

# Fehlzeiten-Report 2004

B. BADURA · H. SCHELLSCHMIDT · C. VETTER (Hrsg.)

# Fehlzeiten-Report 2004

## Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft

Mit Beiträgen von

B. Badura · S. v. Bandemer · G. Bausch-Weis · K. Blass · M. Ertel  
W. Friesdorf · J. Glaser · M. Göbel · S. Gregersen · L. Gunkel  
H.M. Hasselhorn · K. Heimerl · R. Henkel · T. Höge · B. Klein  
I. Küsgens · N. Lazar · G. Mertens · A.M. Metz · B.H. Müller  
K. Neuhaus · H. Pfaff · F. Pühlhofer · G. Resch · G. Richter  
M. Schrappe · A. Schumann · D. Siewerts · C. Vetter · C. Warmke  
J. Weinmann · V. Weißmann · S. Zschernack

 Springer

Prof. Dr. BERNHARD BADURA  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universitätsstraße 25  
33615 Bielefeld

Dr. HENNER SCHELLSCHMIDT  
CHRISTIAN VETTER  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Kortrijker Str. 1  
53177 Bonn

ISBN 3-540-21353-8 Springer Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media  
[springer.de](http://springer.de)

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005  
Gedruckt in den Niederlanden

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Thomas Mager  
Herstellung: Frank Krabbes  
Satz: K+V Fotosatz GmbH, Beerfelden  
Umschlaggestaltung: design & production, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem Papier

SPIN 10957417

14/3109/fk - 5 4 3 2 1 0

---

## Vorwort

Globalisierung und Strukturwandel der Wirtschaft in Richtung wissensintensive Dienstleistungsberufe erhöhen die Komplexität der Arbeit, die Verantwortung der Beschäftigten und den Zeitdruck. Wirtschaftlicher Erfolg hat seinen Preis in Form sich immer weiter verbreitender psychosozialer Belastungen. Neue Untersuchungen aus den USA belegen, dass die Restrukturierung der Unternehmen und rasche wirtschaftliche Expansion zu einer deutlichen Erhöhung von Herzkrankheiten und Krankenhauseinweisungen führen. Nach Expertenschätzungen verursacht arbeitsbedingter Stress dort erhebliche Kosten bedingt durch erhöhten Versorgungsaufwand, entgangene Arbeit sowie Ausgaben für die „stress-reduction industry“.

Für Deutschland kam die Expertenkommission der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung zur betrieblichen Gesundheitspolitik zu folgendem Ergebnis: „Deutschland ist eine wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft. Hohe Leistungen und internationale Wettbewerbsfähigkeit ermöglichen Wohlstand und Lebensqualität. Sie lassen sich jedoch ohne ausreichende Investitionen in das Sozial- und Humankapital auf Dauer nur auf Kosten von Wohlbefinden und Gesundheit der Erwerbstätigen erbringen und durch Überwälzung der entstandenen Schäden auf die Sozialversicherungssysteme mit der Folge steigender Lohnnebenkosten“. Auf Grundlage dieser Einschätzung fordert die Kommission eine deutliche Stärkung der Prävention, die Neupositionierung und Aufwertung betrieblicher Gesundheitspolitik und entsprechende Anstrengungen auf Seiten des Staates, der Wirtschaftsverbände und der Sozialversicherungsträger.

Unter Gesundheitsexperten hierzulande und auch international besteht kaum mehr Zweifel darüber, dass der demografische Wandel und die gesundheitlichen Herausforderungen des neuen Jahrhunderts nicht durch Mehraufwendungen für die kurative Medizin, sondern nur durch eine deutliche Intensivierung präventiver Bemühungen und durch Förderung der Gesundheit zu bewältigen sein werden. Die jähr-

lichen Fehlzeiten-Reports versuchen seit ihrem Erscheinen 1999 dazu beizutragen und mit ihren jeweiligen Beiträgen eine Evidenzbasierung betrieblicher Gesundheitspolitik zu leisten.

Der diesjährige Schwerpunkt ist das Gesundheitswesen mit seinen über vier Millionen Beschäftigten und hier insbesondere der Krankenhausbereich und der Bereich der Altenpflege. Die Beschäftigten im Gesundheitssektor sind hohen Arbeitsanforderungen und -belastungen ausgesetzt. Viele Pflegekräfte scheidен vorzeitig aus dem Beruf aus. Krankheitsbedingte Fehlzeiten und Fluktuation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind überdurchschnittlich hoch. Bei einer europaweiten Studie zur Arbeitsbelastung und -beanspruchung von Pflegepersonal schnitt Deutschland bei den meisten Indikatoren vergleichsweise ungünstig ab, obwohl die finanziellen Rahmenbedingungen in den übrigen Ländern häufig nicht besser sind. Für Deutschland sehen die Autoren einen akuten Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beim Pflegepersonal. Auch im ärztlichen Bereich sind Verbesserungen dringend erforderlich.

