Bundesinstitut für Berufsbildung
Die freie Verfügbarkeit der Online-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Stabsstelle »Publikationen und wissenschaftliche Informationsdienste«.
BY-NC-ND

Fachkräfte gesucht – Rekrutierungsprobleme im Gesundheitswesen

Carina Himsel, Anne Müller
Michael Stops und *Ulrich Walwei*

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen ist ein für die gesellschaftliche Wohlfahrt besonders wichtiger Teilarbeitsmarkt. Es verzeichnet seit längerem ein rasantes Wachstum in Umsatz und Beschäftigung. Der Beitrag untersucht die Rekrutierungsposition des Gesundheitswesens anhand verschiedener Indikatoren für die Beschäftigungsentwicklung und das Stellenbesetzungsgeschehen. Es finden sich klare Hinweise, dass das Gesundheitswesen schon derzeit beträchtliche Rekrutierungsprobleme aufweist und auch zukünftig mit erheblichem Fachkräftebedarf zu rechnen sein wird. Ohne weitere Anstrengungen dürfte dieser aber nur schwer zu decken sein. Vor diesem Hintergrund werden Handlungsoptionen diskutiert, die auf die Identifikation zusätzlichen Arbeitskräfteangebots für das Gesundheitswesen als auch auf eine verbesserte Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe und Unternehmen der Branche zielen.

Abstract: Skilled Workers Wanted – Recruitment Problems of in Healthcare Services

Healthcare services are of great importance for public welfare. In the recent past the sector has experienced rapid growth in both turnover and employment. The paper analyses recruitment by firms that provide healthcare. It draws on certain indicators for the development of employment and hiring. These indicators suggest that firms already face difficulties in recruiting skilled labour and the demand for labour will also be considerable in the future. Without any additional efforts it will be difficult for the sector to meet the projected requirements. Against this background, the paper discusses alternative courses of action that aim to identify additional labour supply for the industry as well as increase firms' competitiveness.

1. Einleitung

Die Lage auf dem deutschen Arbeitsmarkt hat sich seit 2005 nachhaltig verbessert. Die jahresdurchschnittliche Arbeitslosigkeit ist von damals knapp unter fünf Millionen auf heute knapp unter drei Millionen gesunken. Im Zuge dessen hat sich die Rekrutierungsposition der Unternehmen verändert, denn der Pool an unmittelbar und insgesamt zur Verfügung stehenden Bewerbern ist mit dem positiven Arbeitsmarkttrend kleiner geworden. Auch wenn auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene von einem Fachkräftemangel oder gar Arbeitskräftemangel keine Rede sein kann, gibt es Hinweise auf zunehmende Rekrutierungsprobleme in Teilbereichen der Volkswirtschaft. Sie betreffen insbesondere süddeutsche Regionen mit guter Beschäftigungssituation sowie bestimmte Berufsfelder.

Dabei sorgt ein für die gesellschaftliche Entwicklung besonders wichtiger Teilarbeitsmarkt für Aufmerksamkeit. Es handelt sich um das Gesundheitswesen, eine Branche, die in der jüngeren Vergangenheit rasant gewachsen ist. Der Aufwärtstrend zeigt sich sowohl am Umsatz als auch in den Beschäftigtenzahlen. Während in der letzten Dekade die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt fast unverändert geblieben ist, verzeichneten Gesundheitsberufe einen kräftigen Zuwachs.

Immer häufiger wird daher auch das Gesundheitswesen genannt, wenn es um Wirtschaftszweige geht, die mit Rekrutierungsproblemen konfrontiert werden (*Helmrich* et al. 2012; *Kubis* et al. 2013; *Walwei* 2012). Angesichts der allgemein erwarteten, weiteren Expansion dieses Wirtschaftszweigs werden sogar Befürchtungen laut, dass anhaltende Fachkräfteengpässe Versorgungsengpässe hervorrufen könnten. Ausgehend davon untersuchen wir in dem nachfolgenden Beitrag die Rekrutierungsposition des Gesundheitswesens. Allgemein gehen wir davon aus, dass die Rekrutierungsposition sowohl durch das Verhältnis von Angebot und Nachfrage auf den relevanten Teilarbeitsmärkten als auch durch die Wettbewerbsfähigkeit der betreffenden Arbeitgeber am Arbeitsmarkt bestimmt wird. Sie manifestiert sich in der Einschätzung von Arbeitnehmern und Bewerbern in Bezug auf die Tätigkeitsinhalte und Arbeitsbedingungen, die von Seiten der Betriebe und Unternehmen im Gesundheitswesen geboten werden, insbesondere im Vergleich zu Arbeitgebern in anderen Branchen.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Um den Hintergrund des Stellenbesetzungsgeschehens im Gesundheitswesen näher zu beleuchten, wird zunächst im zweiten Abschnitt die Beschäftigungssituation in diesem Wirtschaftsbereich näher beschrieben. Hierzu nutzen wir die Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Dabei stützen sich die Analysen auf eine Abgrenzung, die eine Identifizierung nur solcher Beschäftigten in Gesundheitsberufen ermöglicht, die ausschließlich im Gesundheitswesen tätig sind. Zudem liegt der Fokus in unserem Beitrag auf der Beschäftigungssituation in den Gesundheitsfachberufen, also den Gesundheitsberufen, die keine Approbation voraussetzen. Neben der Entwicklung der Beschäftigung stehen vor allem solche Aspekte im Vordergrund, die für die Rekrutierungsprozesse von Bedeutung sind. Im Einzelnen geht es dabei um die Verbreitung verschiedener Erwerbsformen und den Umfang der Arbeitskräftefluktuation. Im dritten Abschnitt werden anhand von Engpassindikatoren auf Basis der IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots relative Anspannungstendenzen in dem

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

hier betrachteten Teil des Gesundheitswesens untersucht, indem der Wirtschaftszweig beziehungsweise die Gesundheitsfachberufe in Relation zur Gesamtwirtschaft betrachtet werden. Im Anschluss diskutiert der vierte Abschnitt die vorliegenden Erkenntnisse zu den längerfristigen Entwicklungen im Gesundheitswesen und die daraus möglicherweise resultierenden Konsequenzen für die künftige Realisierung des Fachkräftebedarfs in der Branche. Im Vordergrund stehen dabei Trends wie die Alterung der Arbeitskräfte oder auch die wachsende Frauenerwerbstätigkeit, deren Einfluss mit Hilfe von Shift-Share-Analysen herausgearbeitet wird. Im fünften Abschnitt erörtern wir Handlungsoptionen zur Fachkräftesicherung, zur Verbesserung der Rekrutierungsposition und zur Vermeidung bzw. Milderung von Engpässen im Gesundheitswesen. Der sechste Abschnitt enthält eine Zusammenfassung und das Fazit.

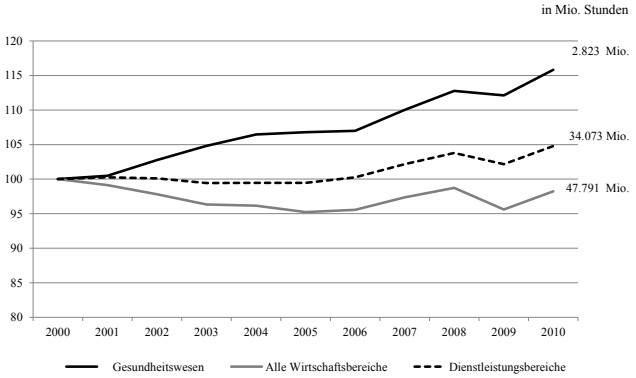
2. *Entwicklung, Qualität und Dynamik der Beschäftigung*

Zur Bestimmung der Rekrutierungsposition einer Branche ist zunächst zu klären, wie es um ihren jeweiligen Stellenbesetzungsbedarf steht. Ausgangspunkt ist dabei eine Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung in ihrem Umfang, ihrer Struktur und ihrer Dynamik. Zum einen gibt der Umfang der Beschäftigung in einer Branche einen Hinweis auf das Niveau der realisierten Arbeitsnachfrage und einen eventuell vorhandenen Zusatzbedarf. Zum anderen liefert sie – insbesondere in Kombination mit Informationen über die Beschäftigung nach Altersgruppen – Indizien, in welchem Umfang und wann unter bestimmten Bedingungen mit Ersatzbedarfen gerechnet werden muss. Informationen über die Struktur der Beschäftigung geben zudem Hinweise, welche Beschäftigtengruppen in der Vergangenheit rekrutiert werden konnten und bilden die Grundlage zur Identifikation und Beurteilung noch nicht erschlossener Rekrutierungspotenziale. Schließlich liefern auch Indikatoren zur Dynamik der Beschäftigung in einer Branche Hinweise auf den möglichen Ersatzbedarf.

Das Gesundheitswesen ist seit Jahren ein bedeutender Bereich der Volkswirtschaft. Zwischen 2000 und 2010 hat sich der Umsatz des Gesundheitssektors von 213 Milliarden auf 287 Milliarden Euro erhöht, der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist von 10,4 Prozent auf 11,6 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt 2012; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Mit der wachsenden wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens ist auch eine Aufwärtsentwicklung der Beschäftigung zu beobachten, gemessen sowohl an der Summe der geleisteten Arbeitsstunden (Arbeitsvolumina) als auch an der Zahl der Arbeitnehmer. Dabei legte das Arbeitsvolumen im Gesundheitswesen mit 16 Prozent in der letzten Dekade wesentlich kräftiger zu als in den Dienstleistungssektoren insgesamt (+6%), und liegt damit auch weit über der Entwicklung in der Gesamtwirtschaft (–2%) (vgl. *Abbildung 1*). Eine noch stärkere Aufwärtsentwicklung zeigt sich bei der Zahl der Arbeitnehmer (vgl. *Abbildung 2*). Während ihre Zahl auf der volkswirtschaftlichen Ebene zwischen 2000 und 2010 um gut zwei Prozent zunahm, stieg sie im Gesundheitswesen nahezu kontinuierlich um insgesamt gut 17 Prozent und damit ebenfalls sehr viel stärker als im Dienstleistungsbereich insgesamt (+9%).

Die Unterschiede in den Entwicklungen der geleisteten Arbeitsstunden und der Zahl der Arbeitnehmer erklären sich über die Variation der geleisteten Arbeitszeit je Arbeitnehmer und den dahinter stehenden Entwicklungen der Erwerbsformenstruktur. Es zeigt sich, dass diese Strukturänderungen für die Expansion des Gesundheitswesens wohl auch eine Rolle spielten, jedoch weniger als in der Gesamtwirtschaft oder im Dienstleistungsbereich.

