

Heimliche Heldinnen
in der Chancenfalle:

Weibliche
Erwerbsarbeit im
Strukturwandel der
Gesundheitswirtschaft

Autorinnen

Denise Becka

Michaela Evans

Auf den Punkt

- Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft und Frauenerwerbsarbeit – dieser Zusammenhang eröffnet häufig Chancen für weibliche Erwerbsarbeit, birgt zugleich jedoch das Risiko neuer „Fallen“.
- Frauenerwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft stellt sich häufig weder „typisch“ noch „normal“ dar. Besondere Risiken bestehen in der Kombination von Helferqualifikationen, atypischer Beschäftigung und geringen Lohnzuwächsen bei Höherqualifizierung.
- Etablierte Berufsbilder verlieren im Strukturwandel derzeit an Attraktivität, während neue Kompetenzen und Qualifikationsprofile sich ihre Arbeitsfelder in der Praxis noch erobern müssen.
- Der Beitrag plädiert für eine arbeitspolitische Wende in der regionalen Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung. Diese hat sich lange Zeit auf Strategien zur Förderung kapital- und technologieorientierter Felder der Gesundheitswirtschaft konzentriert, künftig wird es stärker um Arbeit und Arbeitsgestaltung gehen.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft – Neue Perspektiven für weibliche Erwerbsarbeit?

Der nachfolgende Beitrag thematisiert die Folgen des Strukturwandels der Gesundheitswirtschaft für weibliche Erwerbsarbeit in der Branche. Bislang standen vor allem die Beiträge der Gesundheitswirtschaft für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung im Mittelpunkt. Dieser Beitrag fokussiert hingegen Herausforderungen und Problemlagen, die durch den *Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft selbst* hervorgerufen werden. Strukturwandel der Gesundheitswirtschaft und Frauenerwerbsarbeit – dieser Zusammenhang eröffnet häufig Chancen für weibliche Erwerbsarbeit, birgt zugleich jedoch das Risiko neuer „Fallen“. Die Gesundheitswirtschaft hat sich in den letzten Jahren in vielen Regionen Deutschlands zu einer bedeutenden Wirtschaftsbranche, in manchen Regionen sogar zu einem Leitmarkt entwickelt. Vorliegende Analysen zeigen, dass die Branche in den vergangenen Jahren bundesweit einen kontinuierlichen Beschäftigungsaufbau verzeichnen konnte. Zwischen 2005 und 2012 war der durchschnittliche jährliche Beschäftigungszuwachs mit 1,8% doppelt so hoch wie das Beschäftigungswachstum in der Gesamtwirtschaft. Und auch in Krisenzeiten wirkten die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen sowie die Leistungs-, Träger- und Finanzierungsstrukturen der Branche stabilisierend: So stieg selbst im Krisenjahr 2009 die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse in der Branche um rund 2,5%, im Vergleich zu knapp 0,1% in der Gesamtwirtschaft. Neben den 6,0 Mio. direkt Beschäftigten der Branche (2012) lassen sich die indirekten und induzierten Beschäftigungseffekte bundesweit auf zusätzliche 3,1 Mio. Erwerbstätige beziffern (BMWi 2013).

Angesichts dieser Erfolgsmeldungen ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Gesundheitswirtschaft schnell zum Liebling regionaler Wirtschafts- und Strukturförderung avancierte. Während einige Regionen auf die gezielte strukturpolitische Förderung der Branche „top down“ setzten (z.B. Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein, Gesundheitsland Mecklenburg Vorpommern), initiierten andere Regionen für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft gemeinsame Strategien regional ansässiger Akteure „von unten“ („bottom up“) (z.B. Gesundheitsmetropole Ruhr, Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe, Gesundheitsregion Leipzig) (Dahlbeck/Hilbert 2014). Beschäftigungspolitisch eröffnete die Gesundheitswirtschaft insbesondere für Frauen neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt. 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 haben 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 zudem überdurchschnittlich oft befristete Arbeitsverhältnisse auf, nahezu jede zweite Frau wurde 2012 befristet eingestellt (Bechmann et al. 2013).

Zwischen 2000 und 2010 konnte die Gesundheitswirtschaft auch in Nordrhein-Westfalen deutliche Beschäftigungszuwächse verzeichnen, die sich – bezogen auf die Zahl aller sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung – mit einem durchschnittlichen jährlichen Beschäftigungszuwachs von 1,6 % deutlich vom durchschnittlichen Beschäftigungszuwachs in der Gesamtwirtschaft von 0,18 % abhob (Sieglen 2011). Nicht zuletzt für das Ruhrgebiet bot die Gesundheitswirtschaft hoffnungsvolle Zukunftsperspektiven, um mit der Vision einer dienstleistungsorientierten Gesundheitsregion dem Strukturwandel eine Richtung zu geben. Heute ist die Gesundheitswirtschaft gemessen an ihren Beschäftigungseffekten die bedeutendste Wirtschaftsbranche im Ruhrgebiet. 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. Die Branche bot im Jahr 2012 über alle Teilbranchen hinweg mehr als 260.000 Erwerbstätigen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, was einem Anteil von 16,9 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Metropole Ruhr entspricht (Wirtschaftsförderung Metropole Ruhr 2012).

