

112 – und niemand hilft



Die Gesundheits- wirtschaft – Schlüsselbranche in Deutschland

713.000

Beschäftigte in der
Automobilbranche¹

4,8 Mio.
Beschäftigte im
Gesundheits- und
Pfllegewesen²

¹ <http://de.statista.com/statistik/faktenbuch/14/a/branche-industrie-markt/automobilindustrie/automobilindustrie/>

² https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/12/PD11_470_23621.html

Vorworte

Liebe Leserinnen und Leser,

das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor gewaltigen Herausforderungen. Die öffentliche Debatte wird dabei vor allem von Finanzierungsfragen beherrscht. Unser weltweit einzigartiges und leistungsfähiges System wird jedoch von einem anderen Problem weitaus akuter bedroht: Stehen uns auch in Zukunft noch genügend Fachkräfte für die in Gesundheits- und Pflegewesen anfallenden Arbeiten zur Verfügung?

Im Oktober 2010 haben wir zusammen mit unserem wissenschaftlichen Partner WifOR eine erste, umfassende Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen vorgelegt. Die große Resonanz auf unsere Veröffentlichung hat in mir den Entschluss reifen lassen, in einer weiteren Studie zahlreiche noch offene Fragen zu klären.

Heute legen wir Zahlen vor, die es in dieser Qualität noch nie gegeben hat. So leisten wir einen Beitrag dazu, dass drohende Personalengpässe frühzeitig erkannt und bereits heute entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können.

In der Gesundheitswirtschaft sind weit mehr Menschen beschäftigt, als in der Automobil- oder Finanzbranche. Neben dieser enormen wirtschaftlichen Bedeutung für Deutschland sind es die Arbeitnehmer in Gesundheits- und Pflegewesen, die jeden Tag dafür sorgen, dass allen Zweigen unserer Wirtschaft arbeits- und leistungsfähiges Personal zur Verfügung steht, gesundheitsbedingte Ausfälle so kurz wie möglich bleiben und die Lebenserwartung und die Lebensqualität in Deutschland weiter steigen.

Ich wünsche Ihnen eine kurzweilige Lektüre und freue mich auf viele interessante Gespräche. Der Zeitpunkt zum Handeln ist gekommen!

Ihr

Michael Burkhart

Partner und Leiter
Gesundheitswesen und Pharma
PwC



„Unsere Szenarien zeigen, wohin wir unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen steuern und was wir dagegen tun können. Der Zeitpunkt zum Handeln ist gekommen!“

Liebe Leserinnen und Leser,

diese Studie ist eine methodische und inhaltliche Weiterentwicklung der Studie „Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“. Als unabhängiges Wirtschaftsforschungsinstitut befasst sich WifOR intensiv mit den Forschungsfeldern Arbeitsmarktentwicklung und Gesundheitswirtschaft. Im Rahmen unserer Forschungstätigkeit wurden die Berechnungsmethodik und die zugrundeliegenden Annahmen der ersten Studie überprüft und weiterentwickelt. Neben einer vertieften theoretischen Fundierung lieferten vor allem verschiedene Expertenrunden und themenverwandte Workshops wertvolle Erkenntnisse, die wir zur Weiterentwicklung des Berechnungsmodells nutzten. Für diese Möglichkeit danken wir allen Teilnehmern an diesen Veranstaltungen. Die Studie zeigt den aktuellen Stand der Forschungsaktivitäten von WifOR.

Die verbesserte Methodik ermöglicht neben einer deutschlandweiten Betrachtung erstmals auch eine umfassende Berechnung und Analyse der Personal- und Fachkräftesituation in den einzelnen Bundesländern. Darüber hinaus wurde das Untersuchungsgebiet auf das Pflegewesen und die wichtigsten Berufe in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ausgeweitet. Im Rahmen einer Szenarioanalyse wurden in dieser Studie erstmals auch wichtige Stellschrauben verändert sowie deren Auswirkungen auf die Personalsituation im Gesundheits- und Pflegewesen aufgezeigt und analysiert.

Ihr

Dr. Dennis A. Ostwald
Geschäftsführer WifOR



„Erstmals analysieren wir auch die Entwicklung der Personalsituation in den einzelnen Bundesländern.“

Inhaltsverzeichnis

06 Summary – Versorgung in Gefahr

14 Fachkräfte werden knapp – Prognose bis 2030

- 16 Die Szenarien
- 20 Fachkräfteversorgung nach Berufsgruppen
- 24 Kampf um Pflegekräfte

28 Jetzt gegensteuern – Handlungsempfehlungen

- 30 Fachkräfte im Beruf halten
- 34 Arbeitskraft besser nutzen
- 38 Wirksamkeit der Maßnahmen: Das erreichbare Szenario
- 41 Weitere Impulse zur Linderung des Fachkräftemangels

46 Das Untersuchungsgebiet

52 Die Methodik

60 Tabellenanhang

64 Literaturverzeichnis

68 Ihre Ansprechpartner

Summary – Versorgung in Gefahr



Seit Jahren wird über die Kosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland diskutiert. Ein anderes, sich zunehmend verschärfendes Problem unseres Gesundheitssystems wird deshalb kaum wahrgenommen und bisher nicht konsequent angegangen: der Fachkräftemangel.



Deutschland verfügt über eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Ein dichtes Netz aus niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und weiteren hochspezialisierten Diensten stellt eine engmaschige und hochwertige Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen auf hohem Niveau sicher.

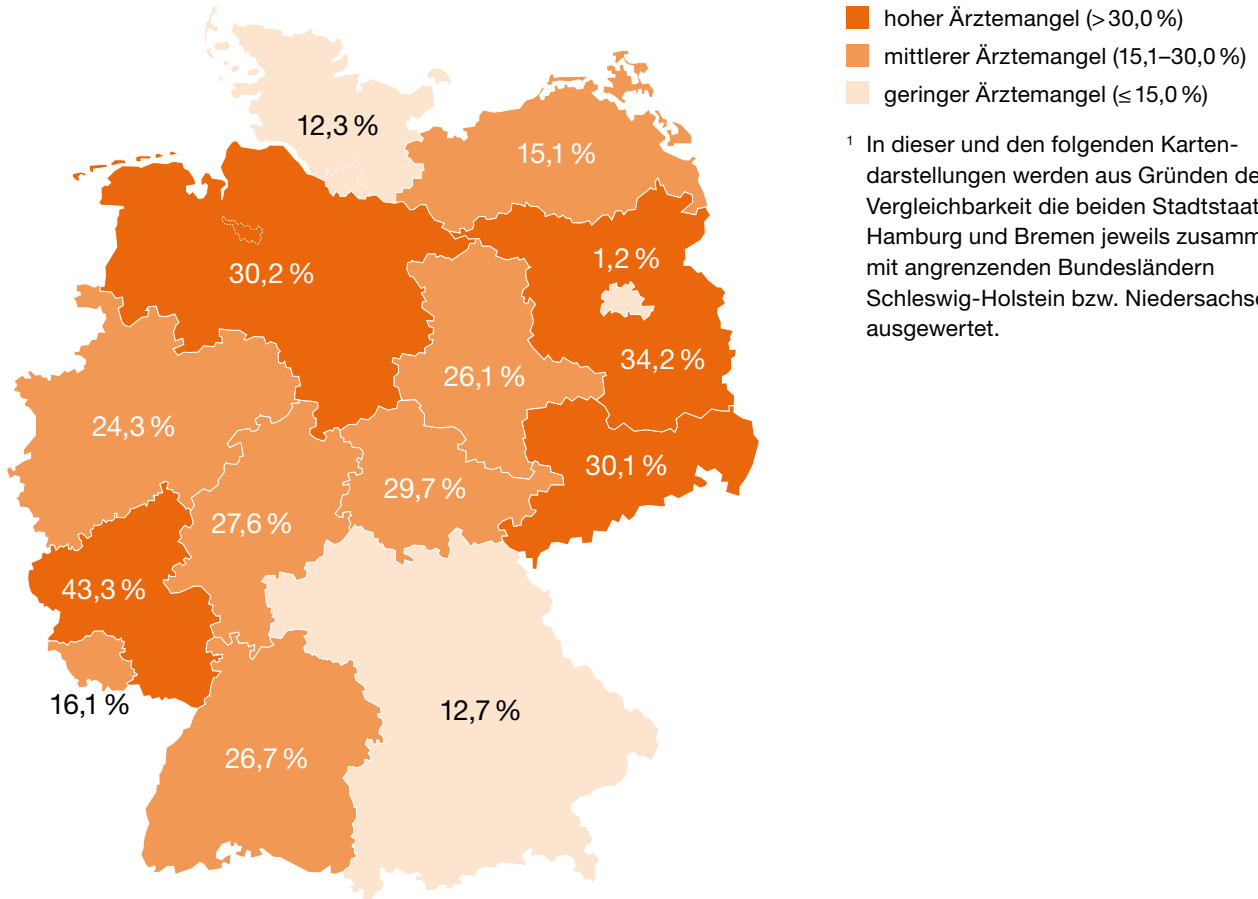
Unsere Studie befasst sich mit der Fachkräfteversorgung im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen bis 2030. Anders als in unserer ersten Studie zum Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen haben wir in der vorliegenden Studie folgende Weiterentwicklungen vorgenommen:

- Neben der Krankenversorgung haben wir die Altenpflege in unsere Studie aufgenommen.
- Erstmals sind regionale Auswertungen möglich.
- Verschiedene Szenarien zeigen die Handlungsoptionen auf.

Im Fokus steht die Entwicklung des Arbeitskräfteangebots, welches wir nach Regionen, Berufsgruppen und stationären bzw. ambulanten Einrichtungen differenziert betrachten. Dabei gehen wir davon aus, dass das Arbeitsangebot im Wesentlichen von der Vollzeitquote, der Teilnahmequote (d.h. dem Anteil der Berufsträger, die ihren Beruf auch dauerhaft ausüben) und dem Renteneintrittsalter abhängt. In verschiedenen Szenarien zeigen wir die drohenden Fachkräftemängel auf, entwickeln Lösungsstrategien und simulieren die Wirkung einzelner Stellschrauben.

Anteil unbesetzter Vollzeitstellen in ärztlichen Berufen (Basis-Szenario 2030)¹

Bundesdurchschnitt: 23,7 %



¹ In dieser und den folgenden Kartendarstellungen werden aus Gründen der Vergleichbarkeit die beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen jeweils zusammen mit angrenzenden Bundesländern Schleswig-Holstein bzw. Niedersachsen ausgewertet.

2030: Ein Viertel aller notwendigen Stellen kann nicht mehr besetzt werden

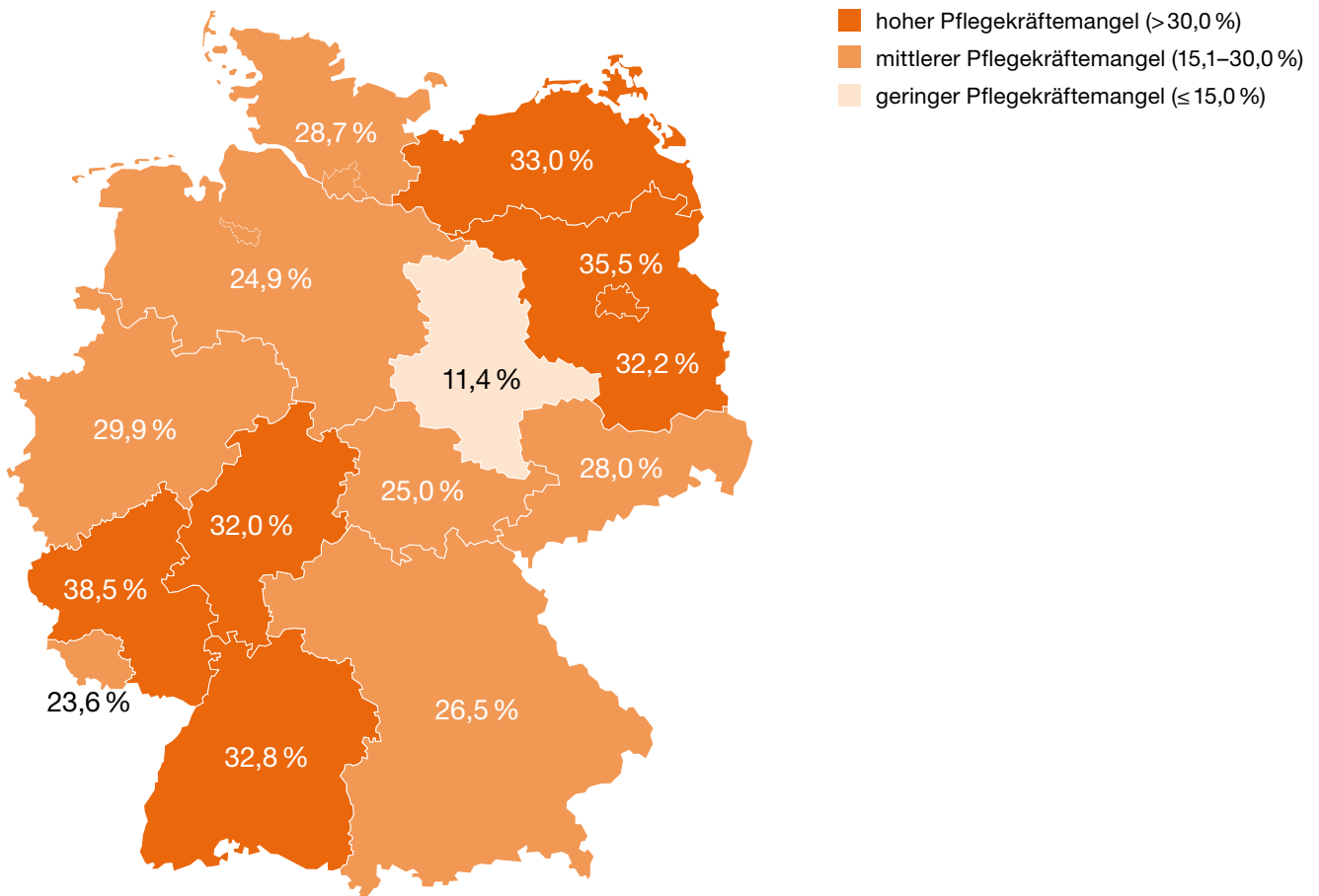
Die Fortschreibung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen für die Beschäftigung im Gesundheitswesen (Basis-Szenario) zeigt, welche dramatische Entwicklung droht. Wenn wir weitermachen wie bisher, dann werden zur Aufrechterhaltung der heute gewohnten Versorgungsqualität 2020 annähernd 224.000 Vollzeitkräfte mehr gebraucht, als sie dann in Deutschland zur Verfügung stehen. Bis 2030 würden wegen der steigenden Nachfrage, der ab 2020 sinkenden Absolventenzahlen und der dann ebenfalls verstärkten Renteneintritte sogar mehr als 404.000 Vollzeitkräfte fehlen.

In den ärztlichen Berufen blieben 2020 voraussichtlich 33.000 Vollzeitstellen unbesetzt, 2030 dann sogar 76.000. Noch dramatischer ist die Personalsituation bei den Pflegekräften: 2020 fehlen gut 212.000 Vollzeitkräfte, 2030 bereits knapp 328.000. Damit könnten etwa 30 % des Personalbedarfs nicht gedeckt werden. Besonders deutlich ist die Unterversorgung in der Altenpflege: Hier fehlen 2030 rund 33 % der erforderlichen Pfleger, in der Krankenpflege „nur“ 28 %. Die regionale Verteilung der Engpässe ist dabei sehr unterschiedlich.

Voraussetzung all unserer Überlegungen: Die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland und die etablierte Versorgungsdichte werden nicht reduziert.

Anteil unbesetzter Vollzeitstellen in der Pflege (Basis-Szenario 2030)

Bundesdurchschnitt: 29,9 %



Der Fachkräftemangel lässt sich lindern

Unterstellt man, dass 2030 Vollzeit- und Teilnahmequote berufsgruppenübergreifend um 10 % über dem heutigen Niveau lägen (erreichbares Szenario), stiege zudem die Netto-Jahresarbeitszeit einer Vollzeitkraft in der Pflege von 1.540 Stunden auf 1.900 Stunden. Dies entspräche einer Verlängerung der Wochenarbeitszeit von derzeit rund 38,5 auf 49 Stunden.

Unter diesen Bedingungen würde sich der Fachkräftemangel sowohl in den ärztlichen als auch den nichtärztlichen

Berufen deutlich entschärfen. In der Pflege ließe sich der Anteil der unbesetzten Stellen 2030 halbieren (15 %). Bei den ärztlichen Berufen ergäbe sich eine Verringerung des Anteils unbesetzter Stellen auf 16 % gegenüber fast 24 % im Basis-Szenario. In 2030 verbliebe absolut im erreichbaren Szenario eine Angebotslücke von 168.000 Pflegekräften und 51.500 Ärzten. Im Basis-Szenario fehlten knapp 328.000 Pflegekräfte und über 76.000 Ärzte.

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wirkt!

Noch kann dieser dramatischen Entwicklung entgegengesteuert werden. Unsere Analyse zeigt deutlich, dass uns nicht die notwendigen Fachkräfte fehlen oder es gar am Interesse oder der Bereitschaft an einer Arbeit im Gesundheitswesen mangelt. Unser zentrales Problem ist, dass zu viele der mit erheblichem Aufwand ausgebildeten Fachkräfte ihren Beruf im Gesundheits- oder Pflegewesen erst gar nicht ausüben, ihn zu oft vorzeitig wieder aufgeben, ihn nur in Teilzeit ausüben und dass die vorhandenen Kapazitäten nicht immer effizient zum Einsatz kommen. Wird an diesen Punkten angesetzt, lässt sich der Fachkräftemangel nicht gänzlich beheben. Er könnte aber auf das heute bekannte Maß beschränkt werden. In den Pflegeberufen ist die Steigerung der Teilnahme- und Vollzeitquote der entscheidende Hebel. Der hohe Anteil der Teilzeitarbeit in der Pflege ist in erster Linie Folge des vergleichsweise hohen Frauenanteils in Pflegeberufen sowie der vielfach unzureichenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie. 2010 waren rund

86 % aller Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege weiblich. Von diesen arbeiten in Westdeutschland fast 45 % in Teilzeit – zumeist aus persönlichen oder familiären Verpflichtungen.³ Der Ausbau von Betreuungsangeboten sowie die Flexibilisierung der Arbeitszeit sind deshalb unbedingt notwendig. Auch eine bessere Entlohnung könnte Vollzeitbeschäftigung attraktiver machen. Bei den derzeit geltenden Mindestlöhnen in der Pflegebranche ergeben sich Vollzeit-Monatsverdienste von 1.240 Euro in Ost- bzw. 1.400 Euro in Westdeutschland.⁴

Die Teilnahmequote in den Pflegeberufen ist zwar im Vergleich zu jener in den ärztlichen Berufen hoch, dennoch ist die Abwanderung von Fachkräften in andere Branchen bzw. Berufe auch im Pflegebereich problematisch. Eine Entlastung der Beschäftigten in der Altenpflege könnte durch mehr technische Hilfsmittel und eine gezielte Jobrotation erreicht werden. Zudem sollten Arbeitgeber die Arbeitszeiten durch Zeitkonten flexibilisieren.

Absolventen eines Medizinstudiums bilden sich nicht zum Facharzt weiter, sondern entscheiden sich für eine attraktive Karriere in der Wirtschaft.

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), S. 995; GBE (2012a); GBE (2012b).

⁴ Unter Berücksichtigung einer monatlichen Arbeitszeit von 160 Stunden und dem seit 01.01.2012 geltenden gesetzlichen Mindestlohn von 7,75 € (Ost) bzw. 8,75 € (West).

2030 fehlen bis zu

106.000
Ärzte

= **33 %**
der dann
notwen-
digen
Stellen



575.000
Pflegekräfte

= **48 %**
der dann
notwen-
digen
Stellen



(pessimistisches Szenario)

In der Ärzteschaft steigt der Frauenanteil seit vielen Jahren deutlich. Teilzeit arbeiten gut 26% aller Ärztinnen, aber nur knapp 8% aller Ärzte. Besonders hoch ist mit fast 30% der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Frauen von 35 bis 50 Jahren.⁵ Das deutet darauf hin, dass sich viele jüngere Ärztinnen vorübergehend aus familiären Gründen für eine

Teilzeitbeschäftigung entscheiden. Um Ärztinnen mit Kindern schneller den Wiedereinstieg in Vollzeit zu ermöglichen, wäre allerdings nicht nur ein Ausbau der Betreuungskapazitäten erforderlich. Die Einrichtungen müssten auch dem besonderen Betreuungsbedarf bei Schicht- und Nachtarbeit in Krankenhäusern Rechnung tragen.

⁵ Vgl. GBE (2012a), GBE (2012b).

Einzelmaßnahmen genügen nicht. Nur die Kombination eines ganzen Bündels nachhaltiger Verbesserungen der Arbeitsbedingungen wird dafür sorgen, dass Ärzte und Pflegekräfte wieder mehr Freude an ihrem Beruf haben.

Fast jeder vierte Arzt gibt die ärztliche Tätigkeit früher oder später auf. Markante Einschnitte bei der Teilnahmequote lassen sich bereits direkt nach Abschluss des Studiums feststellen. Viele Absolventen verzichten auf eine Weiterbildung zum Facharzt und streben stattdessen eine Karriere in der Verwaltung oder Wirtschaft an, z. B. bei Pharmaunternehmen oder Beratungsgesellschaften. Eine zweite Abwanderungswelle setzt acht bis zwölf Jahre nach dem Berufseinstieg ein. Frustriert vom Berufsalltag oder mangels weiterer Karrieremöglichkeiten geben Ärzte ihren eigentlichen Beruf auf und wechseln in fremde Branchen. Schließlich beenden viele Ärzte – in der Regel Ärztinnen – die ärztliche Laufbahn nach der Geburt eines Kindes.

Die Motive für den Ausstieg aus ärztlicher Tätigkeit sind vielfältig und dürften sich zudem häufig überlagern. Junge Ärzte, die an starren Hierarchien in der Klinik verzweifeln, aber das Risiko einer Niederlassung scheuen bzw. sich nicht leisten können, lassen sich eher von höheren Gehältern in der Pharmaindustrie abwerben als Ärzte, die mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sind.

Eine höhere Teilnahmequote wird sich daher in erster Linie durch attraktivere Arbeitsbedingungen in der Klinik erreichen lassen, z. B. durch bessere Aufstiegsmöglichkeiten, eine aktive Förderung der Weiterbildung durch die Arbeitgeber sowie flachere Hierarchien. Selbst wenn es durch die skizzierten Eingriffe gelingen sollte, die Rahmenbedingungen für das erreichbare Szenario zu erreichen, wäre für 2030 mit einer Unterversorgung von rund 168.000 Fachkräften in den Pflegeberufen und über 51.000 ärztlichen Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen zu rechnen.

