

# Beschäftigtenstrukturanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Ein Kooperationsprojekt



LASA-Studie Nr. 48





## Impressum

<b>Titel</b>	Beschäftigtenstrukturanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft Ein Kooperationsprojekt
<b>Autoren</b>	Marek Frei, SÖSTRA GmbH Berlin Dr. Carsten Kampe, LASA Brandenburg GmbH Dr. Udo Papies, SÖSTRA GmbH Berlin
<b>Herausgeber</b>	Netzwerk Gesundheitswirtschaft/HealthCapital Berlin-Brandenburg Landesagentur für Struktur und Arbeit (LASA) Brandenburg GmbH
<b>Copyright</b>	Netzwerk Gesundheitswirtschaft/HealthCapital Berlin-Brandenburg LASA Brandenburg GmbH Alle Rechte vorbehalten
	Dezember 2010, 2. bearbeitete Auflage
<b>Druck</b>	Druckerei Feller, Teltow
<b>Bestellungen</b>	LASA Brandenburg GmbH Postfach 900 354 14439 Potsdam
	Telefon: (03 31) 60 02-2 00 Telefax: (03 31) 60 02-4 00 Internet: <a href="http://www.lasa-brandenburg.de">www.lasa-brandenburg.de</a> E-Mail: <a href="mailto:office@lasa-brandenburg.de">office@lasa-brandenburg.de</a>
	LASA-Studie Nr. 48 ISBN 978-3-929756-63-0
<b>Grafisches Konzept Layoutbearbeitung</b>	SCHWEIGER DESIGN, Potsdam Jörn Hänsel, LASA Brandenburg GmbH
<b>Hinweis</b>	Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit hat die für das Fachkräftemonitoring der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bereitgestellten Daten sorgfältig erstellt. Es ist möglich, dass die Daten nach ihrer Veröffentlichung, z. B. an neue Klassifikationen, anzupassen sind. Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit haftet nicht dafür, dass solche Änderungen bei den bereitgestellten Daten nicht oder nicht rechtzeitig übernommen werden. Aktuelle und ausführliche Daten sowie Kontakthinweise zur Statistik der Bundesagentur für Arbeit finden Sie unter <a href="http://statistik.arbeitsagentur.de">http://statistik.arbeitsagentur.de</a>
	Die Publikation wurde durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Landes Brandenburg gefördert. Europäischer Sozialfonds - Investition in Ihre Zukunft
	Dieses Vorhaben/Projekt in der TSB Innovationsagentur Berlin GmbH wird über die Investitionsbank Berlin mit Mitteln der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen gefördert.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>13</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>15</b>
<b>2 Entwicklungsdynamik der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich</b>	<b>17</b>
2.1 Kriterien einer Gesundheitsregion	17
2.2 Vergleich der Bruttowertschöpfung	19
2.3 Beschäftigungswirkungen im regionalen Vergleich	22
2.3.1 Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg deutlich positiver als in anderen Wirtschaftsbereichen der Region	22
2.3.2 Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg weniger dynamisch als in anderen Regionen Deutschlands	23
2.3.3 Bedeutung des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg höher als in anderen Regionen Deutschlands	25
2.4 Zwischenfazit	26
<b>3 Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft</b>	<b>27</b>
3.1 Demografischer Wandel – Hauptschubkraft der Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft	27
3.1.1 Räumliche Veränderungen in der Bevölkerungsverteilung	28
3.1.2 Steigender Bedarf an Gesundheitsdienst- und Pflegeleistungen	29
3.1.3 Babyboomer-Jahrgänge werden graue Panther	29
3.1.4 Wachsende Konkurrenz bei der Nachwuchsgewinnung	31
3.2 Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	33
3.3 Wirkungen der demografischen Entwicklung auf der Ebene der Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	38
3.3.1 Insgesamt relativ junge Belegschaften, aber ein Teil der Unternehmen mit hohen Anteilen Älterer	38
3.3.2 Handlungserfordernisse in Bezug auf die Altersstruktur der Belegschaften aus Sicht der Unternehmen	40
3.3.3 Aktivitäten der Unternehmen zur Sicherung des Ersatzbedarfs	41
3.4 Zwischenfazit	42

<b>4</b>	<b>Beschäftigungsstrukturen und Entwicklung der Nachfrage nach Fachkräften in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft</b>	<b>44</b>
4.1	Breite Branchenbasis der Gesundheitswirtschaft in der Berlin-Brandenburger Region	44
4.2	Beschäftigungsentwicklung in den Krankenhäusern	46
4.2.1	Stabilisierung des Beschäftigungsniveaus wahrscheinlich, Erweiterungsbedarf möglich	47
4.2.2	Steigender altersbedingter Ersatzbedarf	49
4.2.3	Breites Spektrum berufsfachlicher Anforderungen	49
4.3	Beschäftigungsentwicklung in gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen des Sozialwesens	51
4.3.1	Demografische Entwicklung sorgt für stabiles Beschäftigungswachstum der Branche	52
4.3.2	Günstige Prognose für weiteres Beschäftigungswachstum	54
4.3.3	Steigender altersbedingter Ersatzbedarf	54
4.3.4	Starke Zunahme von Betrieben im Bereich der Pflegedienste	55
4.3.5	Hohe Konzentration der beruflichen Tätigkeit bei gleichzeitig vielfältigen Berufsabschlüssen der Beschäftigten	56
4.4	Beschäftigungsentwicklung in den Praxen	56
4.4.1	Weiterhin positive Beschäftigungsperspektiven	57
4.4.2	Steigender altersbedingter Ersatzbedarf	58
4.4.3	Kleinteilige Betriebsstruktur, schwache personalpolitische Kompetenz	59
4.4.4	Erweiterte Beschäftigungsmöglichkeiten durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	60
4.5	Beschäftigungsentwicklung in der Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung	61
4.6	Zwischenfazit	63
<b>5</b>	<b>Spezifika der Beschäftigungsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>66</b>
5.1	Geschlechterstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft	66
5.2	Geringfügige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft	69
5.2.1	Differenzierter Einsatz in den Branchen	70
5.2.2	Differenzierte Nutzung in beiden Bundesländern	72
5.3	Zwischenfazit	73
<b>6</b>	<b>Berufsstrukturen und betriebliche Ausbildung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft</b>	<b>75</b>
6.1	Berufsstrukturen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	75
6.1.1	Weiterhin Dominanz der Gesundheits- und Sozialberufe	78
6.1.2	Berufliche Reflexion branchenstruktureller Unterschiede	78
6.1.3	Berufsstruktur in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern	79
6.1.4	Berufsstruktur in der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin und in Brandenburg	81
6.1.5	Berufsstrukturen der Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens	82
6.2	Berufsspezifische Ausbildungsstrukturen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	83

6.3	Betriebliche Ausbildung in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	88
6.3.1	Ausbildungsbereitschaft	89
6.3.2	Ausbildungshemmnisse	94
6.4	Zwischenfazit	98
<b>7</b>	<b>Gegenwärtige Erfahrungen und Reaktionen der Unternehmen zur Fachkräfteverfügbarkeit</b>	<b>100</b>
7.1	Aktueller Personalbedarf der Berliner und Brandenburger Betriebe der Gesundheitswirtschaft	100
7.2	Schwierigkeiten bei Stellenbesetzungen	103
7.3	Wege der Personalgewinnung	105
7.4	Bindung von Fachkräften und familienfreundliche Beschäftigungsgestaltung	108
7.5	Zukunftstrends und regionale Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft	112
7.6	Zwischenfazit	117
<b>8</b>	<b>Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Fachkräftebasis in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft</b>	<b>119</b>
8.1	Optimierung der Beschäftigungsbedingungen	120
8.1.1	Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit	120
8.1.2	Vereinbarkeit von Beruf und Familie	123
8.2	Stärkung der Aus- und Weiterbildung	124
8.3	Marketing zum Beschäftigungspotenzial der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft	126
<b>Literatur- und Quellenverzeichnis</b>		<b>129</b>

## Tabellenverzeichnis

- 33 Tabelle 1:**  
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Altersgruppe 55 Jahre und älter in Branchen der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft
- 34 Tabelle 2:**  
Anteil der über 55-jährigen Beschäftigten in der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft
- 45 Tabelle 3:**  
Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
- 48 Tabelle 4:**  
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Berlin-Brandenburger Krankenhäusern, 1999 bis 2007
- 49 Tabelle 5:**  
Anzahl und Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern
- 50 Tabelle 6:**  
Tätigkeitsstrukturen in der Krankenhausbranche der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft (Stand 31.12.2007)
- 52 Tabelle 7:**  
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Einrichtungen des Sozialwesens in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007
- 53 Tabelle 8:**  
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in gesundheitswirtschaftlichen Bereichen des Sozialwesens in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007
- 55 Tabelle 9:**  
Anzahl und Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Einrichtungen des Sozialwesens
- 55 Tabelle 10:**  
Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal in Berlin und Brandenburg 1999, 2005 und 2007
- 56 Tabelle 11:**  
Tätigkeitsbereiche des Personals der Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007

- 57 Tabelle 12:**  
Tätigkeitsbereiche der Praxen in Berlin und Brandenburg 2007
- 59 Tabelle 13:**  
Anzahl und Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Praxen
- 62 Tabelle 14:**  
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007
- 63 Tabelle 15:**  
Anzahl und Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Unternehmen der Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung
- 64 Tabelle 16:**  
Beschäftigungsentwicklung und Strategien der Fachkräftesicherung in ausgewählten Bereichen der Gesundheitswirtschaft
- 67 Tabelle 17:**  
Anteil der Frauen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
- 68 Tabelle 18:**  
Frauenanteil in den Tätigkeitsbereichen der Praxen in Berlin 2007
- 69 Tabelle 19:**  
Frauenanteil in den Tätigkeitsbereichen der Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007
- 70 Tabelle 20:**  
Geringfügige Beschäftigung in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 2000-2007
- 71 Tabelle 21:**  
Anteil der geringfügigen Beschäftigung in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 2000-2007
- 76 Tabelle 22:**  
Berufsstruktur der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
- 77 Tabelle 23:**  
Berufsstruktur der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007



79	<b>Tabelle 24:</b> Berufsstrukturen der Berliner und Brandenburger Krankenhäuser, 1999-2007
81	<b>Tabelle 25:</b> Berufsstrukturen in der Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin und in Brandenburg, 1999-2007
82	<b>Tabelle 26:</b> Berufsstrukturen in der Branche Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens in Berlin und in Brandenburg, 1999-2007
84	<b>Tabelle 27:</b> Ausbildungsberufe in der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
84	<b>Tabelle 28:</b> Ausbildungsberufe in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
85	<b>Tabelle 29:</b> Ausbildungsberufe in der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin, 1999-2007
86	<b>Tabelle 30:</b> Berufsspezifische Ausbildungsquoten in der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999 und 2007
87	<b>Tabelle 31:</b> Berufsspezifische Ausbildungsquoten in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999 und 2007
90	<b>Tabelle 32:</b> Ausbildung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft
90	<b>Tabelle 33:</b> Betriebliche Ausbildungsquoten in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007
91	<b>Tabelle 34:</b> Auszubildende in der Herstellung medizintechnischer Erzeugnisse in Berlin und Brandenburg, 1999-2007
93	<b>Tabelle 35:</b> Zukünftige Ausbildung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft
98	<b>Tabelle 36:</b> Beschäftigung in den Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen, 1999-2007

**101 Tabelle 37:**

Fachkräftebedarf in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**102 Tabelle 38:**

Gründe für den Fachkräftebedarf in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**103 Tabelle 39:**

Probleme bei der Stellenbesetzung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**107 Tabelle 40:**

Nutzung ausgewählter Quellen der Personalbeschaffung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**108 Tabelle 41:**

Bereiche mit starker Personalfluktuaton in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**110 Tabelle 42:**

Verbreitung von Maßnahmen zur Bindung von Fachkräften in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**111 Tabelle 43:**

Vereinbarkeit von Beruf und Familie in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

**116 Tabelle 44:**

Einschätzung der Region im Hinblick auf die Fachkräftesituation in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

## Abbildungsverzeichnis

- 20 Abbildung 1:**  
Anteil des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens an der Bruttowertschöpfung der Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg und Hamburg sowie Deutschlands 1991-2005
- 21 Abbildung 2:**  
Entwicklung der Bruttowertschöpfung im Vergleich
- 22 Abbildung 3:**  
Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Erwerbstätigen insgesamt in Berlin-Brandenburg
- 23 Abbildung 4:**  
Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen im regionalen Vergleich
- 24 Abbildung 5:**  
Entwicklung des Anteils der Region Berlin-Brandenburg an allen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland
- 25 Abbildung 6:**  
Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen im regionalen Vergleich (2007)
- 28 Abbildung 7:**  
Veränderung der Bevölkerungszahl im Zeitraum 2009-2030
- 30 Abbildung 8:**  
Beschäftigungsentwicklung in der Gruppe der 60- bis 64-jährigen Krankenschwestern/-pfleger in Berlin und Brandenburg 1999-2007
- 31 Abbildung 9:**  
Altersstruktur der Berufsgruppe Krankenschwester/-pfleger in Berlin-Brandenburg (30.06.2007)
- 32 Abbildung 10:**  
Entwicklung der Zahl der unter 45-jährigen Erwerbspersonen in Berlin-Brandenburg 2005-2025
- 35 Abbildung 11:**  
Beschäftigte nach Altersgruppen in der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft 1999 und 2007

- 37 Abbildung 12:**  
Beschäftigte nach Altersgruppen in der Branche Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens in Berlin und in Brandenburg 1999 und 2007
- 39 Abbildung 13:**  
Anteil von Beschäftigten der Altersgruppe 55 Jahre oder älter an allen Beschäftigten
- 40 Abbildung 14:**  
Zusammenhang zwischen dem Anteil von Beschäftigten der Altersgruppe 55 Jahre oder älter an allen Beschäftigten und der Einschätzung der Altersstruktur als „problematisch“
- 41 Abbildung 15:**  
Wahrnehmung des Alterungsproblems durch Unternehmen in Branchen der Gesundheitswirtschaft
- 72 Abbildung 16:**  
Anteile geringfügig Beschäftigter in ausgewählten Teilbereichen der Krankenhausbranche, 2000-2007
- 89 Abbildung 17:**  
Ausbildungsbeteiligung der Unternehmen
- 92 Abbildung 18:**  
Ausbildungsbetriebe in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft nach Betriebsgrößenklassen
- 94 Abbildung 19:**  
Ausbildungsabsicht von Ausbildungs- und Nicht-Ausbildungsbetrieben
- 95 Abbildung 20:**  
Gründe für fehlende Ausbildungsbeteiligung
- 96 Abbildung 21:**  
Ausbildungsquoten und -zahlen der Berliner und Brandenburger gesetzlichen Krankenversicherungen
- 97 Abbildung 22:**  
Ausbildungsquoten und -zahlen der Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen
- 101 Abbildung 23:**  
Gründe für den Personalbedarf in Unternehmen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft
- 106 Abbildung 24:**  
Genutzte Quellen der Personalgewinnung

**109 Abbildung 25:**

Betriebliche Anreize zur Personalbindung

**111 Abbildung 26:**

Familienfreundliche Maßnahmen der Unternehmen

**113 Abbildung 27:**

Erwartete Beschäftigungsentwicklung der nächsten zwei Jahre in Berliner und Brandenburger Betrieben der Gesundheitswirtschaft

**114 Abbildung 28:**

Einschätzung der Region in Bezug auf die Fachkräftesituation

**115 Abbildung 29:**

Bewertung regionaler Standortfaktoren durch die Unternehmen

## Vorwort

Berlin-Brandenburg gehört zu den führenden Gesundheitsregionen in Deutschland. Hier präsentiert sich das gesamte Spektrum der Gesundheitswirtschaft – angefangen von zahlreichen Einrichtungen zur Patientenversorgung, Rehabilitation und Pflege, über renommierte Forschungsinstitute sowie starke pharmazeutische, biotechnologische und medizintechnische Unternehmen, bis hin zu Anbietern gesundheitsbezogener Produkte und Dienstleistungen in den Bereichen Ernährung, Sport und Wellness.

Dieses umfassende Spektrum bietet enorme Wachstums- und Beschäftigungspotenziale. Wichtigste Voraussetzung, sie zu erschließen, ist es, den damit verbundenen Fachkräftebedarf zu sichern – sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der nachgefragten Qualifikationsprofile. Dies wiegt umso schwerer, als in den nächsten Jahren infolge des demographischen Wandels und langjähriger Abwanderungen in Berlin und Brandenburg weniger Nachwuchs auf den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt drängt. Zur Bewältigung dieser komplexen Aufgabe bedarf es tiefgreifender Analysen, die den aktuellen Stand zunächst erfassen und Engpässe aufzeigen, um daraus anschließend gezielte Maßnahmen zu definieren und umsetzen zu können.

Die vorliegende Studie setzt genau hier an. Auf Basis zahlreicher Interviews und Expertengespräche sowie detaillierter Datenanalysen konnte ein umfassendes Bild über die Fachkräftesituation in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg gezeichnet werden. Die differenzierten Ergebnisse machen deutlich, dass das Angebot an und die Nachfrage nach qualifiziertem Personal nicht optimal aufeinander abgestimmt sind. Aus diesem Grund müssen alle Kräfte gebündelt werden, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen zu stärken und das große Potenzial der Gesundheitswirtschaft noch deutlicher zu kommunizieren.

Mit klugen und weitsichtigen Strategien kann sich die Gesundheitswirtschaft als Motor für die gesamte Region entwickeln und somit den Standort Berlin-Brandenburg für die Zukunft dauerhaft lebenswert und wettbewerbsfähig machen. In diesem Sinne möchte diese Untersuchung einen Baustein liefern und zur nachhaltigen Fachkräftesicherung in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg beitragen.

Wir wünschen allen Lesern eine interessante Lektüre und bereichernde Diskussionen.



Dr. Marion Haß  
IHK Berlin  
Geschäftsführerin Innovation  
und Umwelt



Prof. Dr. Günter H. Schulz  
Hochschule Lausitz (FH)  
Präsident



Kurt Roßmann AGUS  
Akademie für  
Gesundheits- und  
Sozialberufe gGmbH



# 1 Einleitung

Mit der wachsenden wirtschafts- und beschäftigungsstrukturellen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ist das Bedürfnis gestiegen, die Potenziale dieser Branche für regionales Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum zu nutzen und deren Realisierung zu unterstützen. Waren doch die Gesundheitsdienstberufe in den vergangenen zehn Jahren der einzige Bereich, in dem auch in Phasen, in denen in Deutschland insgesamt Beschäftigungsrückgang vorherrschend war, ein Zuwachs der Beschäftigtenzahlen verzeichnet werden konnte. In Berlin und in Brandenburg zeichnet sich die Gesundheitswirtschaft ebenfalls seit Jahren durch ein überdurchschnittliches Wachstum aus. Auch künftig ist - trotz des Bevölkerungsrückgangs - ein weiterer Beschäftigungsaufbau in der Gesundheitswirtschaft wahrscheinlich. Mehrere Entwicklungstendenzen lassen eine Zunahme der Leistungen dieses personalintensiven Wirtschaftszweiges erwarten. So ist eine deutliche Tendenz zu gesundheitsbewussteren Verhaltensweisen in der Bevölkerung festzustellen, mit denen eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität und des individuellen Gesundheitsempfindens angestrebt wird. Der wachsende Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung ist mit der Notwendigkeit der Aufwertung und der entsprechenden Bereitstellung von Pflegeleistungen verbunden. Fortschritte in der Forschung und Entwicklung werden auch künftig das Spektrum möglicher Gesundheitsdienste ständig erweitern. Die in der Berlin-Brandenburger Region vorhandene breit gefächerte, von der Hochleistungsmedizin über Pharma- und Medizintechnik bis zu Medical Wellness reichende Basis der Gesundheitswirtschaft bietet günstige Voraussetzungen, solche Entwicklungstendenzen beschäftigungswirksam umzusetzen.

Inwieweit dieses Beschäftigungspotenzial in der Region ausgeschöpft wird, hängt entscheidend von der Verfügbarkeit bedarfsgerecht qualifizierter Fachkräfte ab. Es lohnt sich daher, der Gesundheitswirtschaft auch unter beschäftigungspolitischen Aspekten besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Um gestaltend auf die sich abzeichnenden Herausforderungen in der Fachkräfteverfügbarkeit reagieren zu können - etwa mit innovativen Beschäftigungs- und Weiterbildungsmodellen, durch forcierte Zusammenarbeit mit Schulen und Universitäten sowie gezielten Werbemaßnahmen für Karrieremöglichkeiten in der Gesundheitswirtschaft - bedarf es differenzierter Informationen zur Arbeitsmarktstruktur und -lage der Branche in der Region. Es genügt nicht, allgemeine Entwicklungstrends der Gesundheitswirtschaft auf die Länderebene, bspw. ihrem Bevölkerungsanteil in Deutschland entsprechend, zu übertragen. Handlungsorientierte Analysen müssen u. a. klären, durch welche Besonderheiten sich die Berliner und die Brandenburger Entwicklungen auszeichnen, welche Unterschiede zu erkennen sind und welche funktionalen Abhängigkeiten zwischen den beiden Bundesländern im Bereich der Gesundheitswirtschaft bestehen. Dabei wird es immer wichtiger, frühzeitig - möglichst mit mehrjährigem Vorlauf - zu erkennen, in welchen Branchensegmenten und Berufen Personalbedarfe zu erwarten sind.

Ein zentraler Bestandteil der hierauf gerichteten Aktivitäten, die sich gegenwärtig in der Region herausbilden, ist das vom Gesundheitsnetzwerk HealthCapital gestartete Fachkräftemonitoring der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Damit soll der Fachkräftebedarf vertieft und verstetigt analysiert werden. Es bietet Unternehmen und weiteren Akteuren der Gesundheitswirtschaft, die die Verfügbarkeit von Fachkräften beeinflussen können, eine solide Informationsbasis und trägt dazu bei, das Instrumentarium arbeitspolitischer Maßnahmen weiter zu schärfen.

Ausgangspunkt des Fachkräftemonitorings der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ist die Analyse der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktstrukturen dieses Wirtschaftssektors unter Nutzung vorhandener Statistiken. In der Analyse können sowohl seit Jahren bestehende Entwicklungstendenzen als auch aktuelle Konstellationen von Fachkräftenachfrage und Fachkräfteangebot sichtbar gemacht werden. Aufbauend auf dieser Kenntnis kann abgeschätzt werden, welche Herausforderungen und Entwicklungsoptionen sich in der Fachkräfteverfügbarkeit für die nächsten Jahre abzeichnen.



Zur Sicherung der Praxisrelevanz und des angestrebten Orientierungsnutzens der Strukturanalysen ist deren Kombination mit den Erfahrungen und Sichtweisen der Unternehmen unerlässlich. Insbesondere die Frage nach den konkreten Auswirkungen branchenspezifischer Entwicklungen auf die Strategien der Betriebe zur Bewältigung der personalpolitischen Herausforderungen lässt sich nur im Dialog mit Branchenakteuren – Leitern und Personalverantwortlichen von Betrieben und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft – klären. Für die vorliegende Analyse wurde eine breit angelegte Befragung von annähernd 500 Betrieben der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft durchgeführt.

In einem dritten Schritt wurden die erarbeiteten Ergebnisse einer breiteren Fachöffentlichkeit präsentiert und mit dieser diskutiert. Beteiligt waren sowohl Leiter und Beschäftigte von Betrieben der Gesundheitswirtschaft als auch arbeitsmarktpolitisch und wirtschaftspolitisch Verantwortliche. Denn Einfluss auf die Fachkräfteverfügbarkeit haben die Ergebnisse des Fachkräftemonitorings der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft vor allem dann, wenn es gelingt, all diejenigen in praktische Maßnahmen einzubeziehen, die aktiv zur Gewinnung und Entwicklung von Fachkräften für die Gesundheitswirtschaft beitragen können.

Die vorliegende Expertise gibt einen Überblick über die Ergebnisse der im Jahr 2008/2009 durchgeführten Fachkräftebedarfsanalyse der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Ihr liegt zwar ein Verständnis der Gesundheitswirtschaft zu Grunde, das neben der Gesundheitsversorgung und Pflege ebenfalls vor- und nachgelagerte Bereiche einbezieht. Praktische Erfahrungen der Einführung regionaler Fachkräftemonitoringverfahren in anderen Wirtschaftszweigen legen aber nahe, die Etablierung des Verfahrens nicht durch den Anspruch einer von Beginn an vollständigen Erfassung aller Teilbereiche zu erschweren. Die vorliegende Untersuchung ist daher zunächst auf den Kernbereich und auf einige Branchen aus dem Vorleister- und Zulieferbereich sowie auf einige administrative Bereiche der Gesundheitswirtschaft gerichtet. Neben dem Gesundheits- und Sozialwesen werden entsprechend ihrer Bedeutung in der Region die Pharmaindustrie und Biotechnologie, die medizintechnische Produktion, die medizinische Forschung und Entwicklung/Beratung sowie die Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens in den Blick genommen. Vorläufig ausgeblendet bleiben dagegen in dieser Phase des Aufbaus des Fachkräftemonitorings u. a. Entwicklungen der ebenfalls zur Gesundheitswirtschaft gehörenden Segmente des Groß- und Einzelhandels (bspw. Apotheken), von Sport, Freizeit und Wellness sowie des Gesundheitstourismus. Deren datenmäßige Abgrenzung ist zum Teil sehr aufwändig bzw. noch nicht genügend geklärt.

Im Fokus der Ergebnispräsentation steht die Frage, welche Maßnahmen und Strategien der Fachkräftegewinnung und -entwicklung sich aus den branchen- und berufsspezifischen Strukturinformationen zur Gesundheitswirtschaft sowie den Ergebnissen der Betriebsbefragung ableiten lassen. Der Bericht ist nicht als abschließende Bestandsaufnahme angelegt, sondern soll einen längerfristigen Diskussionsprozess anregen und inhaltlich unterstützen.

Unser besonderer Dank gilt der IHK Berlin, der Regionaldirektion Berlin Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit, der IHK Potsdam, BioTop Berlin-Brandenburg, der Zukunftsagentur Brandenburg (ZAB), Berlin Partner und der Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH (gsub), die als Projektpartner das Fachkräftemonitoring der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft unterstützt und damit erst ermöglicht haben. Bedanken möchten wir uns auch bei den beteiligten Unternehmen und Einrichtungen, die sich die Zeit genommen haben, in persönlichen und telefonischen Interviews die betriebliche Fachkräftesituation darzustellen und ihre Sicht der Dinge auf aktuelle und zukünftige Entwicklungen zu erläutern. Erst durch die Einschätzung der Branchenakteure lässt sich abwägen, in welchen Feldern der Fachkräftesicherung sich Handlungsbedarf abzeichnet und wie Maßnahmen der Arbeitspolitik angelegt sein müssen, um das betriebliche Personalmanagement effektiv zu unterstützen.

## 2 Entwicklungsdynamik der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich

In der vorliegenden Untersuchung wird die Gesundheitswirtschaft der Länder Berlin und Brandenburg als gemeinsame Gesundheitsregion im Sinne der hierzu getroffenen Vereinbarungen beider Länder verstanden, „Berlin-Brandenburg an der Spitze der Gesundheitsregionen in unserem Land zu etablieren und auf die Höhe internationaler Zentren zu führen.“ (<http://www.healthcapital.de>) Die Regierungen beider Länder haben im November 2007 einen hierauf gerichteten Masterplan verabschiedet. Mit dem Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg soll ein strategisches Feld gezielt ausgebaut werden: „Wir wollen unseren Bürgern eine erstklassige Versorgung in der Region bieten, in Stadt und Flächenstaat, und Menschen außerhalb unserer Länder Heilung und Erholung ermöglichen. Zugleich tragen wir unser Wissen und unsere Produkte und Dienstleistungen in die Welt. Unsere Region wird so als Wissenschafts-, Ausbildungs- und Wirtschaftsstandort für Gesundheit zum Markenzeichen.“ (<http://www.healthcapital.de>)

Diese Zielsetzung bezieht ausdrücklich die gesamte Gesundheitswirtschaft der Region ein und ist nicht nur auf Teilbereiche wie das Gesundheitswesen, die Gesundheitspolitik oder medizinische Forschung beschränkt. Um klären zu können, wie erfolgreich Berlin-Brandenburg bei der Umsetzung des Masterplans Gesundheitsregion ist, ist es zunächst notwendig, zentrale Dimensionen einer Gesundheitsregion zu definieren. Darauf aufbauend lassen sich durch einen Vergleich mit anderen Regionen der Entwicklungsstand und die Entwicklungsoptionen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft herausarbeiten.

### 2.1 Kriterien einer Gesundheitsregion

Der Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg nennt folgende Kriterien für die Einstufung einer Region als Gesundheitsregion (ebenda):

- Das Volumen bzw. der Anteil der Gesundheitswirtschaft muss groß genug sein, um die wirtschaftliche Entwicklung insgesamt in der Region zu beeinflussen (Basiswirtschaftszweig).
- Ein breites Branchenspektrum der Gesundheitswirtschaft muss weitgehend vorhanden sein; Teilbereiche allein reichen nicht aus.
- Das Innovationspotenzial der Gesundheitswirtschaft sollte so groß sein, dass von ihr nachhaltige Schübe für Entwicklung der Region ausgehen können (Lokomotivfunktion).
- Es sollten in der Region vernetzte Strukturen der Gesundheitswirtschaft bestehen oder im Entstehen sein.
- Es sollten Wertschöpfungsketten in der Gesundheitswirtschaft der Region entwickelt sein.
- Die Gesundheitswirtschaft sollte in der Region als ein prioritäres Entwicklungsziel verankert sein.

Noch höher sind die Ansprüche, wenn eine Region als führende Gesundheitsregion eingestuft werden soll. Folgende Kriterien können hierfür herangezogen werden:

- Spitzenleistungen in der gesundheitsrelevanten Forschung und Entwicklung,
- hohe Innovationsdynamik in der Gesundheitswirtschaft,
- Vielfalt der Branchen der Gesundheitswirtschaft,
- breites Spektrum der Fachkräfteausbildung für die Gesundheitswirtschaft,

- Kommunikationsstärke gegenüber:
  - Verbrauchern/Nutzern außerhalb der Region (Anziehungskraft),
  - Politik, insbesondere in den Bereichen Gesundheit und Wirtschaft (Beteiligung am Diskurs zu Gesundheitspolitik und -wirtschaft).

Wie Berlin-Brandenburg haben zahlreiche Regionen – einzelne Kommunen und Bundesländer – in den letzten Jahren mit gezielten Initiativen begonnen, ihr Gesundheitswesen zu einer „Gesundheitsbranche“ umzubauen und entsprechend zu kommunizieren. Als eine dieser Initiativen kann bspw. der BMBF-Wettbewerb "Gesundheitsregionen der Zukunft" genannt werden. Mit Oranienburg gehört eine Region aus Berlin-Brandenburg zu den zwei Gewinnern des Wettbewerbs (Vorhaben „Verbesserung der Betreuungsqualität für Herz-Kreislaufkrankungen im strukturschwachen ländlichen Raum durch sektorenübergreifenden Einsatz moderner Informationstechnologien und biomarkerbasierter Diagnostik-/Therapiesteuerung am Beispiel Nordbrandenburgs“) (TSB Berlin 2009). Das Beispiel verdeutlicht, dass auch periphere Regionen durchaus die Möglichkeit haben, eine hohe Innovationsdynamik innerhalb der Gesundheitswirtschaft zu realisieren und sich damit als eine führende Gesundheitsregion zu etablieren. Inwieweit das in Berlin-Brandenburg bereits heute in der Breite der Fall ist, lässt sich nicht beantworten. Die Entwicklungen in Oranienburg verweisen aber mindestens auf erste Erfolge auf dem Weg zur Gesundheitsregion.

Der Stellenwert der Gesundheitswirtschaft für die Berlin-Brandenburger Region sowie die überregionale Bedeutung der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft macht sich auch an der Ausstattung der Region mit Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen fest. In dieser Hinsicht gehört Berlin-Brandenburg bereits heute „zu den führenden Gesundheitsregionen Europas. Besondere Stärken liegen in der exzellenten Grundlagenforschung, hervorragenden klinischen Einrichtungen und – was uns besonders auszeichnet – der Präsenz von mehreren Pharmakonzernen, die hier auch aktiv Forschung und Entwicklung betreiben. Die regional vorhandene Wertschöpfungskette in Gänze gibt es in der Bundesrepublik sonst nirgendwo und auch international nur an wenigen Orten“ (vgl. HealthCapital 2008). Mit ihrer Dichte an exzellenten Forschungseinrichtungen und Hochschulen nimmt die Region Berlin-Brandenburg eine führende Stellung innerhalb Europas ein: „Die öffentlichen Hochschulen in Berlin und Brandenburg boten im Jahr 2009 insgesamt 137 Studiengänge mit mehr oder weniger engem Gesundheitsbezug an: 21 der insgesamt 27 Hochschulen, davon 13 (von 16) in Berlin und acht (von elf) in Brandenburg, haben mindestens einen solchen Studiengang im Programm.“ (vgl. HealthCapital 2009) Dazu kommen ca. 35.000 Auszubildende in rund 60 Gesundheitsberufen (vgl. HealthCapital 2009). Dies schafft hervorragende Bedingungen für wirtschaftliches Wachstum in allen Life Science getriebenen Industrien – ob Pharma, Biotechnologie oder Medizintechnik. Davon zeugen unter anderem zahlreiche erfolgreiche Ausgründungen aus den regionalen Hochschulen und Forschungsinstituten.

Zu den Bundesländern bzw. Regionen, die mit deutlich erkennbarem Engagement auf die Gesundheitswirtschaft setzen, werden insbesondere Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen gezählt. In einer Expertise des IGES Institutes für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit des Landes Brandenburg, in der u. a. Initiativen einzelner Bundesländer zur Profilierung als Gesundheitsregion miteinander verglichen und bewertet wurden, kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis: „Schon aufgrund der Breite der Zielsetzungen zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Ziele und Schwerpunkte in den verschiedenen Ländern. Dies geht nicht nur auf Kosten eines klaren gesundheitswirtschaftlichen Profils (am deutlichsten ist ein klares Profil noch in Mecklenburg-Vorpommern formuliert); insbesondere im Bereich der Ansiedlung von Unternehmen der Biotechnologie und Medizintechnik sowie des Gesundheitstourismus treten die Bundesländer in eine unmittelbare Standortkonkurrenz zueinander.“ (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg 2006)

Diese Einschätzungen machen deutlich, dass Aktivitäten zur Profilierung einer Region als Gesundheitsregion inzwischen eher die Regel als die Ausnahme in Deutschland darstellen – neun von 16 Bundesländern engagieren sich auf diesem Gebiet – und dass es daher besonderer Anstrengungen der einzelnen Regionen bedarf, sich als Gesundheitsregion zu profilieren und überregionale Ausstrahlung zu erzeugen.

Wie erfolgreich sind die bisherigen Aktivitäten der Region Berlin-Brandenburg auf dem „Weg an die Spitze der Gesundheitsregionen“? Wie ist die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg im Vergleich zu jener in anderen Regionen Deutschland einzuschätzen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg mit jener in anderen Bereichen der Wirtschaft innerhalb der Region wie auch mit den Gesundheitswirtschaften in anderen Regionen verglichen. Durch diese Vergleiche wollen wir die Erkenntnisse zu den regionalspezifischen Besonderheiten erweitern und die Informationsbasis für die wirksame Ausschöpfung von Beschäftigungspotenzialen der Gesundheitswirtschaft stärken.

## 2.2 Vergleich der Bruttowertschöpfung

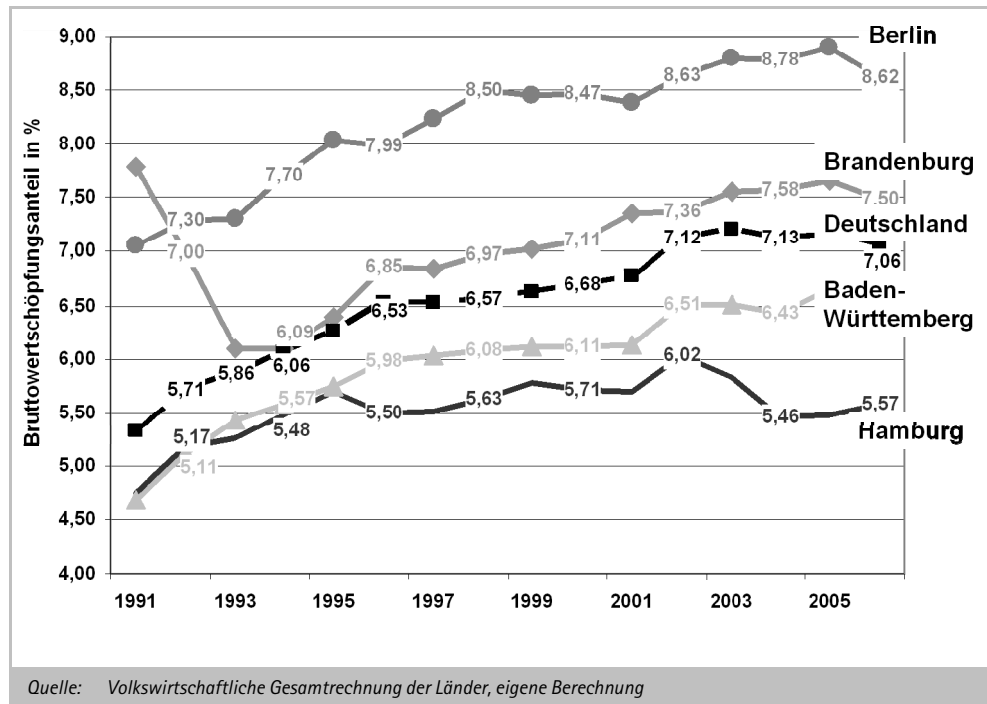
In der Öffentlichkeit wird die Gesundheitswirtschaft als Folge der immer wieder große Aufmerksamkeit erlangenden Diskussionen um Krankenkassenbeiträge primär als Kostenfaktor wahrgenommen. Bei dieser Sichtweise bleiben die hohe Wertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die Zugehörigkeit solcher innovativen und produktiven Bereiche zur Gesundheitswirtschaft unberücksichtigt wie Biotechnologie, Forschung und Entwicklung medizinischer Produkte und Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen.

Allein die Bruttowertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens<sup>1</sup> betrug im Jahr 2006 in Berlin 6.345 Millionen EUR und in Brandenburg 3.440 Millionen EUR. Dies sind 8,5 Prozent bzw. 7,5 Prozent der Bruttowertschöpfung beider Länder.

Im Vergleich mit den Bruttowertschöpfungsanteilen des Gesundheits- und Sozialwesens Deutschlands insgesamt und ausgewählter Bundesländer (hier Baden-Württemberg als Flächenland und dem Stadtstaat Hamburg) wird deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft sowohl in Berlin als auch in Brandenburg überdurchschnittliche Bedeutung für die wirtschaftliche Gesamtsituation hat (vgl. Abbildung 1). Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik, die die Stärken der Region durch Clusterstrategien bzw. Förderung zentraler Wirtschaftsbereiche weiterentwickeln will, wird daher nicht umhin kommen, die Gesundheitswirtschaft als ein zentrales Handlungsfeld einzuordnen.

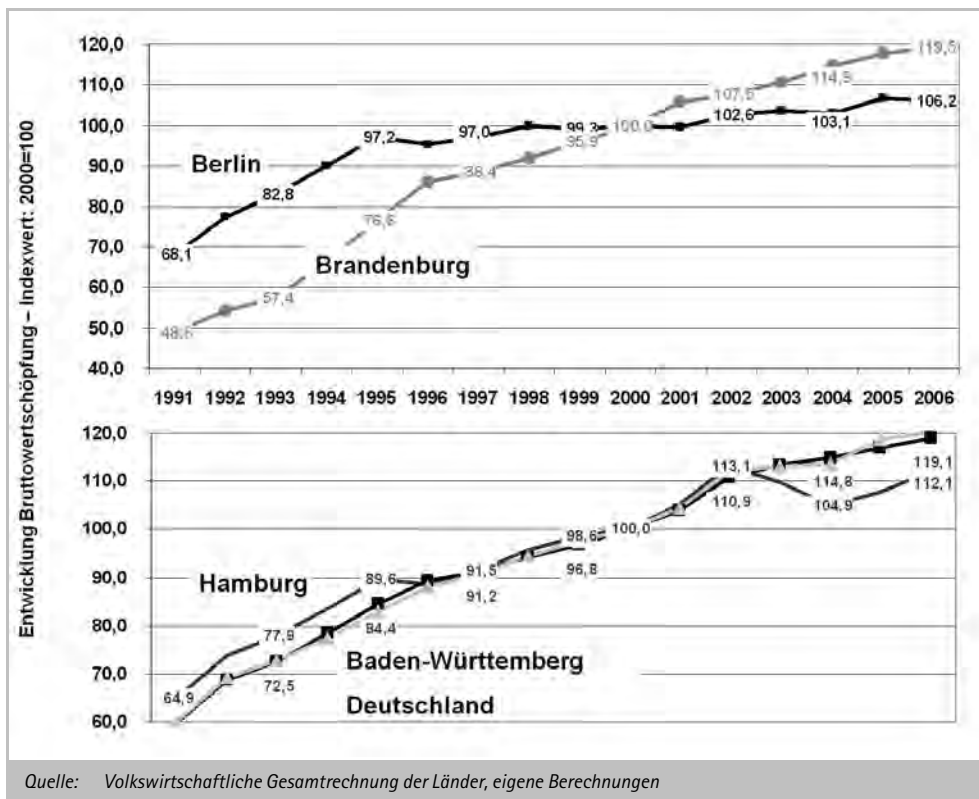
<sup>1</sup> Die Angaben zum Gesundheits- und Sozialwesen beziehen sich auf die Wirtschaftsabteilung 85 der Klassifizierung der Wirtschaftszweige in der Version von 2003 (WZ 03). Dieser Wirtschaftsabteilung sind u. a. Krankenhäuser und Arztpraxen sowie Einrichtungen der Sozial-, Jugend- und Altenpflege zugeordnet.

Abbildung 1: Anteil des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens an der Bruttowertschöpfung der Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg und Hamburg sowie Deutschlands 1991-2005



Differenzierter stellt sich die Situation hinsichtlich des Wachstumstempos dar. Ein Vergleich mit ausgewählten Bundesländern zeigt ein überdurchschnittliches Wachstum der Brandenburger Gesundheitswirtschaft (vgl. Abbildung 2). Die in diesem Bereich erzielte Bruttowertschöpfung ist seit 1991 von Jahr zu Jahr deutlich gestiegen. Das Wachstum der Bruttowertschöpfung liegt seit 2003 leicht über dem Bundesdurchschnitt und nur unerheblich unter den Zuwachsraten Baden-Württembergs. Berlin schneidet bei diesem Vergleich jedoch nicht so günstig ab. Nach einer Stagnationsphase zwischen 1998 und 2001 ist zwar auch in der Berliner Gesundheitswirtschaft ein Wachstum der Bruttowertschöpfung zu registrieren, dieses bleibt aber deutlich hinter der in Deutschland insgesamt und in den Vergleichsbundesländern erreichten Entwicklung zurück.

Abbildung 2: Entwicklung der Bruttowertschöpfung im Vergleich – Indexwert: 2000=100



Das in den letzten Jahren verzeichnete Wachstum der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft wird sich voraussichtlich auch künftig fortsetzen. Ranscht/Ostwald (2008) gehen davon aus, dass die Bruttowertschöpfung in Berlin-Brandenburg zwischen 2007 und 2030 um 45 Prozent zunehmen wird. Für Berlin prognostizieren sie ein Wachstum von 46 Prozent und für Brandenburg von 42 Prozent.

Sowohl der Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens an der Bruttowertschöpfung Berlins und Brandenburgs als auch dessen Entwicklungsdynamik sprechen dafür, dass sich die Gesundheitswirtschaft in der Region Berlin-Brandenburg zu einem Basiswirtschaftszweig entwickelt hat.<sup>2</sup> Gestützt wird diese Entwicklung durch die breit ausgebaute Forschungslandschaft und Ausbildungsstruktur in der Region in für die Gesundheitswirtschaft wichtigen Bereichen. Die überdurchschnittlich hohe wirtschaftliche Relevanz des Gesundheits- und Sozialwesens in Berlin und Brandenburg spiegelt sich in der herausragenden arbeitspolitischen Bedeutung der Branche wider.

<sup>2</sup> Der hohe Stellenwert, den die Gesundheitswirtschaft für die Region Berlin-Brandenburg hat, wird auch an dem durch Ranscht durchgeführten Metropolregionen-Vergleich deutlich (Ranscht 2009). Sowohl bei der Bruttowertschöpfung als auch bei den Erwerbspersonenzahlen schneidet Berlin wesentlich besser als die drei Vergleichsregionen ab (Ranscht 2009, S. 206, 207). Berlin-Brandenburg ist die einzige Metropolregion, die beim Standortfaktor Bruttowertschöpfung zwischen 1996 und 2005 durchgängig positive Kennzahlen aufweist. Im Bereich Erwerbspersonen liegen die Berlin-Brandenburger Werte seit 2001 um etwa 0,4 Prozentpunkte über den Werten der Vergleichsregionen. Ranscht resümiert, dass die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft einen relevanten Anteil an der Deutschen Gesundheitswirtschaft hat. Im Hinblick auf ihre regionale Bedeutung nimmt die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft einen Spitzenplatz ein.

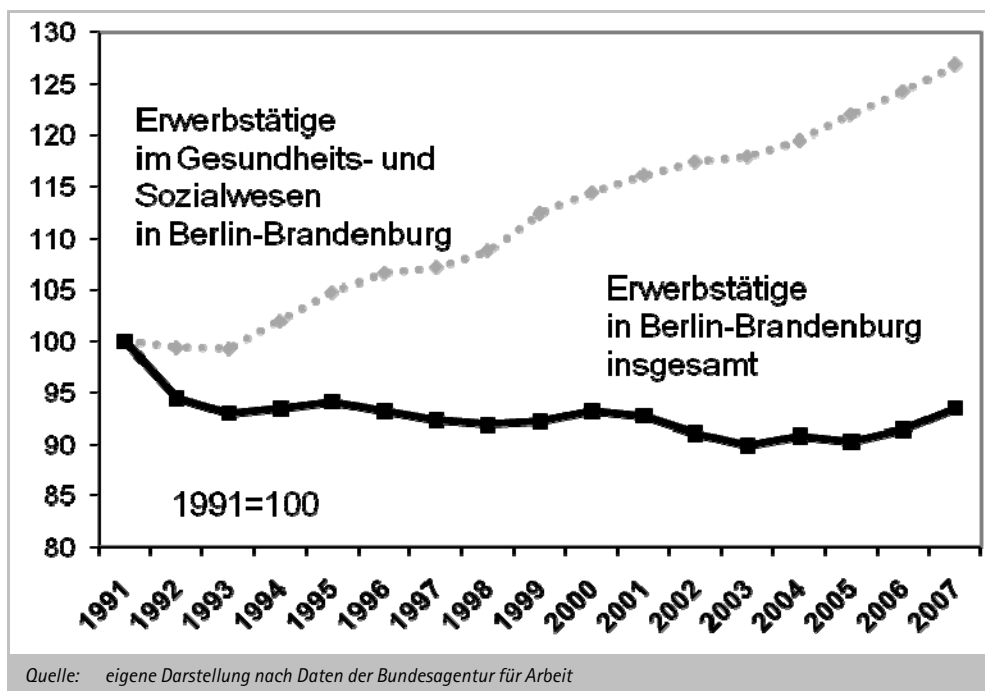
## 2.3 Beschäftigungswirkungen im regionalen Vergleich

Ein besonders wichtiger Gradmesser für den Stellenwert der Gesundheitswirtschaft in der Region sind dessen Beschäftigungswirkungen. Die Arbeitsmarktstrukturanalyse zeigt, dass sich die Beschäftigungsentwicklung innerhalb der Region, im Vergleich mit der bundesdeutschen Ausgangslage und innerhalb der Branche differenziert darstellt.

### 2.3.1 Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg deutlich positiver als in anderen Wirtschaftsbereichen der Region

In Berlin-Brandenburg hat sich in der Gesundheitswirtschaft die Beschäftigung deutlich besser als in den übrigen Wirtschaftsbereichen der Region entwickelt. Während viele Branchen der Wirtschaft in den vergangenen Jahren Arbeitsplätze abbauen mussten, entstanden in der Gesundheitswirtschaft zahlreiche neue Beschäftigungsmöglichkeiten. Allein im Gesundheits- und Sozialwesen, dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, ist die Zahl der Arbeitsplätze im Zeitraum von 1991 bis 2007 um rund 27 Prozent auf mehr als 300.000 Personen gestiegen. In der Wirtschaft insgesamt ist dagegen die Zahl der Arbeitsplätze im gleichen Zeitraum um insgesamt rund acht Prozent geschrumpft (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Erwerbstätigen insgesamt in Berlin-Brandenburg (Indexwert: 1991=100)



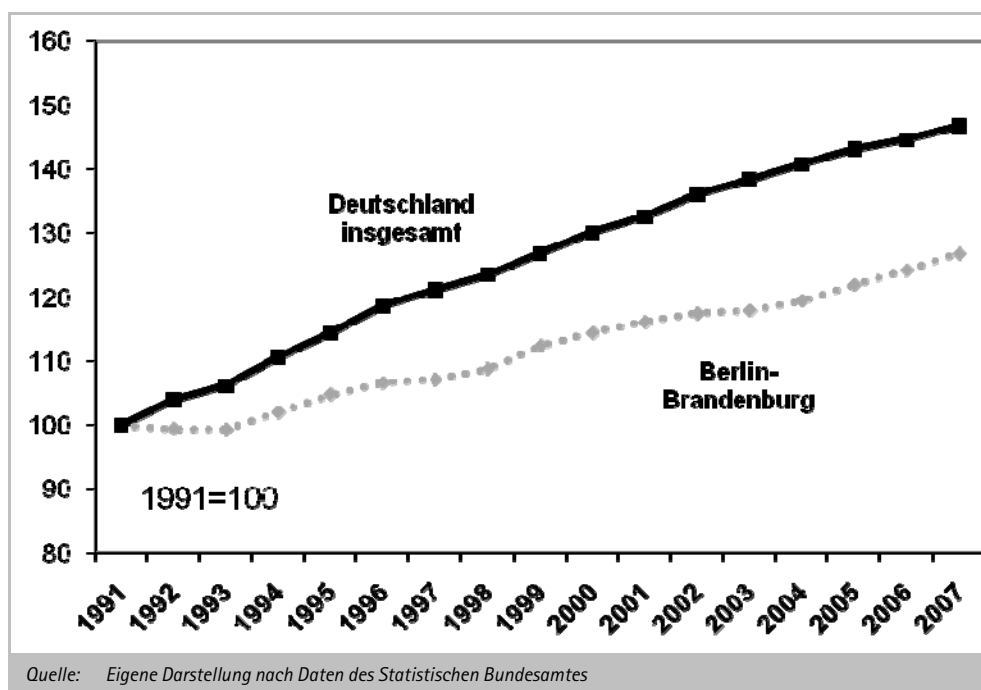
Im Ergebnis der positiven Beschäftigungsentwicklung des regionalen Gesundheits- und Sozialwesens hat sich der Anteil der Erwerbstätigen dieses Wirtschaftsbereichs an allen Erwerbstätigen in Berlin-Brandenburg von ehemals 8,3 Prozent auf 11,5 Prozent im Jahr 2007 erhöht. Unter Berücksichtigung weiterer Bereiche, wie z. B. der Herstellung von Medizinprodukten, entfallen auf die Gesundheitswirtschaft mittlerweile 14 Prozent aller Erwerbstätigen in Berlin-Brandenburg. Damit arbeiten insgesamt rund 350.000 Menschen in diesem Bereich, das ist jeder siebte Beschäftigte in der Region. Die Gesundheitswirtschaft hat sich damit zu einem der wichtigsten Beschäftigungsmotoren der

Region entwickelt und rangiert – gemessen an der Zahl der Arbeitsplätze – weit vor anderen Bereichen der Wirtschaft. Der Vergleich mit Deutschland legt jedoch die Vermutung nahe, dass in der Vergangenheit nicht alle Entwicklungsspielräume in vollem Umfang genutzt werden konnten.

### 2.3.2 Beschäftigungsentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg weniger dynamisch als in anderen Regionen Deutschlands

Wie die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen, hat in den letzten Jahren die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen in allen Bundesländern deutlich zugenommen. Das enorme Beschäftigungswachstum in der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg ist somit keine Sondersituation, sondern auch in anderen Bundesländern zu beobachten. Im Durchschnitt aller Bundesländer betrug der Beschäftigungszuwachs gegenüber 1991 rund 49 Prozent. Berlin-Brandenburg bleibt mit 27 Prozent Zuwachs deutlich unter der bundesweiten Beschäftigungsentwicklung (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen im regionalen Vergleich



Zu den Bundesländern, in denen die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen am stärksten gestiegen ist, gehören Rheinland-Pfalz (64 Prozent), Bayern (58 Prozent), Niedersachsen (56 Prozent), Schleswig-Holstein (56 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (52 Prozent). Mit 27 Prozent liegt Berlin-Brandenburg an vorletzter Stelle. Lediglich in Thüringen fielen die Zuwächse mit 22 Prozent geringer aus als in Berlin-Brandenburg.

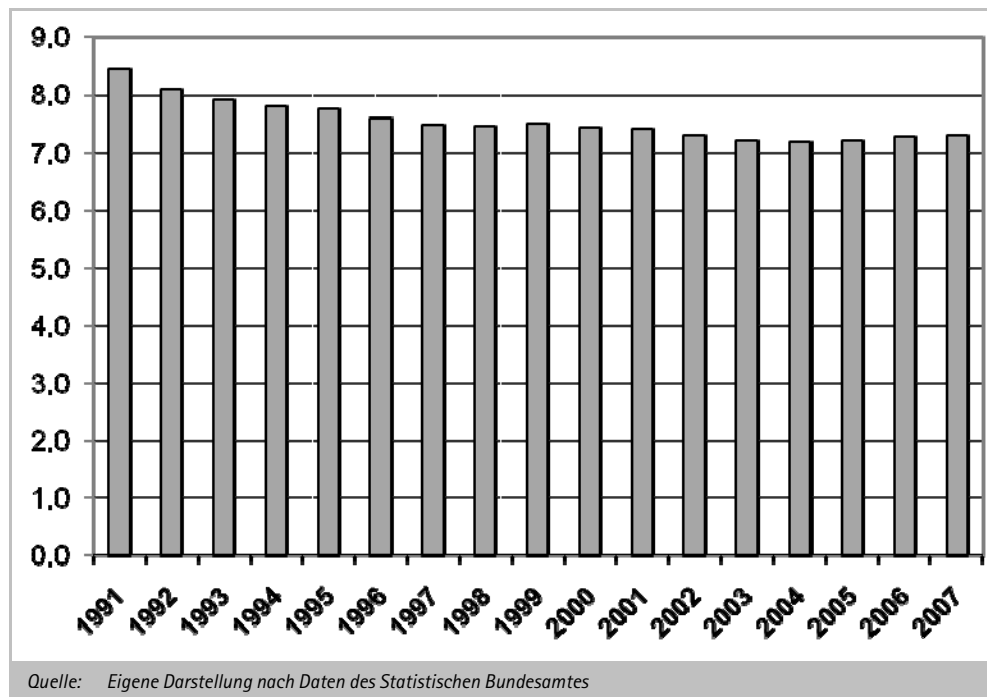
Bei der Interpretation dieser Zahlen ist freilich das unterschiedliche Ausgangsniveau der einzelnen Bundesländer zu berücksichtigen. In den 90er Jahren wurden insbesondere in Berlin durch weitreichende Strukturveränderungen die vor der Wiedervereinigung entstandenen Überkapazitäten im Bereich der Krankenhausversorgung abgebaut. Durch die Entwicklungsbesonderheiten beider Stadtteile war Berlin



nach der Wiedervereinigung das Bundesland mit den einwohnerbezogen größten Krankenhauskapazitäten, den längsten Verweildauern und den höchsten Fallkosten im Krankenhaus. Die Strukturveränderungen haben in den meisten Bereichen zu einer Anpassung an den Bundesdurchschnitt geführt. Seit 2003 verfügt Berlin mit 5,5 Betten pro 1.000 Einwohner bundesweit über die geringste vollstationäre Bettendichte und liegt die Verweildauer heute im Bundesdurchschnitt (ca. 8,7 Tage pro Fall). Im Vergleich zu den anderen Bundesländern verzeichnet Berlin allerdings weiterhin überdurchschnittlich hohe Fallkosten. Obwohl seit 1995 die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall in Berlin sinken und sich damit kontinuierlich dem Bundesdurchschnitt annähern, liegen diese nach wie vor höher als in anderen Bundesländern. Dies kann u. a. auf die Budgetstrukturen der Vergangenheit zurückgeführt werden, ist aber auch verursacht durch die Vorhaltung der Universitätsmedizin für Brandenburg in Berlin.