Die Identifizierung von Chancen und Fallstricken für Frauen in den verschiedenen Berufen der Gesundheitswirtschaft war Gegenstand einer Studie im Auftrag der Competentia – Kompetenzzentrum Frau und Beruf Mittleres Ruhrgebiet, die am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule durchgeführt wurde. 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“ (Bochum, Herne, Hattingen und Witten). Das Mittlere Ruhrgebiet verfügt über einen ausgewiesenen gesundheitswirtschaftlichen Schwerpunkt in der Wirtschaftsförderung und Strukturpolitik. Im Mittelpunkt stehen insbesondere die technologieorientierten Entwicklungsfelder der Klinikwirtschaft, die medizinische Informationstechnologie und Telemedizin sowie die

Gesundheitslogistik. In der Studie 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. Empirische Basis der Analyse bildeten Sekundäranalysen vorhandener Statistiken¹, 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).

Die Erkenntnisse der Studie sollen durch konkrete Handlungsempfehlungen dazu beitragen, Integrationsziele und -chancen für Frauen in der Gesundheitswirtschaft frühzeitig erkennen und systematischer umsetzen zu können. Leitend für die Untersuchung waren 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 (vgl. etwa Auth 2013; Kathmann/Dingeldey 2013; Oschimansky 2013). Der personenbezogene Dienstleistungssektor gilt als „Experimentierfeld für prekäre Arbeit“ (Bosch/Weinkopf 2011), die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen als „Achillesferse“ (Hilbert/Evans 2006). Einen Schwerpunkt der Analyse bilden vielfach die Pflegeberufe. So richtig solche Zuschreibungen im Einzelfall auch sind, als pauschalisierte, branchenbezogene Charakterisierung weiblicher Erwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft bergen sie die Gefahr, den Blick auf *differenzierte Entwicklungspfade der Arbeits- und Beschäftigungssituation* 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 „prekär“ beschrieben werden, aus subjektiver Sicht muss dies jedoch aufgrund der aktuellen Lebenssituation nicht der Fall sein. Und *vice versa*: 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“

¹ v.a. Beschäftigtenstatistik, Arbeitslosenstatistik, Pflegestatistik, Berufsbildungsstatistik, Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, Hochschulstatistik

Beschäftigungslagen zu identifizieren sind, die von den Beschäftigten durchaus auch als solche interpretiert werden.

3. Mit Blick auf den besonderen Stellenwert der Gesundheitswirtschaft für die Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung der Region „Mittleres Ruhrgebiet“ ist zu überprüfen, ob und inwieweit die *strukturpolitisch adressierten Ziele und Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft den Entwicklungen und Dynamiken des Strukturwandels der Branche selbst gerecht werden und welche* Folgen sich hieraus für die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Branche ergeben.

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 eine Analyse der Erwerbs- und Beschäftigungssituation auf Ebene einzelner Berufe oder Berufsgruppen. Demgegenüber steht eine Analyse von Veränderungen des *Berufs- und Qualifikationsgefüges*. Aus einer integrierenden Perspektive, die stärker auch den Strukturwandel der Branche selbst berücksichtigt, können zukünftig wichtige Impulse zur Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation von Frauen in der Gesundheitswirtschaft gewonnen werden.

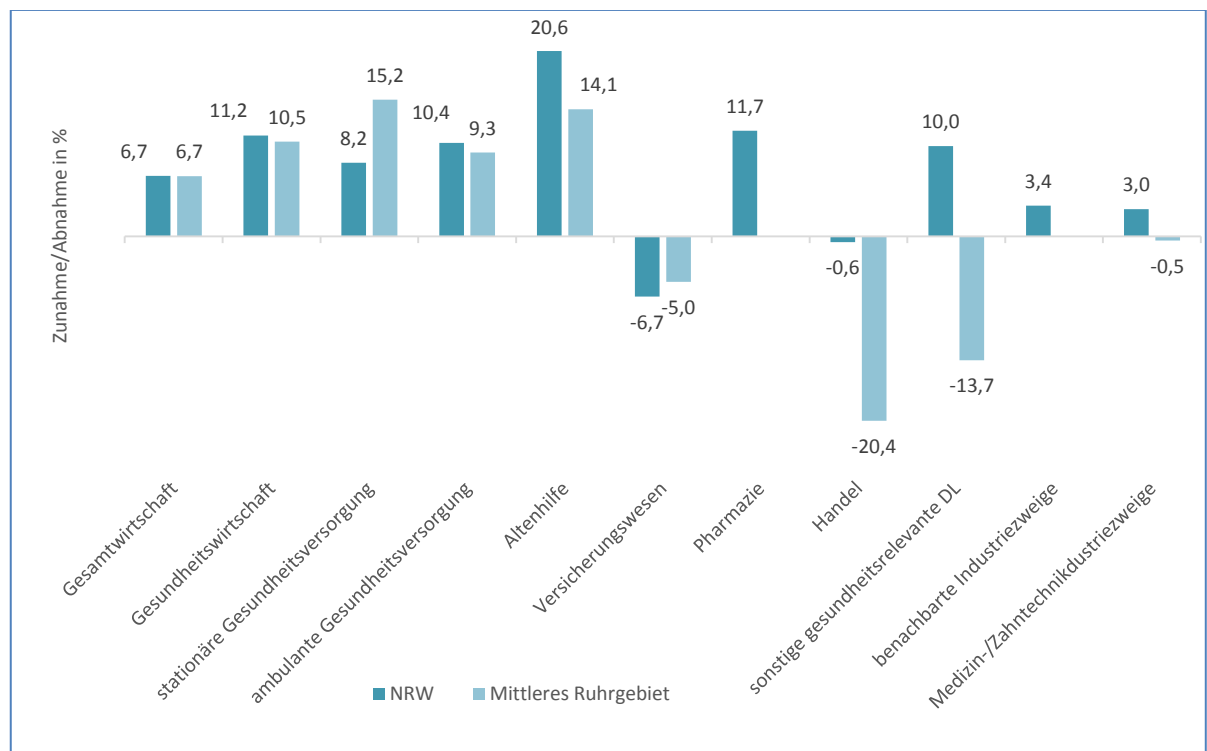
Weibliche Erwerbsarbeit in der Gesundheitswirtschaft – Weder „typisch“ noch „normal“!

