

Heimliche Heldinnen in der Chancen-Falle

Eine Studie zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft „Mittleres Ruhrgebiet“

von Denise Becka und Michaela Evans

Kurzfassung

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	2
2. Fokus und Zielsetzung der Studie.....	4
3. Zentrale Befunde.....	5
3.1 Beschäftigungsentwicklung.....	5
3.2 Ausbildungsgeschehen.....	7
3.3 Qualifikationsstrukturen.....	8
3.4 Arbeitsmarkt – Fachkräftemangel und Arbeitslosigkeit.....	9
3.5 Einkommen und <i>Gender Pay Gap</i>	10
4. Vertiefende Untersuchungsfelder und Handlungsempfehlungen.....	10
5. Empirische Basis und Methodik.....	14
6. Literatur.....	15

1. Zusammenfassung

Die Ergebnisse bestätigen zum einen die hohe Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für weibliche Erwerbsarbeit im Mittleren Ruhrgebiet, zeigen zum anderen jedoch auch die Schattenseiten der „heimlichen Heldin“ des Strukturwandels: *Risiken für weibliche Erwerbsarbeit entstehen vor allem durch die Kombination von Helfer-Qualifikationen, Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung*. Ob Risiken subjektiv auch als solche empfunden werden, hängt von der aktuellen Lebenssituation, den beruflichen Vorerfahrungen und Bildungschancen sowie der Arbeitssituation im aktuellen Beschäftigungsverhältnis ab.

Wie die Studie zeigt, ist die Gesundheitswirtschaft ein Beschäftigungsbereich, in dem nicht selten auch das Normalarbeitsverhältnis durch atypische Beschäftigungsmerkmale oder durch „verdeckt“ *prekäre Beschäftigungslagen* gekennzeichnet sein kann. Diese können sich etwa in der Übernahme von Tätigkeiten, für die die vorhandenen Qualifikationen fehlen, in einer unzureichenden Praxisanleitung in der Ausbildung oder in unverlässlichen Arbeitszeiten äußern. Besonders deutlich zeigte sich dies für die Helferberufe in der Pflege und für den etablierten Beruf der „Medizinischen Fachangestellten“.

Im Fokus der strukturpolitischen Aufmerksamkeit des Mittleren Ruhrgebiets stehen derzeit vor allem die Klinikwirtschaft und die technologieorientierten Branchensegmente der Gesundheitswirtschaft. Insbesondere die Beschäftigungsentwicklung und -umbrüche in der *ambulanten Versorgung* (v.a. niedergelassene Praxen, Apotheken), in der *Altenhilfe* sowie im *Versicherungswesen* und im Handel finden mit Blick auf weibliche Erwerbstätigkeit in der Region derzeit zu wenig Beachtung.

Vor dem Hintergrund der Analyse wird deutlich, dass sich besonders dynamisch (positiv wie negativ) entwickelnde Beschäftigungsfelder 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.

Die geschlechtsspezifische Beschäftigungsentwicklung zeigte insgesamt eine *Stabilität tradierter geschlechtsspezifischer Beschäftigungsstrukturen* in der Gesundheitswirtschaft und ihrer Teilbranchen. So konnten im Beobachtungszeitraum in den Kernbereichen der Gesundheitsversorgung kaum nennenswerte Verschiebungen der Beschäftigungsanteile zwischen den Geschlechtern nachgezeichnet werden.

Etablierte Gesundheitsberufe verlieren in der Region an Attraktivität (z.B. Medizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-technische Assistenten) und neue Kompetenzprofile, etwa akademisch grundständig qualifizierte Pflegeberufe, sind noch nicht in der Praxis angekommen. Unklar ist vielfach, wie die neue (akademische) Abschlüsse und Kompetenzprofile sinnvoll in die Arbeitswelt integriert werden können. Attraktive neue Bildungsangebote alleine reichen nicht aus, sondern sie müssen von der Praxis auch ange-

nommen werden. Die neuen Abschlüsse für die Gesundheitsfachberufe eröffnen durchaus auch neue Möglichkeiten für die regionale Standortentwicklung – etwa im Bereich des betrieblichen und regionalen Gesundheitsmanagements. Hier besteht für die kommenden Jahre Orientierungs- und Unterstützungsbedarf.

