

neue

E 50668

spezial 2 • September 2015

caritas

s p e z i a l

POLITIK • PRAXIS • FORSCHUNG

Fakten
Entwicklung
Caritas-Statistik
Individuelle Aspekte



Caritas-Studie
**Der Arbeitsmarkt
für soziale Berufe**



**Olga Orlanski: Arbeitsmarkt der sozialen Berufe aus der Perspektive der Caritas.
Erstellt im Auftrag des Deutschen Caritasverbandes e.V. für die Arbeitsstelle Personalpolitik
und berufliche Bildung. 1. Juni 2015**

I. Einleitung	3
II. Arbeitsmarkt der sozialen Berufe – Fakten und Hintergründe	
1. Pflegeberufe	4
2. Erziehungsberufe	11
3. Sozialarbeit und Sozialpädagogik	16
4. Ärztlicher Dienst	17
III. Entwicklung der Arbeitsmarktindikatoren im Zeitverlauf	20
IV. Arbeitsmarktsituation in den Einrichtungen und Diensten der Caritas	22
V. Individuelle Aspekte der Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit	26
VI. Fazit	30
Anmerkungen und Literatur	30

Hinweis: Zur Vereinfachung wird nur die weibliche Form bei der Bezeichnung der Berufe verwendet, da mehr als 80 Prozent der Beschäftigten in den Einrichtungen und Diensten der Caritas Frauen sind. Damit werden weibliche und männliche Beschäftigte gemeint.

Impressum neue caritas spezial

POLITIK PRAXIS FORSCHUNG
Herausgeber: Deutscher Caritasverband e.V., Arbeits-
stelle Personalpolitik und berufliche Bildung
Redaktion: Jörg Kaiser, Gertrud Rogg (Chefredakteurin),
Christine Mittelbach (CvD)
Redaktionssekretariat: Christiane Stieff,
Tel.: 07 61/200-4 10, Fax: 07 61/200-509,
E-Mail: christiane.stieff@caritas.de

Redaktionsassistentz: Ingrid Jehne,
Tel.: 07 61/200-417, Fax: 07 61/200-509,
E-Mail: ingrid.jehne@caritas.de
Kontakt: E-Mail: arbeitsrecht@caritas.de
Anschrift für Redaktion und Vertrieb:
neue caritas, Lorenz-Werthmann-Haus, Karlstr. 40, 79104
Freiburg, E-Mail: zeitschriftenvertrieb@caritas.de

Layout: Peter Blöcher
Titelfoto: Tyler Olson/fotolia.com
Druck: Druckerei Hofmann GmbH

I. Einleitung

EINE NACHHALTIGE Gestaltung der Personalpolitik erfordert geeignete Informationen über die Arbeitsmarktsituation und arbeitsmarktrelevante Trends. Die Einschätzung des Fachkräftebedarfs beziehungsweise der -engpässe ist dabei von herausragender Bedeutung.

Der Arbeitsmarkt der sozialen Berufe hat in den letzten Jahrzehnten große Änderungen erfahren. Aufgrund der demografischen Entwicklung sind soziale Berufe gefragt wie nie zuvor. Nicht alle Berufe sind jedoch gleichermaßen von Fachkräfteengpässen betroffen. Während der Dienstleistungsmarkt für die Gesundheits- und Pflegeberufe mit einer steigenden Nachfrage und einem Fachkräftemangel konfrontiert wird, ist die Arbeitsmarktsituation der Erziehungsberufe und sozialer Arbeit weniger angespannt. Die größten Herausforderungen und gleichzeitig eine Wachstumschance stellt der demografische Wandel für die Pflegeberufe – insbesondere für die Altenpflege – dar.

Der vorliegende Beitrag soll auf der Grundlage bestehender Studien und eigener empirischer Untersuchungen den Arbeitsmarkt der sozialen Berufe analysieren. Zwar existieren bereits mehrere Studien zu den einzelnen Berufen und Themen, es fehlt jedoch eine zusammenfassende Ausarbeitung über die für die Caritas relevanten Berufe.

Die Analyse konzentriert sich auf vier soziale Berufsfelder (Pflege, Erziehung, Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Humanmedizin) und analysiert die Arbeitsmarktlage, die Entwicklungen und die Perspektiven dieser Berufe unter dem Gesichtspunkt des Fachkräftemangels. Dabei

geht die Studie auch auf die Hintergründe der aktuellen Entwicklungen ein und diskutiert strategische Lösungsansätze bei Mangelberufen. Nach der allgemeinen Darstellung der Arbeitsmarktsituation sozialer Berufe werden Besonderheiten der Beschäftigungslage in den Einrichtungen der Caritas hervorgehoben. Dazu werden die Daten der Zentralstatistik und die Ergebnisse der Erhebungen der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas verwendet.

„Strategische Lösungsansätze bei Mangelberufen diskutieren“

Ergänzend zu der Analyse auf der Makroebene werden individuelle Aspekte wie gewünschte Arbeitszeiten und Arbeitszufriedenheit anhand der soziologischen Daten untersucht. Die empirischen Analysen basieren auf den Daten aus der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zum Thema Arbeitswelt in Deutschland.¹ Um die Strukturänderungen zu erfassen, werden zwei Befragungswellen (2006 und 2012) verglichen.² Die Analyse wird auf Bundesebene durchgeführt.³

Olga Orlanski



Olga Orlanski

Dipl.-Volkswirtin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für allgemeine Wirtschaftsforschung, Abteilung für Empirische Wirtschaftsforschung und Ökonometrie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
E-Mail: olga.orkanski@vwl.uni-freiburg.de

II. Arbeitsmarkt der sozialen Berufe – Fakten und Hintergründe

1. Pflegeberufe

Die Pflege stellt einen wichtigen Teilbereich der Gesundheitsbranche dar. Angesichts der kontinuierlichen Zunahme an pflegebedürftigen Menschen ist zu erwarten, dass die Beschäftigung in diesem Sektor weiterhin wächst. Während es heute circa 2,5 Millionen Pflegebedürftige gibt, werden es nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2030 3,4 Millionen Menschen sein.

Um einen besseren Einblick in die Arbeitsmarktsituation der Pflegeberufe zu ermöglichen, werden im Folgenden die Alten- und Krankenpflege separat betrachtet.

Arbeitsmarkt der Altenpflegeberufe

Laut dem Mikrozensus waren 2012 in Deutschland rund 598.000 Altenpflegekräfte erwerbstätig, die meisten davon waren sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Im Juni 2013 belief sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Altenpflegesektor auf 455.200, im Juni 2014 waren es bereits 486.460.⁴

Die Beschäftigungsstruktur in diesem Beruf ist durch einen hohen Frauenanteil gekennzeichnet (85%). Die Mehrheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenpflege sind examinierte Pflegekräfte (56%). Bei 55% der Altenpflegestellen handelt es sich um Teilzeitstellen.

Die Arbeitslosigkeit von Altenpflegefachkräften hat seit Jahren einen rückläufigen Trend. Die Nachfrage nach Altenpflegerinnen – insbesondere nach Fachkräften – hat dagegen eine steigende Tendenz (s. Abbildung 1).

Die Zahl der Arbeitslosen mit dem Zielberuf Altenpflege betrug im Januar 2014 rund 37.000, im Dezember 2014 waren 35.256 Altenpflegekräfte arbeitslos gemeldet. Die Zahl der offenen Stellen im Altenpflegesektor belief sich auf 13.200 im Januar 2014 und rund 16.000 am Ende des Jahres. Die Nachfragestruktur unterscheidet sich deutlich von der Qualifikationsstruktur der Arbeitslosen: Während es sich bei 90% der arbeitslosen Altenpflegekräfte um Altenpflegehelferinnen handelt,

richten sich 66% der gemeldeten Stellen an examinierte Altenpflegerinnen.

Flächendeckender Fachkräftemangel in der Altenpflege

Die Untersuchungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) zeigen, dass bei Altenpflegefachkräften ein flächendeckender Fachkräftemangel besteht. Nach Definition der BA spricht man vom Fachkräftemangel, wenn die Vakanzzeit⁵ mindestens 40% über dem Bundesdurchschnitt aller Berufe liegt und es weniger als 150 Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen gibt, oder es gibt weniger Arbeitslose als gemeldete Stellen. Die Zahl der gemeldeten Stellen für examinierte Altenpflegekräfte übersteigt deutlich die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen mit diesem Zielberuf: Im Jahresdurchschnitt kommen auf 100 gemeldete Stellen nur 42 arbeitslose Altenpflegefachkräfte. Dagegen gibt es deutlich mehr arbeitslose Altenpflegehelferinnen als gemeldete Stellen (Gesamt: 841:100, Ost-Deutschland: 1.200:100). Neben dem Verhältnis der Arbeitslosen zu den gemeldeten Stellen stellt die Vakanzzeit einen wichtigen Engpassindikator dar. Im Jahresdurchschnitt waren gemeldete Stellen für Altenpflegefachkräfte 122 Tage vakant, während die Stellen für Altenpflegehelferinnen bereits nach 78 Tagen besetzt werden konnten. Die Vakanzzeit der Fachkraftstellen lag 53% über dem Durchschnitt aller Berufe.⁶

Arbeitsmarkt der Gesundheits- und Krankenpflege

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit waren im Juni 2014 984.014 Personen in der Gesundheits- und Krankenpflege sozialversicherungspflichtig beschäftigt.⁷ Der Frauenanteil hat die gleiche Größenordnung wie in der Altenpflege

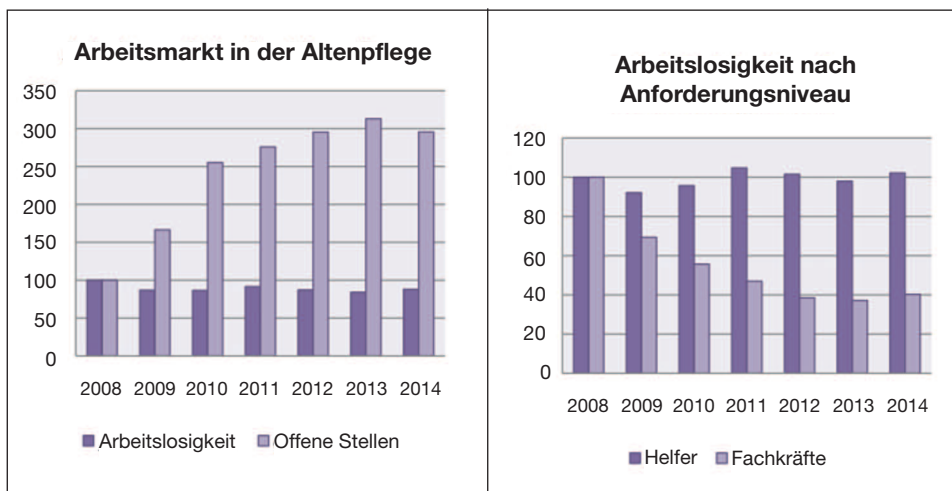


Abb. 1: Arbeitsmarktentwicklung in der Altenpflege (Helfer und Fachkräfte), Index (2008=100). Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit, 2014a, eigene Darstellung.

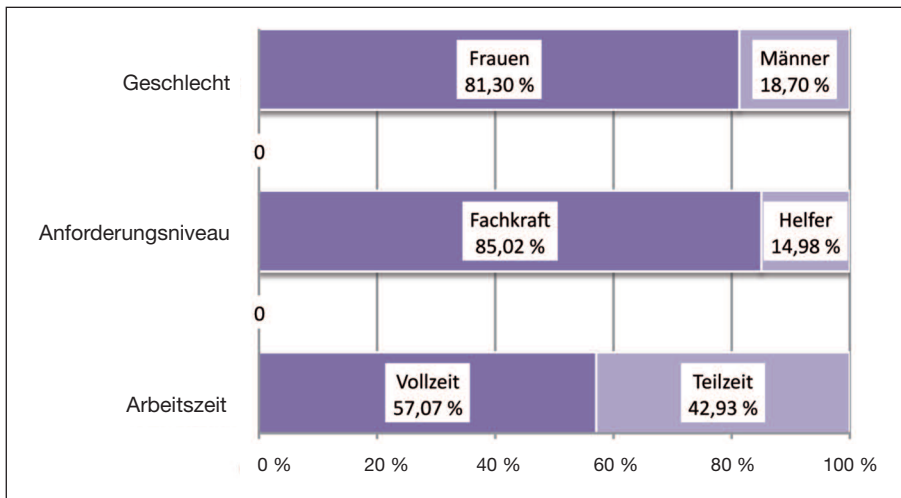


Abb. 2: Struktur der beschäftigten Krankenpflegekräfte. Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014 a, eigene Darstellung.

und liegt bei 81 % (s. Abbildung 2). Nur 15 % der Beschäftigten in diesem Sektor arbeiten als Helferinnen. Der Teilzeitanteil in der Gesundheits- und Krankenpflege (43 %) ist deutlich niedriger als in der Altenpflege (55 %).

Statistiken der BA zählten im Dezember 2014 12.014 Arbeitslose mit dem Zielberuf Gesundheits- und Krankenpflegerin, davon waren 55 % Pflegefachkräfte und 45 % Helferinnen.⁸ Die Qualifikationsstruktur der arbeitslosen Krankenpflegerinnen unterscheidet sich somit von der Struktur der Arbeitslosen mit dem Zielberuf Altenpflegerin. Die Zahl der Arbeitslosen sank im Vergleich zum Vorjahr um 6 %. Im selben Monat belief sich die Zahl der gemeldeten offenen Stellen auf 10.597, was einem Zuwachs von 10 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die meisten offenen Stellen setzen eine Fachqualifikation voraus, nur 8 % der Stellen richten sich an Krankenpflegehelferinnen.

Fachkräfteengpassbetrachtung für den Gesundheits- und Krankenpflegesektor

Der Fachkräftemangel im Gesundheits- und Krankenpflegesektor weist eine starke regionale Variation auf, insbesondere zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern (s. Abbildung 3, S. 6). Während in den westdeutschen Bundesländern der Fachkräftemangel flächendeckend ist (mit

Ausnahme von Bremen und dem Saarland), ist in Ostdeutschland momentan nur Brandenburg von dem Fachkräftemangel betroffen. Die Fachkräftesituation in den anderen östlichen Ländern ist weniger angespannt, Anzeichen für Engpässe gibt es aber auch dort.⁹

Genauso wie in der Altenpflege betrifft der Fachkräftemangel im Bereich Krankenpflege vor allem examinierte Fachkräfte und Spezialisten.¹⁰ Die Vakanzzeit von Stellenangeboten in diesem Beruf beträgt im Bundesdurchschnitt 111 Tage und liegt 39 % über dem Durchschnitt aller Berufe. Auf 100 gemeldete offene Stellen kommen 82 Arbeitslose mit dem Zielberuf Gesundheits- und Krankenpflegerin, fast doppelt so viele wie in der Altenpflege (42:100).

Gründe für den Fachkräftemangel bei Pflegeberufen

1. Demografische Entwicklung. Aufgrund des demografischen Wandels und steigender Lebenserwartung in Deutschland wächst die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen. Während 2012 rund 2,54 Millionen Menschen pflegebedürftig waren, wird diese Zahl nach Prognosen bis 2030 auf bis zu 3,4 Millionen steigen.¹¹ Die Prognosen basieren allerdings auf einem Status-quo-Szenario, mögliche Strukturänderungen werden dabei nicht berücksichtigt. Parallel steigt auch der Bedarf an qua-

lifiziertem Pflegepersonal kontinuierlich an. Die älter werdende Gesellschaft bietet dem Dienstleistungsmarkt der sozialen Berufe die Möglichkeit zu wachsen. Andererseits stellt die demografische Entwicklung auch einen wachstumsbremsenden Faktor dar, da der Fachkräftemangel mit der Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials noch größer wird. Durch demografische Veränderungen stehen den Pflegeberufen immer weniger junge Menschen am Ausbildungsmarkt zur Verfügung. Der steigenden Nachfrage nach Pflegekräften stehen also niedrige Geburtenzahlen und sinkende Bewerberzahlen gegenüber. Ein weiteres Problem ist die Alterung des Pflegepersonals selbst. Bereits heute ist ein großer Teil der Pflegekräfte über 50 Jahre alt. Laut Berechnungen auf Basis der Daten¹² des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) scheidet bis 2025 die Hälfte der Fachkräfte aus. Somit besteht ein hoher Ersatzbedarf bei examiniertem Pflegepersonal. Dagegen wird für Personen ohne Berufsausbildung bis 2025 ein Überangebot von 1,3 Millionen prognostiziert. Die Sozial- und Gesundheitswirtschaft ist somit durch den demografischen Wandel in zweierlei Hinsicht betroffen: Man wird auf der einen Seite mit dem steigenden Bedarf und auf der anderen Seite mit dem schrumpfenden Arbeitsangebot konfrontiert.

2. Attraktivität des Berufes. Obwohl die Hauptursache für den Fachkräftemangel in der Pflege in der demografischen Entwicklung gesehen wird, zeigen viele Untersuchungen, dass der Fachkräftengpass „hausgemacht“ ist.¹³ Bei der Personalgewinnung spielt die Attraktivität des Berufs in Hinblick auf Arbeitszeit, Arbeitsbelastung und Vergütung eine wichtige Rolle.¹⁴ Unzureichende Personalausstattung, veraltete Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, steigende Arbeitsbelastung und niedrige Vergütung werden häufig als Ursachen für eine Verschlechterung der Attraktivität des Pflegeberufes genannt.¹⁵ Nach Angaben des Deutschen Berufsver-

Fachkräfte, Spezialisten bzw. Experten – Deutschland nach Ländern

Humanmedizin (Experten)

Gesundheits- und Krankenpflege

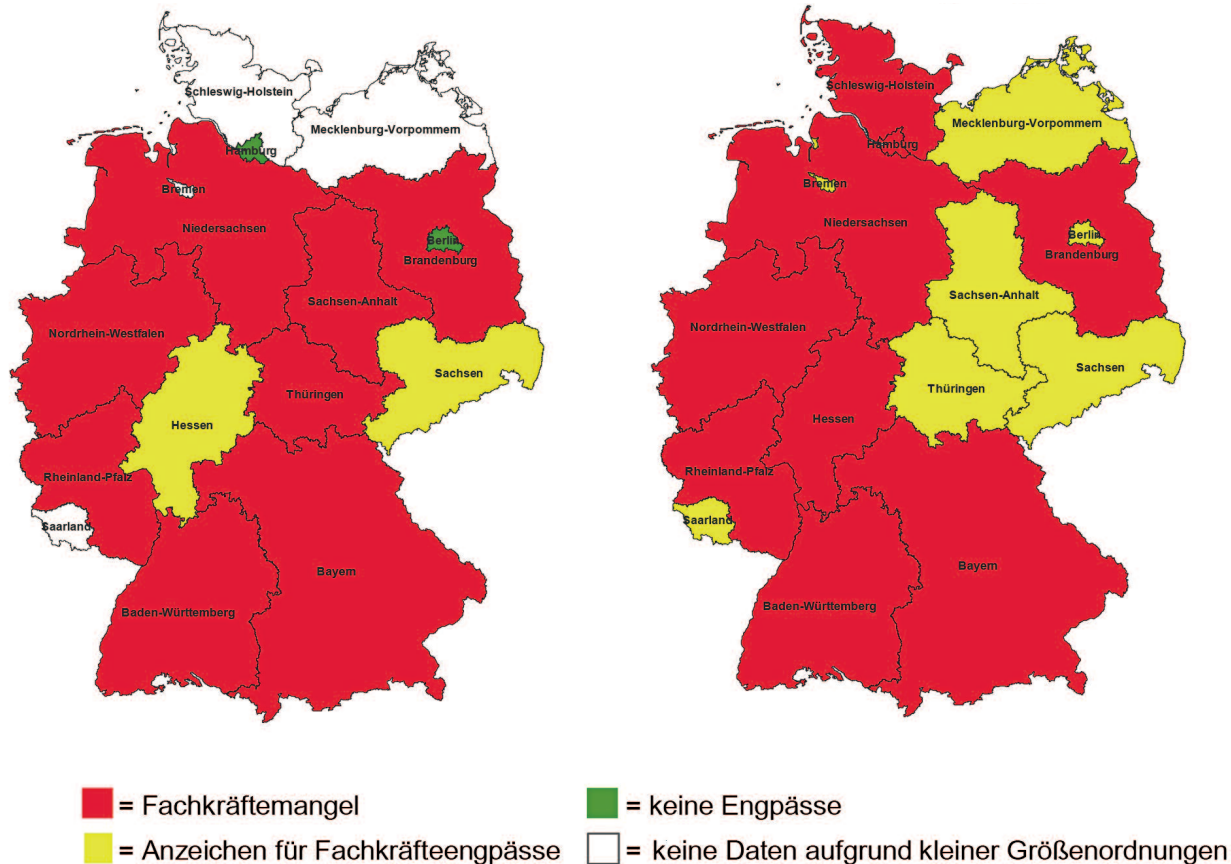


Abb. 3: Fachkräftemangel in Gesundheits- und Pflegeberufen. Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014b.

bands für Pflegeberufe hat sich die Situation sowohl für Pflegekräfte als auch für Patienten in Krankenhäusern dramatisch verschlechtert. Laut Bericht sei die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals fast doppelt so hoch wie in anderen Ländern. Gründe für diese Entwicklung werden zum einen im Abbau von Pflegestellen zugunsten der Finanzierung der Tarifierhöhungen im ärztlichen Dienst gesehen. Zum anderen geraten häufig die Akteure aufgrund einer unzureichenden Verknüpfung zwischen der Bildungs-, Organisations- und Personalentwicklung unter Druck. Eine Studie des Instituts für Public Health

und Pflegeforschung der Universität Bremen kommt zu dem Ergebnis, dass Pflegeberufe sowohl bei Schülerinnen als auch bei Eltern ein negatives Image haben.¹⁶ Eine andere Erhebung bestätigt, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im Vergleich zu anderen Berufen etwas geringer ist, insbesondere in Bezug auf Arbeitsbelastung und Vergütung.¹⁷ Mehrere Studien belegen, dass die belastenden Arbeitsbedingungen dazu führen, dass Pflegekräfte überdurchschnittlich oft krank werden.¹⁸

Für die Attraktivität der Branche spielt die Vergütung eine wichtige Rolle. Nied-

rigere Entgelte sind vor allem auf die Erosion der Arbeitsmarktinstitutionen beziehungsweise starke Abnahme der Tarifbindung zurückzuführen.¹⁹ Während vor 1990 etwa 80 % der Beschäftigten tarifgebunden waren, traf dies 2012 nur noch auf 60 % zu. Als Ursachen werden unter anderem die Hartz-Reformen, die Öffnung öffentlicher Märkte für private Anbieter, die Vergabe auf Basis des Preises und die Schwäche der Gewerkschaften genannt. Diese Entwicklungen führten zum unkontrollierten Vergütungswettbewerb und somit zur abnehmenden Attraktivität mancher Branchen. Die Entgeltkon-

Dezember 2014

Altenpflege



Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass sich die Fluktuation bei Beschäftigten durch die Einführung des Mindestlohns verringerte.²⁰

3. Fluktuationsproblem. Abwanderung des Personals in andere Berufe ist ein ernst zu nehmendes Problem im Pflegegesektor. Eine auf den BIBB-Daten basierende Studie²¹ argumentiert, dass nicht die fehlenden Auszubildenden, sondern hohe Fluktuationsraten den Fachkräftemangel in der Pflege am meisten verschärfen. Eine andere Untersuchung vergleicht die Situation bei Pflegeberufen in Deutschland und in Schweden und kommt zu der Schlussfolgerung, dass der Altenpflegeberuf in Deutschland weniger attraktiv als in Schweden ist und auch mehr mit der Abwanderung der Beschäftigten konfrontiert wird.²² Im Vergleich zu deutschen Altenpflegerinnen bleiben ihre schwedischen Kolleginnen länger im Job und unterbrechen ihre Berufstätigkeit seltener. Das liegt zum einen daran, dass die Vereinbarkeit von Familie

Verbesserung der personellen Situation in Pflegeeinrichtungen ab: Durch Einführung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen und Ausweitung der Weiterbildung – vor allem, um die Pflegehelferinnen an den Beruf langfristig zu binden – könnte man das Fluktuationsproblem entschärfen. Die Studie zeigt, dass gerade die weniger qualifizierten – und schlechter bezahlten – Kräfte häufig nur wenige Jahre im Beruf bleiben.