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 weiblicher Beschäftigung beträgt 78,2% (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) bzw. 76,8% (geringfügig entlohnte Beschäftigung). Die Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft realisieren jedoch 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%) von deutlich geringeren Anteilen geprägt.

Zunächst ein Blick in die **Beschäftigungsentwicklung**: Die Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet konnte im Zeitraum 2008-2013 deutliche Beschäftigungszuwächse erzielen. Diese

lagen im Untersuchungszeitraum 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 (vgl. Abb. 1). 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 überwiegend Frauen betroffen.

Abbildung 1: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (weiblich) in der Gesamt- und Gesundheitswirtschaft (NRW/Mittleres Ruhrgebiet; 2008-2013)



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

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 in der Gesundheitswirtschaft 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 (Gesundheitswirtschaft: + 45,1%; Gesamtwirtschaft: + 37,8%).

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 insgesamt. 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 Ruhrgebiets 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 zudem insbesondere bei den „Medizinischen Fachangestellten“, den „Gesundheits- und Krankenpflegehelfern“ sowie den „Altenpflegehelfern“ eine bedeutende Rolle.

Zwischen der ambulanten und stationären Altenhilfe lassen sich darüber hinaus 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 zudem durch deutlich höhere Anteile geringfügiger Beschäftigung aus.

Qualifikationsstrukturen: Facharbeit dominiert, weniger Frauen ohne Berufsabschluss, aber auch weniger Akademikerinnen!

Die *Qualifikationsstruktur* der weiblichen Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft im Mittleren Ruhrgebiet ist geprägt von einem stabilen Mittelbau: 67,3% der Frauen verfügen über einen anerkannten Berufsabschluss. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft können zwar weniger Frauen ohne Berufsabschluss (Gesamtwirtschaft 12,7%; Gesundheitswirtschaft: 11,4%), aber auch weniger Akademikerinnen (Gesamtwirtschaft: 18,2%; Gesundheitswirtschaft 12,8%) verzeichnet werden. Innerhalb der Teilbranchen der Gesundheitswirtschaft variieren die Qualifikationsstrukturen jedoch stark. Der Anteil der Akademikerinnen ist insbesondere in der stationären Gesundheitsversorgung (10,4%) sowie im Versicherungswesen (7,3%) vergleichsweise hoch. Besonders hohe Anteile von Frauen ohne Berufsabschluss können in der Altenhilfe mit 14,8% sowie den sonstigen relevanten Dienstleistungen (19,5%) identifiziert werden. Akademisch qualifizierte Frauen sind weder in der ambulanten noch in der stationären Altenpflege derzeit in höherem Umfang in der Patienten-/Bewohnerversorgung in der Region beschäftigt.