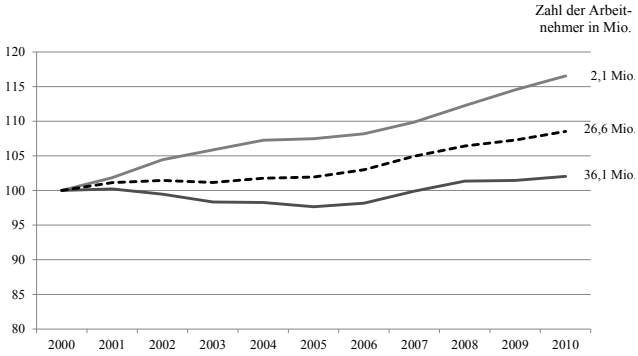
Im Folgenden grenzen wir nun die Analyse auf die im Gesundheitswesen typischerweise anzutreffenden Berufe ein. *Abbildung 3* enthält Informationen über die relative Bedeutung verschiedener, einschlägiger Berufsgruppen im Gesundheitswesen,



Anmerkung: Zu den Arbeitnehmern zählen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte, geringfügig Beschäftigte und Soldaten.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 1.4 (Stand: August 2012).

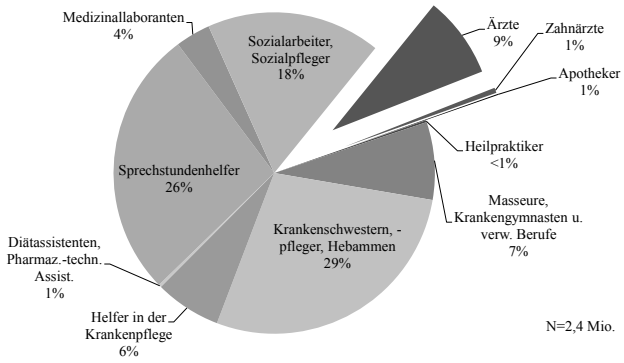
Abbildung 1: Entwicklung der geleisteten Arbeitsstunden der Arbeitnehmer nach ausgewählten Wirtschaftsbereichen, 2000 – 2010, Index 2000=100



Anmerkung: Zu den Arbeitnehmern zählen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Beamte, geringfügig Beschäftigte und Soldaten.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 18, Reihe 1.4 (Stand: August 2012).

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Arbeitnehmer nach ausgewählten Wirtschaftsbereichen, 2000 – 2010, Index 2000=100



Anmerkung: Zu den Beschäftigten zählen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ausschließlich geringfügig Beschäftigte.

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Abgrenzung der Berufe nach der Klassifizierung der Berufe 1988.

Abbildung 3: Beschäftigte im Gesundheitswesen (inkl. Heime) nach Berufen, Stand: 30. 03. 2012

gemessen an ihrem Anteil an der Beschäftigung insgesamt. Dabei machen die Gesundheitsfachberufe, also qualifizierte Gesundheitsberufe, deren Ausübung keine Approbation voraussetzt, mit gut 90 Prozent aller Beschäftigten das Gros der Branche aus.

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Die nachfolgenden Analysen beschränken sich auf die Gesundheitsfachberufe. Wegen den Abgrenzungserfordernissen in der Beschäftigtenstatistik beziehen sich die Analysen zur Beschäftigungssituation zudem auf Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen (*Abbildung 3,* nähere Informationen zur Abgrenzung finden sich im Anhang A.1 zu den Datenquellen).

Wir hatten bereits festgestellt, dass die Zahl aller Arbeitnehmer im Gesundheitswesen seit 2000 deutlich gestiegen war. Diesen Befund finden wir auch bezogen auf die Entwicklung der Beschäftigung der hier näher untersuchten Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen (*Tabelle 1*). Die Wachstumsraten in den Gesundheitsfachberufen lagen mit 20,3 Prozent ebenfalls deutlich höher als in der Gesamtwirtschaft (2%) und bei der Beschäftigung in den Dienstleistungsberufen insgesamt (8,6%). Sie wurden vor allem durch Zuwächse in der sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung getragen, aber auch die Vollzeitbeschäftigung hat gegen den allgemeinen Trend zugelegt. Die große Bedeutung der Teilzeitbeschäftigung steht im Zusammenhang mit dem weit höheren Frauenanteil in den Gesundheitsfachberufen von 87,4 Prozent in 2011 (Gesamtwirtschaft in 2011: 45,9%). Empirische Befunde zeigen, dass Frauen einen weit höheren Teilzeitanteil aufweisen als Männer und Teilzeitquoten tendenziell über alle Sektoren hinweg kräftig gewachsen sind (*Dietz/Himsel/Walwei* 2013). Dagegen ist der Umfang der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen im etwa gleichen Maße gewachsen wie in allen Dienstleistungsberufen und in der Gesamtwirtschaft.

Tabelle 1

Entwicklung verschiedener Beschäftigungsformen in Gesundheitsfachberufen, Dienstleistungsberufen und insgesamt, 2000 und 2011

		Gesamt		Dienstleistungsberufe		Gesundheitsfachberufe	
		Absolut	Veränderung	Absolut	Veränderung	Absolut	Veränderung
SV-Beschäftigung	2000	27.825.624	+2,0%	16.871.592	+8,6%	1.611.128	+20,3%
	2011	28.381.343		18.327.352		1.938.200	
darunter: Vollzeit	2000	23.890.002	–5,1%	13.437.188	–0,7%	1.228.138	+2,8%
	2011	22.683.279		13.336.459		1.262.055	
darunter: Teilzeit	2000	3.928.650	+44,3%	3.434.404	+45,3%	382.990	+76,5%
	2011	5.669.748		4.990.893		676.145	
Geringfügige Beschäftigung	2000	4.052.441	+20,8%	3.252.423	+20,8%	118.297	+19,1%
	2011	4.894.322		3.929.641		140.923	

Anmerkung: Ausgewiesen sind die Gesundheitsberufe, deren Ausübung keine Approbation voraussetzt.

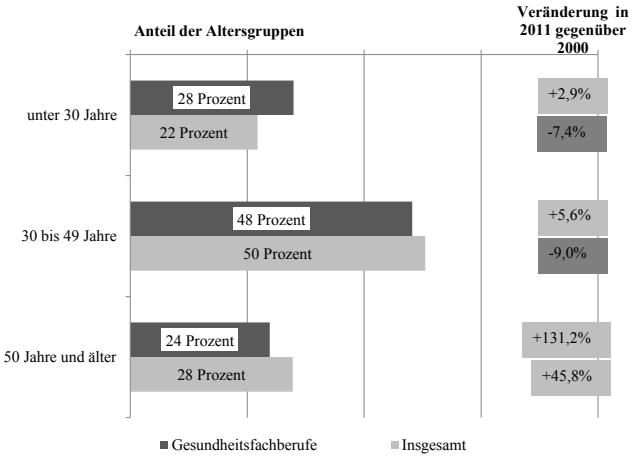
Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen, Bestand zum 30. 6. eines Jahres.

Der Umfang der Beschäftigung im Gesundheitswesen – sowohl gemessen in Köpfen als auch in Arbeitsvolumina – hat also relativ unbeeindruckt von veränderten Rahmenbedingungen der Wirtschaft und des Arbeitsmarktes zugenommen. Damit steigt auch die Zahl der durch Zusatzbedarf bedingten Rekrutierungen.

Im Folgenden soll nun die Struktur des realisierten Arbeitskräftebedarfs näher betrachtet werden. Wir beziehen uns dabei insbesondere auf das Geschlecht und die Altersverteilung der Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen. Besonders auffällig ist zunächst der im Vergleich zu anderen Berufen bzw. Wirtschaftsbranchen sehr hohe Frauenanteil. Laut Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit lag der Frauenanteil bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen im Jahr 2011 weit überdurchschnittlich bei 87 Prozent; im Vergleich dazu betrug der Anteil aller weiblichen Beschäftigten lediglich 46 Prozent. Im Dienstleistungsbereich, einschließlich des Gesundheitswesens, lag er bei 61 Prozent.

Bei Betrachtung des Alters am aktuellen Rand zeigt sich eine breite Verteilung der Beschäftigten über alle Altersgruppen. Gut ein Viertel der Beschäftigten ist unter 30 Jahre, ein weiteres knappes Viertel ist 50 Jahre und älter (*Abbildung 4*). Im Verhältnis zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind die Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen vergleichsweise jung, der Anteil der unter-30-Jährigen liegt mit gut sechs Prozentpunkten deutlich über dem entsprechenden Anteil in der Gesamtwirtschaft. Berücksichtigt man allerdings die Entwicklung seit 2000, ist die Tendenz zur Alterung unverkennbar. So hat sich die Zahl der Beschäftigten über 50 Jahre in den Gesundheitsfachberufen in den letzten 11 Jahren weit mehr als verdoppelt.

Neben den genannten Strukturmerkmalen der Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen sind mit Blick auf den konkreten Arbeitskräftebedarf insbesondere Bewegungen bzw. die Fluktuation der Beschäftigung von Interesse. Je höher die Fluktuation einer Branche ausfällt, desto stärker ist unter sonst gleichen Bedingungen ihr Ersatzbedarf. Jedoch zeigt sich bei näherer Betrachtung



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

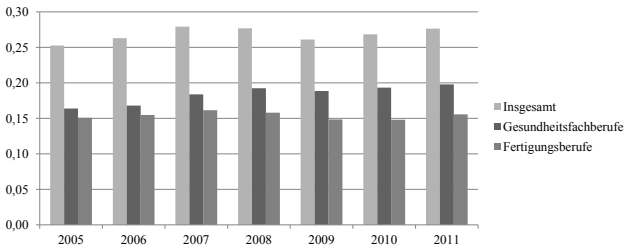
Abbildung 4: Anteil der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Gesundheitsfachberufen und insgesamt nach Altersgruppen zum 30. 6. 2011 sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem 30. 6. 2000

der Labour-Turnover-Rate[1], dass die Gesundheitsfachberufe im Vergleich zur Gesamtwirtschaft eine eher geringe Dynamik aufweisen (*Abbildung 5*). Während die Labour-Turnover-Rate des Arbeitsmarktes insgesamt insbesondere in den Jahren 2007 bis 2010 zurückging und das Krisenjahr 2009 durch den Rückgang der neu begonnenen Beschäftigungsverhältnisse die niedrigste

[1] Diese entspricht dem Anteil der Hälfte der Summe der Zu- und Abgänge am Beschäftigtenbestand in einem Wirtschaftszweig oder in der Gesamtwirtschaft. Eine höhere Labour-Turnover-Rate repräsentiert somit eine höhere Fluktuation.

