger/in darstellt.</p>
---	---

### 3.5.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Hohe Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit werden die Tätigkeiten der einzelnen Gruppen von Pflegehilfskräften nicht gesondert ausgewiesen. Daher bezieht sich die Darstellung dieser Daten auf die Pflegehilfskräfte insgesamt.<sup>177</sup> Nicht zuletzt durch das breite Spektrum an unterschiedlichen Hilfstätigkeiten zeichnet sich der Bereich der Helfertätigkeiten in der Altenpflege durch einen hohen Beschäftigtenbestand aus. Nur in der Gesundheits- und Krankenpflege ist der Beschäftigtenbestand – wenngleich mit deutlichem Abstand – größer. Somit übersteigt die Zahl der Hilfskräfte in der Pflege auch die der Pflegefachkräfte. In den Ländern 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 relativ ausgewogenes Verhältnis und entspricht dem der Altenpflege insgesamt. Die Beschäftigungsentwicklung bei den Hilfskräften in der Pflege ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch ein deutliches Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 63**).<sup>178</sup>

**Tabelle 63: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>19.341</b>	<b>19.737</b>	<b>20.373</b>	<b>20.691</b>	<b>20.854</b>	<b>21.047</b>

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.

**Tabelle 64: 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
<b>Gesamt</b>	<b>450</b>	<b>153</b>	<b>292</b>	<b>5</b>

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Die Beschäftigten in diesen Berufen sind vor allem in Pflegeeinrichtungen (ambulante, stationäre und teilstationäre) tätig. Hierbei gibt es jedoch Differenzierungen. Bei den Sozialassistent/innen (mit Schwerpunkt Pflege) sind es verstärkt die stationären und/oder teilstationären Pflegeeinrichtungen, in denen Beschäftigte dieses Berufs tätig sind. Ebenso spielen Krankenhäuser eine größere Rolle im

<sup>177</sup> Unterschieden werden die einzelnen Tätigkeiten bei der Darstellung der Befragungsergebnisse.

<sup>178</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Altenpflege bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.5.4

Vergleich zu den beiden anderen Helferqualifikationen. Die Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung sind hingegen fast ausnahmslos in Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Hier sind wiederum stationäre und/oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen für die Beschäftigung von besonderer Bedeutung. Die Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung in der Altenpflege finden sich in allen Formen der Pflegeeinrichtungen, verstärkt aber im Bereich der ambulanten Einrichtungen wieder. Darüber hinaus sind auch andere Einrichtungstypen wie z. B. die Krankenhäuser in einem relevanten Umfang<sup>179</sup> Beschäftigungsträger in diesem Beruf.

In den Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 2.728 Pflegehilfskräfte tätig. Überwiegend handelt es sich um Einrichtungen mit ein bis drei Beschäftigten, diese machen fast die Hälfte aller vorliegenden Antworten aus. Vor allem in ambulanten Pflegeeinrichtungen – und hier anteilig gesehen deutlich 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 65: 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
<b>Gesamt</b>	<b>222</b>	<b>2.728</b>

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten sind auch die Hilfskräfte in der Pflege überwiegend weiblich. Der Anteil der Frauen an allen sv-beschäftigten Hilfskräften in der Pflege betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 83 Prozent und liegt damit in etwa auf dem Niveau aller untersuchten Berufe bzw. Tätigkeiten. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark (vgl. **Tabelle 66**).

**Tabelle 66: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>19.737</b>	<b>16.360</b>	<b>82,9</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>180</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Ein weiterer Grund dürfte in der höheren

<sup>179</sup> So gaben die meisten Krankenhäuser an, Pflegehelfer/innen zu beschäftigen.

<sup>180</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.



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.<sup>181</sup>

Typisch für Berufe und Tätigkeiten mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist, dass auch der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen hoch ist. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder der hier untersuchten Berufe mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>182</sup> Die Pflegehilfskräfte liegen bezüglich der Teilzeitbeschäftigung insgesamt am oberen Ende der hier untersuchten Berufe, d.h. es sind relativ viele Menschen in Teilzeit beschäftigt. Die Gesamtquote basiert auf deutlich unterschiedlichen Quoten in Berlin und Brandenburg (vgl. **Tabelle 67**).<sup>183</sup>

**Tabelle 67: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>11.259</b>	6.729	59,8	44,3
Brandenburg	<b>8.478</b>	6.523	76,9	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>19.737</b>	<b>13.252</b>	<b>67,1</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied widerspricht der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) im Gesundheits- und Sozialwesen in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Vor diesem Hintergrund ist es unklar, wie die große Diskrepanz bei den Hilfskräften in der Pflege zustande kommt. Diese große Differenz ist auch für die Altenpfleger/innen festzustellen, d. h. die ausgesprochen hohe Teilzeitquote ist Kennzeichen der Brandenburger Altenpflege insgesamt. Es gibt Hinweise darauf, dass bei einem Teil der in Teilzeit eingestellten Beschäftigten um Personen handelt, die in „verdeckter Vollzeit“ arbeiten,<sup>184</sup> d. h. die Beschäftigten erhalten einen Teilzeitvertrag, arbeiten aber zumindest teilweise in Vollzeit, um Auslastungsschwankungen der Einrichtungen abzufangen. Sollten 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: Im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen handelt es sich bei den Pflegehilfskräften insgesamt um eine Berufsgruppe mit einem relativ hohem Anteil Älterer. Es wird deutlich, dass in den nächsten Jahren – das gesetzliche Renteneintrittsalter vorausgesetzt – eine erhebliche Anzahl der Pflegehilfskräfte aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden wird (vgl. **Tabelle 68**).

<sup>181</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>182</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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)

<sup>183</sup> 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 deutlich unter der Teilzeitquote der Frauen.

<sup>184</sup> Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert.

**Tabelle 68: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>11.259</b>	3.194	4.278	1.724	1.356	707
Brandenburg	<b>8.478</b>	2.133	3.274	1.508	1.091	472
Berlin-Brandenburg	<b>19.737</b>	<b>5.327</b>	<b>7.552</b>	<b>3.232</b>	<b>2.447</b>	<b>1.179</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	28,4	38,0	15,3	12,0	6,3
Brandenburg	<b>100,0</b>	25,2	38,6	17,8	12,9	5,6
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>27,0</b>	<b>38,3</b>	<b>16,4</b>	<b>12,4</b>	<b>6,0</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung, Rundungsfehler möglich

Ein Grund für diese Altersstruktur könnte darin liegen, dass in diesen Tätigkeiten viele Umschulungen auch von Personen höheren Alters stattfanden.

### 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 deutlich zulasten Brandenburgs. Von den sv-beschäftigten Pflegehilfskräften kommen in Berlin rund 10 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 2 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.<sup>185</sup> Auch zu einigen anderen Bundesländern weist Berlin bei den Hilfskräften in der Pflege Verflechtungsbeziehungen auf. Deutlich wird hierbei die relative Sogwirkung Berlins, da die Anzahl der Einpendler nach Berlin die Anzahl der Auspendler deutlich übersteigt (vgl. **Tabelle 69**).

**Tabelle 69: 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	<b>302</b>	186	*	*	*	Ca. 116
Einpendler	<b>1.390</b>	1.094	51	11	*	c. 234
<b>Saldo</b>	<b>+1.088</b>	<b>+908</b>	<b>Ca. +50</b>	<b>Ca. +10</b>	<b>Ca. 0</b>	<b>Ca. +118</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage und gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt in der Regel relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Hilfskräfte in der Pflege auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Beschäftigten an allen beschäftigten Hilfskräften in der Pflege in

<sup>185</sup> Dieses Verhältnis entspricht ca. dem der examinierten Altenpflegefachkräfte

Brandenburg auf rund 3 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Wert aus Berlin mit rund 12 Prozent (vgl. **Tabelle 69** und **Tabelle 70**).<sup>186</sup>

**Tabelle 70: 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
<b>Saldo</b>	<b>-1.105</b>	<b>-908</b>	<b>-19</b>	<b>-43</b>	<b>Ca. +35</b>	<b>Ca. -81</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land beschäftigten Pflegehilfskräften erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Beschäftigungsverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch Beschäftigungsgewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden, sondern vielmehr wird dieser Befund verstärkt. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Verlust, der rund 13 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab. Arbeitsmigration wird entsprechend nur einen geringen Beitrag zur Lösung möglicherweise entstehender Hilfskräfteengpässe leisten können.

### Relevante Lohnunterschiede zwischen beiden Bundesländern

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Für die beschäftigten Hilfskräfte in der Pflege lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012 heranziehen.<sup>187</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>188</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Hilfskräfte in der Pflege in Berlin bei 1.566 Euro. In Brandenburg betrug das Entgelt 1.412 Euro; immerhin ein Unterschied von 150 Euro in der Region Berlin-Brandenburg. Im Vergleich dazu lag das monatliche Medianentgelt bei den Pflegehilfskräften bundesweit bei 1.699 Euro. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge

<sup>186</sup> Dies ist für Berlin gegenüber den untersuchten Berufen der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege mit mindestens Fachkraftniveau dennoch ein relativ niedriger Wert.

<sup>187</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>188</sup> 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

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.<sup>189</sup>

Auch wenn der Lohn eine wesentliche Grundlage für die Arbeitsplatzentscheidung sein dürfte, erklärt er doch nicht alleine die eindeutige Pendelbewegung in Richtung Berlin. So ist beispielsweise im Vergleich zu einigen anderen Berufen bzw. Tätigkeiten der nominale Lohnunterschied ähnlich groß oder geringer zwischen Berlin und Brandenburg, ohne dass dies bei den anderen Berufen zu einer entsprechenden Sogwirkung Berlins geführt hätte. Auch sprechen der höhere bundesweite Medianlohn und der gleichzeitig positive Pendlersaldo Berlins gegenüber anderen Bundesländern dagegen, die Lohnunterschiede bei der Betrachtung der Pendlerbeziehungen zu stark zu gewichten. Gegebenenfalls ist als zusätzliche Begründung die Ballung von Versorgungsstrukturen in Berlin zu nennen. Gleichwohl sind auch in Brandenburg vielfältige, ggf. aber räumlich weiter voneinander entfernte Arbeitsmöglichkeiten als Pflegehilfskraft vorhanden.

### Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Um auf den aktuellen und zukünftigen Arbeitskräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Arbeitskräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen, wobei allerdings deutlich zwischen den einzelnen Tätigkeiten der Pflegehilfskräfte zu unterscheiden ist.

**Tabelle 71: 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

Im Jahr 2013 haben somit zwischen 24 und 36 Prozent der Antwortenden mindestens eine Person in Vollzeit und zwischen 43 und 57 Prozent mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln. Das Verhältnis von Einstellungen in Vollzeit und Teilzeit ist ein Alleinstellungsmerkmal der Pflegehilfskräfte im Rahmen dieser Untersuchung, da ansonsten die Anzahl der in Vollzeit eingestellten Personen überwiegt.<sup>190</sup> Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 1.344 Personen eingestellt worden, davon ca. 40 Prozent in Vollzeit (547 Vollzeitstellen). Die eindeutige Mehrzahl der Einstellungen erfolgte bei den basisqualifizierten Pflegehelfer/innen mit 1.183 Einstellungen (davon 38 Prozent in Vollzeit), gefolgt von den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung mit 124 Einstellungen (davon 61 Prozent in Vollzeit) und 37 Einstellungen von Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege (davon 43 Prozent in Vollzeit). Der Unterschied bei den in Vollzeit eingestellten Personen zwischen den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung

<sup>189</sup> Betrachtet man die Lohnentwicklung in den letzten Jahren, so zeigt sich eine rückläufige Lohnentwicklung in der Altenpflege insgesamt. Dieser Befund lässt sich allerdings kaum interpretieren, da nach der alten Klassifizierung der Berufe Altenpflegerinnen und Altenpfleger und die Altenpflegehelferinnen und -helfer zusammengefasst wurden und in den letzten Jahren der Anteil der Hilfskräfte sehr deutlich gestiegen ist. Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

<sup>190</sup> Dies gilt auch für die Altenpflege. Gleichwohl ist auch in diesem Beruf ein deutlicher Trend der Teilzeitbeschäftigung in den letzten Jahren zu beobachten gewesen.

und den anderen beiden Gruppen von Pflegehilfskräften lässt sich auf einen Einzelfall zurückführen, d. h. in diesem Fall sind viele Personen in Vollzeit eingestellt worden. Da es sich um einen Einzelfall handelt ist fraglich, ob sich hieraus qualitativ unterschiedliche Sichtweisen auf den Einsatz der Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung und der beiden anderen Berufe in den Einrichtungen ergeben.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Diesbezüglich zeigen sich leichte Unterschiede zwischen den betrachteten Pflegehilfskräften (vgl. **Tabelle 72**).

**Tabelle 72: 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 Anteile der Antwortenden ohne Einstellungsbedarf fällt im Vergleich der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten niedrig aus, d. h. die Einrichtungen haben einen großen Bedarf an Hilfskräften in der Pflege. Bei den Antwortenden lassen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Bundesländern feststellen. Interessant ist der Unterschied zwischen Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung und den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung. Die Angaben deuten unabhängig vom Bundesland darauf hin, dass basisqualifizierte Pflegehelfer/innen in relevantem Maße häufiger von den Einrichtungen gesucht werden als Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung. Dies kann auch daran liegen, dass bei tariflicher Bindung der Einrichtung die Vergütung ggf. höher anzusetzen ist als bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung.<sup>191</sup> Deutlichere Unterschiede lassen sich zum Teil bei den unterschiedlichen Versorgungsformen der Altenpflegeeinrichtungen feststellen. So geben bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen nur sechs Prozent der Antwortenden aus Berlin, aber 18 Prozent der Antwortenden aus Brandenburg an, keinen Bedarf an Neueinstellungen bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung im Jahr 2013 gehabt zu haben. Bei stationären Einrichtungen hingegen ist der Anteil der Antwortenden, die keinen Bedarf an Einstellungen von Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung hatte, mit 38 Prozent vergleichsweise hoch.

Inwieweit 2013 der Arbeitskräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch an der Besetzung der offenen Stellen ablesen. Diesbezüglich zeigt sich ein relativ entspanntes Bild, d. h. insgesamt können die antwortenden Einrichtungen ihre durchaus vorhandenen Bedarfe decken (vgl. **Tabelle 73**).

<sup>191</sup> Offizielle Daten hierzu liegen nicht vor. Diese Einschätzung wurde in einem Expertengespräch geäußert.

**Tabelle 73: 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 – also bei dem Beruf, bei dem die vergleichsweise meisten Antwortenden angeben, keinen Bedarf an Einstellungen zu haben. Dies deutet auf einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen von Beschäftigungsstrukturen hin. So geben vor allem ambulante Pflegeeinrichtungen an, keine geeigneten Bewerbenden gefunden zu haben – hier liegt der Anteil der Einrichtungen, die über offen gebliebene Stellen berichten, bei 19 Prozent (bei insgesamt 31 Antwortenden). Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern fallen insgesamt betrachtet nicht ins Gewicht. Allerdings zeigen sich bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung, dass insbesondere ambulante Pflegeeinrichtungen mit Sitz in Berlin Probleme haben, ihre Stellen zu besetzen. So berichten 15 Prozent dieses Einrichtungstyps von offen gebliebenen Stellen, während es in Brandenburg nur fünf Prozent sind.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Hierbei werden große Unterschiede zwischen den Qualifikationen deutlich (vgl. **Tabelle 74**).

**Tabelle 74: Stellenbesetzungsdauer bei Pflegehilfskräften**

Tätigkeit	Antworten gesamt	Durchschnittliche Stellenbesetzungsdauer (Schätzwert), Angaben in Prozent				
		Weniger als eine Woche	Eine Woche bis 3 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 von Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege sowie Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung auf der einen Seite, Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung auf der anderen Seite, lässt sich ggf. dadurch erklären, dass die basisqualifizierten Pflegehelfer/innen nicht so eng an die Einrichtungen angebunden sind, da ihnen der ausbildungsseitige Bezug fehlt, der für die anderen beiden Berufe kennzeichnend ist. Bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege sowie Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung scheinen angesichts der geringen Besetzungsdauer bei entsprechender Eignung gute und schnelle Übernahmechancen zu bestehen.

Die Unterschiede in der Stellenbesetzungsdauer zwischen den beiden Bundesländern sind teilweise beträchtlich. So dauert bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung die Besetzung einer Stelle in

Berlin deutlich länger als in Brandenburg – ein Befund, der mit den Problemen ambulanter Pflegeeinrichtungen einher geht, ihre Stellen in diesem Beruf zu besetzen. Demgegenüber kommt es in Brandenburg in Einzelfällen vor, dass die Besetzung einer Stelle von Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung länger dauert. Bei der Stellenbesetzungsdauer spielt es übergeordnet keine nennenswerte Rolle, um welchen Einrichtungstyp oder um welche Versorgungsform es sich handelt.

#### **Zum Teil verändertes Einstellungsverhalten im Jahr 2014**

Im Jahr 2014 setzt sich das skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der Pflegehilfskräfte nur eingeschränkt fort. Hierbei gibt es tätigkeitsspezifische Unterschiede. Bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege haben neun Prozent der 46 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, vier Prozent planten solche (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Diese Anteilswerte liegen deutlich unter den Anteilen der Antwortenden, die im Jahr 2013 Einstellungen vorgenommen hatten. Auch die Anzahl der erfolgten (4) und noch geplanten (6) Stellen weist auf ein eingeschränktes Einstellungsverhalten in diesem Beruf hin.

Bei den Altenpfleger/innen mit staatlicher Anerkennung haben 12 Prozent der 100 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 14 Prozent planten solche (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Diese Anteilswerte liegen ebenfalls deutlich unter den Anteilen der Antwortenden, die im Jahr 2013 Einstellungen vorgenommen hatten. Auch die Anzahl der erfolgten (21) und noch geplanten (20) Stellen weist auf ein eingeschränktes Einstellungsverhalten in diesem Beruf hin. Relevante Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern bestehen nicht.

Bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung setzt sich das im Jahr 2013 skizzierte Einstellungsverhalten jedoch weitgehend fort. In dieser Tätigkeit haben 40 Prozent der 201 Antwortenden im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen, 36 Prozent planten solche (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln). Diese Anteilswerte liegen in etwa auf einer Linie mit dem Einstellungsverhalten im Jahr zuvor. Ganz überwiegend erfolgt die Einstellung einer geringen Personenzahl (1 bis 5 Personen) bzw. ist diese geplant. Bei der Betrachtung der Einstellungen nach Bundesländern fällt auf, dass in Berlin wesentlich stärker Einstellungen erfolgt sind, während im Gegenzug in Brandenburg die Anteile der Antwortenden, die noch Einstellungen planen, höher liegt. Dieser insgesamt für die Bundesländer und auch für die stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg geltende Befund gilt jedoch nicht für die ambulanten Pflegeeinrichtungen. Bei diesen werden in Berlin deutlich häufiger sowohl Einstellungen vorgenommen als auch geplant.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich ein differenziertes Bild bei den Hilfskräften in der Pflege

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 deutlich erkennbaren Arbeitskräfteengpässe.

Bei den Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung lässt sich im Wesentlichen die gleiche Schlussfolgerung ziehen. Gleichwohl deuten die relativ hohen Anteile bei den offen gebliebenen Stellen und die Stellenbesetzungsdauer darauf hin, dass es punktuell Schwierigkeiten gibt, Personen dieses Berufs einzustellen. Eine Begründung könnte sein, dass die Altenpflegehilfe in Brandenburg erst seit 2009 staatlich geregelt ist, d. h. die Nachfrage ggf. auch 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 der Beschäftigung von basisqualifizierten Pflegehelfer/innen besteht. Darauf deuten die Angaben zum vorhandenen Bedarf oder zur Stellenbesetzungsdauer hin. Insbesondere

ambulante Pflegeeinrichtungen – und hier v. a. in Berlin – scheinen aktuell einen großen Bedarf an Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung zu haben.

### **Zusätzlicher Arbeitskräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Arbeitskräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Arbeitskräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die beschäftigten Pflegehilfskräfte ihre Tätigkeit weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn die Beschäftigten gänzlich das Tätigkeitsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

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.<sup>192</sup> Demnach sind nach 15 Jahren in Berlin noch 32 Prozent der Altenpfleger/ -pflegehelfer in ihrem Beruf tätig, in Brandenburg sind es knapp 28 Prozent. Im Umkehrschluss heißt dies, dass nach 15 Jahren 68 bzw. 72 Prozent diesen Beruf nicht mehr ausüben. Dieser Wert stellt den höchsten aller untersuchten Werte dar. 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 daher weitere Studien in Betracht, die den Berufsverbleib examinierter Altenpflegefachkräfte untersuchen<sup>193</sup> und zum Schluss kommen, dass diese eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufweisen, deutet dies den nochmal verschärften Beschäftigtenbedarf in der Altenpflegehilfe aufgrund von Fluktuation an.

### **3.5.3 Arbeitskräfteangebot**

#### **Steigende Arbeitslosenzahlen**

Ein möglicher Weg der Arbeitskräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor.<sup>194</sup> Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen. Insgesamt weisen die Helfertätigkeiten in der Altenpflege einen Anstieg der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 18**).

---

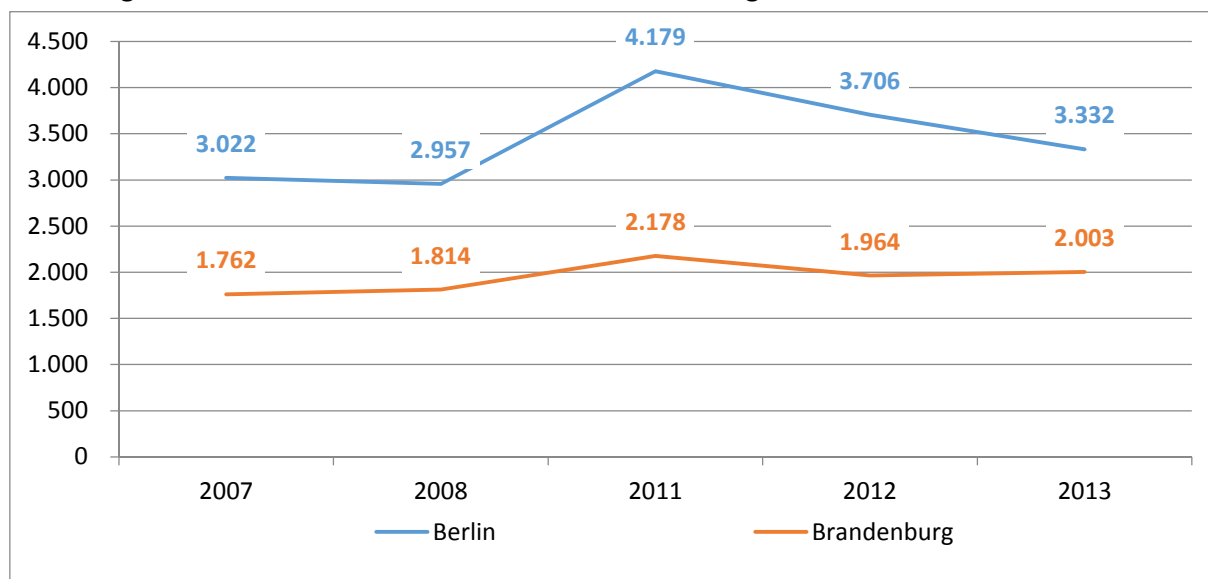
<sup>192</sup> Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012. Dabei wird nicht nach den einzelnen Tätigkeiten der Pflegehilfskräfte unterschieden.

<sup>193</sup> Joost/Kipper/Tewolde (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern

<sup>194</sup> 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 18: Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Pflegehilfskräfte**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In den einzelnen Städten und Landkreisen Brandenburgs sind zwischen 61 (Ostprignitz-Ruppin) und 218 (Landkreise Oberhavel) Personen arbeitslos gemeldet. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen, da es sich um einen gemeinsamen Wirtschaftsraum handelt.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 75: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	<b>3.332</b>	1.366	1.282	326	249	109
Brandenburg	<b>2.003</b>	807	681	232	222	61
Berlin-Brandenburg	<b>5.335</b>	<b>2.173</b>	<b>1.962</b>	<b>558</b>	<b>471</b>	<b>170</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	41,0	38,4	9,8	7,5	3,3
Brandenburg	<b>100,0</b>	40,3	34,0	11,6	11,1	3,0
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>40,7</b>	<b>36,8</b>	<b>10,5</b>	<b>8,8</b>	<b>3,2</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

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.

Die Steigerung der Arbeitslosenzahlen bei den Pflegehilfskräften ist ein Alleinstellungsmerkmal. Bei allen anderen Berufen ist ein – zumeist sehr deutlicher – Rückgang der Arbeitslosigkeit festzustellen. Die Zahlen zeigen, dass es rein quantitativ betrachtet noch große Spielräume gibt, den

Arbeitskräftebedarf aus dem Kreis arbeitsloser Personen zu decken.<sup>195</sup> Durch den hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass diese Personen auch langfristig im Arbeitsmarkt verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Diesen großen Spielraum verdeutlicht auch die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten: In Berlin kommen 305 Arbeitslose auf 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, in Brandenburg liegt die Relation bei 241 Arbeitslose auf 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 höherer Wert. Der Unterschied wird sogar noch deutlicher bei der Betrachtung der Helfer in der Altenpflege im Gegensatz zu den anderen untersuchten Berufen und Tätigkeiten.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Arbeitskräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>196</sup> Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 313 gemeldete Arbeitsstellen für Pflegehilfskräfte, in Brandenburg waren es 181. Gegenüber dem Vorjahr sank die die Zahl der gemeldeten Stellen um rund sieben Prozent in Berlin, während sie in Brandenburg um 38 Prozent stieg. Angesichts der gleichzeitig sehr hohen Anzahl an Arbeitslosen lassen sich die Daten dahingehen interpretieren, dass die Stellenbesetzung trotz vorhandener Möglichkeiten nicht immer gelingt und/oder Einrichtungen ihre Stellenbesetzungsbedarfe nicht immer melden, sondern die Arbeitskräfte auf alternativen Wegen suchen.

### **Schwankende Ausbildungszahlen in Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Arbeitskräftebedarfs besteht in der Bereitstellung von Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig Nachwuchskräfte gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>197</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die Helfer/innen in der Altenpflege sind hinsichtlich der Frage der Ausbildung ein Sonderfall, da in diesem Bereich sowohl staatlich anerkannte als auch staatlich nicht anerkannte Hilfstätigkeiten subsummiert werden.

In Brandenburg ist die einjährige Ausbildung zur Altenpflegehelfer/in möglich. Hier zeigt sich ein schwankender Verlauf, was die Ausbildungszahlen betrifft. 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. Gleichwohl ist grundsätzlich ein Aufwuchs festzustellen. Da die Ausbildung zur Altenpflegehelfer/in sich als Regelausbildung erst in der Planung befindet, handelt es sich bei den Auszubildenden (abgesehen von wenigen Ausnahmen) um Umschüler/innen.

---

<sup>195</sup> 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.

<sup>196</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

<sup>197</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

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 in diesem Schwerpunkt nicht möglich.<sup>198</sup>

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Daten hierzu liegen nur für Brandenburg vor. Diese lassen darauf schließen, dass sowohl vorzeitige Ausbildungsabbrüche wie auch der nicht erfolgreiche Abschluss relevant sind für das zur Verfügung stehende Potenzial an Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung. Ganz eklatant wird dies im Schuljahr 2012/2013 deutlich, in dem 16 Prozent der Absolventinnen und Absolventen die Schule ohne Abschlusszeugnis verlassen haben und darüber hinaus 21 Prozent die Ausbildung zuvor abbrechen (Im Jahr zuvor betragen die Quoten 6 und 16 Prozent).

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Ausbildungsstellen anbieten.

Bei den Altenpflegehelfer/innen geben rund zehn Prozent der Antwortenden, die Altenpflegehelfer/innen beschäftigen an, solche Ausbildungsplätze anzubieten. Dieser im Vergleich zu allen Berufen (36 %) niedrige Wert erklärt sich zum Teil durch den geringen Beschäftigungsumfang der antwortenden Einrichtungen. Weiterhin wird deutlich, dass bis auf einen Fall alle Ausbildungsplätze durch die Einrichtungen besetzt werden konnten, es also keine Probleme gab, Auszubildende zu gewinnen.<sup>199</sup>

### Fort- und Weiterbildung als Maßnahme der Arbeitskräftesicherung

Fort- und Weiterbildungen ist ein wichtiger Baustein der Arbeitskräftebindung. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen bezogen auf die einzelnen Berufe folgende Angaben vor:

**Tabelle 76: Antwortende mit Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung**

Tätigkeit	Antworten gesamt	Davon Antwortende mit mindestens einer Person in Fort- und Weiterbildung	Anzahl Beschäftigte in Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung
Sozialassistentin mit Schwerpunkt Pflege	30	28	74
Altenpflegehelfer/in mit staatl. Anerkennung	70	63	217
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	194	185	2.320

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Insgesamt wird durch die Angaben der hohe Stellenwert der Fort- und Weiterbildung auch für die beschäftigten Pflegehilfskräfte deutlich. Das ist insofern hervorzuheben, da übergreifend die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten abnehmen, je geringer die Qualifikationsstufe ist.<sup>200</sup>

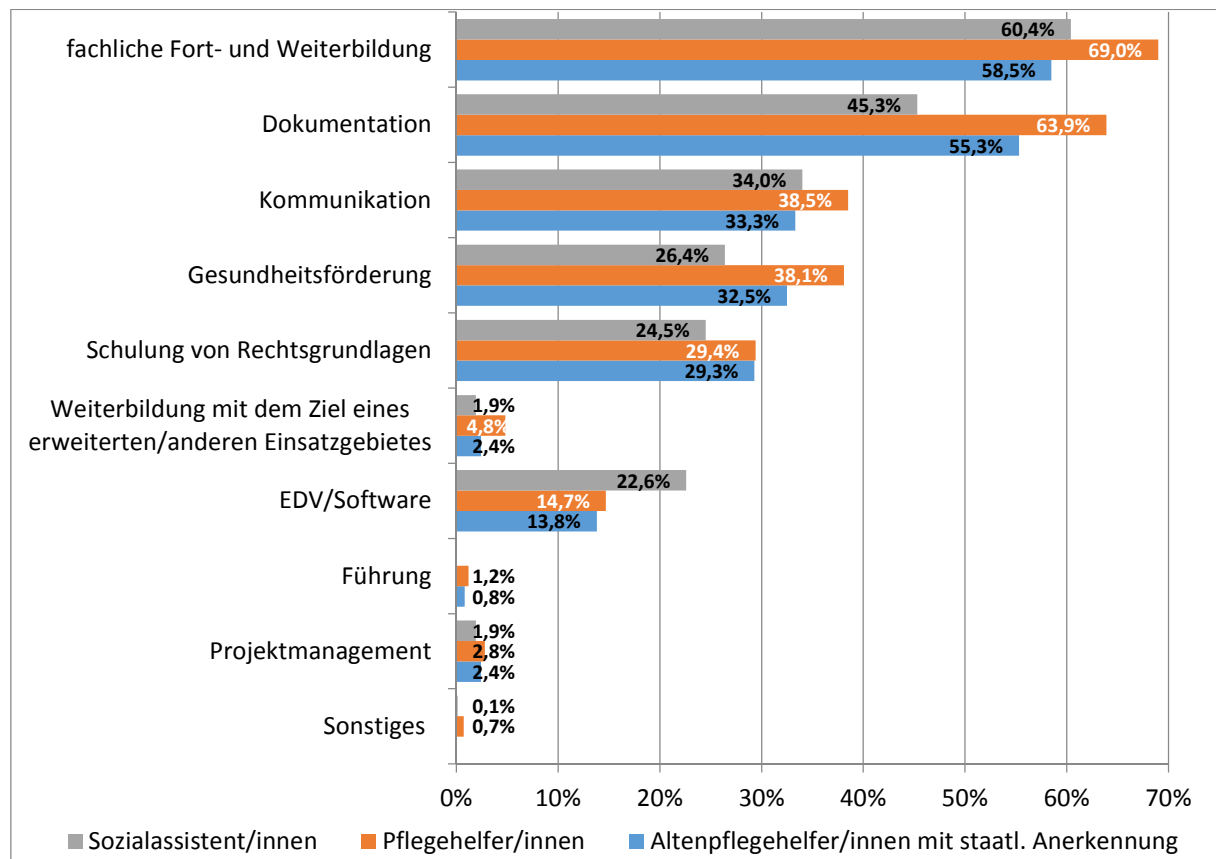
<sup>198</sup> Gemessen an der Anzahl der Ausbildungsplätze und den nur in geringem Umfang erfassten Beschäftigten scheinen die Sozialassistentinnen und -assistenten vor allem andere berufliche Schwerpunkte als in der Pflege zu setzen.

<sup>199</sup> Da es sich bei den Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege um eine schulische Ausbildung handelt, in deren Rahmen Praktika absolviert werden, führen die Unternehmen keine Ausbildungsaktivitäten durch.

<sup>200</sup> Vgl. zum Beispiel Weber / Kretschmer (2012)

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch bei den Helfertätigkeiten in der Altenpflege fachliche Fort- und Weiterbildungen die größte Rolle (vgl. **Abbildung 19**).

**Abbildung 19: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Pflegehilfskräfte**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Der Bedeutungsvorsprung fachlicher Fort- und Weiterbildungen ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen jedoch gering, da auch in den anderen Weiterbildungsbereichen die Aktivitäten der Einrichtungen deutlich werden. So werden Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Dokumentation, der Kommunikation, der Gesundheitsförderung und der Schulung von Rechtsgrundlagen ebenfalls in deutlich wahrnehmbarem Umfang umgesetzt.<sup>201</sup>

Im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen gibt es zwischen der Altenpflege und den Hilfskräften in der Pflege deutliche Überschneidungen hinsichtlich der Verteilung innerhalb der inhaltlichen Schwerpunkte. Gleichzeitig liegen die Anteile bei Altenpfleger/innen bei jedem einzelnen Schwerpunkt höher als bei den Pflegehilfskräften. Im Vergleich zu weiteren untersuchten Berufen unterscheiden sich die Fort- und Weiterbildungsinhalte jedoch zum Teil erheblich, so zum Beispiel hinsichtlich der Relevanz fachlicher Fort- und Weiterbildungen, die in den Therapieberufen eine anteilig wesentlich größere Rolle spielen als bei den Pflegehilfskräften. Hier wird davon ausgegangen, dass die relevanten Anforderungen alltagsbegleitend vermittelt werden.

Bedeutsam sind aber auch die Unterschiede innerhalb der einzelnen Gruppen von Hilfskräften in der Pflege. Vor allem die basisqualifizierten Pflegehelfer/innen nehmen an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teil. Dieser Unterschied kann nicht durch eine unterschiedliche Beschäftigungsstruktur in den Einrichtungen begründet werden, sondern vielmehr ist die Ursache in der Perspektive der Einrichtungen auf diese Berufe zu suchen. Ein plausibler Erklärungsansatz lautet, dass aus Sicht der

<sup>201</sup> Zu den Inhalten der Fort- und Weiterbildungen liegen 53 Angaben bei der Sozialassistenten vor, 123 bei Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung sowie 252 Antworten zu Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung.

Einrichtungen die Einstellung und anschließende aufbauende Qualifizierung von basisqualifizierten Pflegehelfer/innen ökonomisch sinnvoller erscheint als die Einstellung und Qualifizierung von staatlich anerkannten Altenpflegehilfskräften. Für eine solche Annahme spricht auch, dass die Einrichtungen vor allem Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung suchen. Gestützt wird diese Vermutung durch ein weiteres Befragungsergebnis, dass auf die Unterschiede in der Tätigkeit bei den Pflegehilfskräften abzielt. Sofern die Einrichtungen angegeben haben, dass mindestens zwei der drei Helfertätigkeiten in der Altenpflege (i. d. R. basisqualifizierte Pflegehelfer/innen und ein staatlich anerkannter Beruf) vorhanden sind, wurden diese um eine Einschätzung dahingehend gebeten, ob die o. g. Beschäftigtengruppen für gleiche Tätigkeiten eingesetzt werden oder ob sie jeweils unterschiedliche Tätigkeitsbereiche ausfüllen. Bei dieser Frage liegen insgesamt 134 Antworten vor. Es zeigt sich eindeutig, dass die genannten Beschäftigtengruppen weitgehend für gleiche Tätigkeiten eingesetzt werden. Dies sagen 80 Prozent der Befragten aus, wobei keine Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern bestehen. Dies spricht dafür, dass die Frage der Ausbildung für die spätere Helfertätigkeit in der Altenpflege nur eine untergeordnete Rolle spielt. Auch hinsichtlich der Einrichtungstypen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede.<sup>202</sup>

Im Vergleich der beiden Bundesländer fällt auf, dass in Brandenburg bei jedem der drei Helfertätigkeiten fast ausnahmslos die Anteile der fortbildenden Einrichtungen in jedem inhaltlichen Schwerpunkt höher liegen. Dies ist als ein eindeutiger Beleg dafür zu nehmen, dass in den Brandenburger Einrichtungen im Bereich der Pflegehilfskräfte die Fort- und Weiterbildung weiter ausgebaut ist als in Berlin. Damit hebt sich dieser Befund auch von der Altenpflege ab, bei der keine Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen sind.

Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungsformen setzt sich dieser Unterschied zwischen Berlin und Brandenburg im Bereich der ambulanten Einrichtungen fort, bei den stationären Einrichtungen hingegen gibt es keinen eindeutigen bundeslandspezifischen Befund. Im Vergleich der Versorgungsformen untereinander ist festzustellen, dass in den ambulanten Pflegeeinrichtungen anteilig etwas seltener Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen umgesetzt werden als in stationären oder teilstationären Einrichtungen.

### **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 43 Antwortende angaben, insgesamt 48 Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung (mit einem wesentlich höheren Beschäftigtenanteil an der Helfertätigkeiten in der Altenpflege) nachqualifiziert zu haben.<sup>203</sup> Die Sozialassistent/innen mit Schwerpunkt Pflege fallen mit 5 Antworten und ca. 10 nachqualifizierten Personen nicht weiter ins Gewicht. Das Nachqualifizierungsgeschehen macht deutlich, dass die Altenpflegehelfer/innen mit staatlicher Anerkennung ihren Beruf verhältnismäßig häufig als Einstieg in weitere Qualifikationen nutzen.

---

<sup>202</sup> Gleichwohl wird in stationären Pflegeeinrichtungen die Gleichartigkeit der Tätigkeiten nochmal häufiger angegeben als im Bereich der ambulanten Pflege.

<sup>203</sup> 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. Stattdessen würde für die Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung die Möglichkeit der berufsbegleitenden Ausbildung genutzt. Jedoch deuten die Befragungsergebnisse darauf hin, dass die berufsbegleitende Ausbildung für die Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung nur in sehr geringem Ausmaß von Belang ist.

Wenn Beschäftigte in den Helferqualifikationen der Altenpflege nachqualifiziert wurden, wurden berufsübergreifend Finanzierungsmöglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit genutzt. Von den 80 vorliegenden Antwortenden haben immerhin 84 Prozent (67 Antworten) angegeben, diese Möglichkeit wahrzunehmen. Ein Teil derjenigen, die das Angebot nicht nutzen, hat angegeben, dass 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. Nicht zuletzt bedingt durch diese eindeutige Verteilung zeigen sich keine Unterschiede zwischen den in Berlin ansässigen Einrichtungen und denen in Brandenburg.

### 3.5.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Arbeitskräftenachfrage

#### Steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

Bei den Hilfskräften in der Pflege 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 63**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Pflegehilfskräfte tätig sind, 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. Bei der Perspektive der zukünftigen Beschäftigungsentwicklung zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den betrachteten Tätigkeiten. Gemein ist allen Tätigkeiten, dass die meisten Einrichtungen für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand erwarten. Für die Jahre 2015-2017 steigt jedoch der Anteil der Antwortenden, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, in allen drei Tätigkeiten deutlich an. Allerdings nimmt für diesen Zeitraum auch die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung zu.

Deutlich wird bei der Betrachtung der einzelnen Tätigkeiten, dass vor allem bei den Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung eine Beschäftigungszunahme erwartet wird. Im Verhältnis dazu fallen die Anteile der Antwortenden, die eine Beschäftigungszunahme der staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/innen sowie der Sozialassistent/innen erwarten, geringer aus (vgl. **Tabelle 77**).

**Tabelle 77: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung – Pflegehilfskräfte**

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	<b>37/39</b>	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	<b>100/106</b>	2014: 22 2015-2017: 39	2014: 62 2015-2017: 36	2014: 8 2015-2017: 11	2014: 8 2015-2017: 14
Pflegehelfer/in mit Basisqualifizierung	<b>232/234</b>	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

Tendenziell wird bei allen drei betrachteten Tätigkeiten deutlich, dass in Brandenburg mit einer stärkeren Beschäftigungszunahme gerechnet wird.

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in den Helfertätigkeiten der Altenpflege bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 gehörten die Altenpfleger/innen zur Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger in der KldB 1988. Aus einem Strukturvergleich der entsprechenden Teile beider Klassifikationen kann geschlossen werden, dass rund zwei Drittel der in der Gesamtgruppe ausgewiesenen Beschäftigten Altenpfleger/innen Hilfskräfte in der Pflege sind.

**Tabelle 78: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>34.226</b>	<b>34.547</b>	<b>32.560</b>	<b>34.487</b>	<b>35.966</b>	<b>38.746</b>	<b>43.172</b>	<b>46.191</b>	<b>47.677</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Sozialarbeiter, Sozialpfleger wuchs in der Region Berlin-Brandenburg insgesamt im Zeitraum 2003-2011 jährlich durchschnittlich um vier Prozent und erfuhr so in diesen acht Jahren eine Bestandserweiterung um über ein Drittel (vgl. **Tabelle 78**). Dabei lag die Wachstumsrate in Brandenburg (5 Prozent) über der von Berlin (3,7 Prozent). Da rund zwei Drittel dieser Berufsgruppe den Altenpflegern und den Hilfskräften in der Altenpflege zuzurechnen sind, kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegehilfskräfte Einfluss auf dieses Wachstumstempo gehabt haben. Die in **Tabelle 63** dargestellte Bestandsentwicklung in den beiden Folgejahren zeigt für 2012 und 2013 die Fortsetzung dieses hohen Wachstumstempos. Für die Dekade 2003-2013 insgesamt kann daher für die Pflegehilfskräfte eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von vier Prozent angenommen werden. Die differenzierte Betrachtung der erfassten Tätigkeiten zeigt, dass sich die Beschäftigungsentwicklung bei den Pflegehilfskräften unterschiedlich entwickeln kann. Gleichwohl wird im Folgenden von einer gemeinsamen Wachstumsrate ausgegangen, da die Pflegehelfer/innen mit Basisqualifizierung aufgrund des Beschäftigungsumfangs ganz wesentlich die Wachstumsdynamik bestimmen.

Der demografische Wandel wird auch in Zukunft zu einer Zunahme an Pflegebedürftigen und entsprechenden Pflegeleistungen führen. Trotz vielfältiger Strategien zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist daher ebenfalls in den nächsten Jahren die weitere Zunahme der Beschäftigung von Pflegenden unausweichlich. Das weitere Wachstumstempo der Beschäftigung in der Altenpflege wird primär von der starken Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung bestimmt, aber auch von der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Pflege beeinflusst. So soll beispielsweise im Rahmen der am 1. Januar 2015 beginnenden ersten Stufe der Pflegereform eine Aufstockung der Betreuungskräfte in den Pflegeheimen ermöglicht 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.<sup>204</sup> Darin wird auch in einem sogenannten Basisszenario gezeigt, welche Pflege- und Fachkräftebedarfe in Brandenburg entstehen würden, wenn die aktuellen Verhältnisse stabil bleiben. In der Studie wird der Personalbedarf in der ambulanten und stationären Pflege in Brandenburg bis 2030 dargestellt. Danach steigt – bei stabiler Betreuungsquote und Beschäftigungsstruktur – der Personalbedarf der ambulanten Dienste von etwa 11.000 Personen im Jahr 2009 auf fast 21.000

<sup>204</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Potsdam März 2014

Personen im Jahr 2030, darunter in der ambulanten Grundpflege von etwa 7.500 auf fast 14.500 Personen. In der stationären Versorgung steigt der Personalbedarf in der gleichen Zeit von 15.000 auf über 33.000 Personen, darunter im Bereich Pflege und Betreuung von 11.000 auf über 23.500 Personen. In der pflegerischen Versorgung (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.<sup>205</sup> Die in der Fachkräftestudie Pflege 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. Die Wachstumsrate von vier Prozent wird im Folgenden auch als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung der Pflegehilfskräfte für den mittelfristigen Zeitraum bis 2020 und für den langfristigen Zeitraum bis 2030 sowohl für Brandenburg als auch für Berlin übernommen.

**Tabelle 79: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>19.737</b>	<b>26.000</b>	<b>31.600</b>	<b>38.400</b>

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 79**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von ca. 6.000 Arbeitskräften. Im darauf folgenden Zeitraum 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 für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation). Bis 2020 muss in der Region mit rund 3.500 altersbedingt ausscheidenden Pflegehilfskräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 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.

### **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.

<sup>205</sup> Ebenda, Kurzfassung, S. 14-16



**Tabelle 80: Quellen des Arbeitskräftebedarfs an Pflegehilfskräften 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfteneubedarf
2013-2020	3.500	2.000	6.000	11.500
2020-2030	7.000	1.700	8.000	16.700
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>10.500</b>	<b>3.700</b>	<b>14.000</b>	<b>28.200</b>

<b>Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfteneubedarf
2013-2020	2.500	1.500	4.000	8.000
2020-2030	5.000	1.500	6.000	12.500
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>7.500</b>	<b>3.000</b>	<b>10.000</b>	<b>20.500</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfteneubedarf
2013-2020	6.000	3.500	10.000	19.500
2020-2030	12.000	3.200	14.000	29.200
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>18.000</b>	<b>6.700</b>	<b>24.000</b>	<b>48.700</b>

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 80**). 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.

### 3.5.5 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“ Pflegehilfeausbildung 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 Pflegeeinrichtungen wiederum hätten genauere Kenntnis darüber, an welche qualifikatorischen Voraussetzungen sie bei den einzustellenden Personen anknüpfen können.