Diese Lücke kann weder allein durch Zuwanderung (2009 lag bei den Ärzten sogar eine Nettoabwanderung vor), die Mobilisierung inländischer Erwerbstätigenpotenziale oder Effizienzgewinne gedeckt werden.

Unser zentrales Problem ist, dass die gut und mit erheblichem Aufwand ausgebildeten Fachkräfte im Gesundheitssystem ihren Beruf erst gar nicht ausüben, ihn zu oft vorzeitig aufgeben oder nur in Teilzeit arbeiten.

Ohne heute konsequent eingeleitete Gegenmaßnahmen steuern wir auf einen massiven Fachkräftemangel bei Ärzten und Pflegekräften zu. Dieser ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich stark ausgeprägt und letztlich in allen Fällen aber besorgniserregend.

Viele von der Politik ergriffenen Maßnahmen zielen darauf ab, die Nachfrage nach ärztlichen oder pflegerischen Leistungen zu reduzieren. Dies ist sinnvoll und richtig. Allerdings rücken die Maßnahmen zur Unterstützung

und Motivation der Menschen, die die ärztlichen und pflegerischen Leistungen erbringen, zu selten in den Fokus. Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie ist, dass mehr als genug Menschen bereit wären, die nachgefragten Leistungen zu erbringen. Allerdings hält sie die gelebte Realität davon ab, Ihrer Berufung nachzugehen. Sei es aus privaten (Familie, Schichtbetrieb etc.) oder physischen (z. B. zunehmende Anzahl an Adipositas-Patienten/-Pflegefällen) oder psychischen Gründen (mangelnde Akzeptanz, umfangreiche Verwaltungsarbeit).

Maßnahmenkatalog

- Wertschätzung von Pflegeleistungen verbessern
- Alternative Karrierepfade entwickeln
- Fachkräfte von Tätigkeiten entlasten, die auch geringer Qualifizierte übernehmen können
- Ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte gezielt im Ausland abwerben
- Nachfrageorientierte Allokation der Fachkräfte verbessern
- Effizientere Versorgungsstrukturen auf- und Doppelversorgung abbauen
- Bürokratieabbau vorantreiben
- Effizienz der Administration verbessern
- Familienfreundliche Rahmenbedingungen schaffen
- Wiedereinstiegsprogramme nach der Elternzeit ausbauen
- Vergütung, insbesondere in den Pflegeberufen, leistungsgerechter gestalten

Fachkräfte werden knapp – Prognose bis 2030



Wo fehlen in Zukunft welche Fachkräfte in Gesundheits- und Pflegewesen, wenn weder die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland noch die Versorgungsdichte sinken soll?



Wo werden welche Fachkräfte fehlen? Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird sich wie in den vergangenen Jahren auch weiterhin dynamisch entwickeln. Während sich die steigende Nachfrage höchstens langfristig beeinflussen lässt, ergeben sich für ein kurzfristiges Eingreifen Optionen auf der Angebotsseite. Der Schlüssel zur Abmilderung der absehbaren Verschärfung des Fachkräftemangels im Gesundheits- und Pflegewesen ist die bessere Ausschöpfung des vorhandenen Fachkräftepotenzials. In unserer Studie erproben wir verschiedene Einflussfaktoren und zeigen, welche Wirkung sie haben.

Wir stellen das Verhältnis von Vollzeit-äquivalenten zu beschäftigten Personen (Vollzeitquote, VQ), den Anteil der Ausbildungsabsolventen, die in den erlernten Berufen arbeiten (Teilnahmequote, TQ) sowie das Renteneintrittsalter in ihrer Entwicklung dar. Das allgemeine Arbeitskräfteangebot sowie die grundsätzliche Arbeitskräftenachfrage bleiben in allen Szenarien gleich. Die relativ geringe Zahl an Zu- und Abwanderung von Fachkräften aus dem Ausland bzw. ins Ausland bleibt in unseren Modellen unberücksichtigt. In jedem Szenario schreiben wir die Entwicklung bis zum Jahr 2030 fort.

Die demographische Entwicklung schlägt gleich doppelt zu. Spätestens ab 2024 sinkt das Personalangebot deutlich. Gleichzeitig steigt die Zahl der in Rente gehenden Fachkräfte stark an.

Ebenfalls im dritten Jahrzehnt kommt die Babyboomer-Generation in ein Alter, in dem sie verstärkt Gesundheitsdienstleistungen nachfragt. Dann droht der Kollaps unserer Versorgung.



Die Szenarien

Basis-Szenario:

Was passiert, wenn nichts passiert?

Annahmen

Im Basis-Szenario prognostizieren wir, dass das Fachkräfteangebot bis 2030 unter der Annahme, dass die gegenwärtigen Rahmenbedingungen (Stand 2009) bei Vollzeit- und Teilnahmequote, das Renteneintrittsalter und die Jahresarbeitszeit der Pflegekräfte gemessen in Vollzeit-äquivalenten unverändert bleiben; der Status quo wird also bis 2030 fortgeschrieben. Es wird erkennbar, wohin wir steuern, wenn einfach nichts passiert, also weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung der Situation eintritt. Während sich die Teilnahme- und Vollzeitquoten sehr

exakt aus statistischen Daten berechnen lassen, kann das durchschnittliche Renteneintrittsalter näherungsweise bestimmt werden. Das Renteneintrittsalter ist dabei im ambulanten Bereich höher als im stationären Dienst. In der Prognose gehen wir davon aus, dass die in stationären Einrichtungen tätigen Pflegekräfte im Schnitt zwei Jahre früher in Rente gehen als ihre ambulant tätigen Kollegen. Dafür sind unter anderem die höhere körperliche Belastung und der Schichtdienst verantwortlich.

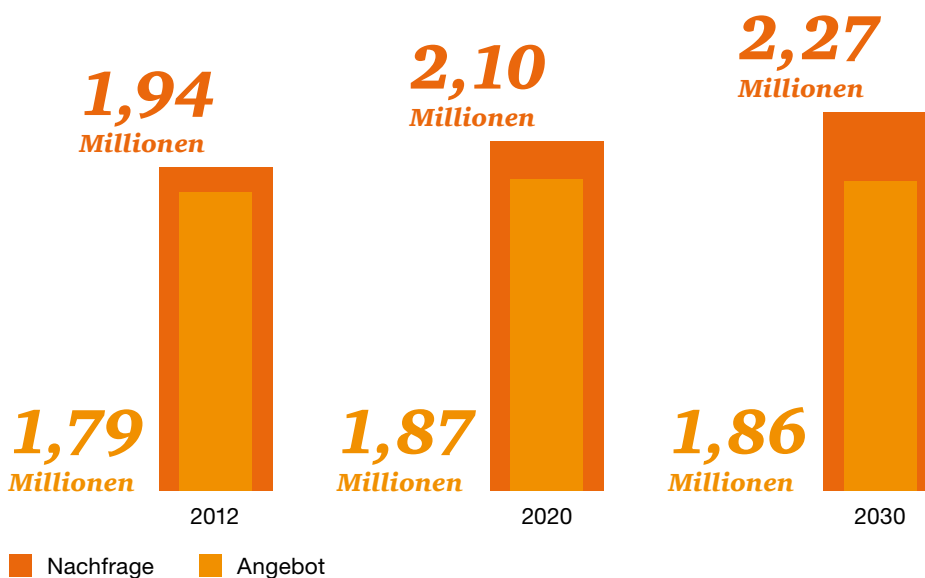
Wenn wir so weitermachen wie heute, fehlen uns 2030 mindestens 404.000 Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegewesen.

Ergebnis

Bereits 2011 fehlten fast 140.000 Vollzeitkräfte. Durch Mehrarbeit und den Einsatz von Hilfskräften wird dieser Mangel weitgehend kompensiert. Deutlich wird dieser verdeckte Fachkräftemangel aber in den seit Jahren kontinuierlich ansteigenden Rückstellungen der Unternehmen für nicht genommenen Urlaub. Bis 2020 vergrößert sich die Fachkräftelücke zunächst auf rund 224.000, um dann bis 2030 deutlich auf gut 404.000 Vollzeitkräfte anzusteigen. Grund für das beschleunigte Auseinanderdriften

von Fachkräfteangebot und -nachfrage nach 2020 sind in erster Linie die dann stärker wirkenden Folgen des demografischen Wandels. So stagniert das Personalangebot ab 2020 und schrumpft im weiteren Verlauf ab dem Jahr 2024 wegen einer sinkenden Zahl von Absolventen und der vermehrt in Rente gehenden Fachkräfte. Im Ergebnis können 2030 voraussichtlich knapp 18% aller benötigten Stellen (in Vollzeitäquivalenten gerechnet) nicht besetzt werden, 2011 waren es erst knapp 8%.

Angebot und Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen in VZÄ¹ (Basis-Szenario)



¹ In der Regel eine Arbeitskraft mit einem 100%igen Beschäftigungsgrad, d. h. einer wöchentlichen Arbeitszeit von rund 40 Stunden (abhängig von Tarifverträgen u. Ä.).

Unter optimistischsten Annahmen könnte 2030 ein fast ausgeglichenes Verhältnis von Fachkräfteangebot und -nachfrage erreicht werden.

Optimistisches Szenario: Bei erheblicher Anstrengung erreichbar

Annahmen

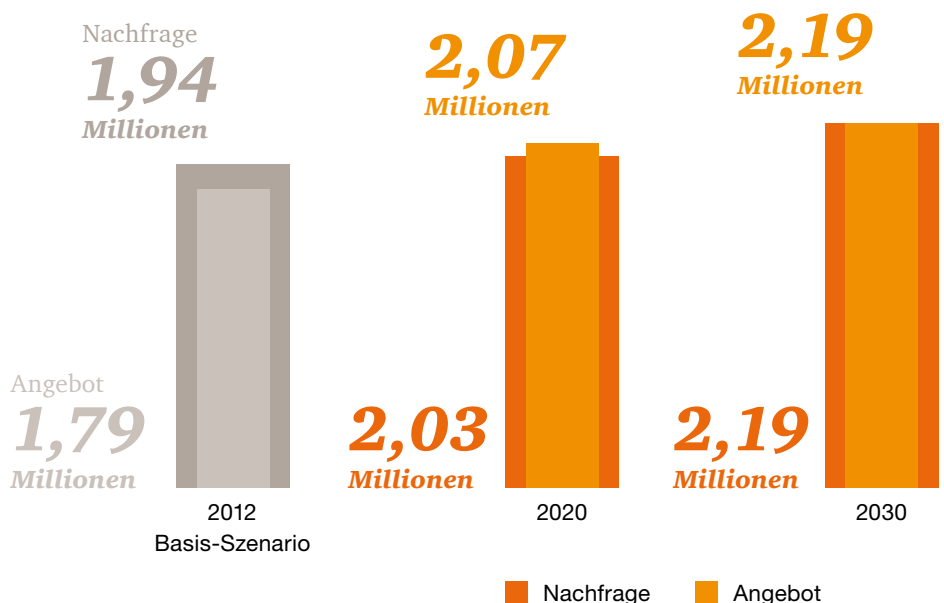
Unser optimistisches Szenario zeigt, wie die stark von uns identifizierten Stellschrauben angezogen werden müssten, um einen Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegewesen weitgehend abzuwenden. Dabei wählten wir die Annahmen so, dass Angebot und Nachfrage bundesweit, also dem Gesundheits- und Pflegewesen insgesamt, ausgeglichen werden können. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass in einzelnen Berufen und Regionen weiterhin Fachkräftemängel bestehen können. Die regionalen Ungleichgewichte bestehen auch in

diesem Szenario. Ein weitgehend ausgeglichenes Verhältnis von Fachkräfteangebot und -nachfrage im Jahr 2030 lässt sich unter folgenden Bedingungen erreichen: Die Teilnahme- und Vollzeitquote steigt über alle Berufsgruppen hinweg in Summe einheitlich um 10%, das Renteneintrittsalter steigt im Durchschnitt um zwei Jahre und die Netto-Jahresarbeitszeit (nach Abzug von Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.) im Pflegewesen steigt um 20%, also von derzeit 1.540 Stunden auf 1.900 Stunden, was einer Wochenarbeitszeit von 49 Stunden entspräche.

Ergebnis

Unter optimistischen Annahmen und bei erheblichen Anstrengungen verwandelt sich der Fachkräftemangel zwischenzeitlich sogar in einen Überschuss an Arbeitskräften (2020 ca. 41.000 Vollzeitkräfte). Bis zum Jahr 2030 könnte dann ein ausgeglichenes Verhältnis von Angebot und Nachfrage erreicht werden. Selbstverständlich wirken die für das Basis-Szenario beschriebenen Faktoren auch hier. Es ist nicht zu erwarten, dass die hier vorausgesetzten Annahmen auch tatsächlich umgesetzt werden können.

Angebot und Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen, in VZÄ (optimistisches Szenario)



Die steigende Arbeitsbelastung wird dazu führen, dass die vorhandenen Fachkräfte häufiger ausfallen und den Beruf früher aufgeben.

Pessimistisches Szenario: Wohin die steigende Arbeitsbelastung führt

Annahmen

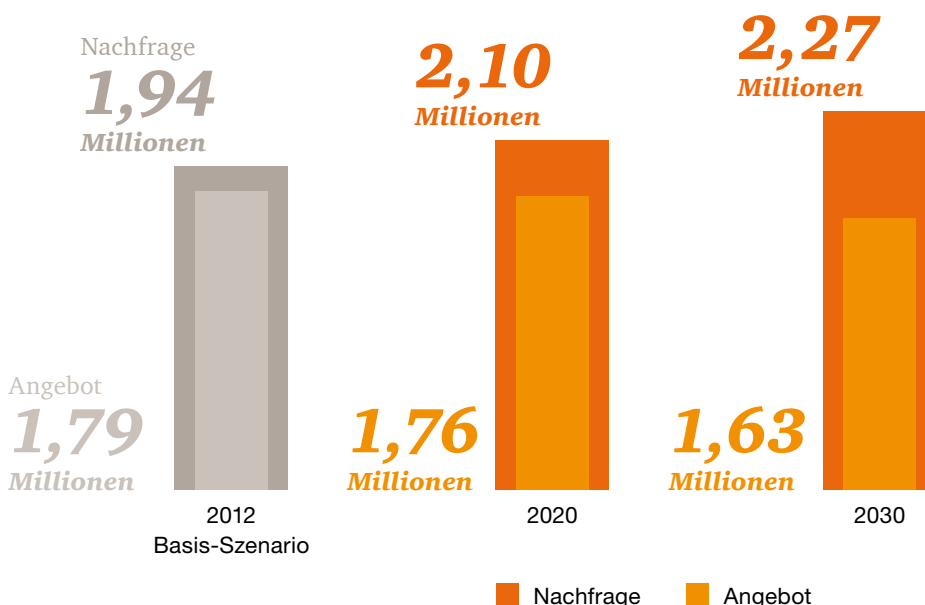
Im pessimistischen Szenario unterstellen wir, dass sowohl die Teilnahme- als auch die Vollzeitquote in Summe gegenüber dem Ausgangsniveau bis 2030 um 10% fallen wird. Der Trend der letzten Jahre wird damit fortgeschrieben und die Wirkung der zunehmenden Arbeitsbelastung sichtbar. Demgegenüber bleibt das Renteneintrittsalter der Fachkräfte unverändert. Das stetig schrumpfende Potenzial an Arbeitskräften und die leeren Sozialkassen lassen einen Rückgang des tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalters nicht erwarten. Gleiches gilt für die Netto-Arbeitszeit der Pflegekräfte. Das Szenario skizziert demnach im Vergleich zum Status quo etwas ungünstigere Rahmenbedingungen, malt aber keinesfalls alles schwarz.

Ergebnis

Bei einer weiteren Verschlechterung der Rahmenbedingungen und unter Berücksichtigung der steigenden Arbeitsbelastung für die Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegewesen droht der Fachkräftemangel im Jahr 2020 auf rund 337.000 Vollzeitkräfte zu wachsen. 2030 wird die Personallücke dann sogar 633.000 Vollzeitkräfte betragen. Mehr als jede vierte Stelle im Gesundheits- und Pflegewesen könnte dann nicht mehr besetzt werden.

2030 droht im schlimmsten Fall eine Personallücke von mehr als 630.000 Vollzeitkräften. Mehr als jede vierte Stelle kann dann nicht mehr besetzt werden.

Angebot und Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen in VZÄ (Pessimistisches Szenario)



Unsere Szenarien zeigen die drohende Verschärfung des bereits heute spürbaren Fachkräftemangels im Gesundheits- und Pflegewesen.

Sowohl prozentual als auch absolut fällt der Mangel an qualifizierten Pflegekräften aber noch deutlich höher aus. 2020 fehlen vor allem Allgemeinmediziner. 2030 ist der Mangel bei HNO- und Augenärzten am größten.



Fachkräfteversorgung nach Berufsgruppen

Ärzte werden zur Mangelware

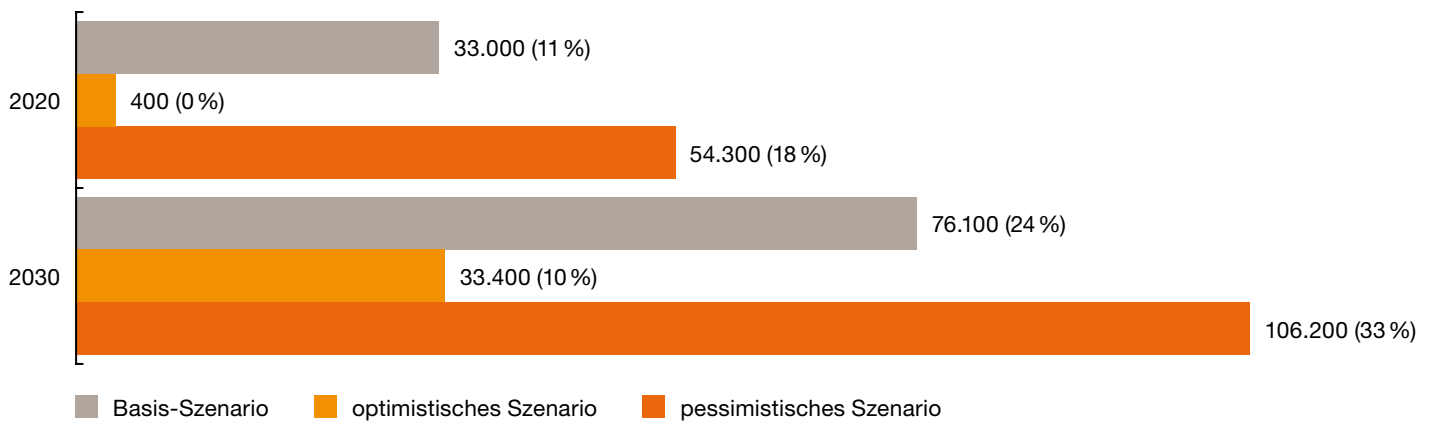
Schon 2020 werden 33.000, 2030 dann über 76.000 Stellen nicht mit qualifizierten Ärzten zu besetzen sein (Basis-Szenario). Selbst unter der optimistischsten Annahme (optimistisches Szenario), Teilnahme- und Vollzeitquote stiegen in der Summe um 10% und das Renteneintrittsalter um zwei Jahre auf dann durchschnittlich 68 Jahre würden 2030 in Deutschland mehr als 33.000 Ärzte fehlen. Berücksichtigen wir, dass die Arbeitsbelastung für die weniger zur Verfügung stehenden Ärzte weiter

steigen wird (pessimistisches Szenario), dann müssen wir für 2020 bereits mit mehr als 54.000 unbesetzten Arztstellen und für 2030 sogar mit mehr als 106.000 Stellen rechnen.

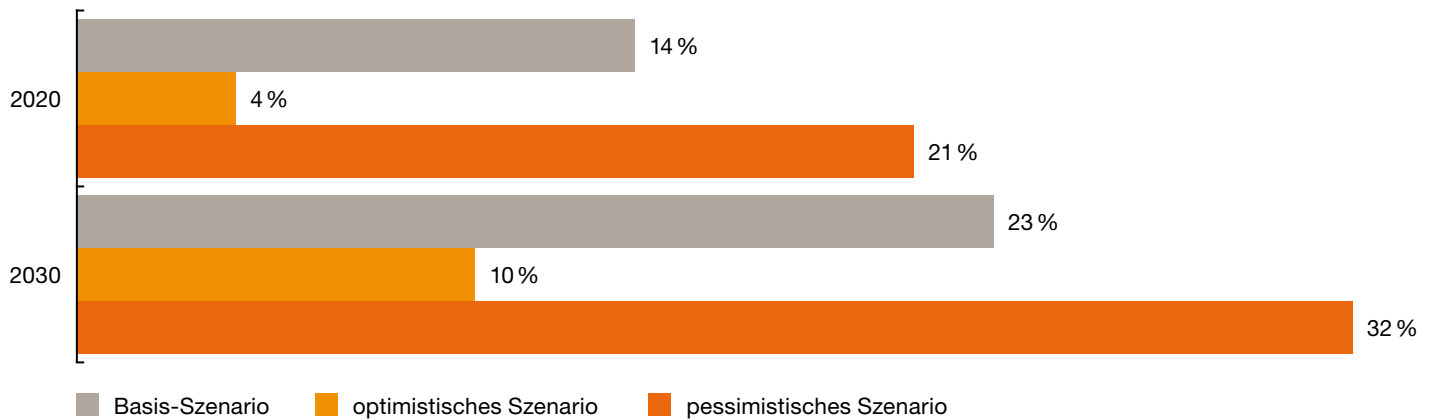
Welche Konsequenzen dieser dramatische Mangel an Ärzten für die Gesundheitsversorgung in Deutschland hätte, macht die Umrechnung in den Anteil der künftig nicht mehr zu besetzenden Arztstellen deutlich. 2030 könnte ein Drittel aller dann notwendigen Ärzte in Deutschland

fehlen. Dabei beziehen sich unsere Berechnungen wieder auf Vollzeitstellen. Da in der Realität auch Teilzeitarbeitsverhältnisse vorkommen, könnte die tatsächliche Anzahl unbesetzter Arztstellen noch deutlich höher ausfallen. Der Mangel an Ärzten fällt dabei in den einzelnen medizinischen Fachrichtungen sehr unterschiedlich aus.

