

Heimliche Heldinnen in der „Chancen-Falle“

Die Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft „Mittleres Ruhrgebiet“

Denise Becka und Michaela Evans

Institut Arbeit und Technik (IAT)
der Westfälischen Hochschule
Munscheidstraße 14
45886 Gelsenkirchen

Gelsenkirchen, Mai 2014

gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Wirtschaftsförderung
Bochum GmbH

stadtherne
Gleichstellungsstelle

Stadt Witten
Wirtschaftsförderung

Inhalt

1. Ergebnisse im Überblick	2
2. Einleitung: Warum eine Regionalanalyse zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft?	5
3. Zielsetzung, Methodik und Datenbasis	10
4. Ergebnisse der Studie	15
4.1 Beschäftigung.....	15
4.1.1 Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen	15
4.1.2 Beschäftigung nach Berufsordnungen.....	26
4.2 Einkommen	32
4.3 Qualifikationsstruktur	37
4.4 Arbeitslosigkeit	44
4.5 Entwicklung der Ausbildungssituation.....	49
5. Berufsfelder im Fokus: Situation und Handlungsempfehlungen.....	57
5.1 Berufsfeld Pflege.....	57
5.1.1 Altenpflegehelfer/Gesundheit- und Krankenpflegeassistenz: Wie können Anreize zur Höherqualifizierung geschaffen werden?	57
5.1.2 Akademisch grundständige Pflegeausbildung – Wie kann aktive Professionalisierung gelingen?	61
5.2 Berufsfeld Praxis: „Medizinische Fachangestellte“ zwischen alten Problemen und neuen Perspektiven?	64
5.3 Berufsfeld „Medizintechnik“ – Welche Frauenförderung ist nötig?	67
6. Zusammenfassung und Ausblick	71
7. Literatur	73

1. Ergebnisse im Überblick

- Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung und geringfügig entlohnte Beschäftigung werden in der Gesundheitswirtschaft in erheblichem Umfang von Frauen geprägt. Weibliche Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft realisieren gegenüber der Gesamtwirtschaft höhere Anteile an Vollzeitbeschäftigung. Allerdings hat auch die atypische Beschäftigung von Frauen, wie Teilzeitarbeit und geringfügig entlohnte Beschäftigung, in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft eine höhere Bedeutung. Zwischen den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft zeigen sich mit Blick auf die jeweiligen Anteile weiblicher Beschäftigung deutliche Unterschiede.
- Die Beschäftigungszuwächse in der Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet liegen im Zeitraum 2008-2013 über den Zuwächsen der Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft, hiervon konnten insbesondere Frauen profitieren. Während die Beschäftigung im klassischen Gesundheitswesen wächst, mussten v.a. der Handel, die sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, das Versicherungswesen sowie die Medizin-/Zahntechnikindustrie im Mittleren Ruhrgebiet in den vergangenen Jahren Beschäftigungsverluste hinnehmen.
- Mit Ausnahme der stationären Versorgung und der Altenhilfe entwickelte sich die geringfügig entlohnte Beschäftigung von Frauen in der Gesundheitswirtschaft rückläufig. Die weibliche Vollzeitbeschäftigung ist ebenfalls überwiegend rückläufig, während die weibliche Teilzeitbeschäftigung, v.a. in der ambulanten Gesundheitsversorgung, in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen hat.
- Die höchsten Teilzeitquoten auf Ebene ausgewählter Berufsordnungen realisieren die „Haus- und Familienpflegerinnen“, die „Altenpflegehelferinnen“ sowie die „Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen“. Geringfügig entlohnte Beschäftigung spielt insbesondere bei den „Medizinischen Fachangestellten“, den „Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen“ sowie den „Altenpflegehelferinnen“ eine bedeutende Rolle.
- Weibliche Vollzeitbeschäftigung ist in der ambulanten Altenhilfe verbreiteter als in der stationären Altenhilfe, die reduzierte Vollzeittätigkeit (Teilzeitbeschäftigung über 50%) und ein Beschäftigungsumfang von „50% und weniger, aber nicht geringfügig“ sind demgegenüber in der stationären Altenhilfe von höherer Relevanz. Im Vergleich zeichnet sich die ambulante Altenhilfe gegenüber der stationären Altenhilfe zudem durch deutlich höhere Anteile geringfügiger Beschäftigung aus.
- Es gibt erhebliche Differenzen im Einkommen ausgewählter Gesundheitsberufe sowohl zwischen den Gesundheitsberufen als auch zwischen den Alterskategorien „unter 45“ und „45 und mehr“. Die Gesundheitsberufe sind hinsichtlich ihrer Einkommenssituation zwar nicht auf Rosen gebettet, jedoch fallen die durchschnittlichen Einkommen nicht so schlecht aus, wie vielfach angenommen wird. Mehr Aufmerksamkeit sollte der Entwicklung des Lohn- und Gehaltsgefüges zwischen den Qualifikationsstufen einzelner Gesundheitsberufe gewidmet werden.
- Der *Gender Pay Gap* zeigt sich auch in den klassischen Frauenberufen der Gesundheitswirtschaft. Mit steigendem Männeranteil steigen tendenziell auch in den frauendominierten Gesundheitsberufen die durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen sowie die altersbedingten

Lohnzuwächse. Bei einem Vergleich mit der Gesamtwirtschaft fallen die geschlechtsspezifischen Lohndifferenzen in zentralen Gesundheitsberufen jedoch insgesamt geringer aus.

- Nicht alle gesundheitswirtschaftlichen Tätigkeitsfelder und Berufsgruppen konnten in der Vergangenheit gleichermaßen Lohnzuwächse realisieren. Insbesondere die Altenhilfe, Assistenz- und Helferqualifikationen drohen von der gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung abgehängt zu werden.
- Die Qualifikationsstruktur der weiblichen Beschäftigten innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist geprägt von einem stabilen Mittelbau mit anerkannten Berufsabschlüssen. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft können in der Gesundheitswirtschaft zwar weniger Frauen ohne Berufsabschluss, aber auch weniger Akademikerinnen verzeichnet werden. Innerhalb der Beschäftigungsfelder variieren die Qualifikationsstrukturen jedoch stark. Der Anteil der Akademikerinnen ist insbesondere in der stationären Gesundheitsversorgung sowie im Versicherungswesen vergleichsweise hoch. Besonders hohe Anteile von Frauen ohne Berufsabschluss können in der Altenhilfe sowie den sonstigen relevanten Dienstleistungen identifiziert werden.
- Auf Ebene der Berufsgruppen besteht bei den *Fachberufen* in der ambulanten Pflege ein Übergewicht an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gegenüber der klassischen Altenpflege, in der stationären Pflege überwiegt dagegen die Gruppe der staatlich anerkannten Altenpflegerinnen deutlich.
- Im *Helferbereich* zeichnet sich zunehmend eine Konkurrenz zwischen Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und Altenpflegehelferinnen ab. Durch den vergleichsweise hohen Anteil von Frauen mit „sonstigen pflegerischen Berufsabschlüssen“ wird nicht nur eine Konkurrenz *im* sondern auch *um* den Helferbereich hervorgerufen.
- Der Anteil von Frauen *ohne Berufsabschluss* und der *Auszubildenden* ist in beiden Sektoren stärker besetzt als der Helferbereich, in der stationären Pflege entfällt sogar ein Viertel der Beschäftigten auf die Gruppe der Frauen ohne anerkannten Berufsabschluss.
- *Akademisch qualifizierte* Frauen sind in der Pflege weder im ambulanten noch im stationären Bereich derzeit in höherem Umfang beschäftigt.
- Der Arbeitsmarkt in der „Gesundheits- und Krankenpflege“ und der verwandten Berufsfelder in der primären Gesundheitsversorgung ist im bundesweiten Vergleich durch einen deutlichen Fachkräftemangel gekennzeichnet. In der Altenhilfe kann für die Berufsgruppe der „Altenpflegehelferinnen“ eine vergleichsweise hohe Arbeitslosigkeit identifiziert werden. Mögliche Gründe sind in einer geringen Verwertbarkeit des Qualifikationsprofils auf dem Arbeitsmarkt sowie einem geringen Angebot an gemeldeten freien Stellen zu suchen.
- Die Berufsgruppe der „Medizinischen Fachangestellten“ ist in zunehmendem Maße von Arbeitslosigkeit und prekären Arbeitsbedingungen betroffen. Obwohl in dieser Berufsgruppe ein Überangebot von verfügbaren Arbeitskräften in Relation zu den offenen Stellen herrscht, sind im Mittleren Ruhrgebiet steigende Vakanzzeiten in dieser Berufsgruppe zu beobachten.
- Die Ausbildungssituation in den dreijährig qualifizierten *Fachberufen* des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege) verhält sich stabil bis tendenziell wachsend: In der Gesundheits- und Krankenpflege werden vergleichsweise stabile Auszubildendenzahlen verzeichnet, in der Altenpflege wird ein Zuwachs der Auszubildendenzahlen identifiziert.
- Die *Helferberufe* im Gesundheitswesen, und hier insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz, die Altenpflegehilfe sowie die Familienpflege und Dorfhilfe, haben seit 2008 deutliche Anstiege der Auszubildendenzahlen erfahren. Von einem auffälligen Rück-

gang der Auszubildendenzahlen im Mittleren Ruhrgebiet sind die Berufe der *Medizinischen Fachangestellten* sowie der *Zahnmedizinischen Fachangestellten* betroffen. In diesen Berufen steigen zudem die Abbruchquoten, so dass die Vermutung eines Attraktivitätsverlustes des einstigen „Traumberufs“ nahe liegt.

- Der Ausbildungsmarkt im *Gesundheitshandwerk* beschreibt einen hohen Zuwachs weiblicher Auszubildender in NRW zwischen 2008 und 2012. In einigen dieser Felder ist ebenfalls ein starker Zuwachs der männlichen Auszubildenden zu verzeichnen. Für das Mittlere Ruhrgebiet werden im Gesundheitshandwerk insgesamt nur sehr kleine Fallzahlen ausgewiesen, so dass im Vergleich mit anderen Ausbildungsberufen, die im Mittleren Ruhrgebiet stärker vertreten sind, von einem eher geringfügigen Ausbildungsmarkt des Gesundheitshandwerks ausgegangen werden kann. Hohe Zuwächse, wie in NRW insgesamt, hat es hier allerdings bei den Auszubildenden zur „Augenoptikerin“ gegeben.
- Die Anteile der vorzeitig gelösten Ausbildungsverhältnisse in den Gesundheitsberufen im Mittleren Ruhrgebiet liegen vielfach höher als die Abbruchquoten in NRW. Unter den männlichen Auszubildenden werden im Vergleich zwischen den Geschlechtern höhere Abbruchquoten beobachtet. In den Helferberufen des Gesundheitswesens erweisen sich die Abbruchquoten sowohl bei den Frauen als auch bei den männlichen Auszubildenden als die mit Abstand höchsten.
- Wichtige Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in den Helferberufen der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz sowie der Altenpflegehilfe sind in der arbeitsplatznahen Qualifizierung sowie in einem Ausbau ausbildungsbegleitender Hilfen zu suchen. Vorhandene Kompetenzen und Qualifikationen der Beschäftigten sind vielfach unbekannt und können auf betrieblicher Ebene entsprechend nicht genutzt und weiterentwickelt werden.
- Für die grundständig akademisch qualifizierte Pflege können Einarbeitungspfade einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der neuen Berufsabschlüsse in der Praxis leisten. Des Weiteren sollten die vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen stärker für sektübergreifende Versorgungsansätze, für eine gesundheitsorientierte Sozialraumgestaltung sowie für innovative Strategien für mehr Gesundheit in der Arbeitswelt insgesamt genutzt werden.
- Dem Berufsbild der „Medizinischen Fachangestellten“ droht durch unklare Aufstiegswege und z.T. unzureichende Arbeitsbedingungen ein zunehmender Attraktivitätsverlust. Handlungsmaßnahmen sollten vor allem auf die Schaffung überbetrieblicher Ressourcen zur Personal- und Organisationsentwicklung, eine Stärkung ambulanter Einrichtungen als Ausbildungsbetriebe sowie auf mehr Transparenz und Orientierung über berufliche Entwicklungsperspektiven dieser Berufsgruppe zielen.
- Das Mittlere Ruhrgebiet fokussiert in seiner Wirtschafts- und Strukturpolitik auch auf die Medizintechnik. Diese wird jedoch nur begrenzt durch eine auf diesen Sektor ausgerichtete Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik in der Region flankiert. Die Beschäftigungssituation von Frauen im Berufsfeld Medizintechnik wird in die „Kultur“ eines klassischen Technikberufes eingefasst, der von überwiegend männlichen Belegschaften geprägt ist. Gezielte Maßnahmen der Frauenförderung sind die Ausnahme. Die Region kann sich zukünftig stärker noch als Labor für neue medizintechnische Arbeits- und Tätigkeitsfelder profilieren.

2. Einleitung: Warum eine Regionalanalyse zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft?

Das „Mittlere Ruhrgebiet“ umfasst die Städte Bochum, Herne sowie Hattingen und Witten als Städte des Ennepe-Ruhr-Kreises. Mehr als 692.000 Menschen leben in dieser Teilregion der Metropole Ruhr. Das Wirtschaftsgeschehen der Region ist maßgeblich durch den Dienstleistungssektor geprägt. Rund 72% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind derzeit im Dienstleistungssektor tätig, rund die Hälfte der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entfällt auf den Bereich *wissensintensiver Dienstleistungen*. Die Erwerbstätigkeit von Frauen prägt bereits heute in erheblichem Umfang die Dienstleistungsarbeit der Region. Jedoch wiesen im Jahr 2011 sowohl die Erwerbsquote als auch die Beschäftigungsquote von Frauen in der Region gegenüber dem NRW-Landesdurchschnitt unterdurchschnittliche Anteile auf: Die Frauenerwerbsquote im Mittleren Ruhrgebiet betrug 59,8%, die Beschäftigungsquote realisierte einen Wert von 42,6%. Von den erwerbstätigen Frauen arbeiteten branchenübergreifend 34% in Teilzeit, 16,8% waren ausschließlich geringfügig beschäftigt. Der Anteil der Erwerbsfähigen, jedoch nicht arbeitslos gemeldeten Frauen, stellte in der Region mit 13% das höchste ungenutzte Potential landesweit dar¹.

Frauen profitieren von mehr Dienstleistungsarbeit – Prekäre Dienstleistungsarbeit nimmt zu

Vorliegende Untersuchungen für die Gesamtwirtschaft in Deutschland zeigen, dass Frauen branchenübergreifend überdurchschnittlich von dem Beschäftigungsaufbau der vergangenen Jahre profitieren konnten. Impulse kamen vor allem aus dem frauendominierten Dienstleistungsbereich, zu dem auch die Gesundheitswirtschaft gezählt werden kann. Zugleich lässt sich jedoch auch ein Ausbau atypischer und prekärer Beschäftigung nachzeichnen: So hat die Teilzeitbeschäftigung und die Teilzeitquote von Frauen in den vergangenen Jahren zugenommen, und dies besonders im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Zunahme der Beschäftigung insgesamt ist noch kein hinreichender Indikator für eine Ausweitung des Arbeitsvolumens. Vielmehr konnte in den vergangenen Jahren eine geringere Zunahme der Beschäftigung aufgrund des Anstiegs von Teilzeitarbeit mit geringer Stundenzahl verzeichnet werden (Bosch 2013). Mit wachsendem Frauenanteil in der Beschäftigung steigt auch der Anteil sog. *Mini- und Midi-Jobs*. In frauendominierten Betrieben war im Jahr 2012 bundesweit nahezu fast jeder fünfte Beschäftigte in einem Mini- und Midi-Job tätig. Frauendominierte Betriebe weisen überdurchschnittlich oft befristete Arbeitsverhältnisse auf, nahezu jede zweite Frau wurde 2012 befristet eingestellt (Bechmann et al. 2013).

Mittleres Ruhrgebiet setzt auf den „Leitmarkt Gesundheit“

Die Gesundheitswirtschaft ist der bedeutendste Wirtschaftszweig der Region Mittleres Ruhrgebiet wie auch der Metropole Ruhr insgesamt. Mehr als 260.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, 16,9 Mrd. Euro Umsatz, mehr als 6.650 Unternehmen sowie 3,0 Mio. Euro Umsatz/Unternehmen kennzeichneten die Branche (2012) in der Metropole Ruhr. Das Profil des „Leitmarktes Gesundheit“ wird durch seine Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sowie durch die ambulanten Gesundheitsdienste maßgeblich geprägt. Definierte Entwicklungsschwerpunkte des „Leitmarktes Gesundheit“ im Mittleren Ruhrgebiet liegen u.a. in der Klinikwirtschaft, der medizinischen Informationstechnologie (Bochum), der Gesundheitslogistik (Herne), der oralen Medizin und Technologie (Witten) sowie in der Naturheilkunde und Komplementär-

¹ http://www.herne.de/kommunen/herne/ttw.nsf/id/DE_Unsere-Arbeit; 15.3.2014

medizin (Hattingen)². Zukünftig möchten sich die Akteure der Region verstärkt dafür engagieren, den Auf- und Ausbau integrierter Versorgungssysteme, telemedizinischer sowie gesundheitsorientierter Dienstleistungen zu befördern (Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr 2013: 47). Mit dem Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen ist im Mittleren Ruhrgebiet zudem eine Institution ansässig, die es sich zum Ziel gesetzt hat, „Nordrhein-Westfalen als Standort für Gesundheitswirtschaft und Forschungsaktivitäten im internationalen Vergleich weiter nach vorne zu bringen“³. Laut vorliegender Prognosen wird der „Leitmarkt Gesundheit“ auch zukünftig ein bedeutender und expandierender Motor für Wirtschaft und Beschäftigung der Metropole Ruhr sowie des mittleren Ruhrgebiets sein (Sieglén 2011).

Wachstum und steigende Nachfrage nach Fachkräften – Regionale Disparitäten

Die Gesundheitswirtschaft in NRW hat in den vergangenen Jahren gegenüber der Gesamtwirtschaft in NRW deutliche Beschäftigungszwächse verzeichnen können. Bezogen auf die Zahl aller (sozialversicherungspflichtig und ausschließlich geringfügig) Beschäftigten im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft betrug der durchschnittliche jährliche Zuwachs zwischen 2000 und 2010 +1,6%, während er im Durchschnitt aller Branchen bei 0,18% lag. Für die Zukunft wird eine deutliche Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften für NRW erwartet. Die Folgen werden für die Teilregionen in NRW, die sich bereits heute durch regionale Disparitäten in der Fachkräftenachfrage unterscheiden, sehr unterschiedlich sein. „So ist beispielsweise insbesondere im Ruhrgebiet, aber auch im Bergischen Land aufgrund eines schon relativ weit vorangeschrittenen demografischen Wandels, eines relativ geringen zu erwartenden Anstiegs an Pflegebedürftigen und einer gegenwärtig noch relativ hohen Konzentration von Fachkräften im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in längerer Sicht eher weniger mit Fachkräftengpässen zu rechnen als etwa im Rheinland jenseits der großen Metropolen und im Münsterland jenseits von Münster. Das Rheinland und das Münsterland waren zwar in den letzten Jahren die Regionen im Land mit den höchsten Beschäftigungszuwächsen, aber bezogen auf die Einwohnerzahl sind sie dennoch die Regionen mit einer unterdurchschnittlichen Zahl von Beschäftigten in den Gesundheitsdienst- und Sozialberufen.“ (Sieglén 2011: 52)

Frauen prägen die Arbeits- und Ausbildungswelt der Gesundheitswirtschaft – mit feinen Unterschieden

Frauen prägen die Arbeitswelt der Gesundheitswirtschaft in erheblichem Maße: als Beschäftigte, als Auszubildende, als Ausbilderinnen, als Gründerinnen oder Unternehmerinnen. Wenn von weiblicher Erwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft die Rede ist, dann fällt der Blick schnell auf die personenbezogenen Dienstleistungen der Pflege oder die therapeutischen Gesundheitsfachberufe der Physio-, Logo- oder Ergotherapie – allesamt Beschäftigungsfelder, die traditionell hohe Anteile weiblicher Beschäftigung aufweisen. Mit einem Anteil weiblicher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von 77% (NRW)⁴ bzw. 78,2% (Mittleres Ruhrgebiet) stellt die Gesundheitswirtschaft im Branchenvergleich unbestreitbar ein bedeutendes Beschäftigungsfeld für Frauen dar. Dennoch lohnt es sich genauer hinzusehen: Der Anteil weiblicher Beschäftigung variiert erheblich zwischen einzelnen Berufsfeldern und Berufen der Gesundheitswirtschaft. Während in den Pflegeberufen ein Anteil

² s. Memorandum „Wirtschaftsfaktor Gesundheit im Mittleren Ruhrgebiet – Zusammenarbeit für eine gesunde Zukunft“

³ <http://www.gc.nrw.de/>

⁴ MAIS/MGEPA NRW (2013)

weiblicher Beschäftigung von ca. 77% realisiert wird, liegt der Beschäftigungsanteil von Frauen etwa bei den „Medizinischen Fachangestellten“ (MFA) im ambulanten Sektor sogar bei 99%, in dem Beschäftigungsfeld „Medizin-/und Zahntechnik“ oder den gesundheitsbezogenen Handwerksberufen werden hingegen mit unter 50% deutlich geringere Anteile weiblicher Beschäftigung realisiert.

Die Gesundheitswirtschaft prägt zudem maßgeblich das Ausbildungsgeschehen in NRW, und Frauen prägen die Ausbildung in zentralen Gesundheitsberufen: Mehr als 23.000 Auszubildende wurden 2012 in ausgewählten Gesundheitsberufen auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) im Rahmen des dualen Systems in NRW ausgebildet. Weitere 30.795 Auszubildende absolvierten eine Ausbildung an einer Fachschule des Gesundheitswesens. Auch im Ausbildungsgeschehen zeigen sich bei genauerer Betrachtung erhebliche Differenzen hinsichtlich der Anteile weiblicher Auszubildender. Während in der BBiG-geregelten Ausbildung zum „Orthopädieschuhmacher/-in“ der Frauenanteil im Jahr 2012 lediglich rund 37% betrug, lag er bei den „Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten“ (PTA) bei rund 97%. Ähnliche Differenzen lassen sich auch für die Ausbildung an den Fachschulen des Gesundheitswesens aufzeigen: So lag 2012 der Frauenanteil in der Ausbildung zur „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ bei 94%, in der Ausbildung zum „Rettungsassistenten“ konnte hingegen nur ein Frauenanteil von 19% realisiert werden.

Bislang liegen für NRW sowie für das mittlere Ruhrgebiet noch keine detaillierten Informationen über das Gründungsgeschehen und die wirtschaftliche Bedeutung selbständiger weiblicher Erwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft vor. Auf Basis vorliegender Studien kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die *Selbständigkeit und das Unternehmertum von Frauen* eine bedeutende Relevanz für Wirtschaft und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft darstellen (Cordes et al. 2012). Eine erste Auswertung von Daten zum Gründungsgeschehen der IHK Mittleres Ruhrgebiet ergab, dass die meisten Gründungen in der Gesundheitswirtschaft der Region zwischen 2008 und 2013 in den Feldern „Einzelhandel mit kosmetischen Erzeugnissen und Körperpflegemitteln“, „Apotheken“, ambulante soziale Dienste“ sowie in den Feldern „Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln“, „Fitnesszentren“ und „Sonstigen selbständigen Tätigkeiten im Gesundheitswesen“ erfolgten. Es kann vermutet werden, dass der Anteil weiblicher Gründerinnen in den genannten Feldern relativ hoch ist.

Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – Wohlfahrts-, Regulierungs- und Bildungsmix

Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft werden in einem Mix unterschiedlicher Erwerbsformen, Berufsfelder, Berufe und Qualifikationsniveaus erbracht. Die Arbeitswelt ist überaus facettenreich: abhängige Beschäftigung, geringfügige Beschäftigung, Ausbildung sowie selbständige Tätigkeit (z.B. Ärzte, therapeutische Berufsgruppen) und mithelfende Arbeit im ehrenamtlichen oder familiären Kontext (z.B. in der Pflege) bestimmen das Bild. Personenbezogene und soziale Dienstleistungen im Bereich der Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen spielen ebenso eine Rolle, wie kaufmännische, technische, koordinierende oder organisierende Berufsfelder und -bilder. Traditionelle Ausbildungswege und -abschlüsse nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Handwerksordnung (HwO) prägen traditionell das Ausbildungsgeschehen, wie auch Abschlüsse an Fachschulen des Gesundheitswesens. Das Spektrum verfügbarer Bildungswege, Abschlüsse und Qualifikationsniveaus der Branche differenziert sich zunehmend aus: grundständige und berufsbegleitende akademische Qualifizierungswege und -abschlüsse halten ebenso Einzug in die Arbeitswelt wie neue nied-

rigschwellige Ausbildungsangebote. Erste Berufskollegs bieten in NRW sogar das „Gesundheitsabitur“⁵ an.

Besonderheiten der „Arbeitswelt Gesundheitswirtschaft“ – Regulierung und zersplitterte Arbeitsbeziehungen

Die Arbeitswelt der Gesundheitswirtschaft ist nicht nur überaus facettenreich, sie ist auch gegenüber anderen Wirtschaftsbereichen durch einige finanzielle, strukturelle und organisatorische Besonderheiten gekennzeichnet. So erfolgt beispielsweise im Kernbereich des klassischen Gesundheitswesens die Finanzierung von Arbeit vielfach aus Sozialversicherungsbeiträgen der GKV/PKV oder der Pflegeversicherung. Die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sind somit vielfach begrenzt bzw. budgetiert. Arbeitsvolumen, Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen auf betrieblicher Ebene können sich nicht frei entwickeln, sondern müssen diesen Begrenzungen Rechnung tragen. Rund 70% der Kosten eines Krankenhauses beispielsweise entfallen auf Personalkosten, welche hauptsächlich aus DRG-Erlösen refinanziert werden. Beliebige Ausweitungen des Arbeitsvolumens sind somit nicht möglich, veränderte Versorgungsbedarfe oder neue Leistungen können nicht ohne Weiteres in Stellen umgesetzt werden. Zu den Besonderheiten der Arbeitswelt Gesundheit gehört zudem, dass sie durch überaus fragmentierte Arbeitsbeziehungen gekennzeichnet ist. Viele Interessensorganisationen versuchen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitswelt zu nehmen. Rund die Hälfte der Träger der Altenhilfe unterliegen aktuell keiner Tarifbindung, bei den privaten Anbietern liegt der Anteil mit über 80% sogar noch deutlich höher⁶. Die zersplitterten und fragmentierten Arbeitsbeziehungen werden von einem niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrad der Beschäftigten, geringen Mitgliedsquoten in Berufsverbänden sowie einem in Teilen geringen Organisationsgrad der Unternehmen und Einrichtungen in Arbeitgeberverbänden begleitet (Evans et al. 2013).

Erwerbs- und Arbeitsbedingungen – Eine Achillesferse der Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft zeigt als „heimliche Heldin“ der Beschäftigungsentwicklung auch ihre Schattenseiten: Geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede sind ebenso an der Tagesordnung (Bellmann et al. 2013; Bispinck et al. 2012) wie Karriere“knicke“ für Frauen, etwa in der Medizin (Rapp-Engels et al. 2012). Der Dienstleistungssektor gilt als „Experimentierfeld für prekäre Arbeit“ (Bosch/Weinkopf 2011) und die unzureichenden Einkommens- und Arbeitsbedingungen in zentralen Gesundheitsberufen gelten als „Achillesferse des Gesundheitswesens“ (Evans et al. 2013) verstanden werden. Leiharbeit ist im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen zwar derzeit von geringer quantitativer Bedeutung, jedoch mit steigender Tendenz (Bräutigam et al. 2010). Nicht zuletzt als Folge des wirtschaftlichen Drucks auf viele Gesundheitseinrichtungen, durch arbeitsrechtliche Deregulierungen sowie im Zuge der Arbeitsmarktreformen ist ein Ausbau atypischer Beschäftigung auch im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren zu beobachten gewesen (Oschimansky 2013). Eine überproportionale Ausweitung ist insbesondere bei der „großen“ Teilzeit mit einem Arbeitspensum von ca. 80 Prozent (oder etwa 30 Wochenstunden) in der Pflege des ambulanten und stationären Sektors zu beobachten (Prognos 2012). Trotz der Debatten um „Arbeitgeberattraktivität“

⁵ So bietet z.B. das Berufskolleg in Arnsberg seit dem Schuljahr 2013/2014 den Bildungsgang „Berufliches Gymnasium – Abitur Gesundheit“ an. Landesweit 16 Bildungseinrichtungen bieten derzeit Schülern mit Ambitionen für ein Studium oder eine Berufstätigkeit im human-/zahn-/tiermedizinischen oder pharmazeutischen oder psychologischen Bereich eine entsprechende Qualifizierungsmöglichkeit. [Anm. d. Verf.]

⁶ S. hierzu auch Bosch (2013)

zeigen sich nach wie vor erhebliche Umsetzungsprobleme von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen (Prognos 2013) sowie Hürden für den Einstieg in den Arbeitsmarkt oder den beruflichen Wiedereinstieg (Dörpinghaus/Evans 2011). Für NRW zeigt sich auf Basis vorliegender Daten, dass das Gesundheits- und Sozialwesen im Branchenvergleich durch hohe Teilzeitanteile, einen überdurchschnittlich hohen Frauenanteil in Führungspositionen (36%), bei einem gleichzeitig geringen Verhältnis zwischen dem Anteil an weiblichen Beschäftigten und dem Anteil an weiblichen Führungskräften (0,46) gekennzeichnet ist. Positiv fällt hingegen die Weiterbildungsbeteiligung der Unternehmen und Einrichtungen auf: diese liegt im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich höher als in anderen Teilen der Wirtschaft (MAIS/MGEPA2013). In der Praxis konterkarieren jedoch die unzureichenden Arbeits- und Organisationsstrukturen sowie akute Personalengpässe nicht selten faktisch die Anwendung des Erlernten (Bräutigam et al. 2014).

Während eine Ausweitung der (Frauen)Erwerbstätigkeit angesichts der aktuellen Fachkräfteengpässe durchaus wünschenswert ist, wird auf der anderen Seite durch die Branche selbst vor steigenden Kosten gewarnt. Einer aktuellen Umfrage des „Centrums für Krankenhaus-Management“ (CKM) an der Universität Münster zufolge geht die sog. „Feminisierung“ der Medizin nach Angaben von Krankenhaus-Managern mit steigenden Kosten der Arbeitsorganisation und Folgekosten (z.B. für Kita-Plätze, Mehrbedarf an Personal etc.) einher. Es werden Kostensteigerungen befürchtet, deren mittelfristige Auswirkungen auf die Versorgungsqualität im Ergebnis der Studie noch nicht identifizierbar seien (von Eiff 2014). Die Diskurse um eine geschlechtergerechte Pflege verweisen darauf, dass trotz explizit frauenpolitisch orientierter Programme zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und sog. *Carearbeit* „[...] implizit das Primat der weiblichen Hauptverantwortung“ (Backes et al. 2011: 78) gesellschaftlich nicht infrage gestellt wird. Frauen unterliegen in der Folge nicht selten einer enormen Doppelbelastung: Obwohl immer mehr Frauen berufstätig sind, hat sich die Aufteilung der Hausarbeit zwischen arbeitenden Ehepaaren in den vergangenen Jahren offenbar kaum verändert. Frauen übernehmen trotz eigener Berufstätigkeit immer noch drei Viertel der Hausarbeit (Procher et al. 2014).

Mehr Aufmerksamkeit für untypische Entwicklungen in „typischer“ Frauenarbeit

Was bedeuten diese Ergebnisse? Nicht obwohl, sondern gerade *weil* es sich in der Gesundheitswirtschaft vielfach um „klassische“ Frauenarbeitsplätze handelt, ist besondere Aufmerksamkeit auf die Folgen einer Branche im Umbruch für die Erwerbs- und die Beschäftigungssituation von Frauen geboten. Die vorschnelle Charakterisierung von Gesundheitsarbeit als „typischer“ Frauenarbeit droht den Blick auf differenzierte Entwicklungspfade einzelner Teilbranchen, Berufsfelder oder Berufe in der Gesundheitswirtschaft zu verstellen. Neben der Frage, *wie viele* Fachkräfte in einzelnen Beschäftigungsbereichen der Gesundheitswirtschaft zukünftig benötigt werden, stellt sich auch die Frage nach einem möglichst sinnvollen Einsatz vorhandener Berufe, Qualifikationen und Kompetenzen. Können gesundheitsbezogene Berufe und Abschlüsse auf dem Arbeitsmarkt bzw. im betrieblichen Umfeld verwertet werden? Wie können neue Qualifikationen und Kompetenzen dazu beitragen, regionale Versorgungsstrukturen und -portfolios zu verändern, die Professionalisierung der Gesundheitsarbeit wie der Gesundheitsanbieter zu befördern und individuell neue Beschäftigungs- und Karriereperspektiven zu eröffnen?

Regionale Strategien zur Verbesserung der Erwerbs- und Arbeitsituation sind notwendig – für Frauen und Männer

Ob aus den Entwicklungsschwerpunkten der Gesundheitswirtschaft in der Region Mittleres Ruhrgebiet tatsächlich positive Effekte für Wirtschaft und Beschäftigung erwachsen werden hängt nicht zuletzt maßgeblich davon ab, ob es der Region gelingt, die Arbeitskräftenachfrage ihrer Unternehmen und Einrichtungen zukünftig bedienen und gute Erwerbs- und Arbeitsbedingungen in der Branche vorhalten zu können. Dies äußert sich insbesondere in einer steigenden Nachfrage nach qualifizierter Facharbeit, d.h. Arbeitskräften mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und/oder einer akademischen Qualifizierung (Helmrich/Zika 2010; Prognos 2011). Eine regionale, branchenbezogene Analyse der Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen kann im Ergebnis nicht allein darauf zielen, ausschließlich Problemfelder und Maßnahmen zur klassischen Frauenförderung zu identifizieren und abzuleiten. Vielmehr muss es darum gehen, Gestaltungsherausforderungen und -optionen für Frauen *und* Männer in der Gesundheitswirtschaft gleichermaßen zu thematisieren. Entscheidend ist, dass verbesserte Arbeits-, Verdienst- und Aufstiegschancen erheblich zur Attraktivität von Gesundheitsarbeit beitragen – für Frauen wie für Männer. Unstrittig ist, dass der Arbeits- und Fachkräftebedarf der Branche zukünftig weiter steigen wird.

3. Zielsetzung, Methodik und Datenbasis

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, die Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft in der Region Mittleres Ruhrgebiet zu erfassen, zu beschreiben und zu analysieren. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Arbeit an der Schnittstelle einer branchenbezogenen Arbeitsmarkt- und Potenzialanalyse. Das „Mittlere Ruhrgebiet“ umfasst die Städte Bochum, Herne, Witten und Hattingen als Teile des Ennepe-Ruhr-Kreises. Im Fokus der Arbeiten standen ...

- ... eine geschlechtsspezifische **Analyse der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation**,
- ... eine **Analyse der Einkommenssituation** in ausgewählten Zielberufen,
- ... eine **geschlechtsspezifische Analyse der Ausbildungssituation**,
- ... eine **Analyse zukunftssträchtiger Beschäftigungsfelder** unter Berücksichtigung verschiedener Berufsfelder und Qualifikationsniveaus,
- ... eine Zusammenfassung und Verdichtung der Ergebnisse zu **Handlungsempfehlungen und Gestaltungsansätzen**.

Die Leistungsbeschreibung sah darüber hinaus die besondere Berücksichtigung berufsbiographischer Erfahrungen von Frauen in ausgewählten Gesundheitsberufen der Region vor. Angesichts der zunehmenden Ausdifferenzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten in der Gesundheitswirtschaft interessierte in diesem Zusammenhang besonders, wie sich das Spannungsfeld zwischen der Professionalisierung von Gesundheitsfacharbeit (z.B. durch neue akademische Berufsabschlüsse) einerseits, und der Gefahr einer Deprofessionalisierung von Gesundheitsfacharbeit im regionalen Kontext andererseits, darstellt.

Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft zu verbessern, Integrationsziele und -chancen frühzeitiger zu erkennen

und systematischer umsetzen zu können. Insofern handelt es sich bei der Konzeption der Studie um eine **Grundlage für ein branchenbezogenes, geschlechtsspezifisches Erwerbs- und Beschäftigungsmonitoring auf regionaler Ebene**. Dies beinhaltet auch die Suche nach Handlungsfeldern und Gestaltungsansätzen, in denen die Kooperation zwischen zentralen Akteuren der Region (z.B. Arbeitgeber, Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, Akteure der Arbeitsmarktpolitik, Berufsverbände) gestärkt und für neue Themen, Projekte und Konzepte zur Verbesserung der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft der Region nutzbar gemacht werden kann.

Folgende **Fragestellungen** waren für die Analyse in der Branche „Gesundheitswirtschaft“ leitend:

- Welche quantitative Bedeutung hat die Beschäftigung von Frauen?
- Welche quantitative Bedeutung hat die atypische Beschäftigung?
- Wie entwickelt sich die Beschäftigung in Teilbranchen im Zeitverlauf?
- Wie entwickelt sich die atypische Beschäftigung in Teilbranchen im Zeitverlauf?
- Welche Unterschiede gibt es in den Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen der Gesundheitswirtschaft gegenüber der Gesamtwirtschaft?
- Welche Unterschiede gibt es in den Beschäftigungs- und Qualifikationsstrukturen zwischen den Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft?
- Welche regionalspezifischen Ausprägungen lassen sich für die Beschäftigungsentwicklung, die Beschäftigungsformen sowie die Qualifikationsstrukturen identifizieren?
- Welche berufs- und qualifikationsspezifischen Disparitäten gibt es mit Blick auf die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation?
- Lassen sich geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede und prekäre Einkommenslagen identifizieren?
- Wie entwickelt sich das Ausbildungsgeschehen aus geschlechtsspezifischer Perspektive?
- Wo entstehen neue Chancen für Beschäftigung und neue interessante Berufsfelder?
- Gibt es umgekehrt etablierte Berufsfelder und Berufe, für die sich ein Attraktivitätsverlust und prekäre Beschäftigungslagen abzeichnen?