Für die Region zeigte sich ein Trend der *Attraktivitätssteigerung kaufmännisch-orientierter Gesundheitsberufe* für Frauen sowie für solche Berufe (z.B. Augenoptikerin), in denen im späteren Berufsverlauf eine selbständige Tätigkeit möglich ist. Auch wenn die selbständige weibliche Erwerbsarbeit nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit dieser Studie stand, so weisen erste Auswertungen von Daten zum *Gründungsgeschehen* im Mittleren Ruhrgebiet darauf hin, dass Selbständigkeit und Kleinstunternehmen in der Gesundheitswirtschaft für die Branche insgesamt, wie auch für weibliche Erwerbsarbeit eine relevante Dimension darstellen. Aus dieser Perspektive sollte zukünftig nicht nur das Gründungsgeschehen, sondern auch die Problemlagen und Herausforderungen von Frauen in ihrer Rolle als *Unternehmerinnen der Gesundheitswirtschaft* stärker in den Mittelpunkt gestellt werden.

Für geringer qualifizierte Frauen entstehen einerseits interessante Zugänge zur Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft (v.a. in der Pflege), andererseits jedoch bleiben *berufliche Aufstiegswege* unklar und *Aufstiegsoptionen* ungenutzt. In der Praxis lassen sich zudem in der Altenhilfe *Verdrängungseffekte* durch tariflich günstigere, angelernte Helfer sowie eine zunehmende Konkurrenz zwischen Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen und Altenpflegehelferinnen beobachten.

Die Analyse des *Ausbildungsgeschehens* hat gezeigt, dass insbesondere die Helfer- und Assistenzqualifikationen mit ihren zum Teil prekären oder verdeckt prekären Beschäftigungslagen überaus dynamische Zuwächse der Auszubildendenzahlen in der Region zu verzeichnen haben. In diesen Berufsgruppen sind jedoch auch die Arbeitsmarktrisiken und die Ausbildungsabbruchquoten am höchsten. Hier könnten bislang *unausgeschöpfte Fachkräftereserven* besser genutzt werden, um einerseits individuelle Berufsperspektiven zu eröffnen und andererseits einen Beitrag zur Fachkräftesicherung in der Region zu leisten.

Statt Fachkräfte aus anderen Regionen oder international anzuwerben, sollte zukünftig mehr Aufmerksamkeit in der Region auf Wege und Perspektiven der *beruflichen Nachqualifizierung* sowie auf Strategien zur *Senkung von Abbrecherquoten* gelegt werden.

Gesundheitswirtschaft und Frauenerwerbsarbeit – dieser Zusammenhang eröffnet häufig Chancen und birgt das Risiko berufsbiographischer „Fallen“ zugleich. 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 auch so gesetzt sein, dass sich Weiterbildung und beruflicher Aufstieg lohnen und diese nicht noch zusätzliche Risiken (z.B. Einkommenseinbußen, Unsicherheiten über die Verwertbarkeit der Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt) befördern.

Bei einem Vergleich mit der Gesamtwirtschaft fallen die *geschlechtsspezifischen Lohndifferenz* in zentralen Gesundheitsberufen insgesamt geringer aus. Mit steigendem Männeranteil steigen tendenziell auch in den frauendominierten Gesundheitsberufen die durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen sowie die altersbedingten Lohnzuwächse. Insbesondere die Beschäftigten der Altenhilfe sowie Assistenz- und Helferqualifikationen drohen von der gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung abgehängt zu werden. Dies ist umso kritischer, da es sich hier um wissensintensive Berufsfelder mit hoher gesellschaftlicher Relevanz, akutem Fachkräftemangel und einer hohen Entwicklungsdynamik (Arbeitsplätze, Qualifikations- und Kompetenzentwicklung) handelt.

Derzeit stehen Lohndifferenzen vor allem zwischen Berufen im Mittelpunkt der öffentlichen Debatte. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass zukünftig mehr Aufmerksamkeit auf die Entwicklung des Lohn- und Gehaltsgefüges *innerhalb der Gesundheitsberufe* gelegt werden sollte.

2. Fokus und Zielsetzung der Studie

Die Gesundheitswirtschaft ist der bedeutendste Wirtschaftszweig der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ (Bochum, Herne, Hattingen, Witten) und ein ausgewiesener Schwerpunkt der regionalen Strukturpolitik. Die Gesundheitswirtschaft trug in der Vergangenheit maßgeblich zum Wandel der ökonomischen Basis sowie zur Beschäftigungsentwicklung der Region bei. Lange Zeit galt die Branche als „heimliche Heldin“, mittlerweile ist hieraus ein offizieller strukturpolitischer „Leitmarkt Gesundheit“ erwachsen, der die Suche nach der Zukunft von Wirtschaft und Arbeit in der Region maßgeblich bestimmt. Im Mittelpunkt der Wirtschafts- und Strukturförderung stehen insbesondere die technologieorientierten Entwicklungsfelder der Klinikwirtschaft, die medizinische Informationstechnologie und Telemedizin, die Gesundheitslogistik, die orale Medizin und Technologie sowie die Naturheilkunde und Komplementärmedizin.