4. Zunahme der Teilzeitarbeit. Die Verkürzung der Arbeitszeit beziehungsweise die Erhöhung des Teilzeitanteils tragen zur Begrenzung des Arbeitsvolumens und somit zum Fachkräftengpass bei. In diesem Kontext ist auch die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit zu erwähnen. Da Frauen familienbedingt häufig als Teilzeitkräfte tätig sind, geht mit der Zunahme des Frauenanteils auch ein höherer Anteil an Teilzeitarbeit einher. Steigende Frauen- und Teilzeitanteile sind beispielsweise bei Ärztinnen zu beobachten. Es wird oft diskutiert, dass bei steigendem Arbeitskräftebedarf das Arbeitsvolumen durch die Erhöhung der Arbeitszeit bei Teilzeitbeschäftigten ausgeweitet werden könnte. Ob und gegebenenfalls inwieweit die Erhöhung der Stundenzahl von den Beschäftigten gewünscht ist, wird im empirischen Teil dieser Studie anhand der soziologischen Daten dargestellt.

Pflegerberufe: Prognosen und Strategien

Basierend auf Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) und des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) wird für das Jahr 2025 ein Mangel in Höhe von 152.000 Pflegekräften²³ prognostiziert.²⁴ Umgerechnet in Vollzeitäquivalente entspricht dies circa 112.000 Vollzeitkräften in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Einrichtungen. Der Bedarf für das Jahr 2025 wird auf 940.000 Pflegevollzeitkräfte eingeschätzt, denen laut Schätzungen lediglich 828.000 Pflegevollzeitkräfte auf der Angebotsseite gegenüberstehen werden. Die Experten prognostizieren, dass die fachfremden

kurrenz ist auch in den sozialen Berufen zu beobachten. In der Zeitperiode 2003 bis 2009 stiegen die Pflegesätze unterhalb der Inflationsrate an. Der Mindestlohn in der Pflege liegt deutlich unterhalb der unteren Tariflöhne (sogenannter „defensiver Mindestlohn“). Eine Evaluationsstudie über die Mindestlöhne aus dem Jahr 2011 zeigt, dass die Anhebungen der Entgelte auf die Höhe des Mindestlohns in der Regel nur die Pflegehilfskräfte betreffen. Somit tragen die Mindestlöhne nicht zur Erhöhung der Branchenattraktivität für Fachkräfte bei. Die Evaluation findet keine negativen Beschäftigungseffekte des Mindestlohns.

und Beruf in Schweden stärkere Unterstützung durch öffentliche Dienstleistungen als hierzulande findet. Dieser Aspekt ist sehr wichtig, da die große Mehrheit der Beschäftigten im Altenpflegesektor weiblich ist. Zum anderen ist die Arbeitsteilung zwischen Fachkräften und Altenpflegehelferinnen in Schweden weniger ausgeprägt als in Deutschland. In Schweden werden viele Fachkräfte dadurch gewonnen, dass man den nicht examinieren Pflegekräften den Erwerb einer Fachqualifikation durch kontinuierliche Weiterbildung ermöglicht. Aus dem Ländervergleich leiten die Wissenschaftlerinnen ihre Empfehlungen zur

Reserven, die bis jetzt für die Gewinnung des Personals erfolgreich genutzt werden, spätestens ab dem Jahr 2018 nicht mehr ausreichen werden, um die steigende Personalmachfrage zu decken. Laut der Studie könnte die Lösung für die Bedarfsdeckung darin bestehen, in Westdeutschland dieselbe Beschäftigungsstruktur wie in Ostdeutschland zu schaffen. Gemeint ist vor allem die Relation zwischen Voll- und Teilzeitkräften. Durch mehr Vollzeitkräfte könnte man die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um 9,5 % steigern, wodurch sich der Pflegekräftemangel auf 34.000 Vollzeitkräfte reduzieren könnte.

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass sich der Fachkräftemangel in der Altenpflege in den kommenden Jahren stark verschärfen wird. Nach Schätzungen der BA ist bis zum Jahr 2020 von einem Mangel von 18.800 Altenpflegekräften auszugehen.²⁵ Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) prognostiziert, dass bis zum Jahr 2020 etwa 220.000 zusätzliche Fachkräfte benötigt werden. Laut dieser Studie würde sich der Bedarf an Pflegefachkräften bis 2050 mehr als verdoppeln.²⁶ Eine andere Studie rechnet bis 2030 mit einem zusätzlichen Pflegekräftebedarf von rund 326.000 Vollzeitkräften in der Altenpflege, darunter mit etwa 140.000 Pflegefachkräften.²⁷

Bei Verwendung der Prognosen muss man jedoch berücksichtigen, dass der Fachkräfteengpass durch neue Rahmenbedingungen gemildert werden könnte. Nicht nur die demografische Entwicklung befindet sich in einem Wandel, sondern auch die Pflege selbst. In der letzten Zeit wurde eine Reihe neuer Pflegekonzepte wie beispielsweise Pflegemix oder Ambient Assisted Living entwickelt, wodurch die stationäre Pflege deutlich entlastet werden kann.²⁸

Eine starke Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials aufgrund der Alterung der Gesellschaft wird erst ab 2020 erwartet.²⁹ Während aktuell die Fachkräftengpässe zwischen den Regionen vergleichbar sind, wird es bei der Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials voraussichtlich deutliche regionale Unterschiede

geben. Die sinkende Zahl der Erwerbspersonen könnte zum Teil durch Zunahme der Erwerbstätigenquote Älterer kompensiert werden.³⁰

Die Bestandsaufnahme charakterisiert Pflege als eine wachsende Branche, die aber durch hohe Abwanderung der Beschäftigten in andere Berufe, abnehmende Arbeitszeit und unterdurchschnittliche Vergütung gekennzeichnet ist. Aufgrund des steigenden Fachkräftebedarfs wird sich das Personalproblem noch weiter verschärfen. Gleichzeitig wird man mit einem Rückgang des Arbeitskräfteangebots konfrontiert werden, da die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter sinken wird. Für die Einrichtungen und Träger stellt diese Entwicklung eine Herausforderung dar, die in den nächsten Jahren immer größer wird. Um die sozialen Dienste und Einrichtungen trotz des abnehmenden Fachkräftepotenzials fortzuführen, muss die Personalpolitik auf diese Änderungen vorbereitet sein.³¹

Strategien gegen den Fachkräftemangel aus der Sicht der Caritas

Die Erhebungen der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas der letzten Jahre zeigen, dass sich die Personalgewinnung seit 2007 deutlich schwieriger gestaltet.³² Da die demografische Entwicklung nur langfristig umkehrbar ist, müssen andere Lösungsansätze entwickelt werden. Die Strategien der Caritas werden in der „Positionierung des Deutschen Caritasverbandes zum Fachkräftemangel in Ausbildungsberufen im Sozial- und Gesundheitswesen“ dargestellt.³³

Die Schrumpfung des Erwerbspersonenpotenzials könnte durch verstärkte Zuwanderung und die Ausweitung der Erwerbsbeteiligung gemildert werden. Der Deutsche Caritasverband nennt folgende Möglichkeiten zur Erhöhung der Erwerbsbeteiligung:

- Gewinnung von Berufsrückkehrerinnen,
- Vollzeit statt Teilzeit,
- Ausweitung der Erwerbstätigkeit von Frauen,

Ausweitung der Erwerbstätigkeit von älteren Personen.

Diese Ziele können jedoch wiederum nur durch eine Ausweitung der sozialen Dienstleistungen erreicht werden, denn eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfordert mehr Dienstleistungen in der Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen der Beschäftigten.

Die Träger, aber auch die Politik müssen in den kommenden Jahren Überlegungen treffen, wie man die Aufgaben im Sozialsystem trotz Fachkräftemangel weiterhin leisten kann. Die Träger könnten zur Lösung des Problems beitragen, indem sie optimale Bedingungen für ihre Mitarbeiterinnen schaffen. Eine wichtige Rolle spielen dabei das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Etablierung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen. Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten und Aufstiegsmöglichkeiten spielen neben der Vergütung eine wichtige Rolle für die Attraktivität eines Berufs.

Auf der anderen Seite müssen seitens der Politik auf Bundes- und Landesebene erforderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um soziale Berufe attraktiver zu gestalten. In ihrer Positionierung zum Fachkräftemangel beschreibt der Deutsche Caritasverband die Maßnahmen, mit denen politisch Verantwortliche den Fachkräftemangel entschärfen könnten. Neben der Bestandsaufnahme und Bewertung der aktuellen Situation werden zu jedem Schwerpunkt auch die Lösungsoptionen genannt. Wie die Bestandsaufnahme nahelegt, besteht ein relativ großer Spielraum für die Politik, um die Rahmenbedingungen zu verbessern.

Im Folgenden werden die Schwerpunkte aus dem Positionierungspapier des Deutschen Caritasverbandes und weitere Lösungsansätze dargestellt.

Ausbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten

Trotz des Fachkräftemangels wird in einigen Bundesländern die Anzahl der Ausbildungsplätze begrenzt. Außerdem wird in einigen Bundesländern Schulgeld an den

Berufsfachschulen für Altenpflege, Erzieherinnen und Heilerziehungspflege erhoben. Das wirkt sich negativ auf die Attraktivität der Ausbildung aus und kann dazu führen, dass potenzielle Interessent(inn)en aus finanziellen Gründen dem Arbeitsmarkt für soziale Berufe fernbleiben. Die Caritas fordert die Aufhebung von jeglichen Begrenzungen der Ausbildungskapazitäten sowie die Abschaffung des Schulgeldes.

Gewinnung der Fachkräfte aus dem Ausland

Angesichts des Fachkräftemangels wird diskutiert, den Arbeitsmarkt für die Fachkräfte aus dem Ausland – insbesondere für die Mangelberufe – zugänglich zu machen. Bei der Arbeitsmigration müssen jedoch nicht nur der Bedarf des deutschen Arbeitsmarktes, sondern auch die Folgen der Fachkräftemigration in den Herkunftsländern berücksichtigt werden. Um eine Anwerbung aus dem Ausland zu vereinfachen, müsste der rechtliche Rahmen an die aktuelle Arbeitsmarktsituation angepasst werden. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist ebenso eine wichtige Voraussetzung dafür, den Standort Deutschland für Pflegekräfte attraktiver zu machen.³⁴

Ausreichende Finanzierung und Refinanzierung der Dienstleistungen

Durch unzureichende Berücksichtigung der Tarifierhöhungen bei Festlegung der Vergütungssätze entsteht finanzieller Druck auf die Personalkosten. Der Druck auf die Leistungsentgelte gefährdet die Wettbewerbsfähigkeit der sozialen Berufe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und wirkt sich negativ auf deren Attraktivität aus. Als Lösungsoptionen werden in diesem Zusammenhang die Anerkennung von Tarifregelungen bei Entgeltverhandlungen, ein fairer Mindestlohn für die unteren Lohngruppen und Berücksichtigung der Ausbildungskosten bei den Entgelten aller Einrichtungen genannt.

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen und Wiedereinstieg

Um familienbedingte Begrenzungen des

Arbeitsangebotes zu reduzieren, sind eine Ausweitung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten und bessere Bedingungen für den beruflichen Wiedereinstieg erforderlich. Zu den Lösungsansätzen gehören außerdem eine steuerliche Absetzbarkeit der gesamten Kinderbetreuungskosten (bis zu 6000 Euro pro Kind und Jahr), Wiedereinstiegsprogramme für Berufsrückkehrerinnen mitfinanziert durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die Einführung eines Rechtsanspruches auf Familienpflegezeit. Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit wurde im Dezember 2014 vom Deutschen Bundestag beschlossen.³⁵

Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe

Ohne attraktive Arbeitsplätze in der Pflege, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen und altersgerecht gestaltet sind, können die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft kaum bewältigt werden. Um mehr jüngere Menschen für diesen Beruf zu gewinnen und die Beschäftigten zu einem längeren Verbleib im Beruf zu motivieren, muss die Pflege attraktiver gestaltet werden. Dieses Ziel kann nur durch eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreicht werden, so dass Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten möglichst bis ins Rentenalter erhalten bleiben (INQA, 2007a, b). Für bessere und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen in der Pflege setzt sich die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) in ihrem Thematischen Initiativkreis (TIK) „Gesund Pflegen“ ein.³⁶ „Gesund Pflegen“ unterstützt Einrichtungen bei der Entwicklung und Umsetzung von gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und hat dabei nicht nur die Gesundheit, sondern auch die persönliche Entwicklung im Beruf im Blick. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist Mitgründer dieses Initiativkreises und hat zusammen mit den Kooperationspartnern praktische Konzepte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche entwickelt.

Darüber hinaus könnten Maßnahmen wie eine Reduktion des bürokratischen Aufwands in den Einrichtungen, eine Erhöhung des Spektrums bei der Wahl der Fachbereiche beziehungsweise der Arbeitsfelder durch die Kompetenzanerkennung sowie eine Steigerung des Männeranteils in der sozialen Arbeit zur Erhöhung der Attraktivität der sozialen Berufe beitragen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege führte in den letzten Jahren eine Reihe von Projekten durch, von denen sich viele mit der Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe beschäftigten.³⁷

Moderne Pflege- und Assistenzkonzepte

Neben den Maßnahmen, die auf eine Erhöhung der Anzahl der professionell Pflegenden abzielen, sind in den letzten Jahren eine Reihe innovativer Konzepte an der Schnittstelle zwischen professioneller und informeller Versorgung entstanden, die den Menschen mit Assistenz- oder Pflegebedarf ein langes und selbstbestimmtes Leben zu Hause ermöglichen.

Viele pflegebedürftige Menschen wünschen in ihrer privaten gewohnten Umgebung zu bleiben und durch Angehörige gepflegt zu werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird sowohl von den Bürgern als auch seitens des Staates präferiert. Das informelle Pflegepotenzial geht jedoch aufgrund der demografischen Entwicklung, der Änderung der familiären Strukturen und der steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen zurück. Heute wird jeder dritte Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung versorgt. Fachkräftengpässe auf der einen Seite und Präferenzen von Bürgern und Politik auf der anderen Seite legen jedoch nahe, nach alternativen Lösungen zu suchen. Eine davon ist das Konzept „Pflegemix der Zukunft“.³⁸ Dieser Ansatz beschreibt, wie die Pflege durch einen Mix aus professionellen, niedrigschwelligen und informellen Versorgungsangeboten ressourcenschonend und effizient gestaltet werden kann.

Mit einer Entlastung der professionellen Pflege durch informelle Pflege und Kombinationsleistungen könnte die stationäre Versorgung bis 2020 von 30 % auf 21 % reduziert werden. Der Fachkräftemangel in der Pflege könnte dadurch um etwa 38 % gesenkt werden. Moderne Pflegekonzepte wie etwa neue Wohn- und Betreuungsformen, Quartierskonzepte und Genossenschaftsmodelle können im Rahmen des Pflegemix eingesetzt werden.

Einen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflege und zur Entwicklung einer neuen Pflegekultur leistet das Projekt „Pflegebegleiter“. In diesem Projekt wurde durch das Forschungsinstitut Geragogik (Witten) ein neuer Ansatz entwickelt, in dem pflegende Angehörige durch speziell qualifizierte Freiwillige begleitet und unterstützt werden.³⁹ Die Freiwilligen übernehmen dabei eine „Brückenfunktion“ und helfen den Angehörigen, ein persönliches Netzwerk („Pflegemix“) zu bilden, das die Versorgung und Pflege zu Hause entlastet. Nach Projektabschluss wurde die Idee der Pflegebegleitung in einem bundesweiten „Netzwerk Pflegebegleitung“ aufgegriffen und weiterverfolgt.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich für einen Pflegemix ein, in dem neben den professionell tätigen Pflegefach- und Hilfskräften auch Betreuungskräfte zum Einsatz kommen sollen. Zudem müssen ehrenamtliche Strukturen noch stärker gefördert werden, um auf Dauer die Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlich Tätiger in den Einrichtungen, Diensten und Angeboten sicherstellen zu können.⁴⁰ Ein weiteres Konzept, Ambient Assisted Living (AAL), umfasst Methoden, innovative Technologien und Assistenzsysteme, die insbesondere älteren, assistenz- oder betreuungsbedürftigen Menschen ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben in einer privaten Umgebung zu führen. Mit Hilfe moderner Technologien werden „intelligente Umgebungen“ geschaffen, die an die Bedürfnisse des Benutzers angepasst sind, um ihn im Alltag zu unterstützen und seine Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu erleichtern.⁴¹ Caritas versteht

sich als Teil einer Sozialbewegung vor Ort und arbeitet daran, dass assistenzbedürftige Menschen Teil des Gemeinwesens bleiben. Durch den Einsatz von Assistenztechnologien kann die Gemeinwesenorientierung der Caritas optimiert werden.

Die Umsetzung dieser Konzepte wird durch die Verbesserung der arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen unterstützt. Durch das neue Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, erhalten Beschäftigte mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um Pflege der Angehörigen und Beruf zu vereinbaren.⁴²

Auch seitens der Betriebe müssen Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehörigen getroffen werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) informiert über die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege und die Möglichkeiten einer betrieblichen Unterstützung. Zu betrieblichen Maßnahmen gehören beispielsweise flexible Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung, Information, Beratung und Vermittlung, Bereitstellung von direkten Serviceleistungen durch den Betrieb, finanzielle Unterstützung und Management-Training.

Auch für die Tarifpolitik stellt der demografische Wandel eine Herausforderung dar.⁴³ Nützliche Anregungen könnte ein Vergleich mit anderen Branchen geben, die auch „rund um die Uhr“ arbeiten. Das sind beispielsweise die Stahlbranche und die chemische Industrie in Deutschland. Die Tarifpartner der beiden Branchen wählten zur Finanzierung der Kosten des demografischen Wandels den sogenannten Demografiefonds. Der Demografiefonds ist ein auf die Betriebe bezogener Topf, in dem Demografiebeiträge gesammelt werden. Die Mittel werden zur Finanzierung der Instrumente für die Gestaltung des demografischen Wandels verwendet. Der erste Demografie-Tarifvertrag wurde 2006 in der Eisen- und Stahlindustrie abgeschlossen, ihm folgte 2008 die chemische Industrie. Aus diesen

Mitteln werden die Instrumente wie Altersteilzeit, Teilrente, Berufsunfähigkeitszusatzversicherung und tarifliche Altersvorsorge finanziert. Die Finanzierung der Demografiefonds variiert über die Branchen: Während in der deutschen Eisen- und Stahlindustrie der Fonds gleichermaßen durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert wird, trägt in der chemischen Industrie allein der Arbeitgeber die finanzielle Last. Die Tarifpolitik der Caritas orientiert sich unter anderem an der Entwicklung im öffentlichen Dienst. Aktuell werden dort eher bereichsspezifische Lösungen gesucht, Demografiefonds in den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes sind kurz- bis mittelfristig nicht zu erwarten.

Ausbildung und Weiterbildung im Pflegesektor

Angesichts des bundesweiten Fachkräftemangels gewinnt die Förderung der beruflichen Weiterbildung im Pflegebereich immer mehr an Bedeutung. Die Qualifizierung von Altenpflegekräften wird durch umfangreiche Weiterbildungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit unterstützt. Nach einem Rückgang der Eintrittszahlen im Jahr 2010 – bedingt durch den allgemeinen Rückgang der Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik – steigen die Eintrittszahlen seit 2011 wieder an. Dabei nimmt der Anteil der Weiterbildungen der BA, die zu einem examinierten Abschluss führen, immer mehr zu. Jede fünfte begonnene Maßnahme im Altenpflegesektor wurde durch die BA gefördert, 2010 war es sogar jede dritte Maßnahme. Mit Unterstützung der BA haben 2013 rund 7000 Altenpflegekräfte ihre Qualifizierung abgeschlossen.

Zur Sicherung des Fachpersonals in der Altenpflege hat die Bundesregierung im Dezember 2012 eine umfassende Initiative unter dem Titel „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ gestartet.⁴⁴ Zu den rund 30 Partnern der Offensive zählt auch der Deutsche Caritasverband. Im Vereinbarungstext sind Zielvereinbarungen zu den zehn Handlungsfeldern formuliert, die sich zum großen Teil

mit der oben skizzierten Positionierung der Caritas überschneiden. Der Abschlussbericht der Qualifizierungsoffensive wird auf einer gemeinsamen Abschlussveranstaltung im Jahr 2016 vorgestellt.

Nach Angaben der BA befanden sich im Juni 2014 über 82.000 Personen in der Krankenpflege- und über 48.200 in der Altenpflegeausbildung.⁴⁵ Die Zentralstatistik der Caritas zählte Ende 2012 33.000 Auszubildende in den Einrichtungen und Diensten der Caritas. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist die Zahl der Auszubildenden und Schülerinnen um etwa 5 % gestiegen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Gesundheits- und Altenhilfe. Auf diese Fachbereiche entfallen insgesamt 84 % der Auszubildenden in der Caritas.⁴⁶ Nach dem Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege, das im März 2013 in Kraft getreten ist, wird für Menschen mit Vorerfahrung in der Pflege eine auf zwei Jahre verkürzte Qualifizierung vorgesehen. Menschen ohne Pflegevorkenntnisse können an einer dreijährigen Umschulung teilnehmen, die durch die Bundesagentur für Arbeit finanziert wird.⁴⁷

Um der aktuellen Entwicklung Rechnung zu tragen und die Pflegeberufe attraktiver zu machen, wird von der großen Koalition eine Reform der Pflegeausbildung geplant. Im Jahr 2015 wurde ein neues „Pflegeberufegesetz“ auf den Weg gebracht, mit dem eine gemeinsame Ausbildung aller Pflegeberufe eingeführt werden soll. Das neue Gesetz soll die Kranken- und Altenpflegeausbildung zusammenlegen, um den Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege zu erleichtern und den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Nach Abschluss einer gemeinsamen Grundausbildung ist eine darauf aufbauende Spezialisierung für die Alten-, Kranken- oder Kinderkrankenpflege vorgesehen. Bisher gibt es für die drei Berufe getrennte Ausbildungen.⁴⁸ Caritas, Fachverbände und Diakonie haben sich bereits vor Jahren für eine Reform der Pflegeausbildung ausgesprochen. Sie sehen in der Reform eine Chance, den Beruf zu moder-

nisieren und zu flexibilisieren, was zur Attraktivität des Berufes beiträgt.⁴⁹

Die aktuellen Entwicklungen im Pflegebereich machen eine Klärung beziehungsweise Neuabgrenzung von Zuständigkeitsbereichen nicht nur zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen, sondern auch innerhalb der Pflegeberufe notwendig. Massive Verdichtungen der Pflegeaufgaben erfordern, die Aufgaben in Betreuungs- und Pflegeleistungen zu splitten.⁵⁰ Das Ausbildungssystem muss ebenfalls darauf eingehen, dass die Tätigkeitsfelder der sozialen Arbeit und des Gesundheitssystems in Zukunft auf eine Mischung aus verschiedenartig qualifizierten Arbeitskräften und Helferinnen aus dem nicht-beruflichen Hilfesystem angewiesen sind („Personalmix“) und deshalb Mitarbeiterinnen aller Qualifikationen brauchen. Dazu müssen modular und aufeinander aufbauende Bildungspläne geschaffen werden. Diese müssen dann von der nicht-akademischen bis zur akademischen Ausbildung ineinandergreifen. Für diese Zusammenarbeit ist ein Professionsverständnis erforderlich, das den Pflegekräften vermehrt Steuerungsfunktionen und den Assistentinnen sowie nicht-beruflichen Helferinnen vermehrt Ausführungsfunktionen zuordnet. Den Pflegefachkräften käme somit eine Planungs-, Überwachungs-, Koordinierungs- und Schnittstellenfunktion zu.⁵¹

2. Erziehungsberufe

Die Erziehungsberufe befinden sich neben der Pflege in einer Wachstumsphase, ein Fachkräftemangel ist jedoch nicht zu erkennen. Während das Wachstum im Pflegektor durch demografische Entwicklung bedingt ist, steigt die Nachfrage nach Erzieherinnen infolge von familienpolitischen Reformen. Durch das Kinderförderungsgesetz (KiFöG) wurde ab dem 1. August 2013 ein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder unter drei Jahren eingeführt.⁵² Mit diesem Gesetz wurden Weichen für die Beschäftigungszunahme in den Erziehungsberufen

gestellt. Um Voraussetzungen für die Gewährleistung des Rechtsanspruchs zu schaffen, wurden in den letzten Jahren die Kinderbetreuungseinrichtungen massiv ausgebaut. Das führte zu einer deutlichen Steigerung sowohl bei der Zahl der betreuten Kinder als auch des Erziehungspersonals. Im Zeitraum 2008 bis 2014 stieg die Zahl der betreuten Kinder um mehr als 250.000. Besonders stark ist der Zuwachs in der Gruppe der unter dreijährigen Kinder ausgefallen (plus 79 %).⁵³

Arbeitsmarkt der Erziehungsberufe

Am 1. März 2014 waren bundesweit 527.400 Menschen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung beschäftigt. Darüber hinaus waren 44.000 Betreuungskräfte als Tagesmütter oder -väter tätig.⁵⁴ Im Vergleich zum Vorjahr entspricht das einem Beschäftigungszuwachs von 6 %, gegenüber dem Jahr 2008 ist die Zahl der Beschäftigten sogar um 38 % gestiegen (s. Abbildung 4, S. 12). Zum Vergleich: Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aller Berufsgruppen erhöhte sich lediglich um 2 % gegenüber dem Vorjahr und um 9 % gegenüber 2008. Zwar nimmt die Beschäftigung im Erziehungssektor bundesweit zu, der Anstieg in den westlichen Bundesländern fällt jedoch wesentlich höher als in Ostdeutschland aus, wo das Ausgangsniveau der Kinderbetreuung – historisch bedingt – höher war.⁵⁵

Auch beim Niveau der Kinderbetreuung beziehungsweise der Fachkräftedichte sind regionale Unterschiede zu beobachten: Während 2011 in Hamburg neun sozialversicherungspflichtig beschäftigte Erziehungskräfte je 100 Kinder registriert wurden, zählte man in Berlin und Brandenburg mehr als 14 Erziehungskräfte je 100 Kinder. Tendenziell ist die Fachkräftedichte in östlichen Bundesländern höher als in westlichen. Die niedrigste Fachkräftedichte wurde 2011 im Norden des Landes beobachtet (Hamburg und Schleswig-Holstein).