Wenngleich die Beschäftigungszuwächse in der Region nicht ganz so stark ausfielen wie in anderen Bundesländern, so ist der Anteil Berlin-Brandenburgs an allen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland überdurchschnittlich hoch. Mit 7,3 Prozent ist er höher als der Anteil Berlin-Brandenburgs an allen Erwerbstätigen in Deutschland (6,6 Prozent). Infolge der unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Zuwächse ist der Anteil Berlin-Brandenburgs an allen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen Deutschlands allerdings gesunken (von 8,5 Prozent im Jahr 1991). Wie der Blick auf die jüngste Entwicklung zeigt, konnte die Region ihren Anteil an allen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland Anfang der 2000er Jahre stabilisieren und seit 2006 sogar wieder leicht steigern (vgl. Abbildung 5).

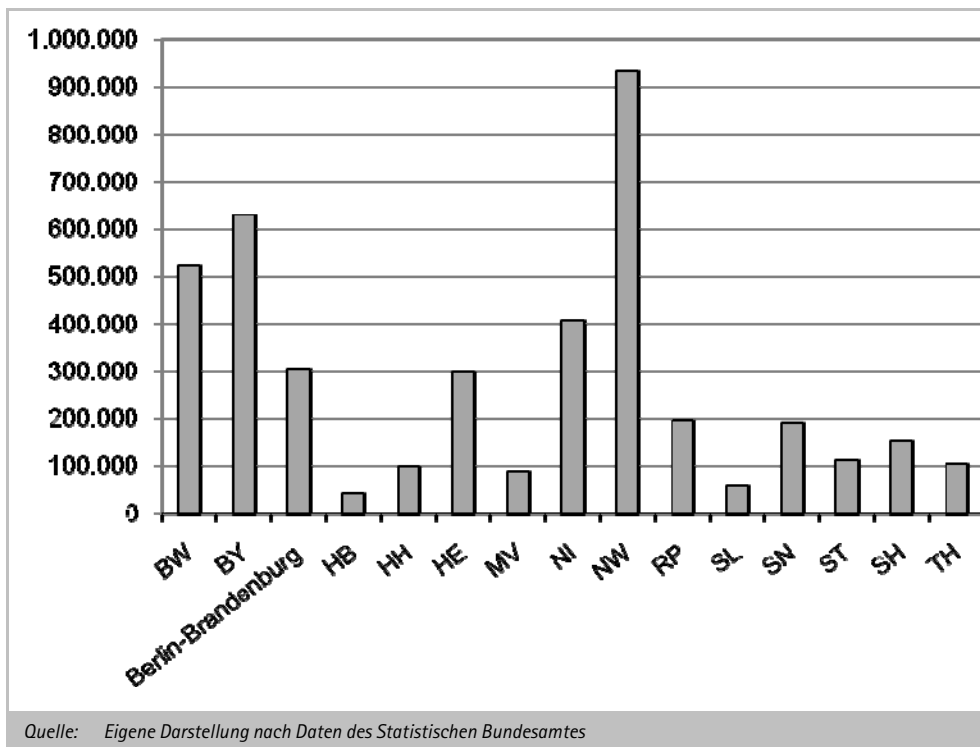
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der Region Berlin-Brandenburg an allen Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland (in Prozent)



Hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens liegt Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Land mit über 900.000 Erwerbstätigen erwartungsgemäß auf dem ersten Rang. Berlin rangiert auf dem achten, Brandenburg auf dem 11. Platz. Als gemeinsame Region rückt Berlin-Brandenburg mit insgesamt rund 300.000 Erwerbstätigen auf den fünften Rang vor. Damit liegt

Berlin-Brandenburg zwar im oberen Drittel aller Bundesländer, bleibt aber auch dann noch deutlich hinter bevölkerungsreichen Bundesländern, wie z.B. Nordrhein-Westfalen oder Bayern, zurück (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen im regionalen Vergleich (2007)



Neben den Unterschieden im regionalen Vergleich lassen sich außerdem branchenspezifische Besonderheiten der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ausmachen.

### 2.3.3 Bedeutung des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg höher als in anderen Regionen Deutschlands

Das Gesundheits- und Sozialwesen hat innerhalb der Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburgs ein stärkeres Gewicht als in anderen Bundesländern. Dies wird durch den Anteil des Kernbereichs sowohl an den Beschäftigten als auch am Umsatz der Gesundheitswirtschaft belegt. In einer von HealthCapital in Auftrag gegebenen Studie für Berlin-Brandenburg heißt es hierzu: „Die Wirtschaftsstruktur in der Region Berlin-Brandenburg ist durch einen im Vergleich zu Deutschland überdurchschnittlichen Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens, des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft, gekennzeichnet. Im Jahr 2007 wurden in diesem Bereich in der Region mehr als 67,7 Prozent der Bruttowertschöpfung der gesamten Gesundheitswirtschaft erwirtschaftet (und) waren in der Region 78,3 Prozent der Erwerbstätigen in diesem Wirtschaftsbereich beschäftigt.“ (Ranscht/ Ostwald 2007) Demgegenüber sind – am Umsatz und an der Beschäftigung gemessen – einzelne Bereiche der Gesundheitswirtschaft außerhalb des Kernbereichs, wie die Medizintechnik oder der Handel mit medizinischen Produkten, in Berlin-Brandenburg weniger stark als in anderen Regionen präsent.

Untersuchungen zur bisherigen Entwicklung in einzelnen Bereichen der Gesundheitswirtschaft kommen zum Ergebnis, dass in gerade den weniger beschäftigungsintensiven Vorleistungs- und Randbereichen die größte Dynamik – gemessen an den Wachstumsraten der Beschäftigung – innerhalb der Gesundheitswirtschaft vorzufinden ist. Sie folgern, dass diejenigen Gesundheitsregionen, welche in diesen Bereichen Schwerpunkte setzen, von der positiven Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in besonderem Maße profitieren können. Im Bereich der Herstellung von Medizintechnik, als einem Teilbereich der Gesundheitswirtschaft, ist die Zahl der Beschäftigten von 1997 bis 2004 allein in Berlin um bemerkenswerte 65 Prozent gestiegen. Mit rund 6.000 Beschäftigten ist dieser Bereich der Gesundheitswirtschaft allerdings um ein Vielfaches kleiner und fallen die tatsächlichen Beschäftigungseffekte somit deutlich geringer aus als etwa im Krankenhausbereich, in dem in Berlin im selben Jahr rund 40.000 Personen tätig waren.

## 2.4 Zwischenfazit:

Erstens: Wenn von Gesundheitswirtschaft die Rede ist, dann ist in Berlin-Brandenburg – stärker als in anderen Regionen – vor allem das klassische Gesundheits- und Sozialwesen gemeint, da die Bedeutung von Randbereichen, wie z. B. die Herstellung von Medizintechnik, in Berlin-Brandenburg weniger (beschäftigungs-)gewichtig ist als in anderen Regionen Deutschlands.

Zweitens: Die Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg entwickelt sich zwar positiver als übrige Bereiche der Wirtschaft, aber bislang nicht positiver als die Gesundheitswirtschaft in anderen Regionen.

Drittens: Berlin-Brandenburg ist anscheinend in stärkerem Maße von der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft abhängig, da letztere ein größeres Gewicht für die Gesamtwirtschaft aufweist als in anderen Regionen. Die relative Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für den Standort ist in Berlin-Brandenburg somit höher als in anderen Regionen.

Entsprechend der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Berlin-Brandenburger Wirtschaft und den regionalen Arbeitsmarkt ist zu klären, welche Rahmenbedingungen die Entwicklung der Branchen zukünftig prägen werden. Nur wenn die wesentlichen Entwicklungsdeterminanten bekannt sind und sich in ihrem Ausmaß abschätzen lassen, kann aktiv mit den sich abzeichnenden Herausforderungen der Fachkräftesicherung umgegangen werden. Aufgrund der direkten Einwirkung des demografischen Wandels, sowohl auf die Nachfrage nach Leistungen der Gesundheitswirtschaft (und damit auf deren Entwicklungsmöglichkeiten) als auch auf das Angebot an Fachkräften (und damit auf zentrale Herausforderungen der Branche), kommt der bevölkerungsstrukturellen Veränderung der nächsten Jahre eine herausragende Bedeutung für die zukünftige Gestalt der Gesundheitswirtschaft zu.

## 3 Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Der demografische Wandel schlägt sich in der Gesundheitswirtschaft auf drei Ebenen nieder. Kapitel 3.1 verdeutlicht, dass in einer alternden Gesellschaft der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen zunimmt. Gleichzeitig steigt der Anteil älterer Beschäftigter in den Betrieben, was die Unternehmen vor die Herausforderung stellt, altersgerechte Beschäftigungsformen und -verhältnisse in Anschlag zu bringen. Schließlich nimmt in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft das Angebot an Nachwuchskräften ab, wodurch die Fachkräftesicherung zu einem zunehmend bedeutsamen Wettbewerbsfaktor wird. Diese Entwicklungen kommen in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft zum Tragen, aber je nach Branchensegment in unterschiedlicher Ausprägung (vgl. Kap. 3.2). Variationen sind darüber hinaus bei der betrieblichen Ausgangssituation – etwa in Abhängigkeit von der jeweiligen Betriebsgröße – und in der betrieblichen Problemwahrnehmung zu beobachten (vgl. Kap. 3.3).

### 3.1 Demografischer Wandel – Hauptschubkraft der Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft

In der Gesundheitswirtschaft sind die Nachfrage nach Leistungen und der daraus resultierende Bedarf an Fachkräften deutlich weniger als in anderen Wirtschaftszweigen konjunkturellen Schwankungen unterworfen. Das relativ kontinuierliche, zeitweise sogar dem allgemeinen Beschäftigungstrend entgegen stehende Beschäftigungswachstum wie auch der wachsende Stellenwert der Gesundheitswirtschaft haben eine stabile, auch in die Zukunft fortwirkende Basis: die direkte Bindung an die demografische Entwicklung.

Die Gesundheitswirtschaft ist ein Wirtschaftszweig, dessen Leistungen zum weit überwiegenden Teil direkt und im übrigen mittelbar personenbezogen erfolgen. Die Nachfrage nach Leistungen – und in ihrer Folge der Fachkräftebedarf dieses Zweiges – sind durch den starken Personenbezug auf das Engste an die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung gebunden. Wirkungsverflechtungen zur demografischen Entwicklung ergeben sich außerdem aus der Tatsache, dass die Gesundheitswirtschaft ein personalintensiver Wirtschaftszweig ist. Ihre Leistungsfähigkeit ist aufgrund des hohen Stellenwertes des Faktors Arbeit in besonderem Maße von dem verfügbaren Erwerbspersonenpotenzial und dessen Veränderungen abhängig. Die Gesundheitswirtschaft ist von allen Wirtschaftszweigen am intensivsten mit der demografischen Entwicklung verwoben.

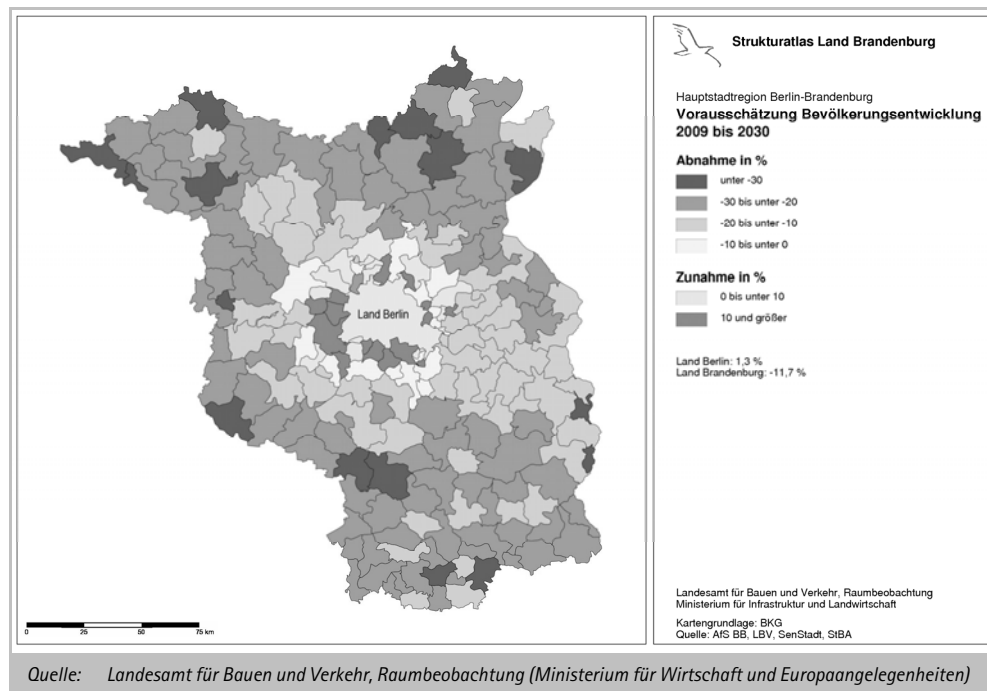
Die wichtigsten Trends der demografischen Entwicklung in Deutschland sind durch die Stetigkeit der Bevölkerungsentwicklung langfristig vorausschaubar. Bundesweit und regional liegen zum Teil Jahrzehnte erfassende, detaillierte Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung vor. Damit sind auch Erkenntnisse zu wesentlichen Wirkungen des demografischen Wandels auf die Gesundheitswirtschaft mit großem zeitlichen Vorlauf möglich. Die beiden Hauptwirkungen der demografischen Entwicklung – die Alterung und der Rückgang der Bevölkerung – haben bereits intensive Diskussionen über die Kosten der Gesundheitsversorgung und Altenpflege ausgelöst; in der Fachkräftediskussion der Gesundheitswirtschaft bleiben sie bisher aber noch weitgehend ausgeblendet. Mit anderen Worten: Die demografische Entwicklung ist zwar hinsichtlich der in der Gesundheitswirtschaft zu bewältigenden Aufgaben heute schon ein zentrales Thema, die absehbaren personalpolitischen Konsequenzen werden aber unterschätzt. Die mit dem demografischen Wandel verbundene Brisanz der Fachkräftethematik in der Gesundheitswirtschaft wird ungenügend wahrgenommen.

In mehreren Bereichen ist unschwer zu erkennen, dass die Wirkungen des demografischen Wandels auf die Nachfrage und das Angebot an Fachkräften in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft nicht erst in fernen Zukunftsszenarien zu erwarten, sondern bereits voll im Gange sind.

### 3.1.1 Räumliche Veränderungen in der Bevölkerungsverteilung

Ein hervorstechendes Merkmal der demografischen Entwicklung in der Region Berlin-Brandenburg ist die räumlich sehr differenzierte Entwicklung der Bevölkerungszahl. Nach den Prognosen des Landesamtes für Bauen und Verkehr, Raumbewachung (Ministerium für Wirtschaft und Europaangelegenheiten) werden die äußeren Räume Brandenburgs weiterhin starke Bevölkerungsrückgänge erleiden, während in den an Berlin angrenzenden Kommunen die Fortsetzung des Bevölkerungswachstums zu erwarten ist (vgl. Abbildung 7). Für Berlin wird eher eine Fortsetzung des gegenwärtigen Einwohnerbestands angenommen.

Abbildung 7: Veränderung der Bevölkerungszahl im Zeitraum 2009-2030



Diese räumliche Differenzierung in der Bevölkerungsdynamik, die hier so stark wie in keinem anderen Bundesland ausgeprägt ist, bewirkt langfristige Veränderungen in der räumlichen Verteilung des Bedarfs an Fachkräften und in der regionalen Verfügbarkeit an Fachkräften für die Gesundheitswirtschaft.

In den Gebieten, die besonders von Bevölkerungsrückgang betroffen sind, wird zwar auch die Nachfrage nach Leistungen der Gesundheitswirtschaft zurückgehen. Die weiterhin ansässige Bevölkerung hat aber die gleichen Ansprüche an die Versorgung mit Leistungen der Gesundheitswirtschaft wie in anderen, dichter besiedelten Räumen. Und ihr Bedarf wird altersbedingt voraussichtlich sogar steigen. Dies zu realisieren, wird eine Reihe von Änderungen in den Angebotsstrukturen erfordern, die auch zu veränderten Anforderungen an die Fachkräfte führen. Räumliche Flexibilität wird ein Schlüssel für

Wettbewerbsvorteile. Telemedizin und AGnES<sup>3</sup> sind bereits zwei in der Region praktizierte Beispiele für die sich ändernden Angebotsstrukturen.

### 3.1.2 Steigender Bedarf an Gesundheitsdienst- und Pflegeleistungen

Mit dem demografischen Wandel wächst in der Berlin-Brandenburger Region der Markt der Gesundheitswirtschaft. Den Berliner und Brandenburger Bevölkerungsprognosen entsprechend wird in der Region die Anzahl alter und hochbetagter Menschen weiterhin zunehmen. Nach den bisherigen Erfahrungen steigt dadurch ebenfalls der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, denn eine Reihe von Krankheiten tritt gehäuft im fortgeschrittenen Alter auf: „Zwei Drittel aller Notfalleinsätze gelten Menschen, die älter sind als 65 Jahre, am häufigsten müssen Notärzte 80-bis 85-Jährige versorgen.“ (Christian Madler, Leiter des Instituts für Anästhesiologie und Notfallmedizin des Westfalz-Klinikums in Kaiserlautern, Der Tagesspiegel, 20. April 2009/Nr. 20237)

Im Dezember 2007 waren in Berlin 95.870 Menschen (66.670 Frauen und 29.200 Männer) – in der Mehrzahl über 65-jährig – von Pflegebedürftigkeit betroffen. Während die Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der entsprechenden Bevölkerungsgruppe, auch Pflegewahrscheinlichkeit genannt) der 70- bis 75-jährigen Berliner und Berlinerinnen bei 6 Prozent lag, war in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen bereits fast jede vierte Person (23 Prozent) pflegebedürftig. Ab dem 86. Lebensjahr gibt es dann ein doppelt so hohes Risiko der Pflegebedürftigkeit: Etwa die Hälfte der in Berlin lebenden über 85-jährigen Menschen (48,7 Prozent/33.110 Personen) erhielt Leistungen aus der Pflegeversicherung (Pressemitteilung zum Berliner Gesundheitsbericht 2008). Die Strukturen der Pflegewahrscheinlichkeit stellen sich in Brandenburg vergleichbar dar (Pflegeinitiative Brandenburg 2010).

Der steigende Pflegebedarf erfordert den zunehmenden Einsatz von Fachpersonal in der ambulanten und stationären Pflege sowie neue medizintechnische Hilfs- und Unterstützungsmittel. Gegenwärtig werden Notfallerkennungssysteme und Unterstützungssysteme entwickelt, die älteren Menschen helfen, mehr Kontrolle über ihren Alltag zu bekommen. Für ältere Menschen ist es wichtig, dass eine „intelligente Umgebung“ Notfälle selbständig erkennen und darauf reagieren kann. Bisher liegen erst Teillösungen vor, die Entwicklung integrierter Gesamtkonzepte (sog. künstlicher Mitbewohner) hat gerade erst begonnen.

Die EU fördert die Entwicklung von Technik, die ein selbstbestimmtes Leben im Alter erleichtert. „Ambient Assisted Living“ heißt dieser Forschungszweig; der Begriff bedeutet so viel wie Lebensweise, die von der Umgebung gefördert wird.

### 3.1.3 Babyboomer-Jahrgänge werden graue Panther

Der demografische Wandel bringt aber nicht nur mehr und älter werdende Rentner. Er zeigt sich auch in altersstrukturellen Veränderungen des Erwerbstätigenpotenzials. Die Gruppe der 35- bis 49-Jährigen ist entsprechend der Altersstruktur der Bevölkerung am stärksten besetzt. Aus dieser Gruppe rücken gegenwärtig und weitere 15 bis 20 Jahre jährlich stärker werdende Beschäftigtenjahrgänge in die

<sup>3</sup> „AGnES steht für Arztlentlastende, Gemeindefnahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention. Die Arztlentlastung wird primär durch die Delegation ärztlicher Leistungen auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte des Praxisteam (Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen) erreicht. In Gebieten mit drohender oder bereits manifester hausärztlicher Unterversorgung kann das AGnES-Konzept dazu beitragen, der einzelnen Hausärztin/dem einzelnen Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen.“ (Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie 2010)

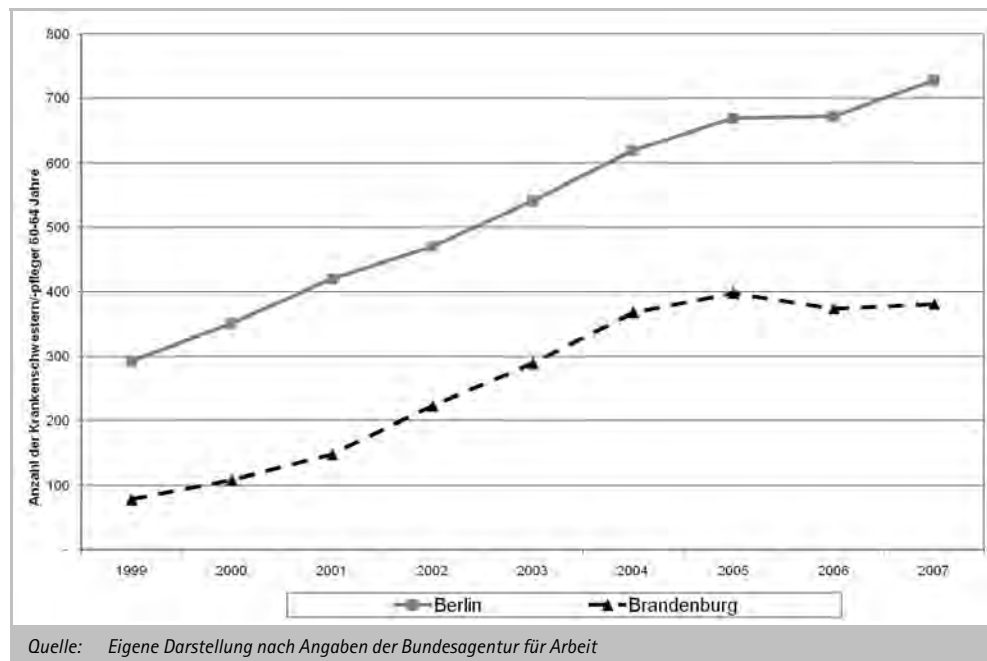
Gruppe 50+ bzw. 60+. Diese demografische Entwicklung hat zwei für das Fachkräftethema wichtige Auswirkungen:

- Die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft befindet sich in einer langfristig anhaltenden Periode der permanenten Zunahme älterer Beschäftigter.
- Es steigt – entsprechend zeitversetzt – die Anzahl der altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidenden Fachkräfte und damit der altersbedingte Ersatzbedarf.

In Deutschland stieg von 1999 bis 2007 bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Krankenschwestern/-pflegern der Anteil der Altersgruppe 50 Jahre und älter von 12,2 Prozent auf 20,6 Prozent. Gleichzeitig ging der Anteil der Altersgruppe unter 25 Jahre von 8,0 auf 6,0 Prozent zurück. Der Anteil der Altersgruppe 25 bis unter 35 Jahre fiel von 34,6 auf 23,4 Prozent. Diese Alterung findet überall statt, zeigt aber auch regionale Unterschiede.

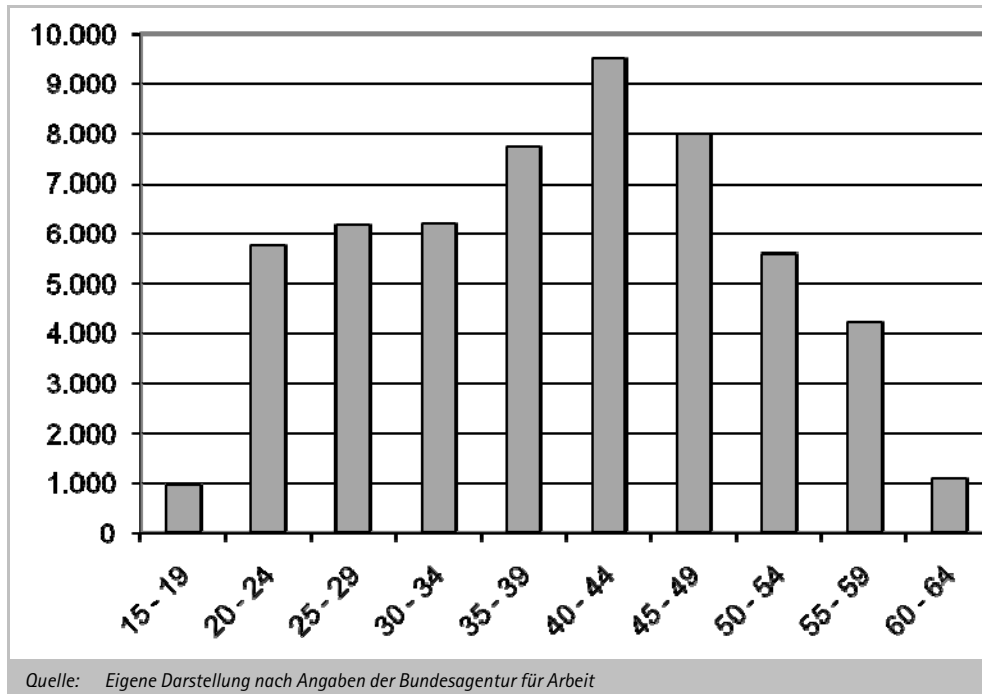
In Berlin ist die Anzahl der Krankenschwestern/-pflegern der Altersgruppe 60-64 Jahre von 1999 bis 2007 auf das Dreieinhalbfache gestiegen, obwohl zur gleichen Zeit der Beschäftigtenbestand in dieser Berufsgruppe insgesamt zurückging. In Brandenburg stieg von 1999 bis 2007 die Anzahl der 60- bis 64-jährigen Krankenschwestern/-pfleger auf fast das Fünffache bei gleichzeitiger Zunahme des Beschäftigtenbestands insgesamt (vgl. Abbildung 8).

**Abbildung 8: Beschäftigungsentwicklung in der Gruppe der 60- bis 64-jährigen Krankenschwestern/-pfleger in Berlin und Brandenburg 1999-2007**



Aufgrund der Altersstruktur der gegenwärtig beschäftigten Krankenschwestern/-pfleger steht bereits jetzt fest, dass auch in den nächsten Jahren ein permanent größer werdender Anteil von ihnen zur Altersgruppe 60+ gehören wird (vgl. Abbildung 9). Denn die jährlich in diese Gruppe nachrückenden Jahrgänge sind stärker besetzt als diejenigen, die sie verlassen. Bereits bis zum Jahr 2012 steigt die Zahl der 60- bis 64-jährigen Krankenschwestern/-pfleger gegenüber 2007 auf rund das Vierfache. In der größten Beschäftigtengruppe der Gesundheitswirtschaft entstehen dadurch hohe Anforderungen an die Betriebe hinsichtlich der Gesunderhaltung und der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Abbildung 9: Altersstruktur der Berufsgruppe Krankenschwester/-pfleger in Berlin-Brandenburg (30.06.2007)



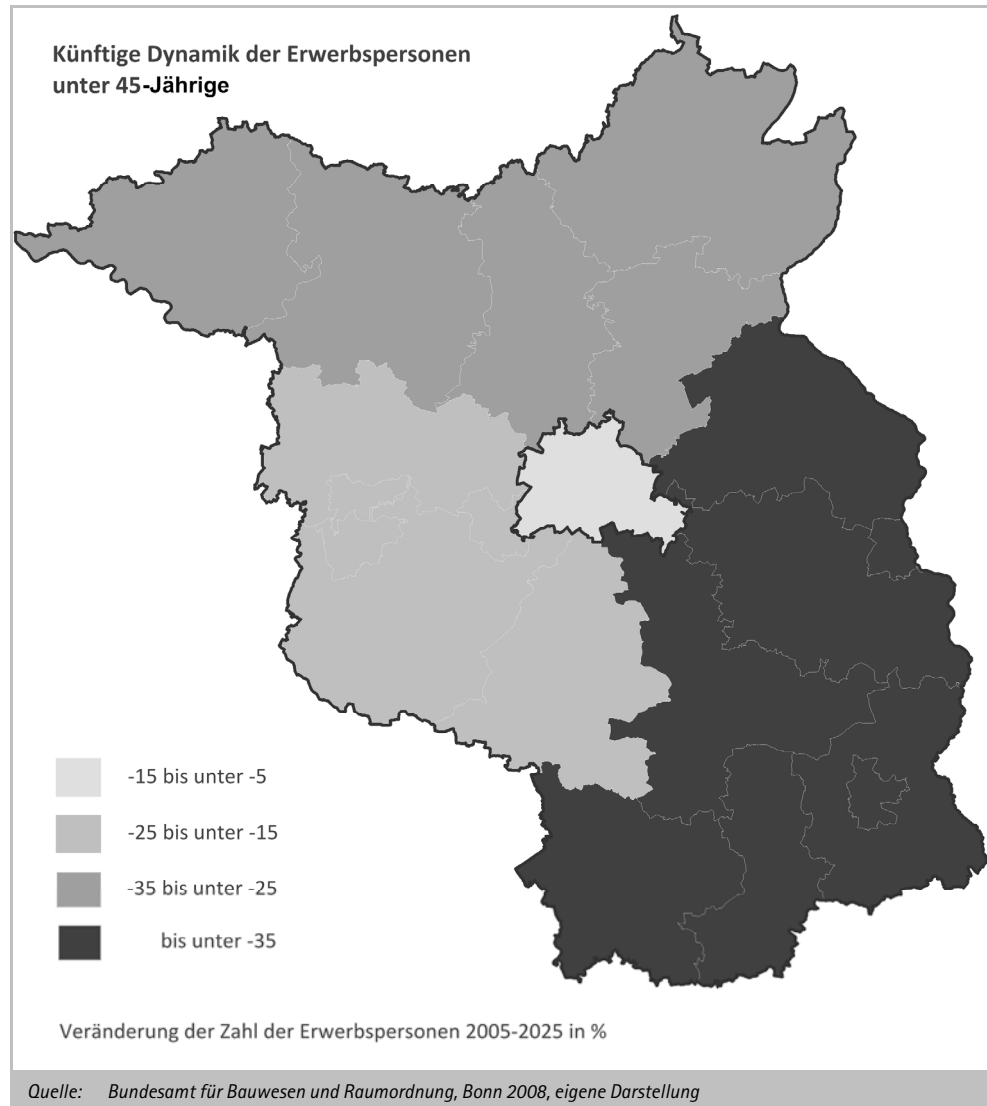
### 3.1.4 Wachsende Konkurrenz bei der Nachwuchsgewinnung

Der Zunahme älterer Beschäftigter stehen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft verringerte Jahrgangsstärken der in das Erwerbsleben nachrückenden Alterskohorten gegenüber. Sie bewirken eine Reduzierung des der Gesundheitswirtschaft zur Verfügung stehenden Erwerbspersonenpotenzials. Selbst in Berlin, wo für den Zeitraum bis 2030 eher eine leichte Zunahme der Bevölkerungszahl vorausgesagt wird, wird die Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren in der gleichen Zeit um 116.000 Personen (5,1 Prozent) abnehmen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin 2010). Besonders drastisch wird der Rückgang bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren ausfallen: Im Jahr 2030 werden ca. 43.200 Personen weniger dieser Altersklasse (ein Minus von 14,4 Prozent) angehören.

Wenngleich die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft in der gesamten Region mit dem Rückgang junger Erwerbspersonen konfrontiert wird, werden die Betriebe in den einzelnen Teilräumen in unterschiedlicher Intensität von dieser Entwicklung betroffen. In der Berlin-Brandenburger Region vollzieht sich ein sehr differenzierter Rückgang der unter 45-jährigen Erwerbspersonen (vgl. Abbildung 10).



Abbildung 10: Entwicklung der Zahl der unter 45-jährigen Erwerbspersonen in Berlin-Brandenburg 2005-2025



Der verringerte Zustrom Jugendlicher in das Erwerbspersonenpotenzial zwingt viele Betriebe und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, neue Wege der Fachkräftegewinnung und -entwicklung zu gehen, nicht zuletzt durch Erhöhung der Attraktivität der entsprechenden Tätigkeit und des Betriebes. In mehreren Brandenburger Regionen entwickelt sich die Bindung Jugendlicher zum Schlüsselproblem der Verfügbarkeit von Fachkräften. Dabei kann die Gesundheitswirtschaft mit ihrem vielseitigen Fachkräftebedarf, dem breiter werdenden Feld selbständiger Erwerbstätigkeit und den positiven Beschäftigungsperspektiven insbesondere auch für junge Frauen, ein wirksamer Haltefaktor sein.

Auf der betrieblichen Ebene müssen für den Zustrom von neuem Wissen, der bisher in den Betrieben vor allem über die Einstellung von jungen Ausbildungs- und Bildungsabsolventen erfolgt, neue Zugänge geöffnet werden. Weiterbildung und Fortbildung, die im Gesundheitswesen bereits einen höheren Stellenwert haben als in anderen Beschäftigungssektoren, werden zur personalpolitischen Kernfrage der Fachkräfteentwicklung.

### 3.2 Altersstruktur der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Zukünftige Arbeitsmarktchancen (aus Sicht der Beschäftigten) bzw. das Ausmaß des zu befriedigenden Fachkräftebedarfs (aus Sicht der Unternehmen) werden in der Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren vor allem vom Ersatzbedarf für altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende Beschäftigte beeinflusst. Aufgrund der positiven, durch die demografische Entwicklung gestützten Beschäftigungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass – bei aller, durch strukturelle Umbrüche bedingten Variation in einzelnen beruflichen Tätigkeiten – ausscheidende Beschäftigte durch neu einzustellende Fachkräfte ersetzt werden. Entsprechend ist der Anteil der über 55-Jährigen innerhalb der Branchen der Gesundheitswirtschaft ein solides Indiz für zu erwartende Ersatzbedarfe innerhalb dieser Felder (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Altersgruppe 55 Jahre und älter in Branchen der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Branchen	Bundes-land	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der Altersgruppe 55 Jahre und älter					
		1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Krankenhäuser, einschl. Krankentransport und Rettungsdienste	Berlin	8.237	7.503	6.405	6.611	7.147	-1.090
	Bbg.	3.488	3.214	3.089	3.383	3.810	+322
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	4.274	4.126	4.181	4.472	5.517	+1.243
	Bbg.	2.952	2.823	2.881	3.039	3.862	+910
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	1.852	1.799	1.974	2.268	2.653	+800
	Bbg.	1.214	1.143	1.159	1.216	1.464	+249
Herstellung von pharmazeutischen und chemischen Erzeugnissen	Berlin	1.402	1.397	1.344	1.338	1.354	-48
	Bbg.	97	98	85	96	134	+36
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	269	260	308	395	523	+254
	Bbg.	66	53	53	56	56	-10
Herstellung v. medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	446	453	487	463	580	+134
	Bbg.	314	318	321	336	410	+96
Krankenversicherungen, Organisationen des Gesundheitswesens	Berlin	649	663	699	816	847	+198
	Bbg.	312	369	471	611	888	+576
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	17.129	16.201	15.398	16.362	18.620	+1.491
	Bbg.	8.444	8.018	8.058	8.736	10.623	+2.179

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Sowohl in der Berliner als auch in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft hat die Zahl der Beschäftigten der Altersgruppe 55 Jahre und älter zwischen 1999 und 2007 zugenommen. Ausgehend von der Annahme, dass das durchschnittliche Renteneintrittsalter auch in den nächsten Jahren nur langsam ansteigt und damit bei etwa 62 Jahren verbleibt, werden in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bis zum Jahr 2013 etwa 30.000 Beschäftigte aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Auffällig ist, dass in Brandenburg trotz geringerer Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft die Zunahme der über 55-jährigen Beschäftigten stärker ausfällt als in Berlin (Zunahme in Brandenburg um etwa 2.200 und in Berlin um etwa 1.500 Personen). Diese Entwicklung geht zum einen auf den starken Beschäftigungsabbau bei den Berliner Krankenhäusern zurück, von dem auch ein relevanter Anteil älterer Beschäftigter betroffen war. Auf der anderen Seite steigt die Zahl der über 55-Jährigen bei den Brandenburger Krankenkassen und Organisationen des Gesundheitswesens überdurchschnittlich stark.

Tabelle 2: Anteil der über 55-jährigen Beschäftigten in der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Anteil über 55-Jährige in %		1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Krankenhäuser, einschl. Kranken-transport und Rettungsdienste	Berlin	12,7	12,1	11,9	13,1	14,2	+1,6
	Bbg.	10,5	9,7	9,1	9,9	11,2	+0,7
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	12,0	11,0	10,7	11,1	12,6	+0,6
	Bbg.	11,9	11,1	10,9	11,3	13,3	+1,4
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	6,8	6,2	6,2	7,0	7,8	+1,0
	Bbg.	7,9	7,2	7,0	7,2	8,0	+0,1
Herstellung von pharmazeutischen und chemischen Erzeugnissen	Berlin	14,4	14,2	12,4	12,5	12,9	-1,4
	Bbg.	11,3	9,5	8,6	8,6	11,1	-0,2
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	10,7	8,8	9,0	9,8	10,1	-0,7
	Bbg.	12,6	9,7	7,2	7,6	8,1	-4,5
Herstellung v. medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	10,1	9,6	9,6	9,4	9,2	-0,9
	Bbg.	8,6	7,8	7,4	8,1	9,6	+1,0
Krankenversicherungen, Organisationen des Gesundheitswesens	Berlin	8,6	8,7	8,9	9,9	11,2	+2,6
	Bbg.	5,1	5,8	7,2	9,5	13,7	+8,6
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	10,7	10,1	9,8	10,4	11,1	+0,4
	Bbg.	9,7	8,7	8,2	8,9	10,7	+1,0

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Mit einem Anteil von 11,1 Prozent der Gruppe 55+ in Berlin und 10,7 Prozent in Brandenburg im Jahr 2007 (vgl. Tabelle 2) liegt der Anteil der älteren Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft deutlich unter den Werten der Berlin-Brandenburger Gesamtwirtschaft von 12,8 Prozent. Auch in der gesamtdeutschen Wirtschaft sind mit 11,8 Prozent anteilig mehr über 55-Jährige beschäftigt (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2009). Diese positive Entwicklung stützt die These, dass Wachstumsbranchen besser in der Lage sind, mit der demografischen Herausforderung umzugehen als stagnierende bzw. schrumpfende Wirtschaftsbereiche.<sup>4</sup> Beschäftigungswachstum trägt dazu bei, dass der Anteil jüngerer Beschäftigter zunimmt, was die Alterung der Belegschaften in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft in Teilen kompensieren konnte.

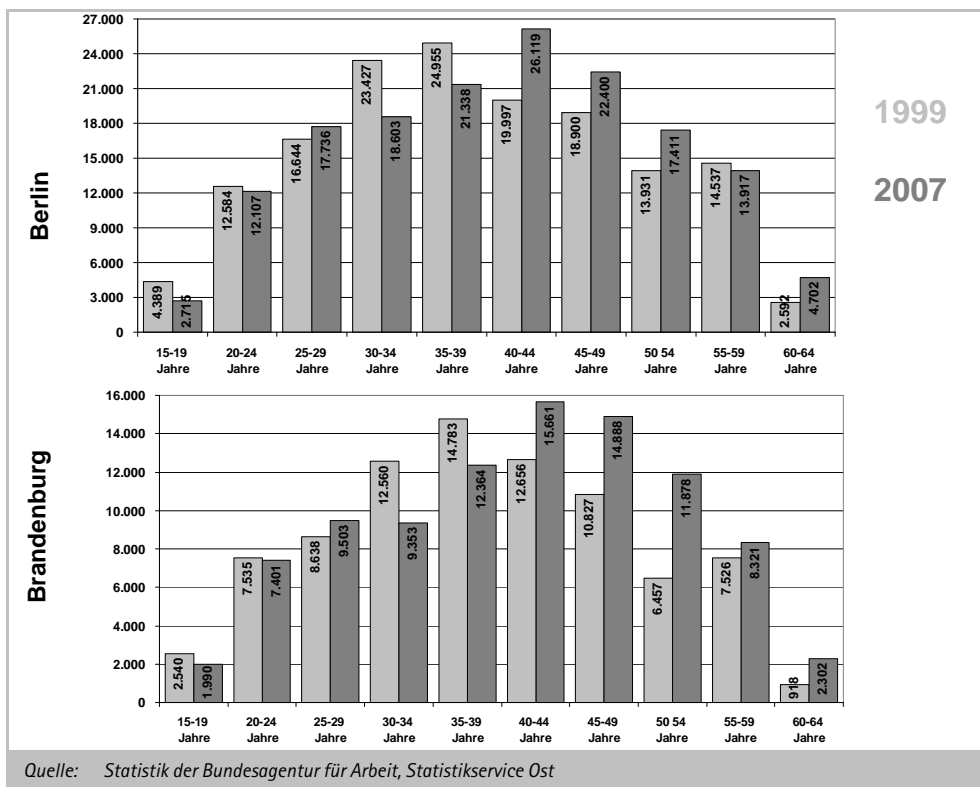
Tabelle 2 verdeutlicht aber auch, dass es nicht allen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in gleichem Maße gelungen ist, den Anteil der über 55-Jährigen gering zu halten: So zeigt sich etwa, dass in den Berliner Krankenhäusern trotz absolutem Rückgang der über 55-jährigen SV-Beschäftigten der relative Anteil dieser Personen zwischen 1999 und 2007 weiter zugenommen hat. Wie zu erwarten, konnte der Beschäftigungsabbau nicht zu einer Verjüngung der Krankenhausbelegschaften in Berlin genutzt

<sup>4</sup> Dies wird auch durch die Ergebnisse der Betriebsbefragung bestätigt. Zwischen der Beschäftigungsentwicklung der letzten zwei Jahre und dem Anteil der älteren Beschäftigten zeigte sich ein schwacher, aber signifikanter statistischer Zusammenhang (Signifikanzniveau von 0,01): Je größer der Anteil der über 55-Jährigen, desto ungünstiger stellt sich die Beschäftigtenentwicklung dar. Der Zusammenhang zwischen beiden Variablen wurde mit Hilfe des Korrelationskoeffizienten überprüft. Diese statistische Kennzahl dient zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen metrischen Variablen. Dabei kann der Korrelationskoeffizient zwischen -1 (zwischen den Variablen besteht ein perfekt negativer Zusammenhang) und +1 (zwischen den Variablen besteht ein maximaler Zusammenhang) variieren (ein Korrelationskoeffizient von 0 bedeutet, dass zwischen den untersuchten Variablen kein Zusammenhang besteht). Für das untersuchte Verhältnis liegt der Korrelationskoeffizient bei 0,19. Aus Sicht der untersuchten Betriebe wirkt sich das Alter der Beschäftigten auch auf die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung aus: Ein hoher Anteil von Beschäftigten über 55 Jahre ging bei vielen Betrieben mit einer vergleichsweise schlechten Einschätzung der erwarteten Beschäftigungsentwicklung einher (der Korrelationskoeffizient für diesen Zusammenhang lag bei 0,2).

werden. Mit einem relativen Anteil von 14,2 Prozent Älterer liegt dieses Branchensegment deutlich über dem Berlin-Brandenburger Durchschnitt und belegt den Spitzenwert innerhalb der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Am auffälligsten stellt sich die Entwicklung bei den Brandenburger Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens dar. Zwischen 1999 und 2007 hat sich der Anteil der über 55-jährigen Beschäftigten in diesem Bereich mehr als verdoppelt. In den letzten acht Jahren haben sich die Brandenburger Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens von einem der belegschaftsseitig jüngsten Branchensegmente (mit einem Anteil über 55-Jähriger von 5,1 Prozent) zu fast dem ältesten entwickelt. Was diese Entwicklung für die Branche bedeutet und inwieweit es den betroffenen Unternehmen bereits gelungen ist, sich auf den Wandel einzustellen, bedarf vertiefender Analysen.

Wesentlich für das Ausmaß der anstehenden demografischen Herausforderungen ist darüber hinaus, wie sich die Beschäftigtenzahlen in den einzelnen Altersgruppen darstellen und in den letzten Jahren entwickelt haben (vgl. Abbildung 11). Relevant ist zum einen, in welchem Maße jüngere Beschäftigte in die Betriebe nachrücken und damit der Fachkräftenachwuchs für die Gesundheitswirtschaft sichergestellt werden kann. Zum anderen ist zu klären, mit welchen Verrentungswellen mittelfristig zu rechnen ist bzw. ob die Verrentungsdynamik in den nächsten Jahren weiter an Schwung gewinnen wird.

Abbildung 11: Beschäftigte nach Altersgruppen in der Berliner und Brandenburger Gesundheitswirtschaft 1999 und 2007



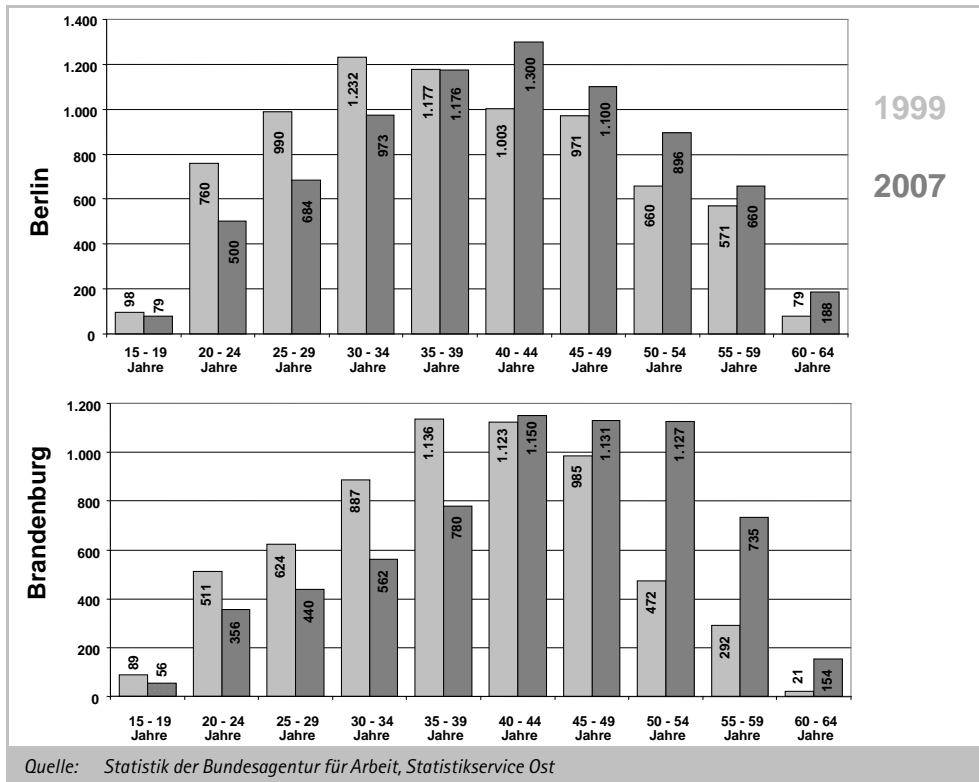
Die Anzahl der unter 30-jährigen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist sowohl in Berlin als auch in Brandenburg zwischen 1999 und 2007 stabil geblieben. Unter Berücksichtigung der steigenden Beschäftigung in diesem Zeitraum steht diese Entwicklung für einen relativen Rückgang jüngerer Beschäftigter in den hier untersuchten Bereichen der Gesundheitswirtschaft resp. für einen Anstieg des Durchschnittsalters innerhalb der Branche.

Im Hinblick auf die zu erwartende Dynamik der demografischen Herausforderung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft sind die Altersgruppen der über 40-Jährigen von besonderer Bedeutung. Der starke Anstieg der Beschäftigtenzahlen bei den 40- bis 44-Jährigen, den 45- bis 49-Jährigen und den 50- bis 54-Jährigen zeigt, dass die Verrentungszahlen in den nächsten Jahren beständig steigen werden. Hierbei stellt sich die Entwicklung in Brandenburg etwas dramatischer dar als in Berlin. Aufgrund der überdurchschnittlichen Zunahme der 50 bis 54-Jährigen in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft – zwischen 1999 und 2007 kam es fast zu einer Verdopplung der Beschäftigtenzahlen in dieser Altersgruppe – wird der Ersatzbedarf in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft zwischen 2013 und 2018 stark steigen und deutlich über dem Niveau der kommenden vier Jahre liegen.

Dieser Trend verlangt von den Betrieben der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren einerseits wirksame Maßnahmen zum langfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter. Denn die Weiterbeschäftigung Älterer ist die kostengünstigste und sicherste Variante der Fachkräftegewinnung. Andererseits werden umfangreiche Maßnahmen zur Sicherung des Fachkräftenachwuchses notwendig. Beides dürfte aufgrund des Ausmaßes der Veränderungen einen personalpolitischen Kraftakt darstellen.

In Teilbereichen kann der anstehende demografische Wandel durchaus als dramatisch bezeichnet werden. So zeigen etwa die Beschäftigtenzahlen für die Jahre 1999 bis 2007, dass es bei dem bereits benannten Beispiel der Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens mittelfristig zu einem überdurchschnittlich hohen Ersatzbedarf kommen wird, der in seiner relativen Bedeutung für das Branchensegment deutlich über den Verhältnissen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft liegt (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Beschäftigte nach Altersgruppen in der Branche Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens in Berlin und in Brandenburg 1999 und 2007



In beiden Bundesländern ist in dieser Branche eine deutliche Alterung der Belegschaften zu beobachten. Auffällig ist, dass dieser Prozess in Brandenburg wesentlich stärker ausgeprägt ist als in Berlin. In allen fünf jüngeren Altersgruppen geht die Beschäftigung um etwa ein Drittel zurück. Im Jahr 1999 waren in Brandenburg noch ca. 3.250 Beschäftigte in der Branche zwischen 15 und 39 Jahren alt, was ungefähr der Hälfte aller Beschäftigten entsprach. Im Jahr 2007 waren nur noch 2.200 Beschäftigte diesen Altersgruppen zuzuordnen. Gleichzeitig sind die älteren Beschäftigtengruppen sprunghaft angewachsen. Bei den 40- bis 49-Jährigen fällt die Zunahme mit 2,4 Prozent bzw. 14,8 Prozent zwar noch moderat aus, bei den 50- bis 59-Jährigen ist aber mehr als eine Verdopplung der Beschäftigtenzahlen zu beobachten. Da in diesen beiden Altersgruppen die Entwicklung auf einem hohen Beschäftigungsniveau stattfindet, gehört die Gruppe der 50- bis 54-Jährigen in Brandenburg inzwischen zu einer der beschäftigungsstärksten Altersgruppen bei den Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens. Insgesamt hat der Wandel dazu geführt, dass im Jahr 2007 in Brandenburg über 30 Prozent der Beschäftigten der Branche Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens über 50 Jahre alt sind.

Der wesentliche Unterschied zur Berliner Situation liegt in der Entwicklung bei den über 50-jährigen Beschäftigten. Zwar ist auch in Berlin eine relevante Zunahme dieser Altersgruppe zu beobachten, die Wachstumsraten und auch das absolute Volumen an Beschäftigten liegen aber deutlich unter dem Brandenburger Niveau.

Wegen des Ausmaßes der Alterung ist die demografische Herausforderung für die Brandenburger Krankenkassen und Organisationen des Gesundheitswesens als außergewöhnlich hoch einzuschätzen. Mit traditionellen Instrumenten der Personalentwicklung und -akquise wird es kaum möglich sein, die

sich abzeichnende Aufgabe zu lösen. Hier besteht ein hoher Bedarf an betrieblichen und betriebsübergreifenden Initiativen mit dem Ziel, Berufseinsteiger und Berufswechsler zu gewinnen. Da der Wandel in den nächsten Jahren zunehmend an Dynamik gewinnen wird, ist es notwendig, bereits jetzt Maßnahmen einer gezielten Personalpolitik für die Branche auf den Weg zu bringen. Der aktuelle Entwicklungsstand lässt noch die Möglichkeit, aktiv und gestaltend auf die Branchenentwicklung einzuwirken. Wird diese Chance verpasst, lässt sich nur noch reaktiv auf die personalpolitische Katastrophe reagieren.

Neben den auf der regionalen Ebene und der Branchenebene erkennbaren Prozessen gewinnen die Wirkungen des demografischen Wandels im einzelbetrieblichen Rahmen immer größere Bedeutung für die Einschätzung des Fachkräftebedarfs und der Fachkräfteverfügbarkeit in der Gesundheitswirtschaft. Die HealthCapital-Unternehmensbefragung 2008 war daher auch auf entsprechende Entwicklungen in den Betrieben der Gesundheitswirtschaft gerichtet. Konkret wurden Erkenntnisse zur Altersstruktur der Belegschaften und zu deren Einschätzung durch die Unternehmen angestrebt.

### 3.3 Wirkungen der demografischen Entwicklung auf der Ebene der Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Bei dem Blick auf die betriebliche Ebene ist zwischen zwei Dimensionen der Fachkräfteproblematik zu unterscheiden: Zum einen ist zu klären, inwieweit betriebstypische Unterschiede des Fachkräftebedarfs identifiziert werden können. Zum anderen ist der Frage nachzugehen, wie die Fachkräftesituation von Betriebsleitern und Personalverantwortlichen wahrgenommen wird, um einschätzen zu können, ob die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sich bereits heute auf zukünftige Herausforderungen der Personalpolitik einstellen.