Abbildung 1 verweist auf die Untersuchungsfelder, die den Schwerpunkt der Untersuchung bildeten.

Abbildung 1: Untersuchungsfelder der Studie



Quelle: eigene Darstellung

Der Themenblock „Beschäftigung“ zielte auf Aussagen zur Entwicklung der weiblichen sozialversicherungspflichtigen (SVB) und geringfügig entlohnten Beschäftigung (GeB), zur Entwicklung der weiblichen Auszubildendenzahlen sowie zur Entwicklung weiblicher Vollzeit und Teilzeitbeschäftigung entlang ausgewählter Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft. Der Auswertung wurde die Wirtschaftszweigsystematik des „Leitmarktes Gesundheit“ (s. Methodenbericht Wirtschaftsbericht Ruhr 2013) zugrunde gelegt. Berücksichtigt wurden die Stichtage 31.3.2013 und 31.12.2008. Als Referenz wurden die Vergleichsdaten für NRW einbezogen. Datengrundlage bildeten die Daten der „Beschäftigtenstatistik“ der Bundesagentur für Arbeit (BA) auf Basis der Wirtschaftszweigsystematik. Zum anderen fanden Daten der Beschäftigtenstatistik zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (SvB) sowie zur geringfügig entlohnten Beschäftigung (GeB) auf Basis ausgewählter „Berufsordnungen“ des Gesundheitswesens [Stichtag 31.3.2013] Eingang in die Untersuchung. Zur tiefergehenden Analyse der Beschäftigungsverhältnisse und Qualifikationsstrukturen im Pflegesektor wurde zudem auf Daten der „Pflegestatistik“ [Stichtag 15.12.2011] zurückgegriffen.

Auf Basis der verfügbaren Ressourcen konnte zum Themenfeld „Einkommen“ keine Primärerhebung in der Region durchgeführt werden. Zur Bearbeitung des Untersuchungsfeldes wurde auf vorliegende Studien und Quellen zurückgegriffen. Eingang in die Sekundäranalyse fanden Daten des „Lohnspiegels“, der vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) kontinuierlich erstellt wird und Beschäftigte auf Berufsebene u.a. zu ihren Löhnen und Gehältern befragt. Aus dem Zusammenspiel vorliegender Studien mit Daten zu den Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitszeiten auf Berufsebene, in Kombination mit Angaben des Lohnspiegels, konnten erste Annahmen zu Stand und Risiken existenzsichernder Beschäftigung für die Gesundheitswirtschaft auf Berufsebene formuliert werden.

Angaben hinsichtlich der Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft wurden auf Basis der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) sowie auf Basis der Pflegestatistik (2011) getroffen. Die Analyse von „Arbeitslosigkeit“ erfolgte zum einen auf Grundlage der Meldungen zum Bestand an Arbeitslosen nach Berufsordnungen der Bundesagentur für Arbeit (BA). Betrachtet wurden kurzfristige Veränderungen der gemeldeten Arbeitslosen im Zeitraum Dezember 2012 – November 2013. Zum anderen wurden verfügbare Daten des „Fachkräftemonitors“ der Bundesagentur für Arbeit für das Berichtsjahr 2013 ausgewertet. Diese liefern auf regionaler Ebene u.a. Angaben zu Arbeitslosen-Stellen-Relationen in ausgewählten Berufsfeldern/Berufen der Gesundheitswirtschaft sowie zu Vakanzzeiten, deren Entwicklung im Zeitverlauf sowie im Berufsvergleich.

Zur Analyse des Ausbildungsgeschehens in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft wurde zum einen auf die „Berufsbildungsstatistik des Landes NRW“ (Stichtage 31.12.2008; 31.12.2012) sowie auf die „Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens NRW“ (Stichtage 15.10.2008; 15.10.2012) zurückgegriffen. Zum anderen wurde die „Hochschulstatistik des Landes NRW“ (2012/2013) zugrunde gelegt. Während die „Berufsbildungsstatistik“ den Bestand an Auszubildenden des „Dualen Systems“ in der Gesundheitswirtschaft erfasst, gibt die „Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens NRW“ Auskunft über die Entwicklung der Ausbildungssituation fachschulisch-qualifizierter Gesundheitsberufe (z.B. Gesundheit- und Krankenpflege, Altenpflege, Physiotherapie etc.). Die „Hochschulstatistik“ wurde als Datenbasis genutzt, um die Entwicklung der Studierendenzahlen in ausgewählten gesundheitsbezogenen Studiengängen der Region adäquat abbilden zu können.

Angaben zum Gründungsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft konnten sich dankenswerterweise auf eine Sonderauswertung der „IHK Mittleres Ruhrgebiet“ (Bochum) stützen.

Um bestehende bzw. vermutete Zusammenhänge genauer zu beleuchten, kommunale Besonderheiten herauszuarbeiten und zukunftssträchtige Berufsfelder identifizieren zu können, war eine **Ergänzung der Datenanalysen um qualitative Methoden** unumgänglich. Grundlage waren qualitative Interviews, wobei in Abhängigkeit von der befragten Gruppe unterschiedliche Interviewmethoden und -techniken zum Einsatz kamen (themenzentrierte Interviews, biographische Interviews und Experteninterviews). Insgesamt wurden 20 Interviews mit Personen aus folgenden Bereichen geführt:

- Arbeitsmarktpolitik (3)
- Arbeitgeber (3)
- Berufsverbände und Gewerkschaften (3)
- Branchenförderung (2)
- Gleichstellung (2)
- Aus-, Fort- und Weiterbildung (4)
- Berufsbiographische Interviews (3)

Die **Auswahl der Vertiefungsfelder** erfolgte auf Basis unterschiedlicher Tätigkeitsfelder, Qualifikationsniveaus und rechtlicher Rahmenregelungen beruflicher Bildung der Gesundheitswirtschaft. Folgende Vertiefungsfelder standen im Mittelpunkt der Untersuchung:

- **Pflegesektor:** Der Pflegesektor wurde wegen seiner quantitativen Bedeutung für die Beschäftigung insgesamt wie auch wegen seines hohen Anteils weiblicher Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ausgewählt. Betrachtet wurden zum einen die *einjährigen Qualifizierungsperspektiven zum a) Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten/-in sowie zur b) Altenpflegehelfer/-in*. Grundlage der länderrechtlich geregelten Ausbildung ist zum einen die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (GesKrPflAssPrV). Grundlage der landesrechtlich geregelten schulischen Ausbildung zum Altenpflegehelfer/-in ist die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Altenpflegehilfesausbildung (APRO-APH). Die einjährigen Ausbildungsgänge wurden für das Spektrum niedrigschwelliger, gleichwohl erprobter Berufseinstiege ausgewählt. Zum anderen fanden die *Perspektiven akademisch-qualifizierter Pflege* Eingang in die Untersuchung. Entsprechende Qualifizierungsangebote richten sich zum einen an Studierende, die bereits eine Ausbildung in einem Pflegeberuf absolviert haben und ggfls. über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen (z.B. BA Pflegewissenschaft, BA Gesundheits- und Pflegemanagement an der EFH Bochum, BA Studiengang „Innovative Pflegepraxis“ an der Universität Witten-Herdecke). Zum anderen handelt es sich um grundständig akademische Qualifizierungsangebote, bei denen sowohl die Berufszulassung als auch die wissenschaftliche Qualifizierung während des Studiums erworben werden (Hochschule für Gesundheit [HSG], Bochum).
- **Ambulanter Sektor:** Aus der Datenanalyse ergaben sich erste Hinweise darauf, dass der Sektor von erheblichen Umbrüchen in seinen Beschäftigungsstrukturen sowie durch zunehmend prekäre Beschäftigungslagen von Frauen gekennzeichnet ist. Die Vertiefung der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft für den ambulanten Sektor erfolgte exemplarisch am Berufsbild der/des *„Medizinischen Fachangestellte/-*

n (MFA)“. Hierbei handelt es sich um ein ebenso beliebtes wie tradiertes Berufsbild, das auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) im Bereich „Freier Berufe“ bundeseinheitlich geregelt ist. „Medizinische Fachangestellte“ assistieren Ärzten und Ärztinnen bei der Untersuchung, Behandlung, Betreuung und Beratung von Patienten und führen organisatorische und Verwaltungsarbeiten durch. Dieser Beruf wurde ausgewählt, da er der klassischen „Facharbeitsebene“ (mittleres Qualifikationsniveau) zugeordnet werden kann.

- **Medizintechniksektor:** Erwerbstätigkeit in der Medizintechnik vollzieht sich in einem überaus heterogenen Mix unterschiedlicher Berufsfelder, Berufe und Qualifikationsniveaus. Ingenieure/-innen finden sich in diesem Berufsfeld ebenso, wie angelernte Beschäftigte (z.B. Reinigungsdienste für OP-Instrumente). Das Berufsfeld wurde für die Untersuchung ausgewählt, da es sich um ein strategisches Handlungsfeld der Region Mittleres Ruhrgebiet handelt. Für die Studie wurde explorativ untersucht, welche Berufe Eingang in den Medizintechniksektor der Region finden und welche Aussagen zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Medizintechnik getroffen werden können. Darüber hinaus interessierte, welche konkreten Qualifikationen und Kompetenzen den Unternehmen der Region wichtiger werden und wie die Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Medizintechnik der Region nachhaltig gestärkt werden kann. Methodisch stützen sich die Aussagen auf qualitative Interviews sowie auf eine *Quick-Check-Befragung von Unternehmen der Medizintechnik* der Untersuchungsregion im Rahmen der MEDICA 2013.

Bei den in der Leistungsbeschreibung ursprünglich vorgesehenen Arbeiten handelte es sich wissenschaftlich-methodisch um überaus komplexe Themenstellungen, die im vorgegebenen Zeitraum nur mit inhaltlichen Einschränkungen bearbeitet werden konnten. Aufgrund der Komplexität wurde insgesamt eine *explorative Herangehensweise* zur Bearbeitung der Themenstellungen gewählt. Mit Blick auf die vorab skizzierten Fragestellungen, Arbeitspakete und das Verwertungsinteresse des Auftraggebers wurde zudem ein multizentrischer Untersuchungsansatz gewählt, um möglichst viele Facetten der Themenstellung unter den gegebenen Ressourcen einbeziehen zu können. Auch wenn einzelne Ergebnisse der Studie keine Repräsentativität beanspruchen können, so bieten sie dennoch eine Grundlage für vertiefende Analysen.

Ein besondere Dank gilt unseren Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, die durch ihre Mitwirkung die Studie möglich gemacht haben.

4. Ergebnisse der Studie

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der Studie im Überblick dargestellt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der in Abbildung 1 aufgeführten Untersuchungsfelder, die wichtigsten Befunde der Studie werden für den eiligen Leser den einzelnen Kapiteln jeweils vorangestellt.

4.1 Beschäftigung

Zentrale Befunde

- Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung und geringfügig entlohnte Beschäftigung werden in der Gesundheitswirtschaft in erheblichem Umfang von Frauen geprägt. Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig entlohnte Beschäftigung von Frauen hat in der Gesundheitswirtschaft auch im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft eine höhere Bedeutung. Zwischen den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft zeigen sich für die Anteile weiblicher Beschäftigung jedoch deutliche Unterschiede.
- Die Beschäftigungszuwächse in der Gesundheitswirtschaft liegen über den Beschäftigungszuwächsen der Gesamtwirtschaft, hiervon konnten insbesondere Frauen profitieren. Während die Beschäftigung im klassischen Gesundheitswesen wächst, mussten v.a. der Handel, die sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, das Versicherungswesen sowie die Medizin-/Zahntechnikindustrie im Mittleren Ruhrgebiet Beschäftigungsverluste hinnehmen.
- Mit Ausnahme der stationären Versorgung und der Altenhilfe ist die weibliche geringfügig entlohnte Beschäftigung rückläufig. Die weibliche Vollzeitbeschäftigung ist ebenfalls überwiegend rückläufig, während die weibliche Teilzeitbeschäftigung v.a. in der ambulanten Gesundheitsversorgung erheblich an Bedeutung gewonnen hat.
- Geringfügig entlohnte Beschäftigung spielt insbesondere bei den „Medizinischen Fachangestellten“ sowie bei den „Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen“ und den „Altenpflegehelferinnen“ eine bedeutende Rolle. Die höchsten Teilzeitquoten realisieren die „Haus- und Familienpflegerinnen“, die „Altenpflegehelferinnen“ sowie die „Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen“.
- Weibliche Vollzeitbeschäftigung ist in der ambulanten Altenhilfe verbreiteter als in der stationären Altenhilfe, die reduzierte Vollzeittätigkeit (Teilzeitbeschäftigt über 50%) und ein Beschäftigungsumfang von „50% und weniger, aber nicht geringfügig“ sind demgegenüber in der stationären Altenhilfe von größerer Relevanz. Im Vergleich zeichnet sich die ambulante Altenhilfe durch deutlich höhere Anteile geringfügiger Beschäftigung aus.

Die Darstellung der Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft kann zum einen auf Basis eines *institutionellen Zugriffs*, zum anderen über einen *funktionalen Zugriff* erfolgen. Während der institutionelle Zugriff die Beschäftigung auf Basis der Wirtschaftszweigsystematik ausweist, erfolgt der funktionale Zugriff über die Darstellung ausgewählter Berufsordnungen bzw. Berufe.

4.1.1 Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen

Im Jahr 2013 waren insgesamt 211.686 Personen in der Region Mittleres Ruhrgebiet in der Gesamtwirtschaft beschäftigt, weitere 58.376 Beschäftigte waren in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung tätig (s. Tabelle 1). Der Beschäftigungsanteil der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft betrug 15,5%, d.h. rund jede/-r siebte Beschäftigte/-r war zum Berechnungszeitpunkt in der

Gesundheitswirtschaft der Region tätig. Insgesamt 33.400 Personen gingen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft nach, weitere 8.343 standen in einem geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnis. Bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung entfielen die größten Beschäftigungsanteile auf die Bereiche der stationären Gesundheitsversorgung (31,7%), die Altenhilfe (28,7%) sowie auf die ambulante Gesundheitsversorgung (27,9%). Ein anderes Bild zeichnen die Beschäftigungsanteile geringfügig entlohnter Beschäftigung: Hier dominiert mit 53,3% die ambulante Gesundheitsversorgung, gefolgt von der Altenhilfe (31,5%) und dem stationären Sektor (4,7%). Zur ambulanten Gesundheitsversorgung werden u.a. die Arztpraxen für Allgemeinmedizin, die Facharzt- und Zahnarztpraxen sowie die sonstigen selbständigen Tätigkeiten im Gesundheitswesen gezählt. Die Teilzeitquote⁷ aller Beschäftigten der Region liegt mit 38,9% in der Gesundheitswirtschaft gegenüber 26,6% in der Gesamtwirtschaft deutlich höher. Mehr als jede/-r fünfte Auszubildende/-r der Region war im Jahr 2013 zudem der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen. Mit Blick auf die ausländischen Beschäftigten realisierte die Gesundheitswirtschaft der Region mit einem Anteil von 4,9% gegenüber der Gesamtwirtschaft mit 7,6% einen unterdurchschnittlichen Anteil.

Tabelle 1: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft im mittleren Ruhrgebiet (2013) nach Beschäftigungsbereichen und -verhältnissen (insgesamt)

Gesundheitswirtschaft Mittleres Ruhrgebiet 2013 (insgesamt)	SVB insgesamt	Geringfügig entlohnte Beschäftigte	Aus- zubildende	Vollzeit	Teilzeit	Deutsche	Ausländer
Gesamtwirtschaft insgesamt	211.686	58.376	11.742	155.444	56.226	195.338	16.248
Gesundheitswirtschaft insgesamt	33.400	8.343	2.373	20.408	12.990	31.732	1.650
stationäre Gesundheits- versorgung	10.583	398	788	6.984	3.598	9.984	592
ambulante Gesundheits- versorgung	9.319	4.445	782	6.273	3.046	8.889	423
Altenhilfe	9.578	2.624	478	4.136	5.441	9.059	517
Versicherungswesen	2.362	71	182	1.833	529	2.328	34
Pharmazie							
Handel	504	177	44	343	161	485	19
sonstige gesundheitsrele- vante DL	269	352	22	186	83	240	27
benachbarte Industrie- zweige							
Medizin-/Zahntechnik	785	276	77	653	132	747	38

Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Welche Aussagen lassen sich zur quantitativen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Frauenbeschäftigung treffen? Erwartungsgemäß dominieren Frauen das Beschäftigungsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft der Region. Insgesamt 26.104 Frauen gingen im Jahr (2013) einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, weitere 6.408 einer geringfügig entlohnten Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft (s. Tabelle 2) nach. Die quantitativ dominierenden Beschäftigungsbereiche waren die ambulante Gesundheitsversorgung (31,7%), gefolgt von der stationären Gesundheitsversorgung (29,8%) und der Altenhilfe (29,4%). Mit Blick auf geringfügig entlohnte Beschäftigung entfielen die größten Anteile ebenfalls auf die ambulante Gesundheitsversorgung (55,6%), gefolgt von der

⁷ Die „Teilzeitquote“ bezeichnet hier den Anteil der Teilzeitbeschäftigten an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Die geringfügig Beschäftigten (GeB) sind in der Quote nicht berücksichtigt und wären entsprechend hinzuzurechnen.

Altenhilfe mit 32,0%. Eine wesentlich geringere Rolle spielte hingegen mit lediglich 4,2% die stationäre Gesundheitsversorgung. Zunächst muss für die Gesundheitswirtschaft festgehalten werden, dass eine Beschäftigung in Vollzeit bei den Frauen quantitativ dominiert. Insgesamt 14.402 Frauen waren zum Berechnungszeitpunkt in der Gesundheitswirtschaft vollzeit beschäftigt. Die Teilzeitquote von Frauen betrug 2013 in der Gesamtwirtschaft der Region 46,2%, in der Gesundheitswirtschaft wurde mit 44,8% eine Quote unterhalb der Gesamtwirtschaft realisiert. Zum Vergleich: in NRW insgesamt lag im Jahr 2013 die Teilzeitquote von Frauen in der Gesamtwirtschaft bei 44,1%, in der Gesundheitswirtschaft hingegen bei 30,6%!

Insbesondere in der Altenhilfe und in der stationären Gesundheitsversorgung spielt die Teilzeitbeschäftigung mit Anteilen von 41,2% bzw. 27,8% eine bedeutende Rolle. Die Anteile weiblicher ausländischer Beschäftigter ist in der Gesundheitswirtschaft der Region mit 4,9% identisch mit dem Anteil der ausländischen Beschäftigten in der Branche insgesamt. Bei den weiblichen Beschäftigten dominiert insbesondere der Bereich „Altenhilfe“.

Tabelle 2: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft im mittleren Ruhrgebiet (2013) nach Beschäftigungsbereichen und -verhältnissen (weiblich)

Gesundheitswirtschaft Mittleres Ruhrgebiet 2013 (weiblich)	SVB insgesamt	Geringfügig entlohnte Beschäftigte	Auszubildende	Vollzeit	Teilzeit	Deutsche	Ausländer
Gesamtwirtschaft insgesamt	94.755	36.223	5.368	50.990	43.758	89.126	5.585
Gesundheitswirtschaft insgesamt	26.104	6.408	1.897	14.403	11.700	24.077	1.273
stationäre Gesundheitsversorgung	7.792	270	608	4.527	3.264	7.382	408
ambulante Gesundheitsversorgung	8.280	3.562	745	5.458	2.822	7.460	363
Altenhilfe	7.663	2.053	329	2.848	4.815	7.095	443
Versicherungswesen	1.476	54	125	979	497	1.402	20
Pharmazie	-	-	-	-	-	-	-
Handel	358	141	32	210	148	322	12
sonstige gesundheitsrelevante DL	113	170	14	73	40	65	8
benachbarte Industriezweige	-	-	-	-	-	-	-
Medizin-/Zahntechnik	422	158	44	308	114	351	19

Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Ein wenig anders stellt sich die Situation dar, wenn die Anteile weiblicher Beschäftigter an allen Beschäftigten entlang der aufgeführten Beschäftigungsbereiche betrachtet werden (s. Tabelle 3). Welche Beschäftigungsanteile realisieren Frauen entlang der einzelnen Beschäftigungsbereiche der Gesundheitswirtschaft? Hier zeigen sich nicht nur im Vergleich der Gesundheitswirtschaft mit der Gesamtwirtschaft, sondern auch zwischen den einzelnen Beschäftigungsbereichen der Branche erhebliche Unterschiede.

So lag der Anteil weiblicher Beschäftigung bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft im Jahr 2013 bei 44,8%. Auch in der Gesamtwirtschaft ist die geringfügig entlohnte Beschäftigung frauendominiert, 62,1% der geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnisse entfielen 2013 in der Region auf Frauen. Von allen Vollzeitbeschäftigten sind in der Gesamtwirtschaft 32,8% weiblich, demgegenüber entfällt auf die Teilzeitbeschäftigung ein Anteil weiblicher Beschäftigter von 77,8%. Die Gesundheitswirtschaft zeigt mit Blick auf die Relevanz weiblicher Beschäftigung

ein zwispältiges Bild: Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung insgesamt. Hier betrug 2013 der Frauenanteil in der Region 78,2%. Dieser Wert lag deutlich über dem Wert der Gesamtwirtschaft. Demgegenüber zeigten die Anteile geringfügig entlohnter Frauen in der Gesundheitswirtschaft gegenüber der Gesamtwirtschaft ebenfalls deutlich höhere Werte: von allen geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnissen entfielen in der Gesundheitswirtschaft 76,8% auf weibliche geringfügig entlohnte Beschäftigung. Als klassische Frauendomäne verfügt die Branche gegenüber der Gesamtwirtschaft mit 70,6% zum einen über deutlich höhere Anteil weiblicher Vollzeitbeschäftigung. Zum anderen sind von allen Teilzeitbeschäftigten der Branche 90,1% weiblich. Auch bei den ausländischen Beschäftigten dominieren mit einem Anteil von 77,6% Frauen die Beschäftigung.

Tabelle 3: Anteile weibliche Beschäftigte im mittleren Ruhrgebiet (2013) nach Beschäftigungsbereichen und -verhältnissen

Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft Mittleres Ruhrgebiet 2013 (Anteile Frauen)	SVB insgesamt	Geringfügig entlohnte Beschäftigte	Auszubildende	Vollzeit	Teilzeit	Deutsche	Ausländer
Gesamtwirtschaft insgesamt	44,8	62,1	45,7	32,8	77,8	45,6	34,4
Gesundheitswirtschaft insgesamt	78,2	76,8	79,9	70,6	90,1	75,9	77,6
stationäre Gesundheitsversorgung	73,6	67,8	77,2	64,8	90,7	73,9	68,9
ambulante Gesundheitsversorgung	88,9	80,1	95,3	87,0	92,6	83,9	85,5
Altenhilfe	80,0	78,2	68,8	68,9	88,5	78,3	85,7
Versicherungswesen	62,5	76,1	68,7	53,4	94,0	60,2	58,8
Pharmazie							
Handel	71,0	79,7	72,7	61,2	91,9	66,4	63,2
sonstige gesundheitsrelevante DL	42,0	48,3	63,6	39,2	48,8	27,1	29,6
benachbarte Industriezweige							
Medizin-/Zahntechnik	53,8	57,2	57,1	47,2	86,4	47,0	50,0

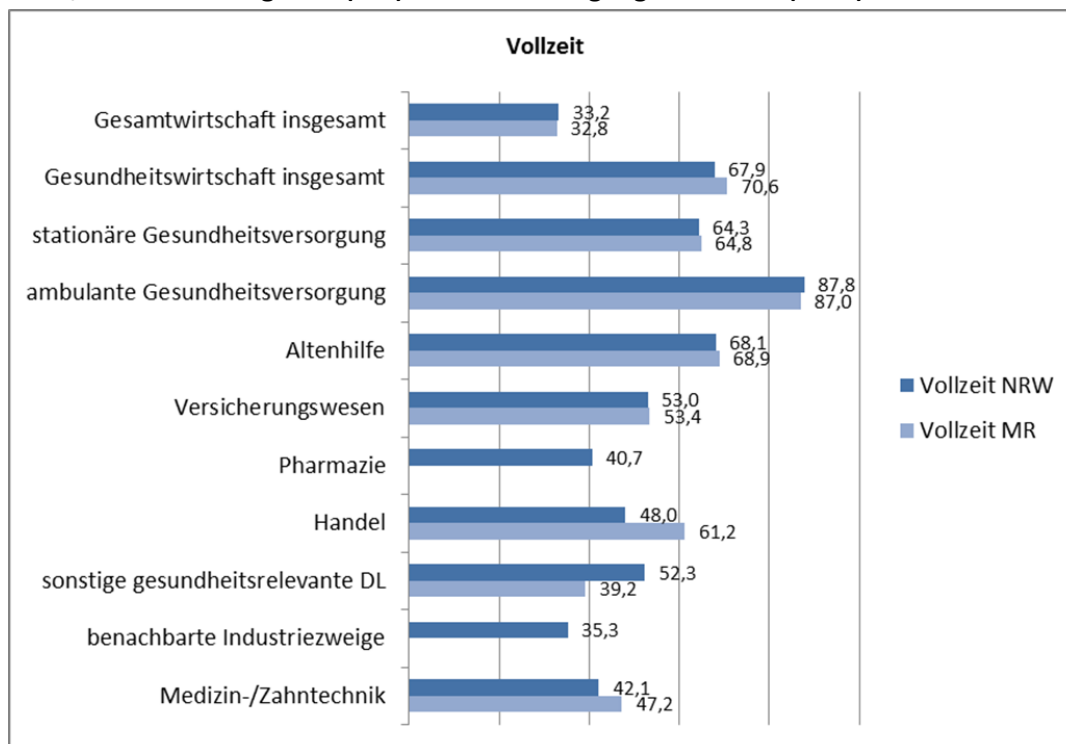
Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Betrachtet man die Anteile weiblicher Beschäftigung nach Beschäftigungsbereichen und -verhältnissen im Detail so fällt auf, dass auf institutioneller Ebene differenzierte Anteile weiblicher Beschäftigung realisiert werden. Während der Anteil weiblicher Beschäftigung in der ambulanten Gesundheitsversorgung bei 88,9% liegt, zeichnet sich die Frauenbeschäftigung etwa im Versicherungswesen der Gesundheitswirtschaft (62,5%), in der Medizin- und Zahntechnik (53,8%) oder in den sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen (42,0%) durch geringere Anteile aus. Bei der geringfügig entlohnten Beschäftigung sind es insbesondere die ambulante Gesundheitsversorgung (80,1%), der Handel (79,7%) sowie die Altenhilfe (78,2%) die hohe Beschäftigungsanteile von Frauen vorweisen. Mit Blick auf die Anteile weiblicher Teilzeitbeschäftigung realisieren insbesondere das Versicherungswesen (94,0%), die ambulante Gesundheitsversorgung (92,6%) sowie der Handel der Gesundheitswirtschaft (91,9%) hohe Anteile. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn die Anteile von Frauen an der Vollzeitbeschäftigung betrachtet wird: So sind von allen Vollzeitbeschäftigten in der stationären Versorgung lediglich 64,8% weiblich, während in der ambulanten Gesundheitsversorgung mit 87% ein deutlich höherer Wert realisiert wird. Überdurchschnittlich hohe Anteile weiblicher ausländischer Beschäftigung sind ebenfalls in der ambulanten Gesundheitsversorgung (85,5%) und im Handel (63,2%) zu sehen.

discher Beschäftigung finden sich vor allem in der Altenhilfe (85,5%) sowie in der ambulanten Gesundheitsversorgung (85,7%).

Lassen sich, mit Blick auf die Beschäftigungsstrukturen und -verhältnisse der Gesundheitswirtschaft, zwischen der Region Mittleres Ruhrgebiet und NRW insgesamt Unterschiede identifizieren? Betrachtet werden im Folgenden die Anteile weiblicher Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung sowie geringfügig entlohnter Beschäftigung für das Jahr 2013. Das Mittlere Ruhrgebiet weist gegenüber NRW insgesamt (67,9) mit 70,6% einen höheren Anteil weiblicher Vollzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft auf (s. Abbildung 2). Während im Versicherungswesen lediglich rund jeder zweiter Beschäftigte in Vollzeit männlich ist, ist in der ambulanten Gesundheitsversorgung von 10 Beschäftigten gerade mal 1 Beschäftigter männlich. Deutliche Unterschiede zwischen Land und Region zeigen sich vor allem in den Beschäftigungsbereichen Handel, sonstige gesundheitsrelevante Dienstleistungen sowie in der Medizin- und Zahntechnik. Während in den Feldern Handel und der Medizin- und Zahntechnik die Anteile weiblicher Vollzeitbeschäftigter über dem Landesdurchschnitt liegen, spielt die Vollzeitbeschäftigung im Bereich der sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen im mittleren Ruhrgebiet mit einem Anteil von 39,2% gegenüber dem Landesdurchschnitt (52,3%) eine deutlich geringere Rolle.

Abbildung 2: Anteile weiblicher Beschäftigter an allen Vollzeitarbeitsverhältnissen im Vergleich NRW/Mittleres Ruhrgebiet (MR) nach Beschäftigungsbereichen (2013)

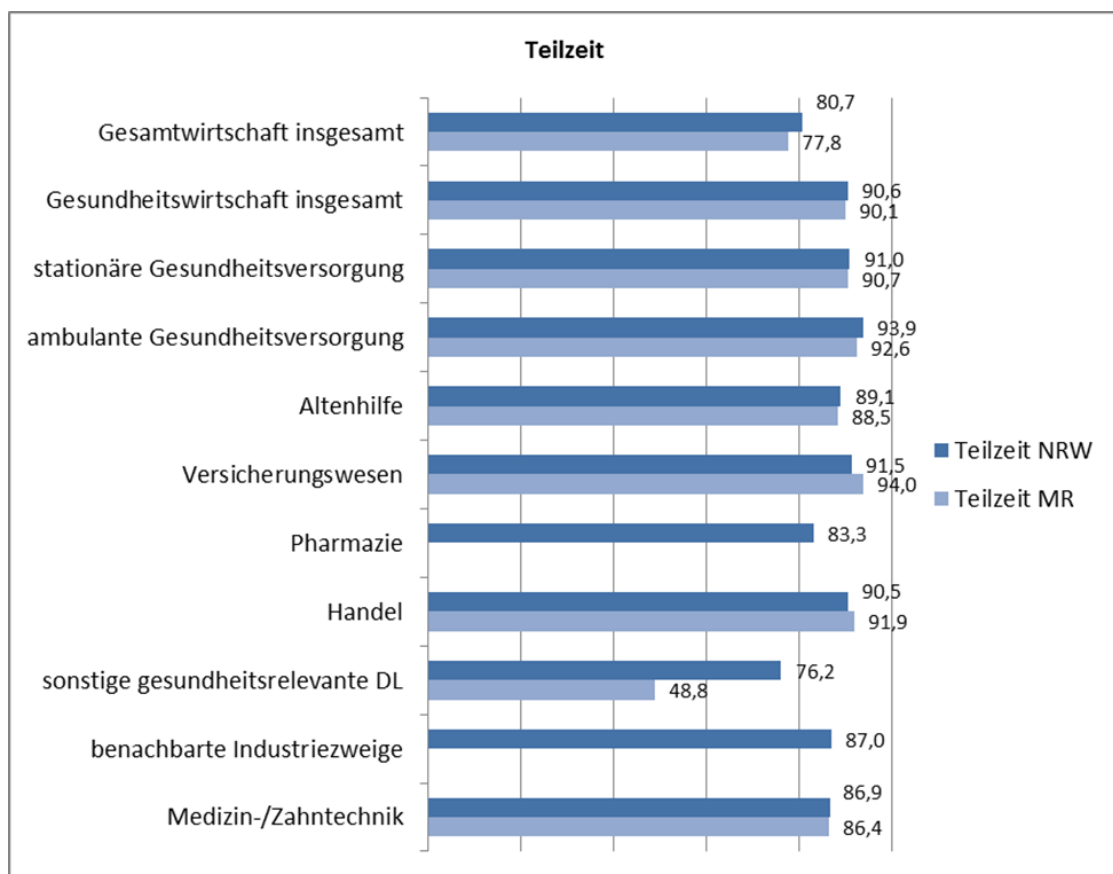


Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Mit Blick auf die Teilzeitbeschäftigung bestätigt sich die hohe Relevanz der Teilzeitarbeit als weiblich dominierte Beschäftigungsform (s. Abbildung 3). In NRW sind 80,7% der Teilzeitbeschäftigten in der Gesamtwirtschaft weiblich, im Mittleren Ruhrgebiet fällt der Anteil mit einem Wert von 77,8% hingegen rund drei Prozentpunkte geringer aus. Die Gesundheitswirtschaft zeigt sich sowohl für NRW insgesamt als auch für das Mittlere Ruhrgebiet in punkto Teilzeitarbeit als weiblich dominiert. Von insgesamt 10 Beschäftigten der Branche in Teilzeit sind neun Beschäftigte weiblich. Gegenüber dem NRW- Landesdurchschnitt zeigen sich vor allem für das Versicherungswesen sowie für die sonstigen

gesundheitsrelevanten Dienstleistungen im Mittleren Ruhrgebiet deutliche Abweichungen der Anteile: So entfielen von allen Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen im Versicherungswesen auf Frauen in NRW 91,5%, im Mittleren Ruhrgebiet hingegen 94,0%. Noch deutlicher zeigen sich die Differenzen bei den sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen: Rund die Hälfte der im Mittleren Ruhrgebiet tätigen Teilzeitbeschäftigten sind Frauen, d.h. die Teilzeit ist hier gegenüber dem Land NRW durch deutlich höhere Anteile männlicher Beschäftigter gekennzeichnet. Allerdings muss hierbei auch die geringe quantitative Bedeutung der Beschäftigung insgesamt (83 Teilzeitbeschäftigte insgesamt) in Rechnung gestellt werden.

Abbildung 3: Anteile weiblicher Beschäftigter an allen Teilzeitarbeitsverhältnissen im Vergleich NRW/Mittleres Ruhrgebiet (MR) nach Beschäftigungsbereichen (2013)

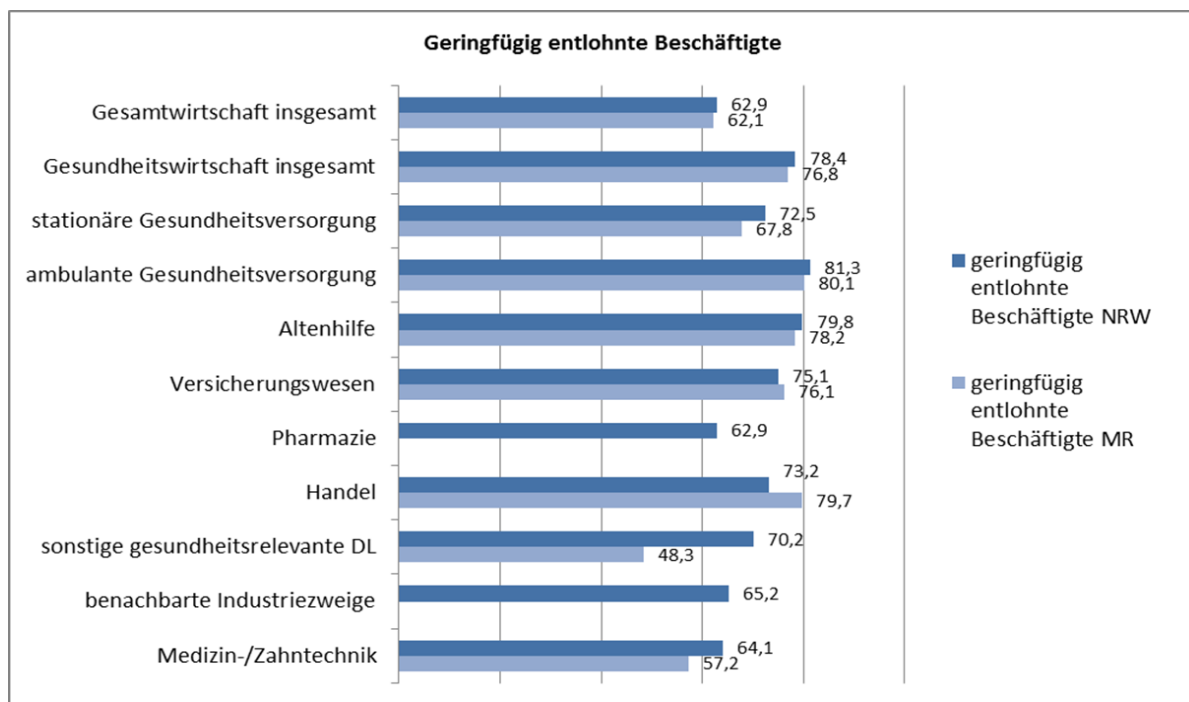


Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 4 stellt die Anteile weiblicher Beschäftigter an allen geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnissen in der Gesamtwirtschaft/Gesundheitswirtschaft im Vergleich des Mittleren Ruhrgebiets und NRW dar. Im Vergleich mit den Anteilen weiblicher geringfügig entlohnter Beschäftigung von Frauen in der Gesamtwirtschaft (NRW: 62,9%; Mittleres Ruhrgebiet: 62,1%) zeichnet sich die Gesundheitswirtschaft mit Anteilen von 78,4% bzw. 76,8% sowohl in NRW als auch in der Region Mittleres Ruhrgebiet durch deutlich höhere Anteile aus. Dass geringfügig entlohnte Beschäftigung wie auch Teilzeitarbeit primär von Frauen ausgeübt wird, überrascht zunächst nicht weiter. Interessant sind in diesem Zusammenhang vor allem die Differenzen zwischen der Gesamt- und der Gesundheitswirtschaft sowie Unterschiede zwischen einzelnen Beschäftigungsbereichen: So realisiert der stationäre Sektor im mittleren Ruhrgebiet gegenüber NRW insgesamt deutlich geringere Anteile weiblicher geringfügig entlohnter Beschäftigung, wie auch einen geringeren Anteil im Vergleich der Beschäftigungsbereiche insgesamt. Im Versicherungswesen (76,1%) sowie im Handel (79,7%) werden

bei der geringfügig entlohnten Beschäftigung von Frauen im Mittleren Ruhrgebiet gegenüber NRW höhere Werte erzielt. Die vorliegenden Daten legen nahe, dass insbesondere mit Blick auf weibliche Arbeitsverhältnisse jenseits des Normalarbeitsverhältnisses (NAV) die ambulante Gesundheitsversorgung, die Altenhilfe aber auch das Versicherungswesen eine vertiefende Betrachtung erfahren sollten.