Das Beschäftigungsniveau in den Erziehungsberufen hängt eng mit der Betreuungsintensität zusammen. Nach Angaben

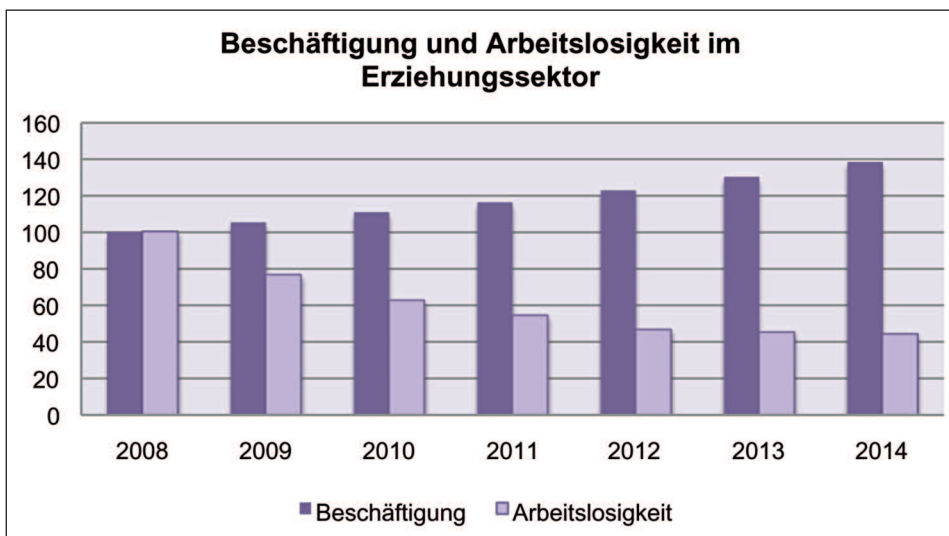


Abb. 4: Arbeitsmarktentwicklung im Erziehungssektor, Index (2008 = 100). Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosigkeit), Statistisches Bundesamt (Beschäftigung), Bundesagentur für Arbeit, 2014c.

des Statistischen Bundesamtes wurden im März 2014 3,29 Millionen Kinder unter sechs Jahren in einer Kindertageseinrichtung oder in einer öffentlich geförderten Kindertagespflege betreut. Bezieht man die Zahl der betreuten Kinder auf die Gesamtzahl der Kinder der jeweiligen Altersgruppe, ergibt sich eine Betreuungsquote von 93,6% für die Gruppe der Drei- bis Sechsjährigen und 32,3% für Kinder unter drei Jahren. Die Betreuungsquoten weisen erhebliche Variation über die Regionen auf. Die Betreuungsintensität ist traditionell höher in den ostdeutschen Bundesländern. Das gilt für die beiden Altersgruppen der unter Dreijährigen und der drei- bis sechsjährigen Kinder, insbesondere aber für die unter Dreijährigen. Während in den westlichen Bundesländern nur 27,4% der Kinder im Alter unter drei Jahren in einer Tagesbetreuung sind, liegt dieser Anteil im Osten bei 52%. Die Betreuungsquoten der Drei- bis Sechsjährigen sind im Westen und Osten vergleichbar (93,1% und 95,5%). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren um drei Prozentpunkte gestiegen, der Zuwachs gegenüber 2008 betrug sogar 15 Prozentpunkte (s. Abbildung 4).

Kinderbetreuung und -erziehung ist nach wie vor hauptsächlich ein Frauenberuf.

Im Jahr 2014 lag die Frauenquote bei 95%. Zwar steigt die Zahl der Männer im Erziehungssektor, ihr Anteil ist aber immer noch sehr niedrig. Der Beschäftigungszuwachs im Vergleich zu 2008 betrug bei Männern 102%, während er bei Frauen nur 36% ausmachte. Der Anteil der männlichen Erzieher weist starke regionale Variation auf.

In der Kinderbetreuung und -erziehung arbeiten mehr Teilzeit- als Vollzeitkräfte, was nicht zuletzt auf den hohen Frauenanteil zurückzuführen ist. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten lag 2014 bei 60% und überstieg somit den Teilzeitanteil in der Pflege (alle Berufe: 25%). Zum Vergleich: 2001 waren nur 40,6% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Erziehungssektor als Teilzeitkräfte tätig. Seit 2007 gibt es mehr Teilzeit- als Vollzeitbeschäftigte in den Erziehungsberufen. Während die Zahl der Teilzeitbeschäftigten permanent stieg, sank die Zahl der Vollzeitkräfte leicht bis 2007. Seit 2008 weisen die beiden Gruppen eine steigende Tendenz auf. Gegenüber 2008 ist die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 34% gestiegen, der Beschäftigungszuwachs bei Vollzeitkräften erreichte 42%. Die Teilzeitquote fällt bei Männern deutlich geringer als bei Frauen aus (36% beziehungsweise 54%

im Jahr 2011). Im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufe ist dieser Anteil jedoch in beiden Gruppen überdurchschnittlich hoch.

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit variiert stark. Fast 20% der Beschäftigten üben eine vollzeitnahe Tätigkeit aus (32 bis unter 38,5 Wochenstunden). Jede Vierte in diesem Sektor arbeitet wöchentlich 21 bis unter 32 Stunden. 12% der Beschäftigten arbeiten weniger als 21 Wochenstunden, bei 3% der Erzieherinnen liegt die Arbeitszeit unter zehn Stunden pro Woche.

In Bezug auf die Qualifikation zeigt sich, dass 67% der Beschäftigten in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung über einen Berufsabschluss „Erzieherin“ verfügen. Der zweithäufigste Abschluss ist „Kinderpflegerin“ (12%). Dieser Abschluss qualifiziert für die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern.

Die Arbeitslosigkeit im Erziehungssektor ist in den letzten Jahren überproportional zurückgegangen (Erziehungsberufe: minus 55% im Vergleich zu 2008; alle Berufe: minus 19%). Zwischen Juli 2013 und Juni 2014 waren durchschnittlich 24.200 Personen mit dem Zielberuf Erzieherin arbeitslos gemeldet.⁵⁶ 54% davon strebten eine Tätigkeit als Fachkraft an. Die Struktur der Arbeitslosen bei Erziehungsberufen unterscheidet sich von der in den Pflegeberufen, wo eine große Mehrheit der Arbeitslosen keine examinierten Fachkräfte sind.

Die Zahl der gemeldeten offenen Stellen in dieser Branche hat sich in den letzten fünf Jahren mehr als verdoppelt, bleibt aber im Verhältnis zum Beschäftigungsniveau überschaubar. Die Nachfrage nach Erzieherinnen nahm dabei deutlich stärker zu als die nach Kinderpflegerinnen (s. Abbildung 5, S. 13). Im Jahresdurchschnitt (Juli 2013 bis Juni 2014) waren rund 8000 freie Arbeitsstellen im Erziehungssektor gemeldet. Bei den meisten Stellenangeboten handelte es sich um Fachkraftstellen, lediglich 4% der Stellenangebote richteten sich an Hilfskräfte. 90% der Fachkraftstellen waren für Erzieherinnen

gemeldet und lediglich 10% für Kinderpflegerinnen. Die Relation zwischen der Anzahl der Arbeitslosen und gemeldeten offenen Stellen wird im Zeitverlauf immer kleiner, bei Erzieherinnen gleichen sich die beiden Größen an.

Die Mehrheit der arbeitslosen Erzieherinnen sucht eine Vollzeitstelle (72%), bei Kinderpflegerinnen beträgt dieser Anteil 71%. Bei Stellenangeboten gibt es jedoch deutlich weniger Vollzeitstellen (Erzieherinnen: 62%, Kinderpflegerinnen: 58%). Zwar ist der Anteil der Vollzeitangebote in der letzten Zeit gestiegen, jedoch bleibt dieser weit unter dem durchschnittlichen Anteil der gemeldeten Vollzeitstellen aller Berufe (84%).

Die Analysen der Bundesagentur für Arbeit (BA) legen nahe, dass es im Erziehungssektor neben den 13.000 arbeitslosen Fachkräften ein weiteres Fachkräftepotenzial gibt. Im Zeitraum Juli 2013 bis Juni 2014 gab es im Schnitt zusätzlich 8600 Arbeitslose, die über eine Ausbildung in einem Erziehungsberuf verfügten. Aus verschiedenen Gründen gaben diese Personen einen anderen Beruf als Zielberuf an. Außerdem waren in dieser Periode weitere 15.000 Personen als arbeitsuchend (aber nicht arbeitslos) mit dem Zielberuf Fachkraft in der Kinderbetreuung und -erziehung bei der Bundesagentur gemeldet. Insgesamt gab es im Schnitt 36.700 Arbeitsuchende, die für eine

Tätigkeit im Erziehungsbereich geeignet waren.

Engpassbetrachtung

Aktuell ist kein flächendeckender Fachkräftemangel bei Erziehungsberufen erkennbar. Zwar steigt die Vakanzzeit seit 2008 kontinuierlich an, sie liegt aber deutlich unter dem Durchschnitt aller Berufe. Das bedeutet, dass offene Stellen in der Regel zeitnah besetzt werden können. Die gemeldeten Stellen für Erzieherinnen bleiben durchschnittlich 51 Tage vakant, bei den Stellen für Kinderpflegerinnen beträgt die Vakanzzeit nur 42 Tage. Zugleich liegt die Vakanzzeit im Durchschnitt aller Berufe bei 79 Tagen (Fachkraftstellen, Stand: September 2014). Obwohl die Vakanzzeit über die Regionen variiert, bleibt sie im Schnitt relativ niedrig. Die Fachkräftesituation ist bei Erziehungsberufen weniger angespannt als in der Pflege.

Auf 100 gemeldete Stellen kommen im Durchschnitt 169 Arbeitslose mit dem entsprechenden Zielberuf. Es gibt dabei deutliche Unterschiede zwischen Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen. Während bei Erzieherinnen lediglich 118 arbeitslose Fachkräfte auf 100 gemeldeten Stellen kommen, beträgt dieses Verhältnis bei Kinderpflegerinnen 614:100. Obwohl die Arbeitslosen-Stellen-Relation in einigen Bundesländern unter 100 liegt (Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen), wird daraus aufgrund der relativ niedrigen Vakanzzeit kein akuter Fachkräftengpass abgeleitet. Mit den Themen Fachkräftemangel und Fachkräftegewinnung beschäftigte sich das Projekt „Erziehungshilfe 2.0 macht Spaß!“, das im Rahmen des Programms „rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ (2012 bis 2014) durchgeführt und durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert wurde.⁵⁷ In einer internen Erhebung wurden katholische Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfe in NRW zu den Themen Fachkräftemangel, Kooperationen mit Schulen und Fach(hoch)schulen sowie Personalkonzepten befragt. →

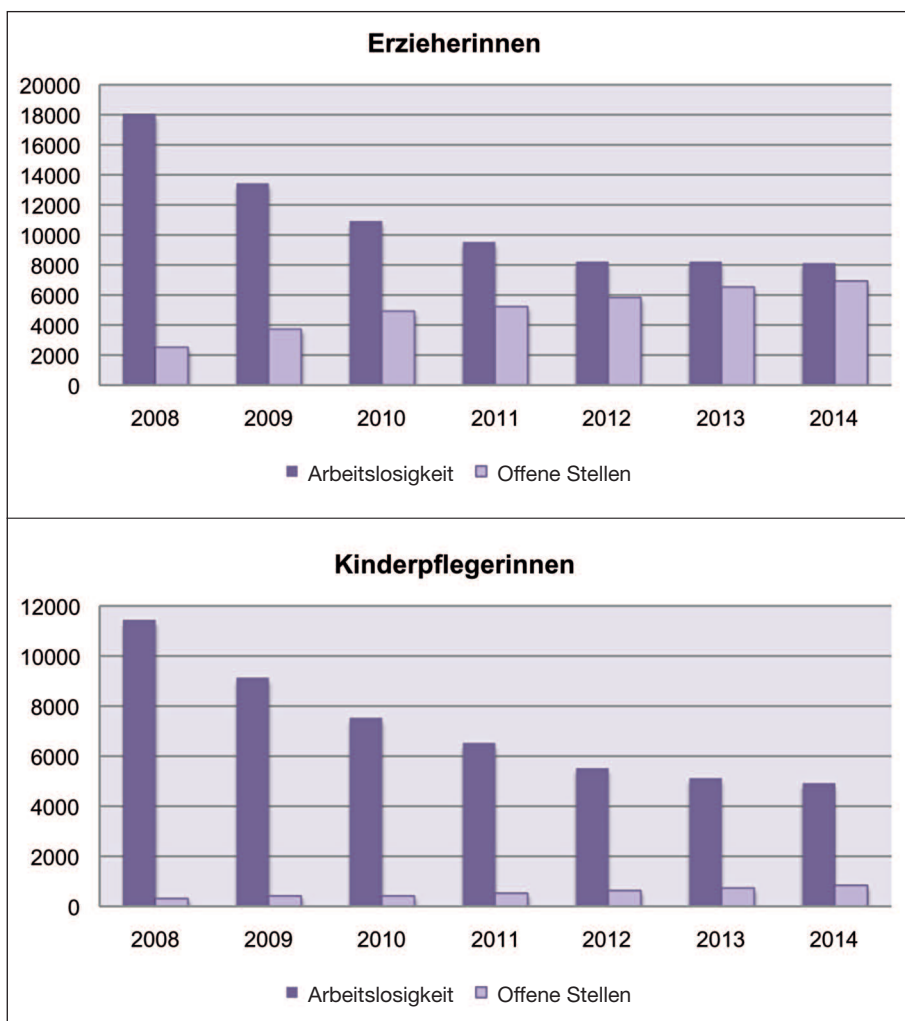


Abb. 5: Arbeitslosigkeit und offene Stellen bei Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen. Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit, 2014 c, eigene Darstellung.

Fast die Hälfte der befragten Einrichtungen (48,1 %) gab an, in den letzten drei Jahren verstärkte Probleme bei der Stellenbesetzung zu haben. 6,2 % der Stellen konnten nicht neu besetzt werden. Bei 11,8 % der Einrichtungen hatte das eine Reduktion des pädagogischen Angebots zur Folge. Als Ursachen für den Fachkräftengpass wurden ein Mangel an passenden Bewerber(inne)n (31,5 %), die Arbeitsbedingungen (28,3 %), die Vergütung (18,9 %) und die örtlichen Gegebenheiten (11 %) genannt.

85,1 % der Erziehungsberatungen gaben an, kein Personalkonzept zu haben, dagegen haben 56,3 % der stationären Erziehungshilfeeinrichtungen ein Personalkonzept. Zu einem Personalkonzept gehören Kontakte und weitere Maßnahmen, die Einbindung und Weiterbildung von Nachwuchskräften verstetigen sollen. Die Hälfte aller Einrichtungen und Dienste sieht sich für ihre personelle Zukunft angesichts eines möglichen Fachkräftemangels nicht gerüstet. Dagegen sehen 66,7 % der Erziehungsberatungen und 61,4 % der stationären Erziehungshilfeeinrichtungen der aktuellen Entwicklung positiv entgegen.

Prognosen

Nach Angaben der BA sehen die Bundesländer auch in den nächsten Jahren einen hohen Fachkräftebedarf in der Kinderbetreuung und -erziehung. Auf Basis einer Umfrage der BA bei den Ländern geht man bis zum Jahr 2016 von einem Mangel von rund 20.400 Erzieherinnen aus (Stand: 31. März 2014). Dagegen rechnet eine andere, langfristig ausgelegte Prognose bis 2030 mit einem Rückgang der Beschäftigung im Erziehungssektor um 180.000.⁵⁸

Die Dynamik und der Umfang der Nachfrage nach Fachkräften in der Zukunft lassen sich aus heutiger Sicht nicht eindeutig einschätzen. Einerseits muss berücksichtigt werden, inwieweit dem Betreuungsbedarf bereits Rechnung getragen wurde. Sollte die Kinderbetreuung weiter ausgebaut werden, dürfte sich die Suche nach Fachkräften in naher

Zukunft etwas schwieriger gestalten. Andererseits hängt der Fachkräftebedarf auch von der Qualität beziehungsweise vom Betreuungsniveau ab. Die Bertelsmann-Stiftung empfiehlt, bundesweit einheitliche Qualitätsstandards für Kitas einzuführen, und kommt zu dem Ergebnis, dass eine Verbesserung der Betreuungsrelation einen zusätzlichen Bedarf von knapp 120.000 Fachkräften (in Vollzeitäquivalenten) nach sich ziehen würde.⁵⁹

Die Personalpolitik muss außerdem das Fluktuationsproblem im Erziehungssektor berücksichtigen. Eine Studie für Bayern zeigt, dass der Verbleib im Ausbildungsberuf bei Erzieherinnen einen rückläufigen Trend aufweist und viel niedriger als bei Krankenschwestern ist. Dagegen liegen die Verbleibquoten bei Erzieherinnen und Altenpflegerinnen relativ nah beieinander. Mögliche Gründe für Berufswechsel könnten Arbeitsbedingungen oder Vergütung sein.⁶⁰

Strategien und Lösungsansätze gegen den Fachkräftengpass

Der Ausbau der Kinderbetreuung infolge der veränderten Rechtslage ist wichtig, bedeutet aber für die Praxis, dass in kurzer Zeit eine Vielzahl zusätzlicher Fachkräfte zu qualifizieren oder die vorhandenen Reserven besser auszuschöpfen sind. Die Analysen zeigen, dass es unter den Arbeitslosen ein hohes Potenzial an qualifizierten Erziehungskräften gibt, die aber aktuell keine Tätigkeit in diesem Bereich anstreben.⁶¹ Andererseits wird diskutiert, ob der Zusatzbedarf zum Teil durch Personen ohne einschlägige Berufsausbildung gedeckt werden kann, zum Beispiel durch Qualifizierung von Arbeitslosen aus dem SGB III und SGB II. Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung untersucht, inwieweit die Nachfrage nach Fachkräften in den Erziehungsberufen durch diese Reserve gedeckt werden könnte.⁶² Die Studie betrachtet Leistungsbezieher im SGB II, die aufgrund ihrer Ausbildung oder Vorstellungen über den künftigen Beruf für

eine Tätigkeit im Erziehungssektor ansprechbar sind. Die Ergebnisse zeigen, dass im SGB II ein gewisses Potenzial vorhanden ist. Mit Hinblick auf die hohen Ansprüche des Berufs darf man dieses Potenzial jedoch nicht überschätzen. In kurzer Zeit könnten hier nur wenige Personengruppen erschlossen werden. Dazu zählen zum Beispiel gut ausgebildete Fachkräfte, die aufgrund von Erwerbsunterbrechungen oder ausländischen Bildungsabschlüssen beziehungsweise Sprachhemmnissen in der letzten Zeit diesem Beruf ferngeblieben sind.

Die Analysen der BA legen nahe, dass der hohe Anteil der Teilzeitbeschäftigten eine weitere Möglichkeit bietet, die Fachkräftenachfrage durch die Ausweitung des Arbeitsvolumens zu decken.⁶³ Darüber hinaus stellt eine Weiterqualifizierung der Kinderpflegerinnen zu Erzieherinnen eine Möglichkeit zur Deckung des Fachkräftebedarfs dar, zumal die Zahl der arbeitslosen Kinderpflegerinnen relativ hoch ist.

Ausbildung und Weiterbildung im Erziehungsbereich

Im Hinblick auf die steigende Nachfrage nach Fachkräften im Erziehungssektor unterstützt die BA die Bemühungen der Bundesregierung, den Fachkräftebedarf zu decken. Zum einen fördert die BA Weiterbildungen für Menschen mit Vorerfahrung in diesem Beruf. Zum anderen werden die Qualifizierungsmaßnahmen auch Personen angeboten, die in diesen Beruf neu einsteigen möchten. Im Rahmen der Initiative „Zusätzliche Qualifizierung von Erzieherinnen“ werden durch die BA geeignete Kandidatinnen für eine Weiterbildung gewonnen. Die Eintrittszahlen bei Weiterbildungen im Erziehungsbereich weisen in den letzten Jahren eine steigende Tendenz auf. Darüber hinaus werden durch die BA auch Personen unterstützt, die eine Abschlussprüfung zur Erzieherin nachholen möchten. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes schließen jährlich etwa 16.000 Personen eine Erziehungsausbildung ab, die Tendenz ist steigend.⁶⁴

Von der Bundesregierung wurde eine Expertengruppe zur Fachkräftegewinnung in der Kindertagesbetreuung eingesetzt, in der die Experten von Bund und Ländern, freien und öffentlichen Trägern (darunter auch der Deutsche Caritasverband), Fachschulverbänden, Gewerkschaften und Arbeitgebern sowie weitere Fachleute vertreten sind.⁶⁵ Die Experten sondieren Handlungsbedarfe bei den Rahmen- und Arbeitsbedingungen sowie bei der Gewinnung und Qualifizierung von Fachkräften und leiten auf Basis dieser Erkenntnisse ihre Empfehlungen ab. Die Empfehlungen sind in vier Handlungsfelder aufgeteilt:

Ausbau und Nutzen vorhandener personeller Ressourcen (unter anderem durch Rückgewinnung von Erwerbsunterbrecherinnen und Berufsaussteigerinnen, Erhöhung des Beschäftigungsvolumens bei Teilzeitkräften, Weiterqualifizierung von Kinderpflegerinnen, leichtere Anerkennung von Auslandsabschlüssen);

Gewinnung der Fachkräfte aus vergleichbaren Berufsgruppen (zum Beispiel Kindheitspädagoginnen);

Ausschöpfung und Ausweitung der Ausbildungsmöglichkeiten;

Bessere Gestaltung der Ausbildungswege vor allem für Quereinsteigerinnen; Erhöhung der Attraktivität der Erziehungsausbildung für Schülerinnen mit Fachhoch- oder Hochschulreife.

Die Bundesländer reagieren auf den steigenden Fachkräftebedarf mit einer Ausweitung der Ausbildungskapazitäten und verschiedenen Qualifizierungsinitiativen. Die Bundesregierung unterstützt diese Initiativen, zum Beispiel durch die Förderung der Werbekampagne „Profis für die Kita“ der Gewerkschaften, der Berufsverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege oder auch durch das ESF-Modellprogramm „Mehr Männer in Kitas“. Zu erwähnen sind auch Maßnahmen zur Deckung des Fachkräftebedarfs wie die Bundesprogramme „Schwerpunkt-Kitas Sprache & Integration“ sowie „Lernort Praxis“, die im Rahmen der Offensive Frühe Chancen ins

Leben gerufen wurden und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert werden. Weitere Informationen über die Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung im Bereich Erziehung finden sich auf der Homepage des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.⁶⁶

Die oben dargestellte Positionierung des Deutschen Caritasverbandes zum Fachkräftemangel bezieht sich auch auf die Erziehungsberufe. Die im Abschnitt „Pflegerberufe“ beschriebenen Lösungsoptionen gelten auch für die Kinderbetreuung und -erziehung.