### 3.6 Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistentin und -assistent

#### 3.6.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>206</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen führen zur Krankheitsvorsorge, -erkennung und -behandlung Laboruntersuchungen von Körperflüssigkeiten und -gewebe durch.</p> <p>Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen arbeiten hauptsächlich in medizinischen Laboren, Krankenhäusern und Arztpraxen sowie bei Blutspendediensten. Darüber hinaus können sie auch in der medizinischen Forschung, in pharmazeutischen Forschungslabors und bei Gesundheitsämtern beschäftigt sein.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zum /zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/in ist bundesweit durch das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin und die MTA-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einheitlich geregelt.</p> <p>Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der mittlere Schulabschluss oder</li><li>• eine gleichwertige Ausbildung oder</li><li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert oder</li><li>• eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst 3.170 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.230 Stunden praktische Ausbildung und Praktikum in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen und Laboren.</p>

<sup>206</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de)

<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Die medizinisch-technischen Assistenzberufe werden stärker und direkter als andere Gesundheitsfachberufe von Fortschritten in der Medizintechnik und der Wissenschaft beeinflusst und durch sie verändert. Sie kombinieren in direkter Weise Medizin mit modernster Technik und ermöglichen dadurch Einblicke in innere Lebensprozesse. Entsprechend vielseitig und anspruchsvoll sind die Kompetenzanforderungen an die medizinisch-technischen Assistent/innen.<sup>207</sup> Es ist vorstellbar, dass die Ausweitung der Analysemöglichkeiten mit einem Beschäftigungsaufbau einhergeht, weil medizinisch-technische Untersuchungen in immer mehr Bereichen und in einer immer höheren analytischen Tiefe durchgeführt werden könnten.</p>
<p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Digitalisierung der Arbeitsprozesse, größer werdende Datenmengen, weitere Vertiefung der Spezialisierungen und Vernetzungen sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie sind wesentliche Herausforderungen, mit denen die medizinisch-technischen Berufe in den nächsten Jahren verstärkt konfrontiert sein werden. Diese Veränderungen müssen sich sowohl in der praktischen Ausbildung als auch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zeitnah widerspiegeln.</p> <p>Vor dem Hintergrund dieser gestiegenen Anforderungen werden in den medizinisch-technischen Assistenzberufen zum Teil Aufgaben durch Beschäftigte mit Hochschulabschluss (z. B. Biochemie, Medizintechnik) umgesetzt. Für diese Tätigkeiten werden medizinisch-technische Assistent/innen nicht immer als ausreichend qualifiziert angesehen. Aber auch die gegenläufige Tendenz, d. h. die Durchführung von Routineaufgaben durch geringer qualifiziertes Personal, ist denkbar.</p> <p>In der Laboratoriumsmedizin ist zudem seit einigen Jahren ein deutlicher Trend der Verlagerung labormedizinischer Leistungen aus Krankenhäusern in wirtschaftlich selbständig agierende Unternehmen festzustellen. Zwischen diesen besteht ein harter Wettbewerb um Marktanteile, der zum Teil in Übernahmen und neuen Kooperationen und Vernetzungen mündet.</p> <p>Sowohl die qualifikatorische Differenzierung von Analyseleistungen zwischen Akademikern, Fach- und Hilfspersonal, als auch die organisatorischen Reorganisationsmaßnahmen (Outsourcing und Konzentration) könnten sich negativ auf das Beschäftigungswachstum bei den medizinisch-technischen Assistenzberufen auswirken. Aktuelle Entwicklungen deuten darauf hin, dass das vorhandene Rationalisierungspotenzial in diesem Tätigkeitsfeld noch nicht ausgeschöpft ist.</p>

<sup>207</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut 2009

### 3.6.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Relevante Beschäftigtenzahlen und stagnierende Beschäftigungsentwicklung

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 ca. 6.100 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen sozialversicherungspflichtig 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 somit um eine eher kleine Berufsgruppe, deren Beschäftigungsvolumen aber deutlich über dem Beschäftigungsumfang der anderen medizinisch-technischen Assistenzberufe liegt. Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz ist vor allem durch Tätigkeiten auf Fachkräfteebene gekennzeichnet. Insgesamt sind 89 Prozent auf diesem Anforderungsniveau tätig. In Berlin liegt der Anteil etwas unter dem Gesamtanteil. Rund jeder zehnte Beschäftigte ist auf dem höheren Anforderungsniveau komplexer Spezialistentätigkeit oder Experte<sup>208</sup> beschäftigt (Stand 2013).

Die Beschäftigungsentwicklung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz war in den vergangenen Jahren durch leichten Rückgang in Berlin und geringe Zunahme in Brandenburg gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 81**).<sup>209</sup>

**Tabelle 81: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz 2012-2014**

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>6.115</b>	<b>6.064</b>	<b>6.060</b>	<b>6.090</b>	<b>6.070</b>	<b>6.064</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

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

<sup>208</sup> 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

<sup>209</sup> 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.

### Hoher Frauenanteil bei geringer Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt (vgl. **Tabelle 82**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 89 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen am oberen Ende.<sup>210</sup> Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark.

**Tabelle 82: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz**

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

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und den Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>211</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, 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.<sup>212</sup>

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Diese grundsätzlich geltende Aussage gilt für die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz jedoch nur eingeschränkt. Hier ist mit einem Anteil von 33 Prozent die niedrigste Teilzeitquote aller untersuchten Berufe festzustellen.<sup>213</sup> Anders als bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten kaum Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg zu beobachten (vgl. **Tabelle 83**).

**Tabelle 83: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz**

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

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

<sup>210</sup> Der Frauenanteil ist nur in der Logopädie, der Podologie und in der Geburtshilfe höher.

<sup>211</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>212</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>213</sup> 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).

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.

### Relativ ungünstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland ist der Anteil älterer sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in dieser beruflichen Tätigkeit gegenüber den anderen untersuchten Berufen hoch (vgl. **Tabelle 84**).

**Tabelle 84: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten**

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	<b>4.678</b>	1.197	1.627	768	595	491
Brandenburg	<b>1.386</b>	350	601	240	201	94
Berlin-Brandenburg	<b>6.064</b>	<b>1.547</b>	<b>2.128</b>	<b>1.008</b>	<b>796</b>	<b>585</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	25,6	34,8	16,4	12,7	10,5
Brandenburg	<b>100,0</b>	25,3	36,1	17,3	14,5	6,8
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>25,5</b>	<b>35,1</b>	<b>16,6</b>	<b>13,1</b>	<b>9,6</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

### Deutliche Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit deutlicher Sogwirkung Berlins

In der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten besteht ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg. Dieser Austausch fällt – auch in Relation zu den insgesamt in diesem Gesundheitsfachberuf tätigen Personen – sehr deutlich zu Gunsten Berlins aus. Von den in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 20 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 4 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 in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf (vgl. **Tabelle 85**).

**Tabelle 85: Pendler in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten 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
<b>Saldo</b>	<b>+854</b>	<b>+862</b>	<b>+</b>	<b>+9</b>	<b>+7</b>	<b>-29</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung



Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage und gemessen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Fachkräfte der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten in Brandenburg auf 10 Prozent, liegt damit aber deutlich unter dem Berliner Wert von 21 Prozent (vgl. **Tabelle 86**).

**Tabelle 86: Pendler in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz 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
<b>Saldo</b>	<b>-835</b>	<b>-862</b>	<b>+16</b>	<b>-2</b>	<b>+36</b>	<b>-23</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt deutliche Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin bei weitem nicht durch Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 60 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht. Dies ist, sofern hierzu Daten vorliegen, der höchste Anteil der untersuchten Gesundheitsfachberufe.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab.

### Gute Verdienstmöglichkeiten in Berlin

Lohnunterschiede zwischen den beiden Bundesländern könnten ein gewichtiger Grund für das skizzierte Pendlerverhalten sein. Hierzu liegen aufgrund zu geringer Fallzahlen in Brandenburg leider nur Angaben für Berlin vor.<sup>214</sup> Gemessen wurden die durchschnittlichen monatlichen Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtige Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012. Hier lag der Medianlohn<sup>215</sup> 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

<sup>214</sup> Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>215</sup> 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. Siehe hierzu Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52

medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz ein Bereich mit guten Verdienstmöglichkeiten in Berlin. Neben den Verdienstmöglichkeiten muss auch beachtet werden, dass in Berlin mehr renommierte Institute und andere Gesundheitseinrichtungen angesiedelt sind, in denen Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten beschäftigt sind. Dies könnte ein weiterer Grund für die Sogwirkung Berlins sein.

### **Moderate Neueinstellungen in 2013 bei geringen Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein moderates Einstellungsverhalten. Die Hälfte der Antwortenden (11 von 20) hat angegeben, dass sie 2013 keinen Einstellungsbedarf hatten. Im Jahr 2013<sup>216</sup> wurden insgesamt 65 Personen, davon gut zwei Drittel in Vollzeit, eingestellt. Acht Einrichtungen haben in Vollzeit und fünf in Teilzeit eingestellt. Vier der Einrichtungen mit Vollzeiteinstellungen haben Arbeitsplätze auch mit Teilzeitkräften besetzt und lediglich eine Einrichtung hat nur Teilzeitkräfte eingestellt.

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 etwa gedauert hat. Bei dieser Frage liegen 12 Antworten vor. Trotz dieser nur geringen Anzahl an Antworten deuten die Angaben ebenfalls darauf hin, dass die Fachkräftesituation im Vergleich zu anderen Berufen aktuell noch entspannt ist. So beträgt die am längsten angegebene Stellenbesetzungsdauer 10 Wochen, was im Vergleich aller Berufe die geringste angegebene Dauer ist.

### **Überschaubare Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das im Jahr 2013 skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz fort. Von 18 vorliegenden Antworten gaben fünf an, Einstellungen vorgenommen zu haben, ebenfalls fünf Antwortende (dabei kann es sich um die gleichen Antwortenden handeln) planen zum Befragungszeitpunkt noch Einstellungen. Die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei sechs, die der geplanten Einstellungen bei 13 Personen. Zieht man in Betracht, dass unter den Antwortenden vor allem Krankenhäuser sind, verdeutlichen die geringen Angaben den begrenzten Einstellungsbedarf.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein moderates Einstellungsverhalten zu konstatieren ist und die Einrichtungen ihren Fachkräftebedarf decken können. Dies wird unter anderem an den hohen Anteilen der Antwortenden ohne Einstellungsbedarf und der geringen Stellenbesetzungsdauer deutlich.

---

<sup>216</sup> Von den insgesamt 25 Antwortenden, die angaben, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten 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.

## 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. Diese für die einzelnen Einrichtungen negative Erfahrung ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen ihren Beruf weiterhin ausüben. Es ist jedoch das Verlassen eines Berufsfeldes zu berücksichtigen, d. h. wenn eine Fachkraft in eine andere berufliche Tätigkeit wechselt.

Zu diesem Aspekt stehen für die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen 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.<sup>217</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>218</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>219</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>220</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten ableitbaren Erkenntnisse lassen eine relativ hohe Berufstreue bzw. eine relativ geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinieren Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkräfteebene zugeordnet, d. h. die Beschäftigten verfügen über einen Ausbildungsabschluss. Weitere Studienerkenntnisse zu anderen Berufen deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsels steigt, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Ein Berufswechsel erscheint angesichts der inhaltlichen Ausdifferenziertheit der medizinisch-technischen Berufe nur mit Einschränkungen möglich. Dies könnte ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Umgekehrt könnte auch argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit endgültig ist. Im Rahmen der qualitativen Erhebungsphase wurde darüber hinaus deutlich, dass für die Auszubildenden selber die Ausbildung zum Teil als Einstieg in ein späteres Studium (z. B. Medizin oder Pharmazie) dient und daher nochmals ein gewisser Anteil nicht in diesem Beruf weiterarbeitet.<sup>221</sup> Für eine geringe Fluktuation spricht auch, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung wie gesehen von einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Beschäftigter geprägt, d. h. dass dieser fluktuationsbedingte Faktor nur eingeschränkten Einfluss haben dürfte.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger liegt, bei denen es sich ebenfalls um

---

<sup>217</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>218</sup> 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.

<sup>219</sup> 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.

<sup>220</sup> 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.

<sup>221</sup> Da in Brandenburg solche Studiengänge kaum angeboten werden, bedeutet die Aufnahme eines Studiums zumeist auch den Wegzug aus dem Land.

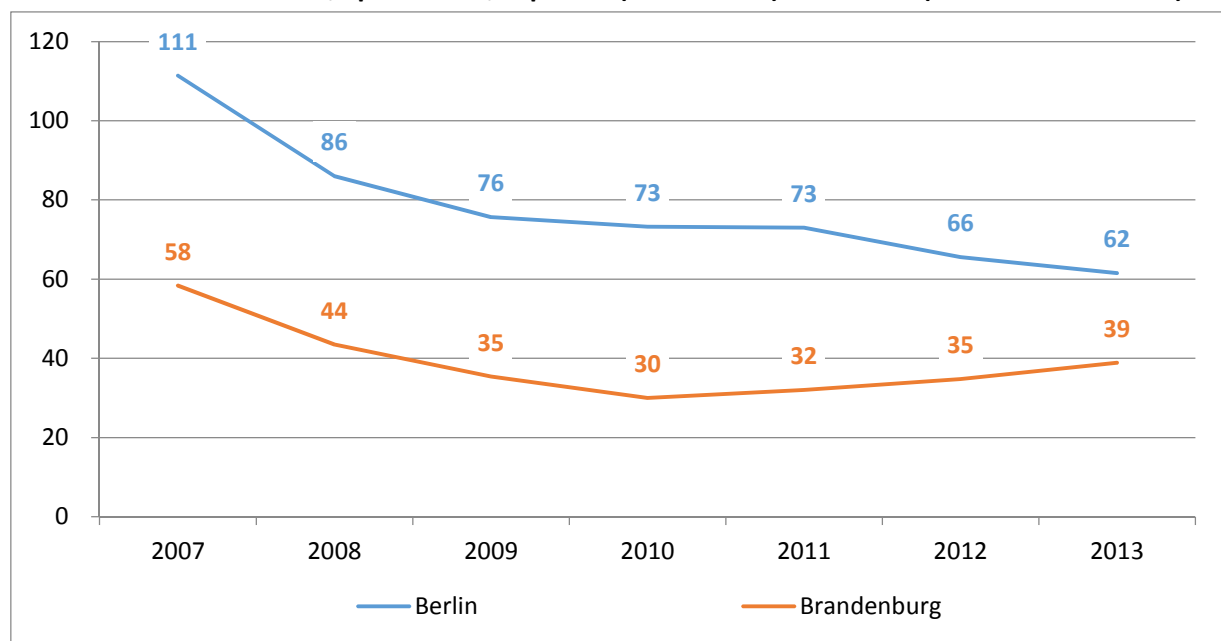
examinierte Fachkräfte mit einem überdurchschnittlichen Altersdurchschnitt der Beschäftigten und relativ hohen Entgelten handelt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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.). Bei der Übertragung dieses Befundes auf die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

### 3.6.3 Arbeitskräfteangebot

#### Sinkende Arbeitslosenzahlen

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/in einen kontinuierlichen 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 20**).

**Abbildung 20: Bestand an Arbeitslosen Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen – 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, zeigt sich, dass nahezu ausnahmslos Tätigkeiten auf der Fachkräftebene 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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 87: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten**

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	62	21	22	5	9	5
Brandenburg	39	11	9	4	5	10
Berlin-Brandenburg	101	32	31	9	14	15
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	33,9	35,5	8,1	14,5	8,1
Brandenburg	100,0	28,2	23,1	10,3	12,8	25,6
Berlin-Brandenburg	100,0	31,7	30,7	8,9	13,9	14,9

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es, rein quantitativ betrachtet, nur wenig Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten in Beschäftigung zu integrieren. Durch den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht allerdings die Möglichkeit, dass diese Personen langfristig im Arbeitsmarkt verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Allerdings zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle insgesamt begrenzt sind: In Berlin kommen 13 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte), in Brandenburg liegt die Relation bei 28 Arbeitslosen je 1.000 Erwerbstätigen. Dies ist im Vergleich zur entsprechenden Relation aller Berufe ein deutlich niedrigerer Wert (in Berlin und Brandenburg jeweils über 160 Arbeitslosen je 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte).

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>222</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegt nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 30 gemeldete Arbeitsstellen in den Berufen des medizinischen Laboratoriums. In Brandenburg waren dies 15 Stellen. Die geringe Anzahl an offenen Stellen verdeutlicht die verhältnismäßig günstige Fachkräftebedarfssituation.

### Gleichbleibende Ausbildungsaktivitäten

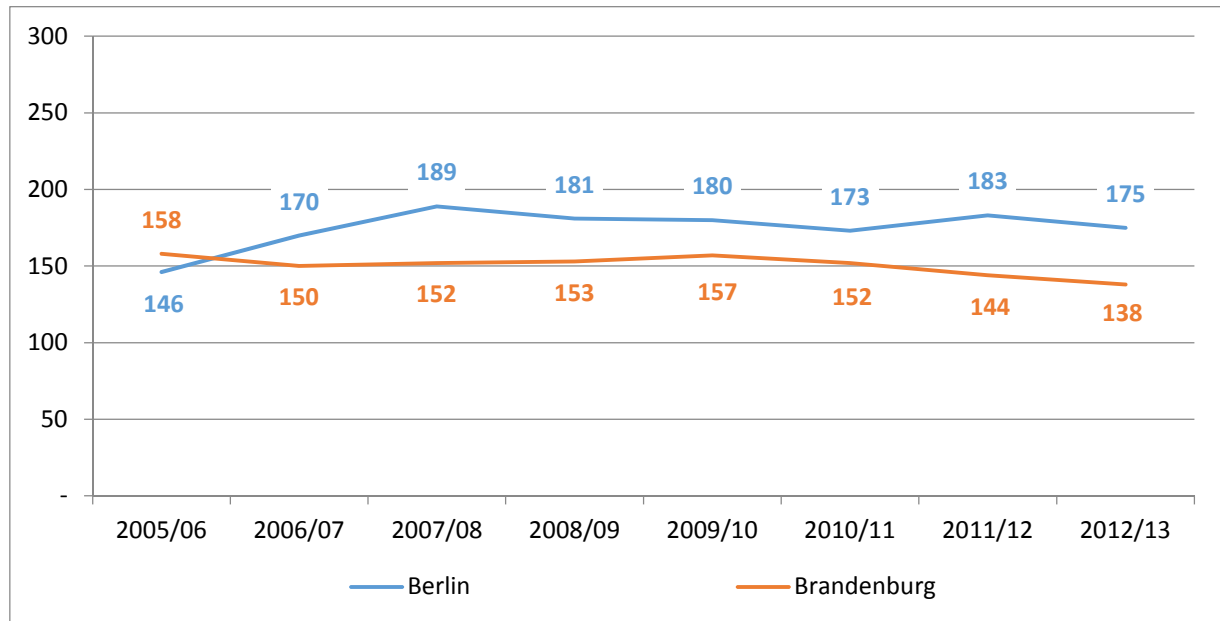
Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>223</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

<sup>222</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

<sup>223</sup> Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstieges 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

In der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten-Ausbildung kommt dieser Bedeutungszuwachs der Ausbildung nicht zum Tragen. Im Zeitverlauf ist vor allem die Gleichmäßigkeit der Auszubildendenzahlen hervorstechend. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>224</sup> 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 21**).

**Abbildung 21: Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten-Ausbildung in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

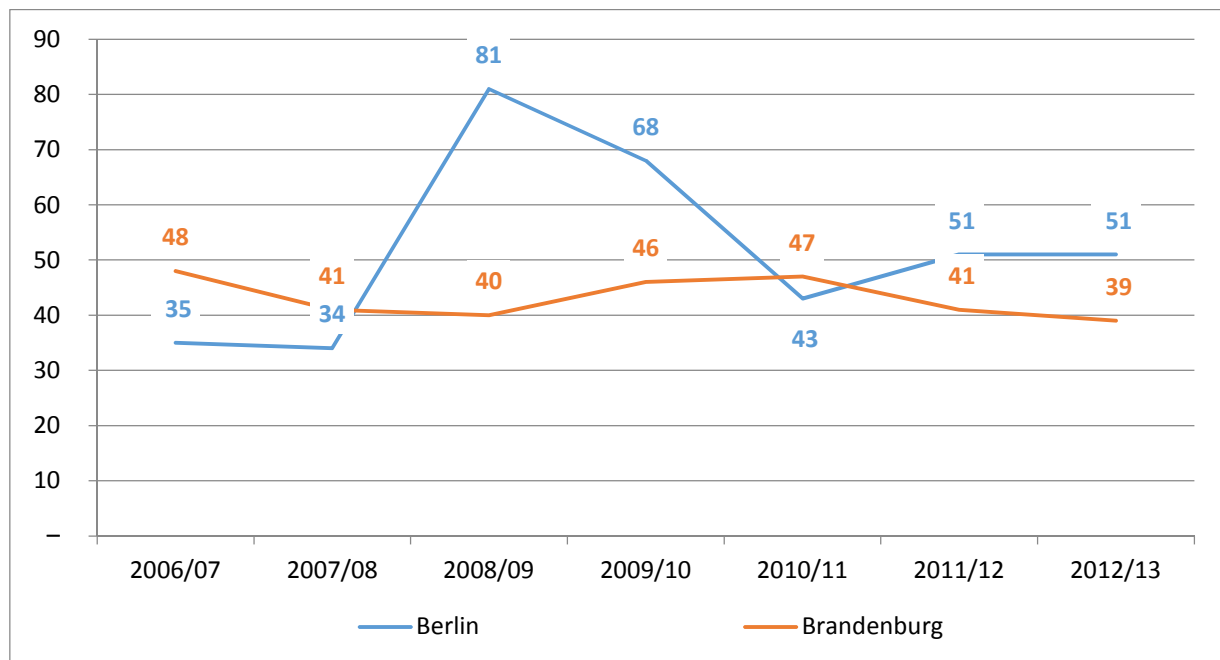
Diese gleichförmige Verlaufskurve der Auszubildendenzahlen ist im Rahmen der untersuchten Berufe als Alleinstellungsmerkmal zu betrachten. Dies könnte ein Hinweis auf ein gleichbleibend hohes Interesse der Jugendlichen an diesem Beruf sein.

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder weil vor deren Beendigung ein Abbruch erfolgte. Vor allem der vorzeitige Ausbildungsabbruch (d. h. Auszubildende, die vor Ablegung der Prüfung ihre Ausbildung beendet haben) erweist sich als Problem – und zugleich als Handlungsfeld der wirksameren Fachkräftegewinnung. In Berlin lagen die Abbruchquoten in der Ausbildung zum (zur) Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/in 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.<sup>225</sup> Demgegenüber spielen die Anteile der nicht erfolgreich bestandenen Abschlussprüfungen eine untergeordnete Rolle. Die Anzahl der Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf stagniert seit einigen Jahren bei insgesamt rund 90 Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen (vgl. **Abbildung 22**).

<sup>224</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

<sup>225</sup> 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.

**Abbildung 22: Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch- technischen Laboratoriumsassistenz mit bestandener Abschlussprüfung**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Weitere vergleichende Darstellungen der Situation in Berlin und Brandenburg zeigen, dass in beiden Bundesländern der Anteil der weiblichen Auszubildenden deutlich unter dem Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt.<sup>226</sup> Das könnte durchaus ein Hinweis darauf sein, dass es der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz mehr und mehr gelingt, die an anderer Stelle eingeforderte Zweigeschlechtlichkeit des Berufes voran zu bringen. Gleichwohl ist auch aktuell die geschlechtliche Aufteilung sehr eindeutig weiblich geprägt.

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 25 Antwortenden mit Beschäftigten aus der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz gaben sieben (28 Prozent) an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz solche Plätze ungefähr so häufig angeboten wie bei den medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten für Funktionsdiagnostik, aber seltener als im Bereich der Radiologieassistenten. Vor allem der personelle Aufwand ist nach Angaben der Befragten Grund dafür, keine Praktikumsplätze anzubieten. Das Angebot der schulischen Fachpraktika wird nur in Einzelfällen von den Antwortenden auch zur Fachkräftegewinnung genutzt. So gaben drei von insgesamt 13 vorliegenden Antwortenden an, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben. Dies ist als ein niedriger Wert einzustufen.

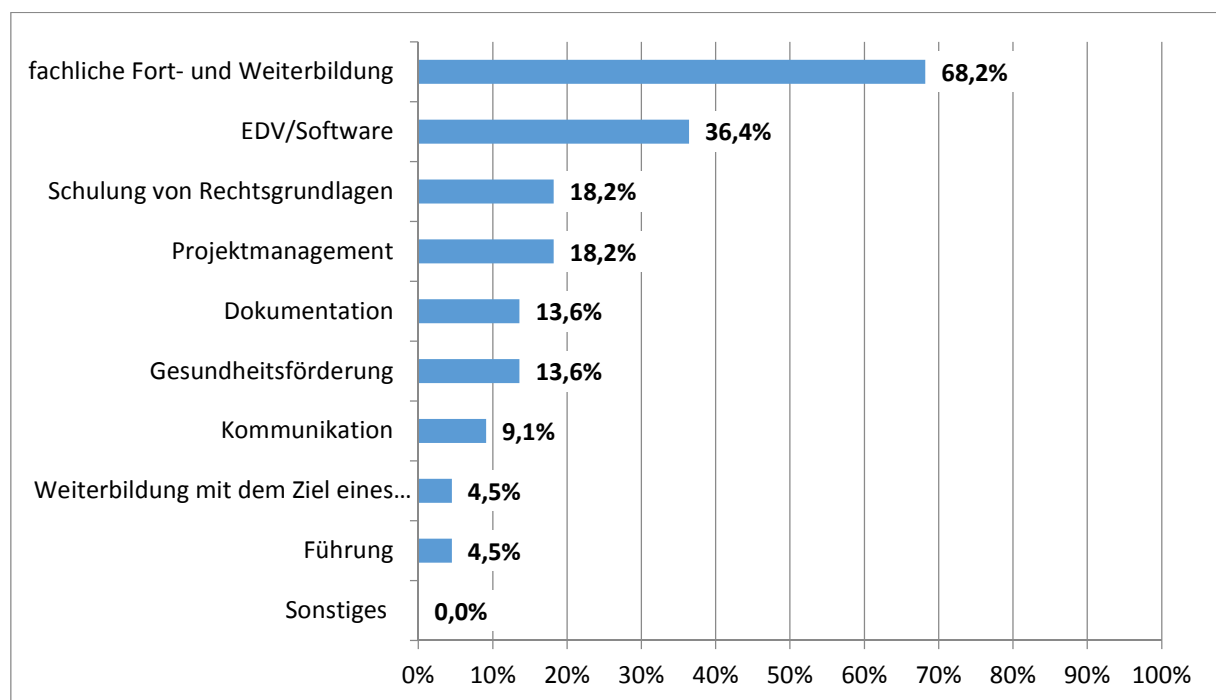
<sup>226</sup> Der Anteil weiblicher Auszubildender in Brandenburg am 30.11.2013 an allen Auszubildenden betrug 74 Prozent, in Berlin betrug der Anteil am 01.11.2012 80 Prozent.

## Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung

Fort- und Weiterbildungen sind ein wichtiger Baustein der Fachkräftebindung. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 16 Antwortenden vor, die Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen beschäftigen. Von diesen haben 14 angegeben, dass mindestens eine Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/in an einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen. Die Anzahl der Personen, die an einer Fort- und Weiterbildungsmaßnahme teilnahmen, richtet sich vor allem nach der Einrichtungsgröße.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 23**). Allerdings wurden auch Fort- und Weiterbildungen im Bereich EDV/Software in einem relevanten Umfang<sup>227</sup> als inhaltlicher Schwerpunkt von den Befragten genannt. Durch die relativ geringen Anteile der einzelnen Schwerpunkte und vor dem Hintergrund der erfassten Antworten wird deutlich, dass in der Mehrzahl ein bis zwei Schwerpunkte den Inhalt der Fort- und Weiterbildungen ausmachten.

**Abbildung 23: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

<sup>227</sup> Die Anteile sind deutlich größer als in den Pflegeberufen sowie den Therapieberufen. Allerdings ist aufgrund der geringen Anzahl der Antwortenden dieser Unterschied nur begrenzt interpretierbar.



### 3.6.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Eher rückläufige Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz deuten mehrere Indikatoren darauf hin, dass sich die leicht rückläufige Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre auch künftig fortsetzen wird. Die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen weisen in Berlin auf weiteren Beschäftigungsrückgang und in Brandenburg auf geringfügige Zunahme hin (vgl. **Tabelle 81**).

Auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen tätig sind, enthalten zwar in erster Linie Signale in Richtung gleichbleibendes Beschäftigungsniveau aber auch Anzeichen für Rückgang und Unsicherheit. Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen 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 88: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/in**

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

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 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 (70-80 Prozent) der in dieser Gruppe ausgewiesenen Beschäftigten zur medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz gehören.

**Tabelle 89: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>7.828</b>	<b>7.652</b>	<b>7.725</b>	<b>7.504</b>	<b>7.438</b>	<b>7.491</b>	<b>7.617</b>	<b>7.578</b>	<b>7.614</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Medizinallaboranten wies im Zeitraum 2003-2011 kein Wachstum auf (2011 noch 97 Prozent des Standes von 2003 bzw. -114 Beschäftigte) (vgl. **Tabelle 89**). Aus Vergleichen mit aktuellen Entwicklungen der in dieser Gruppe zusammengefassten Tätigkeiten kann geschlussfolgert werden, dass sich die Beschäftigung Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent/innen noch etwas ungünstiger als der Durchschnitt der Gruppe entwickelt hat. Aus der Datenreihe ist daher für diese Beschäftigten eine durchschnittliche jährliche Bestandsveränderung von -0,5 Prozent abzuleiten.

In Kombination mit den in **Tabelle 81** dargestellten Bestandsentwicklungen in den beiden Folgejahren 2012 und 2013 wird für die Dekade 2003 bis 2013 insgesamt in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen für Berlin eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von -0,5 Prozent und für Brandenburg geringfügige Zunahme des Beschäftigtenbestandes angenommen. Diese differenzierten Wachstumsraten werden 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.

Dabei wird berücksichtigt, dass die medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz mit hohem Technikeinsatz erfolgt, durch den trotz steigender Laborleistungen auch Arbeitskraft eingespart wird. Medizintechnologische Innovationen, darunter die deutlich voranschreitende Abbildung manueller Tätigkeiten durch Automationslösungen, haben hier starken Einfluss auf die Arbeitsprozesse und entsprechend auf die Beschäftigungsentwicklung. Zugleich vollzieht sich in der Labormedizin weiterhin ein Prozess der Zusammenschlüsse von Laboren und der Auslagerung von Laborleistungen der Krankenhäuser in externe, wirtschaftlich selbständig agierende und meist größere Einrichtungen, um in dem stark kompetitiven Labormarkt bestehen zu können. Markantestes Beispiel dieses Prozesses in der Region ist die 2011 bis 2013 umgesetzte Fusion der Laborkapazitäten von Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Vivantes Netzwerkes für Gesundheit GmbH zur Labor Berlin-Charité Vivantes GmbH, mit der das größte Krankenhauslabor Europas entstanden ist (Versorgung für über 10.000 Krankenhausbetten).

Grundsätzlich ist bei Überlegungen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz davon auszugehen, dass der Markt für medizinische Laborleistungen auch in den nächsten Jahren weiter expandieren wird. Die Tendenz zu gezielteren Diagnosen und Therapien ist mit zunehmendem Erkenntnisbedarf aus dem medizinischen Labor verbunden (Beispiel Molekulardiagnostik). Mit welcher Intensität sich dabei technologische Innovationen und die Zentralisation von Laborkapazitäten mittel- und langfristig auf die Beschäftigung auswirken werden, ist gegenwärtig nicht sicher überschaubar. Sicher erscheint, dass beide Prozesse aufgrund des starken, vor allem über die Preise für zu erbringende Laborleistungen ausgetragenen Wettbewerbs weiter gehen werden. Nachfolgend werden mögliche Wirkungen auf den Fachkräftebedarf in einem Status-quo Szenario und in einem Szenario beschleunigter technologischer und betriebsstruktureller Veränderungen aufgezeigt.

## **Regional differenzierte Beschäftigungsentwicklung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz unter Status quo Annahme**

Es ist naheliegend, dass die dargestellten Veränderungsprozesse in Berlin aufgrund der größeren vorhandenen Kapazitäten und der räumlichen Konzentration der Labormedizin stärker voranschreiten als in Brandenburg, wo bisher noch die labormedizinischen Leistungen vorrangig in kleineren Betriebseinheiten und räumlich diversifiziert erbracht werden. Für Berlin und Brandenburg werden daher unterschiedliche Entwicklungsraten für den Beschäftigtenbestand in der Laboratoriumsassistenz angenommen.

Unter Status quo Bedingungen wird in Berlin sowohl in den nächsten Jahren bis 2020 als auch im anschließenden Zeitraum bis 2030 die Beschäftigung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz wahrscheinlich weiterhin um jährlich -0,5 Prozent zurückgehen. Einem stärkeren Rückgang wirkt der demografische Wandel (Zunahme medizinischer Leistungen) entgegen.

In Brandenburg kann noch bis zum Übergang in die 2020er Jahre eine leichte Zunahme der Beschäftigung in der Laboratoriumsassistenz 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 kann bestenfalls das Beschäftigungsniveau gehalten werden, beispielsweise auch durch überregionalen Ausbau der Diagnoseangebote. Wahrscheinlicher ist jedoch dann auch in Brandenburg ein Beschäftigungsrückgang in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz um jährlich -0,5 Prozent.

## **Beschleunigte Strukturveränderungen verstärken den Beschäftigungsrückgang in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz**

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 in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz stärker als unter Status quo Bedingungen zurückgehen.

Für Berlin wird in diesem Szenario ein Beschäftigungsrückgang von anderthalb Prozent jährlich bis 2030 angenommen. Für Brandenburg wird der Beschäftigungsrückgang in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz auf ein Prozent bis 2020 und in der darauf folgenden Zeit bis 2030 auf anderthalb Prozent jährlich geschätzt.

## **Beschäftigungsrückgang und damit kein Erweiterungsbedarf an Fachkräften bei beiden Projektionsszenarien**

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

**Tabelle 90: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistenz/in**

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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>6.064</b>	<b>5.950</b>	<b>5.800</b>	<b>5.700</b>	<b>6.064</b>	<b>5.500</b>	<b>5.150</b>	<b>4.750</b>

Quelle: eigene Berechnungen

Unter Status quo Annahmen werden im Jahr 2030 in der Region Berlin-Brandenburg rund 5.700 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz/innen tätig sein (vgl. **Tabelle 90**). 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 Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz/innen 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. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Aufgrund des überdurchschnittlichen Anteils älterer Beschäftigter wird eine beachtliche Anzahl an Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz/innen 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. Entsprechend der insgesamt höheren Beschäftigtenzahl werden es vor allem Fachkräfte aus Berliner Laboren sein.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 500-600 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz/innen 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 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz/innen zur Verfügung stehenden Fachkräften geht trotz des erwartenden Beschäftigungsrückgangs Fachkräftebedarf für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Bedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung. Der altersbedingte Ersatzbedarf ist dagegen eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung.

**Tabelle 91: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten 2013 bis 2030**

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>-400</b>	<b>-1.100</b>	<b>2.000</b>	<b>400</b>	<b>2.000</b>	<b>1.300</b>

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>0</b>	<b>-200</b>	<b>500</b>	<b>200</b>	<b>700</b>	<b>500</b>

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>-400</b>	<b>-1.300</b>	<b>2.500</b>	<b>600</b>	<b>2.700</b>	<b>1.800</b>

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen trotz des zu erwartenden Beschäftigungsrückgangs ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von rund 2.000 bis 3.000 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 91**).

Ein rechnerischer Abgleich dieser Größenordnung des voraussichtlichen Bedarfs 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 Fachkräften 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.

### 3.6.5 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist die derzeitige Fachkräftebedarfssituation bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen 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 Laboratoriumsassistenten 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 Laboratoriumsassistenten 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.

### 3.7 Medizinisch-technische/r Radiologieassistentin und -assistent

#### 3.7.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>228</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen erstellen Röntgenaufnahmen, setzen tomografische Verfahren ein und führen nuklearmedizinische Untersuchungen mithilfe von radioaktiven Substanzen durch, um krankhafte Veränderungen des Körpers oder Verletzungen zu erkennen.</p> <p>Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern und in Facharztpraxen für Radiologie. Darüber hinaus sind sie auch in medizinischen Forschungseinrichtungen oder bei Herstellern von bildgebenden Geräten beschäftigt und wirken bei der Bestrahlungsplanung und Bestrahlung von Tumorpatienten mit.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zum /zur Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in ist bundesweit durch das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin und die MTA-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einheitlich geregelt.</p> <p>Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der mittlere Schulabschluss oder</li><li>• eine gleichwertige Ausbildung oder</li><li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder</li><li>• eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst 2800 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung und Praktikum in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen.</p>

<sup>228</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de)

Entwicklungs- optionen und	Die Medizinisch-technischen Assistenzberufe werden stärker und direkter als andere Gesundheitsfachberufe von Fortschritten in der Medizintechnik und der Wissenschaft beeinflusst und durch sie verändert. Sie kombinieren in direkter Weise Medizin mit modernster Technik und ermöglichen dadurch Einblicke in innere Lebensprozesse. Entsprechend vielseitig und anspruchsvoll sind die Kompetenzanforderungen an die Medizinisch-technischen Assistent/innen. <sup>229</sup>
aktuelle Entwicklungs- pfade	<p>Digitalisierung der Arbeitsprozesse, größer werdende Datenmengen, weitere Vertiefung der Spezialisierungen und Vernetzungen sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie sind wesentliche Herausforderungen, mit denen die Medizinisch-technischen Berufe in den nächsten Jahren verstärkt konfrontiert sein werden. Durch diese Kompetenzveränderung könnte sich mittelfristig eine stärkere Verschiebung auf das Studium inhaltlich ähnlicher Fachrichtungen ergeben (z. B. Medizintechnik), da die Verdienst- und Karriereaussichten nach Abschluss eines Studiums besser sein könnten als nach Ausbildungsabschluss. Dies könnte zumindest langfristig Auswirkungen auf die Fachkräftesituation haben.</p> <p>Diese Veränderungen müssen sich sowohl in der praktischen Ausbildung als auch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zeitnah widerspiegeln, was sich unter anderem in einem Novellierungsvorschlag zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der medizinisch-technischen Radiologieassistenten niederschlägt.</p> <p>Unter anderem vor dem Hintergrund dieser gestiegenen Anforderungen werden in den Medizinisch-technischen Assistenzberufen zum Teil Aufgaben durch Beschäftigte mit Hochschulabschluss (z. B. Biochemie, Medizintechnik) umgesetzt. Für diese Tätigkeiten werden Medizinisch-technische Assistent/innen nicht immer als ausreichend qualifiziert angesehen.</p>

<sup>229</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut 2009



### 3.7.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Relevante Beschäftigtenzahlen und Beschäftigungswachstum

In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 genau 2.200 Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren rund zwei Drittel in Berlin und ein Drittel in Brandenburg tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf kaum eine Rolle.

Innerhalb der untersuchten Gesundheitsfachberufe handelt es sich somit um einen Beruf mit einem relativ kleinen Beschäftigtenbestand. Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz ist vor allem durch Tätigkeiten auf Fachkräfteebene gekennzeichnet. Insgesamt sind 83 Prozent auf diesem Anforderungsniveau tätig. In Berlin liegt der Anteil etwas unter dem Gesamtanteil. Rund jeder fünfte Beschäftigte ist auf einem der höheren Anforderungsniveaus komplexer Spezialistentätigkeiten oder Experte<sup>230</sup> beschäftigt (Stand 2013).

Die Beschäftigungsentwicklung in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch kontinuierliches Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 92**).<sup>231</sup>

**Tabelle 92: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz 2012-2014**

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen (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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>2.089</b>	<b>2.108</b>	<b>2.128</b>	<b>2.169</b>	<b>2.200</b>	<b>2.228</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 58 Antwortende an, medizinisch-technische Radiologieassistent/innen zu beschäftigen. Von diesen haben sieben ihren Sitz in Berlin und 51 in Brandenburg. Aufgrund dieser ungleichmäßigen Verteilung wird im Folgenden auf die Ergebnisbeschreibung nach Bundesländern verzichtet. In den Einrichtungen der 47 Antwortenden, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 681 Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen tätig. Die absolute Mehrheit der durch die Befragung erfassten Beschäftigten ist in Krankenhäusern tätig. Andere relevante Einrichtungstypen sind Praxen, die in der Regel eine geringe Anzahl an Beschäftigten haben.

#### Hoher Frauenanteil und relativ geringe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die medizinisch-technische Radiologieassistenz sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt (vgl. **Tabelle 93**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 83 Prozent. Damit

<sup>230</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

<sup>231</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.7.4.

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.

**Tabelle 93: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Radiologieassistentz**

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	<b>1.397</b>	1.163	83,2	79,9
Brandenburg	<b>711</b>	636	89,5	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>2.108</b>	<b>1.799</b>	<b>85,3</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und den Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>232</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, 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.<sup>233</sup>

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Diese grundsätzlich geltende Aussage gilt für die medizinisch-technische Radiologieassistentz jedoch nur eingeschränkt, ist hier mit einem Anteil von 35 Prozent doch eine der niedrigsten Teilzeitquoten aller untersuchten Berufe festzustellen.<sup>234</sup> Ebenso wie bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 94**).

**Tabelle 94: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Radiologieassistentz**

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

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser wenn auch nur marginale Unterschied widerspricht der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) im Gesundheits- und Sozialwesen in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Die Übereinstimmung mit der Tendenz der Teilzeitquote bei den untersuchten Berufen lässt sich auf die Quoten weniger Berufe in der Altenpflege

<sup>232</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>233</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>234</sup> 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).

zurückführen. Demgegenüber fällt der Unterschied in der medizinisch-technischen Radiologieassistentz gering aus.

Unterschiede gibt es bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (16,6 Prozent) als auch in Brandenburg (25,3 Prozent) niedriger als die Teilzeitquoten der Frauen. Diese Unterschiede zeigen sich in allen der hier untersuchten Berufe. Besonders gravierend fällt der Unterschied zwischen den Teilzeitquoten von Frauen und Männern in Berlin aus.<sup>235</sup>

### Hoher Anteil älterer Beschäftigter

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der überdurchschnittlich hohe Anteil Älterer unter den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gegenüber den anderen untersuchten Berufen auf (vgl. **Tabelle 95**).

**Tabelle 95: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Radiologieassistentz**

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	<b>1.397</b>	307	539	238	196	117
Brandenburg	<b>711</b>	173	281	124	96	37
Berlin-Brandenburg	<b>2.108</b>	<b>480</b>	<b>820</b>	<b>362</b>	<b>292</b>	<b>154</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	22,0	38,6	17,0	14,0	8,4
Brandenburg	<b>100,0</b>	24,3	39,5	17,4	13,5	5,2
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>22,8</b>	<b>38,9</b>	<b>17,2</b>	<b>13,9</b>	<b>7,3</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

### Deutliche Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg mit Sogwirkung Berlins

In der medizinisch-technischen Radiologieassistentz besteht gemessen am Beschäftigungsumfang ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg.

Dieser Austausch fällt zu Gunsten Berlins aus. Von den in der medizinisch-technischen Radiologieassistentz sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 18 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund sechs Prozent aus Berlin. In absoluten Zahlen: im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit rund 250 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 43 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Somit ergibt sich insgesamt ein Saldo von Plus 210 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aus Berliner Sicht. Gegenüber anderen Bundesländern weist Berlin kaum Verflechtungsbeziehungen auf.<sup>236</sup>

<sup>235</sup> In den meisten der untersuchten Berufe sind die geschlechtlichen Unterschiede bei der Teilzeitarbeit in Brandenburg ausgeprägter.

<sup>236</sup> Insgesamt liegt die Zahl der einpendelnden Personen nach Berlin aus allen anderen Bundesländern bei 20.

**Tabelle 96: Pendler in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz 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
<b>Saldo</b>	<b>+212</b>	<b>+210</b>	<b>+2</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Auch Brandenburg weist kaum Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern auf. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen in Brandenburg auf 10 Prozent, liegt damit aber deutlich unter dem Berliner Wert von 18 Prozent (vgl. **Tabelle 97**).

**Tabelle 97: Pendler in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz 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
<b>Saldo</b>	<b>-218</b>	<b>-210</b>	<b>Ca. -8</b>	<b>-1</b>	<b>Ca. +3</b>	<b>Ca. -2</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz des wahrnehmbaren Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der medizinisch-technischen Radiologieassistenz erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt deutliche Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo bleibt ein Fachkräfteverlust, der rund 30 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs entspricht.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab.

### **Moderate Neueinstellungen in 2013 bei geringen Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt.

Insgesamt zeigt sich ein moderates Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>237</sup> haben 36 Prozent der Antwortenden in Vollzeit und 14 Prozent mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den 50 Antwortenden 59 Personen eingestellt worden, davon die meisten in Vollzeit (88 Prozent, 52 Vollzeitstellen). Ganz eindeutig überwiegt die Einstellung einer geringen Personenanzahl. Auch wenn die Anteile der einstellenden Antwortenden mit den Anteilen in anderen Berufen vergleichbar sind, deutet die geringe Anzahl der eingestellten Personen

<sup>237</sup> Von den insgesamt 58 Antwortenden, die angaben, Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen zu beschäftigen, liegen 50 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

gegenüber anderen hier untersuchten Berufen mit einem ähnlichen Beschäftigungsumfang auf ein nur moderates Einstellungsverhalten hin.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Mehr als die Hälfte der Antwortenden (27 von 50, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellenden medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen hatten. Dies ist ein im Vergleich der hier untersuchten Berufe sehr hoher Wert.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerberinnen und Bewerber besetzt werden konnte oder nicht. Diesbezüglich wird die Annahme einer aktuell noch entspannten Fachkräftesituation gestützt. 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 etwa gedauert hat. Bei dieser Frage liegen 24 Antworten vor. Trotz dieser nur geringen Anzahl an Antworten deuten die Angaben darauf hin, dass die Fachkräftesituation im Vergleich zu anderen Berufen aktuell entspannt ist. So wird der Zeitraum zur Besetzung einer Stelle nur in Ausnahmefällen mit länger als drei Monaten angegeben. Gleichwohl wird gegenüber dem Beruf der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten deutlich, dass die Stellenbesetzungsdauer länger dauert und vereinzelt sogar zu einem längerfristigen Stellenbesetzungsproblem führen kann.

#### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das im Jahr 2013 skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der medizinisch-technischen Radiologieassistenten fort. Von 40 vorliegenden Antworten gaben zehn an, Einstellungen vorgenommen zu haben, neun Antwortende (dabei kann es sich um die gleichen Antwortenden handeln) planen zum Befragungszeitpunkt noch Einstellungen. Die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei 18, die der geplanten Einstellungen bei 22 Personen. Zieht man in Betracht, dass unter den Antwortenden vor allem Krankenhäuser sind, verdeutlichen die geringen Angaben den begrenzten Einstellungsbedarf.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein moderates Einstellungsverhalten zu konstatieren ist und die Einrichtungen ihren Fachkräftebedarf decken können. Dies wird unter anderem an den hohen Anteilen der Antwortenden ohne Einstellungsbedarf und der geringen Stellenbesetzungsdauer deutlich. Gleichwohl scheinen einzelne Einrichtungen bei der Besetzung offener Stellen vor spezifischen Herausforderungen zu stehen.

#### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Trotz der Aktivitäten zur Fachkräftebindung gelingt es den Einrichtungen nicht in jedem Fall, die Mitarbeiter/innen zu halten. Diese für die einzelnen Einrichtungen negative Erfahrung ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen ihren Beruf weiterhin ausüben. Negativ für die Fachkräfteverfügbarkeit ist es jedoch, wenn ein/e Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in in eine andere berufliche Tätigkeit wechselt.

Zu diesem Aspekt stehen für die medizinisch-technische Radiologieassistenten keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen zur Verfügung. Auch durch die

Einrichtungsbefragung ließ sich dieser Aspekt nicht erfragen, da die berufsscharfe Bestimmung der Verweildauer von den Einrichtungen kaum erhoben werden könnte.<sup>238</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>239</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>240</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>241</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der medizinisch-technischen Radiologieassistenten ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkräfebene zugeordnet, d. h. die Beschäftigten verfügen über einen Ausbildungsabschluss. Auch der hohe Anteil älterer Beschäftigter spricht gegen eine hohe Fluktuationsrate (Studien zeigen, dass Berufswechsel eher zu Beginn der Berufskarriere stattfinden).