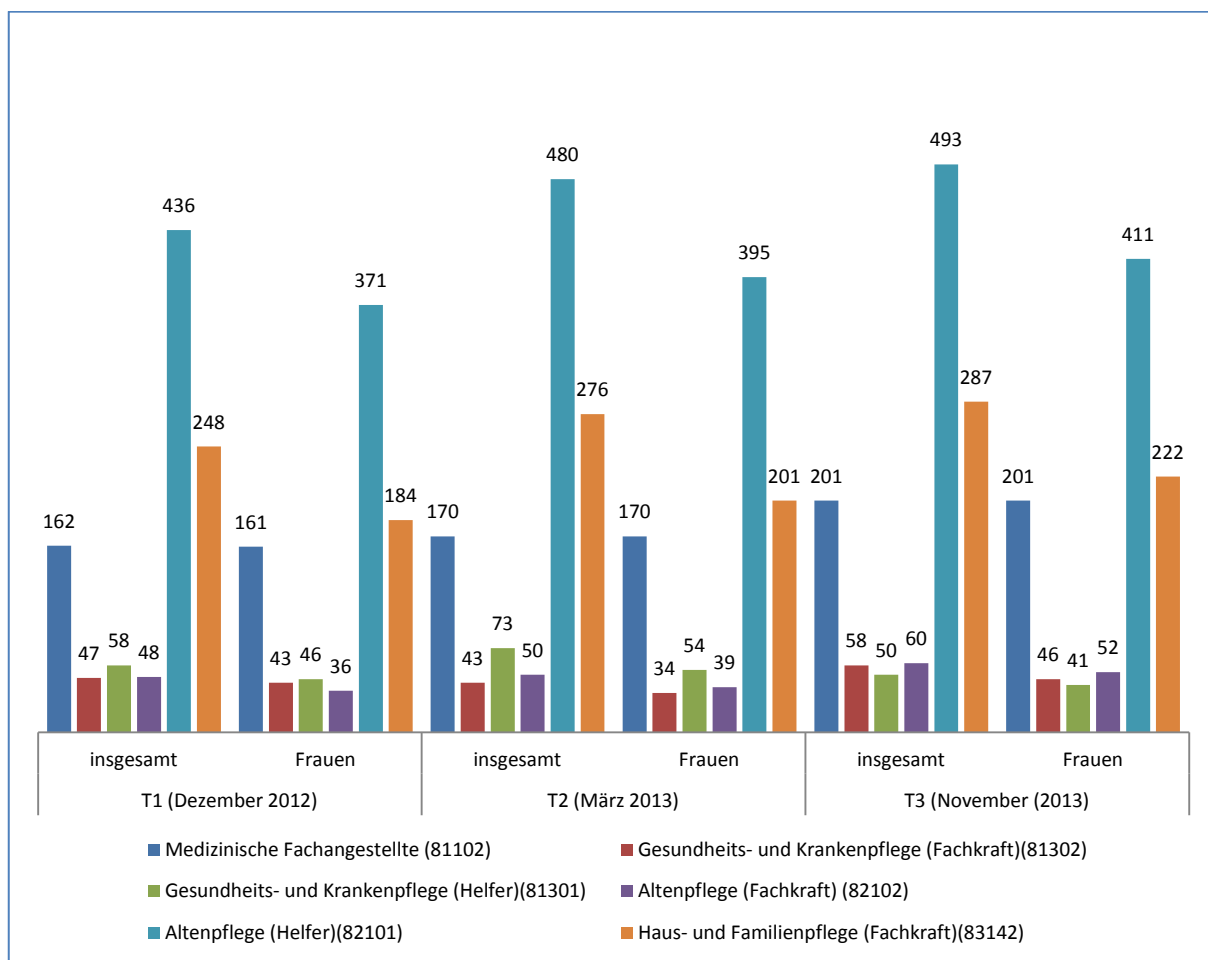
Arbeitslosigkeit in Zeiten des Fachkräftemangels – wird am Arbeitsmarkt „vorbei“ qualifiziert?

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 Vakanzzeit 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 Vakanzzeit 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.

Abbildung 2: Registrierte Arbeitslose in ausgewählten Gesundheitsberufen (Mittleres Ruhrgebiet, absolute Zahlen; 2012/2013)



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

„Altenpflegehelfer“ sowie Fachkräfte in der „Haus- und Familienpflege“ sind zudem diejenigen Berufsgruppen, die häufig von Langzeitarbeitslosigkeit in der Region betroffen sind. Betroffen sind dabei jedoch nicht ausschließlich die höheren Altersklassen („50 Jahre und älter“).

Sondern die Analyse zeigte, dass die mittleren Jahrgänge der „35 bis unter 50-Jährigen“ 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.

Auch die Berufsgruppe der „Medizinischen Fachangestellten“ ist in zunehmendem Maße 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.

Berufsfelder im Fokus

Vertiefend wurden die Beschäftigungssituationen von Frauen in den ausgewählten Berufsfeldern Pflege, Praxis (Medizinische Fachangestellte) und Medizintechnik analysiert. Im Berufsfeld Pflege wurden insbesondere die Assistenz- und Helferberufe sowie die akademische Pflegeausbildung in den Blick genommen. Handlungsleitend für die vertiefende Analyse waren die jeweiligen Berufs- und Arbeitsmarktchancen, berufsfeldimmanente Problemlagen sowie die Zukunftsaussichten und Verwertbarkeit neuer Qualifikationsprofile.