Die Studie verfolgte das Ziel, die Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ detailliert zu erfassen, zu beschreiben und zu analysieren. Die Erkenntnisse sollen im Ergebnis dazu beitragen, die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft in der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ durch konkrete Handlungsempfehlungen zu verbessern sowie Integrationsziele und -chancen frühzeitiger zu erkennen und systematischer umsetzen zu können.

Leitend für die Analyse waren vor allem folgende Ansatzpunkte:

1. Vorliegende Bestandsaufnahmen zur Entwicklung weiblicher Erwerbsarbeit in den personen- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen charakterisieren diese vielfach mit Begriffen wie „Prekarisierung“, „Enttariflichung“ oder (De-)Professionalisierung“. Der personenbezogene Dienstleistungssektor gilt als „Experimentierfeld für prekäre Arbeit“, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswe-

sen als „Achillesferse“. Einen Schwerpunkt der Analyse bilden vielfach die Pflegeberufe. So richtig solche Zuschreibungen auch sind, als pauschalisierte, branchenbezogene Charakterisierung weiblicher Erwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft bergen sie die Gefahr, den Blick auf **differenzierte Entwicklungspfade der Arbeits-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation** zwischen und innerhalb von Teilbranchen, Berufsfeldern oder Berufen der Branche zu vernachlässigen.

2. Valide Aussagen zur Erwerbs- und Beschäftigungssituation können sich nicht allein auf die Erfassung objektiver Merkmale stützen, sondern müssen **objektive Rahmenbedingungen von Erwerbsarbeit und subjektive Lebenssituation** integriert betrachten. So kann eine Erwerbssituation auf Basis objektiver Merkmale (Beschäftigungsverhältnis, Arbeitszeit, Vergütung etc.) durchaus als prekäre Arbeit beschrieben werden, aus subjektiver Sicht muss dies jedoch aufgrund der aktuellen Lebenssituation nicht der Fall sein. Und umgekehrt: Das Normalarbeitsverhältnis (NAV) gilt nach wie vor als Idealtypus existenzsichernder Beschäftigung in Deutschland. Für die Gesundheitswirtschaft lassen sich Beschäftigungsbereiche identifizieren, in denen trotz formaler Rahmenbedingungen eines NAV prekäre oder „verdeckt prekäre“ Beschäftigungslagen zu identifizieren sind.
3. Mit Blick auf die besondere Relevanz der Gesundheitswirtschaft für die Strukturpolitik der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ ist zudem kritisch zu hinterfragen, ob und inwieweit eine **Kohärenz zwischen den strukturpolitischen Schwerpunkten in der Gesundheitswirtschaft und den Dynamiken der Beschäftigungsentwicklung insgesamt** vorliegt.

Die Studie soll einen Beitrag zur inhaltlichen Schärfung der Fachkräftedebatte in der Region leisten. Strategien zur Fachkräftesicherung brauchen valide Informationen zu regional-, geschlechts-, berufs- und qualifikationsspezifischen Entwicklungen. Eine regionale, branchenbezogene Analyse der Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen sollte im Ergebnis nicht nur darauf zielen, Problemfelder und Maßnahmen für klassische Frauenförderung in der Gesundheitswirtschaft zu identifizieren und abzuleiten. Vielmehr muss es darum gehen, Gestaltungsherausforderungen und -optionen für Frauen *und* Männer in der Gesundheitswirtschaft gleichermaßen zu thematisieren.

3. Zentrale Befunde

3.1 Beschäftigungsentwicklung

Im Jahr 2013 fanden mehr als 41.743 Menschen in der Gesundheitswirtschaft der Region eine Beschäftigung, davon 32.512 Frauen. Es dominierte mit insgesamt 33.400 Beschäftigten die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (davon weiblich: 26.104), auf die geringfügige Beschäftigung entfielen 8.343 Beschäftigte (davon weiblich: 6.408). Weibliche Beschäftigung dominiert die Arbeitswelt der Gesundheitswirtschaft, der Anteil weib-

licher Beschäftigung beträgt 78,2% (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) bzw. 76,8% (geringfügig entlohnte Beschäftigung).

Die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft realisieren deutlich unterschiedliche Anteile weiblicher Beschäftigung: Während diese in der ambulanten Gesundheitsversorgung 88,9% beträgt, ist die Frauenbeschäftigung etwa im Versicherungswesen der Gesundheitswirtschaft (62,5%), in der technologieorientierten Medizintechnik und der Zahntechnik (53,8%) sowie in den sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen (42,0%) hingegen von deutlich geringeren Anteilen geprägt.