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Personalfluktuation aufwies, nahm die Labour-Turnover-Rate für die Gesundheitsfachberufe bis 2008 leicht zu und blieb bis 2011 in etwa konstant. Dennoch wiesen die Gesundheitsfachberufe über den Gesamtzeitraum von 2005 bis 2011 eine unterdurchschnittliche Personalfluktuation auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der vergleichsweise hohe Wert der Labour-Turnover-Rate für die gesamte Volkswirtschaft überwiegend von den Branchen „Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen", „Land- und Forstwirtschaft" sowie dem Gastgewerbe getragen wird. Für die steigende Personalfluktuation der Gesundheitsfachberufe zwischen 2005 und 2011 ist vorwiegend die zunehmende Zahl der begonnenen Beschäftigungsverhältnisse verantwortlich, was wiederum die gestiegenen Rekrutierungsaktivitäten der letzten Jahre unterstreicht.



Anmerkungen: 2007/2008 aufgrund der Umstellung der Klassifikation der Wirtschaftszweige nur bedingt vergleichbar. – Ausgewiesen sind die Gesundheitsberufe, deren Ausübung keine Approbation voraussetzt. Fertigungsberufe beinhalten nur Fertigungsberufe, die im Wirtschaftszweig „Verarbeitendes Gewerbe" tätig sind.

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Abbildung 5: Labour-Turnover-Rate in Gesundheitsfachberufen, Fertigungsberufen und in der Gesamtwirtschaft, 2005 bis 2011

Unternehmen und Betriebe mit längerfristig zunehmendem Rekrutierungsbedarf für qualifizierte Arbeitskräfte dürften in der Regel ein Interesse an besonders nachhaltigen Neueinstellungen aufweisen. Ob gewonnene Arbeitskräfte gehalten werden können, wird aber nicht zuletzt davon abhängen, in welchen Erwerbsformen die Beschäftigten in den Gesundheitsfachberufen tätig sind. Generell haben in den letzten zwei Jahrzehnten sogenannte atypische Erwerbsformen wie Teilzeit, geringfügige oder auch befristete Beschäftigung an Bedeutung gewonnen (*Keller/Seifert* 2011; *Eichhorst* et al. 2010). Wie bereits dargestellt, hat insbesondere die sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung bei Gesundheitsfachberufen zugenommen. Dies muss per se kein Indiz für eine ungünstige oder gar verschlechterte Rekrutierungsposition sein, insbesondere dann nicht, wenn Arbeitgeber attraktive Arbeitszeitmodelle entwickelt haben und diese im Einvernehmen mit den Bedürfnissen der Beschäftigten vereinbaren.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass das Gesundheitswesen in den letzten Jahren ein kräftiger Beschäftigungsmotor für den deutschen Arbeitsmarkt war. Mit Blick auf die Stabilität und Qualität der Beschäftigung zeigt sich ein differenziertes Bild. Insgesamt weisen die Gesundheitsfachberufe eine geringere Fluktuation auf als die Gesamtwirtschaft. Mit der starken Präsenz von Frauen in dem Wirtschaftszweig geht ein hohes Niveau an Teilzeitbeschäftigung einher. Dabei geht aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass über alle Branchen hinweg bei einem weit überwiegenden Teil der Frauen Vollzeitbeschäftigung aus familiären Gründen kein Thema ist (vgl. *Dietz/Himsel/Walwei* 2013). Auf der Basis der bisherigen Situationsbeschreibung des Gesundheitswesens deutet sich bereits für die Vergangenheit ein erheblicher personeller Zusatz- und Ersatzbedarf an. Dies kann mit Anspannungstendenzen bezogen auf das Verhältnis von Angebot und Nachfrage verbunden sein, was die Rekrutierungsposition des Gesundheitswesens verschlechtern würde. Um diese näher zu beleuchten, werden wir im nächsten Abschnitt die bisherigen Befunde um Analysen zum konkreten Fachkräftebedarf ergänzen.

3. *Fachkräftebedarf am aktuellen Rand*

Bei einer Betrachtung der gesamtwirtschaftlichen Arbeitskräftenachfrage in der jüngeren Vergangenheit sind die Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise der Jahre 2008 und 2009 unübersehbar: Die Zahl der offenen Stellen verringerte sich vom vierten Quartal 2007 auf das vierte Quartal 2008 um 131.000 und vom vierten Quartal 2008 auf das vierte Quartal 2009 um weitere 149.000 Stellen (*Tabelle 2*). Im Gesundheitswesen dagegen nahm die ungedeckte Arbeitskräftenachfrage im gleichen Zeitraum tendenziell zu. Ende 2011 gab es im Gesundheitswesen und in Pflegeheimen 67.000 offene Stellen am ersten Arbeitsmarkt, das waren immerhin fast sechs Prozent des gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots. Aus diesen Zahlen lässt sich zum einen erkennen, dass eine wirtschaftlich schlechte Lage auf das Gesundheitswesen nahezu keine Auswirkungen haben muss, und dass zum anderen der Bedarf an Arbeitskräften in diesem Bereich seit 2006 immer weiter steigt (vgl. hierzu auch *Himsel/Müller/Stops* 2012).

Tabelle 2

Offene Stellen in der Gesamtwirtschaft und im Gesundheitswesen (inkl. Pflegeheime) in Tsd., jeweils im IV. Quartal 2006 bis 2011

	IV.2006	IV.2007	IV.2008	IV.2009	IV.2010[a)]	IV.2011[a)]
Gesamtwirtschaft	1.371	1.222	1.091	942	996	1.131
Gesundheitswesen und Pflegeheime	64	63	87	80	60	67

[a)] Daten enthalten bis einschließlich IV. 2009 geförderte offene Stellen, also 1. und 2. Arbeitsmarkt, ab IV. 2010 nur noch den 1. Arbeitsmarkt.

Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots.

Ein allgemeiner Hinweis, wie angespannt der Arbeitsmarkt in den letzten Jahren war und wie sich die Arbeitskräftenachfrage in Relation zum Arbeitskräfteangebot entwickelt hatte, ergibt sich aus der Gegenüberstellung der sofort zu besetzenden offenen Stellen und der Zahl der registrierten Arbeitslosen. Die Arbeitslosen stellen zwar nicht das gesamte Arbeitskräfteangebot dar, bieten jedoch eine gute Annäherung an die Zahl der unmittelbar zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte. *Abbildung 6* zeigt das Verhältnis von Arbeitslosen und den in der IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots (IAB-EGS) erhobenen und hochgerechneten sofort zu besetzenden Stellen. Diese enthalten neben den bei der BA gemeldeten Stellen auch jene Vakanzen, die dort nicht bekannt sind. Auf 100 sofort zu besetzende Stellen kamen im vierten Quartal 2011 durchschnittlich 320 Arbeitslose. Rein rechnerisch würde damit zwar ein Arbeitskräfteüberhang bestehen, dennoch können sich Diskrepanzen zwischen Vakanzen und Arbeitslosen ergeben: Die regionale Verortung und qualifikatorische Unterschiede zwischen Stellenanforderungen und den Profilen der Arbeitssuchenden machen eine einfache „Verteilung" der Arbeitslosen auf die offenen Stellen unmöglich. Darüber hinaus zeigt die Entwicklung, dass seit dem Jahr 2000 noch nie so wenige Arbeitslose einer sofort zu besetzenden Stelle ge-

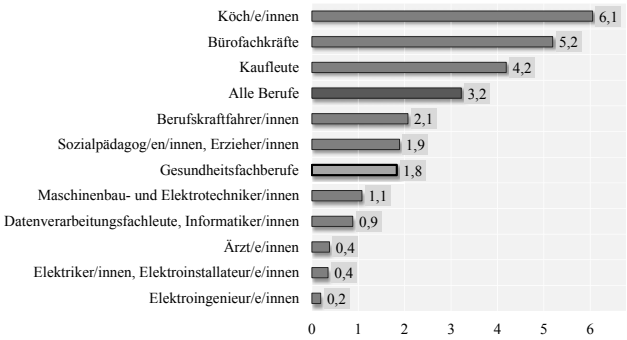
DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

genüberstanden. Die Verringerung der Relation ist dabei vor allem auf den Rückgang der Arbeitslosenzahlen in der jüngsten Vergangenheit zurückzuführen.

Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots, Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Abbildung 6: Relation aus Arbeitslosen und sofort zu besetzenden Stellen am 1. Arbeitsmarkt, jeweils im IV. Quartal 2000 bis 2011

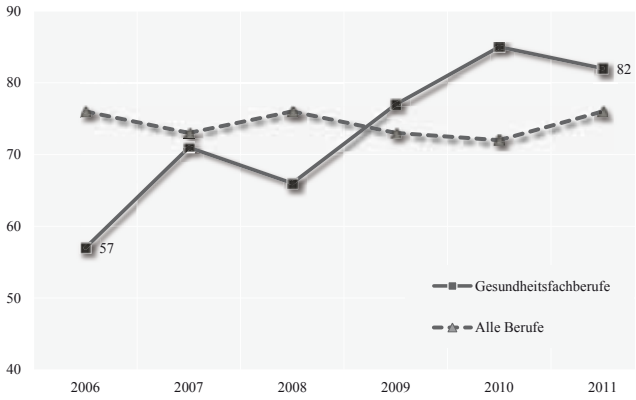
Um die Situation der typischerweise im Gesundheitswesen anzutreffenden Berufe zu beleuchten, werden die Angebots- und Nachfragerelationen nun nach Berufen differenziert (vgl. *Abbildung 7*). Dabei zeigt sich, dass eine gesamtwirtschaftliche Gegenüberstellung von Arbeitslosen und sofort zu besetzenden Stellen der Vielfalt der Berufe und Qualifikationen nicht gerecht wird. Während im vierten Quartal 2011 auf 100 sofort zu besetzende Stellen bei Köchen beispielsweise 600 Arbeitslose kamen, waren es bei Elektrikern lediglich 40. Bei Letzteren war die Nachfrage also größer als das Angebot. Bei den Gesundheitsfachberufen, auf die sich die folgenden Ausführungen konzentrieren sollen, lag die Relation bei 1,8 und damit bei 180 Arbeitslosen auf 100 sofort zu besetzende Stellen. Damit überstieg die Zahl der Arbeitslosen zwar auch in diesem Arbeitsmarktsegment noch die der Vakanzen, lag jedoch erkennbar unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.



Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots, Statistik der Bundesagentur für Arbeit.

Abbildung 7: Relation aus Arbeitslosen und sofort zu besetzenden Stellen in ausgewählten Berufen, IV. Quartal 2011

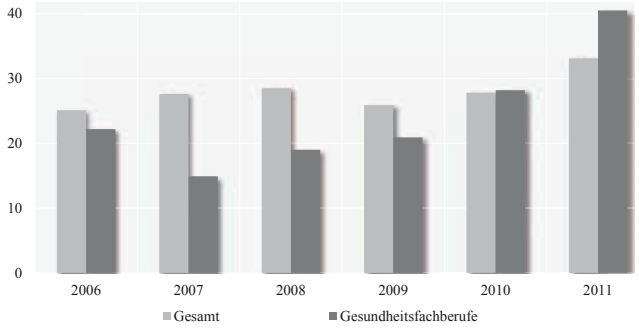
Obwohl es somit rein rechnerisch ausreichend Fachkräfte in den Gesundheitsfachberufen gäbe, um alle entsprechenden Vakanzen zu füllen, weisen Daten zu betrieblichen Stellenbesetzungsprozessen darauf hin, dass es schwieriger und langwieriger geworden ist, Stellen in diesem Berufssegment zu besetzen. Im Jahr 2006 lagen zwischen dem Beginn der betrieblichen Personalsuche und dem Arbeitsantritt einer Fachkraft in einem Gesundheitsfachberuf durchschnittlich 57 Tage (*Abbildung 8*). Damit nahmen Stellenbesetzungen in diesem Bereich vergleichsweise wenig Zeit in Anspruch: Über alle Berufe hinweg betrug die Besetzungsdauer damals 76 Tage. Während sich die Dauer im Gesamtdurchschnitt zwischen 2006 und 2011 jedoch kaum veränderte, stieg sie bei Rekrutierungsprozessen in Gesundheitsfachberufen immer weiter an und lag 2011 bei 82 Tagen. Bereits seit 2009 suchen Betriebe überdurchschnittlich lang, wenn sie Stellen in Gesundheitsfachberufen besetzen wollten.



Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots.

Abbildung 8: Tatsächliche Besetzungsdauer in Tagen im Durchschnitt aller Berufe und bei Einstellungen in Gesundheitsfachberufen, 2006 bis 2011

Zudem gestaltete sich vor allem in den letzten Jahren ein zunehmender Anteil der Stellenbesetzungsprozesse im Bereich der Gesundheitsfachberufe aus Sicht der Betriebe schwierig (*Abbildung 9*). 2011 waren 40 Prozent der Neueinstellungen in Gesundheitsfachberufen von Problemen begleitet. Während sich im Durchschnitt über alle Berufe wenig Veränderung im Zeitverlauf zeigte, ist bei den Gesundheitsfachberufen ein starker Anstieg der Stellenbesetzungsschwierigkeiten zu verzeichnen.



Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots.

Abbildung 9: Neueinstellungen mit Schwierigkeiten in allen Berufen und bei Gesundheitsfachberufen, in Prozent, 2006 bis 2011

Die Betriebe benannten 2011 als häufigste Ursachen für Besetzungsschwierigkeiten über alle Berufe mit jeweils knapp 60 Prozent eine „unzureichende berufliche Qualifikation der Bewerber“ und „zu wenige Bewerber“ (*Tabelle 3*). Auch bei schwierigen Neueinstellungen in Gesundheitsfachberufen wurden diese beiden Gründe am häufigsten genannt, allerdings war der Anteil der Betriebe, die über zu wenige Bewerber klagten, mit fast 90 Prozent hier wesentlich höher. Qualifikatorische Unzulänglichkeiten waren dagegen deutlich seltener. Die Probleme im Bereich der Gesundheitsfachberufe scheinen also vorwiegend quantitativer Natur zu sein – es fehlen schlicht Bewerber.

Auffällig ist auch, dass es seltener als im Durchschnitt zu Schwierigkeiten bei der Einigung über Entlohnung oder Arbeitsbedingungen kommt. So treten hier nur bei knapp jedem vierten

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 3

Gründe für Stellenbesetzungsschwierigkeiten, Anteile an allen Neueinstellungen mit Schwierigkeiten insgesamt und in Gesundheitsfachberufen 2011, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent

	Alle Neueinstellungen	Neueinstellungen in Gesundheitsfachberufen
Besetzungsschwierigkeiten insgesamt	33,1	40,5
davon wegen …		
… unzureichender beruflicher Qualifikation der Bewerber	59,0	44,3
… zu hohen Lohn-/Gehaltsforderungen	35,4	25,5
… fehlender Bereitschaft, die Arbeitsbedingungen zu erfüllen	38,5	23,0
… zu wenigen Bewerbern	58,7	89,1

Quelle: IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots.

mit Schwierigkeiten verbundenen Besetzungsprozess Probleme bezüglich der Akzeptanz der Arbeitsbedingungen seitens der Bewerber auf, während dies im Durchschnitt bei mehr als jeder dritten problembehafteten Neueinstellung der Fall ist. Dies spricht dafür, dass Personen, die sich auf eine Stelle in einem Gesundheitsfachberuf bewerben, offenbar wissen, auf welche Konditionen sie sich einlassen. Warum sich aber derzeit zu wenige dieser Fachkräfte auf die angebotenen offenen Stellen bewerben, kann anhand der verfügbaren Daten nicht eindeutig geklärt werden. Die Konditionen, unter denen Jobs in Gesundheitsfachberufen ausgeübt werden, dürften jedoch generell weitestgehend bekannt sein: Schichtdienste, Wochenendarbeit und eine auch körperlich anstrengende Tätigkeit sind in vielen Gesundheitsfachberufen die Regel. Möglicherweise entscheiden sich daher gerade junge Menschen in viel zu geringem Maße für eine Ausbildung in diesen Berufen, was zu einer Verknappung des Fachkräfteangebots beitragen kann. Der Blick auf die Relation aus Arbeitslosen und Vakanzen hat zwar gezeigt, dass es in Deutschland rein quantitativ (und ohne die regionale Verteilung von Personen und Stellen zu beachten) noch genügend Arbeitsuchende in dieser Fachrichtung gäbe, dennoch berichten die personalsuchenden Betriebe von zu geringen Bewerberzahlen. Während im Jahr 2011 durchschnittlich 14 Bewerbungen auf eine ausgeschriebene Stelle eingingen, waren es bei Jobangeboten in Gesundheitsfachberufen zuletzt lediglich fünf. Dabei ist zu beachten, dass im Mittel nur zwei dieser Bewerber von den Betrieben auch als geeignet für die entsprechende Vakanz eingestuft wurden. Zu dem quantitativen Problem der eher geringen Bewerberzahlen kommt hier also noch ein qualifikatorisches. Es zeigt sich auch, dass der Anteil der Rekrutierungsprozesse, die erfolglos blieben, in den letzten Jahren gestiegen ist: Wurden im Jahr 2009 noch knapp neun Prozent aller Personalsuchen in Gesundheitsfachberufen abgebrochen, waren es 2010 schon elf und 2011 sogar 17 Prozent. Zwar stieg der Anteil der Suchabbrüche auch gesamtwirtschaftlich im Jahr 2011 auf 15 Prozent an. Dies ist jedoch die erste deutliche Zunahme des Anteils seit 2008, während in den Gesundheitsfachberufen seit drei Jahren ein kontinuierlicher Anstieg des Misserfolgs bei der Personalsuche zu beobachten ist.

Insgesamt weisen die zunehmende Zahl von Suchabbrüchen und mit Schwierigkeiten behafteten Neueinstellungen sowie die Gründe für Stellenbesetzungsschwierigkeiten auf die vorhandenen und zuletzt gewachsenen Probleme bei der Rekrutierung von ausreichend vielen Bewerbern für Stellen in den Gesundheitsfachberufen hin. Die steigende Nachfrage nach Fachkräften in Gesundheitsfachberufen, die sich unabhängig von Phasen schlechter Konjunktur am Arbeitsmarkt entwickelte, führte dazu, dass es Betrieben im Verlauf der letzten Jahre immer schwerer fiel, geeignetes Personal zügig zu gewinnen. Die Befunde machen deutlich, dass es Hinweise auf Fachkräfteengpässe bei den Gesundheitsfachberufen gibt, und dass diese hauptsächlich in einem Fehlen geeigneter Bewerber begründet sind.

4. Längerfristige Herausforderungen

Die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen wird längerfristig durch eine ganze Reihe, teils spezifischer Faktoren beeinflusst. Kaum vergleichbar mit anderen Branchen bestimmen sozialstaatliche Regelungen im Gesundheitswesen die Standards und die Finanzierungsmöglichkeiten der Beschäftigung. Je restriktiver die Rahmenbedingungen künftig ausgestaltet werden, desto schwieriger wird die Wettbewerbsposition des Gesundheitswesens auf dem Arbeitsmarkt (*Roth/Bangert* 2009). Mangelsituationen bei der Rekrutierung von Fachkräften im Gesundheitswesen würden im Extremfall dann ausbleiben, wenn es in der absehbaren Zukunft gar nicht zu einer Steigerung der Produktnachfrage käme. Nur wenn man annähme, dass die Preise für Gesundheitsdienstleistungen exorbitant steigen und deshalb deren Nachfrage gebremst würde, stünde eine kräftige Beschäftigungsexpansion des Gesundheitssektors in Frage. Da aber die so beschriebene Situation wohl mit einer Unterversorgung medizinischer Leistungen für bestimmte Personengruppen und damit weitergehenden gesellschaftlichen Folgekosten einherginge, ist ein solches Szenario wenig wahrscheinlich.