Assistenz- und Helferqualifikationen in der Pflege: Hohe Dynamik bei der Ausbildung – Normalarbeitsverhältnis als Ausnahme

Der Fachkräftemangel Gesundheitswirtschaft wirkt als treibende Kraft für die Suche nach alternativen Wegen zur Beschäftigungssteigerung in der Pflege. Assistenz- und Helferberufe in der Pflege stellen eine Möglichkeit dar, trotz geringer Fachkräftereserven in den Einrichtungen Personalaufbau zu betreiben und zugleich Personen ohne mittleren Bildungsabschluss einen niedrighschwelligem Einstieg in das Berufsfeld Pflege zu eröffnen. 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 Assistenz- und Helferberufe sind überwiegend von weiblicher Beschäftigung geprägt (Altenpflegehilfe: 88%; Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz: 82%). In den Jahren

zwischen 2008 und 2012 hat es hohe Zuwächse der Auszubildendenzahlen in den Assistenzberufen der Gesundheits- und Krankenpflege (2008 – 2012: + 58,8 % im Mittleren Ruhrgebiet; +33,7 % in NRW) sowie der Altenhilfe (+ 13,1 % im Mittleren Ruhrgebiet; + 23 % in NRW) gegeben (IT.NRW 2013). Normalarbeitsverhältnisse im Sinne einer Vollzeitbeschäftigung konnten unter den Beschäftigten mit Helferqualifikation nur in geringer Ausprägung gefunden werden (Altenpflegehilfe 23%, Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz 33%). Die Helferberufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenhilfe sind mithin auch die Berufsfelder, in denen Frauen am häufigsten geringfügig beschäftigt sind.

In der Altenpflegehilfe können ausgewogene Verhältnisse zwischen Beschäftigten der unterschiedlichen Helferberufe festgestellt werden, was auf eine Konkurrenzsituation um den Arbeitsmarkt der Altenhilfe hinweist. Hinzu kommt, dass die Beschäftigung in beiden Feldern durch hohe Anteile von Beschäftigten mit unbekanntem, „sonstigen“ Berufsabschlüssen und Beschäftigten ohne Berufsabschluss bzw. Ausbildungsgeprägt ist, hinter denen sich tariflich (noch) günstigere Qualifikationsprofile, wie beispielsweise betrieblich qualifizierte und angelernte Helfer („Helfer in der Altenpflege“) verbergen können.

Mit Blick auf die monatlichen Bruttoverdienste im Helferbereich wird 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 männlichen Beschäftigten erhalten Frauen auch in Assistenzberufen der Pflege ein niedrigeres Arbeitsentgelt (Bellmann et al. 2013). Zudem werden die Verdienstmöglichkeiten durch Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung weiter geschmälert, so dass viele Beschäftigte das Existenzminimum nicht erreichen können und aufstockende Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Auch nach langjähriger Berufserfahrung bzw. mit fortschreitendem Alter können durchschnittlich nur marginale Verdienstzuwächse von weniger als 100 € realisiert werden. So fehlt häufig nicht nur ein existenzsicherndes Einkommen, sondern zugleich kann (insbesondere unter den Bedingungen einer geringfügigen Beschäftigung) keine bzw. keine ausreichende Altersvorsorge betrieben werden, so dass in diesen Berufsfeldern eine (programmierte) Altersarmut droht.

Akademisch grundständige Pflegeausbildung: Ambitionierte Perspektive – Arbeitswelt als Herausforderung

In den vergangenen Jahren etablierten sich an (Fach-)Hochschulen zunehmend akademische Bildungsangebote im Pflegebereich. Hierzu zählen die Studiengänge des Pflegemanagement und der Pflegepädagogik, die Pflegewissenschaft sowie die grundständig akademische Qualifizierung in der Pflege, die in einer pflegewissenschaftlichen Qualifizierung an einer

Hochschule mit begleitender Berufsausbildung besteht. Anbieter im Ruhrgebiet sind z.B. die Hochschule für Gesundheit, die Universität Witten-Herdecke oder die Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Mit der Hochschule für Gesundheit ist in Bochum zudem die erste staatliche Fachhochschule mit Modellstudiengängen in den Bereichen Pflege, Hebammenkunde, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ansässig.

Durch das Studium sollen AbsolventInnen eine wissenschaftlich-reflektierte Berufspraxis in ihrem erlernten Berufsfeld entwickeln können. Ergänzend könnte ein weiteres versorgungsnahes Tätigkeitsfeld beispielsweise in der Beratung, Betreuung und Begleitung von Menschen in gesundheitlichen Krisensituationen liegen. Auch für Tätigkeitsfelder jenseits der direkten Gesundheitsversorgung sollen die akademischen Bildungsangebote der Pflege qualifizieren, wie z.B. die Evaluation von Gesundheitsleistungen, Versorgungsgestaltung oder das Versorgungsmanagement. Auch zur Verbreiterung der Wissensbasis in der Pflege bzw. zur Evidenzbasierung pflegerischer Leistungen und Prozesse kann die Akademisierung der Pflege einen wichtigen Beitrag leisten.

