

Carsten Welker, Frank Schiemann

Fachkräftesituation ausgewählter Gesundheitsfachberufe in Berlin-Brandenburg – Stand und Perspektiven

In dem Forschungsprojekt wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Fachkräftenachfrage in 13 ausgewählten Gesundheitsberufen in den letzten Jahren entwickelt hat und wie sich der Fachkräftebedarf in den kommenden Jahren darstellen wird. Dazu wurde die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erstmals auf der Grundlage der „Klassifikation der Berufe 2010“, einer Initiative der Bundesagentur für Arbeit, berufsspezifisch untersucht. Ein wesentlicher Baustein der Untersuchung war die Befragung von 1.268 Gesundheitseinrichtungen in Berlin und Brandenburg nach ihrem künftigen Bedarf in diesen Gesundheitsberufen. Durch die Untersuchung konnte u. a. nachgewiesen werden, dass das Beschäftigungswachstum in fast allen untersuchten Berufen mehr als doppelt so hoch war wie das durchschnittliche Beschäftigungswachstum insgesamt. In der Mehrzahl der untersuchten Berufe ist auch künftig von einem deutlich steigenden Fachkräftebedarf auszugehen. Dabei werden die drei grundlegenden Quellen der Fachkräftesicherung, die in folgendem Beitrag diskutiert werden, in unterschiedlichem Maße zur Deckung des künftigen Fachkräftebedarfs beitragen können.

1. Einleitung

Die Entwicklungen in den Gesundheitsberufen können aus unterschiedlichen Perspektiven – z. B. methodisch-didaktisch oder wirkungsanalytisch – betrachtet werden. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Darstellung der aktuellen und zukünftigen Fachkräftesituation in 13 Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten in Berlin und Brandenburg. Er nimmt damit eine regionalspezifische arbeitsmarktpolitische Perspektive ein. Darüber hinaus sind auch qualitative Einflussfaktoren wie z. B. aktuelle Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik berücksichtigt worden, um quantitative Entwicklungstendenzen interpretieren zu können.

Die Fachkräftesicherung entwickelt sich zu einer der wesentlichen Herausforderungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Einige Einrichtungen berichten bereits heute von Problemen bei der Fachkräftegewinnung. Darüber, welche Gesundheitsfachberufe in Berlin und Brandenburg in welchen Einrichtungstypen von der

(zukünftigen) Anspannung auf dem Gesundheitsarbeitsmarkt wie stark betroffen sind (und sein werden), liegen allerdings keine verlässlichen Daten vor.

Um diese Lücke näherungsweise zu schließen, wurde zwischen Dezember 2013 und Dezember 2014 durch das Institut für sozialökonomische Strukturanalysen (SÖSTRA) und das Institut für Medienforschung und Urbanistik (IMU) unter dem Namen „Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg“ eine Untersuchung der bisherigen und künftigen Beschäftigungsentwicklung in 13 ausgewählten Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Kern der Untersuchung bildete die Befragung von über 1.200 Einrichtungen, in denen diese 13 Berufe zum Einsatz kommen. Darüber hinaus konnte die Entwicklung der Beschäftigung in diesen Berufen erstmals auf der Grundlage der Klassifizierung der Berufe 2010 (KldB) berufsspezifisch abgebildet werden. Damit geht die Studie auch über Untersuchungen mit ähnlichem Erkenntnisinteresse hinaus (vgl. u. a. THÜRINGER MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND TECHNOLOGIE 2011).

Auftraggeber der Studie waren die Wirtschaftsförderungen der Länder Berlin und Brandenburg. Unterstützt wurde die Analyse durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen sowie das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie und das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Damit liegt eine komplexe Studie zu aktuellen und künftigen Entwicklungstendenzen in 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufen in der Region Berlin-Brandenburg vor. Hierbei wurden alle Einrichtungstypen befragt, die für eine Beschäftigung in diesen Berufen relevant sind (Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Praxen, Labore etc.). Aufgrund der Vielschichtigkeit der Entwicklungszusammenhänge, Herausforderungen und Erklärungsansätze – relevant sind sowohl berufs- als auch branchenspezifische Sachverhalte wie auch regionale Besonderheiten – ist im Ergebnis ein umfangreicher Abschlussbericht entstanden. In dem Bericht werden die analysierten Gegebenheiten im Detail vorgestellt. Dabei bilden Berufsprofile von jeweils 15–25 Seiten den Kern (WELKER u. a. 2015).

Im vorliegenden Beitrag wird zunächst im zweiten Kapitel das methodische Herangehen an die Untersuchung vorgestellt. Im dritten Kapitel wird die Beschäftigungsentwicklung für diese 13 Berufe erstmals berufsspezifisch auf der Grundlage der KldB 2010 abgebildet und eine Abschätzung der künftigen Beschäftigungsentwicklung in diesen 13 Berufen vorgenommen. Im vierten Kapitel werden die Möglichkeiten der drei grundlegenden Quellen der Fachkräftesicherung – also der Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe, die berufliche Erstausbildung in diesen Berufen und die betriebliche Personalentwicklung – zur Deckung der künftigen Fachkräftebedarfs aufgezeigt, um im abschließenden fünften Kapitel absehbare Herausforderungen künftiger Fachkräftesicherung zu diskutieren.