Wie auch in anderen Branchen kann der technische Fortschritt im Gesundheitswesen ambivalente Effekte auslösen. In vielen Bereichen – so in der Kranken- und Altenpflege, aber ebenso in diagnostischen, therapeutischen oder betreuerischen Tätigkeitsbereichen – können Innovationen in der Medizin und der vermehrte Einsatz von Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten dämpfend auf den Beschäftigungsbedarf wirken (*Enste/Eyerund* 2012). So könnten moderne Informations- und Kommunikationstechnologien eine "Fernbetreuung" bspw. für Patienten auf dem Land erleichtern. Andererseits ist es aber auch denkbar, dass bspw. neue Therapiemethoden eine höhere Nachfrage nach eben diesen Dienstleistungen induzieren.

Entlastend auf den künftigen Arbeitskräftebedarf im Gesundheitswesen könnte sich die grenzüberschreitende Mobilität von Personen auswirken. So bietet der Einsatz ausländischer Fachkräfte Chancen zur Deckung des inländischen Bedarfes an Gesundheitsleistungen (*von Bandemer* et al. 2006). Neben der Arbeitskräftemobilität könnten Engpasssituationen hierzulande auch durch Patientenmobilität begrenzt werden. Während dies bei akutem und allfälligem Versorgungsbedarf schon alleine aus Zeit- und Praktikabilitätsgründen allenfalls im grenznahen Bereich denkbar erscheint, ist dies bei aufwändigen und planbaren medizinischen Leistungen möglich und wird auch bereits in Teilen praktiziert. Einer schnellen und kräftigen Expansion grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen stehen aber weitere Hindernisse entgegen. Sie betreffen die nicht zu unterschätzenden Mobilitätskosten, gerade auch bei betagten und weniger betuchten Personen, Probleme der Qualitätstransparenz und nicht zuletzt wiederum der Frage der Regulierbarkeit und Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

Weitere Faktoren für den künftigen Arbeitskräftebedarf sind einerseits das Gesundheitsbewusstsein oder ganz allgemein die Neigung, bestimmte Leistungen in Anspruch zu nehmen und damit eng verbunden die individuelle Zahlungsbereitschaft. Letztere bezieht sich direkt auf die nachfragenden Personen und deren Präferenzen, aber auch auf die Bereitschaft und Möglichkeiten der Sozialträger, bestimmte auch präventive Leistungen zu finanzieren, die oberhalb der staatlich festgelegten Mindeststandards liegen. Ein noch stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein einer Gesellschaft könnte einerseits die Nachfrage und damit den künftigen Arbeitskräftebedarf in der Branche steigen lassen (*Evans/Hilbert* 2008). Andererseits könnten gerade das Gesund-

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

heitsbewusstsein breiter Bevölkerungsschichten und das damit verbundene verbesserte Gesundheitsverhalten den künftigen Arbeitskräftebedarf senken (*Schulz* 2012).

Schließlich dürfte die demographische Entwicklung die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen deutlich beeinflussen, denn sowohl die Bevölkerungszahl als auch ihre Altersstruktur spielen dabei eine wichtige Rolle. So benötigen ältere Menschen tendenziell eher als Jüngere Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Die Bevölkerung in Deutschland wird von 2010 bis 2025 um 3,2 Millionen Personen schrumpfen und bis 2050 um weitere 9,1 Millionen Personen zurückgegangen sein (vgl. *Tabelle 4* auf der Basis von *Fuchs* et al. 2011). Die verringerten Geburtenraten induzieren einen Alterungseffekt für die Bevölkerung, der Anteil aber auch die Zahl der Älteren wird drastisch zunehmen. Beispielsweise wird der Anteil der über 75-Jährigen im Jahr 2050 über 20 Prozent betragen, wohingegen er 2010 bei neun Prozent lag. Hierdurch steigt tendenziell der Bedarf an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen.

Tabelle 4

(Erwartete) Entwicklung der Bevölkerung, jeweils Jahresdurchschnittswerte (2010, 2025, 2050)

Bevölkerung	2010	2025	2050
Insgesamt	81.752	78.526	69.412
Anteil der über 75-Jährigen in %	9,2	12,6	20,4

Quelle: *Fuchs/Söhnlein/Weber* (2011). Aktualisierte Werte.

Betrachtet man die genannten Faktoren in der Summe, spricht vieles dafür, dass sich der in der Vergangenheit beobachtbare trendmäßige Anstieg des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen auch zukünftig fortsetzt, also eine weiterhin hohe und wachsende Nachfrage nach den entsprechenden Dienstleistungen zu erwarten ist. Vorliegende Modellrechnungen und Projektionen bestätigen ebenfalls starke Beschäftigungszuwächse der Branche in der absehbaren Zukunft (*Maier/Mönnig/Zika* 2012; *Pohl* 2011).

Angesichts der im Abschnitt 3. dargelegten Anspannungstendenzen bei der Fachkräfterekrutierung im Gesundheitswesen stellt sich die Frage, welche längerfristig wirksamen Einflussfaktoren die künftige Rekrutierungsposition der Branche beeinflussen werden. Dabei spielt die Angebotsseite des Arbeitsmarktes, also die Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte, eine besondere Rolle. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Zusammenhang wiederum die demographische Entwicklung. Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung bewirken, dass sich das Erwerbspersonenpotenzial von 2010 bis 2050 voraussichtlich um gut 12 Millionen Menschen verringern wird (*Tabelle 5*). Deshalb wird es auch und gerade für das weiter wachsende Gesundheitswesen darauf ankommen, bisher nicht oder nur unzureichend erschlossene Beschäftigungspotenziale zu heben.

Tabelle 5

Erwartete Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials, jeweils Jahresdurchschnittswerte (2010, 2025, 2050)

Erwerbspersonenpotenzial	2010	2025	2050
Insgesamt (15 – 74)	44.699	41.713	32.828
Anteil der unter 30-Jährigen in %	21,4	19,3	18,5
Anteil der über 50-Jährigen in %	29,8	36,8	36,6

Anmerkung: Annahme = Wanderungssaldo +100.000 p.a.

Quelle: *Fuchs/Söhnlein/Weber* (2011). Aktualisierte Werte.

Analysen zur längerfristigen Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials zeigen, dass ausgehend von den aktuellen Erwerbsquoten neben der Zuwanderung (siehe hierzu Abschnitt 5.) vor allem bei den Frauen und den Älteren (Ü50) beträchtliche Personalreserven liegen (vgl. *Fuchs/Söhnlein/Weber* 2011). In Abschnitt 2. wurde bereits herausgearbeitet, dass beide Gruppen aktuell auf unterschiedliche Weise im Gesundheitswesen repräsentiert sind. Während Frauen überproportional im Gesundheitswesen vertreten sind, sind ältere Beschäftigte dort unterrepräsentiert. Ausgehend davon können Veränderungen der Beschäftigtenanteile nach Geschlecht und Alter die Rekrutierungsposition der Branche beeinflussen. Dies kann bereits für die Vergangenheit mit Hilfe von Shift-Share-Analysen illustriert werden. Sie basieren auf einer Komponentenzerlegung, mit deren Hilfe der Einfluss von strukturellen Faktoren und Verhaltensänderungen (Verhaltens- oder Diffusionseffekt) getrennt werden können (vgl. zum methodischen Vorgehen auch Anhang A.2). Im Folgenden soll damit gezeigt werden, wie sich der aktuelle Anteil des Gesundheitswesens an der Gesamtbeschäftigung entwickelt hätte, wenn die in der Vergangenheit beobachteten Beschäftigtenanteile von jüngeren und älteren Arbeitnehmern sowie von Frauen und Männern konstant geblieben wären.

In einem ersten Schritt erfolgt eine Komponentenzerlegung nach Alter. Sie ergibt einen negativen Struktureffekt und einen stark positiven Diffusionseffekt (*Tabelle 6*). Trotz eines Anstiegs der Gesamtbeschäftigung in den betrachteten Altersgruppen zwischen 2000 und 2011 hätten (gegenüber dem Jahr 2000) unveränderte Beschäftigtenanteile von unter 50-Jährigen und über 50-Jährigen zu einem Rückgang der Beschäftigung im Gesundheitswesen geführt. Zurückzuführen ist dies auf den – vor allem alterungsbedingt – starken Rückgang der Gesamtbeschäftigung der Jüngeren zwischen 2000 und 2011. Die tatsächliche Erhöhung des Beschäftigungsanteils der jüngeren und vor allem der älteren Arbeitnehmer hat den negativen Struktureffekt aber überkompensiert und so erklärt sich die Zunahme des Beschäftigtenanteils in den Gesundheitsfachberufen an der gesamten Beschäftigung. Das Gesundheitswesen greift also bereits heute faktisch stärker auf ältere Belegschaften zurück als in der Vergangenheit. Der positive Diffusionseffekt bestätigt dies, denn die Beschäftigung der älteren Arbeitnehmer im Gesundheitswesen an der gesamten Beschäftigung hat – trotz des niedrigen Ausgangsniveaus im Jahr 2000 – sehr viel stärker zugenommen als die Beschäftigung der Jüngeren abgenommen hat.

Die Komponentenzerlegung nach Geschlecht ergibt ein etwas anderes Bild als die nach Altersgruppen. Der Anteil der Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen hätte von 2000 bis 2011 auch dann in gewissem Maße (Struktureffekt von knapp 26%) zugenommen, wenn die geschlechterspezifischen Beschäftigtenanteile bei der Gesamtbeschäftigung gleich geblieben wären. Hintergrund ist hier der trendmäßige Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit und der vergleichsweise moderate Rückgang des Anteils der männlichen Beschäftigten (vgl. *Tabelle 7*).

Aus den Analysen wird deutlich, dass insbesondere der Rückgang der Zahl der jüngeren Beschäftigten das Problem der Realisierung künftiger Beschäftigungsbedarfe verschärfen könnte. Dies ließe sich nur durch eine weitere Steigerung der Beschäftigtenanteile älterer Arbeitnehmer(innen) kompensieren. Dagegen würde eine weiter wachsende Frauenerwerbstätigkeit der Gesundheitsbranche in die Karten spielen und möglichen Rekrutierungsproblemen entgegenwirken.