Auch wenn zukünftige Tätigkeitsfelder bereits umrissen werden können, bleibt die Frage, wie neue Kompetenzen sinnvoll im Arbeitsprozess eingesetzt und welche neuen Arbeitsprozesse definiert werden können. Bislang herrschen noch Skepsis und Unsicherheiten hinsichtlich der Verwertbarkeit und Professionalisierung der neuen Berufsprofile in den Einrichtungen und Betrieben vor. Dabei geht es vor allem um die Fragen, wie AbsolventInnen mit neuen bzw. wissenschaftlich erweiterten Berufsprofilen in den Einrichtungen und Betrieben angenommen und eingesetzt werden, welche Tätigkeiten den neuen Qualifikationsprofilen gerecht werden und wie die Qualifikationen in Einrichtungen und Betrieben genutzt werden können. Damit die Professionalisierung neuer akademischer Berufsbilder gelingen kann, sollten begleitende Prozesse frühzeitig angestoßen und aktiv unterstützt werden.

Medizinische Fachangestellte (MFA): Zwischen neuen Perspektiven und alten Problemen

Die Beschäftigung im ambulanten Sektor stand in der Vergangenheit weniger im Fokus berufspolitischer und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit. Eine zentrale Berufsgruppe, die mit einem Anteil von 99% durch weibliche Beschäftigung dominiert wird, stellen die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in allgemeinmedizinischen Praxen sowie Facharztpraxen dar.

Mehr als 3.500 MFA gingen 2013 im Mittleren Ruhrgebiet einer sozialversicherungspflichtigen, weitere 810 einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach. Ein Drittel der MFA waren 2013 im Mittleren Ruhrgebiet in Teilzeit tätig. Mit Blick auf die Gesamtbeschäftigung nehmen die MFA unter den Gesundheitsberufen der Region einen bedeutenden Stellenwert ein. Allerdings konnte in den vergangenen Jahren ein Anstieg der Arbeitslosigkeit in dieser Berufsgruppe beobachtet werden. Während auf der einen Seite ein Überangebot an Arbeitskräften in Relation zu den offenen Stellen festgestellt werden kann, nimmt auf der anderen Seite die Zahl

der offenen Stellen zu. Diese Befunde, gepaart mit rückläufigen Ausbildungszahlen, deuten auf einen Attraktivitätsverlust des einstigen Traumberufes hin.

Dies wird auch bei einem näheren Blick auf die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen deutlich. Im Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen verzeichnen die MFA unterdurchschnittliche Lohnzuwächse im berufsbiographischen Verlauf. Ergebnisse weiterer 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 (Kathmann/Dingeldey 2013).

Die Arbeit im Beruf der Medizinischen Fachangestellten ist häufig bedingt durch unverlässliche und ausufernde Arbeitszeiten, Arbeitszeitverdichtung und Unklarheiten über berufliche Entwicklungsperspektiven. Rund die Hälfte der MFA wechselt derzeit auf Basis vorliegender Erkenntnisse ihren Beruf (Wiethölter 2012). In der Studie wurde deutlich, dass jüngere MFA bessere Arbeitsmarktchancen haben und insbesondere der Wiedereinstieg in den Beruf, z.B. nach der Familienphase, in dieser Berufsgruppe oftmals schwierig ist. Angesichts der zunehmenden Arbeitslosenzahlen und den Warnungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe vor einem Fachkräftemangel in dieser Berufsgruppe war dieser Befund zunächst überaus 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 nur partiell gültig. Betriebsräte sind zumeist ebenfalls nicht vorhanden, selbst wenn die Bedingungen hierfür erfüllt sind (Kathmann/Dingeldey 2013).

Zukunftsansichten und berufliche Entwicklungsperspektiven für Medizinische Fachangestellte werden durch neue Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten durch Bildungsanbieter in der Region geboten. Beispiele hierfür sind etwa ein neu eingerichteter Studiengang „BWL/Ökonomie“ am „Klaus Steilmann Berufskolleg“ (Bochum), die Qualifizierung zur „Study Nurse“ oder die Spezialisierungsqualifikation zur „Arztentlastenden Versorgungsassistentin“ oder zur „Versorgungsassistentin Neurologie“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Diese neuen Qualifikationen sollen einerseits zu einer Aufwertung des Berufsbildes der Medizinischen Fachangestellten beitragen, auf der anderen Seite werden sie zukünftig durch die Reorganisation und das Neudesign ambulanter Versorgungsstrukturen an Relevanz gewinnen. Derzeit sind jedoch die Qualifizierungsangebote und dementsprechend auch neue Tätigkeitsprofile für MFA noch nicht in der Praxis angekommen und gelten dementsprechend noch nicht als Beschäftigungsgarant.

Berufsfeld Medizintechnik: Gender-Management in Technologieunternehmen vielfach noch Neuland

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 werden². 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. 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.

Die Medizintechnik im Mittleren Ruhrgebiet bildet kein spezifisches Profil, sie ist geprägt von einer vergleichsweise diffusen Struktur Klein- und Mittelständischer Unternehmen, die inhaltlich insbesondere auf die Bereiche Informationstechnik und Software ausgerichtet sind. 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. 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 niedrig.