2. Breiter methodischer Zugang

Untersucht wurden folgende Berufe und Tätigkeiten:

Pflegeberufe

- ▶ Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger
- ▶ Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer
- ▶ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger
- ▶ Altenpflegerin bzw. Altenpfleger
- ▶ Altenpflegehelferin bzw. -helfer mit staatlicher Anerkennung (mind. einjährige Ausbildung)
- ▶ Sozialassistentin bzw. Sozialassistent mit Schwerpunkt Pflege
- ▶ Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer (Helferin/Helfer in der Altenpflege ohne staatliche Anerkennung)
- ▶ Hebamme bzw. Entbindungspfleger

Medizinisch-technische Assistenzberufe

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

Therapieberufe

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

Ziel der empirischen Analysen war es, den kurz-, mittel- und langfristigen Fachkräfte- sowie Aus- und Weiterbildungsbedarf in den ausgewählten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten in Berlin und Brandenburg zu ermitteln. Der Analyse der Nachfrageseite wurde das vorhandene und zu erwartende Fachkräfteangebot gegenübergestellt. Neben der Bestandsanalyse wurden Berechnungen zur zukünftigen Fachkräftesituation in den ausgewählten Berufsfeldern angestellt. Flankiert wurden die so generierten Erkenntnisse mit ca. 30 Experteninterviews sowie einem intensiven Diskurs im projektbegleitenden Fachbeirat und in mehreren thematischen Workshops.

Die Abbildung der Nachfrage erfolgte als Analyse der Beschäftigung (realisierte Nachfrage), vor allem mithilfe der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2011. Hierbei wurde die größtmögliche Differenzierungstiefe (der sog. 5-Steller der KldB 2010) zugrunde gelegt. Auf der 5-Steller-Ebene werden in der KldB 2010 insgesamt 1.286 Berufsgattungen

ausgewiesen. Es ist damit die tiefste Gliederungsebene der Berufe in dieser hierarchisch aufgebauten Klassifikation (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2011, S. 16). Das Fachkräfteangebot wurde anhand von Daten zur Ausbildung (Fachschule, Hochschule), zur Weiterbildung (geregelt/nicht geregelt/Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit) und zum Arbeitsmarkt (Arbeitslosigkeit nach SGB III und II) berufsspezifisch dargestellt. Auch hierbei wurde, soweit dies möglich war, auf die 5-Steller-Ebene zurückgegriffen. In bisherigen Untersuchungen zur Fachkräfteentwicklung in Gesundheitsberufen konnte auf diese Ebene der Berufe nicht zurückgegriffen werden. In der vorhergehenden Klassifikation der Berufe aus dem Jahr 1988 (KldB88) war der 4-Steller – die Berufsklasse – die tiefste Gliederung der Berufe (vgl. PAULUS/MATTHES 2013, S. 31).

Zur Abschätzung künftiger Fachkräftebedarfe wurde ein Prognose-Instrumentarium konzipiert, das verschiedene Quellen, die Hinweise auf mögliche Entwicklungen geben, nutzt und miteinander kombiniert. Basierend auf den Hauptkomponenten der Bedarfsermittlung (alters- und fluktuationsbedingtem Ersatzbedarf sowie Bestandsveränderungen/Erweiterungsbedarf) wurden für zwei Zeithorizonte (bis 2020 und 2030) künftige Fachkräftebedarfe projiziert. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen künftiger Fachkräfteentwicklungen wurde eine Status-quo-Annahme als Grundlage für die Projektion herangezogen. Zusätzlich wurden mögliche Entwicklungstendenzen unter veränderten Rahmenbedingungen aufgezeigt (Alternativszenarien). In diesem Beitrag wird aus Platzgründen auf die Darstellung der Alternativszenarien verzichtet.

Im Zentrum der Studie steht eine Online-Befragung, die als Vollerhebung aller Berliner und Brandenburger Einrichtungen mit Beschäftigten in mindestens einem der 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufe bzw. Helfertätigkeiten durchgeführt wurde. Themenkomplexe der Befragung waren unter anderem die aktuelle und perspektivische Fachkräftesituation in den Einrichtungen, betriebliche Maßnahmen zur Fachkräftesicherung oder der wahrgenommene Unterstützungsbedarf. Durch die Befragung konnten die Ergebnisse der statistischen Analysen validiert und umfangreich ergänzt werden. Insgesamt wurden 7.151 Kontaktpersonen in 7.765 Einrichtungen angesprochen. Auf die Befragung haben insgesamt 1.101 Personen geantwortet. Die Zahl der damit erreichten Einrichtungen liegt bei 1.268. Damit ist insgesamt ein Rücklauf von gut 16 Prozent erreicht worden. In Bezug auf das Antwortverhalten sind zwischen den Einrichtungstypen deutliche Unterschiede festzustellen: Während die Rücklaufquote aus den Krankenhäusern, den Pflege- und Reha-Einrichtungen, den Hospizen und den sozialpädiatrischen Zentren deutlich höher als im Durchschnitt war, hat die vergleichsweise geringere Anzahl der Rückmeldungen aus den jedoch zahlenmäßig dominanten Praxen (rund 4.200 von 7.800 Einrichtungen) die Rücklaufquote insgesamt gesenkt (ohne Berücksichtigung der Praxen liegt die Rücklaufquote bei ca. 30 Prozent). Da sich dennoch eine hohe Anzahl an Praxen an der Befragung beteiligt hat, sind auch für diesen Bereich aussagekräftige Auswertungen möglich.

3. Tendenzen der Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen

3.1 Bisherige Beschäftigungsentwicklung

Die Gesundheitswirtschaft hat in den letzten Jahren einen deutlichen Bedeutungsaufschwung erfahren. So wuchs die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SV-Beschäftigten) in den untersuchten Berufen in Berlin-Brandenburg zwischen dem 31.12.2012 und dem 31.12.2013 von gut 128.000 auf knapp 133.000. Mit dieser Steigerung von 3,7 Prozent wird die Steigerungsrate der SV-Beschäftigten in der Region insgesamt um mehr als das Doppelte übertroffen. Der Beschäftigungszuwachs ist in beiden Bundesländern festzustellen. In Brandenburg ist jedoch der Abstand zum Gesamtbeschäftigungszuwachs (4,0 Prozent in den untersuchten Berufen gegenüber 0,4 Prozent gesamt) erheblich stärker ausgefallen als in Berlin (3,4 gegenüber 2,4 Prozent). Dieser Beschäftigungszuwachs hat sich auch 2014 – soweit im Rahmen der Studie beobachtbar – fortgesetzt.