Der Fehlzeiten-Report 2004 stellt aktuelle Befunde zu den spezifischen Anforderungen und Belastungen in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen und zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten vor. Wie die einzelnen Beiträge zeigen, führen die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen zu deutlichen Mehrbelastungen bei den Beschäftigten. Die Beiträge zeigen aber auch, dass diese Mehrbelastungen zu einem nicht unerheblichen Teil „hausgemacht“ sind: bedingt durch mangelhafte Qualifikation des Führungspersonals und mangelhafte Flexibilität in der Organisation von Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Zentrale Problemstellungen in personal- und kommunikationsintensiven Organisationen wie Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, aber auch Schulen und Kindergärten bestehen an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in den Beziehungen zwischen Beschäftigten, zwischen den Berufsgruppen und zwischen Führung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ein weiteres Problem ist der Mangel *gemeinsamer* Überzeugungen, Werte und Regeln. Diese organisationsbedingten Probleme erzeugen vermeidbare Belastungen, mangelhafte Mitarbeiterorientierung, vermeidbaren Verschleiß, vermeidbare Qualitätsprobleme und vermeidbare Kosten.

Durch die Entwicklung eines professionell betriebenen Gesundheitsmanagements lassen sich gesundheitliche Risiken vermeiden, Gesundheitspotenziale mobilisieren und Reformen dadurch leichter bewerkstelligen. Die nötige Offenheit und Bereitschaft und die nötige Unterstützung dafür muss allerdings vorhanden sein. Dies gilt ins-

besondere auch für die Führungsebene. Wie weit das Führungspersonal in Organisationen des Gesundheitswesens Wohlbefinden und Gesundheit der ihnen anvertrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tatsächlich fördert oder missachtet, wird ganz wesentlich auch davon abhängen, wie es selbst sozialisiert und für Führungsaufgaben ausgewählt und qualifiziert wurde und ob das eigene Verhalten an entsprechenden Zielvorgaben gemessen und positiv oder negativ sanktioniert wird. Mangelhafte soziale Kompetenz von Führungskräften entspringt meist mangelhafter Erfahrung und Qualifikation. Das Führungspersonal in Krankenhäusern und Pflegeheimen muss deshalb auf ihre Leitungsfunktion ebenso sorgfältig vorbereitet werden wie auf ihre fachlichen Aufgaben.

Wie die Gesundheitsarbeit in Unternehmen, aber auch in Krankenhäusern zeigt, findet die Gesundheitsthematik oft nur dann ausreichend Akzeptanz, wenn der Einführungsprozess durch externe Experten begleitet wird, externe Experten z. B. aus den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften oder der Wissenschaft.

Festzuhalten bleibt: Auch im Gesundheitswesen hat der gesellschaftliche Wandel die Herausforderungen an die Beschäftigten deutlich vermehrt. Sich daraus ergebende erhöhte Belastungen und gesundheitliche Probleme haben ihre Ursachen jedoch auch in verkrusteten Strukturen und mangelhafter Führung in den Organisationen des Gesundheitswesens selbst. Zudem gilt es zu beachten, dass akute Hochbelastungen nicht immer vermeidbar und keineswegs stets gesundheitsschädigend sein müssen. Ein wirkliches Risiko liegt in den chronischen Belastungen durch langjährig verschleppte Strukturprobleme. Professionelles Gesundheitsmanagement kann durch angemessene Förderung des Human- und Sozialkapitals helfen, den Wandel zugleich wirtschaftlich erfolgreich und mitarbeiterorientiert zu bewältigen.

Erfolgversprechende Strategien und Instrumente für die wichtigsten Handlungsfelder werden im Fehlzeiten-Report vorgestellt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Maßnahmen im Bereich der Organisationsentwicklung und Arbeitsgestaltung. Weitere wichtige Bereiche sind die Themen Führung und Kommunikation, Stressbewältigung und die Reduzierung psychischer Belastungen, der Abbau körperlicher Belastungen durch rückschonende Arbeitsabläufe und -techniken sowie die Berücksichtigung gesundheitsförderlicher Aspekte im Rahmen der Ausbildung und Qualifikation.