Weitere Studienerkenntnisse zu anderen Berufen deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsels steigt, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Ein Berufswechsel erscheint angesichts der inhaltlichen Ausdifferenziertheit der Medizinisch-technischen Berufe nur mit Einschränkungen möglich. Dies könnte ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Umgekehrt könnte argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit auch endgültig ist. Im Rahmen der qualitativen Erhebungsphase wurde darüber hinaus deutlich, dass für die Auszubildenden selber die Ausbildung zum Teil als Einstieg in ein späteres Studium (z. B. Medizintechnik, Physik) dient und daher nochmals 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<sup>242</sup> handelt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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 medizinisch-technische Radiologieassistenten hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

---

<sup>238</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>239</sup> 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.

<sup>240</sup> 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.

<sup>241</sup> 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.

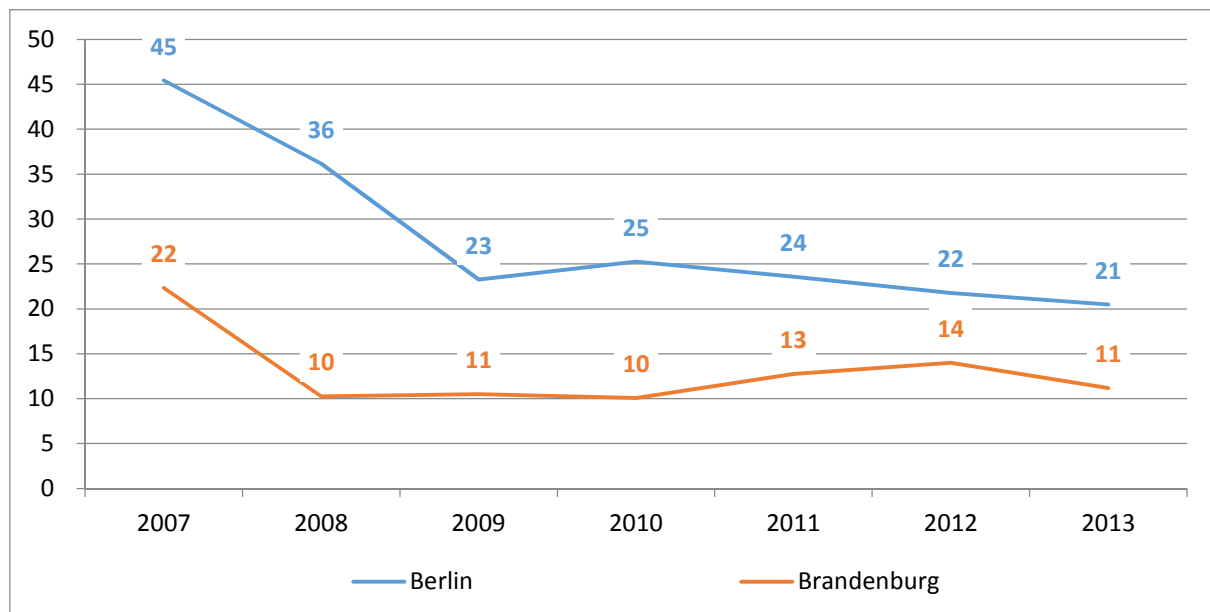
<sup>242</sup> Zahlen für Berlin und Brandenburg liegen aufgrund zu geringer Beschäftigtenzahlen nicht vor, jedoch lässt sich anhand des Bundesmedians feststellen, in der medizinisch-technischen Radiologieassistenten das monatliche Entgelt ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflege befindet.

### 3.7.3 Arbeitskräfteangebot

#### Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 Medizinisch-technische Radiologieassistent/in einen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf (vgl. **Abbildung 24**).

**Abbildung 24: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007 bis 2013 (Jahresdurchschnitte) – medizinisch-technischen Radiologieassistentenz**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass nahezu ausnahmslos Tätigkeiten auf Fachkräfteebene 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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 98: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – medizinisch-technischen Radiologieassistenten**

Bundesland	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	21	6	10	2	1	2
Brandenburg	11	2	4	1	1	4
Berlin-Brandenburg	32	8	14	3	2	6
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	28,6	47,6	9,5	4,8	9,5
Brandenburg	100,0	18,2	36,4	9,1	9,1	36,4
Berlin-Brandenburg	100,0	25,0	43,8	9,4	6,3	18,8
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,5</b>	<b>37,3</b>	<b>14,2</b>	<b>9,8</b>	<b>5,2</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es, rein quantitativ betrachtet, nur sehr wenig Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der medizinisch-technischen Radiologieassistenten in Beschäftigung zu integrieren. Ebenso zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle insgesamt äußerst begrenzt sind: In Berlin kommen 15 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte), in Brandenburg liegt die Relation bei 16 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. Dementsprechend müssen zukünftige Fachkräfteangebote auf anderer Grundlage erschlossen werden.

### Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, konstante Ausbildungszahlen in Brandenburg

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an zu besetzenden Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>243</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

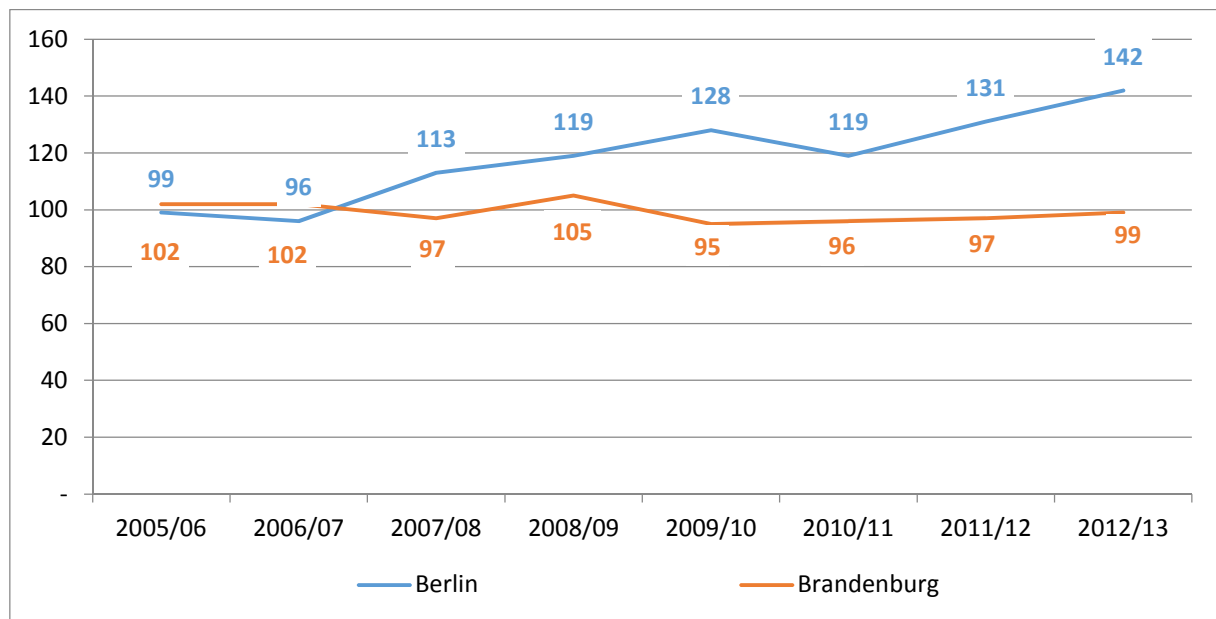
Die medizinisch-technische Radiologieassistenten kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs partiell profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>244</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 20 Prozent gestiegen, was alleine durch die Entwicklung in Berlin erklärt werden kann. In Brandenburg hingegen sind die Auszubildendenzahlen über die Jahre verteilt konstant (vgl. **Abbildung 25**).

<sup>243</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>244</sup> 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 25: Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf**



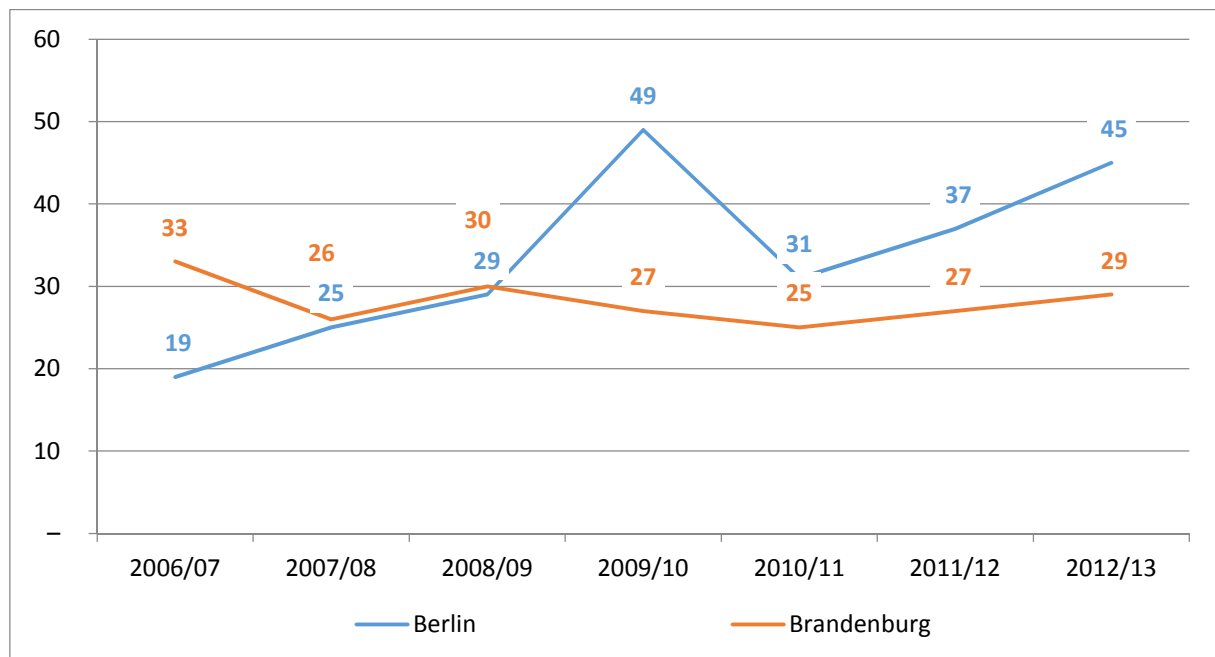
Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die unterschiedliche Entwicklung zwischen Berlin und Brandenburg ist tendenziell in fast allen untersuchten Berufen festzustellen, was unter anderem mit der ungünstigeren demographischen Entwicklung in Brandenburg erklärt werden kann. Insofern spricht die sehr konstante Zahl an Ausbildungsplätzen in Brandenburg für ein mindestens gleichbleibend hohes Interesse der Jugendlichen an einer Ausbildung in der medizinisch-technischen Radiologieassistenz.

Zu beachten ist, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder weil vor der Beendigung der Ausbildung ein Abbruch erfolgte. Vor allem der vorzeitige Ausbildungsabbruch (d. h. Auszubildende, die vor Ablegung der Prüfung ihre Ausbildung beendet haben) erweist sich als Problem- und zugleich als Handlungsfeld der wirksameren Fachkräftegewinnung. In Berlin lagen die Abbruchquoten im Zeitraum 2007-2013 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.<sup>245</sup> Demgegenüber spielen die Anteile der nicht erfolgreich bestandenen Abschlussprüfungen eine untergeordnete Rolle. Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 26**).

<sup>245</sup> 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 26: Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Radiologieassistentenz mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Neben den Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 39 Antwortenden mit Beschäftigten aus der medizinisch-technischen Radiologieassistentenz gaben 36 Prozent an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der medizinisch-technischen Radiologieassistentenz 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 recht selten von den Antwortenden auch zur unmittelbaren Fachkräftegewinnung genutzt. So gaben sechs von insgesamt 30 vorliegenden Antwortenden an, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben. Es gibt Hinweise darauf, dass bei größeren Einrichtungen die Praktika in größerem Umfang zur Fachkräftegewinnung genutzt werden.

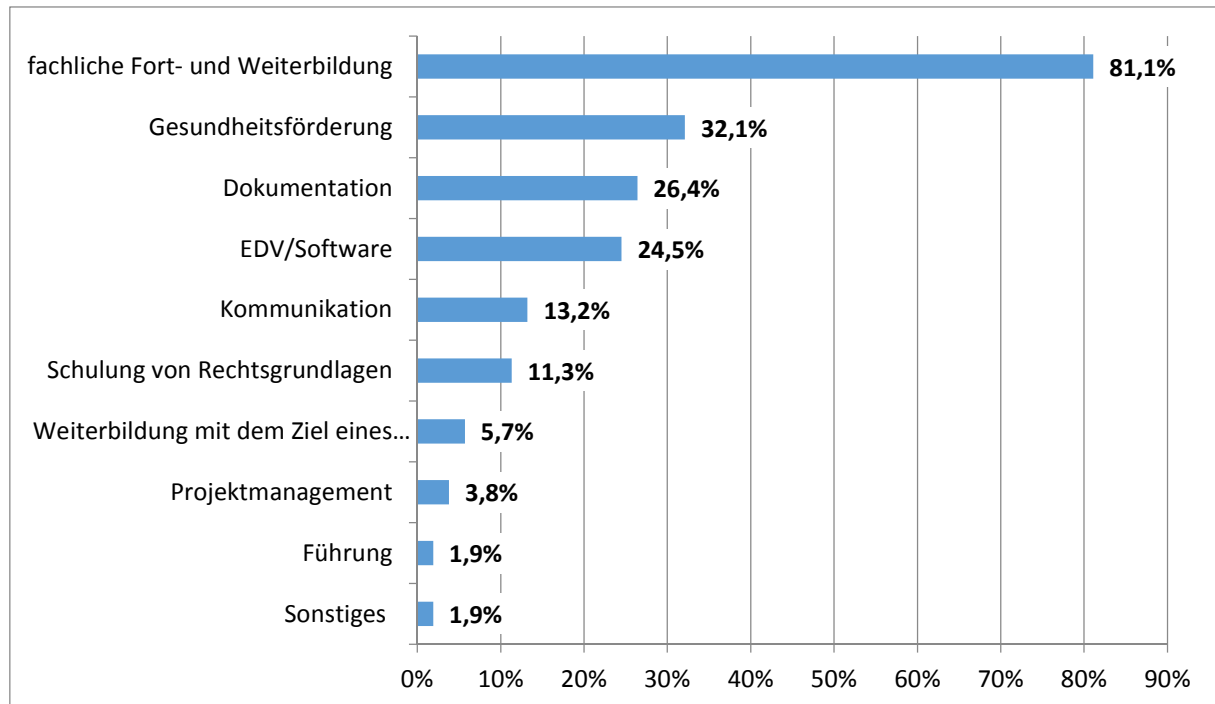
### **Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung**

Fort- und Weiterbildungen sind ein wichtiger Baustein der Fachkräftebindung. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 50 Antwortenden vor, die medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen beschäftigen. Von diesen haben 45 angegeben, dass mindestens eine Medizinisch-technische Radiologieassistentin/an einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen. Die Anzahl der Personen, die an einer Fort- und Weiterbildungsmaßnahme teilnahmen, richtet sich vor allem nach der Einrichtungsgröße. Insgesamt nahmen nach Angaben der Antwortenden 177 Personen an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der medizinisch-technischen Radiologieassistentenz fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung**

27). Sie scheinen sogar noch stärker als bei den anderen MTA-Berufen im Fokus zu stehen.<sup>246</sup> Darüber hinaus wurden auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Gesundheitsförderung, der Dokumentation sowie im Bereich EDV/Software von mindestens rund einem Viertel der Antwortenden durchgeführt.

**Abbildung 27: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technischen Radiologieassistenten**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.7.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der medizinisch-technischen Radiologieassistenten kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/innen (vgl. **Tabelle 92**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/innen 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 in dieser beruflichen Tätigkeit. 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.

<sup>246</sup> In den beiden anderen untersuchten Assistenzberufen liegen die Anteile jeweils bei etwas über 50 Prozent.

**Tabelle 99: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit medizinisch-technische Radiologieassistent/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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 der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 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 zur medizinisch-technischen Radiologieassistenten gehören.

**Tabelle 100: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>7.828</b>	<b>7.652</b>	<b>7.725</b>	<b>7.504</b>	<b>7.438</b>	<b>7.491</b>	<b>7.617</b>	<b>7.578</b>	<b>7.614</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Der Beschäftigtenbestand in der Gruppe Medizinallaboranten wies im Zeitraum 2003-2011 kein Wachstum auf, verharrte auf annähernd gleichem Niveau (2011 noch 97 Prozent des Standes von 2003 bzw. -114 Beschäftigte) (vgl. **Tabelle 100**). Aus Vergleichen mit aktuellen Entwicklungen der in dieser Gruppe zusammengefassten Tätigkeiten kann geschlussfolgert werden, dass der Beschäftigungsrückgang in dieser Gruppe durch die Bestandsentwicklung bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/innen entstanden ist. Für die Radiologieassistent/innen kann eher ein leichtes Wachstum von einem Prozent angenommen werden.

In Kombination mit den in **Tabelle 92** dargestellten Bestandsentwicklungen in den beiden Folgejahren 2012 und 2013 wird für die Dekade 2003 bis 2013 insgesamt in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Medizinisch-technische Radiologieassistent/innen für Berlin und Brandenburg eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von einem Prozent angenommen. Diese Wachstumsrate 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.

Bei den Überlegungen zur weiteren Beschäftigungsentwicklung der medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen 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. Aus heutiger Sicht kann auch für die kommenden Jahre ein zwar schwaches aber kontinuierliches Beschäftigungswachstum für die MTRA angenommen werden. 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 anderthalb Jahrzehnten mit dem Bevölkerungsrückgang ausgleichender Bedarfszunahme gerechnet werden. Mit einem durchschnittlichen Wachstum von einem Prozent kann in der Region folgende Beschäftigungsentwicklung in der Tätigkeit MTRA erwartet werden:

**Tabelle 101: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und -assistenten**

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

Quelle: eigene Berechnungen

Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der MTRA in Berlin und Brandenburg voraussichtlich von 2.100 auf 2.500 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 101**). 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. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Aufgrund des überdurchschnittlich hohen Anteils älterer Beschäftigter muss in der Region bis 2020 mit rund 500 altersbedingt ausscheidenden MTRA gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere 400 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin deutlich höher als in Brandenburg aus.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 300 MTRA bis 2030 abgeleitet werden.

## Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für die berufliche Tätigkeit MTRA zur Verfügung stehenden Fachkräften geht folgender Fachkräftebedarf in der Zeit bis 2030 hervor:

**Tabelle 102: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen in Berlin-Brandenburg 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	100	300	100	500
2020-2030	150	200	100	500
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>250</b>	<b>500</b>	<b>200</b>	<b>1.000</b>

<b>Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	50	200	50	300
2020-2030	100	200	50	300
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>150</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>600</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>				
Zeiträume	Erweiterungsbedarf	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter Ersatzbedarf	Fachkräfte-neubedarf
2013-2020	150	500	150	800
2020-2030	250	400	150	800
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>400</b>	<b>900</b>	<b>300</b>	<b>1.600</b>

Quelle: eigene Berechnungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2030 in Berlin und Brandenburg für die berufliche Tätigkeit MTRA ein Neubedarf an Fachkräften in der Größenordnung von rund 1.600 Beschäftigten entstehen wird (vgl. **Tabelle 102**). Dieser ermittelte Bedarf an neu verfügbaren Fachkräften in der Region entspricht fast der Größenordnung der gegenwärtig beschäftigten MTRA.

Ein rechnerischer Abgleich dieser Größenordnung des voraussichtlichen Bedarfs 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 der Erhöhung der Absolventenzahlen um mindestens 50 Prozent erforderlich.

### 3.7.5 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

Insgesamt ist die derzeitige Fachkräftebedarfssituation bei den medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen 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. Im Verhältnis zur Gesamtgröße der Berufsgruppe ist mittelfristig ein durchaus relevanter Fachkräftebedarf bei den MTRA 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.
- 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 Radiologieassistenten 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 medizinisch-technischen Radiologieassistenten 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.
- Ein Weg der Attraktivitätssteigerung könnte in der Akademisierung der medizinisch-technischen Radiologieassistenten liegen. Für eine solche stärkere Akademisierung spricht zum einen, dass aufgrund der zunehmenden Studienneigung der Schulabgänger/innen die Zielgruppe der künftigen Medizinisch-technischen Radiologieassistenten 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 MTRA 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 medizinisch-technische Radiologieassistenten übertragen werden kann.

### 3.8 Medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik

#### 3.8.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>247</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	Medizinisch-technische Assistent/innen für Funktionsdiagnostik (MTA-F) untersuchen Patienten mithilfe medizinischer Geräte und testen z. B. das Herz-Kreislauf-System, Hirnströme, Hörfähigkeit, Gleichgewichtssinn und Lungenfunktion. MTA-F arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Facharztpraxen, medizinischen Laboratorien oder Zentren für Diagnostik. Darüber hinaus können sie auch in der medizinischen Forschung und Entwicklung sowie bei Gesundheitsämtern beschäftigt sein.
Ausbildung	Die Ausbildung zum /zur MTA-F ist bundesweit durch das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin und die MTA-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einheitlich geregelt. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• der mittlere Schulabschluss oder</li> <li>• eine gleichwertige Ausbildung oder</li> <li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder</li> <li>• eine nach Hauptschulabschluss oder einem gleichwertigen Abschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.</li> </ul> Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst 2.370 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 2.030 Stunden praktische Ausbildung.
Entwicklungsoptionen und aktuelle Entwicklungspfade	Die medizinisch-technischen Assistenzberufe werden stärker und direkter als andere Gesundheitsfachberufe von Fortschritten in der Medizintechnik und der Wissenschaft beeinflusst und durch sie verändert. Sie kombinieren in direkter Weise Medizin mit modernster Technik und ermöglichen dadurch Einblicke in innere Lebensprozesse. Entsprechend vielseitig und anspruchsvoll sind die Kompetenzanforderungen an die medizinisch-technischen Assistent/innen. <sup>248</sup> Digitalisierung der Arbeitsprozesse, größer werdende Datenmengen, weitere Vertiefung der Spezialisierungen und Vernetzungen sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie sind wesentliche Herausforderungen, mit denen die medizinisch-technischen Berufe in den nächsten Jahren verstärkt konfrontiert sein werden. Diese Veränderungen sollten sich sowohl in der praktischen Ausbildung als auch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zeitnah widerspiegeln. Unter anderem vor dem Hintergrund dieser gestiegenen Anforderungen werden in den medizinisch-technischen Assistenzberufen zum Teil Aufgaben durch Beschäftigte mit Hochschulabschluss (z. B. Biochemie, Medizintechnik) umgesetzt. Für diese Tätigkeiten werden medizinisch-technische Assistent/innen nicht immer als ausreichend qualifiziert angesehen.

<sup>247</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de)

<sup>248</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut 2009



### 3.8.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Niedrige Beschäftigtenzahlen und stagnierende Beschäftigungsentwicklung

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 knapp 300 MTA-F sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren etwas mehr als die Hälfte in Berlin tätig. Selbständige Tätigkeit spielt in diesem Beruf kaum eine Rolle. Somit handelt es sich um die vom Beschäftigungsumfang her betrachtet kleinste der untersuchten Berufsgruppen.

Die Beschäftigungsentwicklung in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik ist im Zeitraum 2012 bis 2014 in Berlin durch einen leichten Rückgang, in Brandenburg durch einen sehr leichten Zuwachs an Beschäftigten gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 103**).<sup>249</sup>

**Tabelle 103: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik 2012-2014**

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>278</b>	<b>280</b>	<b>280</b>	<b>281</b>	<b>292</b>	<b>285</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Das Qualifikationsniveau der Beschäftigten in der MTA für Funktionsdiagnostik ist vorwiegend durch Tätigkeiten auf Fachkräfteebene gekennzeichnet, in Brandenburg deutlicher als in Berlin. Insgesamt sind rund drei Viertel auf diesem Anforderungsniveau tätig. Ein Viertel der MTA-F auf den höheren Anforderungsniveaus komplexer Spezialistentätigkeiten oder Experte beschäftigt (Stand 2013).<sup>250</sup>

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 29 Antwortende an, MTA für Funktionsdiagnostik 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 für Funktionsdiagnostik tätig. Damit wurden fast alle der sozialversicherungspflichtig 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. Daher wird im Folgenden darauf verzichtet.

<sup>249</sup> 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.

<sup>250</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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 geringe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt (vgl. **Tabelle 104**).

Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik 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 104: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik**

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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>280</b>	<b>221</b>	<b>78,9</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und den Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>251</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, 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.<sup>252</sup> 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 auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Diese grundsätzlich geltende Aussage gilt für die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik jedoch nur eingeschränkt. Mit einem Anteil von 38 Prozent ist eine relativ niedrige Teilzeitquote zu verzeichnen.<sup>253</sup> Allerdings basiert die Gesamtquote vor allem auf den Berliner Werten, d. h. es sind ebenso wie bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten bei der Betrachtung der Arbeitszeiten deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 105**).

<sup>251</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>252</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>253</sup> 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 105: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik**

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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>280</b>	<b>108</b>	<b>38,6</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied widerspricht der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) im Gesundheits- und Sozialwesen in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Diese Diskrepanz in der Teilzeitquote zwischen Berlin und Brandenburg – die auch in einer insgesamt höheren Teilzeitquote in Brandenburg ihren Ausdruck findet – lässt sich auf die Berufe der Altenpflege und die Assistenzberufe zurückführen, wobei innerhalb der Assistenzberufe bei der Assistenz für Funktionsdiagnostik die Unterschiede am deutlichsten ausfallen.

#### 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 106**).

**Tabelle 106: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik**

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
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

#### Wahrnehmbare Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

Bedingt durch den geringen Beschäftigungsumfang ist der Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg gering ausgeprägt. Aufgrund der geringen Beschäftigtenanzahl wird auf eine Darstellung der Pendlerströme verzichtet.

### **Relevante Neueinstellungen in 2013 bei geringen Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen genutzt. Insgesamt zeigt sich ein gemessen am Beschäftigungsumfang reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>254</sup> haben sechs der 25 der Antwortenden in Vollzeit, fünf der 25 Antwortenden mindestens eine Person in Teilzeit eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln. Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 67 Personen eingestellt worden, davon vier Fünftel in Vollzeit (81 Prozent, 54 Vollzeitstellen). Der Großteil der Einstellungen lässt sich auf einige wenige Antworten zurückführen.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Mehr als die Hälfte der Antwortenden (16 von 25) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen MTA für Funktionsdiagnostik hatten. Dies ist insgesamt ein hoher Wert und verdeutlicht, dass sich das Einstellungsverhalten auf wenige zentrale Einrichtungen beschränkt.

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. Diesbezüglich wird die Annahme einer aktuell entspannten Fachkräftesituation gestützt. In keinem der 25 vorliegenden Fälle wurde angegeben, dass Stellen aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offen geblieben seien. Dies bedeutet, dass auch Einrichtungen mit einem hohen Einstellungsbedarf diesen aktuell decken können.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Bei dieser Frage liegen 13 Antworten vor. Trotz dieser 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 12 Wochen, was im Vergleich aller Berufe die als sehr gering einzuschätzen ist.

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das im Jahr 2013 skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik fort. Von 22 vorliegenden Antworten gaben vier an, Einstellungen vorgenommen zu haben, drei Antwortende (dabei kann es sich um die gleichen Antwortenden handeln) planten zum Befragungszeitpunkt noch Einstellungen. Diese wenigen einstellenden Einrichtungen haben aber eine hohe Anzahl an Einstellungen vorgenommen bzw. geplant – die Anzahl der erfolgten Einstellungen liegt bei 32, die der geplanten Einstellungen bei 73 Personen.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein – gemessen am Beschäftigungsumfang – reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist und dass die Einrichtungen ihren Fachkräftebedarf decken können. Deutlich wird auch, dass die Einstellungen durch wenige große Einrichtungen vollzogen werden.

---

<sup>254</sup> Von den insgesamt 29 Antwortenden, die angaben, MTA für Funktionsdiagnostik 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.

## Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Trotz der Aktivitäten zur Bindung der Fachkräfte gelingt es nicht in jedem Fall, diese zu halten. Diese für die einzelnen Einrichtungen negative Erfahrung ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die MTA-F ihren Beruf weiterhin ausüben. Zu berücksichtigen ist jedoch der Wechsel in eine andere berufliche Tätigkeit. Zu diesem Aspekt stehen für die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen zur Verfügung. Auch durch die Einrichtungsbefragung ließ sich dieser Aspekt nicht erfragen, da die berufsscharfe Bestimmung der Verweildauer von den Einrichtungen kaum erhoben werden könnte.<sup>255</sup> Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>256</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>257</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>258</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. MTA für Funktionsdiagnostik sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkräfteebene zugeordnet (in Berlin sogar relativ häufig auf Spezialisten- oder Expertenebene), d. h. die Beschäftigten verfügen über einen Ausbildungsabschluss und in Teilen über Zusatzqualifikationen.

Weitere Studienerkenntnisse zu anderen Berufen deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel steigt, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Ein Berufswechsel erscheint angesichts der inhaltlichen Ausdifferenziertheit der medizinisch-technischen Berufe nur mit Einschränkungen möglich. Dies könnte ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Umgekehrt könnte argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit endgültig ist. Im Rahmen der qualitativen Erhebungsphase wurde darüber hinaus deutlich, dass für die Auszubildenden selber die Ausbildung zum Teil als Einstieg in ein späteres Studium (z. B. Medizin) dient und daher nochmals ein gewisser Anteil nicht in diesem Beruf weiterarbeitet.

Eine Ursache für einen Berufswechsel kann auch im Lohnniveau begründet liegen. Für die Beschäftigten in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig 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<sup>259</sup> der sozialversicherungspflichtig

---

<sup>255</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>256</sup> 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.

<sup>257</sup> 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.

<sup>258</sup> 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.

<sup>259</sup> 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 Zensurierung durch die Beitragsbemessungsgrenze. In den Entgeltmeldungen muss nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze angegeben werden. Siehe hierzu

vollzeitbeschäftigten MTA für Funktionsdiagnostik 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.<sup>260</sup> 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.

Für eine höhere Fluktuation sprechen hingegen die übergeordneten Ergebnisse der Studien, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung wie gesehen durch eine durchschnittliche Altersstruktur geprägt, d. h. dass dieser fluktuationsbedingte Faktor nur eingeschränkten Einfluss haben dürfte.

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 und relativ hohen Entgelten handelt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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 für Funktionsdiagnostik hat dies entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

### **3.8.3 Arbeitskräfteangebot**

#### **Sinkende Arbeitslosenzahlen bei stetem Fachkräftebedarf**

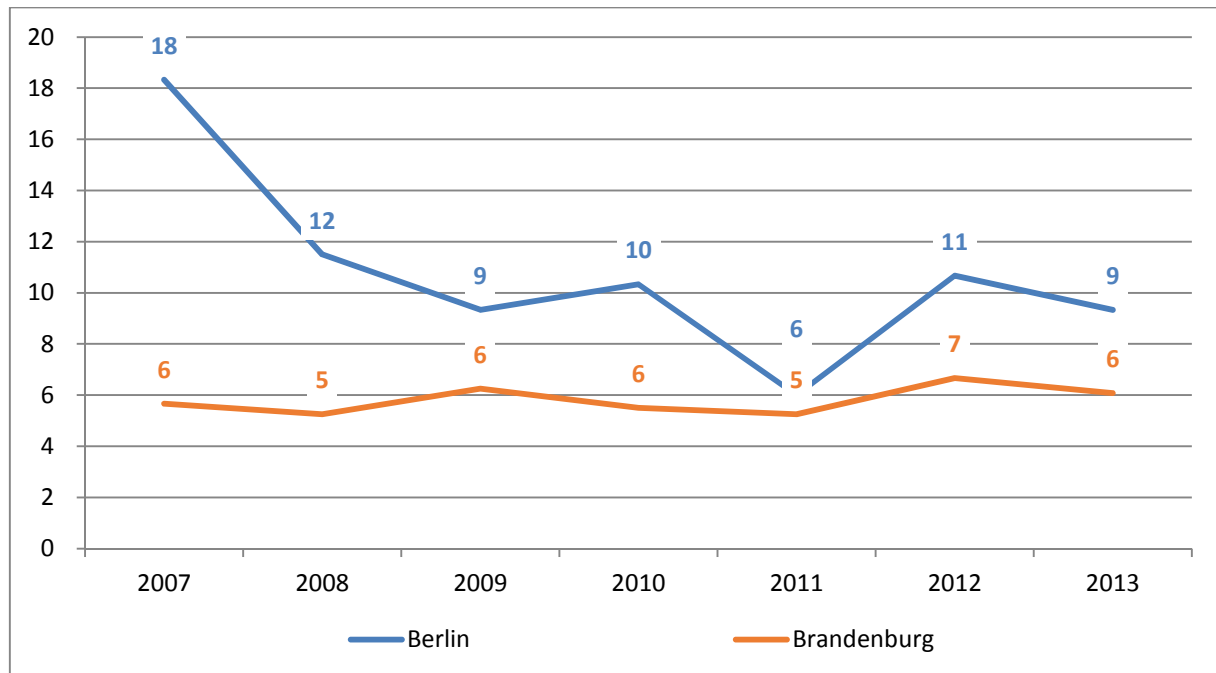
Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen auf aktuell nicht genutzte Gestaltungsspielräume des Arbeitsmarktes. Für die berufsspezifischen Arbeitslosenzahlen liegen Zeitreihen der Jahresdurchschnitte von 2007 bis 2013 vor. Abgebildet wird der Zielberuf der arbeitslos gemeldeten Personen (vgl. **Abbildung 28**).

---

Wiethölter et al. 2013: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg; IAB-Regional Berlin-Brandenburg 01/2013, S. 52

<sup>260</sup> 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 28: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Insgesamt weist der Beruf MTA für Funktionsdiagnostik sehr geringe Arbeitslosenzahlen auf. Es gibt daher

nur sehr wenig Potenziale, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik in Beschäftigung zu integrieren. Dementsprechend müssen zukünftige Fachkräfteangebote auf anderer Grundlage erschlossen werden.

### **Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, kein Angebot in Brandenburg**

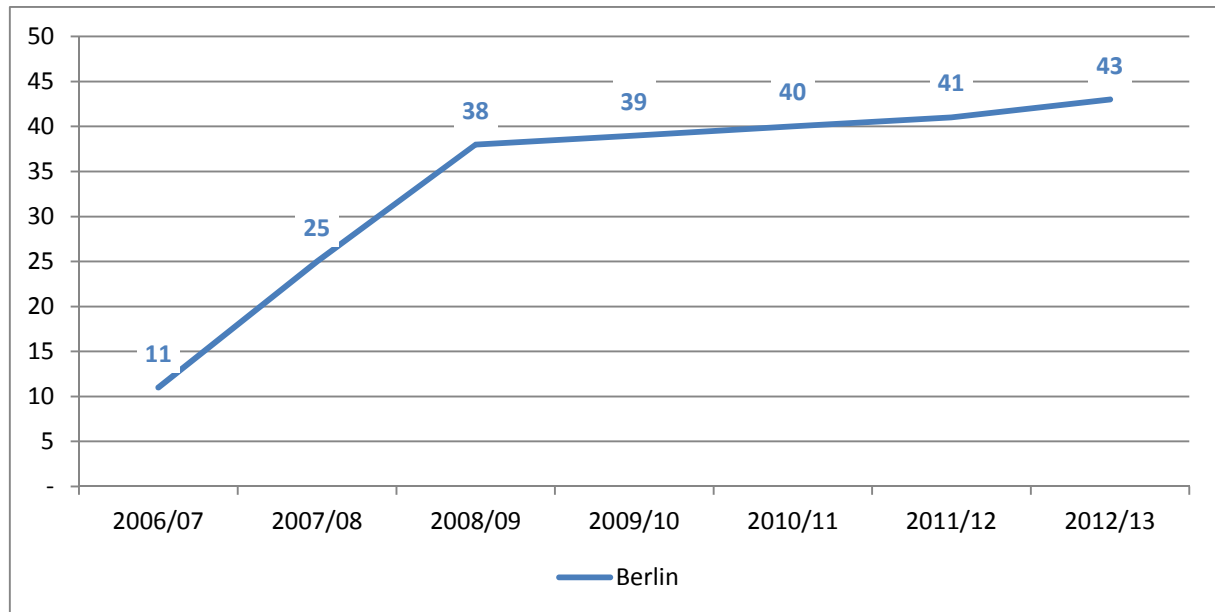
Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>261</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs ebenfalls profitieren – allerdings nur in Berlin, da in Brandenburg eine solche Ausbildung derzeit nicht angeboten wird. 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 29**). Damit liegt das prozentuale Wachstum der Ausbildungszahlen in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik über dem aller anderen untersuchten

<sup>261</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

Gesundheitsfachberufe, obgleich aufgrund der geringen absoluten Anzahl diese Beschreibung nur bedingte Aussagekraft besitzt. Der Aufwuchs in den Ausbildungszahlen in Berlin lässt sich tendenziell in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen feststellen. Ein wesentlicher Erklärungsansatz für diese Entwicklung liegt vermutlich in der demographischen Entwicklungen begründet.

**Abbildung 29: Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik 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 Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder weil vor deren Beendigung ein Abbruch erfolgte. In der Ausbildung zu MTA-F zeigt sich dagegen positiv, dass in den vergangenen Jahren niemand durch die Abschlussprüfung gefallen ist und auch die Ausbildungsabbrüche nur eine geringe Rolle gespielt haben. Daher entspricht aufgrund der dreijährigen Ausbildungsdauer ungefähr ein Drittel der Auszubildendenzahlen dem jährlich neu zur Verfügung stehenden Fachkräftenachwuchs.

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 23 Antwortenden mit Beschäftigten aus der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik gaben vier an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik von weniger Antwortenden solche Plätze angeboten. Gegebenenfalls besteht ein Zusammenhang zum Einstellungsverhalten, da hier ebenfalls nur wenigen Einrichtungen aktiv waren – wengleich mit einer Vielzahl eingestellter Fachkräfte.

### **Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung**

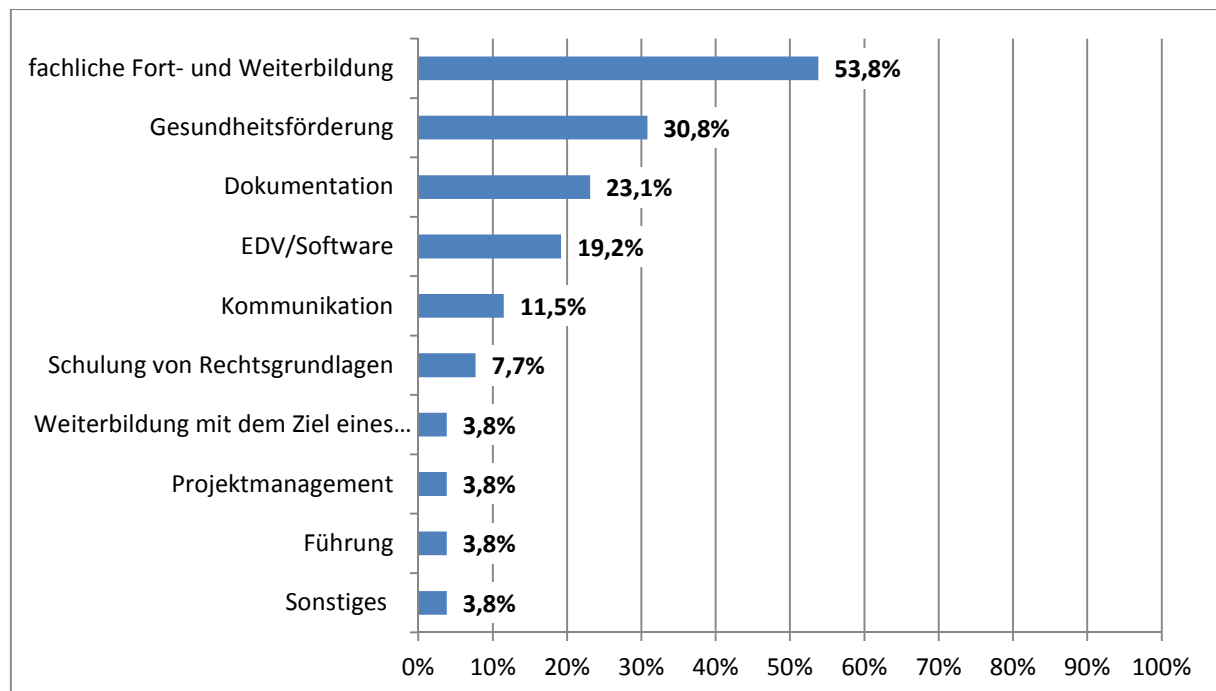
Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist vor allem auch die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Fachkräfte zu halten. In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Da MTA für Funktionsdiagnostik fast ausschließlich in Einrichtungen mit mehreren Berufen (v. a. Krankenhäuser) tätig sind, kann an dieser Stelle keine berufsconkrete Aussage getroffen werden. Stattdessen sei auf die Ausführungen zu diesem Aspekt im zweiten Kapitel verwiesen.



Möglich ist jedoch die berufskonkrete Beschreibung der Fort- und Weiterbildungen als einem wichtigen Baustein der Fachkräftebindung. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 23 Antwortenden vor, die MTA für Funktionsdiagnostik beschäftigen. Von diesen haben 15 angegeben, dass mindestens eine MTA für Funktionsdiagnostik an einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen hat. Dies verdeutlicht einerseits den Stellenwert der Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen, andererseits wird anteilig gesehen in diesem Beruf so selten fort- und weitergebildet wie in keinem anderen der hier untersuchten Gesundheitsfachberufe sowie der Helfertätigkeiten.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch für MTA für Funktionsdiagnostik fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 30**). Allerdings wurden auch Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung oder zum Thema Dokumentation in einem relevanten Umfang<sup>262</sup> als inhaltlicher Schwerpunkt von den Befragten genannt. Durch die relativ geringen Anteile der einzelnen Schwerpunkte und vor dem Hintergrund der erfassten Antworten wird deutlich, dass in der Mehrzahl ein bis zwei Schwerpunkte den Inhalt der Fort- und Weiterbildungen ausmachten.

**Abbildung 30: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.8.4 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. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich die schwach positive Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre auch künftig fortsetzen wird. Sowohl die Daten zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. **Tabelle 103**) als auch die

<sup>262</sup> Die Anteile sind deutlich größer als in den Pflegeberufen sowie den nicht medizinischen Therapieberufen. Allerdings ist aufgrund der geringen Anzahl der Antwortenden dieser Unterschied nur begrenzt interpretierbar.

Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen MTA für Funktionsdiagnostik tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von MTA für Funktionsdiagnostik sowohl in Berlin als auch in Brandenburg leicht abgenommen. Gleichzeitig wurde insbesondere in Berlin eine Vielzahl neuer Einstellungen vorgenommen, ggf. aufgrund eines entsprechenden altersbedingten Ersatzbedarfs an Fachkräften. Dies spricht für eine stabile Beschäftigungsentwicklung, die sich auch in der Erwartung der befragten Einrichtungen widerspiegelt. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten rund vier Fünftel (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, deutlich auf 28 Prozent an. Gleichzeitig nimmt für diesen Zeitraum die Unsicherheit in der Einschätzung der weiteren Entwicklung erheblich zu.

Da sich unter den Antwortenden mit steigender Beschäftigungserwartung auch Einrichtungen mit einem hohen Beschäftigtenbestand bei den MTA für Funktionsdiagnostik befinden, ist davon auszugehen, dass diese konkreten Erweiterungsbedarf haben. Dementsprechend kann insgesamt mit einer leicht positiven Beschäftigungsentwicklung gerechnet werden.

**Tabelle 107: 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 relativ geringen Bestandszahlen von rund 300 Beschäftigten keine solide Abschätzung der weiteren Entwicklung möglich.

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt grundsätzlich 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 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.

### **3.8.5 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.

### 3.9 Hebammen und Entbindungspfleger<sup>263</sup>

#### 3.9.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>264</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Die Ausbildung zur Hebammen wird durch das Hebammengesetz sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Für die Berufsausübung der Hebamme gelten neben landesrechtlichen Bestimmungen (Landeshebbammengesetz, Berufsordnung für Hebammen, die die Rechte und Pflichten der Hebammen regelt) das SGB V, hier § 24c Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie § 134a SGB V, der die Vergütung von Hebammenleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die selbständig tätigen Hebammen regelt.</p> <p>Nach geltendem Hebammengesetz sind Hebammen befugt, schwangere Frauen zu beraten und zu betreuen, die normale Geburt eigenverantwortlich zu leiten (vorbehaltene Tätigkeit) sowie den Wochenbettverlauf und die Neugeborenenperiode zu überwachen. Dies beinhaltet Vorsorgemaßnahmen und Untersuchungen, das Erkennen von Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind, die Hinzuziehung des Arztes/der Ärztin bei pathologischem Verlauf sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen. Im Hebammengesetz wird ebenso die Verpflichtung gesetzlich festgelegt, dass der Arzt/die Ärztin dazu verpflichtet ist, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme hinzugezogen wird.</p> <p>Eine Spezifik des Berufs besteht darin, dass Hebammen sowohl freiberuflich tätig als auch sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein können. Sie können also selbständig tätig sein oder auch neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit in geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern oder in hebbammengeleiteten Einrichtungen wie Hebammenpraxen oder Geburtshäusern sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein. Der Beruf kann aber auch als eine ausschließlich sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in den o. g. Einrichtungen ausgeübt werden. Für eine Tätigkeit z. B. als Familienhebamme können auch soziale Dienste oder Gesundheitsämter als Arbeitgeber infrage kommen.</p>
Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung	<p>Die Ausbildung zur Hebamme ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Hebammenschulen bzw. Gesundheitsfachschulen statt.</p> <p>Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung oder</li><li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder</li><li>• der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, sofern die Bewerbenden eine mindestens zweijährige Pflegevorschule erfolgreich besucht oder eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen haben.</li><li>• Eine weitere Zugangsmöglichkeit besteht darin, wenn die Bewerbenden eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin bzw. -helfer besitzen.</li></ul>

<sup>263</sup> Da weder in Berlin noch in Brandenburg aktuell ein Entbindungspfleger tätig ist, wird im Folgenden ausschließlich die Berufsbezeichnung „Hebamme“ genutzt.