Tabelle 1: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen

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

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

In fast allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen lag das Beschäftigungswachstum mehr als doppelt so hoch wie das durchschnittliche Beschäftigungswachstum in den beiden Bundesländern insgesamt. Für dieses Wachstum standen die erforderlichen Fachkräfte – zumindest quantitativ – weitgehend zur Verfügung. Die scheinbar entspannte Arbeitsmarktsituation ist jedoch Ergebnis einer rein quantitativen Betrachtung und könnte ganz erheblich die reale Fachkräftesituation verdecken. Besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege scheint die Personalausstattung und dementsprechend die Beschäftigungsentwicklung seit Jahren hinter dem für die Erbringung der Behandlungsleistungen erforderlichen Fachkräfteeinsatz zurückzubleiben (vgl. BRÄUTIGAM u. a. 2014). Es gibt Hinweise, dass das auch für die Altenpflege gilt. Grund hierfür könnte die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sein, die – nach verschiedenen Quellen – beispielsweise in Krankenhäusern zu einem erheblichen Ab-

bau des Pflegepersonals beigetragen hat (vgl. JONITZ/GANTEN 2014). Darüber hinaus haben in den Gesundheitsfachberufen atypische Beschäftigungsverhältnisse – Minijobs, „klassische“ Teilzeit, Midijobs, befristete Beschäftigung, Leiharbeit – in den vergangenen Jahren stark zugenommen.¹ Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen ist der Beschäftigungszuwachs zwischen 2003 und 2010 sowohl in Berlin als auch in Brandenburg ausschließlich und danach vorrangig durch eine Zunahme derartiger Beschäftigung entstanden.

Tabelle 2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Altersgruppen am Stichtag 30.06.2013

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

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

1 Dieser Trend kann nur zum Teil durch das Interesse von Beschäftigten an Teilzeitbeschäftigung erklärt werden.

Die Altersstruktur der Beschäftigten ist von zentraler Bedeutung für die Einschätzung des zukünftig zu erwartenden Fachkräftebedarfs. Hier zeigt sich, dass in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten bis 2020 ca. 5 Prozent, bis 2030 insgesamt knapp 30 Prozent altersbedingt ausscheiden werden – unter der Annahme des Renteneintritts mit 65 Jahren. Mit dieser Altersstruktur liegen die untersuchten Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten etwas unter der Altersstruktur aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg (der Anteil der über 55-Jährigen liegt hier insgesamt um etwa zwei Prozentpunkte höher). Bei der differenzierten Betrachtung lassen sich anteilig zum Teil deutliche Unterschiede feststellen (vgl. Tabelle 2).

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

3.2 Voraussichtlicher Fachkräftebedarf

Unter Status-quo-Annahmen variiert die durchschnittliche jährliche Beschäftigungsentwicklung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten bis 2030 zwischen einem leichten Rückgang von 0,5 Prozent bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten/-innen und einem Zuwachs von 4 Prozent bei den Altenpflegern/-pflegerinnen. Entsprechend unterschiedlich entwickeln sich Beschäftigtenbestände und der daraus resultierende Erweiterungsbedarf. Insgesamt ergibt sich – unter Status-quo-Annahmen – in den untersuchten Berufen in der Region Berlin-Brandenburg bis 2030 ein Erweiterungsbedarf von rund 60.000 Fachkräften. Hinzu kommt Ersatzbedarf für altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende Beschäftigte und für Beschäftigte, die in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln (Fluktuation). Trotz der relativ jungen Altersstruktur in der Mehrzahl der Berufe entsteht ein altersbedingter Ersatzbedarf in der Größenordnung von rund 40.000 Fachkräften.

Möglicherweise in noch größerem Umfang verursacht die Fluktuation Ersatzbedarf (vgl. hierzu JOOST/KIPPER/TEWOLDE 2009; WIETHÖLTER 2012). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieser Schätzung relativ unsichere Annahmen zugrunde liegen und insbesondere die Angaben zu den Pflegehilfskräften in der Altenpflege – sie bilden rund die Hälfte der Gesamtsumme der Fluktuation – mit großer Unsicherheit behaftet sind. Mit rund 150.000 Fachkräften würde in der Berlin-Brandenburger Region bis 2030 eine Arbeitskräftenachfrage in einer Größenordnung entstehen, die den gegenwärtig vorhandenen Beschäftigtenbestand in diesen Tätigkeiten deutlich übersteigt. Das gilt auch für das jeweilige Bundesland.

Tabelle 3: Fachkräfteprojektion 2020 und 2030 in Berlin und Brandenburg

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

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

Bezüglich der Darstellung der alternativen Szenarien soll an dieser Stelle aus Platzgründen auf die Studie verwiesen werden. Unabhängig von der Ausprägung der zukünftigen Entwicklung wird deutlich, dass eine große Anzahl an Fachkräften zur Deckung des Bedarfs notwendig wird. Neben der Möglichkeit, Ansätze zur Verringerung der Pflegeprävalenz – die folglich zu einer Verringerung der Nachfrage nach Fachkräften beitragen würde – zu prüfen, stehen angebotsseitig grundsätzlich folgende Quellen zur Deckung des Fachkräftebedarfs zur Verfügung:

- ▶ der Arbeitsmarkt im Sinne der vorhandenen Arbeitslosigkeit und der stillen Reserve,
- ▶ die berufliche Erstausbildung und
- ▶ die Personalentwicklung und -bindung.