Abbildung 4: Anteile weiblicher Beschäftigter an allen geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnissen im Vergleich NRW/Mittleres Ruhrgebiet (MR) nach Beschäftigungsbereichen (2013)

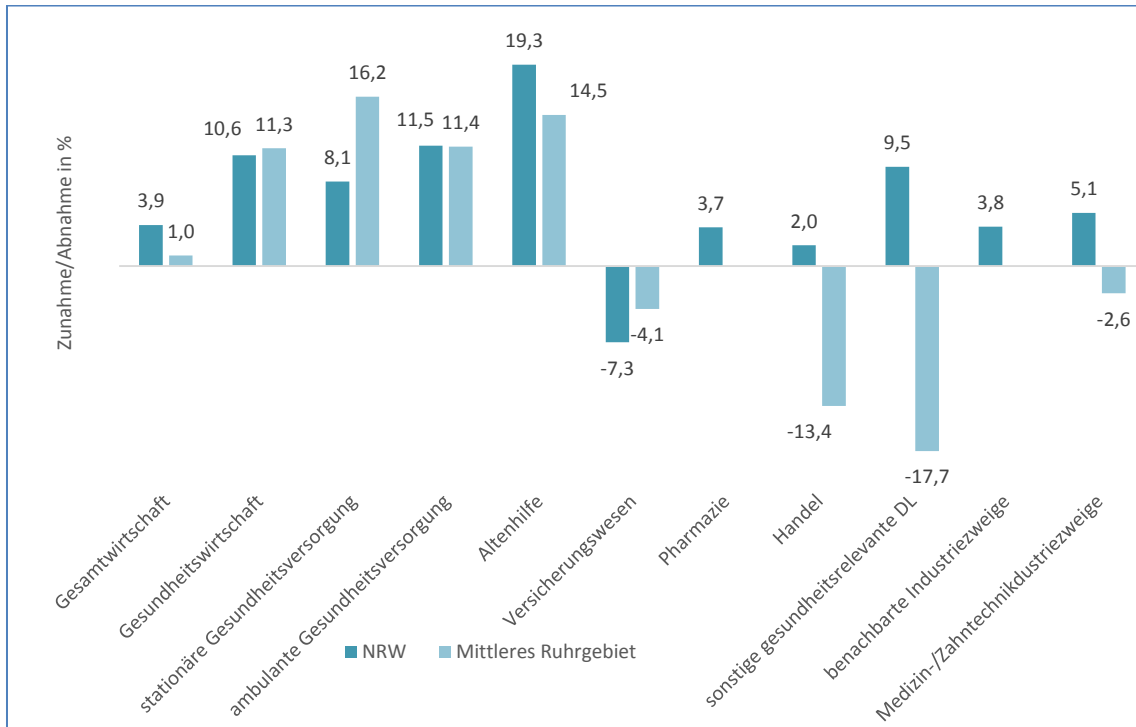


Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Wie hat sich die Beschäftigung in Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft im Zeitverlauf entwickelt? Den nachfolgenden Auswertungen wurde ein Fünf-Jahres Zeitraum (2008 bis 2013) zugrunde gelegt. Verglichen werden zudem die Entwicklung in NRW insgesamt mit der Entwicklung in der Teilregion Mittleres Ruhrgebiet. Abbildung 5 zeigt, dass sich die Gesundheitswirtschaft sowohl in NRW als auch im mittleren Ruhrgebiet zwischen 2008-2013 gegenüber der Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesamtwirtschaft deutlich positiver entwickelt hat. Während die Gesamtwirtschaft im mittleren Ruhrgebiet einen Zuwachs von + 1,0% erzielen konnte (NRW: + 3,9%), wurde in der Gesundheitswirtschaft ein Beschäftigungszuwachs im Beobachtungszeitraum von +11,3% (NRW: +10,6%) realisiert. Die Gesamtwirtschaft wuchs im mittleren Ruhrgebiet zwar geringer als in NRW insgesamt, jedoch konnte die Gesundheitswirtschaft der Region leicht höhere Zuwächse als NRW insgesamt verzeichnen. Deutlich wird, dass sowohl die Beschäftigungsentwicklung im Vergleich der gesundheitswirtschaftlichen Teilbranchen, als auch im regionalen Vergleich unterschiedlich verlaufen ist. Wachstumsträger in NRW wie auch im mittleren Ruhrgebiet waren insbesondere die Kernbereiche des klassischen Gesundheitswesens: die stationäre Versorgung, die ambulante Versorgung sowie die Altenhilfe. Demgegenüber hatten die Bereiche Handel (-13,4%), sonstige gesundheitsrelevante Dienstleistungen (-17,7%) sowie die Medizin- und Zahntechnik (-2,6%) Beschäftigungseinbußen zu verzeichnen. Der Rückgang der Beschäftigung in der Medizin- und Zahntechnik im mittleren Ruhrgebiet vollzog sich sogar entgegen dem Landestrend. Deutlich positiver als im Landestrend zeigt sich hingegen die Beschäftigungsentwicklung in der stationären Gesundheitsversorgung.

gung (+16,2%). Die Ursachen für den Rückgang der Beschäftigung in den erwähnten Teilbranchen kann an dieser Stelle nur vermutet werden: Zentralisierungstendenzen im Versicherungswesen sowie im Handel spielen höchstwahrscheinlich ebenso eine Rolle, wie ungenutzte Spezialisierungs- und Agglomerationsvorteile, etwa in der Medizintechnik.

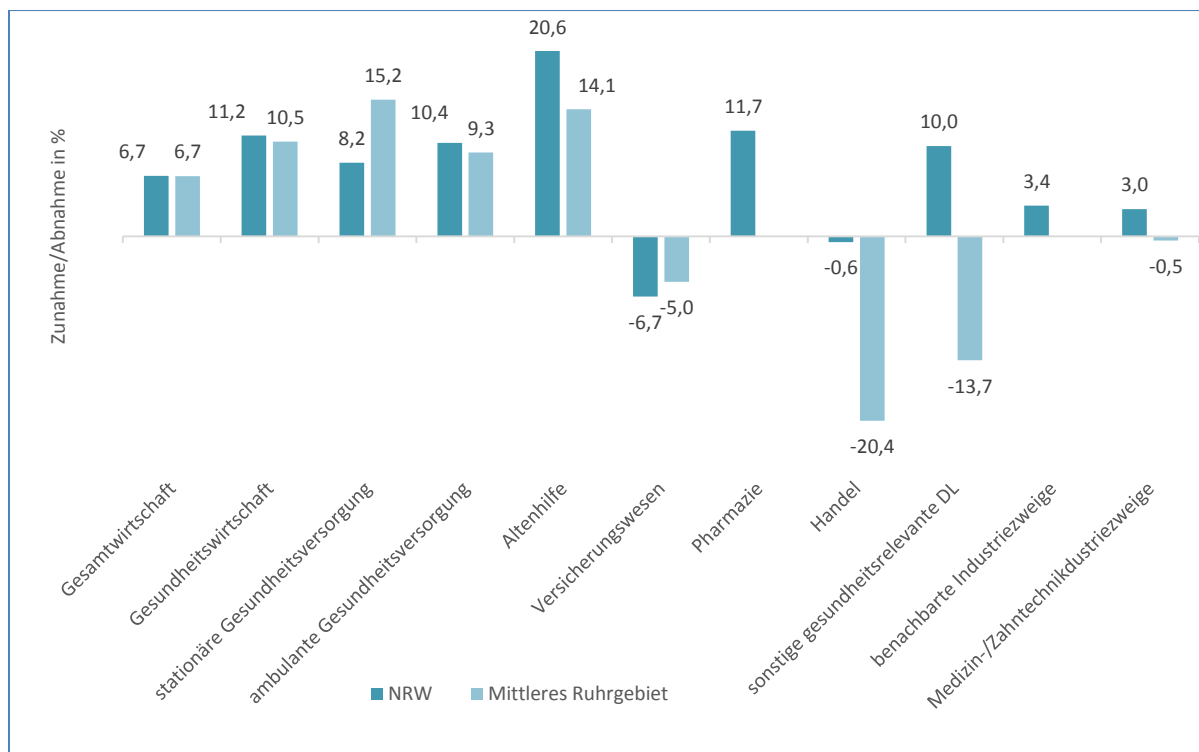
Abbildung 5: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet ;2008-2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 6 zeigt die Entwicklung weiblicher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft im Zeitverlauf. Sowohl der Beschäftigungsaufbau als auch die Beschäftigungsverluste in der Gesundheitswirtschaft wurden wesentlich durch Frauen getragen. Allerdings konnten Frauen in der Region Mittleres Ruhrgebiet gegenüber dem Landesdurchschnitt nicht so stark von der positiven Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft profitieren. Insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung (+9,3%) und in der Altenhilfe (+14,1%) lagen die Zuwächse weiblicher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung unterhalb des NRW-Landesdurchschnitts. Demgegenüber entwickelte sich der Beschäftigungsaufbau im stationären Sektor (+15,2%) gegenüber NRW (8,2%) insgesamt deutlich positiver. Der Handel zeigt sich als ein Teilbereich der Gesundheitswirtschaft, in welchem Frauen überdurchschnittlich stark von den Beschäftigungsverlusten betroffen waren. Aus dem Vergleich der Abbildung 5 und 6 lässt sich insgesamt eine Stabilität tradierter geschlechtsspezifischer Beschäftigungsstrukturen in der Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbranchen ersehen. So zeigen sich im Beobachtungszeitraum in den Kernbereichen der Gesundheitsversorgung kaum nennenswerte Verschiebungen der Beschäftigungsanteile zwischen den Geschlechtern.

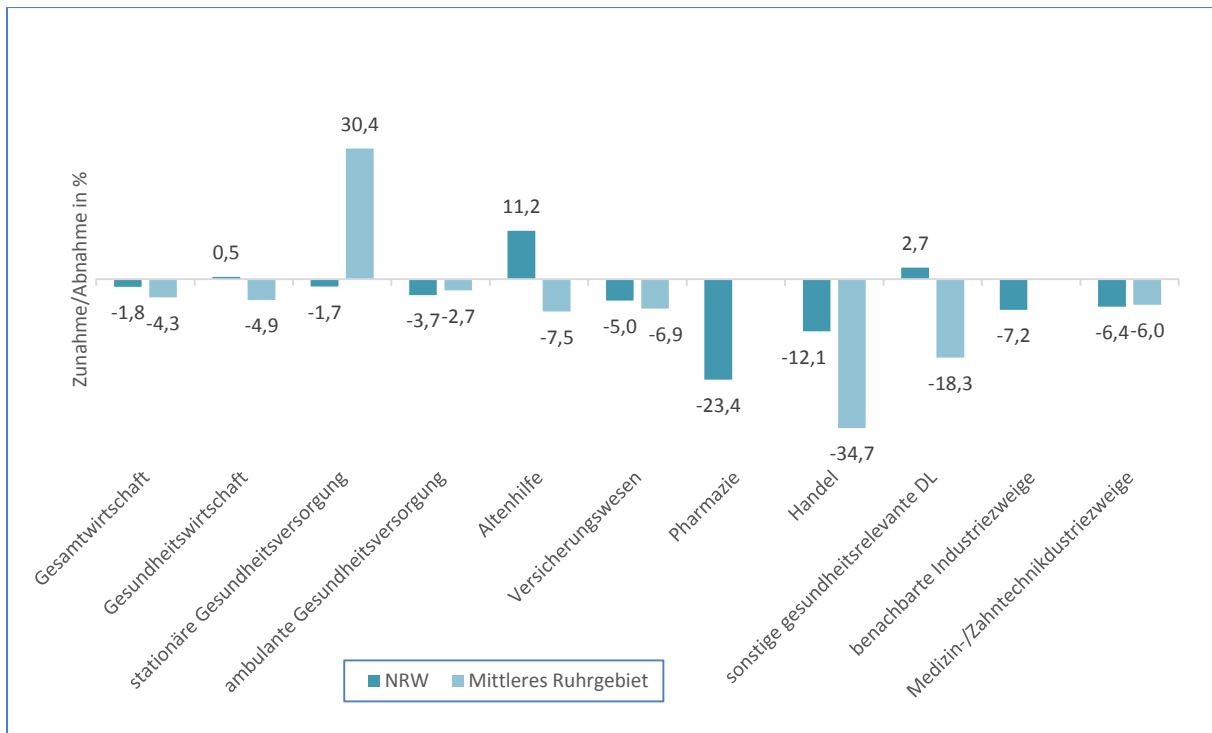
Abbildung 6: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (weiblich) in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet ;2008-2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Die geringfügig entlohnte Beschäftigung von Frauen ist insgesamt rückläufig (s. Abbildung 7). Diese Aussage trifft sowohl für die Gesamtwirtschaft, als auch für Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet zu. Einen leichten Anstieg geringfügig entlohnter Beschäftigung konnte im Beobachtungszeitraum lediglich für die Gesundheitswirtschaft in NRW (+0,5%) insgesamt verzeichnet werden. Auffallend in der Entwicklung sind die Bereiche der stationären Versorgung im Mittleren Ruhrgebiet sowie die Entwicklung in der Altenhilfe in NRW. Im Beobachtungszeitraum 2008-2013 war für die stationäre Versorgung im Mittleren Ruhrgebiet ein Zuwachs geringfügig entlohnter Beschäftigung um + 30,4%, in der Altenhilfe in NRW ein Zuwachs um +11,2% zu verzeichnen. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass der Zuwachs in der stationären Versorgung zwar prozentual hoch, absolut (+ 99 Beschäftigte) jedoch gering ausfällt. In der Altenhilfe entwickelte sich die geringfügig entlohnte Beschäftigung im mittleren Ruhrgebiet mit einem Rückgang von -7,5% sogar entgegen dem Landtrend. Auffallend war hingegen der Rückgang der geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnisse in den Bereichen Handel sowie der sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen. Vergleicht man die Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigung von Frauen mit der Entwicklung geringfügig entlohnter Beschäftigung insgesamt, so zeigt sich, dass die Zu- bzw. Abnahmen ebenfalls primär von Veränderungen weiblicher Beschäftigung getragen wurden (ohne Abbildung). Bundesweit lässt sich ein Trend sinkender Zahlen bei den weiblichen geringfügig entlohnten Beschäftigten feststellen, während die Zahl der männlichen Mini-Jobber auch in den letzten Jahren weiter gestiegen ist (Bundesagentur für Arbeit 2013).

Abbildung 7: Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigung (weiblich) in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet; 2008-2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Wie hat sich die weibliche Vollzeitbeschäftigung in der Gesamtwirtschaft sowie in der Gesundheitswirtschaft und ihren Teilbranchen im Zeitverlauf entwickelt? Abbildung 8 zeigt, dass sowohl für die Gesamtwirtschaft als auch für die Gesundheitswirtschaft ein Rückgang der Vollzeitbeschäftigung konstatiert werden kann, wobei sich der Rückgang in der Gesundheitswirtschaft auf einem geringeren Niveau als in der Gesamtwirtschaft vollzog. Ein Zuwachs weiblicher Vollzeitbeschäftigung kann lediglich für den stationären Sektor im mittleren Ruhrgebiet (+ 4,8%) und den pharmazeutischen Sektor in NRW (+ 5,4%) konstatiert werden. Der Rückgang der Vollzeitbeschäftigung vollzog sich in der Region Mittleres Ruhrgebiet gegenüber NRW in der Gesundheitswirtschaft insgesamt sowie in der ambulanten Gesundheitsversorgung unterhalb des Landesdurchschnitts. Demgegenüber konnten in der Altenhilfe, im Versicherungswesen sowie in den Zuliefer- und Randbereichen der Gesundheitswirtschaft ein deutlich höherer Rückgang der Vollzeitbeschäftigung verzeichnet werden. Die Ursachen für diese Entwicklungen sind vielfältig: Im stationären Sektor ist beispielsweise in den vergangenen Jahren, nach Aussagen in den Interviews, eine Wachstumsgrenze der Teilzeitbeschäftigung vor allem in der Pflege erreicht worden. Zum anderen ist insbesondere im ärztlichen Bereich Personal im Umfang von Vollzeitverhältnissen eingestellt worden. Des Weiteren können ein hoher Marktdruck (etwa in der Altenhilfe) sowie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der privaten Haushalte im Mittleren Ruhrgebiet insgesamt für die dargestellten Entwicklungen eine bedeutende Rolle spielen. Aus einer Studie zum „Wiedereinstieg in der Gesundheitswirtschaft“ ist bekannt, dass aufgrund der in Teilen prekären Beschäftigungslagen der Männer in der Region, eine Vollzeitbeschäftigung von Frauen als notwendiger Beitrag zur Sicherung der familiären Existenzgrundlage wahrgenommen wird (Dörpinghaus/Evans 2011).

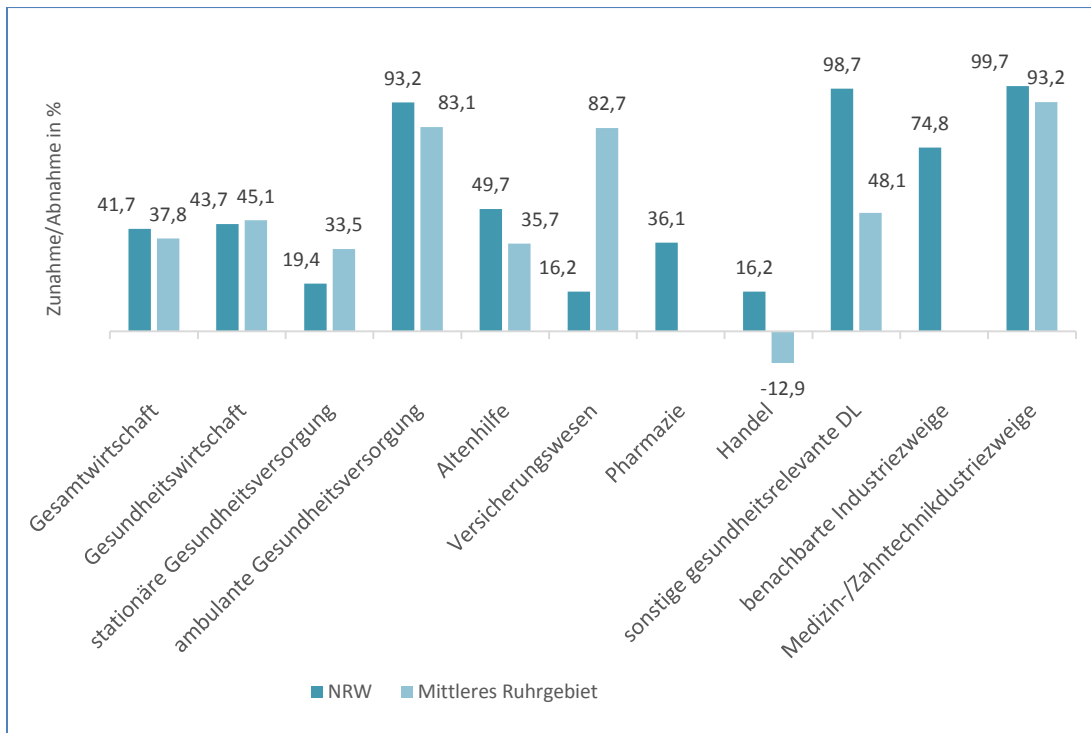
Abbildung 8: Entwicklung der Vollzeitbeschäftigung (weiblich) in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet; 2008-2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Während die Vollzeitbeschäftigung in nahezu allen Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft einen deutlichen Rückgang zu verzeichnen hatte, verweist Abbildung 9 demgegenüber auf einen deutlichen Bedeutungsgewinn der Teilzeitbeschäftigung. Die Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft ist gegenüber der Gesamtwirtschaft dynamischer gewachsen, im Mittleren Ruhrgebiet zudem stärker als in NRW insgesamt. Auffällig sind vor allem die Differenzen zwischen der Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft. Insbesondere der ambulante Sektor und die Zuliefer- und Randbereiche weisen in punkto Teilzeitbeschäftigung eine überaus dynamische Entwicklung aus. Im ambulanten Sektor konnte zwischen 2008 und 2013 ein Zuwachs der weiblichen Teilzeitbeschäftigten von 93,2% (NRW) bzw. 83,1% (Mittleres Ruhrgebiet) verzeichnet werden. Der stationäre Sektor des Mittleren Ruhrgebiets (+33,5%) konnte gegenüber NRW insgesamt (19,4%) eine höhere Zunahme der weiblichen Teilzeitbeschäftigung verzeichnen. Unterdurchschnittlich fielen hingegen die Zuwächse in der Altenhilfe aus. Deutlich entgegen dem Landestrend entwickelte sich die weibliche Teilzeitbeschäftigung im gesundheitswirtschaftlichen Versicherungswesen des Mittleren Ruhrgebiets. Hier konnte zwischen 2008 und 2013 ein Zuwachs von +82,7% weiblicher Teilzeitbeschäftigung verzeichnet werden. Die Gesundheitswirtschaft ist gegenüber der Gesamtwirtschaft eine Branche, in der die Teilzeitbeschäftigung quantitativ als auch in ihrer Dynamik einen wesentlich größeren Stellenwert einnimmt. Das Beschäftigungswachstum der Branche ist zu einem erheblichen Umfang auf den Zuwachs an Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Vielfach stehen jedoch die Altenhilfe oder die Krankenhäuser im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit – die Entwicklung der Beschäftigung ebenso wie beschäftigungsstrukturelle Veränderungen im ambulanten Sektor oder etwa im Versicherungswesen führen bislang vielfach ein Schattendasein, obwohl es sich hierbei um quantitativ bedeutsame wie auch um sich dynamisch entwickelnde Beschäftigungsfelder für Frauen in der Gesundheitswirtschaft handelt.

Abbildung 9: Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung (weiblich) in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet; 2008-2013)



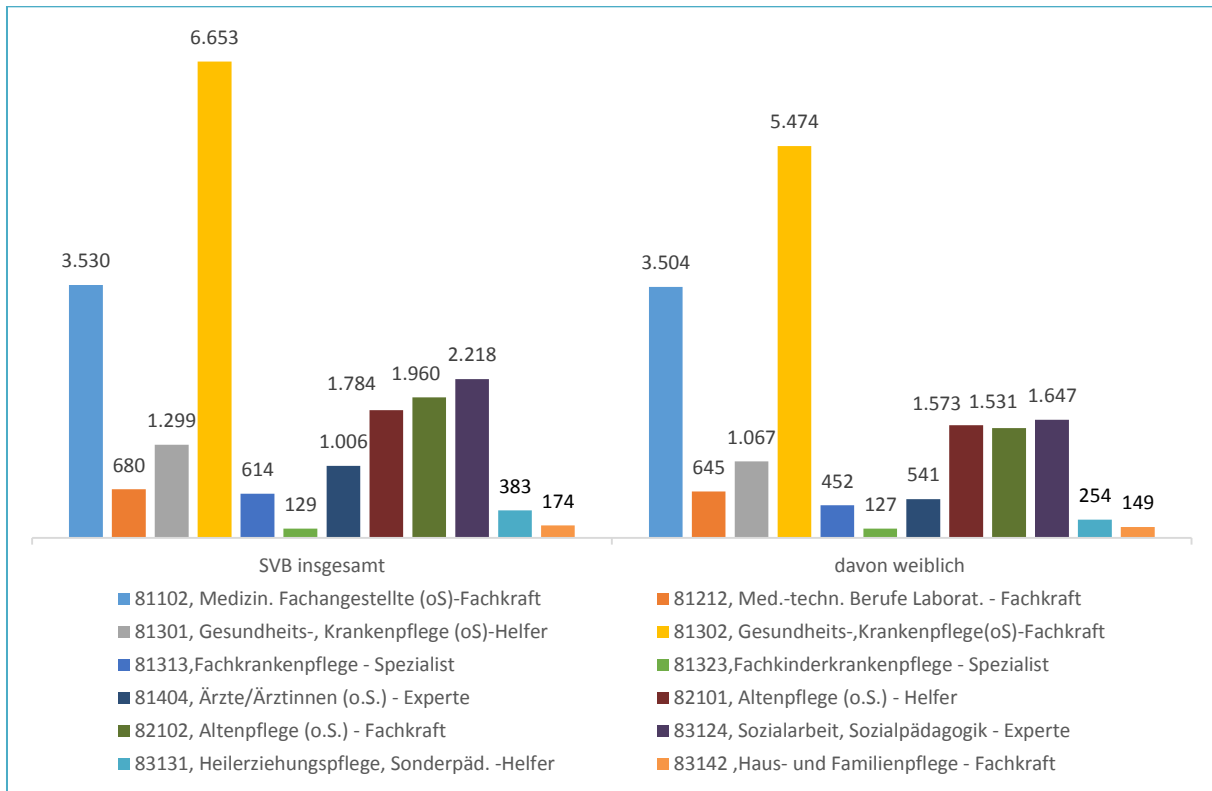
Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

4.1.2 Beschäftigung nach Berufsordnungen

Aus den bisherigen Befunden konnten zwar Aussagen für die dargestellten Beschäftigungsbereiche und ihnen zuordbare Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft gezogen werden. Eine Differenzierung zwischen einzelnen Berufsgruppen und Berufen ist auf dieser Basis jedoch nicht möglich. **Welche Berufsgruppen, Berufe und Qualifikationsniveaus prägen quantitativ weibliche Erwerbstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft im mittleren Ruhrgebiet? Lassen sich hinsichtlich der atypischen Beschäftigung Unterschiede zwischen einzelnen Berufsgruppen/Berufen erkennen?** Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse auf Basis der Beschäftigtenstatistik nach Berufsordnungen vorgestellt. Die Auswahl erfolgt entlang der Klassifikation der Berufe (KldB 2010), die mittlerweile auch Aussagen zum Qualifikationsniveau der Beschäftigten erlaubt. Es wird differenziert zwischen den Kategorien „Helfer“, „Fachkraft“, „Spezialist“ und „Experte“. Der Terminus „Fachkraft“ zielt i.d.R. auf eine 3-jährig abgeschlossene Berufsausbildung, während die Klassifizierung „Spezialist“ das Vorliegen abgeschlossener Maßnahmen beruflicher Fort- und Weiterbildung impliziert. Die Übergänge zum Terminus „Experte“ sind hierbei fließend, wobei dieser Kategorie diejenigen Beschäftigtengruppen zugeordnet werden, die über ein abgeschlossenes Hochschulstudium verfügen. Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der quantitativ stärksten Berufsgruppen der Gesundheitswirtschaft in der Region Mittleres Ruhrgebiet. Mit Blick auf die aktuellen Debatten um die gesundheitliche Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen in ihrem häuslichen Umfeld und im Quartier wurde zusätzlich zu den klassischen Gesundheits(fach)berufen die Berufsgruppe der „Sozialarbeiter und Sozialpädagogen“ in die Analyse einbezogen. Diese Berufe spielten bereits in der Vergangenheit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eine bedeutende Rolle. Die Po-

tenziale pflegerischer, therapeutischer und medizinischer Kompetenzen einerseits sowie sozialarbeiterischer Kompetenzen andererseits sind werden bislang für Konzepte gesundheitsorientierter Sozialraumgestaltung auf kommunaler Ebene jedoch erst in Ansätzen ausgeschöpft.

Abbildung 10: Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Berufsordnungen (Mittleres Ruhrgebiet, 2013)



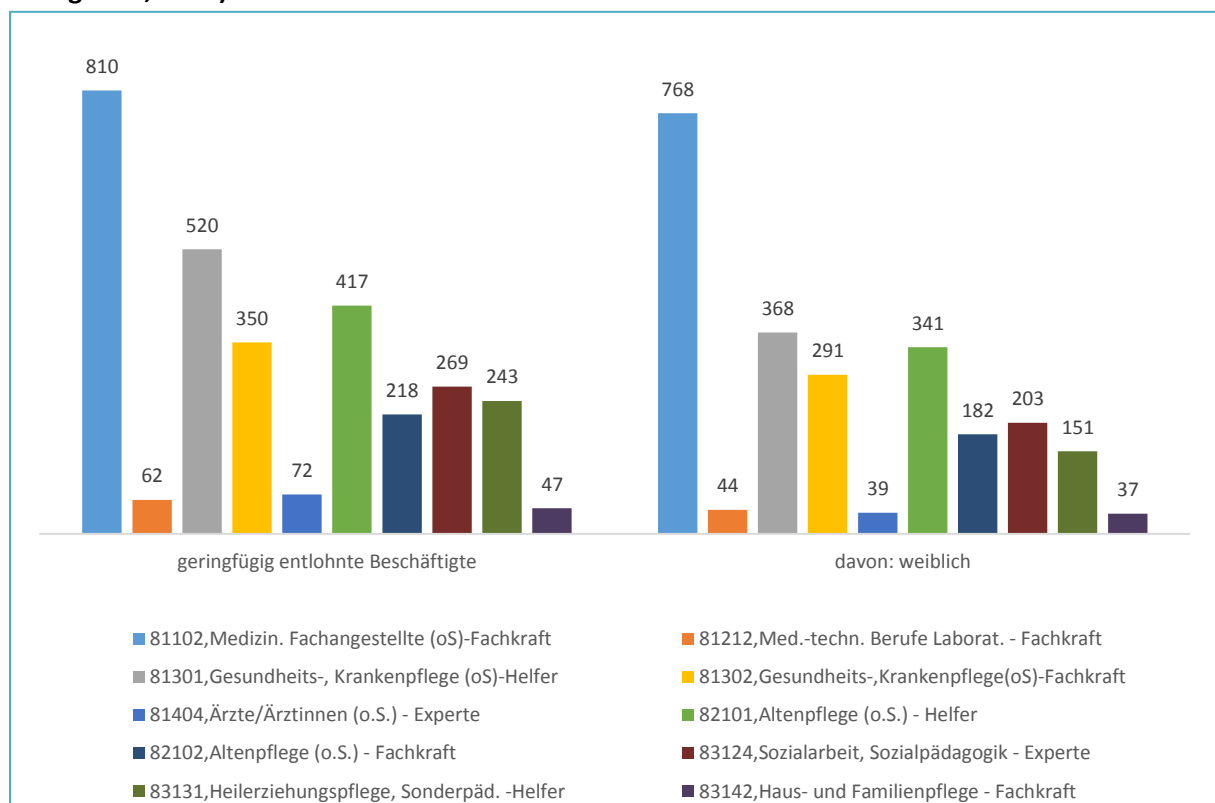
Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 10 gibt einen Überblick über die quantitativ häufigsten Berufsgruppen der Gesundheitswirtschaft der Region Mittleres Ruhrgebiet. Neben der „Gesundheits- und Krankenpflege“ sind es vor allem die „Medizinischen Fachangestellten“, die „Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“ sowie die „Fachkräfte der Altenpflege“, welche die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft des Mittleren Ruhrgebiets auf Ebene der Berufe prägen. Die Anteile weiblicher Beschäftigung variieren zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen und Qualifikationsniveaus erheblich: Während die „Medizinischen Fachangestellten“ einen Anteil weiblicher Beschäftigung von 99,3% realisieren, liegt der Anteil bei den „Ärzten“ mit 53,8% deutlich niedriger. Der Anteil weiblicher Beschäftigung in der Altenhilfe liegt bei den „Altenpflegefachkräften“ bei 78,1%, bei den „Altenpflegehelfern“ mit 88,2% deutlich höher.

Welche Bedeutung hat die geringfügig entlohnte Beschäftigung von Frauen entlang der einzelnen Berufe? Lassen sich Unterschiede zwischen den Berufen erkennen? Abbildung 11 weist die geringfügig entlohnte Beschäftigung nach ausgewählten Berufsordnungen aus. Hier zeigt sich ein deutlich anderes Bild als bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Geringfügig entlohnte Beschäftigungsverhältnisse spielen insbesondere bei den „Medizinischen Fachangestellten“ sowie den „Gesundheits- und Krankenpflegehelfern“ und den „Altenpflegehelfern“ eine bedeutende Rolle. Mit Ausnahme der „Medizinischen Fachangestellten“ spielt die geringfügig entlohnte Beschäftigung vor allem bei den ohnehin geringer qualifizierten Helferberufen eine tendenziell stärkere Rolle. Die An-

teile weiblicher geringfügig entlohnter Beschäftigter variieren zudem zwischen den einzelnen Berufen: So liegt der Anteil weiblicher geringfügig entlohnter Beschäftigung bei den Medizinischen Fachangestellten bei 94,8%, bei den Medizinisch-Technischen Laborfachkräften bei 71% und bei den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern bei 70,8%. Zum einen verweisen die Daten darauf, dass die geringfügig entlohnte Beschäftigung in allen ausgewählten Berufen maßgeblich von Frauen getragen wird. Überraschend sind jedoch die Abweichungen der Anteile gegenüber der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Zum anderen sind es insbesondere die Berufe mit ohnehin geringeren durchschnittlichen Bruttoeinkommen (s. Kapitel 3.2), in denen geringfügig entlohnte Beschäftigung tendenziell eine größere Bedeutung hat.

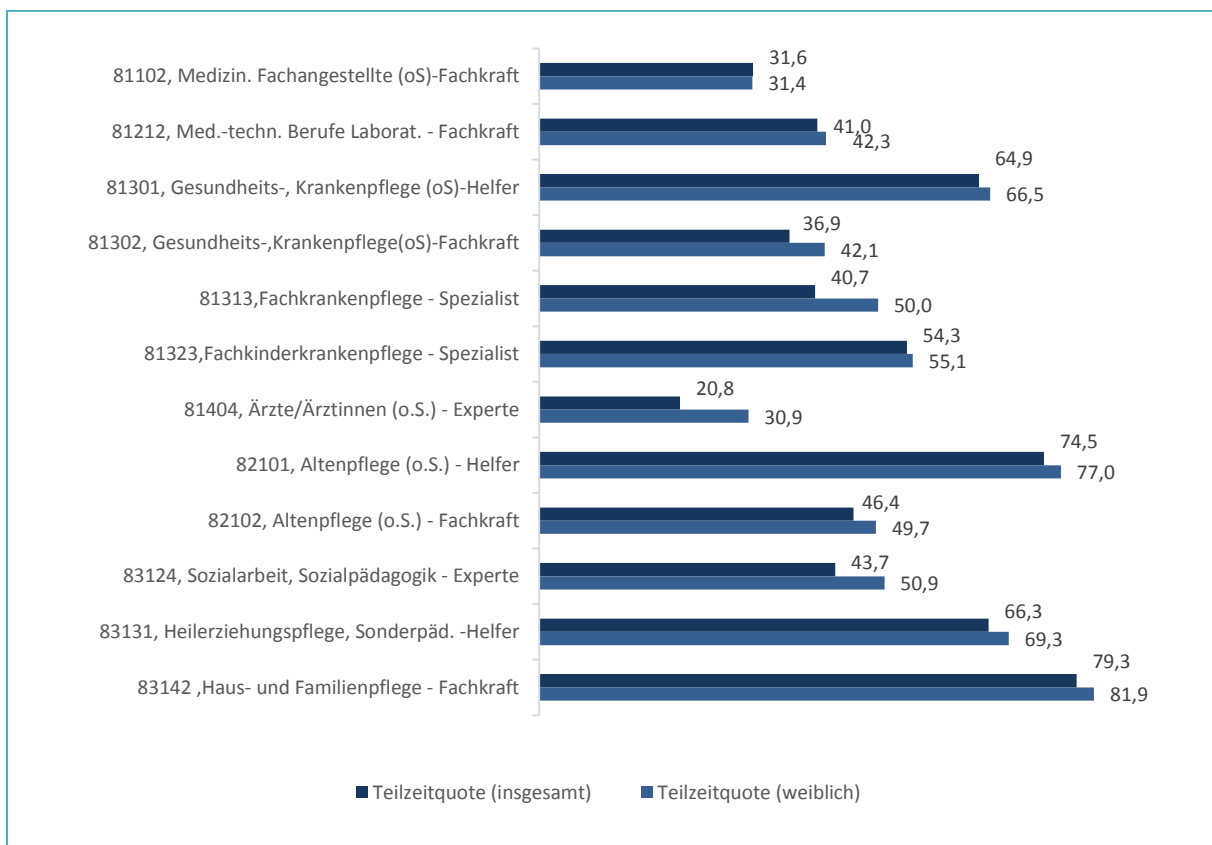
Abbildung 11: Zahl der geringfügig entlohnten Beschäftigten nach Berufsordnungen (Mittleres Ruhrgebiet, 2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Die Gesundheitswirtschaft ist wie gesehen ein Beschäftigungsbereich in dem Teilzeitarbeit, und hier insbesondere weibliche Teilzeitarbeit, eine bedeutende Rolle spielt. **Welche Teilzeitquoten realisieren einzelne Berufe? Lassen sich Unterschiede hinsichtlich der Teilzeitquoten identifizieren?** Abbildung 12 bestätigt zunächst die hohe Relevanz von Teilzeitarbeit in der Gesundheitswirtschaft, wie sie auch in der Darstellung nach Beschäftigungsbereichen (s. Abb. 6) deutlich wurde. Auffällig ist zunächst die geringe Teilzeitquote von Ärzten und Ärztinnen, sie liegt bei 20,8% bzw. 30,9% in der Region. Wie auch bei den geringfügig entlohnten Beschäftigten ist die Teilzeitarbeit tendenziell bei den geringer qualifizierten Berufsgruppen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Fachkräften, Spezialisten oder Experten. Die höchsten Teilzeitquoten realisieren die Haus- und Familienpflege (79,3% bzw. 81,9%), die Altenpflegehelfer (74,5% bzw. 77,0%) sowie die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer (64,9% bzw. 66,5%). Demgegenüber hat der Berufsbereich der Fachkinderkrankenpflege als Spezialistenberuf ebenfalls hohe Teilzeitquoten zu verzeichnen.