#### 3.3.1 Insgesamt relativ junge Belegschaften, aber ein Teil der Unternehmen mit hohen Anteilen Älterer

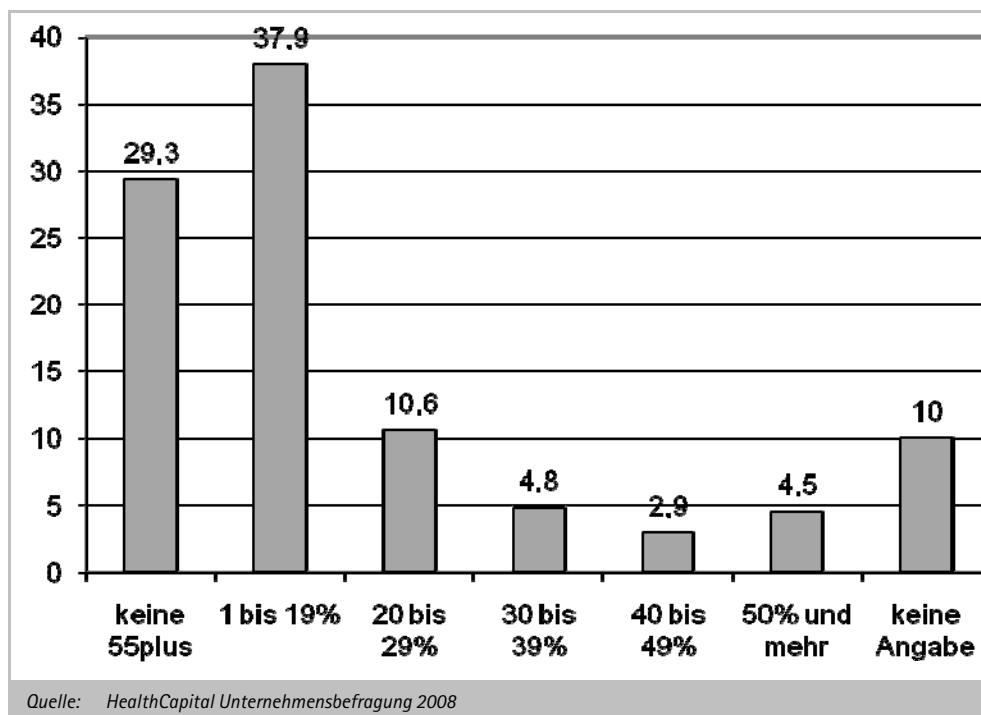
Die Altersstruktur der Belegschaften in den Unternehmen gibt Auskunft über die Größenordnungen des Ersatzbedarfes an Fachkräften, der infolge altersbedingtem Ausscheidens älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entsteht, und weist damit auf mögliche personalpolitische Handlungserfordernisse hin. Die entscheidende Frage ist hierbei, ob überhaupt und wenn ja, in welchem Umfang ausscheidende ältere Beschäftigte ersetzt werden müssen. Als Indikator zur Bestimmung dieser Größen kann wiederum der Anteil der Beschäftigten in der Altersgruppe 55 Jahre und älter herangezogen werden. Dieser beträgt, bezogen auf alle Beschäftigten in den untersuchten Unternehmen, 14 Prozent.<sup>5</sup> In absoluten Größen müssten in den nächsten Jahren somit – ceteris paribus – allein aufgrund der bestehenden Altersstruktur und ohne Berücksichtigung des Bedarfs, der sich zusätzlich noch aus der Erweiterung bzw. des Ausbaus vorhandener Leistungsangebote ergibt, bei den untersuchten Betrieben und Einrichtungen mindestens 7.300 Stellen neu besetzt werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um aggregierte Durchschnittswerte handelt, die vor allem über ungefähre Größenordnungen informieren. Gemessen an den Anteilen älterer Beschäftigter in anderen Bereichen der Wirtschaft, erscheint die Gesundheitswirtschaft relativ jung. Der Druck, welcher sich aus der Notwendigkeit ergibt, altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ersetzen zu müssen, ist in den Unternehmen der

<sup>5</sup> Dass der Anteil der über 55-Jährigen bei den befragten Betrieben über dem Berlin-Brandenburger Branchendurchschnitt liegt (10,9%, vgl. Tab. 2), erklärt sich nicht nur durch den späteren Erhebungszeitpunkt sondern ist auch ein Hinweis darauf, dass Unternehmen die stärker von Alterung betroffen sind, eher dazu bereit sind, sich an Befragungen zur Fachkräftethematik zu beteiligen, als „junge“ Unternehmen.

Gesundheitswirtschaft damit schwächer. Dies kann sich bei einzelnen Unternehmen – Kliniken mit Hunderten von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder Arztpraxen mit wenigen Angestellten – im Einzelfall jedoch ganz anders darstellen. So kann der tatsächliche Anteil der Gruppe der älteren Beschäftigten auf der Ebene einzelner Unternehmen mehr oder weniger stark von den ermittelten Durchschnittswerten für die Gesundheitswirtschaft insgesamt abweichen. Die Befragung liefert hierzu folgende Erkenntnisse: In fast jedem dritten befragten Unternehmen gibt es überhaupt keine Beschäftigten in der betreffenden Altersgruppe (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Anteil von Beschäftigten der Altersgruppe 55 Jahre oder älter an allen Beschäftigten



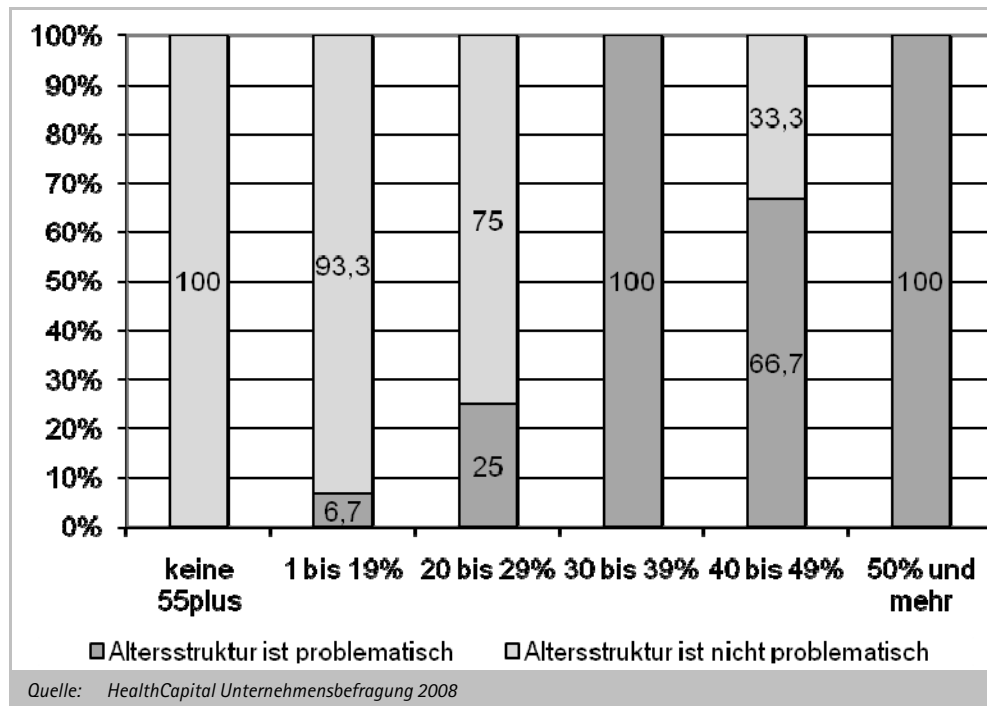
In annähernd 40 Prozent der Unternehmen beträgt der Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren oder älter weniger als 20 Prozent. Dagegen beträgt der Anteil dieser Altersgruppe in weiteren rund 11 Prozent bereits 20 bis 29 Prozent. In rund 12 Prozent der Unternehmen ist sogar mindestens ein Drittel der beschäftigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 55 Jahre oder älter. Die Ergebnisse zeigen somit ein geteiltes Bild: Auf der einen Seite findet sich eine Mehrheit von Unternehmen mit vergleichsweise jungen Belegschaften. Auf der anderen Seite gibt es eine nennenswerte Zahl von Unternehmen mit deutlich größeren Herausforderungen hinsichtlich der Notwendigkeit, altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu ersetzen. Trotz des insgesamt eher geringen Anteils älterer Beschäftigter in der Gesundheitswirtschaft müssen sich somit rund 13 Prozent der befragten Unternehmen aktuell der Frage stellen, wie sie die in den kommenden Jahren altersbedingt ausscheidenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen adäquat ersetzen können.



### 3.3.2 Handlungserfordernisse in Bezug auf die Altersstruktur der Belegschaften aus Sicht der Unternehmen

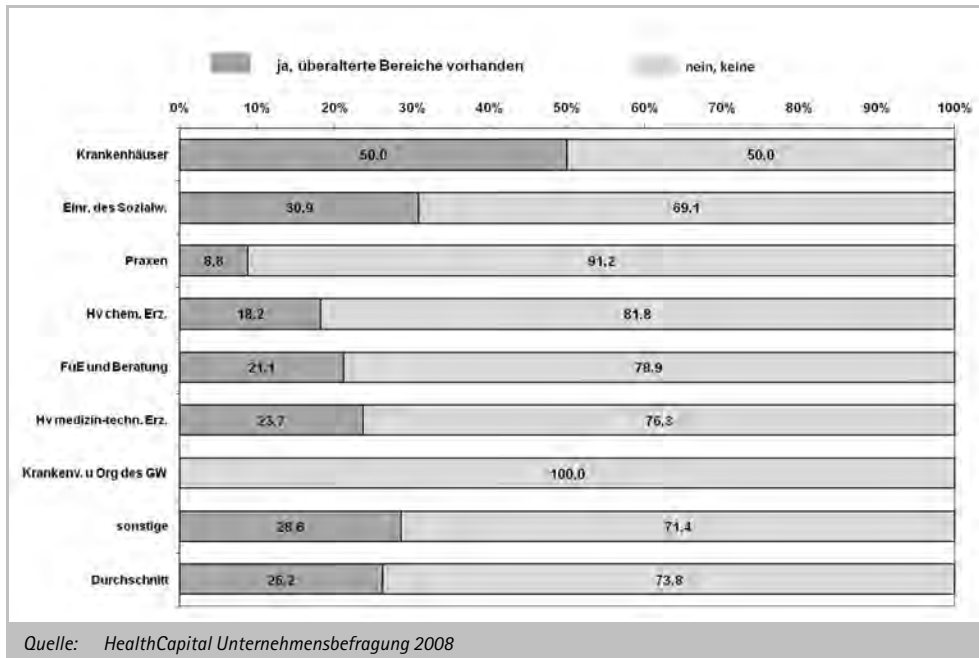
Zusätzlich zur Altersstruktur ihrer Belegschaft wurden die Unternehmen gefragt, ob sie diese als problematisch einschätzen. Die Antworten auf die Frage geben darüber Aufschluss, ob und inwieweit überhaupt die Notwendigkeit besteht, entsprechende personalpolitische Schritte einzuleiten. Jedes sechste Unternehmen (16 Prozent) verweist auf Überalterung. Wie die weitere Analyse zeigt, besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der realen Altersstruktur in den Unternehmen und der Wahrnehmung und Bewertung derselben durch die befragten Geschäftsleitungen: Je höher der Anteil der Beschäftigten in der Altersgruppe 55+, desto höher der Anteil von Befragten, welche die gegebene Altersstruktur in ihrem Unternehmen problematisieren. Übersteigt der Anteil älterer Mitarbeiter die 30-Prozent-Grenze, wird die Altersstruktur in der Regel von den Unternehmen als problematisch empfunden (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Zusammenhang zwischen dem Anteil von Beschäftigten der Altersgruppe 55 Jahre oder älter an allen Beschäftigten und der Einschätzung der Altersstruktur als „problematisch“



Die Palette der beruflichen Tätigkeitsbereiche, die von den Unternehmen konkret als von Überalterung betroffen eingeschätzt werden, erstreckt sich auf die typischen Berufsfelder der Gesundheitswirtschaft: Krankenschwestern und Pflegefachkräfte einerseits, sowie Ingenieure und technische Laboranten andererseits. Es ist daher auch kein Zufall, dass vor allem Unternehmen der Branchen, in denen diese Tätigkeiten ausgeübt werden, sich besonders mit dem Alterungsproblem von Beschäftigten konfrontiert sehen (vgl. Abbildung 15). Früher als in anderen Branchen bringen die hohen psychischen und physischen Anforderungen an die Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen diese an ihre altersbedingten Grenzen ihrer Belastbarkeit, was entsprechende arbeitsorganisatorische und personalpolitische Reaktionen der Unternehmen erfordert.

Abbildung 15: Wahrnehmung des Alterungsproblems durch Unternehmen in Branchen der Gesundheitswirtschaft



### 3.3.3 Aktivitäten der Unternehmen zur Sicherung des Ersatzbedarfs

Ob sich aus der gegebenen Altersstruktur Probleme für die zukünftige Leistungserstellung oder gar den unternehmerischen Fortbestand entwickeln, hängt neben dem Umgang mit der Alterung der Beschäftigten auch vom Erfolg der Unternehmen bei der Gewinnung von Ersatzpersonal für altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter ab. Die betreffenden Unternehmen wurden daher gefragt, ob die Nachfolge für diese Stellen gesichert sei. Die Ergebnisse der Befragung zeigen in dieser Hinsicht ein geteiltes Bild: Eine Hälfte der betroffenen Unternehmen hat die Nachfolge bereits durch fest geplante Neueinstellungen gesichert oder beabsichtigt, den durch die altersbedingten Abgänge entstehenden Kompetenzverlust durch Weiterbildung des vorhandenen Personals zu kompensieren. Bei der anderen Hälfte der Betroffenen ist die Wiederbesetzung altersbedingt freiwerdender Stellen bislang noch ungeklärt, mögliche Lösungen noch nicht in Angriff genommen.

Es bleibt festzuhalten: Das Erfordernis, Ersatz für altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen finden zu müssen, stellt sich in den untersuchten Unternehmen in unterschiedlicher Schärfe und Dringlichkeit dar. Das Problem altersbedingten Ersatzbedarfes drängt sich in Unternehmen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Beschäftigter auf. Hier hängt die Realisierung weiterer Wachstums- und Beschäftigungspotenziale in besonderem Maße davon ab, inwieweit es den betroffenen Unternehmen gelingt, für die kurz- bis mittelfristig frei werdenden Stellen entsprechenden personellen Ersatz zu finden.

### 3.4 Zwischenfazit

Der demografische Wandel wirkt tiefgreifend auf die Nachfrage nach und das Angebot an Fachkräften in der Gesundheitswirtschaft. Er bietet der Gesundheitswirtschaft wie kaum einer anderen Branche Chancen zur Schaffung von Arbeitsplätzen. Andererseits ist die Gesundheitswirtschaft als personalintensiver Wirtschaftszweig in überdurchschnittlichem Maße von der Reduzierung des Erwerbspersonenpotenzials betroffen. Die Gesundheitsbranche ist – als unmittelbarer Dienstleister für Menschen gewissermaßen naturgemäß – von allen Wirtschaftszweigen am stärksten mit dem demografischen Wandel verwoben. Im Besonderen den beschäftigungsstarken Bereichen der Gesundheitswirtschaft muss es in den nächsten Jahren gelingen, einen hohen Ersatzbedarf zu befriedigen. Die Arbeitsmarktstrukturdaten zeigen, dass die Gefahr hoch ist, dass Beschäftigungsmöglichkeiten mittelfristig ungenutzt bleiben und die Branchenentwicklung aufgrund fehlenden Fachpersonals ins Stocken gerät.

Aufgrund dieser hohen Abhängigkeit von der demografischen Entwicklung sind relevante Unterschiede in der regionalen Ausprägung der diagnostizierten Handlungsfelder zu erwarten. Für die peripheren Regionen Brandenburgs stellen sich die erwarteten Herausforderungen bereits heute wesentlich akuter dar als in Berlin und dem engeren Verflechtungsraum: Der Ärztemangel, der in anderen Regionen noch erwartet wird, ist für einzelne ländliche Regionen Brandenburgs bereits heute Realität. Technische Entwicklungen und eine innovative Organisation von Versorgungsleistungen (Stichwort AGnES) helfen dabei, die Versorgungsstruktur auf hoher Qualität aufrecht zu erhalten. Eine Technisierung von Gesundheitsleistungen auf breiter Front und damit ein Ersatz von Fachpersonal durch Technik, ist jedoch nicht zu erwarten. Vielmehr erhöhen der Technikeinsatz und die Reorganisation von Prozessabläufen die Anforderungen an die Qualifikationen und Kompetenzen des Fachpersonals. Eine solche Kompetenzausweitung erhöht auf der einen Seite die Attraktivität und vermutlich auch die Verdienstmöglichkeiten in den Berufen der Gesundheitswirtschaft, was sich insgesamt positiv auf die Branche auswirken dürfte. Gleichzeitig verstärkt sie aber auch qualitative Fachkräftengpässe. Hoch qualifizierte Mitarbeiter/innen sind auch in der Gesundheitswirtschaft noch schwerer zu gewinnen als geringer qualifizierte. Wie sich die Herausforderungen der Fachkräftesicherung in der Gesundheitswirtschaft aktuell darstellen, unterscheidet sich auch zwischen den Teilbereichen dieses Wirtschaftszweiges. Dass die Branche in Berlin und in Brandenburg insgesamt relativ jung ist, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Teilbereiche vor einem akuten Überalterungsproblem stehen. Schließlich lassen sich quer zu Branchen und Regionen betriebsspezifische Unterschiede der (Über-)Alterung und der Problemwahrnehmung feststellen. Da die Unternehmen bei der Bewältigung der personalpolitischen Herausforderungen im Zuge des demografischen Wandels die wesentliche Rolle innehaben, kommt der Erfassung der betrieblichen Ausgangslage eine herausragende Bedeutung für die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung zu.

Die im Rahmen dieser Arbeit von HealthCapital in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft durchgeführte Unternehmensbefragung zeigt, dass das Problembewusstsein für diese demografisch bedingten altersstrukturellen Veränderungen lediglich bei Unternehmen mit aktuell hohen Anteilen älterer Mitarbeiter vorhanden ist und auch hier nur bei jedem zweiten Unternehmen. Von der Alterung des Beschäftigtenpotenzials sind aber auch die Unternehmen betroffen, die zurzeit nur wenig oder keine älteren Mitarbeiter beschäftigen. Auch sie müssen als Folge der Alterung ihrer Belegschaft in absehbarer Zeit ihre Leistungen unter verstärkter Mitwirkung älterer Beschäftigter erbringen und sich um Ersatz für altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter bemühen. Allein durch die alle Unternehmen treffende Alterung ihrer Belegschaften wird sich in den nächsten Jahren die Fachkräftesituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft erheblich verschärfen, wenn nicht schon gegenwärtig erfolgreich praktizierte Verfahren der Personalentwicklung verstärkt und neue Ansätze entwickelt werden. Die in der Unternehmensbefragung signalisierten Fachkräftengpässe bei Ärzten, Altenpflegern und in weiteren spezifischen Tätigkeiten der Gesundheitswirtschaft zeigen, dass die bisherigen Reaktionen auf die

Wirkungen des demografischen Wandels nicht ausreichen. Nur bei Fortführung der bestehenden Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und nur mit zusätzlichen Anstrengungen der Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft kann einem akuten Fachkräftemangel vorgebeugt werden. In der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft besteht die dringende Notwendigkeit eine demografiefeste Fachkräftestrategie zu entwickeln.

Um den zu erwartenden Fachkräftebedarf in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft näher bestimmen zu können, ist es notwendig, beschäftigungsstrukturelle Veränderungen in den zentralen Teilbereichen der Branche zu betrachten. Nur wenn bekannt ist, wie sich einzelne Felder der Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren beschäftigungsseitig entwickelt haben und über welches Tätigkeitsspektrum sich der zu beobachtende Wandel erstreckt, lassen sich konkrete Maßnahmen zur Fachkräftesicherung ableiten.

## 4 Beschäftigungsstrukturen und Entwicklung der Nachfrage nach Fachkräften in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Entgegen der regionalen Arbeitsmarktentwicklung ist in fast allen Teilbereichen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren ein positives SV-Beschäftigtenwachstum zu beobachten. Von herausragender Relevanz sind hierbei zum einen die beschäftigungsstarken Branchensegmente der Gesundheitsversorgung und Pflege sowie der sich hochdynamisch entwickelnde Bereich Forschung und Entwicklung, der auch aufgrund seiner Strahlkraft von überdurchschnittlicher Bedeutung für regionale Arbeitsmarktstrukturen und -prozesse ist. Die Rekonstruktion der Beschäftigungsstrukturen in diesen Wirtschaftsbereichen verweist auf zentrale Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Fachkräftesicherung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft.

### 4.1 Breite Branchenbasis der Gesundheitswirtschaft in der Berlin-Brandenburger Region

Der Blick auf die Branchenstruktur der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg zeigt, dass sich die positive Beschäftigungsentwicklung auf breiter Basis vollzieht. Mit Ausnahme der Berliner Krankenhäuser zeichnen sich im Zeitraum 1999 bis 2007 alle Branchen der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg durch ein deutliches Wachstum der Beschäftigung aus. Die höchste Wachstumsdynamik erreichten gewerbliche Branchen der Gesundheitswirtschaft:

- in Berlin die Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Gesundheitsberatung, chemische Untersuchung sowie die Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen,
- in Brandenburg die Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen und die Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Gesundheitsberatung.

Alle Branchen der Gesundheitswirtschaft (Ausnahme Krankenhäuser in Berlin) haben sich positiver als die Gesamtbeschäftigung in beiden Bundesländern entwickelt. Dadurch sind auch ihre Anteile an der jeweiligen Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten gestiegen (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007**

Branchen	Bundesland	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte		Bestandsentwick.	Anteil an allen SV-pfl. Beschäftigten des Bundeslandes	
		1999	2007		1999	2007
Krankenhäuser, einschl. Krankentransport und Rettungsdienste	Berlin	65.014	50.174	-22,8%	5,75%	4,79%
	Bbg.	33.239	33.949	+2,1%	4,00%	4,68%
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	35.748	43.764	+22,4%	3,16%	4,18%
	Bbg.	24.742	29.016	+17,3%	2,98%	4,00%
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	27.258	34.127	+25,2%	2,41%	3,26%
	Bbg.	15.361	18.233	+18,7%	1,85%	2,52%
Herstellung von pharmazeutischen und chemischen Erzeugnissen	Berlin	9.755	10.467	+7,3%	0,86%	1,00%
	Bbg.	865	1.206	+39,4%	0,10%	0,17%
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	2.501	5.182	+107,2%	0,22%	0,49%
	Bbg.	521	690	+32,2%	0,06%	0,10%
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	4.422	6.310	+42,7%	0,39%	0,60%
	Bbg.	3.669	4.282	+16,7%	0,44%	0,59%
Krankenversicherungen, Organisationen des Gesundheitswesens	Berlin	7.542	7.566	+0,3%	0,67%	0,72%
	Bbg.	6.141	6.491	+5,7%	0,74%	0,90%
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	152.239	157.589	+3,5%	13,45%	15,04%
	Bbg.	84.538	93.865	+11,0%	10,17%	12,95%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Die Angaben zu den Anteilen zeigen darüber hinaus, dass die Mehrzahl der einzelnen Branchen wie auch die Gesundheitswirtschaft insgesamt in Berlin im Vergleich zu Brandenburg einen höheren Stellenwert für die Beschäftigungsentwicklung haben. Einzig die Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens sind in Brandenburg von größerer Beschäftigungsrelevanz als in Berlin.

Auch in Relation zur Größe und Erwerbsstruktur der Bevölkerung wird deutlich, dass die Brandenburger Gesundheitswirtschaft noch nicht die gleiche Bedeutung für die Beschäftigungsentwicklung des Landes hat wie in Berlin. Laut Landesamt für Bauen und Verkehr (LBV) belief sich die Wohnbevölkerung in Berlin im Jahr 2007 auf 3.416.255 Personen (Landesamt für Bauen und Verkehr 2008). Bei insgesamt 1.047.812 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Jahr lag die Beschäftigtenquote in Berlin bei 30,7 Prozent. Die Beschäftigtenquote bezogen auf die Wohnbevölkerung in Brandenburg betrug im gleichen Jahr 28,6 Prozent (724.856 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bei 2.535.737 Einwohnern). Trotz der im Vergleich zu Berlin geringeren Beschäftigtenquote fällt der Beschäftigtenanteil der Gesundheits- und Pflegebereiche in Brandenburg geringer aus als in Berlin. Ausgehend von den unterschiedlichen Anteilswerten an der Gesamtbeschäftigung bestehen in Brandenburg insbesondere in der pharmazeutischen Industrie, der Forschung und Entwicklung medizinischer Produkte und in den Arztpraxen geringere Beschäftigungspotenziale. An diesen Unterschieden wird zugleich deutlich, dass die Interpretation der Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft einer Region nicht zu eng an die Bevölkerungszahl und -struktur einer Region gebunden werden darf. Besonders in den gewerblichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft können durch überregionalen Export Beschäftigungspotenziale entstehen, die über die Anforderungen an die Versorgung der Bevölkerung der Region hinausgehen.

Die einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft weisen erhebliche Unterschiede in ihrem Beschäftigungsvolumen auf. Den größten Fachkräfteeinsatz haben die Krankenhäuser, die gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen des Sozialwesens (insbesondere die Pflegeeinrichtungen) und die Praxen. In diesen drei Bereichen sind mit rund 210.000 Personen 83 Prozent der 251.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der in Tabelle 3 aufgeführten Bereiche der Gesundheitswirtschaft tätig. Bei Einbeziehung der Handelsbranche in die Grundgesamtheit dürfte der Beschäftigtenanteil des Gesundheits- und Sozialwesens an der Gesundheitswirtschaft direkter bei 80 Prozent, aber auch dann noch über dem entsprechenden deutschlandweiten Durchschnittswert liegen.

Nachfolgend wird auf die Entwicklung in den drei beschäftigungsintensivsten Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft sowie auf die Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung näher eingegangen, um wesentliche Herausforderungen der Fachkräftesituation in diesem Wirtschaftszweig konkreter darstellen zu können.

## 4.2 Beschäftigungsentwicklung in den Krankenhäusern

Der Krankenhausbereich ist in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft die Branche mit den meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. In der Krankenhausbranche sind sowohl in Berlin als auch in Brandenburg fast 5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten tätig. Im Jahr 2007 gab es in Berlin 71 Krankenhäuser mit insgesamt 19.627 Betten und zwei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Angaben des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg). Zusätzlich zu den sog. Plankrankenhäusern werden Krankenhäuser betrieben, die nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sind und jeweils einen Versorgungsvertrag mit den Kostenträgern (Krankenkassen) abgeschlossen haben. Unter Einbeziehung dieser Einrichtungen bestanden am 30.06.2008 im Land Berlin 83 Krankenhäuser mit einer Gesamtkapazität von 21.830 Betten (Angaben der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz). In Brandenburg gab es 2007 insgesamt 47 Krankenhäuser und 27 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Angaben des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg). Sowohl große als auch kleine öffentliche und private Krankenhausbetreiber prägen die Betriebsstruktur. Mehrere Krankenhäuser gehören zu den größten Betrieben der Region.

Mit der Charité befindet sich das größte Universitätsklinikum Europas in der Region. Sie beschäftigt 14.500 Mitarbeiter, darunter 3.750 Ärzte und Wissenschaftler, 4.200 Schwestern und Pfleger, 750 Verwaltungsmitarbeiter sowie 250 Professorinnen und Professoren (Stand 2009). Die Charité ist nicht nur ein großes universitäres Krankenhaus der Maximalversorgung und eine auch international geschätzte Ausbildungsstätte (7.300 Studenten und mehrere Graduiertenkollegs), sondern zugleich eines der größten Zentren für Forschung und Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Das Universitätsklinikum, zu dem 107 Kliniken und Institute gehören, hat 3.200 Betten. Diese Kapazität steht der Gesamtregion Berlin-Brandenburg zur Verfügung, da in Brandenburg keine eigenen universitären Angebote bestehen. Mehrere Brandenburger Krankenhäuser sind Akademische Lehrkrankenhäuser der Charité. Die Charité erwirtschaftet rund eine Milliarde Euro Umsatz pro Jahr. Ihr jährliches Forschungsbudget beträgt über 100 Millionen Euro. Im Jahr 2010 kann die Charité auf eine 300-jährige Geschichte zurückblicken.

Das landeseigene Unternehmen Vivantes ist größter Krankenhauskonzern Berlins und der größte kommunale Krankenhauskonzern Deutschlands. Das Unternehmen verfügt über neun Krankenhäuser mit 5.100 Betten in etwa 100 Kliniken und Instituten sowie über 12 Senioreneinrichtungen mit rd. 1.500 Plätzen. Vivantes gehört ebenfalls zu den größten Arbeitgebern der Stadt. Es beschäftigt 13.000 Mitarbeiter auf ca. 10.000 Vollkräftestellen, darunter auf etwa 3.500 Vollkräftestellen im Pflegedienst und auf rd. 1.500 Vollkräftestellen im ärztlichen Dienst. Im Jahr 2008 hatte das Unternehmen einen Umsatz von etwa 740 Millionen Euro, davon 655 Millionen Euro im Krankenhausbereich. Die hohe

Personalintensität der Krankenhausbranche wird an der Personalaufwandsquote dieses Unternehmens deutlich: 71 Prozent des Konzernumsatzes im Jahr 2008 waren Personalkosten (Vivantes 2009).

In Brandenburg ist die kommunale Gesellschaft für Leben und Gesundheit größter Krankenhausbetreiber (4 Krankenhäuser und mehrere medizinische Einrichtungen in den Landkreisen Barnim und Uckermark, 2.300 Beschäftigte).

#### 4.2.1 Stabilisierung des Beschäftigungsniveaus wahrscheinlich, Erweiterungsbedarf möglich

Die Beschäftigungsentwicklung der Berliner Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren im deutlichen Unterschied zum Gesamttrend der Gesundheitswirtschaft negativ verlaufen. Der starke Beschäftigungsrückgang ist eine Folge des Abbaus der Überkapazitäten, die vor allem im ehemaligen Westteil der Stadt auf der Stufe der Zentral- und Maximalversorgung bestanden, wie auch der Zentralisierung von Leistungen innerhalb der Krankenhauskonzerne (bspw. im Verwaltungsbereich und in den medizinischen Servicebereichen Labor und Apotheke bei Vivantes) sowie der Ausgründung und Auslagerung von Dienstleistungsbereichen. Im Zuge der Strukturveränderungen verringerte sich in Berlin allein zwischen 1999 und 2007 die Bettenkapazität der von 74 auf 71 reduzierten (Plan)Krankenhäuser um rund 4.500 Betten. In Brandenburg ging in der gleichen Zeit die Zahl der Krankenhäuser von 53 auf 47 zurück und die Bettenkapazität verringerte sich um rund 1.000 Betten. Während in Berlin diese Entwicklung mit einem sehr deutlichen Beschäftigungsabbau verbunden war, wurde in Brandenburg der Beschäftigungsabbau im Pflegebereich der Krankenhäuser vor allem durch eine starke Zunahme der Ärzte kompensiert. Inzwischen (2007) liegt die Krankenhausbettendichte in beiden Bundesländern unter dem Bundesdurchschnitt. Die Patientenfallzahl je 100.000 Einwohner und die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern entsprechen in Berlin und Brandenburg dem Bundesdurchschnitt. Die Bettenauslastung liegt in Berlin mit 82 Prozent und in Brandenburg mit 79 Prozent über dem Bundesdurchschnitt von 77 Prozent.

Diese Kapazitätsentwicklungen der Berliner Krankenhäuser wurden bereits seit 2004 von einer sich abschwächenden Dynamik des Beschäftigungsabbaus begleitet (vgl. Tabelle 4).



Tabelle 4: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Berlin-Brandenburger Krankenhäusern, 1999 bis 2007

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Berlin	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	1.131.645	1.139.096	1.125.714	1.103.776	1.065.424	1.042.262	1.013.758	1.024.464	1.047.812
	Beschäftigte der Krankenhäuser	65.014	63.950	62.123	59.795	53.863	52.021	50.602	49.439	50.174
	Beschäftigtenanteil Krankenhäuser	5,7%	5,6%	5,5%	5,4%	5,1%	5,0%	5,0%	4,8%	4,8%
	Entwicklung zum Vorjahr		-1.063	-1.828	-2.328	-5.932	-1.843	-1.419	-1.164	+735
Brandenburg	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	830.947	811.036	778.772	759.775	732.935	715.500	698.915	705.763	724.856
	Beschäftigte der Krankenhäuser	33.239	33.087	33.291	33.605	33.878	34.046	34.286	34.392	33.949
	Beschäftigtenanteil der Krankenhäuser	4,0%	4,1%	4,3%	4,4%	4,6%	4,8%	4,9%	4,9%	4,7%
	Entwicklung zum Vorjahr		-152	+204	+314	+273	+168	+240	+106	-443

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

In den Jahren 2004 bis 2006 ging der Beschäftigungsabbau schrittweise zurück und 2007 wurde erstmals wieder Beschäftigung aufgebaut. In den Brandenburger Krankenhäusern entwickelte sich der Beschäftigungsaufbau nach 2002 tendenziell rückläufig. 2007 kam es zu einem Abbau der Beschäftigung in den Brandenburger Krankenhäusern.

Inwieweit es in den nächsten Jahren zu einem weiteren Abbau der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern der Region kommt und ob dieser mit einem Beschäftigungsabbau verbunden wäre, kann an dieser Stelle nicht fundiert eingeschätzt werden. Die Beschäftigungswirkungen einiger Entwicklungen im Krankenhausbereich – wie bspw. die Substitution bisher vollstationärer durch ambulante Behandlungen – sind noch nicht genügend bekannt. Aus den in Kapitel 3 dargelegten Wirkungen der demografischen Entwicklung kann aber bei der Einschätzung der weiteren Entwicklung des Fachkräftebedarfs eher abgeleitet werden, dass im Krankenhausbereich in den nächsten drei bis fünf Jahren das gegenwärtige Beschäftigungsniveau zumindest beibehalten wird. Wahrscheinlich entsteht sogar Erweiterungsbedarf. Diese Annahme wird durch die HealthCapital-Unternehmensbefragung gestützt, in der zwei Drittel der befragten Berliner wie auch Brandenburger Krankenhäuser von einem gleichbleibenden Beschäftigungsniveau ausgehen und von dem restlichen Drittel mehr Betriebe eine steigende als eine sinkende Beschäftigung annehmen. Ein Beschäftigungszuwachs von jährlich einem Prozent würde in der Region einen Erweiterungsbedarf für die Krankenhausbranche in der Größenordnung von rund 700 Fachkräften pro Jahr auslösen.

#### 4.2.2 Steigender altersbedingter Ersatzbedarf

Die demografische Entwicklung führt dazu, dass in den nächsten Jahren auch im Krankenhausbereich mit überdurchschnittlich hohen Rentenabgängen zu rechnen ist. Selbst wenn kein Fachkräftebedarf durch Erweiterung des Beschäftigtenbestandes entstehen sollte, werden die Krankenhäuser mit einem steigenden Bedarf an Fachkräften zum Ersatz für altersbedingt ausscheidende Beschäftigte konfrontiert.

In den Berliner Krankenhäusern hatte der starke Beschäftigungsabbau bis 2003 auch die Verringerung der Anzahl älterer Beschäftigter zur Folge (vgl. Tabelle 5). Seitdem nimmt ihre Zahl wieder zu, da jährlich stärker werdende Beschäftigtenjahrgänge aus der mittleren Altersgruppe in die Beschäftigtengruppe 50+ als Ersatz für altersbedingt ausscheidenden Beschäftigten nachrücken.

**Tabelle 5: Anzahl und Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern**

Beschäftigte 55 Jahre und älter		1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl der Beschäftigten	Berlin	8.237	7.503	6.405	6.611	7.147
	Brandenburg	3.488	3.214	3.089	3.383	3.810
Anteil an allen Beschäftigten der Branche, in Prozent	Berlin	12,7	12,1	11,9	13,1	14,2
	Brandenburg	10,5	9,7	9,1	9,9	11,2

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Mit einem Anteil von 14,2 Prozent Älterer liegt dieses Branchensegment deutlich über dem Berlin-Brandenburger Durchschnitt und belegt den Spitzenwert innerhalb der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. In den Brandenburger Krankenhäusern steigt ebenfalls seit 2003 wieder die Beschäftigung Älterer.

In den Krankenhäusern der Berlin-Brandenburger Region scheiden im Zeitraum 2007 bis 2012 über 10.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit aus. Bei gleichbleibendem Beschäftigtenbestand müssen sie durch neu zu rekrutierende Fachkräfte ersetzt werden. Pro Jahr ergibt dies durchschnittlich einen Einstellungsbedarf von rund 2.000 Fachkräften für die Krankenhäuser der Region.

#### 4.2.3 Breites Spektrum berufsfachlicher Anforderungen

Im Krankenhausbereich sind die Fachkräfte in einem breiten Spektrum berufsfachlicher Anforderungen tätig. Sowohl das ärztliche als auch das nichtärztliche Personal ist in einer Vielzahl unterschiedlicher Fachgebiete eingesetzt.

Tabelle 6: Tätigkeitsstrukturen in der Krankenhausbranche der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft (Stand 31.12.2007)

Tätigkeitsbereiche	Krankenhäuser Berlin		Krankenhäuser Brandenburg		Reha-Einrichtungen Brandenburg*		Krankenhausbranche Berlin-Brandenburg	
	Insges.	Teilz.	Insges.	Teilz.	Insges.	Teilz.	Insges.	Teilz.
	Beschäftigte							
Ärzte	7.432	1.100	3.516	367	346	k. A.	11.294	1.467
nichtärztliches Personal	34.985	12.782	19.171	6.000	3.541	994	57.697	19.776
	darunter							
Pflegedienst	15.088	6.716	9.553	2.761	996	165	25.637	9.642
Medizinisch-technischer Dienst	7.563	2.636	3.150	1.219	1.069	357	11.782	4.212
Funktionsdienst	5.057	1.992	2.750	924	216	75	8.023	2.991
Klinisches Hauspersonal	418	235	598	195	73	33	1.089	463
Wirtschafts- u. Versorgungsdienst	1.612	326	1.079	470	554	232	3.245	1.028
Technischer Dienst	856	73	365	39	131	8	1.352	120
Verwaltungsdienst	3.173	701	1.412	353	378	103	4.963	1.157
Sonst. Personal (u.a. Zivildienstl.)	982	46	500	41	108	19	1.590	106
Schüler/-innen und Auszubildende	2.479		1.897		56		4.432	
dar. in der Krankenpflege	2.116		1.724				3.840	
Beschäftigte insgesamt	44.533	13.882	24.411	6.367	3.887	994	72.831	21.243
* In Berlin gibt es seit 2006 nur noch zwei Vorsorge-/Reha-Einrichtungen. Zu ihnen werden aus Datenschutzgründen keine Mitarbeiterangaben veröffentlicht.								
Quelle: Berechnet nach Daten der Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg 2003 bis 2030 des Landesbetriebes für Datenverarbeitung und Statistik								

Die fachliche Breite des Fachkräftebedarfs wird bereits auf der in Tabelle 6 wiedergegebenen, aggregierten Darstellungsebene der Tätigkeiten deutlich. Entsprechend hoch sind die personalpolitischen Herausforderungen für die Betriebe dieser Branche in der Fachkräftegewinnung und -entwicklung. Denn diese Vielfalt des Fachkräfteeinsatzes, die auf der Branchenebene zu erkennen ist, bestimmt in der Regel auch die Beschäftigtenstruktur der einzelnen Betriebe.

In den Krankenhäusern der Berlin-Brandenburger Region sind über 40 ärztliche Fachgebiete vertreten. Zahlenmäßig am stärksten besetzt sind in den Berlin-Brandenburger Krankenhäusern die Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Aber auch kleiner besetzte Fachgebiete bilden einen wichtigen Bestandteil des Leistungsprofils des Berlin-Brandenburger Gesundheitswesens. Mehrere Fachgebiete bzw. Einrichtungen genießen aufgrund der großen Kompetenz ihrer Fachkräfte überregional und sogar international einen guten Ruf, was dazu beiträgt, dass auch Patienten aus dem Ausland Krankenhäuser der Region zur Behandlung aufsuchen. So kommen im Deutschen Herzzentrum Berlin jährlich zwischen 5 und 8 Prozent der Patienten aus dem Ausland. Generell üblich sind in Deutschland in den wenigen Kliniken, die überhaupt einen nennenswerten Anteil an ausländischen Patienten versorgen, ca. 1 bis 2 Prozent.

Fast die Hälfte des nichtärztlichen Personals ist im Pflegedienst (Dienst am Krankenbett) beschäftigt. Die hier tätigen Fachkräfte sind examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen-/pfleger. Nur ein sehr geringer Teil (unter 1 Prozent) hat lediglich die Qualifikation als Krankenpflegehelfer/-in. Die starke

Beschäftigtenzunahme dieser Qualifikationsgruppe während der vergangenen Jahre muss sich primär außerhalb des Krankenhausbereiches vollzogen haben.

Im Unterschied zum Krankenpflegedienst, in dem weitgehend eine einzige fachliche Richtung das Anforderungsprofil an die Beschäftigten dominiert, ist im medizinisch-technischen Dienst (bspw. Laboratorien, Röntgen-, EKG-, EEG-Abteilungen, Physiotherapie- und Massageabteilungen) die Unterschiedlichkeit in der fachlichen Kompetenz des Personals besonders groß. Zu den größten Fachkräftegruppen gehören hier die medizinisch-technischen Laborassistenten/-innen, die Radiologieassistenten/-innen, Krankengymnasten/-innen und Physiotherapeuten/-innen, Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen sowie Sozialarbeiter/-innen. Weiterhin werden diesem Tätigkeitsfeld der Krankenhausbranche Heilpädagogen/-innen, Diätassistenten/-innen, Masseur/-innen sowie Logopäden/-innen zugeordnet. Im Tätigkeitsbereich Funktionsdienst ist das Personal des Operationsdienstes, der Funktionsdiagnostik, der Anästhesie sowie der Ambulanzen und Polikliniken zusammengefasst.

Ein Fünftel des nichtärztlichen Personals der Berlin-Brandenburger Krankenhäuser – rd. 11.000 Beschäftigte – ist in Bereichen tätig, in denen vor allem die technische Funktion und die Verwaltung der Krankenhäuser sichergestellt wird. Hier sind berufliche Qualifikationen gefragt, die nicht oder nicht branchenspezifisch nur in der Gesundheitswirtschaft erworben werden können. Neben Betriebsingenieuren und Fachkräften für verschiedene handwerkliche Tätigkeiten der Betreuung und Instandsetzung der Haustechnik (rd. 2.500 Fachkräfte), Köche und weiteres Personal für die Küchen (rd. 1.000 Beschäftigte) sind im Verwaltungsdienst rd. 5.000 Beschäftigte in Qualifikationen, die von der Bürohilfskraft bis hin zu akademisch gebildeten Betriebswirten und Gesundheitsdienstmanagern reichen.

Insgesamt wird der Wettbewerb um qualifiziertes Personal auch für die Berliner und die Brandenburger Krankenhäuser an Bedeutung und Schärfe gewinnen. Aufgrund der besonderen Arbeitsbedingungen (24 Stunden Versorgung, Schichtbetrieb, hohe physische und psychische Belastung in einzelnen Berufsfeldern) stellt sich der personalpolitische Gestaltungsbedarf in Krankenhäusern besonders umfangreich dar. Gleichzeitig kann dessen Lösung aber auch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag im Berlin-Brandenburger Standortmarketing leisten. Die Attraktivität Berliner und Brandenburger Krankenhäuser für Ärzte und Pflegepersonal dürfte auch davon abhängen, inwieweit es gelingt, arbeitnehmerfreundliche Beschäftigungsmodelle – Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Programme zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – einzuführen und zu kommunizieren. Bereits gegenwärtig ist zu erkennen, dass die sog. weichen Beschäftigungsfaktoren innerhalb dieses Wirtschaftsbereichs immer wichtiger, möglicherweise sogar zur Schlüsselfrage für die Lösung von Fachkräfteproblemen werden. Um den Bedarf an nicht-ärztlichem Fachpersonal auch zukünftig befriedigen zu können dürfte es für die Krankenhäuser noch wichtiger werden, ihre Arbeitsmarktbedeutung für technische und handwerkliche Berufe deutlich zu machen. Nur wenn es gelingt, die Beschäftigungsmöglichkeiten der Krankenhäuser in ihrer ganzen Breite darzustellen, lassen sich Fachkräfteengpässe in einzelnen Funktionsbereichen und damit Störungen des Betriebsablaufs vermeiden.

### 4.3 Beschäftigungsentwicklung in gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen des Sozialwesens

Die in dieser Arbeit der Gesundheitswirtschaft zugeordneten Einrichtungen des Sozialwesens weisen in der Berlin-Brandenburger Region mit einem Anteil von 4 Prozent an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ein fast ähnlich großes Beschäftigungspotenzial wie die Krankenhäuser auf. Im Unterschied zur Krankenhausbranche sind sie aber durch ein hohes Wachstum gekennzeichnet. Allein im Zeitraum 1999 bis 2007 sind in dieser Branche in Berlin rund 8.000 und in Brandenburg rund 4.000

neue sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse entstanden (vgl. Tabelle 7). Besonders in Zeiten generellen Beschäftigungsrückgangs war und ist diese Branche ein wichtiger stabilisierender Faktor für den Arbeitsmarkt der Region.

#### 4.3.1 Demografische Entwicklung sorgt für stabiles Beschäftigungswachstum der Branche

In Berlin ist es zu einer stetigen Zunahme an Beschäftigten in den Einrichtungen des Sozialwesens gekommen. Bei gleichzeitigem Rückgang der Gesamtbeschäftigung nimmt die relative Beschäftigungsrelevanz entsprechend beständig zu (insgesamt um einen Prozentpunkt von 3,2 Prozent im Jahr 1999 auf 4,2 Prozent in 2007). In Brandenburg gab es zwar im Jahr 2005 einen leichten Rückgang (das entspricht bezogen auf das Vorjahr einem Rückgang um 1,3 Prozent). Dennoch hat die Branche auch in Brandenburg konstant an Bedeutung gewonnen. Auch hier ist eine Zunahme des Beschäftigtenanteils zwischen 1999 und 2007 um einen Prozentpunkt (von 3,0 Prozent auf 4,0 Prozent) zu beobachten.

**Tabelle 7: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Einrichtungen des Sozialwesens in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007**

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Berlin	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	1.131.645	1.139.096	1.125.714	1.103.776	1.065.424	1.042.262	1.013.758	1.024.464	1.047.812
	Beschäftigte der Einrichtungen des Sozialwesens	35.748	36.800	37.544	37.979	38.978	39.460	40.204	41.525	43.764
	Beschäftigt.anteil des Sozialwesens	3,2%	3,2%	3,3%	3,4%	3,7%	3,8%	4,0%	4,1%	4,2%
	Entwicklung zum Vorjahr		+1.052	+744	+435	+999	+482	+744	+1.322	+2.239
Brandenburg	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	830.947	811.036	778.772	759.775	732.935	715.500	698.915	705.763	724.856
	Beschäftigte der Einrichtungen des Sozialwesens	24.742	25.358	25.511	25.724	26.365	27.159	26.804	27.837	29.016
	Beschäftigt.anteil des Sozialwesens	3,0%	3,1%	3,3%	3,4%	3,6%	3,8%	3,8%	3,9%	4,0%
	Entwicklung zum Vorjahr		+616	+153	+214	+640	+794	-354	+1.033	+1.179

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Die weitere Differenzierung des Analysefokus auf einzelne Bereiche des Sozialwesens zeigt, dass sich die Beschäftigung im Bereich der Alten- und Behindertenpflege (sowohl ambulant als auch stationär) in Berlin und in Brandenburg im Beobachtungszeitraum überdurchschnittlich positiv entwickelt hat (vgl. Tabelle 8). Da das beständige Wachstum bei den ambulanten sozialen Diensten auf einem für die Branche überdurchschnittlichen Beschäftigungsniveau stattfindet, ist dieser Trend besonders

hervorzuheben. Eine Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu Gunsten ambulanter Dienste zeichnet sich aber nicht ab.<sup>6</sup>

**Tabelle 8: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in gesundheitswirtschaftlichen Bereichen des Sozialwesens in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007**

		1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Einrichtungen des Sozialwesens insges.	Berlin	35.748	37.544	38.978	40.204	43.764	+22,4%
	Bbg.	24.742	25.511	26.365	26.804	29.016	+17,3%
Altenwohnheime	Berlin	1.277	1.844	2.201	2.435	2.248	+76,0%
	Bbg.	575	578	747	828	926	+61,2%
Altenheime	Berlin	3.469	3.690	4.262	4.880	4.502	+29,8%
	Bbg.	1.138	1.298	1.488	2.316	2.354	+106,9%
Altenpflegeheime	Berlin	5.912	6.707	7.354	7.658	8.657	+46,4%
	Bbg.	5.546	6.199	6.661	6.146	6.845	+23,4%
Heime für werdende Mütter	Berlin	61	70	92	119	127	+109,8%
	Bbg.	Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Auswertung nicht möglich.					
Einrichtungen zur Pflege Behinderter	Berlin	2.181	2.215	2.305	2.813	3.312	+51,8%
	Bbg.	2.416	2.251	2.251	3.050	3.211	+32,9%
Ambulante soziale Dienste	Berlin	9.140	8.733	9.091	9.475	12.093	+32,3%
	Bbg.	4.892	5.087	5.327	5.836	6.078	+24,2%
Organisationen der Wohlfahrtspflege <sup>7</sup>	Berlin	13.050	13.716	12.991	12.082	11.883	-8,9%
	Bbg.	9.854	9.728	9.709	8.485	9.475	-3,9%
Sonstiges Sozialwesen	Berlin	587	513	622	689	890	+51,7%
	Bbg.	312	359	177	141	124	-60,4%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, August 2008, eigene Berechnungen

Die Daten zur Beschäftigung zeigen, dass sich in den verschiedenen Bereichen länderspezifische Entwicklungsverläufe abzeichnen. Bei den Altenwohnheimen ist es in Berlin nach einer starken Wachstumsphase seit 2004 zu einer Stagnation bzw. einem Rückgang der Beschäftigtenzahlen gekommen. In Brandenburg hingegen hat sich die positive Entwicklung bis 2007 fortgesetzt. Auch bei den Altenheimen sind in Berlin seit 2005 rückläufige Beschäftigtenzahlen zu beobachten. Nach einem enormen Wachstumsschub bei den Brandenburger Altenheimen im Jahr 2004 konnte sich das Wachstum auch in den Folgejahren stabilisieren – wenn auch auf einem moderaten Niveau. Die Entwicklung bei den Altenpflegeheimen verläuft in Brandenburg und in Berlin hingegen annähernd parallel, wobei der Trend in Brandenburg in den letzten Jahren etwas an Schwung verloren hat. Das Wachstum bei den Pflegeheimen zeigt, dass nicht nur die Betreuung älterer Menschen, sondern auch die Pflege an Bedeutung gewinnt. Hier entsteht Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal. Bei den Einrichtungen zur Pflege Behinderter und den ambulanten sozialen Diensten schneidet Berlin im Hinblick auf das relative Beschäftigungswachstum in den letzten Jahren besser ab als Brandenburg. Hinweise auf grundsätzlich unterschiedliche Trends beider Länder lassen sich aus den geringen Schwankungen aber nicht ableiten.

<sup>6</sup> Die Ergebnisse der Betriebsbefragung lassen vermuten, dass ein erheblicher Teil des Beschäftigungsaufbaus auf Betriebsgründungen zurückzuführen ist. Inwieweit es sich hierbei um einen Trend im Bereich der ambulanten Pflege handelt, bedarf der Prüfung.

<sup>7</sup> Die Zuordnung der Organisationen der Wohlfahrtspflege zum Bereich Einrichtungen des Sozialwesens ist vermutlich nicht optimal. Insgesamt wird die voran stehend skizzierte Beschäftigungsbedeutung der Einrichtungen des Sozialwesens dadurch überschätzt. Da die Beschäftigungsentwicklung bei den Organisationen der Wohlfahrtspflege negativ ausfällt, werden die dargestellten Entwicklungstrends hingegen unterschätzt.

Im Hinblick auf die Fachkräftesituation ist wesentlich, dass trotz der Schwankungen in Teilbereichen der Branche insgesamt ein stetiger Beschäftigungsaufbau stattfinden. Wenn der seit 2005 bzw. 2006 zu beobachtende Trend zum Beschäftigungsabbau in den Berliner Altenwohnheimen und Altenheimen bzw. die jüngste Entwicklung in den ambulanten sozialen Diensten in Brandenburg anhalten sollte und wenn der Beschäftigungsabbau nicht durch Verrentung realisiert wird, wäre zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen das freigesetzte Personal zur Befriedigung des Personalbedarfs expandierender Betriebe gewonnen werden kann. Sollten sich derartige gegenläufige Beschäftigungstrends verstetigen, könnte die Organisation eines branchenspezifischen Vermittlungsdienstes sinnvoll sein, der bereits im Vorfeld vorgesehener Entlassungen Informationen der entsprechenden Betriebe erhält und die unmittelbare Weiterbeschäftigung freigesetzter Fachkräfte in Personal suchenden Betrieben der Branche wirksam unterstützt.

#### 4.3.2 Günstige Prognose für weiteres Beschäftigungswachstum

Die Nachfrage nach Leistungen der Einrichtungen des Sozialwesens ist nur in geringem Maße von konjunkturellen Entwicklungen beeinflusst. Der überdurchschnittliche Beschäftigungsaufbau in Berlin und Brandenburg ist im Wesentlichen von strukturellen, von der demografischen Entwicklung bestimmten Rahmenbedingungen abhängig.

Die demografischen Rahmenbedingungen lassen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit weiteres Beschäftigungswachstum in der Branche erwarten. In der HealthCapital-Unternehmensbefragung gab die Hälfte der befragten Berliner Unternehmen dieser Branche eine entsprechende Prognose für sich ab. Die andere Hälfte geht von gleichbleibender Mitarbeiterstärke aus. In Brandenburg werden die weiteren Aussichten ebenfalls überwiegend positiv gesehen. Rund 40 Prozent der befragten Betriebe der Branche erwarten eine Erweiterung ihrer Belegschaft. Über die Hälfte der Betriebe rechnet mit gleichbleibender Beschäftigung. Nur ein geringer Teil (7 Prozent) prognostiziert eine Verringerung des Mitarbeiterbestands.

Diese insgesamt optimistische Einschätzung der Unternehmen berechtigt zur Extrapolation der positiven Beschäftigungsentwicklung der vergangenen Jahre in die nächste Zeit. Die Fortsetzung der Bestandsveränderung des Zeitraumes 2003 bis 2007 in den darauf folgenden Jahren bis 2012 ergibt einen jährlichen Erweiterungsbedarf in Berlin in der Größenordnung von rund 1.000 Fachkräften und in Brandenburg in der Größenordnung von rund 500 Fachkräften. Beide Angaben können aber nur als grobe Orientierung dienen. Würden die Bestandsveränderungen nur der Jahre 2006 und 2007 für die Überlegungen zur weiteren Entwicklung herangezogen werden, könnte der voraussichtliche Erweiterungsbedarf sogar noch höher ausfallen.

#### 4.3.3 Steigender altersbedingter Ersatzbedarf

Auch in dieser Branche wird der Renteneintritt Beschäftigter mittelfristig zu einem bedeutenden Bedarf an neu einzustellenden Fachkräften führen.

In den zur Gesundheitswirtschaft zählenden Einrichtungen des Sozialwesens der Region ist in den vergangenen Jahren die Zahl der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter wie auch ihr Anteil an allen Beschäftigten der Branche gestiegen (vgl. Tabelle 9). Mit einem Anteil von 12,6 bzw. 13,3 Prozent Älterer liegt dieses Branchensegment deutlich über dem Durchschnitt der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft.

**Tabelle 9: Anzahl und Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Einrichtungen des Sozialwesens**

Beschäftigte 55 Jahre und älter		1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl der Beschäftigten	Berlin	4.274	4.126	4.181	4.472	5.517
	Brandenburg	2.952	2.823	2.881	3.039	3.862
Anteil an allen Beschäftigten der Branche, in Prozent	Berlin	12,0	11,0	10,7	11,1	12,6
	Brandenburg	11,9	11,1	10,9	11,3	13,3

*Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, August 2008, eigene Berechnungen*

In den Einrichtungen des Sozialwesens der Berlin-Brandenburger Region scheiden im Zeitraum 2007 bis 2012 annähernd 10.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit aus. Bei gleich bleibendem Beschäftigtenbestand müssen sie durch neu zu rekrutierende Fachkräfte ersetzt werden. Pro Jahr ergibt dies durchschnittlich einen Einstellungsbedarf von rund 2.000 Fachkräften für die zur Gesundheitswirtschaft zählenden Einrichtungen des Sozialwesens der Region.