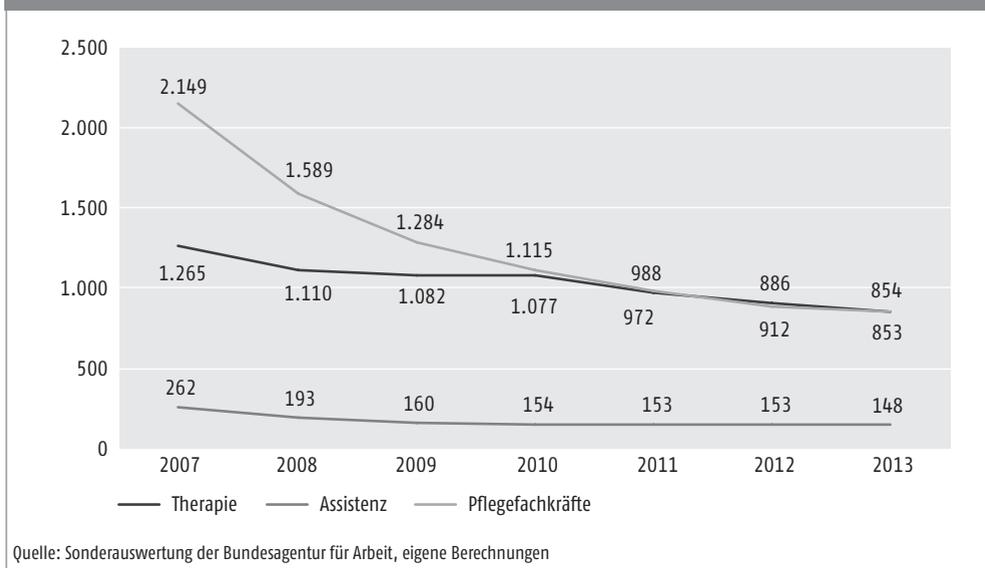
Diese Optionen werden im Folgenden beschrieben.

4. Deckung des Fachkräftebedarfs

4.1 Möglichkeiten der Fachkräftebedarfsdeckung

In den letzten Jahren konnten Arbeitssuchende in weiten Teilen in den Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachberufe integriert werden. Dies bedeutet, dass sich die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus diesem Reservoir ganz erheblich reduziert haben.

Abbildung 1: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen (Jahresdurchschnittswerte) 2007–2013



Ein Ausreißer dieser Entwicklung sind die Hilfskräfte in der Altenpflege (nicht in Abbildung dargestellt), bei denen die Arbeitslosigkeit gestiegen ist. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass die Arbeitsagenturen und Jobcenter arbeitslose Personen in den letzten Jahren verstärkt auf Hilfstätigkeiten in der Altenpflege hin orientiert haben, da dort kurz-, mittel- und langfristige Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen. Dennoch zeigen sich auch hier Probleme bei der Besetzung vakanter Stellen. Dies wird durch die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung deutlich, nach denen insbesondere Pflegehilfskräfte ohne staatliche Anerkennung von den Einrichtungen gesucht werden, die dann jedoch nicht im quantitativen erwartenden Maße in Beschäftigung einmünden. Unter Umständen begründet sich das in der oftmals eingeschränkten Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Pflegehilfskräfte.²

² Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der Pflegehilfskräfte insgesamt sehr heterogen ist und sich die Qualifikationen deutlich voneinander unterscheiden können.

Tabelle 4: Kompromisse bei Einstellungen im Jahr 2013

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

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Das geringe Potenzial des Arbeitsmarktes spiegelt sich zum Teil im aktuellen Einstellungsverhalten der Einrichtungen wider. Während in der Gesundheits- und Krankenpflege und den medizinisch-technischen Assistenzberufen die Einstellungen moderat ausfallen, ist in der Altenpflege und in den Therapieberufen ein reges Einstellungsverhalten zu beobachten.³ Damit einhergehend sind erste Anzeichen von Fachkräfteengpässen zu beobachten, die sich u. a. in einer steigenden Kompromissbereitschaft der Einrichtungen bei der Einstellung neuer Arbeitskräfte niederschlagen. So sind 60 Prozent aller Antwortenden, die 2013 eingestellt haben, Kompromisse eingegangen. Dabei sind es eher Einrichtungen mit Sitz in Berlin, bei denen dies der Fall ist. Das ist insofern interessant, da in Berlin ein größeres Angebot an Arbeitskräften zur Verfügung steht und daher damit gerechnet werden könnte, dass die Einrichtungen seltener Kompromisse schließen würden als in Brandenburg. Der Sachverhalt macht zum einen darauf aufmerksam, dass neben einer rein quantitativen Arbeitskraftlücke auch erhebliche qualitative Mismatch-Probleme zu lösen sein dürften. Darüber hinaus ist es wahr-

3 Der Beruf Hebamme/Entbindungspfleger bildet einen Sonderfall, da Beschäftigte hier entweder sozialversicherungspflichtig beschäftigt und/oder freiberuflich tätig sind.

scheinlich, dass in Berlin die branchenübergreifende Konkurrenz um Arbeits- und Fachkräfte aufgrund des breiteren Beschäftigungsangebotes für die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft eine größere Herausforderung darstellen als für die Einrichtungen in Brandenburg.

4.2 Entwicklung der Ausbildungszahlen

Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten haben in den letzten Jahren nicht nur in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ganz erheblich an Bedeutung gewonnen. Auch in der Berufsausbildung findet dieser Trend seinen Niederschlag. So stieg die Anzahl der Schüler/-innen in 17 Ausbildungsgängen bundesrechtlich geregelter Gesundheitsfachberufe zwischen den Jahren 2007/2008 und 2011/2012 bundesweit um 5,9 Prozent (vgl. ZÖLLER 2014). In den untersuchten Gesundheitsfachberufen betrug die Steigerung sogar 8,2 Prozent. Vergleichbares gilt für Berlin und Brandenburg. Die Anzahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Berufen ist von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf etwa 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013 angewachsen.