Die Beschäftigungszuwächse in der Gesundheitswirtschaft im „Mittleren Ruhrgebiet“ lagen im Untersuchungszeitraum 2008-2013 über den Beschäftigungszuwächsen der Gesamtwirtschaft der Region und der Gesundheitswirtschaft in NRW. Während die Gesamtwirtschaft im mittleren Ruhrgebiet im Beobachtungszeitraum einen Zuwachs von + 1,0% erzielen konnte (NRW: + 3,9%), wurde in der Gesundheitswirtschaft der Region ein Beschäftigungsplus von +11,3% (NRW: +10,6%) realisiert. Von dieser Entwicklung konnten insbesondere Frauen profitieren.

Wachstumsträger der Frauenbeschäftigung, 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%) im Mittleren Ruhrgebiet Beschäftigungseinbußen zu verzeichnen. Insbesondere von dem Rückgang der Arbeitsplätze im Handel und den sonstigen gesundheitsrelevanten Dienstleistungen waren Frauen betroffen. Der Rückgang der Beschäftigung in der Medizin- und Zahntechnik im mittleren Ruhrgebiet vollzog sich sogar entgegen dem Landestrend. In NRW konnte die Medizin- und Zahntechnik ein Beschäftigungsplus von 5,1% (weibliche Beschäftigung: + 3,0%) erzielen.

Deutlich positiver als im Landestrend vollzog sich hingegen die Beschäftigungsentwicklung in der stationären Gesundheitsversorgung (+16,2%) des Mittleren Ruhrgebiets. Mit Blick auf weibliche Beschäftigung (sozialversicherungspflichtig) konnte das Mittlere Ruhrgebiet (+10,5%) lediglich Zuwächse unterhalb des NRW-Wertes (+ 11,2%) realisieren. So lagen die Zuwächse sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung insbesondere in der ambulanten Gesundheitsversorgung (+9,3%) und in der Altenhilfe (+14,1%) in der Region Mittleres Ruhrgebiet unterhalb des NRW-Landesdurchschnitts.

Die Beschäftigungsverhältnisse zeichnen für die Gesundheitswirtschaft ein polarisiertes Bild: Weibliche Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft realisieren gegenüber den weiblichen Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft zwar einen höheren Anteil an Vollzeitbeschäftigung. Allerdings besitzt auch die atypische Beschäftigung, wie Teilzeit- und geringfügig entlohnte Beschäftigung für Frauen in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft eine höhere Relevanz.

Die weibliche Vollzeitbeschäftigung hat sich in der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ zwischen 2008 und 2013 überwiegend rückläufig entwickelt (-6,8%). Der Rückgang weiblicher Vollzeitbeschäftigung vollzog sich jedoch sowohl unterhalb des Rückgangs in der NRW-Gesundheitswirtschaft insgesamt (-7,6%) als auch unterhalb des Rückgangs der

Vollzeitbeschäftigung in der Gesamtwirtschaft (Mittleres Ruhrgebiet: - 10,6%; NRW: - 10,7%).

Weibliche Teilzeitbeschäftigung hat in der Gesundheitswirtschaft zwischen 2008 und 2013 demgegenüber erheblich an Bedeutung gewonnen (Mittleres Ruhrgebiet: + 45,1%; NRW: + 43,7%). Die Teilzeitbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft der Region ist stärker gestiegen, als der Ausbau der Teilzeitbeschäftigung in der Gesamtwirtschaft der Region (Mittleres Ruhrgebiet: + 37,8%; NRW: + 41,7%).

Die geringfügig entlohnte Beschäftigung von Frauen in der Gesundheitswirtschaft entwickelte sich im Untersuchungszeitraum rückläufig, mit Ausnahme der stationären Versorgung im „Mittleren Ruhrgebiet“ sowie der Altenhilfe in NRW. Im Beobachtungszeitraum 2008-2013 war für die stationäre Versorgung im mittleren Ruhrgebiet ein Zuwachs geringfügig entlohnter Beschäftigung um + 30,4%, für die Altenhilfe in NRW ein Zuwachs um +11,2% zu verzeichnen. In der Altenhilfe des „Mittleren Ruhrgebiet“ entwickelte sich die geringfügig entlohnte Beschäftigung mit einem Rückgang von -7,5% entgegen dem Landestrend.

Die höchsten Teilzeitquoten auf Ebene ausgewählter Berufsordnungen realisieren die „Haus- und Familienpfleger [Fachkraft]“ (81,9%), die „Altenpflegehelfer“ (77,0%) sowie die „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer“ (66,5%). Geringfügig entlohnte Beschäftigung spielt insbesondere bei den „Medizinischen Fachangestellten“, den „Gesundheits- und Krankenpflegehelfern“ sowie den „Altenpflegehelfern“ eine bedeutende Rolle.