#### 4.3.4 Starke Zunahme von Betrieben im Bereich der Pflegedienste

Der Bereich ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen – der Kernbereich der zur Gesundheitswirtschaft gehörenden Einrichtungen des Sozialwesens – weist nicht nur hinsichtlich des Beschäftigtenbestandes sondern auch in Bezug auf die Anzahl der Betriebsstätten eine hohe Entwicklungsdynamik auf (vgl. Tabelle 10).

**Tabelle 10: Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal in Berlin und Brandenburg 1999, 2005 und 2007**

	Pflegeeinrichtungen Berlin			Pflegeeinrichtungen Brandenburg		
	1999	2005	2007	1999	2005	2007
Pflegebedürftige	80.871	96.134	*	64.340	74.600	*
Pflegeheime						
Anzahl	316	350	364	261	320	*
Personal	14.581	17.178	17.735	8.974	12.497	*
Ambulante Pflegedienste						
Anzahl	310	422	431	516	509	*
Personal	11.648	14.574	16.085	5.827	7.713	*
Personal insgesamt	26.229	31.752	33.820	14.801	20.210	

*\* keine veröffentlichten Angaben in der Zeit der Erarbeitung der Studie verfügbar*  
*Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, August 2008, eigene Berechnungen*

Die Mehrzahl der stationären wie auch der ambulanten Pflegeeinrichtungen erreicht mittelständische Betriebsgrößen. In diesen Größenklassen bestehen in der Regel innerbetrieblich gesonderte Verantwortungsbereiche personalpolitischer Kompetenz. Im Pflegedienstbereich bestehen daher günstigere Voraussetzungen als bspw. im Bereich der Praxen für eigenständige Aktivitäten der Personalgewinnung und -entwicklung. In Berlin hatten 2007 die Pflegeheime durchschnittlich 49 Beschäftigte und die ambulanten Pflegedienste 37 Beschäftigte. In Brandenburg bedingt die große



räumliche Verteilung des Pflegebedarfs kleinere Betriebsstätten. Besonders im ambulanten Pflegedienst, wo zum Teil die Pflegebedürftigen mehrmals täglich aufgesucht werden müssen, ist die bevölkerungsnahе Versorgung entscheidend. Obwohl Brandenburg rund 900.000 Einwohner weniger hat, existieren hier fast genauso viele Pflegeheime und deutlich mehr ambulante Pflegedienste als in Berlin. 2005 hatten Brandenburger Pflegeheime durchschnittlich 39 Beschäftigte und die ambulanten Pflegedienste 15 Beschäftigte.

#### 4.3.5 Hohe Konzentration der beruflichen Tätigkeit bei gleichzeitig vielfältigen Berufsabschlüssen der Beschäftigten

Rund drei Viertel der Beschäftigten dieser Branche sind in der unmittelbaren Pflege von pflegebedürftigen Personen tätig (vgl. Tabelle 11). Dabei bestehen allerdings Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Pflege. In der ambulanten Pflege sind 60 Prozent der Beschäftigten in der sog. Grundpflege und 20 Prozent in der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig. In den stationären Einrichtungen sind rd. 80 Prozent der Mitarbeiter direkt pflegerisch eingesetzt.

Tabelle 11: Tätigkeitsbereiche des Personals der Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007

Tätigkeitsbereich	Personal insgesamt	
	absolut	%
Personal insgesamt	33.820	100
davon im Tätigkeitsbereich		
Pflegedienstleitung, Grundpflege, Pflege und Betreuung, soziale Betreuung	24.682	73,0
Hauswirtschaftliche Versorgung, Hauswirtschaftsbereich	5.226	15,5
Haustechnischer Bereich	388	1,1
Verwaltung, Geschäftsführung	1.997	5,9
Sonstiger Bereich	1.527	4,5

Quelle: Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008

Obwohl in der Branche eine hohe Konzentration der Beschäftigten auf eine berufliche Tätigkeit besteht, weisen die Beschäftigten ein vielfältiges Spektrum beruflicher Ausbildung auf. Nur 18 Prozent des Personals der Berliner Pflegeeinrichtungen haben einen Berufsabschluss als staatlich anerkannte Altenpflegerin/anerkannter Altenpfleger bzw. -helfer. 27 Prozent der Beschäftigten sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. -helfer. Über die Hälfte des Personals kommt aus anderen Fachrichtungen.

Diese Struktur der Berufsabschlüsse der Beschäftigten der Pflegedienstbranche ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass bisher die Attraktivität der Pflegeberufe, insbesondere der Ausbildung zum Altenpfleger, trotz der sehr guten Beschäftigungschancen in dieser beruflichen Tätigkeit unzureichend ist.

## 4.4 Beschäftigungsentwicklung in den Praxen

Der Bereich der Praxen gehört ebenfalls zu den großen Branchen der Gesundheitswirtschaft. Unter Einbeziehung der Freiberufler und Selbständigen ist der Bereich der Praxen hinsichtlich des Beschäftigungsvolumens sogar die größte Branche der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Im Bereich der Praxen ist ähnlich wie in der Krankenhausbranche eine breite Vielfalt fachlicher

Spezialisierungen vertreten. Im Unterschied zur Krankenhausbranche ist diese Vielfalt jedoch nicht primär innerhalb der einzelnen Einrichtungen gegeben. Die Praxen sind in der Regel relativ spezialisierte Betriebe mit einer begrenzten Anzahl beruflicher Tätigkeiten und entsprechender Struktur des Fachkräftebedarfs. Die fachliche Breite der Beschäftigten dieses Bereiches der Gesundheitswirtschaft ergibt sich aus der vielfältigen Leistungsstruktur der Gesamtheit der Praxen (vgl. Tabelle 12).

**Tabelle 12: Tätigkeitsbereiche der Praxen in Berlin und Brandenburg 2007**

Tätigkeitsbereich	Beschäftigte in Praxen	
	Berlin	Brandenburg
Ärztinnen/Ärzte in ambulanten Einrichtungen (Praxisinhaber/innen, Angestellte)	7.348	3.436
Zahnärztinnen/-ärzte in ambulanten Einrichtungen (Praxisinhaber/innen, Angestellte)	3.597	1.765
Psychotherapeutinnen/-therapeuten in ambulanten Einrichtungen	1.672	*
Selbständiges Medizinalfachpersonal (Heilpraktiker, Krankenpfleger, Hebammen, Logopäden)	7.068	*
Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Masseurinnen/Masseure, med. Bademeister/innen	4.332	*
Sprechstundenhelfer/innen, medizin. und zahnmedizin. Fachangestellte, Arztsekretärinnen	18.286	*
Geringfügig entlohnte Beschäftigte	9.118	*
Insgesamt	51.421	

*\* keine veröffentlichten Angaben in der Zeit der Erarbeitung der Studie verfügbar*  
*Quelle: Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008*

Ärztliche Praxen bestehen in der Berlin-Brandenburger Region zu den rund 40 Facharzttrichtungen. Am stärksten besetzt sind in Berlin die Fachgebiete Hausärzte (rd. 2.400 Ärzte), Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische) (rd. 2.000), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (rd. 550), Innere Medizin (fachärztlich) (rd. 400), Nervenheilkunde (rd. 325 Ärzte).

Ein vielfältiges Leistungsprofil besteht auch bei den nichtärztlichen Praxen, die von selbständigem Medizinalfachpersonal geführt werden. Wichtigste berufliche Ausrichtungen sind hier Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Masseurinnen/Masseure und medizinische Bademeister, Heilpraktiker/innen, Hebammen/Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie Logopädinnen/Logopäden.

#### 4.4.1 Weiterhin positive Beschäftigungsperspektiven

Die weitere Entwicklung des Beschäftigtenbestands im Bereich der Praxen und die damit verbundene Nachfrage nach Fachkräften muss differenziert nach ärztlichen und nichtärztlichen Einrichtungen betrachtet werden. Letztere umfassen vor allem Fachrichtungen, in denen im Zusammenhang mit dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zunehmend Nachfrage nach entsprechenden Dienstleistungen entsteht. Zum Teil wird das Beschäftigungswachstum in den nichtärztlichen Praxen auch durch den Abbau bzw. die Auslagerung entsprechender Tätigkeiten aus dem Krankenhausbereich getragen. In Berlin ist die Zahl der freiberuflichen Physiotherapeutinnen/-therapeuten von 1.135 im Jahr 1999 auf 1.654 im Jahr 2006 gestiegen (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008). Im Krankenhausbereich ging in der gleichen Zeit die Zahl dieser Fachkräfte von 966 auf 818 zurück. Bei nur

leichtem Rückgang der Beschäftigung im Krankenhausbereich ist in Berlin die Zahl der freiberuflich tätigen Hebammen/Entbindungspfleger von 528 auf 687 gestiegen. Bei den Ergotherapeutinnen/-therapeuten und den Logopädinnen/Logopäden ist die Zahl der freiberuflich Tätigen zwischen 1999 und 2006 auf fast bzw. über das Doppelte gestiegen. Lediglich bei den freiberuflichen Masseurinnen/Masseuren hat sich in diesem Zeitraum die Zahl nicht verändert. Insgesamt kann bei den nichtärztlichen Praxen von einem weiteren Beschäftigungszuwachs und einem entsprechenden Erweiterungsbedarf an Fachkräften ausgegangen werden. Eine Quantifizierung dieser Entwicklung ist allerdings im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

Die Fachkräftenachfrage im Bereich der Arztpraxen unterliegt starken Reglementierungen. Damit es nicht zu viele, aber auch nicht zu wenige Vertragsärzte, -psychologen und Psychotherapeuten gibt, wurde 1993 eine bundesweite Bedarfsplanung eingeführt. Seitdem gilt: Ärzte und Psychotherapeuten können sich nur neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn es einen freien Arztsitz gibt. Für Zahnarztpraxen wurden die Zulassungsbeschränkungen im Jahr 2007 wieder aufgehoben. Der Planungsbereich Berlin ist derzeit für alle der Bedarfsplanung unterliegenden Fachgruppen gesperrt (Ausnahme: psychotherapeutisch tätige Ärzte). Dennoch war in Berlin zwischen 1999 und 2006 eine leichte Bestandserweiterung bei den freiberuflichen Ärztinnen/Ärzten von 6.471 auf 6.913 Praxisinhaber und Praxisvertreter möglich. In Brandenburg ist ebenfalls in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fachgruppen die Zulassung weiterer Arztpraxen gesperrt. In der Fachgruppe Hausärzte sind dagegen in fast allen Landkreisen Brandenburgs wegen bestehender Versorgungslücken Zulassungen für neue Praxen möglich und dringend notwendig. Im Bundesvergleich hat Brandenburg die geringste Vertragsarztdichte. Aufgrund des Fachkräftemangels bei den Hausärzten fördern einige Landkreise sogar entsprechende Zulassungen. Falls es gelingt, entsprechende Fachkräfte zu gewinnen, wird in Brandenburg die Zahl der Arztpraxen leicht zunehmen. In Berlin ist dagegen eine wesentliche Erweiterung des Beschäftigtenbestands und eine davon ausgehende Fachkräftenachfrage in den kommenden Jahren im Bereich der Arztpraxen nicht zu erwarten.

#### 4.4.2 Steigender altersbedingter Ersatzbedarf

Fachkräftenachfrage entsteht in den Praxen vor allem durch altersbedingten Ersatzbedarf. Auch in den "gesperrten" Fachgebieten werden Niederlassungen von Ärzten möglich und notwendig. Dies geschieht durch Praxisübernahmen. Die Kassenärztliche Vereinigungen (KV) in Berlin und Brandenburg schreiben auf Antrag von Ärzten bzw. Psychotherapeuten, die – in der Regel altersbedingt – auf ihre Zulassung verzichten, die Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger aus. Im Juni 2009 wurden von der KV Berlin in 22 Fachgebieten Nachfolger für frei werdende Vertragsarztsitze gesucht. In der Mehrzahl dieser Gebiete wurden jeweils für mehrere Praxen Nachfolger gesucht. Im Fachgebiet Hausarzt wurden 13 Praxen zur Übernahme angeboten, davon fünf zur sofortigen Übernahme und die anderen im 3. und 4. Quartal 2009. In Brandenburg wurden in 14 Fachgebieten 79 Ärzte für Vertragsarztsitze, darunter über die Hälfte für Hausarztpraxen, gesucht.

Diese Entwicklung verstärkt sich gegenwärtig, da die niedergelassenen Ärzte einen überdurchschnittlich hohen Anteil Älterer aufweisen. In Berlin sind 20 Prozent der 7.349 niedergelassenen Ärzte 60 Jahre und älter, während von den 7.756 Ärzten in den stationären Einrichtungen nur 6 Prozent dieser Altersgruppe angehören (Stand 2007, Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008).

Auch im nichtärztlichen, in der Regel sozialversicherungspflichtigen Personalbereich (Sprechstundenhelfer/innen, medizinische Fachangestellte, Arztsekretärinnen) sowohl der Arztpraxen als auch der nichtärztlichen Praxen steigt die Zahl Älterer, wenngleich deren Anteil insgesamt noch relativ niedrig ausfällt (vgl. Tabelle 13).

**Tabelle 13: Anzahl und Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Praxen**

Beschäftigte 55 Jahre und älter		1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl der Beschäftigten	Berlin	1.852	1.799	1.974	2.268	2.653
	Brandenburg	1.214	1.143	1.159	1.216	1.464
Anteil an allen Beschäftigten der Branche, in Prozent	Berlin	6,8	6,2	6,2	7,0	7,8
	Brandenburg	7,9	7,2	7,0	7,2	8,0

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Durch die Kombination von Erweiterungsbedarf und altersbedingtem Ersatzbedarf steht Brandenburg im Bereich der Arztpraxen vor großen Herausforderungen. Gerade in den ländlichen Regionen, in denen vielen Fachkräften die Attraktivität eigener Niederlassungen zu gering erscheint, werden Ärzte dringend benötigt. Ärztliche Praxen werden in der Regel von Ärzten mit abgeschlossener Facharztausbildung errichtet bzw. übernommen und betrieben. Das bedeutet, die Praxisinhaber haben den langen Weg der Ausbildung – Studium und mehrjährige, meistens in einem Krankenhaus realisierte Qualifizierung zum Facharzt – bereits absolviert. Diese hohen Qualifikationsvoraussetzungen engen das Angebotspotenzial an infrage kommenden ärztlichen Fachkräften erheblich ein – und zwar stärker als für den Krankenhausbereich. Und sie haben insbesondere zur Folge, dass in der Besetzung von Vertragsarztsitzen wirksame Aktivitäten zur Vermeidung von Fachkräftengpässen großen zeitlichen Vorlauf erfordern. Für Brandenburg kommt erschwerend hinzu, dass es über keine eigenen hochschulmedizinischen Ausbildungskapazitäten verfügt. Erst in der Phase der Weiterbildung zum Facharzt können vor allem Brandenburger Krankenhäuser und Praxen durch entsprechende Weiterbildungsbereitschaft die Weichenstellung für das Angebotspotenzial wirksam beeinflussen.

#### 4.4.3 Kleinteilige Betriebsstruktur, schwache personalpolitische Kompetenz

In Berlin bestanden am 01.04.2008 rund 10.000 ärztlich geleitete Praxen (7.200 ärztliche und psychotherapeutische Praxen und 2.900 Zahnarztpraxen). Nach Art der Einrichtung teilen sie sich auf in 8.500 Einzelpraxen und 1.600 Gemeinschaftspraxen. Setzt man die entsprechenden Erwerbstätigenangaben in Tabelle 13 zu diesen Praxen in Relation ergibt sich als durchschnittliche Betriebsgröße der Praxen ein statistischer Wert von drei Fachkräften plus eine geringfügig entlohnte Person. Bei den selbständigen Medizinalfachkräften dürfte die Praxisgröße in der Regel noch geringer ausfallen. Häufig sind diese Praxen – wie bspw. bei den Heilpraktikern und den Hebammen – Ein-Personen-Unternehmungen.

Bei dieser Betriebsgröße ist es völlig klar, dass in der Praxis keine Person vorhanden und notwendig ist, deren Hauptaufgabe in der Regelung personalpolitischer Fragen besteht. Gründung der Praxis, Mitarbeitergewinnung und -entwicklung sowie letztendlich die eigene Nachfolgeregelung sind in der Regel stark auf die Person des Praxisinhabers konzentriert. Personalfragen müssen aber auch bei ihm normalerweise bereits aus Zeitgründen ein Randproblem bleiben. Bei den ärztlich geführten Praxen erfolgt zumindest ein teilweiser Ausgleich zu deren personalpolitischen Schwächen durch externe Dienstleistungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Neben den unmittelbar fachbezogenen Leistungen führen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch Aktivitäten zur Entlastung und Unterstützung der Praxen in personalpolitischen Fragen durch. Neben den Fortbildungsangeboten bieten sie den Praxen Vermittlungsdienste bei der Besetzung von Weiterbildungsstellen (Weiterbildungsbörse), bei der Stellenbesetzung und der Nachfolgeregewinnung für den Praxisinhaber (Praxisbörse) an. Fachkräftefragen

der Praxen werden daher sehr häufig in Kooperation mit den KV gelöst. Die KV sind Bestandteil der personalpolitischen Kompetenz der ärztlich geführten Praxen.

Erhebliche Veränderungen in den personalpolitischen Handlungsmöglichkeiten ergeben sich im niedergelassenen Bereich aus der Bildung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Sie sind seit dem 01.01.2004 als neue Kooperationsform zulässig. In Berlin stieg ihre Anzahl innerhalb weniger Jahre auf über das Dreifache (von 32 in 2005 auf 108 in 2008). MVZ sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen/Ärzte – zum Teil auch in Kooperation mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten – freiberuflich oder als Angestellte tätig sind. In den Berliner MVZ waren 2008 143 niedergelassene und 412 angestellte Ärzte und Psychotherapeuten tätig.

In den MVZ wird die ambulante fachübergreifende Versorgung in einheitlicher Trägerschaft angeboten. Diese kann sowohl von Ärzten (in Berlin 70 MVZ) als auch von Krankenhäusern und anderen Trägern (in Berlin 38 MVZ) ausgeübt werden. Die einheitliche Trägerschaft ermöglicht die Konzentration personalpolitischer Zuständigkeiten und damit eine höhere Eigenrealisierung entsprechender Aktivitäten der Fachkräftegewinnung und -entwicklung im niedergelassenen Bereich. Mit den MVZ bahnt sich die Entstehung mittelständischer Versorgungsunternehmen an, die im Wettbewerb um gute Fachkräfte Vorteile gegenüber den kleinen Praxen haben werden. Insbesondere die MVZ, die von Krankenhäusern gegründet und inhaltlich ausgestaltet werden (so genannte Vorschalt-MVZ der Krankenhäuser), bringen nicht nur eine engere Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen, sondern sogar die direkte Eingliederung der Gewinnung und Entwicklung ihres Personals in die Strategien und Kompetenzen des Krankenhauses.

#### 4.4.4 Erweiterte Beschäftigungsmöglichkeiten durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Weitere Veränderungen ergeben sich aus dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist. Es hat die Möglichkeiten der Berufsausübung für Vertragsärzte erweitert und flexibilisiert. Mehrere Regelungen dieses Gesetzes haben unmittelbare Wirkungen auf die Gewinnung und Entwicklung von Fachkräften für die ärztlich geführten Praxen. Sie sollen dazu beitragen, drohendem Ärztemangel in manchen Regionen entgegenzuwirken.

So kann ein Arzt nun an mehreren Orten gleichzeitig praktizieren. Dies muss nicht in der eigenen Praxis geschehen, sondern ist auch in Anstellung möglich. Arbeitgeber können andere niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren oder auch Krankenhäuser sein. Zusammenschlüsse von Medizinern über Orts-, Praxis- und Fachgebietsgrenzen hinweg sind erlaubt, ebenso wie Teilzeitarbeit. Altersbeschränkungen wurden gelockert. Aufgrund der größeren Vielfalt an Beschäftigungsmodellen wird eine ambulante Tätigkeit für den medizinischen Nachwuchs attraktiver. Insbesondere die mit dem VÄndG für Vertragsärzte geschaffene Möglichkeit, Ärzte anzustellen, eröffnet jungen Medizinern die Gelegenheit, zunächst in einem Angestelltenverhältnis in die vertragsärztliche Praxis einzusteigen, ohne sofort den risikoreichen Schritt in die Selbständigkeit zu wagen. Eine Tätigkeit als angestellter Arzt entlastet sie, führt sie in den Beruf ein und bietet ein Sprungbrett für eine spätere Selbstständigkeit. Ähnlich soll die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung den Einstieg in eine niedergelassene Tätigkeit erleichtern. Diese Regelung soll es vor allem Frauen erleichtern, Familie und Berufsausübung miteinander vereinbar zu gestalten. Ähnliche Entwicklungen vollziehen sich im zahnärztlichen Bereich.

#### 4.5 Beschäftigungsentwicklung in der Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin, Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung

Ein Hoffnungsträger der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft liegt in der Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung.<sup>8</sup> In Berlin hat sich dieser hoch innovative Bereich in den letzten Jahren zu einem bedeutsamen Wirtschaftsfaktor mit stabilen Wachstumsquoten entwickelt (vgl. Tabelle 1). Die Beschäftigtenzahlen haben sich im Beobachtungszeitraum mehr als verdoppelt. Seit 2003 hat der Beschäftigungsaufbau von Jahr zu Jahr an Dynamik gewonnen. Auch die Bedeutung dieser Branche innerhalb der Berliner Beschäftigungslandschaft ist beständig gewachsen. Da sich die skizzierten Kennzahlen ausschließlich auf Unternehmen aus dem Branchenfeld FuE im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung beziehen, aber weitere gesundheitswirtschaftlich relevante Forschungs- und Beratungseinrichtungen sowie entsprechende Universitätsinstitute nicht enthalten, fällt die reale Bedeutung dieses Feldes noch größer aus als dargestellt. In forschungsintensiven Branchen kommt öffentlichen Forschungseinrichtungen eine wesentliche Bedeutung für ökonomisches Wachstum und Beschäftigung zu. Die sehr gut ausgebaute Berliner Universitäts- und Forschungslandschaft dürfte entsprechend eine relevante Größe für diesen Wirtschaftsbereich darstellen. Die Erfassung der Beschäftigungsrelevanz des öffentlichen Sektors sowie der bestehenden Wechselwirkungen zur Privatwirtschaft bedarf vertiefender Analysen.

---

<sup>8</sup> Neben der direkten Beschäftigungswirkung begründet sich die Arbeitsmarktrelevanz dieser Branchen außerdem in sog. sekundären Beschäftigungseffekten.

**Tabelle 14: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung in Berlin und Brandenburg, 1999 bis 2007**

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Berlin	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	1.131.645	1.139.096	1.125.714	1.103.776	1.065.424	1.042.262	1.013.758	1.024.464	1.047.812
	Beschäftigte d. FuE-/Ber.-Einrichtungen	2.501	2.601	2.950	3.214	3.441	3.730	4.045	4.399	5.182
	Beschäftigtenanteil d. FuE-/Ber.-Branche	0,22%	0,23%	0,26%	0,29%	0,32%	0,36%	0,40%	0,43%	0,49%
	Entwicklung zum Vorjahr		+100	+349	+264	+227	+289	+315	+355	+783
Brandenburg	SV-pflichtig Beschäftigte insgesamt	830.947	811.036	778.772	759.775	732.935	715.500	698.915	705.763	724.856
	Beschäftigte d. FuE-/Ber.-Einrichtungen	521	450	544	633	729	745	734	722	690
	Beschäftigtenanteil d. FuE-/Ber.-Branche	0,06%	0,06%	0,07%	0,08%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%
	Entwicklung zum Vorjahr		-71	+94	+90	+96	+15	-11	-12	-32

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Trotz der insgesamt geringen Wachstumsraten der Branche ist es in Brandenburg in Ansätzen gelungen, an diesem Prozess zu partizipieren. Auch wenn die positiven Entwicklungen zwischen 2001 und 2003 in den Folgejahren nicht fortgesetzt werden konnten, gibt es einige positive Entwicklungen im Land zu beobachten – etwa den Biotech Campus Potsdam oder den Biotechnologiepark Luckenwalde. Der Beschäftigungsabbau in der Phase des konjunkturellen Aufschwungs im Jahr 2007 gibt jedoch Anlass zur Sorge. Scheinbar ist es in Brandenburg bisher erst in Ansätzen gelungen, die Branche als stabilen Wirtschaftsfaktor zu etablieren. Im Hinblick auf Wachstumschancen und Krisenresistenz ist zu klären, ob eine noch stärkere Verflechtung der Brandenburger Betriebe mit Berlin helfen kann, Entwicklungsoptionen zu nutzen.

Auch für Brandenburg dürfte der Bereich der öffentlichen Forschung ein wesentlicher Faktor der zukünftigen Entwicklung der Branche sein. Von herausragender Bedeutung ist hierbei der Standort Golm bei Potsdam. Neben der Universität finden sich in Golm das Fraunhofer-Institut für Biomedizinische Technik (IBMT) sowie der Max-Planck-Campus. Die Frage nach der regionalen Bedeutung und den gegebenen Möglichkeiten dieses Forschungsstandortes für Brandenburg (und Berlin) lässt sich wiederum nur durch vertiefende Analysen beantworten.

Insgesamt kann in dieser Branche der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft auch künftig mit deutlichem Erweiterungsbedarf gerechnet werden. In den vergangenen Jahren betrug in Berlin der jährliche Erweiterungsbedarf 300-500 Fachkräfte.

Wesentlich schwächer fällt dagegen in dieser Branche der altersbedingte Ersatzbedarf aus. Sowohl der unterdurchschnittliche Anteil als auch die niedrige Zahl älterer Fachkräfte dieser Branche bedingen einen relativ geringen Ersatzbedarf (vgl. Tabelle 15). Gegenwärtig besteht wahrscheinlich ein jährlicher Ersatzbedarf von 50–100 Fachkräften.

**Tabelle 15: Anzahl und Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in Berliner und Brandenburger Unternehmen der Branche Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin/Beratung im Gesundheitswesen, chemische Untersuchung**

Beschäftigte 55 Jahre und älter		1999	2001	2003	2005	2007
Anzahl der Beschäftigten	Berlin	269	260	308	395	523
	Brandenburg	66	53	53	56	56
Anteil an allen Beschäftigten der Branche, in Prozent	Berlin	10,1	9,6	9,6	9,4	9,2
	Brandenburg	8,6	7,8	7,4	8,1	9,6

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Bei der Betrachtung dieser Angaben zur weiteren Entwicklung des Fachkräftebedarfs ist zu berücksichtigen, dass es hierbei vorrangig um hochqualifizierte Fachkräfte geht, die zudem im Wettbewerb mit den bereits erwähnten Forschungseinrichtungen gewonnen werden müssen. Für Brandenburger Unternehmen dieser Branche ist die Fachkräftegewinnung eine besonders große Herausforderung. Nicht zuletzt aufgrund der hohen Attraktivität Berlins stehen Brandenburger Unternehmen vor der Notwendigkeit, durch innovative Beschäftigungsmodelle (etwa im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf) und Personalentwicklungskonzepte (Weiterbildungs- und Qualifizierungsprogramme) – neben der Lohnfrage – Wettbewerbsstärke zu entwickeln.

## 4.6 Zwischenfazit

Die Gesundheitswirtschaft ist für die Entwicklung des Berlin-Brandenburger Arbeitsmarktes von herausragender Bedeutung. Die Beschäftigungsentwicklung sowie die zu erwartenden Fachkräftebedarfe in den beschäftigungs- und wachstumsstarken Teilsegmenten der Branche sind ausschlaggebend für die personalpolitischen Herausforderungen, vor denen die Betriebe dieses Wirtschaftszweiges (zukünftig) stehen. Der Blick auf die SV-Beschäftigtenzahlen verweist auf zu erwartende Fachkräftebedarfe (sowohl Erweiterungs- als auch Ersatzbedarf) sowie auf zentrale Entwicklungen bzw. Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume in den Teilbereichen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft:



Tabelle 16: Beschäftigungsentwicklung und Strategien der Fachkräftesicherung in ausgewählten Bereichen der Gesundheitswirtschaft

	Beschäftigungsentwicklung	Erweiterungsbedarf	Ersatzbedarf	Rahmenbedingungen	Handlungsoptionen
<b>Krankenhäuser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe SVB-Relevanz (etwa 5% aller SVB)</li> <li>Beständiges SVB-Wachstum in Brandenburg</li> <li>Schrumpfung auf ein durchschnittliches Niveau in Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In Brandenburg ist mittelfristig mit weiterem SVB-Aufbau zu rechnen.</li> <li>In Berlin ist mit einer Stabilisierung des SVB-Niveaus zu rechnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlicher Ersatzbedarf in den Berlin-Brandenburger Krankenhäusern: ca. 2.000 SVB</li> <li>Steigende Tendenz des Ersatzbedarfs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charité als größte Universitätsklinik Europas</li> <li>Vivantes als größter kommunaler Krankenhauskonzern Deutschlands</li> <li>Breites Spektrum berufsfachlicher Anforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausbau des guten internationalen Rufs</li> <li>Breites Berufsspektrum kommunizieren; Beschäftigungsmöglichkeiten herausarbeiten</li> <li>Personalpolitische Gestaltungsoptionen (der Großbetriebe) nutzen</li> </ul>
<b>Einrichtungen des Sozialw.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe SVB-Relevanz (etwa 4% aller SVB)</li> <li>Beständiges SVB-Wachstum in Berlin und Brandenburg</li> <li>Große Bedeutung der Alten- und Behindertspflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zu erwartender Erweiterungsbedarf in Berlin: 1.000 SVB jährlich bis 2012</li> <li>Zu erwartender Erweiterungsbedarf in Brandenburg: 500 SVB jährlich bis 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlicher Ersatzbedarf in den Berlin-Brandenburger Einrichtungen des Sozialwesens: ca. 2.000 SVB</li> <li>Steigende Tendenz des Ersatzbedarfs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Länderspezifische Entwicklungstendenzen in Teilbereichen der Einrichtungen des Sozialwesens</li> <li>Zunahme von Betrieben mit KMU-Status</li> <li>Vielfältige Berufsabschlüsse der Beschäftigten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Länderübergreifenden Arbeitsmarkt bei gegenläufiger Beschäftigungsentwicklung organisieren</li> <li>Spezifisches Unterstützungsangebot für KMU weiter ausbauen</li> <li>Attraktivität der Ausbildung in Pflegeberufen kommunizieren</li> </ul>
<b>Praxen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe SVB-Relevanz der Praxen mit einem großen Anteil an Selbstständigen und Freiberuflern</li> <li>Beschäftigungswachstum bei den nichtärztlichen Praxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zu erwartender Erweiterungsbedarf bei den nichtärztlichen Praxen (zum Teil Substitutionseffekte)</li> <li>Geringe SVB-Zunahme bei den ärztlichen Praxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überdurchschnittlich hoher Ersatzbedarf in den Berlin-Brandenburger Praxen (hoher Anteil alter Ärzte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Breites Spektrum berufsfachlicher Anforderungen in den einzelnen Praxen mit hoher Kompetenzanforderung</li> <li>Sperrung aller Fachgebiete in Berlin Brandenburg (Besetzungsprobleme)</li> <li>Kleinenteilige Betriebsstruktur, schwache personalpolit. Kompetenz</li> <li>Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)</li> <li>Vertragsrechtsänderungsgesetz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spezifisches Unterstützungsangebot für Kleinbetriebe ausweiten und ausbauen</li> <li>Alternative Formen der Betriebsorganisation (MVZ) ausbauen</li> <li>Alternative Formen ambulanter Tätigkeit weiter ausbauen (Vertragsarztänderungsgesetz)</li> </ul>
<b>Forschung und Entwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Starkes Beschäftigungswachstum in den letzten Jahren in Berlin (Verdopplung der SVB-Zahlen)</li> <li>Geringe Entwicklungsdynamik in Brandenburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zu erwartender Erweiterungsbedarf in Berlin: 300-500 SVB jährlich bis 2012</li> <li>Stagnation der Beschäftigtenzahlen in Brandenburg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jährlicher Ersatzbedarf in den Berlin-Brandenburger Forschungseinrichtungen: ca. 50-100 SVB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sehr gut ausgebaute universitäre Forschungslandschaft der Region</li> <li>Bedarf an hoch qualifizierten Fachkräften</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammenarbeit zwischen Wirtschaft und Wissenschaft weiter ausbauen</li> <li>Engere Verflechtung zwischen Brandenburg und Berlin</li> <li>Wettbewerb um Fachkräfte (mit den Universitäten) aktiv gestalten</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellungen

In keiner anderen Branche Berlin-Brandenburgs fällt der aktuelle und zu erwartende Fachkräftebedarf so hoch aus wie in der Gesundheitswirtschaft. In der Regel ist diese Entwicklung sowohl durch relevante Erweiterungsbedarfe als auch durch hohe Ersatzbedarfe geprägt. Es lassen sich aber auch positive Rahmenbedingungen für eine gestaltende Arbeitspolitik sowie umfangreiche Handlungsspielräume der Branche identifizieren. Welche der skizzierten Maßnahmen prioritär zu verfolgen ist, ist in einem nächsten Schritt mit Betriebsvertretern, Branchenkennern und der Landespolitik zu diskutieren.

Neben dem Ausmaß und der Entwicklung der Beschäftigung in den Teilsegmenten der Gesundheitswirtschaft sind außerdem spezifische Beschäftigungsstrukturen von Relevanz, wenn konkrete Maßnahmen einer aktiven Arbeitspolitik identifiziert werden sollen. Gestaltungsspielräume und Bedarfe lassen sich etwa aus der Geschlechtsstruktur der Gesundheitswirtschaft ableiten: Geschlechtsspezifische Segregation (also ein überdurchschnittlich hoher Anteil männlicher bzw. weiblicher Beschäftigter) prägt und begrenzt die Möglichkeiten einer aktiven Arbeits- und Personalpolitik. Gleiches gilt für den Anteil geringfügig Beschäftigter innerhalb einzelner Segmente der Gesundheitswirtschaft: Geringfügige Beschäftigung kann für Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich Beschäftigung aber auch für Handlungsbedarfe infolge suboptimaler Organisationsstrukturen von Arbeit stehen.

## 5 Spezifika der Beschäftigungsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft

Die Analyse der Geschlechtsstrukturen und des Anteils an geringfügig Beschäftigten in den Teilsegmenten der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft verdeutlicht, in welchen Bereichen sich als problematisch zu beschreibende Beschäftigungsstrukturen herausgebildet haben bzw. wo Handlungsfelder resp. -bedarfe liegen.

### 5.1 Geschlechterstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft

Sowohl aus beschäftigungs- als auch aus arbeitspolitischer Sicht ist die geschlechterspezifische Segregation von Teilarbeitsmärkten von großer Relevanz: Die geschlechterspezifische Prägung von Berufen und Tätigkeitsfeldern wirkt dem Ziel der Gleichberechtigung entgegen. Dass Frauen in Deutschland durchschnittlich weniger Einkommen als Männer erzielen, hat auch damit zu tun, dass primär von Frauen besetzte Berufe häufig geringer entlohnt werden als vorrangig von Männern ausgeübte berufliche Tätigkeiten (IAB 2009). Dieser Tatbestand lässt sich nur durch eine bessere gleichstellungsorientierte Beteiligung von Frauen und Männern in den Berufen überwinden. Geschlechterspezifische Einseitigkeit hat auf betrieblicher Ebene eine Beschränkung von Gestaltungsspielräumen zur Folge. Belegschaften mit einer durchmischten Geschlechter-, Alters- und Herkunftsstruktur haben tendenziell mehr Möglichkeiten, innovative Beschäftigungsformen auf den Weg zu bringen als einseitig aufgestellte Betriebe.

In der Gesamtsumme ist in den vergangenen Jahren keine Veränderung in der Geschlechterstruktur der Beschäftigten der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft eingetreten. Im Jahr 2007 waren wie 1999 in Berlin drei Viertel und in Brandenburg vier Fünftel der Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft Frauen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Anteil der Frauen an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Branchen	Bundes- land	Frauenanteil in %					
		1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Krankenhäuser, einschl. Kranken- transport/Rettungsdienste	Berlin	74,0	73,8	73,2	73,6	73,1	-0,9
	Bbg.	80,3	80,2	78,8	78,0	77,6	-2,7
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	73,8	73,5	74,0	75,5	76,4	+2,6
	Bbg.	79,5	80,0	81,4	81,8	81,8	+2,4
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	92,4	91,7	90,8	90,6	89,6	-2,8
	Bbg.	95,2	95,0	94,4	94,8	93,9	-1,3
Herstellung von pharmazeutischen und chem. Erzeugnissen	Berlin	49,0	49,3	49,1	49,5	50,1	+1,1
	Bbg.	40,4	38,8	39,4	38,5	36,6	-3,8
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	58,1	59,3	60,6	60,8	62,2	+4,1
	Bbg.	48,1	61,9	66,0	64,2	59,2	+11,2
Herstellung v. medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	52,6	51,8	52,4	52,7	50,0	-2,6
	Bbg.	63,0	64,5	65,1	65,4	64,5	+1,5
Krankenversicherungen, Organisa- tionen des GW	Berlin	71,7	71,8	72,3	72,7	74,7	+2,9
	Bbg.	77,8	78,2	79,3	79,1	79,2	+1,3
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	74,7	74,5	74,3	75,0	74,9	+0,2
	Bbg.	81,2	81,3	81,3	81,2	80,9	-0,3

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Zwischen den einzelnen Branchen der Gesundheitswirtschaft variiert jedoch der Frauenanteil sowohl hinsichtlich seiner Höhe als auch in Bezug auf seine Entwicklungstendenz stark: In den Branchen Krankenhäuser, Einrichtungen des Sozialwesens und Krankenversicherungen/Organisationen des Gesundheitswesens liegt der Frauenanteil etwa im Durchschnitt der Gesundheitswirtschaft, wobei er im Krankenhaus-Bereich leicht zurück gegangen ist, während er in den beiden anderen Branchen angestiegen ist.

In den gewerblichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft wie Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen und Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen fällt der Frauenanteil wesentlich geringer aus. Auffällig ist, dass in den forschungsintensiven Branchen (Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen sowie Forschung und Entwicklung) in Brandenburg relativ weniger Frauen beschäftigt sind als in Berlin. Da die Beschäftigtenzahlen in diesen beiden Bereichen in Brandenburg gering sind, liegt diese strukturelle Besonderheit vermutlich in der spezifischen Branchenstruktur in Brandenburg begründet.

Extrem hoch ist der Frauenanteil an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich der Praxen. Hier liegt er um rd. 15 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der gesamten Gesundheitswirtschaft. Auch unter Einbeziehung der selbständigen Praxisinhaber/innen sind immer noch, bspw. in den Berliner Praxen, vier von fünf Erwerbstätigen Frauen. Aber auch innerhalb dieser Branche variiert die Geschlechterstruktur nach Tätigkeitsbereichen (vgl. Tabelle 18). Während die ärztlichen Tätigkeiten in den Praxen zur Hälfte von Frauen ausgeführt werden, werden die Arbeiten für Facharbeiterqualifikationen fast vollständig von Frauen ausgeübt.

Tabelle 18: Frauenanteil in den Tätigkeitsbereichen der Praxen in Berlin 2007

Tätigkeitsbereich	Beschäftigte in Praxen	
	insgesamt	davon weibl., Anteil in %
Ärztinnen/Ärzte in ambulanten Einrichtungen (Praxisinhaber/innen, Angestellte)	7.348	50,1
Zahnärztinnen/-ärzte in ambulanten Einrichtungen (Praxisinhaber/innen, Angestellte)	3.597	50,8
Psychotherapeutinnen/-therapeuten in ambulanten Einrichtungen	1.672	68,4
Selbständiges Medizinalfachpersonal (Heilpraktiker, Krankenpfleger, Hebammen, Logopäden)	7.068	77,0
Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Masseurinnen/Masseur, med. Bademeister/innen	4.332	83,2
Sprechstundenhelfer/innen, medizin. und zahnmedizin. Fachangestellte, Arztsekretärinnen	18.286	99,0
Geringfügig entlohnte Beschäftigte	9.118	73,9
Insgesamt	51.421	78,8
<i>Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen</i>		

Interessant ist, dass im ambulanten Bereich der Anteil der Frauen an den Erwerbstätigen (Berlin 79 Prozent) über dem im stationären Bereich (Berlin 72 Prozent) liegt. Dies trifft auch auf die ärztlichen Tätigkeiten zu. Im Unterschied zu den rd. 50 Prozent in den Praxen sind im stationären Bereich lediglich 43,4 Prozent des ärztlichen Personals weiblich. Vermutlich spielen hierfür Anforderungen hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung eine wesentliche Rolle. In den Praxen fallen in der Regel kaum Schichtdienste an und häufig können auch die Arbeitszeiten in den Praxen flexibler an familiäre Erfordernisse angepasst werden. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf die Bedeutung der familienfreundlichen Gestaltung der Arbeitsverhältnisse.

Die diesbezüglichen Handlungsspielräume der Praxen können nun durch die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten des Angestelltenverhältnisses noch besser genutzt werden. Nach Erkenntnissen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag deutschlandweit der Frauenanteil bei den niedergelassenen Ärzten 2006 noch bei 35 Prozent. Inzwischen zeigt sich im ambulanten Bereich eine interessante Differenzierung. Bei den Erstanmeldungen verzeichneten die Ärztekammern 55,5 Prozent Frauen. Vergleichsweise hoch ist der Frauenanteil bei Partnerärzten mit 52,3 Prozent und bei angestellten Ärzten mit 74,4 Prozent. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass schon seit längerer Zeit der Anteil der weiblichen Universitätsabsolventen höher liegt als der Anteil der männlichen Studienabgänger, bisher allerdings dieses Verhältnis in den Praxen nicht wiederzufinden war. Dass nunmehr in Partner- oder Angestelltenverhältnissen eine deutlich höhere weibliche Beschäftigungsquote zu verzeichnen ist, kann durchaus als ein Beleg dafür angesehen werden, dass Beschäftigungen im Angestelltenverhältnis offensichtlich der weiblichen Berufsplanung zumindest zeitweise eher entgegenkommen als die Freiberuflichkeit in einer Einzelpraxis. Es wird interessant sein, über einen mittelfristigen Zeitraum zu beobachten, inwieweit diese Beschäftigungsmöglichkeiten im Angestelltenverhältnis nur vorübergehend als Vorstufe zur Freiberuflichkeit genutzt werden und zu einem erhöhten Frauenanteil auch bei den Praxisinhabern führen oder ob der Fortschritt in der Beschäftigung von Ärztinnen im ambulanten Bereich auf dieser Stufe stehen bleibt.

In den gesundheitswirtschaftlichen Einrichtungen des Sozialwesens, die im Gros Pflegeeinrichtungen sind, hat trotz des bereits hohen Niveaus des Frauenanteils die Beschäftigung von Frauen nicht nur anteilmäßig sondern vor allem auch absolut weiter zugenommen. Denn durch den starken Beschäftigungsanstieg in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verbergen sich hinter den einzelnen prozentualen Anteilen inzwischen deutlich höhere absolute Beschäftigtenzahlen. Waren in den zur Gesundheitswirtschaft zählenden Einrichtungen des Sozialwesens in Berlin im Jahr 1999 insgesamt 26.382 Frauen beschäftigt, stieg ihre Zahl bis 2007 auf 33.435 Frauen. Eine Zunahme von über 7.000 Frauen. In Brandenburg stieg in der gleichen Zeit die Zahl der in dieser Branche beschäftigten Frauen von 19.670 auf 23.735. Eine Zunahme von über 4.000 Frauen. Der gestiegene Frauenanteil dokumentiert zugleich, dass die erfolgte Bestandserweiterung sowohl in Berlin als auch in Brandenburg ausschließlich durch die Rekrutierung von weiblichen Fachkräften erfolgte. Dies ist angesichts der starken physischen und psychischen Belastungen der beruflichen Tätigkeiten in diesem Bereich eine erstaunliche Entwicklung. Sie wird noch bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, dass der Anteil der Frauen in den unmittelbaren Pflegediensten noch höher als im Branchendurchschnitt ist (vgl. Tabelle 19).

**Tabelle 19: Frauenanteil in den Tätigkeitsbereichen der Pflegeeinrichtungen in Berlin 2007**

Tätigkeitsbereich	Beschäftigte insgesamt	davon weiblich
	absolut	%
Personal insgesamt	33.820	81,5
davon im Tätigkeitsbereich		
Pflegedienstleitung, Grundpflege, Pflege und Betreuung, soziale Betreuung	24.682	83,7
Hauswirtschaftliche Versorgung, Hauswirtschaftsbereich	5.226	80,5
Haustechnischer Bereich	388	4,6
Verwaltung, Geschäftsführung	1.997	76,7
Sonstiger Bereich	1.527	74,1

Quelle: Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008

Es ist sicherlich kein Zufall, dass in dieser Branche ein hoher und wachsender Anteil der Frauenbeschäftigung und zugleich der höchste Anteil der Teilzeitbeschäftigung aller Branchen der Gesundheitswirtschaft anzutreffen sind. In den Berliner Pflegeeinrichtungen ist über die Hälfte des Personal teilzeitbeschäftigt, darunter in den ambulanten Pflegediensten sogar zwei Drittel der Beschäftigten. Die Aufklärung wahrscheinlicher Zusammenhänge und ihrer Konsequenzen für die Fachkräftegewinnung bedarf weiterer Untersuchungen. Erste Hinweise auf die Bedeutung der Teilzeitbeschäftigung in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft bietet die Analyse der Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung innerhalb dieses Wirtschaftsbereichs.

## 5.2 Geringfügige Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Zukünftige Fachkräftebedarfe werden nur zu befriedigen sein, wenn die Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft unterschiedliche Beschäftigungsformen nutzen. Ein Indiz für alternative Beschäftigungsformen ist die geringfügige Beschäftigung (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Geringfügige Beschäftigung in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 2000-2007

Branchen	Bundes-land	Geringfügig Beschäftigte						
		2000	2002	Neuregelung geringfügiger Beschäftigung	2003	2005	2006	2007
Krankenhäuser, einschl. Kranken-transport/Rettungsdienste	Berlin	1.055	1.257		1.867	2.395	2.691	3.061
	Bbg.	489	588		870	916	952	1.002
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	1.965	2.043		3.332	4.540	4.814	5.242
	Bbg.	1.363	1.643		2.516	2.844	3.174	3.599
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	5.984	6.295		9.475	10.968	11.124	11.421
	Bbg.	3.512	3.784		5.012	5.553	5.616	5.586
Herstellung von pharmazeutischen und chem. Erzeugnissen	Berlin	61	54		78	115	124	128
	Bbg.	21	24		25	37	43	36
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	112	115		191	242	275	348
	Bbg.	40	47	83	95	88	102	
Herstellung v. medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	451	522	783	962	933	893	
	Bbg.	321	333	500	524	511	511	
Krankenversicherungen, Organisa-tionen des GW	Berlin	65	84	115	210	185	182	
	Bbg.	39	73	154	165	191	217	
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	9.692	10.367	15.841	19.431	20.145	21.273	
	Bbg.	5.784	6.491	9.160	10.133	10.575	11.051	

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

### 5.2.1 Differenzierter Einsatz in den Branchen

Geringfügige Beschäftigung hat in allen Branchen der Gesundheitswirtschaft zugenommen. In der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ist geringfügige Beschäftigung am stärksten in den Einrichtungen des Sozialwesens und in den Praxen ausgeprägt. Die Hälfte der geringfügig Beschäftigten ist in Praxen tätig. Am geringsten ist der Anteil der geringfügig Beschäftigten in der pharmazeutischen Industrie und in der Forschung/Entwicklung im Bereich Medizin. Die dargestellte Entwicklungsdynamik darf aber nicht überbewertet werden, da ein wesentlicher Entwicklungsschub auf die Neuregelungen der geringfügigen Beschäftigung im Jahr 2003 zurückzuführen ist.<sup>9</sup> Der sprunghafte Anstieg zwischen 2002 und 2003 steht entsprechend nicht für strukturelle Veränderungen innerhalb der Gesundheitswirtschaft, sondern ist statistisches Artefakt.

Die Anteile der geringfügig Beschäftigten an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeigen, dass diese Beschäftigungsform in der Gesundheitswirtschaft doppelt so stark wie im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige beider Bundesländern (Berlin 7 Prozent, Brandenburg 6 Prozent) verbreitet ist. Es fällt auf, dass geringfügige Beschäftigung besonders in Branchen eingesetzt wird, in denen kleinbetriebliche Strukturen dominieren (vgl. Tabelle 21).

<sup>9</sup> „Die Änderungen betreffen vor allem die folgenden (...) Punkte:

1. Bei den in Form der "Entgeltgeringfügigkeit" ausgeübten Minijobs wird die Einkommensgrenze von bisher 325 EUR auf 400 EUR pro Monat angehoben. Außerdem entfällt die Grenze von 15 Arbeitsstunden pro Woche, die der Mini-Jobber bisher beachten mußte (...)
2. Bisher waren normale versicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen durch eine starre Grenze voneinander getrennt. Ab dem 01.04.2003 gibt es eine Gleitzone zwischen Geringfügigkeit und voller Sozialversicherungspflicht. Die volle Beitragspflicht zur Sozialversicherung greift nunmehr erst ab einem Einkommen von 800 EUR pro Monat ein. Die Gleitzone erfaßt Arbeitseinkommen von 400,01 EUR bis 800,00 EUR." (Hensche 2010)

Tabelle 21: Anteile der geringfügigen Beschäftigung in den Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 2000-2007

Branchen	Bundes- land	Geringfügig Beschäftigte						
		2000	2002	Neuregelung geringfügiger Beschäftigung	2003	2005	2006	2007
Krankenhäuser, einschl. Kranken- transport/Rettungsdienste	Berlin	1,6	2,1			3,5	4,7	5,4
	Bbg.	1,5	1,7		2,6	2,7	2,8	2,9
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialwesens	Berlin	5,3	5,4		8,5	11,3	11,6	12,0
	Bbg.	5,4	6,4		9,5	10,6	11,4	12,4
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, etc.)	Berlin	20,9	20,4		29,8	33,7	33,6	33,5
	Bbg.	22,8	23,2		30,3	32,7	32,4	30,6
Herstellung von pharmazeutischen und chem. Erzeugnissen	Berlin	0,6	0,5		0,7	1,1	1,2	1,2
	Bbg.	2,1	2,3		2,5	3,3	3,6	3,0
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin	Berlin	4,3	3,6		5,6	6,0	6,2	6,7
	Bbg.	8,9	7,4		11,4	12,9	12,2	14,7
Herstellung v. medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	9,8	10,7		15,4	19,4	18,4	14,2
	Bbg.	8,3	8,0		11,6	12,6	12,5	11,9
Krankenversicherungen, Organisa- tionen des GW	Berlin	0,9	1,1		1,5	2,6	2,3	2,4
	Bbg.	0,6	1,2		2,4	2,6	2,9	3,3
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	6,3	6,7		10,4	12,9	13,2	13,5
	Bbg.	6,8	7,4		10,2	11,2	11,5	11,8

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

In den meisten Branchen der Gesundheitswirtschaft gewinnt geringfügige Beschäftigung zwar seit dem Jahr 2003 an Bedeutung. Diese Entwicklung vollzieht sich aber eher gemäßigt. Die nur leichte Zunahme stützt die Annahme, dass sich der personalpolitische Umgang mit derartigen Beschäftigungsformen in der Vergangenheit kaum verändert hat. Darin unterscheidet sich die Gesundheitswirtschaft nicht von anderen Wirtschaftszweigen. Ob die Branche hier eher an „natürliche“ Sättigungsgrenzen gestoßen ist oder personalpolitische Gestaltungsspielräume brach liegen, ist mit Branchenkennern zu diskutieren.

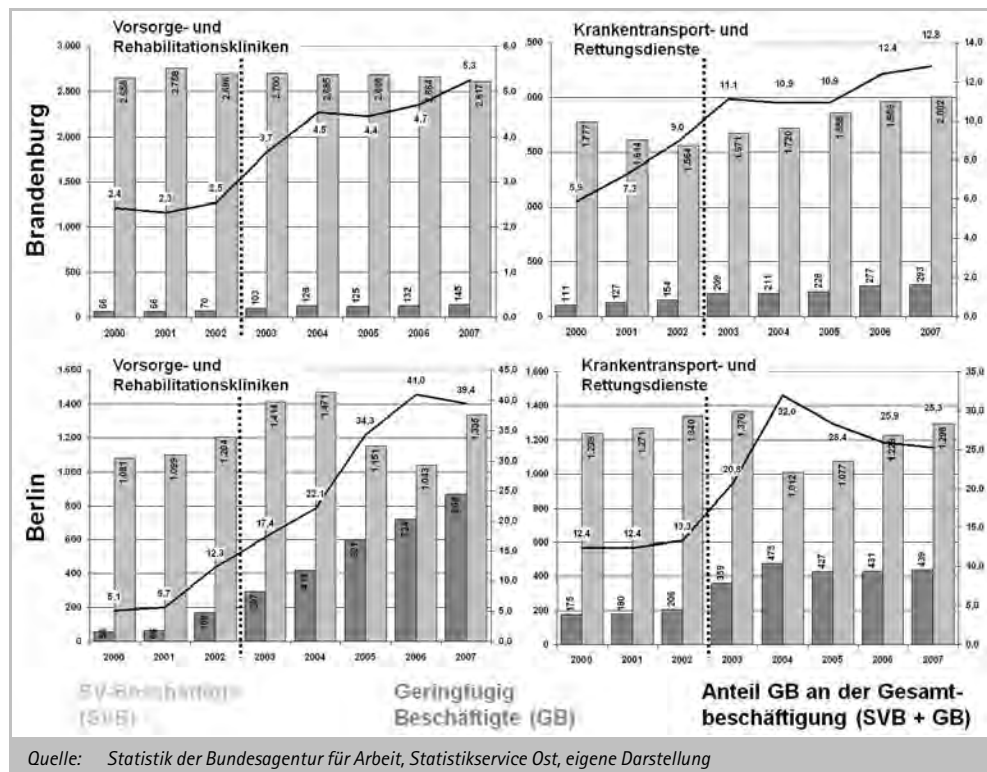
Einen positiven Beitrag zur Lösung der Fachkräfteproblematik kann geringfügige Beschäftigung vor allem dann leisten, wenn sie als integraler Bestandteil einer vielschichtigen Personalpolitik angelegt ist und nicht als schlichtes Mittel der Kostensenkung zum Einsatz kommt. Im Hinblick auf die Nutzung personalpolitischer Gestaltungsmöglichkeiten sind zwei Fragen von Relevanz. Zum einen ist zu klären, welche Tätigkeiten durch die geringfügig Beschäftigten ausgeführt werden. Wenn es sich hierbei primär um Hilfsdienstleistungen für die Unternehmen handelt (Reinigungstätigkeiten), bleibt das Instrument mit hoher Wahrscheinlichkeit hinter seinen Möglichkeiten zurück. Erst wenn derartige Beschäftigung in einem breiten Tätigkeitsspektrum zum Einsatz kommt, lässt sich geringfügige Beschäftigung als Mittel zur Flexibilisierung von Beschäftigungsverhältnissen nutzen und kann so einen Beitrag zur Lösung der Fachkräfteproblematik leisten. Damit einher geht die Frage nach der Freiwilligkeit. Wenn geringfügige Beschäftigung von ihren Inhalten und ihrem Zuschnitt so angelegt ist, dass sie für eine relevante Arbeitnehmer/innen-Gruppe eine wünschenswerte Beschäftigungsform darstellt, erweitert sie den personalpolitischen Spielraum von Unternehmen und wirkt sich positiv auf das Image der Branche insgesamt aus. Wenn geringfügige Beschäftigung hingegen zur reinen Restkategorie ohne inhaltliche und arbeitsorganisatorische Gestaltungsmöglichkeiten verkommt, steht sie eher für ein Manko als für eine Stärke der Branche. Da die Einsatzmöglichkeiten solcher Beschäftigungsformen in Abhängigkeit von Tätigkeitszuschnitten und betrieblicher Arbeitsorganisation zwischen den Branchensegmenten der Gesundheitswirtschaft variieren, bedarf es branchenspezifischer Konzepte zur Nutzung geringfügiger Beschäftigung.