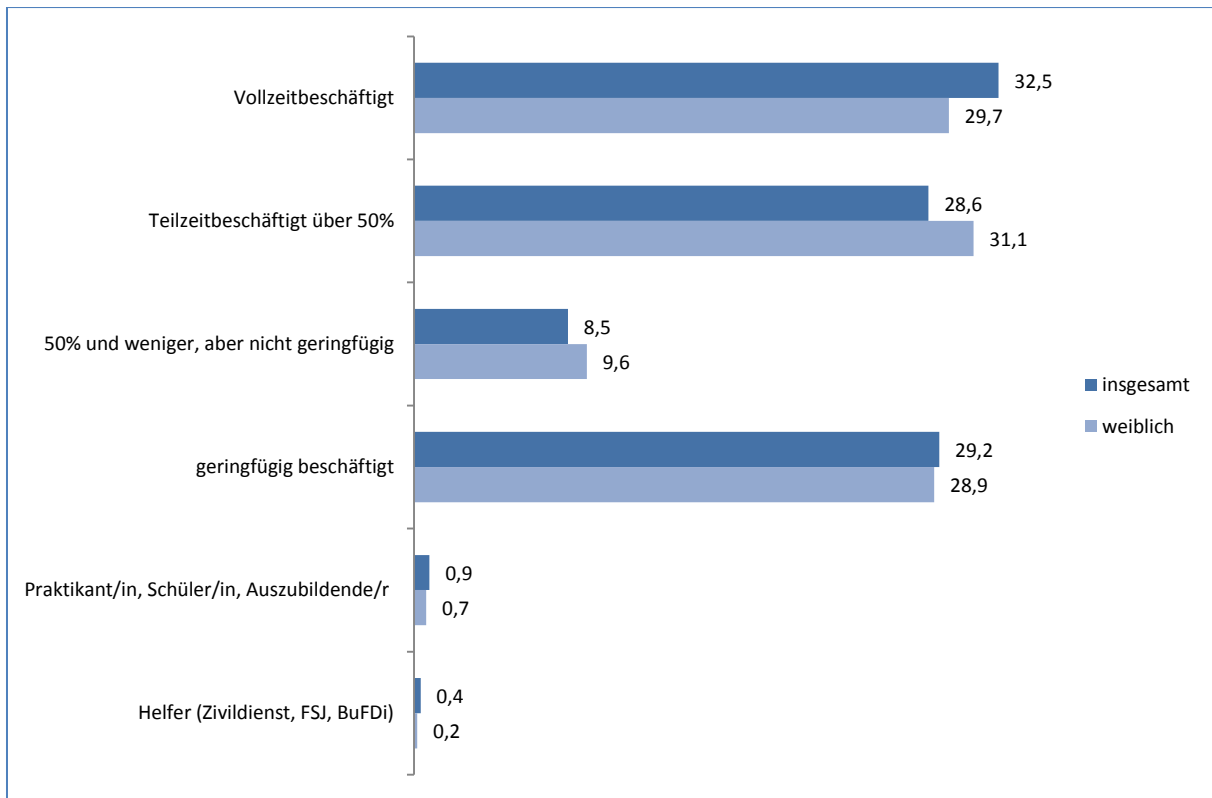
Abbildung 12: Teilzeitquoten nach Berufsordnungen (Mittleres Ruhrgebiet, Anteile in %, 2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

In allen betrachteten Berufen liegen die Teilzeitquoten der Frauen über den realisierten Teilzeitquoten insgesamt bzw. sind mit diesen identisch (Medizinische Fachangestellte). Die Frage ob Teilzeit gearbeitet wird, lässt vielfach noch keine Rückschlüsse über den tatsächlichen Umfang der Teilzeitarbeit zu. In Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenhilfe wird mittlerweile mit vielfältigen Arbeits- und Teilzeitarbeitsmodellen gearbeitet. Eine differenzierte Darstellung der Arbeitszeiten ermöglichen die Daten der „Pfleigestatistik“. Die Pflegestatistik liefert Angaben zur Beschäftigungsstruktur und den Beschäftigungsverhältnissen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe. Im Rahmen der Statistik wird u.a. nach unterschiedlichen Typen der Teilzeitbeschäftigung differenziert. Abbildungen 13 und 14 fassen die Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten und stationären Altenhilfe in der Region Mittleres Ruhrgebiet zusammen. Teilzeitbeschäftigung in der ambulanten Altenhilfe ist anteilig vor allem „Teilzeitbeschäftigung über 50%“ im Sinne einer reduzierten Vollzeittätigkeit. Darüber hinaus ist, wie auf Basis der vorab präsentierten Daten zu erwarten, die geringfügig entlohnte Beschäftigung von hoher Relevanz. Lediglich rund ein Drittel aller Beschäftigten in der ambulanten Altenhilfe waren im Jahr 2011 im Mittleren Ruhrgebiet in einer Vollzeitbeschäftigung tätig. Zum Vergleich: In NRW waren ebenfalls 2011 insgesamt 27,5% der Beschäftigten in der ambulanten Altenhilfe vollzeitbeschäftigt, auf die weiblichen Beschäftigten entfiel hier ein Anteil von 24,3%. Deutlich höhere Anteile realisierte die Arbeitszeitkategorie „50% und weniger, aber nicht geringfügig“. Insgesamt 14,5% der Beschäftigten in NRW (bzw. 15,7%) waren in diesem Umfang erwerbstätig. Die geringfügig entlohnte Beschäftigung realisierte in NRW gegenüber dem Mittleren Ruhrgebiet hingegen niedrigere Werte: Insgesamt 26,4% bzw. 26,8% der Beschäftigten waren in NRW in der ambulanten Altenhilfe 2011 geringfügig beschäftigt.

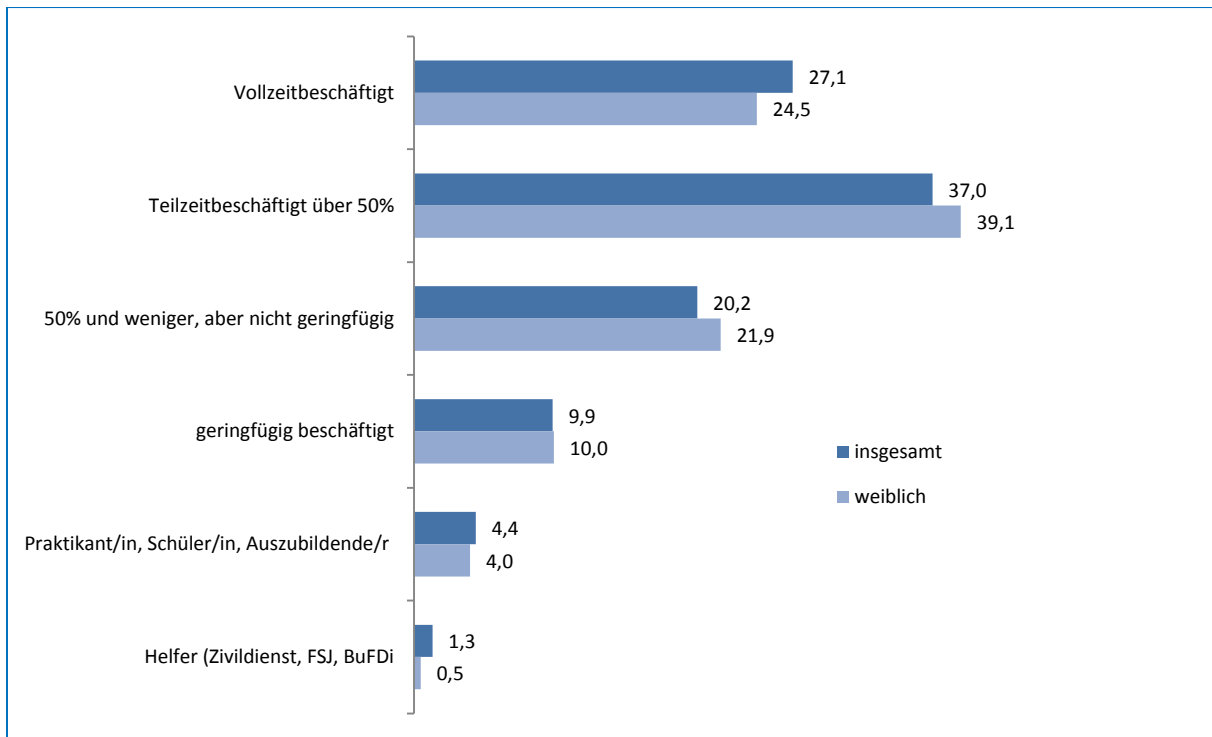
**Abbildung 13: Beschäftigungsverhältnisse in der ambulanten Altenhilfe
(Mittleres Ruhrgebiet, Anteile in %, 2011)**



Quelle: Pflegestatistik NRW (2011); eigene Berechnung und Darstellung

Es lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Beschäftigungsverhältnissen in der ambulanten und stationären Altenhilfe aufzeigen. So spielte die Vollzeitbeschäftigung sowohl insgesamt als auch für Frauen in der stationären Altenhilfe 2011 gegenüber der ambulanten Altenhilfe eine geringere Rolle (s. Abbildung 14). Insgesamt 27,1% aller Beschäftigten waren vollzeitbeschäftigt, der Anteil weiblicher Vollzeitbeschäftigter betrug 24,5%. Demgegenüber realisierte die stationäre Altenhilfe deutlich höhere Anteile in der Kategorie „Teilzeitbeschäftigt über 50%“: 37,0% der Beschäftigten insgesamt und 39,1% der weiblichen Beschäftigten konnten dieser Kategorie zugeordnet werden. Insgesamt scheint das Spektrum der abgebildeten Arbeitszeitkategorien in der stationären Altenhilfe eine breitere Umsetzung zu erfahren. Auch Modelle, die auf eine Arbeitszeit von „50% und weniger, aber nicht geringfügig“ abstellen, hatten in der stationären Altenhilfe gegenüber der ambulanten Altenhilfe eine größere Bedeutung. So waren 2011 jede/-r fünfte/-r Beschäftigte/-r in der stationären Altenhilfe dieser Kategorie zuzuordnen. Demgegenüber ist eine Beschäftigung im Rahmen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung in der stationären Altenhilfe von geringerer Bedeutung: lediglich 9,9% bzw. 10,0% der Beschäftigten entfielen 2011 auf diese Kategorie. Abweichungen der Region Mittleres Ruhrgebiet gegenüber NRW insgesamt zeigen sich vor allem in den Anteilen der reduzierten Vollzeitbeschäftigung und der geringfügig entlohnten Beschäftigung in der stationären Altenhilfe. So waren in NRW 2011 insgesamt 32,6% bzw. 35,0% der Beschäftigten mit einer Arbeitszeit von über 50% in der stationären Altenhilfe tätig, dieser Wert liegt rund 5 bzw. 4 Prozentpunkte unterhalb der Werte in der Region Mittleres Ruhrgebiet. In der geringfügigen Beschäftigung wurden demgegenüber mit 12,3% gegenüber dem Mittleren Ruhrgebiet (9,9% bzw. 10,0%) höhere Anteile auf NRW-Ebene realisiert.

**Abbildung 14: Beschäftigungsverhältnisse in der stationären Altenhilfe
(Mittleres Ruhrgebiet, Anteile in %, 2011)**



Quelle: Pflegestatistik NRW (2011); eigene Berechnung und Darstellung

Vorliegende Untersuchungen zeigen für die stationäre und ambulante Altenhilfe bundesweit deutliche Veränderungen der Beschäftigungsstrukturen. So ist allein zwischen 2003 und 2009 der Anteil der Vollzeitbeschäftigten an allen Beschäftigten in der stationären Altenhilfe kontinuierlich von 51,6% (2003) auf 42,4% (2009) gesunken. Gestiegen ist hingegen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ≥ 18 h/Woche (2003: 26,5%; 2009: 36,1%) sowie der Anteil der Teilzeitbeschäftigten < 18 h/Woche (2003: 14,0%; 2009: 14,6%). Der Anteil der geringfügig Beschäftigten (2003: 7,9%; 2009: 6,9%) ist demgegenüber gefallen. In der ambulanten Pflege zeigt sich im langfristigen Trend eine etwas andere Entwicklung: Hier ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten zwischen 2003 und 2007 zunächst gefallen (2003: 28,6%; 2007: 25,9%), bis 2009 jedoch wieder angestiegen (26,3%). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ≥ 18 h/Woche hat sich erhöht (2003: 32,1%; 2009: 37,4%); während der Anteil der Teilzeitbeschäftigten < 18 h/Woche von 19,3% (2003) auf 17,2% (2009) gefallen ist. Der Anteil der geringfügigen Beschäftigung ist demgegenüber mit leichten Schwankungen im Zeitverlauf mit 19% nahezu konstant geblieben (Boockmann et al. 2011; zitiert nach Bosch 2013). Für Westdeutschland wird eine starke Zunahme geringfügiger Tätigkeiten und sozialversicherungspflichtiger Teilzeitarbeit unter 18 Wochenstunden in den Sozialberufen konstatiert. Der Arbeits- und Fachkräftemangel in der Altenhilfe ist, so eine prominente These, durch die Verkürzung der Arbeitszeit bei gleichzeitig hohen internen Beschäftigungsreserven selbst produziert (Bosch 2013).

4.2 Einkommen

Zentrale Befunde

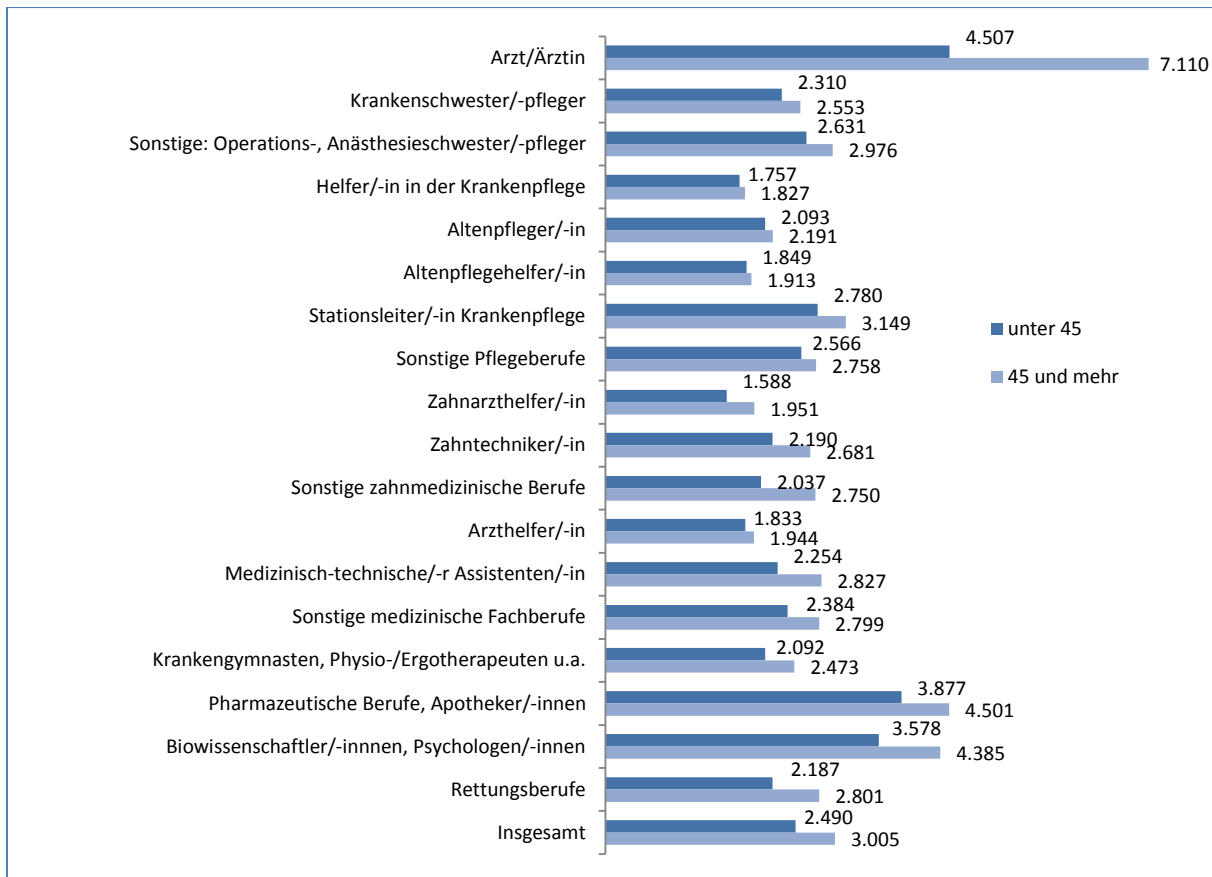
- Es gibt erhebliche Differenzen in der Einkommenssituation sowohl zwischen den Gesundheitsberufen als auch zwischen den Alterskategorien „unter 45“ und „45 und mehr“.
- Die Gesundheitsberufe sind hinsichtlich ihrer Einkommenssituation zwar nicht auf Rosen gebettet, jedoch fallen die durchschnittlichen Einkommen nicht so schlecht aus, wie vielfach angenommen wird. Mehr Aufmerksamkeit sollte den Differenzierungen der Lohn- und Gehaltsstrukturen *innerhalb* der Gesundheitsberufe gewidmet werden.
- Mit steigendem Männeranteil in den Berufen steigen tendenziell auch in den frauendominierten Gesundheitsberufen das durchschnittliche Bruttomonatseinkommen sowie die altersbedingten Lohnzuwächse.
- Der *Gender Pay Gap* zeigt sich deutlich auch in den klassischen Frauenberufen der Gesundheitswirtschaft. Insgesamt fallen die geschlechtsspezifischen Lohndifferenz im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft jedoch geringer aus.
- Nicht alle Gesundheitsberufe konnten in der Vergangenheit gleichermaßen Lohnzuwächse realisieren. Insbesondere die Altenhilfe, Assistenz- und Helferqualifikationen drohen von der gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung abgehängt zu werden.

Welche Aussagen lassen sich zur Einkommenssituation ausgewählter Gesundheitsberufe treffen? Gibt es geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede und prekäre Einkommenslagen in der Gesundheitswirtschaft? Zur Beantwortung dieser Fragestellungen konnten im Rahmen der vorliegenden Studie aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen keine Primärdaten aus der Region erhoben werden. Im Folgenden wird auf vorliegende Publikationen sowie auf Daten des „LOHNSPIEGELS“ zurückgegriffen, der vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) kontinuierlich erhoben wird. Der „LOHNSPIEGEL“ befragt Beschäftigte auf Berufsebene u.a. zu ihren Löhnen, Gehältern sowie zu ihren Arbeitsbedingungen. Aus dem Zusammenspiel verfügbarer Daten zu den Beschäftigungsverhältnissen, den Arbeitszeiten auf Berufsebene sowie in Kombination mit Angaben des Lohnspiegels können erste Aussagen zum Stand und den Risiken existenzsichernder Beschäftigung für die Gesundheitswirtschaft auf Berufsebene formuliert werden. Ob und inwieweit regional- und teilbranchenspezifische Abweichungen oder Besonderheiten für die Region Mittleres Ruhrgebiet vorliegen, wären in einer gesonderten Untersuchung zu überprüfen.

Abbildung 15 gibt eine Übersicht zu den durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen ausgewählter Gesundheitsberufe. Die vorliegenden Daten wurden seit 2008 kontinuierlich erhoben⁸. Vorteile der LOHNSPIEGEL-Daten liegen u.a. in der Aktualität der Daten durch die fortlaufende Datenerhebung sowie in der Möglichkeit berufsgruppenspezifischer Auswertungen.

⁸ Die Berufsbezeichnungen entsprechen nicht immer den für Deutschland gängigen Bezeichnungen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass es sich bei der Erhebung zum „LOHNSPIEGEL“ um ein internationales Projekt handelt, d.h. es werden auch Einkommens- und Beschäftigungsbedingungen von Beschäftigten aus anderen Ländern erhoben. Dies machte eine Vereinheitlichung der Berufsbezeichnungen notwendig. Bei den Angaben handelt es sich zudem um Selbstauskünfte der Befragten.

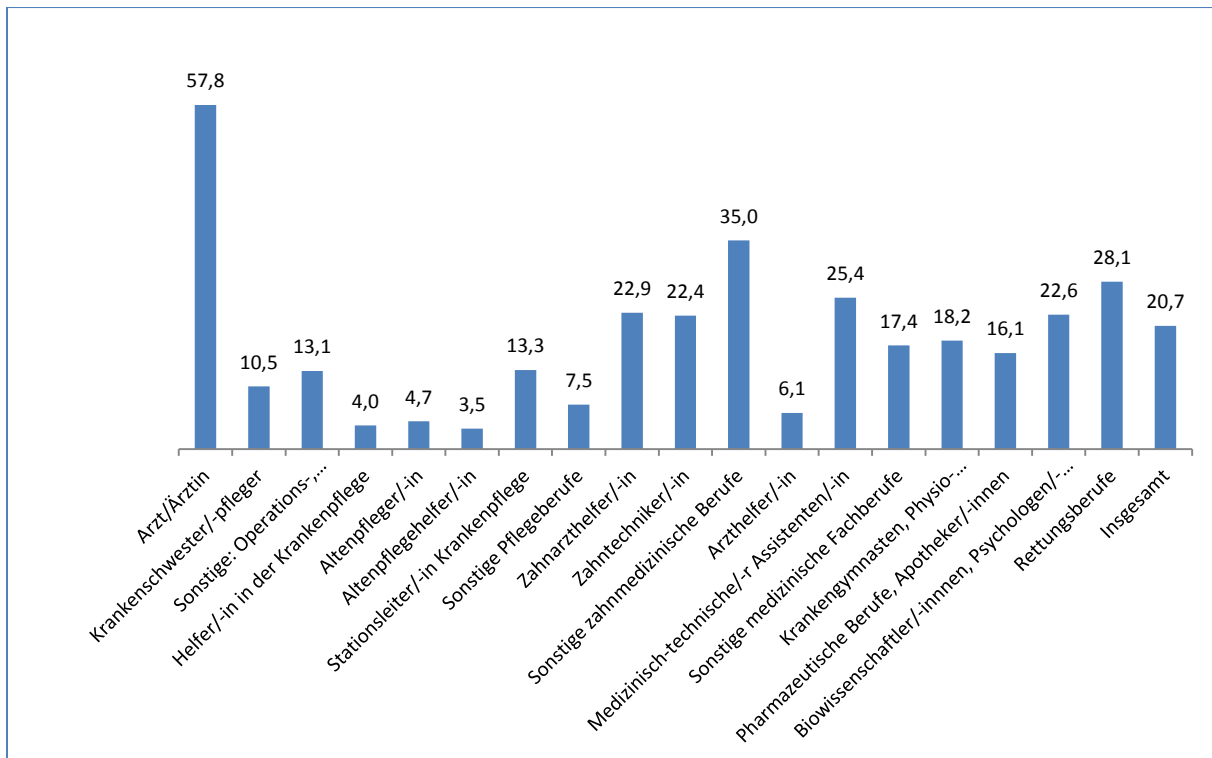
Abbildung 15: Einkommenssituation ausgewählter Gesundheitsberufe nach Alter (bundesweit; Angaben in €; 2008-2011; N=4.795)



Quellen: Bispinck et al. (2010); Evans et al. (2013)

Wie aus Abbildung 15 ersichtlich ist, zeigen sich deutlich Differenzen in der Einkommenssituation sowohl zwischen den Gesundheitsberufen als auch zwischen den Alterskategorien „unter 45“ und „45 und mehr“. Für alle Gesundheitsberufe gilt, dass das Einkommen in der Alterskategorie „45 und mehr“ insgesamt höher ausfällt als in der Kategorie „unter 45“. Nicht überraschend sind die deutlichen Unterschiede der Bruttomonatseinkommen zwischen der Berufsgruppe „Arzt/Ärztin“ und den weiteren Gesundheits(fach)berufen. Aus den vorhergehenden Analysen wurde deutlich, dass es insbesondere die Helferqualifikationen sind, in denen nicht selten Teilzeittätigkeiten ausgeübt werden. Dies würde, auf Basis der vorliegenden Daten, durchschnittliche Bruttomonatseinkommen von rund 880 € bzw. 913 € (Helfer/-in in der Krankenpflege) oder 924 € bzw. 956 € (Altenpflegehelfer/-in) zur Folge haben. In der Pflege gilt derzeit ein aktueller Branchenmindestlohn von 8,75 € (West) und 7,75 € (Ost). Eine abschließende Bewertung der Einkommenssituation kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden. Hierzu wäre u.a. eine Spiegelung der Einkommensdaten an Daten zur Haushalts- und Familiensituation bzw. –einkommen notwendig. Ob und inwieweit durch die jetzigen Einkommensstrukturen jedoch Anreize sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer für eine Höherqualifizierung vorliegen, kann für einige Berufsgruppen (z.B. Pflegeberufe, Arzthelfer/-in) durchaus in Frage gestellt werden. Nicht alle der dargestellten Gesundheitsberufe verfügen offensichtlich über Einkommensstrukturen, bei denen sich Alter und Berufserfahrung auch in entsprechenden Einkommenszuwächsen niederschlagen. Dies wird bei einem Vergleich der prozentualen altersbedingten Einkommenszuwächse entlang der ausgewählten Gesundheitsberufe deutlich (s. Abbildung 16).

Abbildung 16: Altersbedingte Zuwächse durchschnittlicher Bruttomonatseinkommen in ausgewählten Gesundheitsberufen (bundesweit; Angaben in €; 2008-2011; N=4.795)



Quellen: Bispinck et al. (2010); Evans et al. (2013); eigene Berechnungen und Darstellung

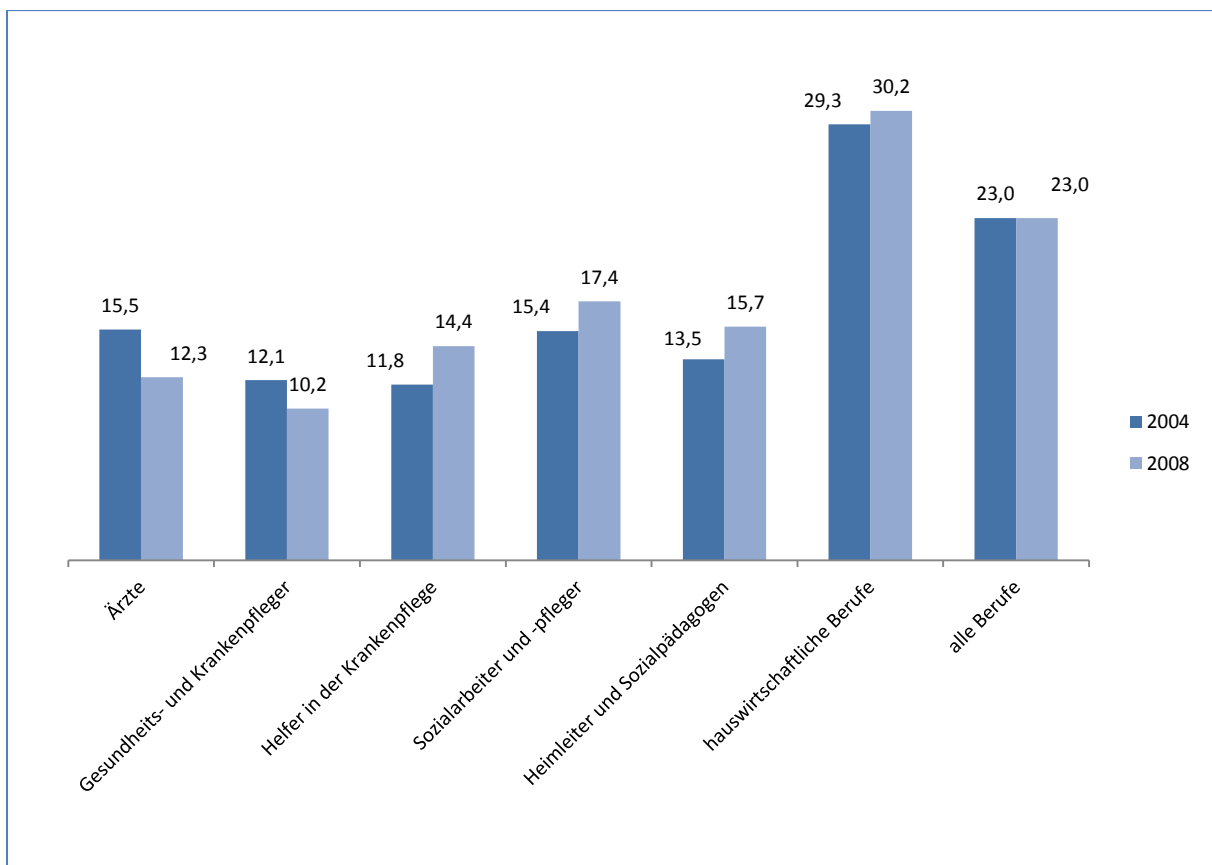
Auffällig sind die hohen Einkommenszuwächse bei den „Ärzten/Ärztinnen“ (+ 57,8%) sowie in den „zahnmedizinischen Berufen“ (+ 35,0%). Demgegenüber fallen die Zuwächse bei den Pflegeberufen oder den „Arzthelfer/-innen“ deutlich geringer aus. So verfügen „Altenpfleger“ in der Altersklasse „über 45 Jahre“ über einen rund 4,7% höheren durchschnittlichen Bruttomonatslohn als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Noch geringer fallen die Zuwächse bei den „Helfer/-innen in der Krankenpflege“ (+ 4,0%) sowie in der „Altenpflege“ (+ 3,5%) aus. Auch die Berufsgruppe der „Arzthelfer/-innen“ kann im berufsbiographischen Verlauf nur einen Einkommenszuwachs von +6,1% realisieren.

Mit steigendem Männeranteil in den einzelnen Berufen steigen auch in den frauendominierten Gesundheitsberufen das durchschnittliche Bruttomonatseinkommen sowie die altersbedingten Lohnzuwächse. Zum anderen kann die These formuliert werden, dass in den medizinisch-technologischen Kernberufen der Gesundheitswirtschaft im Durchschnitt höhere Einkommen und Einkommenszuwächse als in den pflegerisch-gesundheitlich-orientierten, begleitenden und betreuenden Kernberufen, wie z.B. der Altenpflege, erzielt werden.

Frauen verdienen auch in klassischen Frauenberufen weniger als Männer. Abbildung 17 zeigt Daten zum *Gender Pay Gap* in ausgewählten Gesundheitsberufen. Während sich der Gender Pay Gap in einigen Gesundheitsberufen im Zeitverlauf verringert (z.B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpflege) steigt er demgegenüber in anderen Gesundheitsberufen sogar an (z.B. Helfer in der Krankenpflege, Sozialarbeiter und -pfleger). So verdienten Ärztinnen im Jahr 2008 im Durchschnitt 12,3% weniger als ihre männlichen Kollegen, und in der Gesundheits- und Krankenpflege verdienten Frauen im Durchschnitt 10,2% weniger als ihre männlichen Kollegen. Frauen, die in der Berufsgruppe der „Helfer in der Krankenpflege“ tätig waren, verdienten 2008 sogar 14,4% weniger als ihre männlichen Kollegen. Die Daten zur Gesundheitswirtschaft zeigen beispielhaft, dass Einkommensunterschiede zwischen

den Geschlechtern nicht auf unterschiedliche Berufsfelder von Männern und Frauen zurückgeführt werden können, sondern dass auch innerhalb von frauendominierten Berufen der Gesundheitswirtschaft Einkommensunterschiede von bis zu 30% realisiert werden. Als Ursachen hierfür werden u.a. angeführt, dass Männer in tendenziell höheren Leistungsstufen oder Entgeltgruppen arbeiten, Männer schneller aufgrund einer höheren Karrierepräferenz beruflich aufsteigen, seltener Berufsunterbrechungen haben und eher in Einrichtungen mit größerer Beschäftigtenzahl oder mit Tarifbindung arbeiten (Bellmann et al. 2013: 86).

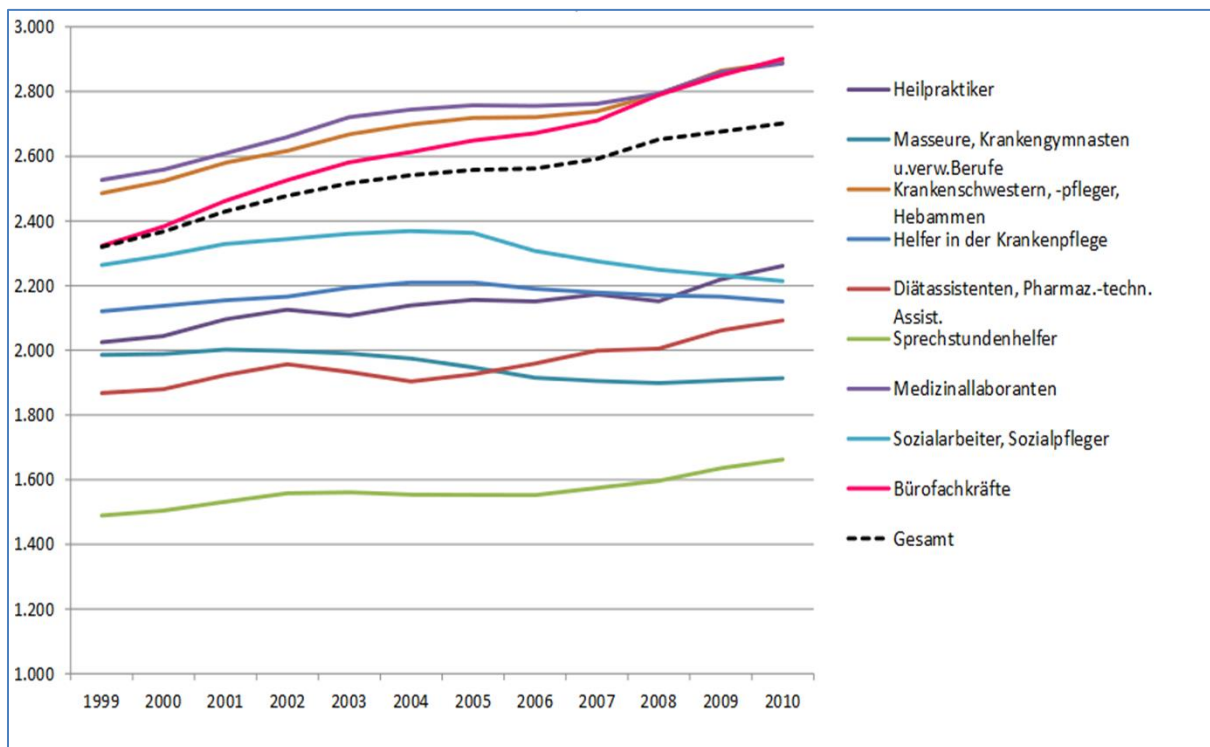
Abbildung 17: Gender Pay Gap in ausgewählten Gesundheitsberufen (bundesweit, Angaben in %; 2004; 2008)



Quelle: SIAB; zitiert nach Bellmann et al. (2013), S. 85

Betrachtet man die Lohnentwicklung in ausgewählten Gesundheitsberufen über einen 10-Jahres Zeitraum so fällt auf, dass insbesondere Helferqualifikationen, Assistenzberufe sowie die Altenhilfe drohen, von der gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung abgekoppelt zu werden. Abbildung 18 zeigt die Entwicklung durchschnittlicher Bruttoeinkommen ausgewählter (Gesundheits-)berufe im Zeitverlauf. Bis auf die Berufsgruppe der „Sozialarbeiter/ Sozialpfleger“ sowie die „Helfer in der Krankenpflege“ konnten die aufgeführten Berufe insgesamt Lohnzuwächse verzeichnen. Unter die Berufsgruppe der „Sozialarbeiter/Sozialpfleger“ entfällt hier auch die „Altenpflege“. Die Lohnzuwächse der genannten Berufe sowie der „Medizinallaboranten“, der „Diätassistenten“, der „Pharmazeutisch-technischen Assistenten“ sowie der „Sprechstundenhelfer“ fallen deutlich unterhalb der Lohnzuwächse aller Berufe aus. Demgegenüber konnte u.a. die Berufsgruppe der „Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen“ im Zeitlauf überdurchschnittliche Lohnzuwächse erzielen (vgl. Himself 2013)

Abbildung 18: Lohnentwicklung in ausgewählten Gesundheitsberufen (bundesweit, 1999-2010)



Quelle: Bundesagentur für Arbeit; zitiert nach Himsel (2013)

Im Gegensatz zu anderen Branchen zeigt die Gesundheitswirtschaft in einigen Berufsgruppen eine eher zurückhaltende Tarifpolitik. Die Höhe des erzielbaren Einkommens ist zwar eine wichtige, jedoch nicht hinreichende Bedingung für die Attraktivität eines Berufsfeldes oder eines Berufes. Gleichwohl ist zu hinterfragen, welche Ursachen und Effekte die dargestellten geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede in klassischen Frauenberufen der Gesundheitswirtschaft haben. Warum finden sich Frauen in der Gesundheitswirtschaft seltener in Leitungsfunktionen als Männer? Warum erzielen einige Berufsgruppen deutlich höher Einkommenszuwächse im biographischen Verlauf als andere? Eine These wäre, dass unterschiedliche Wissensbestände und deren Bedeutung im Karriereverlauf (z.B. Erfahrungswissen in der Medizin *versus* Erfahrungswissen in der Pflege) in den unterschiedlichen Berufsgruppen unterschiedlich gratifiziert wird. Die Gesundheitsberufe sind hinsichtlich Ihrer Einkommenssituation sicherlich nicht auf Rosen gebettet, jedoch fallen die durchschnittlichen Einkommen nicht so schlecht aus, wie vielfach angenommen wird. Mehr Aufmerksamkeit sollte demgegenüber den Differenzierungen *innerhalb* der Lohn- und Gehaltsstrukturen in den Gesundheitsberufen gewidmet werden. Es ist kritisch zu hinterfragen, ob die derzeitigen Lohn- und Gehaltsstrukturen einen ausreichenden Anreiz u.a. dafür bieten, Fachkräfte aus dem vorhandenen Personalbestand höher zu qualifizieren und somit bislang ungenutzte Fachkräftereserven zu erschließen. Insbesondere in der Altenpflege scheint sich eine Höherqualifizierung nicht immer auch hinsichtlich der erzielbaren Einkommenszuwächse zu lohnen. Kosten und Nutzen beruflicher Weiterbildung stehen sowohl für die Beschäftigten selbst, aber auch für ihre Arbeitgeber nicht selten in einem ungünstigen Verhältnis zueinander.