Zwischen der ambulanten und stationären Altenhilfe lassen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszeitverteilung identifizieren. 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 höherer Relevanz. Im Vergleich zeichnet sich die ambulante Altenhilfe gegenüber der stationären Altenhilfe im Mittleren Ruhrgebiet durch deutlich höhere Anteile geringfügiger Beschäftigung aus.

3.2 Ausbildungsgeschehen

Die Ausbildungssituation in den dreijährig qualifizierten Fachberufen des Gesundheitswesens (z.B. Gesundheits- und Krankenpflege) verhielt sich im Zeitraum 2008-2012 stabil bis tendenziell wachsend: in der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Zahl der Ausbildungsverhältnisse im Mittleren Ruhrgebiet bei den Frauen jedoch um -5,0% gesunken, in der Altenpflege konnte ein Zuwachs der Auszubildendenzahlen (+26,1%) identifiziert werden, der sich allerdings für das Mittlere Ruhrgebiet unterhalb des Zuwachses in NRW vollzog.

Die abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse (weiblich) in den Helferberufen im Gesundheitswesen, hier insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten

(+58,8%), die Altenpflegehilfe (+13,1%) sowie die Familienpflege und Dorfhelferinnen (+56,8%) haben seit 2008 einen deutlichen Anstieg erfahren. Die Zuwächse bei der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz vollzog sich deutlich dynamischer als in NRW insgesamt.

Von den im dualen System ausgebildeten Berufen zeigen für das Mittlere Ruhrgebiet die Ausbildung zur Augenoptikerin (10,0%), zur Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (+ 44,4%) sowie zur Kauffrau im Gesundheitswesen (+20,0%) die höchsten Zuwächse an abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen. Der Zuwachs der Ausbildungsverhältnisse bei den Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten entwickelte sich im Mittleren Ruhrgebiet entgegen dem Landestrend.

Von einem starken Rückgang der Auszubildendenzahlen im Mittleren Ruhrgebiet sind hingegen 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 kleinen Ausbildungsmarkt des Gesundheitshandwerks ausgegangen werden kann.

Die Anteile vorzeitig gelöster Ausbildungsverhältnisse sind im Mittleren Ruhrgebiet in vielen zentralen Ausbildungsberufen höher als die Abbruchquoten in NRW. Unter den männlichen Auszubildenden werden im Vergleich zwischen den Geschlechtern höhere Abbruchquoten erzielt. In den Helferberufen des Gesundheitswesens erweisen sich die Abbruchquoten sowohl bei den Frauen als auch bei den männlichen Auszubildenden als die mit Abstand höchsten.

3.3 Qualifikationsstrukturen

Die Qualifikationsstruktur der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist geprägt von einem stabilen Mittelbau anerkannter Berufsabschlüsse. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft können zwar weniger Frauen ohne Berufsabschluss, aber auch weniger Akademikerinnen verzeichnet werden.

Innerhalb der Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft 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. *Akademisch qualifizierte Frauen*

sind weder in der ambulanten noch in der stationären Altenpflege derzeit in höherem Umfang in der Patienten-/Bewohnerversorgung beschäftigt.

3.4 Arbeitsmarkt – Fachkräftemangel und Arbeitslosigkeit

Der Arbeitsmarkt in der „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie in den verwandten Berufsfeldern der primären Gesundheitsversorgung ist im Mittleren Ruhrgebiet im bundesweiten Vergleich durch einen deutlichen Fachkräftemangel gekennzeichnet. Betroffen sind insbesondere die Berufsfelder Altenpflege (examinierte Fachkräfte), Medizin-, Orthopädie- und Reha-technik, Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe.

Die Vakanzeit im Berufsfeld „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe“ betrug zwischen Mai 2012 und April 2013 im Mittleren Ruhrgebiet über alle Anforderungsniveaus hinweg durchschnittlich 166 Tage. Mit 170 Tagen noch länger unbesetzt waren offene Stellen für Fachkräfte. Beide Werte liegen deutlich über dem durchschnittlichen Vergleichswert von 104 Tagen für alle Berufe in der Region im Untersuchungszeitraum. Im Vergleich mit der durchschnittlichen Vakanzeit dieser Berufsgruppe auf Bundesebene (110 bzw. 112 Tage) zeichnet sich das Mittlere Ruhrgebiet somit durch eine verschärfte Fachkräftesituation aus.