<sup>264</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

	<p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst mindestens 1.600 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 3.000 Stunden praktische Ausbildung.</p> <p>Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 ist im Rahmen der Modellklausel nach § 6 Abs. 3 des Hebammengesetzes auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich (primärqualifizierender Studiengang). Aktuell wird in Berlin an einer Hochschule der Modellstudiengang angeboten.</p> <p>Hebammen sind zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet, entsprechend des § 134a SGB V und der landesrechtlich geregelten Berufsordnungen. In der Berufsordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger des Landes Berlin vom 9. November 2010 wird u. a. normiert, dass Hebammen und Entbindungspfleger dazu verpflichtet sind, in einem Zeitraum von jeweils drei Jahren, Maßnahmen zur Kompetenzerhaltung im Umfang von 45 Fortbildungsstunden neben dem Studium der Fachliteratur, zu erbringen.</p> <p>In Brandenburg wird die Fortbildungsverpflichtung ebenfalls in der landesrechtlich geregelten Berufsordnung vom 14. Dezember 1992 geregelt. Hier wird normiert, dass Hebammen „in dem Umfang von den Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen (haben), wie dies zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse erforderlich ist.“ Vom Brandenburger Hebammenverband werden 30 Stunden Fortbildung in zwei Jahren empfohlen.</p> <p>Die Erfüllung der Fortbildungspflicht ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.</p>
<p>Entwicklungs- optionen und</p> <p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Für die Ausbildung zur Hebamme wird zukünftig eine zwölfjährige allgemeine Schulbildung als Zugangsvoraussetzung gelten (Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung der Berufsqualifikationen). Mit der Anhebung der Schulausbildung wird in der Richtlinie insofern einerseits den veränderten und erhöhten Anforderungen an Hebammen und andererseits den EU-weiten Entwicklungen Rechnung getragen. Deutschland muss bis 01.01.2016 die Richtlinie umsetzen. Ob mit der zwölfjährigen allgemeinen Schulbildung als Zugangsvoraussetzung auch eine Umstellung des Ausbildungssystems erfolgt, d. h. eine Hebammenausbildung ausschließlich an Fachhochschulen oder Hochschulen stattfindet, ist noch nicht geklärt.</p> <p>Aufgrund der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherung in den letzten Jahren haben sich viele Hebammen aus dem Geburtsgeschehen zurückgezogen oder sogar den Beruf aufgegeben. Damit besteht die Gefahr einer nicht mehr vorhandenen flächendeckenden Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist jedoch ein wichtiges Ziel der Bundesregierung und der Länder. Dazu hat sich die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag ausdrücklich bekannt. Dies schließt die Möglichkeit der freien Wahl des Geburtsortes ein.</p> <p>Um das Ziel einer flächendeckenden Versorgung zu erreichen, hat das Bundesgesundheitsministerium ein Maßnahmenpaket aufgrund des</p>

	<p>Abschlussberichtes der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29.04.2014 erarbeitet.</p> <p>Erste Maßnahmen wurden durch die Bundesregierung zur Problematik der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherung vorgenommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz-GKV-FQWG) vom 24.07.2014 wurde im SGB V der § 134a angepasst (Ausgleichsverfahren der Haftpflichtprämien). Neu geregelt wurde darin die umgehende gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung eines Zuschlages für Geburtshilfeleistungen ab 01. Juli 2014, die Einführung eines dauerhaften Sicherstellungszuschlages bei geringer Geburtenzahl ab 01. Juli 2015 sowie die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen durch die Selbstverwaltung bis Ende 2014.</li> <li>• Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG) Drs. 18/4095 wird eine weitere Entlastung für freiberuflich in der Geburtshilfe tätige Hebammen hinsichtlich der Haftpflichtversicherung beabsichtigt. Die Neuregelung zielt auf einen Regressverzicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ab. Mit diesem Gesetz soll ein weiterer Schritt für eine Stabilisierung der Haftpflichtprämien erzielt werden.</li> </ul> <p>In den letzten Jahren sind sowohl für Berlin als auch für Brandenburg leicht steigende Geburtenzahlen zu konstatieren. Da die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter perspektivisch zumindest in Brandenburg abnimmt, könnte dies ein Indiz für einen nicht mehr so hohen Fachkräftebedarf sein. Gleichzeitig steigt die Anzahl Geburten von Frauen im höheren Alter<sup>265</sup>, was ggf. mit einem höheren Betreuungsaufwand verbunden ist.</p>
--	---

### 3.9.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Konstante Beschäftigungssituation bei leichtem Zuwachs in den letzten Jahren

Die Beschäftigungssituation im Beruf „Hebamme“ ist im Vergleich zu der Mehrzahl in diesem Projekt untersuchten Gesundheitsfachberufe durch eine Spezifik gekennzeichnet: Der überwiegende Teil der Beschäftigten in diesem Beruf ist freiberuflich tätig, wobei ein Teil von ihnen wiederum sowohl selbständig als auch sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist. Ein kleinerer Teil der Beschäftigten arbeitet ausschließlich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Daher kann der Gesamtzahl der in diesem Beruf tätigen Frauen – in Berlin und Brandenburg sind ausschließlich Frauen in diesem Beruf tätig – nur geschätzt werden.<sup>266</sup>

Legt man die zur Verfügung stehenden Angaben über die berufliche Tätigkeit von Hebammen in den beiden Ländern zugrunde, so übten 2012 in Berlin und Brandenburg im Durchschnitt insgesamt etwa

<sup>265</sup> 2007 wiesen die Frauen zwischen 30 und 33 Jahren die höchsten Geburtenraten auf. 1990 lag das Alter noch bei 25 Jahren. Vgl. hierzu Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistik der Geburten.

<sup>266</sup> 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 ermittelten Relationen auf das Land Brandenburg angewendet.

1.650 Frauen den Beruf „Hebamme“ aus. Fast drei Viertel der in der Untersuchungsregion tätigen Hebammen 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 108**). Danach waren in Berlin 2011 etwa zwei Drittel der in diesem Beruf Tätigen ausschließlich freiberuflich tätig. Ein Drittel hat in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gearbeitet, wobei sie ihren Beruf als Nebentätigkeit auch freiberuflich ausgeübt haben.<sup>267</sup>

**Tabelle 108: 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 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von Hebammen in Berlin und Brandenburg können seit Einführung der KldB 2010 ausgewiesen werden. Dabei zeigt sich, dass die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bei Hebammen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch ein leichtes Wachstum gekennzeichnet ist (vgl. **Tabelle 109**).<sup>268</sup>

**Tabelle 109: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei Hebammen 2012-2014**

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>716</b>	<b>741</b>	<b>741</b>	<b>745</b>	<b>767</b>	<b>759</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Hebammen weisen ein sehr hohes Qualifikationsniveau auf – gemessen am Anforderungsniveau der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Sie sind fast ausnahmslos auf dem Anforderungsniveau der Spezialistentätigkeit<sup>269</sup> tätig (Stand 2013).

<sup>267</sup> Laut statistischem Jahrbuch Berlin waren im Jahr 2012 in Berlin 750 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 kann 2012 im Land Brandenburg von etwa 210 selbständig tätige Hebammen ausgegangen werden.

<sup>268</sup> 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 leicht positive Beschäftigungstrend in der Geburtshilfe bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.9.4.

<sup>269</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung 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.<sup>270</sup>

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 sozialversicherungspflichtig 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

Während die anderen hier untersuchten Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten durch hohe und zum Teil sehr hohe Frauenanteile charakterisiert sind, ist die Geburtshilfe in Berlin und Brandenburg ausschließlich ein Frauenberuf. Der Frauenanteil liegt in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowohl in Berlin als auch in Brandenburg bei 100 Prozent (vgl. **Tabelle 110**).

**Tabelle 110: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Geburtshilfe/Entbindungspflege**

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	541	541	100,0	79,9
Brandenburg	200	200	100,0	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>741</b>	<b>741</b>	<b>100,0</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Typisch für Berufe mit einem hohen Beschäftigungsanteil von Frauen ist auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Dieser Befund trifft auch bei der Geburtshilfe zu. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>271</sup> Die Teilzeitquote in der Geburtshilfe liegt im Vergleich der untersuchten Berufe im oberen Drittel. Anders als bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 111**).

**Tabelle 111: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>741</b>	<b>436</b>	<b>58,8</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

<sup>270</sup> Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurden die Antworten, in denen Hebammen sowohl freiberuflich als auch sozialversicherungspflichtig tätig waren, bei der Auswertung dieser Frage nicht berücksichtigt.

<sup>271</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).



Dieser Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Als ein Erklärungsansatz kann die vergleichsweise gute Kinderbetreuungssituation sowie die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen in Brandenburg herangezogen werden.<sup>272</sup>

### Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbständigen

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Hebammen im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl. **Tabelle 112**). Damit handelt es sich um einen „jungen“ Beruf.

**Tabelle 112: Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Wie oben beschrieben, spielt die selbständige freiberufliche Tätigkeit – neben der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung – die größere Rolle. Zur Altersstruktur der selbständig tätigen Hebammen sind jedoch Angaben der amtlichen Statistik nicht verfügbar. Im Rahmen der Befragung wurde die Altersstruktur erfragt. Demnach ist bei freiberuflichen Hebammen tendenziell von einer etwas anderen Altersstruktur auszugehen als im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Der Anteil der über 55-Jährigen liegt in der Befragung bei den freiberuflichen Hebammen bei ca. 18 Prozent und damit rund sieben Prozent über dem Anteil bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Hebammen. Demgegenüber liegt der Anteil der unter 35-Jährigen bei 35 Prozent. Auch wenn diese Angaben keinen Anspruch der Repräsentativität beanspruchen können, deuten sie auf einen stärkeren altersbedingten Ersatzbedarf hin, als er bei einer ausschließlichen Betrachtung der Altersstruktur sozialversicherungspflichtig Beschäftigter deutlich werden würde. Für diesen Befund spricht weiterhin, dass dieses Ergebnis in der Tendenz der älteren Altersstruktur bei den Selbständigen in den Therapieberufen insgesamt entspricht.

### Relevante Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg

Gemessen am Anteil der Pendlerinnen besteht in der Geburtshilfe ein reger Fachkräfteaustausch zwischen Berlin und Brandenburg. Von den in der Geburtshilfe sozialversicherungspflichtig

<sup>272</sup> 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.

Beschäftigten kommen in Berlin rund 13 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 8 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte handelt, die fast ausschließlich in Krankenhäusern beschäftigt sind.

Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Geburtshilfe nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf.

**Tabelle 113: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte 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
<b>Saldo</b>	<b>+58</b>	<b>+55</b>	<b>+3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Das Land Brandenburg weist in der Geburtshilfe im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Hebammen im Land Brandenburg auf 12 Prozent (vgl. **Tabelle 114**).

**Tabelle 114: Sozialversicherungspflichtig beschäftigte 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
<b>Saldo</b>	<b>-67</b>	<b>-55</b>	<b>-12</b>

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 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung umfasst.

### **Kaum relevante Neueinstellungen in 2013 bei moderaten Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg besteht in der Einstellung neuer Beschäftigter. Entsprechend der Beschäftigungsstruktur in der Geburtshilfe sind Neueinstellungen jedoch nur für Krankenhäuser relevant. Für freiberufliche Hebammen spielen Einstellungen keine Rolle. Sie sind entweder allein tätig und/oder arbeiten gemeinsam mit anderen Hebammen in Geburtshäusern, ohne dass hieraus Angestelltenverhältnisse entstehen. Dies verdeutlicht das Alleinstellungsmerkmal dieses Gesundheitsfachberufs.

Die Angaben der Krankenhäuser lassen darauf schließen, dass 2013 in diesem Beruf nur im geringen Umfang Einstellungen vorgenommen wurden. Zwar haben die meisten Krankenhäuser 2013 Hebammen eingestellt, jedoch beläuft sich die Zahl der insgesamt in diesem Jahr von den antwortenden Krankenhäusern eingestellten Personen auf 46 Personen, darunter 70 Prozent in Vollzeit (32 Vollzeitstellen). Ganz eindeutig überwiegt die Einstellung einer geringen Personenanzahl in den einzelnen Krankenhäusern. Dies spricht dafür, dass nur punktuell Stellen besetzt worden sind. Bezüglich der Bundesländer gibt es im Wesentlichen keine Unterschiede im Antwortverhalten. Erwähnenswert ist jedoch, dass im Land Brandenburg Hebammen anteilig häufiger in einem Beschäftigungsverhältnis auf Teilzeitbasis angestellt worden sind.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Hier haben die Krankenhäuser ausnahmslos angegeben, dass keine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerberinnen offen geblieben sei. Der hohe Anteil freiberuflicher Hebammen bedingt weiterhin, dass bei 151 der 168 zu diesem Aspekt vorliegenden Antworten – nach eigener Aussage – kein Einstellungsbedarf bestanden hat und gleichzeitig keine Stellen offen geblieben sind.

Die Einrichtungen und Hebammen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt etwa gedauert hat. Aufgrund der Beschäftigungsstruktur liegen hierzu nur sehr wenige Antworten vor, da freiberuflich tätige Hebammen keine Einstellungen vornehmen. Die Besetzung einer offenen Stelle hat den Angaben der Antwortenden zufolge nur in Ausnahmefällen länger als ein Vierteljahr gedauert.

Auch im Jahr 2014 hat sich das skizzierte Einstellungsverhalten im Bereich der Geburtshilfe fortgesetzt, d. h. es wurden bis zum Befragungszeitpunkt nur wenige Einstellungen vorgenommen oder es sind solche geplant. Nur in einem Fall ist die Anzahl der geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zweistellig.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein moderates Einstellungsverhalten zu konstatieren ist und die Einrichtungen – d. h. die Krankenhäuser – ihren Fachkräftebedarf decken können. Dies wird unter anderem an der geringen Stellenbesetzungsdauer und dem Antwortverhalten hinsichtlich der offen gebliebenen Stellen deutlich.

### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Fluktuation ist somit in jedem Beruf ein Strukturelement der Fachkräftesicherung. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarer Weise negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange Hebammen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Hebammen ihr Berufsfeld verlassen und z. B. in einen anderen Beruf wechseln oder frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

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.<sup>273</sup> Sozialversicherungspflichtig 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

---

<sup>273</sup> Vgl. Doris Wiethölter (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg, in iab Regional Berlin-Brandenburg 3/2012

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 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Hebammen kann aufgrund der gegenüber den Krankenschwestern und -pflegern<sup>274</sup> ähnlichen Anstellungsverhältnisse angenommen werden, dass die Quoten sich auf die Geburtshilfe übertragen lassen.

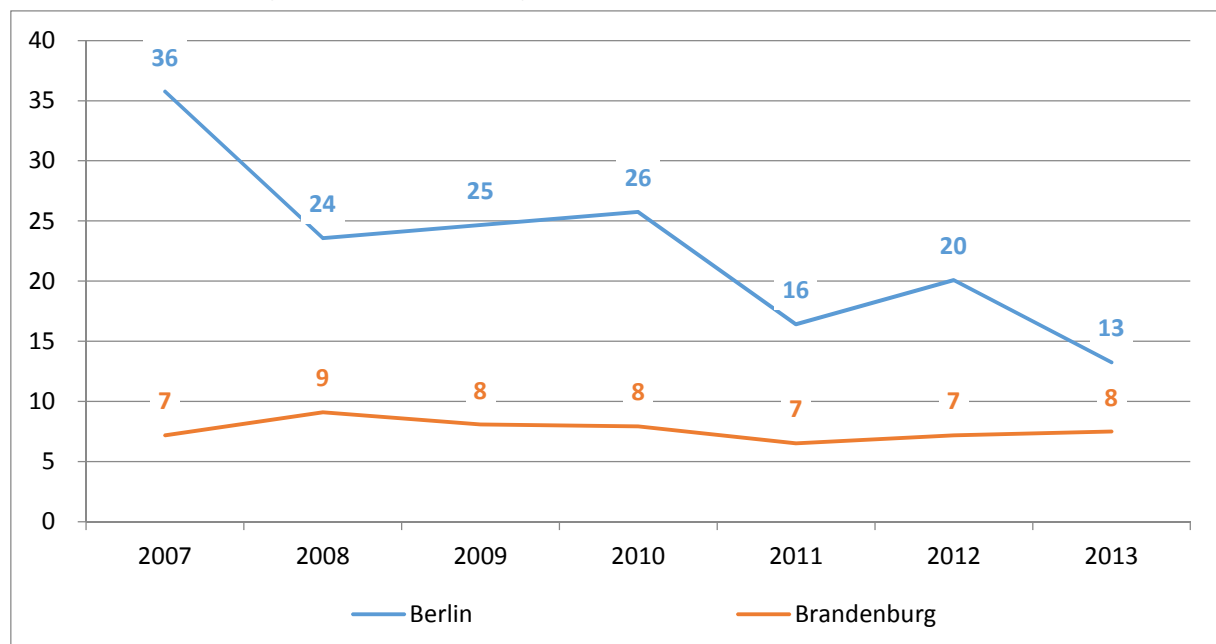
Inwiefern die Studie auch für freiberuflich tätige Hebammen Gültigkeit besitzt und sich auf die künftige Entwicklung übertragen lässt, ist angesichts der noch nicht abgeschlossenen Klärung der Haftpflichtfrage ungewiss. Sowohl durch die Ergebnisse der Online-Befragung als auch durch ergänzende Gespräche ist deutlich geworden, dass diese Problematik ganz entscheidenden Einfluss darauf haben wird, ob Hebammen sich eventuell gezwungen sehen, ihren Beruf aufzugeben. Eine Bestimmung der Fluktuation freiberuflich tätiger Hebammen aus ihrem Beruf wird daher in wesentlichem Maße von der Klärung dieser Thematik abhängen.

### 3.9.3 Arbeitskräfteangebot

#### Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen mit dem jeweiligen Zielberuf 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 Hebamme einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen für Berlin auf, während die Zahl der arbeitslos gemeldeten Hebammen im Land Brandenburg seit 7 Jahren konstant auf einem sehr niedrigen Niveau verharrt (vgl. **Abbildung 31**).

**Abbildung 31: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Geburtshilfe**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

<sup>274</sup> 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.

Ausnahmslos alle arbeitslos gemeldeten Personen haben ihren Zielberuf auf dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeit angegeben, was auch dem Tätigkeitsprofil der Hebammen entspricht.

Bei den arbeitslos gemeldeten Personen handelt es sich ausnahmslos um Frauen. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 115: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	13	6	7	0	0	0
Brandenburg	8	2	2	2	1	1
Berlin-Brandenburg	21	8	9	2	1	1
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	46,2	53,8	0,0	0,0	0,0
Brandenburg	100,0	25,0	25,0	25,0	12,5	12,5
Berlin-Brandenburg	100,0	38,1	42,9	9,5	4,8	4,8

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es so gut wie keine Spielräume gibt, den vorhandenen Fachkräftebedarf aus dem Reservoir der Arbeitslosen zu decken. Dieser begrenzte Spielraum wird auch anhand der Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten deutlich: In Berlin kommt eine arbeitslos gemeldete Hebamme auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und selbständig 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt, ein deutlich niedrigerer Wert.<sup>275</sup> Im Vergleich zu den anderen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen handelt es sich um die mit Abstand niedrigsten Werte. Eine Erklärung hierfür ist sicherlich in dem hohen Anteil der freiberuflichen Hebammen zu sehen. Es ist nicht auszuschließen, dass Einrichtungen ihren Einstellungsbedarf auch aus der Quelle der freiberuflich Tätigen decken. Dennoch kann insgesamt festgehalten werden, dass Fachkräfte in diesem Beruf im Wesentlichen aus anderen Quellen als der Arbeitslosigkeit gewonnen werden müssen.

### Steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, Stagnation in Brandenburg

Ein weiterer und mittelfristig ganz entscheidender Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Ausbildungsplätzen. Auf diesem Wege lässt sich zumindest mittel- und langfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon ausgegangen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden bzw. Schüler/innen im Ausbildungsjahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>276</sup>

<sup>275</sup> Dies gilt auch, wenn die Selbständigen aus der Rechnung herausgenommen werden.

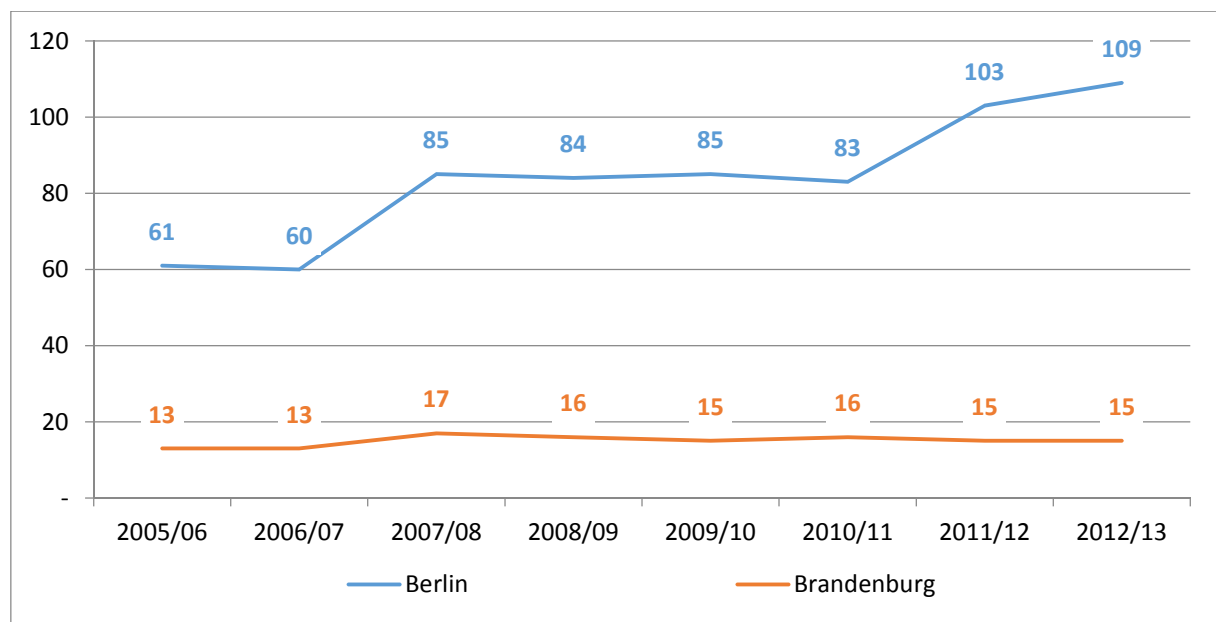
<sup>276</sup> Ein Teil des Anstieges erklärt sich durch neue Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in der Altenpflegehilfe in Brandenburg. Dies macht aber nur einen Bruchteil des Gesamtanstiegs aus. Diese Entwicklung entspricht auch dem bundesweiten Trend, wonach im Jahr 2011/2012 im Vergleich zum Jahr 2007/2008 ein Anstieg um 5,9 Prozent in nicht-akademischen Erstausbildungen der Gesundheitsfachberufe zu verzeichnen ist. Vgl. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

– und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in 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<sup>277</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 68 Prozent gestiegen. Es bleibt aber festzuhalten, dass diese Steigerung fast vollständig auf die Entwicklung in Berlin zurückzuführen ist (vgl. **Abbildung 32**).

Eine Ursache kann in der demografischen Entwicklung liegen, die im Land Brandenburg vergleichsweise ungünstig ausfällt, während in Berlin ein Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen war. Die mit dieser Kennziffer verbundene veränderte Geburtenzahl hat unmittelbaren Einfluss auf den Fachkräftebedarf.

**Abbildung 32: Anzahl der Auszubildenden in der Geburtshilfe in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Generell ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor einem erfolgreichen Abschluss abgebrochen wurde. In der Geburtshilfe zeigen sich diesbezüglich jedoch kaum Probleme. Ausbildungsabbrüche oder Abgänge ohne Abschlusszeugnis sind im Zeitverlauf<sup>278</sup> 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 (erstmal

<sup>277</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für das Land Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013.

<sup>278</sup> Für das Land Brandenburg liegen Daten zu Abbruchzahlen nur für die Ausbildungsjahre 2011/2012 und 2012/2013 vor, ansonsten beziehen sich die Angaben auf den Zeitraum 2007/2008 bis 2012/2013.

Wintersemester 2013/2014) 20 Studienplätze zugelassen. Bislang hat noch keine Studentin bzw. kein Student das Studium abgeschlossen.<sup>279</sup>

Neben einer Bewertung der Entwicklung der Ausbildungszahlen geht es unter dem Aspekt einer langfristigen Strategie der Fachkräftesicherung auch darum, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Nachwuchsgewinnung im Beruf „Hebamme“ insgesamt hat. Daher wurde auch danach 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. Während die antwortenden Krankenhäuser ausnahmslos Praktika im o. g. Sinne angeboten haben, werden Externate nur von einem geringen Anteil der antwortenden Hebammen angeboten.

Das Angebot von Externaten wird darüber hinaus nur von einem geringen Teil der Antwortenden dazu genutzt, die Hebammschülerinnen im Anschluss an ihre Ausbildung für eine Tätigkeit in der eigenen Praxis zu gewinnen – vor allem auf freiberuflicher Basis in Geburtshäusern. Der geringe Anteil von Hebammen, die ein Externat anbieten, wird zu etwa gleichen Anteilen mit einem zu großen Aufwand, einem geringen Zeitbudget und einer geringen Anzahl passender Patientinnen begründet. Angesichts der beschriebenen Beschäftigungsstruktur in diesem Beruf ist dies ein nachvollziehbares Antwortverhalten.

### **Fachkräftebindung als Mittel der Fachkräftesicherung vor allem ein Thema für Krankenhäuser**

Für eine mittel- und langfristige Fachkräftesicherung kommt der Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse ein ganz erheblicher Stellenwert zu. Auf Grund ihres freiberuflichen Status können Hebammen<sup>280</sup> nur in geringem Umfang Maßnahmen der Fachkräftebindung umsetzen. Dies erklärt sich wiederum dadurch, dass sie in der Regel ihre Freiberuflichkeit allein ausüben und daher solche Maßnahmen nur auf sich selbst beziehen können. Im klassischen Sinne ist dies jedoch nicht als Mitarbeiterbindung anzusehen.

Wenn Maßnahmen der Mitarbeiterbindung umgesetzt werden, unterscheiden sich die Bewertungen in der Geburtshilfe deutlich von denen in anderen Gesundheitsfachberufen. Die einzeln abgefragten Aktivitäten werden durchweg deutlich schlechter eingeschätzt als in der Gesamtheit der hier untersuchten Berufe. Darüber hinaus fällt die Bewertung der Maßnahmen sehr ungleichmäßig aus – wiederum im Vergleich zu anderen Berufen. Einzig die Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung sowie eine gezielte Gesundheitsförderung erzielen leicht positive Bewertungen (vgl. **Tabelle 116**).

---

<sup>279</sup> Die Angaben beruhen auf Aussagen der Hochschule.

<sup>280</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, ist diese Frage berufsübergreifend gestellt worden. Dementsprechend wurden für diese Auswertung nur die Antworten aus jenen Einrichtungen herangezogen, in denen ausschließlich Hebammen beschäftigt sind. Dementsprechend werden hier die Angaben der freiberuflich tätigen Hebammen dargestellt. Insgesamt konnten diesbezüglich 141 Antworten ausgewertet werden.

**Tabelle 116: Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Geburtshilfe in den letzten zwei Jahren**

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit <sup>281</sup>
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	17,0	3,6
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	14,2	2,9
Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbeschäft. auf Wunsch der Beschäftigten	14,2	3,6
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	14,2	3,9
Gezielte Gesundheitsförderung	10,6	2,9
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	10,6	3,4
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	8,5	3,1
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	8,5	3,1
zusätzliche finanzielle Vergütungen	7,8	4,4
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	7,1	3,7
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	5,0	3,6
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	5,0	5,7
andere Maßnahmen	2,1	4,6

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Fort- und Weiterbildungen können grundsätzlich helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen wichtigen Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 165 Antwortenden vor – entweder von Krankenhäusern, in denen Hebammen beschäftigt sind oder von freiberuflich tätigen Hebammen. Von diesen haben 160 angegeben, dass mindestens eine Hebamme im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. Vor dem Hintergrund der skizzierten Beschäftigungsstruktur ist es nachvollziehbar, dass überwiegend angegeben wurde, dass an einer Maßnahme teilgenommen wurde. Der hohe Anteil der Teilnahmen an Fort- und Weiterbildung erklärt sich u. a. auch durch die gesetzliche Pflicht, sich regelmäßig weiterzubilden.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Geburtshilfe fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 33**). Aber auch andere Fortbildungsinhalte wie eine gezielte Gesundheitsförderung (31 Prozent), Dokumentation (31 Prozent) oder Kommunikation (22 Prozent) wurden nach Angaben der Krankenhäuser und freiberuflichen Hebammen in einem relevanten Umfang wahrgenommen.<sup>282</sup> Während es im Vergleich der beiden Bundesländer bezüglich der inhaltlichen Schwerpunkte der Fort- und Weiterbildung kaum Unterschiede gibt, zeigen sich diese, wenn man die Antworten der Krankenhäuser und der freiberuflichen Hebammen getrennt betrachtet. Die befragten Krankenhäuser haben bis auf eine Ausnahme bei allen inhaltlichen Schwerpunkten anteilig stärker angegeben, Fort- und Weiterbildungen umgesetzt zu haben. Dies entspricht weitgehend den Befunden bei anderen Gesundheitsfachberufen, in denen der jeweilige Beruf auch freiberuflich ausgeübt werden kann.

<sup>281</sup> Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet.

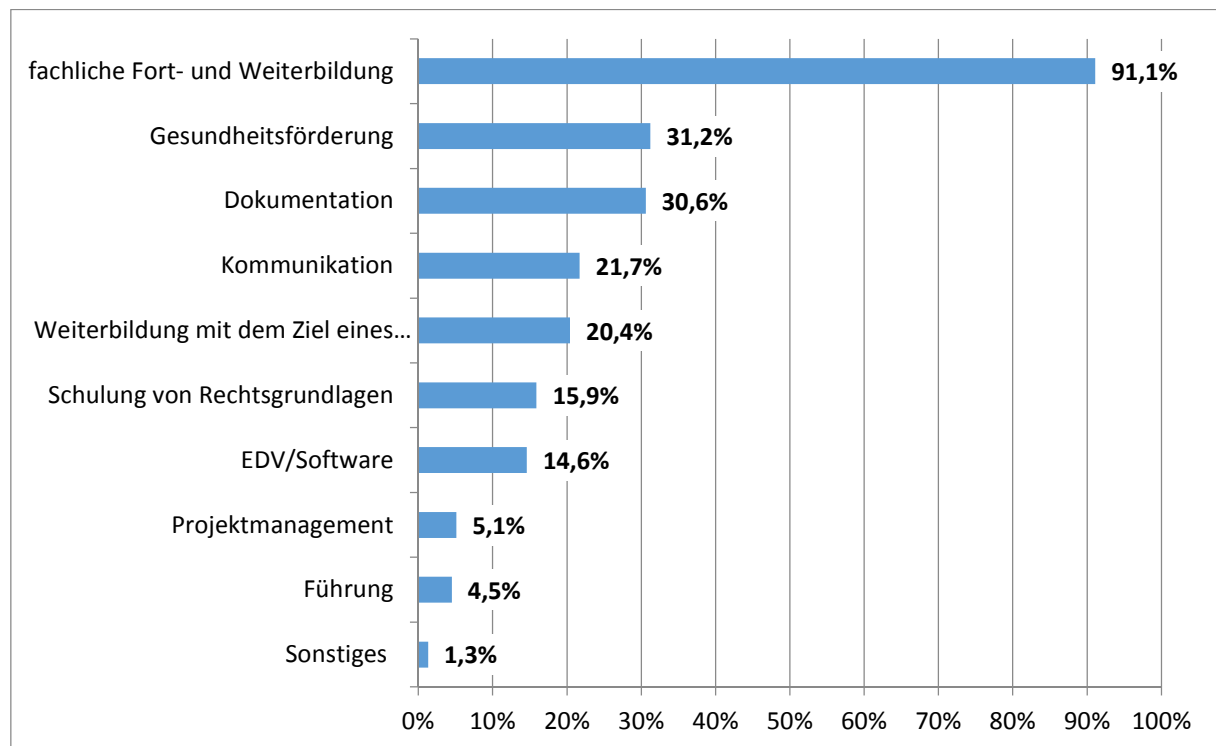
<sup>282</sup> In die Auswertung dieser Frage konnten insgesamt 157 Antworten einbezogen werden.



Gleichwohl wird deutlich, dass ein relevanter Anteil der freiberuflichen Hebammen sich ebenfalls nicht nur fachlich fortbildet.

Interessanterweise hat kein Krankenhaus angegeben, Weiterbildungen mit dem Ziel eines erweiterten /anderen Einsatzgebietes umgesetzt zu haben. Die insgesamt 20 Prozent kommen daher allein durch das Antwortverhalten freiberuflicher Hebammen zustande, was als Alleinstellungsmerkmal dieses Gesundheitsfachberufs gewertet werden kann. Eine mögliche Interpretation ist, dass die zum Befragungszeitpunkt unsichere Beschäftigungssituation einem beträchtlichen Anteil der Hebammen dazu veranlasst hat, mit einer entsprechenden Weiterbildung mögliche alternative Erwerbswege gehen zu können.

**Abbildung 33: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Geburtshilfe**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.9.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Unsichere Beschäftigungserwartungen für die nächsten Jahre

In der Geburtshilfe kann in Berlin und im Land Brandenburg grundsätzlich mit einem weiteren Beschäftigungswachstum gerechnet werden. Mehrere Indikatoren deuten darauf hin, dass sich die Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre künftig fortsetzen dürfte. Sowohl die Angaben zu den jüngsten Bestandsveränderungen bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Hebammen (vgl. **Tabelle 109**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Hebammen beschäftigt sind oder von freiberuflich tätigen Hebammen selbst, weisen auf eine zumindest gleichbleibende bis leicht zunehmende Beschäftigungsentwicklung hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Hebammen in den befragten Krankenhäusern sowohl in Berlin als auch im Land Brandenburg leicht zugenommen. Für den weiteren Verlauf des Jahres 2014 erwarten fast zwei Drittel dieser Einrichtungen einen gleichbleibenden Beschäftigtenbestand. Von einem Beschäftigtenzuwachs gehen nur 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. Dieser Befund lässt sich aber auch so interpretieren, dass selbständige Hebammen durchaus Potenziale für weitere freiberufliche Tätigkeit in diesem Beruf sehen. Die befragten Krankenhäuser hingegen gehen ausnahmslos von einem gleichbleibenden Beschäftigungsbestand aus.

Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, nur 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 117: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Hebamme**

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, mittel- und längerfristige 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 Bedarfseinschätzung liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Hebammen sind in der Betreuung und Begleitung 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, um hieraus den potenziellen Bedarf abzuleiten. 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 Hebammen-Leistungen gibt, die kleinräumig wiederum sehr unterschiedlich verteilt ist.

**Tabelle 118: Bevölkerungsstand und Entwicklung der 18-45jährigen Frauen in Berlin und Brandenburg**

Bundesland / Region	Bevölkerungsstand 2011	Bevölkerungs-prognose 2020	Bevölkerungs-prognose 2030
	Frauen im Alter von 18-45 Jahren		
Berlin	668.281	679.840	655.040
Brandenburg	361.100	280.900	222.800
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.029.381</b>	<b>960.740</b>	<b>877.840</b>

Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg und eigene Berechnungen

Daraus ergibt sich angesichts der Zahl der Hebammen eine Relation von einer Hebamme (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und freiberuflich tätige Hebammen) auf 518 Einwohnerinnen und Einwohner in Berlin. Im Land Brandenburg beträgt das Verhältnis 1:881. Schreibt man diese Relationen für die beiden Bundesländer jeweils fort, so ergeben sich daraus in den Beobachtungszeiträumen folgende Erwerbstätigenbestände.

**Tabelle 119: Benötigte Anzahl von Hebammen und 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.701</b>	<b>1.631</b>	<b>1.537</b>

Quelle: eigene Berechnungen

Aus dieser möglichen Bestandsentwicklung der Beschäftigung im Beruf „Hebamme“ ergäbe sich in der Region Berlin-Brandenburg insgesamt bis 2020 kein Erweiterungsbedarf an Fachkräften. In diesem Zeitraum wäre nur in Berlin und auch hier nur ein geringer Erweiterungsbedarf von rund 20 Fachkräften zu erwarten.<sup>283</sup> Im Land Brandenburg würde der Bestand bereits in dieser Zeit deutlich zurückgehen.

In dem darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 würde auch in Berlin eine geringe Bestandsverringerung eintreten, während im Land Brandenburg der Bestand weiter erheblich zurückgehen würde. Für die Region insgesamt ergäbe sich aus dieser Schätzung in beiden Zeitetappen ein Rückgang der Beschäftigung und damit kein Erweiterungsbedarf an Fachkräften in der Geburtshilfe. 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.

<sup>283</sup> Dieser Bedarf würde ungefähr durch die Absolventenzahl der Studierenden im primärqualifizierenden Studiengang gedeckt werden – eine entsprechende Verstetigung des Studiengangs vorausgesetzt. Die ersten Absolventinnen und Absolventen werden das Studium voraussichtlich im Sommersemester 2017 abschließen.

### 3.9.5 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 Schulabgängerinnen und Schulabgänger die Zielgruppe für eine künftige Hebammentätigkeit vergrößert wird. Durch eine Akademisierung könnte weiterhin ein „mehr auf Augenhöhe“ basierendes Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Hebammen 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.

### 3.10 Physiotherapeutin und -therapeut

#### 3.10.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>284</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Physiotherapeut/innen erbringen gesundheitsbezogene Dienstleistungen, die auf die Entwicklung, den Erhalt und die Wiederherstellung einer maximal möglichen Bewegungs-, Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabefähigkeit abzielen. Sie helfen Menschen in jedem Lebensalter, wenn deren Bewegungs- und Funktionsfähigkeit durch Alter, Verletzung, Erkrankungen, Funktionsstörungen und andere gesundheitliche Einschränkungen oder durch Umweltfaktoren gefährdet sind. Dabei werden die Dimensionen des physischen, psychologischen, emotionalen und sozialen Wohlbefindens berücksichtigt. Physiotherapeut/innen arbeiten in allen Kontexten der Gesundheitsförderung und Prävention, der kurativen Therapie, der Habilitation<sup>285</sup>, Rehabilitation und Palliation. Sie arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Kliniken, Facharztpraxen, Tageskliniken, Tagespflegeeinrichtungen und physiotherapeutischen und ambulanten Praxen. Auch in Altenheimen, Rehabilitationszentren bzw. Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege von Menschen mit Behinderung sind sie tätig. Darüber hinaus können sie bei Sportstätten und in Wellnesshotels beschäftigt sein.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zum/zur Physiotherapeut/in ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen für Physiotherapie statt. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Realschulabschluss oder</li> <li>• eine andere gleichwertige Schulbildung oder</li> <li>• eine nach dem Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens einjähriger Dauer.</li> </ul> <p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst 2.900 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p> <p>Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 ist nach § 9 Abs. 2 des Physiotherapeutengesetzes auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich (primärqualifizierende Studiengänge). Aktuell werden solche Studiengänge sowohl in Berlin als auch in Brandenburg (Therapiewissenschaften) angeboten.</p>

<sup>284</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de), <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de> sowie auf Basis der World Confederation for Physical Therapy

<sup>285</sup> Im Sinne des Erlernens neuer Fähigkeiten bzw. des Neugewinns von Fähigkeiten und Möglichkeiten der Funktion, Aktivität und Teilhabe. Demgegenüber betont die Rehabilitation das Wiedererlernen bzw. den Rückgewinn bereits besessener Fähigkeiten und Möglichkeiten.

<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Physiotherapie durch positive Entwicklungsmöglichkeiten aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p><i>Wachstumstreiber:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Prävention (bspw. im Rahmen des Präventionsgesetzes)</li> <li>• Stärkung der ambulanten Versorgung</li> <li>• Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsformen</li> <li>• Steigende Nachfrage infolge des demografischen Wandels (z. B. Schlaganfallrisiko etc.)</li> </ul> <p><i>Wachstumsbedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lösung des Fachkräfteproblems (bilden, halten, gewinnen)</li> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (Qualifizierung, Vergütung, Erweiterung des Aufgabenbereiches etc.)</li> <li>• Einbindung der Therapieberufe als gleichwertiger Partner in komplexen Versorgungsstrukturen mit eigenständiger Therapieverantwortung</li> </ul> <p>Wenn es gelingt, die strukturellen Rahmenbedingungen der Therapieberufe nachhaltig zu verbessern, ergeben sich relevante Wachstumschancen und Entwicklungsoptionen für eine moderne gesundheitliche wie pflegerische Versorgung.</p>
<p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und der Therapieberufe im Besonderen verweist eher auf eine „Prekarisierung“ der Physiotherapie. Folgende „Prekarisierungstreiber“ und „Prekarisierungseffekte“ sind zu unterscheiden:</p> <p><i>„Prekarisierungstreiber“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebsökonomisches Kalkül der „big player“ der Gesundheitswirtschaft (Krankenhäuser und große Reha-Einrichtungen)</li> <li>• Bundes- und landesspezifische sowie komplexe rechtliche Rahmenbedingungen (Begrenzung von Handlungsspielräumen bspw. durch fehlenden Direktzugang)</li> <li>• Schwache Interessenvertretungen auf Seiten der Therapieberufe</li> </ul> <p><i>„Prekarisierungseffekte“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitere Verschlechterung der beruflichen Rahmenbedingungen</li> <li>• Zuspitzung der Fachkräfteproblematik</li> <li>• Versorgungslücken bzw. ungenutzte Wachstumspotenziale</li> <li>• eingeschränkte Gestaltungsspielräume bei der Modernisierung der gesundheitlich-/pflegerischen Versorgung</li> </ul>

### 3.10.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Hohe Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 11.100 Physiotherapeut/innen sv-pflichtig beschäftigt, davon gut drei Fünftel in Berlin und knapp zwei Fünftel in Brandenburg. Hinzu kommen in dieser beruflichen Tätigkeit in Berlin 2.380 (2013) und in Brandenburg schätzungsweise 1.500 Selbständige.<sup>286</sup> Insgesamt sind damit in Berlin-Brandenburg annähernd 15.000 Personen in der Physiotherapie tätig. Die Beschäftigungsentwicklung in der Physiotherapie ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 120**).<sup>287</sup>

**Tabelle 120: Sozialversicherungspflichtige 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	30.06.2014	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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>10.507</b>	<b>10.715</b>	<b>10.717</b>	<b>10.887</b>	<b>11.074</b>	<b>11.086</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Physiotherapie weisen ein hohes Qualifikationsniveau auf: Nur 14 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entsprechen der Qualifikationsstufe Fachkraft, während mit 86 Prozent das Gros der Beschäftigten dem höheren Anforderungsniveau Spezialistentätigkeit<sup>288</sup> entspricht (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 327 Einrichtungen an, Physiotherapeut/innen zu beschäftigen. Von diesen haben 182 ihren Sitz in Berlin und 140 in Brandenburg. Weitere fünf Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Dabei handelt es sich überwiegend um Praxen und Krankenhäuser. Andere Einrichtungstypen (bspw. stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste) spielen insgesamt gesehen nur eine marginale Rolle. 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) Physiotherapeutinnen (Praxen). Es sind darunter aber auch 17 Einrichtungen, die mindestens 15 Personen in diesem Beruf beschäftigen, sowie einige wenige Einrichtungen mit mindestens 20 Physiotherapeut/innen (Krankenhäuser und Reha-Kliniken).

#### Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Physiotherapie sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Allerdings fällt der Frauenanteil insgesamt geringer aus als in den meisten anderen untersuchten Berufen (vgl. **Tabelle 121**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Physiotherapie betrug zum

<sup>286</sup> 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. Entsprechend dieser Schätzung gab es im Jahr 2013 ca. 1.500 selbständig tätige Physiotherapeut/innen in Brandenburg. Auch bei den Selbständigen ist ein Anstieg der Zahlen zu verzeichnen.

<sup>287</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Physiotherapie bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.10.4

<sup>288</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (2) fachlich ausgerichtete Tätigkeiten; (3) komplexe Spezialistentätigkeiten und (4) hoch komplexe Tätigkeiten. Für weitere Informationen siehe Bundesagentur für Arbeit: Klassifikation der Berufe 2010, Band 1

Stichtag 30.06.2013 ca. 79 Prozent. Damit liegt er im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen am unteren Ende.<sup>289</sup> Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten stark.

**Tabelle 121: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>10.715</b>	<b>8.509</b>	<b>79,4</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind in den meisten der untersuchten Tätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent.<sup>290</sup> In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, 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.<sup>291</sup>

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Dies ist auch in der Physiotherapie zu beobachten. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung aber jeder untersuchte Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>292</sup> Am stärksten ausgeprägt ist die Teilzeitbeschäftigung in den Helfertätigkeiten sowie den Therapieberufen, also auch der Physiotherapie. Ebenso wie bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl.

**Tabelle 122).**

**Tabelle 122: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013**

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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>10.715</b>	<b>5.249</b>	<b>49,0</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der

<sup>289</sup> Im Bereich der medizinisch-technischen Funktionsdiagnostik und bei den Helfertätigkeiten der Gesundheits- und Krankenpflege liegen die Anteile noch leicht darunter, in allen anderen untersuchten Berufen ist ein höherer Frauenanteil festzustellen.

<sup>290</sup> Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014.

<sup>291</sup> Angaben des Mikrozensus. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>292</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).



in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin.

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. Unterschiede gibt es ebenso wie in den anderen untersuchten Berufen bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (40,1 Prozent) als auch in Brandenburg (25,8 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen.

### **Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbständigen**

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Physiotherapie im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl.

**Tabelle 123**). Damit handelt es sich um einen „jungen“ Beruf.

**Tabelle 123: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>6.510</b>	2.800	2.243	773	473	221
Brandenburg	<b>4.205</b>	1.977	1.537	389	218	84
Berlin-Brandenburg	<b>10.715</b>	<b>4.777</b>	<b>3.780</b>	<b>1.162</b>	<b>691</b>	<b>305</b>
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	43,0	34,5	11,9	7,3	3,4
Brandenburg	<b>100,0</b>	47,0	36,6	9,3	5,2	2,0
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>44,6</b>	<b>35,3</b>	<b>10,8</b>	<b>6,4</b>	<b>2,8</b>
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen auch die Selbständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der selbständig Tätigen liegen jedoch keine offiziellen Daten vor. Hinweise auf die Altersstruktur 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Beruf.<sup>293</sup> 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

<sup>293</sup> 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.

Fachkräfte nach Brandenburg. Diese Relation entspricht den Anteilen beider Länder an der Gesamtzahl der in Region tätigen Physiotherapeut/innen (zwei Drittel in Berlin und ein Drittel in Brandenburg), womit im Unterschied zu den meisten anderen hier untersuchten Berufen nicht von einer übermäßigen Sogwirkung Berlins gesprochen werden kann. Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Physiotherapie nur geringe Verflechtungsbeziehungen auf. Aber auch von diesen pendeln mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen mehr Physiotherapeut/innen nach Berlin als aus Berlin aus.

**Tabelle 124: Pendler in der Physiotherapie 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	371	306	4	4	*	Ca. 55
Einpendler	795	697	12	12	15	59
<b>Saldo</b>	<b>+424</b>	<b>+391</b>	<b>+8</b>	<b>+8</b>	<b>Ca. +14</b>	<b>Ca. +4</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Fachkräfte der Physiotherapie auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. 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 125**).

**Tabelle 125: Pendler in der Physiotherapie 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	817	697	36	44	10	30
Einpendler	488	306	24	59	84	15
<b>Saldo</b>	<b>-329</b>	<b>-391</b>	<b>-12</b>	<b>+15</b>	<b>+74</b>	<b>-15</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz dieses relativ hohen Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Physiotherapie erleidet der Brandenburger Arbeitsmarkt Fachkräfteverluste. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch die Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Der weitgehend in der Beziehung zu Berlin entstehende Saldo entspricht rund 8 Prozent des aktuellen Beschäftigtenumfangs.