Neben den Beiträgen zum Schwerpunktthema enthält der Fehlzeiten-Report auch in diesem Jahr einen umfangreichen Teil mit Daten und Analysen zur aktuellen Krankenstandsentwicklung in Deutsch-

land. Nach einem Überblick über die allgemeine Entwicklung wird das Geschehen in den einzelnen Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen in separaten Kapiteln detailliert beleuchtet. Gegenüber dem Vorjahr haben sich folgende Veränderungen ergeben: Der den branchenbezogenen Auswertungen zugrunde liegende Wirtschaftszweigschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit aus dem Jahre 1993 wurde inzwischen durch eine neue Version (WZ 2003) abgelöst. Auch bei der Verschlüsselung der Diagnosen hat es Veränderungen gegeben. Der ICD-10, der seit dem 1. Januar 2000 eingesetzt wird, wurde erheblich erweitert (Version 2.0), um das DRG-basierte Vergütungssystem in Deutschland einführen zu können.

Abschließend möchten wir allen Beteiligten, die durch ihre Mitwirkung dieses Buch ermöglicht haben, herzlich danken. Zunächst gilt unser Dank den Autoren und Autorinnen, die Beiträge zu dem vorliegenden Band beigesteuert haben. Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Springer-Verlages danken wir für die gute verlegerische Betreuung. Dank gebührt ebenso den Mitarbeitern und Kollegen im Wissenschaftlichen Institut der AOK, ohne deren Mitarbeit und Engagement dieses Buch nicht zustande gekommen wäre. Zu nennen sind hier an erster Stelle Ingrid Küsgens, die die umfangreichen Datengrundlagen für den Report bereit gestellt hat, sowie André Schumann, der uns bei der Aufbereitung der Daten und der Erstellung der zahlreichen Tabellen und Abbildungen unterstützt hat. Georg Kirchmann und Alexander Redmann danken wir für die Hilfe bei der Endredaktion.

Bielefeld und Bonn, im Oktober 2004

B. BADURA  
H. SCHELLSCHMIDT  
C. VETTER

---

# Inhaltsverzeichnis

## **A    **SchwerpunkttHEMA: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen****

### **Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen**

<b>1</b>	<b>Personalstrukturen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor</b>	
	J. WEINMANN .....	5
1.1	Einleitung .....	5
1.2	Personal im Gesundheitswesen .....	6
1.3	Personal in Krankenhäusern .....	9
1.4	Personal in Pflegeeinrichtungen .....	14
1.5	Frauenanteile .....	17
1.6	Teilzeitbeschäftigung .....	17
1.7	Fazit .....	20
<b>2</b>	<b>Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie</b>	
	H.M. HASSELHORN · B.H. MÜLLER .....	21
2.1	Gegenstand und Fragestellung .....	21
2.2	Forschungsstand .....	22
2.3	Methodik und Vorgehensweise bei Datengewinnung und -auswertung .....	23
2.4	Ergebnisse .....	26
2.5	Diskussion .....	42
2.6	Praktische Folgen .....	45

<b>Krankenhäuser</b>		
<b>3</b>	<b>Spezifische Anforderungen und Belastungen personenbezogener Krankenhausarbeit</b>	
	J. GLASER · T. HÖGE .....	51
3.1	Krankenhauspersonal: Zahlen und Fakten .....	51
3.2	Anforderungen und Belastungen aus arbeitspsychologischer Sicht .....	53
3.3	Anforderungen und Belastungen in der stationären Krankenpflege .....	55
3.4	Anforderungen und Belastungen bei Krankenhausärzten .	58
3.5	Gestaltung anforderungsoptimierter und belastungsreduzierter personenbezogener Krankenhausarbeit .....	60
<b>4</b>	<b>Krankheitsbedingte Fehlzeiten in deutschen Krankenhäusern</b>	
	C. VETTER .....	65
4.1	Einleitung .....	65
4.2	Datenbasis und Methodik .....	66
4.3	Allgemeine Krankenstandskennzahlen .....	67
4.4	Krankenstand nach Alter und Geschlecht .....	69
4.5	Krankenstand nach Berufsgruppen .....	70
4.6	Krankheitsarten .....	72
4.7	Einzeldiagnosen .....	76
4.8	Kosten der Arbeitsunfähigkeit .....	78
4.9	Fazit .....	79
<b>5</b>	<b>Das Sozialkapital der Krankenhäuser – wie es gemessen und gestärkt werden kann</b>	
	H. PFAFF · B. BADURA · F. PÜHLHOFER · D. SIEWERTS ...	81
5.1	Einleitung .....	81
5.2	Was ist Sozialkapital? .....	82
5.3	Führung und Sozialkapital .....	85
5.4	Wie lässt sich das Sozialkapital von Krankenhäusern messen und welche Auswirkungen hat es? .....	88
5.5	Wie lässt sich Sozialkapital stärken? .....	100
5.6	Fazit .....	108