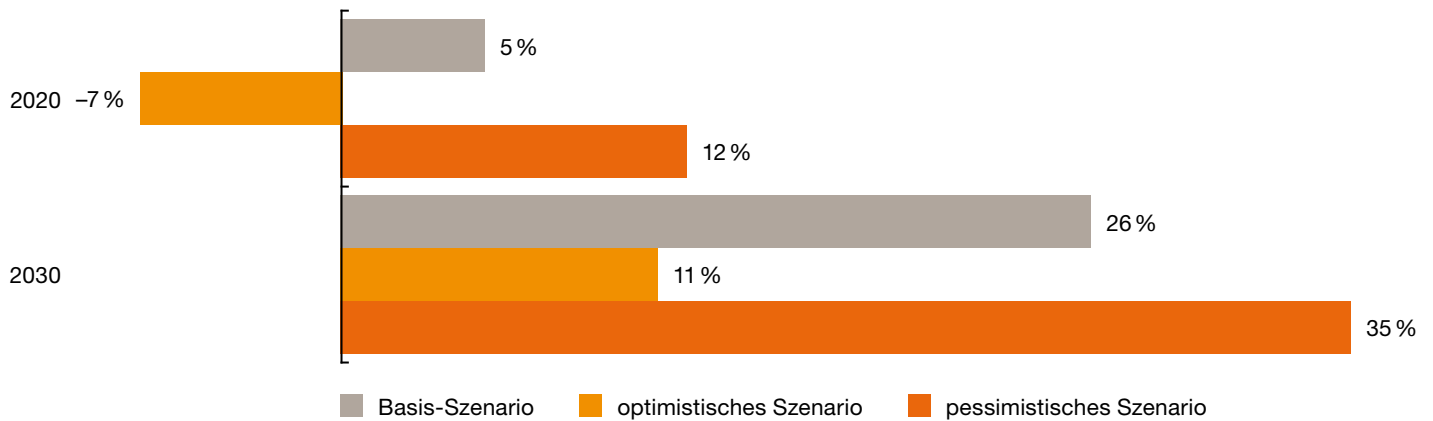
Ärztmangel sowie Anteil unbesetzter Vollzeitstellen



Anteil der unbesetzten Stellen für Allgemeinmediziner (Vollzeit)



Anteil der unbesetzten Stellen für Fachärzte (Vollzeit)



Während 2020 in erster Linie Allgemeinmediziner fehlen, verschärft sich bis 2030 der Mangel an spezialisierten Fachärzten erheblich. Dies ist vor allem Folge der schon heute herrschenden tendenziellen Unterversorgung im ambulanten Sektor außerhalb der Großstädte („Landarztmangel“). Innerhalb der Gruppe der spezialisierten Fachärzte zeigt sich eine sehr heterogene Entwicklung.

Ausschlaggebend ist hier vor allem die Altersstruktur der einzelnen Berufsgruppen. Ein positiver Ausreißer in unserer Prognose sind die Frauenärzte. Mittelfristig ergibt sich sogar ein signifikantes Überangebot, das mit der demografischen Entwicklung und insbesondere der künftig sinkenden Geburtenzahl zu erklären ist. Im Jahr 2030 ist dieses Polster allerdings aufgezehrt.

Anteil der unbesetzten Facharztstellen nach Fachrichtung

Basis-Szenario	2020	2030
Praktische Ärzte, Allgemein-, Kinderärzte und Internisten	14 %	23 %
Chirurgen, Orthopäden	4 %	23 %
Hals-, Nasen- und Ohrenärzte	14 %	38 %
Augenärzte	16 %	39 %
Frauenärzte	-18 %	2 %
Radiologen	6 %	29 %
Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten	1 %	19 %

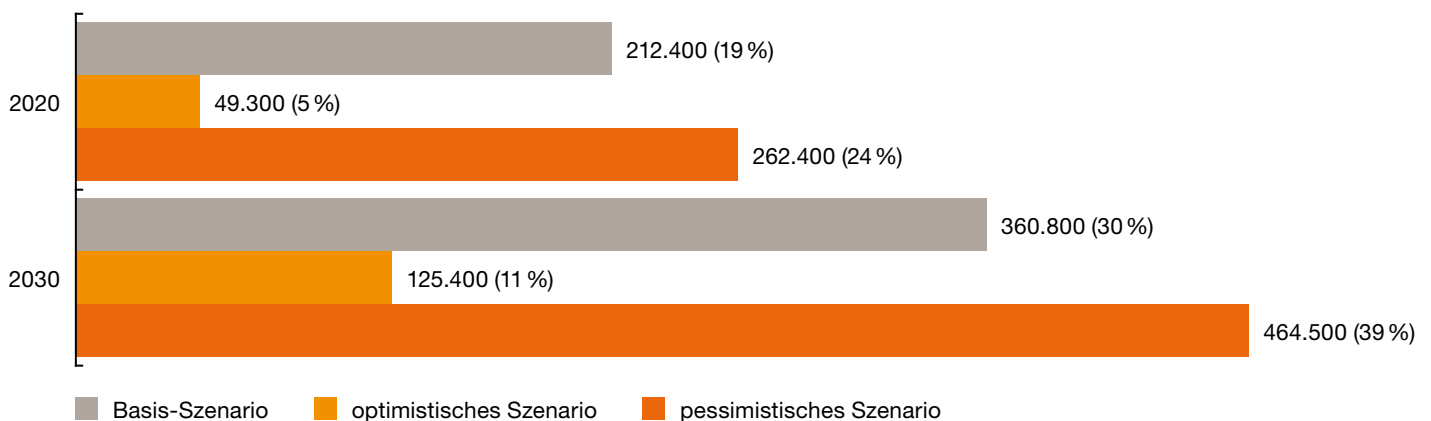
Pflege nur noch mit halber Kraft

Bei den Pflegekräften – inklusive Personal der Rettungsdienste – im Gesundheits- und Pflegewesen stellt sich die Personalsituation noch besorgniserregender dar. Sowohl der absolute als auch der relative Fachkräftemangel ist hier stärker ausgeprägt. 2020 werden mehr als 212.000 Vollzeitkräfte in der Pflege, 2030 dann mehr als 360.000 Pflegekräfte (30% der dann zu besetzenden Stellen) fehlen. Während unter optimistischsten Annahmen eine Reduzierung dieses Mangels auf knapp 50.000 Vollzeitkräfte in 2020 und 125.000 in 2030 (11%) zumindest theoretisch möglich ist (optimistisches

Szenario), droht der Fachkräftemangel in der Pflege unter den sich verschärfenden Rahmenbedingungen 2020 bereits auf über 260.000 Vollzeitkräfte und 2030 sogar auf über 464.000 (39%) anzusteigen (pessimistisches Szenario).

Diese dramatischen Zahlen machen deutlich, dass gehandelt werden muss. Unser optimistisches Szenario zeigt, durch gezielte Eingriffe zur besseren Ausschöpfung des vorhandenen Fachkräftepotenzials lässt sich ein Pflegekollaps vermeiden.

Pflegekräftemangel sowie Anteil der unbesetzten Vollzeitstellen



Steigende Teilzeitarbeit und zunehmende Abwanderung in andere Berufe könnten dazu führen, dass 2030 fast 40 % aller notwendigen Pflegekräfte fehlen werden. Dieses dramatische Ergebnis zeigt: Wir müssen handeln!

Gesundheits- und Pflegewesen konkurrieren schon heute um den knappen Pflege Nachwuchs. Dieser Wettbewerb wird sich bis 2030 noch deutlich verschärfen. Die starren Ausbildungswege machen einen Wechsel aus der Kranken- in die Altenpflege oder umgekehrt schwierig.



Kampf um Pflegekräfte

Das Gesundheitswesen rekrutiert seine Pflegekräfte vor allem aus der Berufsgruppe der Krankenschwestern und -pflegern bzw. Krankenpflegerhelfern. In der Pflegewirtschaft sind vor allem Altenpfleger und Altenpflegerhelfer beschäftigt. Dennoch gibt es Schnittmengen zwischen den beiden Sektoren. Gesundheits- und Pflegewesen konkurrieren um den immer knapper werdenden Nachwuchs. Pflegekräfte, die heute ihre Ausbildung beginnen, legen mit der Entscheidung für die Alten- oder Krankenpflege langfristig ihren Berufsweg fest. Ein späterer Wechsel in den jeweils anderen Sektor ist zwar nicht ausgeschlossen, erfordert aber oft eine Weiter- oder Neuqualifikation.

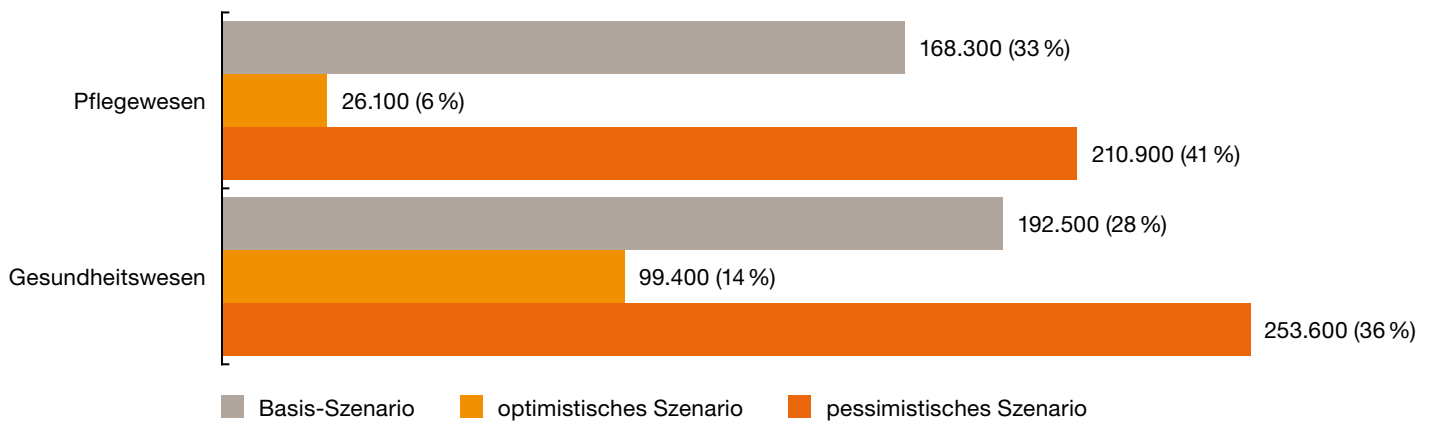
Unsere Berechnungen zeigen, dass sowohl das Gesundheits- als auch das Pflegewesen unter einem Mangel an Pflegekräften leiden werden.

2030 drohen bei Fortschreibung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen mehr als 192.000 Vollzeitpfleger im Gesundheitswesen und mehr als 168.000 Vollzeitpfleger im Pflegewesen zu fehlen. Der Blick auf die absoluten Zahlen offenbart dabei nicht, dass der noch dramatischere Mangel im Pflegewesen droht. Dort müssen 2030 zwei Pflegekräfte die Arbeit leisten, die heute von dreien erledigt wird. Im Gesundheitswesen stellt sich die Situation ungleich besser dar.

In Krankenhäusern und bei ambulanten Krankenpflegediensten können dann knapp 28% der Vollzeitstellen nicht mehr mit qualifiziertem Personal besetzt werden. Bei etwa vergleichbaren Rahmenbedingungen für die Arbeit in beiden Berufsgruppen ist der durch den demographischen Wandel bedingte enorme Zuwachs an Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren Grund für diese Entwicklung.

In den Alten- und Pflegeeinrichtungen müssen 2030 zwei Pfleger die Arbeit leisten, die heute noch zu dritt erledigt wird.

Pflegekräftemangel sowie Anteil der unbesetzten Vollzeitstellen 2030



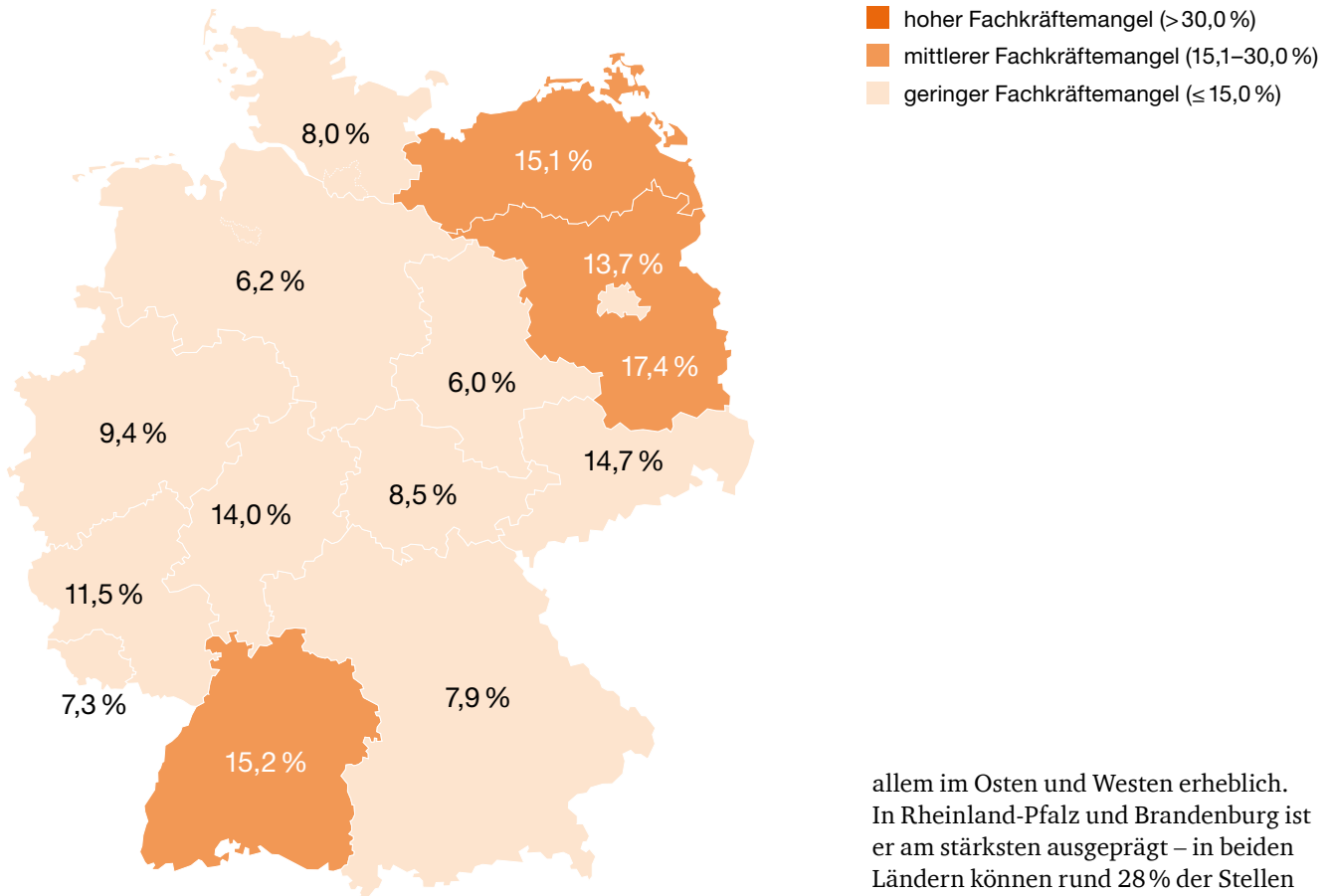
Die Rahmenbedingungen für eine Beschäftigung als Pflegekraft werden sich in beiden Sektoren deshalb tendenziell verschlechtern, was unser pessimistisches Szenario wahrscheinlicher macht. Unter diesen Annahmen verschärft sich der zu erwartende Mangel an Pflegefachkräften weiter auf mehr als 253.000 im Gesundheits- und fast 211.000 im Pflegewesen. Damit könnten 36 bzw. 41 % der nachgefragten Vollzeitstellen nicht besetzt werden. Fast die Hälfte aller zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität notwendigen Altenpfleger wäre also nicht vorhanden.

Das optimistische Szenario zeigt, es muss nicht zu einem Pflegenotstand in Deutschland kommen. Zwar können selbst diese Maximalannahmen den Pflegekräftemangel nicht beseitigen, vor allem im Pflegewesen würde sich die Situation jedoch deutlich entspannen. Absolut fehlen in diesem Szenario 2030 knapp 100.000 Pflegekräfte im Gesundheitswesen (14%) und

nur noch gut 26.000 im Pflegewesen (6%). Die deutliche Erhöhung der tatsächlichen Arbeitszeit der Pflegekräfte im Pflegewesen auf 1.900 Stunden wirkt. Die vergleichsweise niedrigen Lücken in diesem Szenario dürfen nicht über die auch dann noch bestehenden Herausforderungen hinweg täuschen. Wollte man die verbleibende Versorgungslücke in der Krankenpflege beispielsweise alleine über eine Verlängerung der Arbeitszeit ausgleichen, müssten sämtliche Vollzeitkräfte dauerhaft sechs statt bisher fünf Tage in der Woche arbeiten.

Anteil unbesetzter Vollzeitstellen in den Bundesländern, Basis-Szenario 2020

Bundesdurchschnitt: 10,7 %



Fachkräfteversorgung in den Bundesländern

Der Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegewesen trifft zwar grundsätzlich alle Bundesländer, aber nicht in der gleichen Heftigkeit.

Die Flächenländer Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg haben bedingt durch Größe und Einwohnerzahl den absolut größten Anteil der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegewesen. Entsprechend hoch ist dort auch der absolute Personalmangel. Gemeinsam entfällt auf die drei genannten Bundesländer sowohl 2020 als auch 2030 fast die Hälfte des gesamten

Fachkräftemangels. Für die zu erwartende Versorgungsqualität der Bevölkerung bei Gesundheits- und Pflegeleistungen ist jedoch der Fachkräftemangel in Relation zur Nachfrage.

Schreiben wir die heute bestehenden Rahmenbedingungen fort (Basis-Szenario), fehlen 2020 in Brandenburg (17,4%), Mecklenburg-Vorpommern (15,1%) und Baden-Württemberg (15,2%) die relativ zur Nachfrage betrachteten meisten Fachkräfte. Bis zum Jahr 2030 nimmt der Fachkräftemangel insgesamt zu und verschärft sich vor

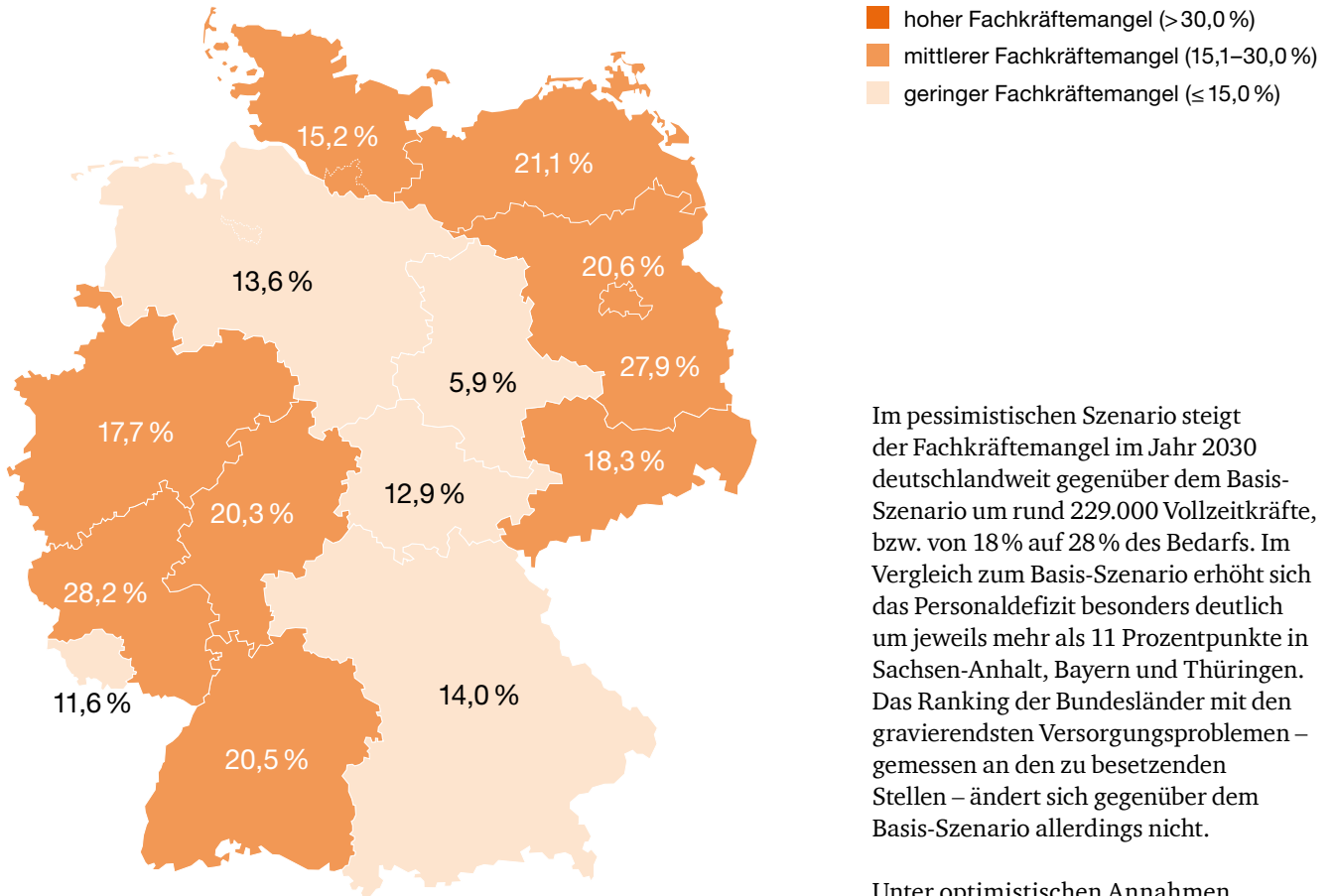
allem im Osten und Westen erheblich. In Rheinland-Pfalz und Brandenburg ist er am stärksten ausgeprägt – in beiden Ländern können rund 28 % der Stellen nicht besetzt werden. Das dramatische Anwachsen der Fachkräftelücke in Rheinland-Pfalz ist auf die besonders ungünstige demografische Entwicklung in diesem Bundesland zurückzuführen. Die Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren wird hier zwischen 2011 und 2030 um 64 % zunehmen, während der Bundesdurchschnitt „nur“ um 32 % wachsen wird.⁶ Entsprechend steigt der Personalbedarf im rheinland-pfälzischen Gesundheits- und Pflegewesen überdurchschnittlich stark an. Der Vergleich der Bundesländer zeigt auch, dass nur in Sachsen-Anhalt der Fachkräftemangel in Relation zur Nachfrage sinkt. Aufgrund der regionalen demografischen Entwicklung geht hier ein Rückgang des Arbeitsangebots auch mit einer sinkenden Nachfrage im gesamten Gesundheitswesen einher.

⁶ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2011).