4.3 Qualifikationsstruktur

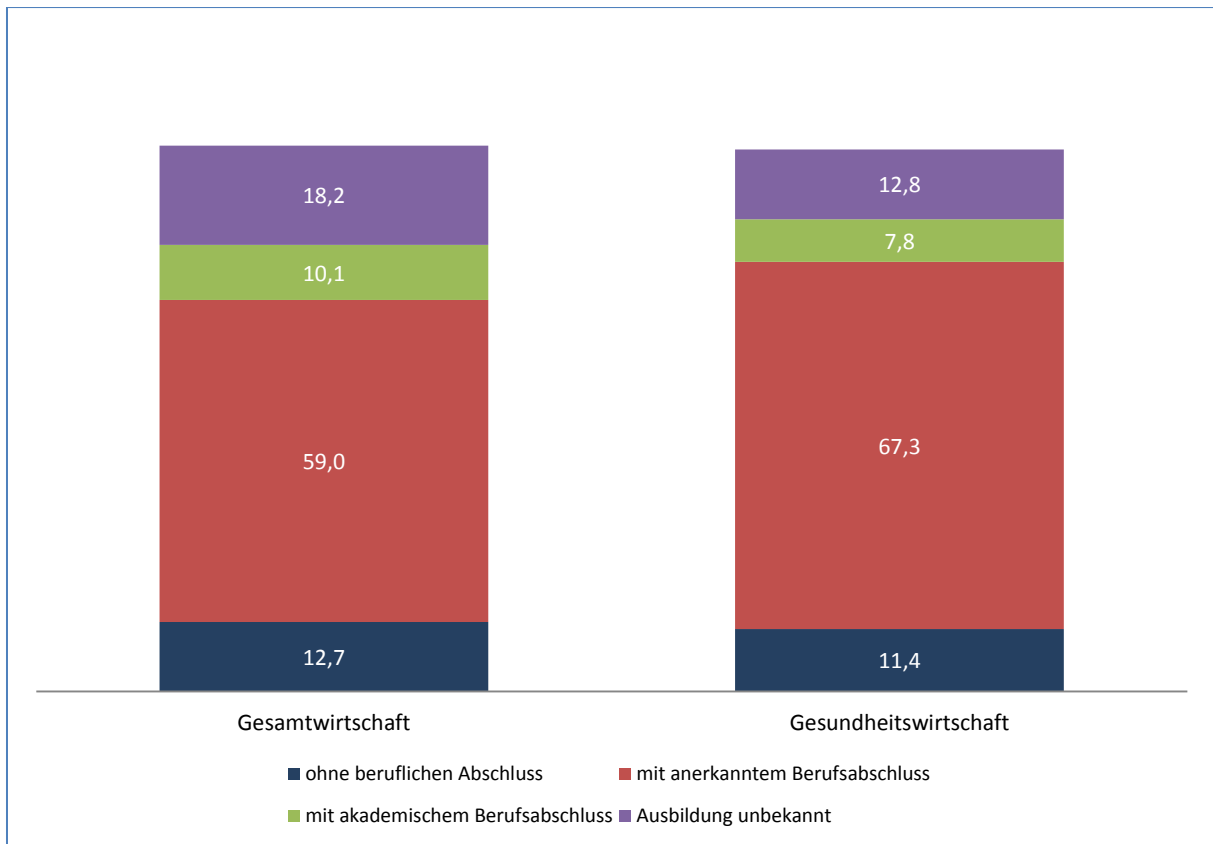
Zentrale Befunde

- Die Qualifikationsstruktur der weiblichen Beschäftigten innerhalb der Gesundheitswirtschaft ist geprägt von einem stabilen Mittelbau mit anerkannten Berufsabschlüssen. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft können zwar weniger Frauen ohne Berufsabschluss, aber auch weniger Akademikerinnen in der Gesundheitswirtschaft verzeichnet werden.
- Innerhalb der Beschäftigungsfelder variieren die Qualifikationsstrukturen stark. Der Anteil der Akademikerinnen ist insbesondere in der stationären Gesundheitsversorgung sowie im Versicherungswesen vergleichsweise hoch. Besonders hohe Anteile von Frauen ohne Berufsabschluss können in der Altenhilfe sowie den sonstigen relevanten Dienstleistungen identifiziert werden.
- Auf Ebene der Berufsgruppen besteht bei den *Fachberufen* in der ambulanten Pflege ein Übergewicht an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen gegenüber der klassischen Altenpflege, in der stationären Pflege überwiegt dagegen die Gruppe der staatlich anerkannten Altenpflegerinnen deutlich.
- Im *Helferbereich* zeichnet sich zunehmend eine Konkurrenz zwischen Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen und Altenpflegehelferinnen ab. Durch den vergleichsweise hohen Anteil der Frauen mit „sonstigen pflegerischen Berufsabschlüssen“ wird nicht nur eine Konkurrenz *im* sondern auch *um* den Helferbereich hervorgerufen.
- Der Anteil von Frauen *ohne Berufsabschluss* und der *Auszubildenden* ist in beiden Sektoren stärker besetzt als der Helferbereich, in der stationären Pflege entfällt sogar ein Viertel der Beschäftigten auf die Gruppe der Frauen ohne anerkannten Berufsabschluss.
- *Akademisch qualifizierte* Frauen sind in der Pflege weder im ambulanten noch im stationären Bereich derzeit in höherem Umfang beschäftigt.

Generell wird in den Gesundheitsberufen vor einem sich verschärfenden bzw. in einigen Berufen bereits bedrohlichem Fachkräftemangel gewarnt. Als mögliche Strategien gegen den Fachkräftemangel wird auf Maßnahmen wie z.B. eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung, längere Wochenarbeitszeiten, neue und modernisierte Qualifikationen sowie Zuwanderung gesetzt. Allerdings verweisen Prognosen auf einen Anstieg der (Erwerbs-)Personen ohne Berufsabschluss (Helmich/Zika 2010) – diese können zwar auch in Gesundheitsberufen bestimmte Bereiche abdecken, dies gilt jedoch überwiegend nicht für die Bereiche, in denen ein Mangel herrscht. Für diese Gruppen bestehen auf dem Arbeitsmarkt hohe Risiken, trotz Arbeitskräftemangel keine Beschäftigung zu finden.

Die Qualifikationsstruktur der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen in der Gesundheitswirtschaft über alle Berufsgruppen und Wirtschaftszweige im Mittleren Ruhrgebiet ist mit rd. 67% – im Vergleich zur Gesamtwirtschaft des Mittleren Ruhrgebiets mit 59% – gekennzeichnet von einem hohen Anteil weiblicher Beschäftigter mit einem anerkannten Berufsabschluss (s. Abbildung 19). Dies spiegelt sich auch im Vergleich der übrigen Qualifikationsniveaus zwischen Gesundheits- und Gesamtwirtschaft wider: In der Gesundheitswirtschaft des Mittleren Ruhrgebiets sind mit 11,4% sowohl anteilig weniger Frauen ohne Berufsabschluss (- 1,3%), als auch mit 7,8% ebenfalls weniger Akademikerinnen (- 2,3%) beschäftigt als in der Gesamtwirtschaft des Mittleren Ruhrgebiets.

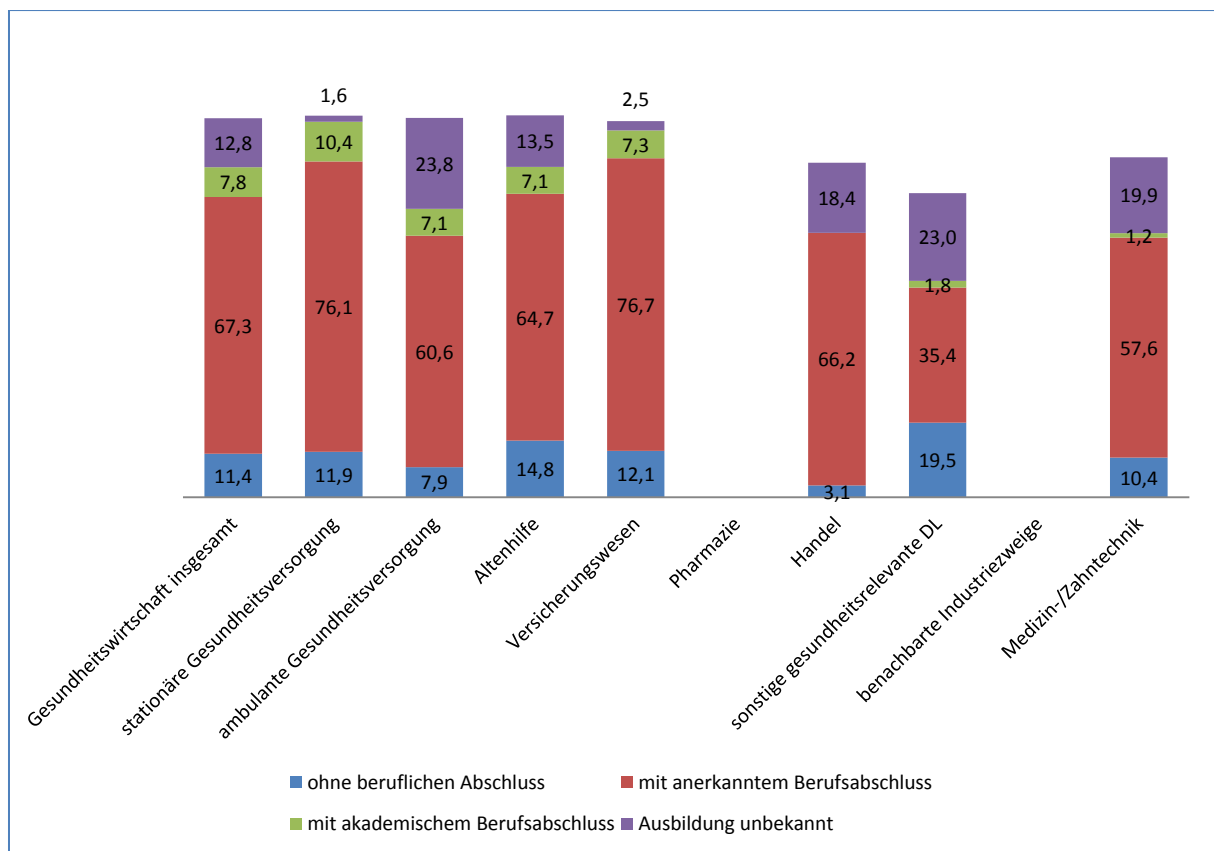
Abbildung 19: Qualifikationsstruktur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Gesamtwirtschaft und der Gesundheitswirtschaft Mittleres Ruhrgebiet (weiblich, Anteile in %, 2013)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Bei näherer Betrachtung zeigen sich auch zwischen den Beschäftigungsfeldern in der Gesundheitswirtschaft deutliche Unterschiede in den Qualifikationsstrukturen (s. Abbildung 20).

Abbildung 20: Qualifikationsstruktur der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft des Mittleren Ruhrgebiets (2013, Anteile in %)



Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft: Innerhalb der Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft, die im Vergleich zu den Randbereichen und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft von verhältnismäßig homogenen Tätigkeitsfeldern geprägt sind, variieren die Qualifikationsstrukturen zwischen den Sektoren. Auf die stationäre Gesundheitsversorgung entfallen mit 10,4% die höchsten Anteile der Akademikerinnen über alle Wirtschaftszweige hinweg. Im Vergleich liegt die Quote der Akademikerinnen in der ambulanten Gesundheitsversorgung sowie der Altenhilfe mit 7,1% jeweils unter dem Durchschnitt der Gesundheitswirtschaft von 7,8%.

Zugleich werden in der stationären Gesundheitsversorgung mit 76,1% ein überdurchschnittlich ausgeprägter Mittelbau sowie ein vergleichsweise hoher Anteil von Arbeitnehmerinnen ohne anerkannten Berufsabschluss von rd. 12% verzeichnet. Der höchste Anteil weiblicher Beschäftigter ohne beruflichen Abschluss entfällt jedoch mit 14,8% auf die Altenhilfe. Der Mittelbau ist in der Altenhilfe und insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung dagegen weniger stark ausgeprägt als in der stationären Gesundheitsversorgung, allerdings wird für diese Sektoren jeweils ein erheblicher Anteil von erwerbstätigen Frauen mit unbekanntem Berufsabschluss ausgewiesen.

Randbereiche der Gesundheitswirtschaft: Größere Schwankungen zwischen den Qualifikationsstrukturen zeigen sich zwischen den Wirtschaftszweigen, die in den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden können. Allerdings sind diese Branchen von sehr unterschiedlichen Beschäftigungs- und Tätigkeitsfeldern geprägt, welche die erforderlichen Qualifikationsniveaus bestimmen, so dass sich Vergleiche nur sehr begrenzt anstellen lassen. Allerdings ist den Rand-

bereichen der Gesundheitswirtschaft (ausgenommen ist hier das Versicherungswesen) gemeinsam, dass die Qualifikationsstrukturen überdurchschnittlich hohe Anteile von erwerbstätigen Frauen mit unbekanntem Berufsabschluss aufweisen.

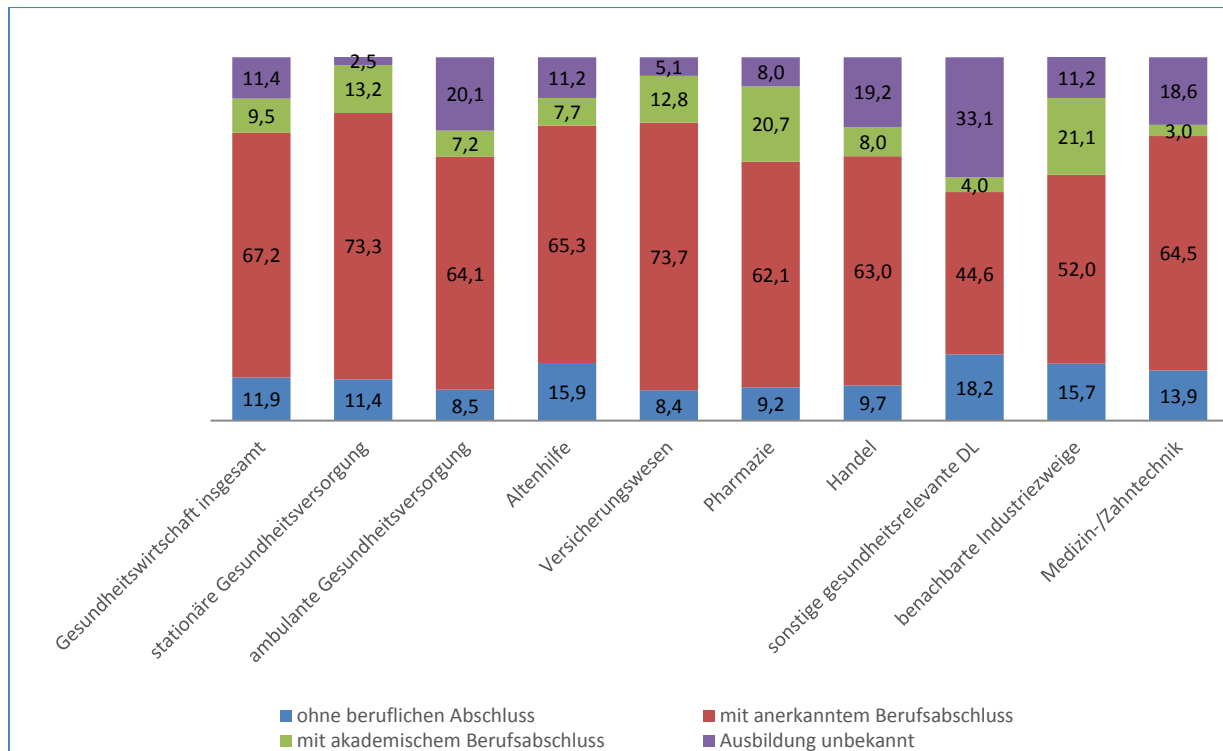
Einen größeren Anteil akademisch qualifizierter Frauen, gemessen am Anteil der Akademikerinnen in der Gesundheitswirtschaft insgesamt, weist in den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft allein das Versicherungswesen auf. Akademikerinnen sind zwar auch in den sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen, die sich überwiegend aus der Sport- und Fitnessbranche und dem Hotel- und Gastgewerbe zusammensetzen sowie in der Medizin- und Zahntechnik beschäftigt, jedoch liegt deren Anteil jeweils unter 2%.

Der Mittelbau ist in den Wirtschaftszweigen der Randbereiche der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zu den übrigen Qualifikationsniveaus innerhalb der Beschäftigungsfelder durchweg stabil. Eine Ausnahme stellen die gesundheitsrelevanten Dienstleistungen dar, für die über alle Wirtschaftszweige hinweg der geringste Anteil weiblicher Beschäftigter mit anerkanntem Berufsabschluss ausgewiesen wird. Hier wird zugleich der höchste Anteil Beschäftigter ohne beruflichen Abschluss über alle Wirtschaftszweige hinweg verzeichnet.

Die Qualifikationsstrukturen innerhalb der Beschäftigungsfelder weisen hohe Anteile von Frauen mit unbekanntem Berufsabschluss auf, die die Frage aufwerfen, inwiefern hier gering qualifizierte Beschäftigte oder fachfremde Beschäftigte tätig sind. Interessant ist zudem, ob unentdeckte Potenziale in den Einrichtungen vorhanden sind, die nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden. Wenn in den Einrichtungen kein Wissen darüber vorherrscht, über welche Berufsabschlüsse und Kompetenzen die Beschäftigten – insbesondere in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft – verfügen, wird ein optimaler Einsatz personeller Ressourcen erschwert oder sogar verhindert. Entsprechend ist es letztlich für die Einrichtungen unwirtschaftlich, wenn Kompetenzen brach liegen oder als „unbekannt“ in den Einrichtungen verloren gehen.

Abbildung 21 stellt zum Vergleich die Qualifikationsstruktur der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft NRW (2013) dar.

Abbildung 21: Qualifikationsstruktur der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft NRW (2013, Anteile in %)

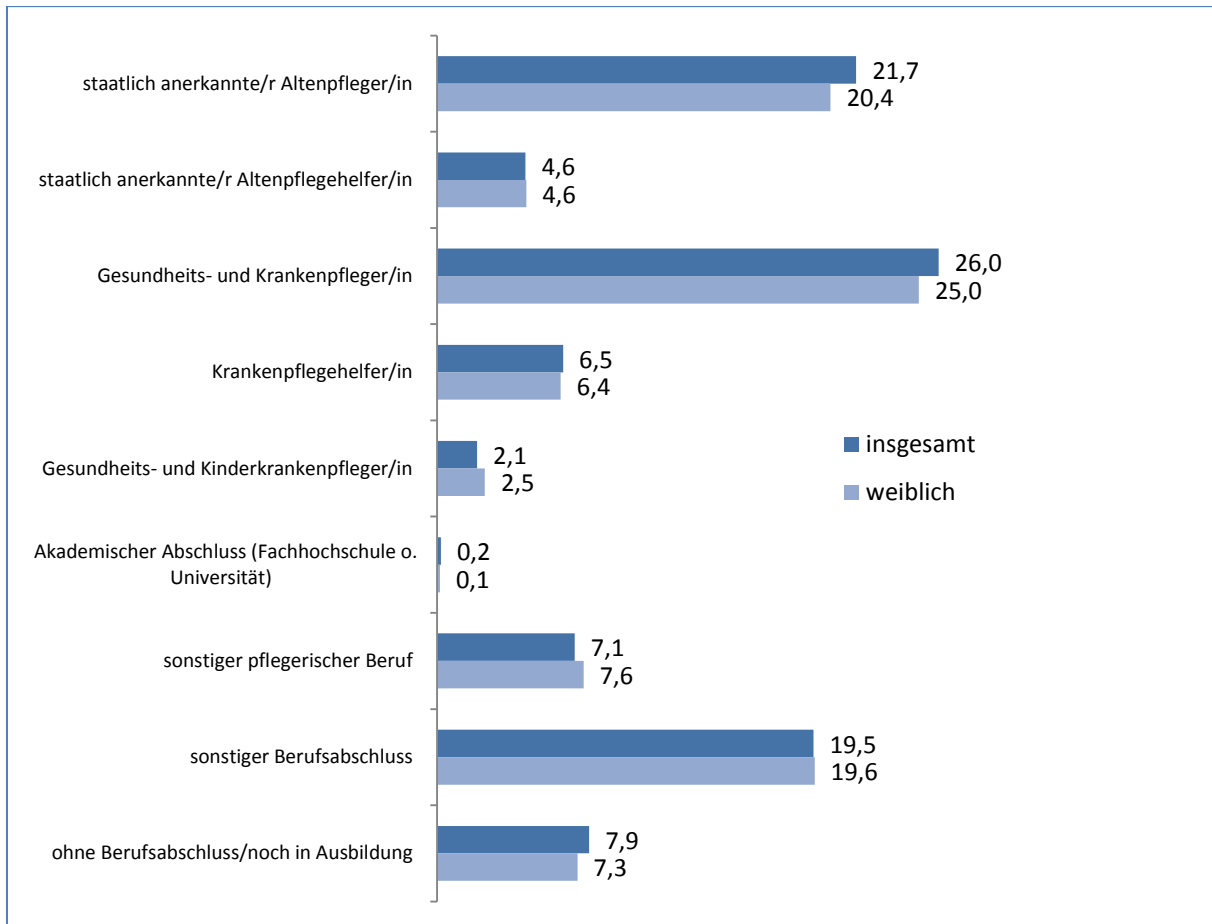


Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Die Qualifikationsstrukturen auf der Ebene der Berufe in der Altenhilfe des Mittleren Ruhrgebiets können mithilfe der Daten der „Pflegerstatistik“ differenzierter abgebildet werden. Mit Blick auf die Qualifikationsniveaus (*ohne beruflichen Abschluss, mit anerkanntem Berufsabschluss, mit akademischem Abschluss, Ausbildung unbekannt*) ist festzustellen, dass die ambulante Pflege – inklusive des geringfügigen Anteils von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen – zu rd. 48% durch Fachkräfte abgedeckt wird (s. Abbildung 22). Jedoch besteht in der ambulanten Pflege ein ungleiches Verhältnis zwischen den beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (25%) und Altenpflegerinnen (20%) (IT.NRW 2011). Die Quote der Frauen mit Helferqualifikationen entspricht einem Anteil von insgesamt 11%, welcher ebenfalls mehrheitlich von Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen besetzt ist. Diese Verhältnisse sprechen für die These, dass Altenpflegerinnen und Altenpflegehelferinnen in der Altenhilfe als eigenem Kompetenzfeld, in eine Konkurrenzsituation mit Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen geraten. Gleichzeitig nehmen Frauen, die einen „sonstigen pflegerischen Beruf“ (7,6%) erlernt haben oder einen „sonstigen Berufsabschluss“ (19,6%) besitzen, mit insgesamt rd. 27% einen beträchtlichen Anteil an den in der ambulanten Pflege Beschäftigten ein. Aufgrund der Datenlage ist allerdings nicht feststellbar, über welche Qualifikationsprofile diese Beschäftigten tatsächlich verfügen und in welchen Beschäftigungsbereichen sie eingesetzt werden. Es ist denkbar, dass ein Teil der Beschäftigten mit unbekanntem bzw. unbekanntem *pflegerischen* Berufsprofilen Berufsgruppen angehören könnten, die eine geringere Qualifikation als die Beschäftigten in anerkannten Helferberufen aufweisen, wie z.B. betrieblich qualifizierten Helferinnen. Welche Qualifikationsniveaus sich hinter den „sonstigen pflegerischen Berufen“ verbergen und in welchen konkreten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern die Beschäftigten eingesetzt werden, bleibt jedoch letztlich unklar. Ohne Berufsabschluss tätig bzw. noch in der Ausbildung sind rd. 7% der weiblichen Beschäftigten. Demgegenüber sind Arbeitnehmerinnen mit akade-

mischen Qualifikationen in der ambulanten Pflege mit 0,1% im Vergleich zwischen den Qualifikationsniveaus völlig unterrepräsentiert – entsprechend bietet die ambulante Pflege bislang kaum Arbeitsfelder für akademisch qualifizierte Frauen.

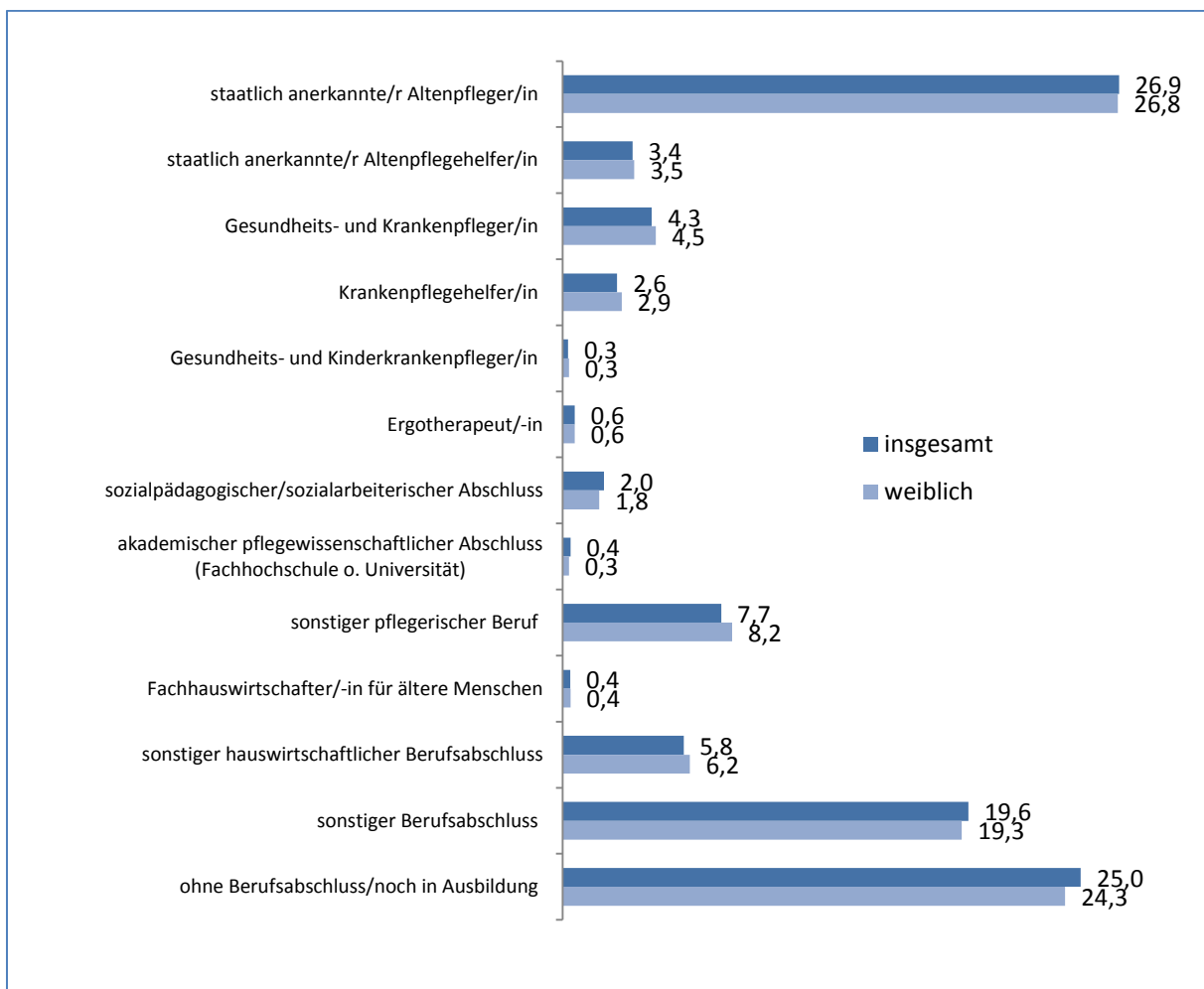
Abbildung 22: Qualifikationsstruktur in der ambulanten Altenhilfe (2011, Mittleres Ruhrgebiet)



Quelle: Pflegestatistik NRW (2011); eigene Berechnung und Darstellung

In der stationären Altenhilfe ist ein größeres Berufs- und Qualifikationsspektrum vertreten, da in Pflegeeinrichtungen unter anderem auch die therapeutischen Arbeitsfelder stärker vertreten sind (s. Abbildung 23). Allerdings sind auch hier die Anteile akademisch qualifizierter Arbeitnehmerinnen mit 0,3% verschwindend gering. Gleiches gilt auch für Ergotherapeutinnen, die einen Anteil von 0,6% an allen in der stationären Pflege Beschäftigten einnehmen. Geringfügig besser aufgestellt ist der Bereich der „Sozialarbeit“ mit einem Anteil von 1,8% aller in der stationären Pflege Beschäftigten.

Abbildung 23: Qualifikationsstruktur in der stationären Altenhilfe (2011, Mittleres Ruhrgebiet)



Quelle: Pflegestatistik NRW (2011); eigene Berechnung und Darstellung

Die staatlich anerkannten Altenpflegerinnen stellen mit einem Anteil von rd. 27% die am stärksten besetzte Berufsgruppe in der stationären Pflege, während die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (im Unterschied zur Verteilung der Qualifikationsprofile in der ambulanten Pflege) mit rd. 5% einen erheblich geringeren Anteil an den weiblichen Beschäftigten einnehmen. Im Helferbereich, der in der stationären Altenpflege mit insgesamt rd. 6% geringer besetzt ist als in der ambulanten Pflege, liegt der Anteil der beschäftigten Altenpflegehelferinnen lediglich 0,6% über dem der Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen. Entsprechend speist sich auch in der klassischen stationären Altenpflege der Helferbereich aus zwei miteinander konkurrierenden Berufsgruppen. Die Gruppe der Beschäftigten mit „sonstigen pflegerischen Berufsabschlüssen“ nimmt dagegen mit rd. 8% der weiblichen in der stationären Pflege Beschäftigten einen größeren Anteil ein als der Helferbereich. Von der in der stationären Pflege Beschäftigten besitzen zudem rd. 19% der weiblichen Beschäftigten einen „sonstigen“ Berufsabschluss, über deren konkreten Tätigkeitsbereich hier keine Aussage getroffen werden kann. Einen überraschend hohen Anteil nehmen mit insgesamt rd. 24% die ohne Berufsabschluss beschäftigten Frauen bzw. Auszubildenden ein. Diese Gruppe ist erwartungsgemäß zwar sehr heterogen besetzt, dennoch lässt sich die Aussage treffen, dass fast ein Viertel der Beschäftigten (noch) keine Fachkräfte sind. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege überraschen die hohen Anteile von Beschäftigten mit „sonstigem Berufsabschluss“ sowie „ohne Berufsabschluss“.

4.4 Arbeitslosigkeit

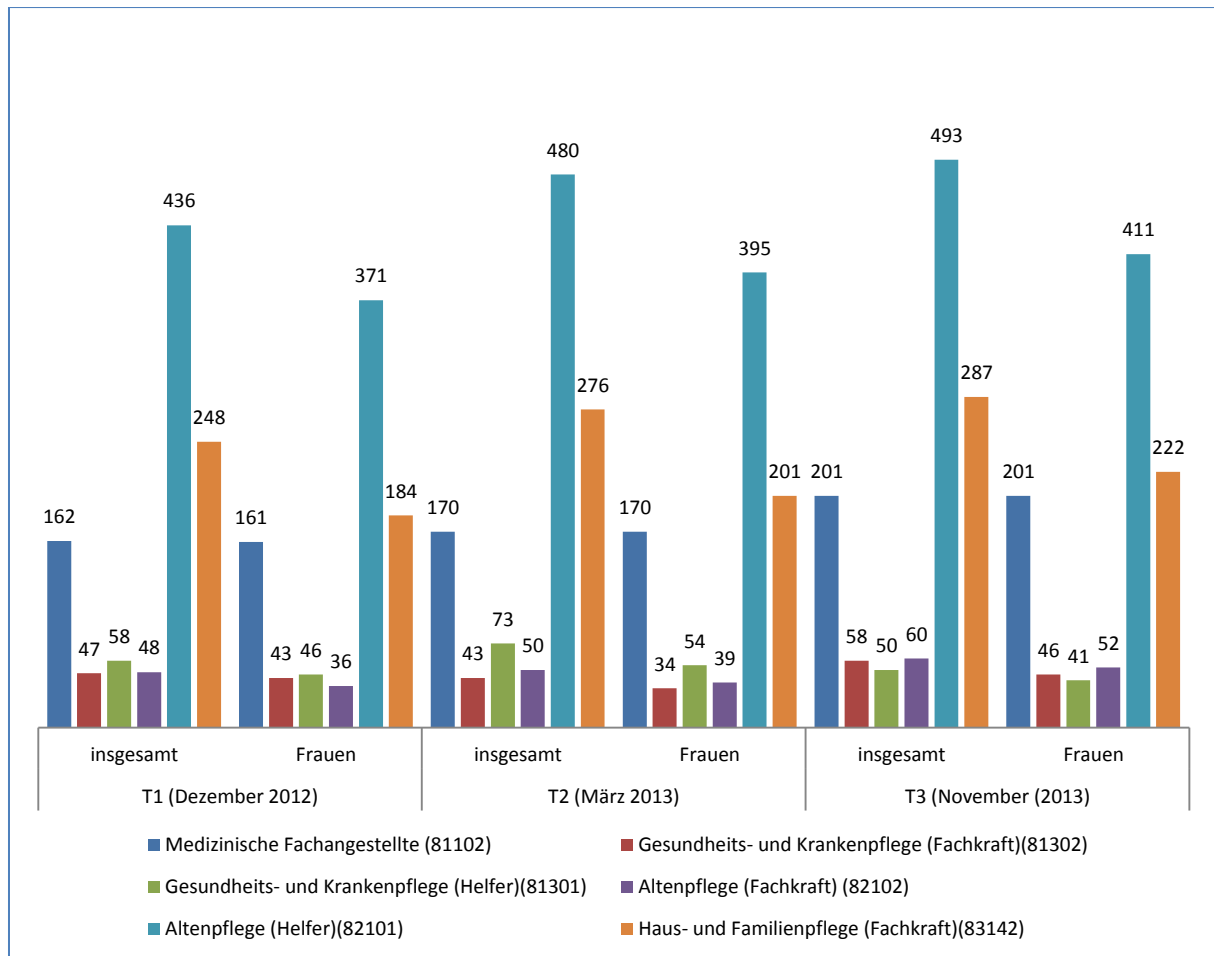
Zentrale Befunde

- Die Betrachtung der Arbeitslosigkeit in Gesundheitsberufen im Mittleren Ruhrgebiet fördert enorme Gegensätze zutage: Der Arbeitsmarkt in der „Gesundheits- und Krankenpflege“ und der verwandten Berufsfelder in der primären Gesundheitsversorgung ist im bundesweiten Vergleich durch einen deutlichen Fachkräftemangel gekennzeichnet.
- Hier bedingen sich ein geringes Arbeitskräfteangebot auf der einen Seite und Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung gegenseitig. Gleichzeitig ist die Arbeitslosigkeit in diesem Berufsfeld relativ gering.
- In der Altenhilfe kann für die Berufsgruppe der „Altenpflegehelferinnen“ eine vergleichsweise hohe Arbeitslosigkeit identifiziert werden. Mögliche Gründe sind in einer geringen Verwertbarkeit des Qualifikationsprofils auf dem Arbeitsmarkt sowie einem geringen Angebot an gemeldeten, freien Stellen zu suchen.
- Auch die Berufsgruppe der „Medizinischen Fachangestellten“ ist in zunehmendem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen. Obwohl in dieser Berufsgruppe ein Überangebot von verfügbaren Arbeitskräften in Relation zu den offenen Stellen herrscht, sind im Mittleren Ruhrgebiet steigende Vakanzzeiten in dieser Berufsgruppe zu beobachten.

In der gegenwärtigen Diskussion steht, insbesondere in den Pflegeberufen, häufig der *Fachkräftemangel* im Mittelpunkt, eine Betrachtung von *Arbeitslosigkeit* in gesundheitsbezogenen Berufsfeldern findet hingegen seltener Berücksichtigung.

Wie stellt sich die Arbeitslosigkeit in ausgewählten Berufsgruppen dar? Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind die Berufsgruppen der „Altenpflegehelferinnen“, „Haus- und Familienpflegerinnen“ sowie die „Medizinischen Fachangestellten“. Die mit Abstand größte Zahl der Arbeitslosen in den ausgewählten Gesundheitsberufen wird laut der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2013) für die Berufsgruppe der „AltenpflegehelferInnen“ ausgewiesen – mit steigender Tendenz (s. Abbildung 24): im kurzfristigen Beobachtungszeitraum zwischen 2012 und 2013 ist die Arbeitslosigkeit in der Region Mittleres Ruhrgebiet in dieser Berufsgruppe von 436 auf 493 Arbeitslose (+ 13,1%) angestiegen. Die Zahl der arbeitslosen Fachkräfte in der Berufsgruppe der „Haus- und FamilienpflegerInnen“ ist zwar insgesamt betrachtet die zweitgrößte Gruppe, im Vergleich ist deren Zahl jedoch mit 248 arbeitslosen Haus- und FamilienpflegerInnen deutlich geringer. Auch in dieser Berufsgruppe ist die Arbeitslosigkeit jedoch im Zeitverlauf merkbar angestiegen. Der Beruf der „Medizinischen Fachangestellten“, der lange als einer der beliebtesten Ausbildungsberufe galt, ist ebenfalls von einem hohen und zugleich steigenden Risiko der Arbeitslosigkeit geprägt: Während am Ende des Jahres 2012 in dieser Berufsgruppe 162 Personen arbeitslos gemeldet waren, sind es am Ende des Jahres 2013 bereits 201 Arbeitslose gewesen (+ 24,1%).