Diese Entwicklung gilt bei einer genaueren Betrachtung nach Beruf und Bundesland jedoch nur eingeschränkt: So wird der insgesamt positive Trend durch die Entwicklung in Berlin getragen, während im Land Brandenburg insgesamt ein Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen ist. Gleichwohl finden sich auch im Land Brandenburg einzelne Bereiche, in denen die Ausbildungszahlen gestiegen sind (vgl. Tabelle 5).

Eine Begründung für die unterschiedliche Entwicklung in Berlin und Brandenburg kann im demografischen Wandel gesehen werden: Die Anzahl der Schulabgänger/-innen hat sich im Land Brandenburg nach erheblichem Rückgang (von etwa 39.000 im Jahr 2000) auf niedrigem Niveau (rund 19.000 im Jahr 2013) stabilisiert. Auch in Berlin waren die Schulabgangszahlen rückläufig: Sie sanken allein zwischen 2000 und 2011 von ca. 37.000 auf etwa 27.000 Personen. Allerdings wird sich in Berlin die Anzahl der Schüler/-innen – und damit auch der Schulabgänger/-innen – im Zuge des Bevölkerungswachstums in den kommenden Jahren wieder erhöhen.

Vor allem fehlende Ausbildungsberechtigungen (bspw. weil die Einrichtung ausbildungsrelevante Qualitätsstandards nicht erfüllen können)⁴ stehen einem Zuwachs an Ausbildungsplätzen entgegen. Während die fehlende Ausbildungsberechtigung von Berliner Einrichtungen häufiger als Grund der Nichtausbildung angegeben wurde als von Brandenburger, sind dort die Anteile derjenigen, die den personellen und finanziellen Aufwand einer Ausbildung als zu hoch einschätzen, deutlich ausgeprägter. Ein Grund hierfür könnte die geringere Größe Brandenburger Einrichtungen sein. Insbesondere in den ambulanten Diensten wird unabhängig vom Bundesland der Aufwand häufig als Grund der Nichtausbildung angegeben, was in der spezifischen Arbeitsorganisation der ambulanten Versorgung begründet sein dürfte: In ambu-

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

lantem Diensten können Auszubildende in der Regel nicht alleine eingesetzt werden. Damit entstehen Probleme bezüglich des Einsatzes und der Refinanzierung der Auszubildenden.

Tabelle 5: Entwicklung der Ausbildungszahlen in den untersuchten beruflichen Tätigkeiten

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

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

5 Bei den Angaben handelt es sich um Stichtagsangaben zum 30.11.2006 und 30.11.2012.

Auch bei den Berufen, in denen die Einrichtungen Fachpraktika im Rahmen der schulischen Ausbildung ermöglichen, beteiligt sich ein Teil der Einrichtungen an der Ausbildung. Von allen Befragten mit den einschlägigen Berufen (641 Fälle) hat knapp die Hälfte (48 Prozent) gesagt, derartige Praktikumsplätze anzubieten. In Brandenburg war dies mit 52 Prozent häufiger der Fall als in Berlin (44 Prozent). Vor allem von größeren Einrichtungen (mit Einstellungspotenzial) wird die Bereitstellung von Praktikumsplätzen als wirksame Maßnahme der Fachkräftegewinnung in der Einrichtung gesehen – und zwar unabhängig davon, ob die Einrichtungen solche Fachpraktika anbieten oder nicht.⁶ Die Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen weichen in ihrer Einschätzung von dieser Sichtweise ab. Hier liegt der Anteil der Einrichtungen, die Fachpraktika anbieten, deutlich unter den Anteilen der anderen Berufe. Ebenso wurde in der Physiotherapie in den letzten Jahren von den Einrichtungen seltener ein/-e Praktikant/-in aus der schulischen Berufsausbildung übernommen. Ein Grund für diesen Befund könnte sein, dass in diesem Beruf oftmals größere Gruppen an Auszubildenden die Fachpraktika gleichzeitig absolvieren. Dies könnte aus Sicht v. a. der Praxen dazu führen, dass diese zum einen nicht ausreichend Plätze anbieten können, zum anderen aber auch die Ansprache einzelner Auszubildender erschwert wird.

Bei der Bewertung der Ausbildungszahlen sind die jeweiligen Rahmenbedingungen zu beachten. Alle in dieser Studie untersuchten Berufe werden auf Grundlage eines jeweils spezifischen Berufszulassungsgesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Die Ausbildungen finden an staatlich anerkannten Schulen statt. Sie unterscheiden sich organisatorisch, strukturell und von den Rahmenbedingungen her teilweise erheblich voneinander. Unterschiede bestehen auch bei den Finanzierungsmöglichkeiten der Ausbildungen: Über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können in den untersuchten Berufen – mit Ausnahme der Altenpflege, der Altenpflegehilfe und der Podologie – die Ausbildungskosten über die Pflegesätze der Krankenhäuser refinanziert werden, sofern das Krankenhaus Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte und als solches im Krankenhausplan des Landes aufgeführt ist (§ 2 Nr. 1a KHG). Als Ausbildungskosten gelten die Kosten für den theoretischen und praktischen Unterricht (Schulkosten) und, sofern es das Berufsgesetz vorschreibt, die Ausbildungsvergütung. Dies ist in den Berufen nach dem Krankenpflegegesetz und im Hebammenwesen der Fall. Die Länder zahlen zudem für die pflegesatzfinanzierten Ausbildungsplätze eine Investitionszuschuss. Werden die Ausbildungsplätze nicht über die Pflegesätze refinanziert, erfolgt die Finanzierung durch die Zahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden. Für den Beruf Hebamme/Entbindungspfleger und die Berufe nach dem