Medizinische Fachkräfte werden überall in Deutschland händeringend gesucht. In einzelnen Regionen ist der Mangel aber besonders ausgeprägt.

Anteil unbesetzter Vollzeitstellen in den Bundesländern, Basis-Szenario 2030

Bundesdurchschnitt: 17,8 %



Bis zum Jahr 2030 nimmt der Fachkräftemangel insgesamt zu und verschärft sich vor allem im Osten und Westen erheblich.

Brandenburg und Rheinland-Pfalz leiden am stärksten unter dem Fachkräftemangel. 2030 können dort jeweils rund 28 % der nachgefragten Stellen nicht adäquat besetzt werden.

Im pessimistischen Szenario steigt der Fachkräftemangel im Jahr 2030 deutschlandweit gegenüber dem Basis-Szenario um rund 229.000 Vollzeitkräfte, bzw. von 18 % auf 28 % des Bedarfs. Im Vergleich zum Basis-Szenario erhöht sich das Personaldefizit besonders deutlich um jeweils mehr als 11 Prozentpunkte in Sachsen-Anhalt, Bayern und Thüringen. Das Ranking der Bundesländer mit den gravierendsten Versorgungsproblemen – gemessen an den zu besetzenden Stellen – ändert sich gegenüber dem Basis-Szenario allerdings nicht.

Unter optimistischen Annahmen (optimistisches Szenario) ließe sich in der Mehrzahl der Länder sogar ein Überschuss an Fachkräften erzielen. In Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz wären aber auch unter diesen Bedingungen nach wie vor zu wenige Fachkräfte verfügbar. Wieder ergibt sich für Rheinland-Pfalz das relativ schlechteste Bild: Auch im günstigsten Fall fehlen hier 2030 rund 14.500 Fachkräfte bzw. 12 % des erforderlichen Personals. Das Szenario zeigt aber auch, dass zumindest theoretisch der Fachkräftemangel in den vier Bundesländern durch gezielte Zuwanderung von Fachkräften aus anderen Bundesländern ausgeglichen werden könnte. Deutschlandweit ergibt sich 2030 ein Überangebot an Fachkräften von rechnerisch 3.800.

Jetzt gegensteuern – Handlungsempfehlungen



Wir müssen dafür sorgen, dass Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland wieder mehr Spaß an ihrem Beruf haben. Dann wird es uns gelingen, den Fachkräftemangel wirksam zu bekämpfen.



Gegen den drohenden Fachkräftemangel in Gesundheits- und Pflegewesen können wir etwas tun. Viele Menschen in unserem Land wollen gerne und aus Überzeugung in diesem Bereich arbeiten. Die Analyse der von uns zusammengetragenen Daten und unserer Szenarien zeigt deutlich: Unser Problem ist, dass wir das vorhandene Potenzial an Fachkräften nicht gut genug ausschöpfen. Auf den folgenden

Seiten schlagen wir deshalb eine Reihe realisierbarer Maßnahmen vor, die genau an diesem Punkt ansetzen. Werden sie zeitnah und konsequent umgesetzt, können wir die bisher nicht genutzten Potenziale heben und so unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps bewahren. In einem erreichbaren Szenario weisen wir die Wirksamkeit unserer Maßnahmen nach.

Zu viele gut ausgebildete Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegewesen arbeiten nicht in ihren erlernten Berufen. Wir können es uns nicht länger leisten, dass bis zu ein Drittel der Fachkräfte verloren gehen. Deshalb müssen wir vor allem die Arbeitsbedingungen und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie entscheidend verbessern.

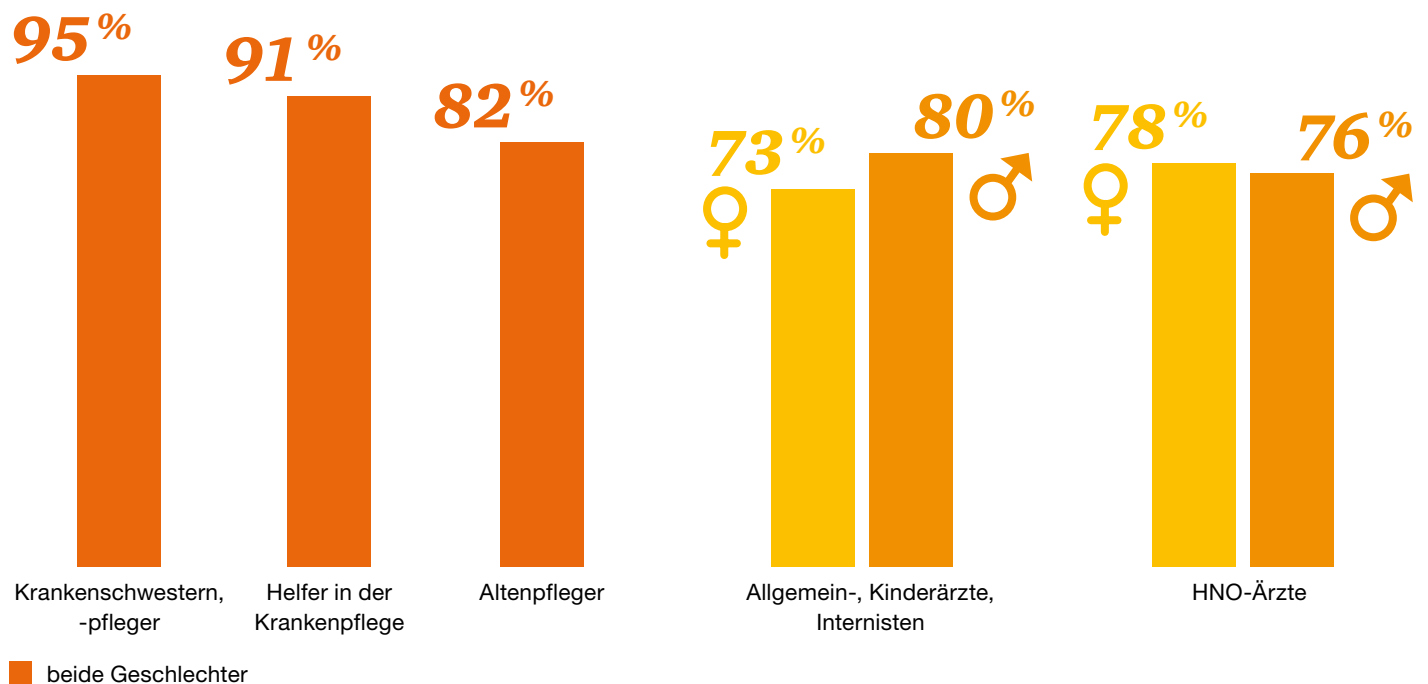


Fachkräfte im Beruf halten

Viele gut ausgebildete Fachkräfte stehen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. In der Altenpflege sowie bei den Ärzten liegt der Anteil der ausgebildeten Fachkräfte, die den von ihnen erlernten Beruf nicht ausüben, bei 18-27%. Unser Basis-Szenario deckt zu erwartende Fachkräftemängel in Höhe von knapp 24% bei den Ärzten und knapp 30% bei den Pflegekräften auf. Gelänge es, die ausgebildeten Fachkräfte auch tatsächlich in den jeweiligen Berufen zu beschäftigen, könnten so

die befürchteten Engpässe deutlich reduziert werden. Eine Erhöhung der Teilnahmequote um 10% bei den ärztlichen Berufen hat aufgrund einer insgesamt höheren Teilnahmequote bei den Ärzten eine größere Wirkung als die gleiche Steigerung bei Pflegekräften. Selbstverständlich ist nicht zu erwarten, dass eine Beschäftigungsquote von 100% erreicht werden kann. Dennoch lohnt es sich, Energie darauf zu verwenden, wieder mehr Fachkräfte in den Job zu holen.

Teilnahmequote in ausgewählten ärztlichen und nichtärztlichen Berufen



Teilnahmequote in der Altenpflege steigern

Körperliche Belastung

Durch Tragen und Heben der Pflegebedürftigen werden die Pflegekräfte körperlich massiv belastet. Das gilt insbesondere für die Beschäftigten in der ambulanten Altenpflege, da in den Haushalten der Pflegebedürftigen seltener technische Hilfsmittel zur Arbeiterleichterung zur Verfügung stehen als in stationären Einrichtungen. Die Folge ist ein verfrühtes Ausscheiden aus dem Beruf. Durch konsequenten Einsatz technischer Hilfsmittel, den Ausbau von Angeboten zur Prävention und Regeneration sowie eine verbesserte Ausbildung kann diesem Problem wirksam begegnet werden.

Psychische Belastung

Während in der Krankenpflege tendenziell die Patienten gesund entlassen werden, fehlt diese positive Perspektive in der Altenpflege. Altenpfleger sind deshalb überdurchschnittlich starken psychischen Belastungen ausgesetzt, was sich wiederum negativ auf den Verbleib im Beruf auswirkt. Eine Entlastung der Beschäftigten in

der Altenpflege kann durch eine gezielte Jobrotation erreicht werden. Denkbar ist beispielsweise ein alternierender Einsatz in Pflege und Pflegeadministration.

Alternative Karrierewege

Karriere kann man in der Altenpflege nicht machen. Um die Teilnahmequoten nachhaltig zu erhöhen, sollten die unterschiedlichen Interessen der Pflegefachkräfte stärker berücksichtigt werden. Ein Teil der Fachkräfte wünscht sich die Entlastung von administrativen Aufgaben, um sich auf die „Pflege am Bett“ konzentrieren zu können. Nicht wenige Fachkräfte haben aber auch Interesse daran, an strategischen Entscheidungen mitzuwirken. Eine entsprechende Expertenlaufbahn mit Aufstiegsmöglichkeiten bis in die Geschäftsführung könnte zu einer deutlichen Steigerung der Arbeitszufriedenheit führen. Die Betreiber von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind gefordert, innovative Arbeitsmodelle für beide Gruppen zu entwickeln.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Wenn Nachwuchs ansteht, eigene Angehörige gepflegt werden müssen oder andere Ereignisse im Privatleben viel Zeit in Anspruch nehmen, verlassen viele Pflegefachkräfte ihren Beruf. Zu viele kehren nie wieder in ihn zurück. Die Gründe dafür sind vielfältig, lassen sich aber auf eine relevante Ursache eingrenzen: die starren Arbeitszeitmodelle der Pflegeeinrichtungen. Arbeitgeber sollten deshalb innovative Arbeitszeitmodelle entwickeln, die auch den Wiedereinstieg in den Beruf erleichtern, und die Lebensarbeitszeit durch Zeitkonten flexibilisieren. Pflegekräfte hätten dann die Option, Zeitguthaben für längere Auszeiten zu verwenden. Entsprechende Maßnahmen sind kurzfristig umsetzbar, aber mit einem relativ hohen organisatorischen Aufwand verbunden. Sicherlich ist auch mehr Personal für die Verwaltung dieser notwendigen Flexibilisierung erforderlich.

Wertschätzung

Ein zentrales Problem ist die mangelnde Wertschätzung für die Arbeit der Pflegekräfte. Strenge Hierarchien und mangelnde Kommunikation kennzeichnen das Verhältnis von Ärzten zu Pflegekräften insbesondere in den Krankenhäusern. Als Folge wird die Fachmeinung der Pflegekräfte im

Tagesgeschäft und in der Therapie häufig nicht hinreichend berücksichtigt. Diese vielfach als Geringschätzung empfundene Situation führt unter anderem dazu, dass die von den Pflegekräften erbrachten Leistungen von den Ärzten oft nur unzureichend erfasst und abgerechnet werden können.

Würde die pflegerische Leistung ähnlich wie die ärztlichen Leistungen bei der Abrechnung zuverlässig berücksichtigt, hätte dies eine positive Wirkung auf die den Pflegekräften entgegengebrachte Aufmerksamkeit und Wertschätzung. Ohne größeren finanziellen Aufwand kann dieser Punkt angegangen werden.

Teilnahmequote der Ärzte steigern

Eintritt in den Beruf

Bereits unmittelbar nach dem Abschluss des Medizinstudiums entscheidet sich ein signifikanter Anteil junger Mediziner gegen den Beruf als Arzt. Junge Ärzte, die sich an den starren Hierarchien in der Klinik stören, aber das Risiko einer Niederlassung scheuen bzw. sich diesen Schritt nicht leisten können, lassen sich eher von höheren Gehältern in der Pharmaindustrie locken als Ärzte, die mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sind. Insbesondere Ärzte in Krankenhäusern beklagen hier Defizite: Einer Umfrage des Marburger Bundes zufolge halten über 40% der Klinikärzte ihre Arbeitsbedingungen für schlecht oder sehr schlecht. Ein ebenso großer Teil der 12.000 Befragten spielt zumindest mit dem Gedanken, die Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben⁷. Dabei mag auch eine Rolle spielen, dass trotz des bereits realen Fachkräftemangels viele Kliniken nach wie vor nur befristete Arbeitsverträge vergeben. Nur wenn die Arbeitsbedingungen sich verbessern, wird es gelingen, mehr Ärzte im Beruf zu halten.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Wie oben bereits für die Pflegeberufe beschrieben, wirken die gleichen Faktoren auch auf die Ärzte. Etwa acht bis zwölf Jahre nach dem Berufseinstieg können wir eine zweite große Welle von Berufsaustritten beobachten. Laut „MLP Gesundheitsreport 2011“ würden sich immerhin 63% aller Niedergelassenen „ganz bestimmt“ und weitere 23% „wahrscheinlich“ wieder für den Arztberuf entscheiden, nur 14% täten dies „eher oder bestimmt nicht“. Von den Krankenhausärzten zweifeln demgegenüber 20% an ihrer Berufswahl⁸. Bessere Aufstiegsmöglichkeiten, eine aktive Förderung der Weiterbildung durch Arbeitgeber und flachere Hierarchien können helfen. Viele Chefärzte müssen sich aber erst noch daran gewöhnen, dass sie nicht mehr auf einen unbegrenzten Pool ausbildungswilliger Assistenz- und fertiger Fachärzten zurückgreifen können. Sie müssen den Nachwuchs selbst ausbilden und durch attraktive Arbeitsbedingungen dauerhaft an ihr Haus bzw. ihre Abteilung binden.

Fast jeder vierte Arzt gibt seine ärztliche Tätigkeit früher oder später auf.

⁷ Vgl. Flintrop (2011). Deutsches Ärzteblatt, 7/108, 2011, A 310.

⁸ Vgl. MLP (2011). MLP Gesundheitsreport 2011, <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/490176/data/praesentation.pdf> (Abruf am 15. Dezember 2011).

Praxisbeispiel Schön Klinik Bad Bramstedt: Attraktive Arbeitsplätze

Um die Schön Klinik Bad Bramstedt macht der Fachkräftemangel einen Bogen. Freie Stellen können wir zeitnah besetzen. Seit 2007 ist die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter von 44 auf jetzt 82 Prozent gestiegen. Dazu war mehr nötig als einzelne Sportangebote oder punktuelle Sozialleistungen. Ohne Vertrauen in das Unternehmen und die Vorgesetzten kann sich eine so hohe Mitarbeiterzufriedenheit nicht entwickeln. Damit eine solide Basis wachsen kann, braucht es Zeit und individuelle Methoden, die zum Unternehmen und vor allem zu den handelnden Personen passen. Glaubwürdigkeit und Authentizität sind unabdingbare Voraussetzungen, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Mitarbeitern und Führungskräften zu etablieren. Vor fünf Jahren haben wir den größten Handlungsbedarf in den Bereichen Kommunikation und Information identifiziert. Seitdem haben wir Transparenz, Wertschätzung, Verbindlichkeit und Teamgeist zu handfesten Werten unserer Unternehmenskultur gemacht.

Zu den wichtigsten Maßnahmen in diesem Zusammenhang zählt die Erweiterung der monatlichen Leitungskonferenz, in der mittlerweile alle Bereiche vertreten sind – von den Ärzten und Psychologen über die Pflege bis zur Küche, den Fachtherapien und der Haustechnik. Darüber hinaus haben wir regelmäßige Mitarbeiterversammlungen eingeführt. „Klinik im Dialog“ heißen diese alle zwei Monate stattfindenden Veranstaltungen, auf denen die Klinikleitung über die aktuelle Lage informiert und neue Themen vorstellt, Zwischenberichte über laufende Projekte gibt oder besondere Anlässe feiert. Auf diese Weise haben wir

eine Informationskaskade von der Geschäftsführung bis zum einzelnen Mitarbeiter etablieren können.

Sehr von Vorteil sind unsere flachen Hierarchien in der Klinik. Die Klinikleitung, bestehend aus dem Klinikleiter und drei gleichberechtigten Chefärzten, kommt ohne einen Ärztlichen Direktor aus. Diese Hierarchieebene benötigen wir auch gar nicht. Die äußerst konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der Klinikleitung ersetzt die klassische „Rivalität“ zwischen Kaufleuten und Ärzten. Stattdessen werden betriebswirtschaftliche und medizinische Notwendigkeiten im Team abgewogen und gemeinsame Lösungen entwickelt.

Zufriedene Mitarbeiter sind dem Unternehmen länger treu, leisten bessere Arbeit, und die Freude an der Arbeit überträgt sich auch auf die Patienten. Unsere bisherigen Erfolge bestätigen uns darin, nicht nur in die Patientenzufriedenheit, sondern auch in Zukunft weiter gezielt in die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu investieren. Denn dass wir attraktive Arbeitsplätze bieten, das hat sich bereits herumgesprochen.

Die Schön Klinik Bad Bramstedt ist eines der größten Kompetenzzentren Deutschlands für die stationäre Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Die Klinik erreichte im Ranking des unabhängigen Great Place to Work Instituts unter den „100 Besten Arbeitgebern Deutschlands 2012“ den dritten Platz bei den Kliniken. An den Standorten in Bayern, Schleswig-Holstein, Hessen und Hamburg verfügt die Schön Klinik über rund 4.200 Betten und beschäftigt 7.900 Mitarbeiter.



Marcus Baer
Klinikleiter der Schön Klinik
Bad Bramstedt

Nur einen Teil ihrer Arbeitskraft können die Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegewesen für den Dienst am Patienten aufbringen. Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben reduzieren die Arbeitsleistung erheblich. Durch vergleichsweise viele Teilzeitarbeitsverhältnisse wird die potenziell zur Verfügung stehende Arbeitskraft zusätzlich nur teilweise ausgeschöpft.

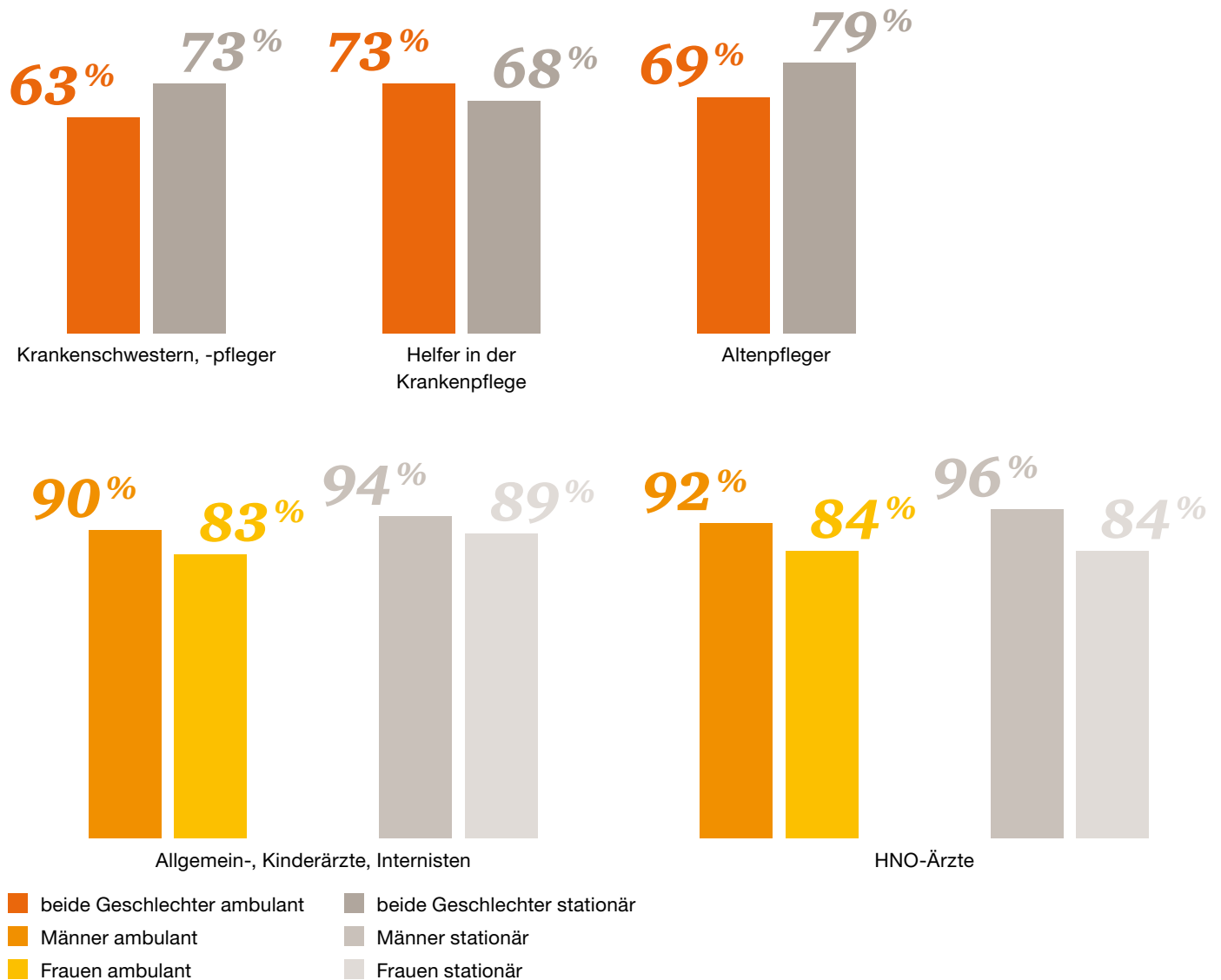


Arbeitskraft besser nutzen

Ein erheblicher Teil der Arbeitskraft der medizinischen Fachkräfte steht nicht für den Beruf zur Verfügung. Betrachten wir die Vollzeitquote, also den Anteil der tatsächlich geleisteten Arbeit im Verhältnis zur maximal verfügbaren Arbeit aller Berufsträger, dann offenbaren sich auch hier erhebliche ungenutzte Potenziale. Insbesondere in den Pflegeberufen, die im Vergleich zu den ärztlichen Berufen einen deutlich höheren Teilzeitanteil aufweisen, kann durch eine Steigerung der tatsächlichen Arbeitszeit eine signifikante Verbesserung der Versorgung mit Fachkräften erreicht werden. Wie schon die Steigerung

der Teilnahmequote, hilft auch die Steigerung der Vollzeitquote dabei, das vorhandene Fachkräftepotenzial besser auszuschöpfen. Die Erhöhung der Vollzeitquote um 10% kann den Fachkräftemangel in den Pflegeberufen wirksam abmildern. Allein mit dieser Maßnahme ließen sich die Personalengpässe im Vergleich zum Basis-Szenario im Jahr 2030 um fast ein Viertel reduzieren. Die Erhöhung der Vollzeitquote ist damit ein sogar noch wirkmächtigerer Hebel, als die Erhöhung der Teilnahmequote, die nur den vergleichsweise geringen Anteil der nicht im Beruf stehenden Fachkräfte betreffen würde.