### 5.2.2 Differenzierte Nutzung in beiden Bundesländern

Bereits auf der Branchenebene wird deutlich, dass es deutliche Unterschiede in der Intensität der Nutzung der geringfügigen Beschäftigung zwischen der Berliner und der Brandenburger Gesundheitswirtschaft gibt. Noch offensichtlicher wird die Differenzierung beim Blick auf ausgewählte Wirtschaftsunterklassen der Berlin-Brandenburger Krankenhausbranche (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Anteile geringfügig Beschäftigter in ausgewählten Teilbereichen der Krankenhausbranche, 2000-2007



Besonders ausgeprägt sind die länderspezifischen Unterschiede bei den Vorsorge- und Rehabilitationskliniken. Während die Beschäftigungsstrukturen in Brandenburg sowohl vom Volumen als auch im Hinblick auf den Anteil an geringfügig Beschäftigten zwischen 2000 und 2007 weitgehend stabil waren, zeichnete sich der Berliner Arbeitsmarkt in diesem Teilsegment durch eine starke Dynamik aus. Die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung legt die Vermutung nahe, dass die konjunkturelle Entwicklung der letzten Jahre – und damit die Kassenlage der Krankenversicherungen – in Berlin auch auf die Vorsorge- und Rehabilitationskliniken durchgeschlagen ist.<sup>10</sup> Gleichzeitig ist geringfügige Beschäftigung konstant aufgebaut worden. Die Entwicklung in den Jahren 2005 und 2006 (Abbau von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei gleichzeitigem Anstieg an geringfügiger Beschäftigung) legt die Vermutung nahe, dass auf konjunkturell bedingten Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in Berlin mit dem Aufbau geringfügiger Beschäftigung reagiert wird. Entsprechend haben geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sowohl absolut als auch relativ stark an Bedeutung für die Betriebe der hier untersuchten Wirtschaftsunterklasse gewonnen.

<sup>10</sup> Warum die Brandenburger Kliniken von dieser Entwicklung weitgehend verschont geblieben sind, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantworten.

Bezogen auf die Frage, inwieweit geringfügige Beschäftigung als Instrument einer innovativen Personalpolitik genutzt wird, geben die skizzierten Zusammenhänge Anlass zur Skepsis. Vor allem der Aufbau geringfügiger Beschäftigung bei gleichzeitiger Reduzierung von Beschäftigtenzahlen legt die Vermutung nahe, dass es sich bei den beobachteten Tendenzen auch um sogenannte „Drehtüreffekte“ handelt. Hierbei wird sozialversicherungspflichtige Beschäftigung durch geringfügige Beschäftigung ersetzt, um Personalkosten zu reduzieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass solche Lösungen nur in Ausnahmefällen mit den Interessen der betroffenen Arbeitnehmer/innen einhergehen. Im Hinblick auf die mittelfristig entstehenden Herausforderungen der Fachkräftesicherung sind derartige Personalstrategien wenig hilfreich, da prekäre Beschäftigungsverhältnisse und ein schlechtes Image im Wettbewerb um Fachpersonal negativ zum Tragen kommt.

Bei den Krankentransport- und Rettungsdiensten sind die länderspezifischen Unterschiede etwas weniger stark ausgeprägt.<sup>11</sup> Auffällig ist vor allem, dass der Anteil geringfügig Beschäftigter in diesem Bereich – bei grundsätzlich vergleichbarer Entwicklungsdynamik – bei den Berliner Diensten deutlich höher ausfällt als in Brandenburg. Vergleichbar mit der Situation unterschiedlicher Frauenquoten innerhalb ausgewählter Wirtschaftsunterklassen (vgl. Kapitel 5.1) wäre zu klären, inwieweit Berliner und Brandenburger Betriebe im Hinblick auf Möglichkeiten einer gestaltenden Personalpolitik hier voneinander lernen können.

### 5.3 Zwischenfazit

Die Analyse beschäftigungsstruktureller Verhältnisse in den Teilbereichen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bestätigt Schlussfolgerungen, die bereits aus der Untersuchung der Beschäftigtenentwicklung (Kapitel 4) abzuleiten waren. Dass innovative Beschäftigungsformen im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung (Stichwort Vertragsarztänderungsgesetz) einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung bestimmter Fachkräfteengpässe in der Gesundheitswirtschaft leisten können, wurde durch die Geschlechtsstrukturanalyse beeindruckend belegt. Durch die Möglichkeit, zunächst über ein Angestelltenverhältnis in der ambulanten Gesundheitsversorgung tätig zu sein, hat dieser Tätigkeitsbereich für eine bestimmte Personengruppe (nach den uns vorliegenden Zahlen primär weibliche Ärzte) an Attraktivität gewonnen. Damit ist es gelungen, für die Praxen das zur Verfügung stehende Fachkräfteangebot nachhaltig zu erweitern.

Darüber hinaus verdeutlicht der differenziertere Blick auf die Struktur der Beschäftigungsentwicklung, dass grundsätzlich positive Entwicklungen gleichzeitig den Handlungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft erhöhen können. Die Bestandserweiterung in den Berliner und Brandenburger Pflegeeinrichtungen ist aus Arbeitsmarktpolitischer Sicht ein eindeutiger Erfolg. Dass der Beschäftigungsaufbau aber fast ausschließlich über die Rekrutierung von Frauen realisiert wurde stellt spezifische Anforderungen an die Personalpolitik der Pflegeeinrichtungen.

Die starke weibliche Dominanz in den Beschäftigungsbereichen Gesundheitsversorgung, Pflege und Administration macht eindringlich deutlich, dass Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft ihren Fachkräftebedarf künftig nur decken können, wenn sie

- bereits jetzt mit nachhaltigen Aktivitäten zum langfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der gegenwärtig überwiegend noch relativ jungen weiblichen Fachkräfte beitragen,

<sup>11</sup> Was sich hinter den Entwicklungen in den Jahren 2004 und 2005 in Berlin verbirgt, bedarf der Klärung: Zunächst macht es den Eindruck, als ob auch bei den Krankentransport- und Rettungsdiensten auf Beschäftigungsabbau mit Aufstockung geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse reagiert werden würde (Situation in 2004). Die Entwicklung in 2005 könnte für einen positiven „Drehtüreffekt“ stehen (bei SV-Beschäftigungsaufbau wird auf die geringfügig Beschäftigten zurückgegriffen) oder aber ein Indiz dafür sein, dass der hohe Anteil geringfügig Beschäftigter im Jahr 2004 betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll war.

- durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen den weiteren Zustrom weiblicher und männlicher Fachkräfte aus dem geringer werdenden Angebotspotenzial sichern und
- zugleich auf breiter Basis in Kooperation mit Akteuren außerhalb des Wirtschaftszweiges die Gewinnung männlicher Fachkräfte für Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft intensiv anstreben.

Die HealthCapital-Unternehmensbefragung zeigt, dass ein erheblicher Teil der Unternehmen der Region begonnen hat, sich auf diese Herausforderungen einzustellen (vgl. hierzu auch Kapitel 7). Die Betriebsbefragung vermittelt aber sowohl im Hinblick auf das Thema Familienfreundlichkeit als auch bezüglich der schrittweisen Überwindung der geschlechtertypischen Segregation einen ambivalenten Eindruck. Positiv hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der Berlin-Brandenburger Betriebe der Gesundheitswirtschaft in diesen Bereichen aktiv ist und ihren Mitarbeiter/innen beschäftigungsseitige Gestaltungsspielräume sowie Unterstützung bei familiären Angelegenheiten (Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen) bietet. Relativiert wird dieser positive Eindruck jedoch durch die Tatsache, dass keiner der befragten Betriebe mit innovativen Konzepten einer gezielten Geschlechterpolitik aufwarten konnte. Die benannten Maßnahmen sind altbekannt und in ihrer Wirkung – das zeigen die Entwicklungen der letzten Jahre – begrenzt. Auch gute Ideen zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Fachkräfte scheinen noch Mangelware zu sein. Mittelfristig wird der Handlungsdruck zunehmen, vielgestaltig gute Praxis zu entwickeln und zu erproben, mit der die Beschäftigung der Frauen in der Gesundheitswirtschaft erhalten und ausgebaut sowie auch männliche Fachkräftepotenziale stärker für diesen Wirtschaftszweig gewonnen werden können.

Dass Teilzeitarbeit in der Gesundheitswirtschaft von großer Relevanz ist, wird auch durch die Analyse der geringfügigen Beschäftigung deutlich. Plausibel ist außerdem, dass derartige Beschäftigung einen Beitrag zur Lösung des Fachkräfteproblems leisten kann; zumindest dann, wenn sie nicht ausschließlich als Restkategorie für geringqualifizierte Tätigkeiten in Anschlag gebracht wird und wenn sie sich mit den Interessenlagen der Betroffenen deckt. Inwieweit Teilzeitbeschäftigung von den Betrieben der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft als Instrument einer innovativen Personalpolitik genutzt wird, lässt sich auf Basis der vorliegenden Datenlage nicht beantworten. Dass diesbezüglich Skepsis angebracht ist, wurde bereits erläutert. Mit Blick auf den hohen Handlungsdruck im Bereich der Fachkräftesicherung und den identifizierten branchenspezifischen und regionalen Unterschieden im Einsatz geringfügiger Beschäftigung – den wir als Indiz für beschäftigungspolitische Gestaltungsspielräume sehen – erscheint eine vertiefende Analyse der Möglichkeiten und Grenzen derartiger Beschäftigungsformen in der Gesundheitswirtschaft empfehlenswert.

Wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten einer aktiven Arbeitspolitik machen sich an der beruflichen Ebene fest. Welcher Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen es bedarf, um Fachkräfteengpässen begegnen und Arbeitssuchende in den Arbeitsmarkt (re-)integrieren zu können, bzw. in welchen Bereichen Ausbildungsaktivitäten zukünftig forciert werden müssen, lässt sich nur klären, wenn bekannt ist, welche Berufsfelder von den Entwicklungen in den Teilbereichen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft betroffen sind. Im Besonderen im Hinblick auf die umfangreichen Förderprogramme der Bundesagentur für Arbeit, die sich in der Regel an beruflichen Bedarfen und Zusatzqualifikationen ausrichten, stellt der Blick auf branchenspezifische Berufs- und Ausbildungsstrukturen eine nochmalige Konkretisierung der Perspektive und der abzuleitenden Handlungsspielräume dar.

## 6 Berufsstrukturen und betriebliche Ausbildung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Die personalpolitischen Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft ergeben sich u. a. aus dem breiten Berufsspektrum dieses Wirtschaftsbereichs: Die zu erwartenden Fachkräftebedarfe hängen wesentlich davon ab, welche Berufe innerhalb der Branche in welchem Maße stattfinden. Die berufsstrukturellen Entwicklungen der Vergangenheit verweisen darüber hinaus auf sich wandelnde Branchenstrukturen – etwa den Bedeutungsgewinn an elektrotechnischen Berufen in einzelnen Branchensegmenten – und ermöglichen es, betriebliche und arbeitspolitische Handlungsbedarfe noch weiter zu konkretisieren. Inwieweit sich die Betriebe der Gesundheitswirtschaft auf zu erwartende Fachkräftebedarfe und sich abzeichnende berufsstrukturelle Veränderungen eingestellt haben, zeigt das berufsspezifische Ausbildungsverhalten der Branche. Zu prüfen ist, inwieweit die Gesundheitswirtschaft ausbildungsseitig auf berufliche Entwicklungen reagiert und ob die Ausbildungsaktivitäten dazu in der Lage sind den benötigten Fachkräftenachwuchs zur Verfügung zu stellen. Dem Branchenfokus der Untersuchung folgend ist außerdem zu klären, wie sich die Ausbildungsaktivitäten in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft entwickelt haben. Erst die Branchenperspektive zeigt, welche wirtschaftszweigspezifischen Unterschiede bzw. Wechselwirkungen zu beobachten sind und wie sich das Ausbildungsverhalten der Betriebe in den einzelnen Bereichen der Gesundheitswirtschaft darstellt.

### 6.1 Berufsstrukturen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

In der Berliner Gesundheitswirtschaft sind über 40 Berufe zu identifizieren, in denen mehr als 500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte tätig sind (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Berufsstruktur der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Berufsstruktur	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte					Beschäft. entwickl. 99 bis 07	Anteil SVB '07 an GW insges.
	1999	2001	2003	2005	2007		
Insgesamt	161.499	167.269	165.468	164.311	171.411	+6,1%	
1 Krankenschwestern/-pfleger	33.297	32.714	30.279	29.723	30.422	-8,6%	17,7%
2 Sprechstundenhelfer	18.367	18.922	19.633	19.655	19.845	+8,0%	11,6%
3 Bürofachkräfte	16.935	18.117	18.219	18.199	18.913	+11,7%	11,0%
4 Sozialarbeiter	12.194	13.061	13.198	13.517	14.846	+21,7%	8,7%
5 Helfer i. d. Krankenpflege	8.183	8.651	9.314	9.749	10.105	+23,5%	5,9%
6 Ärzte	7.842	7.995	7.994	7.943	8.589	+9,5%	5,0%
7 Masseure	5.109	5.409	5.584	5.696	6.405	+25,4%	3,7%
8 Medizinallaboranten	5.130	4.948	4.626	4.598	4.540	-11,5%	2,6%
9 Sozialpädagogen	2.378	2.548	2.769	2.913	2.863	+20,4%	1,7%
10 Kindergärtnerinnen	1.428	1.393	1.161	1.946	2.653	+85,7%	1,5%
11 Datenverarbeitungsfachleute	1.502	2.320	2.560	2.346	2.484	+65,3%	1,4%
12 Geschäftsführer	1.957	2.271	2.347	2.285	2.349	+20,0%	1,4%
13 Zahntechniker	2.190	2.349	2.373	2.233	2.148	-1,9%	1,3%
14 Hausratreiniger	3.496	3.109	2.447	2.163	2.070	-40,8%	1,2%
15 Naturwissenschaftler, a.n.g.	910	1.088	1.463	1.568	2.013	+121,2%	1,2%
16 Stenographen	2.118	2.073	1.940	1.895	1.918	-9,4%	1,1%
17 Unternehmensberater	1.143	1.674	1.416	1.473	1.887	+65,0%	1,1%
18 Köche	2.322	2.131	1.774	1.708	1.550	-33,3%	0,9%
19 Auszubildende o. Berufsang.	439	509	895	1.468	1.404	+219,5%	0,8%
20 Chemiebetriebswerker	1.180	1.182	1.295	1.281	1.270	+7,6%	0,7%
21 Leitende Verwaltungsfachl.	885	1.084	1.163	1.312	1.246	+40,7%	0,7%
22 Bürohilfskräfte	913	1.189	1.106	1.063	1.182	+29,5%	0,7%
23 Hauswirtsch. Betreuer	839	874	930	897	1.088	+29,7%	0,6%
24 Wirtschafts-/ Sozialwissen.	769	949	957	977	1.049	+36,3%	0,6%
25 Techniker, o.n.A.	928	1.225	1.128	1.036	974	+4,9%	0,6%
26 Chemielaboranten	861	849	896	897	953	+10,7%	0,6%
27 Buchhalter	830	887	911	934	918	+10,5%	0,5%
28 Dozenten	1.028	984	938	924	917	-10,8%	0,5%
29 Kraftfahrzeugführer	1.089	1.075	981	813	898	-17,5%	0,5%
30 Pförtner, Hauswarte	945	893	948	965	856	-9,4%	0,5%
31 Hilfsarb. o. Tätigkeitsang.	954	1.037	1.139	721	770	-19,3%	0,4%
32 Biologisch-technische Sfk	556	579	636	647	761	+36,8%	0,4%
33 Handelsvertreter	1.012	714	725	862	742	-26,7%	0,4%
34 Wirtschaftsprüfer	336	407	529	484	739	+120,0%	0,4%
35 Krankenvers.-fachleute	1.089	1.043	1.129	1.088	720	-33,9%	0,4%
36 Arbeitskr. o. Tätigkeitsang.	332	491	578	644	707	+113,1%	0,4%
37 Chemiker	549	526	591	574	669	+21,8%	0,4%
38 Groß- u. Einzelhandelskauf.	507	570	622	600	614	+21,0%	0,4%
39 Sonstige Ingenieure	498	658	652	552	574	+15,4%	0,3%
40 Sonstige Mechaniker	548	602	599	490	530	-3,2%	0,3%
41 Hauswirtschaftsverwalter	459	446	515	502	530	+15,5%	0,3%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

In der Brandenburger Gesundheitswirtschaft sind in 20 Berufen jeweils mehr als 500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte tätig (vgl. Tabelle 23). Weitere 10 Berufe verzeichnen jeweils 300 bis 500 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Die berufsstrukturellen Unterschiede zwischen Berlin und Brandenburg ergeben sich aus dem größeren Branchenspektrum der Berliner Gesundheitswirtschaft.

Tabelle 23: Berufsstruktur der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Berufsstruktur	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte					Beschäft. entwickl. 99 bis 07	Anteil SVB '07 an GW insges.
	1999	2001	2003	2005	2007		
Insgesamt	86.381	88.438	91.984	93.181	95.682	+10,8%	
1 Krankenschwestern/-pfleger	19.130	19.339	19.943	20.593	20.815	+8,8%	21,8%
2 Sprechstundenhelfer	10.665	10.755	10.801	10.954	11.053	+3,6%	11,6%
3 Sozialarbeiter	6.806	7.471	8.125	8.342	9.740	+43,1%	10,2%
4 Bürofachkräfte	9.059	9.497	10.281	10.300	9.720	+7,3%	10,2%
5 Helfer in der Krankenpflege	4.886	5.462	6.139	6.628	7.312	+49,7%	7,6%
6 Ärzte	3.711	3.938	4.133	4.465	4.610	+24,2%	4,8%
7 Masseur u. verw. Berufe	2.641	3.054	3.475	3.638	4.200	+59,0%	4,4%
8 Sozialpädagogen	2.366	2.443	2.589	2.663	2.798	+18,2%	2,9%
9 Kindergärtnerinnen	1.824	1.763	1.917	2.000	2.134	+17,0%	2,2%
10 Medizinallaboranten	2.127	2.070	2.132	2.084	1.998	-6,1%	2,1%
11 Köche	2.046	1.994	1.987	1.832	1.730	-15,5%	1,8%
12 Hausratreiniger	1.706	1.595	1.533	1.394	1.364	-20,0%	1,4%
13 Zahntechniker	1.529	1.485	1.490	1.426	1.328	-13,2%	1,4%
14 Hauswirtschaftliche Betreuer	1.368	1.350	1.374	1.279	1.308	-4,4%	1,4%
15 Hauswarte	669	625	672	715	737	+10,1%	0,8%
16 Hilfsarb. o. Tätigkeitsang.	1.340	1.060	970	765	632	-52,9%	0,7%
17 Wirtschafts-/ Sozialwissen.	367	413	451	493	549	+49,5%	0,6%
18 Glasbearbeiter	229	303	447	431	530	+131,9%	0,6%
19 Geschäftsführer	571	543	532	516	528	-7,5%	0,6%
20 Buchhalter	528	532	545	510	506	-4,2%	0,5%
21 Hauswirtschaftsverwalter	376	399	414	403	488	+29,7%	0,5%
22 Kraftfahrzeugführer	450	419	422	418	474	+5,4%	0,5%
23 Datenverarbeitungsfachleute	269	322	371	454	397	+47,4%	0,4%
24 Stenographen	448	435	410	419	388	-13,4%	0,4%
25 Leitende Verwaltungsfachl.	449	437	428	406	385	-14,3%	0,4%
26 Krankenvers.-fachleute	500	499	454	439	383	-23,3%	0,4%
27 Auszubildende o. Berufsang.	326	288	336	364	352	+7,9%	0,4%
28 Techniker, o.n.A.	407	387	366	353	344	-15,6%	0,4%
29 Augenoptiker	281	281	310	276	314	+11,4%	0,3%
30 Bürohilfskräfte	202	225	250	263	300	+48,8%	0,3%
31 Chemiebetriebswerker	148	185	188	263	293	+97,7%	0,3%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

### 6.1.1 Weiterhin Dominanz der Gesundheits- und Sozialberufe

In den zehn beschäftigungsstärksten Berufen sind zwischen der Berliner und der Brandenburger Gesundheitswirtschaft kaum berufsstrukturelle Unterschiede festzustellen. Trotz des Personalabbaus in den Berliner Krankenhäusern kommt den Krankenschwestern/-pflegern in der Berliner wie auch in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft weiterhin die zahlenmäßig größte Bedeutung zu. Rund ein Drittel der Beschäftigten der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ist als Krankenschwester/-pfleger oder als Sprechstundenhelfer tätig. Den größten absoluten Beschäftigungszuwachs verzeichneten in der Region im Zeitraum 1999 bis 2007 die Tätigkeiten Helfer in der Krankenpflege mit einem Plus von rd. 4.500 Beschäftigten und die Berufsgruppe Masseure und verwandte Berufe mit einem Plus von annähernd 2.000 Beschäftigten. Auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzte, zu denen rd. die Hälfte der in der Region tätigen Ärzte gehört, ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Interessant ist dabei, dass der größere Teil des Zuwachses in Brandenburg stattfand. 900 der 1.600 hinzugekommenen Ärzte sind in Brandenburg tätig – trotz aller landesspezifischen Rekrutierungsschwierigkeiten in dieser Fachkräftegruppe.

Insgesamt sind trotz neuer Entwicklung in den gewerblichen Berufen die Gesundheits- und Pflegeberufe nach wie vor die Schlüsselberufe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft. Hier spiegelt sich auf der beruflichen Ebene die starke Dominanz des Gesundheits- und Sozialwesens in der Branchenstruktur der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft wider.

### 6.1.2 Berufliche Reflexion branchenstruktureller Unterschiede

Signifikante Unterschiede in der Berufsstruktur der Gesundheitswirtschaft beider Länder bestehen vor allem in technischen und forschungsorientierten Berufen. In Berlin weist die Berufsgruppe der sog. anderweitig nicht genannten Naturwissenschaftler – zu ihnen gehören bspw. Biologen – zwischen 1999 und 2007 das höchste Wachstumstempo auf. Sie ist mit über 2.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten inzwischen von Platz 27 (1999) auf Platz 15 des Beruferankings der Berliner Gesundheitswirtschaft vorgerückt. In Brandenburg taucht diese Berufsgruppe hingegen nicht unter den Top 30 Berufen auf.<sup>12</sup> Ebenso die Chemiker zeichnen sich in der Berliner Gesundheitswirtschaft durch hohe Beschäftigungszuwächse aus und schaffen es mit über 700 Beschäftigten immerhin auf Platz 37. In Brandenburg ist zwischen 1999 und 2007 bei den Chemikern ein Beschäftigungsrückgang von 120 auf 102 Beschäftigte zu beobachten (Rankingplatz 61). Auch die berufsstrukturellen Unterschiede verdeutlichen, dass die forschungsintensiven Bereiche der Gesundheitswirtschaft in Berlin stärker ausgeprägt sind und sich in der Vergangenheit dynamischer entwickelt haben als in Brandenburg. Inwieweit dieser Trend für eine länderspezifische Arbeitsteilung steht bzw. welche Entwicklungsoptionen im Sinne eines Nachholbedarfs in Brandenburg gegeben sind, lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten jedoch nicht beantworten.

Darüber hinaus deutet die Entwicklung bei den leitenden Verwaltungsfachleuten (Berlin Platz 21, Brandenburg Platz 25) auf unterschiedliche Branchenstrukturen in Berlin und in Brandenburg hin. Die höhere Zahl an derartigen Beschäftigten und das Beschäftigungswachstum in Berlin – bei gleichzeitigem Beschäftigungsrückgang in Brandenburg – dürfte ein Indiz für unterschiedliche Betriebsstrukturen innerhalb der beiden Bundesländer sein: Die Berliner Gesundheitswirtschaft ist offensichtlich stärker als die Brandenburger durch größere Betriebe mit eigenständigen Verwaltungsabteilungen geprägt. Darüber hinaus ist die Anzahl der Betriebszentralen, die für ihre Außenstellen administrative Tätigkeiten übernehmen, in Berlin höher als in Brandenburg. Dieses dürfte in nicht unerheblichem Maße im Imagevorteil der Hauptstadt begründet sein.

<sup>12</sup> In der Brandenburger Gesundheitswirtschaft sind 2007 insgesamt 38 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte dieser Berufsgruppe zugeordnet, womit die Naturwissenschaftler a.n.g. auf Rankingplatz 91 stehen.

Die Ausweisung der Berufe in der Gesundheitswirtschaft macht damit auf zweierlei aufmerksam: Zum einen deuten sich strukturelle Besonderheiten der Berliner und der Brandenburger Gesundheitswirtschaft an. Zum anderen zeichnet sich die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft durch ein breites Spektrum an Berufen aus. Auch wenn die Gesundheits- und Pflegeberufen die Branche dominieren, lässt sich die Gesundheitswirtschaft nicht auf diese Tätigkeiten reduzieren. Fachkräftebedarfe bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten sind in der Gesundheitswirtschaft breiter gestreut als in der Mehrzahl der anderen Wirtschaftsbereiche. Von welcher Qualität die berufsstrukturelle Vielfalt der Gesundheitswirtschaft ist und welche Gestaltungsspielräume sich aus diesem Tatbestand ergeben, macht die exemplarische Berufsstrukturanalyse für ausgewählte Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft deutlich.

### 6.1.3 Berufsstruktur in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern

Die Berufsstrukturen in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern stellen sich grundsätzlich vergleichbar dar. Die Branche wird von den klassischen Gesundheitsberufen beherrscht. Darüber hinaus kommt den eher verwaltenden Tätigkeiten von Bürofachkräften und Sprechstundenhelfer/innen eine große Bedeutung zu (vgl. Tabelle 24). Unterschiede ergeben sich vor allem aus der Tatsache, dass Berlin im Bereich Medizin ein Universitätsstandort ist und Brandenburg nicht. Entsprechend sind in den Berliner Krankenhäusern wesentlich mehr Naturwissenschaftler und Hochschullehrer beschäftigt.

Tabelle 24: Berufsstrukturen der Berliner und Brandenburger Krankenhäuser, 1999-2007

Berufe	Berlin			Berufe	Brandenburg		
	SV-pflichtig eschäftigte		Beschäft. entwickl. 99-07		SV-pflichtig Beschäftigte		Beschäft. entwickl. 99-07
	1999	2007			1999	2007	
Insgesamt	65.014	50.174	-22,8%	Insgesamt	33.239	33.949	+2,1%
Krankenschwestern	26.459	20.397	-22,9%	Krankenschwestern	14.279	14.472	+1,4%
Ärzte	7.000	7.311	+4,4%	Ärzte	3.372	4.242	+25,8%
Medizinallaboranten	3.996	3.286	-17,8%	Helfer i.d. Krankenpfl.	2.051	2.709	+32,1%
Bürofachkräfte	3.987	2.823	-29,2%	Masseure	1.457	1.721	+18,1%
Helfer i.d. Krankenpfl.	4.059	2.511	-38,1%	Medizinallaboranten	1.699	1.517	-10,7%
Masseure	2.104	1.526	-27,4%	Bürofachkräfte	1.454	1.380	-5,1%
Sprechstundenhelfer	1.170	1.356	+15,9%	Sprechstundenhelfer	863	978	+13,2%
Naturwissensch. a.n.g.	303	1.036	+241,7%	Köche	898	679	-24,4%
Sozialarbeiter	1.086	847	-22,0%	Sozialarbeiter	612	652	+6,5%
Stenographen	1.100	760	-31,0%	Hausratreiniger	780	600	-23,1%
Hochschullehrer	893	754	-15,5%	Sozialpädagogen	376	488	+29,7%
Hausratreiniger	1.795	692	-61,5%	Wirtschafts-/ Sozwiss.	272	429	+58,0%
Kraftfahrzeugführer	777	582	-25,1%	Stenographen	277	247	-10,7%
Köche	1.243	436	-64,9%	Kindergärtnerinnen	215	235	+8,9%
Techniker, o.n.A	357	321	-10,1%	Buchhalter	218	178	-18,1%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Im Hinblick auf die Beschäftigungsentwicklung zwischen 1999 und 2007 deuten die Berufsstrukturdaten auf zwei zentrale Trends hin. Zum einen ist in diesem Zeitraum der Abbau von Überkapazitäten in der Berliner Krankenhausbranche fortgesetzt worden, wodurch ein relativ breites Tätigkeitsspektrum Beschäftigungseinbußen hinnehmen musste. Zum anderen vollziehen sich strukturelle



Reorganisationsmaßnahmen innerhalb der Krankenhausbranche, die sich in der organisatorischen Ausgliederung (Stichwort Privatisierung) und in der Zentralisierung bestimmter Funktionsbereiche niederschlagen. Hier zeigen sich in ähnlichen Tätigkeitsbereichen der Berliner und der Brandenburger Krankenhäuser negative Beschäftigungswirkungen. Betroffen sind davon insbesondere nachgeordnete bzw. dienstleistende Tätigkeiten (Buchhalter, Köche, Hausratreiniger, Medizinlaboranten). In ihnen ist zwischen 1999 und 2007 sowohl in der Berliner als auch in der Brandenburger Krankenhausbranche ein starker Beschäftigtenabbau zu beobachten.

Bei der Interpretation der entsprechenden Beschäftigtendaten ist zu beachten, dass häufig mit der Auslagerung von Tätigkeiten in externe Unternehmen oder eigene Tochterunternehmen auch eine neue Zuordnung der Arbeitsplätze bzw. Beschäftigten zu einer anderen Branche und deren statistischer Erfassung erfolgt. So ist der starke Beschäftigungsrückgang bei den Köchen darauf zurückzuführen, dass der Betrieb von Krankenhausküchen und Cafeterien vermehrt an externe Unternehmen vergeben wurde und nicht mehr durch die Krankenhäuser selbst erbracht wird. Gleiches gilt für die Medizinallaboranten. Auch hier ist die Auslagerung von Laborleistungen an externe Dienstleister ein wesentlicher Grund für den zu beobachtenden Beschäftigungsrückgang in der Krankenhausbranche. Der starke Rückgang der Krankenpflegehelfer in der Berliner Krankenhausstatistik ist Folge der Ausgliederung von Pflegeeinrichtungen aus Krankenhausunternehmen in eigenständige, der Pflegebranche zugeordnete Tochterunternehmen.<sup>13</sup> Weitere, mit realem Abbau von Arbeitsplätzen verbundene Beschäftigungswirkungen können von der Zentralisierung von Funktionsbereichen innerhalb von Krankenhauskonzernen bzw. im Rahmen von Krankenhauskooperationen ausgehen.

Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht eingeschätzt werden, ob Unterschiede in den Strukturveränderungen oder nur die Unterschiede in den Betriebsgrößen – oder beide – ursächlich für das differenzierte Ausmaß der Beschäftigungswirkungen in der Berliner und der Brandenburger Krankenhausbranche sind. Fest steht in jedem Falle, dass sowohl in den Berliner als auch den Brandenburger Krankenhäusern weitere Strukturveränderungen folgen werden. „Um eine verstärkte Optimierung der Leistungserbringung zu erreichen, wird zukünftig neben der stationären Versorgung eine verstärkte Tendenz zu Spezialisierungen und Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich zu verzeichnen sein. Hierzu gehören neben der Errichtung von medizinischen Versorgungszentren auch die Erbringung hoch spezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V und ambulanter Leistungen nach § 115b SGB V“ (Vivantes Geschäftsbericht 2008). Sicherlich wird nicht nur in Berlin der Konzentrationsprozess in der Krankenhausbranche fortgesetzt werden – wie er sich gegenwärtig bspw. bereits mit der vom Senat geforderten engeren Kooperation von Charité und Vivantes andeutet. Auch in Brandenburg besteht der Zwang zu größeren Betriebseinheiten und wirksameren Kooperationen. Die Bewältigung notwendiger Reorganisationsmaßnahmen sollte umso leichter fallen, je mehr Erfahrungen mit bestimmten Konzepten vorliegen; der Erfahrungsaustausch zwischen den Krankenhäusern kann hier entsprechend einen wesentlichen Beitrag leisten. Dabei sollte auch vorausschauend erörtert und kommuniziert werden, welche Beschäftigungswirkungen und Konsequenzen für den Fachkräftebedarf sich aus den Veränderungen voraussichtlich ergeben werden. Denn eine und gelegentlich die entscheidende Triebkraft dieser Entwicklungen sind ja gerade Einsparungen bei den Personalkosten und damit in der Beschäftigung.

<sup>13</sup> „Der Vivantes-Konzern besteht aus der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH und den damit verbundenen Unternehmen Vivantes Rehabilitation GmbH, Vivantes – Forum für Senioren GmbH, Vivantes Textilversorgung GmbH, SVL Speiseversorgung und -logistik GmbH, VivaClean GmbH, VIVAflex Agentur für Zeitarbeit und Personaleinsatz GmbH, Vivantes – MVZ GmbH, Vivantes Ambulante Krankenpflege GmbH und die Vivantes Komfortklinik GmbH. Die MediFactura Servicegesellschaft für medizinische Leistungsabrechnung und Beratung mbH wurde rückwirkend zum 1. Januar 2008 auf Vivantes verschmolzen. Die ChronoMedic GmbH wird mit Gesellschafterbeschluss vom 18. April 2008 unter dem Namen Vivantes Komfortklinik GmbH fortgeführt. Die Komfortklinik betreibt eine gewerblich konzessionierte Privatkrankenanstalt an zwei Klinikstandorten von Vivantes. Die operative Tätigkeit wurde am 5. Mai 2008 aufgenommen. Vivantes hat den Betrieb der Pflegeeinrichtungen durch die Überleitung wesentlicher Verträge auf ihre Tochter die Vivantes – Forum für Senioren GmbH zum 30. Juni 2008 übertragen.“ (Vivantes Geschäftsbericht 2008)

#### 6.1.4 Berufsstruktur in der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin und in Brandenburg

In der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen vollzog sich in den vergangenen Jahren in Berlin ein dynamischer berufsstruktureller Wandel. Die starke Expansion der in der Branche beschäftigten Elektrogerätemontierer, Elektroingenieure und Elektrogerätebauer (vgl. gekennzeichnete Berufe in Tabelle 25) steht für eine zunehmende Elektronifizierung der Branche in Berlin.

Tabelle 25: Berufsstrukturen in der Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin und in Brandenburg, 1999-2007

Berlin				Brandenburg			
Berufe	SVB 1999	SVB 2007	Veränd. 99-07	Berufe	SVB 1999	SVB 2007	Veränd. 99-07
Insgesamt	4.422	6310	+42,7%	Insgesamt	3.669	4282	+16,7%
Zahntechniker	1.505	1495	-0,6%	Zahntechniker	1.206	1055	-12,5%
Bürofachkräfte	422	693	+64,1%	Glasbearbeiter	229	530	+131,9%
Elektrogerätemontierer	17	301	+1636,5%	Bürofachkräfte	249	441	+76,8%
Augenoptiker	198	297	+49,6%	Augenoptiker	275	308	+12,0%
Elektroingenieure	40	282	+605,0%	Feinmechaniker	133	205	+53,9%
Feinmechaniker	215	220	+1,9%	Verkäufer	105	142	+35,0%
Hilfsarbeiter o. T.	47	152	+225,2%	Funk-, Tongerätem.	45	130	+189,4%
Schuhmacher	160	139	-13,0%	Schuhmacher	139	124	-10,6%
Verkäufer	126	133	+5,1%	Techniker, o.n.A	86	95	+10,8%
Techniker, o.n.A	71	127	+79,4%	Werkzeugmacher	34	71	+108,8%
Geschäftsführer	102	101	-1,5%	Elektrogerätebauer	42	63	+48,8%
Elektrogerätebauer	32	100	+208,5%	Geschäftsführer	68	56	-18,0%
Sonstige Mechaniker	69	92	+34,0%	Hilfsarbeiter o. T.	36	52	+43,1%
Funk-, Tongerätemech.	53	85	+58,4%	Kraftfahrzeugführer	56	48	-13,8%
Sonstige Ingenieure	22	84	+280,7%	Warenaufmann	19	42	+126,3%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Dass derartige Entwicklungen in Brandenburg (noch) nicht zu beobachten sind, kann zwei Gründe haben. Zum einen ist denkbar, dass der Strukturwandel hin zu elektrotechnischen Tätigkeiten in Brandenburg bisher nicht durch einen berufsstrukturellen Wandel flankiert worden ist (die elektrotechnischen Tätigkeiten werden bspw. von Feinmechanikern oder von Funk- und Tongerätemechanikern erbracht). Zum anderen könnten die identifizierten Unterschiede für länderspezifische Entwicklungen in der Branche stehen. Wie auch in den anderen Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft sind derartige Unterschiede als Chance zu sehen, da verschiedene Entwicklungen gegenübergestellt werden können, um so deren jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen diskutieren sowie sich abzeichnende personalpolitische Herausforderungen herausarbeiten zu können. Wenn es sich bei der Elektronifizierung um einen allgemeinen Branchentrend handelt, der sich in Brandenburg bisher nur noch nicht voll entfaltet hat, ist mittelfristig mit einem wachsenden Konkurrenzkampf um solche Facharbeiter zu rechnen. Ein brancheninterner Diskurs darüber, wie mit dieser Bedarfssituation am sinnvollsten umzugehen ist – etwa durch ein gemeinsames Marketing oder auch kooperative Ausbildungsformen – kann helfen, entstehende Herausforderungen effektiver zu meistern.

### 6.1.5 Berufsstrukturen der Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens

Die Berufsstrukturen der Krankenkassen und Organisationen des Gesundheitswesens stehen exemplarisch für das breite Berufsspektrum innerhalb der Gesundheitswirtschaft. Wie zu erwarten, unterscheiden sich die Tätigkeiten innerhalb dieses Feldes stark von den anderen Branchensegmenten der Gesundheitswirtschaft. Nichtsdestotrotz bieten auch die Krankenversicherungen und Organisationen der Gesundheitswirtschaft Beschäftigungsmöglichkeiten in klassischen Berufsfeldern der Gesundheitsversorgung und Pflege (vgl. gekennzeichnete Berufe in Tabelle 26).

Tabelle 26: Berufsstrukturen in der Branche Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens in Berlin und in Brandenburg, 1999-2007

Berlin				Brandenburg			
Berufe	SVB in 1999	SVB in 2007	Veränd. 99-07	Berufe	SVB in 1999	SVB in 2007	Veränd. 99-07
Insgesamt	7.542	7.566	+0,3%	Insgesamt	6.141	6.491	+5,7%
Bürofachkräfte	4.709	5.041	+7,1%	Bürofachkräfte	4.775	5.201	+8,9%
KV-fachleute	1.075	697	-35,2%	KV-fachleute	485	369	-23,8%
Krankenschwestern	224	219	-2,3%	Sozialarbeiter	61	175	+187,3%
Stenographen	213	173	-19,0%	Kindergärtnerinnen	146	167	+14,3%
Ärzte	103	155	+50,0%	Helfer i.d. Krankenpfl.	149	138	-7,7%
Sozialarbeiter	179	131	-27,0%	Krankenschwestern	74	86	+15,9%
Versicherungsfachleute	124	129	+3,9%	Heimleiter	28	39	+38,5%
Bürohilfskräfte	157	115	-26,6%	Stenographen	45	28	-38,2%
Ltd. Verwaltungsfachl.	18	88	+396,7%	Geschäftsführer	20	25	+22,5%
Sprechstundenhelfer	97	64	-33,5%	Hauswirt. Betreuer	28	22	-23,2%
Geschäftsführer	43	64	+48,8%	Buchhalter	19	21	+6,0%
Buchhalter	39	36	-7,5%	Versicherungsfachleute	60	19	-67,7%
Kindergärtnerinnen	8	34	+343,5%	Kraftfahrzeugführer	10	17	+75,9%
Datentypisten	64	29	-54,5%	Ltd. Verwaltungsfachl.	11	17	+57,0%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Auch wenn der Anteil der Krankenschwestern, Sozialarbeiter/innen und Helfer/innen in der Krankenpflege in den administrativen Organisationen der Gesundheitswirtschaft bisher gering ausfällt, bestehen durchaus Möglichkeiten für Berufsein- und Berufsumsteiger. Im Hinblick auf die hohe physische und psychische Belastung von Versorgungsberufen wäre zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen ein Berufswechsel hin zu administrativen Tätigkeiten eine innovative Personalstrategie für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft insgesamt sein kann. Die Krankenhäuser und Einrichtungen des Sozialwesens könnten ein solches Übergangsmanagement in die zweite Berufsphase als Instrument der Personalakquise und -entwicklung nutzen. Bei den Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens könnten die Berufswechsler eine Quelle zur Befriedigung entstehender Personalbedarfe darstellen. Aufbauend auf gezielten Weiterbildungs- und Umschulungsprogrammen sollte es möglich sein, die brancheninternen Potenziale der Gesundheitswirtschaft zur Lösung der zu erwartenden bzw. bereits akuten Fachkräfteproblematik noch besser zu nutzen als bisher.

Unabhängig von den Potenzialen solcher brancheninternen Ansätze zur Lösung der Fachkräfteproblematik stellt die Berufsausbildung den wesentlichen Quell des Fachkräftenachwuchses dar. Entsprechend kommt den branchenspezifischen bzw. betrieblichen Ausbildungsstrukturen eine herausragende Rolle bei der Bewältigung anstehender Fachkräftebedarfe zu.

## 6.2 Berufsspezifische Ausbildungsstrukturen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Mit Blick auf die besondere Bedeutung der betrieblichen Ausbildung für die Fachkräftesicherung stellen die berufsspezifischen Ausbildungskennziffern ein weiteres zentrales Strukturmerkmal der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft dar. Bei der Interpretation der ermittelten Ausbildungsleistungen ist jedoch eine Besonderheit der Gesundheitswirtschaft zu berücksichtigen. Im Gegensatz zum dualen System der Berufsausbildung mit seiner traditionellen Dualität der Lernorte – Betrieb und Berufsschule – wird ein erheblicher Teil der Nachwuchskräfte der Gesundheitswirtschaft, insbesondere in deren Kernbereich, dem Gesundheits- und Sozialwesen, in vollzeitschulischen Lehrgängen an Fachschulen ausgebildet. Aufgrund der besonderen Ausbildungsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft (hohe Bedeutung von Fachschulen für bestimmte Teilbereiche der Branche, hoher Akademikeranteil in bestimmten Berufsfeldern) stellt die sozialversicherungspflichtige Ausbildung somit nur eine Säule der Nachwuchsentwicklung neben anderen dar. Die potenziellen Möglichkeiten von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, ihren Bedarf an Nachwuchskräften durch eigenes Ausbildungsengagement zu decken, sind daher weniger breit als z.B. in der Industrie oder dem Handwerk.

Tabelle 27 zeigt die Berliner und Tabelle 28 die Brandenburger Ausbildungszahlen für sozialversicherungspflichtige Ausbildungsverhältnisse nach Berufen.

Tabelle 27: Ausbildungsberufe in der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Ausbildungsberufe	1999	2001	2003	2005	2007	99-07 in %
Insgesamt	9.284	9.215	8.967	8.413	7.821	-15,8%
1 Sprechstundenhelfer	2.680	2.720	2.672	2.441	2.241	-16,4%
2 Krankenschwestern	3.252	2.964	1.751	1.547	1.626	-50,0%
3 Auszubildende o. Berufsangabe	346	431	837	1.418	1.335	+286,1%
4 Bürofachkräfte	608	659	826	574	583	-4,2%
5 Helfer in der Krankenpflege	102	42	406	498	287	+180,0%
6 Sozialarbeiter	155	155	135	263	256	+65,5%
7 Zahntechniker	283	270	293	263	237	-16,5%
8 Chemiebetriebswerker	105	81	68	69	84	-20,0%
9 Chemielaboranten	86	82	77	61	81	-5,5%
10 Datenverarbeitungsfachleute	31	86	285	92	80	+156,5%
11 Köche	50	77	75	79	67	+34,4%
12 Werbefachleute	2	10	9	13	57	+2737,5%
13 Biolog.-technische Sonderfachkräfte	81	75	63	43	56	-31,8%
14 Krankenversicherungsfachleute	78	84	84	73	56	-29,1%
15 Schriftsetzer	0	0	9	40	47	
16 Tischler	86	70	60	58	45	-47,4%
17 Fräser	0	1	0	24	42	
18 Kellner	3	12	17	48	38	+1175,0%
19 Augenoptiker	32	28	43	37	37	+12,9%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiks-service Ost, eigene Berechnungen

Tabelle 28: Ausbildungsberufe in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Ausbildungsberufe	1999	2001	2003	2005	2007	99-07 in %
Insgesamt	4.535	4.383	4.383	4.733	4.718	
1 Krankenschwestern	1.822	1.719	1.740	1.859	1.777	-2,5%
2 Sprechstundenhelfer	980	907	795	777	762	-22,2%
3 Bürofachkräfte	375	387	317	300	347	-7,4%
4 Auszubildende o. Berufsangabe	267	242	307	359	346	+29,8%
5 Sozialarbeiter	38	29	52	208	334	+770,0%
6 Helfer in der Krankenpflege	24	25	59	82	136	+472,5%
7 Zahntechniker	169	125	154	172	133	-21,4%
8 Gärtner	30	41	67	89	83	+176,7%
9 Köche	92	108	125	110	83	-9,7%
10 Friseure	82	94	107	82	75	-9,5%
11 Tischler	63	79	89	64	59	-7,2%
12 Maler	118	136	129	103	55	-53,5%
13 Augenoptiker	40	46	49	42	52	+28,9%
14 Feinmechaniker	12	17	21	24	35	+179,7%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiks-service Ost, eigene Berechnungen

Wie bereits bei der Darstellung der Berufsstruktur lassen sich bei den beschäftigungsstärksten Ausbildungsberufen zwischen Berlin und Brandenburg keine länderspezifischen Strukturunterschiede feststellen. Die sieben häufigsten Ausbildungsberufe sind in der Berliner und in der Brandenburger

Gesundheitswirtschaft identisch, auch wenn ihr Rankingplatz in Teilen variiert und unterschiedliche Wachstumsdynamiken zu beobachten sind. Im Hinblick auf den starken Rückgang der betrieblichen Ausbildungsaktivitäten in einigen Berufen – etwa bei den Sprechstundenhelfer/innen – bei gleichzeitigem Anstieg der Ausbildungszahlen bei anderen Berufen – zum Beispiel den Sozialarbeiter/innen – ist es zumindest möglich, dass sich die Ausbildungsberufsstrukturen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft mittelfristig verschieben werden.

Zur Identifizierung konkreter Handlungsbedarfe ist es notwendig, die berufsspezifischen Ausbildungsstrukturen in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft in den Blick zu nehmen. So zeigt sich etwa, dass es dem Teilbereich Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen bisher noch nicht gelungen ist, durch eigene Ausbildungsaktivitäten auf den berufsstrukturellen Wandel (Stichwort Elektronifizierung) zu reagieren. Tabelle 29 zeigt, dass in den Berliner Betrieben dieser Branche erst eine geringe Zahl an Elektrogerätebauern ausgebildet wird,<sup>14</sup> wobei 2007 der erste Jahrgang ist, in dem diese Ausbildung innerhalb der Branche überhaupt angeboten wird.

**Tabelle 29: Ausbildungsberufe in der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen in Berlin, 1999-2007**

Ausbildungsberufe	1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Insgesamt	426	421	471	418	409	-3,9
Ausbildungsquote	9,6%	8,9%	9,2%	8,5%	6,5%	-3,1
1 Zahntechniker	259	254	276	243	217	-16,4
2 Bürofachkräfte	6	11	13	18	43	+654,4
3 Augenoptiker	32	28	42	37	37	+12,9
4 Feinmechaniker	29	29	22	16	19	-35,2
5 Auszubildende o. Berufsang.	21	13	19	23	15	-27,4
6 Tongerätetechniker	10	9	18	16	14	+35,5
7 Schuhmacher	29	24	16	19	14	-51,7
8 Elektrogerätebauer	0	0	0	0	7	

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Bei den Funk- und Tongerätetechnikern wurden die Ausbildungsaktivitäten zwar forciert, aufgrund der geringen absoluten Zahlen bleibt aber offen, inwieweit entstehende Fachkräftebedarfe in diesem Berufsfeld durch brancheninterne Ausbildung befriedigt werden können. Aufgrund der Voraussetzungen für betriebliche Ausbildung (Ausbildungszulassung, notwendige betriebliche Infrastruktur etc.) dürfte es für Unternehmen eine nicht zu unterschätzende Herausforderung darstellen, sich ausbildungsseitig auf berufsstrukturelle Entwicklungen einzustellen. Entsprechend ist zu prüfen, inwieweit die Unternehmen der Branche bei der Einrichtung neuer Ausbildungsgänge wirksamer beraten und unterstützt werden können. Diesbezüglich ist explizit zu klären, welche Gestaltungsmöglichkeiten betriebsübergreifende Ausbildung bietet.

Indem die berufsspezifischen Ausbildungszahlen mit den Berufsstrukturdaten in Zusammenhang gebracht werden, lässt sich beantworten, inwieweit es der Gesundheitswirtschaft insgesamt gelingt, ausbildungsseitig auf sich abzeichnende berufsstrukturelle Veränderungen zu reagieren. Die berufsspezifischen Ausbildungsquoten in den hier untersuchten Bereichen der Gesundheitswirtschaft

<sup>14</sup> In Brandenburg gibt es seit 2005 einen Auszubildenden zum Elektrogerätebauer im Bereich Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen. Elektrogerätemonteur werden in der Branche weder in Brandenburg noch in Berlin ausgebildet.

geben einen Überblick darüber, inwieweit eine derartige Anpassung in der Vergangenheit bewältigt wurde (vgl. Tabelle 30 und 31).

**Tabelle 30: Berufsspezifische Ausbildungsquoten in der Berliner Gesundheitswirtschaft, 1999 und 2007**

Ausbildungsberufe	1999			2007			1999 bis 2007		
	SVB	Azu- bis	Azubi- quote	SVB	Azu- bis	Azubi- quote	SVB	Azu- bis	Azubi- quote
Insgesamt	161.499	9.284	5,7%	171.411	7.821	4,6%	9.912	-1.464	-1,2%
1 Krankenschwestern	33.297	3.252	9,8%	30.422	1.626	5,3%	-2.875	-1.626	-4,4%
2 Sprechstundenhelfer	18.367	2.680	14,6%	19.845	2.241	11,3%	1.478	-440	-3,3%
3 Bürofachkräfte	16.935	608	3,6%	18.913	583	3,1%	1.978	-26	-0,5%
4 Sozialarbeiter	12.194	155	1,3%	14.846	256	1,7%	2.652	101	0,5%
5 Helfer i. d. Krankenpflege	8.183	102	1,3%	10.105	287	2,8%	1.921	184	1,6%
6 Ärzte	7.842	311	4,0%	8.589	5	0,1%	747	-306	-3,9%
7 Masseure	5.109	24	0,5%	6.405	9	0,1%	1.296	-14	-0,3%
8 Medizinallaboranten	5.130	13	0,2%	4.540	16	0,3%	-590	3	0,1%
9 Sozialpädagogen	2.378	19	0,8%	2.863	1	0,0%	485	-18	-0,8%
10 Kindergärtnerinnen	1.428	11	0,7%	2.653	2	0,1%	1.225	-9	-0,7%
11 Datenverarbeitungs-f.	1.502	31	2,1%	2.484	80	3,2%	981	49	1,1%
12 Geschäftsführer	1.957	0	0,0%	2.349	6	0,3%	392	6	0,3%
13 Zahntechniker	2.190	283	12,9%	2.148	237	11,0%	-42	-47	-1,9%
14 Raum-, Hausratreiniger	3.496	3	0,1%	2.070	2	0,1%	-1.426	-1	0,0%
15 Naturwissenschaft. a.n.g.	910	1	0,1%	2.013	0	0,0%	1.103	-1	-0,1%
16 Stenographen	2.118	3	0,1%	1.918	2	0,1%	-199	-1	-0,0%
17 Unternehmensberater	1.143	1	0,1%	1.887	3	0,2%	744	2	0,1%
18 Köche	2.322	50	2,1%	1.550	67	4,3%	-772	17	2,2%
19 Chemiebetriebswerker	1.180	105	8,9%	1.270	84	6,6%	90	-21	-2,3%
20 Leitende Verwalt.fachl.	885	0	0,0%	1.246	0	0,0%	361	0	0,0%
21 Bürohilfskräfte	913	2	0,2%	1.182	9	0,7%	269	7	0,5%
22 Hauswirtschaftl. Betreuer	839	4	0,4%	1.088	2	0,2%	249	-2	-0,3%
23 Wirtschafts-/Sozialw.	769	3	0,4%	1.049	4	0,4%	279	1	-0,0%
24 Techniker, o.n.A	928	17	1,9%	974	19	2,0%	46	2	0,1%
25 Chemielaboranten	861	86	10,0%	953	81	8,5%	92	-5	-1,5%
26 Buchhalter	830	0	0,0%	918	1	0,1%	87	1	0,1%
27 Dozenten	1.028	1	0,1%	917	0	0,0%	-111	-1	-0,1%
28 Kraftfahrzeugführer	1.089	0	0,0%	898	1	0,1%	-191	1	0,1%
29 Pförtner, Hauswarte	945	5	0,5%	856	1	0,1%	-89	-4	-0,4%
30 Hilfsarb. o. Tätigkeitsang.	954	2	0,2%	770	1	0,1%	-184	-1	-0,1%
31 Biologisch-technische Sfk	556	81	14,6%	761	56	7,3%	205	-26	-7,3%
32 Handelsvertreter	1.012	2	0,2%	742	0	0,0%	-270	-2	-0,2%
33 Wirtschaftsprüfer	336	13	4,0%	739	4	0,5%	403	-10	-3,5%
34 KV-fachleute	1.089	78	7,2%	720	56	7,7%	-370	-23	0,5%
35 Chemiker, Chemieing.	549	1	0,2%	669	0	0,0%	120	-1	-0,2%
36 Groß-/Einzelhandelskauf.	507	133	26,3%	614	28	4,5%	107	-106	-21,8%
37 Sonstige Ingenieure	498	0	0,0%	574	1	0,2%	77	1	0,2%
38 Sonstige Mechaniker	548	23	4,2%	530	27	5,1%	-18	4	0,9%
39 Hauswirtschaftsverwalter	459	10	2,2%	530	1	0,2%	71	-9	-2,0%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

Tabelle 31: Berufsspezifische Ausbildungsquoten in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999 und 2007

Ausbildungsberufe	1999			2007			1999 bis 2007		
	SVB	Azu- bis	Azubi- quote	SVB	Azu- bis	Azubi- quote	SVB	Azu- bis	Azubi- quote
Insgesamt	86.381	4.535	5,2%	95.682	4.718	4,9%	9.301	183	-0,3%
1 Krankenschwestern	19.130	1.822	9,5%	20.815	1.777	8,5%	1.685	-45	-1,0%
2 Sprechstundenhelfer	10.665	980	9,2%	11.053	762	6,9%	388	-217	-2,3%
3 Sozialarbeiter	6.806	38	0,6%	9.740	334	3,4%	2.934	295	2,9%
4 Bürofachkräfte	9.059	375	4,1%	9.720	347	3,6%	661	-28	-0,6%
5 Helfer i. d. Krankenpflege	4.886	24	0,5%	7.312	136	1,9%	2.426	112	1,4%
6 Ärzte	3.711	49	1,3%	4.610	1	0,0%	899	-48	-1,3%
7 Masseure	2.641	8	0,3%	4.200	2	0,0%	1.559	-6	-0,2%
8 Heimleiter	2.366	2	0,1%	2.798	7	0,2%	432	5	0,2%
9 Kindergärtnerinnen	1.824	1	0,1%	2.134	2	0,1%	310	1	0,0%
10 Medizinallaboranten	2.127	5	0,2%	1.998	6	0,3%	-129	1	0,1%
11 Köche	2.046	92	4,5%	1.730	83	4,8%	-317	-9	0,3%
12 Raum-, Hausratreiniger	1.706	1	0,1%	1.364	0	0,0%	-342	-1	-0,1%
13 Zahntechniker	1.529	169	11,0%	1.328	133	10,0%	-201	-36	-1,1%
14 Hauswirtschaftl. Betreuer	1.368	5	0,3%	1.308	20	1,5%	-60	15	1,2%
15 Hauswarte	669	1	0,1%	737	1	0,1%	68	0	0,0%
16 H. o. Tätigkeitsang.	1.340	2	0,1%	632	1	0,2%	-709	-1	0,0%
17 Wirtschafts-/Sozialw.	367	3	0,8%	549	3	0,5%	182	0	-0,3%
18 Glasbearbeiter	229	12	5,4%	530	15	2,8%	302	2	-2,6%
19 Geschäftsführer	571	0	0,0%	528	0	0,0%	-43	0	0,0%
20 Buchhalter	528	1	0,2%	506	0	0,0%	-22	-1	-0,2%
21 Hauswirtschaftsverwalter	376	16	4,3%	488	2	0,4%	112	-14	-3,8%
22 Kraftfahrzeugführer	450	1	0,2%	474	2	0,4%	24	1	0,2%
23 Datenverarbeitungsfachl.	269	5	2,0%	397	5	1,3%	128	0	-0,7%
24 Stenographen	448	4	0,8%	388	1	0,3%	-60	-3	-0,6%
25 Leitende Verwalt.fachl.	449	0	0,0%	385	0	0,0%	-64	0	0,0%
26 KV-fachleute	500	26	5,3%	383	28	7,4%	-116	2	2,1%
27 Techniker, o.n.A	407	0	0,0%	344	0	0,0%	-64	0	0,0%
28 Augenoptiker	281	40	14,3%	314	52	16,6%	32	12	2,3%
29 Bürohilfskräfte	202	2	1,0%	300	8	2,7%	98	6	1,7%
30 Chemiebetriebswerker	148	2	1,3%	293	17	5,8%	145	15	4,4%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Der Wandel der berufsspezifischen Ausbildungsquoten kann in zwei zu unterscheidenden Entwicklungen begründet sein. Zum einen ist es denkbar, dass die Betriebe der Gesundheitswirtschaft sich zeitnah an die gegebenen Arbeitsmarktverhältnisse anpassen: Bei einem Überangebot in bestimmten Berufen würde die Ausbildungsquote für diese Berufe im Beobachtungszeitraum zurück gehen, weil eher auf das vorhandene Fachkräfteangebot zugegriffen wird. Umgekehrt steht eine Erhöhung der berufsspezifischen Ausbildungsquote für akute Fachkräfteengpässe, denen mit einer Forcierung der eigenen Ausbildungsaktivitäten begegnet wird. Zum anderen könnte die gegenläufige Bewegung der Beschäftigtenentwicklung und der Ausbildungszahlen für eine suboptimale Bewältigung notwendiger Strukturanpassung stehen. Denkbar ist etwa, dass es zu einer ausbildungsseitigen Überreaktion auf Entwicklungstrends kommt. In diesem Fall würde Beschäftigtenabbau zu einem starken Rückgang der



Ausbildungsquote bzw. Beschäftigungsaufbau zu einem Hochschnellen der berufsspezifischen Ausbildungsaktivitäten führen.