Heilerziehungspflege und

Heilpädagogik

Nach Standardklassifizierungen werden Heilpädagogik und Heilerziehungspflege den Erziehungsberufen zugeordnet, sind aber keine typischen Erziehungs-, sondern eher „Teilhabe“-Berufe. Heilerziehungspflegerinnen haben die Aufgabe, allen Menschen mit Behinderung in allen Lebenslagen so zu assistieren, dass sie befähigt werden, trotz ihrer Einschränkungen und Funktionsstörungen möglichst an allen sozialen, kulturellen und materiellen Ressourcen und Prozessen teilzuhaben. Beratung, Begleitung und Pflege sowie solche Veränderungen der Umweltbedingungen, durch die Einschränkungen und Funktionsstörungen möglichst wenig zur Behinderung werden, sind Teil dieser Assistenz. Heilpädagoginnen ergänzen die beschriebene Assistenz durch besondere pädagogische und therapeutische Maßnahmen.⁶⁷

Heilpädagogik und Heilerziehungspflege sind gefragte Berufe mit großen Perspektiven und einem breiten Angebot an freien Stellen. Die Arbeitsmarktlage entwickelt sich momentan sehr günstig.⁶⁸ Seit Inkrafttreten der UN-Resolution über die Rechte von Menschen mit Behinderung⁶⁹, die eine Integration der Behinderten in die Regelsysteme vorsieht, soll „inklusive Bildung“ in Deutschland künftig zum Regelfall werden.⁷⁰ Diese Resolution bedeutet einen Paradigmenwechsel

im Verständnis von Behinderung, das nicht mehr „defizitorientiert“, sondern „ressourcenorientiert“ ist und auf die Umwelt bei der Umsetzung des Inklusionsziels fokussiert.⁷¹ Inklusion als Menschenrecht setzt voraus, dass die Umwelt so ausgestattet ist, dass alle Menschen gleichermaßen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Einen wichtigen Punkt der UN-Resolution stellt die Möglichkeit eines gemeinsamen Schulbesuchs behinderter und nicht behinderter Kinder dar. Artikel 24 der oben genannten Resolution sieht den Zugang zur Regelschule als Normalfall vor. Im Schuljahr 2009/2010 besuchten in Deutschland nur circa 20 % der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischen Förderbedarf allgemeinbildende Schulen. Es ist zu erwarten, dass diese Quote in den nächsten Jahren steigen wird. Mit den Fragen der inklusiven Bildung beschäftigt sich eine Qualifizierungsinitiative von Bund und Ländern. Bereits 1994 entwickelten die Länder „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland“. Die gemeinsame Bildung von Kindern mit und ohne Behinderungen nimmt dabei eine wichtige Stellung ein.⁷² Mit der Empfehlung „Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen“ wurden weitere Rahmenbedingungen für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung geschaffen (s. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20. Oktober 2011).⁷³

Eine Umsetzung der UN-Resolution erfordert eine Ausweitung des Personals in den Bereichen Heilpädagogik und Heilerziehungspflege. In den nächsten Jahren ist somit mit dem Wachstum der Beschäftigung in diesen Berufen zu rechnen.

Ein weiterer Faktor, der die Nachfrage nach Heilpädagoginnen erhöhen könnte, ist die Umwandlung der Schulen in offene Ganztagschulen, die in einigen Regionen wie Berlin oder Brandenburg bereits Realität ist. Infolge dessen werden immer mehr Heilpädagoginnen in den Schulbetrieb miteinbezogen. Sollte sich dieses Modell

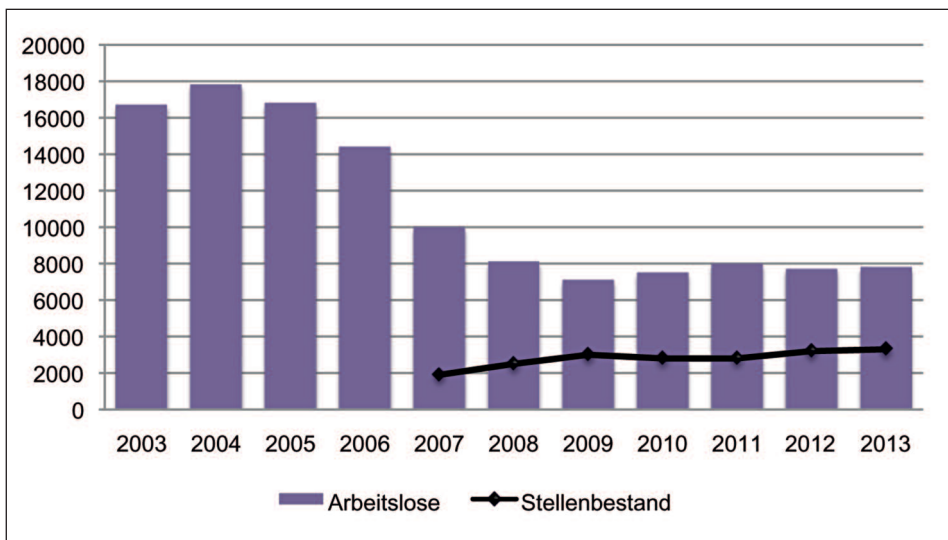


Abb. 6: Arbeitslose und gemeldete Arbeitsstellen bei Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen und Sozialberaterinnen, Jahresdurchschnittsbestände (Anforderungsniveau: Expertin). Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit, 2013c, eigene Darstellung.

bundesweit etablieren, würde die Nachfrage nach Fachkräften in diesem Beruf noch stärker ansteigen.⁷⁴

3. Sozialarbeit und Sozialpädagogik

Nach Prognosen zur mittel- und langfristigen Entwicklung des Arbeitsmarktes zählen Sozialarbeit und Sozialpädagogik neben den Gesundheits- und Pflegeberufen zu Berufen mit steigendem Personalbedarf, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.⁷⁵ Die Arbeitsmarktlage dieser Berufe hat sich in der letzten Dekade deutlich verbessert. Nach einer Phase der Stagnation hat der Arbeitsmarkt für soziale Arbeit seit 2003 wieder deutlich an Dynamik gewonnen.⁷⁶ Der Ausbau der Sozialarbeit in den Schulen und die Ausweitung von Ganztagschulen trugen ebenso wie der demografische Wandel und der damit verbundene steigende Bedarf an sozialer Betreuung älterer Menschen zu einer positiven Entwicklung der Arbeitsmarktsituation dieser Berufe bei. Im Zuge dieser Entwicklung haben die Sozialarbeit und Sozialpädagogik spürbar an Bedeutung gewonnen.⁷⁷ Laut einer Umfrage berichtete Ende der 1990er Jahre die Mehrheit der Absolventen über den Mangel an freien

Stellen in diesem Sektor. Dagegen hatten 2009 nur noch 13 % der Absolventen Schwierigkeiten bei der Stellensuche.⁷⁸

Diese Entwicklung deutet auf eine Entspannung des Arbeitsmarktes hin, ein Fachkräftemangel liegt jedoch nicht vor. Die Altersstruktur der akademischen Sozialberufe lässt allerdings eine starke Ersatznachfrage in den kommenden Jahren erwarten. So waren 2011 32 % der Beschäftigten in sozialen Berufen mit akademischen Abschlüssen 50 Jahre alt und älter.⁷⁹

Die Zahl der Erwerbstätigen im Bereich der sozialen Arbeit hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Nach Angaben der BA blieb die Nachfrage nach Fachkräften 2013 weiterhin auf einem hohen Niveau. Die Zahl der Beschäftigten mit einem akademischen Abschluss hat sich im Vergleich zu 2003 beinahe verdoppelt: Während es 2003 nur circa 150.000 Personen waren, gab es 2012 rund 287.000 Erwerbstätige, die über einen akademischen Abschluss in der sozialen Arbeit verfügten. Das entspricht einem Zuwachs von 91 %. Die Zahl der Beschäftigten fällt noch höher aus (340.000), wenn man – unabhängig vom Studienabschluss – alle Erwerbstätige erfasst, die mit Aufgaben betraut sind, die eine hohe Qualifikation voraus-

setzen. Die große Mehrheit der Beschäftigten sind Frauen (72 %). Der Bestand der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der sozialen Arbeit belief sich 2013 auf rund 293.000 Personen.

Im Jahr 2013 wurden 17.300 offene Arbeitsstellen für diese Berufsgruppe bei der BA gemeldet, 2 % weniger als im Vorjahr. Im Durchschnitt waren monatlich circa 3300 Arbeitsstellen zu vermitteln. Zwar bleibt das Stellenangebot auf hohem Niveau, viele Stellen werden jedoch befristet und in Teilzeit angeboten. Die Teilzeitquote in der sozialen Arbeit beträgt 50 % und ist – verglichen mit allen Berufen – überdurchschnittlich hoch (unter allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten arbeitete nur jede Fünfte in Teilzeit).⁸⁰ Die Teilzeitquote fällt bei Frauen deutlich höher als bei Männern aus. Immer mehr gemeldete Stellen werden befristet ausgeschrieben. Das liegt unter anderem daran, dass viele Stellen als öffentliche Projekte gefördert werden. Während 2001 nur jede dritte gemeldete Stelle befristet war, wurden sowohl 2011 als auch 2013 zwei Drittel der Stellen befristet ausgeschrieben.^{81,82}

Die Arbeitslosigkeit von akademischen Fachkräften im Bereich der sozialen Arbeit hatte in der letzten Dekade eine sinkende Tendenz (s. Abbildung 6). Im Jahr 2013 hat sich die Arbeitslosigkeit im Vergleich zum Vorjahr fast nicht geändert. Durchschnittlich waren 7800 Personen mit dem Zielberuf Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin oder -beraterin (akademisches Niveau) arbeitslos gemeldet (plus 1 % im Vergleich zum Vorjahr). Die Arbeitslosenquote von akademischen Fachkräften betrug in diesem Sektor weniger als 2,5 %. Die Vakanzzeit ist relativ niedrig, steigt aber im Zeitverlauf an (2011: 44 Tage; 2013: 47 Tage).

Die Ausbildungssituation reagiert auf die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt. In den letzten Jahren beobachtete man einen Rückgang der Studienabsolvent(innen), was auf die stagnierenden Studienanfängerzahlen zwischen 2003 und 2007 zurückzuführen ist. Im Jahr 2012 schlossen 12.800 Studierende im Bereich Sozialwe-

sen ihr Studium erfolgreich ab, gleichzeitig zählte man rund 19.000 Studienanfänger. Da es in den letzten fünf Jahren in Reaktion auf die verbesserte Arbeitsmarktlage mehr Studienanfänger gab, rechnet man für die nächste Zeit wieder mit einer höheren Zahl an Berufseinsteigern.

Die Einsatzbereiche der sozialen Arbeit verteilen sich wie folgt: Im klassischen Feld des Sozialwesens arbeitet etwa ein Drittel der Beschäftigten, während ein Viertel in einer Heimeinrichtung tätig ist. Beschäftigte im öffentlichen Dienst (Sozialämter, Jugendämter, Sozialversicherungsträger) machen ein Sechstel der sozialen Arbeit aus, das Bildungswesen umfasst ein Zehntel der Beschäftigten in diesem Beruf. Zu den bedeutenden Arbeitgebern gehören auch Organisationen in Trägerschaft von Interessenvertretungen, Kirchen und religiösen Vereinigungen (8 % der Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung), aber auch das Gesundheitswesen und die Krankenhäuser.

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) berichtet von einem tiefgreifenden Wandel in der sozialen Arbeit.⁸³ Die Unterzeichnung der UN-Behindertenkonvention (s.o.) hatte weitreichende Folgen für die Aufgaben der Sozialpädagogik. Der Umbruch in der Regulierung der Rechte von Menschen mit Behinderung wurde mit der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX im Juli 2001 eingeleitet, in dem das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe gesetzlich verankert wurde. Durch die UN-Behindertenkonvention wurde das Ziel unterstützt, den Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben in der Mitte der Gesellschaft zu ermöglichen. Dadurch entstehen für Sozialpädagoginnen ganz neue Tätigkeitsfelder: Sie übernehmen zunehmend Managementaufgaben, sei es in der Altenhilfe oder in der Jugendarbeit. Auch durch den Einsatz von „Fallmanagerinnen“ in den Jobcentern der Agentur für Arbeit ist ein neues Berufsprofil für Sozialarbeiterinnen entstanden. Eine verstärkte Nachfrage wird ebenso in

den Bereichen Migration sowie Behinder- und Altenhilfe beobachtet. Zugleich werde jedoch eine Verdrängung der Akademikerinnen durch Mitarbeiterinnen mit niedrigerer Qualifikation beobachtet, so Wilfried Nodes vom Deutschen Bundesverband für Soziale Arbeit.

Die Schwerpunkte der sozialen Arbeit werden durch die demografische Entwicklung mitbestimmt. Cornelia Kricheldorf, Professorin an der Katholischen Hochschule für Sozialpädagogik in Freiburg, berichtet, dass der sozialen Altenhilfe von den Studierenden bis jetzt zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt werde. Das könnte ein Fehler sein, weil Sozialpädagoginnen auf die zukünftige Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt vorbereitet sein müssten.⁸⁴

4. Ärztlicher Dienst

Die Gesundheitsberufe befinden sich – demografisch bedingt – in einer Wachstumsphase. Das spiegelt sich in steigenden Erwerbstätigenzahlen und einem niedrigen Arbeitslosigkeitsniveau wider.⁸⁵ Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zählte zum 31. Dezember 2013 357.252 berufstätige Ärztinnen. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von 2,5 %, gegenüber 2003 ist die Zahl der Ärztinnen sogar um 17 % gestiegen. Etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen sind im Krankenhaus tätig (50,7 %).^{86, 87} Laut der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2013 208.100 Ärztinnen sozialversicherungspflichtig beschäftigt.⁸⁸

Zwar ist die Zahl der arbeitslosen Ärztinnen (Humanmedizin) 2013 gegenüber dem Vorjahr um 400 Personen (plus 14 %) gestiegen, die Arbeitslosigkeit bleibt jedoch auf einem sehr niedrigen Niveau. In den 1990er Jahren war das Arbeitslosigkeitsniveau deutlich höher. Während es im Jahr 1996 8860 arbeitslose Ärztinnen gab,⁸⁹ waren es 2013 nur 2800. Die Arbeitslosenquote beträgt weniger als 1 %, somit herrscht in diesem Beruf Vollbeschäftigung. Nach Angaben der BA konnte ein Großteil der arbeitslosen Ärztinnen nach einer kurzen Suchphase von weniger als

drei Monaten eine neue Beschäftigung aufnehmen.

Der monatliche Stellenbestand umfasste im Jahr 2013 im Durchschnitt 2100 Stellenangebote. Der Zugang an neuen Stellen ging im Vergleich zum Vorjahr leicht zurück. Der Rückgang könnte zum Teil dadurch erklärt werden, dass viele Stellen aufgrund der geringen Erfolgsaussichten für eine Stellenbesetzung gar nicht gemeldet werden.

Fachkräfteengpässe in vielen Regionen trotz steigender Ärztezahlen

Obwohl die Zahl der Ärztinnen permanent steigt, ist der Ärztemangel in vielen Regionen Deutschlands immer mehr spürbar. Es fehlt nicht nur an niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen, sondern auch an Krankenhausärztinnen. So waren im Bundesgebiet im Jahr 2012 mehr als 6000 Arztstellen unbesetzt.⁹⁰

Nach Analysen der BA zeigt sich bei der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ein deutlicher Ärztemangel, der insbesondere in den westlichen Bundesländern ausgeprägt ist.⁹¹ Der Ärztemangel besteht dabei vorrangig in ländlichen Regionen. Die Vakanzzeit beträgt bei Ärztinnen (ohne Zahnärztinnen) 151 Tage (88 % über dem Durchschnitt aller Berufe) und übersteigt somit die Vakanzzeit von allen hier betrachteten Berufen. Die Zahl der Arbeitslosen mit diesem Zielberuf übersteigt nur leicht die Zahl der gemeldeten freien Stellen (150 Arbeitslose auf 100 gemeldete Stellenangebote). In den meisten Bundesländern ist die Vakanzzeit überdurchschnittlich hoch, zugleich kommen weniger als 150 Arbeitslose auf 100 gemeldete Stellen. Lediglich in Berlin und Hamburg bestehen momentan keine Engpässe in diesem Beruf. In Hessen und Sachsen sind Anzeichen für Fachkräfteengpässe zu erkennen. Alle übrigen Bundesländer sind vom Fachkräftemangel betroffen (s. Abbildung 3, S. 6).

Der Ärztemangel kann zu einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung führen, was in vielen Regionen bereits heute Realität ist: lange Wartezeiten auf einen

Termin, Abweisung von Patient(inn)en in Krankenhäusern. Nach Einschätzung des Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Frank Ulrich Montgomery, wird sich der Ärztemangel in den kommenden Jahren noch weiter verschärfen. Als Hauptursache für diese Entwicklung ist die Alterung der Gesellschaft zu nennen, die mit einer Zunahme des Bedarfs an medizinischer Versorgung und der Behandlungsintensität einhergeht. Darüber hinaus ermöglicht der medizinische Fortschritt Eingriffe und Therapiemethoden, die früher nicht bekannt oder nicht möglich waren. Die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle erhöhte sich zwischen 2004 und 2012 um 136 Millionen, gleichzeitig stieg die Zahl der stationären Behandlungen um 1,8 auf 18,6 Millionen Fälle an. Häufigere und aufwendigere Behandlungen erfordern immer mehr Personal. Die Ärztedichte hat sich in den letzten Jahrzehnten stark erhöht. Wenn im Jahr 1980 noch 452 Einwohner auf eine Ärztin kamen, waren es 2013 nur 230.⁹²

Eine weitere Tendenz, die zur Verschärfung des Fachkräfteengpasses beitragen könnte, ist der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung. Die aktuelle Generation der Ärz-

tinnen (die sogenannte Generation Y)⁹³ misst der Work-Life-Balance einen höheren Stellenwert zu, was sich im Wachstum der Teilzeitarbeit niederschlägt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Zahl der Ärztinnen in Teilzeitbeschäftigung im Zeitraum 2001 bis 2011 von 31.000 auf 54.000 erhöht. Wenn 2003 nur jede siebte ärztliche Fachkraft im Angestelltenverhältnis eine Teilzeitbeschäftigung ausübte, waren es 2013 fast 25 % der Ärztinnen. Der Teilzeittrend wird durch die „Feminisierung“ des ärztlichen Berufs noch weiter verstärkt. Während 1995 nur 35,5 % der Ärzteschaft weiblich waren, betrug der Frauenanteil 2009 bereits 42,2 %. Unter den Studienanfänger(inne)n in Humanmedizin liegt der Anteil der Frauen bei über 60 %.⁹⁴

Die Generation Y stellt hohe Anforderungen an den Arbeitsplatz (wie beispielsweise lebensabschnittsadaptierte beziehungsweise flexible Arbeitszeiten und Kinderbetreuungsangebote) und zeichnet sich durch eine höhere Fluktuationsrate aus.⁹⁵ Die unterschiedlichen Lebensphilosophien der älteren und jüngeren Generationen sowie unterschiedliche Ansprüche an den Beruf führen manchmal zu „Gene-

rationenkonflikten“ im Krankenhaus. Um die Fachkräfte an die Einrichtung zu binden und ihre Motivation aufrechtzuerhalten, müssen die Chefärztinnen zu heute das „Management der Generationen“ beherrschen. Der demografische Wandel betrifft nicht nur die Patient(inn)en, sondern auch die Ärzteschaft selbst. Aufgrund der Altersstruktur scheiden immer mehr Ärztinnen aus dem Berufsleben aus, es fehlt dabei an Nachwuchskräften. Im Jahr 2013 erhöhte sich die Zahl der Übergänge in den Ruhestand auf 72.540, was einem Zuwachs von 3,8 % gegenüber dem Vorjahr entsprach. In der Altersstruktur wird eine Verschiebung zugunsten der älteren Altersgruppen beobachtet (s. Abbildung 7). Fast jede vierte Ärztin ist 55 Jahre alt oder älter. Das Durchschnittsalter in diesem Beruf steigt bereits seit Jahren. Wenn das Durchschnittsalter der Vertragsärztinnen im Jahr 1993 bei nur 46,56 Jahren lag, waren die Ärztinnen 2012 im Schnitt 52,8 Jahre alt. Bei den Krankenhausärztinnen ist das durchschnittliche Alter im selben Zeitraum von 38,05 auf 41,25 Jahre angestiegen.^{96 97}

Zu erwähnen ist auch die Abwanderungstendenz der deutschen Ärztinnen. Nach Angaben der BÄK sind 2012 3035 Ärztinnen aus Deutschland ausgewandert. Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer waren 2009 insgesamt 16.895 deutsche Ärztinnen im Ausland tätig, viele davon in der Schweiz und in Großbritannien, aber auch in den USA, Österreich und Frankreich.⁹⁸

Bedarfseinschätzungen und Prognosen

Eine gemeinsame Studie der BÄK und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung prognostiziert die zukünftige Entwicklung der Ärztezahlen und des Ärztebedarfs bis zum Jahr 2020.⁹⁹ Die Prognose wird getrennt für den ambulanten und den stationären Bereich durchgeführt. Laut der Studie wird der Ersatzbedarf im ambulanten Sektor bis 2020 auf 51.774 Ärztinnen steigen, darunter rund 28.000 Fachärztinnen. Der Ärztemangel ist auch in Zukunft besonders bei der hausärztlichen Versorgung zu

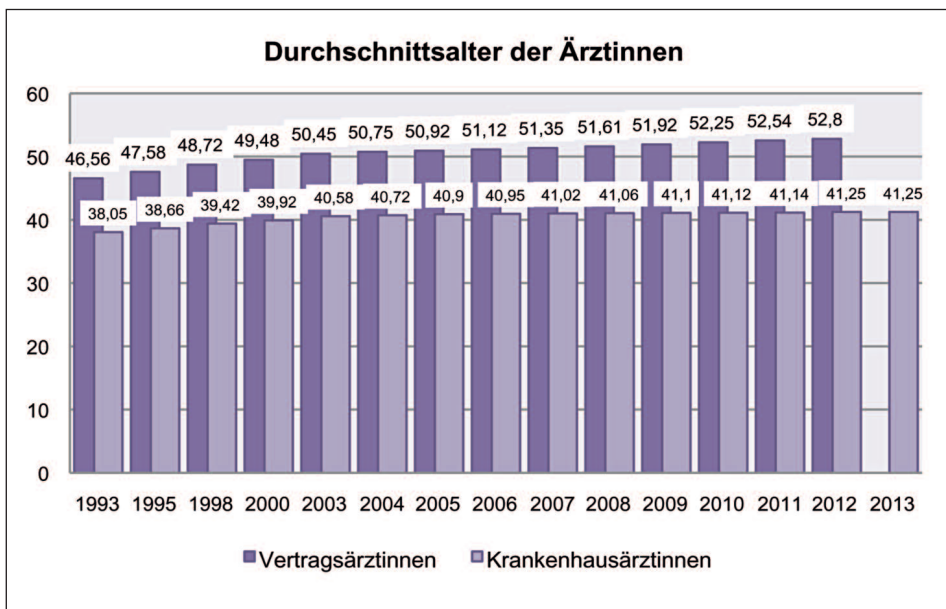


Abb. 7: Durchschnittsalter der Ärztinnen, berechnet auf Basis der unter 69-jährigen Ärztinnen. Datenquelle: Statistik der BÄK und der KBV, eigene Darstellung.

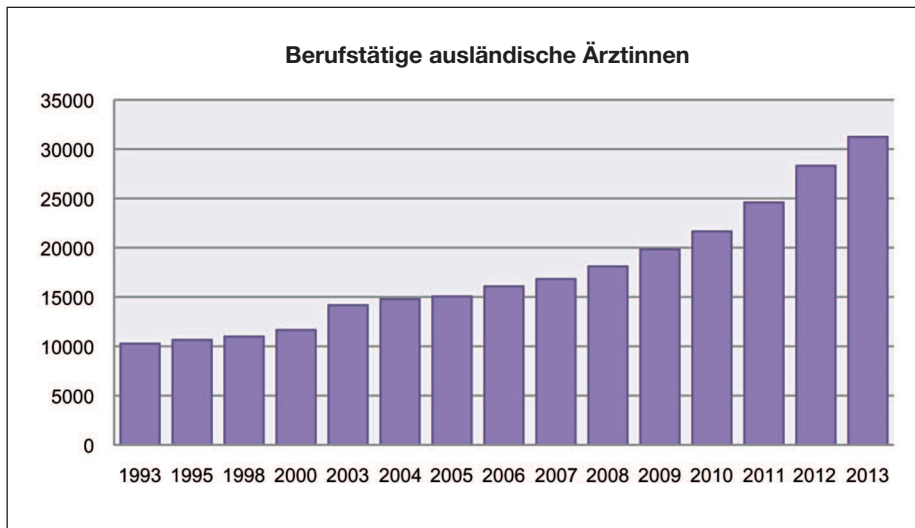


Abb. 8: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärztinnen in Deutschland. Datenquelle: Statistik der BÄK, eigene Darstellung.

erwarten. Während es im letzten Beobachtungsjahr der Studie (2009) 51.782 Hausärztinnen gab, werden es laut Prognose im Jahr 2020 nur noch 44.903 sein. Somit wird bundesweit ein Rückgang um rund 7000 Hausärztinnen erwartet (minus 13,3%). Neben den Hausärztinnen werden Versorgungsentgässe auch bei den Augen-, Frauen- und Hautärztinnen sowie bei den Neurologinnen erwartet. Nach Studienberechnungen werden bis 2020 19.851 Ärztinnen aus dem stationären Sektor in den Ruhestand gehen.