Abbildung 24: Registrierte Arbeitslose in ausgewählten Gesundheitsberufen (Mittleres Ruhrgebiet, absolute Zahlen; 2012/2013)



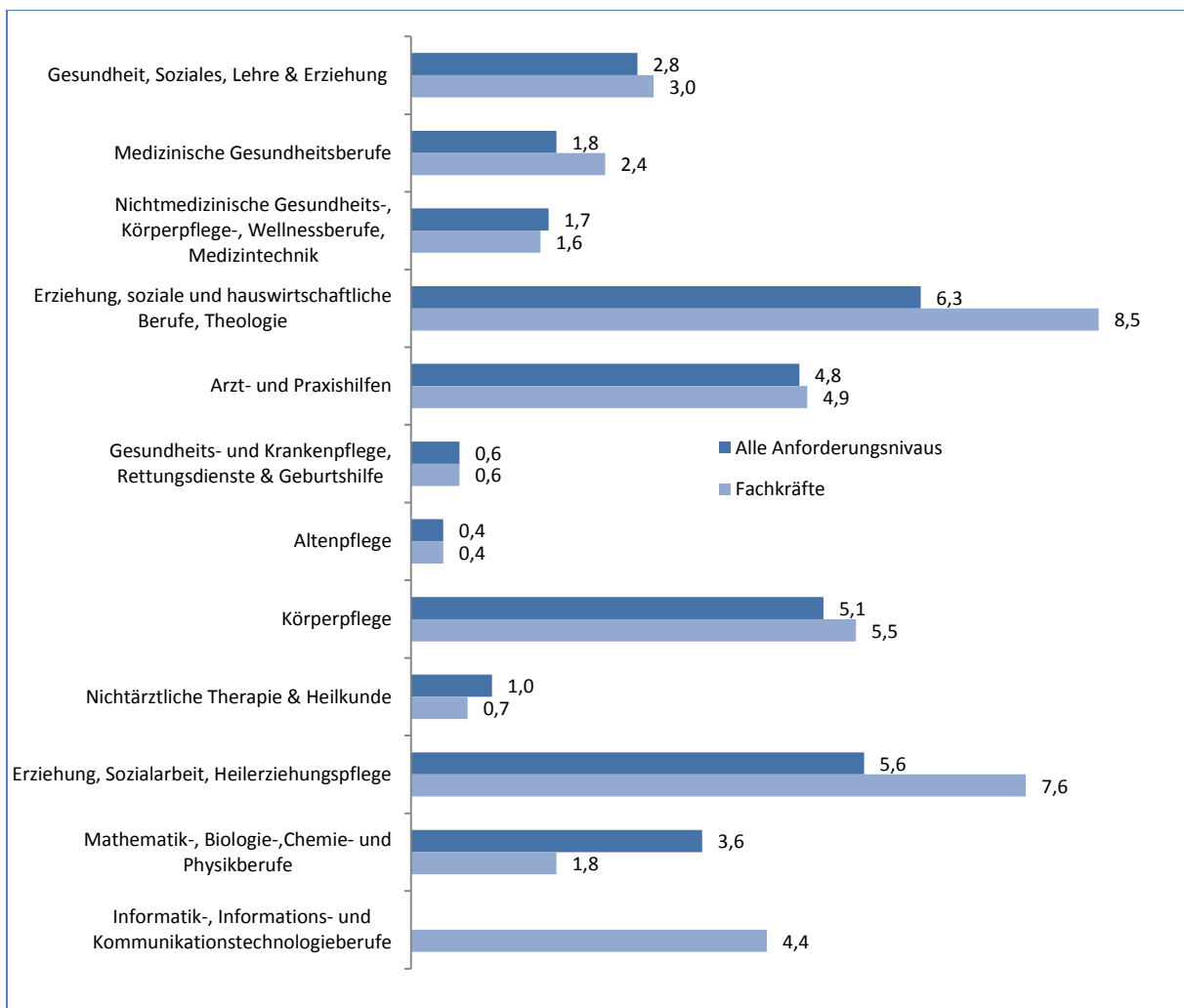
Quelle: Arbeitslosenstatistik der BA (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Leicht gestiegen ist die Zahl der Arbeitslosen auch unter den staatlich anerkannten AltenpflegerInnen, allerdings bewegen sich die Arbeitslosenzahlen im Vergleich zu den drei herausragenden Berufsgruppen auf einem niedrigeren Niveau von durchschnittlich 50 Arbeitslosen zwischen 2012 und 2013. Eine wechselnde Tendenz der Arbeitslosenzahlen auf einem ebenfalls insgesamt niedrigen Niveau wird für die Berufsgruppen der examinierten „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie der „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer“ ausgewiesen. Diese Berufsgruppen stellen außerdem mit unter 50 Arbeitslosen pro Berufsgruppe die geringsten Arbeitslosenzahlen. Alle betrachteten Berufsgruppen, insbesondere die der „Medizinischen Fachangestellten“, sind von einem überwiegenden Frauenanteil geprägt, entsprechend ist die Arbeitslosigkeit unter den Frauen am höchsten. Bezeichnend für die Arbeitslosigkeit in Gesundheitsberufen des Mittleren Ruhrgebiets ist auch, dass über den betrachteten Zeitraum hinweg in keinem der ausgewählten Gesundheitsberufe sinkende Arbeitslosenzahlen zu verzeichnen waren.

Im Vergleich zwischen den Berufsfeldern „Altenhilfe“ und „Gesundheits- und Krankenpflege“ ist die Altenhilfe der Bereich, der auf der einen Seite im Zuge des demographischen Wandels und des einhergehenden wachsenden Bedarfs in der pflegerischen Versorgung an Relevanz gewinnt, welcher auf der anderen Seite derzeit jedoch (über alle Qualifikationsniveaus hinweg) von relativ hoher Arbeitslosigkeit unter den Gesundheitsberufen gekennzeichnet ist. Mit Blick auf die Qualifikationsniveaus sind im Vergleich zwischen Fachkräften und Helferqualifikationen bedeutend höhere Arbeitslosen-

zahlen im Helferbereich zu verzeichnen. Entsprechend kann die These gewagt werden, dass Fachkräfte in Gesundheitsberufen im Mittleren Ruhrgebiet nicht von Helferqualifikationen verdrängt werden. Im Gegenteil scheint gerade für Altenpflegehelferinnen aufgrund der überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeit im Mittleren Ruhrgebiet kaum ein Arbeitsmarkt bzw. eine zunehmend geringe Verwertbarkeit ihrer Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt zu bestehen. „Altenpflegehelfer“ sowie Fachkräfte in der „Haus- und Familienpflege“ sind zudem diejenigen Berufsgruppen, die häufig von Langzeitarbeitslosigkeit in der Region betroffen sind.

Abbildung 25: Arbeitslosen-Stellen-Relation ausgewählter Berufsfelder/Berufe im Agenturbezirk Bochum/Hagen (nach Anforderungsniveaus, Anteile in %; 2013)

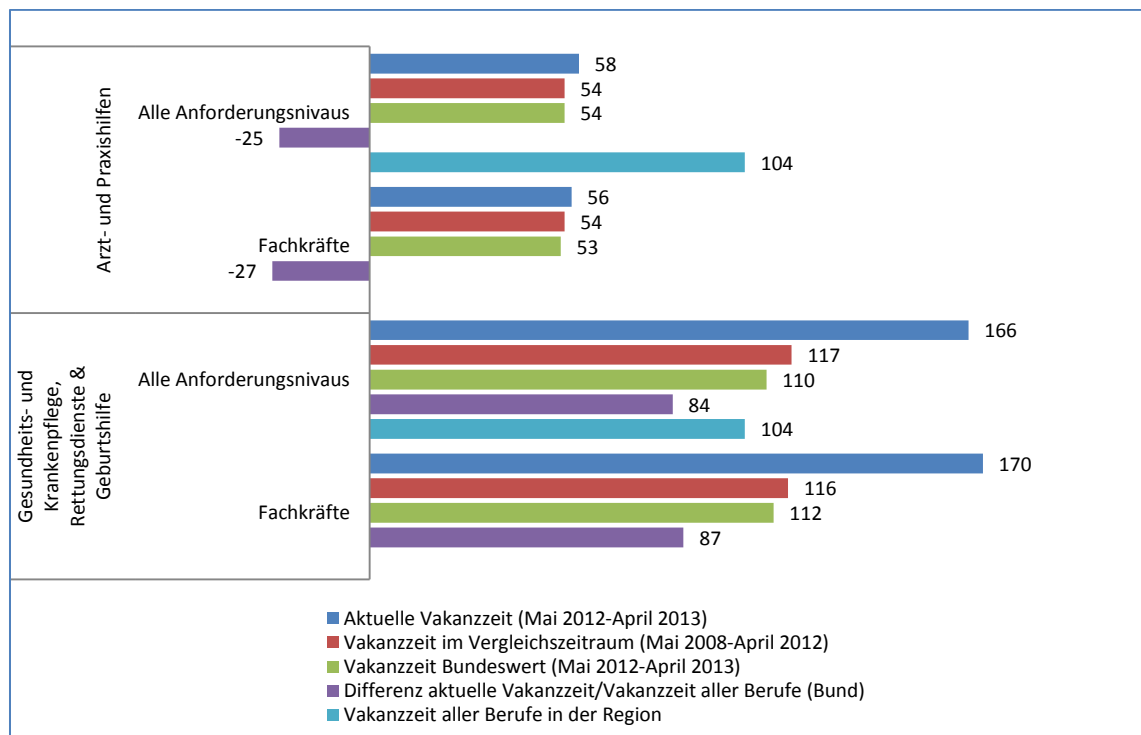


Quelle: Fachkräftemonitor der Bundesagentur für Arbeit (2013); eigene Berechnung und Darstellung

Dabei sind es nicht ausschließlich die höheren Altersklassen („50 Jahre und älter“) die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sondern insbesondere die mittleren Jahrgänge der „35 bis unter 50-Jährigen“, die die höchsten Arbeitslosenzahlen in diesen Berufsfeldern zu verzeichnen haben (ohne Abbildung). In den Interviews wurde deutlich, dass hierbei multiple Vermittlungshemmnisse (u.a. Vorerkrankungen, schwierige Biografien, Familienform „Alleinerziehend“) eine bedeutende Rolle spielen.

Anhand der *Arbeitslosen-Stellen-Relation* können Aussagen zur Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes bzw. zur Verwertbarkeit von Qualifikationen getroffen werden. Die Kennziffer erfasst den durchschnittlichen Bestand an Arbeitslosen geteilt durch den durchschnittlichen Bestand an gemeldeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen. In diesem Zusammenhang können diejenigen Berufsfelder identifiziert werden, in denen im Mittleren Ruhrgebiet⁹ ein Mismatch zwischen Arbeitskräfteangebot und -nachfrage vorherrscht sowie diejenigen Berufsfelder, die bereits heute von einem (Fach-)Arbeitskräftemangel betroffen sind. Je höher die Arbeitslosen-Stellen-Relation, desto geringer ist der Engpass aus Arbeitgeberperspektive. Ein Wert von unter 1 deutet darauf hin, dass mehr Stellen gemeldet als Arbeitslose mit diesem Zielberuf in einer Region zu verzeichnen sind. Um eine Situation des Fachkräftemangels abzubilden wird vielfach auf Werte kleiner 3 als kritische Größe abgestellt, um das zurückhaltende Meldeverhalten der Betriebe zu berücksichtigen

Abbildung 26: Entwicklung der Vakanzzeiten in ausgewählten Gesundheitsberufen (nach Anforderungsniveau, 2008-2012/2012-2013, Agenturbezirk Bochum/Hagen)



Quelle: Fachkräftemonitor der Bundesagentur für Arbeit (2013); eigene Darstellung

Ein offensichtlicher Mangel an verfügbaren Arbeitskräften (weniger als ein Bewerber pro offener Stelle) kann anhand der Arbeitslosen-Stellen-Relation in den folgenden Berufsfeldern nachgewiesen werden (s. Abbildung 25): Altenpflege, Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik, Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe (Bundesagentur für Arbeit 2013d). Auf diese Weise betrachtet ergibt sich für das Berufsfeld der Altenhilfe ein ganz anderes Bild, als unter alleiniger Betrachtung der Arbeitslosenzahlen: So entfielen auf eine offene Stelle im Berufsfeld der „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ gerade mal 0,6 Bewerber auf eine offene Stelle, in der Altenpflege sind es hingegen nur 0,4 Bewerber. Demgegenüber entfallen auf das Berufsfeld der „Arzt- und Praxishilfen“ 4,8 bzw. 4,9 Bewerber pro Stelle.

⁹ Agenturbezirke Bochum und Hagen

Da „Altenpflegehelferinnen“ unter den registrierten Arbeitslosen die höchsten Zahlen zu verzeichnen haben, stellt sich die Frage, warum auch über alle Anforderungsniveaus hinweg kein Überangebot an Arbeitskräften besteht. Die Helferqualifikationen werden aktuell im Fachkräftemonitor der Agentur für Arbeit nicht erfasst, d.h. die hier getroffenen Aussagen beziehen sich lediglich auf „Fachkräfte“, „Spezialisten“ (fort- und weitergebildete Altenpflegekräfte) sowie auf „Experten“ (akademisch qualifizierte“ Altenpflegekräfte).

Anders verhält sich die Situation bei den „Medizinischen Fachangestellten“. Diese zählen mit Blick auf die Arbeitslosen-Stellen-Relation (neben erzieherischen Berufen, MINT-Berufen sowie dem Qualifikationsbereich Körperpflege) zu denjenigen Berufsgruppen, die mit rd. fünf Arbeitslosen pro offener Stelle eher ein Überangebot an Arbeitskräften aufweisen (s. Abbildung 26). Im Vergleich mit den Arbeitslosenzahlen ergibt sich ein stimmiges Bild: die hohe Arbeitslosigkeit ist Ausdruck des Überangebots an Arbeitskräften in Konkurrenz um die begrenzte Zahl an offenen Stellen. Bei einer näheren Betrachtung der Vakanzzeiten im Berufsfeld der „Medizinischen Fachangestellten“ zeigt sich, dass der Zeitraum, in dem eine offene Stelle nicht besetzt ist, in der Region Mittleres Ruhrgebiet zwischen 2012 und 2013 bei 58 Tagen und damit vier Tage über dem Vergleichswert auf Bundesebene liegt (Bundesagentur für Arbeit 2013). Trotz hoher Arbeitslosenzahlen unter den „Medizinischen Fachangestellten“ hat die Vakanzzeit im Mittleren Ruhrgebiet gegenüber dem Vergleichszeitraum 2008 bis 2012 bis heute um vier Tage zugenommen. Im Vergleich mit der durchschnittlichen Vakanzzeit im Mittleren Ruhrgebiet über alle Berufe hinweg (104 Tage) werden offene Stellen für „Medizinische Fachangestellte“ jedoch fast doppelt so schnell besetzt.

Im Berufsfeld der „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ werden dagegen – auch im Vergleich über alle Berufe in der Region hinweg – deutlich längere und auch unterschiedlichere Vakanzzeiten gemessen. Da die Arbeitslosen-Stellen-Relation mit 0,4 Arbeitslosen pro offene Arbeitsstelle in diesem Feld ein Unterangebot von verfügbaren Arbeitskräften beschreibt, verlängert sich folgerichtig auch der Zeitraum, bis offene Arbeitsstellen mit verfügbaren und passend qualifizierten Arbeitskräften besetzt werden können. Die Vakanzzeit im Berufsfeld „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ betrug zwischen 2012 und 2013 im Mittleren Ruhrgebiet über alle Anforderungsniveaus hinweg durchschnittlich 166 Tage. Mit 170 Tagen noch länger unbesetzt waren demgegenüber offene Stellen für Fachkräfte. Beide Werte liegen eklatant über dem durchschnittlichen Vergleichswert von 104 Tagen für alle Berufe in der Region im gleichen Zeitraum. Auch im Vergleich mit der durchschnittlichen Vakanzzeit auf Bundesebene von 110 bzw. 112 Tagen im gleichen Beobachtungszeitraum schneidet das Mittlere Ruhrgebiet deutlich schlechter ab. Die Vakanzzeiten haben sich im Mittleren Ruhrgebiet allerdings erst in den letzten Jahren so immens gesteigert: gegenüber dem Vergleichszeitraum zwischen 2008 und 2012 hat die Vakanzzeit im Mittleren Ruhrgebiet über alle Anforderungsniveaus hinweg um 49 Tage zugenommen, im Fachkräftebereich betrug die Zunahme sogar 54 Tage.

4.5 Entwicklung der Ausbildungssituation

Im Mittleren Ruhrgebiet absolvierten im Jahr 2012 insgesamt 3.509 Auszubildende eine Ausbildung in einem Beruf der Gesundheitswirtschaft¹⁰, dies entspricht einem Anteil von rd. 33% aller Auszubildenden in der Region. Damit liegt die Ausbildungsleistung der Gesundheitswirtschaft deutlich höher als die Daten der Wirtschaftszweigsystematik für den Bereich „Auszubildende“ ausweisen. In NRW liegt der Anteil der Auszubildenden in Berufen der Gesundheitswirtschaft, gemessen an allen nordrhein-westfälischen Auszubildenden über alle Berufe hinweg, dagegen bei rd. 17%. Somit ist der Ausbildungsmarkt der Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet vergleichsweise stark besetzt. Einen großen Anteil der Auszubildenden in Gesundheitsberufen nehmen mit 81% die weiblichen Auszubildenden ein. Darüber hinaus studierten im Wintersemester 2012/2013 mehr als 23.000 Frauen an den (Fach-)Hochschulen der Region.

Zentrale Befunde

Bei näherer Betrachtung der Ausbildungssituation im Mittleren Ruhrgebiet wird bei einigen Ausbildungsberufen eine hohe Dynamik sichtbar:

- Die Ausbildungssituation in den dreijährig qualifizierten *Fachberufen* des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege) verhält sich stabil bis tendenziell wachsend: In der Gesundheits- und Krankenpflege werden vergleichsweise stabile Auszubildendenzahlen verzeichnet, in der Altenpflege wird ein Zuwachs der Auszubildendenzahlen verzeichnet.
- Die *Helferberufe* im Gesundheitswesen, und hier insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten, Altenpflegehilfen sowie die Familienpflege und Dorfhilfe, haben seit 2008 große Anstiege der Auszubildendenzahlen erfahren. Von einem starken Rückgang der Auszubildendenzahlen im Mittleren Ruhrgebiet sind die Berufe der *Medizinischen Fachangestellten* sowie der *Zahnmedizinischen Fachangestellten* betroffen. In diesen Berufen steigen zudem die Abbruchquoten, so dass die Vermutung eines Attraktivitätsverlustes des einstigen „Traumberufs“ nahe liegt.
- Der Ausbildungsmarkt im *Gesundheitshandwerk* beschreibt einen hohen Zuwachs weiblicher Auszubildender in NRW zwischen 2008 und 2012, in einigen dieser Felder ist ebenfalls ein starker Zuwachs der männlichen Auszubildenden zu verzeichnen. Für das Mittlere Ruhrgebiet werden im Gesundheitshandwerk insgesamt nur sehr kleine Fallzahlen ausgewiesen, so dass im Vergleich mit anderen Ausbildungsberufen, die im Mittleren Ruhrgebiet stärker vertreten sind, von einem eher kleineren Ausbildungsmarkt des Gesundheitshandwerks ausgegangen werden kann. Hohe Zuwächse, wie in NRW insgesamt, hat es hier allerdings bei den Auszubildenden zur „Augenoptikerin“ gegeben.
- Die Anteile der vorzeitig gelösten Ausbildungsverhältnisse in den Gesundheitsberufen im Mittleren Ruhrgebiet liegen durchweg höher als die Abbruchquoten in NRW. Unter den männlichen Auszubildenden werden im Vergleich zwischen den Geschlechtern höhere Abbruchquoten beobachtet. In den Helferberufen des Gesundheitswesens erweisen sich die Abbruchquoten sowohl bei den Frauen als auch unter den männlichen Auszubildenden als die mit Abstand höchsten.

¹⁰ Die Zahl der 3.509 Auszubildenden setzt sich zusammen aus der Zahl der Auszubildenden im Jahr 2012 im Dualen Ausbildungssystem und den Auszubildendenzahlen der Fachschulen des Gesundheitswesens. Diese Statistiken bestehen zwar separat nebeneinander, zur adäquaten Abbildung der Ausbildungssituation im Mittleren Ruhrgebiet sind diese jedoch zusammen zu betrachten.

Im Rahmen der Betrachtung besonders berücksichtigt werden die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege (Fachkräfte und Helfer), der Altenhilfe (Fachkräfte und Helfer) sowie die Gruppe der (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten. Des Weiteren werden Auffälligkeiten in der Ausbildungssituation in verschiedenen weiteren Berufsgruppen und ihre Bedeutung für den Arbeitsmarkt dargestellt.

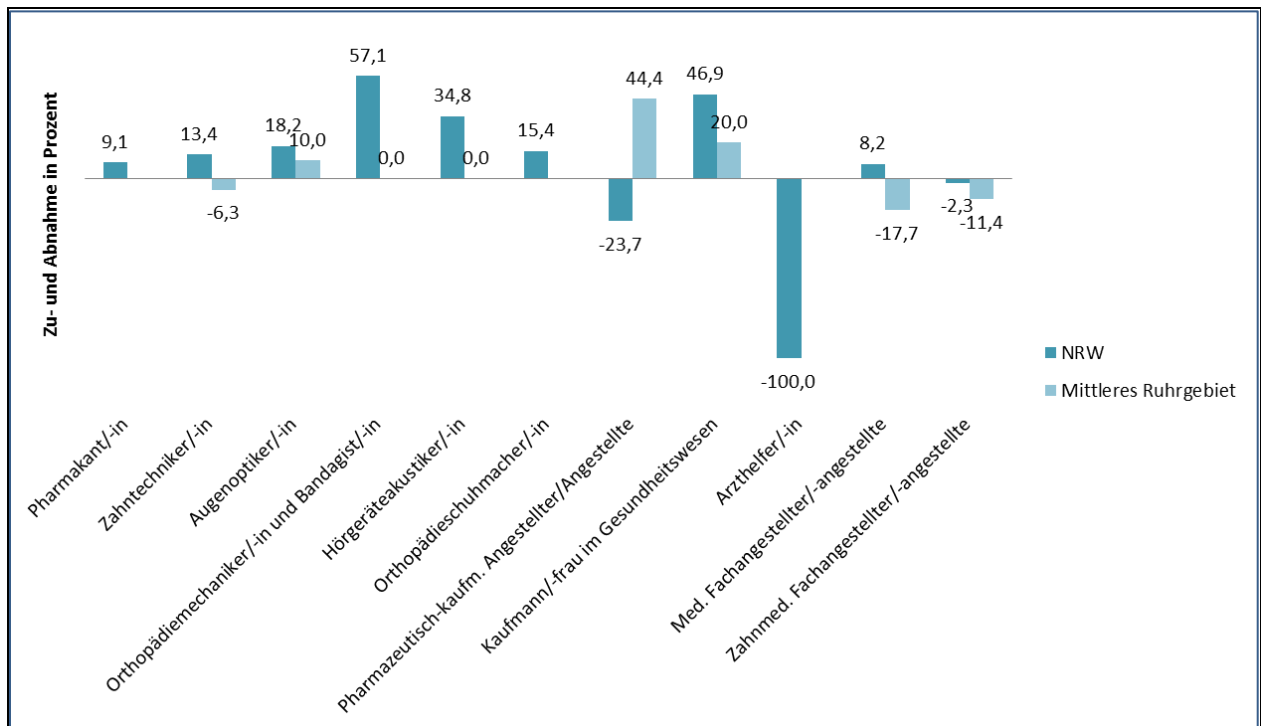
Die Organisation der Ausbildung in Gesundheitsberufen erfolgt je nach Berufsgruppen in verschiedenen Ausbildungssystemen: freie Berufe, wie (Zahn-)Medizinische Fachangestellte oder Kaufleute im Gesundheitswesen sowie Berufe des Gesundheitshandwerks sind im dualen Ausbildungssystem nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Handwerksordnung (HwO) angesiedelt, während die Ausbildung in Gesundheitsberufen mit einem patienten- oder versorgungsbezogenen Tätigkeitsprofil in Fachschulen des Gesundheitswesens absolviert wird.

Duales Ausbildungssystem

Die im Fokus stehenden Berufe der „Medizinischen Fachangestellten“ und „Zahnmedizinischen Fachangestellten“ sind fast ausnahmslos durch Frauen besetzt.

- Im Mittleren Ruhrgebiet gab es im Jahr 2012 insgesamt 444 Auszubildende zur/zum Medizinischen Fachangestellten mit einem Frauenanteil von 99%. Die Zahl der Auszubildenden im Mittleren Ruhrgebiet entspricht einem Anteil von 5% an allen Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten in Nordrhein-Westfalen. Im ersten Ausbildungsjahr befanden sich im Mittleren Ruhrgebiet 150 weibliche Auszubildende, die zu einem überwiegenden Anteil die Fachoberschulreife besitzen.
- Unter den im Mittleren Ruhrgebiet im Jahr 2012 verzeichneten 279 Auszubildenden zur Zahnmedizinischen Fachangestellten, die einen Anteil von 4% der Auszubildenden zur Zahnmedizinischen Fachangestellten in Nordrhein-Westfalen einnehmen, befanden sich – wie auch in ganz Nordrhein-Westfalen – keine Männer. Im ersten Ausbildungsjahr waren zu diesem Zeitpunkt 96 Auszubildende, ebenfalls zu einem überwiegenden Anteil mit Fachoberschulreife.
- Ebenfalls hohe Frauenanteile weist der Beruf der Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten mit 97% in NRW und 93% im Mittleren Ruhrgebiet auf. Darüber hinaus sind Frauen im Mittleren Ruhrgebiet auch in der Ausbildung zur Augenoptikerin mit 73% stark vertreten. In Berufen des Gesundheitshandwerks – und hier insbesondere unter den Orthopädiemechanikern und Bandagisten - sind dagegen insgesamt sehr wenige Auszubildende und anteilig auch wenig Frauen vertreten.

Abbildung 27: Prozentuale Veränderung der Auszubildendenverhältnisse im Dualen System (weiblich, 2008 – 2012 NRW und Mittleres Ruhrgebiet im Vergleich)



Quelle: Berufsbildungsstatistik Nordrhein-Westfalen, IT.NRW 2013

Im Mittleren Ruhrgebiet konnte in den Jahren zwischen 2008 und 2012 ein Anstieg der Auszubildendenzahlen bei den Kauffrauen im Gesundheitswesen und den Augenoptikerinnen verzeichnet werden (s. Abbildung 27). Einen Rückgang der Zahl der Auszubildenden hat es dagegen bei den Zahn-technikerinnen gegeben. Der stärkste Rückgang allerdings betrifft die Ausbildungen zur Medizinischen Fachangestellten (- 17,7%) und Zahnmedizinischen Fachangestellten (- 11,4%). Die negativen Trends bei diesen Berufsgruppen gelten allerdings nur für das Mittlere Ruhrgebiet, in NRW sind die Auszubildendenzahlen der Medizinischen Fachangestellten mit einer Veränderung von + 8% sogar gestiegen. Demgegenüber kann bei den Zahnmedizinischen Fachangestellten allerdings ein marginaler Rückgang von - 2,3% beobachtet werden. Gründe könnten einerseits in strukturellen Veränderungen des ambulanten Sektors von Einzelpraxen hin zu Gemeinschaftspraxen – und damit auch in einem Rückgang der Ausbildungsstellen – liegen. Dies wirft die Frage auf, ob und inwiefern hier regionalspezifische Faktoren zugrunde liegen. Andere Statistiken verweisen darauf, dass der Beruf der Medizinischen Fachangestellten zunehmend einen Attraktivitätsverlust erleidet (MGEPa 2010: 23).

Tabelle 5: Vorzeitig gelöste Ausbildungsverhältnisse im Dualen Ausbildungssystem in ausgewählten Gesundheitsberufen 2012 (NRW und Mittleres Ruhrgebiet, in Prozent)

Ausbildungsberuf	NRW			Mittleres Ruhrgebiet		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Pharmakant/-in	4%	8%				
Zahntechniker/-in	10%	10%	10%			
Augenoptiker/-in	9%	12%	8%	7%		9%
Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in	5%	3%	7%			
Hörgeräteakustiker/-in	7%	6%	7%			
Orthopädienschuhmacher/-in	11%	12%	10%			
Pharmazeutisch-kaufm. Angestellter/Angestellte	8%	11%	8%	7%		8%
Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	5%	5%	5%	3%		
Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	0%	0%	0%			
Arzthelfer/-in						
Med. Fachangestellter/-angestellte	8%	19%	8%	6%		6%
Zahnmed. Fachangestellter/-angestellte	13%	27%	12%	8%		8%
Auszubildende in Gesundheitsberufen insgesamt	9%	9%	9%	6%	3%	6%

Quelle: Berufsbildungsstatistik Nordrhein-Westfalen, IT.NRW 2013

Auf der anderen Seite sind unzureichende Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie ein Mismatch zwischen den Bedürfnissen der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen mögliche weitere Erklärungsansätze für den Rückgang der Auszubildendenzahlen, aber auch leicht erhöhte Abbruchquoten während der Ausbildung.

Unter den Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten lösten 6% im Jahr 2012 im Mittleren Ruhrgebiet das bestehende Ausbildungsverhältnis, in Nordrhein-Westfalen waren es dagegen 8% (s. Tabelle 5). Die Zahl der Ausbildungsabbrüche unter den Zahnmedizinischen Fachangestellten spricht eine noch deutlichere Sprache: während im Mittleren Ruhrgebiet im Jahr 8% der Auszubildenden das Ausbildungsverhältnis lösten, waren es in NRW sogar rd. 12%.

Fachschulen des Gesundheitswesens

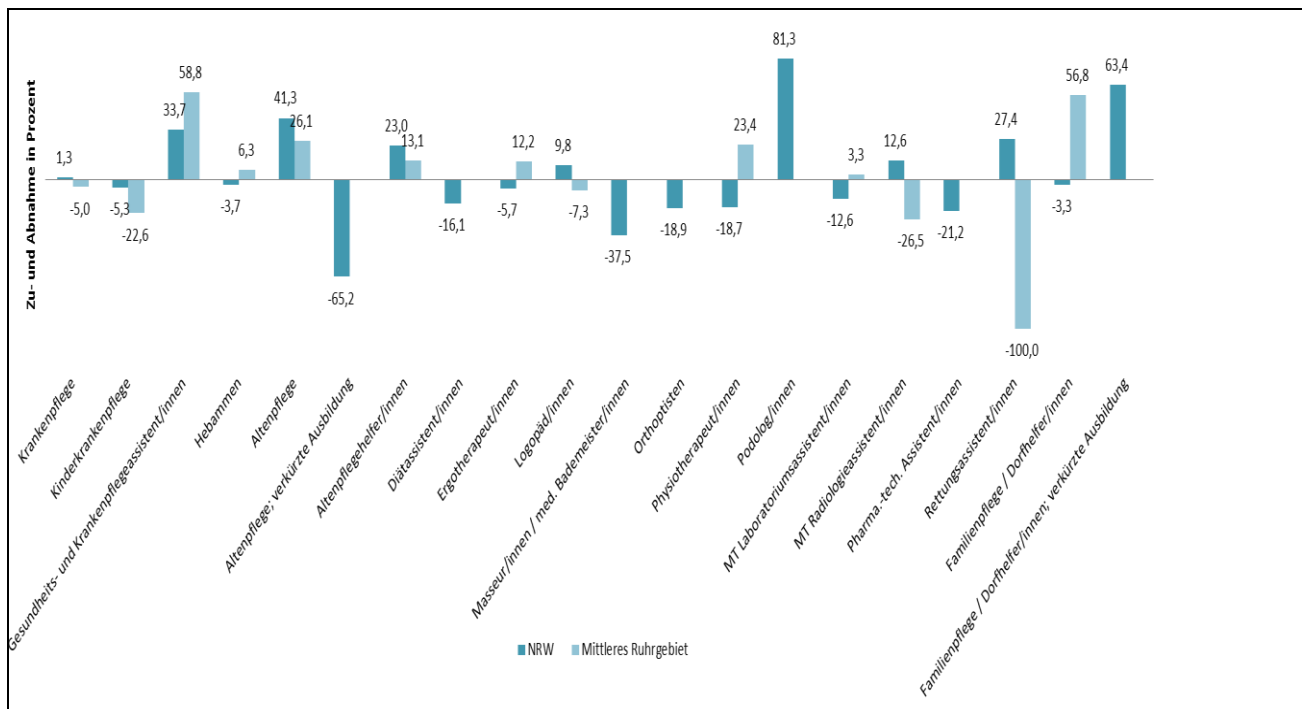
In den Fachschulen des Gesundheitswesens herrscht – insbesondere in den pflegerischen Ausbildungsberufen – eine durchweg hohe Frauenquote vor. Ausgenommen sind die Physiotherapie und der Ausbildungsgang zum/zur Medizinisch-Technischen RadiologieassistentIn.

- In der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin befanden sich im Mittleren Ruhrgebiet im Jahr 2012 insgesamt 880 Auszubildende mit einem Frauenanteil von 77%. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden im Mittleren Ruhrgebiet an NRW allen weiblichen Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege lag bei 6%. Im ersten Jahr der Ausbildung befanden sich im Jahr 2012 im Mittleren Ruhrgebiet 242 weibliche von insgesamt 319 Aus-

zubildenden, zu fast gleichen Anteilen mit Fachoberschulreife, Fachhochschulreife und Hochschulreife.

- Die Zahl der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz lag im Jahr 2012 im Mittleren Ruhrgebiet bei 34, darunter 27 Frauen. In Nordrhein-Westfalen gab es zum gleichen Zeitpunkt zum Vergleich insgesamt 748 Auszubildende. Interessant ist hier ein Blick auf die schulische Vorbildung: 22 der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr besitzen die Fachoberschulreife, fünf Auszubildende sogar die Fachhochschulreife.
- Eine Ausbildung in der Altenpflege absolvierten im Jahr 2012 im Mittleren Ruhrgebiet insgesamt 653 Auszubildende, der Anteil der Frauen ist mit 74% der geringste innerhalb der pflegerischen Berufsgruppen. In Nordrhein-Westfalen liegt dieser mit 77% weiblichen Auszubildenden etwas höher. Entsprechend niedrig erweist sich der Anteil der weiblichen Auszubildenden in der Altenpflege im Mittleren Ruhrgebiet an allen weiblichen Auszubildenden in der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen mit 4%. 179 Frauen befanden sich im Jahr 2012 im ersten Ausbildungsjahr im Mittleren Ruhrgebiet, die am häufigsten vertretene Art der schulischen Vorbildung sind die Fachoberschulreife und der Hauptschulabschluss.
- Mit 147 Auszubildenden im Mittleren Ruhrgebiet ist der Ausbildungsmarkt im Helferbereich im Ausbildungsberuf des/der AltenpflegehelferIn stärker besetzt als der Ausbildungsgang zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz. Im NRW-Vergleich liegt der Anteil der Auszubildenden zur AltenpflegehelferIn des Mittleren Ruhrgebiets bei 8%. Auch bei den Auszubildenden zur AltenpflegehelferIn ist ein hoher Frauenanteil von 82% vertreten. Die überwiegend vertretene schulische Qualifikation ist der Hauptschulabschluss, und etwa ein Drittel besitzt die Fachoberschulreife.
- Die am stärksten vertretene Berufsgruppe im Helferbereich ist die der FamilienpflegerInnen und DorfhelferInnen. Wie auch in den anderen Gesundheitsberufen ist die Verteilung der Auszubildenden von einem überwiegenden Frauenanteil geprägt. Bemerkenswert ist der Befund, dass der Anteil der Auszubildenden in der Familienpflege / Dorfhilfe im Mittleren Ruhrgebiet mit einem Anteil von 45% fast der Hälfte aller Auszubildenden im gleichen Ausbildungsberuf in Nordrhein-Westfalen entspricht.

Abbildung 28: Prozentuale Veränderung der Ausbildungsverhältnisse in Fachschulen des Gesundheitswesens (weiblich, 2008 – 2012 NRW und Mittleres Ruhrgebiet im Vergleich)



Quelle: Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, IT.NRW 2013

In der Krankenpflege hat es zwischen den Jahren 2008 und 2012 bei den weiblichen Auszubildenden im Mittleren Ruhrgebiet einen leichten Rückgang um 5% gegeben, während in Nordrhein-Westfalen ein Zuwachs von 1,3% verzeichnet werden konnte (s. Abbildung 28). In der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten zeigte sich dagegen bei den weiblichen Auszubildenden im Mittleren Ruhrgebiet ein starker Zuwachs von fast 59% (in NRW lag der Zuwachs „nur“ bei knapp 34%). Dass der Zuwachs prozentual so stark ins Gewicht fällt, ist allerdings auch der insgesamt kleinen Fallzahl geschuldet. Ebenfalls von einem hohen Zulauf geprägt sind die Berufe der Familienpflege / Dorfhilfe (+ 57% im Mittleren Ruhrgebiet, - 3% in NRW¹¹), Altenpflege (+ 26% im Mittleren Ruhrgebiet, + 41% in NRW¹²), Physiotherapie (+ 23% im Mittleren Ruhrgebiet). Einen moderaten Zuwachs bei den weiblichen Auszubildenden können die Ergotherapie (+ 12% im Mittleren Ruhrgebiet) sowie die Altenpflegehilfe (+ 13% im Mittleren Ruhrgebiet, 23% in NRW) verzeichnen. Von einem Rückgang weiblicher Auszubildender sind die Berufe der Rettungsassistenten und der Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten betroffen, allerdings liegen hier ebenfalls kleinere Fallzahlen zugrunde.

¹¹ Im gleichen Zeitraum gab es allerdings einen Anstieg der Auszubildenden im verkürzten Ausbildungsgang um + 63%.