Ohne detaillierte Branchenkenntnisse lässt sich kaum beantworten, für welche dieser beiden Möglichkeiten die Zahlen zu den berufsspezifischen Ausbildungsquoten stehen. Es liegt die Vermutung nahe, dass sowohl notwendige Strukturanpassung als auch Überkompensation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zum Tragen kommen. Dass es bei den Sprechstundenhelfer/innen zwischen 1999 und 2007 sowohl in Berlin als auch in Brandenburg zu rückläufigen Auszubildendenzahlen trotz steigender Beschäftigung gekommen ist, liegt in der Arbeitsmarktsituation für Sprechstundenhelfer/innen begründet. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg waren die Arbeitslosenzahlen für diesen Beruf in Berlin und in Brandenburg relativ hoch. Das Verhältnis zwischen Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen lag in beiden Bundesländern durchgängig bei über zehn Arbeitssuchenden je offener Stelle. Die aktuellen Arbeitsmarktentwicklungen weisen jedoch auf einen wachsenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die Ausbildung von Sprechstundenhelfer/innen hin. Auch wenn aktuell noch nicht von einem akuten Fachkräftemangel gesprochen werden kann, ist das Fachkräfteangebot sowohl in Berlin als auch in Brandenburg stark rückläufig. Es ist in jedem Fall zu klären, inwieweit eine Forcierung diesbezüglicher Ausbildungsaktivitäten zukünftig nötig sein wird und ob sich die betroffenen Betriebe hinreichend auf eine sich verändernde Arbeitsmarktsituation eingestellt haben.

Die Entwicklung bei den Krankenversicherungsfachleuten in Brandenburg (Rankingplatz 26) zeigt, dass die Betriebe der Gesundheitswirtschaft bereit sind, sich ausbildungsseitig auf strukturelle Veränderungen einzustellen. Trotz rückläufiger Beschäftigtenzahlen ist es zu keiner Reduzierung der Ausbildungsleistungen gekommen. Mit der Beibehaltung der Ausbildungsleistungen wird die Fachkräfteverfügbarkeit für den entstehenden altersbedingten Ersatzbedarf gesichert.

Eine problematische Situation zeichnet sich dagegen bei den Krankenschwestern ab. Da künftig eher von einer Stabilisierung der Beschäftigtenzahlen in den Berliner und Brandenburger Krankenhäusern – wenn nicht sogar von einem Wachstum – ausgegangen werden kann, ist der überproportionale Rückgang der Ausbildungsaktivitäten in Berlin sowie die Reduzierung der Auszubildendenzahlen in Brandenburg kritisch zu sehen. Der bereits heute akute Fachkräftemangel bei den Krankenschwestern könnte stark an Dramatik gewinnen, wenn es nicht gelingt, die Ausbildungszahlen in Berlin und Brandenburg zu erhöhen.

Der Verweis auf die erwartete Entwicklung in den Berliner und Brandenburger Krankenhäuser hebt exemplarisch hervor, dass im Bereich Ausbildung neben der Berufsperspektive (bezogen auf die gesamte Gesundheitswirtschaft) auch die Zusammenhänge der betrieblichen Ausbildungssituation in den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft erfasst werden müssen, um sich abzeichnende Handlungsfelder und –spielräume in ihrer ganzen Breite identifizieren zu können.

### 6.3 Betriebliche Ausbildung in Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Betriebliche Ausbildung ist ein entscheidender Faktor für die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit. Sie bietet Betrieben qualifizierten Nachwuchs und trägt damit zur Sicherung des Fachkräftebedarfs bei. Jungen Menschen bietet sie eine solide berufliche Qualifikation, Einkommenschancen und Perspektiven. Angesichts der dargestellten Problemlagen stellt sich die Frage, in welchem Maße die Möglichkeiten eigener Ausbildung von den Unternehmen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft genutzt werden, um den betrieblichen Bedarf an Fachkräften zu decken. Dies ist insbesondere in jenen Fällen von

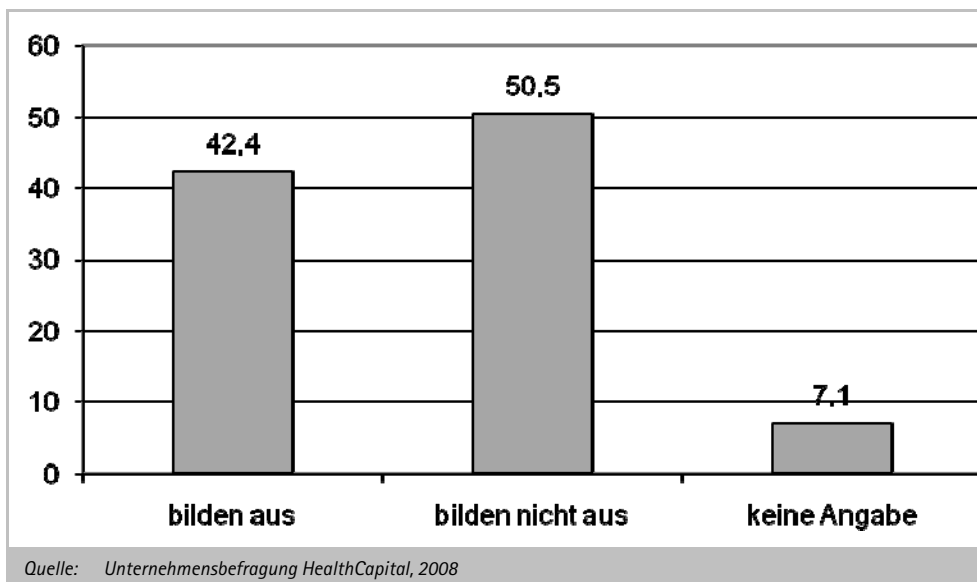
Interesse, in denen die Gewinnung von Fachkräften über externe Beschaffungswege, wie z. B. Neueinstellung von ausgebildeten Fachkräften, mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Aufgrund der besonderen Ausbildungsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft sollten die absoluten Ausbildungszahlen zwar nicht überbewertet werden, die sich abzeichnenden Trends geben aber durchaus Hinweise auf mögliche Problemkonstellationen und erforderliche Handlungen. Die Ergebnisse der HealthCapital-Erhebung liefern hierzu folgende Erkenntnisse:

### 6.3.1 Ausbildungsbereitschaft

Insgesamt bilden derzeit 42 Prozent der befragten Unternehmen aus (vgl. Abbildung 17). Verglichen mit den üblichen Ausbildungsbeteiligungsquoten der Wirtschaft bildet damit ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Betrieben aus.<sup>15</sup>

Abbildung 17: Ausbildungsbeteiligung der Unternehmen



In der Branchenbetrachtung wird deutlich, dass es eine starke Differenzierung in der Ausbildungsbeteiligung innerhalb der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft gibt (vgl. Tabelle 32). Die beiden Pole sind zum einen mit der höchsten Beteiligung der Krankenhausbereich und zum anderen mit niedrigsten Beteiligung der Bereich Forschung und Entwicklung. Bei den Krankenhäusern führt die Kombination großer Bedarf an Fachkräften mit Facharbeiterqualifikation und mittlere bis große Betriebseinheiten dazu, dass rund drei Viertel der Unternehmen eine eigene Ausbildung von Fachkräften durchführen. Im Bereich Forschung und Entwicklung ist der Bedarf durch die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten und die vorrangig kleinbetriebliche Unternehmensstruktur begrenzt.

<sup>15</sup> Laut IAB Betriebspanel liegt der Anteil ausbildender Betriebe über alle Wirtschaftsbereiche in Brandenburg bei etwa 30%. (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg 2008: 46)

Tabelle 32: Ausbildung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Bildet Ihr Unternehmen / Ihre Einrichtung aus?		
	Ja	Nein	Keine Angabe
	Angaben in %		
Krankenhäuser	71	18	12
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	43	49	8
Praxen	31	52	17
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	36	64	0
FuE im Bereich Medizin und Beratung	26	71	3
Herstellung von medizintech. Erzeugnissen	50	48	2
sonstige (z.B. Apotheken)	42	50	8
Durchschnitt	42	50	8

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Tabelle 33 zeigt, wie sich die betriebliche Ausbildungsbeteiligung in den Ausbildungsquoten<sup>16</sup> der Teilbereiche der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft niederschlägt. Der Zeitreihenbetrachtung ist zu entnehmen, dass die Ausbildungsquoten in der Mehrzahl der beschäftigungsstarken Branchensegmente rückläufig sind.

Tabelle 33: Betriebliche Ausbildungsquoten in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, 1999-2007

Branchen	Bundesland	Ausbildungsquote in %					
		1999	2001	2003	2005	2007	99-07
Krankenhäuser, Krankentransport und Rettungsdienste	Berlin	5,7	5,2	3,5	3,1	3,0	-2,7
	Bbg.	6,5	6,1	6,0	6,1	5,8	-0,6
Gesundheitswirtschaftliche Einrichtungen des Sozialw.	Berlin	3,1	3,6	3,7	3,7	3,0	-0,0
	Bbg.	2,6	2,6	2,9	3,7	3,9	+1,3
Praxen (Ärzte, Zahnärzte, etc.)	Berlin	10,3	9,9	10,2	9,5	7,7	-2,6
	Bbg.	7,2	6,4	5,6	5,3	4,9	-2,3
Herstellung von pharmazeut. / chemischen Erzeug.	Berlin	4,2	4,1	4,1	4,6	4,6	+0,3
	Bbg.	2,6	2,9	3,9	5,4	5,1	+2,4
Forschung und Entwicklung im Bereich Medizin,	Berlin	Aus datentechnischen Gründen lagen für diesen Bereich keine Ausbildungszahlen vor.					
	Bbg.						
Herstellung v. medizin-technischen Erzeugnissen	Berlin	9,6	8,9	9,2	8,5	6,5	-3,1
	Bbg.	8,4	6,9	7,9	8,5	7,6	-0,8
Krankenversicherungen, Organisationen des Gw	Berlin	5,2	5,0	4,7	4,2	5,2	+0,1
	Bbg.	4,4	4,6	3,7	4,0	4,3	-0,1
Gesundheitswirtschaft insgesamt	Berlin	6,4	6,1	5,9	5,6	5,0	-1,4
	Bbg.	5,3	4,9	5,0	5,5	5,3	0,0

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistiksservice Ost, eigene Berechnungen

Insgesamt scheinen die Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft die Möglichkeiten der betrieblichen Ausbildung als Instrument einer gestaltenden Personalpolitik nur in begrenztem Maße zu nutzen.

<sup>16</sup> Die Ausbildungsquote beschreibt im Folgenden die Relation Auszubildende zu Beschäftigten in der jeweiligen Branche.

Der Rückgang der Ausbildungsquote bei den Berliner Krankenhäusern dürfte im Wesentlichen dem Beschäftigungsabbau der letzten Jahre geschuldet sein. Seit 2005 scheint sich aber die Ausbildungsleistung in dieser Branche auf dem reduzierten Niveau zu stabilisieren. In den Praxen geht ebenfalls die Ausbildung zurück und in den Daten der Tabelle 33 ist noch kein Ende in diesem Abwärtstrend erkennbar. Die Entwicklung bei den Berliner Arztpraxen fand jedoch auf einem wesentlich höheren Niveau statt und war bis zum Jahr 2004 relativ stabil. Bei den Brandenburger Praxen ist hingegen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ein stetiger Rückgang der Ausbildungsquote (und auch der Auszubildendenzahlen)<sup>17</sup> zu beobachten. Die Entwicklung in den Berlin-Brandenburger Praxen steht scheinbar im Widerspruch zur positiven Beschäftigungsentwicklung in dieser Branche. Sie ist jedoch bei genauerer Betrachtung nicht überraschend, da die Ausbildungsleistungen primär im Bereich der ärztlichen Praxen erbracht werden, das Beschäftigungswachstum ist dagegen vorrangig in den nichtärztlichen Praxen eingetreten.

In der Branche Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen liegt die Entwicklung in den starken Wachstumsraten der Branche in Berlin und in Brandenburg begründet (zwischen 1999 und 2007 haben die Beschäftigtenzahlen in Berlin um 42,7 Prozent und in Brandenburg um 16,7 Prozent zugenommen). Der Rückgang der Ausbildungsquote ist somit das Ergebnis steigender Beschäftigungszahlen bei gleichzeitig stabilen Ausbildungszahlen (vgl. Tabelle 34). Offensichtlich ist es diesem Teilbereich der Gesundheitswirtschaft bisher gelungen, entstehenden Erweiterungsbedarfen durch das vorhandene Arbeitskraftangebot nachzukommen. Im Hinblick auf die Wachstumsraten der Branche und den sich verschärfenden Konkurrenzkampf um Fachkräfte erscheint es jedoch unwahrscheinlich, dass auch zukünftige Fachkräftebedarfe ohne eine Forcierung der eigenen Ausbildungsaktivitäten in vollem Umfang befriedigt werden können.

**Tabelle 34: Auszubildende in der Herstellung medizintechnischer Erzeugnisse in Berlin und Brandenburg, 1999-2007**

Branchen	Bundesland	Auszubildende				
		1999	2001	2003	2005	2007
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	Berlin	426	421	471	418	409
	Bbg.	307	281	339	353	326

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

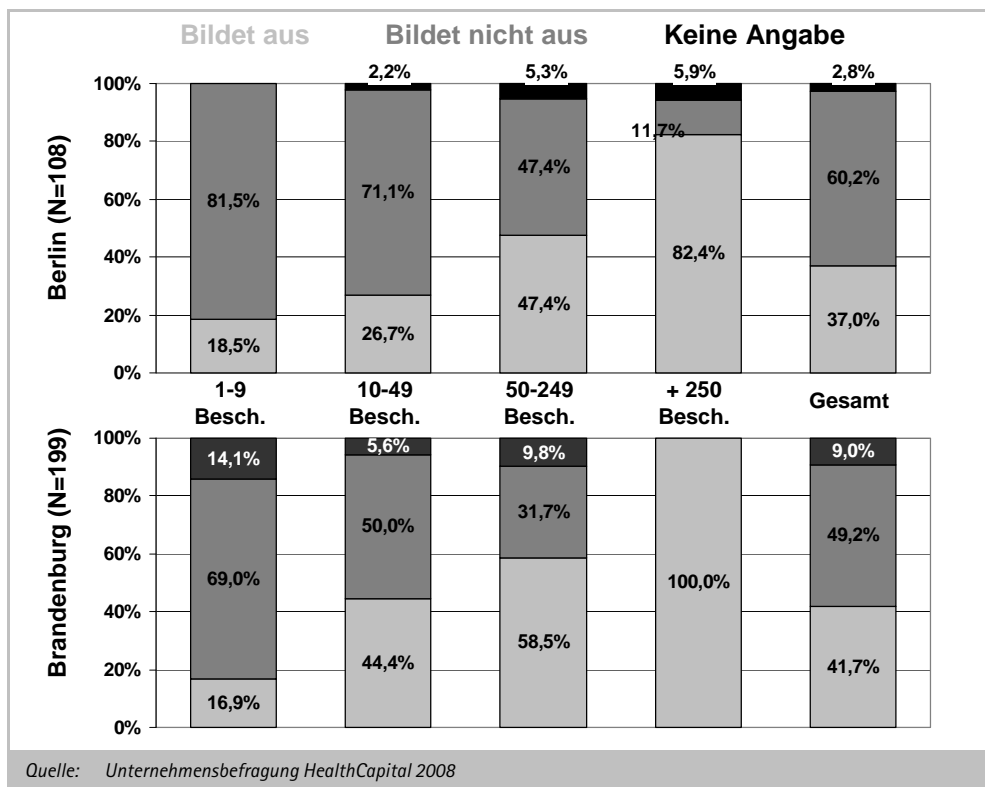
Aufgrund der vorzuhaltenden personellen Kapazitäten und benötigten Ausbildungsinfrastruktur hängt die Frage, ob Unternehmen ausbilden oder nicht, wesentlich von der Betriebsgröße ab.<sup>18</sup> Abbildung 18 belegt, dass dieser auch für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft gilt. Von den Betrieben mit einem bis neun Beschäftigten bilden in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft weniger als 20

<sup>17</sup> In den Brandenburger Arztpraxen sind die Ausbildungszahlen zwischen 1999 und 2007 von 1.104 Auszubildenden auf 890 zurückgegangen. In Berlin waren 1999 immerhin 2.820 und 2007 noch 2.641 Auszubildende in den Arztpraxen beschäftigt.

<sup>18</sup> Weitere Faktoren sind Probleme bei der Stellenbesetzung und Personalfuktuation: Von denjenigen Unternehmen, die mit Problemen bei Stellenbesetzungen konfrontiert sind, bilden 44 Prozent aus. Bei Unternehmen ohne entsprechende Probleme ist der Anteil derzeit ausbildender Betriebe mit 33 Prozent deutlich niedriger. Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich bei der Betrachtung von Fluktuation und Ausbildung. Von Fluktuation betroffene Betriebe bilden zu 67 Prozent aus. Betriebe, die hiervon nicht betroffen sind, lediglich zu 33 Prozent. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Teil der Betriebe der Gesundheitswirtschaft versucht, die aus Schwierigkeiten bei der externen Beschaffung von Personal sowie durch Ausscheiden von Beschäftigten resultierenden Stellenbesetzungsprobleme durch eigenes Ausbildungsengagement zu verringern.

Prozent aus.<sup>19</sup> Mit steigender Betriebsgröße steigt der Anteil der Ausbildungsbetriebe beständig. Die insgesamt nur gering höhere Ausbildungsquote in Brandenburg (5,3 Prozent gegenüber 5,0 Prozent in Berlin) schlägt sich bei den befragten Unternehmen deutlicher nieder. Bei den Betrieben mit zehn bis 49 Beschäftigten liegt der Anteil der Ausbildungsbetriebe in Brandenburg fast 20 Prozentpunkte über den Berliner Werten; bei den Betrieben mit 50 bis 249 SV-Beschäftigten liegt Brandenburg immerhin noch 10 Prozentpunkte vorne. Dass es in Berlin Betriebe mit über 250 Beschäftigten gibt, die nicht ausbilden, ist vermutlich den besonderen Ausbildungsstrukturen der Branche geschuldet (außerbetriebliche Ausbildung an Berufsfachschulen).

Abbildung 18: Ausbildungsbetriebe in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft nach Betriebsgrößeklassen



Die insgesamt höhere Ausbildungsbeteiligung der Brandenburger Betriebe könnte in den regionalen Rahmenbedingungen begründet liegen. Berliner Unternehmen fällt es vermutlich leichter, auch auf ein überregionales Fachkräfteangebot zurückzugreifen. In Brandenburg kommt der eigenen Ausbildung hingegen eine wesentlich zentralere Bedeutung bei der Fachkräftegewinnung zu.

Von allen ausbildenden Unternehmen gaben 38 Prozent an, dass die derzeitigen Ausbildungsleistungen über dem tatsächlichen betrieblichen Bedarf an Fachkräften liegen würden. 48 Prozent bilden entsprechend ihrem Bedarf aus. Weitere ca. 9 Prozent gaben an, unter ihrem eigentlichen Bedarf auszubilden.

<sup>19</sup> Damit liegen die Betriebe der Gesundheitswirtschaft im Brandenburger Durchschnitt. Nach den Ergebnissen einer Betriebsbefragung in Cottbus und Forst – befragt wurden über 500 Betriebe in allen Wirtschaftsbereichen – haben ca. 17% der Betriebe mit einem bis neun Beschäftigten in der Region Auszubildende.

Rund 63 Prozent der ausbildenden Unternehmen bilden eigenständig und 19 Prozent im Verbund aus. In den übrigen Ausbildungsbetrieben absolvieren Schüler und Schülerinnen einer schulischen Ausbildung an Berufsfachschulen des Gesundheitswesens ihr betriebliches Praktikum.

Ein Alarmsignal geht von den Antworten der Unternehmen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu ihrer künftigen Ausbildungsabsicht aus. Zum Befragungszeitpunkt hatten nur noch 37 Prozent der Betriebe die Absicht, eine Ausbildung durchzuführen (vgl. Tabelle 35). Besonders deutlich ist der Rückgang in den Bereichen Praxen, Forschung und Entwicklung, Krankenhäuser und Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen. Dabei fällt auf, dass der Anteil der Unternehmen, die bereits jetzt gewissermaßen definitiv sagen, dass sie keine Ausbildung durchführen werden, gegenüber dem bisherigen Stand unverändert ist. Erhöht hat sich der Anteil der Betriebe, die keine Aussage gemacht haben. Dies kann durchaus so interpretiert werden, dass einige Betriebe zum Befragungszeitpunkt noch keine definitive Position zu ihrem weiteren Ausbildungsverhalten hatten. Im Krankenhausbereich könnte z. B. die Diskussion zur Finanzierung der Ausbildung zu einer abwartenden Position beigetragen haben. Im Pflegebereich laufen zurzeit ebenfalls intensive Diskussionen zur weiteren Gestaltung der Ausbildung zum Altenpfleger. Eindeutig ist bereits der Rückgang der Ausbildungsbereitschaft bei den Praxen und in der Forschung und Entwicklung zu erkennen. Dort ist der Anteil der Betriebe mit einer Negativantwort deutlich gestiegen.

**Tabelle 35: Zukünftige Ausbildung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

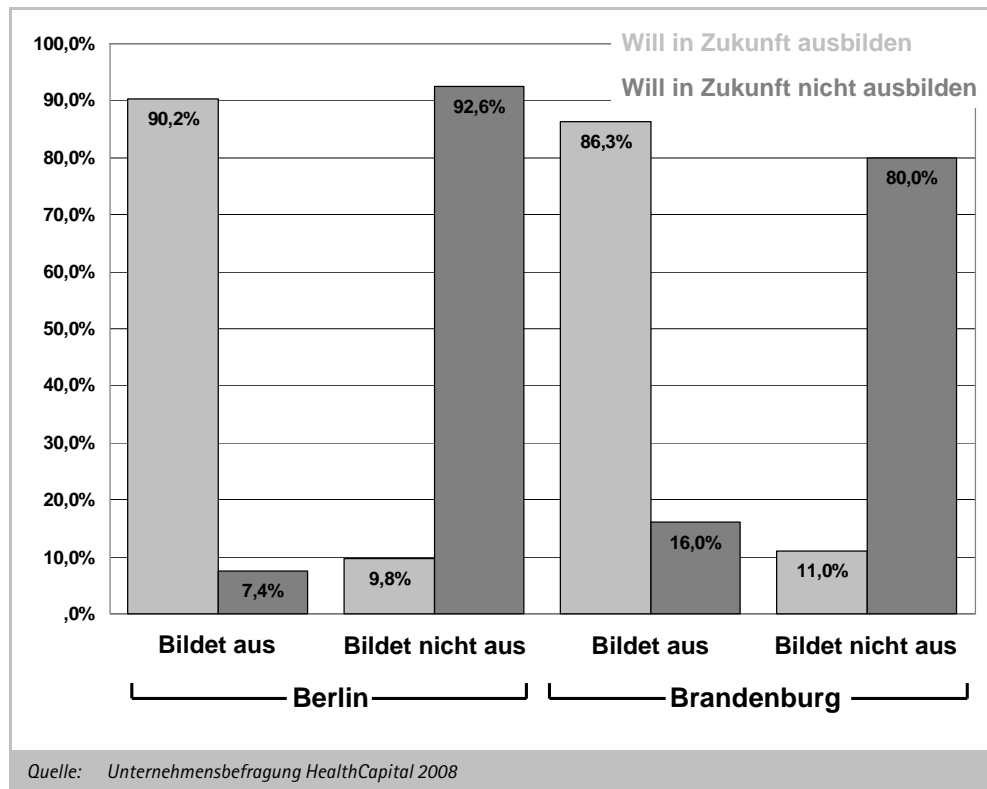
Branchen der Gesundheitswirtschaft	Bildet Ihr Unternehmen/Ihre Einrichtung in Zukunft aus?		
	Ja, bilden (auch) in Zukunft aus	Nein, werden nicht ausbilden	Keine Angabe
	Angaben in %		
Krankenhäuser	65	18	18
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinr.)	40	44	16
Praxen	17	64	19
Herstellung von chem. Erzeugn. (Pharma)	33	36	30
FuE im Bereich Medizin und Beratung	18	76	5
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	43	52	5
sonstige (z.B. Apotheken)	42	54	4
Durchschnitt	37	49	14

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital 2008

Aus der Befragung ist des Weiteren zu entnehmen, dass die Unternehmen, die gegenwärtig keine eigenen Ausbildungsleistungen realisieren, auch in Zukunft nicht beabsichtigen, ihren Bedarf an Fachkräften auf diesem Wege zu sichern: Abbildung 19 zeigt, dass das zukünftige Ausbildungsengagement primär davon abhängt, ob bereits in der Vergangenheit ausgebildet wurde oder nicht. Deutlich über 85 Prozent der Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, die in der Vergangenheit ausgebildet haben, wollen auch zukünftig Ausbildungsplätze anbieten. Bei den bisher nicht ausbildenden Betrieben wollen auch zukünftig nur etwa 10 Prozent in diesem Bereich aktiv werden. Insgesamt sind die betrieblichen Ausbildungsstrukturen in Berlin etwas stabiler als in Brandenburg. In Brandenburg wollen immerhin 16 Prozent der aktuell ausbildenden Betriebe zukünftig nicht mehr ausbilden; dieser Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie in Berlin (7,4 Prozent). Umgekehrt ist die Bereitschaft der nicht ausbildenden Betriebe in Brandenburg, in Zukunft auszubilden, mit 11 Prozent etwas höher als in Berlin. Gestaltungs- und Unterstützungsbedarf zeichnet sich vor allem bei Ausbildungsbetrieben ab, die zukünftig nicht mehr ausbilden wollen. Hier bedarf es vertiefender

Analysen, um Unterstützungsbedarfe eruieren und gezielte Maßnahmen der Ausbildungsförderung auf den Weg bringen zu können.

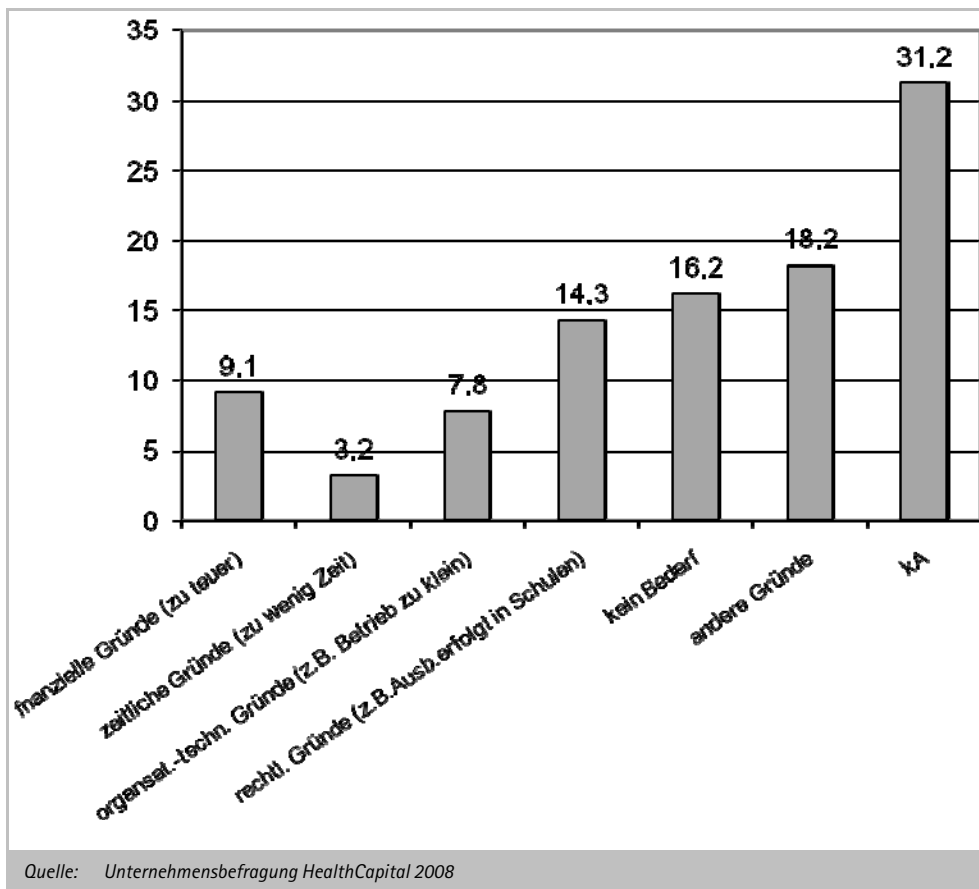
Abbildung 19: Ausbildungsabsicht von Ausbildungs- und Nicht-Ausbildungsbetrieben



### 6.3.2 Ausbildungshemmnisse

Diejenigen Unternehmen, die auch zukünftig nicht (oder nicht mehr) ausbilden wollen, wurden nach den Gründen für ihren Verzicht gefragt. Die folgende Abbildung 20 zeigt die entsprechenden Antworten:

Abbildung 20: Gründe für fehlende Ausbildungsbeteiligung (Antworten in Prozent)



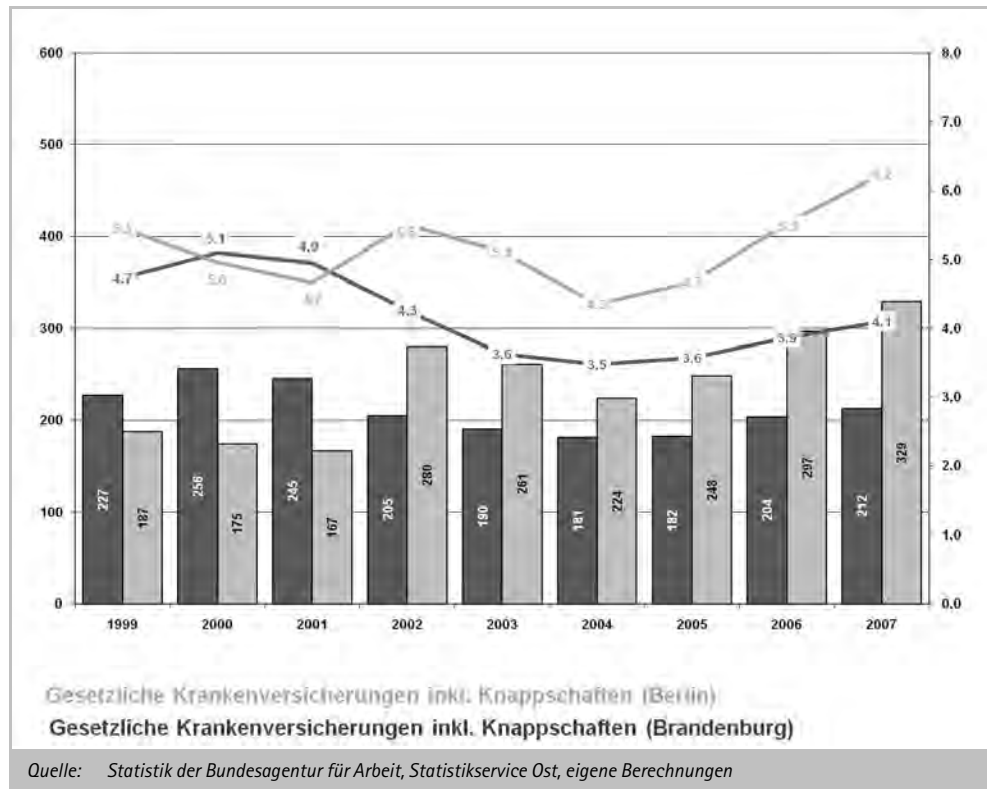
Am häufigsten wurde der Verzicht auf eine eigene Ausbildung mit fehlendem Bedarf an Fachkräften begründet. Andere Gründe spielten demgegenüber eine etwas weniger bedeutende Rolle. Hier wurden z. B. auf die Unsicherheit im Hinblick auf die weitere Geschäftsentwicklung verwiesen, weshalb eine Übernahme in ein anschließendes Beschäftigungsverhältnis nicht gewährleistet werden könnte. Unter diesen Umständen auszubilden, halten einige Unternehmen für verantwortungslos. Wie bereits dargestellt, gaben 60 Prozent der ausbildenden Unternehmen an, über Bedarf auszubilden. Andere Unternehmen bilden nicht aus, weil sie ihren Bedarf an Fachkräften bevorzugt über die Einstellung von bereits ausgebildeten Fachkräften realisieren möchten. Ein Teil der Unternehmen begründet den Ausbildungsverzicht schließlich mit dem Verweis auf rechtliche Einschränkungen oder dem ihrer Meinung nach zu hohen zeitlichen oder finanziellen Aufwand einer Ausbildung. Wir gehen davon aus, dass vor allem der Kosten- und Zeitaufwand – der bei einigen Betrieben gegen eigene Ausbildung spricht – gestaltbar ist. In diesem Feld ist es durchaus vorstellbar, durch unterstützende Strukturen die Unternehmen im Bereich der Ausbildung zu entlasten. Dass hier auf Seiten einer relevanten Zahl an Betrieben grundsätzliche Bereitschaft besteht, zeigt sich am Interesse an den Möglichkeiten der Verbundausbildung.

Ausbildungszurückhaltung ist vor allem in den Branchensegmenten problematisch, in denen mit einem überdurchschnittlichen Fachkräftebedarf zu rechnen ist und zukünftig entsprechend alle Register der Personalentwicklung gezogen werden müssten. Überraschend ist in diesem Zusammenhang, dass die Ausbildungsquote bei den Krankenversicherungen und den Organisationen des Gesundheitswesens auf durchschnittlichem bzw. in Brandenburg sogar auf unterdurchschnittlichem Niveau stagniert, zumal in



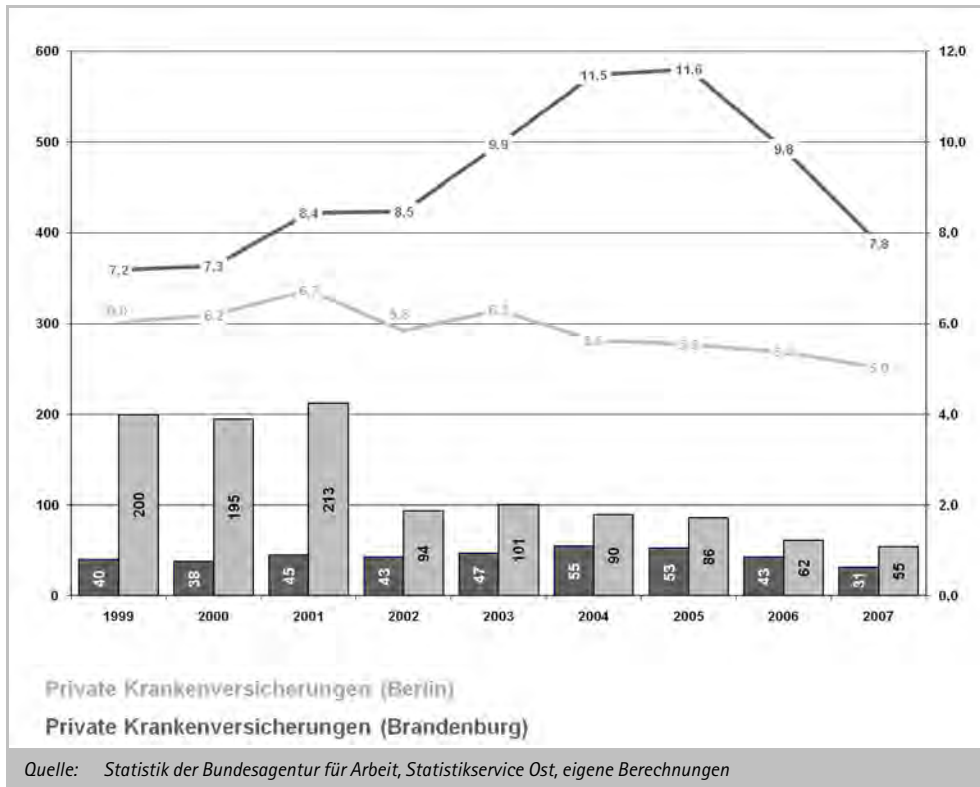
diesem Bereich betriebliche Ausbildung den Regelfall darstellt. Abbildung 21 und Abbildung 22 zeigen das Ausbildungsverhalten der Berliner und der Brandenburger Krankenversicherungen in absoluten Zahlen und nach der jeweiligen Ausbildungsquote zwischen 1999 und 2007. Weiterhin wurde in der Darstellung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unterschieden.

Abbildung 21: Ausbildungsquoten und -zahlen der Berliner und Brandenburger gesetzlichen Krankenversicherungen<sup>20</sup>



<sup>20</sup> Aus Darstellungsgründen wurden die knappschaftlichen Krankenkassen mit den gesetzlichen Krankenkassen zu einer Gruppe zusammengefasst.

Abbildung 22: Ausbildungsquoten und -zahlen der Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen



Die starken Schwankungen der Ausbildungsquoten der Brandenburger Krankenversicherungen erklären sich durch die relativ geringen Fallzahlen in diesem Bereich. Das verstärkte Ausbildungsengagement in den Jahren 2003 bis 2005 wirkt sich aufgrund der geringen Beschäftigtenzahlen stark auf den Auszubildendenanteil aus. Dieser Trend wird durch einen gleichzeitigen Beschäftigungsabbau nochmals verstärkt (vgl. Tabelle 35). Entwicklungstendenzen lassen sich aus dem vorliegenden Datenmaterial jedoch nicht ableiten. Gegenläufige Entwicklungen bei Auszubildendenzahlen und Beschäftigten sind auch bei den gesetzlichen Krankenversicherungen in Brandenburg zu beobachten. Während sich die Beschäftigtenzahlen seit 2003 auf einem relativ hohen Niveau stabilisiert haben (vgl. Tabelle 36), gingen die Ausbildungszahlen in den Jahren 2003 bis 2005 zunächst zurück. Es erscheint durchaus wahrscheinlich, dass diese Entwicklungen auf eine verzögerte Anpassung der Ausbildungsaktivitäten an die Beschäftigungsentwicklung hinweisen.

**Tabelle 36: Beschäftigung in den Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen, 1999-2007**

Branchen	Bundes- land	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte				
		1999	2001	2003	2005	2007
Krankenversicherung	Berlin	3.308	3.153	1.598	1.555	1.085
	Bbg.	553	530	476	454	403
Gesetzliche KV (inkl. Knappsch.)	Berlin	3.428	3.572	5.103	5.296	5.273
	Bbg.	4.805	4.954	5.244	5.104	5.178

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Statistikservice Ost, eigene Berechnungen

In Berlin ist es sowohl bei den gesetzlichen als auch bei den privaten Krankenversicherungen zu einer überproportionalen Anpassung der Ausbildungsaktivitäten an die Beschäftigungsentwicklung gekommen: Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen schlägt sich dieses in einem positiven Trend nieder, bei dem der Beschäftigtenaufbau der letzten Jahre durch eine Forcierung der betrieblichen Ausbildung flankiert wurde. Sowohl die absoluten Ausbildungszahlen als auch die Ausbildungsquote wachsen seit 2005 stetig. Bei den privaten Krankenversicherungen stellt sich die Entwicklung spiegelverkehrt dar. Der starke Personalabbau der letzten Jahre ging mit einem noch stärkeren Rückgang der Ausbildungszahlen einher, so dass die Ausbildungsquote seit dem Jahr 2003 beständig sinkt.

Die Dynamik der Beschäftigungs- und Ausbildungsstrukturen bei den Berliner und Brandenburger Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens verweist auf die Möglichkeiten und Grenzen der vorliegenden Strukturanalyse. Die erarbeiteten Kennzahlen zeigen Entwicklungen auf, die für die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbereiche mit hoher Wahrscheinlichkeit relevant sind. Welche Bedeutung den einzelnen Entwicklungen konkret zukommt und worin diese ursächlich begründet liegen, lässt sich aus den Strukturdaten allein jedoch nicht ableiten.

In diesem Sinne scheint es im Hinblick auf den überdurchschnittlich hohen und auch weiterhin stark steigenden, altersbedingten Ersatzbedarf bei den Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens notwendig, das Ausbildungsverhalten innerhalb dieses Teilsegments der Gesundheitswirtschaft genauer in den Blick zu nehmen.

## 6.4 Zwischenfazit

Das breite Berufsspektrum innerhalb der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft prägt die Herausforderungen der betrieblichen Fachkräftesicherung. Entsprechend der Vielzahl an Berufstypen innerhalb der Branche bedarf es unterschiedlicher Strategien der Personalentwicklung und -gewinnung, was die Anforderungen an eine zukunftssichernde Personalpolitik erhöht. Das breite Tätigkeitsspektrum innerhalb der Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft und über diese hinweg, erhöht aber auch die Gestaltungsspielräume der Fachkräftesicherung. Inwieweit es zukünftig gelingt, die Fachkräftebedarfe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu befriedigen, hängt u. a. davon ab, welche brancheninternen Maßnahmen der Personalentwicklung initiiert werden (können). Wenn berufsstrukturelle Veränderungen – wie etwa die sich abzeichnende Elektronifizierung im Bereich der Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen – als Branchenphänomen auftreten, stoßen betriebliche Strategien der Personalentwicklung infolge der stark zunehmenden Konkurrenz um solche Fachkräfte an Grenzen. Besonders wenn es darum geht, Arbeitergruppen für die Gesundheitswirtschaft zu gewinnen, die in dieser Branche bisher kaum tätig waren, können branchenübergreifende (Marketing-)Initiativen die betriebliche Personalpolitik nachhaltig unterstützen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, ob die identifizierten Unterschiede zwischen der Berliner und der Brandenburger Gesundheitswirtschaft bzw. die länderspezifischen Entwicklungsverläufe als Chance genutzt werden können, um strukturelle Veränderungen möglichst friktionsfrei zu bewältigen. Zu prüfen wäre etwa, inwieweit Personal, das im Zuge von Konzentrations- und Reorganisationsmaßnahmen in einzelnen Branchensegmenten frei gesetzt wird (bspw. im Krankenhausbereich), durch gezielte Vermittlung und ggf. Weiterbildung der Branche erhalten werden kann. Durch einen solchen brancheninternen Arbeitsmarkt kann sowohl der betriebliche Wechsel innerhalb des gleichen Tätigkeitsfeldes, als auch der Wechsel zwischen Tätigkeitsbereichen (von der Pflege zu administrativen Tätigkeiten) organisiert werden. Zu prüfen ist darüber hinaus, welche Möglichkeiten die verstärkte länderübergreifende Kooperation im Bereich Forschung und Entwicklung (zwischen Betrieben wie auch zwischen öffentlich finanzierter Forschung und Wirtschaft) dabei helfen kann, Wachstumsspielräume zu nutzen sowie anstehende Fachkräftebedarfe zeitnah zu befriedigen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Wachstumsraten der Gesundheitswirtschaft bei gleichzeitig steigenden Rentenabgängen zeigt sich ein relevanter Handlungsbedarf bei der betrieblichen Berufsausbildung. Ohne eine Ausweitung der Ausbildungsaktivitäten – und damit einer Umkehrung des aktuellen Trends – wird es kaum möglich sein, den zukünftigen Fachkräftebedarf der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu befriedigen. Neben der besseren Vermarktung der Ausbildungs- und Berufschancen in der Gesundheitswirtschaft als Instrument der Berufsfrühorientierung bedarf es einer stärkeren Nutzung innovativer Ausbildungskonzepte (bspw. Ausbildung im Verbund) sowie einer noch bedarfsgerechteren Unterstützung und Förderung betrieblicher Ausbildungsaktivitäten – vor allem, um das Ausbildungspotenzial von KMU noch stärker nutzen zu können. An dieser Stelle kann auch ein Fachkräftemonitoring für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft einen wichtigen Beitrag leisten. Indem die Arbeitsmarktbeobachtung frühzeitig auf Arbeitsmarktveränderungen hinweist – etwa den starken Rückgang des Arbeitskräfteangebots in ehemals stark besetzten Berufsfeldern – gibt sie den Betrieben Orientierung für die Ausbildungsplanung: Auf sich ändernde Arbeitsmarktbedingungen könnte zeitnaher reagiert werden und Überreaktionen auf zeitlich begrenzte Bedarfsrückgänge wären zu vermeiden.

Um Handlungsempfehlungen für die Fachkräftesicherung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft aussprechen zu können (vgl. Kapitel 8) ist es notwendig, den aktuellen Stand der Dinge aus Sicht der Betriebe sowie deren Strategien der Personalgewinnung und -entwicklung in den Blick zu nehmen. Ohne die Kenntnis der betrieblichen Personalstrategien lässt sich nicht beantworten, an welcher Stelle Maßnahmen zur Bewältigung zukünftiger Herausforderungen ansetzen können und wo die Unternehmen Unterstützungsbedarfe haben.

## 7 Gegenwärtige Erfahrungen und Reaktionen der Unternehmen zur Fachkräfteverfügbarkeit

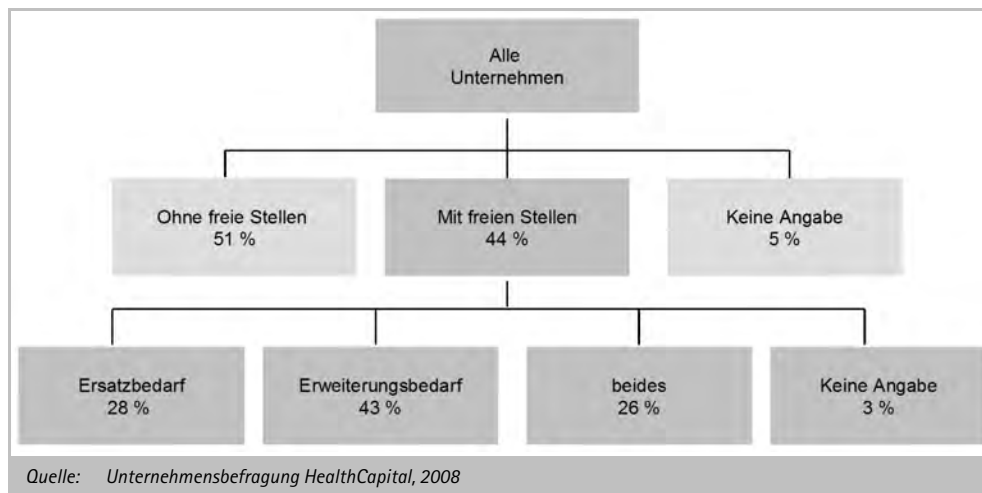
Die Analyse branchen- und berufsspezifischer Arbeitsmarktstrukturen verdeutlichen, dass die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft vor vielschichtigen Herausforderungen der Fachkräftesicherung steht, die in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter an Bedeutung gewinnen werden. Den Betrieben kommt bei der Bewältigung der anstehenden personalpolitischen Aufgaben eine Schlüsselrolle zu. Um Gestaltungsspielräume und Unterstützungsbedarfe einer zielgerichteten Arbeitspolitik identifizieren zu können, ist es notwendig, die betrieblichen Rahmenbedingungen aktueller Personalpolitik zu erfassen. Auf Basis der von HealthCapital durchgeführten Befragung lässt sich zeigen, welche Personalbedarfe bestehen und mit welchen Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung die Betriebe zu tun haben. In diesem Zusammenhang kommt der Frage der Strategien der Personalgewinnung eine zentrale Bedeutung zu. Zu klären ist, inwieweit in der Gesundheitswirtschaft das breite Spektrum an Wegen der Mitarbeitergewinnung genutzt wird bzw. ob durch eine gezielte Beratung und Unterstützung das betriebliche Personalmanagement optimiert werden kann. Ähnlich stellt sich der Zusammenhang bei der Bindung von Fachkräften dar. Auch hier ist zu beantworten, welche Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zum Einsatz kommen und inwieweit hier Gestaltungsspielräume brach liegen.

### 7.1 Aktueller Personalbedarf der Berliner und Brandenburger Betriebe der Gesundheitswirtschaft

Die hohe Beschäftigungsdynamik der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zeigt sich auf der betrieblichen Ebene auch in einem – im Vergleich zur Gesamtwirtschaft – überdurchschnittlich großen Angebot an freien Stellen. Fast die Hälfte (44 Prozent) der Betriebe, die im Rahmen der HealthCapital-Unternehmensbefragung interviewt wurden, hatte zum Zeitpunkt der Befragung (Dezember 2008) freie Stellen (vgl. Abbildung 23). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Regel die Anzahl der neubesetzten Stellen insgesamt über den Vakanzen liegt, da besonders in Fällen des zeitlich voraussehbaren Ersatzbedarfes für altersbedingt ausscheidende Mitarbeiter die Wiederbesetzung der Stellen häufig ohne zeitliche Unterbrechung erfolgt.

Der hohe Anteil von Betrieben mit Erweiterungsbedarf dokumentiert die betriebliche Breitenbasis des Beschäftigungswachstums in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft, aber ebenso die Schwierigkeiten, die häufig kurzfristig neu geschaffenen Stellen schnell mit geeigneten Fachkräften zu besetzen. Dass in über der Hälfte der Unternehmen mit freien Stellen – und damit in rund einem Viertel aller befragten Unternehmen – offener Einstellungsbedarf aufgrund von altersbedingtem Ersatzbedarf besteht (28% Erweiterungsbedarf zzgl. 26% Ersatz- und Erweiterungsbedarf), muss sowohl als Indiz für Schwierigkeiten in der Fachkräfterekrutierung, aber auch als Hinweis auf Defizite in der rechtzeitigen Einstellung einiger Betriebe auf altersstrukturelle Entwicklungen ihrer Belegschaft interpretiert werden.

Abbildung 23: Gründe für den Personalbedarf in Unternehmen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft



Die Aufschlüsselung dieser Befragungsergebnisse nach Branchen der Gesundheitswirtschaft zeigt, dass vor allem in den Bereichen Krankenhäuser sowie Forschung und Entwicklung/Beratung Fachkräfte gesucht werden (vgl. Tabelle 37). Annähernd zwei Drittel der Betriebe dieser Bereiche hatten zum Befragungszeitraum freie Stellen. Aber auch in der pharmazeutischen Industrie suchen über die Hälfte der Betriebe Fachkräfte. Obwohl – auf die gesamte Gesundheitswirtschaft bezogen – nur durchschnittlich, dokumentieren die Befragungsergebnisse ebenfalls für die Pflegeeinrichtungen und für die Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen einen hohen Fachkräftebedarf. Entspannter ist dagegen die Situation in den Praxen.

Tabelle 37: Fachkräftebedarf in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Bereiche der Gesundheitswirtschaft	Vorhandensein freier Stellen zum Zeitpunkt der Befragung		
	Ja, vorhanden	Nein, keine	Keine Angabe
	Angaben in %		
Krankenhäuser	62	35	3
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	43	42	14
Praxen	17	83	0
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	55	46	0
FuE im Bereich Medizin und Beratung	63	34	3
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	41	60	0
sonstige (z.B. Apotheken)	31	65	4
Durchschnitt	44	51	5

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Am Beispiel der Krankenhäuser wird deutlich, dass selbst in den Bereichen, die nicht durch hohes Beschäftigungswachstum gekennzeichnet sind, eine deutliche Nachfrage nach Fachkräften durch den Ersatzbedarf entstehen kann (vgl. Tabelle 38). In den gewerblichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft ist das Beschäftigungswachstum und damit der Erweiterungsbedarf der Hauptgrund für freie Stellen. Eine noch größere Rolle spielt der Erweiterungsbedarf im Bereich der Praxen, wo die

Fachkräftenachfrage fast ausschließlich aus dem Beschäftigungswachstum in den nichtärztlichen Einrichtungen (physiotherapeutische, Massage- und Heilpraktiker-Praxen) resultiert.