Eine alternative Sicht auf das Problem des Ärztemangels vertritt eine im Jahr 2013 veröffentlichte Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW).¹⁰⁰ Laut der Studie gäbe es aktuell keine Anzeichen für globale Fachkräfteengpässe bei Humanmedizinerinnen, ein flächendeckender Fachkräftemangel wäre auch in den nächsten zehn Jahren nicht zu erwarten. Im Hinblick auf die Ärztedichte gehört Deutschland mit 3,8 praktizierenden Ärzten auf 1000 Einwohner im internationalen Vergleich zu der Spitzengruppe. Die Studie argumentiert zum einen, den aus dem Berufsleben ausscheidenden Ärztinnen stehe eine um ein Drittel höhere Zahl an Absolvent(innen) gegenüber (6600:10.000). Zum anderen trage der

positive Wanderungssaldo (rund 7000 Mediziner(innen) im Jahr, Stand 2010) zur Deckung der Nachfrage bei. Die Studie stellt sich der Abwanderungsdiskussion entgegen und zeigt, dass die Nettozuwanderung positiv ausfällt, wenn man nicht die Staatsbürgerschaft, sondern den Studienort als Kriterium verwendet. So seien in Deutschland 2010 rund 31.000 Ärztinnen tätig gewesen, die ihren Abschluss im Ausland erworben haben. Darunter seien auch viele Deutsche, die wegen des deutschen Numerus clausus im Ausland studierten. Dagegen seien im selben Jahr 24.000 Ärztinnen mit einem deutschen Studienabschluss im Ausland beschäftigt gewesen. Die Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen wie eine Erleichterung der Zuwanderung oder eine vereinfachte Anerkennung der im Ausland erworbenen Studienabschlüsse machten den Standort Deutschland für Ärztinnen aus dem Ausland attraktiver und trugen zu einer deutlichen Zunahme der Zahl von ausländischen Ärztinnen bei. Während in den 1990er Jahren die Zahl der berufstätigen ausländischen Ärztinnen in Deutschland auf einem konstanten Niveau zwischen 10.000 und 11.000 blieb, hat sich das Niveau zwischen 2003 und 2013 mehr als verdoppelt (s. Abbildung 8). Die IW-Studie

sieht somit nicht die quantitative Verfügbarkeit von Ärztinnen, sondern deren regionale Verteilung in Deutschland als eine entscheidende Herausforderung an.

Aufgrund der Alterung der Gesellschaft wird eine steigende Pro-Kopf-Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen erwartet. Im Vergleich zu 2013 wird ab dem Jahr 2026 ein 40 % höherer Ersatzbedarf prognostiziert. Als Lösungsoptionen für die Deckung dieses Zusatzbedarfs nennt die Studie eine „systematische Erschließung neuer Arbeitsmarktpotential“ und eine „moderate Erhöhung der inländischen Absolventenzahlen“.¹⁰¹

Ausbildungssituation: viele Interessenten und wenige Studienplätze

Zwar ist die Zahl der Studienanfänger(innen) im Medizinbereich in den letzten Jahren leicht angestiegen, ihr Niveau hat sich jedoch aufgrund der Zulassungsbeschränkungen nur wenig verändert. Nach Angaben der BÄK ist die Zahl der Studienplätze im Vergleich zum Niveau der 1990er Jahre sogar um 5 % gesunken. Die Zahl der Absolvent(innen) in Humanmedizin belief sich im Jahr 2012 auf etwa 16.300, was einer Senkung von 1 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Im Studienjahr 2012/13 haben rund 15.600 Frauen und Männer ein Medizinstudium aufgenommen (plus 6 %).¹⁰² Die stagnierenden Zahlen der Studienanfänger(innen) liegen nicht am mangelnden Interesse am Medizinstudium, im Gegenteil, es gibt mehr Interessent(innen) als Studienplätze. Trotz des Ärztemangels steht den vielen Bewerber(innen) bis heute eine begrenzte Zahl an Studienplätzen gegenüber. Im Wintersemester 2012/13 kamen fast fünf Bewerber(innen) auf einen Studienplatz.¹⁰³

Lösungsansätze, um den Fachkräfteengpass zu entschärfen

Angesichts des massiven Ärztemangels fordert die BÄK in erster Linie mehr Studienplätze im Bereich Humanmedizin. Der 117. Deutsche Ärztetag im Mai 2014 appellierte an die Bundesregierung und die Landesregierungen, die Zahl der

Medizinstudienplätze um mindestens 10 % zu erhöhen und ausreichend zu finanzieren.¹⁰⁴ Als weitere Strategien werden von der BÄK eine attraktivere Gestaltung der Arbeit von Ärztinnen, Bürokratieabbau, flexible Arbeitszeitregelungen, Abbau von Überstunden und mehr Ange-

bote für Kinderbetreuung genannt. Laut Meinung von unabhängigen Expert(innen) sollten die Standesorganisationen von Medizinern und Krankenkassen sich mehr für ein Praxis-Modell einsetzen, nach dem in einer Praxis die dort angestellten Ärztinnen abwechselnd arbeiten könnten.

Auch in der Politik wird nach Lösungen gesucht. Die große Koalition hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, mehr „Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten“ zu schaffen.¹⁰⁵

III. Entwicklung der Arbeitsmarktindikatoren im Zeitverlauf

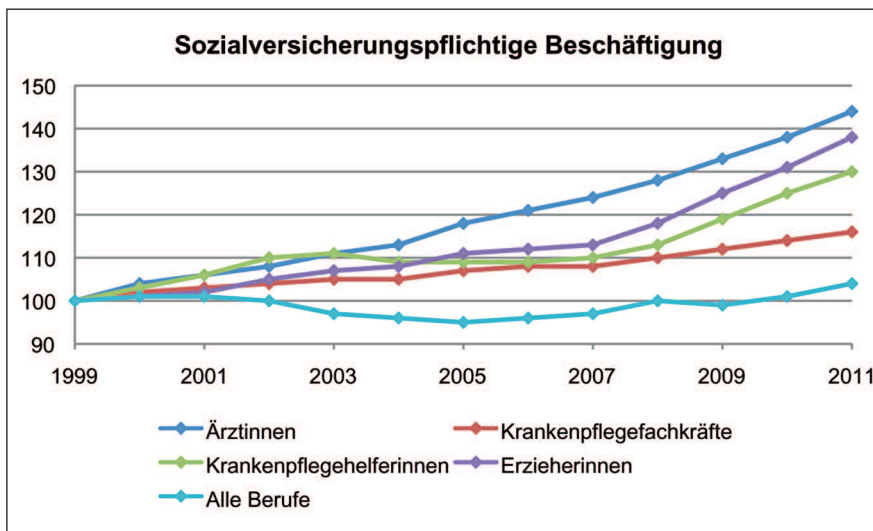


Abb. 9: Bestandsentwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung für ausgewählte soziale Berufe, Index (1999=100). Datenquelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berufe im Spiegel der Statistik, eigene Darstellung.¹⁰⁶

Zwischen 2003 und 2007 liegt die Gesamtbeschäftigung unter dem Niveau von 1999, erst am Ende der betrachteten Periode ist ein leichter Anstieg zu beobachten. Dagegen weisen die Beschäftigungszahlen bei sozialen Berufen einen steigenden Trend auf. Am stärksten nahm die Zahl der Ärztinnen und Erzieherinnen zu (Zunahme um 44 beziehungsweise 38 Prozentpunkte

Die Abbildungen 9 bis 13 zeigen die Entwicklung der Arbeitsmarktindikatoren und strukturellen Merkmale für ausgewählte soziale Berufe in der Zeitperiode 1999 bis 2011. Die Grafiken ermöglichen sowohl einen Vergleich in der zeitlichen Dimension als auch zwischen den Berufen. Als Vergleichsbasis werden die Indikatoren für alle Berufe präsentiert.

Insgesamt betrachtet hat sich der Umfang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Zeitraum 1999 bis 2011 nur wenig geändert (s. Abbildung 9).

Abb. 10: Bestandsentwicklung der Arbeitslosen, ausgewählte soziale Berufe, Index (1999=100). Datenquelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berufe im Spiegel der Statistik, eigene Darstellung.

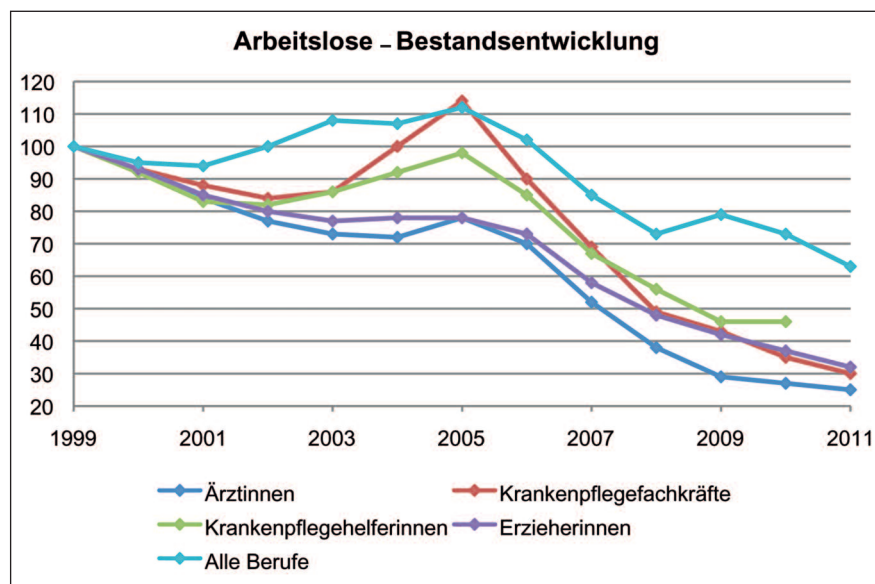


Abb. 11: Anteil der Teilzeitbeschäftigung unter 18 Stunden in Prozent für ausgewählte soziale Berufe. Datenquelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berufe im Spiegel der Statistik, eigene Darstellung.

im Vergleich zu 1999). Im Hinblick auf die Beschäftigung ist der Arbeitsmarkt der sozialen Berufe weniger konjunkturanfällig und sehr stabil.

Zwar ist der Beschäftigungszuwachs zu einem großen Teil auf die Arbeitszeitumverteilung beziehungsweise auf den Anstieg der Teilzeitarbeit zurückzuführen¹⁰⁷, die Arbeitszeitverkürzung ist jedoch nicht der einzige Einflussfaktor. Die steigende Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen trägt ebenso zum Beschäftigungswachstum in diesem Bereich bei.

Im Vergleich zum gesamten Arbeitslosenbestand fällt der Rückgang der Arbeitslosigkeit bei sozialen Berufen deutlich stärker aus (s. Abbildung 10, S. 20). Nach einem Anstieg im Jahr 2005 ist die Zahl der Arbeitslosen in den betrachteten Gesundheitsberufen kontinuierlich gesunken. Während die Gesamtzahl der Arbeitslosen infolge der Wirtschaftskrise 2009 angestiegen ist, setzte sich der fallende Trend bei sozialen Berufen fort. Am stärksten schrumpfte der Bestand der arbeitslosen Ärztinnen und betrug am Ende der Beobachtungsperiode nur 25 % des Bestandes 1999. Zur gleichen Zeit sank der Gesamtbestand auf 63 % im Vergleich zum Basisjahr. Am Ende der betrachteten Periode glichen sich die Indexwerte bei Ärztinnen, Krankenpflegerinnen und Erzieherinnen an.

Angesichts der hohen Fachkräftenachfrage nach sozialen Dienstleistungen nimmt die Analyse der Arbeitszeit eine wichtige Stellung ein. Arbeitszeit und Arbeitszeitpolitik unterlagen in den letzten Dekaden massiven Änderungen.

Abb. 13: Anteil der Beschäftigten im Alter von 50 Jahren und älter in den ausgewählten sozialen Berufen in Prozent. Datenquelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berufe im Spiegel der Statistik, eigene Darstellung.

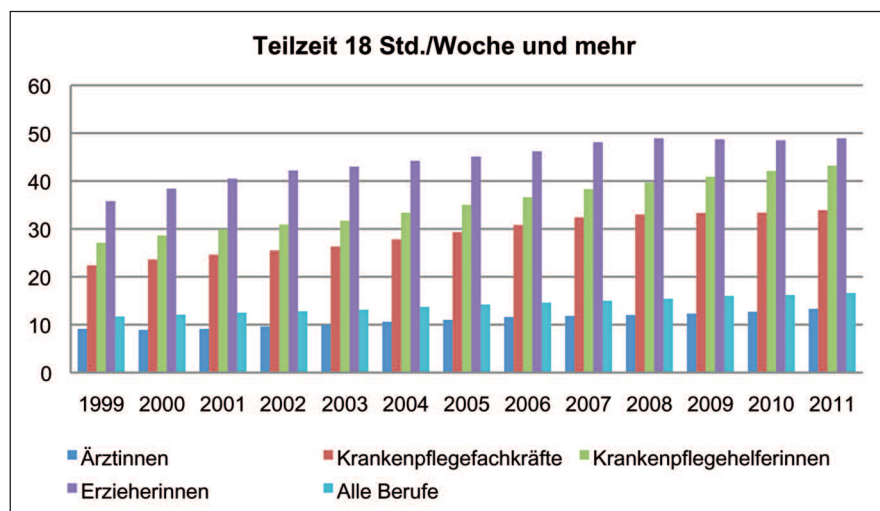
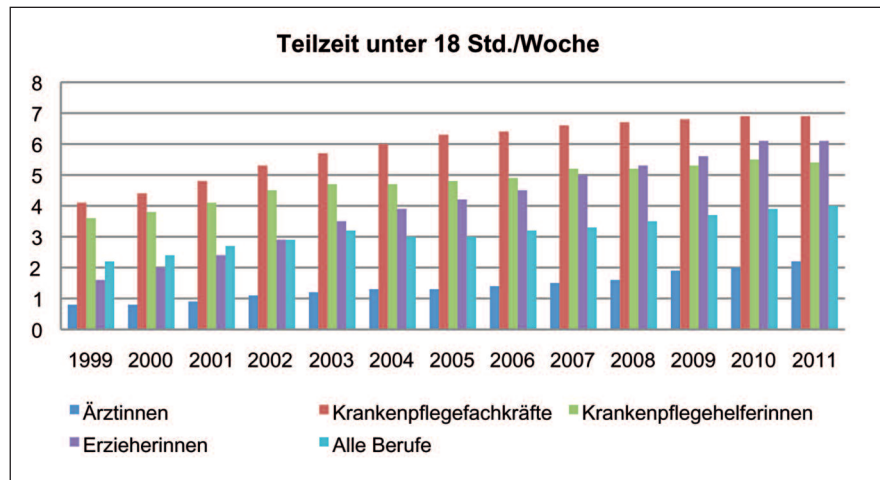
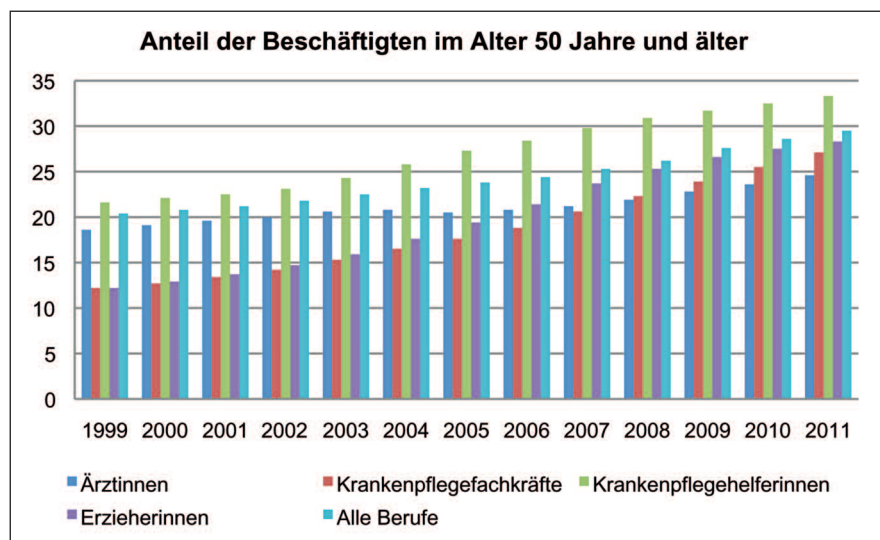


Abb. 12: Anteil der Teilzeitbeschäftigung mit 18 Stunden und mehr in Prozent für ausgewählte soziale Berufe. Datenquelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Berufe im Spiegel der Statistik, eigene Darstellung.



Global betrachtet sind die Arbeitszeiten kürzer, flexibler und heterogener geworden.¹⁰⁸ Das Thema Teilzeitarbeit wird oft kontrovers diskutiert. Einerseits wird Teilzeit als Instrument zur Erhöhung der Flexibilität für den Arbeitgeber angesehen. Andererseits ermöglicht Teilzeit eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und kann zur Sicherung der Beschäftigung oder zur Steigerung der Produktivität beitragen.

Die Abbildungen 11 und 12 (s. S. 21) stellen die Entwicklung der „größeren“ (18 Stunden/Woche und mehr) und „kleineren“ Teilzeit (unter 18 Stunden) in der Periode 1999 bis 2011 dar. Es ist ersichtlich, dass die Anteile beider Teilzeitkategorien im Laufe der Zeit zugenommen haben, wobei etwas mehr Wachstum bei der „kleineren“ Teilzeit zu beobachten ist. Der Anteil der Teilzeit unter 18 Stunden/Woche bleibt allerdings immer noch relativ gering.

Abbildung 13 (s. S. 21) veranschaulicht das Ausmaß einer veränderten Altersstruktur von Beschäftigten in den sozialen Berufen infolge des demografischen Wandels. Der Anteil der älteren Beschäftigten nimmt bei allen Berufen kontinuierlich zu. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen werden mit der Zeit immer kleiner. Die Krankenpflegehelferinnen weisen den höchsten Anteil der Beschäftigten auf, die 50 Jahre alt und älter sind.

IV. Arbeitsmarktsituation in den Einrichtungen und Diensten der Caritas

Die Analyse der Arbeitsmarktsituation der Caritas basiert auf zwei Datenquellen, der Zentralstatistik der Caritas und den Erhebungen der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas, die seit 2006 jährlich durchgeführt werden. Im Unterschied zur Zentralstatistik beruht die Erhebung der wirtschaftlichen Lage nicht auf messbaren Daten, sondern auf den Selbsteinschätzungen der Rechtsträger.

Nach der Zentralstatistik zählten die Einrichtungen und Dienste der Caritas

2012 über 590.000 hauptamtliche Mitarbeiterinnen. Das entspricht einem Vollzeitäquivalent von etwa 406.800 Personen. Darüber hinaus engagieren sich rund 500.000 Ehrenamtliche in der Caritas. Im Jahr 2012 nutzten über 12 Millionen Menschen soziale Dienstleistungen der Caritas. Den mit Abstand größten Fachbereich der Caritas stellt die Gesundheitshilfe dar, in diesem Bereich sind 43% der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen beschäftigt (s. Abbildung 14). Der Gesundheitshilfe

folgen Kinder- und Jugendhilfe (22%) und die Altenhilfe (18%).

In Abbildung 15 (s. S. 23) sind die Änderungen des Beschäftigungsniveaus in den einzelnen Fachbereichen der Caritas gegenüber 2004 dargestellt. Während die Zahl der hauptberuflichen Mitarbeiterinnen bis 2008 in den meisten Bereichen stagniert, zeigt sich in der Periode danach über alle Berufsfelder hinweg ein klarer Wachstumstrend.

Um die tatsächliche Entwicklung des Beschäftigungsvolumens einzuschätzen, sind die Beschäftigungsdaten in Vollzeitäquivalenten erforderlich. Diese Daten sind jedoch nur für die Jahre 2010 und 2012 verfügbar. Gemessen in Vollzeitäquivalenten ist in diesen Jahren die Beschäftigung in den Caritas-Einrichtungen um 5% gestiegen. Gleichzeitig ist die Zahl der hauptberuflichen Mitarbeiter(innen) um 6% gestiegen. Während der Anteil der Vollzeitbeschäftigten lediglich um knapp 1% zugenommen hat, erhöhte sich die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 9%.

Der Anteil der Teilzeitarbeit in den Einrichtungen und Diensten der Caritas ist deutlich höher im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung im sozialen Sektor. In allen Einrichtungstypen der Caritas werden

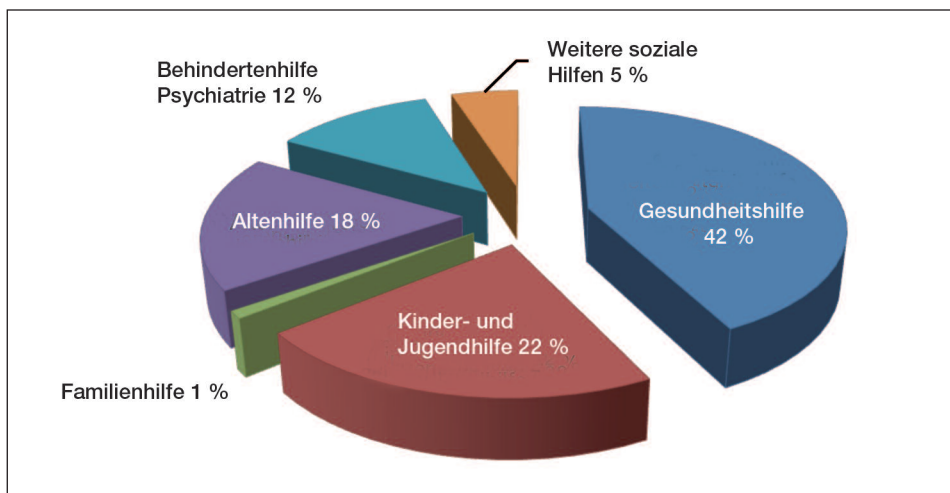


Abb. 14: Anteile der Fachbereiche an der Gesamtzahl der Mitarbeiterinnen. Datenquelle: Zentralstatistik 2012, Deutscher Caritasverband, eigene Darstellung.

Abb. 15: Beschäftigungsentwicklung in den Einrichtungen und Diensten der Caritas nach Fachbereich, hauptamtliche Mitarbeiterinnen (2004=100).
 Datenquelle: Zentralstatistik, Deutscher Caritasverband, eigene Darstellung.

mehr Teilzeit- als Vollzeitkräfte beschäftigt. Im Jahr 2012 arbeiteten insgesamt 60,1% der Mitarbeiterinnen in Teilzeit. Dabei waren 52,3% der Mitarbeiterinnen in der Caritas-Gesundheitshilfe als Teilzeitkräfte beschäftigt, in der Altenhilfe waren es sogar 72%. Zwei Drittel der Vollzeitstellen entfallen auf stationäre Einrichtungen, die meisten Stellen in den Einrichtungen der offenen Hilfen sind dagegen Teilzeitstellen. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten an Teilzeit lag 2012 bei 17%, wobei 19% der Teilzeitstellen in der Altenhilfe und 15,6% in der Gesundheitshilfe geringfügig waren.¹⁰⁹

Der Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass die Teilzeitarbeit in der letzten Dekade schneller als die Gesamtbeschäftigung wuchs. Der Teilzeitanteil weist einen ungebrochen steigenden Trend auf (rechtes Diagramm), seit 2004 nahm er um fast 10 Prozentpunkte zu.