¹² Der hohe Zulauf in NRW erklärt sich teilweise dadurch, dass innerhalb des Beobachtungszeitraums von der verkürzten Ausbildung abgerückt wurde, was sich durch einen Rückgang von - 65% bemerkbar machte.

Tabelle 6: Vorzeitig gelöste Ausbildungsverhältnisse in Fachschulen des Gesundheitswesens in ausgewählten Gesundheitsberufen 2012 (NRW und Mittleres Ruhrgebiet, in Prozent)

Ausbildungsberuf	NRW			Mittleres Ruhrgebiet		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Krankenpflege	8%	10%	7%	9%	12%	8%
Kinderkrankenpflege	7%	9%	7%	10%	25%	8%
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/innen	22%	34%	20%	35%	43%	33%
Hebammen	5%		5%	4%		4%
Altenpflege	7%	9%	6%	8%	11%	7%
Altenpflege; verkürzte Ausbildung	7%		8%			
Altenpflegehelfer/innen	20%	26%	18%	22%	38%	18%
Diätassistent/innen	13%	7%	14%			
Ergotherapeut/innen	6%	13%	5%	0%	0%	0%
Logopäd/innen	2%	4%	2%	1%	0%	1%
Masseur/innen / med. Bademeister/innen	18%	24%	13%			
Orthoptisten	19%	100%	17%			
Physiotherapeut/innen	7%	8%	7%	11%	8%	12%
Podolog/innen	3%	3%	3%			
MT Laboratoriumsassistent/innen	7%	10%	7%	7%	8%	6%
MT Radiologieassistent/innen	7%	7%	7%	5%	8%	4%
Pharma.-tech. Assistent/innen	14%	21%	14%			
Rettungsassistent/innen	3%	3%	5%	0%	0%	
Familienpflege / Dorfhelfer/innen	14%	15%	13%	11%	6%	11%
Familienpflege / Dorfhelfer/innen; verkürzte Ausbildung	25%		25%			
Auszubildende in (ausgewählten Berufen der) Fachschulen des Gesundheitswesens insgesamt	12%	14%	12%	9%	12%	9%

Quelle: Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, IT.NRW 2013

Auffallend hohe Abbruchquoten im Mittleren Ruhrgebiet, gemessen an allen bestehenden Ausbildungsverhältnissen in der Region, machen sich insbesondere im Helferbereich bemerkbar (s. Tabelle 6): Unter den weiblichen Auszubildenden liegt die Abbruchquote in der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten mit 33% am höchsten, wobei unter den männlichen Auszubildenden mit 43% eine noch höhere Abbruchquote beobachtet wird. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Zahlen der männlichen Auszubildenden in den klassischen Pflege- und Pflegehelferberufen absolut betrachtet sehr gering sind, so dass die Abbruchquoten relativ betrachtet sehr hoch ausfallen. Auch unter den weiblichen Auszubildenden in der Altenpflegehilfe ist die Abbruchquote mit 18% relativ hoch, unter den männlichen Auszubildenden mit 38% allerdings mehr als doppelt so hoch. Im Vergleich liegt der Anteil der Abbrecherinnen in der Gesundheits- und Krankenpflege moderat bei 8%, in der Altenpflege bei 7%. In diesen Berufszweigen ist die Abbruchquote unter den männlichen Auszubildenden mit 12% bzw. 11% ebenfalls höher.

Unter den weiblichen Auszubildenden in der Helferqualifikation Familienpflege / Dorfhilfe wird eine Abbruchquote von 11% verzeichnet, unter den männlichen Auszubildenden liegt der Anteil der vorzeitig gelösten Ausbildungsverhältnisse jedoch mit 6% unter dem Anteil der Abbrecherinnen. Zum Vergleich: die durchschnittliche Abbrecherquote über alle betrachteten Gesundheitsberufe hinweg liegt bei den weiblichen Auszubildenden bei 9%, bei den männlichen Auszubildenden dagegen bei 12%. Für den Helferbereich lautet der Befund entsprechend, dass männliche wie auch weibliche Auszubildende überdurchschnittlich häufig bereits schon während der Ausbildung auf dem Weg zur Helferqualifikation ausscheiden. Ein zentrales Handlungsfeld ist es, die hohen Abbruchquoten – insbesondere der männlichen Auszubildenden – abzufedern. Zwar gibt es gezielte Ansprachestrategien und Ansätze in der Berufsbildentwicklung, die auch männliche Bewerber ansprechen sollten, wie beispielsweise die Ausbildung technikgestützter Tätigkeitsfelder in der Pflege, z.B. im OP oder die Weiterentwicklung von Berufsbildern, wie z.B. des Notfallsanitäters/-in¹³. Konzepte und Strategien, die aus Geschlechterperspektive nicht allein die Phase der Berufswahl fokussieren, sondern komplementär an der Reduzierung von Abbruchquoten beitragen, sollten angesichts dieser Ergebnisse mehr Aufmerksamkeit erfahren.

Die Analyse der Arbeitslosigkeit im Mittleren Ruhrgebiet hat zudem Hinweise darauf zutage gefördert, dass in den Helferberufen zum Teil am Arbeitsmarkt vorbei ausgebildet wird. Insbesondere in der Altenpflegehilfe ist dies sehr wahrscheinlich, da hier besonders hohe Arbeitslosenzahlen identifiziert werden konnten. Trotz hoher Arbeitslosigkeit und geringer Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt steigt die Zahl der Altenpflegehelferinnen im Mittleren Ruhrgebiet durch den hohen Zuwachs an Auszubildenden weiter an. Allerdings ist die Abbruchquote hier zugleich nicht zu unterschätzen. Hier stellt sich die weiterführende Frage, welche alternativen Wege die Abbrecherinnen nach abgebrochener Ausbildung einschlagen.

Bei den Medizinischen Fachangestellten herrscht ebenfalls ein Überangebot an ausgebildeten Arbeitskräften, jedoch ist dieser Beruf gleichzeitig von einem Attraktivitätsverlust gekennzeichnet, was sich auch in einem Rückgang der Auszubildendenzahlen ausdrückt. Noch höher fällt nur der Rückgang der Auszubildendenzahlen bei den Zahnmedizinischen Fachangestellten aus.

¹³ „Im Bereich des nichtärztlichen Personals gibt es bislang die Qualifikationen Rettungshelfer, Rettungsassistent und Rettungsassistent. Das Berufsbild des Rettungsassistenten stellt dabei die höchste nichtärztliche Qualifikation im Rettungsdienst (Notfallrettung) dar. Die Ausbildung zum Rettungsassistenten ist staatlich anerkannt und im Rettungsassistentengesetz (RettAssG) sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (RettAssAPrV) von 1989 bundeseinheitlich geregelt. Die sich stetig weiterentwickelnde Medizin und wissenschaftliche Standards erfordern eine Anpassung der Ausbildung und somit Qualifikation des nichtärztlichen Personals für den modernen Rettungsdienst. Zur Erfüllung dieses Anspruchs wurde von der Bundesregierung ein Referentenentwurf für das Berufsbild des sogenannten Notfallsanitäters veröffentlicht und in verschiedenen Fachgremien zur Diskussion gestellt. Über die Instanzen des deutschen Gesetzgebungsverfahrens wurde das entsprechende Bundesgesetz (Notfallsanitätergesetz – NotSanG) endgültig beschlossen und am 27. Mai 2013 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Die mitgeltende NotSan-APrV wurde am 16.12.2013 verkündet. Am 01.01.2014 ist das Notfallsanitätergesetz in Kraft getreten und hat das bislang geltende Rettungsassistentengesetz abgelöst“. (<http://lano.drk-nordrhein.de/rettungsdienstausbildung/neues-berufsbild-notfallsanitaeterin/wieso-weshalb-warum.html>; 12.3.2014)

5. Berufsfelder im Fokus: Situation und Handlungsempfehlungen

Ziel der vorliegenden Studie war es, anhand ausgewählter Beschäftigungsfelder die Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft näher zu untersuchen. Grundlage der nachfolgend präsentierten Ergebnisse sind v.a. Experteninterviews und narrative berufsbio-graphische Interviews.

5.1 Berufsfeld Pflege

5.1.1 *Altenpflegehelfer/Gesundheit- und Krankenpflegeassistent: Wie können Anreize zur Höherqualifizierung geschaffen werden?*

Die Analyse der Erwerbstätigkeit und Beschäftigungssituationen gering qualifizierter Arbeitnehmerinnen erfolgt entlang der Helferqualifikationen im Gesundheitswesen in den Berufsfeldern der *Gesundheits- und Krankenpflegeassistent* sowie der *Altenpflegehilfe*. Diese Qualifikationen weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil weiblicher Beschäftigter auf und haben – insbesondere im Mittleren Ruhrgebiet – in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs erfahren. Der Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft wirkt als treibende Kraft für die Suche nach alternativen Wegen zur Beschäftigungssteigerung in der Pflege, zugleich wird Personen ohne mittleren Bildungsabschluss ein niedrigschwelliger Einstieg in einen Gesundheitsberuf ermöglicht.

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeassistent sowie der Altenpflegehilfe erfolgt in Nordrhein-Westfalen im Rahmen einer einjährigen Ausbildung an Fachschulen des Gesundheitswesens. Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist mindestens ein Hauptschulabschluss. Zielgruppen der Ausbildungsberufe sind einerseits Erstauszubildende, jedoch besteht auch ein großer Teil der Auszubildenden aus UmschülerInnen. Die Gesundheitsberufe auf Helferebene sind, wie die klassischen Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegeberufe, überwiegend von weiblicher Beschäftigung geprägt: Im 1. Quartal des Jahres 2013 waren im Mittleren Ruhrgebiet insgesamt 1.784 AltenpflegehelferInnen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, darunter 88% weibliche Beschäftigte (Bundesagentur für Arbeit 2013). In der Gesundheits- und Krankenpflegeassistent gab es im gleichen Zeitraum im Mittleren Ruhrgebiet insgesamt 1.299 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, der Anteil der weiblichen Beschäftigten betrug hier 82%.

Im Vergleich zu den Beschäftigten mit Helferqualifikation sind in der Gesundheits- und Krankenpflege mehr als doppelt so viele Fachkräfte beschäftigt, während in der Altenpflege kaum Unterschiede zwischen der Zahl der Fachkräfte und der Zahl der Helfer verzeichnet werden können. Zugleich zeigen die Daten der Beschäftigungsstatistik der Agentur für Arbeit, dass die Beschäftigten in Helferberufen vergleichsweise selten in Vollzeit arbeiten (Bundesagentur für Arbeit 2013).

- Unter den weiblichen Beschäftigten liegt der Anteil der Vollzeitkräfte an allen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegehelferinnen bei 23%, der Anteil der weiblichen Beschäftigten in Teilzeit bei 76%.
- Unter den Gesundheit- und Krankenpflegehelferinnen arbeiten rund 33% der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit, jedoch ist mit 66% auch hier die Mehrheit der Beschäftigten in Teilzeit angestellt.

- Unter den examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind die Verhältnisse ausgewogener als im Helferbereich. Hier ist mit 57% die Mehrheit der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit beschäftigt, in Teilzeit arbeiten 42%.
- Jenseits der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung standen im Jahr 2013 241 Altenpflegehelferinnen¹⁴ in einem geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnis; unter den Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen waren es sogar 368¹⁵. Die Helferberufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenhilfe sind – nach den Medizinischen Fachangestellten – die Berufsfelder, in denen Frauen am häufigsten geringfügig beschäftigt sind.

Mit Blick auf die monatlichen Bruttoverdienste im Helferbereich wurde deutlich, dass die Einkommen zu den niedrigsten im Gesundheitswesen zählen. Nach Daten des Lohnspiegels liegt der durchschnittliche monatliche Bruttoverdienst von Gesundheits- und KrankenpflegehelferInnen in Vollzeit bei 1.757 €; AltenpflegehelferInnen liegen mit einem durchschnittlichen monatlichen Bruttoverdienst von rund 1.849 € noch darüber (Bispinck et al. 2010; Evans et al. 2013). Im Vergleich zu ihren männlichen Beschäftigten erhalten Frauen auch in Assistenzberufen in der Pflege ein niedrigeres Arbeitsentgelt (Bellmann 2013). Zudem werden die Verdienstmöglichkeiten durch Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung weiter geschmälert, so dass Beschäftigte das Existenzminimum nicht erreichen können und z.T. aufstockende Leistungen in Anspruch nehmen müssen. In den Interviews wurde deutlich, dass aufstockende Leistungen in Helferberufen des Gesundheitswesens insbesondere dann notwendig sind, wenn Helfer Alleinverdiener oder alleinerziehend sind oder beide Partner in Helferberufen tätig sind. Hier wird deutlich, dass Helferberufe an sich vielfach keine ausreichenden existenzsichernden Beschäftigungs- und Verdienstperspektiven bieten – auch nach langjähriger Berufserfahrung bzw. fortschreitendem Alter ist der Verdienstzuwachs mit weniger als 100 € marginal. Da sich den Beschäftigten mit Helferqualifikationen langfristig nur wenig Entwicklungsperspektiven bieten, werden Möglichkeiten der beruflichen Weiterbildung zunehmend wichtig. Dem stehen jedoch die unzureichenden (finanziellen) Anreize für eine Höherqualifizierung nicht selten im Weg.

Die Gruppe der Helfer wächst jedoch beträchtlich: In den Jahren zwischen 2008 und 2012 hat es einen deutlichen Zuwachs an Auszubildenden in den Assistenzberufen der Gesundheits- und Krankenpflege (2008 – 2012: + 58,8% im Mittleren Ruhrgebiet; +33,7% in NRW) sowie der Altenpflegehilfe (+ 13,1% im Mittleren Ruhrgebiet; + 23% in NRW) gegeben (IT.NRW 2013). Der hohe Zuwachs birgt die Gefahr, dass sich die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes im Helferbereich erschöpft – auch, weil HelferInnen nicht unabhängig von examinierten Pflegekräften arbeiten dürfen und dementsprechend nur im begrenzten Umfang eigenständige Kompetenzprofile bieten können. Bereits heute wird die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarkts in Helferberufen des Gesundheitswesens im Mittleren Ruhrgebiet deutlich geringer eingeschätzt als für examinierte Pflegekräfte. In der Regel ist Arbeitslosigkeit unter examinierten Pflegekräften – wenn sie überhaupt eintritt – sehr kurz und übersteigt nicht den Leistungsbezug des SGB III.

Geringere Beschäftigungschancen in der Altenpflegehilfe lassen sich auch an der Verteilung der Helferqualifikationen in der Altenhilfe ablesen (IT.NRW 2011):

- In der ambulanten Pflege übersteigt der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen mit 6,4% den Anteil der Altenpflegehelferinnen mit 4,6% deutlich. Allerdings

¹⁴ Dies entspricht einem Anteil von 17% an allen weiblichen Beschäftigten in der Altenpflegehilfe

¹⁵ Dies entspricht einem Anteil von 25% an allen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

liegt hier der Anteil der Beschäftigten mit unbekanntem, „sonstigen“ Berufsabschlüssen bei nahezu 20%. Auch der Anteil der Beschäftigten ohne Abschluss und der Auszubildenden liegt mit rd. 7% über dem Anteil der Helferinnen.

- In der stationären Altenhilfe besteht ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen und Altenpflegehelferinnen (2,9% vs. 3,5%). Allerdings sind hier – dem Arbeitsfeld entsprechend – mehr Altenpflegehelferinnen beschäftigt. Jedoch auch in der stationären Pflege werden besonders hohe Anteile der Beschäftigten mit unbekanntem, „sonstigen“ Berufsabschlüssen (19,3%) und Beschäftigten ohne Berufsabschluss bzw. Auszubildenden (24,3%) verzeichnet.

Auf dem Arbeitsmarkt der Altenhilfe wird eine Konkurrenzsituation zwischen Gesundheits- und KrankenpflegeassistentInnen einerseits und den AltenpflegehelferInnen andererseits hervorgerufen, die ihrerseits wiederum der Gefahr ausgesetzt sein können, durch (noch) günstigere Qualifikationsprofile, die sich hinter den Beschäftigten mit „sonstigen“ oder „ohne“ Berufsabschluss verbergen können – wie betrieblich Qualifizierte oder angelernte Helfer („Helfer in der Altenpflege“) verdrängt zu werden.

Die Einstellung von ArbeitnehmerInnen mit Helferqualifikationen verweist u.a. auf einen Trend, das Fehlen examinierter Pflegekräfte mit der Beschäftigung von Hilfskräften zu kompensieren. Hier wird ein Personalaufbau betrieben, der zwar vielen Frauen mit geringerer (schulischer) Vorbildung eine Beschäftigung ermöglicht, der sich jedoch insbesondere unter Bedingungen einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung zu Lasten der Existenzsicherheit vieler Frauen auswirkt. Insbesondere dann, wenn sich Haushalts- und/oder Familienstrukturen (z.B. durch Trennung) verändern. In diesem Fall können sich die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen im Sinne prekärer Beschäftigungsverhältnisse verschärfen, so dass nicht nur ein existenzsicherndes Einkommen fehlt, sondern zugleich (insbesondere unter den Bedingungen einer geringfügigen Beschäftigung) keine bzw. keine ausreichende Altersvorsorge betrieben werden kann. Unter diesem Blickwinkel betrachtet führen die Beschäftigungsbedingungen in Assistenzberufen zwangsläufig zu (vorprogrammierter) Altersarmut.

Helferqualifikationen bieten den Vorteil, einen niedrigschwelligen Einstieg in eine Beschäftigung im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Doch wie die Beschäftigungsbedingungen zeigen, bleiben ArbeitnehmerInnen mit Helferqualifikation insbesondere bei der Entlohnung sowie der Alterssicherung im Hintertreffen. Angebote zur Weiterqualifikation gibt es zahlreiche, beispielsweise von Seiten der Agentur für Arbeit über das Programm WeGebAU, auf betrieblicher Ebene. Im Assistenzbereich werden ergänzende Qualifikationsmaßnahmen angeboten, z.B. in der Demenzbetreuung oder der Behandlungspflege. Diese Qualifikationsprofile werden derzeit jedoch selten gesucht, so dass hier zunächst nur sehr begrenzt verwertbare Qualifikationen erworben werden.

Perspektivisch am aussichtsreichsten ist eine Weiterqualifikation zur examinieren Pflegekraft. Die vorhandenen Möglichkeiten zur Weiterqualifikation werden nach Auskunft der Bundesagentur für Arbeit allerdings derzeit nur unzureichend ausgeschöpft. Um den Bildungsgang zur examinieren Pflegekraft absolvieren zu können, müssen gewisse Voraussetzungen – in der Regel ein mittlerer Bildungsabschluss – vorliegen oder nachträglich erworben werden. Fehlende Mindestvoraussetzungen, z.B. schulische Vorbildung oder Sprachkenntnisse können hier zu Barrieren werden, die Chancen zur Weiterqualifikation versperren. Eine Einrichtung von Zwischenstufen im Rahmen der

Weiterqualifikation könnte dazu beitragen, anhand der individuellen Vorbildung fehlende Mindestvoraussetzungen aufzuarbeiten.

Die Finanzierung zur Qualifizierung in der Altenpflegehilfe erfolgte in den vergangenen Jahren vielfach über Bildungsgutscheine, z.B. im Rahmen von Umschulungen. In den Interviews wurde deutlich, dass es zum Teil erhebliche Probleme bei der Auswahl geeigneter Bewerber und Bewerberinnen für die Umschulungsmaßnahmen gibt. Deutlich wurde ein Mismatch in der derzeitigen Praxis: Einerseits wird vielfach „blind umgeschult“, d.h. vorhandene *Screening-Instrumente* werden bei der Bewerberauswahl nicht oder nur unzureichend genutzt. Auf der anderen Seite werden jedoch vorhandene Ausbildungspotenziale nur unzureichend genutzt: Hier geht es vor allem um den Ausbau des Engagements zur Herstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, z.B. von Langzeitarbeitslosen sowie bei Migranten/-innen. Die Ausbildungsgänge in der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz sowie in der Altenpflegehilfe haben hohe Quoten vorzeitig gelöster Ausbildungsverhältnisse zu verzeichnen. Die Ursachen hierfür können vielfältig sein, z.B. unzureichende Arbeitsbedingungen, Verfehlungen während der Probezeit, das Berufsbild stimmt nicht mit den individuellen Vorstellungen überein oder Statuspassagen werden im unmittelbaren Arbeitsumfeld nicht unterstützt etc.

Als nachteilig stellt sich zudem heraus, dass im Rahmen von nicht betrieblichen Qualifikationsmaßnahmen in Vollzeit Verdienstaufschläge durch das Zurückfallen in den Schülerstatus drohen, die bisher nicht oder nicht hinreichend aufgefangen werden. In dieser Hinsicht wird die Organisation der Qualifikationsmaßnahmen selbst zur Barriere. Im Ansatz gibt es allerdings bereits Modelle, die Weiterqualifikationen bei externen Bildungsträgern in Kooperation mit Arbeitgebern ermöglichen und durch den Einsatz in den Einrichtungen auch Verdienstaufschlägen vorbeugen können.

In den Interviews wurden insbesondere die nachfolgenden **Gestaltungsfelder zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation** deutlich:

- **Weiterbildung ausbauen:** Im Mittleren Ruhrgebiet werden mehr Möglichkeiten für geringer qualifizierte Frauen benötigt, um gezielt fehlende Voraussetzungen zur Weiterqualifikation nachholen zu können. Hier empfiehlt es sich, Angebote der Weiterqualifikation und (finanzielle) Unterstützungsmöglichkeiten von Helfer/-innen im Dialog mit Arbeitgebern und Bildungsträgern weiter zu entwickeln.
- **Vorhandene Kompetenzen identifizieren, arbeitsplatznah qualifizieren:** In den Analysen zu den Qualifikationsstrukturen wurde zum einen deutlich, dass vielfältige Qualifikationen und Kompetenzen in der Altenhilfe vorgehalten werden. Zum anderen sind die vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene teilweise nicht bekannt und/oder werden nicht abgeholt. Insbesondere für geringer qualifizierte Beschäftigte sollten die Möglichkeiten einer arbeitsplatznahen Qualifizierung für den beruflichen Aufstieg verbessert werden.
- **Mehr Flexibilität auf Arbeitgeberseite:** Um Beschäftigten mit Helferqualifikationen bessere Beschäftigungsperspektiven zu bieten, ist mehr Beweglichkeit auf Seiten der Arbeitgeber bei den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung gefordert. Darüber hinaus sollte im Diskurs mit Arbeitgebern ein Anstoß für die Entwicklung neuer betrieblicher Modelle zur Altersvorsorge für Beschäftigte mit Helferqualifikation erfolgen.

- **Vorhandene Screening-Instrumente besser nutzen:** Ein Grund für die hohen Abrecherquoten liegen u.a. darin, dass im Vorfeld der Qualifizierung nicht genügend Informationen über das Berufsfeld Pflege zur Verfügung stehen, die Bewerber/-innen mit falschen Vorstellungen über das Berufsfeld in die Qualifizierung oder den Auswahlprozessen im Vorfeld der Qualifizierung nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Eine Gestaltungsoption besteht darin, gezielter vorhandene Instrumente zur Bewerberauswahl einzusetzen.
- **Ausbildungsbegleitende Hilfen ausbauen und Praxisanleitung stärken:** Sinnvoll sind ausbildungsbegleitende sozialpädagogische Hilfen, um die Ausbildungs- und Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, die Praxisbegleitung und -anleitung zu verbessern. Dies gilt für die einjährig qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten/-innen sowie die Altenpflegehelfer/-innen ebenso wie für die 3-jährig examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen sowie Altenpfleger/-innen. Viele Schülerinnen und Schüler fühlen sich im Ausbildungsalltag alleine gelassen und es fehlt auf den Stationen vielfach an personellen und zeitlichen Ressourcen Menschen in der Qualifizierungsphase gezielter zu unterstützen und zu begleiten.

5.1.2 Akademisch grundständige Pflegeausbildung – Wie kann aktive Professionalisierung gelingen?

In den vergangenen Jahren ist ein Ausbau akademisch grundständiger und akademischer berufsbegleitender Aus- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsfachberufe zu beobachten gewesen. Auf Basis der im Zuge des Bologna-Prozesses gestiegenen Möglichkeiten der Hochschulen, Studiengänge selbst zu entwickeln und einzuführen, entstanden in den (privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen) (Fach-)Hochschulen eine Fülle neuer Studiengänge mit Gesundheitsbezug. Vorhandene Bildungsanbieter haben ihr Angebotsspektrum erweitert, neue Bildungsanbieter sind auf dem Markt aktiv und selbst ehemals branchenfremde Anbieter suchen sich in der beruflichen Bildung des Gesundheitswesens neue Markt- und Entwicklungsperspektiven. In der Pflege etwa wurden die klassischen akademischen Bildungsangebote, z.B. im Bereich Pflegemanagement oder Pflegepädagogik, um pflegewissenschaftliche Studiengänge sowie um grundständig akademische Qualifizierungsangebote erweitert. Parallel zur wissenschaftlichen Qualifizierung wird im letztgenannten Fall zudem die Berufsausbildung absolviert. Das Spektrum akademischer Bildungsangebote für Gesundheitsfachberufe im Mittleren Ruhrgebiet ist vielfältig und wird u.a. von der Hochschule für Gesundheit, der Universität Witten-Herdecke oder der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe vorgehalten. Mit der Hochschule für Gesundheit (HSG) ist in Bochum zudem die erste staatliche Fachhochschule mit Modellstudiengängen in den Bereichen Pflege, Hebammenkunde, Ergotherapie, Logopädie sowie Physiotherapie ansässig. Zukünftig ist hier eine Erweiterung des Studienangebots in den Feldern „Gesundheit and Diversity“ (Vollzeit-Studium) und „Gesundheitsorientierte Lebensraumgestaltung“ (berufsbegleitendes Studium) vorgesehen. Die Studiengänge zielen v.a. auf eine wissenschaftliche Qualifizierung an der Schnittstelle von Diversity-, Quartiers- und Technologiemanagement.

Folgt man den Selbstauskünften der Hochschulen sowie Aussagen von Studierenden/Absoventen, so liegen zukünftige Praxis- und Beschäftigungsfelder der Absolventen zum einen in der unmittelbaren Patientenversorgung als „wissenschaftlich-reflektierte“ Praktiker und in der Beratung, Betreuung und

Begleitung von Menschen in gesundheitlichen Krisensituationen. Weitere zukünftige Arbeitsfelder werden in der Evaluation von Gesundheitsleistungen, in der Versorgungsgestaltung und im Versorgungsmanagement sowie im einrichtungsinternen und -übergreifenden Qualitäts- und Prozessmanagement identifiziert. Durch einen Ausbau akademischer Qualifizierungsangebote soll zudem ein Beitrag dazu geleistet werden, die Wissensbasis der Gesundheitsfachberufe auszubauen sowie die gesundheitswissenschaftliche und versorgungsbezogene Forschung der Gesundheitsfachberufe zu erweitern. Zukünftig wird die Evidenzbasierung pflegerischer Maßnahmen und Leistungen erheblich an Bedeutung gewinnen. Hier können akademische Qualifikationen ohne Zweifel nachhaltige Beiträge leisten.

Auch wenn die wissenschaftliche Profilierung und Qualifizierung der Pflege notwendig und sinnvoll ist, so gibt es derzeit viele Diskussionen darüber, welche spezifischen Kompetenz- und Qualifikationsprofile die akademisch qualifizierten Beschäftigten im Gegensatz zu traditionell, fachschulisch qualifizierten auszeichnet. Viel Skepsis und Unsicherheit besteht in den Einrichtungen, bei Personalern aber auch bei den Beschäftigten selbst hinsichtlich der neuen Abschlüsse: Worin liegt der Zusatznutzen der akademischen Berufsabschlüsse? Welchen Beitrag können die Absolventen für die Weiterentwicklung ihrer Einrichtungen und für die gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen leisten? Welche neuen Arbeits- und Tätigkeitsfelder können die Absolventen sich erschließen? Und schließlich stellt sich für Beschäftigte und Arbeitgeber die Frage nach der Tarifierung der Arbeit.

Auf der einen Seite sind die neuen Abschlüsse und Qualifikationsprofile in der Praxis bei den Arbeitgebern durchaus erwünscht. Auf der anderen Seite wird jedoch noch nach konkreten Wegen der Integration, der Professionalisierung und Eigenständigkeit der neuen Qualifikationsprofile in die Praxis gesucht. In den Interviews wurde deutlich, dass sowohl in den Praxiseinrichtungen, in den Hochschulen selbst als auch bei den Absolventen noch unklar ist, wie die Professionalisierung in der Praxis konkret gelingen kann. Eine Gefahr besteht u.a. darin, dass die vorhandenen Kompetenzen und Qualifikationen der Absolventen in der Praxis nicht bekannt sind und im Arbeitsalltag nicht abgerufen werden. Eine andere darin, dass die Absolventen engagiert und motiviert zur Weiterentwicklung ihrer Einrichtung beitragen möchten, hier aber schnell auf personelle, (arbeits-)organisatorische und kulturelle Grenzen des Machbaren stoßen. Es drohen Mehrfachenttäuschungen: Beschäftigte sind darüber enttäuscht, dass Sie ihr Wissen und Können nicht wie gewünscht in den Arbeitsalltag einbringen können. Die Kolleginnen und Kollegen sind enttäuscht, da der Zusatznutzen der neuen Abschlüsse sich aus ihrer Perspektive nicht erschließt und sie eine Entwertung ihrer Qualifikationen befürchten. Auch die Arbeitgeber und die Bildungseinrichtungen werden sich zukünftig verstärkt der Frage stellen müssen, welchen Beitrag sie zur Verwertbarkeit der Abschlüsse auf dem Arbeitsmarkt leisten. Damit aus Bildungsangeboten auch verwertbare Berufs- und Karriereperspektiven entstehen, ist es notwendig, die Professionalisierung der Absolventen frühzeitig zu unterstützen und zu begleiten. Die Forderung nach einer aktiven (aber individuell organisierten!) Professionalisierung der Absolventen allein greift an dieser Stelle zu kurz, vielmehr ist eine gezielte und systematische Unterstützung der Absolventen notwendig.

In den Interviews wurden insbesondere die nachfolgenden **Gestaltungsfelder zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation** deutlich:

- **Professionalisierung frühzeitig begleiten und unterstützen:** Für die Akzeptanz der neuen Abschlüsse und ihre Integration in die Arbeitswelt ist es notwendig, frühzeitig Ideen für konkre-

te Arbeits- und Tätigkeitsfelder der Absolventen zu entwickeln. Ein Weg könnte darin bestehen, die Kooperation zwischen Arbeitgebern und Hochschulen weiter zu intensivieren und bereits während des Studiums arbeitsbezogene Praxisprojekte im Zusammenspiel von Studierenden, Arbeitgebern und Hochschulen durchzuführen. Dieses erfordert jedoch auch den Ausbau einer qualifizierten Praxis- und Projektbegleitung. Insbesondere wird es darum gehen Praxisprojekte zu definieren, die in Kooperation mit den Einrichtungen und potenziellen Arbeitgebern entwickelt werden und durch ihren unmittelbarerfahrbaren Nutzen auch Berufsperspektiven für die Absolventen eröffnen können.

- **Wissen über Einmündungsprozesse und deren Rahmenbedingungen schaffen:** Im Zuge der Evaluation der Modellstudiengänge wird es in den nächsten Jahren vor allem um die Frage gehen, in welche Arbeits- und Tätigkeitsfelder die Absolventen in der Praxis einmünden. Neben der Frage nach den konkreten Arbeits- und Tätigkeitsfeldern, ist die Aufmerksamkeit verstärkt auch auf die organisatorischen, finanziellen, personellen und kulturellen Rahmenbedingungen der Einmündungsprozesse in die Praxis zu richten. Erst aus einer integrierten Analyse können wertvolle Rückschlüsse über tragfähige Maßnahmen zur Professionalisierung der Absolventen in der Praxis gewonnen werden.
- **Einarbeitungspfade als Orientierungs- und Handlungshilfen entwickeln:** In vielen Gesundheitseinrichtungen mangelt es an systematischen Einarbeitungs-, Wiedereinstiegs- oder Ausbildungspfaden. Nicht zuletzt aufgrund der vielfach schwierigen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ist Personalarbeit vielfach punktuell, nachholend und wenig reflektiv organisiert. Eine systematische Identifizierung und Entwicklung der vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen der Beschäftigten finden nur selten statt. Unter solchen Rahmenbedingungen ist es schwer, sich eigene Aufgabenfelder zu erschließen und diese betriebsintern zu legitimieren. Umso notwendiger ist es, dass im Zusammenspiel von Absolventen, Hochschulen und Arbeitgebern, Einarbeitungspfade entwickelt werden, die im Einmündungsprozess als Orientierungs- und Handlungshilfen dienen können.
- **Mit neuen Arbeits- und Tätigkeitsfeldern Versorgungslücken vor Ort schließen:** Neue akademische Abschlüsse bieten durchaus interessante Beschäftigungsperspektiven. Dabei ist die Aufmerksamkeit nicht nur auf bereits bekannte Aufgabenfelder in den klassischen Institutionen der Gesundheitsversorgung zu richten. Wo gibt es bislang uneingelöste Versorgungsbedarfe? Wo kommen möglicherweise zukünftig wichtige institutionalisierte Versorgungsangebote an ihre Grenzen (z.B. geriatrische Rehabilitation)? Wichtige Einsatzfelder sind in diesem Zusammenhang etwa die Patientenkommunikation, die Patientenberatung oder die Begleitung von Menschen in gesundheitlichen Krisensituationen in ihrem Lebensumfeld. Unter dem Stichwort „Quartiersmanagement“ wird derzeit viel über Wege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld gesprochen. Unklar ist jedoch bislang, wie die Lücke zwischen „Sozialraumentwicklung“ und „Gesundheitsversorgung“ unter Rückgriff auf konkrete Qualifikations- und Kompetenzprofile von Gesundheitsberufen, und hier auch auf neue akademische Bildungsabschlüsse, geschlossen werden könnte. Auch fehlt es nicht selten an der Konzeption, Integration und Koordination multiprofessioneller, personenbezogener Gesundheitsdienstleistungen vor Ort. Insbesondere aus der Kooperation mit der Sozialarbeit, die auf eine lange Tradition quartiersbezogener Leistungen und einen umfangreichen Erfahrungsschatz zugreifen kann, sind hier wertvolle Impulse zu erwarten. Auch für die Medizinischen Fachangestellten könnten sich hier im Zusammenspiel interessante Berufsperspektiven entwickeln.

- **Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe für mehr Gesundheit in der Wirtschaft nutzen:** Die Gesundheitsberufe sind nicht nur selbst wichtige Träger von Beschäftigung und der wirtschaftlichen Entwicklung in der Region. Sie besitzen darüber hinaus eine bedeutende Gewährleistungsfunktion für die Wirtschaft insgesamt. Die Potenziale der Gesundheitsfachberufe werden hier bislang jedoch noch nicht richtig genutzt, sowohl im betrieblichen Gesundheitsmanagement selbst, als auch in der Entwicklung überbetrieblicher Handlungsstrategien für ein regional orientiertes Gesundheitsmanagement. Hier können durch die Gesundheitsfachberufe und ihre neuen Bildungsabschlüsse interessante Perspektiven erschlossen werden. Durch den Dialog zwischen Unternehmen der Region, Gesundheitseinrichtungen, vor allem aber den Gesundheitsfachberufen selbst könnten gemeinsame Strategien für mehr Gesundheit in der Arbeitswelt entwickelt und umgesetzt werden. Wichtige Partner wären hier neben den Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen auch die Berufsverbände, Kammern und Gewerkschaften.

5.2 Berufsfeld Praxis: „Medizinische Fachangestellte“ zwischen alten Problemen und neuen Perspektiven?

Wie in den vorangegangenen Analysen deutlich wurde, stellt der ambulante Sektor einen ebenso bedeutenden wie bisweilen auch stiefmütterlich behandelten Teilbereich der Gesundheitswirtschaft dar. Eine zentrale Berufsgruppe, in der mit einem Anteil von 99% weibliche Beschäftigung dominiert, stellen die „Medizinischen Fachangestellten“ (MFA) dar. Bei dem Berufsbild „Medizinische/-r Fachangestellte/-r“ handelt es sich um ein etabliertes Berufsbild, das auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) im Rahmen einer 3-jährigen dualen Ausbildung qualifiziert wird. Haupteinsatzfelder der MFA sind vor allem allgemeinmedizinische Praxen sowie Facharztpraxen.

Mehr als 3.500 MFA gingen 2013 im mittleren Ruhrgebiet einer sozialversicherungspflichtigen, weitere 810 einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach. Mit Blick auf die Gesamtbeschäftigung stellen die MFA unter den Gesundheitsberufen der Region eine bedeutende Berufsgruppe dar. Die Arbeitslosigkeit in dieser Berufsgruppe ist auch im kurzfristigen Beobachtungszeitraum angestiegen und die verfügbaren Daten zu den „Arbeitslosen-Stellen-Relationen“ deuten im Agenturbezirk Hagen/Bochum aktuell auf ein Überangebot an Arbeitskräften im Verhältnis zu den offenen Stellen hin. In den Interviews wurde auf die hohe Dynamik dieser Berufsgruppe am Arbeitsmarkt hingewiesen. Rund die Hälfte der MFA wechseln derzeit auf Basis vorliegender Erkenntnisse ihren Beruf (Wiethölter 2012). In den Interviews wurde deutlich, dass Arbeitszeiten und Arbeitstätigkeiten nicht immer den üblichen Vereinbarungen entsprechen. Gründe hierfür sind vor allem unverlässliche Arbeitszeiten, ausufernde Arbeitszeiten, Arbeitszeitverdichtung oder Unklarheiten über berufliche Entwicklungsperspektiven. Der Zuwachs an Arbeitslosigkeit wird begleitet durch einen Zuwachs offener Stellen einerseits sowie durch einen deutlichen Rückgang der Ausbildungszahlen im mittleren Ruhrgebiet andererseits. Angesichts dieser Situation warnte die Ärztekammer Westfalen-Lippe kürzlich vor einem drohenden Nachwuchs- bzw. Fachkräftemangel in dieser Berufsgruppe. Die vorab präsentierten Daten zeichnen insgesamt ein überaus ambivalentes Bild: Steigende Arbeitslosigkeit einerseits, bei einem Zuwachs offener Stellen und rückläufigen Ausbildungszahlen andererseits.