Vollzeitquote in ausgewählten ärztlichen und nichtärztlichen Berufen



Vollzeitquote in den Pflegeberufen steigern

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die vergleichsweise hohe Quote von Teilzeittätigkeit in der Pflege ist in erster Linie eine Folge des hohen Anteils von Frauen (rund 86% aller beschäftigten Alten- und Krankenpfleger sind Frauen⁹). Die vielfach unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Familie drückt deshalb die für den Beruf zur

Verfügung stehende Arbeitskraft besonders stark. Als Grund für eine Teilzeitbeschäftigung geben 70% der in Westdeutschland in Teilzeit Tätigen persönliche oder familiäre Verpflichtungen an. In Ostdeutschland nennen demgegenüber nur 31% der Frauen die mangelnde Vereinbarkeit von

Familie und Beruf als Hauptgrund der Teilzeitbeschäftigung¹⁰. Deshalb müssen vor allem in Westdeutschland dringend die Angebote zur Kinderbetreuung ausgebaut werden. Nur so können die hohen Teilzeitquoten abgebaut und das vorhandene Fachkräftepotenzial besser ausgeschöpft werden.

⁹ Vgl. GBE (2012b), Bezugsjahr 2010.

¹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), S. 995; GBE (2012a); GBE (2012b).

Bezahlung

Einer Ausweitung der tatsächlichen Arbeitszeit in der Pflege steht auch das insgesamt niedrige Entlohnungsniveau entgegen. In der Pflegebranche gilt seit dem 1. Januar 2012 ein Mindestlohn von 8,75 Euro (West) bzw. 7,75 Euro pro Stunde (Ost), also ein Monatsbruttoverdienst von

1.400 Euro bzw. 1.240 Euro bei Vollzeitbeschäftigung¹¹. Trotz dieser niedrigen Entlohnung geben gut 15 % der weiblichen Pflegekräfte in Ost- und knapp 13 % in Westdeutschland an, keine Vollzeittätigkeit anzustreben¹². Hier dürfte die starke Verbreitung geringfügig entlohnter, abgabenfreier

Minijobs eine Rolle spielen. Denn eine Ausweitung der Arbeitszeit lohnt sich aus Sicht vieler Minijobber nicht. Sie müssen ab einem Monatslohn von 400 Euro zumindest anteilig Sozialabgaben und eventuell Steuern abführen.

Vollzeitquote in den ärztlichen Berufen steigern

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

In der Ärzteschaft steigt der Anteil von Frauen seit Jahren deutlich. Waren 1995 knapp 36 % aller praktizierenden Ärzte weiblich, sind es heute bereits gut 43 %. In Teilzeit arbeiten gut 26 % aller Ärztinnen, aber nur knapp 8 % aller Ärzte. Besonders hoch ist mit fast 30 % der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Frauen in der Altersgruppe von 35 bis 50 Jahren, während die Quote bei den über 50jährigen mit 25,5 % wieder unter den Durchschnitt fällt¹³. Diese Zahlen sprechen dafür, dass sich viele jüngere Ärztinnen vorübergehend

aus familiären Gründen für eine Teilzeitbeschäftigung entscheiden. Um Ärztinnen mit Kindern schneller den Wiedereinstieg in Vollzeit zu ermöglichen, ist allerdings nicht nur ein Ausbau der Betreuungskapazitäten erforderlich. Die Einrichtungen müssten auch dem besonderen Betreuungsbedarf bei Schicht- und Nachtarbeit in Krankenhäusern Rechnung tragen. Ein Lösungsansatz für den ambulanten Bereich sind Ärztehäuser. Dort teilen sich Ärzte gleicher oder sich ergänzender

Fachrichtung die anfallende Arbeit und können so Dienste anbieten, die von einem einzelnen Arzt nicht geleistet werden könnten. Insbesondere Urlaubs- und Krankheitsvertretungen lassen sich bei einer Verteilung auf mehrere Schultern deutlich leichter bewerkstelligen. Allein durch eine Erhöhung der Vollzeitquote um 10 % könnten die Fachkräfteengpässe im Jahr 2030 um knapp 24 % oder 18.100 Vollzeitäquivalente reduziert werden.

Das vorhandene Fachkräftepotenzial können wir nur dann effektiv ausschöpfen, wenn es uns gelingt, sowohl die Vollzeit- als auch die Teilnahmequote zu erhöhen. Arbeiten wir nur an der Erhöhung der Vollzeitquote, droht die Teilnahmequote abzusinken. Nach unseren Berechnungen ist es notwendig, die Teilnahme- und die Vollzeitquote in Summe um 10 % zu steigern.

¹¹ Vgl. Pflegearbeitsbedingungenverordnung vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010, Nr. 110, S. 2571).

¹² Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), S. 995.

¹³ Vgl. GBE (2012a), GBE (2012b).

Praxisbeispiel medizinische Hochschule Hannover: Reibungslose Rückkehr nach Familienzeit

Die Arbeitswelt im medizinisch-technischen Bereich entwickelt sich rasant. Nach einigen Jahren Familienarbeit finden Frauen ihren Arbeitsplatz oft völlig verändert vor – wenn er überhaupt noch da ist. Bei einer erfolgreichen Rückkehr spielen viele Faktoren eine Rolle; die berufliche Qualifikation ist nur eine davon.

Der Interne Arbeitsmarkt (I.AM) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) unterstützt Technische Assistenten, Medizinische Fachangestellte und Physio- sowie Ergotherapeuten fachspezifisch und individuell nach der Familienzeit beim Wiedereinstieg. Dieses erfolgreiche Wiedereinstiegsprogramm wird zukünftig auf alle Berufsgruppen der MHH ausgedehnt.

Im Idealfall wird ein individueller Plan von der Bekanntgabe der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach Rückkehr in den Job entwickelt. Voraussetzung ist natürlich die Bereitschaft der Mitarbeiterin, an die MHH zurückzukehren.

Etwa ein halbes Jahr vor der geplanten Rückkehr nehmen die beiden Mitarbeiterinnen des I.AM Kontakt zu der Wiedereinsteigerin auf und erfragen die beruflichen Wünsche und Möglichkeiten der Kollegin. Kann sie an den alten Arbeitsplatz zurückkehren? Wie viele Stunden kann und möchte sie arbeiten? Entspricht die Qualifikation nach wie vor den heutigen Anforderungen? All diese Fragen werden mit den Gegebenheiten der Abteilung abgeglichen und soweit wie möglich verwirklicht.

Für Mitarbeiterinnen, die nach mehr als vier Jahren in den Job zurückkommen, übernimmt der I.AM im ersten halben Jahr die Kosten. Das entlastet die Abteilung und für die/den die Stelle vertretende/n Kollegin/en kann in Ruhe ein neuer Arbeitsplatz gefunden werden. In diesen sechs Monaten werden die Rückkehrer in Hospitationen, Fortbildungen und ggf. im Unterricht der MTA-Schule fit gemacht und ihr Wissen auf den aktuellen Stand gebracht. Entscheidend ist aber auch, während der Familienphase Kontakt zu den Kollegen und den Vorgesetzten zu halten. Denn: Wer nicht ganz aussteigt, steigt leichter wieder ein!

Tania Bunke (43) hat den Neustart ins Berufsleben bereits geschafft. „Der interne Arbeitsmarkt war mir dabei eine große Hilfe“, sagt die Biologisch-Technische Assistentin. Sie ist seit 1993 an der MHH beschäftigt und war bis zur Geburt ihrer ersten Tochter 2001 in einem Labor in der Rheumatologie beschäftigt. Drei Jahre nach der Geburt ihrer zweiten Tochter stieg sie im Oktober 2007 wieder ein – obwohl es ihren alten Arbeitsplatz gar nicht mehr gab. Nach einer Hospitation und Fortbildungen bekam sie eine 16-Stunden-Stelle in der Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation. „Ich arbeite an zwei Tagen in der Woche. Es macht Spaß und ich kann Beruf und Familie unter einen Hut bringen“, sagt Tania Bunke. Sie ist froh, dass ihr die Abteilung erst einmal diese Konditionen ermöglicht hat und sie den langen Fahrweg von ihrem Wohnort Braunschweig zur Arbeit nicht jeden Tag bewältigen muss.



Barbara Jürgen-Saathoff
Stabsstelle Personalentwicklung
Medizinische Hochschule Hannover



Birgit Teichmann
Stabsstelle Personalentwicklung
Medizinische Hochschule Hannover

Wir unterstellen, dass wir die Arbeitszeit einer Pflegekraft von auf dem Papier heute 38,5 auf tatsächlich 49 Stunden pro Woche steigern können. Das klingt dramatisch – aber viele Pflegekräfte leisten das heute schon. Die erheblichen Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub in den Büchern der Kliniken und Heime sprechen eine deutliche Sprache.



Wirksamkeit der Maßnahmen: Das erreichbare Szenario

Der drohende Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegewesen kann abgemildert werden, wenn schnell und konsequent gegengesteuert wird. Unser optimistisches Szenario geht sowohl von einer Anhebung des tatsächlichen Renteneintrittsalters, einer Anhebung der tatsächlichen Jahresarbeitszeit im Pflegewesen als auch einer Steigerung der Teilnahme- und der Vollzeitquote in Summe von 10% aus. Rechnerisch und mit Blick auf alle Beschäftigten lässt sich der Fachkräftemangel mit diesen Maßnahmen zwar wirksam beseitigen. Allerdings erscheinen die getroffenen Annahmen kaum umsetzbar. Nur ein Beispiel: Das durchschnittliche

Renteneintrittsalter niedergelassener Ärzte liegt bereits heute bei 66 Jahren. Eine Steigerung auf durchschnittlich 68 Jahre von jetzt auf gleich ist deshalb nicht realistisch.

In einem vierten Szenario, unserem erreichbaren Szenario, wollen wir deshalb einen gangbaren Weg aufzeigen und umsetzbare Annahmen zugrunde legen. Der Vergleich unserer drei Szenarien zur Entwicklung von Fachkräfteangebot und -nachfrage bis 2030 hat gezeigt, dass vor allem eine Veränderung der Teilnahme- und Vollzeitquote erheblichen Einfluss auf die Versorgung mit Fachkräften hat.

Während wir also im erreichbaren Szenario das Renteneintrittsalter unverändert lassen, gehen wir von einer um 20% gesteigerten Jahresarbeitszeit im Pflegewesen (derzeit 38,5 auf 49 Stunden pro Woche) sowie einer Steigerung von Teilnahme- und Vollzeitquote von in Summe um 10% aus. Ohne die Ausbildungsleistungen zu steigern und ohne mehr Menschen als bisher für einen Beruf in der Gesundheitswirtschaft zu begeistern, alleine durch eine bessere Ausschöpfung des vorhandenen Fachkräftepotenzials ließe sich der drohende Fachkräftemangel wirksam abmildern.

Praxisbeispiel Pro Seniore: Teilzeit ist kein Problem

Die Arbeit in der Altenpflege ist nicht nur körperlich anstrengend, sondern auch psychisch sehr belastend. Um die Arbeitsfähigkeit und auch die Arbeitsmotivation unserer Pflegetherbeiter aufrechtzuerhalten, haben wir eine Vielzahl individueller Maßnahmen ergriffen. Jedes unserer Häuser kann nach regionalen Gesichtspunkten und mit Blick auf die demografische Zusammensetzung der jeweiligen Belegschaft weitgehend selbst entscheiden, welche Maßnahmen zur Stärkung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und der Motivation der Mitarbeiter sinnvoll und notwendig sind. Neben unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern steht dabei die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen im Mittelpunkt.

Zentrale Bedeutung kommt vor allem der Gestaltung der Arbeitszeit zu. Um den Bedürfnissen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entgegenzukommen, bieten wir zahlreiche unterschiedliche Möglichkeiten der Teilzeitarbeit an.

Die Abläufe in unseren Häusern haben wir entsprechend angepasst und flexibilisiert. Gut 40% der Mitarbeiter von Pro Seniore arbeiten heute in Teilzeit.

Karriere mit 50plus

Pro Seniore unterhält eine eigene, staatlich anerkannte Fachschule für Altenpflege. Dort bieten wir sowohl die Erstausbildung in der Altenpflege, als auch Fortbildungsprogramme für den Führungsnachwuchs an. Seit einiger Zeit stehen unsere Fortbildungsprogramme auch erfahreneren Mitarbeitern der Generation „50plus“ offen. Im Rahmen eines Assistenten-Förderprojekts eröffnen wir ihnen alternative Karrierewege im Anschluss an viele Jahre aktive Arbeit in der Pflege. Sie können sich so zur Wohnbereichsleitung, zur stellvertretenden Pflegedienstleitung oder zur Pflegedienstleitung fortbilden. Die ersten Erfahrungen sind überaus positiv und ermutigend. Wir bieten langjährigen Mitarbeitern völlig neue Perspektiven.



Martina Eitel

Leiterin Zentrales Qualitätsmanagement
Pro Seniore

Ergebnis

Bei den Ärzten muss vordringlich die Abwanderung in andere Berufsfelder bzw. die Nichterwerbstätigkeit gestoppt werden.

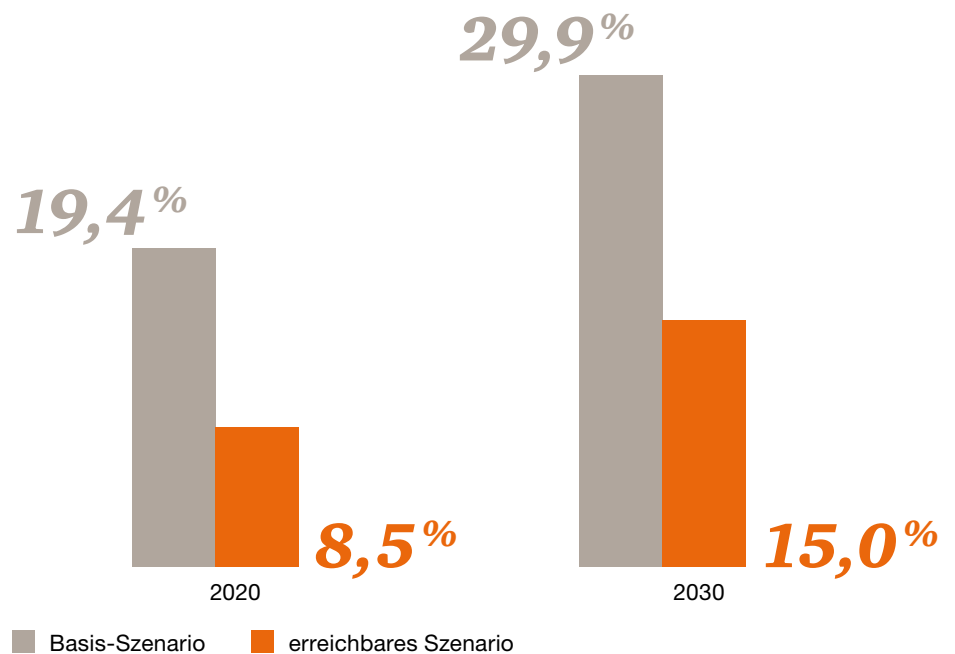
Zwischen niedriger Teilnahme- und hoher Vollzeitquote kann es einen Zusammenhang geben. Es ist nicht auszuschließen, dass sich Ärzte bzw. Ärztinnen gezwungenermaßen aus

dem Beruf zurückziehen, weil sie auf Grund familiärer Verpflichtungen keine Vollzeitbeschäftigung ausüben können und gleichzeitig keine Teilzeitstellen verfügbar sind.

Unter den Bedingungen unseres erreichbaren Szenarios sinkt der Fachkräftemangel sowohl in den ärztlichen als auch den nichtärztlichen

Berufen deutlich. In der Pflege ließe sich der Anteil der unbesetzten Stellen im Jahr 2030 von fast 30% im Basis-Szenario auf noch 15% im erreichbaren Szenario halbieren. Bei den ärztlichen Berufen fällt die Wirkung im Vergleich etwas geringer aus. Auch hier kann aber die Anzahl der nicht zu besetzenden Stellen von 76.100 auf nur noch 51.500 reduziert werden.

Entwicklung der Fachkräfteversorgung in der Pflege, Anteil unbesetzter Stellen (Gesundheitswesen insgesamt)



Unsere Analyse zeigt, der Kollaps unseres Gesundheitssystems ließe sich auch ohne eine grundlegende Veränderung des Systems signifikant abmildern.



Die bessere Ausschöpfung des Arbeitskräfteangebots durch die von uns vorgeschlagenen Maßnahmen kann das Fachkräfteproblem im Gesundheits- und Pflegewesen nicht vollständig lösen. Breitere Maßnahmen sind notwendig.

Weitere Impulse zur Linderung des Fachkräftemangels

Selbst wenn es durch die skizzierten Eingriffe gelingen sollte, die Rahmenbedingungen für das erreichbare Szenario zu erreichen, droht 2030 eine Unterversorgung von rund 168.000 Fachkräften in der Pflege und über 51.000 bei den ärztlichen Fachkräften. Durch weitere Eingriffe auf der Angebots- und Nachfrageseite, die in unserem Modell nicht berücksichtigt wurden, ließe sich diese Lücke weiter

reduzieren bzw. schließen. Weder Zuwanderung noch die Mobilisierung inländischer Erwerbstätigenpotenziale oder Effizienzgewinne auf der Nachfrageseite alleine werden diese Lücke schließen können. Vielmehr ist eine Kombination von Maßnahmen notwendig, die das Fachkräfteangebot erhöhen und gleichzeitig den zu erwartenden Nachfraganstieg begrenzen.

Praxisbeispiel AGAPLESION: Akquisition und Integration von Pflegefachkräften aus der EU

Um dem bundesweit zunehmenden Fachkräftemangel in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen entgegenzuwirken, geht der christliche Gesundheitskonzern AGAPLESION neue Wege: 2011 wurde ein Konzept zur Akquisition und Integration von Pflegefachkräften aus der Europäischen Union erarbeitet und ein entsprechendes Projekt aufgesetzt – mit Erfolg. Im ersten Quartal 2012 konnte bereits eine Vielzahl neuer Pflegekräfte für verschiedene AGAPLESION Einrichtungen gewonnen werden.

Die Rekrutierungswege zur Gewinnung von Pflegefachkräften werden bei der AGAPLESION gAG zentral festgelegt und koordiniert. Die Personalgewinnung konzentriert sich vor allem auf süd- und südosteuropäische Länder.

Die größte Hürde im Rahmen einer erfolgreichen Integration stellt die deutsche Sprache dar. Der Großteil der Bewerber hat keine oder nur geringe Deutschkenntnisse. Ein Bestandteil des Konzepts ist daher die obligatorische Teilnahme an einem vierwöchigen Intensivsprachkurs für jeden neuen Mitarbeiter direkt nach der Ankunft in Deutschland, verbunden mit einem anschließenden zwölfmonatigen aufbauenden Sprachkurs.

Gerade während der Ankunftsphase und im Laufe des ersten Jahres benötigen die neuen Mitarbeiter eine intensive Betreuung und Hilfe bei der Integration. Hierfür sind in den AGAPLESION Einrichtungen muttersprachliche

Betreuer als Integrationsbeauftragte vorgesehen. Zu den Aufgaben der Integrationsbeauftragten gehört es, bereits während der Akquisitionsphase mit den Bewerbern Kontakt aufzunehmen und den Bewerbungsprozess zu steuern. Sie organisieren die Anreise und den Empfang der neuen Kollegen sowie eine geeignete Unterkunft. Zudem begleiten sie die Mitarbeiter bei Behördengängen und unterstützen sie bei der Beantragung der Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses. Die Integrationsbeauftragten fungieren während der gesamten Integrationsphase als erste Ansprechpartner – nicht nur für die neuen Mitarbeiter, sondern auch für die Pflegedienstleitung, Stationsleitungen und für die Personalabteilung.

Der Erfolg des Konzepts zur Akquisition und Integration von Pflegekräften aus der EU wird sich erst in einigen Jahren abschließend bewerten lassen. Generell ist Personalbindung – sowohl in Bezug auf inländische als auch auf ausländische Mitarbeiter – ein wichtiges Stichwort bei der Thematik des Fachkräftemangels. Das Ziel von AGAPLESION ist, dass qualifizierte Mitarbeiter lange Zeit im Unternehmen bleiben. Dies erreicht man weniger mit monetären Anreizen, sondern viel mehr durch Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes, durch Mitarbeitermotivation und durch Mitarbeiterförderungsmaßnahmen, wie beispielsweise Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.



Katalin Bordi
Internationales Recruiting
AGAPLESION gAG

Gezielte Zuwanderung

Eine stärkere Zuwanderung von Ärzten und Pflegekräften aus dem Ausland wird von vielen Akteuren in Gesundheitswirtschaft und -politik als Lösungsmöglichkeit zur Reduzierung des Fachkräftemangels angesehen. Alleine eine Lockerung der Einreise- und Arbeitsgenehmigungen für Nicht-EU-Bürger wird aber nicht zwangsläufig zu mehr Zuwanderung führen. Gesundheitsfachkräfte werden heute von vielen Ländern umworben. In Luxemburg oder den skandinavischen Staaten beispielsweise stammen mittlerweile zwischen 70 und fast 90% der Krankenschwestern aus dem Ausland¹⁴. Zudem lassen erste statistische Daten der Bundesagentur nicht auf einen Zuwanderungsboom nach Inkrafttreten der uneingeschränkten Freizügigkeit für Arbeitnehmer aus den EU-8-Staaten¹⁵ schließen. Zwar haben von April 2011 bis Februar 2012 etwa 65.000 Beschäftigte aus diesen Ländern eine Arbeit in Deutschland aufgenommen, die meisten jedoch in der Arbeitnehmerüberlassung, dem Baugewerbe und dem Verarbeitenden

Gewerbe. Die Zuwanderung in das Gesundheits- und Sozialwesen betrug dagegen nur 2.500 Beschäftigte. Bei den berufstätigen Ärzten ist die Zahl ausländischer Fachkräfte bereits in der Vergangenheit von gut 11.600 im Jahr 2000 auf über 19.800 im Jahr 2009 deutlich gestiegen. Dennoch war in der Vergangenheit die Zahl der Ärzte, die Deutschland verlassen, grundsätzlich höher. Für 2009 ergab sich ein negatives Wanderungssaldo von knapp 600 Ärzten.¹⁶ Während in der Regel hochqualifizierte Ärzte abwandern, müssen viele nach Deutschland kommende Ärzte zuerst mit dem technischen Stand unserer Medizin vertraut gemacht werden. Insofern ist eine Aufrechnung nach Köpfen nur bedingt aussagekräftig. Ein wichtiger Grund für die vergleichsweise geringe Zuwanderung von Pflegekräften ist sicher auch, dass im EU-Ausland erworbene Berufsexamen in Deutschland kaum anerkannt werden. Dies hat zur Folge, dass Pflegefachkräfte aus dem Ausland in Deutschland in der Regel nur als Hilfskräfte beschäftigt werden.