Besonders von Arbeitslosigkeit betroffen sind die Berufsgruppen der „Altenpflegehelferinnen“, „Haus- und Familienpflegerinnen“ sowie die „Medizinischen Fachangestellten“. Die mit Abstand größte Zahl (absolute Werte) der Arbeitslosen in den ausgewählten Gesundheitsberufen wird laut der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2013) für die Berufsgruppe der „AltenpflegehelferInnen“ ausgewiesen – mit steigender Tendenz. Mögliche Gründe sind in einer geringen Verwertbarkeit des Qualifikationsprofils auf dem Arbeitsmarkt sowie einem geringen Angebot an gemeldeten, freien Stellen zu suchen.

„Altenpflegehelfer“ sowie Fachkräfte in der „Haus- und Familienpflege“ sind zudem diejenigen Berufsgruppen, die häufig von Langzeitarbeitslosigkeit in der Region betroffen sind. Dabei sind es nicht ausschließlich die höheren Altersklassen („50 Jahre und älter“) die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sondern es sind insbesondere die mittleren Jahrgänge der „35 bis unter 50-Jährigen“, die die höchsten Arbeitslosenzahlen in diesen Berufsfeldern zu verzeichnen haben.

Im Helferbereich zeichnet sich eine zunehmende Konkurrenz zwischen „Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen“ und „Altenpflegehelferinnen“ in der Altenhilfe ab. Durch den vergleichsweise hohen Anteil der Frauen mit „sonstigen pflegerischen Berufsabschlüssen“ in der Altenhilfe wird nicht nur eine Konkurrenz im sondern auch um den Helferbereich hervorgerufen.

Die Berufsgruppe der „Medizinischen Fachangestellten“ ist in zunehmendem Maße auch von Arbeitslosigkeit betroffen. Obwohl in dieser Berufsgruppe ein Überangebot an verfügbaren Arbeitskräften in Relation zu den offenen Stellen im Mittleren Ruhrgebiet

herrscht, sind steigende Vakanzzeiten in dieser Berufsgruppe zu beobachten. Ursächlich hierfür sind vor allem die strukturelle Reorganisation des ambulanten Sektors (u.a. Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren), die Verdrängung älterer, z. T. tariflich teurerer Beschäftigter aus dem Arbeitsmarkt sowie ein Mismatch zwischen vorhandenen und nachgefragten Qualifikationen und Kompetenzen.

3.5 Einkommen und *Gender Pay Gap*

Der *Gender Pay Gap* zeigt sich deutlich auch in der durch weibliche Erwerbsarbeit geprägten Gesundheitswirtschaft. Er beträgt in den ärztlichen Berufsgruppen 12,3% und bei den Helfern in der Krankenpflege 14,4%. Zwischen 2004 und 2008 hat sich die geschlechtsspezifische Lohndifferenz in ausgewählten Berufen der Gesundheitswirtschaft unterschiedlich entwickelt: Bei den Ärzten und in der Gesundheits- und Krankenpflege ist sie gesunken, bei den Helfern in der Krankenpflege, den Sozialarbeitern und -pflegern, den Heimleitern und Sozialpädagogen sowie den hauswirtschaftlichen Berufen ist sie gestiegen.

Bei einem Vergleich mit Lohnunterschieden in der Gesamtwirtschaft fallen die geschlechtsspezifischen Lohndifferenzen in zentralen Gesundheitsberufen insgesamt jedoch geringer aus. Mit steigendem Männeranteil steigen tendenziell jedoch auch in den frauendominierten Gesundheitsberufen die durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen sowie die altersbedingten Lohnzuwächse. Insbesondere die Beschäftigten der Altenhilfe, Assistenz- und Helferqualifikationen drohen von der gesamtgesellschaftlichen Lohnentwicklung abgehängt zu werden.

Die Gesundheitsberufe sind hinsichtlich ihrer *Einkommenssituation* zwar nicht auf Rosen gebettet, jedoch fallen die durchschnittlichen Einkommen nicht so schlecht aus, wie vielfach angenommen wird. Derzeit stehen Lohndifferenzen zwischen Berufsfeldern und Berufen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Mehr Aufmerksamkeit sollte zukünftig der Entwicklung des Lohn- und Gehaltsgefüges *innerhalb* einzelner Gesundheitsberufe gewidmet werden.

4. Vertiefende Untersuchungsfelder und Handlungsempfehlungen

4.1 Berufsfeld Pflege – Altenpflegehelfer/ Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz

1. **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.