### Relevante Lohnunterschiede zwischen beiden Bundesländern

Lohnunterschiede könnten ein gewichtiger Grund für Pendlerverhalten sein. Für die Beschäftigten in der Physiotherapie lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (ohne Auszubildende) zum Stichtag 31.12.2012

heranziehen.<sup>294</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>295</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Physiotherapeut/innen in Berlin bei 1.814 Euro und in Brandenburg bei 1.615 Euro; immerhin ein Unterschied von 200 Euro.<sup>296</sup> 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 in den letzten Jahren, so zeigt sich im Bereich der Masseur, 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.<sup>297</sup> Diese Entwicklung ist überraschend, als dass gleichzeitig zum Entgeltrückgang ein deutlicher Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen war. Es wäre zu vermuten gewesen, dass die verstärkte Nachfrage nach Fachkräften zumindest keine Einkommenseinbußen zur Folge haben. Deutlich wird, dass zumindest 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 ggf. in der Grundlohnsummenanbindung gefunden werden, die für die Vergütung aller Heilmittelerbringer konstitutiv ist.<sup>298</sup>

### **Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>299</sup> haben immerhin 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit, 45 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln.

Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 509 Personen eingestellt worden, davon knapp die Hälfte in Vollzeit (46 Prozent, 234 Vollzeitstellen). Ganz eindeutig überwiegt die Einstellung einer geringen Personenanzahl. 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.

---

<sup>294</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>295</sup> 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 Zensurierung 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

<sup>296</sup> Da ein relevanter Anteil an sv-beschäftigten Physiotherapeut/innen von Berlin nach Brandenburg pendelt, lässt sich die Relevanz der Lohnunterschiede auf Basis der vorhandenen Datenlage nicht abschätzen (hier wären vertiefende Analysen notwendig).

<sup>297</sup> Vgl. Wiethölter et. al (2013): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg, in IAB Regional Berlin-Brandenburg, 01/2013, S. 52ff.

<sup>298</sup> Zur Grundlohnsumme siehe Abschnitt 2.2.1

<sup>299</sup> Von den insgesamt 327 Einrichtungen, die angaben, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen zu beschäftigen, liegen 295 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Gut ein Viertel der befragten Einrichtungen (80 von 295, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen Physiotherapeut/innen hatten. Dies trifft auf Brandenburger Einrichtungen (37 %) eher zu als auf Berliner (21 %).

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. Von den 49 antwortenden Einrichtungen sind 48 diesem Einrichtungstyp zuzuordnen. Zugleich zeigt das Antwortverhalten, dass offene Stellen eher in Berlin als in Brandenburg nicht besetzt werden konnten.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt etwa gedauert hat. Auf diese Frage haben 148 Befragte geantwortet, in denen Physiotherapeut/innen beschäftigt sind. 24 Einrichtungen (16 Prozent) haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Ca. ein Drittel gibt an, dass sich die Besetzungsdauer auf maximal 6 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; ein Fünftel dementsprechend länger als ein halbes Jahr. Im Ländervergleich zeigt sich, dass Brandenburger Einrichtungen – und hier ausschließlich Physiotherapiepraxen – eine längere Zeit für die Stellenbesetzung benötigen als Berliner.

Die Befragungsergebnisse zu den offenen Stellen und der Besetzungsdauer lassen in der Zusammenführung keinen eindeutigen Schluss zu, in welchem Bundesland der sich abzeichnende Fachkräfteengpass deutlicher zu erkennen ist. Klar scheint aber zu sein, dass Praxen – d. h. Einrichtungen mit nur wenigen Beschäftigten – vergleichsweise große Stellenbesetzungsprobleme haben.

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Physiotherapie fort. Hierbei sind zum Teil Unterschiede zwischen den Berliner und den Brandenburger Einrichtungen zu erkennen. Während die Anzahl der bereits erfolgten Einstellungen ungefähr gleich ist, sind hinsichtlich der zum Befragungszeitpunkt noch geplanten Einstellungen anteilig die Berliner Einrichtungen stärker auf neue Einstellungen ausgerichtet. Von 120 Berliner Antwortenden gaben immerhin 83 an, noch mindestens eine Einstellung vornehmen zu wollen. Von den 81 Antwortenden mit Sitz in Brandenburg hatten dies 47 vor. Hinzu kommen fünf Antwortende mit Sitz in Berlin und Brandenburg, die bis auf eine Ausnahme alle (weitere) Einstellungen im Jahr 2014 planen.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Bereits heute zeigen sich erste Herausforderungen zur nachhaltigen Sicherung des Fachkräftebedarfs, wie sich sowohl an den offen gebliebenen Stellen als auch an der Besetzungsdauer ablesen lässt. Die Befunde der Befragung deuten darauf hin, dass eher Praxen nicht in der Lage sind, ihren Fachkräftebedarf in jedem Fall zu decken, was vor allen Dingen auf die Berliner Praxen zutrifft. Aber auch in Brandenburg gibt es Anzeichen einer sich verschärfenden Fachkräftesituation.

## Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Dieser für die einzelnen Einrichtungen negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Physiotherapeut/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist, wenn Physiotherapeut/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Zu diesem Aspekt stehen für die Physiotherapie allerdings keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen 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.<sup>300</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>301</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>302</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>303</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der Physiotherapie ableitbaren Erkenntnisse lassen eine hohe Berufstreue bzw. eine geringe Fluktuation plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinierten Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Physiotherapeut/innen sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeiten zugeordnet. Dies bedeutet, dass neben der Ausbildung in diesem Beruf die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten<sup>304</sup> über weitere Qualifikationen verfügen, die sie zur Ausübung des Berufes nutzen. Diese Spezialisierung kann mit weiteren Studienerkenntnissen (zu anderen Berufe) in Verbindung gebracht werden. So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Aufgrund der Spezialisierung im Bereich der Physiotherapie könnte dies als ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Umgekehrt könnte auch argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit endgültig ist.

Für eine höhere Fluktuation sprechen hingegen die übergeordneten Ergebnisse der Studien, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Physiotherapie ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen 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 Physiotherapie nur eingeschränkte Gültigkeit haben, da die Ausbildung von den Auszubildenden zum Teil selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation besteht, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der

---

<sup>300</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>301</sup> 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.

<sup>302</sup> 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.

<sup>303</sup> 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.

<sup>304</sup> Expertengespräche und Workshops verdeutlichen, dass dieser Umstand auch für selbständig Tätige zutrifft.

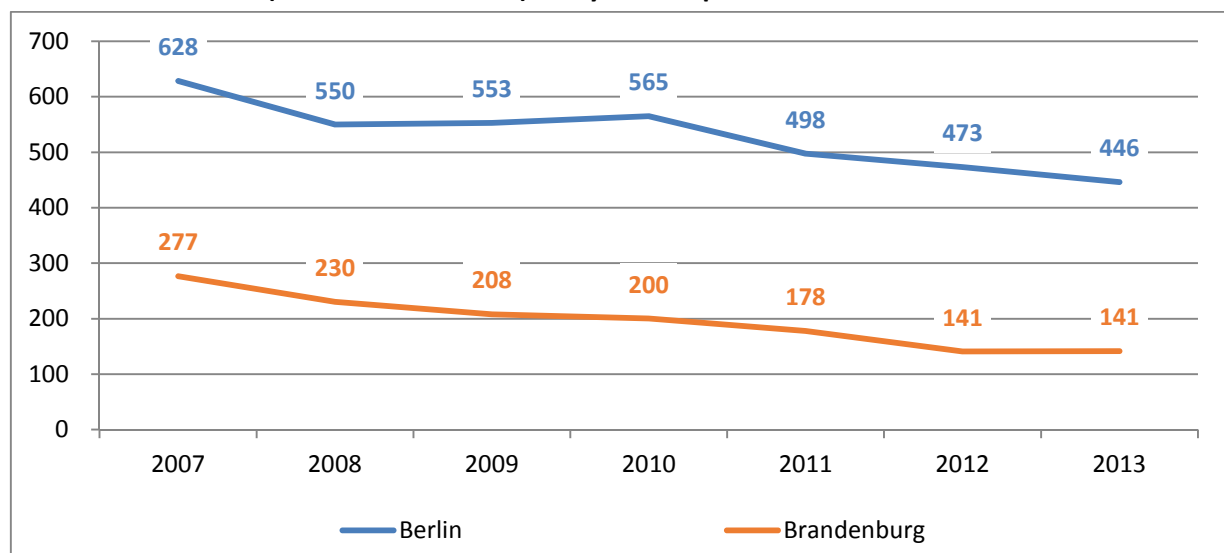
Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). In Berlin waren 15 Jahre nach Ausbildungsabschluss ca. 17 (eng) bzw. 9 Prozent (weit), in Brandenburg ca. 14 Prozent (eng) bzw. 2 Prozent (weit) aus dem Beruf ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

### 3.10.3 Arbeitskräfteangebot

#### Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 Physiotherapeut/in einen kontinuierlichen Rückgang der Arbeitslosenzahlen auf, der mit marginalen Ausnahmen sowohl für Berlin als auch für Brandenburg zu konstatieren ist (vgl. **Abbildung 34**).

**Abbildung 34: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Physiotherapie**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass in der Mehrzahl (zwischen 60 und knapp 70 Prozent) Tätigkeiten auf der Spezialistenebene als Zielberuf angegeben wurden, d. h. die arbeitslosen Personen verfügen neben dem Ausbildungsabschluss über weitere berufsrelevante Qualifikationen oder streben diese an. Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen war im Jahresdurchschnitt 2013 in den einzelnen Städten und Landkreisen Brandenburgs vor allem in den Landkreisen Barnim, Märkisch-Oderland und Potsdam überdurchschnittlich hoch. Hierbei handelt es sich zwar um relativ bevölkerungsreiche Städte und Landkreise, jedoch kann dies nicht der einzige Erklärungsansatz sein, da in ähnlich bevölkerten Regionen die Anzahl der Arbeitslosen zum Teil deutlich geringer ist. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen, da es sich um einen gemeinsamen Wirtschaftsraum handelt.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 126: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	446	156	183	65	26	17
Brandenburg	141	74	41	12	10	4
Berlin-Brandenburg	587	230	224	77	36	21
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	35,0	41,0	14,6	5,8	3,8
Brandenburg	100,0	52,5	29,1	8,5	7,1	2,8
Berlin-Brandenburg	100,0	39,2	38,2	13,1	6,1	3,6

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es, rein quantitativ betrachtet, durchaus Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Physiotherapie in Beschäftigung zu integrieren. Durch den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht darüber hinaus die Möglichkeit, dass diese Personen auch langfristig im Arbeitsmarkt verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Allerdings zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle insgesamt begrenzt sind: In Berlin kommen 51 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig 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.<sup>305</sup>

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>306</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 270 gemeldete Arbeitsstellen in der nicht ärztlichen Therapie und den Berufen der Heilkunde. In Brandenburg waren dies 351 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 45 Prozent (Berlin 50 Prozent, Brandenburg 42 Prozent). Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot.

### Rückläufige Ausbildungsaktivitäten bei steigenden Fachkräftebedarfen

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an zu besetzenden Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im

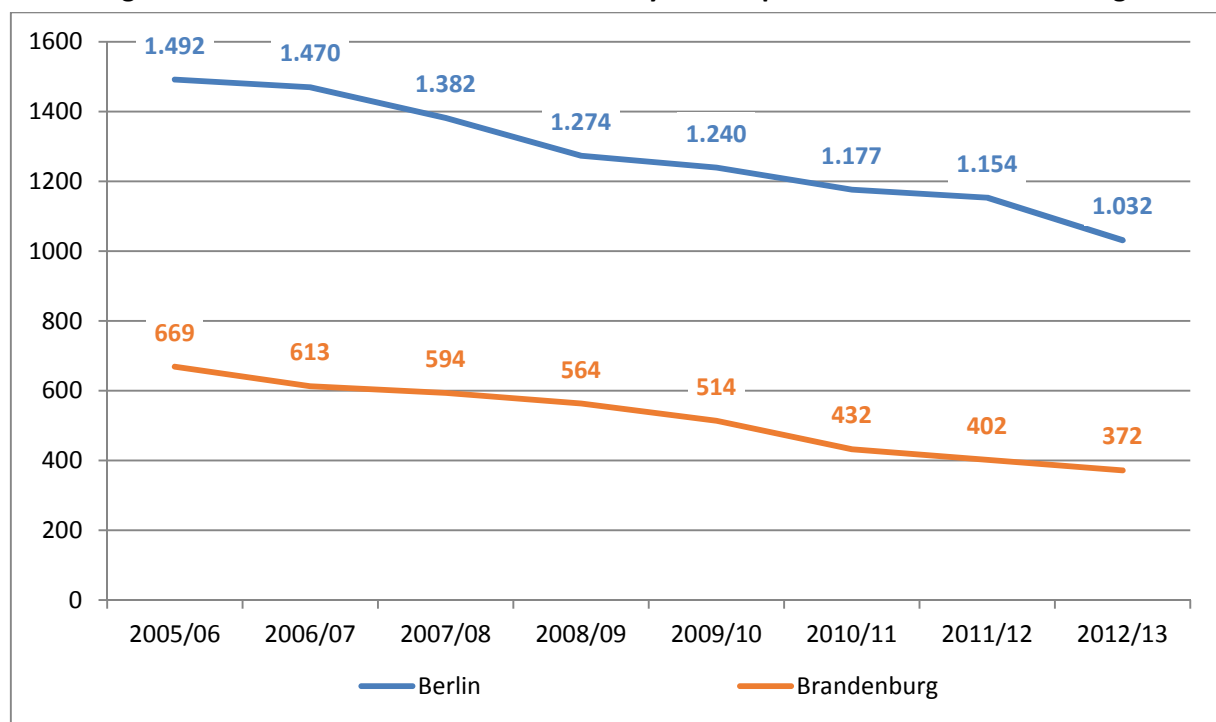
<sup>305</sup> Dies gilt auch, wenn die Selbständigen aus der Rechnung herausgenommen werden.

<sup>306</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>307</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die Physiotherapie kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs jedoch nicht profitieren – im Gegenteil. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>308</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 35 Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 35**). Diese rückläufige Entwicklung zeigt sich in beiden Bundesländern, wobei in Brandenburg der Rückgang mit 44 Prozent deutlich stärker ausfällt als in Berlin (31 Prozent). Eine Ursache kann die demographische Entwicklung sein, die in Brandenburg ungünstig ausfällt. Allerdings ist in Berlin im Betrachtungszeitraum ein Bevölkerungswachstum zu konstatieren, weshalb die rückläufigen Ausbildungszahlen nicht durch diesen Aspekt allein erklärt werden können.

**Abbildung 35: Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Die Physiotherapie ist der Beruf unter den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen, in dem die Ausbildungszahlen am deutlichsten rückläufig waren. Es fällt auch auf, dass in den medizinisch-therapeutischen Gesundheitsfachberufen Ergotherapie und Logopädie ebenfalls ein Rückgang zu konstatieren ist (wiederum deutlich stärker in Brandenburg als in Berlin). Eine Begründung für die rückläufige Tendenz in der Physiotherapie kann zumindest für Berlin in den Ausbildungsstrukturen und den damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen (kostenpflichtige Ausbildung in Berlin, in Brandenburg hingegen fallen nur zum Teil Gebühren an)<sup>309</sup> begründet sein. Allerdings ist dieses Argument für die Brandenburger Ausbildung nicht einschlägig, da dort keine Gebühren erhoben

<sup>307</sup> 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.

<sup>308</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013. In Brandenburg wird der rückläufige Trend der Ausbildungszahlen fortgesetzt.

<sup>309</sup> Die monatlichen Gebühren an den Berliner Physiotherapieschulen betragen zwischen 100 und ca. 350 Euro monatlich. Zum Teil kommen noch Kosten für Lehr- und Lernmittel hinzu. In Brandenburg gab es in den letzten Jahren ca. 200 pflegesatzfinanzierte Schulplätze. Die schulgeldfinanzierten Plätze nehmen ab.

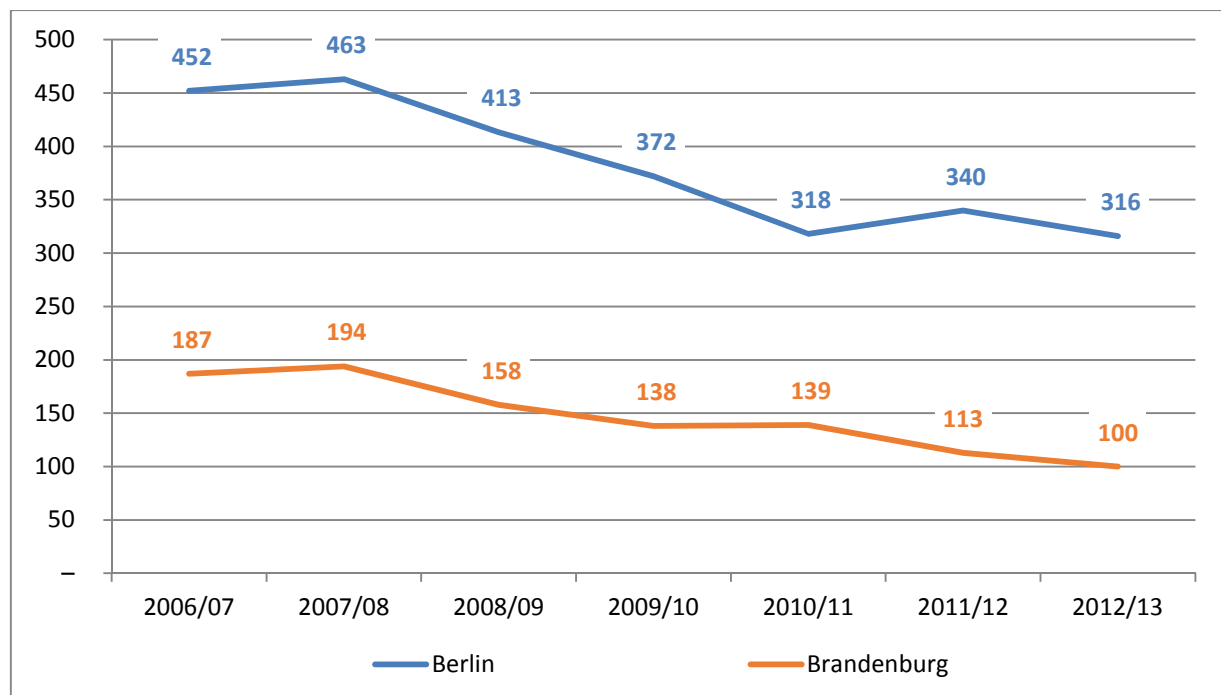


werden. Daher ist wahrscheinlich ein Bündel an Aspekten für die sinkenden Ausbildungszahlen verantwortlich.

Neben der berufsfachschulischen Ausbildung ist im Rahmen der Modellklausel 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 insgesamt ca. 110 Studierende eingeschrieben, die sich auf das erste, dritte, fünfte und siebte Semester verteilen. In Brandenburg waren zu diesem Zeitpunkt ca. 90 Studierende eingeschrieben (1. und 3. Semester). Bislang hat noch kein Student bzw. keine Studentin das Studium abgeschlossen.<sup>310</sup> Dennoch wird mittelfristig ein Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs durch die Studierendenzahlen aufgefangen.

Zu beachten ist ferner, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigen sich über die Jahre verteilt jeweils stark voneinander abweichende Quoten der Personen, die ihre Ausbildung vor Beendigung abgebrochen haben. Insgesamt schwanken die Anteile zwischen 9 und knapp 22 Prozent, ohne dass eine Tendenz im Zeitverlauf (2007/2008 bis 2013/2014)<sup>311</sup> zu erkennen ist. Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der Absolvent/innen in diesem Beruf. Die unterschiedlichen Abbruchquoten haben Einfluss auf die Absolventenzahlen, die die Ausbildung mit einem Abschlusszeugnis beenden. Diese gehen mit kleineren Schwankungen analog zur Gesamtentwicklung ebenfalls deutlich zurück (vgl. **Abbildung 36**).

**Abbildung 36: Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Weitere vergleichende Darstellungen der Situation in Berlin und Brandenburg zeigen, dass in beiden Bundesländern der Anteil der weiblichen Auszubildenden deutlich unter dem Anteil der

<sup>310</sup> 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.

<sup>311</sup> Für Brandenburg liegen Daten nur für die Ausbildungsjahre 2011/2012 und 2012/2013 vor.

sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt.<sup>312</sup> Das könnte durchaus ein Hinweis darauf sein, dass es der Physiotherapie mehr und mehr gelingt, die an anderer Stelle eingeforderte Zweigeschlechtlichkeit des Berufes voran zu bringen.

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 327 Antwortenden mit Beschäftigten aus der Physiotherapie gab etwas mehr als ein Viertel an, solche Plätze anzubieten. Damit werden in der Physiotherapie solche Plätze weniger häufig angeboten als in den anderen Therapieberufen. Dennoch wird das Angebot der schulischen Fachpraktika von einem Teil der Antwortenden auch zur Fachkräftegewinnung genutzt. So wurden in ca. 15 Prozent aller Fälle angegeben, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikantin bzw. einen Praktikanten übernommen zu haben. Auch hier wird in anderen Therapieberufen dieser Weg der Fachkräftegewinnung zum Teil deutlich häufiger beschritten.<sup>313</sup> Ein Grund für diese Befunde 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 zum einen nicht ausreichend Plätze anbieten können, zum zweiten aber auch die Ansprache einzelner Auszubildender erschwert wird.

### **Fachkräftebindung als Mittel der Fachkräftesicherung**

Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse hoch bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>314</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Fachkräfte zu halten. Dabei werden am häufigsten Maßnahmen umgesetzt, die auf die Flexibilisierung der Arbeitszeiten oder die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung abzielen. An dritter Stelle der genannten Maßnahmen stehen Angebote zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen gefolgt von zusätzlichen finanziellen Vergütungen. Die Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen fällt gleichmäßig aus.<sup>315</sup> Dies spricht dafür, dass es nicht *die* Maßnahme der Fachkräftebindung gibt. Auffällig ist jedoch, dass die Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigung auf Wunsch der Beschäftigten zwar von den Befragten (mit allerdings nur leichtem Vorsprung) am wirksamsten eingeschätzt, jedoch nur von der Hälfte der Einrichtungen tatsächlich umgesetzt wird bzw. werden kann (vgl. **Tabelle 127**)

---

<sup>312</sup> 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.

<sup>313</sup> Beispielsweise betrug der Anteil in der Podologie ca. 31 Prozent.

<sup>314</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Dementsprechend wurden für diese Auswertung nur diejenigen Antworten aus Einrichtungen herangezogen, in denen ausschließlich Physiotherapeut/innen beschäftigt sind. Einrichtungen mit zwei oder mehr Berufsgruppen (z. B. Krankenhäuser) finden sich in dieser Auswertung nicht wieder. Insgesamt handelt es sich um 253 Fälle.

<sup>315</sup> Nur der Wechsel in einen anderen Tätigkeitsbereich scheint in der Physiotherapie kaum möglich zu sein.

**Tabelle 127: Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Physiotherapie in den letzten zwei Jahren**

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit <sup>316</sup>
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	81,8	2,6
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	80,2	2,8
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	69,2	2,6
zusätzliche finanzielle Vergütungen	62,1	2,6
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	56,1	2,6
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	53,8	2,6
Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigung auf Wunsch der Beschäftigten	49,8	2,4
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	45,5	2,6
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	32,8	2,8
Gezielte Gesundheitsförderung	30,8	2,8
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	13,4	3,7
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	21,3	3,2
andere Maßnahmen	13,4	2,2

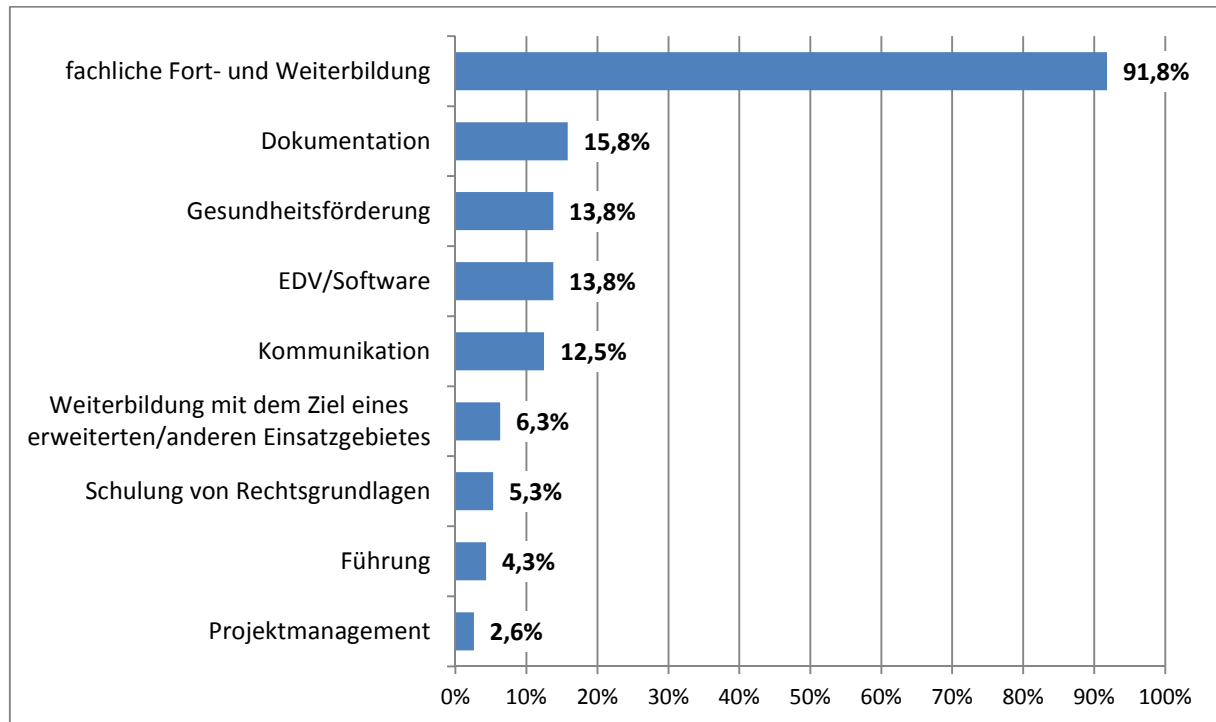
Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 306 Antwortenden vor, die Physiotherapeut/innen beschäftigten. Von diesen haben 299 angegeben, dass mindestens ein Physiotherapeut bzw. eine Physiotherapeutin im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. In der Mehrzahl wurden ein bis fünf Beschäftigte (größtenteils zwei bis drei) als Maßnahmeteilnehmende genannt. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in den Einrichtungen. Der hohe Anteil an Einrichtungen, die Fort- und Weiterbildungen angeboten haben, erklärt sich auch durch die gesetzliche Pflicht, sich regelmäßig weiterzubilden.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Physiotherapie fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 37**). Dieser Abstand ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen sogar noch ausgeprägter. Eine Erklärung hierfür mag in der hohen Anzahl der Praxen liegen, in denen Physiotherapeut/innen tätig sind. Hierdurch verändert sich auch die Relation zu anderen Einrichtungstypen wie z. B. Krankenhäusern, in denen nach deren Angaben verhältnismäßig häufig Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen EDV/Software (35 Prozent) oder Gesundheitsförderung (40 Prozent) umgesetzt wurden. Da zu diesem Aspekt jedoch nur 11 Antworten aus Krankenhäusern vorliegen, fallen diese Unterschiede zu den Praxen, die das Gesamtbild prägen, kaum ins Gewicht. Gleichwohl ist hiervon quantitativ ein nicht unerheblicher Anteil der Physiotherapeut/innen betroffen. Ein weiterer Erklärungsansatz für den hohen Anteil an fachlicher Fort- und Weiterbildung kann damit begründet werden, dass mit der Beendigung der Ausbildung nicht immer alle arbeitsmarktrelevanten Qualifikationen vorhanden sind. Dieser Aspekt spielt in der Physiotherapie eine relevante Rolle. Im Vergleich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg gibt es keine gravierenden Unterschiede.

<sup>316</sup> Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet.

**Abbildung 37: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Physiotherapie**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.10.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage

#### Stabile bis steigende Beschäftigungserwartung für die nächsten Jahre

In der Physiotherapie kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Physiotherapeut/innen (vgl. **Tabelle 120**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Physiotherapeut/innen tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Physiotherapeut/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, sogar auf über ein Drittel. 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 128: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapeut/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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

Regionale Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg sind bei diesen Einschätzungen kaum festzustellen. Unterschiedliche Erwartungen sind vor allem beim Vergleich nach Einrichtungstypen zu erkennen. Es zeigt sich, dass vor allem in Praxen ein Beschäftigungszuwachs erwartet wird, während fast alle Krankenhäuser von einem etwa gleichbleibenden Bestand an Beschäftigten in der Physiotherapie ausgehen.<sup>317</sup>

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (KldB) 2010 im Jahre 2012 waren die Physiotherapeuten 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. 65 Prozent dieser Gruppe den Physiotherapeuten zugerechnet werden können.

**Tabelle 129: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>10.318</b>	<b>10.346</b>	<b>10.623</b>	<b>11.213</b>	<b>11.879</b>	<b>12.748</b>	<b>13.790</b>	<b>14.614</b>	<b>15.271</b>

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 129**). Da rd. zwei Drittel dieser Berufsgruppe der Physiotherapie zuzurechnen sind, kann davon ausgegangen werden, dass sie auch weitgehend dieses Wachstumstempo bestimmt haben. Die in **Tabelle 120** 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 in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Physiotherapie eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von fünf Prozent angenommen werden.

Die Wachstumsrate von fünf 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. Angesichts vieler Ungewissheiten der künftigen Ausgestaltung und Wirkung der Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die Beschäftigungssituation in

<sup>317</sup> Das korrespondiert mit dem Trend der zunehmenden Auslagerung therapeutischer Leistungen durch die Krankenhäuser.

der Physiotherapie haben, werden nachfolgend zwei Projektionen der möglichen weiteren Bestandsentwicklung in dieser Tätigkeitsgruppe vorgestellt.

### **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. 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 der Physiotherapie bringen. Ebenso begrenzt die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Wachstumschancen für den Leistungsmarkt der Physiotherapie. Es ist gegenwärtig auch nicht erkennbar, dass sich die Politik in der nächsten Zeit mit der Verbesserung der Attraktivität der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe befassen und wirksame Schritte beschließen wird.

Die oben dargestellten Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen zeigen zwar 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 Fachexpert/innen deutlich.

In der Projektion unter Status quo Annahme wird daher davon ausgegangen, dass sich in den nächsten Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum in der Physiotherapie deutlich abschwächt und von fünf Prozent auf zwei 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.

### **Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen**

Entgegen den gegenwärtigen 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 neue Wachstumstreiber Breitenwirkung erzielen. Es ist wahrscheinlich, 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.

### **Beschäftigungswachstum und damit Erweiterungsbedarf an Fachkräften bei beiden Projektionsszenarien**

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

**Tabelle 130: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>14.500</b>	<b>16.700</b>	<b>21.200</b>	<b>27.200</b>	<b>14.500</b>	<b>20.400</b>	<b>28.700</b>	<b>40.200</b>

Quelle: eigene Berechnungen; Angaben für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Selbständige

Selbst unter Status quo Annahmen ist eine deutliche Steigerung des Beschäftigtenbestandes in der Physiotherapie zu erwarten. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Physiotherapeut/innen in Berlin und Brandenburg auf rund 27.000 Erwerbstätige fast verdoppeln und damit einen zusätzlichen Bedarf an Fachkräften dieser Profession in der Größenordnung der heute Beschäftigten auslösen (vgl. **Tabelle 130**). Bereits im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 2.000 Fachkräften. Im darauf folgenden Zeitraum bis 2030 kommt Erweiterungsbedarf in der Größenordnung von weiteren 10.000 Fachkräften hinzu.

In der Entwicklungsvariante unter beschleunigenden Wachstumsbedingungen wird sich der Beschäftigtenbestand in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln – auf rund 40.000 Fachkräfte – und damit einen zusätzlichen Bedarf an Physiotherapeut/innen zur Folge haben, der die Anzahl der heute Beschäftigten sogar noch übersteigt. Bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 6.000 Fachkräften und anschließend bis 2030 von weiteren 20.000 Fachkräften.

#### **Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Nachfrage durch den Erweiterungsbedarf**

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Wie erläutert können zwei Hauptgründe entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Die überdurchschnittlich junge Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Physiotherapie 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 altersbedingter Ersatzbedarf bei den SV-Beschäftigten erkennbar. Bis 2020 muss mit mindestens 1.000 altersbedingt ausscheidenden Fachkräften gerechnet werden. Im darauf folgenden Jahrzehnt bis 2030 kommen weitere rund 1.500 Beschäftigte hinzu. Dieser Ersatzbedarf fällt in Berlin auch anteilig gesehen etwas höher aus.

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist auch die Altersstruktur der freiberuflich Tätigen Physiotherapeut/innen zu beachten. Angesichts der vorliegenden Datenlage (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 hier angenommen, dass rund 10 Prozent der

Beschäftigten in der Physiotherapie in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 3.000 bis 3.500 Physiotherapeut/innen bis 2030 abgeleitet werden.

### Hohe Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für eine berufliche Tätigkeit in der Physiotherapie zur Verfügung stehenden Fachkräften geht ein enormer Anstieg des Bedarfs an Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung. Der hier nur eine untergeordnete Rolle spielende altersbedingte Ersatzbedarf ist dagegen eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung.

**Tabelle 131: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Physiotherapeuten 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>7.700</b>	<b>15.600</b>	<b>2.600</b>	<b>2.400</b>	<b>12.700</b>	<b>20.600</b>

<b>Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>5.000</b>	<b>10.100</b>	<b>1.500</b>	<b>1.100</b>	<b>7.600</b>	<b>12.700</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>12.700</b>	<b>25.700</b>	<b>4.100</b>	<b>3.500</b>	<b>20.300</b>	<b>33.300</b>

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

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 wird (vgl. Tabelle 131).

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist durchaus relevant, sodass hier prinzipiell eine mögliche Quelle zur Deckung bereit steht. Allerdings ist plausibel anzunehmen, dass nicht alle Arbeitslosen für eine solche Tätigkeit gewonnen werden können. 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 – eine Verstetigung der primärqualifizierenden Studiengänge vorausgesetzt – in einigen Jahren ca. 80 weitere Fachkräfte mit Hochschulabschluss jährlich. 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 zu konstatieren (Szenario A). 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 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.

### **3.10.5 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 Reallohnverlusten 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 und zum Teil durch Mittel der Ausbildungsträger ergänzt 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 Ärzt/innen 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 bestandenen 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 Absolventen (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 verschiedenen Zusammenhängen wurde die ähnliche Problem- und Interessenlage der 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.

### 3.11 Ergotherapeutinnen und -therapeuten

#### 3.11.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>318</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	<p>Ergotherapeut/innen beraten, behandeln und fördern Patienten jeden Alters, die durch eine physische oder psychische Erkrankung, durch eine Behinderung oder durch eine Entwicklungsverzögerung in ihrer Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit beeinträchtigt bzw. von Einschränkungen bedroht sind. Sie erarbeiten individuelle Behandlungspläne und führen Therapien sowie Maßnahmen der Prävention durch.</p> <p>Ergotherapeut/innen arbeiten in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Einrichtungen, Gesundheitszentren, Sozialstationen oder auch in speziellen Praxen für Ergotherapie. Ebenso sind sie in Altenheimen, Tages- oder Wohnheimen für Menschen mit Behinderung, ambulanten Diensten sowie in pädagogischen Einrichtungen wie Sonderschulen und Frühförderzentren tätig.</p>
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Ergotherapeutin bzw. zum Ergotherapeuten ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen für Ergotherapie statt.</p> <p>Zur Ausbildung wird zugelassen, wer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• eine abgeschlossene Realschulbildung,</li><li>• eine andere gleichwertige Ausbildung oder</li><li>• eine nach Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer nachweist.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst 2.700 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.700 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p> <p>Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 ist im Rahmen der Modellklausel nach § 4 Abs. 5 des Ergotherapeutengesetzes auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich (primärqualifizierender Studiengänge). Aktuell werden solche Modellstudiengänge an zwei Hochschulen im Land Berlin angeboten.</p>

<sup>318</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Ergotherapie durch positive Entwicklungsmöglichkeiten aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p><i>Wachstumstreiber:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Prävention (ambulante vor stationärer Versorgung)</li> <li>• Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsformen</li> <li>• Steigende Nachfrage infolge des demografischen Wandels (z. B. Multimorbidität, Demenzerkrankungen)</li> </ul> <p><i>Wachstumsbedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lösung des Fachkräfteproblems (bilden, halten, gewinnen)</li> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (Qualifizierung, Vergütung etc.)</li> <li>• Einbindung der Therapieberufe als gleichwertiger Partner in komplexen Versorgungsstrukturen</li> </ul> <p>Wenn es gelingt, die strukturellen Rahmenbedingungen der Therapieberufe nachhaltig zu verbessern, ergeben sich relevante Wachstumschancen und Entwicklungsoptionen für eine moderne gesundheitliche wie pflegerische Versorgung.</p>
<p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und der Ergotherapie im Besondern verweist eher auf eine „Prekarisierung“ der Therapieberufe. Auch hier sind „Prekarisierungstreiber“ und „Prekarisierungseffekte“ zu unterscheiden:</p> <p><i>„Prekarisierungstreiber“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebsökonomisches Kalkül der „big player“ der Gesundheitswirtschaft</li> <li>• Bundes- und landesspezifische sowie komplexe rechtliche Rahmenbedingungen</li> <li>• Schwache Interessenvertretungen auf Seiten der Therapieberufe</li> </ul> <p><i>„Prekarisierungseffekte“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitere Verschlechterung der beruflichen Rahmenbedingungen</li> <li>• Zuspitzung der Fachkräfteproblematik</li> <li>• Versorgungslücken, ungenutzte Wachstumspotenziale</li> <li>• eingeschränkte Gestaltungsspielräume bei der Modernisierung der gesundheitlich-/pflegerischen Versorgung</li> </ul>

### 3.11.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Relevante Beschäftigtenzahlen und deutliches Beschäftigungswachstum

In Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 3.700 Ergotherapeut/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren gut drei Fünftel in Berlin und knapp zwei Fünftel in Brandenburg tätig. Allerdings sind neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auch die selbständig Tätigen Personen hinzuzuzählen. Zu dieser Erwerbsform liegen sowohl für Berlin als auch für Brandenburg keine verlässlichen Zahlen vor. Gleichwohl lässt sich anhand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungszahlen konstatieren, dass es sich in der Ergotherapie quantitativ um den zweitgrößten der untersuchten Therapieberufe handelt. Gleichwohl besteht zu den Gesundheitsfachberufen mit den meisten Erwerbstätigen ein beträchtlicher Abstand.

Die Beschäftigungsentwicklung in der Ergotherapie ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg durch Wachstum gekennzeichnet(vgl. **Tabelle 132**).<sup>319</sup>

**Tabelle 132: Sozialversicherungspflichtige 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	30.09.2014
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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>3.404</b>	<b>3.484</b>	<b>3.535</b>	<b>3.595</b>	<b>3.668</b>	<b>3.715</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Ergotherapie weisen ein sehr hohes Qualifikationsniveau auf. Über 98 Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ergotherapeut/innen entsprechen der Qualifikationsstufe Spezialist, dementsprechend gering sind die Anteile der anderen Anforderungsniveaus<sup>320</sup> (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 171 Einrichtungen an, Ergotherapeuten zu beschäftigen. Von ihnen haben 82 ihren Sitz in Berlin und 87 in Brandenburg. Weitere zwei Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Dabei handelt es sich überwiegend um Praxen und Krankenhäuser. In etwas geringerem Ausmaße gaben auch Pflegeeinrichtungen an, Ergotherapeut/innen zu beschäftigen. Andere Einrichtungstypen spielen insgesamt gesehen nur eine marginale Rolle. 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 8 Antwortende, die mindestens 15 Personen in diesem Beruf beschäftigen.

<sup>319</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Ergotherapie bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.11.4

<sup>320</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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 hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Ergotherapie sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Frauenanteil liegt sogar höher als im Durchschnitt aller untersuchten Berufe, was sich vor allem durch die Differenz zum Berliner Durchschnitt erklärt (vgl. **Tabelle 133**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Ergotherapie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 88 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den anderen untersuchten Berufen am oberen Ende.<sup>321</sup> Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten wenig.<sup>322</sup>

**Tabelle 133: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Ergotherapie**

Bundesland / Region	Gesamt	Davon Frauen		Vergleich: Frauenanteil der untersuchten Berufe in Prozent
		Anzahl	Anteil in Prozent	
Berlin	<b>2.151</b>	1.883	87,5	79,9
Brandenburg	<b>1.333</b>	1.196	89,7	84,9
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>3.484</b>	<b>3.079</b>	<b>88,4</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Dies ist auch in der Ergotherapie zu beobachten. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>323</sup> Am stärksten ausgeprägt ist die Teilzeitbeschäftigung in den Helfertätigkeiten sowie den Therapieberufen, also auch der Ergotherapie. Anders als bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 134**).<sup>324</sup>

<sup>321</sup> Der Frauenanteil in der Logopädie, der Podologie, der Geburtshilfe sowie der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten liegt noch höher.

<sup>322</sup> Gleichwohl sind die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent (vgl. Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014). In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sein, einer Berufstätigkeit nachzugehen.

<sup>323</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).

<sup>324</sup> Unterschiede lassen sich auch bei der Betrachtung der Teilzeitquote nach Geschlecht feststellen. In Berlin (44,4 Prozent) und in Brandenburg (35,0 Prozent) liegen die Teilzeitquoten der Männer deutlich unter der Teilzeitquote der Frauen. Unklar bleibt jedoch, woraus der Unterschied in der Teilzeitquote in Berlin und Brandenburg resultiert.

**Tabelle 134: Sozialversicherungspflichtige 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	<b>2.151</b>	1.317	61,2	44,3
Brandenburg	<b>1.333</b>	643	48,2	46,2
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>3.484</b>	<b>1.960</b>	<b>56,3</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Unterschiede gibt es bei der Betrachtung der Geschlechter. So sind die Teilzeitquoten bei Männern sowohl in Berlin (32,7 Prozent) als auch in Brandenburg (37,2 Prozent) niedriger als die Teilzeitquote der Frauen. Besonders gravierend fällt der Unterschied in Brandenburg aus.

Der Unterschied in der Teilzeitquote insgesamt deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Dies kann wiederum mit der vergleichsweise guten Kinderbetreuungssituation in Brandenburg zusammenhängen. Allerdings ist der Unterschied zwischen den beiden Bundesländern in der Ergotherapie beträchtlich.<sup>325</sup> 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.

#### Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der ausgesprochen hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Ergotherapie im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl. **Tabelle 135**). Über die Hälfte der sv-pflichtig Beschäftigten ist unter 35 Jahre alt. Damit handelt es sich um einen sehr „jungen“ Beruf.

**Tabelle 135: Sozialversicherungspflichtig 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	<b>2.151</b>	1.046	660	227	218 <sup>326</sup>	
Brandenburg	<b>1.333</b>	737	383	103	74	36
Berlin-Brandenburg	<b>3.484</b>	<b>1.783</b>	<b>1.043</b>	<b>330</b>	<b>328</b>	
Angaben in Prozent						
Berlin	<b>100,0</b>	48,6	30,7	10,6	10,1	
Brandenburg	<b>100,0</b>	55,3	28,7	7,7	5,6	2,7
Berlin-Brandenburg	<b>100,0</b>	<b>51,2</b>	<b>29,9</b>	<b>9,5</b>	<b>9,4</b>	
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

<sup>325</sup> 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.

<sup>326</sup> 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. -

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen auch die Selbständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der Selbständigen liegen jedoch keine offiziellen Daten vor. Ebenso wenig ließen sich Hinweise auf die Altersstruktur durch andere Datenquellen nutzen. Werden jedoch die Angaben zur Altersstruktur der Selbständigen in anderen Therapieberufen auf die Ergotherapie 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigter 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 in dieser Tätigkeit 233 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 120 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Diese Relation entspricht ungefähr den Anteilen beider Länder an der Gesamtzahl der in Region tätigen Ergotherapeut/innen (zwei Drittel in Berlin und ein Drittel in Brandenburg). Die Ausprägung der gemeinsamen Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wird somit in der Ergotherapie sichtbar.

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. Dies verdeutlicht die Sogwirkung Berlins.

**Tabelle 136: Pendler in der Ergotherapie 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	141	120	-	3	*	18
Einpendler	294	233	10	14	5	32
<b>Saldo</b>	<b>+153</b>	<b>+113</b>	<b>+10</b>	<b>+11</b>	<b>Ca. +5</b>	<b>+14</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Pendeln setzt in der Regel relativ kurze Wege zwischen Wohn- und Arbeitsort voraus. Dementsprechend pendeln Fachkräfte der Ergotherapie auch zwischen Brandenburg und seinen Nachbarländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und in etwas geringerem Umfang Mecklenburg-Vorpommern. Zusammen mit den Einpendlern aus diesen Ländern erhöht sich der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Ergotherapeut/innen in Brandenburg auf 17 Prozent und erreicht damit sogar einen etwas höheren Wert als in Berlin mit ca. 14 Prozent (vgl. **Tabelle 136** und **Tabelle 137**).



**Tabelle 137: Pendler in der Ergotherapie 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	289	233	11	19	7	19
Einpendler	222	120	6	48	37	11
<b>Saldo</b>	<b>-67</b>	<b>-113</b>	<b>-5</b>	<b>+29</b>	<b>+30</b>	<b>-8</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Trotz dieses relativ hohen Anteils der Einpendler an den im Land Beschäftigten der Ergotherapie ist insgesamt ein negatives Pendlersaldo in Brandenburg festzustellen, was zu einem entsprechenden Fachkräfteverlust führt. In der Saldierung von Einpendler- und Auspendlerströmen können die hohen Auspendlerzahlen nach Berlin nicht durch die Fachkräftegewinne aus den Beziehungen zu den anderen Nachbarländern ausgeglichen werden. Allerdings fällt dieser Saldo – auch im Vergleich zu anderen untersuchten Berufen – gering aus.

Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Ein überregionaler Arbeitsmarkt zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ab. Arbeitsmigration wird entsprechend nur einen geringen Beitrag zur Lösung entstehenden Fachkräfteengpässe leisten können.

### Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>327</sup> haben immerhin ein Drittel der Antwortenden in Vollzeit, 43 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln.

Insgesamt sind im Jahr 2013 von den antwortenden Einrichtungen 247 Personen eingestellt worden, davon vierzig Prozent in Vollzeit (100 Vollzeitstellen). Ganz eindeutig überwiegt die Einstellung einer geringen Personenanzahl. 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.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Gut ein Viertel der befragten Einrichtungen (39 von 136, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellenden Ergotherapeut/innen hatten. Auch hier lassen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern feststellen.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich auch daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerberinnen und Bewerber nicht besetzt werden konnte. Hierbei zeigt sich ein uneinheitliches Bild, das auf einen teilweisen Fachkräfteengpass hindeutet. Übergeordnet ist festzuhalten, dass die Anzahl der offen gebliebenen Stellen nach Angaben der

<sup>327</sup> Von den insgesamt 163 Antwortenden, die angaben, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zu beschäftigen, liegen 136 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor. Die Anzahl der von den Antwortenden erfassten Einrichtungen kann höher sein.