**Tabelle 38: Gründe für den Fachkräftebedarf in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Bereiche der Gesundheitswirtschaft	Gründe			
	Ersatzbedarf	Erweiterungs- bedarf	beides	Keine Angabe
	Angaben in %			
Krankenhäuser	43	10	48	0
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	36	28	31	5
Praxen	0	86	14	0
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	17	61	22	0
FuE im Bereich Medizin und Beratung	17	71	8	4
Herstellung von medizintechnischen Erzeug.	24	47	29	0
sonstige (z.B. Apotheken)	50	38	13	0
Durchschnitt	28	43	26	3

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Die freien Stellen, die von den Unternehmen in der HealthCapital-Erhebung genannt wurden, beziehen sich auf ein breites Spektrum beruflicher Tätigkeiten:

- examinierte Altenpfleger sowie Altenpflegerhelfer, Gerontopsychiatrische Fachkräfte,
- Ärzte, u. a. Fachärzte und Assistenzärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Anästhesie, Radiologie, orthopädische Rehabilitation, Chirurgie, Kinderchirurgie, Traumatologie, Schmerztherapie, Frauenheilkunde, Neurologie,
- Gesundheits- und Krankenpfleger, u.a. mit Erfahrung in den Bereichen ITS, OP, Anästhesie, Pflegeleitung,
- Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Fachkräfte für Behinderte, Ergotherapeuten, Logotherapeuten mit Zusatzqualifikationen in Neurologie und Orthopädie,
- Medizinische Fachangestellte, Medizincontroller,
- Pharmazieingenieur, Pharmazeutisch-technische Angestellte, Apotheker,
- Manager/Mitarbeiter für Marketing/Vertrieb, Logistikfachkräfte,
- Ingenieure, Produktmanager, Softwareentwickler, IT-Techniker/Systemadministrator,
- Medizintechniker, Elektrotechniker, CNC-Dreher und -Fräser mit Programmierkenntnissen, Schleifer,
- Technische Assistenten (BTA, CTA, MTA), Chemielaboranten, Chemikanten,
- Biochemiker, Biologen, Mikrobiologen, Bioanalytiker, Naturwissenschaftler mit Erfahrung in der Herstellung von Arzneimitteln (GMP), Forschungsleiter, Chemiker, Synthesechemiker (HS), Hochschulabsolventen mit Berufserfahrung im Bereich klinische Studien,
- Zahntechniker, Zahntechnikermeister, zahnmedizinische Fachangestellte,
- Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Gruppenleiter in Behindertenwerkstatt (Fachberuf im Handwerk mit sozialpädagogischer Zusatzqualifizierung),
- Kaufmännische Bürofachkräfte, medizinische Schreibkraft für Dokumentation, Bürokauffrau für das Sekretariat, wünschenswert mit Kenntnissen in Biotechnologie/MTA und Englischkenntnissen.

Besonders häufig wurden von den Unternehmen freie Stellen für Altenpfleger und Ärzte genannt.

## 7.2 Schwierigkeiten bei Stellenbesetzungen

Ein weiterer wichtiger Indikator der Fachkräftesituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ist der Erfolg der Unternehmen bei der Gewinnung von Fachkräften. Um entsprechende Informationen zu erhalten, wurden die Unternehmen in der HealthCapital-Erhebung gefragt, ob sie Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung haben. Über die Hälfte (57 Prozent) der Unternehmen erklärte, dass sie mit Problemen bei der Gewinnung von Fachkräften konfrontiert sei. Lediglich 36 Prozent der Unternehmen stellten ausdrücklich fest, dass die Besetzung von freien Stellen unproblematisch sei (vgl. Tabelle 39). Damit ist die Anzahl der Unternehmen, die Schwierigkeiten bei der Gewinnung geeigneter Fachkräfte hat, nochmals deutlich größer als die Gruppe der Unternehmen, die zum Befragungszeitpunkt konkret Fachkräfte suchte.

**Tabelle 39: Probleme bei der Stellenbesetzung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Bereiche der Gesundheitswirtschaft	Probleme bei der Stellenbesetzung?		
	Ja	Nein	Keine Angabe
	Angaben in %		
Krankenhäuser	79	18	3
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	56	31	13
Praxen	31	55	14
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	51	49	0
FuE im Bereich Medizin und Beratung	55	45	0
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	67	33	0
sonstige (z.B. Handel med. Erzeugnissen, Apotheken)	62	27	11
Durchschnitt	57	36	7

*Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008*

Besonders stark ist der Krankenhausbereich mit Problemen bei der Fachkräftegewinnung konfrontiert. Vor allem bei der Besetzung von Arztstellen haben die Krankenhäuser große Schwierigkeiten: „Assistenzärztestellen werden erst mit Verzug von zwei bis drei Monaten nachbesetzt, bei Fach- und Oberärzten zeichnet sich ein ähnlicher Verzug bei der üblichen Nachbesetzung durch Fluktuation ab. Bei Krankenpflegern nehmen die Bewerbungen vor allem quantitativ ab, aber auch qualitativ. Die sofortige Nachbesetzung wird zunehmend schwieriger.“ (Personalverantwortlicher eines Krankenhauses im Berliner Randgebiet). In Brandenburger Krankenhäusern, die sich nicht in unmittelbarer Nähe zu Berlin befinden, dauert die Neubesetzung von Arztstellen zum Teil erheblich länger als in dem zitierten Beispiel. Hier erfolgen „keine Bewerbungen auf offene Ärztestellen. Deren Besetzung ist meist nur mit Headhuntern möglich.“ (Ebenda)

Die von den Unternehmen genannten Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung können im Wesentlichen zwei Problemgruppen zugeordnet werden:

- (1) unzureichende Qualifikation der Bewerber
- (2) unzureichende Attraktivität der Stelle.

(1) Unter unzureichender Qualifikation der Bewerber werden von den Unternehmen vor allem fehlende fachspezifische Kenntnisse bzw. Zusatzqualifikationen sowie fehlende Berufserfahrung genannt. So sind häufig für Stellen im Pflegebereich Kenntnisse gefordert, die durch zertifizierte Weiterbildungen



erworben werden müssen, aber nachträglich nach Einstellung der Bewerber durch die Pflegedienste weder finanziell noch zeitlich ermöglicht werden können: „Es besteht ein Mangel an examinierten Altenpflegern. Hilfskräfte können nur aus dem Hartz-IV-Pool gewonnen werden. Großes Problem ist die Finanzierung der Ausbildung von Hilfskräften zu examinierten Pflegekräften: Niemand übernimmt die Kosten.“ (Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes) Arbeitslose werden oft als praxisfern eingestuft. Es fehlen praxisnahe Anpassungsqualifizierungen für Fachkräfte.

Auch der von Unternehmen beklagte zunehmende Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand, der u. a. zur Einhaltung der umfangreicher werdenden Qualitätsstandards und Kostenvorgaben vorgeschrieben ist, erreicht nach ihrer Auffassung inzwischen zeitliche Ausmaße („30 Prozent der Zeit am Patienten“ [ebenda]) und Bildungsvoraussetzungen, die spezielle Qualifikationen zu Vorschriften, Abrechnungsverfahren und IT-Programmen erfordern.

Von Unternehmen im gewerblichen Bereich der Gesundheitswirtschaft werden als Einstellungshemmnisse insbesondere fehlende fachübergreifende Qualifikationen wie Vertriebskompetenzen und Fremdsprachenkenntnisse erwähnt. Aber auch aus anderen Branchen der Gesundheitswirtschaft werden von den Fachkräften neben den jeweiligen fachspezifischen Kompetenzen weitere Kenntnisse gefordert. So wird von Personalleitern aus dem Krankenhausbereich Weiterbildungsbedarf für Ärzte zu betriebswirtschaftlichen Grundlagen, zu Fragen der Abrechnung, Dokumentation und Kommunikation/Gesprächsführung gesehen.

Die Unternehmensbefragung macht zudem deutlich, dass für die Ausübung einiger beruflicher Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft von den Fachkräften zunehmend kombiniertes Wissen aus mehreren Fachgebieten erwartet wird. So werden bspw. in der Heilerziehungspflege Fachkräfte mit einer Handwerksausbildung und einer pädagogischen Ausbildung benötigt. In einigen Tätigkeiten führt die angestrebte Wissenskombination möglicherweise sogar zur Herausbildung neuer Berufsbilder. Als Beispiel der bisher nicht möglichen, aber notwendig werdenden Ausbildung an Schnittstellen mehrerer beruflicher Tätigkeiten wird in der HealthCapital-Unternehmensbefragung der Bereich Vitalcoaching genannt, der Kompetenzen aus den Berufsfeldern Physiotherapeut, Ernährungsberater, Trainer und Softskills-Coach zusammenführt.

Auch die fehlende Berufserfahrung wird nicht nur im Sinne ungenügender praktischer Übung als Einstellungshemmnis aufgeführt. So weist der Personalleiter eines Biotechnologieunternehmens, das Arzneimittelstudien durchführt, auch in diesem Zusammenhang auf Qualifikationsdefizite hin: „Bei Naturwissenschaftlern fehlt oft die Erfahrung klinischer Forschung, da es keine Ausbildung in diesen Bereichen gibt.“

(2) Unzureichende Attraktivität der Stelle führt häufig dazu, dass es keine Bewerbungen bzw. keine Bewerbungen von Fachkräften mit der gewünschten Qualifikation auf die angebotene Tätigkeit gibt. In der HealthCapital-Erhebung betrachten die Unternehmen die Entlohnung und den Unternehmensstandort als die entscheidenden Ursachenbereiche für fehlende Bewerbungen.

Das Problem der Entlohnung wird besonders bei den Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege deutlich. Fast ausnahmslos wird von den in der Altenpflege tätigen Unternehmen auf die hohen physischen und psychischen Belastungen ihrer Mitarbeiter hingewiesen. Zugleich empfinden viele Unternehmen selbst die Vergütung der Leistungen der Beschäftigten, für die ihnen wirtschaftliche Grenzen vorgegeben sind, als nicht den hohen Anforderungen entsprechend. Mehrere Unternehmen weisen darauf hin, dass durch die geringen Verdienstanreize sich Bewerber auf die Stellenangebote melden, die nicht die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen mitbringen. Sie betrachten das Missverhältnis zwischen Belastung und Entlohnung als Hauptursache für den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Brandenburger Pflegedienste fordern, das Lohnniveau für Pflegekräfte im Land Brandenburg

dem anderer Bundesländer anzugleichen. Zugleich wird von Brandenburger und Berliner Betrieben der Pflegedienste eine gesellschaftliche Aufwertung der Pflegetätigkeiten und -berufe gefordert.

Die Standortfrage spielt bei Brandenburger Unternehmen der Gesundheitswirtschaft als Erklärungsansatz für Schwierigkeiten in der Fachkräftegewinnung ebenfalls eine große Rolle. Besonders die Gewinnung höher qualifizierter Fachkräfte bereitet Unternehmen, die sich nicht in unmittelbarer Nähe zu Berlin befinden und keine schnelle Verkehrsanbindung zu Berlin haben, enorme Schwierigkeiten: „Es ist kein qualifiziertes Fachpersonal zu bekommen, da geringes Interesse bei Hochschulabsolventen besteht, in einem Krankenhaus in der Provinz zu arbeiten.“ (Der Personalverantwortliche eines Krankenhauses) Andere Unternehmen in ähnlicher Standortkonstellation verweisen darauf, dass sie entsprechend höhere, auf den Betrieb bezogene Anstrengungen unternehmen müssen, um regionale Standortnachteile auszugleichen: „Um unseren Fachkräftebedarf decken zu können, muss unser Unternehmen einen Ruf als attraktiver Arbeitgeber haben (Arbeitsbedingungen, Gehälter, Entwicklungsmöglichkeiten)“. (Personalleiter eines großen Krankenhauses) Letztendlich bedeutet dies, dass Brandenburger Unternehmen mit ungünstigen Standortbedingungen einen größeren Aufwand als andere Unternehmen betreiben müssen, um benötigte Fachkräfte zu gewinnen.

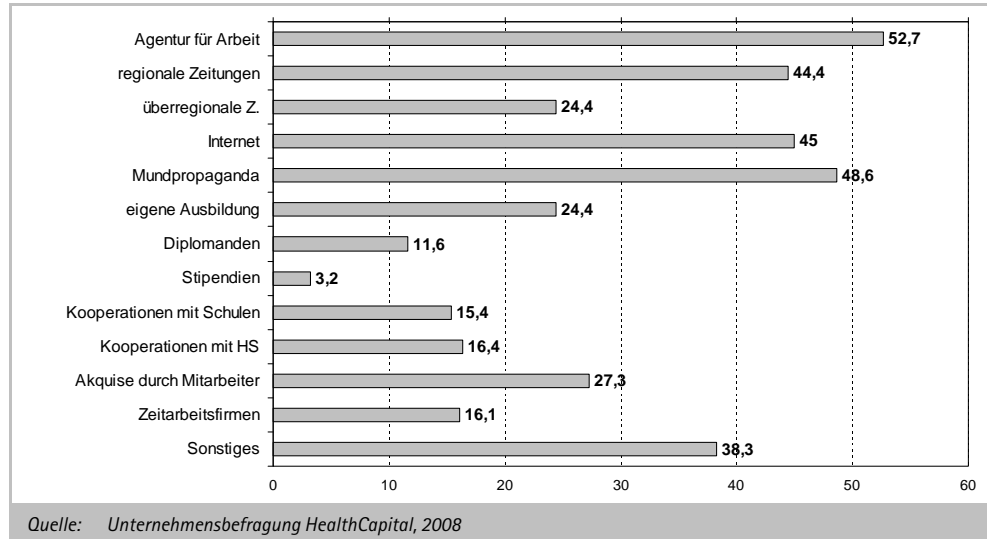
Im Hinblick auf die skizzierten Schwierigkeiten der Personalgewinnung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ist zu klären, welche Wege der Personalgewinnung in der Branche genutzt werden. Im Fokus steht hierbei die Frage nach Möglichkeiten der Optimierung der Personalakquise, mit dem Ziel, die Besetzung von Stellen effektiver als bisher zu bewältigen.

### 7.3 Wege der Personalgewinnung

In der HealthCapital-Erhebung wurden neben Einschätzungen der Unternehmen zum Fachkräftebedarf und zur Fachkräfteverfügbarkeit auch Erkenntnisse gewonnen, welche Aktivitäten und Strategien die Unternehmen zur Deckung ihres Fachkräftebedarfs verfolgen. Zunächst zu den Wegen der Personalgewinnung.

Die Ergebnisse der HealthCapital-Erhebung belegen, dass die Unternehmen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft eine breite Palette von Instrumenten und Wegen bei der Gewinnung von Personal einsetzen. An der Spitze stehen die Vermittlungsdienste der Agenturen für Arbeit, welche von über der Hälfte aller Unternehmen genutzt werden. Mit relativ geringem Abstand folgt auf dem zweiten Rang bereits die so genannte „Mundpropaganda“, also die Gewinnung von neuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen über informelle Kontakte aus dem Kreis von Geschäftspartnern, Bekannten oder Familienmitgliedern. Der breite Einsatz dieses Verfahrens der Personalgewinnung ergibt sich u. a. aus der vorrangig kleinbetrieblichen Struktur der Gesundheitswirtschaft. Daher überrascht auch nicht die von einem Viertel der Betriebe praktizierte und damit relativ breite Nutzung des ebenfalls persönlichen Kontaktes über die eigenen Mitarbeiter. Als dritthäufigste Rekrutierungsquelle wurde das Internet genannt – mit rund 45 Prozent gleichauf mit traditionellen Medien wie z. B. regionalen Zeitungen. Ein Viertel der Betriebe bekennt sich auch in diesem Zusammenhang zu der Möglichkeit, den Bedarf an Fachkräften durch eigene Ausbildungsanstrengungen zu decken. Von nicht geringer Bedeutung ist inzwischen auch in der Gesundheitswirtschaft die Beschaffung von Personal über Zeitarbeitsunternehmen (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24: Genutzte Quellen der Personalgewinnung, Mehrfachnennungen möglich (Angaben in Prozent)



Auf die in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefassten Verfahren, die von mehr als einem Drittel der Befragten benannt werden, entfallen folgende Instrumente und Wege der

Personalgewinnung:

- Abwerbung von anderen Firmen,
- Bildungseinrichtungen (Berufsschulen; dort als Lehrkraft tätig),
- Fachzeitschriften (Berufemarkt),
- Headhunter,
- Initiativbewerbungen,
- Interne Beschaffung (Ausschreibungen; interne Stellenbörse),
- Jobmessen,
- Fachzeitschriften (z. B. Karriere und Ärzteblatt),
- Kammern/Verbände (z. B. Zahnärztekammer, KZV, Handwerkskammer, Unternehmerverband)
- Personaldienstleister, private Arbeitsvermittler.

In der Regel ergibt sich die Entscheidung der Unternehmen für einen oder mehrere konkrete Rekrutierungswege aus einem Bündel von Faktoren wie bspw. Qualifikation der gesuchten Fachkraft, deren Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt, Betriebsgröße und damit einsetzbare Ressourcen. Am Beispiel der beiden am häufigsten genannten Verfahren wird offensichtlich, dass die einzelnen Branchen der Gesundheitswirtschaft unterschiedliche Präferenzen in der Nutzung von Personalgewinnungswegen verfolgen (vgl. Tabelle 40). So bedient sich der besonders mit Schwierigkeiten in der Fachkräftegewinnung konfrontierte Bereich der Altenpflege vor allem der Vermittlungsdienste der Arbeitsagenturen. Auch die Krankenhausbranche kooperiert überdurchschnittlich mit der Arbeitsverwaltung bei der Gewinnung von Fachkräften. Dabei spielt sicherlich eine wesentliche Rolle, dass in beiden Branchen ergänzend zu den Fachkräften mit Facharbeiterqualifikation auch ein erheblicher Teil von Arbeitskräften eingesetzt wird, die über Anpassungsqualifizierungen auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden.

Tabelle 40: Nutzung ausgewählter Quellen der Personalbeschaffung in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Quellen der Personalbeschaffung	
	Agenturen für Arbeit	Mundpropaganda
	Angaben in %	
Krankenhäuser	56	62
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	70	49
Praxen	0	60
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	36	36
FuE im Bereich Medizin und Beratung	42	50
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	50	36
sonstige (z.B. Handel med. Erzeugnissen, Apotheken)	42	46
Durchschnitt	53	49

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Bezogen auf die Frage nach Optimierungsspielräumen bei der Personalakquise muss festgehalten werden, dass fast die Hälfte der befragten Unternehmen bei der Personalbeschaffung nicht mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) zusammenarbeitet. Im Hinblick auf die umfangreichen Möglichkeiten der BA bei der regionalen und überregionalen Stellenvermittlung ist hier erheblicher Gestaltungsspielraum zu vermuten. Im Besonderen durch die Einrichtung des Arbeitgeberservice konnte die BA ihr Dienstleistungsangebot wesentlich weiter entwickeln, was sie zum leistungsstärksten Partner bei der Besetzung freier Stellen macht. Schon die konsequentere Nutzung der etablierten Vermittlungsstrukturen dürfte das Rekrutierungsproblem der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft in relevantem Maße entschärfen.

Der hohe Stellenwert der Mundpropaganda legt Überlegungen in Richtung einer brancheninternen Jobbörse für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft nahe. Das wesentliche Defizit informeller Vermittlungswege ist in der geringen Wirkungsweite solcher Mechanismen zu sehen. Ob die arbeitssuchende Fachkraft von der passenden freien Stelle erfährt, bleibt letztendlich dem Zufall überlassen. Ein brancheninterner Austausch von Informationen über Stellenangebote und potenzielle Fachkräfte könnte helfen, die „Trefferwahrscheinlichkeit“ informeller Anfragen zu erhöhen. Entscheidend wäre beim Aufbau einer solchen Jobbörse, dass diese das breite Informationsangebot der BA ergänzt (etwa um Angaben von Absolventen oder auch der frühzeitigen Bekanntgabe von geplante Stellenabbau – also dem mittelfristigen Freisetzen von Fachkräften, die an anderer Stelle evtl. gesucht werden) und nicht in Konkurrenz zu diesem tritt. Ob ein zusätzliches Portal für Fachkräfte und offene Stellen in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft wirklich Mehrwert stiftet, bedarf in jedem Fall der vertiefenden Prüfung.

Neben der Neugewinnung von Fachkräften kommt der betrieblichen Bindung des Personals eine zentrale Rolle bei der Fachkräftesicherung zu. Je höher die Personalfluktuation, desto größer die Herausforderungen des betrieblichen Personalmanagements und desto größer die Gefahr, dass aus Fachkräfteengpässen betrieblicher Fachkräftemangel erwächst.

## 7.4 Bindung von Fachkräften und familienfreundliche Beschäftigungsgestaltung

Ein Teil des Personalbedarfs resultiert aus der Notwendigkeit, ausscheidende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ersetzen zu müssen. Jedes Jahr verlassen durchschnittlich 1,2 Mio. Arbeitskräfte in Deutschland – bezogen auf das jeweils erste Halbjahr – ihre Betriebe. Ein nennenswerter Anteil dieser Abgänge geht von den Arbeitnehmern selbst aus. In einigen Fällen ist das Ausscheiden altersbedingt begründet, die betreffenden Beschäftigten wechseln mit Erreichen der gesetzlichen Renteneintrittsgrenze in den Ruhestand. In anderen Fällen verlassen Beschäftigte von sich aus das Unternehmen, weil sie sich z. B. um eine Anstellung in einem anderen Unternehmen bemühen. In Zeiten verbesserter Konjunkturlagen und der damit verbundenen Ausweitung des Angebots an offenen Stellen erhöht sich der Anteil arbeitnehmerseitig bedingter Abgänge an allen Abgängen deutlich. Für Betriebe bedeuten arbeitnehmerseitige Kündigungen nicht nur zusätzlichen Aufwand und Kosten, die für die Wiederbesetzung der freigewordenen Stellen anfallen, sondern können unter Umständen auch als ein Indiz für eine eingeschränkte Attraktivität als Arbeitgeber, etwa wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen (u. a. geringe Bezahlung, hohe Arbeitsbelastung, ungünstige Arbeits- und Dienstzeiten) gedeutet werden.

Rund 22 Prozent der befragten Unternehmen konstatierten, dass es in ihrem Unternehmen Berufe bzw. Arbeitsplätze gibt, die einer hohen Personalfluktuaton unterliegen. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Erkenntnisse über die vergleichsweise ungünstigen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen fällt dieser Anteil erstaunlich niedrig aus. Auf Branchenebene wird allerdings deutlich, dass zumindest der Krankenhausbereich deutlich vom Durchschnittswert abweicht. Bei den Pflegeeinrichtungen ist zu berücksichtigen, dass über ein Drittel diese Frage nicht beantwortet hat (vgl. Tabelle 41). Von Fluktuaton betroffen sind vor allem Stellen für Altenpfleger und Ärzte, die – so die Einschätzung der Befragten – insbesondere wegen der hohen Arbeitsbelastung sowie der als unzureichend empfundenen Vergütung immer wieder neu besetzt werden müssen. Bei den Ärzten ist zudem ein Teil der Beschäftigungsverhältnisse wegen der Facharztausbildung zeitlich begrenzt angelegt. Der hohe Anteil bei den Krankenhäusern ist daher nicht überraschend.

**Tabelle 41: Bereiche mit starker Personalfluktuaton in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Gibt es Bereiche mit starker Personalfluktuaton?		
	Ja, gibt es	Nein	Keine Angabe
Angaben in %			
Krankenhäuser	50	44	6
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinrichtungen)	17	47	36
Praxen	15	64	21
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	27	70	3
FuE im Bereich Medizin und Beratung	13	82	5
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	17	74	9
sonstige (z.B. Handel med. Erzeugnissen, Apotheken)	23	54	23
Durchschnitt	22	60	18

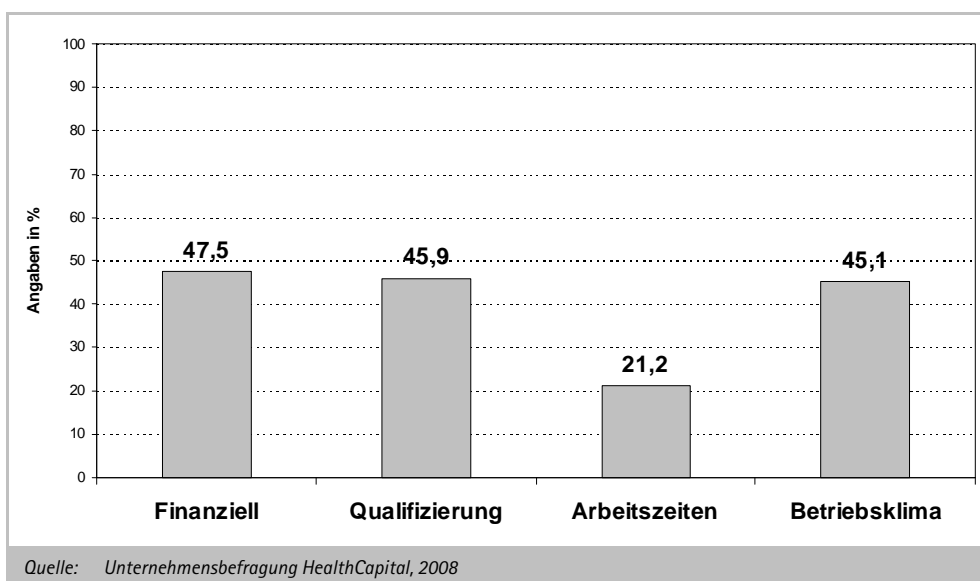
Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse stellt sich die Frage, was die befragten Unternehmen tun, um Fluktuaton zu verringern bzw. um Fachkräfte an ihr Unternehmen zu binden. Die HealthCapital-Erhebung liefert hierzu folgende Ergebnisse: Rund 89 Prozent der befragten Unternehmen gaben an, betriebliche Anreize zur Personalbindung zu setzen. Das Spektrum dieser Maßnahmen reicht von finanziellen Anreizen (z. B. Prämienzahlen, Bonuszahlungen) über die Unterstützung der Fortbildung des

Personals (z. B. Übernahme der Qualifizierungskosten oder Freistellung) bis hin zur Gestaltung eines angenehmen Arbeitsklimas (z. B. Feiern, Feste, Ausflüge).

Wie die Abbildung 25 zeigt, nehmen finanzielle Anreize, Aktivitäten zur Schaffung eines angenehmen Betriebsklimas und die Unterstützung der Qualifizierung des Personals durch Freistellung oder Übernahme von Qualifizierungskosten einen annähernd gleichen Stellenwert in den personalpolitischen Bemühungen zur Bindung der Mitarbeiter ein. Fast die Hälfte der Betriebe nutzt diese Instrumente der Personalbindung. Maßnahmen, die sich auf eine an den Bedürfnissen der Beschäftigten orientierte Arbeitszeitpolitik beziehen, werden nur von rund einem Fünftel der Betriebe zur Personalbindung eingesetzt.

Abbildung 25: Betriebliche Anreize zur Personalbindung



In den einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Nutzung der verschiedenen Instrumente (vgl. Tabelle 41). Am stärksten unterscheiden sich die Branchen in der Unterstützung der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter. Im Krankenhausbereich wird von rund zwei Dritteln der Betriebe dieses Instrument der Personalbindung eingesetzt, in der Forschung und Entwicklung sowie in der Herstellung chemisch-pharmazeutischer Produkte nur von einem Fünftel bzw. Drittel der Betriebe. Die Krankenhäuser nutzen auch die Anpassung der Arbeitszeiten etwas stärker als andere Branchen. In den Praxen spielt diese Frage eine noch geringere Rolle als im Durchschnitt der gesamten Gesundheitswirtschaft. Hier ist der Handlungsspielraum durch die geringen Beschäftigtenzahlen der einzelnen Betriebe begrenzt.

Auffallend ist auch, dass der Einsatz finanzieller Anreize, der Qualifizierungsunterstützung und der Schaffung eines positiven Betriebsklimas, die in der Gesundheitswirtschaft insgesamt betrachtet einen annähernd gleichen Stellenwert einnehmen, in den einzelnen Branchen sehr unterschiedlich genutzt werden. So spielen bspw. bei den Krankenhäusern finanzielle Stimuli eine unterdurchschnittliche Rolle. Qualifizierungsmaßnahmen stehen hier dagegen eindeutig im Vordergrund. Bei den Pflegeeinrichtungen, die Qualifizierungsaktivitäten ebenfalls überdurchschnittlich fördern, fällt die im Vergleich zu anderen Branchen geringere Aktivität zu Fragen des Betriebsklimas auf. Hier wirkt sich wahrscheinlich die permanente personelle Unterbesetzung vieler Betrieben begrenzend aus, obwohl gerade in dieser

Branche aufgrund der hohen physischen und psychischen Belastungen der Beschäftigten besonders Aktivitäten wünschenswert wären, die ein positives Betriebsklima fördern.

**Tabelle 42: Verbreitung von Maßnahmen zur Bindung von Fachkräften in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Maßnahmen			
	Finanzielle Anreize	Qualifizierungsunterstützung	Anpassung der Arbeitszeiten	Betriebsklima
	Angaben in %			
Krankenhäuser	40	63	27	43
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinr.)	51	56	21	36
Praxen	40	49	14	60
Herstellung von chem. Erzeugnissen	50	30	23	43
FuE im Bereich Medizin und Beratung	50	21	21	46
Herstellung von medizintechnischen Erzeug.	44	44	25	58
sonstige (z.B. Apotheken)	60	45	20	40
Durchschnitt	48	46	21	45

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Ein besonderer Schwerpunkt der Fachkräftegewinnung und -bindung ist die familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Vor dem Hintergrund des hohen Frauenanteils in der Gesundheitswirtschaft kann eine familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen sowie die Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern im Erwerbsleben als ein Schlüssel zur Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber betrachtet werden. Durch betriebliche Rahmenbedingungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen, kann das Arbeitspotenzial von Frauen mit Familienverantwortung besser genutzt, weibliche Arbeitskräfte langfristig an das Unternehmen gebunden werden. Dadurch können Überbrückungs-, Fluktuations- und Wiedereingliederungskosten vermieden bzw. verringert werden. Höhere Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit dem Unternehmen können zudem dazu beitragen, die Arbeitsproduktivität zu steigern. Flexible Arbeitszeitmodelle wie z. B. Teilzeitarbeit, Arbeitszeitkonten oder Telearbeit ermöglichen es den weiblichen Beschäftigten, ihre Arbeitszeit bei Bedarf flexibel zu gestalten und damit den Bedürfnissen der Familie besser anzupassen.

Vor dem Hintergrund dieser Annahmen wurden die Unternehmen gefragt, ob sie ihr Unternehmen als besonders familienfreundlich einschätzen würden. Rund 73 Prozent der Betriebe bejahten diese Frage. In der Branchenbetrachtung liegen die Krankenhäuser und die gewerblichen Bereiche Pharmazeutische Industrie und Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen über diesem Durchschnittswert (vgl. Tabelle 43). Hier macht sich die größere Betriebsgröße bemerkbar, die es eher ermöglicht – bspw. im Bereich der Kinderbetreuung – eigene Einrichtungen zu betreiben bzw. entsprechende Kooperationen mit kommunalen Einrichtungen zu finanzieren.

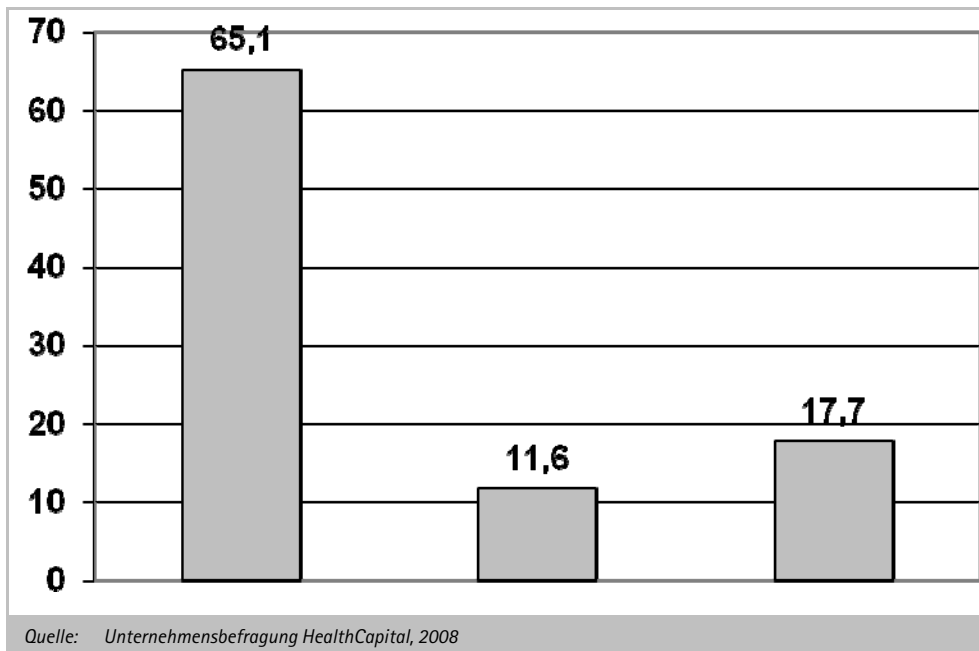
Tabelle 43: Vereinbarkeit von Beruf und Familie in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Schätzen Sie Ihr Unternehmen/Ihre Einrichtung als besonders familienfreundlich ein?		
	Ja	Nein	Keine Angabe
	Angaben in %		
Krankenhäuser	85	6	9
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeinr.)	66	12	22
Praxen	79	10	12
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	82	15	3
FuE im Bereich Medizin und Beratung	76	11	13
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	79	14	7
sonstige (z.B. Handel med. Erzeugn., Apotheken)	62	19	19
Durchschnitt	73	12	13

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Über drei Viertel der Betriebe, die sich als familienfreundlich einordnen, verstehen darunter vor allem eine an den Bedürfnissen von Frauen (und Männern) mit Familienpflichten ausgerichtete Gestaltung der betrieblichen Arbeitszeiten (vgl. Abbildung 26). Hierunter fallen z. B. die Reduzierung der Wochenarbeitszeit, bedarfsorientierte Gestaltung von Schichtplänen, Berücksichtigung der Schließzeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen (KITAs, Schulen), Etablierung von Arbeitszeitkonten, Vertrauensarbeitszeit. Als weitere Maßnahmen wurden genannt: Bezuschussung von KITA-Plätzen oder Möglichkeiten der Kinderbetreuung.

Abbildung 26: Familienfreundliche Maßnahmen der Unternehmen





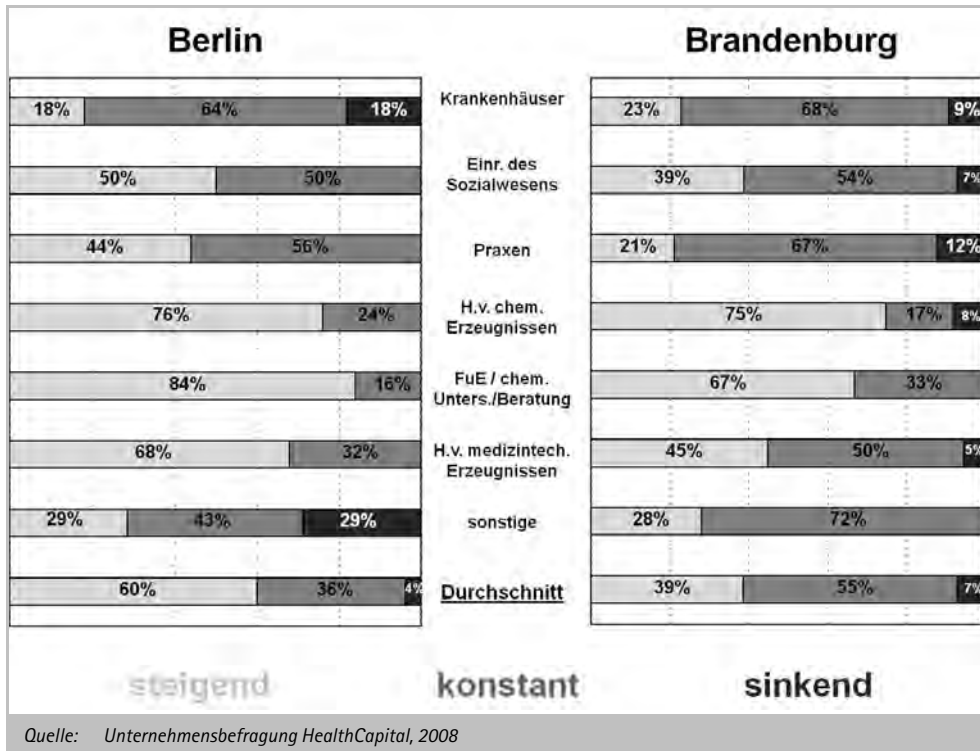
Insgesamt lässt sich ein durchaus positives Resümee ziehen: Eine überwältigende Mehrheit der Unternehmen berücksichtigt die besonderen Umstände der Branche, die sich insbesondere aus dem hohen Frauenanteil an den Beschäftigten ergeben. Dies zeigt sich in einer ausgeprägten Verbreitung von Maßnahmen zur Bindung des vorhandenen Personals bis hin zur familienfreundlichen Gestaltung von Arbeitszeiten. Folgerichtig ist Fluktuation für die meisten Unternehmen nach Einschätzung der befragten Geschäftsleitungen kaum ein Problem. Relativiert wird dieser positive Eindruck jedoch durch die Tatsache, dass keiner der befragten Betriebe mit innovativen Konzepten einer gezielten Geschlechterpolitik aufwarten konnte. Die benannten Maßnahmen sind altbekannt und in ihrer Wirkung – das zeigen die Entwicklungen der letzten Jahre – begrenzt. Gute Ideen zur Überwindung geschlechtlicher Segregation scheinen noch Mangelware zu sein. Hier dürfte sich mittelfristig ein relevanter Handlungsbedarf abzeichnen, der sowohl die Betriebe als auch arbeitsmarktpolitische Akteure vor die Herausforderung stellt, gute Praxis zu entwickeln und zu erproben, um die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bei der Lösung der sich abzeichnenden Fachkräfteproblematik zu unterstützen.

Die Gesundheitswirtschaft zählt in Berlin-Brandenburg wie auch in Deutschland zu den Branchen, in denen der Fachkräftebedarfs bereits seit einiger Zeit deutlich zu spüren ist. Um eine gestaltungsorientierte Arbeitspolitik auf den Weg bringen zu können, bedarf es neben der Rekonstruktion bisheriger Entwicklungsverläufe einer Einschätzung der zu erwartenden Herausforderungen. Nur wenn ungefähr bekannt ist, wie sich die Gesundheitswirtschaft mittelfristig in der Region entwickeln wird und inwieweit der regionale Arbeitsmarkt das Potenzial hat, die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen, lässt sich beantworten, ob akute Fachkräfteengpässe zukünftig eher an Bedeutung gewinnen werden oder nur für eine Phase des Übergangs stehen.

## 7.5 Zukunftstrends und regionale Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft

Die Mehrheit der in der HealthCapital-Erhebung befragten Unternehmen rechnet auch zukünftig mit steigenden Beschäftigtenzahlen. Abbildung 27 zeigt, von welchen Entwicklungen die befragten Unternehmen in den nächsten zwei Jahren ausgehen.

Abbildung 27: Erwartete Beschäftigungsentwicklung der nächsten zwei Jahre in Berliner und Brandenburger Betrieben der Gesundheitswirtschaft.<sup>21</sup>



Die befragten Unternehmen und Einrichtungen gehen insgesamt von einer positiven Beschäftigungsentwicklung aus: 96 Prozent der Berliner Betriebe erwarteten zum Zeitpunkt der Befragung, dass die Beschäftigtenzahlen in den folgenden zwei Jahren steigen oder zumindest konstant sein werden. Deutlich über die Hälfte (60 Prozent) rechnete mit einem Beschäftigungsaufbau. In Brandenburg fällt die Einschätzung der Beschäftigungsentwicklung etwas weniger optimistisch aus. Zwar gehen auch hier 93 Prozent der Betriebe von steigenden und konstanten Beschäftigtenzahlen aus, aber nur 39 Prozent der befragten Unternehmen rechnen mit Beschäftigungswachstum.

Positive Effekte für den Umsatz und die Beschäftigung werden von den Unternehmen vor allem mit der demographischen Entwicklung verbunden. Die Unternehmen erwarten von ihr eine Expansion des Marktes für Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Pflegedienste durch neue Tätigkeitsfelder bzw. eine deutliche Ausweitung bestehender Bereiche. Auch wird erwartet, dass diverse Zusatzleistungen zunehmend privat finanziert werden (Ausweitung des so genannten zweiten Gesundheitsmarktes).

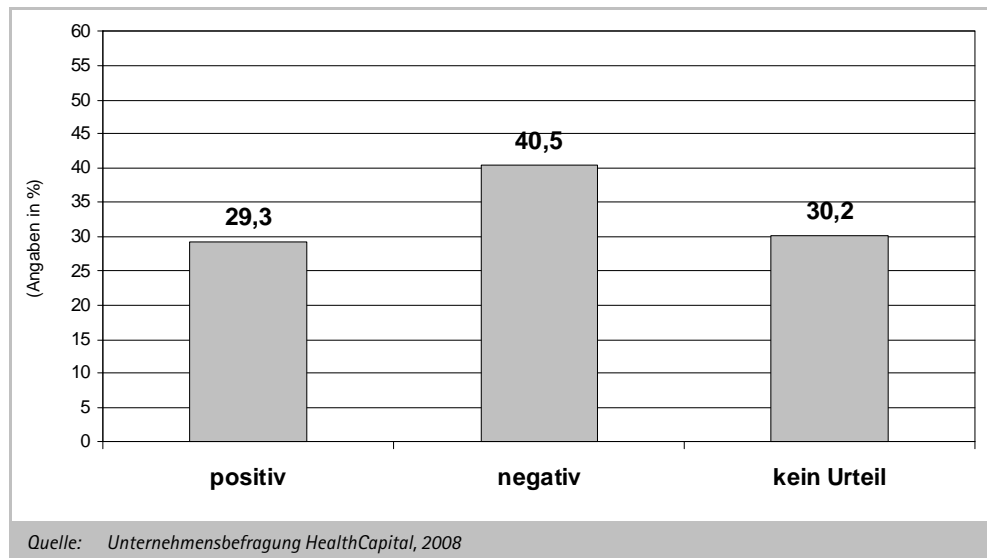
Die Realisierung der erwarteten Wachstums- und Beschäftigungspotenziale wird nach Meinung der Befragten in hohem Maße von der Verfügbarkeit geeigneten Personals abhängen. Ein Teil der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft befürchtet, dass die bereits heute in einigen Bereichen bestehenden Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen künftig zunehmen werden. Von mehreren Befragten wird bezweifelt, dass zurzeit bestehende unattraktive Arbeitsbedingungen in absehbarer Zeit überwunden werden können. Von ihnen wird eher befürchtet, dass mehr Arbeit in einer höheren Qualität

<sup>21</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde der Bereich Krankenversicherungen und Organisationen des Gesundheitswesens nicht in die Auswertung einbezogen.

bei gleichem Verdienst von den Beschäftigten erbracht werden muss. Dies werde nicht ohne Auswirkungen auf die Attraktivität der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft als Arbeitgeber und damit auf deren Erfolg bei der Gewinnung von jungen Fachkräften aus zunehmend kleiner werdender Nachwuchskohorten bleiben. Im Hinblick auf die Einflüsse und Effekte der aktuellen Gesundheitspolitik herrscht große Verunsicherung. Fast alle Befragten sind als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in hohem Maße von politischen Entscheidungen und Rahmensetzungen abhängig (Stichworte: Pflegestufen, Gesundheitsfonds, Ausgestaltung des Pflichtmittelkataloges).

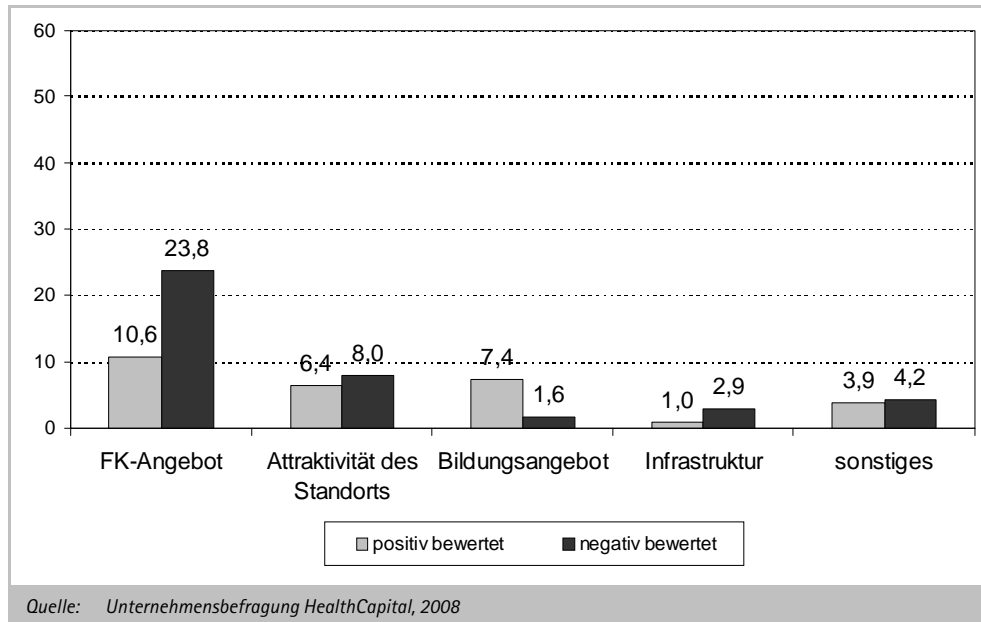
Neben den allgemeinen Einschätzungen der weiteren Entwicklung der Gesundheitswirtschaft wurden die Befragten auch gebeten, ihre Region konkret in Bezug auf die Fachkräftesituation einzuschätzen. Hierzu zählen z. B. die Attraktivität des Standortes insgesamt, die regionale Verfügbarkeit von Fachkräften, die regionale Infrastruktur oder das Angebot an Aus- und Weiterbildungseinrichtungen in der Region. Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass rund 70 Prozent der Befragten eine eindeutige Position vertritt, während ca. 30 Prozent hierzu keine Angaben liefern konnten (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28: Einschätzung der Region in Bezug auf die Fachkräftesituation



Wie bereits bei den Problemen der Fachkräftegewinnung deutlich wurde, beurteilen die Unternehmen auch bei der Einschätzung ihres regionalen Umfeldes vor allem das Angebot an Fachkräften kritisch (vgl. Abbildung 29). Rund ein Viertel der Unternehmen sieht hier Veränderungsbedarf.

Abbildung 29: Bewertung regionaler Standortfaktoren durch die Unternehmen (Antwortverteilung in Prozent)



Die Branchensicht zeigt ein stark differenziertes Bild der Einschätzung der regionalen Fachkräftesituation (vgl. Tabelle 44). Die gewerblichen Bereiche der Gesundheitswirtschaft schätzen die regionale Fachkräftesituation insgesamt positiv bzw. sogar sehr positiv ein. In der pharmazeutischen Industrie schätzt die Mehrheit der Unternehmen das Fachkräfteangebot als gut ein. Hier gibt es auch die wenigsten Negativwertungen. Ebenfalls günstig schätzt der Bereich Forschung und Entwicklung seine Möglichkeiten ein, den Fachkräftebedarf in der Region zu decken. In beiden Branchen machen sich die großen Forschungs- und Hochschulkapazitäten als ein stark förderliches Umfeld bemerkbar.

Insgesamt ungünstig wird die regionale Fachkräftesituation von den Unternehmen der Pflegedienste und den Krankenhäusern eingeschätzt. Hier dürften der bereits geschilderte Fachkräftemangel bei Altenpflegern und die Fachkräfteengpässe in den anderen Pflegeberufen sowie bei Ärzten der entscheidende Hintergrund für diese Einschätzungen sein.

**Tabelle 44: Einschätzung der Region im Hinblick auf die Fachkräftesituation in einzelnen Branchen der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft**

Branchen der Gesundheitswirtschaft	Einschätzung			
	positiv	negativ	weder noch	Keine Angabe
	Angaben in %			
Krankenhäuser	29	44	12	15
Einrichtungen des Sozialwesens (Pflegeeintr.)	12	61	17	10
Praxen	26	31	31	12
Herstellung von chem. Erzeugnissen (Pharma)	58	18	12	12
FuE im Bereich Medizin und Beratung	45	21	21	13
Herstellung von medizintechnischen Erzeugnissen	41	33	12	14
sonstige (z.B. Handel med. Erzeugn., Apotheken)	15	50	27	8
Durchschnitt	29	41	18	12

Quelle: Unternehmensbefragung HealthCapital, 2008

Da Unternehmen vor allem das regionale Angebot an Fachkräften kritisch beurteilen, müssen zukünftig vor allem die Aus- und Weiterbildungsanstrengungen intensiviert werden. Die Befragten sind sich mehrheitlich bewusst, dass sich die Wirtschaft selbständig um Fachkräfte(nachwuchs) – sofern möglich – kümmern muss. Hierbei ist die besondere Struktur der Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft mit ihrem hohen Anteil an vollzeitschulischen Ausbildungsangeboten zu berücksichtigen, deren Steuerung sich dem Einfluss der Unternehmen teilweise entzieht. Gefordert sind hier somit die betroffenen Unternehmen sowie die Region gleichermaßen.

Ungeachtet der beschriebenen Problemlagen setzt eine Intensivierung des Ausbildungsengagements nach Meinung der Befragten allerdings eine Verbesserung der Ausbildungsvoraussetzungen seitens der Schulabgänger voraus. Die bisherigen Erfahrungen deuten hier zum Teil auf erhebliche Probleme hin, welche in der Folge zu Schwierigkeiten bei der Besetzung von angebotenen Lehrstellen führen. Trotz der von betrieblicher Seite kommunizierten Defizite in der Ausbildungsreife von Schulabgängern wird die Gesundheitswirtschaft in bestimmten Tätigkeitsfeldern zukünftig vermehrt auch auf Auszubildende mit kompetenzzeitigen Schwächen zurückgreifen müssen. Die weitere Ausdifferenzierung von Ausbildungsgängen und damit die Möglichkeit, Ausbildungsphasen über einen längeren Zeitraum zu strecken, stellt ein leistungsstarkes Instrument zur Befriedigung von Fachkräftebedarfen in geringqualifizierten Tätigkeitsfeldern dar.

Gleichzeitig – dessen sind sich die Unternehmen mehrheitlich bewusst – muss die Ausbildung in den Gesundheitsberufen, wie z. B. zum Altenpfleger, attraktiver gestaltet werden sowie das Interesse bei den Jugendlichen an entsprechenden Berufen frühzeitiger geweckt werden (Stichwort: Berufsfrühorientierung).

In der Frage, wie das Spannungsverhältnis zwischen als unzureichend empfundener Vergütung von Leistungen auf der einen Seite sowie zunehmend steigenden Arbeitsbelastungen und Qualitätsanforderungen auf der anderen Seite gelöst werden können, haben auch die Befragten kaum Lösungen. Generell wird gefordert, die Vergütungssätze der Kassen zu erhöhen, Feiertage und Wochenenden besser zu vergüten, Pflegeheime – egal welche Trägerschaft – gleichzustellen sowie eine einheitliche Tarifstruktur für alle Einrichtungen zu etablieren.

## 7.6 Zwischenfazit

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich gegenüber anderen Bereichen der Wirtschaft durch eine vergleichsweise konjunkturunabhängige Nachfrage nach Arbeitskräften aus. Neben der überdurchschnittlich positiven Entwicklungserwartung für die nächsten zwei Jahre zeigt sich das deutlich in dem hohen Anteil von Unternehmen, die derzeit freie Stellen anbieten und damit in erheblichem Maße über ungenutzte Beschäftigungspotenziale in der Region verfügen. Die Ausschöpfung dieses Potenzials wird allerdings durch Probleme bei der Gewinnung von qualifizierten Arbeitskräften beeinträchtigt. Die HealthCapital-Erhebung verdeutlicht, dass die wirksamere Nutzung der Beschäftigungspotenziale der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft durch strukturelle Defizite in der Fachkräfteverfügbarkeit behindert wird. Die größten Hemmnisse bestehen in Qualifikationsdefiziten eines bedeutenden Teils der zu gewinnenden Fachkräfte.<sup>22</sup> Von den Unternehmen wird die erstrangige Bedeutung der Qualifizierung für die Fachkräfteverfügbarkeit betont und die Notwendigkeit einer bedarfsgerechteren Ausrichtung von Ausbildungs- und Weiterbildungsaktivitäten hervorgehoben. Bisher gebe es hierfür „teilweise unzureichende qualitative Angebote“.

Aufgrund des engen Zeit- und Kostenrahmens der Leistungserbringung (bspw. in der Pflege) lassen sich notwendige Qualifizierungsmaßnahmen während der Arbeitszeit kaum realisieren. Entstehenden Fachkräftebedarfen wird zukünftig nur nachzukommen sein, wenn es den Betrieben gelingt arbeitsorganisatorische Lösungen zu finden, die Qualifizierung nach Einstellung ermöglichen. Die Institutionen der Arbeits- und Wirtschaftsförderung sollten ihrerseits klären, wie sie durch zielgenaue Fördermaßnahmen derartige Weiterbildung unterstützen und ermöglichen können.

Die unzureichende Attraktivität der Stellen – als zweites wesentliches Problem der Stellenbesetzung – macht sich vor allem an der verhältnismäßig geringen Entlohnung ausgewählter Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft fest. Besonders in der Altenpflege und damit in dem Bereich, in dem gegenwärtig die größten Probleme in der Fachkräfteverfügbarkeit bestehen, ist neben der Lösung von Qualifikationsfragen auch eine wirksamere Anerkennung der Leistungen der Beschäftigten durch eine entsprechende Entlohnung erforderlich.

Dass Brandenburger Betriebe in eher ländlichen Regionen überdurchschnittlich hohe Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen haben, wurde durch die Betriebsbefragung bestätigt. Welche Strategien des Standortmarketings helfen können, die Berlinerferne als vermeintlichen regionalen Nachteil zu kompensieren, muss als offen gelten. Die sog. weichen Standortfaktoren werden bisher von keiner peripheren Region Brandenburgs in vollem Maße in Anschlag gebracht, so dass gute Praxis in diesem Bereich erst in Ansätzen identifiziert werden kann.

Auch wenn die Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ein breites Spektrum an Maßnahmen der Personalrekrutierung nutzen, lässt sich durchaus Optimierungspotenzial identifizieren. Im Wesentlichen geht es hierbei um eine noch konsequentere Anwendung der gut ausgebauten Unterstützungsstrukturen der Bundesagentur für Arbeit. Darüber hinaus verweisen die Analysen auf brancheninterne Möglichkeiten der Personalakquise, die im Hinblick auf die sich zuspitzenden Fachkräfteengpässe auf ihre Realisierbarkeit und Wirksamkeit hin überprüft werden sollten.

Optimierungsbedarf zeigt sich auch bei den betrieblichen Maßnahmen der Personalbindung. Die Mitarbeiterfluktuation fällt in den befragten Betrieben zwar verhältnismäßig gering aus, dennoch ist der Wechsel von Fachkräften mit Kosten verbunden und kann das betriebliche Fachkräfteproblem zusätzlich zuspitzen. Die genutzten Ansätze der Mitarbeiterbindung greifen zwar, bleiben aber vermutlich hinter den gegebenen Möglichkeiten zurück. Konzepte jenseits der altbekannten und weit verbreiteten Strategien lassen sich in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft nicht entdecken. Betriebe, die

<sup>22</sup> In einigen Berufsgruppen – etwa den Krankenpfleger/innen – besteht außerdem ein quantitativer Fachkräfteengpass.

hier aktiv werden und denen es gelingt, sich von der Masse abzuheben, dürften mittelfristig einen entscheidenden Vorteil bei der Reduzierung der Personalfuktuation und der Gewinnung neuer Fachkräfte haben.