2. ***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 für die Arbeitsgestaltung genutzt. Insbesondere für geringer qualifizierte Beschäftigte sollten die Möglichkeiten einer arbeitsplatznahen Kompetenzidentifizierung und Qualifizierung für den beruflichen Aufstieg verbessert werden.
3. ***Mehr Flexibilität auf Arbeitgeberseite und mehr Aufmerksamkeit für geringer Qualifizierte durch die Interessenvertretungen:*** 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. Auch ist es notwendig, die Problemlagen und Gestaltungsherausforderungen für geringer Qualifizierte im betrieblichen Kontext stärker zur Aufgabe für die (betrieblichen) Interessenvertretungen zu machen.
4. ***Vorhandene Screening-Instrumente besser nutzen:*** Ein Grund für die hohen Abbrecherquoten ist auch darin zu suchen, dass im Vorfeld von Qualifizierungsmaßnahmen nicht genügend Informationen über das Berufsfeld Pflege zur Verfügung stehen und/oder die Bewerber/-innen dennoch mit falschen Vorstellungen über das Berufsfeld in die Qualifizierung gehen. Eine Gestaltungsoption besteht darin, im Vorfeld der Ausbildung gezielter vorhandene Instrumente zur Bewerberauswahl einzusetzen.
5. ***Ausbildungsbegleitende Hilfen und Praxisanleitung stärken:*** Sinnvoll sind ausbildungsbegleitende sozialpädagogische Hilfen, um die Ausbildungs- und Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist es zudem notwendig, die Praxisbegleitung und -anleitung zu verbessern. Viele Schülerinnen und Schüler fühlen sich im Ausbildungsalltag alleine gelassen und es fehlt auf den Stationen vielfach an personellen und zeitlichen Ressourcen, um Menschen in der Qualifizierungsphase gezielt zu unterstützen.

4.2 Berufsfeld Pflege – Akademisch (grundständig) qualifizierte Pflegefachkräfte

1. ***Professionalisierung frühzeitig begleiten und unterstützen:*** Für die Akzeptanz der neuen Abschlüsse und ihre Integration in die Arbeitswelt ist es notwendig, frühzeitig Ideen für konkrete Arbeits- und Tätigkeitsfelder der Absolventen zu

entwickeln. Sinnvoll wäre etwa der Ausbau studiumsbegleitender Praxisprojekte und qualifizierter Begleitung und Unterstützung im Zusammenspiel von Studierenden, Arbeitgebern und Hochschulen.

2. **Wissen über Einmündungsprozesse und deren Rahmenbedingungen schaffen:** 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 der Praxis zu richten. Erst aus einer integrierten Analyse können wertvolle Rückschlüsse über tragfähige Maßnahmen zur Professionalisierung der Absolventen in der Praxis gewonnen werden.
3. **Einarbeitungspfade als Orientierungs- und Handlungshilfen entwickeln:** Nicht zuletzt aufgrund der vielfach schwierigen personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ist Personalarbeit vielfach punktuell, nachholend und wenig reflexiv organisiert. Unter solchen Rahmenbedingungen ist es für Absolventen schwer, sich neue Aufgabenfelder zu erschließen und diese betriebsintern auch zu legitimieren. Einarbeitungspfade könnten im Einmündungsprozess als Orientierungs- und Handlungshilfen dienen.
4. **Mit neuen Arbeits- und Tätigkeitsfeldern Versorgungslücken vor Ort schließen:** Etwa 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 Gesundheits(fach)berufen, und hier auch auf neue akademische Bildungsabschlüsse, geschlossen werden könnte.
5. **Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe für mehr Gesundheit in der Wirtschaft nutzen:** Die Potenziale der Gesundheitsfachberufe für das betriebliche Gesundheitsmanagement sowie für überbetriebliche Handlungsstrategien werden bislang noch nicht hinreichend genutzt. Durch den Dialog zwischen Unternehmen, Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsfachberufen können 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.

4.3 Ambulanter Sektor – Medizinische Fachangestellte

1. **Mehr Transparenz und Orientierung für die vorhandenen Berufsperspektiven:** Dem Beruf der „Medizinischen Fachangestellten“ hängt vielfach noch das Image eines „Sackgassenberufs“ an. Hier gilt es zum einen, mehr Transparenz und Orientierung über die bestehenden 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.