¹⁴ Vgl. OECD (2007).

¹⁵ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2012).

¹⁶ Vgl. Kopetsch (2010).

Stille Reserve anzapfen

In unserer Studie wurden Erwerbspersonen, die bereits seit mehr als zwei Jahren nicht mehr berufstätig waren, nicht zum Fachkräfteangebot gerechnet. Dennoch bilden diese Erwerbspersonen ein Beschäftigtenpotenzial, das durch gezielte Ansprache und Weiterbildung aktiviert werden könnte. Hinzu kommen diejenigen potenziellen Arbeitskräfte, die dem Arbeitsmarkt bisher nicht zur Verfügung stehen. Die sogenannte „stille Reserve“ bilden Personen im erwerbsfähigen Alter, die bewusst keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Da die statistische Erfassung dieser Gruppe weder qualitativ noch quantitativ in ausreichendem Maße erfolgt und so über die Eignung als Fachkraft im Gesundheits- und Pflegewesen keine Aussage getroffen werden kann, wurden auch sie in unserer Studie nicht berücksichtigt.

Nach Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

(IAB) waren 2008 allein 160.000 Frauen bei der Arbeitsagentur als so genannte Berufsrückkehrerinnen gemeldet. Diese wollen nach einer familienbedingten Erwerbsunterbrechung wieder erwerbstätig sein. Zwei Drittel dieser Berufsrückkehrerinnen verfügen über eine abgeschlossene Berufsausbildung¹⁷. Dieser hohe Arbeitskräfteverlust vor allem aus den Reihen der Frauen kann angegangen werden, wenn die oben beschriebenen Maßnahmen zu Steigerung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf konsequent umgesetzt werden, die allgemeinen Arbeitsbedingungen sich nachhaltig verbessern und gezielt die Rückkehrmöglichkeiten nach Schwanger- und Mutterschaft ausgebaut werden. Noch lassen sich die Arbeitsmöglichkeiten von Eltern nur schwer mit den Diensten in stationären Einrichtungen und den Anforderungen an Flexibilität im ambulanten Einsatz vereinbaren.

Effizienzverbesserungen

Im komplexen System der Gesundheitsversorgung in Deutschland verbergen sich an vielen Stellen bisher ungenutzte Effizienzpotenziale. Auch ohne umfassende Systemänderungen sind hier erhebliche Verbesserungen möglich. So könnten durch die nachfolgend skizzierten Maßnahmen nicht nur zusätzliche Arbeitskräfte gewonnen bzw. bisher für Nebentätigkeiten verbrauchte Arbeitsleistung für den Dienst am Patienten frei werden, sondern auch Kosten eingespart und finanzielle Mittel für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen gewonnen werden.

Strukturen der medizinischen Versorgung optimieren

Doppelte Versorgungsstrukturen verschlingen heute noch immer erhebliche Mittel. Eine effiziente Versorgung der gesamten Fläche Deutschlands mit hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen ließe sich durch ein aufeinander abgestimmtes Netz spezialisierter Kliniken, vorgelagerter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) sowie ergänzender Facharzt- und unidisziplinärer Versorgungszentren sicherstellen.

¹⁷ Vgl. Kopetsch (2010).

Konsequente Entlastung der Fachkräfte von Tätigkeiten, die außerhalb ihrer Kernkompetenz liegen

Wenn Ärzte oder Pflegekräfte nicht am Patienten arbeiten, geht wertvolle Arbeitszeit für die Versorgung verloren. Werden Tätigkeiten, die auch geringer Qualifizierte übernehmen könnten, von den Fachkräften auf andere „Experten“ verlagert, ergeben sich erhebliche Potenziale. Mit der zunehmenden Etablierung von Fachkräften für die Dokumentation medizinischer Leistungen sehen wir bereits eine erste Entwicklung in die richtige Richtung. Dieser Weg sollte fortgesetzt werden und könnte sich auch über den Bereich ärztlicher Leistungen auf die Pflege ausdehnen. Dort sehen wir auch Chancen, dass vergleichsweise leichter anzuwerbende und auszubildende Hilfskräfte zunehmend Tätigkeiten examinierter Kräfte übernehmen können. So würden Kapazitäten bei den gut ausgebildeten Kräften frei werden, die dann wiederum bisher von Ärzten verrichtete Arbeiten übernehmen könnten. Gehen diese Maßnahmen einher mit einem nachhaltigen Abbau der überbordenden Bürokratie, sehen wir erhebliche Potenziale.

Bessere Allokation der vorhandenen Fachkräfte

Der Vergleich zwischen den Bundesländern hat gezeigt, der Fachkräftemangel trifft die Regionen in Deutschland sehr unterschiedlich stark. Die knappen Fachkräfte könnten zukünftig besser verteilt, Ausbildungsentscheidungen bewusster getroffen werden. Dazu bedarf es einer validen Informationsbasis über die zu erwartende Nachfrage

nach medizinischen Leistungen. Auch deshalb haben wir diese Studie vorgelegt. Eine regelmäßige Aktualisierung der regionalen Auswertungen wird die Entscheider in Politik und Gesundheitswirtschaft ebenso wie Ausbildungswillige in die Lage versetzen, notwendige Entscheidungen zu treffen.

Elektronische Patientenakte

Seit Jahren wird über die elektronische Patientenakte debattiert. Durch eine flächendeckende Einführung ließen sich nicht nur kostspielige Doppeluntersuchungen vermeiden und Risiken minimieren, sondern auch eine erhebliche Entlastung von Dokumentations- und Informationsarbeiten erreichen. Die zwingende Standardisierung dieser Informationen führt quasi nebenbei zu einer weiteren Entlastung. Die konsequente Einführung einer elektronischen Patientenakte scheitert in Deutschland heute noch immer vor allem an datenschutzrechtlichen Hindernissen.

Bestehende Hürden in der Ausbildung von Pflegefachkräften abbauen

Als einziges Land leistet sich Deutschland noch eine voneinander vollständig getrennte Ausbildung von Krankenpflegern und Altenpflegern. Dies hat über systembedingte Ineffizienzen schon in der Ausbildung vor allem zur Folge, dass Altenpfleger nicht als Krankenpfleger eingesetzt werden können und umgekehrt. Vorhandene Fachkräfte können so nur nach aufwändigen und kostspieligen Umschulungen Bedarfe im jeweils anderen Bereich ausgleichen.

Das Untersuchungsgebiet



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung versteht unter einem „Fachkräfteengpass“ eine relative Angebotsverknappung der Fachkräfte auf einem Teilmarkt für bestimmte Qualifikationen.



Die Beschäftigungsstruktur im Gesundheits- und Pflegewesen ist sehr heterogen. Die Spanne reicht von hochqualifizierten Berufsgruppen, wie den Ärzten, bis zu ungelerten Arbeitskräften, die einfache Hilfstätigkeiten in der Pflege ausführen.

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) bezeichnet eine Fachkraft als einen Erwerbstätigen mit akademischem Hochschulabschluss, abgeschlossener Lehre oder einem Abschluss als Meister, Techniker oder Fachwirt. Erwerbstätige ohne diese Merkmale werden als „gering Qualifizierte“ bezeichnet.¹⁸ Diese spielen im Gesundheits- und Pflegewesen ebenfalls eine wichtige Rolle, wie die vielen beschäftigten Krankenpfleger oder Altenpflegehilfskräfte zeigen. Diese Berufsgruppen haben im Vergleich zu anderen Gesundheitsdienstberufen in der Regel nur eine einjährige Berufsausbildung absolviert. Aufgrund der Bedeutung der niedrig qualifizierten Berufsgruppen im Gesundheits- und Pflegewesen werden in dieser Studie alle Qualifizierungsarten bzw. Beschäftigten betrachtet, die Dienst am Patienten leisten. Die Begriffe „Personal“ und „Fachkraft“ sowie „Personalmangel“ und „Fachkräftemangel“ werden deshalb synonym verwendet.

Eine allgemeingültige Definition von „Personal-“ bzw. „Fachkräfteengpässen“ oder dem „Fachkräftemangel“ existiert nicht.¹⁹ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung versteht unter einem „Fachkräfteengpass“ eine relative Angebotsverknappung der Fachkräfte auf einem Teilmarkt für bestimmte Qualifikationen.²⁰ Personalengpässe lassen sich also mit der jeweils regional und sektoral unterschiedlichen Nachfrage der Unternehmen nach Fachkräften einer bestimmten Qualifikation und einem entsprechend geringeren Fachkräfteangebot erklären.

Ursachen für die Entstehung von Personalengpässen werden in der Literatur unter dem Stichwort „Mismatch-Problematik“ diskutiert.²¹ Zu dieser „Nicht-Passung“ kommt es, wenn trotz anhaltender Arbeitslosigkeit gleichzeitig offene Stellen vorhanden sind, die nicht besetzt werden können. Die Existenz solcher „Mismatches“ lässt sich häufig durch eine Diskrepanz zwischen den betrieblichen Anforderungen an die Qualifikation der Arbeitnehmer und deren tatsächlicher Qualifikation erklären. Auch intransparente Arbeitsmärkte und daraus resultierende Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren fördern diese Entwicklung. Zudem spielen mangelnde Mobilität und Motivation eine Rolle. Meist entstehen „Mismatches“ durch eine Überlagerung dieser Ursachen.²²

¹⁸ Vgl. Werner et al. (2004).

¹⁹ Vgl. IAB (2007), S. 1.

²⁰ Vgl. SVR (2007), S. 354.

²¹ Vgl. u. a. Schmid et al. (2002).

²² Vgl. Koscak et al. (2008), S. 60.

Neben all diesen Ursachen sind vor allem die Folgen eines Fachkräftemangels für die ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens von Interesse. Die negativen Auswirkungen eines Fachkräftemangels sind zwar für alle Branchen der Volkswirtschaft spürbar. Dennoch stellt ein signifikanter Arbeitskräfteengpass in der medizinischen und pflegerischen Versorgung die Gesellschaft vor besondere und tiefgreifende Herausforderungen. Denn das Gesundheits- und Pflegewesen ist für die volkswirtschaftliche Leistung von enormer Bedeutung. Darüber hinaus ist die Branche elementar für den Erhalt und die schnelle Wiederherstellung der

Leistungsfähigkeit aller Beschäftigten in Deutschland. So ist zu erwarten, dass ein signifikanter Personalmangel im Gesundheits- und Pflegewesen negative Auswirkungen auf die Branche selbst und weitreichende Konsequenzen für die gesamte Volkswirtschaft haben wird.

Gelingt es nicht, die alternde und gleichzeitig schrumpfende Erwerbsbevölkerung möglichst lange und gesund zu beschäftigen, könnten der gesamten Volkswirtschaft Wertschöpfungsverluste entstehen, auch durch Verzögerungen im Bereich von Entwicklung und Produktion oder Abwanderung von Unternehmen ins Ausland.²³

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird deutlich, dass nicht nur für die Sicherung des Wirtschaftsstandorts Deutschland, sondern auch für die Versorgungssituation der deutschen Gesellschaft die Verfügbarkeit qualifizierter Fachkräfte von existenzieller Bedeutung ist. Die vielschichtigen Folgen der drohenden Personalengpässe im Gesundheits- und Pflegewesen führen auch dazu, dass dem Fachkräftemangel in den einzelnen Berufsgruppen nicht pauschal begegnet werden kann. Gefragt ist eine differenzierte und regionalisierte Betrachtung.

Ursachen der Personalengpässe

Kurz- und mittelfristige Ursachen:

- konjunktureller Aufschwung
- lange Ausbildungszeiten
- fehlende Transparenz
- fehlende Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage

Langfristige Ursachen:

- demografische Entwicklung
- Unzulänglichkeiten im Bildungssystem²⁴
 - hohe Abbrecherquoten unter den Ausbildungsabsolventen
 - überholte Ausbildungsinhalte
- mangelnde Mobilität und Motivation

Folgen der Personalengpässe

- Längere Wartezeiten in Arztpraxen
- Versorgungsengpässe in Altenpflegeheimen
- Patienten müssen weite Wege in Kauf nehmen
- Fehlende Pflegekraftkapazitäten
- Qualitätseinbußen bei der Behandlung

Die Leistungsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft wird negativ beeinflusst, wenn sich z. B. der Krankenstand unter den Erwerbstätigen erhöht oder Pflegebedürftige verstärkt durch Angehörige betreut werden müssen.

²³ Vgl. VDI/IW Köln (2008), S. 3 und 22 f.

²⁴ Vgl. Koscak et al. (2008), S. 60.

Das Gesundheits- und Pflegewesen ist für die volkswirtschaftliche Leistung von enormer Bedeutung. In diesem Sektor arbeiten weit mehr Menschen als in der Automobil- oder Finanzindustrie.

Die Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen unterscheidet sich inhaltlich und regional signifikant voneinander. Gründe sind bereits heute vorhandene Ungleichgewichte in der regionalen Verteilung der Berufstätigen, die in den einzelnen Regionen Deutschlands höchst unterschiedliche demographische Entwicklung, die höchst unterschiedliche Alters- und Beschäftigungsstruktur in den einzelnen Berufsgruppen sowie die sich verändernde Nachfrage nach einzelnen Gesundheitsdienstleistungen. Bei der Auswahl der zu untersuchenden Berufe achteten wir darauf, ein möglichst umfassendes, aussagekräftiges Bild der Beschäftigten zu erhalten. In die Analyse bezogen wir das gesamte

ärztliche Personal der stationären und ambulanten Einrichtungen inklusive der niedergelassenen Ärzte ein. Bei den nichtärztlichen Berufen wurden rund 70% der Erwerbstätigen erfasst. Nicht Gegenstand dieser Studie sind Fachkräfte, deren Tätigkeit keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der Patientenversorgung hat, also z. B. Apotheker oder angestellte Mediziner in der Pharmaindustrie.

Um die Vergleichbarkeit dieser Studie mit anderen (amtlichen) Statistiken zu gewährleisten, griffen wir auf offizielle Bezeichnungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) zurück. Diese klassifiziert die Berufe absteigend nach Berufsbereichen, Berufsabschnitten,

Berufsgruppen, Berufsordnungen, Berufsklassen und Berufsbenennungen und versieht diese Kategorien mit einer ein- bis fünfstelligen Berufskennziffer (BKZ). Bei den ärztlichen Berufen wurde in dieser Studie die Ebene der Berufsklasse (vierstellige BKZ) zur Klassifizierung verwendet. Das nichtärztliche Personal analysierten wir auf Ebene der Berufsordnung (dreistellige BKZ). In den folgenden Tabellen 1 und 2 sind die analysierten Berufsklassen bzw. -ordnungen und eine Auswahl dazugehöriger Berufe dargestellt. In der vorliegenden Studie sprechen wir abweichend von der Nomenklatur der BA von Berufsgruppen.

Zuordnung des ärztlichen Personals zu Berufsgruppen

Berufsgruppe	zugehörige Berufe (teilw. in Auswahl)
praktische Ärzte, Ärzte ohne nähere Angabe	praktische Ärzte, Ärzte ohne Facharztbezeichnung
Allgemein(fach)ärzte, Kinderärzte, Internisten	innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neonatologie
Chirurgen, Orthopäden	Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Visceralchirurgie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie
Hals-Nasen-Ohrenärzte	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
Augenärzte	Augenheilkunde
Frauenärzte	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie
Radiologen	Radiologie, Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie
Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten (Ärzte)	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
andere Fachärzte	Anästhesiologie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten

Zuordnung des nichtärztlichen Personals zu Berufsgruppen

Berufsgruppe	zugehörige Berufe (teilw. in Auswahl)
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	Masseure und medizinische Bademeister – ohne nähere Angabe, Krankengymnasten, Therapeuten für Sprech- und Hörstörungen
Krankenschwestern, Krankenpfleger, Hebammen	Krankenschwestern, Krankenpfleger (allgemein), Säuglings-, Kinderkrankenschwestern, Operationsschwestern, -pfleger
Helfer in der Krankenpflege	Krankenpflegehelfer, Rettungsassistent, Rettungsassistenten
Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten	Diätassistenten, Ernährungsberater, pharmazeutisch-technische Assistenten
Sprechstundenhelfer	Arzthelfer, Zahnarzthelfer, Arztsekretäre
Medizinallaboranten	medizinisch-technische Assistenten, medizinische Laboranten, Röntgenassistenten, psychologisch-technische Assistenten
Altenpfleger	Altenpfleger, Altenpflegehilfskräfte, Familienpfleger, Dorfhelfer
Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen	Heilerziehungspfleger, Heilerziehungspflegehelfer, Heilpädagogen

Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen

Unser Fokus liegt auf dem Gesundheits- und Pflegewesen. Die Vorläuferstudie „Fachkräftemangel – stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“²⁵ ergänzen wir um die Analyse der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, weil dort aufgrund der demografischen Entwicklung mit einem stark steigenden Personalbedarf zu rechnen ist. Zusammen gehören diese Sektoren zu den beschäftigungsintensivsten Wirtschaftszweigen der Gesundheitswirtschaft. Das Gesundheitswesen umfasst Leistungen, die direkt am Patienten ansetzen, und schließt die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung mit ein.

Zu den ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens zählen z. B. Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie niedergelassene Ärzte und medizinische Versorgungszentren (MVZ).²⁶ Das Pflegewesen umfasst die ambulanten sowie teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Gliederung entspricht weitgehend der Wirtschaftszweigklassifikation und wird von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Gesundheitsberichterstattung der Länder verwendet.

²⁵ PwC, WifOR (2010).

²⁶ Vgl. Ranscht (2009), S. 6; www.gw-kompass.de.

Zuordnung der Einrichtungen in Gesundheits- und Pflegewesen

	Gesundheitswesen	Pflegewesen
Ambulant	<ul style="list-style-type: none">• Arztpraxen• Praxen sonstiger medizinischer Berufe• Sonstige ambulante Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none">• Ambulante Pflege
Stationär	<ul style="list-style-type: none">• Krankenhäuser• Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen• Sonstige stationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none">• Stationäre/teilstationäre Pflege

Regionale Abgrenzung

Neben einer deutschlandweiten Betrachtung des Gesundheits- und Pflegewesens führten wir erstmals eine umfassende regionale Untersuchung beider Sektoren durch. Analyse und Auswertung der Daten auf Ebene einzelner Bundesländer ermöglichten eine detaillierte Identifizierung regionaler Personalengpässe.

Da auch innerhalb eines Bundeslands die Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens sehr heterogen verteilt sein können, fassten wir einige Bundesländer sinnvoll zusammen: Hamburg und Schleswig-Holstein sowie Bremen und Niedersachsen. Denn in den Stadtstaaten haben sich große Kliniken und medizinische Zentren angesiedelt, deren Einzugsbereich weit über die Landesgrenzen hinaus reicht. Würden die Stadtstaaten isoliert betrachtet, ergäben sich für bestimmte Berufsgruppen – überwiegend spezialisierte Fachärzte – rechnerische Überschüsse, die real nicht vorhanden

sind. Um die Besonderheiten der Fachkräfteentwicklung von Metropole und Provinz jedoch an einem Beispiel verdeutlichen zu können, wurden Berlin und Brandenburg getrennt analysiert.

Ähnliche Effekte wie bei den Stadtstaaten ergeben sich zwischen kleineren und größeren Flächenländern, z. B. dem Saarland und Rheinland-Pfalz, an den Grenzen der Bundesländer zueinander sowie innerhalb der Flächenstaaten zwischen den Metropolen und ihrem Umland bzw. ländlichen und urbanen Räumen. Da nicht alle für die hier angestellten Analysen und Prognosen notwendigen statistischen Zahlen auf Landkreisebene vorlagen, betrachteten wir Unterschiede in Beschäftigungs- und Bevölkerungsstruktur ausschließlich auf Ebene der Bundesländer. Wanderungsbewegungen zwischen einzelnen Bundesländern (Binnenwanderung) blieben unberücksichtigt.

Die Methodik



Grundlage unserer Berechnungen sind die Daten der Bundesärztekammer, der Bundesagentur für Arbeit, sowie die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder. Die zukünftige Alters- und Geschlechtsstruktur in den einzelnen Bundesländern errechneten wir auf Basis der Bevölkerungsprognosen der statistischen Landesämter.

Megatrends der Gesundheitswirtschaft

Eine ausreichende bzw. nicht-ausreichende Fachkräfteversorgung im Gesundheits- und Pflegewesen entsteht aus dem Zusammenspiel von Arbeitsangebot und -nachfrage. Beide werden durch viele Faktoren beeinflusst. Ausgangspunkt des hier verwendeten Prognosemodells sind folgende Megatrends:

- Demografische Entwicklung – betrifft Nachfrageseite (steigender Pflegebedarf in alternder Gesellschaft) und Angebotsseite (mehr Renteneintritte, weniger Berufsanfänger)
- Steigender Kostendruck – zunehmend Rationalisierung, Standardisierung und Prozessoptimierung sowie stetiger Reformbedarf (aktuelles Stichwort: kapitalgedeckte Zusatzversicherung in der Pflege)

- Ausweitung der ambulanten Versorgung – bei gleichzeitiger Reduzierung der stationären Versorgung (z. B. häusliche Pflege statt Pflegeheim)
- Technologische Innovationen im Bereich Medizintechnik, Biotechnologie und Pharma – für kontinuierlich neue Verfahren der Diagnostik und Therapie
- Zunehmender Einsatz von IT-Systemen im Gesundheitswesen – erfordert Spezialisierung des Personals
- Integration der Wertschöpfungsketten – zur Erschließung von Effizienzreserven und Verbesserung der Versorgungsqualität (z. B. Etablierung medizinischer Versorgungszentren an Stelle von Einzelpraxen)

Datengrundlage und Berechnungsmethodik

Unsere zur Prognose der Personalnachfrage und -angebote genutzte Berechnungsmethodik stützt sich ausschließlich auf amtliche und überwiegend öffentlich zugängliche Daten bzw. Statistiken. So wird die Plausibilität und Qualität der Daten gewährleistet. Zum anderen

ermöglichen wir eine kontinuierliche Neuberechnung der Ergebnisse, da die verwendeten Datensätze in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Dadurch konnten im Vergleich zur ersten Studie aktualisierte statistische Daten berücksichtigt werden.