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

Krankenpflegegesetz sind Schulgeldzahlungen gesetzlich ausgeschlossen. In der Altenpflege werden im Land Brandenburg die Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts an den Altenpflegesschulen vom Land getragen. In Berlin fällt an den privaten Altenpflegesschulen Schulgeld an. Für den praktischen Teil der Altenpflegeausbildung wird ein Ausbildungsvertrag mit den Einrichtungen geschlossen. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Die Kosten der Ausbildungsvergütung können von den Trägern der praktischen Ausbildung über die Pflegesätze refinanziert werden. Da die Ausbildung in der Podologie weder über das KHG finanziert werden kann noch die Schulkosten vom Land Berlin bzw. Brandenburg getragen werden, erheben die Schulen für Podologie Schulgeld. Insgesamt ergibt sich somit ein vielfältiges Bild (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Kostenbeteiligung für den schulischen Teil der Ausbildung

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

4.3 Aktivitäten der Personalentwicklung

Die Einrichtungsbefragung hat gezeigt, dass die Einrichtungen bereits zahlreiche Aktivitäten durchführen, um ihre Fachkräfte weiterzuentwickeln bzw. zu halten. Dabei wird die Wirksamkeit der unterschiedlichen Maßnahmen jeweils recht ähnlich eingeschätzt. Dies spricht dafür, dass es nicht *die* Maßnahme der Fachkräftebindung gibt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Aktivitäten zur Bindung der Mitarbeiter/-innen

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

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

Unterschiede lassen sich zwischen den Einrichtungstypen feststellen. So bewerten die **Krankenhäuser** fast ausnahmslos alle aufgeführten Maßnahmen überdurchschnittlich positiv. Darüber hinaus sind die Anteile der Krankenhäuser, die diese Maßnahmen umsetzen, fast überall höher. Dies dürfte zu erheblichen Teilen auf deren Betriebsgröße zurückzuführen sein. Einzig die zusätzlichen finanziellen Vergütungen sowie das Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy werden von Krankenhäusern selten umgesetzt und darüber hinaus schlecht bewertet. In den Fachgesprächen mit den Krankenhäusern wurde die Befürchtung geäußert, dass durch die Einführung solcher Instrumente eine ungewollte Ungleichbehandlung der Beschäftigten die Folge sein könnte.

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

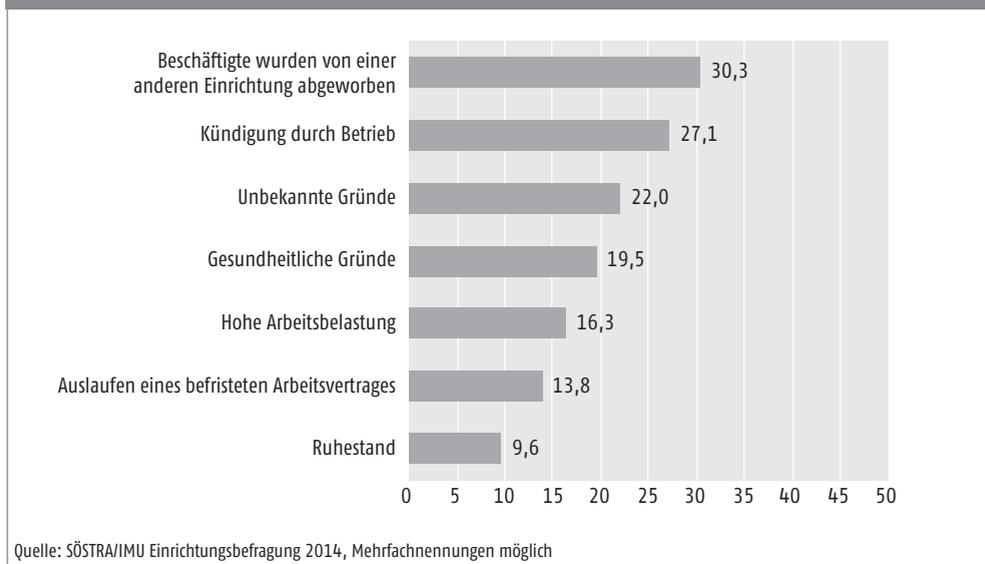
Die **Praxen** setzen deutlich seltener Maßnahmen der Fachkräftebindung um. Die Praxen mit Sitz in Berlin bewerten die Aktivitäten zum Teil deutlich schlechter als die Praxen mit Sitz

im Land Brandenburg. Darüber hinaus fallen die Anteile bei Aktivitäten, die auf eine zeitliche Flexibilität abzielen, in den Berliner Praxen höher aus.

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

Trotz des breiten Spektrums der Maßnahmen gelingt es nicht immer, die Fachkräfte in den Einrichtungen zu halten. 42 Prozent der Befragten (454 von 1.071 Fällen) haben angegeben, dass Beschäftigte im Jahr 2013 die Einrichtung verlassen haben. Berufsübergreifend wurden die Einrichtungen nach den Gründen des Verlassens der Einrichtungen gefragt. Immerhin 30 Prozent der Antwortenden (insgesamt 436 Fälle), in denen Beschäftigte die Einrichtung verlassen haben, haben angegeben, dass Beschäftigte von einer anderen Einrichtung abgeworben wurden.

Abbildung 2: Gründe des Verlassens der Einrichtung (Angaben in Prozent)



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

In **Krankenhäusern** spielt die Kündigung durch den Betrieb eine marginale Rolle. Hier fällt der hohe Anteil des Verlassens aus unbekanntem Grund auf. Dies könnte sich durch die

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

5. Abschließende Bewertung: Ein differenzierter Blick ist nötig

Die aktuelle wie auch die künftige Fachkräftesituation ist insgesamt sehr differenziert zu bewerten: Unterschiede zeigen sich dabei sowohl in Bezug auf die untersuchten Berufe und die befragten Einrichtungstypen als auch zwischen den beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg. Um der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes und der Vielschichtigkeit an Handlungsspielräumen gerecht zu werden, ist daher eine Aufbereitung der Untersuchungsergebnisse sowohl in beruflicher und sektoraler als auch in regionaler Perspektive notwendig.