Die Erhebungen über die wirtschaftliche Lage der letzten Jahre zeigen, dass der Fachkräftemangel ein hohes Niveau erreicht hat. Für knapp die Hälfte aller Betriebe gestaltet sich die Personalgewinnung schwieriger als in der Vergangenheit (s. Abbildung 17). 2013 gab erneut ein großer Teil der Betriebe an, größere Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung im Vergleich zum Vorjahr zu haben. Bei der Gewinnung des Personals mit mittlerem Ausbildungsabschluss (zum Beispiel Krankenpflegerinnen und Altenpflegerinnen) waren es 43% der Betriebe, bei Stellen mit

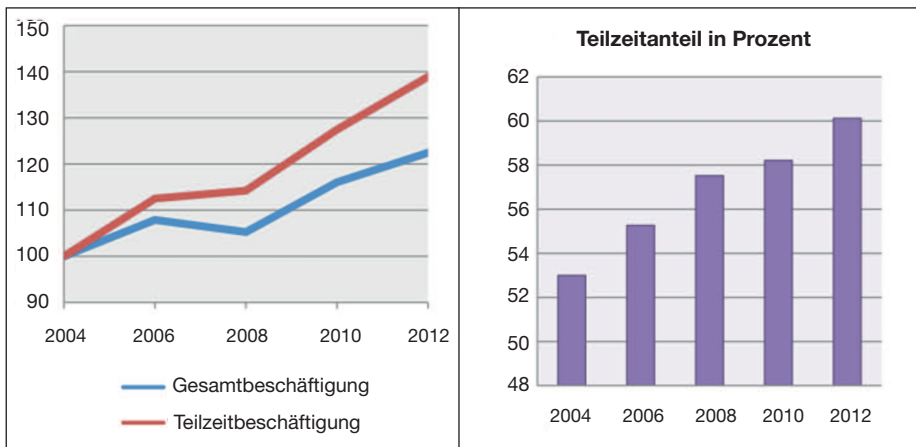
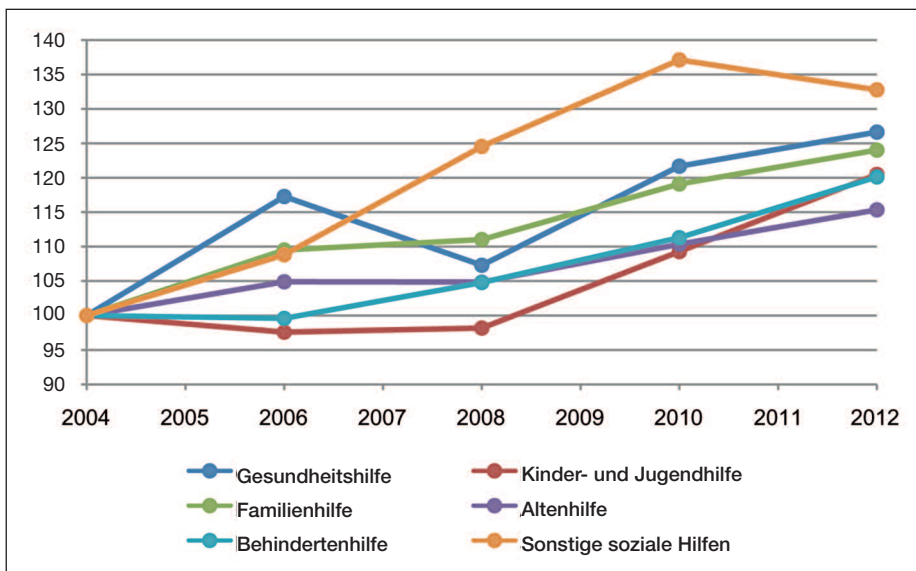
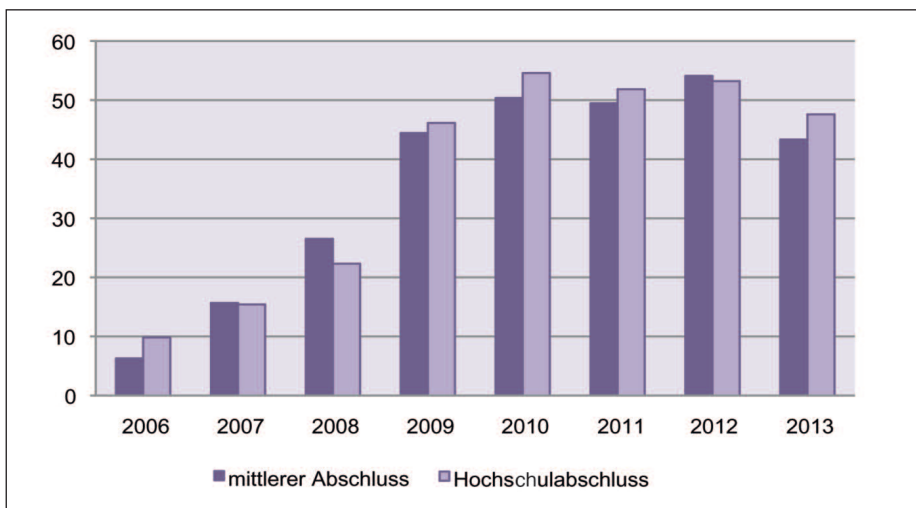


Abb. 16: Entwicklung der Gesamt- und Teilzeitbeschäftigung in den Caritas-Betrieben, Hauptberufliche Mitarbeiterinnen (2004=100). Datenquelle: Caritas-Zentralstatistik, 2004–2012, eigene Darstellung.

Abb. 17: Anteil der Angaben „Personalgewinnung gestaltet sich schwerer als im Vorjahr“, nach Anforderungsniveau. Datenquelle: Caritas, Erhebungen der wirtschaftlichen Lage 2006–2013, eigene Darstellung.



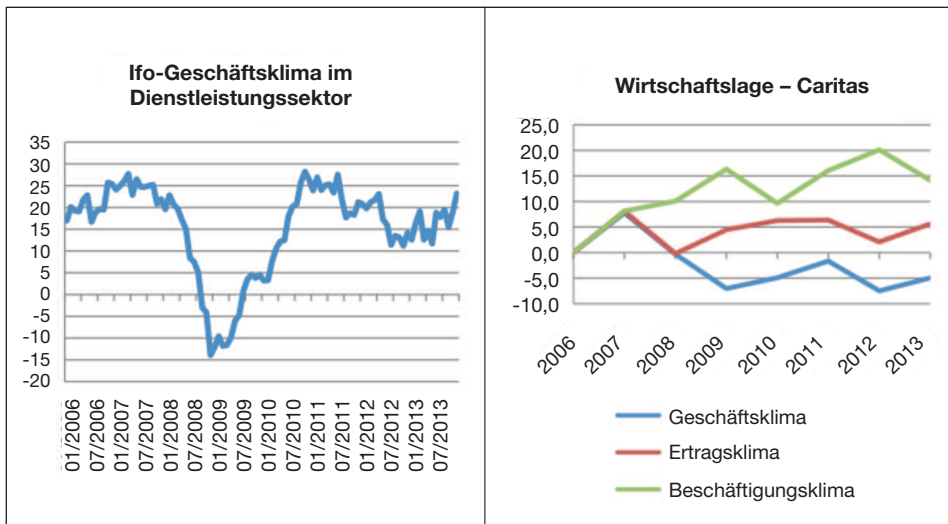


Abb. 18: Ifo-Geschäftsklima in Deutschland. Quelle: www.cesifo-group.de/langereihen; Wirtschaftsindikatoren der Caritas.
Datenquelle: Caritas, Erhebungen der wirtschaftlichen Lage 2006 – 2013, eigene Darstellung.

dem Anforderungsniveau „Hochschulabschluss“ sogar 48%.¹¹⁰ Zwar sind diese Werte etwas niedriger im Vergleich zu 2012 (53%/54%), der Anteil bleibt jedoch immer noch sehr hoch. Die Fachkräftegewinnung gestaltet sich schwieriger in Regionen wie Berlin, Bayern oder Niedersachsen. Bei mittlerem Anforderungsniveau ist der Fachkräfteengpass insbesondere in den Fachbereichen Altenhilfe und Behindertenhilfe spürbar. So gaben 2012 81% der Einrichtungen der ambulanten Pflege an, mehr Schwierigkeiten im Vergleich zum Vorjahr bei der Personalgewinnung zu haben. In der stationären Altenhilfe und Behindertenhilfe lag dieser Anteil bei 72% beziehungsweise 71%.¹¹¹

In den Abbildungen 18 und 19 werden verschiedene Wirtschaftsindikatoren gegenübergestellt. Der Ifo-Indikator beschreibt das Geschäftsklima im Dienstleistungssektor in Deutschland. Bei der Berechnung des Ifo-Geschäftsklimas werden sowohl die gegenwärtige Situation als auch die Erwartungen berücksichtigt. Nach einem starken Rückgang infolge der Wirtschaftskrise 2009 hellte sich die Konjunktur in den darauffolgenden Jahren wieder auf. Das Wirtschaftsklima in den Einrichtungen und Diensten der Caritas ist in der rechten Grafik der Abbildung 18 dargestellt.¹¹² Zwar sind die Indikatoren in der linken und in der rechten Grafik aufgrund der konzeptionellen Unterschiede

nicht direkt vergleichbar, eine gemeinsame Tendenz ist jedoch erkennbar. Das Geschäftsklima reagierte am stärksten auf die Wirtschaftsrezession und blieb auch in den folgenden Jahren im negativen Bereich. Zwar deutete sich 2013 eine Erholung des Geschäfts- und Ertragsklimas an, dies ist aber ausschließlich auf die Zukunftserwartungen zurückzuführen. Um dies zu verdeutlichen, stellt Abbildung 19 die tatsächliche und die erwartete Entwicklung der Wirtschaftslage separat dar. Während die tatsächliche Geschäfts- und Ertragslage nach 2010 permanent zurückgeht, ändern sich die Erwartungen von Jahr zu Jahr.

Im Hinblick auf die Beschäftigungslage zeigt sich eine verzögerte Reaktion auf die Wirtschaftssituation: Die Anpassung der Beschäftigung auf die Änderungen der Geschäfts- beziehungsweise der Ertragslage erfolgt nicht sofort, sondern erst im Folgejahr. Deswegen stimmen die Erwartungen über die Beschäftigungsentwicklung überein als dies bei den Geschäfts- und Ertragsindikatoren der Fall ist. Nach 2010 vergrößert sich die Diskrepanz zwischen dem Beschäftigungsindikator und den beiden anderen Indikatoren. Während sich die Geschäfts- und die Ertragsituation nach 2010 verschlechtern, geht die Beschäftigung wieder aufwärts und bleibt im positiven Bereich.

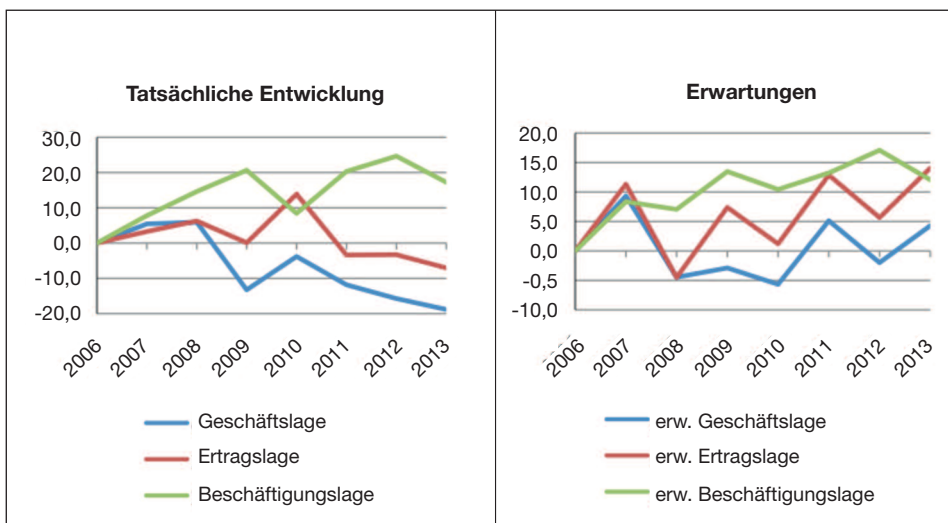
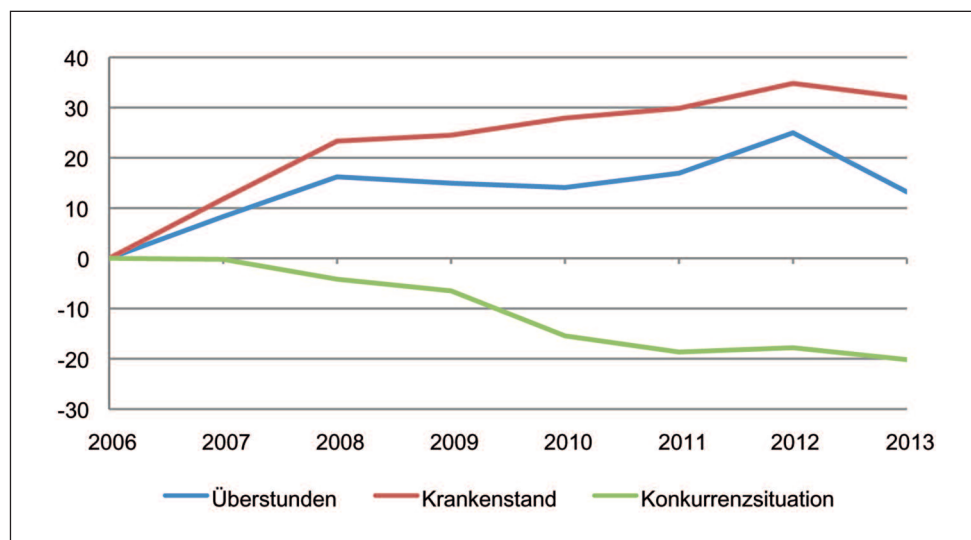


Abb. 19: Tatsächliche und erwartete Entwicklung der Wirtschaftsindikatoren der Caritas, Index (Differenz zwischen den Anteilen der positiven und negativen Antworten, normiert auf das Niveau 2006). Datenquelle: Caritas, Erhebungen der wirtschaftlichen Lage 2006 – 2013, eigene Darstellung.

Abb. 20: Zeitliche Entwicklung der Überstunden, des Krankenstandes und der Konkurrenzsituation in den Einrichtungen und Diensten der Caritas, Index (Basisjahr=2006).¹¹⁴

Datenquelle: Caritas, Erhebungen der wirtschaftlichen Lage 2006–2013, eigene Darstellung.



Die Geschäftslage entwickelt sich eher günstig in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung und in der stationären Behindertenhilfe, die Zukunftserwartungen sind jedoch in beiden Einrichtungstypen eher pessimistisch.¹¹³ Auch in der stationären Jugendhilfe wird die aktuelle Geschäftslage mit 20 % positiven Antworten vergleichsweise gut eingeschätzt. Dagegen schneiden die Familien- und Dorfhelferinnenstationen sowohl in Hinblick auf die aktuelle Ertragslage als auch auf die Geschäftslage am schlechtesten ab. 60 % der befragten Betriebe in diesem Tätigkeitsfeld schätzen ihre Geschäftslage als schlecht ein. Auch in der Allgemeinen Sozialberatung, den Diensten und Einrichtungen für Migrant(inn)en, bei den Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und den stationären Hospizen wird die Wirtschaftslage eher negativ eingeschätzt. Unter den Beratungsstellen der Caritas ist lediglich bei Schwangerschaftsberatungsstellen ein positiver Saldo bei der Einschätzung der aktuellen Geschäftslage zu beobachten.

Mögliche Ursachen für die zurückhaltende Einschätzung der Geschäfts- und Ertragslage könnten zum einen höhere Personalkosten sein. Das Problem einer unzureichenden Berücksichtigung der Tarifierhöhungen bei Entgeltverhandlungen wurde bereits in Abschnitt II disku-

tiert. Ist die Refinanzierung der Gehälter nicht sichergestellt, muss der Träger mit Eigenmitteln einspringen. Laut den Erhebungen der wirtschaftlichen Lage der Caritas reichten im Zeitraum 2006 bis 2013 die Vergütungssätze lediglich bei etwa einem Drittel der Betriebe aus. Nach einem Anstieg auf 39 % im Jahr 2010 sank dieser Anteil 2011 um 4,4 Prozentpunkte. Der Verlauf der (gegenwärtigen) Geschäfts- und Ertragslage spiegelt diese Entwicklung wider: Nach einer Erhöhung der beiden Indikatoren in 2010 ist bereits im nächsten Jahr eine deutliche Senkung zu beobachten. Dies verdeutlicht, dass insbesondere bei wachsenden Branchen die Finanzierungslücken mit höheren Ertragsverlusten einhergehen können. Immer weniger Einrichtungen der Caritas geben an, den Fehlbetrag durch Kosteneinsparungen decken zu können (2006: 68 %; 2013: 54 %). Zur gleichen Zeit nimmt der Anteil der Einrichtungen, die die Finanzierungslücke durch eine Kreditaufnahme schließen, zu (2006: 2 %; 2013: 7 %). Ein großer und steigender Anteil der Einrichtungen findet keine Möglichkeit, den Fehlbetrag zu decken (2006: 18 %; 2013: 38 %).

Zum anderen könnten sich steigende Energiepreise negativ auf die Wirtschaftslage auswirken. So gaben im Jahr 2013 73 % der Betriebe an, höhere Energiekosten als in der Vorperiode zu haben.

Eine hohe Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen ist mit einer steigenden Zahl an Überstunden verbunden und zieht auch einen höheren Krankenstand nach sich. Nach einem rasanten Anstieg zwischen 2006 und 2012 ist im Jahr 2013 eine Senkung der beiden Indikatoren zu beobachten. Ein überdurchschnittlicher Anstieg der Überstunden wurde in stationären Tätigkeitsbereichen der Alten- und Behindertenhilfe, in den Krankenhäusern und in der ambulanten Pflege gemeldet. Dagegen scheint sich die Konkurrenzsituation mit anderen Anbietern im Zeitverlauf kontinuierlich zu entspannen (s. Abbildung 20). Mehr als 35 % der Einrichtungen geben an, eine Warteliste für die Aufnahme von Patient(inn)en zu haben, das sind 4,1 Prozentpunkte mehr als im Jahr 2006.

V. Individuelle Aspekte der Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit

In den vorherigen Abschnitten wurde die Arbeitsmarktsituation der sozialen Berufe auf Basis der aggregierten Daten dargestellt. Die Makrodaten sind gut geeig-

net, die globalen Arbeitsmarktindikatoren und Entwicklungen abzubilden. Individuelle Aspekte wie die gewünschte Arbeitszeit, die Arbeitszufriedenheit, der

Verbleib im Beruf oder der Wunsch nach Frühverrentung können jedoch nur anhand der Individualdaten untersucht werden.

In diesem Abschnitt werden individuelle beschäftigungsrelevante Merkmale anhand der Daten aus Erwerbstätigenbefragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) untersucht. Die BIBB-Daten sind Querschnittsdaten, die zu verschiedenen Zeitpunkten durch Telefonbefragungen erhoben werden. Die letzte Welle wurde 2011/2012 erhoben und umfasste 20.036 Erwerbstätige ab 15 Jahren mit einer Arbeitszeit von mindestens zehn Stunden pro Woche. Ziel der Erwerbstätigenbefragungen ist es, die Arbeitswelt in Deutschland (in Bezug auf Arbeitstätigkeiten, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit etc.) zu beschreiben und die Änderungen zu verfolgen.

Die Auswertung der Umfragedaten ermöglicht Einblicke in die interne Situation der Beschäftigten, welche nützliche Erkenntnisse für die Personalpolitik liefern könnten. Die Personalpolitik muss jedoch nicht nur die aktuelle Beschäftigungssituation berücksichtigen, sondern auch die eventuellen Strukturänderungen und Trends. Durch einen Vergleich zweier Befragungswellen (2006 und 2012) werden die Änderungen bei wichtigen Merkmalen wie Arbeitszeit, Arbeitszufriedenheit etc. untersucht. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Analyse der Arbeitszeit. Wie entwickelt sich die Arbeitszeit bei sozialen Berufen? Gibt es ein Potenzial, durch Er-

	Pflege	Erziehung	Sozial- arbeit/ -pädagogik	Human- medizin
Frauenanteil (in Prozent)	84 83	88 88	68 74	41 39
Durchschnittsalter in Jahren	43 41	42 41	40 44	47 44
Teilzeitanteil (in Prozent) ¹²⁰	60 54	60 57	52 50	30 15
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (Std./Woche) ¹²¹	35/32/32 35/32	33/31/32 33/32	36/33/34 36/33	48/37/41 52/38
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (Std./Woche), Vollzeit	44/40/38 43/40	41/39/37 41/39	44/39/38 43/39	55/43/47 54/40
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (Std./Woche), Teilzeit	29/26/28 28/26	28/26/28 28/26	30/27/30 28/27	29/24/28 37/30
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (32–38,5 Std./Woche)	39/36/34 30/28	37/35/34 37/35	37/36/35 39/35	40/35/34 48/36
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (21–32 Std./Woche)	32/29/30 30/28	29/27/29 30/28	31/29/32 30/29	32/26/31 35/29
Tatsächliche/vereinbarte/gewünschte Arbeitszeit (10–21,5 Std./Woche)	20/18/22 19/17	18/17/23 19/18	21/17/25 20/19	20/19/21 25/20
Vollzeit/Teilzeit (Angaben in %): ¹²²				
Wunsch, Arbeitszeit zu reduzieren	42/32	37/30	40/22	53/33
Arbeitszeit entspricht Wunscharbeitszeit	43/44	38/37	41/45	38/55
Wunsch, Arbeitszeit zu erhöhen	14/22	23/33	15/27	8/13
„Arbeite in meinem Wunschberuf“ (in %)	84	87	88	95
Arbeitszufriedenheit in Bezug auf ... (in %): ¹²³				
Einkommen	53 56	56 61	53 55	86 56
Arbeitszeit	77 79	83 86	81 82	63 48
Art und Inhalt der Tätigkeiten	91 94	95 94	96 93	97 93
Weiterbildungsmöglichkeiten	81 80	82 79	83 73	88 80
Körperliche Arbeitsbedingungen	58 60	71 81	85 93	93 86
Zufriedenheit insgesamt	91 93	95 96	91 89	97 88
Wunschzeitpunkt für den Ruhestand (in %): Vorzeitig/regulär/später	33/12/3	32/11/2	22/11/3	7/5/6
Übereinstimmung erster und aktueller Beruf				
Anteil an allen Beschäftigten in Beruf X (in %)	43 35	45 37	25 15	66 53
Anteil an Personen mit Beruf X als Erstberuf	62 62	47 43	53 42	93 81
Anzahl in der Stichprobe 2012 Anzahl in der Stichprobe 2006	1.046 880	561 439	220 209	182 168

Tab. 1: Ausgewählte Merkmale nach Beruf, eigene Berechnungen auf Basis der BIBB-Daten (2012, 2006). Die rot markierten Daten beziehen sich auf die Erhebung 2006.

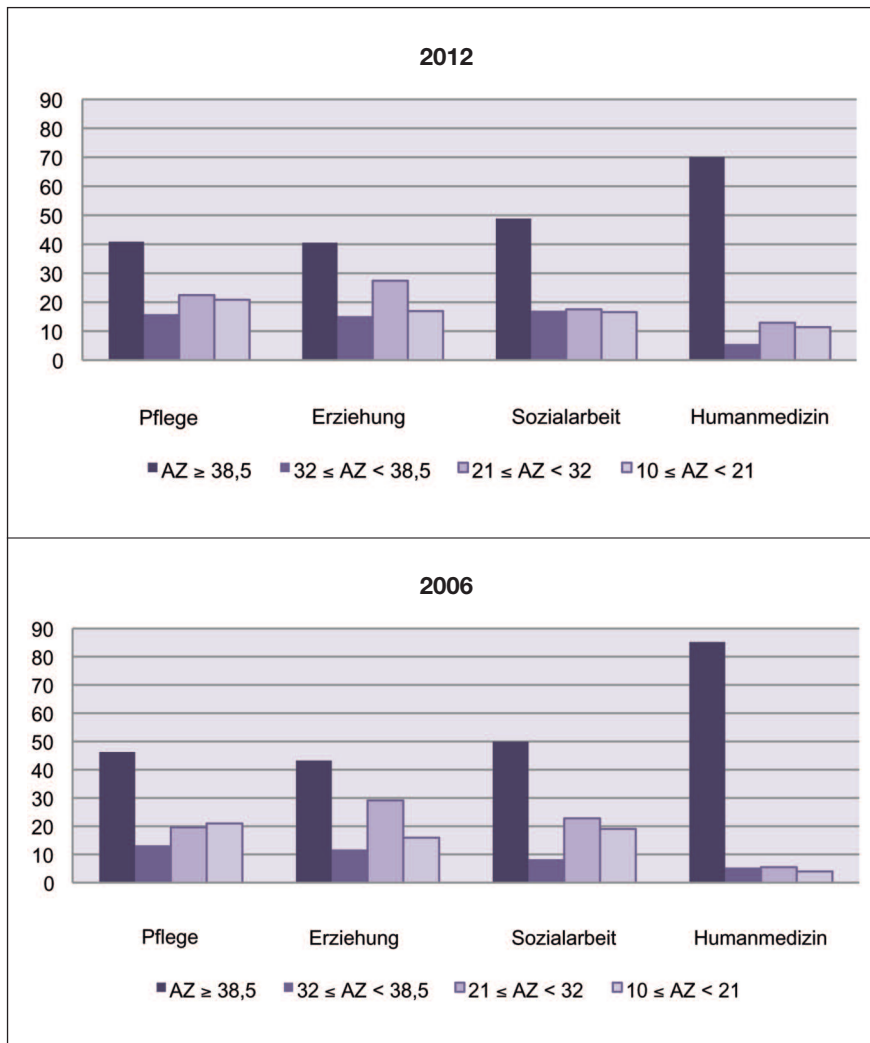


Abb. 21: Verteilung der Arbeitszeit nach Beruf, eigene Darstellung auf Basis der BIBB-Daten (2012, 2006). Anmerkung: Unter „Sozialarbeit“ sind Sozialarbeit und Sozialpädagogik zusammengefasst; AZ = Arbeitszeit.

höhung der Arbeitszeit den Fachkräfteengpass zu reduzieren? Ist die Strategie „Vollzeit statt Teilzeit“ tragbar? Welche Faktoren beeinflussen die Arbeitszufriedenheit am stärksten? Mit diesen und anderen Fragen befasst sich der empirische Teil dieser Studie.