Die Betriebsbefragung und die Arbeitsmarktstrukturanalysen weisen auf vielzählige Handlungsfelder der Fachkräftesicherung und -gewinnung innerhalb der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft hin. Im abschließenden Kapitel 8 sollen diese Hinweise zu drei zentralen Ansätzen der Fachkräftesicherung gebündelt werden. Außerdem soll geklärt werden, welchen Beitrag die Betriebe, die öffentliche Hand und Verbände bzw. Netzwerke bei der Realisierung der skizzierten Handlungsfelder leisten können.

## 8 Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Fachkräftebasis in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft hat sich in der Berlin-Brandenburger Region als erstrangiger Wirtschaftsbereich etabliert. Dies trifft vor allem auf die Beschäftigungswirkungen zu und es spricht alles dafür, dass ihre Schlüsselstellung insbesondere für eine nachhaltig positive Beschäftigungsentwicklung in der Region weiter zunimmt. Die in der Unternehmensbefragung festgestellten Fachkräfteengpässe sind aber ein deutliches Signal, dass Initiativen zur Stärkung der Fachkräftebasis der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft erforderlich sind.

Der entscheidende Einfluss auf die Beschäftigungssituation in der Gesundheitswirtschaft geht von der demografischen Entwicklung aus. Die Nachfrage nach Leistungen und in ihrer Folge der Fachkräftebedarf dieses Zweiges sind durch den starken Personenbezug auf das Engste an die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung gebunden. Die Leistungsfähigkeit dieses personalintensiven Wirtschaftszweiges ist in besonderem Maße von dem verfügbaren Erwerbspersonenpotenzial und dessen Veränderungen abhängig.

In dieser Arbeit wurde bereits darauf hingewiesen, dass mit der Alterung der Bevölkerung wachsender Fachkräftebedarf (Erweiterungsbedarf und altersbedingter Ersatzbedarf) verbunden ist und dass mit der Verringerung des Erwerbspersonenpotenzials die Rekrutierung von Fachkräften schwieriger wird. Beide Trends stehen nicht nur auf Jahre hinaus unausweichlich fest, sie verstärken sich sogar von Jahr zu Jahr.

Die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft befindet sich darüber hinaus in einer langfristig anhaltenden Periode beschleunigter Zunahme älterer Beschäftigter, aus der verstärkt altersbedingte Abgänge und altersbedingter Ersatzbedarf an Fachkräften folgen. Das Problembewusstsein für diese demografisch bedingten altersstrukturellen Veränderungen der Betriebsbelegschaften ist lediglich bei einem Teil der Unternehmen vorhanden. Ohne Veränderungen in der Fachkräftepolitik besteht die Gefahr, dass die Gesundheitswirtschaft der Berlin-Brandenburger Region in einen akuten Fachkräftemangel gerät.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft die dringende Notwendigkeit der Entwicklung einer demografiefesten Fachkräftestrategie besteht: Die Herausforderungen und großen Chancen der demografischen Entwicklung für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft anzunehmen und wahrzunehmen, erfordert insbesondere vorausschauendes Agieren. Die Spezifik des Fachkräftebedarfs dieses Wirtschaftszweiges erfordert und ermöglicht langfristig angelegte Reaktionen. Kurzfristige Aktionen können bestenfalls temporäre Milderungen bewirken.

Aus der vorliegenden Untersuchung zur Fachkräftesituation in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft ergibt sich die Notwendigkeit, insbesondere in drei Handlungsfeldern neue Initiativen zu entwickeln:

1. Optimierung der Beschäftigungsbedingungen,
2. Verstärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung,
3. Marketing für das Beschäftigungspotenzial der Gesundheitswirtschaft.

In der Umsetzung dieser Handlungserfordernisse sind vor allem die Betriebe gefragt. Als Anwender und Entwickler qualifizierter Arbeit sind die Betriebe Dreh- und Angelpunkt der Fachkräfteentwicklung. Die erfolgreiche Bekämpfung des Fachkräftemangels entscheidet sich in erster Linie auf der betrieblichen



Ebene. In diesem Sinne reduziert sich Personalpolitik auch nicht, wie in manchen Betrieben noch vorherrschend, auf Lohn- und Qualifizierungsfragen, sondern muss vielmehr als unternehmensstrategisch ausgerichtete Personal- und Organisationsentwicklung begriffen werden, die auch vorausschauend Wirkungen der demografischen Entwicklung einbezieht. Dies ist natürlich angesichts der beschriebenen, zum Teil kleinen Betriebsgrößen in der Gesundheitswirtschaft der Region nicht leicht umzusetzen. Es reicht aber auch nicht die zur Bindung von Fachkräften in der Unternehmensbefragung geäußerte Auffassung: „Wir bieten Arbeit“.

Auch die öffentliche Hand ist in diesem Prozess im Sinne eines aktivierenden Staates gefordert, der bei der Erarbeitung und Umsetzung von Bewältigungsstrategien des demografischen Wandels unterstützend wirken will. Insbesondere die Fähigkeit, präventiv Orientierungen und Aktivitäten zu den demografischen Herausforderungen zu initiieren und zu unterstützen, sind in der Fachkräftesicherung für die Gesundheitswirtschaft gefragt. „Es darf keine weitere Reform im Gesundheitswesen, keine neue Gesetzgebung mehr geben, die sich nicht an der demografischen Entwicklung orientiert“ so der Appell des Gesundheitsexperten Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung im Ergebnis einer Untersuchung zur Morbiditätsentwicklung von 22 häufigen Krankheiten im Zeitraum 2007 bis 2050 (Beske 2009). „Die Ergebnisse der sehr zuverlässigen Hochrechnungen können in ihren Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf sowohl hinsichtlich der finanziellen Mittel als auch im Hinblick auf das erforderliche Arbeitskräftepotenzial bei ständiger Abnahme der im Erwerbsleben stehenden Altersgruppe als dramatisch bezeichnet werden“, so Beske weiter. Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt stellen sowohl hinsichtlich der benötigten finanziellen Mittel als auch der personellen Ressourcen Anforderungen an die Gesundheitspolitik, die nach Ansicht des Wissenschaftlers nicht länger ignoriert werden dürfen.

Zwischen Staat und Politik kommt schließlich Verbänden und Netzwerken eine vermittelnde Funktion zu. Sie bündeln Bedarfe ihrer Mitgliedsbetriebe und kommunizieren diese an staatliche Instanzen. Umgekehrt sind sie besser als andere Organisationstypen dazu in der Lage, Beispiele guter Praxis aufzubereiten und deren breite Umsetzung zu befördern. Das Fachkräftemonitoring des Gesundheitsnetzwerkes HealthCapital zeigt exemplarisch, wie kooperative Verbände dazu in der Lage sind, zentrale Themen sozio-ökonomischer und politischer Entwicklung aufzunehmen und Maßnahmen zu deren Gestaltung zu initiieren. Netzwerke können entsprechend einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der demografischen Herausforderung leisten.

## 8.1 Optimierung der Beschäftigungsbedingungen

Die Alterung und der Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials erfordern – vereinfacht gesagt – einen besseren Umgang mit den Fachkräften, damit diese auch noch als ältere Beschäftigte ihre volle Leistungsfähigkeit einbringen können und damit sich mehr Personen am Erwerbsleben beteiligen können. Höhere gesellschaftliche Anerkennung der beruflichen Tätigkeiten in der Gesundheitswirtschaft und die Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen für die Fachkräfte in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft müssen verstärkt ins Zentrum der Überlegungen zur Bewältigung des demografischen Wandels in der Berlin-Brandenburger Region rücken. Vor allem zwei Handlungsfelder sind – neben einer gerechteren Entlohnung für Pflegekräfte – entscheidend: der **Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit (1)** der Fachkräfte und die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie (2)**.

### 8.1.1 Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit durch gesundheitserhaltende und -fördernde Maßnahmen hat nicht nur für einzelne Beschäftigtengruppen Bedeutung. Angesichts der Alterung der Belegschaften ist damit zunehmend auch der Erhalt der Leistungsfähigkeit von Betrieben verbunden.

Die für diese Untersuchung durchgeführte Befragung hat ergeben, dass besonderer Handlungsbedarf in den Pflegeberufen besteht. In den vergangenen Jahren wurden zwar deutliche Fortschritte besonders für Pflegekräfte in den Krankenhäusern erreicht, dennoch sind die physischen und psychischen Belastungen der Pflegekräfte und daraus resultierende Negativwirkungen auf die Gesundheit der Fachkräfte – vor allem im Bereich der Altenpflege – weiterhin außerordentlich groß. Diese Belastungen in Verbindung mit der niedrigen Entlohnung der Pflegekräfte werden als die Hauptursache für den Fachkräftemangel bei Altenpflegern angesehen.

Die **Betriebe** können durch eine breite Palette von Aktivitäten gezielt zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter beitragen. Sie beginnt

- beim Abbau von Altersmythen und -barrieren,
- schließt betriebliche Altersstrukturanalysen ein und
- sollte insbesondere Maßnahmen einer altersgerechten und altersgerechten Arbeitsgestaltung in den Mittelpunkt rücken.

Angesichts der permanenten Wirkungen der demografischen Entwicklung, die auch immer wieder neue konkrete Anforderungen hervorbringen, ist es besonders wichtig, die Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass die Mitarbeiter befähigt werden, Belastungsschwerpunkte, die zu einer langfristigen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen können, am Arbeitsplatz selbst zu erkennen und darauf gerichtete Veränderungsvorschläge zu entwickeln. So kann auch in großen wie auch in kleineren Betrieben ein fortlaufender Prozess der Optimierung vorhandener Arbeitsstrukturen etabliert werden. Er funktioniert besonders dann, wenn gleichzeitig den Mitarbeitern mehr Mitsprache bei der Dienstplangestaltung und bei arbeitsorganisatorischen Verbesserungen eingeräumt wird.

Zur konkreten Ausgestaltung der vorgenannten und weiteren Aktivitäten zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit liegen bereits praktische Erfahrungen auch von Betrieben der Gesundheitswirtschaft der Berlin-Brandenburger Region vor. So hat der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes im Oktober 2008 im Vivantes Klinikum Am Urban ein Pilotprojekt gestartet, in dem der Personaleinsatz sowie die Prozessorganisation und die Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen im Unternehmen neu organisiert werden. Dazu wurde in einem breit beteiligungsorientiert angelegten Projektverfahren ein umfangreiches Maßnahmenpaket entwickelt.

Das Projekt konzentriert sich laut Darstellung im Vivantes Geschäftsbericht 2008 auf naheliegende, aber substanzielle Maßnahmen – nicht zuletzt mit Blick auf eine zügige Umsetzung sowie die Prüfung der Transferierbarkeit der Maßnahmen auf die anderen Standorte, die bei erfolgreicher Pilotierung in 2010 realisiert werden soll. Erprobt werden die folgenden drei Ansätze:

#### 1. Verbesserung des Personaleinsatzes durch Planungs- und Flexibilitätsregeln:

Für eine transparente sowie bedarfs- und belastungsgerechte Gestaltung des Personaleinsatzes sollen neu entwickelte Planungs- und Flexibilitätsregeln sorgen. Primär werden Schwankungen in der Intensität der Arbeitsanforderungen ausgeglichen. Dies führt zu einem Ressourcen schonenden Umgang mit der tariflichen Arbeitszeit wie auch mit Leasingkosten und zu einer geringeren Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Durch hausinterne Vertretungs- oder Pool-Konzepte erhöht die Hospitation und Rotation in anderen Bereichen zudem die fachliche Kompetenz und somit die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine eigenverantwortliche wie auch veränderungsfreudige Personaleinsatzsteuerung soll für sie mehr Verlässlichkeit und neue Gestaltungsspielräume schaffen.

#### 2. Delegation ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Eine weitere Aufgabe des Pilotprojektes ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Delegation von berufsfremden Tätigkeiten zu entlasten, Rechtssicherheit zu schaffen und letztendlich neben

ökonomischen Effekten die Mitarbeiterzufriedenheit deutlich zu erhöhen. Aufgaben, die nicht der jeweiligen Qualifikation entsprechen, die also von anderen Berufsgruppen qualitativ besser, motivierter und kostengünstiger erbracht werden können, sind an diese zu delegieren. Im Wesentlichen sollen der Ärztliche Dienst und der Pflegedienst ihre Aufgabenspektren schrittweise auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Es wird hierfür die neue Berufsgruppe des Serviceassistenten eingeführt, die das Pflegepersonal beispielsweise durch die Übernahme der Speisenversorgung der Patienten und der Materialversorgung der Stationen entlastet.

### 3. Verbesserung von Tagesablauf und Behandlungsprozess

Ziel einer Tagesablaufplanung ist die möglichst weitgehende Ablaufsicherheit der Routinetätigkeiten durch eine verbesserte Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Hierfür werden interne Servicestandards sowie Standard-Tagesabläufe und Behandlungsprozesse definiert, die eine transparente und effiziente Verzahnung berufsgruppenübergreifender Arbeitsabläufe im Tagesverlauf ermöglichen, etwa in der Planung von OP-Terminen oder Patiententlassungen, aber auch im Behandlungsprozess. Im ärztlichen Dienst können Aufgaben aus den drei Aufgabenblöcken Prozessmanagement, delegierbare ärztliche Tätigkeiten wie z. B. Blutentnahme sowie die Administration delegiert und substituiert werden, um die Konzentration auf die ärztlichen Kernaufgaben zu erhöhen. Als weiterer Effekt wird eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erwartet.

Die Erfahrungen solcher und ähnlicher Vorhaben sollten einem breiteren Kreis von Unternehmen der Region zugänglich gemacht werden. Hier muss die wichtige unterstützende Funktion der **Verbände und Netzwerke** einsetzen, indem der Know-how-Transfer im Sinne des Transportierens von Lösungsansätzen wirksam unterstützt wird und über Betriebsprojekte zielgerichtet weitere praktische Umsetzungsbeispiele entwickelt werden. Wesentlich ist, dass die Verbreitung guter Praxis nur ein Teil eines erfolgreichen Wissensmanagements innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist. Mindestens so bedeutsam ist die interpretative Aufbereitung der identifizierten Beispiele, um verdeutlichen zu können, wie auch Klein- und Mittelbetriebe großbetriebliche Ansätze, wie etwa die von Vivantes, in ihren Betriebsablauf integrieren können. Hier besteht – wie in der Mehrzahl der Wirtschaftsbereiche – in der Gesundheitswirtschaft relevanter Handlungsbedarf, da die Frage der Übertragbarkeit in der Regel kaum diskutiert wird (hierzu: Ernst/Kieser 2002): Großbetriebe haben wenig Interesse daran, die Übertragbarkeit ihrer Ansätze zu diskutieren. Kleinbetrieben fehlt es hingegen häufig an den Personalkapazitäten, um die notwendige Anpassung der Maßnahmen zu leisten. Hier können Netzwerke eine Lücke schließen, indem sie auf Basis von Praxiserfahrungen einzelner Unternehmen betriebstypengerechte Lösungen entwickeln und ihren Mitgliedsbetrieben anbieten.

Die **öffentliche Hand** kann Unterstützung leisten, indem sie Programme auflegt, die die Erprobung innovativer Beschäftigungsverhältnisse im Sinne einer demografiefesten Fachkräftestrategie fördert. Wesentlich ist hierbei, dass es durch solche Förderung gelingt, sowohl das breite Tätigkeitsspektrum als auch die unterschiedlichen betriebstypischen Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft in den Blick zu bekommen. Die Brandenburger Innopunkt-Initiative „Ältere – Erfahrung trifft Herausforderung“ (LASA 2010) stellt ein Beispiel guter Praxis für zielgerichtete Maßnahmen bzw. Programme der Landespolitik dar.

### Es wird vorgeschlagen:

Im Rahmen von HealthCapital sollten Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft gewonnen werden, die beispielhaft Maßnahmen zur altersgerechten und altersgerechten Arbeitsgestaltung entwickeln. Deren Erfahrungen sollten als Beispiele guter Praxis von HealthCapital aufbereitet werden und anderen Betrieben der Gesundheitswirtschaft der Region nahe gebracht werden. Denkbar wäre etwa eine Sammlung und Systematisierung derartiger Praxisbeispiele altersgerechter Beschäftigungskonzepte auf der Homepage von HealthCapital.

In der vom Bund geförderten Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) besteht ein Thematischer Initiativkreis „Gesund Pflegen“, in dem Leitgedanken einer Gesunden Pflege (Memorandum) und Handlungshilfen für die Pflegepraxis erarbeitet wurden und durch Praxisbeispiele wirksam vermittelt werden. Im Unterschied zu anderen Regionen ist die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bisher nicht in diesem Initiativkreis vertreten. Die Berlin-Brandenburger Region sollte sich ebenfalls als aktiver Nehmer und Geber an dem Erfahrungsaustausch beteiligen und die Verbreitung der sehr praxisnah gestalteten Erkenntnisse in den Betrieben der Region unterstützen. Zunächst sollte HealthCapital dafür die Initiative ergreifen und schrittweise weitere Partner dafür gewinnen, die dann die künftige Mitwirkung eigenständig übernehmen.

### 8.1.2 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein wichtiges Handlungsfeld, um das Erwerbspersonenpotenzial für die steigende Fachkräftenachfrage zu vergrößern. Die für diese Untersuchung durchgeführte Unternehmensbefragung und die Datenauswertung zeigen, dass sich hinter den summarischen Durchschnittsangaben einer hohen Frauenbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht ein differenziertes Bild verbirgt. Die Frauen erreichen besonders in einkommensschwachen und stark von Teilzeitbeschäftigung geprägten Tätigkeiten und Branchen sehr hohe Anteilswerte der Beschäftigten (teilweise 90 Prozent und mehr). In einkommensstärkeren und eher durch Vollzeitjobs gekennzeichneten Arbeitsbereichen der Gesundheitswirtschaft sind sie dagegen deutlich geringer vertreten. In ärztlichen Tätigkeiten, in der medizinischen Forschung, der Herstellung von medizin-technischen Erzeugnissen und der Herstellung pharmazeutischer Produkte ist rund die Hälfte bzw. weniger als die Hälfte der Beschäftigten weiblich.

In der Gesundheitswirtschaft müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit mehr Frauen in Vollzeit und in Verbindung damit auch in einkommensstärkeren Tätigkeiten arbeiten können. Handlungsfeld ist hierfür trotz aller erreichten Fortschritte nach wie vor die weitere Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. So könnte auch in ländlichen Räumen Brandenburgs, in denen ein Ärztemangel besteht, das ärztliche Fachkräfteproblem entschärft werden. Denn besonders für junge Ärzte hat eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie großen Einfluss auf die Ansiedlungsbereitschaft in ländlichen Räumen, in denen ein geringeres Angebot an Kindergärten, Schulen und Arbeitsplätzen für Lebenspartner besteht.

Die **Betriebe** können die Vereinbarkeit von Beruf und Familie insbesondere durch zwei Handlungsfelder fördern: die betriebliche Unterstützung der Kinderbetreuung und die Gestaltung der Arbeitszeiten. Einige größere Betriebe der Gesundheitswirtschaft der Region haben betriebseigene Einrichtungen der Kinderbetreuung. Kleineren Betrieben fehlen dafür die Ressourcen. Sie können aber mit dem Förderprogramm Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ggf. in Kooperation mit anderen Betrieben neue Betreuungsplätze für Mitarbeiterkinder unter drei Jahren in bestehenden oder neuen Einrichtungen schaffen (zwei Jahre 50 Prozent der zuwendungsfähigen Betriebskosten aus ESF-Mitteln).

Eine besondere Herausforderung ist für viele Unternehmen sicherlich auch die Gestaltung familienfreundlicher Arbeitszeiten. Diese sind nicht nur für mögliche Kinderbetreuungsverpflichtungen von Beschäftigten wichtig. Zunehmend sind Beschäftigte auch in die Pflege älterer Angehöriger eingebunden. Sie benötigen ebenfalls flexible Arbeitsmodelle, um Beruf und Privatleben miteinander verbinden zu können. Oft stehen dem organisatorische Zwänge der Betriebe wie Schichtdienst, Wochenend- und Feiertagsarbeit entgegen. Dennoch belegen Praxisbeispiele, dass zumindest in Teilbereichen der betrieblichen Abläufe häufig Regelungen möglich sind, die vorher ausgeschlossen wurden. Zu dieser Frage sollte daher der Erfahrungsaustausch verstärkt werden. Dieser kann häufig

unkonventionell als ein Veranstaltungspunkt auf Fachtagungen, Messen, Ausstellungen etc. eingefügt werden.

Wiederum kommt den **Netzwerken** die Rolle der Informationsaufbereitung und -verbreitung zu. Die vom Bund geförderte Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) bspw. vermittelt auch zu den Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie konkrete betriebliche Erfahrungen aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft. Das Berlin-Brandenburger Gesundheitsnetzwerk HealthCapital sollte prüfen, inwieweit die Ergebnisse der Initiative genutzt werden können, um die in Berlin-Brandenburg identifizierten Maßnahmen zu optimieren und inwieweit eigene Erfahrungen der Bundesinitiative zugänglich gemacht werden sollten.

Die **öffentliche Hand** kann ebenfalls die Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch örtliche Kinderbetreuungseinrichtungen und insbesondere auch durch deren Öffnungszeiten fördern. Eine neue Entwicklung zeichnet sich mit der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) geschaffenen Flexibilisierung von Beschäftigungsmöglichkeiten in Praxen (vgl. Kapitel 4) ab. Die nunmehr vom Gesetzgeber erlaubte größere Vielfalt an Beschäftigungsmodellen für Mediziner in ärztlichen Praxen (bspw. Angestelltenverhältnis, Teilzeitbeschäftigung) soll im Besonderen auch Frauen den Einstieg in eine vertragsärztliche Praxis bei gleichzeitiger Vereinbarkeit von Beruf und Familie erleichtern. Es dürfte interessant werden, wie diese neuen Möglichkeiten von den Praxisinhabern und auch von Ärztinnen genutzt werden und welche Verbesserungen in der Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und Familie eingetreten sind.

## 8.2 Stärkung der Aus- und Weiterbildung

Der überdurchschnittlich hohe Qualifikationsgrad der Beschäftigten der Gesundheitswirtschaft, der Resultat zum Teil langer Ausbildungszeiten, Weiterbildungen und Fortbildungen ist und hohe gesellschaftliche und betriebliche Bildungsinvestitionen sowie entsprechenden individuellen Einsatz der Fachkräfte erfordert, erhebt in der Gesundheitswirtschaft die berufliche Bildung zum wichtigsten und wirksamsten Instrument der bedarfsgerechten Verfügbarkeit von Fachkräften.

Es gibt mehrere Gründe, der Aus- und Weiterbildung gerade auch in Reaktion auf die Herausforderungen der demografischen Entwicklung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden:

- Die Befragung von Betrieben im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zeigt, dass in der betrieblichen Ausbildung noch Handlungsspielräume ungenutzt sind. Daten zur Ausbildungsentwicklung in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft belegen einen zum Teil rückläufigen Trend in den Ausbildungsleistungen. Laut Krankenhausbericht Brandenburg 2008 war in den vergangenen Jahren die Zahl der Auszubildenden in Brandenburg leicht rückläufig. Am Stichtag 30. November 2007 lernten 4.236 Jugendliche und Erwachsene an 37 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens. Ohne den Beruf Altenpflege wurden 2005 insgesamt 3.686 Schülerinnen und Schüler gezählt, 2006 waren es 3.369 und 2007 nur noch 3.274.
- In mehreren Ausbildungs- und Bildungsgängen erfolgen gegenwärtig Strukturveränderungen, deren weitere Ausgestaltung noch offen und zum Teil umstritten ist. Dies betrifft bspw. Fragen der Ausbildung in Pflegeberufen aber auch des Medizinstudiums, wo es starke Bedenken gegen die Umsetzung des Bologna-Prozesses gibt. Intensiv wird die Zusammenlegung der bisherigen drei separaten Pflegefachberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege zu einem einzigen Beruf erörtert. Gegenwärtig zeichnen sich infolge des zunehmenden Ökonomisierungsdruckes und der steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung mehrere Strukturveränderungen in den beruflichen Tätigkeiten der Gesundheitswirtschaft ab, die auch Auswirkungen auf die Ausbildung und Weiterbildung in diesem Wirtschaftszweig haben

werden. So werden zurzeit neue Funktionsaufteilungen in der Arbeitsteilung zwischen Arzt und medizinischen Fachangestellten diskutiert und erprobt, die wahrscheinlich zumindest neue Entwicklungen in der Aufstiegsfortbildung für die Fachangestellten zur Folge haben werden. In einigen Gesundheitsfachberufen wird die zunehmende Komplexität medizinischer Behandlungen voraussichtlich auch zu einer Akademisierung der Ausbildung führen.

- Einen neuen Stellenwert erhalten infolge des demografischen Wandels die Weiter- und Fortbildung. Sie sind neben der Gesundheitsvorsorge entscheidend für den langfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter. Die älteren Beschäftigten müssen wesentlich stärker als bisher in Weiterbildungs- und Fortbildungsaktivitäten einbezogen werden. Aber auch jüngere Fachkräfte müssen zu sich verändernden beruflichen Herausforderungen, wie sie bspw. mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes entstehen, qualifiziert werden.
- Die demografische Entwicklung zwingt auch zu neuen Strukturen der Leistungserbringung in der Gesundheitswirtschaft. So verweist der vom Bundesgesundheitsministerium berufene „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes“ auf die Notwendigkeit einer veränderten Infrastruktur der Leistungserbringung in der Pflege (Bundesgesundheitsministerium 2009). Er benennt dazu mehrere Ansatzpunkte, deren Umsetzung auch Veränderungen in der Ausbildung und Weiterbildung der Beschäftigten der Pflegedienste erfordern werden: Stärkere Förderung der ambulanten Versorgung und wohnortnahen Leistungen, Vernetzung der ambulanten und stationären Leistungen sowie stärkere Personenorientierung.

Die **Betriebe** stehen vor der Aufgabe, ihr bisheriges hohes Engagement in der beruflichen Ausbildung fortzusetzen und möglichst zu steigern. Potenziale für höhere Ausbildungsleistungen in der Region verbinden sich mit der Gruppe der nicht ausbildenden Betriebe. Zugleich müssen sie an der Gestaltung von Strukturveränderungen in den beruflichen Tätigkeiten mitwirken.

Für viele Betriebe entsteht nunmehr durch die starke Zunahme der Beschäftigung älterer Fachkräfte die Notwendigkeit, auch diese Mitarbeiter systematisch in die Weiterbildung einzubeziehen. Auf die Anforderungen einer alternden Gesellschaft reagieren die Unternehmen entgegen dem demografischen Trend noch reflexartig nur mit Weiterbildung der jungen Belegschaft. In die Weiterbildung der Mitarbeiter im höheren Alter wird sehr viel seltener investiert.

**HealthCapital** sollte prüfen, inwieweit der Meinungs- und Erfahrungsaustausch der Betriebe der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu diesen und weiteren Fragen der Berufsbildung und der Weiterbildung verstärkt werden kann. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei die Ausbildung zum Altenpfleger sein. Intensiv sollte HealthCapital zur Sensibilisierung und zum Erfahrungsaustausch von Betrieben zu Fragen der Weiterbildung älterer Beschäftigter beitragen. Denn die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung kann als die Schlüsselherausforderung der Bewältigung des demografischen Wandels in der Gesundheitswirtschaft eingeordnet werden.

Handlungsbedarf besteht außerdem bei der Vermarktung der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft als Wirtschaftszweig mit vielschichtigen Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten. Gerade im Hinblick auf die überdurchschnittlich guten Beschäftigungschancen in der Branche ist es bisher noch nicht in der Breite gelungen, die Möglichkeiten die die Gesundheitswirtschaft bietet, jungen Menschen hinreichend nahe zu bringen. Der im Auftrag von HealthCapital erarbeitete Ausbildungsatlas sowie der Studienatlas Gesundheitswirtschaft (HealthCapital 2007 a, b) sind wesentliche Instrumente für die Gewinnung von Fachkräftenachwuchs. Das Netzwerk sollte die geleistete Arbeit nutzen, um gemeinsam mit Betrieben, Ausbildungseinrichtungen und Universitäten noch intensiver als bisher für die Gesundheitswirtschaft und deren breites Tätigkeitsspektrum zu werben.

Fachkräfteengpässen kann entgegen gewirkt werden, wenn sich die Bildungsangebote eng am Bedarf sowohl hinsichtlich der Berufswahl als auch in Bezug auf die inhaltliche Ausgestaltung orientieren. Die Möglichkeiten der Vorausschau, die sich insbesondere aus der demografischen Entwicklung ergeben, werden noch nicht genügend genutzt. Das von HealthCapital initiierte Fachkräftemonitoring in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft kann diesen Prozess wirksam unterstützen, indem es mittel- und langfristige Erkenntnisse zur weiteren Entwicklung des Fachkräftebedarfs bietet. Weitere Schritte des Aufbaus und der Flankierung des Fachkräftemonitoring sollten in Angriff genommen werden.

In diesem Sinne sollte HealthCapital die Initiative ergreifen, Anbieter und Nutzer von Weiterbildungsaktivitäten an einen Tisch zu bringen, um Anforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten eines Paradigmenwechsels in der Weiterbildung älterer Beschäftigter in der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft konkret zu ermitteln. Denkbar wäre etwa die gemeinsame Erarbeitung eines Weiterbildungsatlas (in Ergänzung zum Ausbildungs- und Studienatlas), mit dem Ziel, das breite Weiterbildungsangebot für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft zu erfassen. Darüber hinaus könnte auf themenspezifische Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter und Personalverantwortliche – etwa altersgerechte Gestaltung von Beschäftigungsverhältnissen – aufmerksam gemacht werden. Je mehr es gelingt an der Erarbeitung eines solchen Atlanten sowohl Betriebe als auch Weiterbildungseinrichtungen einzubinden, desto besser lassen sich Weiterbildungsangebote auf die konkrete betriebliche Nachfrage abstimmen.

Der **öffentlichen Hand** obliegt es auch in diesem Feld, zukunftsichernde Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung mittels Förderung zu unterstützen. Neben der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen dürfte der Flexibilisierung von Ausbildungswegen mittelfristig eine zunehmende Bedeutung zukommen. In der Gesundheitswirtschaft besteht auch ein relevanter Bedarf an gering qualifizierten Fachkräften. Durch die Gewinnung von Personen mit begrenzter Ausbildungsfähigkeit kann die Branche sowohl entstehende Fachkräfteengpässe kompensieren, als auch einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Integration von Menschen mit geringen Arbeitsmarktchancen leisten. Dieses wird jedoch nur möglich sein, wenn Ausbildungsvoraussetzungen entsprechend gestaltet und Ausbildungswege flexibilisiert werden, um sie den Bedürfnissen und Fähigkeiten dieses Klientel anzupassen. Die Novellierung ausgewählter Ausbildungsberufe im Pflegebereich in Brandenburg ist hierbei als ein Beispiel guter Praxis zu werten. Der eingeschlagene Weg sollte in jedem Fall weiter beschritten werden und es ist zu prüfen, für welche (Ausbildungs-) Berufe noch organisatorischer Gestaltungsspielraum besteht.

### 8.3 Marketing zum Beschäftigungspotenzial der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft

Das öffentliche Bild der Gesundheitswirtschaft – u. a. gemessen an der Einordnung dieses Wirtschaftszweiges in die Landespolitiken beider Bundesländer – bleibt erheblich hinter ihrer strukturpolitischen Bedeutung für die Regionalentwicklung zurück. Dies hat negative Auswirkungen auf Problemlösungen – bspw. durch öffentliche Investitionen – und das gerade für die Fachkräftegewinnung wichtige Ansehen der Gesundheitswirtschaft und ihrer beruflichen Tätigkeits- und Entwicklungsangebote. Entwicklungschancen der Gesundheitswirtschaft und der Region bleiben dadurch ungenutzt. Bisher werden die Beschäftigungswirkungen der Gesundheitswirtschaft und deren Bedeutung für die regionale Entwicklung in der öffentlichen Wahrnehmung durch die Debatte über Kostensteigerungen und deren negative Wirkungen auf die generelle Beschäftigungsentwicklung überdeckt. Dadurch besteht nur wenig Aufgeschlossenheit, die Gesundheitswirtschaft als positiven Wachstums- und Beschäftigungsfaktor einzuordnen.

Dringend notwendig ist die offensive Darstellung der erstrangigen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigungssituation in der Berlin-Brandenburger Region, ihrer auf Jahre hinaus hohen Nachfrage nach Fachkräften und ihrer vielfältigen beruflichen Betätigungs- und Entwicklungsfelder. Dabei sollte auch bewusster als bisher der Zusammenhang zur demografischen Entwicklung herausgestellt werden und dieser überzeugend als stabile Grundlage für die langfristig positiven Wachstumsperspektiven der Gesundheitswirtschaft eingeordnet werden. Bei der Vermarktung der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft kommt **HealthCapital** eine herausragende Bedeutung zu. Zum einen ist das Netzwerk dazu in der Lage, die Interessen und Potenziale von Klein- und Mittelbetrieben zu bündeln und damit auf Stärken aufmerksam zu machen, die kleinere Unternehmen alleine nur schwer kommunizieren können. Zum anderen verfügt das Netzwerk über die Kontakte die notwendig sind, um ein erfolgreiches Marketing mit Unterstützung der relevanten (arbeits-)politischen Akteure auf den Weg bringen zu können. Mehrere Marketing-Initiativen sollten gestartet werden:

- In der Region sollte eine Öffentlichkeitskampagne für die Gesundheitswirtschaft gestartet werden, in der Fortschritte und weitere Aufgaben in der Realisierung des Masterplanes Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg dargestellt werden. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei die gesellschaftliche Anerkennung und Aufwertung der Tätigkeiten in den Pflegeberufen sein.
- Darüber hinaus sollte das breite Tätigkeitsspektrum der Gesundheitswirtschaft wesentlich stärker als bisher vermarktet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Gewinnung von Nachwuchskräften auch problematisch ist, weil eine Vielzahl an Schüler/innen und Arbeitsuchenden nicht einschätzen können, welche Möglichkeiten ihnen die Gesundheitswirtschaft bietet. Hier ist die Reduzierung der öffentlichen Wahrnehmung der Branche auf die Berufe Arzt, Krankenschwester und Pfleger/in in jedem Fall zu durchbrechen.
- Betriebliche und branchenübergreifende Initiativen zur Gewinnung Jugendlicher für einen beruflichen Weg in der Gesundheitswirtschaft sollten verstärkt in Netzwerkaktivitäten eingebettet werden, um ihre Wirksamkeit zu erhöhen. Die Propagierung beruflicher Entwicklungschancen in der Gesundheitswirtschaft sollte der Bedeutung dieses Wirtschaftszweiges für die Berlin-Brandenburger Region entsprechend als ein zentraler Handlungsschwerpunkt sowohl in bestehende Netzwerke zum Thema Wirtschaft-Schule als auch in bestehende Unternehmensnetzwerke der Branchen der Gesundheitswirtschaft einbezogen werden.

Die **öffentliche Hand** kann solche Marketing-Initiativen unterstützen, indem sie die Diskussion um die Gesundheitswirtschaft nicht ausschließlich unter Kostenüberlegungen führt. Mit Blick auf die herausragende sozio-ökonomische Bedeutung der Branche bedarf es eines politischen Paradigmenwechsels der dazu führt, dass wesentlich stärker die Potenziale der Branche sowie die zu identifizierenden Gestaltungsspielräume thematisiert werden. Die Engführung der politischen Auseinandersetzung auf das Thema vermeintlicher ökonomischer Notwendigkeiten wird der Gesundheitswirtschaft wie gezeigt nicht gerecht und dürfte sich insgesamt kontraproduktiv auf die Lösung der anstehenden Herausforderungen auswirken.

Keine Branche ist bereits heute so stark vom Fachkräftemangel betroffen wie die Gesundheitswirtschaft und in keiner Branche wird der Bedarf an Fachkräften infolge des demografischen Wandels so stark zunehmen wie in diesem Wirtschaftszweig. Das Fachkräftemonitoring für die Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft hat gezeigt, welches Ausmaß der sich abzeichnende Wandel bereits heute annimmt und wie differenziert sich die Entwicklungen zwischen einzelnen Teilsegmenten der Branche aber auch (in Teilen) zwischen Berlin und Brandenburg darstellen. Die Arbeitsmarktstrukturanalyse und die Betriebsbefragung geben dabei nicht nur einen Überblick über den aktuellen Stand der Dinge, sondern verweisen auch auf Handlungsfelder und mögliche Gestaltungsmaßnahmen. Darüber hinaus – das liegt in der Natur der Sache – wirft die Analyse Fragen auf, deren Klärung zwar ohne vertiefende Untersuchungen nicht möglich ist, die aber schon jetzt auf konkrete Herausforderungen, die es mittelfristig zu lösen gilt, hinweisen.



Die Lösung des Fachkräfteproblems in der Gesundheitswirtschaft ist nicht nur aus arbeitsmarktpolitischer Sicht von herausragender Bedeutung. Die Lebensverhältnisse einer wachsenden Zahl an Beschäftigten und Pflegebedürftigen hängt direkt davon ab, inwieweit es gelingt, die sich abzeichnenden Entwicklungen produktiv zu gestalten. Die skizzierten Möglichkeiten, durch innovative Rahmenbedingungen und Unterstützungsstrukturen geringer qualifizierte Personen in Beschäftigung zu bringen, ist ein Beispiel dafür, dass die Herausforderungen vor denen die Gesundheitswirtschaft steht, durchaus als Chance begriffen werden können. Entscheidend ist, diese Chancen wahrzunehmen und durch gestaltende Maßnahmen den Teufelskreis von vorgeschobener ökonomischer Notwendigkeit und krudem Kostendruck zu durchbrechen. Das Fachkräftemonitoring der Berlin-Brandenburger Gesundheitswirtschaft bietet Hinweise, wo genau Gestaltung ansetzen kann und will zum mit- und weitermachen auffordern. Ziel muss es sein, die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung auch weiterhin sicherzustellen und Beschäftigungsverhältnisse zukunftssicher entwickeln zu können.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

AREE („Arbeit in der Region Elbe-Elster“) (2005): Lokale Beschäftigungsstrategie Landkreis Elbe-Elster. Ausgearbeitet vom EU-Projekt „Arbeit in der Region Elbe-Elster“ (AREE) November 2003 – Oktober 2005. Herzberg

AREE („Arbeit in der Region Elbe-Elster“) (2005): AREE auf gutem Wege. Zwischenbilanz der Arbeit an einer innovativen und nachhaltigen Beschäftigungsstrategie. Herzberg

Jobcenter Cottbus (2006): Arbeitsmarktprogramm des Jobcenters Cottbus für das Jahr 2006. Cottbus

BAS (2006): Jahresbericht der BAS 2005, Brandenburg an der Havel

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: Statistische Berichte A IV 1- J / 07, A IV 2 – J / 07 und A IV 5 – J-/07

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2008): Die kleine Berlin-Statistik 2008.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2008): Die kleine Brandenburg-Statistik 2008.

Bandemer, S.; Evans, M.; Hilbert, J. (2004): Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide? In: IAT-Jahrbuch 2003/2004, S. 119-135.

Becker, W. (2005): Taugt Weiterbildung zur beruflichen Entwicklungsplanung? Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales. In: BWP 5/2000, S.10-14.

Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Pritzkeleit (2009): Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein.

Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (2009): Bd. 114. Kiel

Brandenburger Fachkräfteinformationssystem (2009) unter: <http://www.lasa-brandenburg.de/Fachkraefteinformationen.572.0.html>

Brauner, P. (2006): Die Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg – Standort und Beschäftigungsentwicklung. Bundesagentur für Arbeit Regionaldirektion Berlin-Brandenburg (Hrsg.) Berlin

Brauner, P (2008): Der Arbeitsmarkt in der Gesundheitswirtschaft in Berlin und Brandenburg.

Bundesagentur für Arbeit (2005): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik. Entwicklung und Struktur 2000-2005. Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2006a): Entwicklung und Struktur 2000 – 2006 Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2006b): Bundesrepublik Deutschland und Bundesländer 2000 – 2005. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2005): Stellenbesetzungsprozesse im Bereich „einfacher“ Dienstleistungen. Berlin
- Dahlbeck, E.; Evans, M.; Potratz, W.(2009): Gesundheitswirtschaft als Triebfeder regionaler Strukturpolitik. In: Goldschmidt, J. W.; Hilbert, J. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche, S. 716-728.
- Dahlbeck, E.; Hilbert, J.; Potratz, W. (2004): Gesundheitswirtschaftsregionen im Vergleich: Auf der Suche nach erfolgreichen Entwicklungsstrategien. In: IAT-Jahrbuch 2003/2004, S. 82-102.
- Dahlbeck, E.; Hilbert, J. (2008): Beschäftigungstrends in der Gesundheitswirtschaft im regionalen Vergleich. Forschung aktuell 6/2008.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) (2006): Stellungnahme zum Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“. Berlin, 22. Juni 2006.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2008): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Düsseldorf
- Dominik Enste/Jochen Pimpertz (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. Gesundheitswirtschaft – ein Garant für Beschäftigung und Wirtschaftswachstum in Berlin-Brandenburg. Gemeinsame Presseinformation der IHK Berlin, der Senatswirtschaftsverwaltung, des brandenburgischen Wirtschaftsministeriums und des Netzwerks Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg vom 7. Juli 2008.
- Ernst, Berit/Kieser, Alfred (2002): Versuch, das unglaubliche Wachstum des Beratungsmarktes zu erklären. In: Schmidt, Rudi/ Gergs, Hans-Joachim/Pohlmann, Markus (Hrsg.): Managementsoziologie. Themen, Desiderate, Perspektiven. München/Mering, S. 56-85
- Goldschmidt, J. W.; Hilbert, J. (Hrsg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche, Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft und Management. Wegscheid
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2007a): Ausbildung Gesundheit in Berlin und Brandenburg. Berlin
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2007b): Studium Gesundheit in Berlin und Brandenburg. Berlin
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2008): Health Capital Berlin-Brandenburg. Berlin
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2010a): Ausbildung Gesundheit in Berlin und Brandenburg, eingesehen unter: [www.atlas-ausbildung.de](http://www.atlas-ausbildung.de), am 18.05.2010
- Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2010b): Studium Gesundheit in Berlin und Brandenburg, eingesehen unter: [www.atlas-studium.de](http://www.atlas-studium.de), am 18.05.2010

Heinze, R.G. u.a. (2006): Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010 im Auftrag des „Kuratoriums Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern“ Bochum/Gelsenkirchen

Henke, K.-D./Cobbers, B./Georgi, A./ Schreyögg, J. (2006): Die Berliner Gesundheitswirtschaft. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Eine Untersuchung im Auftrag der IHK Berlin und der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen. Berlin

Hilbert, J. (2007): Gesundheitswirtschaft. In: Jahrbuch 2007 des Instituts Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen, S. 10-24.

Isfort, M.; Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln

Landesamt für Bauen und Verkehr (Hrsg.) (2008): Entwicklung der Wohnbevölkerung 1990 bis 2007. Gemeinsamer Planungsraum Berlin-Brandenburg – Gebietsstand: 31.12.2007

Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.) (2007): Masterplan Gesundheitswirtschaft. Initiative Gesundheitsstandort München. München

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006): Perspektiven Gesundheitswirtschaft Ruhr. Profil und zukünftige Entwicklungsschwerpunkte. Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2006): Gesundheitswirtschaft Brandenburg. Stand und Entwicklung. Expertise. Potsdam

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2008): Bericht über den Arbeitsmarkt des Landes Brandenburg 2007/2008. Potsdam

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2008): Entwicklung von Betrieben und Beschäftigung in Brandenburg Ergebnisse der zwölften Welle des Betriebspanels Brandenburg. Potsdam

Ministerium für Gesundheit, Familie und Frauen Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau (Hrsg.) (2006): Gesundheitswirtschaft in Rheinland-Pfalz. Bestandsaufnahme eines Zukunftsmarktes. Mainz

Ostwald, D. A. (2009): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. HealthCapital Papers. Berlin

Pflegeinitiative Brandenburg (2010): Pflegestatistik, eingesehen unter: [http://www.pflegeinitiative-brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=land\\_bb\\_boa\\_01.c.58207.de](http://www.pflegeinitiative-brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=land_bb_boa_01.c.58207.de), am 18.05.2010

Potenzial Gesundheit. Interview mit Professor Dr. Dr. h.c. Günter Stock, Masterplankoordinator und Netzwerksprecher Health Capital, In: Health Capital Netzwerk Gesundheitswirtschaft. Berlin, Juli 2008.

Prognos AG (2008): Arbeitslandschaft 2030. Steuert Deutschland auf einen generellen Personalmangel zu? Basel

Ranscht, A.; Ostwald, D. A. (2008): Clustermonitoring für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Berlin

Ranscht, A.; Ostwald, D. A. (2007): Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. Eine Studie im Auftrag von Health Capital Berlin Brandenburg. Berlin

Rodewald, R.; Funk, T.; Sowa, K. (2006): Ausbildungspotenzial Berliner Gesundheitswirtschaft. Expertise. Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2007): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2006/2007. Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009): Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008. Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2006): Ergebnisse der Krankenhausplanung in der Zeit von 1990 bis 2005 in Berlin. Berlin

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2008): Betriebspanel Berlin. Ergebnisse der zwölften Welle 2007. Berlin

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (Hrsg.) (2010): Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007-2030, eingesehen unter: <http://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/index.shtml>, am 18.05.2010

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen; Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2007): Wirtschafts- und Arbeitsmarktbericht. Berlin

Steuerungsgruppe der Staatssekretäre für Wirtschaft, für Gesundheit und für Wissenschaft sowie des Chefs der Senatskanzlei (2006): Masterplan "Gesundheitsregion Berlin" 2005-2015. Berlin, 20. Februar 2006.

TSB Berlin (2009): Fontane – Projekt Verbesserung der Betreuungsqualität für Herz-Kreislaufkrankungen im strukturschwachen ländlichen Raum, eingesehen unter: [www.tsb-berlin.de/data/files/Downloads/.../20090909\\_Dr\\_Koehler.pdf](http://www.tsb-berlin.de/data/files/Downloads/.../20090909_Dr_Koehler.pdf), am 18.05.2010

TSBmedici (2006): Branchenreport Medizintechnik Berlin-Brandenburg. Report 2006. Berlin

Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH (2009): Geschäftsbericht 2008

## LASA-Publikationen

### LASA-Studien

- Nr. 47**    **Wachstum und Ausstrahlung? Zur regionalen Komponente der Neuausrichtung der Förderpolitik im Land Brandenburg.**  
Anja Dohnke (LASA Brandenburg GmbH): Mai 2010, 116 Seiten; PDF-Datei;  
Download unter [www.lasa-brandenburg.de/Studien.229.0.html](http://www.lasa-brandenburg.de/Studien.229.0.html)
- Nr. 46**    **Betriebsübergaben. Unternehmensnachfolge im Kontext von demografischem Wandel und wirtschaftsnaher Arbeitspolitik.**  
Marek Frei, Udo Papies, Frank Schiemann (SÖSTRA GmbH Berlin): März 2008; 86 Seiten;  
Euro 10,00; ISBN 978-3-929756-61-6
- Nr. 45**    **Brücken bauen, Weichen stellen. Status quo und Entwicklungspotenziale von Arbeits-, Berufs- und Studienorientierung in Brandenburg aus arbeitspolitischer Perspektive.**  
Klaus Kohlmeyer (ProBeruf e. V.), Dr. Karsten Schuldt, Wilma Frank, Rudi Frey (PIW GmbH):  
Februar 2008; 126 Seiten; Euro 12,00; ISBN 978-3-929756-60-9
- Nr. 44**    **Blickrichtung Wirtschaft. Entwicklungstendenzen und Entwicklungspotenziale von Qualifizierungsnetzwerken in Brandenburg.**  
Karsten Schuldt (PIW), Christoph Scheuplein (IMU Institut): Dezember 2006; 74 Seiten;  
Euro 9,00; ISBN 978-3-929756-58-6
- Nr. 43**    **Alt wie ein Baum? Altersstrukturen Brandenburger Unternehmen vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen.**  
Udo Papies (SÖSTRA GmbH Berlin): Dezember 2005; 94 Seiten; Euro 10,00;  
ISBN 3-929756-55-2
- Nr. 42**    **Infrastruktur in der Region entwickeln – Fallbeispiele erfolgreicher Verknüpfung von Arbeitsmarktpolitik und Infrastrukturentwicklung in Ost- und Westdeutschland.**  
Uwe Kühnert, Berti Wahl: November 2004; 93 Seiten; Euro 10,00;  
ISBN 3-929756-53-6
- Nr. 41**    **Zwischen Flexibilität und drohender Abwanderung aus den Regionen. Pendlerverhalten und Hauptpendlerströme im Land Brandenburg.**  
Wilma Frank, Karsten Schuldt, Claudia Temps (PIW): Juni 2004; 119 Seiten; Euro 10,00;  
ISBN 3-929756-52-8
- Nr. 40**    **Erfolgsgarant Netzwerke? Status quo und Entwicklungstendenzen von Qualifizierungsnetzwerken im Land Brandenburg.**  
Wilma Frank, Karsten Schuldt, Claudia Temps (PIW Progress Institut für Wirtschaftsforschung GmbH); Martin Grundmann (schiff-gmbh); Dr. Gerhard Richter (IMU-Institut für Medienforschung und Urbanistik): Mai 2003; 52 Seiten; Euro 7,50;  
ISBN 3-929756-45-5
- Nr. 39**    **Kompass zur Qualifizierung. Orientierungsleitfaden zur frühzeitigen Qualifikationsbedarfsermittlung in kleinen und mittleren Unternehmen im Land Brandenburg.**  
Vanessa Franz, Hanne Johé-Kellberg, Franz Seibert, Martin Zwick (isoplan-Institut Saarbrücken-Berlin-Brüssel): Juli 2002; 96 Seiten; Euro 9,00; ISBN 3-929756-43-9

**LASA-Dokumentationen**

- Nr. 23** **Kommunalatlas Arbeitsförderung – Dokumentation kommunaler Arbeitsförderaktivitäten der Brandenburger Landkreise und kreisfreien Städte.**  
Volker Schulz – unter Mitarbeit von Doris Bigeschke, Ralph-Jürgen Lischke, Harald Michel:  
April 2007; 130 Seiten; Euro 12,00; ISBN 978-3-929756-59-3
- Nr. 22** **Beschäftigung durch Synergie. Erfahrungen, Ergebnisse und Perspektiven der Verzahnung von Fördermitteln.**  
Matthias Vogel: Oktober 2006; 68 Seiten; Euro 8,00; ISBN 978-3-929756-57-9
- Nr. 21** **Neue Wege braucht das Land. Mit Arbeitsförderung die Entwicklung ländlicher Regionen stärken.**  
Berti Wahl: Februar 2006; 52 Seiten; Euro 8,00; ISBN 3-929756-56-0
- Nr. 20** **Ländlich in die Zukunft. Rahmenbedingungen für ländliche Entwicklung an der Schwelle zur neuen EU-Strukturfondsperiode.**  
Uwe Kühnert: Oktober 2005; 60 Seiten; Euro 8,00; ISBN 3-929756-54-4
- Nr. 19** **Chance oder Illusion? Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit.**  
Sigrid Huschke, Uta Jacobs: März 2004; 61 Seiten; Euro 8,00; ISBN 3-929756-51-X
- Nr. 18** **Diskussionen auf dem Weg ins Zentrum. Dokumentation der Fachtagung „Chancengleichheit von Männern und Frauen? Impulse und Erfahrungen aus Schweden, Österreich, Polen und der Bundesrepublik Deutschland“ am 27. und 28. Oktober 2003 in Potsdam.**  
Uwe Kühnert: Februar 2004; 82 Seiten; Euro 8,00; ISBN 3-929756-50-1
- Nr. 17** **Umwelt und Arbeit für Regionen. Praxiserfahrungen bei der Umsetzung investiver Arbeitsförderung im Bereich regenerativer Energien.**  
Matthias Vogel, Achim Hartisch: Dezember 2003; 40 Seiten; Euro 6,00;  
ISBN 3-929756-49-8
- Nr. 16** **Arbeitsförderung in der Denkmalpflege. Ein Vorteil für beide Seiten.**  
Heike Hofmann, Uta Jacobs: Oktober 2003; 90 Seiten; Euro 8,00;  
ISBN 3-929756-48-X
- Nr. 15** **Den Qualitätsstandard halten. Zum Stellenwert fachlicher Anleitung bei ABM durch das Landesprogramm „Qualifizierung und Arbeit für Brandenburg“.**  
Dr. Harald Michel, Dr. Volker Schulz (IFAD): Juni 2003; 33 Seiten; Euro 6,00;  
ISBN 3-929756-47-1
- Nr. 14** **Verzahnung von Arbeitsförderung und Strukturförderung. So funktioniert es: Beispiele aus der Praxis.**  
Stephan Broniecki, Achim Hartisch, Heike Hofmann, Uta Jacobs, Prof. Dr. Wolfgang Kubiczek, Marion Piek, Martina Pohle, Renate Simons, Dr. Matthias Vogel, Berti Wahl, Christian Wend: Mai 2003; 32 Seiten; Euro 6,00; ISBN 3-929756-46-3

### LASA-Praxishilfen

- Nr. 22 Ein neuer Chef kommt – das Unternehmen bleibt. Beratung für Unternehmensnachfolge im Land Brandenburg.  
Oktober 2010; 24 Seiten; kostenlos
- Nr. 21 Von der Idee zur Wirklichkeit – Gründungswerkstätten für junge Menschen im Land Brandenburg.  
Oktober 2010; 32 Seiten; kostenlos
- Nr. 20 Die Arbeit der Lotsendienste – Förderung von Existenzgründungen im Land Brandenburg.  
Oktober 2010; 32 Seiten; kostenlos
- Nr. 19 Zeit zum Handeln – Instrumente zur Gestaltung des demografischen Wandels.  
April 2009; 65 Seiten; kostenlos
- Nr. 18 Brandenburg – Land mit Zukunft. Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Berufsorientierung mit dem Fachkräfteinformationssystem.  
März 2009; 34 Seiten; kostenlos
- Nr. 17 Der passgenaue Zuschnitt – Konzept für die Analyse von regionalen Fachkräftebedarfen.  
Dezember 2008; 43 Seiten; kostenlos
- Nr. 16 Gleichheit in der Vielfalt – Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in der betrieblichen Praxis.  
Juni 2008; 51 Seiten; kostenlos
- Nr. 15 Lotsendienste für Existenzgründer – das leisten und können sie!  
Dezember 2006; 32 Seiten; kostenlos
- Nr. 14 Kompetenzermittlung bei Führungskräften.  
Dezember 2005; 53 Seiten; kostenlos
- Nr. 13 Selbstevaluation. Der Weg zu mehr Nachhaltigkeit.  
November 2004; 92 Seiten; kostenlos

### Arbeitsmarktpolitischer Service

#### BRANDaktuell.

Hrsg.: LASA Brandenburg GmbH; erscheint zweimonatlich; kostenlos

#### Newsletter-BRANDaktuell.

erscheint 14-täglich; kostenlos;

Internet: [www.lasa-brandenburg.de/brandaktuell/newsletter1.0.html](http://www.lasa-brandenburg.de/brandaktuell/newsletter1.0.html)