In **Berlin** kann die Fachkräftesituation in den untersuchten Berufen und Tätigkeiten als vergleichsweise günstig bezeichnet werden. Für eine solche Einschätzung spricht u. a. die deutlich wahrnehmbare Sogwirkung Berlins, die zwar berufsdifferenziert unterschiedlich, jedoch insgesamt positiv ausfällt. Das Beschäftigungswachstum ist in Berlin etwas schwächer ausgefallen als in Brandenburg. Gleichzeitig ist die Arbeitslosigkeit zwar deutlich gesunken, doch bleibt diese Entwicklung in einigen Berufen ebenfalls hinter der im Land Brandenburg zurück. Diese Entwicklung verläuft parallel mit insgesamt steigenden Ausbildungszahlen. Entsprechend ist es nachvollziehbar, dass in Berliner Gesundheitseinrichtungen verhältnismäßig häufig Bewerber/-innen auf Ausbildungsplätze abgelehnt wurden – im Wesentlichen deshalb, weil die Anzahl der Bewerbungen die der Ausbildungsplätze überstieg. Auf der anderen Seite sind Berliner Einrichtungen überdurchschnittlich häufig Kompromisse bei der Einstellung von Fachkräften eingegangen. Dies kann als Hinweis auf qualitative Fachkräftengpässe interpretiert werden und würde die Bedeutung der branchenübergreifenden Konkurrenz um Fachkräfte unterstreichen. Das insgesamt größere und noch nicht erschlossene Fachkräftepotenzial kann auch als Erklärung dafür dienen, warum Einrichtungen in Berlin die Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter durchgehend schlechter bewerten als in Brandenburg.

Dass ein relevanter Anteil der Mitarbeiterfluktuation dem Auslaufen befristeter Arbeitsverträge geschuldet ist, spricht ebenfalls für eine eher entspannte Fachkräftelage in der Berliner Gesundheitswirtschaft. Trotz dieser verhältnismäßig günstigen Situation finden sich auch in Berlin Anzeichen von Fachkräftengpässen. Dies macht sich u. a. an den eingegangenen

Kompromissen bei eingestellten Beschäftigten und der wahrscheinlichen zukünftigen Entwicklung in einigen der untersuchten Tätigkeiten bemerkbar. Mittel- und langfristig wird auch in der Berliner Gesundheitswirtschaft mit einem hohen Fachkräftebedarf zu rechnen sein.

Im **Land Brandenburg** deuten die aktuellen Entwicklungstendenzen in einigen der hier untersuchten Berufe bereits heute auf eine leicht angespannte Fachkräftesituation hin. Diese Situation wird zum einen durch die demografische Entwicklung bestimmt, zum anderen durch Fachkräfteverluste infolge von Pendlerbewegungen (vor allem nach Berlin) verstärkt. Auch das Beschäftigungswachstum trägt dazu bei, dass im Land Brandenburg das vorhandene Potenzial zur Deckung des Fach- und Arbeitskräftebedarfs eingeschränkt ist. Der Rückgang der Arbeitslosenzahlen sowie der besetzten Ausbildungsplätze lässt deutlich werden, dass die Ausgangsbedingungen der Fachkräftesicherung im Land Brandenburg ungünstiger einzuschätzen sind als in Berlin. Dies drückt sich darin aus, dass die Anzahl der Bewerbungen die Anzahl der angebotenen Ausbildungsplätze zum Teil unterschreitet und Bewerber/-innen seltener abgelehnt werden als in Berlin. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen auf diese Ausgangslage bereits reagieren und viele Aktivitäten der Mitarbeitergewinnung und -bindung einsetzen. So wird z. B. Fort- und Weiterbildung im Land Brandenburg häufiger durch die Einrichtungen finanziert als in Berlin. Auch der geringe Anteil an endenden Befristungen im Land Brandenburg ist ein Hinweis darauf, dass die Betriebe bemüht sind, ihre Mitarbeiter/-innen zu halten. Auch die überdurchschnittlich starke Initiative bei der Unterstützung von Kinderbetreuungsangeboten zeigt, dass Brandenburger Betriebe mehr und mehr bemüht sind, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, um Mitarbeiter/-innen zu halten. Mittel- und langfristig ist in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft mit einem hohen Fachkräftebedarf zu rechnen. Aufgrund der länderspezifischen Arbeitsmarktlagen erscheint der Handlungsdruck im Land Brandenburg höher als in Berlin zu sein.

Krankenhäuser sind innerhalb der Gesundheitswirtschaft auf die Herausforderungen künftiger Fachkräftegewinnung und -bindung eindeutig am besten vorbereitet. So weisen sie – im Vergleich zu anderen Einrichtungstypen – in geringerem Maße auf Stellenbesetzungsprobleme hin. Auch wird die Nutzung geeigneter Wege zur Fachkräftegewinnung und -bindung von Krankenhäusern deutlich besser bewertet. Darüber hinaus haben sie das notwendige betriebliche Potenzial, um Maßnahmen der Fachkräfteentwicklung und -sicherung gezielt zu betreiben. So finden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Krankenhäusern üblicherweise während der Arbeitszeit statt und werden durch die Einrichtungen finanziert. Dementsprechend gering sind die Probleme bei der Besetzung neuer Stellen in den hier untersuchten Berufen. Gründe hierfür können zum einen die umfangreichen Ausbildungsleistungen und damit der unmittelbare Zugang zu zukünftigen Fachkräften, zum anderen die guten betrieblichen Voraussetzungen (z. B. Bekanntheit in der Region, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs) sein. Noch können Krankenhäuser ihre Ausbildungsplätze besetzen und i. d. R. zwischen mehreren Bewerbern/Bewerberinnen wählen. In den Fachgesprächen wurde die Vermutung geäußert, dass sich dies in den nächsten fünf bis sieben Jahren ändern könnte. Auch der Einsatz akademisch ausgebildeter Fachkräfte funktioniert in den Krankenhäusern