Antwortenden gering und insgesamt nicht gravierend ist (23 offen gebliebene Stellen). Bei den Einrichtungen mit offen gebliebenen Stellen handelt es sich ausschließlich um Praxen. In der Regel wird von den diesen Einrichtungen angegeben, dass eine Stelle offen geblieben sei. Auch wenn die Gesamtzahl der offenen Stellen noch nicht auf einen generellen Fachkräfteengpass schließen lässt, so zeigt die Betrachtung nach Bundesländern deutliche Unterschiede im Antwortverhalten. In Berlin geben nur sechs Prozent der Befragten an, aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offene Stellen nicht besetzt zu haben; in Brandenburg beträgt dieser Anteil immerhin rund 18 Prozent. Diese Diskrepanz deutet auf bereits jetzt sich abzeichnende Fachkräfteengpässe in der ergotherapeutischen Versorgung in Brandenburg hin, während die Situation in Berlin vergleichsweise solide ist.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt etwa gedauert hat. Auf diese Frage haben 106 Befragte geantwortet, in denen Ergotherapeut/innen beschäftigt sind. 43 Einrichtungen (40 Prozent) haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Die Einrichtungen, die angegeben haben, dass die Besetzung einer offenen Stelle mindestens eine Woche oder mehr dauert, geben eine Spanne zwischen 1 und maximal 52 Wochen an. Zwischen diesen beiden Polen sind die Antworten sehr breit gestreut, liegen aber fast ausschließlich im Zeitraum von 26 Wochen, d. h. eines halben Jahres. Jedoch gibt es von Brandenburger Einrichtungen vereinzelte Antworten, dass die Besetzungsdauer diesen Zeitraum überschreitet. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Praxen. Dies verfestigt das Bild des stärkeren Fachkräftebedarfs in Brandenburger Praxen.

Die Befragungsergebnisse zu den offenen Stellen und der Besetzungsdauer lassen in der Zusammenführung 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.

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Ergotherapie fort. Ein gutes Drittel der Einrichtungen hat Einstellungen vorgenommen, weitere 44 Prozent planen Einstellungen (hierbei kann es sich um die gleichen Einrichtungen handeln) im Jahr 2014. Hierbei sind zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Berliner und den Brandenburger Einrichtungen zu erkennen. Während der Anteil der Einrichtungen, die im Jahr 2014 Einstellungen planen, mit 45 Prozent (Berlin) bzw. 42 Prozent (Brandenburg) ungefähr gleich ist, wurden in Berliner Einrichtungen bereits deutlich häufiger und mehr Einstellungen realisiert.<sup>328</sup> Die Anteile der Einrichtungen mit bereits erfolgten Einstellungen beträgt in Berlin 48 Prozent gegenüber 22 Prozent in Brandenburg. Diese Unterschiede werden nicht nur anteilig, sondern auch bei der Anzahl der bereits erfolgten und noch geplanten Einstellungen deutlich. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Brandenburger Einrichtungen die von ihnen geplanten Einstellungen noch nicht im entsprechenden Umfang realisieren konnten.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Bereits heute zeigen sich erste Herausforderungen zur nachhaltigen Sicherung des Fachkräftebedarfs, der vor allem in Brandenburg sichtbar ist. In Berlin hingegen scheinen die Einrichtungen bislang noch wenige Probleme zu haben, ihre Fachkräftebedarfe in der Ergotherapie zu decken. Unabhängig vom Bundesland deuten die Befunde der Befragung darauf hin, dass eher Praxen Schwierigkeiten bei der Suche nach neuem Personal haben.

### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

---

<sup>328</sup> Zu dieser Frage liegen insgesamt 132 Antworten vor, davon 64 in Brandenburg.

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Die Fluktuation ist somit ein Strukturelement jeden Berufs. Dieser für die einzelnen Einrichtungen negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Ergotherapeut/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Ergotherapeut/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Zu diesem Aspekt stehen für die Ergotherapie keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen 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.<sup>329</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>330</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>331</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>332</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der Ergotherapie ableitbaren Erkenntnisse lassen eine relativ hohe Berufstreue bzw. eine geringe Fluktuationsrate 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. Dies bedeutet, dass neben der Ausbildung in diesem Beruf die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten<sup>333</sup> über weitere Qualifikationen verfügen, die sie zur Ausübung des Berufes nutzen.

Diese Spezialisierung kann ggf. auch mit weiteren Studienerkenntnissen (zu anderen Berufe) in Verbindung gebracht werden. So 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. Umgekehrt könnte auch argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit auch endgültig ist.

Für eine höhere Fluktuation sprechen hingegen die übergeordneten Ergebnisse der Studien, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Ergotherapie ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen 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 Ergotherapie nur eingeschränkte Gültigkeit haben, da die Ausbildung von den Auszubildenden selber finanziert wird und daher eine hohe Motivation besteht, diesen Gesundheitsfachberuf auszuüben.

Eine Ursache für einen Berufswechsel kann auch im Lohnniveau begründet liegen. Für die Beschäftigten in der Ergotherapie lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der

---

<sup>329</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>330</sup> 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.

<sup>331</sup> 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.

<sup>332</sup> 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.

<sup>333</sup> Expertengespräche und Workshops verdeutlichen, dass dieser Umstand auch für selbständig Tätige zutreffend ist.

sozialversicherungspflichtig 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.<sup>334</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>335</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei 2.178 Euro. Dies liegt etwas über dem Niveau in der Physiotherapie und der Logopädie, aber unter dem Medianentgelt der Hilfstätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. 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.<sup>336</sup>

Durch die hohe Quote an Abiturient/innen scheint darüber hinaus ein nicht unerheblicher, wenn auch nicht näher zu quantifizierender, Anteil der Auszubildenden nach Abschluss der Ausbildung ein Studium zu beginnen. Nicht immer handelt es sich nach Experteneinschätzungen um akademische Ausbildungen, die mit der medizinischen Versorgung in Zusammenhang stehen<sup>337</sup> und daher ebenfalls als Fluktuation zu bewerten sind.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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.). Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

### 3.11.3 Arbeitskräfteangebot

#### Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 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 jedoch an (vgl. **Abbildung 38**).

---

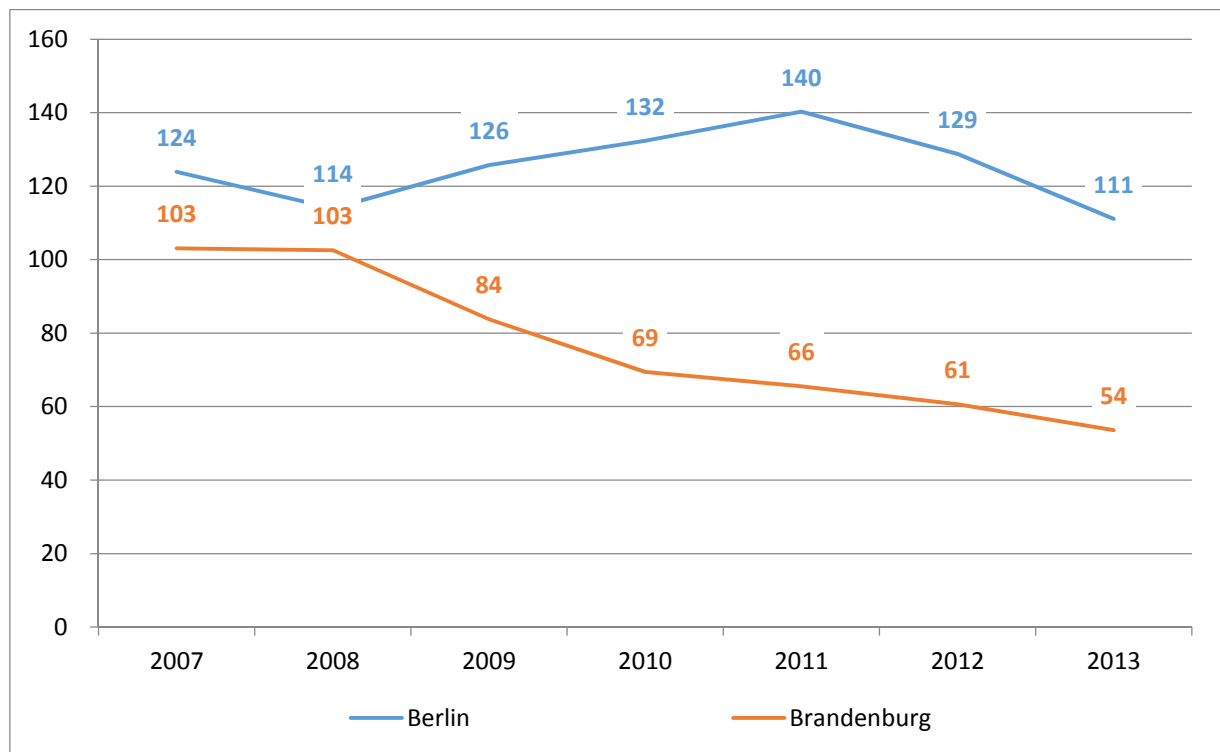
<sup>334</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>335</sup> 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 Zensurierung 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

<sup>336</sup> 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.

<sup>337</sup> Genannt wurden von Experten unter anderem Medizin, Psychologie, Erziehungswissenschaften und Sonderpädagogik als gängige anschließende Studienfächer.

**Abbildung 38: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Ergotherapie**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass fast ausschließlich Tätigkeiten auf der Spezialistenebene als Zielberuf angegeben wurden, d. h. die arbeitslosen Personen verfügen neben dem Ausbildungsabschluss über weitere berufsrelevante Qualifikationen oder streben diese an. In Brandenburg waren im Jahresdurchschnitt 2013 in den einzelnen Städten und Landkreisen zwischen einer und sieben Personen arbeitslos gemeldet. Diese Angaben werden für das Land Berlin nicht nach Bezirken ausgewiesen, da es sich um einen gemeinsamen Wirtschaftsraum handelt.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 138: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	111	48	37	13	7	7
Brandenburg	54	26	20	5	3	0
Berlin-Brandenburg	165	74	57	18	10	7
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	43,2	33,3	11,7	6,3	6,3
Brandenburg	100,0	48,1	37,0	9,3	5,6	0,0
Berlin-Brandenburg	100,0	44,8	34,5	10,9	6,1	4,2

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass der Bestand an arbeitslosen Personen mit einem Zielberuf in der Ergotherapie klein ist. Dementsprechend klein ist das Potenzial, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Ergotherapie in Beschäftigung zu integrieren. Durch den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht allerdings die Möglichkeit, dass diese Personen langfristig im Arbeitsmarkt verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Insgesamt ist der Spielraum zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle jedoch eng begrenzt, wie sich anhand der Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten zeigen lässt: In Berlin kommen 48 Arbeitslose auf 1.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, in Brandenburg liegt die Relation bei knapp 41 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.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>338</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 270 gemeldete Arbeitsstellen in der nicht ärztlichen Therapie und den Berufen der Heilkunde. In Brandenburg waren dies 351 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 45 Prozent (Berlin 50 Prozent, Brandenburg 42 Prozent). Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot auf Seiten der Arbeitssuchenden.

### Gegenläufige Ausbildungsaktivitäten in Berlin und Brandenburg

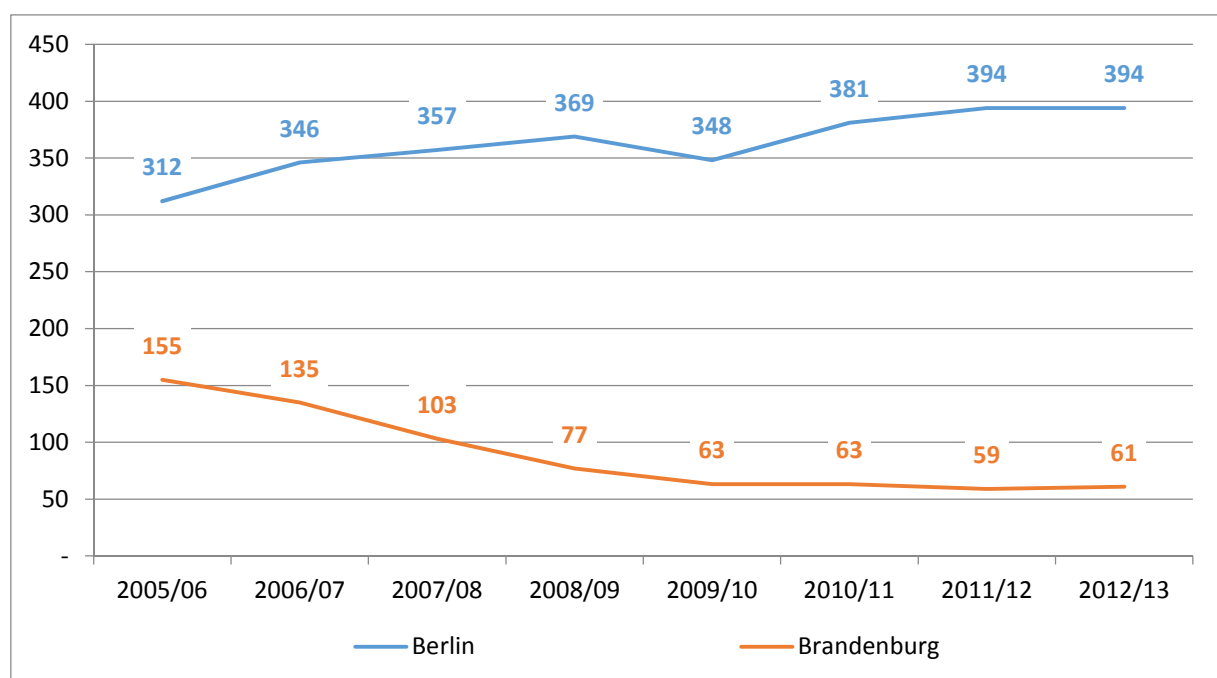
Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig genügend Nachwuchskräfte gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750

<sup>338</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>339</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg.

Die Ergotherapie kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs insgesamt betrachtet nicht profitieren. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>340</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 3 Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 39**). Diese rückläufige Entwicklung ist jedoch ausschließlich durch die Ausbildungszahlen in Brandenburg begründet – hier sank die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze sehr deutlich um 61 Prozent im angegebenen Zeitraum.<sup>341</sup> Diesen enormen Rückgang kann auch die positive Entwicklung der Ausbildungszahlen in Berlin nicht auffangen, die mit 26 Prozent (von 312 auf 394 Plätze) deutlich ausfällt. Eine Ursache für die unterschiedliche Entwicklung kann sicherlich in der demografischen Entwicklung begründet sein, die in Brandenburg etwas stärker zu Buche schlägt. Jedoch erklärt dies alleine nicht den eklatanten Unterschied zwischen den beiden Bundesländern.

**Abbildung 39: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Mit diesem insgesamt leichten Rückgang ist die Ergotherapie einer der fünf Berufe unter den hier untersuchten Gesundheitsfachberufen, in dem die Ausbildungszahlen gesunken sind. Es fällt auch auf, dass in den Therapieberufen (hier am stärksten die Physiotherapie und Logopädie, mit Ausnahme allerdings der Podologie) ebenfalls ein Rückgang zu konstatieren ist (wiederum deutlich stärker in Brandenburg als in Berlin). Eine Begründung für die rückläufige Tendenz in der Ergotherapie in Brandenburg kann durch das vorhandene Angebot begründet werden. Derzeit gibt es nur eine Schule für Ergotherapie. Eventuell interessierte Schüler/innen könnten ggf. aufgrund der räumlichen Nähe

<sup>339</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>340</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013. In Brandenburg wird der rückläufige Trend der Ausbildungszahlen fortgesetzt.

<sup>341</sup> Auch im Schuljahr 2013/2014 ist die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze noch einmal gesunken.

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 (kostenpflichtige Ausbildung in Berlin, in Brandenburg hingegen fallen keine Gebühren an)<sup>342</sup> 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.<sup>343</sup>

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.<sup>344</sup>

Zu beachten ist ferner, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigt sich über die Jahre verteilt ein – mit einzelnen Ausreißern – relativ konstanter Verlauf in dem Sinne, dass ca. drei Prozent eines Jahrgangs die Abschlussprüfung nicht bestehen und ca. 9 Prozent die Ausbildung zuvor abgebrochen haben.<sup>345</sup> Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der erfolgreichen Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf.

Die unterschiedlichen Abbruchquoten haben dementsprechend auch Einfluss auf die Absolventenzahlen, die die Ausbildung mit einem Abschlusszeugnis beenden. Diese gehen mit kleineren Schwankungen analog zur Gesamtentwicklung ebenfalls zurück (vgl. **Abbildung 40**).

---

<sup>342</sup> Die monatlichen Gebühren an den Berliner Ergotherapieschulen betragen zwischen 100 und ca. 350 Euro monatlich. Zum Teil kommen noch Kosten für Lehr- und Lernmittel hinzu.

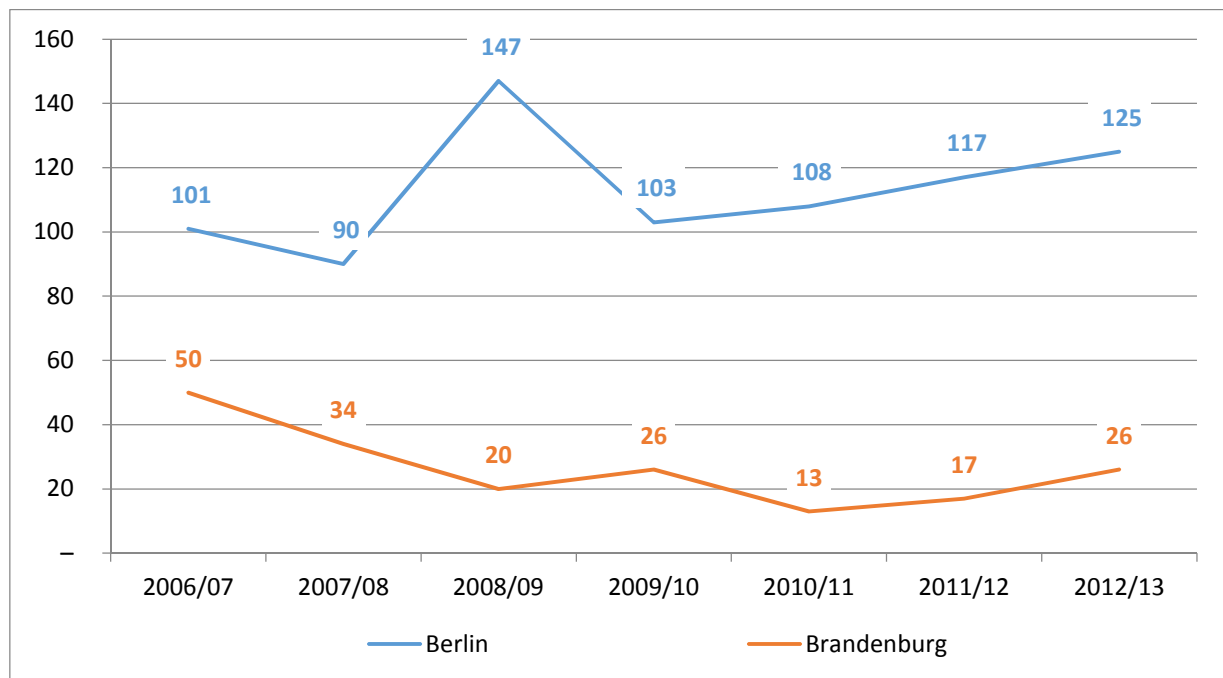
<sup>343</sup> Bislang nicht durch offizielle Daten belegbar, aber nach Einschätzung von Expertinnen und Experten wahrnehmbar ist die aktuell rückläufige Anzahl von Bewerbungen an Berufsfachschulen. Dies betreffe zuerst die schulgeldpflichtigen Einrichtungen. In Berlin hatte dies zur Folge, dass eine neu gegründete achte Berliner Schule aufgrund mangelnder Bewerbungen wieder geschlossen wurde. In Brandenburg kann ggf. die Schwankung der Ausbildungszahlen auch damit erklärt werden, dass in der Vergangenheit ein Teil der Ausbildungsplätze pflegesatzfinanziert war, ein anderer Teil hingegen über Schulgeld finanziert wurde. Aktuell wird kein Schulgeld in Brandenburg erhoben.

<sup>344</sup> 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.

<sup>345</sup> 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.



**Abbildung 40: Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Weitere vergleichende Darstellungen der Situation in Berlin und Brandenburg sind aufgrund der unterschiedlichen Datengrundlagen nur eingeschränkt möglich. Beispielsweise zeigt sich, dass in beiden Bundesländern der Anteil der weiblichen Auszubildenden ungefähr dem Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht.<sup>346</sup>

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten. Von den insgesamt 171 Antwortenden mit Beschäftigten aus der Ergotherapie gab fast die Hälfte an, solche Plätze auch für Ergotherapeut/innen anzubieten. Damit werden in der Ergotherapie solche Plätze deutlich häufiger angeboten als in der Physiotherapie, aber nicht ganz so häufig wie in anderen Therapieberufen. 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. Auch hier liegen die Anteile über denen der Physiotherapie, aber unter der Logopädie und der Podologie.<sup>347</sup>

Sowohl hinsichtlich des Praktikumsangebotes als auch der Übernahme von Praktikant/innen lassen sich keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen in Berlin und Brandenburg feststellen. Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen bestehen ebenfalls nicht.

### Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung

Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse hoch bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>348</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen,

<sup>346</sup> Der Anteil weiblicher Auszubildender an allen Auszubildenden betrug in Brandenburg am 30.11.2013 und in Berlin am 01.11.2012 jeweils rund 89 Prozent.

<sup>347</sup> Beispielsweise betrug der Anteil in der Podologie ca. 31 Prozent.

<sup>348</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Dementsprechend wurden für diese

um Fachkräfte zu halten. Die Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten ist die am häufigsten umgesetzte Maßnahme, die von den Einrichtungen darüber hinaus sehr positiv bewertet wird. Aber auch die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung oder Angebote zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen werden ganz überwiegend von den Einrichtungen umgesetzt. Insgesamt fällt die grundsätzlich positive Bewertung der in Frage stehenden Aktivitäten auf (vgl. **Tabelle 139**).

**Tabelle 139: Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Ergotherapie in den letzten zwei Jahren**

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit <sup>349</sup>
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	91,4	2,2
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	87,9	2,5
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	77,6	2,4
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	69,0	2,4
zusätzliche finanzielle Vergütungen	65,5	2,5
Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbeschäft. auf Wunsch der Beschäftigten	53,4	2,3
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	51,7	2,5
Gezielte Gesundheitsförderung	50,0	2,2
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	48,3	2,9
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	32,8	2,3
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	31,0	1,8
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	29,3	2,7
andere Maßnahmen	13,8	3,6
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	91,4	2,2
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	87,9	2,5
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	77,6	2,4

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 136 Antwortenden vor, die Ergotherapeut/innen beschäftigten. Von diesen haben 132 angegeben, dass mindestens ein Ergotherapeut bzw. eine Ergotherapeutin im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. In der Mehrzahl wurden ein bis zwei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesen

---

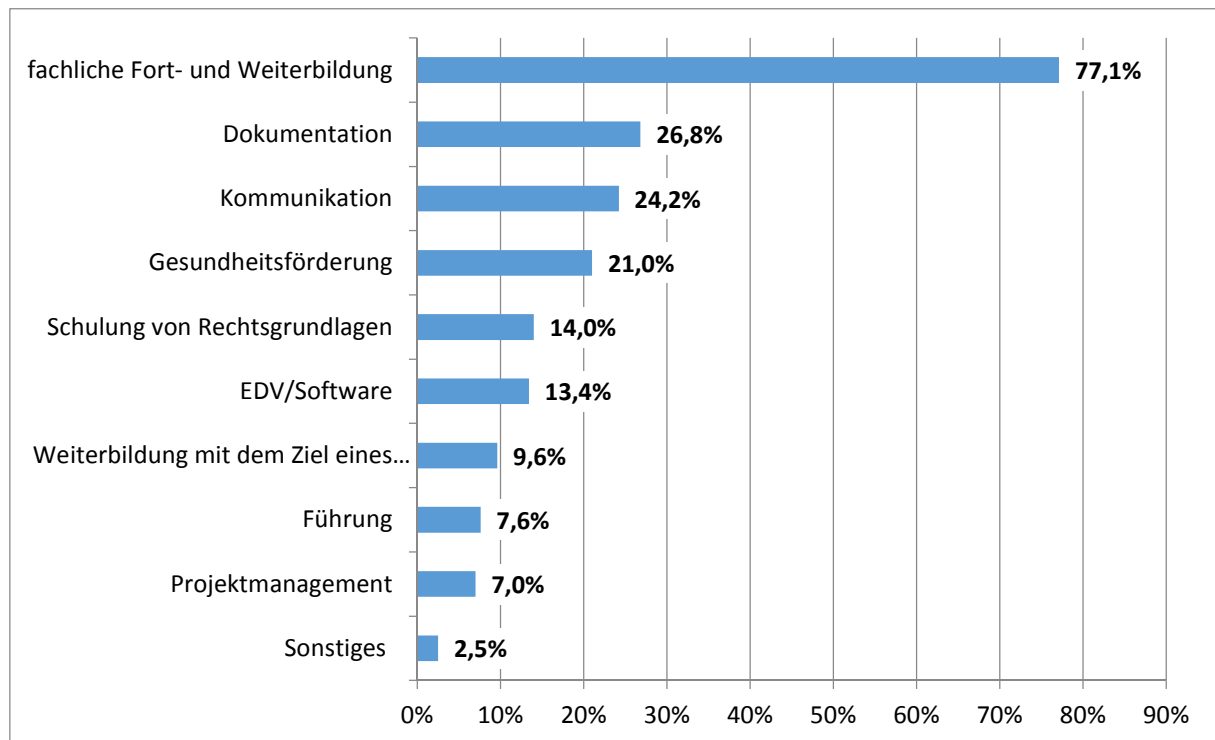
Auswertung nur diejenigen Antworten aus Einrichtungen herangezogen, in denen ausschließlich Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen beschäftigt sind. Einrichtungen mit zwei oder mehr Berufsgruppen (z.B. Krankenhäuser) finden sich in dieser Auswertung nicht wieder. Insgesamt handelt es sich um 58 Fälle.

<sup>349</sup> Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet.

Einrichtungen. Der hohe Anteil an Einrichtungen, die Fort- und Weiterbildungen angeboten haben, erklärt sich auch durch die gesetzliche Pflicht, sich regelmäßig weiterzubilden.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Ergotherapie fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 41**). Aber auch andere Fortbildungsinhalte wie die Dokumentation (27 Prozent), Kommunikation (24 Prozent) und gezielte Gesundheitsförderung (21 Prozent) wurden nach Angaben der Einrichtungen im Bereich der Ergotherapie immerhin von einer wahrnehmbaren Anzahl der Einrichtungen umgesetzt.<sup>350</sup> Während es im Vergleich der beiden Bundesländer bezüglich der inhaltlichen Schwerpunkte der Fort- und Weiterbildung keine Unterschiede gibt, kommen diese bei der Betrachtung der Einrichtungstypen zum Tragen. Demnach legen die Praxen vor allem Wert auf fachliche Fort- und Weiterbildungen (88 Prozent), während die anderen Fortbildungsinhalte eine geringere Rolle spielen. Im Vergleich dazu boten Krankenhäuser im Jahr 2013 verhältnismäßig häufig Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen EDV/Software (33 Prozent gegenüber fünf Prozent bei den Praxen), Kommunikation (33 und 17 Prozent) sowie der gezielten Gesundheitsförderung an (33 gegenüber neun Prozent).

**Abbildung 41: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Ergotherapie**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.11.4 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. 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 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ergotherapeut/innen (vgl.

<sup>350</sup> Die Angaben beziehen sich auf insgesamt 157 Antworten.

**Tabelle 132)** als auch die Ergebnisse der Online-Befragung, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen 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 den Ergotherapeut/innen. Bei der Vorausschau auf die Jahre 2015 bis 2017 steigt der Anteil der Einrichtungen, die eine Beschäftigungszunahme erwarten, sogar auf über ein Drittel. 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 140: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapeut/in**

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 vor allem beim Vergleich nach Einrichtungstypen zu erkennen. Es zeigt sich, dass vor allem in Praxen ein Beschäftigungszuwachs erwartet wird, während fast alle Krankenhäuser von einem etwa gleichbleibenden Bestand an Beschäftigten in der Ergotherapie ausgehen.

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 2017 hinausgehende Vorausschau der weiteren Entwicklung des Beschäftigtenbestandes in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie bedarf weiterer Erkenntnisquellen. Eine Basisorientierung für die künftige Entwicklung kann aus der Analyse der Bestandsveränderung in den vergangenen 10 Jahren gewonnen werden. Vor der Einführung der Klassifikation der Berufe (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 dieser Gruppe den Ergotherapeuten zugerechnet werden können.

**Tabelle 141: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>10.318</b>	<b>10.346</b>	<b>10.623</b>	<b>11.213</b>	<b>11.879</b>	<b>12.748</b>	<b>13.790</b>	<b>14.614</b>	<b>15.271</b>

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 141**). Hier wird unterstellt, dass die

Entwicklung der Teilgruppe Ergotherapeuten im Wesentlichen ähnlich verlief. Die in **Tabelle 132** 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 in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Ergotherapie eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von fünf Prozent angenommen werden.

Die Wachstumsrate von fünf 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. Angesichts vieler Ungewissheiten der künftigen Ausgestaltung und Wirkung der Faktoren, die wesentlichen Einfluss auf die Beschäftigungssituation in der Ergotherapie haben, werden nachfolgend zwei Projektionen der möglichen weiteren Bestandsentwicklung in dieser Tätigkeitsgruppe vorgestellt.

### **Rückgang der Beschäftigungsentwicklung in der Ergotherapie unter Status quo Annahme**

Es besteht die Gefahr und Wahrscheinlichkeit, dass eine Wachstumsrate von fünf Prozent in den nächsten 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 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 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 sich in den nächsten Jahren bis 2020 das Beschäftigungswachstum in der Ergotherapie deutlich abschwächt und 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.

### **Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen**

Entgegen den gegenwärtigen 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 neue Wachstumstreiber Breitenwirkung erzielen. Es ist wahrscheinlich, 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 Ergotherapie spürbar erweitern. Bei positiver Gestaltung dieser Entwicklungsbedingungen kann angenommen werden, dass

das bisherige Beschäftigungswachstum der Ergotherapeuten von jährlich fünf Prozent auch in den Jahren bis 2020 erhalten bleibt und in den darauffolgenden Jahren sogar auf sieben Prozent steigt.

### **Beschäftigungswachstum und damit Erweiterungsbedarf an Fachkräften bei beiden Projektionsszenarien**

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

**Tabelle 142: 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>3.484</b>	<b>4.200</b>	<b>5.400</b>	<b>6.900</b>	<b>3.484</b>	<b>4.900</b>	<b>6.800</b>	<b>9.600</b>

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 und damit einen zusätzlichen Bedarf an Fachkräften dieser Profession in der Größenordnung der heute Beschäftigten auslösen (vgl. **Tabelle 142**). 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 unter beschleunigenden Wachstumsbedingungen wird sich der Beschäftigtenbestand in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg bis zum Jahr 2030 fast verdreifachen – auf rund 10.000 Fachkräfte – und damit einen zusätzlichen Bedarf an Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen zur Folge haben, der die doppelte Anzahl der heute Beschäftigten beträgt. Bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 1.500 Fachkräften und anschließend bis 2030 von weiteren 5.000 Fachkräften.

### **Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte verstärken die Nachfrage durch den Erweiterungsbedarf**

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: Das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Aufgrund der überdurchschnittlich 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. Er wird sich daher mittelfristig vermutlich noch als zu bewältigendes Problem darstellen. 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.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf in der Ergotherapie liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten in der Ergotherapie in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. 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 Nachfrage nach neu für eine berufliche Tätigkeit in der Ergotherapie zur Verfügung stehenden Fachkräften geht ein enormer Anstieg des Bedarfs an Ergotherapeut/innen für die Zeit bis 2030 hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung. Der hier nur eine untergeordnete Rolle spielende altersbedingte Ersatzbedarf ist dagegen eine relativ stabil einzuschätzende Komponente der weiteren Bedarfsentwicklung.

**Tabelle 143: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Ergotherapeut/innen 2013 bis 2030**

<b>Berlin</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>2.200</b>	<b>3.800</b>	<b>500</b>	<b>600</b>	<b>3.300</b>	<b>4.900</b>

<b>Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>1.200</b>	<b>2.400</b>	<b>300</b>	<b>400</b>	<b>1.900</b>	<b>3.100</b>

<b>Berlin-Brandenburg</b>						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>3.400</b>	<b>6.200</b>	<b>800</b>	<b>1.000</b>	<b>5.200</b>	<b>8.000</b>

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

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 143**).

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt 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 ca. 25 weitere Fachkräfte mit Hochschulabschluss jährlich. 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). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Auszubildenden auch die Pendlerverflechtungen relevant

werden könnten, d. h. ein Teil der Brandenburger Fachkräfte ist in Berlin beschäftigt. Darüber hinaus unterscheiden sich die Absolventenzahlen in Berlin und Brandenburg, so dass die Bedarfsabdeckung sich in den beiden Bundesländern unterschiedlich gestalten könnte. Klar ist angesichts dieser Gegenüberstellung, dass die Ausbildung zwar einen Großteil des künftigen Fachkräftebedarfs abdeckt, jedoch längerfristig durch weitere Maßnahmen flankiert werden muss.

### 3.11.5 Berufsspezifische Handlungsempfehlungen

- In Auswertung 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 von den Einrichtungen 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 Reallohnverlusten 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 große 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 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 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 Ärzt/innen 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 weiterzuentwickeln.

- 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 Bildungsangebotes. 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.

### 3.12 Logopädinnen und Logopäden

#### 3.12.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>351</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfelder	Logopäd/innen beraten, untersuchen und behandeln Patienten mit Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen auf Basis einer ärztlichen Verordnung. Sie arbeiten hauptsächlich in Krankenhäusern, Kliniken, Rehabilitationszentren und Logopädie-Praxen oder in psychologischen Praxen. Darüber hinaus sind sie auch in Kindergärten und Grundschulen sowie in Kinderheimen, Wohn- und Erziehungsheimen, Familienberatungsstellen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung oder Gesundheitsämtern beschäftigt.
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Logopäd/in ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über den Beruf des Logopäden geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen für Logopädie und anderen Bildungseinrichtungen statt. Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung ist:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• eine abgeschlossene Realschulbildung oder</li><li>• eine andere gleichwertige Ausbildung oder</li><li>• eine nach dem Hauptschulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst mindestens 1.740 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 2.100 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p> <p>Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 ist im Rahmen der Modellklausel nach § 4 Abs. 5 des Logopädengesetzes auch eine Ausbildung an Hochschulen möglich (primärqualifizierende Studiengänge). Ein solcher Studiengang wird in Berlin angeboten.<sup>352</sup></p>

<sup>351</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>

<sup>352</sup> Möglich ist in Brandenburg das Studium der Patholinguistik, also eines inhaltlich verwandten Studienfachs.

<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Logopädie durch positive Entwicklungsmöglichkeiten aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p><i>Wachstumstreiber:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigende Nachfrage infolge des demografischen Wandels<sup>353</sup></li> <li>• Ggf. Stärkung der Prävention (abhängig von Ausgestaltung des ausstehenden Präventionsgesetzes)</li> <li>• Flächendeckende Umsetzung der Inklusion, damit einher gehender Ausbau sprachtherapeutischer Leistungen v. a. im Bereich allgemeinbildender Schulen</li> </ul> <p><i>Wachstumsbedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (Qualifizierung, Vergütung etc.)</li> <li>• Lösung des Fachkräfteproblems (bilden, halten, gewinnen)</li> <li>• Einbindung der Therapieberufe als gleichwertiger Partner in komplexen Versorgungsstrukturen</li> </ul> <p>Wenn es gelingt, die strukturellen Rahmenbedingungen der Therapieberufe nachhaltig zu verbessern, ergeben sich relevante Wachstumschancen und Entwicklungsoptionen für eine moderne gesundheitliche wie pflegerische Versorgung.</p>
<p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und der Logopädie im Besondern verweist aber eher auf eine „Prekarisierung“ der Therapieberufe. Auch hier sind „Prekarisierungstreiber“ und „Prekarisierungseffekte“ zu unterscheiden:</p> <p><i>„Prekarisierungstreiber“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebsökonomisches Kalkül der „big player“ der Gesundheitswirtschaft</li> <li>• Bundes- und landesspezifische sowie komplexe rechtliche Rahmenbedingungen</li> <li>• Schwache Interessenvertretungen auf Seiten der Therapieberufe</li> </ul> <p><i>„Prekarisierungseffekte“:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitere Verschlechterung der beruflichen Rahmenbedingungen</li> <li>• Zuspitzung der Fachkräfteproblematik</li> <li>• Versorgungslücken, ungenutzte Wachstumspotenziale</li> <li>• eingeschränkte Gestaltungsspielräume bei der Modernisierung der gesundheitlich-/pflegerischen Versorgung</li> </ul>

<sup>353</sup> Z.B. ist es plausibel anzunehmen, dass die Anzahl der Sprachstörungen nach Abschluss der Sprachentwicklung (Aphasie) zunehmen werden. So beruhen rund 80 Prozent aller Aphasien auf einem Schlaganfall, die Prävalenzrate einer solchen Aphasie beträgt ca. 1 Prozent der Gesamtbevölkerung. Da mit zunehmendem Alter auch das Schlaganfallrisiko steigt, ist von einem erhöhten Bedarf auszugehen. Ebenso gehen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern (z.B. Akutphase von Schlaganfällen oder idiopathisches Parkinsonsyndrom) verstärkt Störungen des Schluckens einher. Vgl. Bilda, Kerstin und Kargel, Sinaida 2014. Diese absehbaren Entwicklungen können erhebliche Auswirkungen auf die Verwaltungspraxis der Krankenkassen und haben und sich auf die Nachfrage nach logopädischen Versorgungsleistungen auswirken.

### 3.12.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Geringe Beschäftigtenzahlen und teilweise deutliches Beschäftigungswachstum

Logopäd/innen werden in der Klassifikation der Berufe 2010 als Teil der Berufe in der Sprachtherapie aufgeführt.<sup>354</sup> Daher ist im Hinblick auf die Situation der Logopäd/innen bei den Daten der Bundesagentur für Arbeit von einer leichten Übererfassung auszugehen. Um Irritationen zu vermeiden wird im Folgenden dennoch die Berufsbezeichnung Logopäd/in 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 Logopäd/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Davon waren 61 Prozent in Berlin und 39 Prozent in Brandenburg tätig. Hinzu kommen in dieser beruflichen Tätigkeit in Berlin 446 (2013) und in Brandenburg schätzungsweise 270 Selbständige.<sup>355</sup> Insgesamt sind damit in Berlin und Brandenburg rund 1.800 Personen in der Logopädie beschäftigt. Damit handelt es sich quantitativ betrachtet um eine relativ kleine Berufsgruppe.<sup>356</sup> Die Beschäftigungsentwicklung in der Logopädie ist in Berlin und Brandenburg durch Wachstum gekennzeichnet, wobei es in Brandenburg tendenziell etwas stärker ausfällt. (vgl. **Tabelle 144**).<sup>357</sup>

**Tabelle 144: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Logopädie 2012-2014**

Bundesland / Region	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Logopädinnen und Logopäden (BKZ 8173 der KldB 2010)					
	31.12.2012	30.06.2013	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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.035</b>	<b>1.051</b>	<b>1.066</b>	<b>1.090</b>	<b>1.122</b>	<b>1.143</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Logopädie weisen ein sehr hohes Qualifikationsniveau auf. Ausnahmslos alle der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Logopäd/innen entsprechen der Qualifikationsstufe Spezialist (95 Prozent) oder Experte (5 Prozent). Dies weist auf einen hohen Spezialisierungsgrad in diesem Gesundheitsfachberuf hin<sup>358</sup> (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 156 Einrichtungen an, Logopäd/innen zu beschäftigen. Von ihnen haben 96 ihren Sitz in Berlin und 55 in Brandenburg. Weitere fünf Antwortende gaben an, dass ihre Einrichtungen in beiden Bundesländern ansässig sind. Dabei handelt es sich ganz überwiegend um Praxen, aber auch in Krankenhäusern sind Logopäd/innen beschäftigt. In den 123 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machten, waren insgesamt 497 Logopäd/innen tätig. In der Mehrzahl handelt es sich um Einrichtungen mit wenigen (1-5)

<sup>354</sup> Während es sich in der Logopädie um eine dreijährige Fachschulausbildung mit der Möglichkeit eines anschließenden Studiums handelt, dauert das Studium der Sprachtherapie von vornherein ca. fünf Jahre.

<sup>355</sup> 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. Auch bei den Selbständigen ist ein Anstieg der Zahlen zu verzeichnen.

<sup>356</sup> Die Erwerbstätigenzahl ist ungefähr vergleichbar mit den medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen.

<sup>357</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Logopädie bestätigt. Vgl. Hierzu Abschnitt 3.12.4

<sup>358</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

Beschäftigten (Praxen). Angaben zu mehr Beschäftigten liegen nur in Einzelfällen vor, was die Beschäftigungsverteilung nach Praxen und Krankenhäusern widerspiegelt.

### Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Logopädie sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Frauenanteil liegt nochmal deutlich höher als im Durchschnitt aller untersuchten Berufe – und dies in beiden Bundesländern (vgl. **Tabelle 145**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig 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.<sup>359</sup> Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten nur wenig.

**Tabelle 145: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.051</b>	<b>986</b>	<b>93,8</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist auch der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Dies ist auch in der Logopädie zu beobachten. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>360</sup> Am stärksten ausgeprägt ist die Teilzeitbeschäftigung in den Helfertätigkeiten sowie den Therapieberufen, also auch der Logopädie. Anders als bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind bei der Betrachtung der Arbeitszeiten deutliche Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 146**).

**Tabelle 146: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.051</b>	<b>628</b>	<b>59,8</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Der Unterschied in der Teilzeitquote insgesamt deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Dies kann wiederum mit der vergleichsweise guten

<sup>359</sup> Ähnlich hoch ist der Frauenanteil in der Podologie. Nur in der Geburtshilfe und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt der Anteil noch höher.

<sup>360</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).

Kinderbetreuungssituation in Brandenburg zusammenhängen. Allerdings fällt der Unterschied zwischen den beiden Bundesländern in der Logopädie noch klarer aus.<sup>361</sup>

### Günstige Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der ausgesprochen hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Logopädie im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl. **Tabelle 147**). Über die Hälfte der sv-pflichtig Beschäftigten ist unter 35 Jahre alt. Damit handelt es sich im Bereich der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung um einen sehr „jungen“ Beruf.

**Tabelle 147: Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,0</b>	<b>37,5</b>	<b>14,3</b>	<b>9,9</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen auch die Selbständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der Selbständigen liegen jedoch keine offiziellen Daten vor. Ebenso wenig ließen sich Hinweise auf die Altersstruktur durch andere Datenquellen nutzen. 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigter deutlich wird.

### Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg – mit Sogwirkung Brandenburgs

In der Logopädie besteht gemessen am Beschäftigungsumfang ein reger Fachkräfteaustausch zwischen den Ländern Berlin und Brandenburg. Die Ausprägung der gemeinsamen Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wird somit auch in der Logopädie sichtbar. Von den in der Logopädie sozialversicherungspflichtig Beschäftigten kommen in Berlin rund 9 Prozent aus Brandenburg und in Brandenburg rund 22 Prozent aus Berlin, d. h. mehr als jede/r fünfte in Brandenburg sozialversicherungspflichtig beschäftigte Logopädin bzw. Logopäde wohnt in Berlin. In absoluten Zahlen: im Juni 2013 pendelten in dieser Tätigkeit 60 Brandenburger Fachkräfte nach Berlin und 88 Berliner Fachkräfte nach Brandenburg. Damit ist der Beruf der Logopädie der einzige der hier

<sup>361</sup> 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.

untersuchten Berufe, in dem ein wahrnehmbarer positiver Pendlersaldo für Brandenburg zu verzeichnen ist.<sup>362</sup>

Zu anderen Bundesländern weist Berlin in der Logopädie fast keine Verflechtungsbeziehungen auf. Interessant ist hier, dass in der Logopädie – anders als in den anderen Berufen mit einem positiven Pendlersaldo – sich die Ein- und Auspendlerzahlen ungefähr die Waage halten (vgl. **Tabelle 148**).

**Tabelle 148: 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
<b>Saldo</b>	<b>-24</b>	<b>-28</b>	<b>-4</b>	<b>+4</b>	<b>Ca. +1</b>	<b>Ca. +3</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Brandenburg hat im Vergleich zu Berlin entsprechend der unterschiedlichen geografischen Lage etwas ausgeprägtere Pendlerverflechtungen zu anderen Bundesländern. Diese fallen jedoch absolut geringer aus als in anderen Berufen, weshalb (eventuell mit Ausnahme der Pendlerbeziehungen zwischen Brandenburg und Sachsen) fast ausschließlich die Verflechtungsbeziehungen zwischen Berlin und Brandenburg von Belang sind. Insgesamt beträgt der Anteil der aus anderen Bundesländern kommenden Fachkräfte an allen Logopädinnen und Logopäden in Brandenburg 26 Prozent (vgl. **Tabelle 148** und **Tabelle 149**). Dies ist der mit Abstand höchste Wert der hier untersuchten Berufe.

**Tabelle 149: 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
<b>Saldo</b>	<b>+19</b>	<b>+28</b>	<b>Ca. +2</b>	<b>-7</b>	<b>Ca. -2</b>	<b>Ca. -2</b>

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 gegenüber Brandenburg keine – in den anderen untersuchten Berufen bestehende – Sogwirkung Berlins festzustellen ist. Insgesamt sind Berlin und der berlinnahe Raum als eine Arbeitsmarktregion zu betrachten. Die dargestellten Verflechtungen dürften sich im Wesentlichen auf Wechselbezüge in dieser Region beziehen. Angesichts der sehr geringen Verflechtungsbeziehungen zu anderen Bundesländern zeichnet sich weder für Berlin noch für Brandenburg ein überregionaler Arbeitsmarkt ab.

### Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt

<sup>362</sup> Für die Podologie könnte dies ebenfalls gelten, aufgrund der geringen Anzahl an Ein- und Auspendlerinnen bzw. -pendlern ist dies jedoch nicht nachweisbar.

zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>363</sup> haben immerhin knapp 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit, 39 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt.<sup>364</sup> Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln. Der Anteil der einstellenden Einrichtungen liegt knapp unter dem der anderen Therapieberufe.

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.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Genau 40 Prozent der befragten Einrichtungen (54 von 135, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen Logopäd/innen hatten. Dies ist im Vergleich zu den anderen Therapieberufen ein hoher Wert. Im Vergleich der beiden Bundesländer zeigt sich, dass insbesondere Einrichtungen (und hier fast ausschließlich Praxen) aus Brandenburg vergleichsweise häufig (46 Prozent) angaben, keinen Einstellungsbedarf zu haben.