Die Klassifikation der Berufe 1992 (KldB 1992)¹¹⁵ auf der 3-Steller-Ebene¹¹⁶ ist am besten geeignet, um die vier betrachteten Berufe in den BIBB-Daten zu identifizieren.¹¹⁷ Soziale Berufe gehören zu dem Berufsbereich V „Dienstleistungsberufe“ (Berufsabschnitte Vg „Gesundheitsberufe“ und Vh „Sozial- und Erziehungs-

berufe“). Konkret setzen sich die betrachteten sozialen Berufe aus den folgenden Berufsordnungen zusammen:

Pflege: Krankenpflegerinnen, Hebammen/Entbindungshelferinnen (Nummer der Berufsordnung: 853), Helferinnen in der Krankenpflege (854), Altenpflegerinnen (864), Familienpflegerinnen, Dorfhelferinnen (865);
 Erziehung: Erzieherinnen (863), Kinderpflegerinnen (867), Heilpädagoginnen (862), Heilerziehungspflegerinnen (866);
 Sozialarbeit/Sozialpädagogik: Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen (861);

Humanmedizin: Ärztinnen (841).

Um die Struktur der Stichprobe in Bezug auf wichtige soziodemografische Merkmale an die Struktur der Grundgesamtheit anzupassen und somit eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, wird ein Hochrechnungsfaktor auf Basis des Mikrozensus 2011 verwendet.¹¹⁸

Deskriptive Statistiken

Tabelle 1 (s. S. 26) präsentiert ausgewählte deskriptive Statistiken für die vier sozialen Berufe in den Datensätzen 2012 und 2006.¹¹⁹ Nach einer Auswertung der Daten 2012 wird ein Vergleich der Stichproben 2006 und 2012 vorgenommen.

In der Stichprobe von 2012 ist der Frauenanteil am höchsten in der Kindererziehung (88 %) und in der Pflege (84 %), während er in der Humanmedizin nur 41 % beträgt. In der Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind 68 % der Beschäftigten Frauen.¹²⁴ Das Durchschnittsalter der Beschäftigten variiert zwischen 40 und 47 Jahren, wobei die Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen in der betrachteten Stichprobe im Schnitt jünger und die Ärztinnen älter als die Mitarbeiterinnen in der Pflege und Erziehung sind.

Arbeitszeit: Die Auswertungen zeigen, dass die tatsächliche Arbeitszeit in allen Berufen höher als die vereinbarte ausfällt. Dieser Befund spiegelt die hohe Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen wider, die nicht ohne Überstunden und Mehrarbeit befriedigt werden kann. Am höchsten ist die Diskrepanz zwischen der tatsächlichen und der vereinbarten Arbeitszeit bei Ärztinnen (48 beziehungsweise 37 Stunden pro Woche). Die Wunscharbeitszeit liegt in den meisten Fällen zwischen dem tatsächlichen und vertraglich vereinbarten Arbeitsumfang, jedoch näher an der vereinbarten Arbeitszeit.

Den höchsten Teilzeitanteil weisen Pflege- und Erziehungsberufe auf (60 %). Bei Ärztinnen ist dieser Anteil nur halb so hoch (30 %). Dies hängt offensichtlich mit dem geringeren Frauenanteil in diesem Beruf zusammen. Eine detaillierte Vertei-

lung der Arbeitszeit ist in der Abbildung 21, S. 27, dargestellt.

Die „mittlere Teilzeit“ (21 bis 32 Stunden/Woche) bildet die größte Gruppe unter den Teilzeitbeschäftigten. Bei Sozialarbeit und Sozialpädagogik weisen die drei Teilzeitkategorien eine fast identische Häufigkeit auf. Zwischen Männern und Frauen bestehen große Differenzen in Bezug auf die Arbeitszeit. Abbildung 22 verdeutlicht das Niveau des sogenannten „Gender Time Gap“ in Bezug auf die Teilzeitquote. Frauen arbeiten deutlich häufiger in Teilzeit im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Der Unterschied zwischen den Teilzeitanteilen bei Frauen und Männern liegt zwischen 19 (Erziehung) und 39 Prozentpunkten (Humanmedizin). Männer, die in einem Erziehungsberuf, in der Sozialarbeit/-pädagogik oder in der Pflege tätig sind, arbeiten häufiger in Teilzeit als Ärzte. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Teilzeitquote sind besonders bei Humanmedizinern und in der Pflege ausgeprägt.

Die Wunscharbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigten liegt unterhalb der tatsächlich geleisteten und auch der vereinbarten Arbeitszeit. Eine Ausnahme stellen lediglich Ärztinnen dar. Beschäftigte dieser Berufsgruppe wünschen sich eine höhere

Arbeitszeit im Vergleich zum vereinbarten Arbeitsumfang, jedoch eine geringere als die tatsächliche Arbeitszeit.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei Teilzeitbeschäftigten ist über die Berufe hinweg vergleichbar und beträgt 28 bis 30 Stunden (s. Tabelle 1, S. 26). Die Wunscharbeitszeit in dieser Gruppe liegt ebenso zwischen 28 und 30 Stunden/Woche, bei Erzieherinnen und Ärztinnen liegt sie sogar leicht unter der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit. Die Durchschnittswerte haben jedoch eine begrenzte Aussagekraft. Betrachtet man die einzelnen Teilzeitkategorien getrennt, wird deutlich, wie unterschiedlich das Verhältnis zwischen der tatsächlichen beziehungsweise vereinbarten Arbeitszeit und der Wunscharbeitszeit in diesen Kategorien ausfällt. Zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit besteht eine negative Korrelation. Während die Beschäftigten in der Gruppe der vollzeitnahen Teilzeit (32 bis 38,5 Stunden/Woche) ihre Arbeitszeit reduzieren möchten, ist bei „kleiner“ Teilzeit das Gegenteil der Fall.

Ähnlich wie bei Vollzeitbeschäftigten liegt die Wunscharbeitszeit in der Gruppe der vollzeitnahen Teilzeit unterhalb der tatsächlichen und auch der vereinbarten

Arbeitszeit. Beschäftigte mit einer vereinbarten Arbeitszeit zwischen 21 und 32 Stunden pro Woche („mittlere“ Teilzeit) geben an, mehr als vereinbart arbeiten zu wollen. Beim Verhältnis zwischen der tatsächlichen und der gewünschten Arbeitszeit ergibt sich jedoch ein gemischtes Bild. In der Kategorie „kleine“ Teilzeit (10 bis 21 Stunden/Woche) übersteigt die Wunscharbeitszeit sowohl die vereinbarte als auch die tatsächliche Arbeitszeit in allen betrachteten Berufen. Erzieherinnen, die in „kleiner“ Teilzeit arbeiten, möchten ihre vereinbarte Arbeitszeit um sechs Stunden pro Woche erhöhen, die Sozialarbeiterinnen und die Sozialpädagoginnen sogar um acht Stunden!

Ergänzend präsentiert Tabelle 1, S. 26, die Anteile der Beschäftigten, die ihre Arbeitszeit gerne erhöhen, beibehalten oder reduzieren möchten. Jede dritte Erzieherin in Teilzeit möchte die Arbeitszeit erhöhen. Dagegen beträgt der entsprechende Anteil bei Ärztinnen lediglich 13 %.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschäftigten mit einem vollzeitnahen Arbeitsumfang keine Vollzeitbeschäftigung anstreben. Auch bei der „mittleren“ Teilzeit wird nicht der Wunsch geäußert, die Arbeitszeit zu erhöhen. Es existiert zwar Potenzial, den Arbeitsumfang durch die Erhöhung der Stundenzahl bei Teilzeitbeschäftigten auszuweiten, dieses Potenzial ist jedoch fast ausschließlich auf die „kleine“ Teilzeit begrenzt. Beschäftigte dieser Kategorie machen 11 % (Humanmedizin) bis 21 % (Pflege) der Beschäftigten aus. Somit kommt die Strategie, dem Fachkräftemangel durch die Ausweitung der Arbeitszeit entgegen zu wirken, vor allem in den Berufen in Frage, die insbesondere bei der „kleinen“ Teilzeit einen höheren Teilzeitanteil aufweisen.

Verbleib im Beruf: 62 % der Befragten, die Pflege als Erstberuf angegeben haben, arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung immer noch in diesem Beruf. Andererseits waren nur 43 % der Beschäftigten in der Pflege von Anfang an als Pflegerinnen

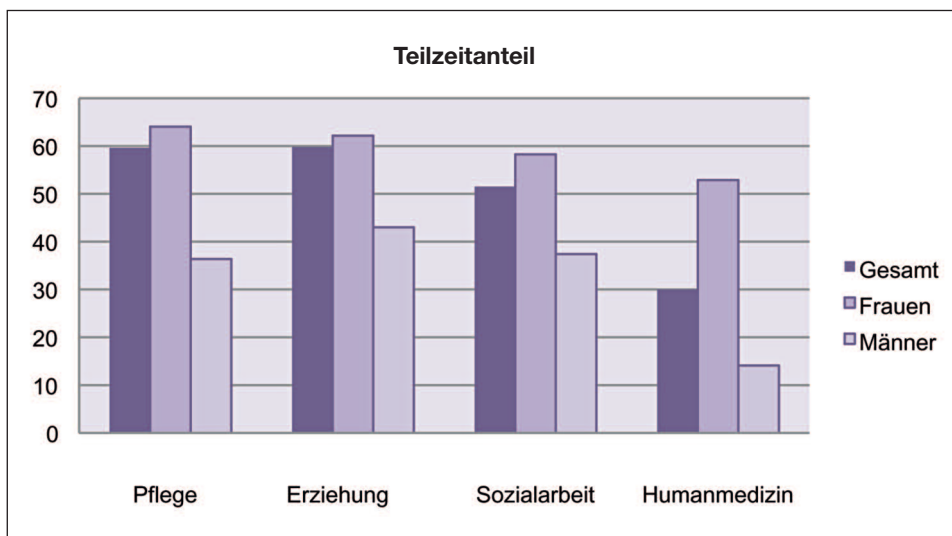


Abb. 22: Anteil der Teilzeitarbeit nach Geschlecht und Beruf, eigene Darstellung auf Basis der BIBB-Daten (2012).

tätig. Bei Erzieherinnen und Sozialpädagoginnen/Sozialarbeiterinnen ist die Übereinstimmung zwischen dem ersten und dem aktuellen Beruf noch geringer (57 % beziehungsweise 53 %). Diese Ergebnisse legen nahe, dass ein Großteil des Personals in diesen Berufen aus anderen Berufen gewonnen wird. Dagegen sind 93 % der Beschäftigten mit dem Erstberuf „Ärztin“ diesem Beruf treu geblieben.

Zufriedenheit mit dem Beruf: Mehr als 80 % der Beschäftigten in allen vier untersuchten Berufen geben an, in ihrem Wunschberuf zu arbeiten, wobei der entsprechende Anteil in der Pflege 84 % und bei den Ärztinnen 95 % beträgt. Tabelle 1 analysiert die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in sozialen Berufen im Hinblick auf verschiedene Faktoren. Dabei zeigt sich ein heterogenes Bild. Während die Ärztinnen mit ihrem Einkommen mehr als die Mitarbeiterinnen in den anderen sozialen Berufen zufrieden sind (86 % beziehungsweise 53–56 %), ist bei der Frage über die Arbeitszeit das Gegenteil der Fall (63 % beziehungsweise 77 bis 83 %). In Bezug auf den Inhalt der Tätigkeiten ist der Zufriedenheitsgrad (mehr als 90 %) über alle sozialen Berufe hinweg hoch. Auch mit den Weiterbildungsmöglichkeiten sind die meisten Beschäftigten zufrieden (81 bis 88 %). Große Unterschiede ergeben sich in Bezug auf körperliche Arbeitsbedingungen. Hier ist der Anteil der Zufriedenen in der Pflege mit Abstand geringer als in den anderen untersuchten Berufen (58 %). Dieses Ergebnis steht in Einklang zu den im Abschnitt II beschriebenen Entwicklungen in der Pflegebranche. Dagegen sind 93 % der Ärztinnen mit den körperlichen Arbeitsbedingungen sehr zufrieden oder zufrieden. Insgesamt sind über 90 % der Beschäftigten in sozialen Berufen mit ihrer Arbeit zufrieden, wobei der Anteil der Zufriedenen bei Ärztinnen am höchsten ist (97 %). Es fällt auf, dass die Anteile bei der Gesamtzufriedenheit und bei der Zufriedenheit mit der Art und den Inhalten der Tätigkeit eine große Ähnlichkeit aufweisen. Offensichtlich

spielt dieser Faktor eine entscheidende Rolle für die Arbeitszufriedenheit.

Aus der Perspektive des Fachkräftemangels ist auch die Frage nach dem Wunschzeitpunkt für den Ruhestand relevant. Lässt sich der Fachkräftengpass in Mangelberufen durch das Hinausschieben des Renteneintritts zum Teil entschärfen? Bei den Angaben zum Wunschzeitpunkt für den Ruhestand fehlen zwar viele Werte, sie liefern aber trotzdem ein interessantes Ergebnis. Fast ein Drittel der befragten Beschäftigten in der Pflege und in der Kindererziehung würden gerne vorzeitig in den Ruhestand gehen, während bei Ärztinnen nur 7 % der Befragten diese Angabe machten. Der Anteil der Beschäftigten, die bis zum regulären Rentenalter arbeiten möchten, ist bei allen Berufen (bis auf die Humanmedizin) vergleichbar und liegt bei 11 bis 12 %. Rund 6 % der Ärztinnen würden gerne über das reguläre Rentenalter hinaus arbeiten, während dieser Anteil bei den anderen sozialen Berufen nur 2 bis 3 % beträgt.

Vergleich der Stichproben 2006 und 2012

Um einen Überblick über die beiden Stichproben zu geben, werden in der Tabelle 1 die Auswertungen für 2012 und 2006 gegenübergestellt. Die demografische Entwicklung spiegelt sich im steigenden Alter der Beschäftigten wider. Der Vergleich des Durchschnittsalters in den Stichproben 2006 und 2012 zeigt, dass das Personal für soziale Dienstleistungen im Schnitt älter geworden ist. Eine Ausnahme stellen Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen dar. In dieser Berufsgruppe ist das Durchschnittsalter in den betrachteten Stichproben sogar gesunken.

Die globale Entwicklung der Teilzeitarbeit findet sich auch in den sozialen Berufen wieder. Zwischen 2006 und 2012 hat sich der Teilzeitanteil deutlich erhöht. Bei Ärztinnen hat er sich sogar verdoppelt (von 15 % in 2006 auf 30 % in 2012). Die durchschnittliche Arbeitszeit hat sich dadurch kaum geändert (s. Tabelle 1). Die Arbeitszeitverkürzung wird lediglich bei

Humanmedizinern beobachtet. Das ist offensichtlich auf die Zunahme der „mittleren“ und „kleinen“ Teilzeit in diesem Beruf zurückzuführen (vgl. Abbildung 21, S.27). Der Vollzeitanteil ging in allen Berufen zurück, besonders stark war er bei Ärztinnen (von 85 % auf 70 %). Diese Entwicklung hängt zum Teil mit dem Anstieg des Frauenanteils zusammen.

Die vereinbarte Arbeitszeit blieb 2012 im Durchschnitt auf demselben Niveau wie 2006. Bei Ärztinnen beobachtet man jedoch unterschiedliche Entwicklungen zwischen der Voll- und Teilzeitbeschäftigung. Bei Vollzeitbeschäftigten stieg die vereinbarte Arbeitszeit um drei Stunden, gleichzeitig sank sie bei Teilzeitkräften um sechs Stunden pro Woche. Bei Pflege-, Erziehungsberufen und Sozialarbeit/-pädagogik blieb sie unverändert.

Ein interessantes Ergebnis zeigt sich in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit. Bei Ärztinnen ist die Arbeitszufriedenheit zwischen 2006 und 2012 deutlich gestiegen, sowohl insgesamt als auch bei separater Betrachtung der abgefragten Felder. Dagegen ist der Anteil der Zufriedenen bei den anderen sozialen Berufen in Bezug auf viele Indikatoren (Einkommen, Arbeitszeit, körperliche Arbeitsbedingungen) gesunken. Die Übereinstimmung zwischen dem Erstberuf und dem aktuellen Beruf hat zwischen 2006 und 2012 deutlich zugenommen.

VI. Fazit

Die Beschäftigungssituation der sozialen Berufe entwickelte sich in den letzten Jahren günstiger als die Gesamtbeschäftigung in Deutschland. Der demografische Wandel bietet vielen sozialen Tätigkeitsfeldern die Möglichkeit, zu wachsen. Im Vergleich zu anderen Berufen ist die Beschäftigungslage der sozialen Berufe weniger konjunkturanfällig und sehr stabil. Auch in den Einrichtungen und Diensten der Caritas sind deutliche Beschäftigungszuwächse zu beobachten. Der positiven Beschäftigungsentwicklung steht jedoch ein zurückhaltendes Geschäftsklima gegenüber. Mögliche Ursachen dafür könnten höhere Personalkosten und steigende Energiepreise sein. Wenn die Tarifierhöhungen bei Entgeltverhandlungen unzureichend berücksichtigt werden, sind die Finanzie-

rungslücken insbesondere bei wachsenden Branchen spürbar.

Die demografische Entwicklung trifft jedoch nicht nur die Nachfrage-, sondern auch die Angebotsseite und zieht einen steigenden Personalsatzbedarf nach sich. Viele Fachbereiche des Arbeitsmarktes für soziale Dienstleistungen werden seit Jahren mit dem Fachkräftemangel konfrontiert. Besonders in der Pflege und bei Ärztinnen sind die Fachkräfteengpässe zu spüren. Die Erziehungsberufe und die Sozialarbeit/-pädagogik sind zwar keine Mangelberufe, sie sind aber ebenso durch hohe Nachfrage und Beschäftigungswachstum gekennzeichnet. Laut statistischen Erhebungen gestaltet sich die Personalgewinnung in vielen Einrichtungen und Diensten der Caritas schwieriger als in der

Vergangenheit. Die Träger und die Politik suchen gemeinsam nach Lösungen für dieses Problem. Durch zahlreiche Projekte und Konzepte wirkt die Caritas dem Fachkräftemangel entgegen.

Die Erhöhung des Arbeitsvolumens bei Teilzeitkräften wird oft als eine Lösungsoption diskutiert, um die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen. Die Analyse der Wunscharbeitszeit auf Basis der Individualdaten zeigt, dass das Ausweitungspotenzial vor allem im unteren Bereich der Arbeitszeitverteilung vorhanden ist. Somit kommt die Strategie, dem Fachkräftemangel durch die Erhöhung der Arbeitszeit entgegenzuwirken, vor allem in den Berufen in Frage, die einen höheren Teilzeitanteil – insbesondere bei der „kleinen“ Teilzeit – aufweisen.

Anmerkungen und Literatur

Anmerkungen

Hinweis: Die Hyperlinks wurden am 17.3.2015 auf Richtigkeit und Gültigkeit geprüft. Abweichende Zugriffsdaten werden kenntlich gemacht.

1. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), www.bibb.de; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), www.baua.de
2. BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen; BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen.
3. Die Autorin dankt Norbert Beyer, Jörg Kaiser, Andrea Kobialka, Prof. Dr. Jutta Rump, Theresia Wunderlich und Dr. Franz Fink für hilfreiche Kommentare und Anregungen bei

der Erstellung der Studie. Mein Dank gilt auch Jennifer Panjas, Reinhilde Zimmer und den Mitarbeitern von GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften für die Bereitstellung von Daten und Statistiken.

4. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014a, 2014b; Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Beschäftigungsstatistik: 2014a, Arbeitslosenstatistik: 2014b).
5. *Vakanzeit ist als Zeit zwischen dem gewünschten Besetzungstermin und der tatsächlichen Stellenbesetzung definiert (gemessen in Tagen).*
6. Die Zahlen für Fachkräfte sind dem aktuellen Bericht der BA (2014b) entnommen. Die Angaben für Helfer beziehen sich auf BA, 2014a.
7. Anmerkung: Die hier betrachtete Kategorie 813 der Klassifikation der Berufe 2010 (KIdB

2010) umfasst neben Gesundheits- und Krankenpflegekräften auch Beschäftigte in Rettungsdienst und Geburtshilfe. Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014a.

8. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014b.
9. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014a.
10. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014b, 2013a.
11. RHEINISCH-WESTFÄLISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG, 2011.
12. HELMRICH und ZIKA, 2010.
13. DGB, 2011, DBfK, 2009.
14. EYER, 2014.
15. DBfK, 2009.
16. HOFFSIMMER, 2013.
17. BISPINCK et al., 2013.
18. Vgl. AOK, 2010, WildO, 2015.
19. BOSCH, 2013.
20. S. ebenda.

21. HELMRICH und ZIKA, 2010.
22. Die von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie basiert auf Umfragen von circa 1200 Pflegekräften in Deutschland und Schweden, die durch die Universitäten Vechta und Stockholm durchgeführt wurden. Vgl. THEOBALD et al., 2013.
23. Unter dem Begriff „Pflegekraft“ sind folgende Berufsordnungen zusammengefasst: Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen, Altenpflegerinnen, darunter auch Altenpflegehelferinnen.
24. AFENTAKIN und MAIER, 2010.
25. Diese Zahl resultiert aus einer Umfrage der BA bei den Ländern. Es handelt sich um eine Status-quo-Analyse und weniger um eine tatsächliche Prognose.
26. S. neue caritas Heft 10/2013, S. 12 ff.
27. RHEINISCH-WESTFÄLISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG, 2011.
28. Ein Überblick über moderne Pflege- und Assistenzkonzepte wird im Abschnitt über die Strategien gegen den Fachkräftemangel präsentiert.
29. BOSCH, 2013.
30. Weitere Informationen finden sich in KNÜPPEL, 2015. Dieses Papier liefert eine Zusammenfassung von mehreren Studien über Pflegeberufe mit vielen Hintergrundinformationen.
31. DEUTSCHER CARITASVERBAND, 2013.
32. DEUTSCHER CARITASVERBAND, Erhebung der wirtschaftlichen Lage, 2013.
33. Vgl. neue caritas Heft 12/2013, S. 40 ff.
34. DGB, 2011.
35. DEUTSCHER BUNDESTAG, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/3449.
36. www.inqa.de
37. Eine Übersicht der Projekte findet sich unter www.bagfw-esf.de. S. die Abschlussdokumentation des Projekts „rückenwind – für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. [BAGFW], 2014).
38. PROGNOSES, 2014.
39. KRICHELDORFF, 2010.
40. Nach Informationen von Theresia Wunderlich, Abteilungsleiterin für Soziales und Gesundheit, Deutscher Caritasverband, am 22.4.2015.
41. Vgl. BIEDERMANN, 2014, www.aal.fraunhofer.de
42. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2015 a.
43. EYER, 2014.
44. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2012 a.
45. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014 a.
46. Zentralstatistik des Deutschen Caritasverbandes (Stand: 31.12.2012).
47. Die Vollfinanzierung gilt für Eintritte in die Altenpflegeausbildung, die zwischen dem 1.4.2013 und dem 31.3.2016 erfolgt sind (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2013).
48. AOK, 2015.
49. VON GERMETEN-ORTMANN, 2011.
50. SELL, 2013.
51. Nach Informationen von Theresia Wunderlich, Abteilungsleiterin für Soziales und Gesundheit, Deutscher Caritasverband, am 22.4.2015.
52. Kinderförderungsgesetz (KiföG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010.
53. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014 c.
54. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2014, Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1.3.2014.
55. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014 c, 2013 b.
56. Die Abgrenzung basiert auf der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) und bezieht sich auf die Berufsgruppe 8311 „Berufe in der Kinderbetreuung und -erziehung“.
57. CARITAS IN NRW, 2014.
58. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2013.
59. BERTELSMANN STIFTUNG, 2014.
60. BÖHME und EIGENHÜLLER, 2013.
61. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 b.
62. WEIMANN-SANDIG und OSIANDER, 2013.
63. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 b, 2014 c.
64. Quelle: Statistisches Bundesamt, zitiert nach BA, 2014 c.
65. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2012 b.
66. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2015 b.
67. Nach Informationen von Franz Fink, Referatsleiter Alter, Pflege, Behinderung, Deutscher Caritasverband, am 26.2.2015.
68. HÖHNER, 2009.
69. Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Kurztitel: UN-Behindertenrechtskonvention, BRK) ist in Deutschland am 26.3.2009 in Kraft getreten. Text des Übereinkommens: BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2011 a. Weitere Informationen zu der Resolution und deren Umsetzung finden sich in: DEGENER, 2015.
70. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2011 b.
71. GESIS, 2015.
72. SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND, 1994.
73. KULTUSMINISTERKONFERENZ, 2010, 2011.
74. HÖHNER, 2009.
75. GÖCKLER, 2014.
76. PICH, 2007.
77. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
78. REHN et al., 2011.
79. GÖCKLER, 2014.
80. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
81. GÖCKLER, 2014.
82. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
83. ACHTERHOLD, 2011.
84. S. ebenda.
85. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
86. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2013 a.
87. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2013 b.
88. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
89. BUNDESÄRZTEKAMMER, 1996.
90. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2012.
91. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2014 b.
92. SPIEGEL ONLINE, 2014.
93. Man versteht darunter die Jahrgänge 1981 und jünger.
94. PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG ONLINE, Ausgabe 36/2010.
95. SCHMIDT, 2013; HUCKLENBROICH, 2012, 2013.
96. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2013 a.
97. Die Analyse der BA beziehen sich auf sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Bundesagentur für Arbeit, 2013 c).
98. PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG ONLINE, Ausgabe 36/2010.
99. KOPETSCH, 2010.