Modellierung der Angebotsseite

Das Personalangebot setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen:

- Beschäftigte – sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, ausschließlich geringfügig entlohnte Beschäftigte, Selbstständige, Beamte, mithelfende Familienangehörige
- Studien- und Ausbildungsabsolventen
- Arbeitslose

Um das Angebot an ärztlichem und nichtärztlichem Personal bis 2030 bestimmen zu können, müssen die vorliegenden Datenreihen zur Angebotsseite fortgeschrieben werden. Die Prognose der jeweiligen Bestandteile der Angebotsseite ist dabei von verschiedenen Einflussfaktoren abhängig.

Beschäftigte

Die prognostizierten Werte der ärztlichen und nichtärztlichen Beschäftigten resultieren aus einer Fortschreibung der Beschäftigtenzahlen des Jahres 2009, die primär aus Daten der Gesundheitspersonalrechnung und der BÄK gewonnen wurden. Während die Zahlen der ärztlichen Berufe in der benötigten Detailtiefe und auf Bundeslandebene vorhanden waren, nahmen wir für die nichtärztlichen Berufe teilweise Schätzungen vor. Das betrifft vor allem die nichtärztlichen Berufe in den ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens, da hier keine verwertbaren Statistiken vorhanden sind. Aus diesem Grund verteilten wir die deutschlandweiten Beschäftigtenzahlen der betrachteten nichtärztlichen Berufe mit Hilfe geeigneter Schlüssel²⁷ auf die Bundesländer und Einrichtungen. Im Anschluss validierten wir diese Verteilung mit den auf Bundeslandebene vorhandenen Krankenhaus- und Pflegestatistiken.

Die gewonnenen Daten kombinierten wir mit der berufsspezifischen Altersstruktur der Beschäftigten des Jahres 2009, die wir ebenfalls der Gesundheitspersonalrechnung, der Ärztestatistik der BÄK sowie den Daten des Statistischen Bundesamts entnahmen. Durch Fortschreibungen und Definition eines berufsspezifischen Rentenalters konnten wir die bis 2030 in Rente

gehenden Beschäftigten ermitteln. So lässt sich der pensionsbedingte Abgang – Ersatzbedarf – an Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen bestimmen.

Das berufsspezifische Renteneintrittsalter schwankt zwischen 60 Jahren bei einigen nichtärztlichen Berufen und 66 Jahren bei ambulant tätigen Ärzten (realistische Näherungswerte). Weitere berufs- und sektorspezifische Differenzierungen erscheinen nicht tragfähig, da die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht in der benötigten Detailtiefe vorliegen. Auch kann das zukünftige Renteneintrittsalter wegen möglicher Gesetzesänderungen nicht mit absoluter Sicherheit vorhergesagt werden.

Darüber hinaus zeigen sich Zu- und Abwanderungen von Fachkräften aus dem bzw. in das Ausland, insbesondere von Ärzten. Diese Migrationen führen wir nicht gesondert auf, denn das Wanderungssaldo als Differenz von Ein- und Auswanderung ist mit knapp minus 600 Ärzten in 2009²⁸ im Verhältnis zu allen beschäftigten Ärzten sehr gering und eine realistische Prognose mit größter Unsicherheit verbunden. Diese Tendenzen können deshalb für die Gesamtbetrachtung vernachlässigt werden.

²⁷ u. A. Beschäftigte im Wirtschaftszweig Gesundheitswesen nach Berufsordnung in den einzelnen Bundesländern.

²⁸ Vgl. Kopetsch (2010).

Berufs- und sektorspezifisches Renteneintrittsalter

Berufsgruppe	ambulant	stationär
Ärztliches Personal	66 Jahre	64 Jahre
Nichtärztliches Personal	62 Jahre	60 Jahre

Berücksichtigt haben wir jedoch eine mögliche Binnenmigration der Arbeitskräfte. Zwar konnten im Rahmen dieser Studie keine umfassende Simulation der Wanderungsbewegung aller aktuell Beschäftigten auf Bundeslandebene durchgeführt, bei den Neuzugängen jedoch gewisse Wanderungstendenzen berücksichtigt werden. Die regionalen Bevölkerungsprognosen auf Bundeslandebene bilden die künftig zu erwartenden Wanderungsbewegungen zwischen den Bundesländern implizit ab. Als Verteilungsschlüssel der zukünftigen Studien- und Ausbildungsabsolventen zogen wir darum den Anteil der Bevölkerungsgruppe der 20- bis 30-Jährigen in den jeweiligen

Bundesländern im Verhältnis zu Deutschland heran: Bundesländern, in denen laut Bevölkerungsprognose ein überdurchschnittlich hoher Anteil 20- bis 30-Jähriger zu erwarten ist, ordneten wir entsprechend überdurchschnittlich viele Absolventen zu.

Neben der demografischen Entwicklung der bereits Beschäftigten werden vor allem die Zugänge aus Studien- und Ausbildungsgängen der Gesundheitsdienstberufe das Personalangebot der kommenden Jahre bestimmen. Auch hier betrachteten wir ärztliches und nichtärztliches Personal getrennt voneinander.

Ärztliches Personal

Das ärztliche Personal konnten wir anhand der Zahl der Studienabschlüsse im Fach Humanmedizin beziffern. Um die Entwicklung der Absolventenzahl im Fach Humanmedizin voraussagen zu können, griffen wir auf die Prognose der Kultusministerkonferenz²⁹ zurück, die die jährlichen Studienanfänger, Studenten und Hochschulabsolventen bis 2020 im gesamten tertiären Bereich³⁰ schätzt.

Um von dieser Prognose für alle Studenten im tertiären Bereich auf die Studienanfänger und -absolventen im Fach Humanmedizin schließen zu können, verwendeten wir zum einen den Mittelwert der Anteile der Medizinstudenten von 2000 bis 2009 an allen Studienanfängern, berücksichtigten

fach- und geschlechterspezifische Abbruchquoten sowie die jeweilige Studiendauer. Dabei schrieben wir die Prognose der Kultusministerkonferenz, die lediglich bis 2020 reicht, bis 2024 trendmäßig fort. Darüber hinaus berechneten wir die Prognose der Studienabsolventen geschlechterspezifisch. Der Anteil der Studienanfängerinnen lag in den Jahren 2006 bis 2009 jeweils bei rund 63%. Lediglich im Jahr 2010 sank er auf knapp 61%.³¹ Da dieser „Ausreißer“ keine Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung der Frauenquote in der Humanmedizin zulässt, prognostizierten wir den Anteil der Studienanfängerinnen weiterhin mit 63%.

²⁹ Kultusministerkonferenz (2005).

³⁰ Dazu zählen Universitäten, Fachhochschulen und Berufsakademien.

³¹ Statistisches Bundesamt (2011).

Die alleinige Betrachtung der Studienabsolventen als Potenzial für Neuzugänge ist jedoch nicht aussagekräftig und kann zu Verzerrungen führen. Zum einen praktizieren nicht alle ausgebildeten Mediziner im ambulanten oder stationären Sektor, sondern arbeiten z. B. in Unternehmen der freien Wirtschaft (u. a. Pharmaindustrie, Krankenkassen). Zum anderen bildet sich ein Großteil zu Fachärzten weiter. Der Abwanderung von Ärzten aus

der Gesundheitsversorgung trugen wir durch die Berücksichtigung arztgruppen- und sektorspezifischer Teilnahmequoten Rechnung. Darüber hinaus prognostizierten wir die quantitative Entwicklung der Facharztanerkennungen anhand der zurückliegenden Trends. So ließen sich die tatsächlich zu erwartenden Neuzugänge im ambulanten und stationären Sektor arztgruppenspezifisch bestimmen.

Nichtärztliches Personal

Als Grundlage der Prognose der Ausbildungsabsolventen im nicht-ärztlichen Bereich diente – ähnlich wie bei den Studienabsolventen – eine Prognose der Kultusministerkonferenz über die zukünftigen Schüler und Absolventen berufsbildender Schulen bis 2020, die bis 2030 fortgeschrieben wurde.³² Um die Anzahl der zukünftigen Absolventen in den hier relevanten Berufen abschätzen zu können, mussten wir für die Vergangenheit durchschnittliche Absolventenquoten bestimmen, die – verknüpft mit den zukünftig zu erwartenden Absolventen – realistische Ausbildungszahlen für die betrachteten Berufe lieferten.

Berufs- und geschlechtsspezifische Abbrecherquoten sowie die berufsspezifische Ausbildungsdauer wurden berücksichtigt.³³ Allerdings konnten wir auch hier nicht alle relevanten Absolventen als Neuzugänge für den ambulanten und stationären Sektor betrachten, sondern mussten analog zu den ärztlichen Beschäftigten differenzieren. Danach verteilten wir nur so viele Ausbildungsabsolventen auf das Gesundheits- und Pflegewesen und die betrachteten Einrichtungen, wie es dem Verhältnis der Beschäftigten in diesen Einrichtungen an allen Beschäftigten einer Berufsgruppe in allen Wirtschaftszweigen entspricht.

³² Kultusministerkonferenz (2007).

³³ Im Vergleich zur Vorläuferstudie (PwC, WifOR 2010) wurden bei der Berechnung der Absolventenquote nicht nur die Schulen des Gesundheitswesens berücksichtigt, da sich zeigte, dass zahlreiche der nichtärztlichen Berufe auch in Berufsfachschulen u. a. vermittelt werden. Entsprechend fällt die Prognose für die Zahl der Ausbildungsabsolventen in der vorliegenden Studie höher aus.

Arbeitslose

Die Zahl der potenziell unter den Arbeitslosen rekrutierbaren Fachkräfte ergibt sich aus der Gesamtzahl der Arbeitslosen, die wir um Langzeitarbeitslose und ältere Arbeitslose reduzierten. Die Arbeitslosenzahlen ließen sich aus dem Datenangebot der BA ermitteln. Die BA kann für die einzelnen Berufsklassifikationen Arbeitslosendaten nach Geschlecht, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit auswerten. Kombiniert mit der erwarteten wirtschaftlichen Entwicklung und den damit einhergehenden berufsspezifischen

Veränderungen projizierten wir die künftigen Arbeitslosenzahlen. Aus der so ermittelten Zahl aller Arbeitslosen rechneten wir sowohl die Arbeitslosen mit einem Alter von über 60 als auch diejenigen Personen heraus, die bereits länger als zwei Jahre arbeitslos sind. Denn wissenschaftliche Studien belegen, dass mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit eine Humankapitalentwertung bei Fachkräften stattfindet und folglich diese auf dem Arbeitsmarkt – ohne Weiterbildungsmaßnahmen – nur schwer vermittelbar sind.³⁴

Modellierung der Nachfrageseite

Komplexer als die Modellierung der Angebotsseite gestaltete sich die Analyse der Nachfrageseite. Eine Herausforderung war vor allem die Auswirkung einer morbiditätsbedingt veränderten Nachfrage auf den Bedarf an Fachkräften.

Die aktuelle Diskussion berücksichtigt hauptsächlich demografische, ökonomische, soziale und kulturelle Einflussfaktoren. Eine Prognose muss alle relevanten quantitativen und qualitativen Faktoren berücksichtigen, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erzielen. Auf Basis der verfügbaren Daten ist dies nicht vollumfänglich möglich. Deshalb müssen valide Vereinfachungen und Annahmen getroffen werden.³⁵ Wir gehen deshalb davon aus, dass die Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie die sich daraus ergebenden Morbiditäts- und Pflegerisiken die bestimmenden Faktoren für die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und damit Fachkräften im Gesundheits- und

Pflegewesen sind. Von wesentlicher Bedeutung ist der Bevölkerungsanteil der Hochbetagten (Personen über 75 Jahre). In dieser Altersgruppe ist eine deutliche Zunahme der erkrankten Personen und eine zunehmende Komplexität der Erkrankungen (Multimorbidität) feststellbar.³⁶ Außerdem steigt mit zunehmendem Alter das Pflegerisiko, so dass insgesamt mit einem erhöhten ärztlichen und nichtärztlichen Personalbedarf zu rechnen ist.³⁷

Die Nachfrage bzw. der Gesamtbedarf nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal im ambulanten und stationären Sektor lässt sich wie folgt unterteilen:

- Basis: Beschäftigte in Analogie zur Angebotsseite
- Ergänzungsbedarf: aufgrund steigender Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen
- Ersatzbedarf: durch rentenbedingte Austritte

³⁴ Vgl. Franz (1999), S. 83ff, Edin/Gustavsson (2004).

³⁵ Vgl. Hall (1978), S. 57 ff.

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt et al. (2009), S. 31.

³⁷ Vgl. KBV/BÄK (2005), S. 135.

Analog zur Angebotsseite bildet die Summe der Beschäftigten die Basis und damit zugleich die gedeckte Nachfrage nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal. Sie ist identisch mit der Angebotsseite. Die ungedeckte Personalnachfrage setzt sich aus dem morbiditätsbedingten Ergänzungsbedarf sowie dem demografisch bedingten Ersatzbedarf zusammen.

Ergänzungsbedarfe entstehen durch die demografische Entwicklung bzw. die Überalterung der Gesellschaft, mit höheren Krankheits- und Pflegerisiken, steigender Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen und damit nach Fachkräften.

Ersatzbedarfe kommen durch altersbedingt ausscheidende Erwerbstätige zustande. Die Berechnung der Ersatzbedarfe wurde bereits im vorherigen Kapitel erläutert und ist mit der Summe der zum Jahr 2030 in Rente gehenden Beschäftigten gleichzusetzen. Diese sorgen unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung für Zusatzbedarf.

Gesundheitswesen

Um die künftige Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zu bestimmen, führten wir zunächst eine Analyse der alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsstruktur der Vergangenheit durch. Mit Hilfe der Diagnosedaten der Krankenhäuser sowie der Krankheitskostenrechnung konnten wir für jedes Geschlecht und jede Altersgruppe³⁸ durchschnittliche Erkrankungshäufigkeiten in den 19 ICD 10 Kategorien³⁹ ermitteln. Diese Durchschnittswerte lieferten

uns durch Verknüpfung mit den Bevölkerungsprognosen der einzelnen Bundesländer realistische Morbiditäts-szenarien für die einzelnen Regionen. Anschließend ermittelten wir auf Basis der zu erwartenden Krankheitsfälle die Nachfrage nach ausgewählten ärztlichen und nichtärztlichen Berufen und nahmen eine berufs- und fachgruppenspezifische Zuordnung zu verschiedenen Morbiditätskategorien vor.

³⁸ 5-Jahres-Schritte.

³⁹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. In dieser Studie wurden die 19 Oberkategorien verwendet, die von A00-B99 bis S00-T98 reichen.

Pflegewesen

Analog erfolgte die Berechnung solcher Daten für das Pflegewesen. Für die Vergangenheitsanalyse ermittelten wir aus Daten der Pflegestatistik altersgruppen- und geschlechts-spezifische Pflegequoten für die drei Pflegestufen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Multimorbidität spiegelte sich in der altersspezifischen Pflegequote wider. Durch Verknüpfung dieser Pflegequoten mit den Bevölkerungsprognosen der einzelnen Bundesländer ließen sich die zu erwartenden Pflegefälle in den einzelnen Sektoren, Regionen und Pflegestufen ermitteln.

Über länder- und pflegestufenspezifische Pflegeschlüssel errechneten wir schließlich die zur Versorgung notwendigen Personalressourcen in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und brachen diese auf die einzelnen Berufe herunter. Dazu analysierten wir die in den Einrichtungen bislang beobachtete Berufsstruktur und projizierten diese in die Zukunft.

Köpfe und Vollzeitäquivalente

Die errechneten „Kopfmengen“ wurden darüber hinaus in sogenannten Vollzeit-äquivalenten (VZÄs) umgerechnet. Denn der Arbeitskräftebedarf, ausgedrückt in VZÄs, ist eine definierte Größe und gibt die tatsächlich benötigte Arbeitsleistung wider. Erst aus der Umrechnung in VZÄs resultiert demnach ein aussagekräftiges Ergebnis.

Dafür bestimmten wir die Vollzeitquoten nach Berufen bis auf Einrichtungsebene, sofern die Datenlage eine plausible Berechnung zuließ. Die für die Vergangenheit ermittelten Vollzeitquoten nach Berufen, Sektoren

und Einrichtungen wurden auf dem Stand von 2009 belassen. Im Gegensatz zur Vorläuferstudie⁴⁰ verzichteten wir auf eine trendmäßige Reduzierung dieser Quoten. Bei einem zunehmenden Personalmangel kann nach heutigem Erkenntnisstand nicht von einer stetigen Ausweitung der Teilzeitarbeit ausgegangen werden. Eine Anpassung der Vollzeitquote findet dennoch im Rahmen einer Szenarienbetrachtung statt. Zum besseren Verständnis wird der im allgemeinen Sprachgebrauch unübliche Begriff Vollzeitäquivalent in dieser Studie mit dem Begriff Vollzeitkraft gleichgesetzt.

⁴⁰ PwC, WifOR (2010).

Tabellenanhang

Fachkräftemangel über alle Berufsgruppen in % der zu besetzenden Stellen

Bundesland	2011				2012			
	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares
	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario
Baden-Württemberg	10,4 %	11,3 %	5,3 %	9,3 %	10,9 %	12,3 %	4,9 %	9,0 %
Bayern	5,6 %	6,7 %	0,4 %	1,4 %	6,0 %	7,5 %	0,0 %	1,1 %
Berlin	9,3 %	10,5 %	4,0 %	8,0 %	9,5 %	11,1 %	3,3 %	7,4 %
Brandenburg	7,7 %	8,6 %	3,0 %	6,6 %	8,2 %	9,6 %	2,4 %	6,3 %
Niedersachsen m. Bremen	6,3 %	7,3 %	1,1 %	5,3 %	6,1 %	7,5 %	-0,2 %	4,1 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	5,5 %	6,6 %	0,1 %	4,3 %	5,6 %	7,2 %	-0,7 %	3,5 %
Hessen	10,0 %	11,0 %	4,9 %	8,9 %	10,5 %	12,0 %	4,5 %	8,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	8,0 %	9,0 %	3,2 %	6,9 %	8,5 %	9,9 %	2,4 %	6,5 %
Nordrhein-Westfalen	5,8 %	6,8 %	0,6 %	4,8 %	6,1 %	7,5 %	-0,2 %	4,1 %
Rheinland-Pfalz	4,4 %	5,3 %	-0,9 %	3,3 %	5,0 %	6,5 %	-1,3 %	3,2 %
Saarland	4,1 %	5,1 %	-1,4 %	2,9 %	4,5 %	6,0 %	-2,1 %	2,4 %
Sachsen	11,7 %	12,6 %	7,1 %	10,6 %	11,7 %	13,1 %	5,9 %	9,8 %
Sachsen-Anhalt	7,5 %	8,5 %	2,6 %	6,5 %	7,1 %	8,6 %	1,0 %	5,2 %
Thüringen	4,8 %	5,8 %	-0,2 %	3,7 %	4,9 %	6,4 %	-1,4 %	2,9 %
Deutschland	7,2 %	8,2 %	2,0 %	5,7 %	7,5 %	8,9 %	1,3 %	5,1 %

Bundesland	2020				2030			
	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares
	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario
Baden-Württemberg	15,2 %	20,3 %	2,8 %	6,8 %	20,5 %	30,4 %	3,2 %	7,4 %
Bayern	7,9 %	13,5 %	-3,1 %	-2,5 %	14,0 %	24,6 %	-2,4 %	-1,6 %
Berlin	13,7 %	18,9 %	0,8 %	4,6 %	20,6 %	30,4 %	2,5 %	6,9 %
Brandenburg	17,4 %	22,3 %	6,5 %	10,1 %	27,9 %	36,7 %	12,7 %	16,8 %
Niedersachsen m. Bremen	6,2 %	11,8 %	-7,4 %	-3,1 %	13,6 %	24,2 %	-5,8 %	-0,9 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	8,0 %	13,6 %	-5,1 %	-1,1 %	15,2 %	25,7 %	-3,7 %	1,1 %
Hessen	14,0 %	19,2 %	1,5 %	5,6 %	20,3 %	30,1 %	2,7 %	7,2 %
Mecklenburg-Vorpommern	15,1 %	20,2 %	4,2 %	7,9 %	21,1 %	30,8 %	5,4 %	9,4 %
Nordrhein-Westfalen	9,4 %	14,8 %	-4,0 %	0,2 %	17,7 %	27,8 %	-0,9 %	3,8 %
Rheinland-Pfalz	11,5 %	16,8 %	-1,7 %	2,5 %	28,2 %	37,0 %	12,0 %	16,1 %
Saarland	7,3 %	12,9 %	-6,8 %	-2,2 %	11,6 %	22,5 %	-8,3 %	-3,3 %
Sachsen	14,7 %	19,8 %	2,3 %	6,0 %	18,3 %	28,3 %	-0,3 %	4,4 %
Sachsen-Anhalt	6,0 %	11,6 %	-7,6 %	-3,3 %	5,8 %	17,4 %	-15,4 %	-9,8 %
Thüringen	8,5 %	13,9 %	-5,5 %	-1,3 %	12,9 %	23,5 %	-7,4 %	-2,5 %
Deutschland	10,7 %	16,1 %	-2,0 %	1,6 %	17,8 %	27,9 %	-0,2 %	3,9 %

Ärztmangel in % der zu besetzenden Stellen

Bundesland	2011				2012			
	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares
	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario
Baden-Württemberg	7,6 %	11,5 %	0,8 %	3,9 %	8,0 %	12,3 %	0,9 %	4,0 %
Bayern	-0,4 %	3,8 %	-7,0 %	-4,4 %	-0,1 %	4,5 %	-7,0 %	-4,5 %
Berlin	-13,7 %	-8,2 %	-22,7 %	-18,9 %	-13,8 %	-7,9 %	-22,7 %	-19,3 %
Brandenburg	12,2 %	16,1 %	7,1 %	8,7 %	12,2 %	16,3 %	7,1 %	8,4 %
Niedersachsen m. Bremen	11,0 %	14,6 %	5,0 %	7,6 %	11,1 %	15,1 %	4,8 %	7,4 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	-8,0 %	-3,2 %	-16,0 %	-12,6 %	-7,7 %	-2,5 %	-16,0 %	-12,7 %
Hessen	7,9 %	11,9 %	1,3 %	4,0 %	8,1 %	12,4 %	1,2 %	3,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	9,5 %	14,0 %	4,0 %	5,3 %	8,6 %	13,4 %	2,8 %	4,1 %
Nordrhein-Westfalen	5,1 %	9,1 %	-1,4 %	1,3 %	4,7 %	9,1 %	-1,9 %	0,6 %
Rheinland-Pfalz	13,1 %	16,7 %	7,2 %	9,7 %	13,0 %	16,9 %	6,8 %	9,3 %
Saarland	-0,2 %	3,8 %	-6,5 %	-4,0 %	-0,7 %	3,7 %	-7,2 %	-5,0 %
Sachsen	22,5 %	26,5 %	17,2 %	18,8 %	21,5 %	25,8 %	16,2 %	17,6 %
Sachsen-Anhalt	22,6 %	26,7 %	17,3 %	18,9 %	21,5 %	25,8 %	16,1 %	17,4 %
Thüringen	18,4 %	22,5 %	12,7 %	14,5 %	17,6 %	22,0 %	11,8 %	13,5 %
Deutschland	6,4 %	10,5 %	0,0 %	2,6 %	6,3 %	10,8 %	-0,3 %	2,2 %