Inwieweit 2013 der Fachkräftebedarf gedeckt werden konnte, lässt sich u. a. daran ablesen, ob eine Stelle aufgrund fehlender geeigneter Bewerber/innen besetzt werden konnte. Hierbei zeigt sich, dass es übergreifend zu keinen wesentlichen Stellenbesetzungsproblemen gekommen ist. Dennoch berichten knapp 9 Prozent der Antwortenden (12 von 137) davon, dass mindestens eine Stelle nicht besetzt werden konnte. Insgesamt konnten in diesen Einrichtungen 15 Stellen nicht besetzt werden. Bei den Einrichtungen mit offen geblieben Stellen handelt es sich ausschließlich um Praxen. In der Regel wird von diesen Einrichtungen angegeben, dass eine Stelle offen geblieben sei. Auch wenn die Gesamtzahl der offenen Stellen noch nicht auf einen generellen Fachkräfteengpass schließen lässt, so zeigt die Betrachtung nach Bundesländern deutliche Unterschiede im Antwortverhalten. In Berlin geben nur sechs Prozent der Befragten an, aufgrund fehlender geeigneter Bewerbender offenen Stellen nicht besetzt zu haben, in Brandenburg beträgt dieser Anteil immerhin rund 19 Prozent.

Die Befunde zum Bedarf und zur Besetzung offener Stellen lassen keine eindeutigen bundeslandbezogenen Schlüsse zu. Es ist möglich, dass die Fachkräftesituation in den einzelnen Einrichtungen oder in bestimmten Städten und Landkreisen so unterschiedlich ist, dass sich hieraus keine länderspezifischen Aussagen ableiten lassen. Diese Vermutung wird gestützt durch die Betrachtung nach berlinnahen und berlinfernen Städten und Landkreisen Brandenburgs. Demnach haben berlinferne Einrichtungen größere Probleme, geeignete Bewerbende zu finden als berlinnahe.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt gedauert hat. Auf diese Frage haben 54 Befragte geantwortet, in denen Logopäd/innen beschäftigt sind. 11 Einrichtungen (20 Prozent) haben angegeben, dass bei ihnen die Besetzung einer offenen Stelle weniger als eine Woche dauert. Die Einrichtungen, die angegeben haben, dass die Besetzung einer offenen Stelle mindestens eine Woche oder mehr dauert, geben eine Spanne zwischen 1 und maximal 240 Wochen an.<sup>365</sup> Zwischen diesen beiden Polen sind die Antworten breit gestreut. Es zeigt sich aber, dass vor allen Dingen die Antwortenden aus Einrichtungen mit Sitz in Brandenburg einen längeren Zeitraum benötigen, um eine Stelle zu besetzen. So geben immerhin acht der 17 Antwortenden aus Brandenburg an, dass die Besetzungsdauer 24 Wochen oder mehr beträgt,

---

<sup>363</sup> Von den insgesamt 156 Antwortenden, die angaben, Logopädinnen und Logopäden zu beschäftigen, liegen 135 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor. Die Anzahl der von den Antwortenden erfassten Einrichtungen kann höher sein.

<sup>364</sup> Die Anteile liegen knapp unter demjenigen anderer Therapieberufe.

<sup>365</sup> Hierbei handelt es sich um einen statistischen Ausreißer. Dennoch gibt es neben dieser Angabe immerhin vier Antworten, wonach die Besetzung einer offenen Stelle ein Jahr oder länger dauert.



während in Berlin dieser Zeitraum nur in einem von 35 Fällen angegeben wird. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Praxen. Dies verfestigt das Bild des stärkeren Fachkräftebedarfs in Brandenburger Praxen.

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 bei der Stellenbesetzung in der Logopädie noch kein gravierendes Problem feststellbar.

### **Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014**

Auch im Jahr 2014 setzt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Logopädie weitgehend 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. Hierbei sind zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Berliner und den Brandenburger Einrichtungen zu erkennen. Während der Anteil der Einrichtungen, die im Jahr 2014 Einstellungen vorgenommen haben, in Berlin ungefähr die Hälfte beträgt, ist dies in Brandenburg nur bei einem Fünftel der Fall. Zählt man die bereits erfolgten und noch geplanten Einstellungen jedoch zusammen, so ergeben sich für Berlin und Brandenburg ähnliche Anteile.<sup>366</sup> Dies lässt sich ggf. so interpretieren, dass die Brandenburger Einrichtungen die Einstellungen im Jahr 2014 noch nicht im entsprechenden Umfang realisieren konnten, dies aber noch vorhaben.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Bereits heute zeigen sich erste Herausforderungen zur nachhaltigen Sicherung des Fachkräftebedarfs, der vor allem in Brandenburg sichtbar ist. In Berlin hingegen scheinen die Einrichtungen bislang noch wenige Probleme zu haben, ihre Fachkräftebedarfe in der Logopädie zu decken. Unabhängig vom Bundesland deuten die Befunde der Befragung darauf hin, dass ausschließlich Praxen Schwierigkeiten bei der Suche nach neuem Personal haben.

### **Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation**

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Die Fluktuation ist somit ein Strukturelement jeden Berufs. Dieser für die einzelnen Einrichtungen negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Logopäd/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Logopäd/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Zu diesem Aspekt stehen für die Logopädie keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen 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.<sup>367</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>368</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder

---

<sup>366</sup> Zu dieser Frage liegen insgesamt 74 Antworten vor, davon 48 in Berlin.

<sup>367</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>368</sup> 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

hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>369</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolventinnen und Absolventen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>370</sup>

Die aus den Studien für den Bereich der Logopädie ableitbaren Erkenntnisse lassen eine geringe Fluktuationsrate plausibel erscheinen. So ist die Berufstreue übergreifend bei examinieren Fachkräften höher als bei Helfertätigkeiten. Logopäd/innen sind wie beschrieben fast ausschließlich dem Anforderungsniveau der komplexen Spezialistentätigkeiten zugeordnet. Dies bedeutet, dass neben der Ausbildung in diesem Beruf die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten<sup>371</sup> über weitere Qualifikationen verfügen, die sie zur Ausübung des Berufes nutzen. Diese Spezialisierung kann ggf. auch mit weiteren Studienerkenntnissen (zu anderen Berufen) in Verbindung gebracht werden. So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Aufgrund der Spezialisierung im Bereich der Logopädie könnte dies ein Hinweis auf eine vergleichsweise hohe Berufstreue aufgrund geringer Wechselmöglichkeiten gedeutet werden. Umgekehrt könnte auch argumentiert werden, dass aufgrund der Spezialisierung ein Berufswechsel mit großer Wahrscheinlichkeit endgültig ist.

Für eine höhere Fluktuation sprechen hingegen die übergeordneten Ergebnisse der Studien, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Logopädie ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen 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.

Eine Ursache für einen Berufswechsel kann auch im Lohnniveau begründet liegen. Für die Beschäftigten in der Logopädie lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig 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.<sup>372</sup> Danach lag das nominale monatliche Medianentgelt<sup>373</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Logopäd/innen bei 2.082 Euro. Dies liegt in etwa auf dem Niveau in der Physiotherapie, aber unter dem Medianentgelt der Hilfstätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Um die Angaben auch in das regionale Entgeltgefüge einordnen zu

---

(3/2012); Joost, Angela, Kipper, Jenny, Tewolde, Tadios (2009): Projekt Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.“ Abschlussbericht.

<sup>369</sup> In erster Linie sind Aspekte zu nennen wie Entlohnung, dauerhafte körperliche und psychische Belastung, Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben oder (mangelnde) Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

<sup>370</sup> 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.

<sup>371</sup> Expertengespräche und Workshops verdeutlichen, dass dieser Umstand auch für selbständig Tätige zutrifft.

<sup>372</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben nicht in einer tieferen regionalen Gliederung – z. B. auf Landkreisebene – und auch nicht für alle Gesundheitsfachberufe vorliegen. Dieser Wert wird von der Statistik nur dann ausgewiesen, wenn in der jeweiligen regionalen Gliederung Entgeltangaben für mehr als 1.000 Personen ausgewiesen werden.

<sup>373</sup> 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

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.<sup>374</sup>

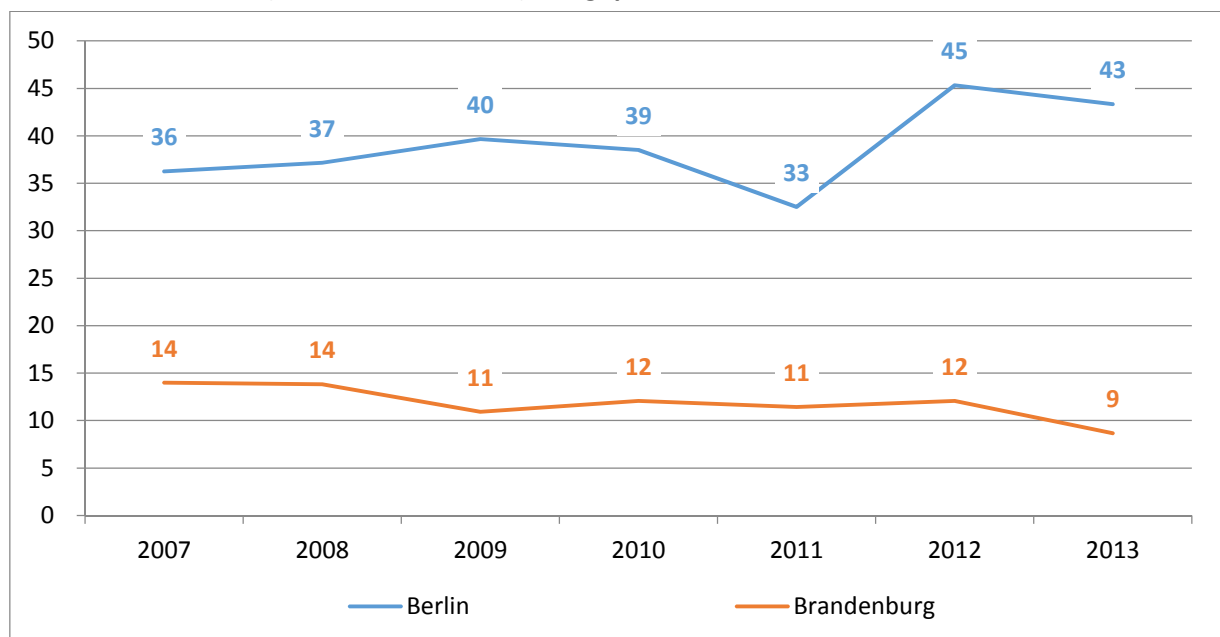
Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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 Krankenpflegerinnen und -pfleger ausgeschieden (vgl. Wiethölter 3/2012, S. 23 f.). Dies hat entsprechende Auswirkungen auf die notwendige Deckung des Fachkräftebedarfs.

### 3.12.3 Arbeitskräfteangebot

#### Niedrige Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 zeichnet sich die Logopädie durch stabile Arbeitslosenzahlen auf sehr geringem Niveau aus (vgl. **Abbildung 42**).

**Abbildung 42: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Logopädie**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

In der Darstellung wurde nicht zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus unterschieden. Zieht man dieses Kriterium in Betracht, zeigt sich, dass fast ausschließlich Tätigkeiten auf der Spezialistenebene als Zielberuf angegeben wurden, d. h. die arbeitslosen Personen verfügen neben dem Ausbildungsabschluss über weitere berufsrelevante Qualifikationen oder streben diese an.

<sup>374</sup> 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.

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild

**Tabelle 150: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Logopädie**

Bundesland	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	43	21	18	2	2	1
Brandenburg	9	3	3	1	2	0
Berlin-Brandenburg	52	24	21	3	4	1
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	48,8	41,9	4,7	4,7	2,3
Brandenburg	100,0	33,3	33,3	11,1	22,2	0,0
Berlin-Brandenburg	100,0	46,2	40,4	5,8	7,7	1,9

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass der Bestand an arbeitslosen Personen mit einem Zielberuf in der Logopädie insgesamt klein ist. Dementsprechend klein ist das Potenzial, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Logopädie in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Durch den vergleichsweise hohen Anteil jüngerer Arbeitsloser besteht allerdings die Möglichkeit, dass diese Personen langfristig im Arbeitsmarkt verbleiben und nicht aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Insgesamt ist der Spielraum zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle jedoch eng begrenzt, wie sich anhand der Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten zeigen lässt: 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.<sup>375</sup>

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>376</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 270 gemeldete Arbeitsstellen in der nicht ärztlichen Therapie und den Berufen der Heilkunde. In Brandenburg waren dies 351 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 45 Prozent (Berlin 50 Prozent, Brandenburg 42 Prozent). Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot auf Seiten der Arbeitssuchenden.

### Rückläufige Ausbildungsaktivitäten bei steigenden Fachkräftebedarfen

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Zahl an Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig das Angebot an Nachwuchskräften sichern zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann

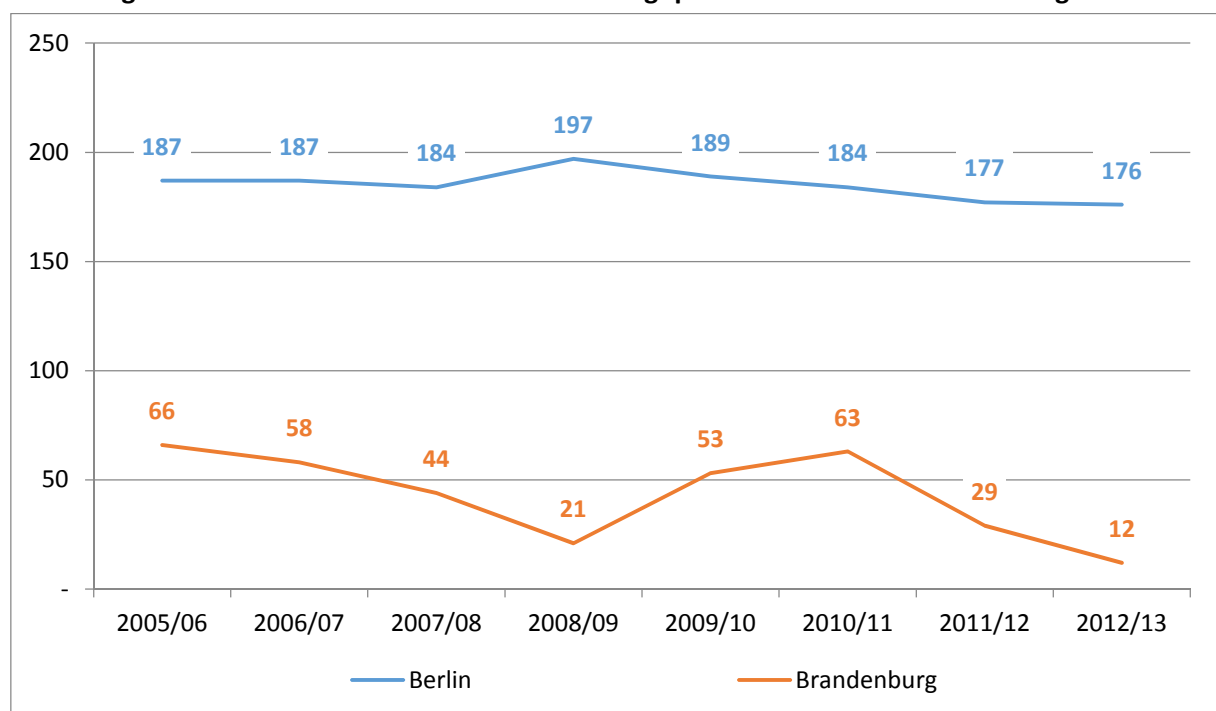
<sup>375</sup> Gleichwohl liegt der Wert in Berlin höher als in den anderen Therapieberufen.

<sup>376</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>377</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg.

Die Logopädie kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs nicht profitieren – im Gegenteil. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>378</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg um 26 Prozent gesunken (vgl. **Abbildung 43**). Diese rückläufige Entwicklung ist vor allem durch die Entwicklung der Ausbildungszahlen in Brandenburg begründet: Hier sank die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze im angegebenen Zeitraum sehr deutlich um 81 Prozent – wengleich mit sehr großen Schwankungen innerhalb dieses Zeitraumes.<sup>379</sup> Dieser enorme 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.

**Abbildung 43: Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie in Berlin und Brandenburg**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

<sup>377</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>378</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013. In Brandenburg wird der rückläufige Trend der Ausbildungszahlen fortgesetzt.

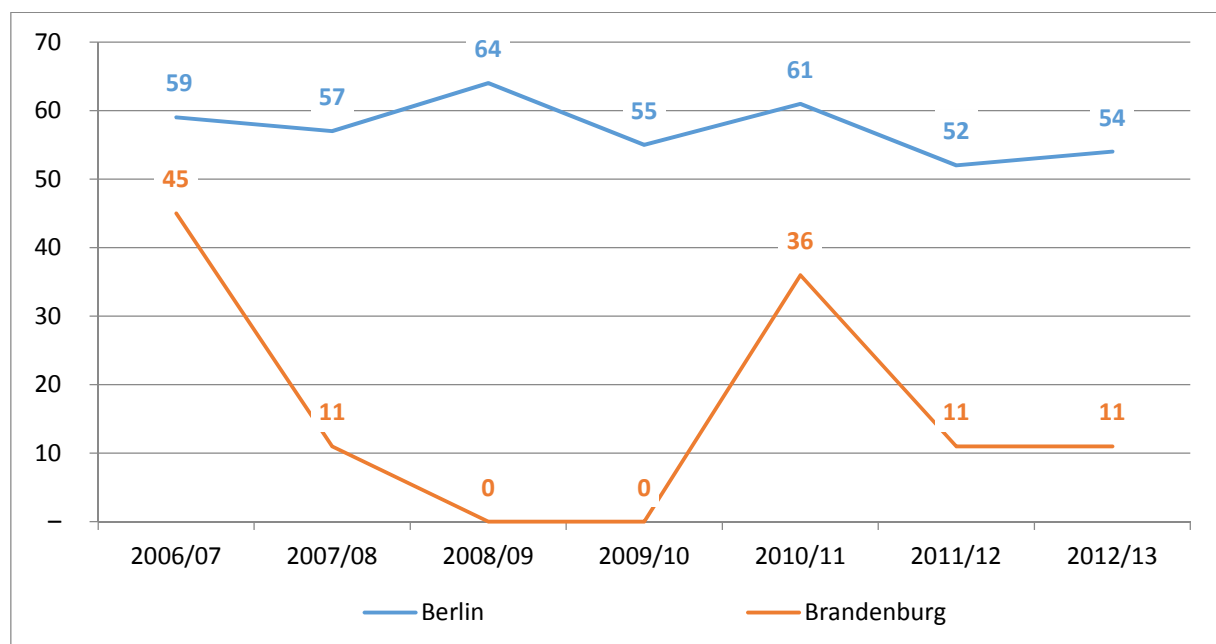
<sup>379</sup> Auch im Schuljahr 2013/2014 ist die Zahl der besetzten Ausbildungsplätze noch einmal gesunken.

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 (hier am stärksten die Physiotherapie) 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)<sup>380</sup> 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.<sup>381</sup> Es zeigt sich demnach, dass in Berlin ein Teil des fachschulischen Ausbildungsrückgangs durch die Studierendenzahlen aufgefangen wird.

Zu beachten ist bei der Betrachtung der Ausbildungszahlen ferner, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigt sich über die Jahre verteilt ein relativ 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 12 Prozent angestiegen ist.<sup>382</sup> Dementsprechend verringert sich auch die Anzahl der erfolgreichen Absolventen und Absolventinnen in diesem Beruf (vgl. **Abbildung 44**).

**Abbildung 44: Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im

<sup>380</sup> Die monatlichen Gebühren betragen in Berlin und Brandenburg ca. 600 €.

<sup>381</sup> Angaben gemäß Auskunft der Hochschulen.

<sup>382</sup> 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.

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.<sup>383</sup>

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. Auch hier liegen die Anteile gemeinsam mit der Podologie z. T. deutlich über den Anteilen der anderen hier untersuchten Therapieberufe.

Sowohl hinsichtlich des Praktikumsangebotes als auch der Übernahme von Praktikant/innen lassen sich keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen in Berlin und Brandenburg feststellen. Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen bestehen ebenfalls nicht. 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. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Brandenburger Einrichtungen die Übernahme von Praktikant/innen stärker als Instrument der Fachkräftegewinnung nutzen als es in Berlin der Fall ist.

### **Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung**

Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse hoch bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>384</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Fachkräfte zu halten. Dabei werden am häufigsten Maßnahmen umgesetzt, die auf die Flexibilisierung der Arbeitszeiten oder die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung abzielen. An dritter Stelle der genannten Maßnahmen stehen Angebote zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen. Im Vergleich zu anderen Therapieberufen fallen die Anteile der umsetzenden Einrichtungen jedoch geringer aus. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird insgesamt gut bewertet – darüber hinaus werden die am schlechtesten bewerteten Aktivitäten auch eher selten umgesetzt (vgl. **Tabelle 151**).

---

<sup>383</sup> Anteilig werden in der Podologie ungefähr gleich häufig solche Plätze angeboten.

<sup>384</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Dementsprechend wurden für diese Auswertung nur diejenigen Antworten aus Einrichtungen herangezogen, in denen ausschließlich Logopäd/innen beschäftigt sind. Einrichtungen mit zwei oder mehr Berufsgruppen (z. B. Krankenhäuser) finden sich in dieser Auswertung nicht wieder. Insgesamt handelt es sich um 120 Fälle.

**Tabelle 151: Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Logopädie in den letzten zwei Jahren**

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit <sup>385</sup>
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	68,3	2,2
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	61,7	2,3
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	54,2	2,6
Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbesch. auf Wunsch der Beschäftigten	43,3	2,5
zusätzliche finanzielle Vergütungen	43,3	2,6
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	35,8	2,7
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	31,7	2,7
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	30,0	2,7
Gezielte Gesundheitsförderung	22,5	2,5
andere Maßnahmen	21,7	3,0
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	17,5	3,2
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	17,5	3,4
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	11,7	2,7

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 139 Antwortenden vor, die Logopäd/innen beschäftigten. Von diesen haben 132 angegeben, dass mindestens ein Logopäde bzw. eine Logopädin im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. In der Mehrzahl wurden ein bis drei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in den Einrichtungen. Der hohe Anteil an Einrichtungen, die Fort- und Weiterbildungen angeboten haben, erklärt sich auch durch die gesetzliche Pflicht, sich regelmäßig weiterzubilden.

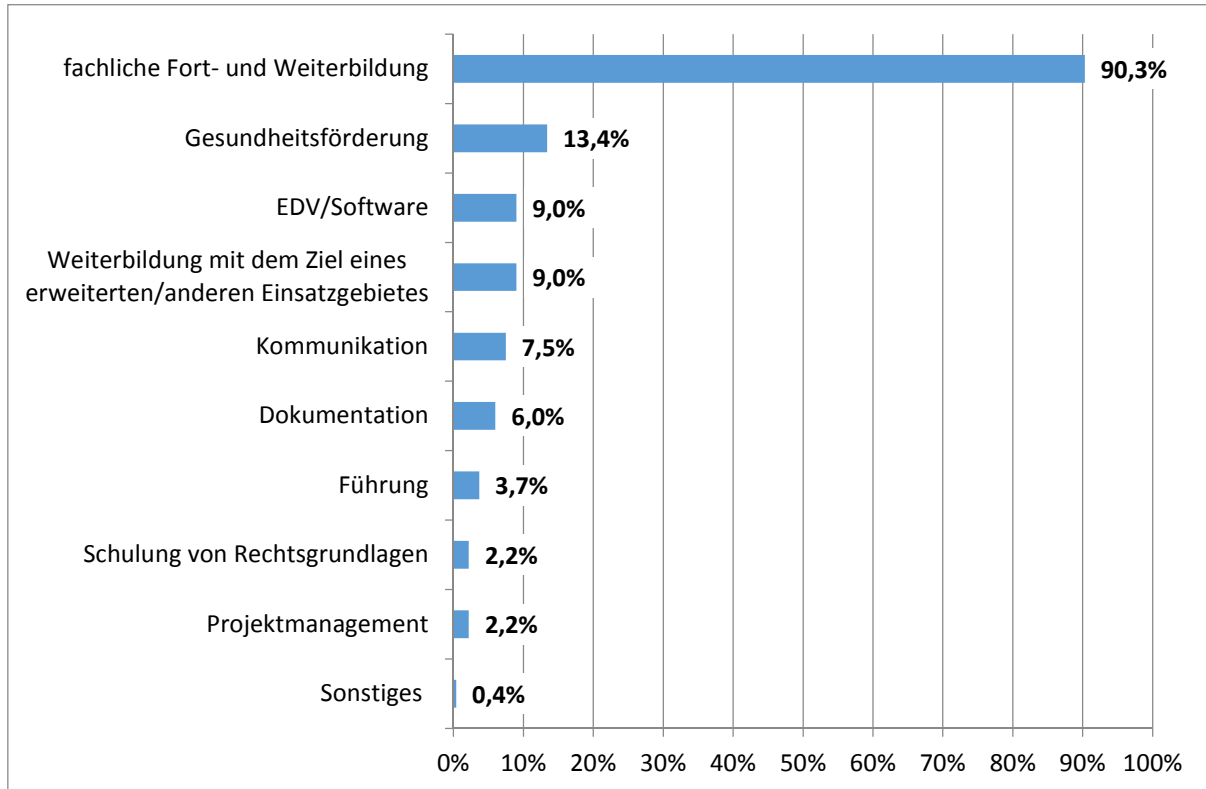
Wie über alle Berufe verteilt spielen auch in der Logopädie fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 45**). Dieser Abstand ist verglichen mit anderen Gesundheitsfachberufen sogar noch ausgeprägter, da bis auf Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung die anderen Fortbildungsinhalte nur in Einzelfällen umgesetzt werden.<sup>386</sup> Im Bereich der EDV/Software gaben 12 Prozent der Berliner, aber nur zwei Prozent der Brandenburger Einrichtungen an, eine Fortbildung durchgeführt zu haben. Die Unterschiede in den Bundesländern sind vor allem auf das Antwortverhalten der Praxen zurückzuführen. Ansonsten zeigen sich im Vergleich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg kaum Unterschiede

<sup>385</sup> Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet.

<sup>386</sup> Die Angaben beziehen sich auf insgesamt 134 Antworten.



**Abbildung 45: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Logopädie**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### **3.12.4 Zukünftige Beschäftigungsentwicklung und Fachkräftenachfrage**

In der Logopädie kann in Berlin und Brandenburg mit weiterem 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. **Tabelle 144**) als auch die Ergebnisse der Online-Befragung von Einrichtungen, in denen Logopäd/innen tätig sind, weisen auf weiteres Beschäftigungswachstum hin.

Zwischen 2011 und 2013 hat in den befragten Einrichtungen die Beschäftigung von Logopäd/innen 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 der weiteren Entwicklung erheblich zu. Rund ein Drittel der Einrichtungen sind sich hierüber im Unklaren und der Anteil der Einrichtungen, die ein gleichbleibendes Beschäftigungsniveau erwarten, geht deutlich zurück.

Tendenziell wird in Brandenburger Einrichtungen stärker von einer steigenden Beschäftigungsentwicklung ausgegangen (jeweils ca. 7 Prozentpunkte mehr als in Berlin). Dies kann zumindest für 2014 mit den noch geplanten Einstellungen zusammenhängen, die noch nicht umgesetzt wurden. Zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen gibt es diesbezüglich keine Unterschiede im Antwortverhalten. Im Vergleich zu anderen Therapieberufen sehen demnach für den Bereich der Logopädie weniger Antwortende eine steigende Beschäftigungsentwicklung.

**Tabelle 152: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Logopädie – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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

Eine mittel- und längerfristige, über den Zeitraum bis 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 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 153: 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)									
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>660</b>	<b>662</b>	<b>680</b>	<b>718</b>	<b>760</b>	<b>816</b>	<b>883</b>	<b>935</b>	<b>977</b>

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 153**). Diese Entwicklungsrate wird trotz der begrenzten Übertragbarkeit auch für Beschäftigungsentwicklung der Logopäden angenommen. Die in **Tabelle 144** 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 in der beruflichen Tätigkeitsgruppe Logopädie eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von fünf Prozent angenommen werden.

Die Wachstumsrate von fünf Prozent wird im Folgenden auch als Basisorientierung für die Projektion der berufsspezifischen Beschäftigungsentwicklung für den mittelfristigen Zeitraum bis 2020 herangezogen. Für den Zeitraum 2020 bis 2030, für den aufgrund der Langfristigkeit nur Aussagen mit Schwankungsbreiten in 1.000er Größenordnungen möglich sind, ist aufgrund der relativ geringen Bestandszahlen von rund 1.000 Beschäftigten keine solide Abschätzung der weiteren Entwicklung möglich. 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.

## **Rückgang der Beschäftigungsdynamik in der Logopädie unter Status quo Annahme**

Es besteht die Gefahr und Wahrscheinlichkeit, dass eine weitere Wachstumsrate von fünf Prozent in den nächsten 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 Fachexpert/innen 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.

## **Deutliches Beschäftigungswachstum unter verbesserten Rahmenbedingungen**

Entgegen den gegenwärtigen 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 neue Wachstumstreiber Breitenwirkung erzielen. Es ist wahrscheinlich, 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 Logopädie spürbar erweitern. 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.

## Beschäftigungswachstum und damit Erweiterungsbedarf an Fachkräften bei beiden Projektionsszenarien

Unter Berücksichtigung dieser beiden Szenarien können in der beruflichen Tätigkeit Logopädie folgende Entwicklungen des Beschäftigtenbestandes erwartet werden:

**Tabelle 154: Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Logopädie**

Bundesland /Region	Status-Quo-Annahme				Szenario beschleunigtes Wachstum			
	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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>1.712</b>	<b>2.000</b>	<b>2.100</b>	<b>2.250</b>	<b>1.712</b>	<b>2.250</b>	<b>2.650</b>	<b>3.150</b>

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 Logopädinnen und Logopäden in Berlin und Brandenburg auf rund 2.000 Erwerbstätige erhöhen (vgl. **Tabelle 154**). Im Zeitraum bis 2020 entsteht ein Erweiterungsbedarf von rund 300 Fachkräften. Im anschließenden Jahrzehnt bis 2030 ist unter Status quo Annahmen nur noch in Berlin Erweiterungsbedarf wahrscheinlich (rund 250 Fachkräfte).

In der Entwicklungsvariante unter beschleunigenden 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 rund 500 Fachkräften. Danach folgt bis 2030 Erweiterungsbedarf in Berlin und Brandenburg von zusammen rund 900 Fachkräften.

### Noch geringe Ersatzbedarfe für ausscheidende Beschäftigte

Nachfrage nach Fachkräften wird in den vorgenannten Projektionszeiträumen auch durch Ersatzbedarf für aus dieser beruflichen Tätigkeit ausscheidende Erwerbstätige entstehen. Zwei Hauptgründe können entsprechende Nachfrage auslösen: das altersbedingte Ausscheiden von Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit und der Wechsel von Beschäftigten in eine andere berufliche Tätigkeit (Fluktuation).

Die überdurchschnittlich junge Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Logopädie führt dazu, dass in dieser beruflichen Tätigkeit der altersbedingte Ersatzbedarf in der Zeit bis 2020 sehr gering ausfällt und voraussichtlich unter 50 Beschäftigte bleiben wird.

Zum fluktuationsbedingten Ersatzbedarf in der Logopädie liegen – wie oben erläutert – keine berufsspezifischen Daten für eine Quantifizierung der Fluktuation vor. In Anlehnung an die oben zitierte Untersuchung zu den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen wird hier angenommen, dass rund 10 Prozent der Beschäftigten in der Logopädie in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln. Daraus kann ein fluktuationsbedingter Ersatzbedarf für insgesamt 300 Logopädinnen und Logopäden bis 2030 abgeleitet werden.

## Relevante Nachfrage nach Fachkräften in der Zeit bis 2030

In der Zusammenführung der hier dargestellten Quellen voraussichtlicher Nachfrage nach neu für eine berufliche Tätigkeit in der Logopädie zur Verfügung stehenden Fachkräften geht in Relation zur gegenwärtigen Bestandsgröße gesehen ein deutlicher Anstieg des Bedarfs an Logopäd/innen hervor. Je nach Weiterentwicklung der Wirkungsbedingungen werden sich der Beschäftigtenbestand und entsprechend der Erweiterungsbedarf verändern. In der begrenzten Möglichkeit, die weitere Entwicklung der Wachstumsbedingungen konkret und sicher einzuschätzen, liegt die Unsicherheit der Projektion der Bedarfsentwicklung.

**Tabelle 155: Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Logopäd/innen 2013 bis 2030**

Berlin						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>450</b>	<b>1.050</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>750</b>	<b>1.350</b>

Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>300</b>	<b>600</b>

Berlin-Brandenburg						
Zeiträume	Erweiterungsbedarf Szenario A*	Erweiterungsbedarf Szenario B*	Altersbedingter Ersatzbedarf	Fluktuationsbedingter 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
<b>2013-2030 insgesamt</b>	<b>550</b>	<b>1.450</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>1.050</b>	<b>1.950</b>

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Zeitraum bis 2020 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 155**).

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt unter anderem Potenziale aus dem Bestand der Arbeitslosen sowie im Rahmen der Ausbildung zur Verfügung. Der Arbeitslosenbestand ist jedoch insgesamt zu vernachlässigen, da dessen Potenzial weitgehend ausgeschöpft ist. 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. 10 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 A) 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. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Teil der Auszubildenden auch die Pendlerverflechtungen relevant werden könnten, d. h. ein Teil der Berliner

Fachkräfte ist in Brandenburg beschäftigt. Dies könnte auf eine aktuell relativ gute Versorgungsstruktur in Berlin hinweisen, sodass ein Teil des Fachkräftebedarfs durch Wanderungsbewegungen ausgeglichen werden kann.

### 3.12.5 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 Reallohnverlusten 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 schulgeldfreie Ausbildungen. Dort werden Mittel der Krankenkassen eingesetzt und zum Teil mit Mittel der Ausbildungsträger ergänzt. Es sollte daher geprüft werden, ob dieser Weg auf die Logopädie übertragen werden kann. 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 Logopäd/innen vergrößert wird. Zum anderen könnte durch die Akademisierung ein mehr auf Augenhöhe basierendes Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und Logopäd/innen geschaffen werden. Ebenso bietet die Akademisierung Möglichkeiten erweiterter und komplexer Versorgungsleistungen. Zu diskutieren wäre bspw. 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 Logopäd/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.

- 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.

### 3.13 Podologin und Podologe

#### 3.13.1 Der Beruf auf einen Blick:<sup>387</sup>

Tätigkeit und Tätigkeitsfeld der	Podolog/innen führen medizinische Fußpflegemaßnahmen und Fußbehandlungen durch. Sie arbeiten hauptsächlich in podologischen Praxen sowie in podologischen Abteilungen von Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern. Außerdem sind sie in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit angeschlossenem podologischem Angebot tätig, etwa Physiotherapiepraxen oder diabetischen Fußambulanzen. Darüber hinaus finden sie in Sanitäts- und Orthopädiehäusern, Seniorenheimen und Kureinrichtungen sowie kombinierten Kosmetik- und Podologieinstituten Beschäftigung.
Ausbildung	<p>Die Ausbildung zur Podolog/in ist bundesweit einheitlich durch das Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen geregelt. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen statt. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung oder</li><li>• eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung, die den Hauptschulabschluss erweitert, oder</li><li>• eine nach Hauptschulabschluss oder einer gleichwertigen Schulbildung erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer.</li></ul> <p>Die Ausbildung dauert in Vollzeit in der Regel 2 Jahre und in Teilzeit maximal 4 Jahre und umfasst mindestens 2.000 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule sowie 1.000 Stunden praktische Ausbildung am Patienten.</p>

<sup>387</sup> Angaben siehe [www.berufenet.de](http://www.berufenet.de) sowie <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de>



<p>Entwicklungs- optionen und</p>	<p>Wie die meisten Gesundheitsfachberufe zeichnet sich auch die Podologie durch positive Entwicklungsmöglichkeiten aus. Diesbezüglich sind spezifische Wachstumstreiber und Wachstumsbedingungen zu unterscheiden:</p> <p>Wachstumstreiber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Prävention (ambulante vor stationärer Versorgung)</li> <li>• Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsformen</li> <li>• Steigende Nachfrage infolge des demografischen Wandels (z. B. Diabetes)</li> </ul> <p>Wachstumsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lösung des Fachkräfteproblems (bilden, halten, gewinnen)</li> <li>• Aufwertung des Berufsfeldes (Qualifizierung, Vergütung etc.)</li> <li>• Einbindung der Therapieberufe als gleichwertiger Partner in komplexen Versorgungsstrukturen</li> <li>• Ggf. Ausweitung der Anzahl von Heilmittelpositionen, die erbracht werden können.</li> </ul> <p>Wenn es gelingt, die strukturellen Rahmenbedingungen der Therapieberufe nachhaltig zu verbessern, ergeben sich relevante Wachstumschancen und Entwicklungsoptionen für eine moderne gesundheitliche wie pflegerische Versorgung.</p>
<p>aktuelle Entwicklungs- pfade</p>	<p>Der aktuelle Entwicklungspfad der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und der Podologie im Besonderen verweist aber eher auf eine „Prekarisierung“ der Therapieberufe. Auch hier sind „Prekarisierungstreiber“ und „Prekarisierungseffekte“ zu unterscheiden:</p> <p>„Prekarisierungstreiber“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebsökonomisches Kalkül der „big player“ der Gesundheitswirtschaft</li> <li>• Bundes- und landesspezifische sowie komplexe rechtliche Rahmenbedingungen</li> <li>• Schwache Interessenvertretungen auf Seiten der Therapieberufe</li> </ul> <p>„Prekarisierungseffekte“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weitere Verschlechterung der beruflichen Rahmenbedingungen</li> <li>• Zuspitzung der Fachkräfteproblematik</li> <li>• Versorgungslücken, ungenutzte Wachstumspotenziale</li> <li>• eingeschränkte Gestaltungsspielräume bei der Modernisierung der gesundheitlich-/pflegerischen Versorgung</li> </ul>

### 3.13.2 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

#### Überschaubare Beschäftigtenzahlen bei geringem Beschäftigungswachstum

In den Ländern Berlin und Brandenburg waren Mitte 2014 rund 300 Podolog/innen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Die Mehrheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (ca.170 Personen) war in Berlin tätig. Hinzu kommen in dieser beruflichen Tätigkeit in Berlin 150 Selbständige (2013) und in Brandenburg schätzungsweise 125 Selbständige.<sup>388</sup> Insgesamt sind damit in der Berlin-Brandenburger Region annähernd 575 Personen in der Podologie beschäftigt. Damit handelt es sich quantitativ betrachtet um einen der kleinsten der hier untersuchten Berufe.

Die Beschäftigungsentwicklung in der Podologie ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überwiegend durch Wachstum gekennzeichnet (vgl. **Tabelle 156**).<sup>389</sup>

**Tabelle 156: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>285</b>	<b>284</b>	<b>293</b>	<b>307</b>	<b>308</b>	<b>311</b>

Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

Die Beschäftigten der Podologie sind ausnahmslos auf Fachkrfebene tätig. Damit weisen sie gegenüber den anderen Therapieberufen ein etwas geringeres Qualifikationsniveau<sup>390</sup> auf (Stand 2013).

Im Rahmen der Einrichtungsbefragung gaben 67 Einrichtungen an, Podolog/innen zu beschäftigen. Von diesen haben 35 ihren Sitz in Berlin und 32 in Brandenburg. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Praxen. Andere Einrichtungstypen (bspw. Krankenhäuser) spielen eine nur marginale Rolle. In den 51 Einrichtungen, die konkrete Angaben zur Beschäftigtenzahl machen, waren insgesamt 112 Podolog/innen tätig. In der Mehrzahl handelt es sich um Einrichtungen mit wenigen (1-2) Beschäftigten.

#### Hoher Frauenanteil und hohe Teilzeitquote

Wie in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten ist auch die Podologie sehr deutlich durch weibliche Beschäftigung geprägt. Der Frauenanteil liegt nochmal deutlich höher als im Durchschnitt aller untersuchten Berufe – und dies in beiden Bundesländern (vgl. **Tabelle 157**). Der Anteil der Frauen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Podologie betrug zum Stichtag 30.06.2013 ca. 92 Prozent. Damit liegt der Anteil der Frauen im Vergleich zu den

<sup>388</sup> Laut statistischem Jahrbuch Berlin waren im Jahr 2013 in Berlin 150 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. 125 selbständig tätige Podologinnen und Podologen.

<sup>389</sup> 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 positive Beschäftigungstrend in der Podologie bestätigt. Vgl. hierzu Abschnitt 3.13.4.

<sup>390</sup> In der Klassifikation der Berufe 2010 wird nach vier Anforderungsniveaus unterschieden: (1) Helfer- und Anlernertätigkeiten; (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

anderen untersuchten Berufen nach den Hebammen und der Logopädie am höchsten. Zwischen den beiden Bundesländern differiert der Anteil der weiblichen Beschäftigten nur wenig.<sup>391</sup>

**Tabelle 157: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>284</b>	<b>262</b>	<b>92,3</b>	<b>81,9</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Typisch für Berufe mit einem hohen weiblichen Beschäftigungsanteil ist der hohe Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen. Dies ist auch in der Podologie zu beobachten. Während hinsichtlich der geschlechtlichen Aufteilung jeder Beruf mit mindestens 75 Prozent Frauenanteil weiblich geprägt ist, zeigen sich bei der Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung deutliche Unterschiede.<sup>392</sup> Am stärksten ausgeprägt ist die Teilzeitbeschäftigung in den Helfertätigkeiten sowie den Therapieberufen, also auch der Podologie. Ebenso wie bei den Anteilen der weiblichen Beschäftigten sind auch bei der Betrachtung der Arbeitszeiten kaum Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg festzustellen (vgl. **Tabelle 158**).

**Tabelle 158: Sozialversicherungspflichtige 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
<b>Berlin-Brandenburg</b>	<b>284</b>	<b>156</b>	<b>54,9</b>	<b>45,1</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Dieser wenn auch nur marginale Unterschied deckt sich tendenziell mit der Situation im Gesundheits- und Sozialwesen in den beiden Bundesländern insgesamt. Nach den Ergebnissen des IAB Betriebspanels 2013 ist der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Personen an abhängig Erwerbstätigen (inkl. Auszubildende, aber ohne geringfügig Beschäftigte) in Brandenburg mit 40 Prozent rund acht Prozent niedriger als in Berlin. Dies kann wiederum mit der vergleichsweise guten Kinderbetreuungssituation in Brandenburg zusammenhängen.<sup>393</sup>

<sup>391</sup> Gleichwohl sind die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg tendenziell in den meisten der untersuchten Gesundheitsfachberufe und der Helfertätigkeiten festzustellen. Eine Begründung für den Unterschied zwischen beiden Bundesländern könnte unter anderem 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 3 Jahren am 01. März 2014 in Berlin 45,8 Prozent, in Brandenburg hingegen 58,2 Prozent (vgl. Pressemitteilung Nr. 313 des Statistischen Bundesamtes vom 04.09.2014). In Brandenburg dürfte es den Frauen häufiger möglich sei, einer Berufstätigkeit nachzugehen.

<sup>392</sup> Die Spanne umfasst Teilzeitquoten zwischen 33 und 68 Prozent. Damit liegen alle Berufe über dem Gesamtdurchschnitt. 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).

<sup>393</sup> 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, höheres Durchschnittsalter der Selbständigen

Hinsichtlich der Zusammensetzung nach Alter zeigt sich folgendes Bild: Unabhängig vom Bundesland fällt der hohe Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Podologie im Alter von unter 35 Jahren auf (vgl. **Tabelle 159**). Damit handelt es sich um einen „jungen“ Beruf. Allerdings sind Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg feststellbar:

**Tabelle 159: Sozialversicherungspflichtig 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
<b>Vergleich: untersuchte Gesundheitsfachberufe gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>33,5</b>	<b>37,3</b>	<b>14,2</b>	<b>9,8</b>	<b>5,2</b>

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

Neben den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten spielt insbesondere in den Therapieberufen auch die Selbständigkeit eine große Rolle. Zur Altersstruktur der selbständig Tätigen liegen jedoch 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 Podolog/innen ab und weisen auf eine deutlich ältere Zusammensetzung hin als im Bereich der sozialversicherungspflichtigen 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.<sup>394</sup> 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.<sup>395</sup>

<sup>394</sup> Durch den ZFD wurden Angaben zu 227 Personen übermittelt. Hierbei wurde jedoch nicht danach unterschieden, ob die Mitglieder selbständig sind oder nicht.

<sup>395</sup> Dieser Tatbestand ist plausibel, da Selbständigkeit in der Regel erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der eigenen Berufskarriere eine relevante Option darstellt.

## **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.<sup>396</sup> Daher wird an dieser Stelle auf eine Beschreibung der Verflechtungsbeziehungen verzichtet.

## **Relevante Neueinstellungen in 2013 bei stark variierenden Stellenbesetzungszeiten**

Um auf den aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarf zu reagieren, stehen den Einrichtungen mehrere Wege der Fachkräftesicherung zur Verfügung. Ein wesentlicher Weg liegt darin, neue Beschäftigte einzustellen. Dieser Weg wurde und wird von den Einrichtungen auch genutzt. Insgesamt zeigt sich ein reges Einstellungsverhalten der befragten Einrichtungen. Im Jahr 2013<sup>397</sup> haben immerhin 30 Prozent der Antwortenden in Vollzeit, 25 Prozent in Teilzeit mindestens eine Person eingestellt. Bei der Einstellung von Voll- und Teilzeitkräften kann es sich auch jeweils um die gleichen Einrichtungen handeln.

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). Ganz eindeutig überwiegt die Einstellung einer geringen Personenanzahl. 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.

Der Befragung kann auch entnommen werden, ob die befragten Einrichtungen 2013 einen Einstellungsbedarf hatten und ob die angebotenen Stellen besetzt werden konnten oder nicht. Gut ein Viertel der befragten Einrichtungen (15 von 52, die auf diese Frage geantwortet haben) haben angegeben, dass sie 2013 keinen Bedarf an neu einzustellen Podolog/innen hatten. Dies trifft auf Brandenburger Einrichtungen (35 %) eher zu als auf Berliner (25 %).

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 Fachkräftengpasses. Immerhin 22 Prozent (12 Antwortende) gaben an, dass im Jahr 2013 insgesamt 14 Stellen offen geblieben seien. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Praxen. Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg bestehen nicht.

Die Einrichtungen wurden auch danach gefragt, wie lange die Besetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt etwa gedauert hat. Auf diese Frage haben 19 Einrichtungen geantwortet, in denen Podolog/innen beschäftigt sind. Auch wenn die Anzahl der vorhandenen Antworten gering ist, deuten die Angaben darauf hin, dass die Suche nach Podolog/innen für die Antwortenden zum Teil sehr 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 1 und maximal 250 Wochen, d. h. rund 5 Jahre an. Die Zeitspanne von mehr als einem Jahr zur Besetzung einer offenen Stelle wurde in sechs der 19 Fälle angegeben. Auch in Verknüpfung mit anderen Befunden der Befragung<sup>398</sup> deutet dies auf einen deutlichen Fachkräftebedarf in der Podologie hin, der aktuell nur bedingt befriedigt werden kann. Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg lassen sich aufgrund der geringen Fallzahl nur eingeschränkt ablesen, scheinen aber keine Rolle zu spielen.