100. DEMARY und KOPPEL, 2013.
101. S. ebenda.
102. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, 2013 c.
103. HIBBELER, 2012.
104. BUNDESÄRZTEKAMMER, 2014.
105. SPIEGEL ONLINE, 2014.
106. Wir präsentieren keine Zeitreihen für Altenpflege und Sozialarbeit/Sozialpädagogik, da diese Berufe in den angegebenen Daten nicht differenziert werden können. So sind beispielsweise die Sozialpädagoginnen in einer Berufsordnung mit den Heimleiterinnen und Heilpädagoginnen zusammengefasst.
107. ABSSENGER et al., 2014.
108. S. ebenda.
109. Zentralstatistik des Deutschen Caritasverbandes (Stand: 31.12.2012).
110. DEUTSCHER CARITASVERBAND, Erhebung der wirtschaftlichen Lage 2013.
111. DEUTSCHER CARITASVERBAND, Erhebung der wirtschaftlichen Lage 2012.
112. Diese Wirtschaftsindikatoren basieren auf der Differenz zwischen den Anteilen der positiven und negativen Antworten auf die betreffenden Fragen (Basisjahr=2006). Die Zukunftserwartungen gehen in den Gesamtindex mit einer stärkeren Gewichtung als Gegenwartswerte ein (60/40), vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND, Erhebung der wirtschaftlichen Lage 2013.
113. Siehe Erhebung der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas 2013.
114. Bei den Merkmalen Überstunden und Krankenstand ist die auf das Niveau von 2006 normierte Differenz zwischen den Anteilen der Antworten „gestiegen“ und „gesunken“ und beim Konkurrenzindikator „verschärft“ und „entspannt“ dargestellt.
115. S. Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992. STATISTISCHES BUNDESAMT, 1996.
116. Die größte Einheit in der Klassifikation der Berufe ist der Berufsbereich, der in Berufsabschnitte aufgeteilt ist. Die Berufsabschnitte enthalten mehrere Berufsgruppen (2-Steller), die in Berufsordnungen aufgeteilt werden (3-Steller). Die Berufsklassen (4-Steller) sind im Scientific Use File nicht verfügbar.
117. In der aktuelleren Klassifikation der Berufe (KldB 2010) sind auf der 3-Steller-Ebene mehrere soziale Berufe in einer Kategorie zusammengefasst (zum Beispiel Erziehung und

Sozialarbeit, Human- und Zahnmedizin). Aufgrund dessen wäre keine differenzierte Betrachtung der vier sozialen Berufe auf der 3-Steller-Ebene möglich.

118. S. ROHRBACH+SCHMIDT und HALL, 2013.

119. Die Daten 2006 sind mit roter Schriftfarbe dargestellt. Einige Merkmale sind nur in der Stichprobe 2012 verfügbar.

120. Als Teilzeit werden hier Beschäftigungen mit einer vereinbarten Arbeitszeit von weniger als 38,5 Stunden pro Woche gewertet. Analog werden die Teilzeitkategorien auf Basis der vereinbarten Arbeitszeit gebildet. Bei fehlenden Angaben über die vereinbarte Arbeitszeit wird die tatsächliche Arbeitszeit verwendet.

121. Für 2006 wird nur die tatsächliche Arbeitszeit präsentiert, da die Wunscharbeitszeit in der Stichprobe 2006 nicht verfügbar ist.

122. Der restliche Anteil umfasst die fehlenden Angaben.

123. Die Anteile der Angaben „sehr zufrieden“ und „zufrieden“.

124. Zwar weichen einige Merkmale wie der Frauenanteil oder der Teilzeitanteil in der betrachteten Stichprobe und in den öffentlichen Statistiken der BA voneinander ab, die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und die Größenordnungen sind jedoch korrekt abgebildet.

Literatur

ABSSENGER, N., AHLERS, E., BISPINCK, R., KLEIN-KNECHT, A., KLENNER, C., LOTT, Y., PUSCH, T. und SEIFERT, H. (2014): Arbeitszeiten in Deutschland – Entwicklungstendenzen und Herausforderungen für eine moderne Arbeitszeitpolitik, in: WSI Report 19, November 2014.

ACHTERHOLD, G. (2011): Sozialpädagogik studiert – und dann? Netzwerker im Gemeinwesen, FAZ, 1.10.2011, unter: <http://hochschul-anzeiger.faz.net/magazin/sozialpaedagogik-studiert-und-dann-netzwerker-im-gemeinwesen-11129414.html>.125

AFENTAKIN, A. und MAIER, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. STATISTISCHES BUNDESAMT – Wirtschaft und Statistik 11/2010, S. 990–1002, unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/ProjektionPersonalbedarf>

112010.pdf?__blob=publicationFile.

AOK (2015): Reform der Pflegeausbildung – AOK Gesundheitspartner unter: www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/gesetze/index_07973.html (Stand: 31.5.2015).

AOK (2010): Krankenstand: Pflegekräfte sind oft und lange krank unter: www.aok-gesundheitspartner.de/rh/vigo_pflege/gesund_und_aktiv/bgf/krankenstand/index.html (Stand: 29.4.2015).

BERTELSMANN STIFTUNG (Hrsg.) (2014): Qualitätsausbau in KiTas – Bundesstandards für Chancengerechtigkeit (Stand: 29.10.2014), unter: www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/laendermonitoring-fruehkindliche-bildungssysteme/projektthemen/qualitaetsausbau-in-kitas

BIEDERMANN, H. (2014): Dabei sein ist alles: Sozialraum und Technik machen's möglich. In: neue caritas Heft 1/2014.

BISPINCK, R., DRIBBUSCH, H., ÖZ, F. und STOLL, E. (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Arbeitspapier des WSI-Tarifarchivs 21, Oktober 2013, unter: www.lohnspiegel.de/dateien/pflegeberufe-update

BÖHME, S. und EIGENHÜLLER, L. (2013): Personal in der Kindererziehung in Bayern, Arbeitsmarktsituation und Berufsverbleib, IAB-Regional, 1/2013, Nürnberg, unter: http://doku.iab.de/regional/BY/2013/regional_by_0113.pdf

BOSCH, G. (2013): Arbeitsmarkt und Beschäftigung im Umbruch – Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft (Präsentation), 8. Kongress Sozialwirtschaft, Magdeburg, 13.6.2013.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2014 a): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Altenpflege, Nürnberg, Februar 2014.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2014 b): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg Dezember 2014.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2014 c): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfte in der Kinderbetreuung und -erziehung, Nürnberg 2014.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2013 a): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg Dezember 2013.

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2013 b): Der

- Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfte in der Kinderbetreuung und -erziehung, Nürnberg 2013.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.) (2013c): Gute Bildung – gute Chancen, Der Arbeitsmarkt für Akademikerinnen und Akademiker in Deutschland, Nürnberg 2013 unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Akademiker/generische-Publikationen/Broschuere-Akademiker-2013.pdf>
- BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (BAuA) unter: www.baua.de
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTS- PFLEGE E. V. (BAGFW) (2014): rückenwind – Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft, unter: www.bagfw-esf.de; Abschlussdokumentation unter: www.bagfw-esf.de/uploads/media/Abschlussdokumentation.pdf
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2014): 117. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll (Stand: 13.6.2014), Berlin, unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/117.DAeT_Beschlussprotokoll.pdf
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2013a): Diagramme und Tabellen unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2013b): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2013 unter: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (2012): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2012 unter: www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.11372
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg.) (1996): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.1996 unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/1996Kurz.pdf
- BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB) unter: www.bibb.de
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (2013): Arbeitsmarktprognose 2030 – Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland (Stand: Juli 2013), Bonn, unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a756-arbeitsmarktprognose-2030.pdf?__blob=publicationFile
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (2011a): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Stand: Dezember 2011), unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (2011b): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft – Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Stand: September 2011), unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (2015a): Wege zur Pflege, unter: <https://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (2015b): Kinder und Jugend, unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=207562.html
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ) (2013): Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege, unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=196810.html
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2012a): Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege, 2012–2015, Vereinbarungstext unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/vereinbarung-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2012b): Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der Kindertagesbetreuung. Eine Handreichung der Expertengruppe im Rahmen des 10-Punkte-Programms „Bedarfsgerechte Kindertagesbetreuung 2013“ der Bundesregierung, Berlin, unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fachkraeftegewinnung-kinderbetreuung-2013.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2010): Kinderförderungsgesetz (KiföG) unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze,did=133282.html
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2000): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger, Bonn, unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-23559-Broschue-Vereinbarkeit-von-Erwerbstaeufigen-und-Pflegenden.property=pdf,bereich=bmfsfj,rwb=true.pdf
- CARITAS IN NRW (2014): Fachkräftemangel in Diensten und Einrichtungen der Caritas-Erziehungshilfe in NRW. Erziehungshilfe 2.0 macht Spaß. Fachkräftegewinnung in der Erziehungshilfe. Ein Projekt der Caritas in NRW, unter: <http://erziehungshilfe-macht-spas.de/Fachkraefte-mangel.html> (Stand: 31.5.2015).
- CESIFO GROUP MUNICH (2015): ifo Zeitreihen, unter: www.cesifo-group.de/langereihen
- DEGENER, T. (2015): Die UN-Behindertenkonvention als Inklusionsmonitor, Online-Handbuch Inklusion als Menschenrecht, unter: www.inklusion-als-menschenrecht.de/gegenwart/zusatzinformationen/die-un-behindertenrechtskonvention-als-inklusionsmotor
- DEMERY, V. und KOPPEL, O. (2013): Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. In: *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln*, 40. Jahrgang, Heft 3/2013.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (DBfK) (2009): Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin, unter: www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf (Stand: 29.4.2015).
- DEUTSCHER BUNDESTAG, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/3449, unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/034/1803449.pdf>
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (Hrsg.) (2013): Erhebung der wirtschaftlichen Lage 2013, Auswertungsbericht zur achten Erhebung zur Einschätzung der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas.
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (Hrsg.) (2012): Erhebung der wirtschaftlichen Lage 2012, Auswertungsbericht zur siebten Erhebung zur Einschätzung der wirtschaftlichen Lage der Rechtsträger der Caritas.

- DEUTSCHER CARITASVERBAND: Caritas-Zentralstatistik (Stand: 31.12.2012), unter: www2.caritas-statistik.de
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (2013): Positionierung des Deutschen Caritasverbandes zum Fachkräftemangel in Ausbildungsberufen im Sozial- und Gesundheitswesen. In: *neue caritas* Heft 12/2013, S. 40ff.
- DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND (DGB) (2011): *Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist hausgemacht. Arbeitsmarkt aktuell* Nr. 01/Januar 2011.
- EYER, E. (2014): Der demografische Wandel – eine Herausforderung für die Tarifpolitik, *Zeitschrift für Arbeitsrecht und Tarifpolitik in Kirche und Caritas (ZAT)*, Ausgabe 2 2014, S. 61ff.
- FRAUNHOFER AMBIENT ASSISTED LIVING (AAL), unter: www.aal.fraunhofer.de
- VON GERMETEN-ORTMANN, B. (2011): *Pflege. Generalistische Ausbildung bringt Vorteile.* *neue caritas* Heft 20/2011, S. 23 ff.
- GESIS (2015): *Deutschland noch weit von EU-Zielvorgaben entfernt. Informationsdienst soziale Indikatoren (ISI)*, Ausgabe 53, April 2015.
- GÖCKLER, R. (2014): „Goldene Zeiten“ (am Arbeitsmarkt) für die Soziale Arbeit? Präsentation, DHBW Stuttgart unter: www.dhbw-stuttgart.de/themen/bachelor/fakultaet-sozialwesen/veranstaltungen/rueckblick-anleitertagung_„Präsentation_Arbeitsmarkt_für_Soziale_Arbeit“.
- HALL, A., SIEFER, A. und TIEMANN, M. (2014): *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen.* *suf_3.0*; Forschungsdatenzentrum im BIBB (Hrsg.); GESIS Köln (Datenzugang); Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung. doi:10.7803/501.12.1.1.30.
- HALL, A. (2009): *Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006. Methodik und Frageprogramm im Vergleich zur BIBB/IAB-Erhebung 1998.* Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn.
- HELMRICH, R. und ZIKA, G. (2010): *Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025.* In: HELMRICH, R. und ZIKA, G. (Hrsg.): *Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025.* Berichte zur beruflichen Bildung, Bielefeld: Bertelsmann, S. 13–62.
- HIBBELER, B. (2012): *Medizinstudium: 4,8 Bewerber pro Studienplatz*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (33–34) unter: www.aerzteblatt.de/archiv/128438/Medizinstudium-4-8-Bewerber-pro-Studienplatz?src=search
- HOFFSIMMER, L. (2013): *Junge Mitarbeiter braucht das Land*, *neue caritas* 10/2013, S. 12ff.
- HÖHNER, J. (2009): *Durch Hilfe heilen.* In: *Berliner Zeitung*, 21.3.2009 unter: www.berlinerzeitung.de/archiv/heilpaedagogen-sind-eine-beliebte-berufsgruppe-auf-dem-arbeitsmarkt-und-bei-den-schuelern-durch-hilfe-heilen,10810590,10628046.html
- HUCKLENBROICH, C. (2013): *Frage als Erstes, was man für dich tun will*, *FAZ*, 6.5.2013, unter: www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/generationenkonflikt-in-den-kliniken-frage-als-erstes-was-man-fuer-dich-tun-will-12175006.html (Stand: 15.12.2014).
- HUCKLENBROICH, C. (2012): *Generation Y: Der alte Arzt hat ausgedient*, *FAZ*, 27.4.2012, unter: www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/generation-y-der-alte-arzt-hat-ausgedient-11729029-p2.html (Stand: 26.1.2015).
- INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (INQA) (2007a): *Fels in der Brandung – Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf*, Dortmund, unter: www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/fels-in-der-brandung-pflege.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 1.6.2015).
- INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (INQA) (2007b): *Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege*, Dortmund, unter: www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/memorandum-gesunde-pflege.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 1.6.2015).
- INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (INQA), unter: www.inqa.de
- INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT- UND BERUFSFORSCHUNG (IAB) (2015): *Berufe im Spiegel der Statistik. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Arbeitslose 1999–2011. Alle Berufe und die Berufsordnungen 841, 853, 854, 864* unter: <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>
- KRICHELDORFF, C. (2010): *Pflegebegleiter. Gesprächspartner mit Sachkompetenz.* In: *neue caritas* Heft 13/2010, S. 18ff.
- KOPETSCH, T. (2010): *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlahlenentwicklung*, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, August 2010, unter: www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf
- KNÜPPEL, J. (2015): *Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“*, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, unter: www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (2010): *Pädagogische und rechtliche Aspekte der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Behindertenrechtskonvention – VN-BRK* in der schulischen Bildung, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2010, unter: www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2010/2010_11_18-Behindertenrechtskonvention.pdf
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (2011): *Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen*, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011, unter: www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf
- PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG ONLINE (2010): *Verbände warnen vor Ärztemangel*, Ausgabe 36/2010, unter: www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=35186
- PICH, W. (2007): *Das Berufsfeld von SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen im Mikrozensus – Bilanz einer Dekade. Der Arbeitsmarkt für SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen – Entwicklung, Umfang und innere Struktur*, *Neue Praxis*, 2007, Heft 6, S. 623–651.
- PROGNOS (2014): *Pflegemix der Zukunft. Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung*, Basel. Auftraggeber: Bertelsmann Stiftung, unter: www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/Studie_Pflegemix_der_Zukunft_20140805.pdf (Stand: 30.5.2015).

- REHN, T., BRANDT, G., FABIAN, G., und BRIEDIS, K. (2011): Hochschulabschlüsse im Umbruch. Studium und Übergang von Absolventinnen und Absolventen reformierter und traditioneller Studiengänge des Jahrgangs 2009 (HIS: Forum Hochschule 17/2011), Hannover: HIS, unter: www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201117.pdf
- RHEINISCH-WESTFÄLISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG, RWI (Hrsg.) (2011): *Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt, Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege, Endbericht*, Essen 2011, unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157217/umfrage/prognose-zur-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-bis-2030/>
- ROHRBACH-SCHMIDT, D. und HALL, A. (2013): *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, BIBB-FDZ Daten- und Methodenberichte, Nr. 1/2013. Version 3.0. Bonn: BIBB. ISSN 2190-300X.*
- SCHMIDT, C. (2013): *Generation Y – Porträt einer neuen Mitarbeitergeneration*, unter: www.kas.de/wf/doc/kas_33508-544-1-30.pdf?130214123447
- SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (1994): *Empfehlungen zur Sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 6.5.1994*, unter: www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1994/1994_05_06-Empfehl-Sonderpaedagogische-Foerderung.pdf
- SELL, S. (2013): *Zur Gleichzeitigkeit von Entwertung und Aufwertung der Pflegeberufe in Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels. Vortrag auf dem „Pflegegipfel Rheinland-Pfalz 2013“*, unter: www.vdk.de/rheinland-pfalz/pages/pflegegipfel/66191/fachvortraege_der_referenten (Stand: 1.6.2015).
- SPIEGEL ONLINE (2014): *Deutschland: Noch nie gab es so viele Mediziner wie heute*, 14.4.2014, unter: www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/aerztestatistik-der-bundesaerztekammer-zahl-der-mediziner-auf-rekordhoch-a-964270.html
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014a): *Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) und ausgewählten Merkmalen*, Nürnberg, Dezember 2014, unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistik-der-Bundesagentur-für-Arbeit>
- (2014b): *Arbeitsmarkt in Zahlen – Arbeitsmarktstatistik, Arbeitsmarkt nach Berufen*, Nürnberg, Dezember 2014, unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de>
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014c): *Analytikreport der Statistik, Analyse des Arbeitsmarktes in Deutschland*, November 2014, unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Monatliche-Analytikreports/Generische-Publikationen/Analyse-Arbeitsmarkt-Deutschland/Analyse-Arbeitsmarkt-Deutschland-201411.pdf>
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014d): *Analytikreport der Statistik – Analyse der gemeldeten Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse)*, November 2014, unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Monatliche-Analytikreports/Generische-Publikationen/Analyse-gemeldetes-Stellenangebot/Report-Engpassanalyse-KldB-2010-201411.pdf>
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014e): *Analytikreport der Statistik – Analyse der gemeldeten Arbeitsstellen nach Berufen (Engpassanalyse) (KldB 1988)*, Dezember 2013, unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Monatliche-Analytikreports/Generische-Publikationen/Analyse-gemeldetes-Stellenangebot/Report-Engpassanalyse-KldB-1988-201312.pdf>
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2014): *Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1.3.2014*, Wiesbaden 2014, unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/TageseinrichtungenKindertagespflege.html>
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2012): *Bildung und Kultur – Berufliche Schulen, Schuljahr 2011/2012, Fachserie 11 Reihe 2*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2010): *Gesundheit. Personal. 2001 bis 2010. Fachserie 12 Reihe 7.3.2*. Wiesbaden 2010.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (1996): *Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992*. In: *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 4.1.2, Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen 1995 (Ergebnisse des Mikrozensus)*. Stuttgart: Metzler-Poeschel, S. 317–323, unter: www.gesis.org/missy/fileadmin/missy/klassifikationen/Amtliche_Klassifikationen/KldB/KldB_92.pdf
- THEOBALD, H., SZEBEHELY, M. und PREUB, M. (2013): *Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, edition sigma, Berlin, 2013.*
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIdO) (2015): *Pressemitteilung: Wenn der Beruf krank macht*. Berlin, unter: www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_praevention/wido_pra_pm_krankenstand1_0315.pdf (Stand: 29.4.2015).
- WEIMANN-SANDIG, N. und OSIANDER, Ch. (2013): *Begrenztes Potenzial für Erziehungsberufe – Qualifizierung der Arbeitslosen aus dem SGB II, IAB Kurzbericht 8/2013*, Nürnberg, unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb0813.pdf>

Datensätze

- BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen, 17.10.2011–1.4.2012, ZA5657.
- BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen, 10.2005–03.2006, ZA4820.

Der Praxiskommentar zum Arbeitsrecht in der Caritas



**INKLUSIVE
ELEKTRONISCHER
VERSION**

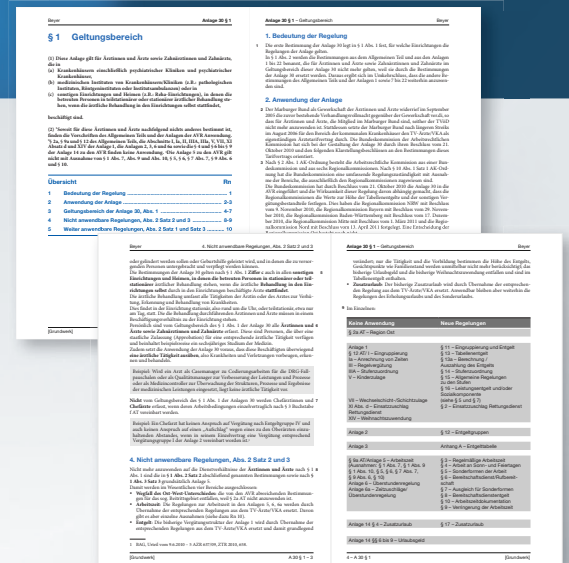
Bewährt, übersichtlich, lesefreundlich und immer auf dem aktuellen Stand

Der Praxiskommentar hat sich als unverzichtbares Hilfsmittel zum Verständnis und zur Auslegung der AVR und der immer komplexer werdenden Rechtsmaterie entwickelt. Ein erfahrenes Autorenteam aus dem Bereich des kirchlich-caritativen und staatlichen Arbeitsrechts steht für eine kompetente und praxisnahe Darstellung.

JETZT NEU: Kommentierung der Tätigkeitsmerkmale in den Anlagen 30 - 33

Inklusive:

- Elektronische Gesamtausgabe für PC, Tablet und Smartphone
- Hilfreiche Inhaltsübersichten
- Umfangreiches Stichwortverzeichnis
- Musterverträge, Berechnungsbögen und Arbeitshilfen
- Sonderpreise bei unseren Seminaren und den Personalrechtstagen
- Kostenlose elektronische Zusatzfunktionen:
 - Zugang zu den AVR-Gehaltsrechnern
 - Urteilsdatenbank der kirchlichen Arbeitsgerichte
 - AVR-Newsletter



Norbert Beyer, Heinz-Gert Papenheim Arbeitsrecht der Caritas

Ein Praxiskommentar zu den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes Grundwerk mit 3 Ordnern und Register Stand August 2015, 3.800 Seiten

€ 128,00

SO KÖNNEN SIE BESTELLEN!

Telefon 0761/36825-0
Fax 0761/36825-33
www.lambertus.de



Ja, ich (wir) bestelle(n) gegen Rechnung:
Alle Preise zzgl. Versandkosten

Ex. Beyer/Papenheim, **Arbeitsrecht der Caritas**

€ 128,00

Vorname, Name	Institution, Einrichtung	Ansprechpartner
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	
E-Mail-Adresse	Datum, Unterschrift	

Lambertus-Verlag GmbH | Postfach 1026 | D-79010 Freiburg
Telefon 0761/368 25 0 | Telefax 0761/368 25 33 | info@lambertus.de | www.lambertus.de



SOZIAL | RECHT | CARITAS