Bundesland	2020				2030			
	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares	Basis-	pessimistisches	optimistisches	erreichbares
	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario	Szenario
Baden-Württemberg	13,9 %	20,7 %	2,9 %	7,8 %	26,7 %	35,8 %	13,6 %	19,2 %
Bayern	3,4 %	11,1 %	-7,2 %	-3,4 %	12,7 %	23,2 %	-0,8 %	3,9 %
Berlin	-10,5 %	-1,5 %	-24,3 %	-18,5 %	1,2 %	13,6 %	-16,2 %	-9,1 %
Brandenburg	20,2 %	26,3 %	11,9 %	15,6 %	34,2 %	42,0 %	24,6 %	29,1 %
Niedersachsen m. Bremen	16,8 %	23,3 %	6,7 %	11,3 %	30,2 %	38,8 %	17,7 %	23,4 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	-1,6 %	6,6 %	-14,0 %	-8,8 %	12,3 %	23,2 %	-3,0 %	3,5 %
Hessen	13,9 %	20,8 %	2,8 %	7,8 %	27,6 %	36,5 %	14,2 %	20,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	8,7 %	16,1 %	-0,9 %	2,2 %	15,1 %	25,2 %	2,1 %	6,6 %
Nordrhein-Westfalen	9,7 %	16,8 %	-1,4 %	3,4 %	24,3 %	33,6 %	10,6 %	16,7 %
Rheinland-Pfalz	19,9 %	26,2 %	9,6 %	14,4 %	43,3 %	50,3 %	32,5 %	37,5 %
Saarland	2,5 %	10,2 %	-9,7 %	-4,2 %	16,1 %	26,5 %	1,1 %	7,6 %
Sachsen	22,8 %	29,0 %	13,4 %	17,3 %	30,1 %	38,7 %	17,7 %	23,1 %
Sachsen-Anhalt	20,4 %	26,9 %	10,4 %	14,7 %	26,1 %	35,1 %	12,5 %	18,6 %
Thüringen	20,1 %	26,5 %	9,9 %	14,4 %	29,7 %	38,3 %	17,0 %	22,6 %
Deutschland	10,9 %	18,0 %	0,1 %	4,7 %	23,7 %	33,0 %	10,4 %	16,0 %

Pflegekräftemangel in % der zu besetzenden Stellen

Bundesland	Pflege im Gesundheitswesen inklusive Rettung							
	2011				2012			
	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario
Baden-Württemberg	19,3 %	19,7 %	14,5 %	18,8 %	19,8 %	20,7 %	14,5 %	19,0 %
Bayern	9,3 %	9,8 %	3,9 %	8,9 %	10,1 %	11,0 %	4,2 %	9,2 %
Berlin	20,5 %	20,9 %	15,7 %	20,0 %	21,3 %	22,1 %	16,0 %	20,4 %
Brandenburg	-7,6 %	-7,1 %	-13,4 %	-8,1 %	-6,0 %	-4,9 %	-12,8 %	-7,1 %
Niedersachsen m. Bremen	13,0 %	13,5 %	7,9 %	12,6 %	13,5 %	14,4 %	7,9 %	12,6 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	22,8 %	23,2 %	18,3 %	22,4 %	23,2 %	24,0 %	18,3 %	22,4 %
Hessen	18,4 %	18,9 %	13,5 %	18,0 %	19,4 %	20,2 %	14,0 %	18,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	6,5 %	7,0 %	1,4 %	6,1 %	7,9 %	8,8 %	1,7 %	6,9 %
Nordrhein-Westfalen	10,4 %	10,9 %	5,1 %	10,0 %	11,1 %	12,1 %	5,3 %	10,2 %
Rheinland-Pfalz	6,0 %	6,5 %	0,3 %	5,6 %	6,8 %	7,8 %	0,4 %	5,8 %
Saarland	5,9 %	6,3 %	-0,1 %	5,4 %	6,5 %	7,5 %	0,0 %	5,5 %
Sachsen	11,4 %	11,9 %	6,5 %	11,0 %	12,4 %	13,3 %	6,7 %	11,5 %
Sachsen-Anhalt	-4,8 %	-4,2 %	-10,6 %	-5,3 %	-3,9 %	-2,9 %	-10,8 %	-5,0 %
Thüringen	5,6 %	6,1 %	0,3 %	5,1 %	6,7 %	7,6 %	0,5 %	5,7 %
Deutschland	11,8 %	12,3 %	6,6 %	11,4 %	12,6 %	13,5 %	6,8 %	11,7 %

Bundesland	Pflege im Gesundheitswesen inklusive Rettung							
	2020				2030			
	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario
Baden-Württemberg	24,6 %	28,9 %	16,4 %	20,3 %	32,3 %	40,6 %	20,0 %	24,1 %
Bayern	15,9 %	20,7 %	6,9 %	11,1 %	25,5 %	34,6 %	11,7 %	16,4 %
Berlin	25,7 %	29,9 %	18,0 %	21,5 %	33,4 %	41,6 %	21,2 %	25,3 %
Brandenburg	7,3 %	12,5 %	-2,5 %	2,1 %	21,5 %	31,0 %	6,8 %	12,0 %
Niedersachsen m. Bremen	18,0 %	22,6 %	9,3 %	13,4 %	26,5 %	35,5 %	12,9 %	17,5 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	27,3 %	31,4 %	19,7 %	23,2 %	35,7 %	43,6 %	23,7 %	27,9 %
Hessen	24,2 %	28,5 %	16,0 %	19,9 %	32,5 %	40,7 %	20,0 %	24,3 %
Mecklenburg-Vorpommern	17,5 %	22,1 %	8,6 %	12,9 %	27,7 %	36,4 %	14,3 %	18,9 %
Nordrhein-Westfalen	17,2 %	21,8 %	8,2 %	12,4 %	27,2 %	36,1 %	13,7 %	18,4 %
Rheinland-Pfalz	13,7 %	18,5 %	4,2 %	8,8 %	33,7 %	41,8 %	21,4 %	25,7 %
Saarland	11,5 %	16,5 %	1,6 %	6,6 %	20,2 %	29,9 %	5,3 %	10,6 %
Sachsen	17,5 %	22,1 %	9,0 %	12,8 %	23,2 %	32,5 %	8,9 %	13,9 %
Sachsen-Anhalt	-0,8 %	4,8 %	-11,4 %	-6,4 %	3,1 %	14,8 %	-15,2 %	-8,5 %
Thüringen	12,3 %	17,2 %	3,0 %	7,4 %	19,1 %	28,8 %	4,0 %	9,3 %
Deutschland	18,2 %	22,8 %	9,5 %	13,6 %	27,7 %	36,5 %	14,3 %	18,9 %

Bundesland	Pflegewesen							
	2011				2012			
	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario
Baden-Württemberg	4,3 %	4,8 %	-2,3 %	3,2 %	7,4 %	8,4 %	-1,8 %	3,7 %
Bayern	12,9 %	13,3 %	4,7 %	9,8 %	13,7 %	14,6 %	3,9 %	9,1 %
Berlin	1,4 %	1,9 %	-4,6 %	0,9 %	3,8 %	4,8 %	-5,1 %	0,6 %
Brandenburg	-6,8 %	-6,2 %	-12,9 %	-7,3 %	-2,9 %	-1,8 %	-12,4 %	-6,3 %
Niedersachsen m. Bremen	4,7 %	5,2 %	-1,4 %	4,2 %	4,7 %	5,7 %	-4,3 %	1,5 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	-12,3 %	-11,7 %	-19,2 %	-12,9 %	-10,8 %	-9,7 %	-21,0 %	-14,6 %
Hessen	2,1 %	2,7 %	-4,1 %	1,6 %	5,1 %	6,1 %	-3,9 %	1,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	-1,0 %	-0,5 %	-6,9 %	-1,5 %	3,2 %	4,2 %	-5,9 %	0,1 %
Nordrhein-Westfalen	3,2 %	3,7 %	-2,9 %	2,7 %	5,7 %	6,7 %	-3,2 %	2,5 %
Rheinland-Pfalz	4,7 %	5,2 %	-1,3 %	4,2 %	8,6 %	9,5 %	-0,2 %	5,5 %
Saarland	-1,1 %	-0,5 %	-7,6 %	-1,6 %	2,7 %	3,7 %	-6,6 %	-0,5 %
Sachsen	1,4 %	1,9 %	-4,3 %	0,9 %	3,8 %	4,8 %	-5,1 %	0,6 %
Sachsen-Anhalt	0,5 %	1,0 %	-5,4 %	0,0 %	2,2 %	3,2 %	-7,0 %	-1,1 %
Thüringen	-1,2 %	-0,7 %	-7,3 %	-1,7 %	1,4 %	2,4 %	-8,0 %	-1,9 %
Deutschland	3,6 %	4,1 %	-2,8 %	0,7 %	5,8 %	6,8 %	-3,3 %	0,4 %

Bundesland	Pflegewesen							
	2020				2030			
	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario	Basis-Szenario	pessimistisches Szenario	optimistisches Szenario	erreichbares Szenario
Baden-Württemberg	26,5 %	30,7 %	3,4 %	7,5 %	33,4 %	41,7 %	7,0 %	10,8 %
Bayern	20,2 %	24,8 %	0,6 %	5,9 %	28,1 %	37,2 %	4,6 %	10,7 %
Berlin	24,9 %	29,0 %	0,1 %	4,2 %	37,9 %	45,5 %	11,4 %	15,7 %
Brandenburg	27,9 %	32,0 %	8,0 %	12,1 %	45,9 %	52,5 %	26,1 %	29,7 %
Niedersachsen m. Bremen	7,3 %	12,6 %	-23,3 %	-17,8 %	22,7 %	32,3 %	-9,9 %	-4,7 %
Schleswig-Holstein m. Hamburg	5,0 %	10,5 %	-26,5 %	-21,3 %	18,5 %	28,7 %	-16,1 %	-10,9 %
Hessen	22,0 %	26,5 %	-4,1 %	0,5 %	31,3 %	39,9 %	2,2 %	6,6 %
Mecklenburg-Vorpommern	28,7 %	32,7 %	12,6 %	16,7 %	40,6 %	47,9 %	22,5 %	26,1 %
Nordrhein-Westfalen	19,6 %	24,2 %	-7,4 %	-2,5 %	33,3 %	41,6 %	4,9 %	9,4 %
Rheinland-Pfalz	31,2 %	35,2 %	8,1 %	12,2 %	44,9 %	51,8 %	21,6 %	25,0 %
Saarland	21,8 %	26,2 %	-4,7 %	0,2 %	28,1 %	37,1 %	-2,4 %	2,3 %
Sachsen	23,4 %	27,7 %	-2,1 %	2,3 %	34,0 %	42,1 %	5,9 %	10,5 %
Sachsen-Anhalt	15,0 %	19,8 %	-13,5 %	-8,3 %	22,8 %	32,2 %	-10,2 %	-4,8 %
Thüringen	20,5 %	25,0 %	-6,3 %	-1,4 %	31,6 %	40,0 %	2,5 %	7,0 %
Deutschland	21,1 %	25,6 %	-3,5 %	-0,9 %	32,9 %	41,2 %	6,0 %	8,7 %

Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2012)

Auswirkungen der uneingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit ab dem 1. Mai auf den Arbeitsmarkt, Stand: Februar 2012. URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistische-Analysen/Statistische-Sonderberichte/Generische-Publikationen/Auswirkungen-der-uneingeschraenkten-Arbeitnehmerfreizuegigkeit-auf-den-Arbeitsmarkt.pdf>, letzter Abruf 15.05.2012.

Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (2010)

Pflegearbeitsbedingungenverordnung vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010, Nr. 110, S. 2571), URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/pflegearbbv/gesamt.pdf>, letzter Abruf 15.05.2012.

Edin, P.-A.; Gustavsson, M. (2004)

Time Out of Work and Skill Depreciation. Working Paper Series 2004:14, Uppsala University, Department of Economics.

Flintrop, J. (2011)

Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Die Tarifverträge zeigen Wirkung. Deutsches Ärzteblatt; 108(7): A-310 / B-252 / C-252. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80913/Arbeitsbedingungen-der-Klinikaerzte-Die-Tarifvertraege-zeigen-Wirkung>, letzter Abruf 15.05.2012.

Franz, W. (1999)

Arbeitsmarktökonomik. 4. Auflage. Springer, Berlin u. a..

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2012a)

Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Berufe. Tabelle (gestaltbar), abrufbar unter www.gbe-bund.de, letzter Abruf 11.05.2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2012b)

Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe. Tabelle (gestaltbar), abrufbar unter www.gbe-bund.de, letzter Abruf 11.05.2012.

Hall, T. L. (1978)

Health manpower planning – principles, methods issues, World Health Organization WHO, Genf.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (2007)

Fachkräftebedarf – Engpässe, aber noch kein allgemeiner Ingenieurmangel. IAB-Kurzbericht, 16/2007, URL: <http://doku.iab.de/kurzber/2007/kb1607.pdf>, letzter Abruf 12.05.2012.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (2011)

Potenziale für den Arbeitsmarkt: Frauen zwischen Beruf und Familie. IAB-Kurzbericht, 23/2011, URL: <http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb2311.pdf>, letzter Abruf 15.05.2012.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Bundesärztekammer (BÄK) (2005)

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, Studie zur Altersstruktur- und Arztzahrentwicklung, 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin.

Kopetsch, T. (2010)

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahrentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.

Koscak, I; Ostwald, D.; Ranscht, A. (2008)

Methodische Überlegungen zur Realisierung eines Fachkräftemonitorings für die Gesundheitswirtschaft, In: Krüger R.; Müller R.-D.: Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft. Veränderte Strukturen, neue Ausbildungswege und Studiengänge, Jahrbuch Health Capital Berlin-Brandenburg, Berlin.

Kultusministerkonferenz (2005)

Prognose der Studienanfänger, Studierenden und Hochschulabsolventen bis 2020. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2005/2005_10_01-Studienanfaenger-Absolventen-2020.pdf, letzter Abruf 12.05.2012.

Kultusministerkonferenz (2007)

Vorausberechnung der Schüler- und Absolventenzahlen 2005 bis 2020. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2007/2007_05_01-Vorausberechnung-Schueler-Absolventen-05-2020.pdf, letzter Abruf 12.05.2012.

MLP (2011)

Gesundheitsreport 2011. URL: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/490176/data/praesentation.pdf>, letzter Abruf 15.05.2012.

OECD (2007)

The Looming Crisis in the Health Workforce, Washington, zitiert nach: Berlin-Institut (2010): Nurses on the move: Worldwide Migration, URL: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kingma_Krankenschwestern.pdf, letzter Abruf 15.05.2012.

PricewaterhouseCoopers (PwC); WifOR (2010)

Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.

Ranscht, A. (2009)

Quantifizierung regionaler Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft – am Beispiel ausgewählter Metropolregionen, Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2007)

Das Erreichte nicht verspielen, Jahresgutachten 2007/2008, Wiesbaden.

Schmid, A.; Wagner, B.; Weinbörner, A. (2002)

Mismatch auf dem Arbeitsmarkt – Ursachen für die Nichtbesetzung offener Stellen am Beispiel des Arbeitsamtsbezirkes Kassel, URL: <http://www.iwak-frankfurt.de/documents/Sonstige/EndberichtKassel.pdf>, letzter Abruf 15.05.2012.

Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut (2009)

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin, URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=D, letzter Abruf 11.05.2012.

Statistisches Bundesamt (2011)

Bildung und Kultur – Studierende an Hochschulen, Fachserie 11 Reihe 4.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010)

Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990-1002, Wiesbaden.

Verein Deutscher Ingenieure (VDI); Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) (2008)

Ingenieurlücke in Deutschland – Ausmaß, Wertschöpfungsverluste und Strategien, URL: http://www.vdi.de/uploads/media/Studie_Ingenieurluecke_VDI-IW_02.pdf, letzter Abruf 12.05.2012.

Werner, H.; Bennett, R.; König, I.; Scott-Leuteritz, K. (2004)

IAB-Glossar Englisch, Begriffe und ihre Verwendung rund um den Arbeitsmarkt, Nürnberg.

Verwendete Bevölkerungsprognosen:

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2008)

Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg, 2007 bis 2030, Berlin.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2011)

Einzeldaten der Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersjahren und Geschlecht bis 2029, München.

Hessisches Statistisches Landesamt (2011)

Bevölkerungsentwicklung in Hessen 2010 bis 2030 nach Einzelalter und Geschlecht, Wiesbaden.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2009)

Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2008 bis 2030/2050, Düsseldorf.

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) (2011)

Entwicklung der Bevölkerung von 2009 bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basis: 31.12.2008), Hannover.

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (2011)

Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007-2030, Quelle: Amtliche Bevölkerungsfortschreibung, Berlin.

Statistikamt Nord (2011)

Bevölkerungsprognose Hamburg und Schleswig-Holstein: Entwicklung der Bevölkerung von 2009 bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Basis: 31.12.2008, Hamburg.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2009)

4. Landesprognose (Basisjahr 2006) – Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030, Schwerin.

Statistisches Amt Saarland (2010)

Die Entwicklung der Bevölkerung im Saarland 2009 bis 2060 – Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Saarbrücken.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011)

Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg – Ergebnisse der Landesvorausrechnung auf Basis 31.12.2008 (Hauptvariante), Stuttgart.

Statistisches Landesamt Bremen (2011)

Vorausschätzung: Bevölkerung nach Altersjahren und Geschlecht (Basis 31.12.2008), Bremen.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2011)

Bevölkerung im Freistaat Sachsen am 31. Dezember 2010 bis 2030 nach Altersjahren (in 1.000) – 5. regionalisierte Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2025 und Modellrechnung für den Freistaat Sachsen bis 2030, Kamenz.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2011)

Bevölkerungsvorausberechnungen (Basisjahr 2006) nach Geschlecht und Altersjahren in Rheinland Pfalz, Bad Ems.

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (2011)

Ergebnisse der 5. regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung mit Ergebnissen bis zum Jahr 2025, Halle (Saale).

Thüringer Landesamt für Statistik (2011)

Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 2010 bis 2030 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Erfurt.

Ihre Ansprechpartner

PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Friedrich-Ebert-Anlage 35-37
60327 Frankfurt am Main



Michael Burkhardt

Tel.: +49 69 9585-1268
michael.burkhart@de.pwc.com



Corinna Friedl

Tel.: +49 69 9585-1214
corinna.friedl@de.pwc.com

Unsere Mandanten stehen tagtäglich vor vielfältigen Aufgaben, möchten neue Ideen umsetzen und suchen Rat. Sie erwarten, dass wir sie ganzheitlich betreuen und praxisorientierte Lösungen mit größtmöglichem Nutzen entwickeln. Deshalb setzen wir für jeden Mandanten, ob Global Player, Familienunternehmen oder kommunaler Träger, unser gesamtes Potenzial ein: Erfahrung, Branchenkenntnis, Fachwissen, Qualitätsanspruch, Innovationskraft und die Ressourcen unseres Expertennetzwerks in 158 Ländern. Besonders wichtig ist uns die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Mandanten, denn je besser wir sie kennen und verstehen, umso gezielter können wir sie unterstützen.

PwC. 8.900 engagierte Menschen an 28 Standorten. 1,45 Mrd. Euro Gesamtleistung. Führende Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft in Deutschland.

WifOR

Elisabethenstraße 35
64283 Darmstadt



Dr. Dennis A. Ostwald
Tel.: +49 6151 136349-0
dennis.ostwald@wifor.de



Tobias Ehrhard
Tel.: +49 6151 136349-0
tobias.ehrhard@wifor.de

WifOR ist ein unabhängiges Wirtschaftsforschungsinstitut mit Sitz in Darmstadt und Berlin. Sowohl die TU Darmstadt als auch die TU Berlin sind offizieller Kooperationspartner von WifOR. Zurzeit sind für WifOR 16 Wissenschaftliche Mitarbeiter in den verschiedenen Forschungsfeldern tätig.

Die Forschungsschwerpunkte des Instituts umfassen insbesondere Fragen der Gesundheits- und Pflegewirtschaft, die Entwicklung des berufs- und wirtschaftszweigspezifischen Fachkräftemonitorings sowie Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen für Unternehmen.

Bei den diversifizierten Forschungstätigkeiten steht neben einer starken empirischen Fundierung vor allem die Visualisierung der Wirtschaftsdaten im Vordergrund.

Impressum

112 – und niemand hilft

Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann.

Herausgegeben von der PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR

Von Michael Burkhardt (PwC), Dr. Dennis A. Ostwald (WifOR) und Tobias Ehrhard (WifOR)

September 2012, 72 Seiten, 16 Abbildungen, 8 Tabellen, Softcover

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigungen, Mikroverfilmung sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Medien sind ohne Zustimmung des Verlags nicht gestattet.

Die Ergebnisse der Studie sind zur Information unserer Mandanten bestimmt. Sie entsprechen dem Kenntnisstand der Autoren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Für die Lösung einschlägiger Probleme greifen Sie bitte auf die in der Publikation angegebenen Quellen zurück oder wenden sich an die genannten Ansprechpartner. Alle Meinungsbeiträge geben die Auffassung der Autoren wieder.

Die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bekennt sich zu den PwC-Ethikgrundsätzen (zugänglich in deutscher Sprache über www.pwc.de/de/ethikcode) und zu den Zehn Prinzipien des UN Global Compact (zugänglich in deutscher und englischer Sprache über www.globalcompact.de).

© September 2012 PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Alle Rechte vorbehalten.
„PwC“ bezeichnet in diesem Dokument die PricewaterhouseCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die eine Mitgliedsgesellschaft der PricewaterhouseCoopers International Limited (PwCIL) ist. Jede der Mitgliedsgesellschaften der PwCIL ist eine rechtlich selbstständige Gesellschaft.