(nicht zuletzt aufgrund der Betriebsgröße) gut. Diese (noch) guten Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser gelten sowohl für Berlin als auch für das Land Brandenburg. Die Mitarbeiterfluktuation ist in Krankenhäusern ebenfalls kaum ein Problem. In der Regel sind es die persönlichen Lebensverhältnisse (bspw. räumliche Veränderung des Lebensmittelpunktes), die Mitarbeiter/-innen dazu bewegen, eine Einrichtung zu verlassen. Gleichzeitig verfolgen die Krankenhäuser vielfältige Maßnahmen, um die Bindung ihrer Beschäftigten an die Einrichtung zu erhöhen. Handlungsbedarf sehen sie am ehesten bei der Weiterentwicklung personalpolitischer Handlungsansätze, wie etwa der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

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

Die (kleinen) **Praxen** haben organisatorisch zumeist schwierige Ausgangsvoraussetzungen, um Maßnahmen der Fachkräftegewinnung und -bindung planvoll zu organisieren und umzusetzen. Dies wird unter anderem an den geringeren Anteilen an Umsetzungen von entsprechenden Aktivitäten deutlich. Auch die geringe Beteiligung der Praxen bei Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung verdeutlicht den engen Spielraum dieses Einrichtungstyps. Vor diesem Hintergrund ist auch der angezeigte Unterstützungsbedarf bei Fort- und Bildungsmaßnahmen nachvollziehbar. Ein Grund für die eher unterdurchschnittliche Initiative im Bereich der Fachkräftesicherung könnte darin bestehen, dass der Fachkräftebedarf der Praxen strukturell klein gehalten wird. Dafür sprechen u. a. ein relativ geringer Rückgang der

Arbeitslosenzahlen und die stagnierenden bis sinkenden Ausbildungszahlen. Vor allem die schwierigen Vergütungsbedingungen dürften einer bedarfsgerechten Expansion der Therapieberufe im Wege stehen. Dies könnte sich dann auch auf die Bereitschaft (im Besonderen der Physiotherapie) auswirken, Fachpraktika im Rahmen der beruflichen Ausbildung bereitzustellen. Ebenso wie bei den Pflegeeinrichtungen lassen sich auch bei den Praxen bundeslandspezifische Unterschiede feststellen. Der hohe Anteil an auslaufenden Befristungen in Berlin dürfte ein Hinweis auf ein relativ hohes Fachkräfteangebot sein. Demgegenüber deuten im Land Brandenburg die häufigen Abwerbungen von Mitarbeitern durch andere Praxen auf erste Fachkräfteengpässe hin. Wesentlichen Handlungsdruck sehen Praxen bei der Vergütungshöhe und den Vergütungsregelungen ihrer Leistungen sowie bei der Finanzierung von quasiverpflichtenden Fort- und Weiterbildungen.

Vor dem Hintergrund dieser differenzierten Untersuchungsergebnisse ist es angeraten, neben den großen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen auch solche spezifischen Perspektiven – d. h. regional, einrichtungs- oder auch berufs(bereichs)bezogen – in den Blick zu nehmen, um möglichst passgenaue Ansätze für eine Verbesserung der Fachkräftesituation entwickeln zu können.

Literatur

- BRÄUTIGAM, Christoph u. a.: Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306, Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf 2014
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen und Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil. Nürnberg 2011
- JONITZ, Günther; GANTEN, Detlev: Deutschland hat nicht das teuerste, aber eines der leistungsfähigsten Gesundheitswesen. In: Berliner Ärzte, (2014) 10, S. 14–15
- JOOST, Angela; KIPPER, Jenny; TEWOLDE, Tadios: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht. Frankfurt am Main 2009
- PAULUS, Wiebke; MATTHES, Britta: Klassifikation der Berufe. Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel. FDZ-Methodenreport 08/2013. Nürnberg 2013
- THÜRINGER MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND TECHNOLOGIE: Fachkräftestudie 2010. Fachkräfteperspektive 2020. 2011. URL: <http://apps.thueringen.de/de/publikationen/pic/pubdownload1190.pdf> (Zugriff: 04.10.2016)
- WELKER, Carsten u. a.: Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg. 2015. URL: <https://arbeit.wfbb.de/de/download/file/fid/7673> (Zugriff: 04.01.2016)
- WIETHÖLTER, Doris: Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. IAB Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, Heft 3. Berlin 2012

© 2017 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn
Herausgeber: Bundesinstitut für Berufsbildung, 53142 Bonn
Internet: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen>

WELKER, Carsten; SCHIEMANN, Frank: Fachkräftesituation
ausgewählter Gesundheitsfachberufe in Berlin-
Brandenburg – Stand und Perspektiven.

In: WEYLAND, Ulrike; REIBER, Karin (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven
in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder.
Bonn 2017, S. 53-72



Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative
Commons Lizenz

(Lizenztyp: Namensnennung – Keine kommerzielle
Nutzung – Keine Bearbeitung – 4.0 Deutschland).

Das Werk wird durch das Urheberrecht und/oder einschlägige Gesetze geschützt. Jede
Nutzung, die durch diese Lizenz oder Urheberrecht nicht ausdrücklich gestattet ist, ist
untersagt. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf unserer Creative
Commons-Infoseite: <https://www.bibb.de/cc-lizenz>