2. **Ambulante Arbeitgeber als Ausbilder stärken:** Arbeitgeber sollten zukünftig gezielter darin unterstützt werden, die Ansprache von potenziellen Auszubildenden frühzeitiger und systematischer gestalten zu können. Projekte und Maßnahmen die dazu beitragen, Arbeitgeber im ambulanten Sektor in ihrer Funktion und Befähigung als Ausbilder zu stärken, können hier wichtige Impulse liefern.
3. **Überbetriebliche Ressourcen zur Personal- und Organisationsentwicklung schaffen und Lernkulturen befördern:** Kapazitäten und Ressourcen kleinstbetrieblicher Strukturen für Personal- und Organisationsentwicklung kommen schnell an ihre Grenzen. Themen wie „Personalmanagement“, „Führung“ und „Organisationsentwicklung“ sind für viele Mediziner nach wie vor nicht Bestandteil ihrer Ausbildung. Ansatzpunkte liegen beispielsweise in der Schaffung überbetrieblicher Qualifizierungs- und Organisationsentwicklungsressourcen, z.B. im Rahmen von Poollösungen. Die klein- und kleinstbetrieblichen Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung sollten stärker dahingehend unterstützt und motiviert werden, eine „Lernkultur“ zu ermöglichen.
4. **Neue Berufsperspektiven und Job-Modelle erschließen:** Medizinische Fachangestellte können aufgrund ihrer Qualifikationen und Kompetenzen z.B. Reorganisationsprozesse patientennaher Funktionsbereiche in Krankenhäuser begleiten, den Ausbau vernetzter Gesundheitsdienste vor Ort unterstützen oder im Rahmen multiprofessioneller Teamstrukturen zu neuen Gesundheitsangeboten vor Ort beitragen. Durch *Job-Sharing* oder *Job-Rotations-Modelle* im Zusammenspiel ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung können zudem neue Berufs- und Karriereperspektiven für diese Berufsgruppe erschlossen werden.

4.4 Berufsfeld „Medizintechnik“

- **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 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 Beschäftigungsprofile klarer zu umreißen.

- **Mittleres Ruhrgebiet als „Labor“ für neue medizintechnische Arbeits- und Tätigkeitsfelder positionieren:** Das mittlere Ruhrgebiet wird derzeit kaum als attraktiver Arbeitsort für Medizintechniker/-innen wahrgenommen. Durch Mentoringprogramme im Zusammenspiel von (Fach)hochschulen, Unternehmen und Versorgungseinrichtungen 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 Projektaktivitäten 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 – beispielsweise anhand von Best-Practice Beispielen – informiert werden, an die sich eine Erarbeitung passgenauer Instrumente mit interessierten Unternehmen anschließen kann.

5. Empirische Basis und Methodik

Die Studie basiert auf einer geschlechtsspezifischen Analyse der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungssituation, der Ausbildungs- und Einkommenssituation, der Entwicklung von Arbeitslosigkeit sowie einer vertiefenden Untersuchung zukunftssträchtiger Beschäftigungsfelder von Frauen in der Gesundheitswirtschaft der Region „Mittleres Ruhrgebiet“. Dabei fanden sowohl unterschiedliche Berufsfelder (Pflege, ambulante Versorgung, Medizintechnik), Berufe als auch Qualifikationsniveaus Eingang in die Untersuchung. Im Fokus der Analyse stand die abhängige Beschäftigung von Frauen in der Gesundheitswirtschaft. Selbständige weibliche Erwerbsarbeit, die für die Gesundheitswirtschaft eine bedeutende Relevanz hat, konnte in dieser Studie nur am Rande thematisiert werden.

Empirische Basis der Analyse bildeten **Sekundäranalysen** vorhandener Statistiken (v.a. Beschäftigtenstatistik, Arbeitslosenstatistik, Pflegestatistik, Berufsbildungsstatistik, Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, Hochschulstatistik), Daten des „Lohn-Spiegels“ der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) sowie **qualitative Erhebungsmethoden**. In Abhängigkeit von der befragten Gruppe kamen unterschiedliche Interviewmethoden und -techniken zum Einsatz (themenzentrierte Interviews, biographische Interviews und Experteninterviews). Insgesamt wurden 20 Interviews durchgeführt. Im Rahmen der MEDICA 2013 wurde zudem eine **Quick-Check-Befragung** der dort vertretenen **Medizintechnik-Unternehmen** der Region zu ihrer Fachkräftesituation und Personalarbeit durchgeführt.

Um die Beschäftigungssituation und –perspektiven von Frauen in der Gesundheitswirtschaft vertiefender untersuchen zu können wurden – ausgehend von den vorab durchgeführten Analysen – der Pflegesektor, der ambulante Sektor sowie der Medizintechniksektor einer gesonderten Analyse unterzogen.

6. 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_soekon2013.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): Arbeitswelt 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. (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 Arbeitsgeberbefragung 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 wohlfahrtsstaatlichen Wandel in Deutschland und Schweden. Download unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000013124/DissertationOschmiansky.pdf?hosts=

Procher, V./Ritter, N./Vance, C. (2014): Making Dough or Baking Dough? Spousal Housework Responsibilities 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/system/cms/data/dl_data/3e72c68d2119d1a7d186d1a2ebe7f2f4/130507_krankenhausumfrage.pdf; 4.11.2013.

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). Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. Ergebnisse der Arbeitstagung „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 Produkte. Mülheim.

Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr (2013): Wirtschaftsbericht Ruhr 2013. Leitmärkte und Produkte. Methodenbericht. Mülheim.

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.