---

<sup>396</sup> Insgesamt wurden am 30.06.2013 in Berlin 9 Einpendler und 18 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Auspendler gezählt.

<sup>397</sup> Von den insgesamt 67 Einrichtungen, die angaben, Podolog/innen zu beschäftigen, liegen 52 Antworten zum Einstellungsverhalten im Jahr 2013 vor.

<sup>398</sup> Beispielsweise liegt der Anteil der Einrichtungen, die eine steigende Beschäftigungsentwicklung erwarten, in der Podologie ausgesprochen hoch.

## Relevante Zahl an (geplanten) Neueinstellungen im Jahr 2014

Im Jahr 2014 schwächt sich das rege Einstellungsverhalten im Bereich der Podologie gegenüber dem Vorjahr 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.

Fasst man die Befunde zum Einstellungsverhalten in den Jahren 2013 und 2014 und zu den noch geplanten Einstellungen im Jahr 2014 zusammen, so zeigt sich, dass aktuell ein relativ reges Einstellungsverhalten zu konstatieren ist, mit dem die Einrichtungen auf ihren Fachkräftebedarf reagieren. Zwar liegen die Anteile der Antwortenden, die 2013 und/oder 2014 bereits Personen eingestellt haben, leicht unter den Anteilen anderer Therapieberufe, doch ist es plausibel anzunehmen, dass dies vor allem auf den bereits bestehenden Fachkräfteengpass in der Podologie zurückzuführen ist. Für diese Annahme spricht zum einen die durchschnittlich sehr lange Besetzungsdauer und zum anderen der hohe Anteil der Einrichtungen, die noch eine Einstellung planen, die Planung aber bislang nicht umsetzen (konnten).

## Zusätzlicher Fachkräftebedarf aufgrund von Fluktuation

Neben rentenbedingten Abgängen aus dem Beruf ist in jedem Berufsfeld ein zusätzlicher Fachkräfteverlust aufgrund von Fluktuation zu beobachten. Die Fluktuation ist somit ein Strukturelement jeden Berufs. Dieser für die einzelnen Einrichtungen nachvollziehbarerweise negative Prozess ist für die Fachkräftesituation des Berufes insgesamt jedoch nicht von Belang, solange die Podolog/innen ihren Beruf weiterhin ausüben (Wechsel zwischen zwei Einrichtungen). Relevant für die Versorgungslandschaft ist jedoch, wenn Podolog/innen gänzlich das Berufsfeld verlassen und in einen anderen Beruf wechseln bzw. frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Zu diesem Aspekt stehen für die Podologie allerdings keine Primärdaten aus den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit oder anderer Quellen 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.<sup>399</sup>

Aus diesem Grunde werden zum Zwecke der Annäherung bestehende Analysen zur Grundlage genommen.<sup>400</sup> Zum Teil befassen sich die Studien mit der Frage, welche Gründe für eine geringe oder hohe Berufstreue ausschlaggebend sind.<sup>401</sup> Zum Teil beziehen sich die bestehenden Analysen auf Befragungen von Absolvent/innen von Berufsfachschulen hinsichtlich ihrer erwarteten Verweildauer im Beruf.<sup>402</sup>

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. Podolog/innen sind wie beschrieben in der Regel dem Anforderungsniveau der Fachkräftebene zugeordnet. Gegenüber anderen Therapieberufen ist das Anforderungsniveau gleichwohl geringer einzuschätzen. Aufgrund der nicht vorhandenen

---

<sup>399</sup> In einem solchen Fall wäre es notwendig, dass die Einrichtung Kenntnis über den anschließenden Beruf der ausscheidenden Beschäftigten hat, idealerweise einen längeren Zeitraum nach Verlassen der Einrichtung betreffend.

<sup>400</sup> 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.

<sup>401</sup> 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.

<sup>402</sup> 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.

Spezialisierung könnte die Berufstreue daher geringer sein als in Berufen, in denen die Mehrzahl der Beschäftigten auf einem höheren Anforderungsniveau tätig ist.

Weitere Studienkenntnisse deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Berufswechsel steigt, je inhaltlich verwandter die Berufe sind. Es ist nicht auszuschließen, dass aufgrund des Anforderungsniveaus Berufswechsel in andere Tätigkeiten geschehen.

Für eine höhere Fluktuation sprechen die übergeordneten Ergebnisse der Studien, dass Berufsabbrüche vor allem in den ersten Jahren nach dem Ausbildungsabschluss zu konstatieren sind. Die Podologie ist im Bereich der sozialversicherungspflichtigen 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 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 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu liegen scheint.

Eine Ursache für einen Berufswechsel kann auch im Lohnniveau begründet liegen. Für die Beschäftigten in der Podologie lassen sich Angaben über die monatlichen Bruttoarbeitsentgelte der sozialversicherungspflichtig 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<sup>403</sup> der sozialversicherungspflichtig vollzeitbeschäftigten Podolog/innen bei 1.368 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.<sup>404</sup>

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird angenommen, dass die Fluktuation ungefähr auf dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen liegt. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Berufstreue im engen (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf) und der Berufstreue im weiten Verständnis (Verbleib im gleichen Gesundheitsberuf oder ähnlichen Berufen). 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.

### **3.13.3 Arbeitskräfteangebot**

#### **Sinkende Arbeitslosenzahlen bei steigendem Fachkräftebedarf**

Ein möglicher Weg der Fachkräftesicherung liegt in der Ausnutzung des vorhandenen Arbeitskräftepotenzials. Entsprechend verweist der Bestand an Arbeitslosen 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 Podologin bzw. Podologe einen Rückgang der

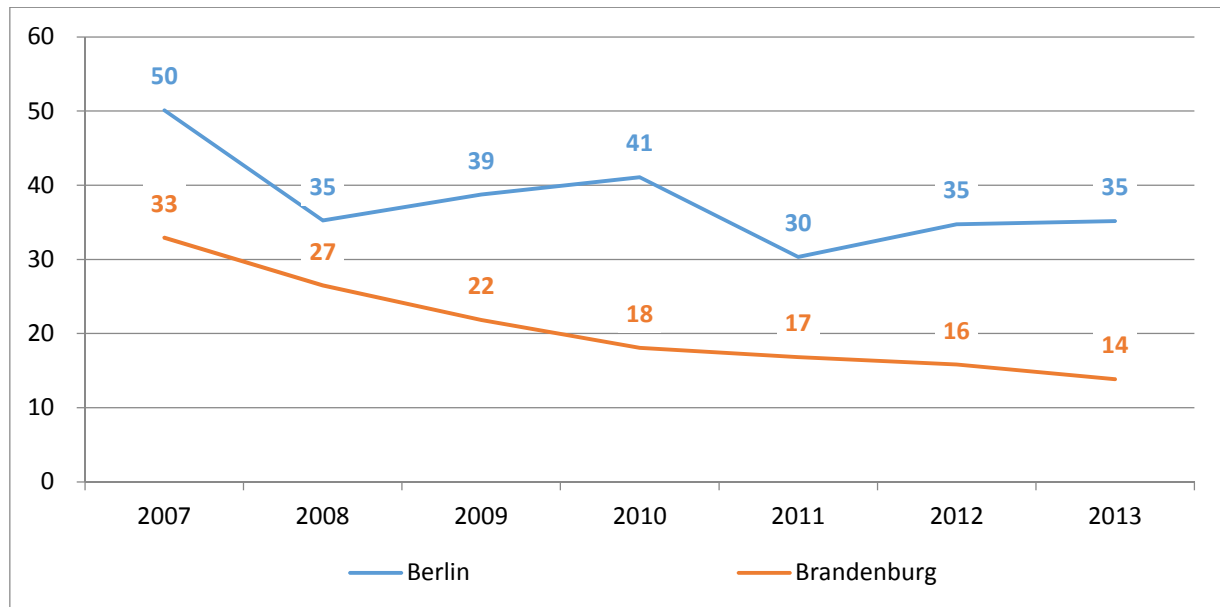
---

<sup>403</sup> 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

<sup>404</sup> 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.

Arbeitslosenzahlen auf, der in Berlin allerdings mit einigen Schwankungen verknüpft ist (vgl. **Abbildung 46**).

**Abbildung 46: Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) –Podologie**



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung

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. Bezogen auf das Alter der arbeitslos gemeldeten Personen ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 160: Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 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	35	7	13	4	8	3
Brandenburg	14	4	6	4	0	0
Berlin-Brandenburg	49	11	19	8	8	3
Angaben in Prozent						
Berlin	100,0	20,0	37,1	11,4	22,9	8,6
Brandenburg	100,0	28,6	42,9	28,6	0,0	0,0
Berlin-Brandenburg	100,0	22,4	38,8	16,3	16,3	6,1

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung; Anmerkungen: Abweichungen möglich aufgrund statistischer Rundungen

Die Zahlen zeigen, dass es rein quantitativ betrachtet, gemessen am Beschäftigungsumfang, zumindest für Berlin durchaus Potenziale gibt, arbeitslose Personen mit einem Zielberuf in der Podologie in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Allerdings zeigt die Relation von Arbeitslosen zu Beschäftigten, dass die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus dieser Quelle insgesamt begrenzt sind: In Berlin kommen 124 Arbeitslose auf 1.000 Erwerbstätige (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und selbständig Tätige), in Brandenburg liegt die Relation bei 55 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 niedrigerer Wert. Allerdings liegt dieser Wert für Berlin wiederum deutlich über der Relation anderer hier untersuchter



Therapieberufe – zumal dann, wenn die Selbständigen aus der Rechnung herausgenommen werden. In diesem Falle liegt das Verhältnis sogar über dem Berliner Durchschnitt, was zumindest mittelfristig eine Linderung des Berliner Fachkräftebedarfs bedeuten könnte.

Eine weitere wesentliche Kennzahl zur Einschätzung des Fachkräftepotenzials der Arbeitssuchenden ist das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der bestehenden Leistungsansprüche in der Regel alle Arbeitslosen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind, dass der Agentur aber nur ein Teil der offenen Stellen bekannt ist.<sup>405</sup> Die Anzahl der gemeldeten Arbeitsstellen liegen nur gegliedert nach Berufsgruppen vor. Demzufolge gab es im Mai 2014 in Berlin 270 gemeldete Arbeitsstellen in der nicht ärztlichen Therapie und den Berufen der Heilkunde. In Brandenburg waren dies 351 Stellen. Gegenüber dem Vorjahr wuchs die Zahl der gemeldeten Stellen um rund 45 Prozent (Berlin 50 Prozent, Brandenburg 42 Prozent). Da nur ein Teil aller Stellen der Bundesagentur gemeldet werden, sind die Daten ein Indiz sowohl für einen erhöhten Bedarf an Fachkräften in dieser Berufsgruppe, als auch für ein knapper werdendes Fachkräfteangebot auf Seiten der Arbeitssuchenden.

### **Deutlich steigende Ausbildungsaktivitäten in Berlin, keine Ausbildung in Brandenburg**

Ein weiterer Weg zur Sicherung des Fachkräftebedarfs besteht in der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an zu besetzenden Ausbildungsplätzen, um auf diesem Wege zumindest mittelfristig eine ausreichende Anzahl an Nachwuchskräften gewinnen zu können. Über alle untersuchten Gesundheitsfachberufe hinweg kann davon gesprochen werden, dass die Ausbildung in diesen Berufen in den letzten Jahren quantitativ an Bedeutung gewonnen hat. So stieg die Zahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf ca. 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013<sup>406</sup> – und dies bei gleichzeitig sinkenden Schulabgangszahlen sowohl in Berlin als auch in Brandenburg

Die Podologie kann von diesem quantitativen Bedeutungszuwachs insgesamt ebenfalls profitieren – allerdings mit deutlichen Unterschieden zwischen Berlin und Brandenburg. Im Zeitraum zwischen 2005/2006 und 2012/2013<sup>407</sup> ist die Anzahl der Auszubildenden über alle Ausbildungsjahrgänge hinweg ca. um das Dreifache gestiegen (vgl. **Abbildung 47**). Damit liegt das prozentuale Wachstum der Ausbildungszahlen in der Podologie über dem fast aller anderen untersuchten Gesundheitsfachberufen, obgleich aufgrund der geringen absoluten Anzahl diese Beschreibung nur bedingte Aussagekraft besitzt. Der Anstieg ist ausschließlich auf die Berliner Ausbildungssituation zurückzuführen, da in Brandenburg derzeit keine entsprechende Berufsfachschule existiert.

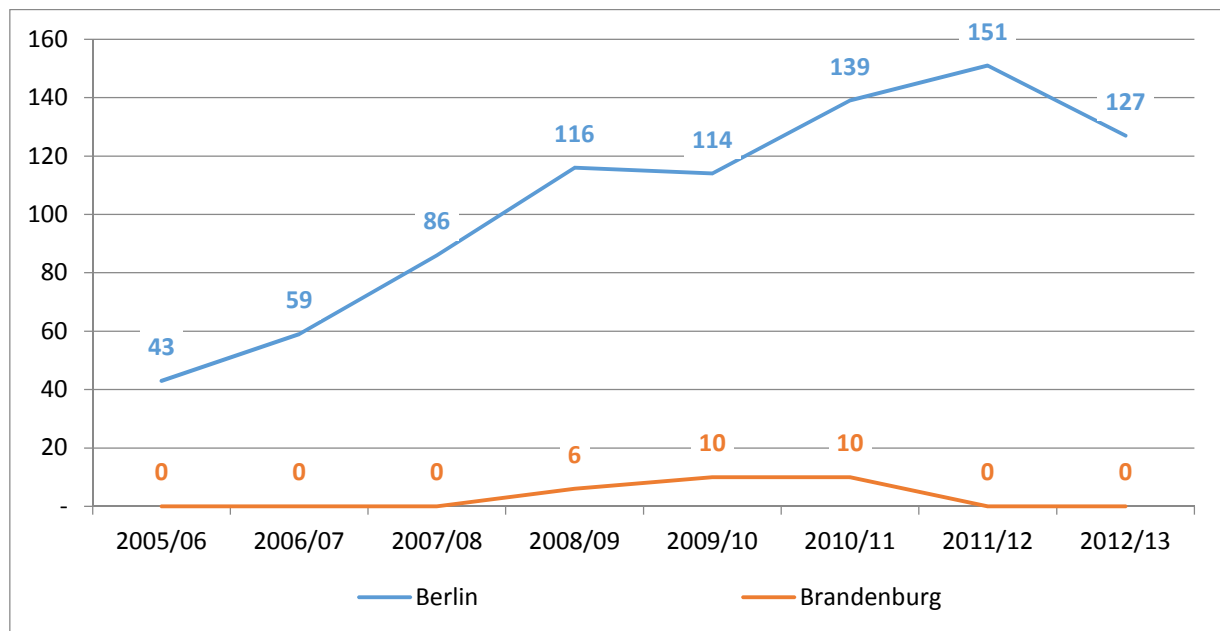
---

<sup>405</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft nur die Minderheit der offenen Stellen der BA angezeigt werden.

<sup>406</sup> 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. Zöllner 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Wissenschaftliche Diskussionspapiere des BIBB, Heft 153.

<sup>407</sup> Zahlen zum Ausbildungsjahr 2013/2014 liegen nur für Brandenburg vor. Aus Gründen der Vergleichbarkeit beschränkt sich die Darstellung auf den Zeitraum bis 2012/2013. In Brandenburg wird der rückläufige Trend der Ausbildungszahlen fortgesetzt.

**Abbildung 47: 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.<sup>408</sup> Daher können die Ausbildungsstrukturen und den damit verbundenen finanziellen Rahmenbedingungen (kostenpflichtige Ausbildung)<sup>409</sup> höchstens als Erklärungsmuster herangezogen werden, dass möglicherweise ansonsten noch mehr junge Menschen eine Ausbildung in der Podologie beginnen würden. Diesem Argument steht jedoch die Entwicklung in Berlin entgegen. Gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin lag die Zahl der besetzten Plätze am 01.11.2012 in der Podologie sogar knapp über der Zahl der genehmigten Plätze. Dies spricht für die relativ hohe Attraktivität des Berufes bei den Jugendlichen.

Zu beachten ist bei der Betrachtung der Ausbildungszahlen, dass nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung auch erfolgreich beenden – entweder weil sie die Ausbildung nicht mit Erfolg durchlaufen haben oder vor der Beendigung ein Abbruch erfolgte. Hier zeigen sich über die Jahre verteilt jeweils stark voneinander abweichende Quoten sowohl hinsichtlich des Abbruches als auch des nicht erfolgreichen Abschlusses. Insgesamt schwanken die Anteile zwischen 8 und knapp 24 Prozent eines Jahrgangs, die ihre Ausbildung nicht erfolgreich beendet haben. Ihre Ausbildung zuvor abgebrochen haben sogar zwischen acht und 63 Prozent. Eine Tendenz ist bei beiden Aspekten im Zeitverlauf (2007/2008 bis 2013/2014)<sup>410</sup> nicht zu erkennen.<sup>411</sup>

Die unterschiedlichen und insgesamt sehr hohen Quoten haben dementsprechend auch Einfluss auf die Absolventenzahlen, die die Ausbildung mit einem Abschlusszeugnis beenden (vgl. **Abbildung 48**).

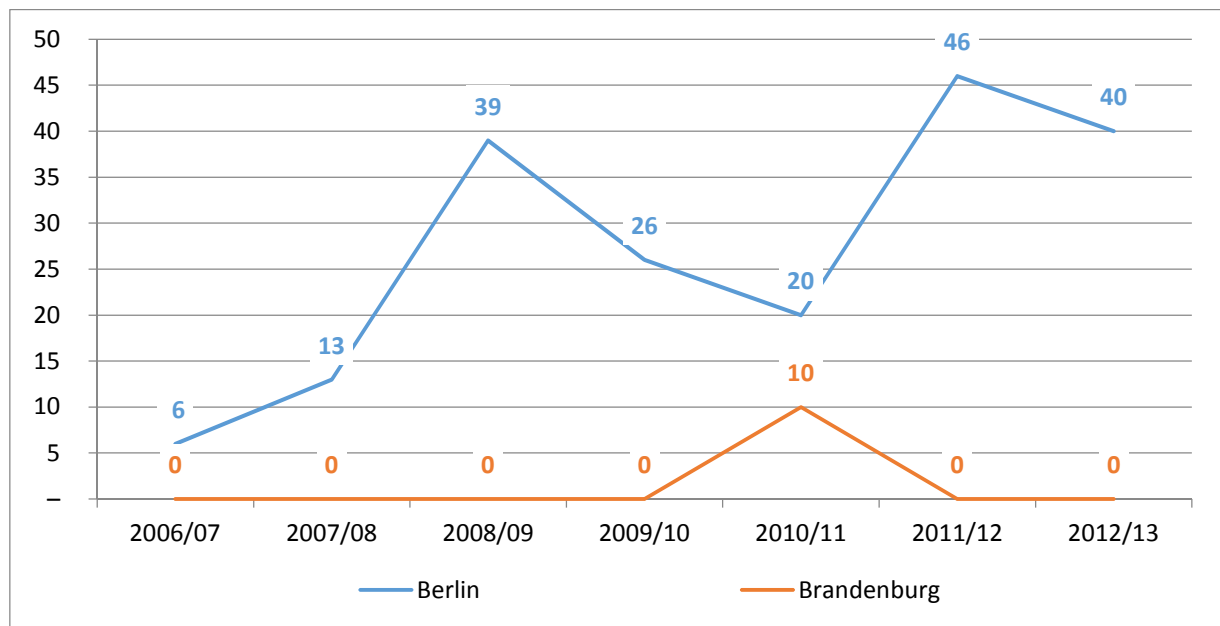
<sup>408</sup> Auch in der Ergotherapie ist dies zumindest in Berlin der Fall. Allerdings ist der Rückgang in Brandenburg stärker, sodass die Entwicklung der Ausbildungszahlen insgesamt rückläufig ist.

<sup>409</sup> Aktuell werden in Berlin ca. 225 € monatlich Gebühren erhoben.

<sup>410</sup> Für Brandenburg liegen Daten nur für die Ausbildungsjahre 2012/2013 und 2013/2014 vor.

<sup>411</sup> Eine Erklärung für diese Schwankungen muss an dieser Stelle offen bleiben.

**Abbildung 48: Anzahl der Auszubildenden in der Podologie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf**



Quelle: Landesamt für Statistik Berlin-Brandenburg

Neben den reinen Ausbildungszahlen geht es aber auch darum zu erörtern, welchen Stellenwert die Ausbildung für die Einrichtungen selber hat. Daher wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie im gegenwärtigen Ausbildungsjahr (2013/2014) Fachpraktika für die schulische Berufsausbildung anbieten.

Von den insgesamt 67 Antwortenden mit Beschäftigten aus der Podologie gab 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 in ca. einem Drittel aller Fälle mit Beschäftigten aus der Podologie wurde angegeben, in den letzten zwei Jahren mindestens eine Praktikant/in übernommen zu haben. Auch hier liegen die Anteile gemeinsam mit der Logopädie z. T. deutlich über den Anteilen der anderen untersuchten Therapieberufe. Zum Teil wurde von den Antwortenden angegeben, dass eine Übernahme aufgrund fehlender Bewerbungen von Praktikant/innen nicht möglich sei. Dies bestätigt die bereits vorliegenden Befunde, die auf einen Fachkräfteengpass hindeuten. Sowohl hinsichtlich des Angebotes als auch der Übernahme gibt es keine Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg im Antwortverhalten.

In der Zusammenschau von Arbeitslosen- und Ausbildungszahlen könnte ggf. geschlossen werden, dass es sich bei einem Teil der arbeitslos gemeldeten Podolog/innen um Ausbildungsabsolvent/innen handelt. Dafür spricht zum einen die Altersstruktur der Arbeitslosen, zum anderen würde dies zum Teil die Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg erklären. Da in Brandenburg derzeit keine Ausbildung in der Podologie angeboten wird, scheint in den letzten Jahren der Bestand an Arbeitslosen so stark geschrumpft zu sein, dass nun weder im Arbeitsmarkt noch in der Ausbildung Fachkräfte für die vorhandenen Bedarfe der Einrichtungen zur Verfügung stehen.

## Fachkräftebindung als zentrales Mittel der Fachkräftesicherung

Für die mittel- und langfristige Fachkräftesicherung ist die Festigung bestehender Arbeitsverhältnisse hoch bedeutsam. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen<sup>412</sup> eine ganze Reihe an Aktivitäten durchführen, um Fachkräfte zu halten. Dabei werden am häufigsten Maßnahmen umgesetzt, die auf die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung oder die Flexibilisierung der Arbeitszeiten abzielen. An dritter Stelle der genannten Maßnahmen stehen Angebote zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen. Im Vergleich zu anderen Therapieberufen fällt auf, dass die Anteile der umsetzenden Einrichtungen in der Podologie z. T. deutlich niedriger ausfallen.

Die Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen fällt sehr gleichmäßig aus. Dies spricht dafür, dass es nicht *die* Maßnahme der Fachkräftebindung gibt. Auffällig ist jedoch, dass die gezielte Gesundheitsförderung zwar von den Befragten (mit allerdings nur leichtem Vorsprung) am wirksamsten eingeschätzt wird, jedoch nur von einem guten Viertel der Einrichtungen tatsächlich umgesetzt wird bzw. werden kann (vgl. **Tabelle 161**).

**Tabelle 161: Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Podologie in den letzten zwei Jahren**

Aktivität	Anteil der Umsetzung in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit <sup>413</sup>
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	53,6	2,5
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entsprechend der Wünsche der Beschäftigten	50,0	2,8
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	48,2	2,6
zusätzliche finanzielle Vergütungen	33,9	2,9
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	32,1	2,6
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	32,1	2,8
Reduzierung von Vollzeit- in Teilzeitbesch. auf Wunsch der Beschäftigten	28,6	2,6
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	28,6	3,0
Gezielte Gesundheitsförderung	26,8	2,1
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	19,6	2,7
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	17,9	2,1
andere Maßnahmen	10,7	3,8
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	8,9	2,4

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Fort- und Weiterbildungen können den Einrichtungen helfen, eventuell neu auftretendem Bedarf durch bestehende Personalressourcen zu begegnen. Daher bilden Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung – im Sinne der Personalentwicklung – einen weiteren Baustein der Fachkräftebindung. Dieser Aspekt wurde gesondert abgefragt. Zu der Frage, wie viele Personen im Jahr 2013 an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben, liegen Angaben von 59 Antwortenden vor, die Podolog/innen beschäftigten. Von diesen haben 54 angegeben, dass mindestens ein(e) Podolog/in im Jahr 2013 an einer Fort- oder Weiterbildung teilgenommen hat. In der Mehrzahl wurden

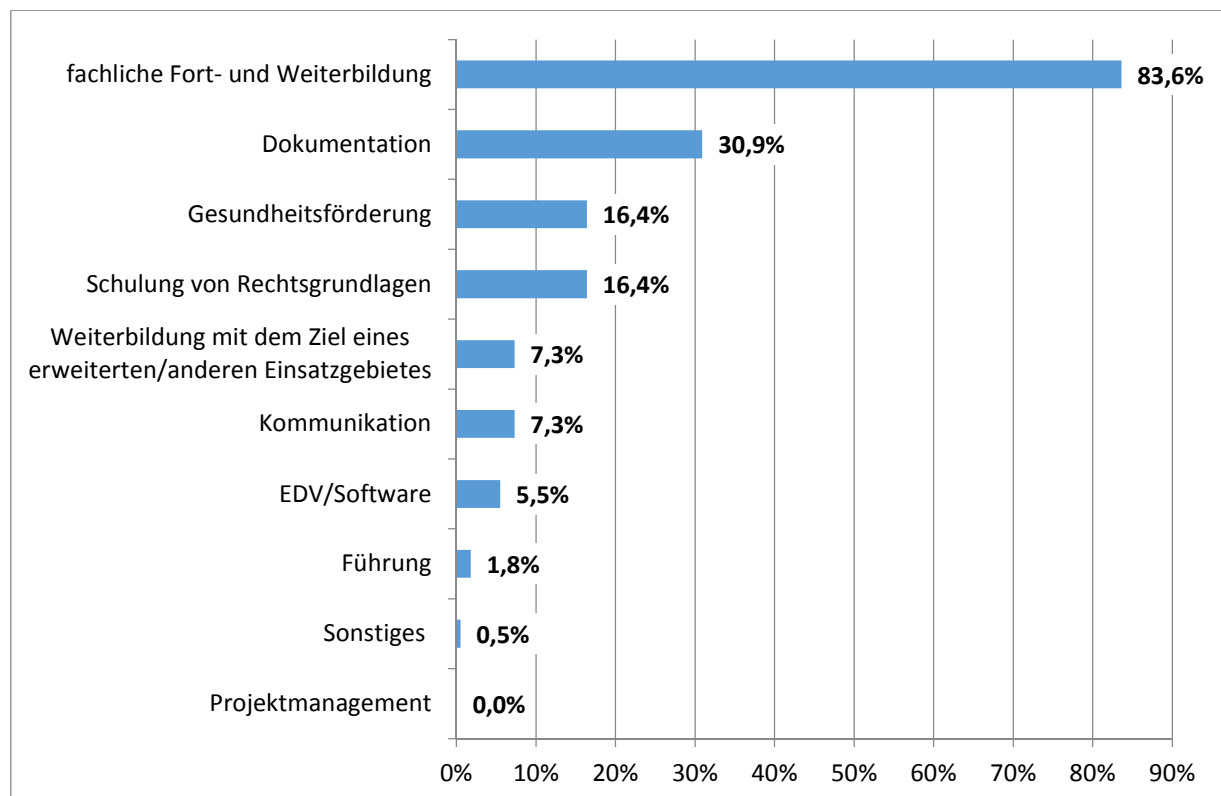
<sup>412</sup> In der Annahme, dass die Einrichtungen für die einzelnen Berufe keine unterschiedlichen Aktivitäten der Mitarbeiterbindung umsetzen, wurde diese Frage berufsübergreifend gestellt. Dementsprechend wurden für diese Auswertung nur diejenigen Antworten aus Einrichtungen herangezogen, in denen ausschließlich Podologinnen und Podologen beschäftigt sind. Einrichtungen mit zwei oder mehr Berufsgruppen (z.B. Krankenhäuser) finden sich in dieser Auswertung nicht wieder. Insgesamt handelt es sich um 56 Fälle.

<sup>413</sup> Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet.

ein bis zwei Beschäftigte als Maßnahmeteilnehmende genannt. Dies korrespondiert mit der Beschäftigungssituation in diesen Einrichtungen. Der hohe Anteil an Einrichtungen, die Fort- und Weiterbildungen angeboten haben, erklärt sich auch die die gesetzliche Pflicht, sich regelmäßig weiterzubilden.

Wie über alle betrachteten Berufe verteilt, spielen auch in der Podologie fachliche Fort- und Weiterbildungen die mit Abstand größte Rolle (vgl. **Abbildung 49**). Verglichen mit anderen hier untersuchten Berufen spielen aber auch Fort- und Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Dokumentation eine relativ große Rolle. Mit einigem Abstand wurden noch Schulungen von Rechtsgrundlagen oder Fort- und Weiterbildungen zum Thema Gesundheitsförderung durchgeführt. Die anderen abgefragten Inhalte wurden nur vereinzelt genannt. Im Vergleich der beiden Bundesländer Berlin und Brandenburg gibt es keine gravierenden Unterschiede.

**Abbildung 49: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Podologie**



Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

### 3.13.4 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. **Tabelle 156**) 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 162: Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Podologie – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg**

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

Ganz gravierende Unterschiede gibt es hinsichtlich der Erwartungen zwischen den Berliner und den Brandenburger Antwortenden. Während die Berliner Befragten zu 47 Prozent angaben, mit einer steigenden Beschäftigungsentwicklung im Jahr 2014 zu rechnen, betrug der Anteil in Brandenburg nur rund 23 Prozent. Ein Erklärungsansatz hierfür lässt sich nicht ohne Weiteres ableiten. So ist die Anzahl der Antwortenden aus beiden Bundesländern ebenso fast identisch wie die Zusammensetzung nach Einrichtungstyp. Auch die Antworten zu den erfolgten und geplanten Einstellungen geben keine Hinweise auf diese Diskrepanz. Diese Unterschiede zwischen den Bundesländern verschwinden im Betrachtungszeitraum 2015-2017 vollständig.

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 große 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 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und 250 Selbständigen keine solide Abschätzung der weiteren Entwicklung möglich.

Diesem Fachkräftebedarf stehen angebotsseitig wie dargestellt 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. Es ist aber davon auszugehen, dass nicht alle arbeitslosen Personen mit dem Zielberuf Podologie in Beschäftigung integriert werden können. 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, sodass Fachkräfteengpässen derzeit mit anderen Maßnahmen begegnet werden muss.

### 3.13.5 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 Reallohnverlusten 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 anzubieten. 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 Weiterbildungen (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.

## 4 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 variabelere 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 Fachkräfteresource der Zukunft dar.<sup>414</sup> 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 auch mit Berufen im gewerblichen-technischen oder kaufmännischen Bereich

---

<sup>414</sup> 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.

konkurrieren können. Die Steigerung der Attraktivität umfasst zum einen die Ausbildungsstrukturen selber,<sup>415</sup> zum anderen werden aber auch Aspekte wie berufliche Entwicklungschancen, die realen Arbeitsbedingungen, die Gestaltungsmöglichkeiten im Beruf und 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 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.) können die eingesetzten Mittel in vollem 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 einen zukunftssicheren Umbau der gesundheitlich-pflegerischen Versorgung unter den Bedingungen einer

---

<sup>415</sup> 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.

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 Finanziere, die Verbände als Interessenvertretung sowie nicht zuletzt die Gesundheitseinrichtungen selbst – grundsätzlich gleiche Ziele verfolgen: 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 humaneren 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: Für gewinnwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser/Krankenhauskonzerne kann es 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 gut 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 wohl nicht zu bewältigen sein. Aus aktueller Perspektive ist ggf. eine gezieltere Regulierung angebracht, 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.

## 5 Anhang

### 5.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Rücklauf der Online-Befragung nach Einrichtungstyp.....	11
Tabelle 2:	Sv-pflichtige Beschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen .....	13
Tabelle 3:	Anteile der Frauen und der Teilzeitbeschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten am 30.06.2013 .....	14
Tabelle 4:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Altersgruppen am Stichtag 30.06.2013 .....	15
Tabelle 5:	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler nach Berufsbereichen am 30.06.2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin.....	16
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 ....	20
Tabelle 10:	Gründe, warum Einrichtungen nicht ausbilden (Mehrfachnennungen möglich).....	22
Tabelle 11:	Studiengänge auf Grundlage der Modellklauseln in Berlin und Brandenburg.....	24
Tabelle 12:	Perspektive der Einrichtungen auf den Einsatz fachspezifischer akademisch ausgebildeter Fachkräfte .....	25
Tabelle 13:	Einsatz fachspezifisch ausgebildeter Beschäftigter (Bundesland und Einrichtungstyp).....	25
Tabelle 14:	Kompromisse bei Einstellungen im Jahr 2013 .....	28
Tabelle 15:	Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter .....	29
Tabelle 16:	Aktivitäten zur Bindung der Mitarbeiter/innen.....	31
Tabelle 17:	Genannte Sofortmaßnahmen insgesamt und nach ausgewählten Einrichtungstypen.....	33
Tabelle 18:	Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheitsfachberufen 2013- 2030 unter Status Quo-Bedingungen .....	39
Tabelle 19:	Bestandsentwicklung und Fachkräftebedarf in Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten 2013-2030 unter veränderten Entwicklungsbedingungen .....	42
Tabelle 20:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflege 2012-2014 .....	61
Tabelle 21:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	62
Tabelle 22:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	63
Tabelle 23:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	63
Tabelle 24:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.....	64
Tabelle 25:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	64

Tabelle 26:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.....	69
Tabelle 27:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	74
Tabelle 28:	Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen 2003 - 2011.....	74
Tabelle 29:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpfleger/in.....	77
Tabelle 30:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Gesundheits- und Krankenpfleger/innen 2013 bis 2030 .....	78
Tabelle 31:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 2012-2014 .....	85
Tabelle 32:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe .....	86
Tabelle 33:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe .....	86
Tabelle 34:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehilfe .....	87
Tabelle 35:	Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin .....	88
Tabelle 36:	Pendler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	88
Tabelle 37:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen .....	92
Tabelle 38:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	96
Tabelle 39:	Helfer in der Krankenpflege 2003 - 2011.....	97
Tabelle 40:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in .....	98
Tabelle 41:	Übersicht über die Quellen des Bedarfs an Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen 2013 bis 2030.....	100
Tabelle 42:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2012-2014 .....	104
Tabelle 43:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege .....	105
Tabelle 44:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege .....	106
Tabelle 45:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpflege .....	107
Tabelle 46:	Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin .....	107
Tabelle 47:	Pendler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	108
Tabelle 48:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 .....	112

Tabelle 49:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	117
Tabelle 50:	Bevölkerungsstand und Entwicklung der 0-18jährigen in Berlin und Brandenburg .	118
Tabelle 51:	Möglicher Bestand an Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern in den Jahren 2020 und 2030 .....	118
Tabelle 52:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Altenpflege 2012-2014.....	123
Tabelle 53:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen .....	124
Tabelle 54:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Altenpfleger/innen .....	125
Tabelle 55:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Altenpfleger/innen .....	126
Tabelle 56:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Altenpfleger/innen .	126
Tabelle 57:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Altenpfleger/innen .....	127
Tabelle 58:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Zielberuf Altenpfleger/in.....	131
Tabelle 59:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	136
Tabelle 60:	Sozialarbeiter, Sozialpfleger 2003 – 2011 .....	137
Tabelle 61:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Altenpfleger/in.....	138
Tabelle 62:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Altenpfleger/innen in Berlin und Brandenburg 2013 bis 2030 .....	139
Tabelle 63:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Pflegehilfskräfte 2012-2014 .....	143
Tabelle 64:	Vorliegende Antworten nach Qualifikation der Pflegehilfskräfte .....	143
Tabelle 65:	Beschäftigtenbestand in den Einrichtungen 2014 – Pflegehilfskräfte .....	144
Tabelle 66:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte.....	144
Tabelle 67:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Pflegehilfskräfte.....	145
Tabelle 68:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013/ Pflegehilfskräfte.....	146
Tabelle 69:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin – Pflegehilfskräfte.....	146
Tabelle 70:	Pendler am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg – Pflegehilfskräfte.....	147
Tabelle 71:	Einstellungen von Pflegehilfskräften .....	148
Tabelle 72:	Anteile der Antwortenden ohne Bedarf an Neueinstellungen – Pflegehilfskräfte ...	149
Tabelle 73:	Anteile der Antwortenden mit offen gebliebenen Stellen – Pflegehilfskräfte .....	150
Tabelle 74:	Stellenbesetzungsdauer bei Pflegehilfskräften .....	150
Tabelle 75:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Pflegehilfskräfte...	153
Tabelle 76:	Antwortende mit Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung .....	155
Tabelle 77:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung – Pflegehilfskräfte.....	158
Tabelle 78:	Sozialarbeiter, Sozialpfleger 2003 – 2011 .....	159

Tabelle 79:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen – Pflegehilfskräfte .....	160
Tabelle 80:	Quellen des Arbeitskräftebedarfs an Pflegehilfskräften 2013 bis 2030.....	161
Tabelle 81:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten 2012-2014.....	166
Tabelle 82:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten .....	167
Tabelle 83:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten .....	167
Tabelle 84:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten .....	168
Tabelle 85:	Pendler in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin.....	168
Tabelle 86:	Pendler in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg.....	169
Tabelle 87:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – medizinisch- technische Laboratoriumsassistenten.....	173
Tabelle 88:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/in.....	177
Tabelle 89:	Medizinallaboranten 2003 – 2011.....	178
Tabelle 90:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch- technische/r Laboratoriumsassistent/in .....	180
Tabelle 91:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten 2013 bis 2030.....	181
Tabelle 92:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Radiologieassistenten 2012-2014 .....	185
Tabelle 93:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Radiologieassistenten .....	186
Tabelle 94:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Radiologieassistenten .....	186
Tabelle 95:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Radiologieassistenten .....	187
Tabelle 96:	Pendler in der medizinisch-technischen Radiologieassistenten am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin .....	188
Tabelle 97:	Pendler in der medizinisch-technischen Radiologieassistenten am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	188
Tabelle 98:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – medizinisch- technischen Radiologieassistenten .....	192
Tabelle 99:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit medizinisch-technische Radiologieassistent/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	196
Tabelle 100:	Medizinallaboranten 2003 – 2011.....	196
Tabelle 101:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Medizinisch- technische Radiologieassistentinnen und -assistenten.....	197
Tabelle 102:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Medizinisch-technischen Radiologieassistent/innen in Berlin-Brandenburg 2013 bis 2030 .....	198

Tabelle 103:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik 2012-2014 .....	201
Tabelle 104:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik.....	202
Tabelle 105:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik.....	203
Tabelle 106:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik.....	203
Tabelle 107:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit MTA-F – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	210
Tabelle 108:	Anzahl der freiberuflichen und angestellten Hebammen mit freiberuflicher Nebentätigkeit in Berlin.....	215
Tabelle 109:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei Hebammen 2012-2014.....	215
Tabelle 110:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Geburtshilfe/Entbindungspflege .....	216
Tabelle 111:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Geburtshilfe nach Arbeitszeit am 30.06.2013 .....	216
Tabelle 112:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Geburtshilfe .....	217
Tabelle 113:	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin.....	218
Tabelle 114:	Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pendler in der Geburtshilfe am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg.....	218
Tabelle 115:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Geburtshilfe .....	221
Tabelle 116:	Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Geburtshilfe in den letzten zwei Jahren .....	224
Tabelle 117:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Hebamme .....	226
Tabelle 118:	Bevölkerungsstand und Entwicklung der 18-45jährigen Frauen in Berlin und Brandenburg .....	226
Tabelle 119:	Benötigte Anzahl von Hebammen und bei einem Betreuungsverhältnis von 1:518 in Berlin und 1:881 in Brandenburg.....	227
Tabelle 120:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Physiotherapie 2012-2014 .....	231
Tabelle 121:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Physiotherapie .....	232
Tabelle 122:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013.....	232
Tabelle 123:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Physiotherapie .....	233
Tabelle 124:	Pendler in der Physiotherapie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin.	234
Tabelle 125:	Pendler in der Physiotherapie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	234
Tabelle 126:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Physiotherapie .....	239
Tabelle 127:	Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Physiotherapie in den letzten zwei Jahren .....	243



Tabelle 128:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapeut/in – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .....	245
Tabelle 129:	Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011 .....	245
Tabelle 130:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Physiotherapie .....	247
Tabelle 131:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Physiotherapeuten 2013 bis 2030.....	248
Tabelle 132:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Ergotherapie 2012-2014 .....	253
Tabelle 133:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Ergotherapie .....	254
Tabelle 134:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Ergotherapie .....	255
Tabelle 135:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 (Ergotherapie).....	255
Tabelle 136:	Pendler in der Ergotherapie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin....	256
Tabelle 137:	Pendler in der Ergotherapie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	257
Tabelle 138:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Ergotherapie .....	262
Tabelle 139:	Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Ergotherapie in den letzten zwei Jahren .....	266
Tabelle 140:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapeut/in .....	268
Tabelle 141:	Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011 .....	268
Tabelle 142:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Ergotherapie.	270
Tabelle 143:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Ergotherapeut/innen 2013 bis 2030.....	271
Tabelle 144:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Logopädie 2012-2014.....	276
Tabelle 145:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Logopädie .....	277
Tabelle 146:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Logopädie .....	277
Tabelle 147:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Logopädie .....	278
Tabelle 148:	Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Berlin .....	279
Tabelle 149:	Pendler in der Logopädie am 30. Juni 2013 mit Wohn- oder Arbeitsort Brandenburg .....	279
Tabelle 150:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Logopädie .....	284
Tabelle 151:	Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Logopädie in den letzten zwei Jahren .....	288
Tabelle 152:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Logopädie – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg .	290
Tabelle 153:	Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe 2003 - 2011 .....	290
Tabelle 154:	Mögliche Beschäftigungsentwicklungen in der beruflichen Tätigkeit Logopädie .....	292
Tabelle 155:	Übersicht über die Quellen des Fachkräftebedarfs an Logopäd/innen 2013 bis 2030 .....	293

Tabelle 156:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der Podologie 2012-2014 .....	298
Tabelle 157:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Geschlecht am 30.06.2013 – Podologie .....	299
Tabelle 158:	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach Arbeitszeit am 30.06.2013 – Podologie .....	299
Tabelle 159:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Alter am 30. Juni 2013 – Podologie .....	300
Tabelle 160:	Bestand an Arbeitslosen nach Alter, Jahresdurchschnitt 2013 – Podologie .....	304
Tabelle 161:	Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten in der Podologie in den letzten zwei Jahren .....	308
Tabelle 162:	Tendenzen künftiger Beschäftigungsentwicklung in der beruflichen Tätigkeit Podologie – Aussagen online befragter Einrichtungen in Berlin und Brandenburg..	310

## 5.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gründe des Verlassens der Einrichtung.....	30
Abbildung 2:	Geäußerter Unterstützungsbedarf .....	36
Abbildung 3:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	68
Abbildung 4:	Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen .....	70
Abbildung 5:	Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.....	71
Abbildung 6:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Krankenpfleger/innen.....	73
Abbildung 7:	Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen .....	92
Abbildung 8:	Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe in Brandenburg im Zeitverlauf.....	94
Abbildung 9:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen .....	95
Abbildung 10:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen .....	112
Abbildung 11:	Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf .....	114
Abbildung 12:	Anzahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	115
Abbildung 13:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen .....	116
Abbildung 14:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Zielberuf Altenpfleger/in .....	131
Abbildung 15:	Anzahl der Auszubildenden in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen .....	133
Abbildung 16:	Anzahl der Auszubildenden mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf – Altenpfleger/innen .....	134
Abbildung 17:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Altenpfleger/innen.....	135
Abbildung 18:	Bestand an Arbeitslosen im Zeitverlauf – Pflegehilfskräfte.....	153
Abbildung 19:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Pflegehilfskräfte .....	156
Abbildung 20:	Bestand an Arbeitslosen Medizinisch-technische Laboratoriumsassistent/innen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) .....	172
Abbildung 21:	Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf .....	174
Abbildung 22:	Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz mit bestandener Abschlussprüfung.....	175
Abbildung 23:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technische Laboratoriumsassistenz .....	176

Abbildung 24:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007 bis 2013 (Jahresdurchschnitte) – medizinisch-technischen Radiologieassistentz.....	191
Abbildung 25:	Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Radiologieassistentz in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf .....	193
Abbildung 26:	Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Radiologieassistentz mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	194
Abbildung 27:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technischen Radiologieassistentz.....	195
Abbildung 28:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – medizinisch-technische Assistentz für Funktionsdiagnostik.....	207
Abbildung 29:	Anzahl der Auszubildenden in der medizinisch-technischen Assistentz für Funktionsdiagnostik in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....	208
Abbildung 30:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – medizinisch-technische Assistentz für Funktionsdiagnostik.....	209
Abbildung 31:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Geburtshilfe .....	220
Abbildung 32:	Anzahl der Auszubildenden in der Geburtshilfe in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....	222
Abbildung 33:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Geburtshilfe .....	225
Abbildung 34:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Physiotherapie .....	238
Abbildung 35:	Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie in Berlin und Brandenburg .....	240
Abbildung 36:	Anzahl der Auszubildenden in der Physiotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	241
Abbildung 37:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Physiotherapie .....	244
Abbildung 38:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Ergotherapie .....	261
Abbildung 39:	Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....	263
Abbildung 40:	Anzahl der Auszubildenden in der Ergotherapie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	265
Abbildung 41:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Ergotherapie.....	267
Abbildung 42:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) – Logopädie.....	283
Abbildung 43:	Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie in Berlin und Brandenburg.....	285
Abbildung 44:	Anzahl der Auszubildenden in der Logopädie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	286
Abbildung 45:	Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Logopädie.....	289
Abbildung 46:	Bestand an Arbeitslosen – Fachkräfte, Spezialisten, Experten (ohne Helfer) 2007-2013 (Jahresdurchschnitte) –Podologie .....	304
Abbildung 47:	Anzahl der Auszubildenden in der Podologie in Berlin und Brandenburg im Zeitverlauf.....	306
Abbildung 48:	Anzahl der Auszubildenden in der Podologie mit bestandener Abschlussprüfung an Schulen des Gesundheitswesens im Zeitverlauf.....	307

Abbildung 49: Inhalte der Fort- und Weiterbildung 2013 – Podologie ..... 309

### 5.3 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 altersgerechter 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
- Behrendorf, 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](http://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: Definitivischer 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 Berufsausstieg 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. Literaturlauswertung, 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 MASFF Brandenburg, im Erscheinen.
- 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 (2013): sozial spezial – Daten und Fakten zur Pflege im Land Brandenburg, Ausgabe 3/2013, Potsdam
- Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (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 Pflereport 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 (2014): Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016 im Ergebnis der Erörterungen der themenspezifischen Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung, Berlin
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (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 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](http://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: Fachberufe im Gesundheitswesen: [www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.345634.de](http://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](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf)

Zukunftsagentur Brandenburg: Fachkräfteinformationssystem des Landes Brandenburg: <http://fis.zab-brandenburg.de>, zuletzt eingesehen am 03.12.2014