Trotz guter Arbeitsmarktlage für IngenieurInnen sind die Perspektiven im Beschäftigungsfeld Medizintechnik für AbsolventInnen im Mittleren Ruhrgebiet weniger aussichtsreich, da die von AbsolventInnen favorisierten Schwerpunkte Forschung und Entwicklung in den Medizintechnik-Unternehmen des Mittleren Ruhrgebiets nicht vertreten sind. 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 grundständige Studium der Elektrotechnik für viele ingenieurwissenschaftliche Bereiche qualifiziert³. Eine akademische Karriere über die

² Dieses Modell findet sich auch an anderen Universitäten der Bundesrepublik.

³ Somit wäre es andererseits auch möglich, mit einem anderen Studienschwerpunkt der Elektrotechnik eine Beschäftigung in der Medizintechnikbranche zu finden

Promotion hinaus, beispielsweise im Rahmen einer Juniorprofessur, ist im Vergleich zu den Sicherheiten und Verdienstmöglichkeiten in der Industrie für viele MedizintechnikerInnen weniger attraktiv und bewegt somit die wenigsten MedizintechnikerInnen zu einem Wechsel aus der Industrie an Universitäten oder Fachhochschulen.

Die Ergebnisse der Studie zur Beschäftigungssituation von Frauen in Medizintechnik-Unternehmen lassen sich wie folgt darstellen:

- Auf betrieblicher Ebene werden geschlechtsspezifische Unterschiede bzw. das Fehlen frauenfördernder Instrumente deutlich. Den einzigen weit verbreiteten Ansatz bildet die Teilnahme am Girl's Day – allerdings hat dieser keinen Effekt auf die Beschäftigungssituation von Frauen in den Betrieben. Betriebliche Instrumente wie Quotenregelungen, Mentoring oder Karriereplanung werden in den Unternehmen hingegen 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 weniger häufig in kreativen Bereichen wie der Produktentwicklung 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.

Wege aus der Chancen-Falle: Plädoyer für eine arbeitspolitische Wende in der regionalen Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung

Die Gesundheitswirtschaft als „heimliche Heldin“ des Strukturwandels hat vielfache Beschäftigungsmöglichkeiten hervorgebracht, die Männern wie Frauen aller Qualifikationsstufen Chancen auf dem Arbeitsmarkt des Mittleren Ruhrgebiets eröffnen. Den Ergebnissen der präsentierten Studie zufolge erweisen sich die Perspektiven häufig jedoch als Chancen und „Falle“ zugleich:

- Mit Blick auf die **Arbeitsbedingungen** in den verschiedenen Berufsfeldern verkehren sich **Chancen** auf Beschäftigung z.T. in prekäre Beschäftigungsverhältnisse, die sich

beispielsweise durch die Kombination geringfügiger Qualifikation, Teilzeitarbeit, geringfügiger Beschäftigung sowie verstellter Chancen zur Weiterqualifikation zu beruflichen **Fallen** entwickeln können, wie in der präsentierten Studie am Beispiel der Assistenz- und Helferberufe in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenhilfe gezeigt werden konnte.

- **Atypische Beschäftigung** wie Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigungen können in bestimmten Lebenssituationen und –abschnitten, z.B. im Sinne eines Zuverdiener-Modells oder zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf **Chancen** für Frauen bedeuten. **Fallen** tun sich auf, wenn Teilzeitarbeit zum berufsbiografischen Normalfall wird und die Beschäftigung nicht (mehr) zur Existenzsicherung oder Altersvorsorge ausreicht. Wie die vertiefende Untersuchung zum Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten gezeigt hat, können sich jedoch auch hinter Normalarbeitsverhältnissen mit Blick auf das durchschnittlich realisierte Lohnniveau prekäre oder verdeckt prekäre Beschäftigungslagen verstecken.
- **Neue Qualifikationen und Tätigkeitsprofile** eröffnen für einige die **Chance**, einen Berufseinstieg zu finden (Helfer), für andere können sich Berufs- und Karriereperspektiven durch den Erwerb von Zusatzqualifikationen erweitern und wieder andere sehen durch den Erwerb neuer Berufs- und Tätigkeitsprofile (z.B. durch ein Studium) ganz neuen Horizonten entgegen. **Fallen** lauern beim Berufseinstieg, z.B. hinsichtlich der Akzeptanz und Verwertbarkeit neuer Qualifikationen und Kompetenzen in der Praxis, oder der Passgenauigkeit der Qualifikationen im Hinblick auf das Aufgabenspektrum in den Betrieben oder Einrichtungen. Die Chance auf einen niedrighwelligen Berufseinstieg durch den Erwerb geringfügiger Qualifikationen, z.B. in den Assistenz- und Helferberufen, können aufgrund von Konkurrenz unter den Helferberufen, verringerter Einsatzmöglichkeiten in Kombination mit verstellten Chancen zur Weiterqualifikation (z.B. aufgrund fehlender Information und Begleitung sowie Verdienstauffällen während der Qualifikationsphase) sogar in doppelter Hinsicht in die Falle führen.