5. Optionen der Fachkräftesicherung

Der zu erwartende, weitere Beschäftigungszuwachs im Gesundheitssektor lässt angesichts der bereits heute unübersehbaren Anspannungstendenzen erhebliche Mangelsituationen in diesem Berufsfeld wahrscheinlicher werden, wenn man unterstellt, dass sich nichts Fundamentales an den heute absehbaren Marktentwicklungen ändert und dem eventuell entgegenwirkende Marktkräfte nicht zum Zuge kommen (vgl. *Brunow/Möller/Stegmaier* 2012). Von daher soll im Folgenden diskutiert werden, wie mög-

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Tabelle 6

Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen und den übrigen Wirtschaftszeigen nach Altersgruppen und Shift-Share-Analyse, Juni 2000 und Juni 2011

Altersgruppe	Juni 2000		Juni 2011	
	Gesundheitsfachberufe	Übrige Wirtschaftszweige	Gesundheitsfachberufe	Übrige Wirtschaftszweige
Unter 50	1.411.251	21.005.756	1.476.007	19.021.792
50 und älter	199.877	5.208.740	462.193	7.421.350
Gesamt	1.611.128	26.214.496	1.938.200	26.443.142

Shift-Share-Analyse zur Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen			
Struktureffekt	*Diffussionseffekt*	*Residuum*	*Gesamteffekt*
–29.361,14	320.171,56	36.261,57	327.072,00
–8,98%	97,89%	11,09%	100,00%

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

Tabelle 7

Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen und den übrigen Wirtschaftszeigen nach Geschlecht und Shift-Share-Analyse, Juni 2000 und Juni 2011

Altersgruppe	Juni 2000		Juni 2011	
	Gesundheitsfachberufe	Übrige Wirtschaftszweige	Gesundheitsfachberufe	Übrige Wirtschaftszweige
Männer	186.678	15.357.233	244.368	15.111.276
Frauen	1.424.450	10.857.263	1.693.832	11.331.867
Gesamt	1.611.128	26.214.496	1.938.200	26.443.143

Shift-Share-Analyse zur Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen			
Struktureffekt	*Diffussionseffekt*	*Residuum*	*Gesamteffekt*
84.027	233.322	9.723	327.072
25,69%	71,34%	2,97%	100,00%

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen.

liche Fachkräfteengpässe im Gesundheitswesen eingedämmt werden können.

Stellenbesetzungsschwierigkeiten in Gesundheitsfachberufen könnten zunächst dadurch abgemildert werden, dass von betrieblicher Seite die Attraktivität der betreffenden Beschäftigungsfelder nachhaltig gesteigert würde. Dabei ist nicht allein an Lohnsteigerungen zu denken, denn Befragungen zeigen, dass beispielsweise das Einstiegsgehalt längst nicht bei allen Bewerbern die höchste Priorität hat (*Huber* et al. 2009). Andere Arbeitsbedingungen wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gute Weiterbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie ein gesundes Altern sind mindestens ebenso wichtige Faktoren. Eine Chance des Gesundheitswesens besteht dabei vor allem in der Gewährung von Beschäftigungssicherheit, indem angesichts des absehbaren Fachkräftebedarfs Befristungen auf das notwendige Maß beschränkt werden. Vorliegende Befunde zur Befristungspraxis in der Branche liefern Hinweise, dass an dieser Stelle noch Möglichkeiten einer besseren Positionierung bestehen (*Hohendanner* 2010). Generell ist aber der personalpolitische Handlungsspielraum im Gesundheitswesen begrenzt, weil in Folge politischer Eingriffe, nämlich der Begrenzung der Steuer- und Abgabenlast, Marktmechanismen in diesem Teilarbeitsmarkt nur bedingt zum Zuge kommen können. Dabei ist es sicher offen, inwieweit die Kosten einer Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe durch Produktivitätssteigerungen aufgefangen werden könnten. Dass dies in Teilen auch und gerade durch organisatorische Verbesserungen möglich sein sollte, dürfte unstrittig sein. Genauso offenkundig ist der Finanzierungsbedarf, um zu einer Attraktivitätssteigerung der betreffenden Beschäftigungsfelder zu kommen.

Eine weitere Möglichkeit, künftigem Arbeitskräftebedarf besser zu begegnen, besteht in einer Stärkung der regionalen und berufsfachlichen Mobilität. Was die regionale Mobilität angeht, ist im Gesundheitsbereich mit wenig Entlastung zu rechnen. Gerade aufgrund des sich im Zuge des demographischen Wandels verstärkenden Stadt-Land-Gefälles dürften besonders in peripheren Regionen Rekrutierungsprobleme und damit Versorgungsengpässe auftreten. Bereits heute geht die Besiedlung im ländlichen Raum immer weiter zurück, wohingegen Städte und Metropolregionen Arbeitnehmer anziehen. Wollen bzw. müssen Bewohner des ländlichen Raums Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, werden diese deshalb entweder auf längere Wege oder neue Formen der mobilen und virtuellen Versorgung angewiesen sein. Auf der berufsfachlichen Ebene wird die relative Attraktivität des Berufsfelds im Vergleich zu anderen Berufen zum entscheidenden Punkt. Je besser die Entwicklungsperspektiven in den Gesundheitsfachberufen zukünftig sein werden, desto häufiger werden sich junge Leute für einen Einstieg entscheiden, erfahrene Arbeitskräfte aus anderen Berufsfeldern einen Umstieg oder eine Rückkehr in Erwägung ziehen und sich im Gesundheitsbereich bereits Tätige einen längerfristigen Verbleib in der Branche vorstellen können.

Des Weiteren kann möglichen Fachkräfteengpässen im Gesundheitswesen auch durch eine aktive Fachkräftesicherung im Sinne einer Erschließung von Personalreserven entgegenwirkt werden (vgl. *Pohl/Sieglen* 2012). Ein erstes wichtiges Element betrifft dabei die Aus- und Weiterbildung. Die Realisierung einer angesichts des zu erwartenden Bedarfs notwendigerweise hohen Ausbildungsleistung der Branche steht und fällt mit der Attraktivität des Berufsfelds für junge Bewerber und Personen, die als noch Ungelernte oder Wiederungelernte eine „zweite (Ausbildungs-) Chance“ suchen. Einen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsfachberufe können auch exklusivere, akademisch orientierte Ausbildungsgänge und duale Studiengänge leisten (vgl. *Evans/Bräutigam/Hilbert* 2011). Gewisse Beschäftigungspotenziale wären auch bei arbeitslosen Personen zu vermuten, zumal Maßnahmen der Fortbildung und Umschulung im Pflegebe-

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

reich seitens der Bundesagentur für Arbeit vergleichsweise hohe Eingliederungsquoten aufweisen (vgl. *Kleinert/Dietrich* 2005).

Durch die wachsende Frauenerwerbstätigkeit können sich – wie die Analysen gezeigt haben – für das Gesundheitswesen zusätzliche Rekrutierungschancen ergeben. Mit Blick auf die Frauenbeschäftigung kommt ein weiterer Aspekt hinzu. Ein weiterer Beitrag zur Fachkräftesicherung in dem weiblich geprägten Gesundheitswesen könnte durch eine Verlängerung der individuellen Arbeitszeit der bereits Beschäftigten erreicht werden. Zu denken ist hier insbesondere an die große Zahl von Teilzeitbeschäftigten sowie die Minijobber in der Branche. Dabei stellt sich die Frage, ob die im Gesundheitswesen tätigen Frauen – vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf – überhaupt bereit und in der Lage sind, ihre wöchentliche Arbeitszeit aufzustocken. Nach Sektoren nicht weiter spezifizierte Befragungsergebnisse deuten aber darauf hin, dass ein nennenswerter Teil der teilzeitbeschäftigten Frauen zwar nicht an einer Vollzeitbeschäftigung, aber an einer Verlängerung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit interessiert ist (vgl. *Wanger* 2011). Die Erschließung des weiblichen Fachkräftepotenzials in Köpfen und in Stunden ist aber kein Selbstläufer. Notwendige staatliche Maßnahmen reichen dabei von flexiblen Betreuungskapazitäten für Kinder, Pflegeeinrichtungen für Ältere bis hin zu verbesserten Arbeitsanreizen für verheiratete Paare im Steuer- und Transfersystem (vgl. *Brücker* et al. 2012). Zudem können Betriebe – auch des Gesundheitswesens – bei ihren Beschäftigten Beiträge zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf leisten und damit die Arbeitgeberattraktivität steigern (vgl. *Walwei* 2012; *Schneider* 2012; *Krewer/Fietz* 2009).

Eine weitere Option der aktiven Fachkräftesicherung besteht in der Verlängerung der Lebensarbeitszeit der im Gesundheitswesen bereits Beschäftigten. Hier sind – wie im letzten Abschnitt gezeigt wurde – zwar zuletzt Fortschritte erreicht worden, dennoch kann die Erschließung zusätzlicher Potenziale angesichts der erheblichen physischen und psychischen Arbeitsbelastung in vielen Gesundheitsfachberufen nicht als selbstverständlich erachtet werden. Der noch immer vergleichsweise hohe Anteil junger Beschäftigter im Gesundheitswesen kann als ein gewisses Indiz dafür herangezogen werden. An dieser Stelle sind besonders die Betriebe des Gesundheitswesens gefragt, das Erfahrungswissen Älterer für sich nutzbar zu machen und alters- und alternsgerechtes Arbeiten zu ermöglichen.

Schließlich könnte die Anwerbung qualifizierter ausländischer Arbeitnehmer nach Deutschland seitens des Gesundheitswesens zumindest teilweise zur Deckung des zusätzlichen Beschäftigungsbedarfs beitragen. Dabei geht es nicht allein um zuwanderungsrechtliche Fragen, sondern ebenso und wiederum um die Attraktivität der jeweiligen Berufsfelder für Bewerber aus anderen Ländern. Zudem ist beim Thema Zuwanderung auch immer die Integration in den Arbeitsmarkt und in die Gesellschaft mit ins Blickfeld zu nehmen. Vor allem für Personen mit ausländischen Bildungsabschlüssen sind Nach- und Anpassungsqualifizierungen sowie der Spracherwerb ein probates Mittel zur Stabilisierung der Erwerbsbiographien und zum Verbleib in den Gesundheitsfachberufen.

6. Fazit

Das Gesundheitswesen ist von hoher gesellschaftlicher Bedeutung und seit Jahren eine Branche mit rasantem Wachstum. Seine zunehmende Bedeutung für die Volkswirtschaft kommt auch und gerade in der zuletzt wachsenden Beschäftigung in seinen verschiedenen Berufsfeldern zum Ausdruck. Selbst in Krisenzeiten, wie zuletzt im Rahmen der schweren Wirtschafts- und Finanzkrise 2008/2009, blieb die Nachfrage im Bereich der Gesundheitsfachberufe auf hohem Niveau und leistete damit einen spürbaren Beitrag zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes in schwierigen Zeiten. Eine Reihe von Indikatoren belegt, dass die Anspannung im Teilarbeitsmarkt der Gesundheitsfachberufe merklich zugenommen hat. So verringerte sich die Relation von Arbeitslosen und offenen Stellen im Zeitablauf. Gleichzeitig berichten Betriebe im Gesundheitsbereich immer häufiger über lange Besetzungsdauern und wachsende Stellenbesetzungsprobleme.