Ein Drittel der MFA waren 2013 im mittleren Ruhrgebiet in Teilzeit tätig. Bei einer Teilzeittätigkeit wird ein durchschnittliches Bruttomonatseinkommen von maximal 900,00 Euro realisiert. Im Ver-

gleich mit anderen Gesundheitsberufen verzeichnen die MFAs unterdurchschnittliche Lohnzuwächse im berufsbiographischen Verlauf. Vorliegende Studien haben Evidenz für die These geliefert, dass in diesem Berufsfeld auch unbefristete Vollzeittätigkeiten vielfach objektiv prekäre Merkmale aufweisen, da die Entlohnung unterhalb der Niedriglohngrenze liegt und die tariflichen und sozialen Rechte aufgrund der kleinbetrieblichen Strukturen vielfach nur eingeschränkt gelten. Teilzeittätigkeiten oder geringfügig entlohnte Beschäftigung werden jedoch zumeist von den Beschäftigten selbst nicht als prekär wahrgenommen, da sie als Teil des modernisierten Ernährermodells mit einer männlichen Vollzeittätigkeit und einer weiblichen Teilzeittätigkeit auf Haushaltsebene unmittelbar abgesichert sind. Damit gleichwohl einhergehende Prekaritätsrisiken werden in diesem Modell vielfach erst mittel- oder langfristig erfahrbar (Kathmann/Dingeldey 2013).

In den Interviews zur vorliegenden Studie wurde deutlich, dass insbesondere MFA nach der Familienphase nicht selten Schwierigkeiten haben, in den Beruf wiedereinzusteigen. Angesichts der zunehmenden Arbeitslosenzahlen in dieser Berufsgruppe und den Warnungen der Ärztekammer, war dieser Befund zunächst überraschend. Auf Basis der Interviews könnte eine mögliche Erklärung sein, dass jüngere Beschäftigte oder Auszubildende in diesem Beruf nach Wahrnehmung der Arbeitgeber häufig flexibler eingesetzt werden können und auch tariflich attraktiver sind. Der ambulante Sektor ist vielfach durch kleinstbetriebliche Strukturen gekennzeichnet. Je nach Standort stehen niedergelassene Arztpraxen wirtschaftlich unter einem hohen Druck. Aufgrund der kleinstbetrieblichen Struktur sind zentrale Schutzrechte, wie z.B. der Kündigungsschutz hier nur partiell gültig. Betriebsräte sind zumeist ebenfalls nicht vorhanden, selbst wenn die Bedingungen hierfür erfüllt sind (Kathmann/Dingeldey 2013).

Der stationäre Sektor war in den vergangenen Jahren enormen Umbrüchen seiner Leistungsstrukturen und -prozesse ausgesetzt. Hierzu zählen beispielsweise die Zusammenlegung von Einzelpraxen zu Gemeinschaftspraxen oder die Ausgründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Reorganisation der Leistungsprozesse hat in Teilen auch erhebliche Konsequenzen für die Arbeitsplätze, die Aufgaben- und Tätigkeitsfelder der MFA. Zum Teil werden disziplinär unterschiedliche Praxen und Fachabteilungen zusammen gelegt, die Teamentwicklung am neuen Arbeitsplatz bleibt dabei meist auf der Strecke. Im Mittelpunkt der Reorganisationsprozesse stehen zumeist organisatorische und strukturelle Veränderungen, eine Begleitung dieser Prozesse durch Maßnahmen der systematischen Personal- und Organisationsentwicklung ist hingegen die Seltenheit. Nicht unüblich ist es, dass schriftliche Vereinbarungen über den neuen Arbeitsplatz oder entsprechende Arbeitsplatzbeschreibungen nicht vorliegen.

Die skizzierte Dynamik des Arbeitsmarktes ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass Beschäftigte dieses Berufes sich öfter nach einem neuen Arbeitgeber umsehen. Zur Exit-Option gehört auch, dass nach neuen beruflichen Perspektiven und Qualifizierungsmöglichkeiten jenseits des ursprünglichen Tätigkeitsfeldes Ausschau gehalten wird. Hierauf reagieren auch die Bildunganbieter der Region, z.B. mit neuen Studien- und Qualifizierungsangeboten. Beispiele hierfür sind etwa ein neu eingerichteter Studiengang „BWL/Ökonomie“ am „Klaus Steilmann Berufskolleg“ (Bochum), die Qualifizierung zur „Study Nurse“ oder die Spezialisierungsqualifikation zur „Arzteentlastenden Versorgungsassistentin“ oder zur „Versorgungsassistentin Neurologie“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Insbesondere die Studienangebote für diese Berufsgruppe sind nicht zuletzt auch der Tatsache geschuldet, dass zunehmend mehr Studienberechtigte die allgemeinbildenden Schulen verlassen und diese Zielgruppe für den Beruf der „Medizinischen Fachangestellten“ durch eine Aufwertung des Berufsbildes interes-

siert werden soll. Und umgekehrt versuchen (Fach)Hochschulen sich auch in dieser Zielgruppe neue Zielgruppen zu erschließen. Deutlich wurde jedoch auch, dass diese Aufwertung ebenso wie die neuen Qualifizierungsmöglichkeiten in der Praxis längst noch nicht angekommen sind.

In den Interviews wurden insbesondere die nachfolgenden **Gestaltungsfelder zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation** benannt:

- **Mehr Transparenz und Orientierung für die vorhandenen Berufsperspektiven:** Dem Beruf der „Medizinischen Fachangestellten“ hängt vielfach noch das Image eines „Sackgassenberufs“ an. Interessante Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diese Berufsgruppe sind ohne Zweifel vorhanden. Das BBiG ermöglicht horizontale und vertikale Berufsperspektiven und geregelte Spezialisierungs- und Aufstiegsqualifikationen (z.B. Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung; Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen). Hier gilt es zum einen, mehr Transparenz und Orientierung über die Qualifizierungsmöglichkeiten zu schaffen. Zum anderen zeigte sich in den Interviews, dass Arbeitgeber nicht immer über die Potenziale dieser Qualifizierungsmöglichkeiten informiert waren. Zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation ist es unerlässlich, in beide Richtungen (Beschäftigte wie Arbeitgeber) zu orientieren.
- **Ambulante Arbeitgeber als Ausbilder stärken:** Positive Erfahrungen in der Ausbildung tragen erheblich dazu bei, das Image eines Berufes zu verbessern und das Interesse sowie den Zugang zu weiterführenden Berufsperspektiven zu eröffnen. Ob positive Erfahrungen in der Ausbildung von den Auszubildenden selbst, wie auch von den Arbeitgebern gemacht werden, hängt gerade in kleinstbetrieblichen Strukturen wesentlich davon ab, wie es um die Kultur und Qualität der Arbeitsbeziehung bestellt ist. In den Interviews ergaben sich Hinweise darauf, dass viele Arztpraxen zu spät nach geeigneten Bewerbern für ihre Ausbildungsstellen suchen. Enttäuschungen sind hier nicht selten vorprogrammiert. Arbeitgeber sollten zukünftig gezielter darin unterstützt werden, die Ansprache von potenziellen Auszubildenden frühzeitiger und systematischer gestalten zu können. Auch werden nicht immer alle Inhalte der Ausbildung vor Ort systematisch vermittelt oder in den Ausbildungsnachweisen dokumentiert. Und nicht selten werden entsprechende Defizite durch die Berufsschulen kompensiert. Projekte und Maßnahmen die dazu beitragen, Arbeitgeber im ambulanten Sektor in ihrer Funktion und Befähigung als Ausbilder zu stärken, können hier wichtige Impulse zur Verbesserung der Ausbildungsqualität liefern.
- **Überbetriebliche Ressourcen zur Personal- und Organisationsentwicklung schaffen und Lernkulturen befördern:** Trotz hoher Arbeitsbelastung und vielfältiger Umbrüche im ambulanten Bereich gehören Maßnahmen systematischer Personal- und Organisationsentwicklung für viele MFA und ihre Arbeitgeber längst noch nicht zum Berufsalltag. Kapazitäten und Ressourcen kleinstbetrieblicher Strukturen in Arzt- und Facharztpraxen kommen hier schnell an ihre Grenzen. Vergessen werden darf auch nicht, dass die Themen „Personalmanagement“, „Führung“ und „Organisationsentwicklung“ für viele Mediziner nach wie vor nicht Bestandteil ihrer eigenen Ausbildung sind. Und bei der Zusammenlegung von Leistungsbereichen werden die Themen Team- und Personalentwicklung schnell mal vergessen oder von den Prozessverantwortlichen als nachrangig eingestuft. Ansatzpunkte liegen beispielsweise in der Schaffung überbetrieblicher Qualifizierungs- und Organisationsentwicklungsressourcen, z.B. im Rahmen von Poollösungen. Gerade die klein- und kleinstbetrieblichen Einrichtungen der ambulanten

Gesundheitsversorgung sollten stärker dahingehend motiviert und unterstützt werden, eine „Lernkultur“ zu ermöglichen.

- **Neue Berufsperspektiven und Job-Modelle erschließen:** Angesichts der fachlichen und außerfachlichen Kompetenzen der Berufsgruppe, der vorhandenen Spezialisierungs- und Aufstiegsqualifikationen ist die Identifizierung neuer und erweiterter Dienstleistungs- und Arbeitsfelder für diese Berufsgruppe eine weitere wichtige Gestaltungsoption. So können MFA aufgrund ihrer Qualifikationen und Kompetenzen z.B. Reorganisationsprozesse patienten-naher Funktionsbereiche in Krankenhäuser begleiten, den Ausbau vernetzter Gesundheitsdienste vor Ort unterstützen oder im Rahmen multiprofessioneller Teamstrukturen zu neuen Gesundheitsangeboten vor Ort (z.B. im Quartier) beitragen. Auch die neu entstehenden Studiengänge (z.B. Gesundheitsorientierte Lebensraumgestaltung) können interessante Qualifizierungs- und Beschäftigungsperspektiven für die MFAs bieten. Durch Job-Sharing oder Job-Rotations-Modelle im Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung können zudem neue, interessante Berufs- und Karriereperspektiven für diese Zielgruppe erschlossen und das Berufsbild aufgewertet werden.

Medizinische Fachangestellte arbeiten nicht selten unter unzureichenden tarif- und sozialrechtlichen Bedingungen. Eine geringe Tarifbindung und ein niedriger Organisationsgrad der Beschäftigten (Kathmann/Dingeldey 2013) sind für den *sozialen Dialog zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation* dieser Berufsgruppe zunächst keine günstigen Voraussetzungen. Dies gilt nicht nur für die Berufsgruppe der MFA im ambulanten Sektor, sondern ist für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft insgesamt problematisch zu bewerten (Evans et al. 2013). Angesichts dessen ist es dringend notwendig, den Dialog zwischen der Interessenvertretung der MFA (Verband Medizinischer Fachberufe e.V, Bochum) und den Arbeitgebern vor Ort sowie der Ärztekammer in der Region zu stärken. Wichtige inhaltliche Themen könnten in diesem Zusammenhang u.a. die Verbesserung der Ausbildungsqualität, überbetriebliche Modelle der Personalentwicklung, die Entwicklung von Job-Sharing oder Job-Rotations-Modellen oder neuer Berufsperspektiven und Tätigkeitsfelder für diese Berufsgruppe in der Region sein.

5.3 Berufsfeld „Medizintechnik“ – Welche Frauenförderung ist nötig?

Die Medizintechnik, wie auch andere ingenieurwissenschaftliche Branchen, zeichnen sich grundsätzlich durch sehr gute Berufschancen aus. Die Erwerbstätigkeit und Beschäftigungsperspektiven im Berufsfeld Medizintechnik sind zunächst weniger geprägt von geschlechtsspezifischen Unterschieden, da Frauen im Studium im Vergleich zu anderen ingenieurwissenschaftlichen Branchen nicht unterrepräsentiert sind. Erst auf betrieblicher Ebene werden geschlechtsspezifische Unterschiede bzw. das Fehlen frauenfördernder Instrumente deutlich.

Ausbildung und Studium in der Medizintechnik

Der Zugang zum Berufsfeld Medizintechnik eröffnet sich für verschiedene Berufe und Qualifikationsniveaus: nach einschlägiger abgeschlossener Ausbildung in einem Elektro- oder Metallberuf, über die Weiterbildung z.B. zur/m staatlich geprüften TechnikerIn „Fachrichtung Medizintechnik“ an Technikerschulen sowie als Studienfach im Bereich der Ingenieurwissenschaften an Fachhochschulen und Universitäten. Im Zusammenhang dieser Studie liegt der Fokus auf dem durch ein Hochschul-

studium qualifizierten Berufsfeld Medizintechnik. Weitere Zugänge in das Berufsfeld sind möglich: Die Studienfächer (Ausbildungen) reichen von der Pädagogik über Kommunikationswissenschaften, Betriebswirtschaftslehre, Wirtschaftswissenschaften und Mathematik bis hin zur Gesundheitswirtschaft. Kaufmännische Berufe finden sich ebenso wie vorhandene Abschlüsse z.B. in der Gesundheits- und Krankenpflege. Insbesondere praxisnahe Abschlüsse an Fachhochschulen gewinnen nach Aussagen von Interviewpartnern für das Berufsfeld zukünftig erheblich an Bedeutung.

Das Studium der Medizintechnik im Mittleren Ruhrgebiet ist an der Ruhr-Universität Bochum nicht als eigener Studiengang konzipiert, sondern kann als Studienschwerpunkt im Master of Science-Studiengang Elektrotechnik gewählt werden¹⁶. Diese Form der Organisation ermöglicht es, im Feld Elektrotechnik umfassendes Expertenwissen zu erlangen und dieses durch die Wahl des Schwerpunktes Medizintechnik durch spezifisches Fachwissen zu ergänzen. Aufgrund der Eigenschaft der Medizintechnik als Querschnittsgebiet, welches sich aus verschiedenen ingenieurwissenschaftlichen Disziplinen speist, qualifiziert ein reiner Studiengang Medizintechnik dagegen für „ein bisschen von allem“, kann jedoch kein breites fachspezifisches Basiswissen vermitteln.

Der Studienschwerpunkt Medizintechnik an der Ruhr-Universität Bochum wird vertreten durch den Lehrstuhl für Medizintechnik an der Fakultät für Elektrotechnik und Informationstechnik. Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Signalverarbeitung, Bildverarbeitung sowie Ultraschall. In der Lehre sind zudem Lehrstühle der Fakultäten Medizin, Maschinenbau und Bauingenieurwesen sowie das Institut für Neuroinformatik vertreten. Aufgrund der inhaltlichen Schwerpunkte ist auch das medizintechnische Profil der in Bochum ausgebildeten MedizintechnikerInnen an den Bereich der Signal- und Bildverarbeitung sowie Ultraschall geknüpft.

Insgesamt studieren im Studienschwerpunkt Medizintechnik pro Jahr ca. zehn Studierende, dies entspricht einem Anteil von 10% aller Studierenden des Studiengangs Elektrotechnik. Im Vergleich zu anderen Schwerpunkten ist die Medizintechnik mit ca. 25% geprägt von einem hohen Anteil weiblicher Studierender.

Situation der Medizintechnikbranche im Mittleren Ruhrgebiet

Die Medizintechnik im Mittleren Ruhrgebiet bildet kein eigenes Profil, sie ist geprägt von einer vergleichsweise diffusen Struktur klein- und mittelständischer Unternehmen. Inhaltlich sind die im Mittleren Ruhrgebiet ansässigen Unternehmen insbesondere auf die Bereiche Informationstechnik und Software ausgerichtet. Aufgrund der inhaltlichen Unterschiede besteht kaum Zusammenarbeit oder Synergie zwischen den Unternehmen vor Ort und den Forschungsarbeiten des Lehrstuhls Medizintechnik an der Ruhr-Universität Bochum. Medizintechnische Großunternehmen finden sich in der Region kaum, lediglich Vertriebszweigstellen sind an einigen Standorten vertreten. Dabei sind Großunternehmen wichtige regionale Agglomerationspunkte für Klein- und Mittelständische Unternehmen, die für Großunternehmen insbesondere in den Feldern Forschung und Entwicklung sowie für die Herstellung medizintechnischer Großgeräte Problemlösungen erarbeiten oder Teilprodukte zuliefern.

¹⁶ Dieses Modell findet sich auch an anderen Universitäten der Bundesrepublik.

In den letzten Jahren hat es in der Medizintechnikbranche im Mittleren Ruhrgebiet ebenfalls kaum Dynamik durch Unternehmensgründungen gegeben. Aufgrund einer guten bis sehr guten Arbeitsmarktlage für IngenieurInnen, auch im Bereich der Medizintechnik, sind risikobehaftete Unternehmensgründungen für viele MedizintechnikerInnen nicht besonders attraktiv und die Gründungsbereitschaft entsprechend niedrig¹⁷.

Arbeitsmarkt und Beschäftigungsperspektiven in der Medizintechnik

Die Perspektiven im Beschäftigungsfeld Medizintechnik sind derzeit für AbsolventInnen trotz guter Arbeitsmarktlage für IngenieurInnen im Mittleren Ruhrgebiet weniger aussichtsreich. Dies lässt sich einerseits mit der wenig ausgeprägten Unternehmensstruktur im Mittleren Ruhrgebiet begründen; andererseits sind die von AbsolventInnen favorisierten Schwerpunkte Forschung und Entwicklung in den Medizintechnik-Unternehmen des Mittleren Ruhrgebiets nicht vertreten. Attraktive Arbeitsstellen in der medizintechnischen Forschung und Entwicklung werden jenseits des Mittleren Ruhrgebiets in medizintechnisch geprägten Regionen (z.B. Erlangen) oder im Ausland (z.B. Kalifornien, USA) angeboten. Beobachtet wird allerdings eine verhältnismäßig geringe Bereitschaft, in andere Regionen oder das Ausland abzuwandern. Alternativ werden Beschäftigungsfelder *innerhalb der Region, jedoch jenseits der Medizintechnik* – und damit auch jenseits der Gesundheitswirtschaft – gefunden, z.B. in der Automobilwirtschaft. Derartige „Branchenwechsel“ sind möglich, da das grundständische Studium der Elektrotechnik für viele ingenieurwissenschaftliche Bereiche qualifiziert. Somit wäre es andererseits auch möglich, mit einem anderen Studienschwerpunkt der Elektrotechnik eine Beschäftigung in der Medizintechnikbranche zu finden. Eine akademische Karriere über die Promotion hinaus, beispielsweise im Rahmen einer Juniorprofessur, ist im Vergleich zu den Sicherheiten und Verdienstmöglichkeiten in der Industrie für viele MedizintechnikerInnen hingegen weniger attraktiv und bewegt somit die wenigsten MedizintechnikerInnen zu einem Wechsel aus der Industrie an Universitäten oder Fachhochschulen.

Frauenförderung in Unternehmen

Frauenförderung in medizintechnischen Betrieben im Mittleren Ruhrgebiet findet nach Selbstauskunft der ansässigen Unternehmen¹⁸ praktisch nicht statt. Den einzigen Ansatz bildet die Teilnahme am Girl's Day – allerdings hat dieser keinen Effekt auf die Beschäftigungssituation von Frauen in den Betrieben. Betriebliche Instrumente und Ansätze wie z.B. Mentoring, systematische Karriereplanung oder Quotenregelungen werden in den Unternehmen kaum genutzt oder angeboten. Auch flexible Arbeitszeiten oder Teilzeitarbeit sind in den befragten Unternehmen derzeit nicht an der Tagesordnung. Insofern wird die Beschäftigungssituation von Frauen im Berufsfeld Medizintechnik in die „Kultur“ eines klassischen Technikberufes eingefasst, der von überwiegend männlichen Belegschaften geprägt ist.

Ein Ungleichgewicht zeigt sich hingegen anhand der von Frauen in Medizintechnik-Unternehmen besetzten Positionen: leitende Positionen sind traditionell durch Männer besetzt, die wenigsten der befragten Unternehmen werden von einer weiblichen Geschäftsführerin geleitet. Auch sind Frauen

¹⁷ Unabhängig von der Arbeitsmarktlage sind die wichtigsten Voraussetzungen für nachhaltige Gründungen Ideen mit Wachstumspotenzial!

¹⁸ Ergebnisse der auf der Medica Media 2013 durchgeführten „Quick-Check Medizintechnik“ – Kurzbefragung von im Mittleren Ruhrgebiet ansässigen Medizintechnik-Unternehmen

weniger häufig in kreativen Bereichen wie der Produktentwicklung¹⁹ tätig, obwohl eine Beschäftigung in diesem Arbeitsfeld dem Wunsch vieler Absolventinnen entsprechen würde. Betrachtet man die Gruppe der Frauen in der Medizintechnik über alle Qualifikationsstufen hinweg, liegen die am häufigsten durch Frauen repräsentierten Tätigkeiten in „klassischen“ Bereichen wie Verwaltung, Logistik und Marketing.

In den Interviews wurden insbesondere die nachfolgenden **Gestaltungsfelder zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation** benannt:

- **Austausch anregen:** Zur Erschließung neuer Beschäftigungsfelder und -perspektiven bedarf es eines Austauschs zwischen MedizintechnikerInnen, Studierenden, ansässigen Unternehmen, Versorgungseinrichtungen sowie Wirtschaftsförderungen, der ggf. im Rahmen eines Workshops organisiert werden kann.
- **Neue Arbeitsfelder erschließen, Berufsprofile klarer umreißen:** Zukünftige Entwicklungsfelder der Medizintechnik im Mittleren Ruhrgebiet, jenseits der klassischen Arbeitsfelder, könnten sich in Richtung einer „versorgungsnahen Medizintechnik“ bewegen. Anhand einer Befragung von Versorgungseinrichtungen sowie weiteren Leistungserbringern wäre zunächst zu ermitteln, welche Bedarfe sich im Zusammenspiel von Technik und Patientenversorgung herausstellen. Aussichtsreiche Arbeitsfelder, die ingenieurwissenschaftlichen Forschungs- und Entwicklungsbedarf aufweisen, könnten sich zukünftig beispielsweise in den Bereichen der technischen Assistenzsysteme, der Rehabilitationstechnik sowie des gesundheitsbezogenen Versorgungsmanagements vor Ort eröffnen. In diesem Sektor gilt es jedoch zunächst, die Bedarfe medizintechnischer Kompetenzen zu ermitteln und konkrete Beschäftigungsprofile für MedizintechnikerInnen klarer zu umreißen.
- **Mittleres Ruhrgebiet als „Labor“ für neue medizintechnische Arbeits- und Tätigkeitsfelder positionieren:** Sowohl das Spektrum der Berufe, der Tätigkeitsprofile sowie der Qualifikationsniveaus ist im Bereich der Medizintechnik heute schon breit gefächert. Das mittlere Ruhrgebiet wird derzeit kaum als attraktiver Arbeitsort für Medizintechniker/-innen wahrgenommen. Durch Mentoringprogramme im Zusammenspiel von (Fach)Hochschulen, Unternehmen und Versorgungseinrichtungen der Region könnte das Profil des Mittleren Ruhrgebiets als „Labor“ für neue medizintechnische Arbeits- und Tätigkeitsfelder einerseits, und für neue Versorgungslösungen andererseits geschärft werden. Hier wäre u.a. die Anbindung an konkrete Projektinitiativen der Region sinnvoll und hilfreich.
- **Gezielte Maßnahmen zur Frauenförderung in den Unternehmen etablieren:** Um Instrumente der Frauenförderung in ingenieurwissenschaftlichen Berufen zu etablieren und zu gestalten, bedarf es einer gezielten Ansprache von Unternehmen. Im Rahmen einer Fachveranstaltung können ansässige Unternehmen über Bedarfswelder und Umsetzungsmöglichkeiten informiert werden, an die sich eine Erarbeitung passgenauer Instrumente mit interessierten Unternehmen anschließen kann.

¹⁹ Allerdings findet sich auch kaum ein [Groß-]Unternehmen, welches im Mittleren Ruhrgebiet medizintechnische Produkte entwickelt – hier sind eher Vertriebsstellen angesiedelt.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse der Analyse zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft „Mittleres Ruhrgebiet“ zeigen, dass die Gesundheitswirtschaft erheblich durch weibliche Erwerbsarbeit geprägt wird. Die Gesundheitswirtschaft als „heimliche Heldin“ des Strukturwandels zeigt jedoch auch ihre Schattenseiten. Gesundheitswirtschaft und Frauenerwerbsarbeit – dieser Zusammenhang eröffnet häufig Chancen und birgt das Risiko berufsbiographischer „Fallen“ zugleich. So ist Gesundheitsarbeit zwar vielfach weiblich dominierte Erwerbsarbeit, jedoch zeigen sich bei näherer Betrachtung erhebliche Unterschiede zwischen den Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft. Die vorschnelle Charakterisierung von Gesundheitsarbeit als Frauenarbeit verschleiert die differenzierten erwerbs- und beschäftigungsbezogenen Entwicklungen einzelner Teilbranchen, Berufsfelder oder Berufe. Insbesondere der ambulante Sektor sowie die Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft zeigen sich hier als Felder, denen zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Risiken entstehen in der Branche vor allem durch die Kombination geringerer Qualifikationen, atypischen Arbeitszeiten und geringfügiger Beschäftigung. Auch dies ist häufig Chance und „Falle“ zugleich: so kann atypische Beschäftigung (Teilzeitarbeit, geringfügig entlohnte Beschäftigung) einerseits einen wesentlichen Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf leisten. Andererseits entstehen auch Risiken, vor allem im Zusammenspiel prekärer Beschäftigung mit volatilen Familienstrukturen. Problematisch ist es zudem, wenn atypische Beschäftigung zum berufsbiographischen Normalfall wird. Notwendig ist eine integrierte Betrachtung des Zusammenspiels individueller Lebensmodelle, Erwerbsbiographien und Erwerbsmuster. Die Gesundheitswirtschaft, und hier insbesondere das Berufsfeld „Gesundheit und Pflege“, ist ein Frauenbeschäftigungsfeld, das durch deutliche Disparitäten mit Blick auf Einkommen, Arbeitsbedingungen, Beschäftigungssicherheit und Karriereperspektiven für Frauen gekennzeichnet ist. Das Normalarbeitsverhältnis (NAV) gilt nach wie vor als Idealtypus existenzsichernder Beschäftigung. Wie die Studie gezeigt hat, ist die Gesundheitswirtschaft ein Beschäftigungsbereich, wo nicht selten auch das NAV durch atypische Beschäftigungsmerkmale oder „verdeckte“ prekäre Beschäftigungslagen gekennzeichnet ist. Hier gilt es zukünftig das Zusammenspiel individueller Lebensmodelle, Erwerbsbiographien und Erwerbsmuster in den Gesundheitsberufen zu betrachten und in ihren Wechselwirkungen besser zu verstehen.

Neue Berufsprofile, Qualifikationen und Kompetenzen eröffnen vom Grundsatz her auch neue Berufs- und Karriereperspektiven, vorausgesetzt sie werden von der Praxis angenommen. Durch niedrigschwellige Qualifikationen können Einstiege in die Arbeitswelt der Gesundheitswirtschaft gelingen, die Anreizstrukturen müssen dann jedoch so gesetzt sein, dass sich Weiterbildung und beruflicher Aufstieg lohnen. Die Analyse hat gezeigt, dass schon heute viele Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft tätig sind, deren Qualifikationen und Kompetenzen nicht oder nicht hinreichend bekannt sind. Hier gilt es zukünftig die unausgeschöpften Fachkräftenreserven besser zu nutzen. Während derzeit zudem viel über die Berufs- und Karriereperspektiven akademisch qualifizierter Gesundheitsfachberufe debattiert wird, droht etablierten Berufen ein Attraktivitätsverlust. Hier sollte vor allem der ambulante Sektor als Arbeits- und Beschäftigungsfeld stärker in den Fokus rücken. Auch Maßnahmen, die darauf abzielen, die in Teilen hohen Abbruchquoten während der Ausbildung in Gesundheitsberufen zu senken, gehören auf die Agenda. Und last but not least: Struktur- und Wirtschaftsförderung braucht, wie das Berufsfeld Medizintechnik zeigt, auch eine begleitende Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik.

Vor dem Hintergrund der Analyse wird deutlich, dass sich besonders dynamisch (positiv wie negativ) entwickelnde Beschäftigungsfelder der Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet derzeit nicht im Mittelpunkt strukturpolitischer Aufmerksamkeit befinden. Der ambulante Sektor mit seinen Praxen (v.a. Konzentrationsprozesse durch Gemeinschaftspraxen, MVZs) und Apotheken (v.a. verschärfende Wettbewerbssituation) sowie das Versicherungswesen (v.a. Zentralisierung und Reorganisation der Vertriebsstrukturen) sind derzeit im Mittleren Ruhrgebiet erheblichen *strukturellen Umbrüchen* ausgesetzt, die sich auch auf die Beschäftigungsperspektiven von Frauen in der Gesundheitswirtschaft in Teilen negativ auswirken.

Auf Basis vorliegender Prognosen wird die gesellschaftliche Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen in den kommenden Jahren weiter steigen. Dies hat Auswirkungen sowohl auf die quantitative Nachfrage nach Fachkräften („Köpfe“) als auch auf die Nachfrage nach spezifischen Qualifikations- und Kompetenzprofilen der Beschäftigten. Neben der Frage, *wie viele* Fachkräfte in einzelnen Beschäftigungsbereichen der Gesundheitswirtschaft zukünftig benötigt werden, stellt sich auch die Frage nach einem möglichst sinnvollen Einsatz der vorhandenen Berufe, Qualifikationen und Kompetenzen auf regionaler Ebene. Erwerbs- und Beschäftigungsrisiken in der Gesundheitswirtschaft lassen sich zudem nicht allein aus der Dynamik einzelner Berufe erklären. Wachstum und Beschäftigungsaufbau in der Gesundheitswirtschaft wurden in den vergangenen Jahren durch nachhaltige Umbrüche bei den Beschäftigungsstrukturen, den Beschäftigungsverhältnissen, den Berufs-, Qualifikations- und Einkommensstrukturen begleitet. Vorliegende Untersuchungen zielen vielfach auf die Analyse der Erwerbs- und Beschäftigungssituation auf Ebene einzelner Berufe oder Berufsgruppen ab. Demgegenüber steht eine Analyse von Veränderungen des *Berufs- und Qualifikationsgefüges*. Aus einer integrierenden Perspektive können zukünftig wichtige weitere Impluse zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft gewonnen werden.

Neue gesellschaftliche und unternehmerische Anforderungen an die Arbeit im Gesundheitswesen beeinflussen auch auf die Erwerbs- und Beschäftigungschancen. Eine gute wirtschaftliche Lage der Unternehmen oder ein positives regionales Innovationsklima in einer Region können sich in der Folge auch positiv auf die Nachfrage nach Arbeitskräften auswirken. Auf der einen Seite stellt sich die Frage nach der Verwertbarkeit neuer gesundheitsbezogener Berufe und Abschlüsse auf dem Arbeitsmarkt bzw. im betrieblichen Umfeld. Auf der anderen Seite können neue Qualifikationen und Kompetenzen dazu beitragen, Leistungsstrukturen und -portfolios verändern, die Professionalisierung der Gesundheitsarbeit und -anbieter zu befördern und neue Beschäftigungs- und Karriereperspektiven zu eröffnen. Die Erwerbs- und Beschäftigungschancen müssen lokal und regional gestaltet, angesichts der Fachkräfteengpässe jedoch zunehmend auch überregional beworben werden. Regionale Informationen zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation können wesentlich dazu beitragen, den „Leitmarkt Gesundheit“ in der Region auch überregional als attraktiver Standort für Fachkräfte zu erschließen. Selbstständige weibliche Erwerbsarbeit stand nicht im Fokus dieser Studie. Gleichwohl ist sie von relevanter Bedeutung für die Branche. Selbständige Arbeit umfasst niederglassene Praxen in der Medizin ebenso wie Praxen der Physiotherapie, Logo- und Ergotherapie und ambulante soziale Dienste. Auch in den Nachbarbranchen und Randbereichen der Gesundheitswesens spielt selbständige Arbeit von Frauen eine zentrale Rolle. Was sind Chancen und Risiken selbständiger Arbeit in der Gesundheitswirtschaft? Wie können Frauen nicht nur als Gründerinnen, sondern auch als Unternehmerinnen unterstützt werden? Auch diesem Thema sollte im Mittleren Ruhrgebiet, das in seinen Zukunftsperspektiven auf den „Leitmarkt Gesundheit“ setzt, zukünftig eine größere Bedeutung beigemessen werden.

7. Literatur

- Backes, G./Wolfinger, M./Amrhein, L. (2011): Geschlechterpolitik zu Pflege/Care. Anregungen aus europäischen Ländern. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Bechmann, S./Dahms, V./Tschersich, N./Frei, M./Leber, U./Schwengler, B. (2013): Beschäftigungsmuster von Frauen und Männern. Auswertungen des IAB-Betriebspanels 2012. IAB-Forschungsbericht 14/2013, Nürnberg.
- Bellmann, L./Grunau, P./Maier, F./Thiele, G. (2013): Struktur der Beschäftigung und Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen 2004 bis 2008. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 62/2013/Heft 3, S. S. 77-87.
- Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F./Stoll, E. (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. WSI-Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut/HBS – Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Arbeitspapier 7/2012, Düsseldorf.
- Bosch, G. (2013): Arbeitsmarkt und Beschäftigung im Umbruch – Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Folienvortrag im Rahmen des 8. Kongresses „Sozialwirtschaft“, 13. Juni 2013, Magdeburg. Download unter: http://sozkon.de/tl_files/Bilder/Texte/Praesentationen/Plenum/plenum_bosch_sozkon2013.pdf; 20.2.2014.
- Bosch, G./Weinkopf, C. (2011): Arbeitsverhältnisse im Dienstleistungssektor. In: WSI-Mitteilungen 9/2011, S. 439-466, Düsseldorf.
- Bräutigam, C./Evans, M./Öz, F./Hilbert, J. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Reorganisationsprozess. Eine Online-Befragung von Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung (HBS), Düsseldorf, i. E.
- Bräutigam, C./Dahlbeck, E./Enste, P./Evans, M./Hilbert, J. (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitspapier: Arbeit und Soziales, Nr. 215.
- Cordes, A./Heinecke, N./Jung, H. u. (2012): Aktuelle Arbeitsmarktsituation und Perspektiven der Gesundheits- und Pflegeberufe in der Region Hannover. Gutachten im Auftrag der Region Hannover.
- Dörpinghaus, S./Evans, M. (2011): Prekäre Perspektive? Berufsrückkehr und Wiedereinstieg von Frauen in die Gesundheitswirtschaft. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 03/2011.
- Evans, M./Galchenko, V./Hilbert, J. (2013): Befund Sociosclerose - Sozialwirtschaft in der Interessensblockade? In: Sozialer Fortschritt 62, H. 8-9, S. 209-216
- Helmrich, R./Zika, Gerd (Hrsg.): (2010): Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. Berichte zur beruflichen Bildung, Bielefeld: Bertelsmann.

- Kathmann, T./Dingeldey, I. (2013): Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung? Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 4/2013, Bremen.
- MAIS NRW (Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) /MGEPA NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-westfalen) (Hrsg.) (2013): IAB-Betriebspanel. Chancengleichheit. Frauen und Männer in Betrieben Nordrhein-Westfalens. Ergebnisse der nordrhein-westfälischen Stichprobe der Arbeitgeberbefragung 2012. Auswertung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- MGEPA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alte des Landes Nordrhein-Westfalen (2010): Qualifikation und Erwerbsbeteiligung von Frauen in Nordrhein-Westfalen 1997 – 2008. Datenreport, Düsseldorf.
- Oschimansky, H. (2013): Zwischen Professionalisierung und Prekarisierung: Altenpflege im wohl- fahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. Download unter: <http://www.diss.fu-berlin.de>; 4.11.2013. (PDF-Dokument)
- Procher, V./Ritter, N./Vance, C. (2014): Making Dough or Baking Dough? Spousal Housework Re- sponsabilities in Germany 1992-2011. Ruhr Economic Paper 472, Essen.
- Prognos (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Familie in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse einer Befragung von Krankenhausleitungen, durchgeführt von der Prognos AG, Basel/Berlin im Auftrag der berufundfamilie gGmbH, Frankfurt a.M. download unter: <http://www.beruf-und- familie.de>4.11.2013. (PDF-Dokument)
- Prognos (2012): Pflegelandschaft 2013. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., Basel.
- Rapp-Engels, R./ Gedrose, B./ Kaduszkiewicz, H./Wonneberger, C./ van den Bussche, H: (2012). Me- morandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Ergebnisse der Arbeits- tagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ (Hamburg 17.-18.02.2012).
- Sieglen, G. (2011): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalens. IAB Regional 8/2011, Nürnberg.
- Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. Berlin- Brandenburg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung.
- Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr (2013): Wirtschaftsbericht Ruhr 2013. Leitmärkte und Produk- te. Mülheim.
- Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr (2013): Wirtschaftsbericht Ruhr 2013. Leitmärkte und Produk- te. Methodenbericht. Müheim.

von Eiff, W. (2014): Generation Y und Feminisierung in der Medizin - Merkmale und Konsequenzen des War for Talent für den Arbeitsplatz Krankenhaus. KU Gesundheitsmanagement 3/2014, S. 67-69.

Verwendete Datengrundlagen:

- Beschäftigtenstatistik nach Wirtschaftszweigen der Bundesagentur für Arbeit, 2013/ 2008
- Beschäftigtenstatistik nach Klassifikation der Berufe (KldB 2010) der Bundesagentur für Arbeit 2013
- Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2013
- Fachkräftemonitor der Bundesagentur für Arbeit
- Pflegestatistik NRW, IT. NRW 2011
- Berufsbildungsstatistik NRW, IT.NRW, 20012/ 2008
- Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, IT. NRW, 2012/ 2008
- Hochschulstatistik NRW, IT.NRW 2013;
- LOHNSPIEGEL WSI/HBS