Um zukünftig mehr Menschen für die Arbeit in Berufen der Gesundheitswirtschaft und insbesondere in der Gesundheitsversorgung zu interessieren, attraktivere Beschäftigungsbedingungen und Räume zur Entfaltung von Qualifikationen und Kompetenzen zu bieten, wird innerhalb der Branche eine aktive Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik benötigt. Die Studie für das Mittlere Ruhrgebiet hat gezeigt: 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 neuen (akademischen) Abschlüsse und Kompetenzprofile sinnvoll in die Arbeitswelt

integriert werden können. Attraktive neue Bildungsangebote alleine reichen nicht aus, sondern sie müssen von der Praxis auch angenommen werden.

Derzeit richtet sich die strukturpolitische Aufmerksamkeit verstärkt auf zukunftssträchtige, strategische Schwerpunkte der Gesundheitswirtschaft wie die Klinikwirtschaft oder die Anwendung neuer Technologien. Bedarfe einer strukturpolitischen Förderung sind z.T. jedoch in ganz anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft vorhanden. Im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, der Gesundheitsversorgung und Pflege, wird beispielsweise der ambulante Sektor zukünftig an Bedeutung gewinnen – zum einen, weil viele Menschen sich im Alter eine Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld wünschen. Zum anderen stellt sich im demografischen Wandel zunehmend auch die Frage nach der Aufnahmefähigkeit bzw. Auslastung stationärer Kapazitäten in Gesundheitsversorgung und Pflege.

Eine konsequente Förderung der regionalen Gesundheitswirtschaft benötigt mehr Aufmerksamkeit für die Erwerbs- und Beschäftigungs- sowie Qualifikationsperspektiven, gerade auch in den Bereichen, die nicht unmittelbar im Fokus der derzeitigen strategischen Aktivitäten in den technologie- und kapitalintensiven Feldern der Gesundheitswirtschaft stehen. Die Förderung und Gestaltung von Arbeit und Beschäftigung sowohl an der Basis der Versorgung als auch in zukunftssträchtigen Teilbranchen und Aktionsfeldern ist eine der zentralen Stellschrauben für ein zukunfts- und leistungsfähiges Gesundheitswesen.

Strategien, die eine Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft mitdenken und Gesundheitsarbeit als Chance begreifen,

- bieten BerufseinsteigerInnen und ArbeitnehmerInnen eine existenzsichernde Arbeit sowie die Chance auf berufliche Selbstverwirklichung,
- eröffnen Chancen für die strategische Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen: Zum Beispiel können neue Qualifikationen und Kompetenzen auf organisationaler Ebene Leistungsstrukturen und -portfolios verbessern – vorausgesetzt, die Qualifikationen werden passgenau und bedarfsgerecht konzipiert, in der Praxis angenommen und eingesetzt,
- können zur Qualitätsentwicklung, Leistungsfähigkeit und Fachkräftesicherung von Gesundheitsregionen beitragen.

Langfristig können gute Arbeitsbedingungen die Qualität und Leistungsfähigkeit in Gesundheitswesen und -wirtschaft steigern. Die Logik des Zusammenspiels von Qualität in Arbeit und Gesundheitsversorgung könnte von Akteuren der Strukturpolitik und

Wirtschaftsförderung stärker aufgegriffen und für den Anstoß eines beschäftigungspolitischen Diskurses mit Einrichtungen und Betrieben der Gesundheitswirtschaft genutzt werden.

Literatur

Auth, D. (2013): Ökonomisierung der Pflege — Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. WSI-Mitteilungen 6/2013

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.

Bispinck R. / Dribbusch, H. / Öz, F. (2010): Das Projekt LohnSpiegel: tatsächlich gezahlte Löhne und Gehälter. WSI Mitteilungen 1/2010.

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): Arbeitswelt Krankenhaus. Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Reorganisationsprozess. Eine Online-Befragung von Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung (HBS), Düsseldorf

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) (2013): Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Berlin.

[Dahlbeck, Elke](#) / [Hilbert, Josef](#) (2014): Die Bildung von Gesundheitsregionen als Perspektive im Strukturwandel. In: Beck, Rasmus C. / Heinze, Rolf G. / Schmid, Josef (Hrsg.): Zukunft der Wirtschaftsförderung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., S. 277-300

[Evans, M.](#) / Galchenko, V. / [Hilbert, J.](#) (2013): Befund Sociosclerose - Sozialwirtschaft in der Interessensblockade? In: Sozialer Fortschritt 62, H. 8-9, S. 209-216

[Evans, Michaela](#) / [Hilbert, Josef](#) (2006): Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen, Potenziale, Perspektiven; Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber, S. 193-212

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.

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/DissertationxOschmiansky.pdf?hosts; 4.11.2013.

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.

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, 2012/ 2008;
- Statistik der Fachschulen des Gesundheitswesens, IT. NRW, 2012/ 2008;
- Hochschulstatistik NRW, IT.NRW 2013;
- LOHNSPIEGEL WSI/HBS

Autorinnen: [Denise Becka](#) und [Michaela Evans](#) sind Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen im IAT-Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität.

Kontakt: becka@iat.eu; evans@iat.eu

Forschung Aktuell 2014-09

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss: 4. September 2014

http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Fax: 0209 - 1707 110

E-Mail: braczko@iat.eu

Institut Arbeit und Technik

Munscheidstr. 14

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>