Die vorliegenden Wirtschaftsprojektionen zählen den Gesundheitsbereich zu den unumstrittenen Wachstumsfeldern der Zukunft. Als wesentliche Gründe hierfür können die steigende Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und die demographisch bedingte Alterung der Bevölkerung angeführt werden. Die genannten Aspekte deuten allesamt auf eine stärkere Nachfrage nach medizinischer Versorgung hin. Wenn somit der wachsende Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen nicht durch entsprechende Produktivitätssteigerungen kompensiert werden kann, spricht vieles für einen weiteren Anstieg der Erwerbstätigen im Gesundheitssektor. Vorliegende Projektionen kommen daher auch zu längerfristig höheren Beschäftigtenzahlen in den Betrieben der Gesundheitsbranche.

Ohne Weiteres wird diese Entwicklung nicht eintreten, denn das Gesundheitswesen befindet sich nicht (mehr und immer weniger) in einer komfortablen Rekrutierungsposition. Hieraus ergibt sich ein offenkundiger Handlungsbedarf. Es wird darauf ankommen, einerseits zusätzliche Potenziale beim künftig zur Verfügung stehenden Arbeitskräfteangebot zu heben und zu erschließen und andererseits, die Betriebe und Unternehmen des Gesundheitswesens wettbewerbsfähiger auf dem Arbeitsmarkt zu machen.

Für die Realisierung des künftigen Fachkräftebedarfs ist zunächst von Bedeutung, dass sich das Gesundheitswesen genauso wie andere Branchen im Wettbewerb um weniger junge Bewerber und das insgesamt schrumpfende Arbeitskräfteangebot befindet. Dabei wirken längerfristige Trends im Hinblick auf die Zusammensetzung der Angebotsseite des Arbeitsmarktes in unterschiedliche Richtungen. Während die Alterung der Erwerbspersonen angesichts der noch vergleichsweise jungen Belegschaften und hoher physischer und psychischer Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen als Herausforderung zu betrachten ist, könnten bessere Voraussetzungen für die Frauenerwerbstätigkeit entlastend auf die Branche wirken. Ein beträchtliches Fachkräftepotenzial ergibt sich insbesondere durch mögliche Arbeitszeitverlängerungen von bereits gut eingearbeiteten Teilzeitbeschäftigten.

Eine herausragende Bedeutung für die längerfristige Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen kommt aber der Attraktivität der betreffenden Berufsfelder und der in diesem Umfeld aktiven Arbeitgeber zu. An dieser Stelle gibt es jedoch kein Patentrezept. Es wird immer darum gehen, ausgehend von den spezifischen Stärken und Möglichkeiten eines Unternehmens oder eines Betriebs attraktive Beschäftigungsbedingungen und entsprechende Rekrutierungsstrategien zu entwickeln. Auf der berufsfachlichen Ebene wird die Attraktivität des Berufsfelds im Vergleich zu anderen Berufen zum entscheidenden Punkt. Je besser die Arbeitsbedingungen und Entwicklungsperspektiven in den Gesundheitsfachberufen zukünftig sein werden, desto mehr werden sich junge Leute für einen Einstieg entscheiden, erfahrene Arbeitskräfte aus anderen Berufsfeldern einen Umstieg oder eine Rückkehr in Erwägung ziehen, sich im Gesundheitsbereich bereits Tätige einen längerfristigen Verbleib in der Branche vorstellen können und Migranten für den Teilarbeitsmarkt gewonnen. Dabei können Unternehmen in ihren jeweiligen Angebotspaketen unterschiedliche Akzente setzen, Gehälter sind nur ein Teil davon. Mindestens ebenso bedeutsam sind Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, Beschäftigungssicherheit, interessante und abwechslungsreiche Tätigkeitsfelder, vielfältige Weiterbildungsangebote und eine nachhaltige Work-Life-Balance. Die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen für Beschäftigte wird zum zentralen Erfolgsfaktor für ein attraktives und zukunftsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland.

Literatur:

von Bandemer, S./*Dahlbeck*, E./*Middendorf*, A.-S. (2006): Die Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft, in: Institut für Arbeit und Technik (Hrsg.): Jahrbuch 2006, Gelsenkirchen, S. 9–22.

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Brücker, H. / *Klinger*, S. / *Möller*, J. / *Walwei*, U. (Hrsg.) (2012): Handbuch Arbeitsmarkt 2013. Analysen, Daten, Fakten, Bielefeld.

Brunow, S. / *Möller*, J. / *Stegmaier* J. (2012): Dynamiken des Fachkräftebedarfs. Die Kräfte des Marktes wirken Engpässen langfristig entgegen, in: IAB-Forum, Nr. 2, S. 4 – 9.

Dietz, M. / *Himsel*, C. / *Walwei*, U. (2013): Erwerbsformen: Längerfristige Trends und Arbeitsmarkteffekte, in: Breuer, H. / Schmitz-Veltin, A. (Hrsg.): Szenarien zur demografischen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung in Städten und Regionen. Themenbuch Stadtforschung und Statistik 1, Frankfurt (im Erscheinen).

Dunn, E. (1960): A statistical and analytical technique for regional analysis, in: Papers of the Regional Science Association, 6, S. 97 – 112.

Eichhorst, W. / *Kuhn*, A. / *Thode*, E. / *Zenker*, R. (2010): Traditionelle Beschäftigungsverhältnisse im Wandel, Benchmarking Deutschland. Normalarbeitsverhältnisse auf dem Rückzug, Bertelsmann Stiftung.

Enste, D. H. / *Eyerund*, T. (2012): Beschäftigungslücke in der Pflege – Zwischen Präzision und Politikrelevanz, in: Sozialer Fortschritt, H. 2 – 3, S. 38 – 42.

Evans, M. / *Bräutigam*, C. / *Hilbert*, J. (2011): Arbeit und Qualifizierung in der sozialen Gesundheitswirtschaft. Von heimlichen Helden und blinden Flecken, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO-Diskurs, Bonn.

Evans, M. / *Hilbert,* J. *(*2008): Achillesferse einer Zukunftsbranche, in: Magazin Mitbestimmung, Nr. 6.

Fuchs, J. / *Söhnlein,* D. / *Weber*, B. (2011): Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050. Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten, IAB-Kurzbericht, 16 / 2011, Nürnberg.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner), http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=50699532&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=52645760.

Helmrich, R. / *Zika*, G. / *Kalinowski*, M. / *Wolter*, M.-I. (2012): Engpässe auf dem Arbeitsmarkt. Geändertes Bildungs- und Erwerbsverhalten mildert Fachkräftemangel, in: BIBB-Report 18 / 12.

Himsel, C. / *Müller*, A. / *Stops*, M. (2012): Zur Konjunkturunabhängigkeit des Gesundheits- und Sozialwesens, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, H. 3, S. 29 – 33.

Hohendanner, C. (2010): Befristete Arbeitsverträge zwischen Auf- und Abschwung. Unsichere Zeiten, unsichere Verträge?, IAB-Kurzbericht, 14 / 2010, Nürnberg.

Huber, F. / *Meyer*, F. / *Müller*, S. / *Vollmann*, S. (2009): Ist nach der Krise vor der Krise? Wie wählen Hochschulstudenten ihren zukünftigen Arbeitgeber in der Finanzbranche? Ergebnisse einer Zeitreihenstudie, Managementorientierte Arbeitspapiere P 18, Mainz.

Keller, B. / *Seifert*, H. (2011): Atypische Beschäftigung und soziale Risiken. Entwicklung, Strukturen, Regulierung, WISO Diskurs, hrsg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Kleinert, C. / *Dietrich*, H. (2005): Weiterbildung für Arbeitslose. Pflegeberufe pflegen, in: IAB Forum, 2 / 2005, Nürnberg.

Krewer, G. / *Fietz,* G. (2009): Als Arbeitgeber attraktiv: wie gut sind wir schon? Bielefeld.

Kubis, A. / *Leber*, U. / *Müller*, A. / *Stegmaier*, J. (2013): Der Arbeitskräftebedarf in Deutschland 2006 bis 2011. Nachfrage, Rekrutierungsprozesse und Engpässe aus Sicht der Betriebe. (IAB-Bibliothek, 339), Bielefeld: Bertelsmann, 95 S.

Maier, T. / *Mönnig*, A. / *Zika*, G. (2012): Labour demand by industrial sector, occupational field and qualification until 2025 – model calculations using the IAB / INFORGE model (im Erscheinen), in: Economic Systems Research.

Pohl, C. (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland. Modellrechnungen bis zum Jahr 2030, in: Pflege und Gesellschaft, Jg. 16, H. 1, S. 36 – 52.

Pohl, C. / *Sieglen*, G. (2012): Der Bedarf an Pflegefachkräften und Strategien für deren Gewinnung, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Jg. 43, H. 4, S. 40 – 49.

Roth, N. / *Bangert*, C. (2009): Zwischen Finanzierungsengpässen und Fachkräftemangel. Wer arbeitet 2020 in Pflege und Betreuung?, in: König, J. / Oerthel, Ch. / Puch, H.-J. (Hrsg.), Zukunft: Wertschöpfung durch Wertschätzung, ConSozial 2008, München.

Schneider, H. (2012): Ökonomische Rahmenbedingungen betrieblicher Familienpolitik, in: Betriebliche Familienpolitik, S. 45 – 65, Wiesbaden.

Schulz, E. (2012): Pflegemarkt. Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegen gewirkt werden, DIW Wochenbericht Nr. 51 / 52 / 2012.

Simon, M. (2012): Prognosen zum Thema „Fachkräftemangel in der Pflege“: Limitationen amtlicher Statistiken und methodische Probleme bisheriger Studien, in: Sozialer Fortschritt 2 – 3 / 2012, S. 25 – 38.

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheitsausgaben 2010 auf rund 287 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung vom 05.04.2012, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/04/PD12_125_23611.html.

Walwei, U. (2012): Die Konkurrenz um qualifiziertes Personal wächst, in: Neue Caritas, Jg. 113, H. 20, S. 9 – 13.

Wanger, S. (2011): Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit. Viele Frauen würden gerne länger arbeiten, IAB-Kurzbericht, 09 / 2011, Nürnberg.

Anhang

A.1 Identifikation der Gesundheitsfachberufe in administrativen Daten und Betriebsbefragungen

Den Analysen liegen Datenauswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit sowie betriebliche Befragungsdaten der IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebotes (IAB-EGS) zugrunde. Sie beschränken sich auf Gesundheitsfachberufe. Dabei handelt es sich um qualifizierte Gesundheitsberufe, deren Ausübung keine Approbation voraussetzt. Wesentlicher Grund hierfür ist, dass eine gemeinsame Betrachtung aller Gesundheitsberufe ein verzerrtes Bild der Arbeitsmarktsituation im Gesundheitswesen ergäbe. Denn die kleinere Gruppe der Gesundheitsberufe mit Approbation unterscheidet sich deutlich von den übrigen Berufen bezüglich ihrer Qualifikation (Voraussetzung: Universitätsabschluss), besonders restriktiven Zugangsbeschränkungen (Approbation) und auch im Hinblick auf ihre im Vergleich zu den anderen Berufen deutlich höheren Vergütung. Hinzu kommt, dass in der Beschäftigtenstatistik nur abhängig Beschäftigte mit Approbation erfasst sind; selbständige Apotheker und Ärzte – die einen hohen Anteil an allen in diesen Berufen Tätigen aufweisen – blieben dann außen vor. Das Statistische Bundesamt wies bspw. im Jahr 2007 381 Tausend Ärzte in abhängiger Beschäftigung aus. Im gleichen Jahr wurden fast 138 Tausend Besitzer von Arztpraxen über alle Arztberufe gezählt; die Gründung einer Arztpraxis ist zwar generell nicht an die Approbation des Praxisinhabers gebunden, jedoch dürfte es sich dabei in den meisten Fällen um Ärzte handeln. Damit sind bis zu einem Drittel aller aktiv tätigen Ärzte selbständig.

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/

Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) enthält Informationen zu sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten. Die Daten werden auf der Grundlage der Meldungen zur Sozialversicherung monatlich mit einer sechsmonatigen Wartezeit ermittelt und quartalsweise berichtet. Ausgewiesen werden unter anderem Berufsordnungen und die Wirtschaftszweige, in denen die Beschäftigten tätig sind. Den Analysen auf Basis der Beschäftigtenstatistik liegt eine spezifische Abgrenzung zugrunde. Sie kombiniert die einschlägigen Berufskategorien mit Wirtschaftszweigen und verschiedenen Unterkategorien. Dies hat den Vorteil, dass nur die Beschäftigten in Gesundheitsfachberufen erfasst werden, die ausschließlich im Gesundheitswesen oder in Heimen tätig sind. Auf diese Weise können bspw. aus der Gruppe der in der Beschäftigtenstatistik zusammengefassten Sozialarbeiter und Sozialpfleger die für die Gesundheitsfachberufe besonders relevanten Altenpfleger nahezu vollständig identifiziert werden. *Simon* (2012) ist auf die besonderen Probleme der Beschäftigtenstatistik bei der Abgrenzung von Pflegeberufen und anderen Berufen, aber auch auf ihre Binnendifferenzierung ausführlich eingegangen. Ein großer Teil dieser Probleme tritt hier nicht auf, da vordergründig das Gesundheitswesen und – zur besseren Eingrenzung – die hier typischerweise anzutreffenden Tätigkeitsbereiche in Form der Gesundheitsfachberufe im Aggregat betrachtet werden. Dafür ist in Kauf zu nehmen, dass damit keine für einzelne Berufe gültige Aussagen abgeleitet werden können, worauf unsere Analysen aber auch nicht abzielen.

IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots

Die IAB-Erhebung des Gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots (IAB-EGS) ist eine für Westdeutschland seit 1989 und seit 1992 deutschlandweit laufende repräsentative Querschnittsbefragung von Betrieben und Verwaltungen. Sie enthält Antworten von über 15 Tsd. Betrieben mit mindestens einem sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ihre Bedeutung liegt in der Gewinnung von für Deutschland einzigartigen Daten über den Verlauf von Stellenbesetzungsprozessen und über die ungedeckte Arbeitsnachfrage. Die IAB-EGS ist die einzige repräsentative Erhebung, auf deren Basis sämtliche offenen Stellen unabhängig von einer Meldung bei den Arbeitsagenturen ermittelt werden. Die Erhebung ermöglicht repräsentative Aussagen für die deutsche Gesamtwirtschaft, für 23 Wirtschaftszweige, so auch für das Gesundheitswesen. Darüber hinaus sind Aussagen zu den Gesundheitsfachberufen möglich. Bezüglich der Berufe bietet die IAB-EGS gegenüber der Beschäftigungsstatistik den Vorteil, dass offenen Stellen und die Rekrutierungsprozesse für Altenpfleger getrennt von den anderen sozialpflegerischen Berufen, wie Sozialpädagogen und Erzieher, erfasst werden; die oben beschriebene spezifische Abgrenzung unter Zuhilfenahme der Wirtschaftszweige ist hier deshalb entbehrlich. Zu beachten ist, dass zwischen dem dritten und dem vierten Quartal 2010 die Gliederung nach Wirtschaftszweigen von der Klassifikation 2003 auf die aktuellere Klassifikation 2008 umgestellt wurde. Dies beschränkt zwar grundsätzlich die Möglichkeiten der Vergleichbarkeit der wirtschaftszweigbezogenen Ergebnisse. Dennoch können bei den hier präsentierten Auswertungen Bezüge zu früheren Jahren hergestellt werden.

A.2 Die Shift-Share-Analyse

Mit Hilfe einer Shift-Share-Analyse (Dunn 1960) können strukturelle Verschiebungen in der Zusammensetzung bestimmter Größen von anderen Einflussfaktoren getrennt werden. Im Fokus des vorliegenden Beitrags stehen die Veränderung des Beschäftigtenanteils der Gesundheitsfachberufe und die Auswirkungen einer über die Zeit veränderten Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

Beispiel:

Untersucht werden soll die Veränderung der Beschäftigung D^G_{Gesamt} in den Gesundheitsberufen zwischen 2000 $\left(x^G_{2000}\right)$ und 2011 $\left(x^G_{2011}\right)$:

$$D^G_{Gesamt} = x^G_{2011} - x^G_{2000}$$

Im Folgenden sollen die Effekte der Veränderungen in der Relation der Beschäftigung im Gesundheitswesen zu allen Wirtschaftszweigen und die Veränderungen in der Altersstruktur in der Gesamtbeschäftigung von den übrigen Einflüssen getrennt werden.

Zunächst wird der „Shift-Effekt“ (Struktureffekt) ermittelt. Er entspricht der fiktiven Veränderung der Beschäftigung in den Gesundheitsberufen, wenn die Beschäftigtenanteile nach Alter im Gesundheitswesen an allen Beschäftigten unverändert geblieben wären. Genauer entspricht er der Differenz aus der Summe der jeweiligen hypothetischen Beschäftigung in 2011 in Altersgruppe *i*, wenn der Anteil der Beschäftigung im Gesundheitswesen in Altersgruppe *i* an der Gesamtbeschäftigung über alle Sektoren in Altersgruppe *i* wie in 2000 ausgefallen wäre, und der tatsächlichen Beschäftigung im Jahr 2000 im Gesundheitswesen. Im Beispiel gibt es zwei Altersgruppen, die Gruppe der unter 50-Jährigen (U50) und die Gruppe der über 50-Jährigen (50+). Der Effekt durch die Veränderung in der Altersstruktur lässt sich wie folgt ermitteln:

$$D^G_{Struktur} = \sum_{i=[U50,50+]} \frac{x^{Gi}_{2000}}{x^i_{2000}} x^i_{2011} - x^G_{2000}$$

Darüber hinaus erlaubt der “Share-Effekt“ (Diffusions- oder Verhaltenseffekt) eine Aussage über die fiktive Veränderung der Beschäftigung im Gesundheitswesen, wenn bereits für das Ausgangsjahr der Beschäftigtenanteil der beiden Altersgruppen in den Gesundheitsfachberufen postuliert wird. Er wird berechnet als die Differenz aus der Summe der jeweiligen hypothetischen Beschäftigung im Jahr 2000 in Altersgruppe *i* im Gesundheitswesen, wenn die Relation der jeweiligen Beschäftigung im Gesundheitswesen in Altersgruppe *i* von 2011 zur Gesamtbeschäftigung über alle Sektoren in Altersgruppe *i* 2011 gegolten hätte, und der tatsächlichen Beschäftigung im Gesundheitswesen im Jahr 2000. Damit lässt sich der Effekt durch die Veränderung in der Altersstruktur wie folgt ermitteln:

$$D^G_{Diffusion} = \sum_{i=[U50,50+]} \frac{x^{Gi}_{2011}}{x^i_{2011}} x^i_{2000} - x^G_{2000}$$

Schließlich ergibt sich ein Resteffekt oder auch Interaktionsterm. Er ergibt sich aus der Summe aus zwei Differenzen: (1) aus der Differenz der realen Beschäftigung im Gesundheitswesen 2011 und der fiktiven Beschäftigung im Gesundheitswesen 2011, wenn der Anteil der Beschäftigung im Gesundheitswesen in den jeweiligen Altersgruppen an der Gesamtbeschäftigung dem von 2000 entsprochen hätte und (2) aus der Differenz der realen Beschäftigung im Gesundheitswesen im Jahr 2000 und der fiktiven Beschäftigung im Gesundheitswesen im Jahr 2000, wenn der Anteil der Beschäftigung im Gesundheitswesen in den jeweiligen Altersgruppen an der Gesamtbeschäftigung dem von 2011 entsprochen hätte:

$$D^G_{\mathrm{Rest}} = x^G_{2011} - \sum_{i=[U50,50+]} \frac{x^{Gi}_{2000}}{x^i_{2000}} x^i_{2011} + x^G_{2000} - \sum_{i=[U50,50+]} \frac{x^{Gi}_{2011}}{x^i_{2011}} x^i_{2000}$$

DOI https://doi.org/10.3790/sfo.62.8-9.216 | Generated on 2025-07-26 11:44:44
OPEN ACCESS | Licensed under CC BY-NC-ND 4.0 | https://creativecommons.org/about/cclicenses/