---

<b>6</b>	<b>Zum Zusammenhang zwischen Führung, Arbeitsbedingungen und Qualität der Krankenhausarbeit</b> M. SCHRAPPE .....	111
6.1	Einleitung .....	111
6.2	Krankenhaus als Organisation .....	112
6.3	Arbeitsbedingungen im Krankenhaus .....	113
6.4	Qualitätsprobleme .....	115
6.5	Reorganisation und Personalmanagement .....	116
6.6	Organisationskultur und Personalmanagement .....	121
<b>7</b>	<b>Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern</b> S. V. BANDEMER .....	125
7.1	Reformfrust oder Reformlust: Modernisierung der Krankenhäuser aus Sicht der Beschäftigten .....	125
7.2	Bestandsaufnahme aus Sicht der Beschäftigten .....	126
7.3	Handlungsfelder zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen .....	132
<b>8</b>	<b>Reduzierung psychischer Fehlbelastung bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung</b> K. NEUHAUS · A.-M. METZ .....	141
8.1	Ausgangssituation und Problemstellung .....	141
8.2	Methodisches Vorgehen .....	143
8.3	Ergebnisse .....	144
8.4	Ableitung und Durchführung von Interventionen .....	149
8.5	Reflektion der Projektbearbeitung .....	152
8.6	Ausblick und Nachnutzung .....	154
<b>9</b>	<b>Rückengesundes Arbeiten in der Pflege – Ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung im Evangelischen Jung-Stilling-Krankenhaus Siegen</b> R. HENKEL .....	157
9.1	Projektentwicklung .....	157
9.2	Projektverlauf .....	160
9.3	Ergebnisse .....	161
9.4	Transfer .....	163
9.5	Diskussion .....	165

<b>10</b>	<b>Arbeits- und Gesundheitsschutz im Operationssaal</b>	
	S. ZSCHERNACK · M. GÖBEL · W. FRIESDORF .....	167
10.1	Einführung .....	167
10.2	Analyse von Gefährdungen im OP .....	168
10.3	Problemfeld: Stress im OP .....	173
10.4	Strategien zur Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen ..	174
10.5	Nutzen- und Kostenbewertung als Entscheidungs- grundlage für die Umsetzung von Maßnahmen .....	176
10.6	Schlussfolgerung .....	178
	<b>Altenpflege</b>	
<b>11</b>	<b>Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten</b>	
	S. GREGERSEN .....	183
11.1	Einleitung .....	183
11.2	Forschungsstand zur gesundheitlichen Situation der Pflegekräfte .....	184
11.3	Methodisches Vorgehen der Studie .....	186
11.4	Präsentation der Studienergebnisse .....	189
11.5	Diskussion .....	196
11.6	Empfehlungen .....	198
<b>12</b>	<b>Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen – Eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten</b>	
	I. KÜSGENS .....	203
12.1	Einleitung .....	203
12.2	Die Pflegesituation in Deutschland .....	204
12.3	Beschäftigte in der Altenpflege .....	205
12.4	Datenbasis und Methodik .....	206
12.5	Allgemeine Krankenstandskennzahlen .....	207
12.6	Krankenstand nach Alter und Geschlecht .....	209
12.7	Krankenstand nach Berufen .....	211
12.8	Krankenstand nach Betriebsgröße (AOK-Beschäftigtenzahl) .....	213
12.9	Krankheitsarten .....	214

<b>13</b>	<b>Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in der Pflege – aktuelle Projekte im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit“</b>	
	M. ERTEL · G. RICHTER · K. BLASS · B. KLEIN P. GAUGISCH .....	221
13.1	Übersicht über den Schwerpunkt „Gesunde Pflege ohne Stress“ .....	221
13.2	Projekt: Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege .....	223
13.3	Projekt: Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege .....	226
13.4	Projekt: Reduzierung der Arbeitsbelastung in der Altenpflege durch Fehlermanagementsysteme .....	231
<b>14</b>	<b>„Gesunde Arbeit in der Altenpflege“ – ein leitfadenbasiertes Selbstbewertungsverfahren zur Reduktion arbeitsbedingter Belastungen</b>	
	G. RESCH · K. HEIMEL · V. WEISSMANN · L. GUNKEL .....	237
14.1	Gegenstand und Fragestellung .....	237
14.2	Gesundheitliche Belastungen und Arbeitssituation in der stationären und ambulanten Altenpflege – Forschungsstand .....	239
14.3	Methodik und Vorgehensweise der Leitfadeneentwicklung und des Leitfadeneinsatzes .....	241
14.4	Evaluation des Leitfadens im Rahmen von Pilotprojekten .....	244
14.5	Diskussion .....	248
14.6	Fazit .....	250
<b>15</b>	<b>Gesundheit von Anfang an – Gesundheitsförderung in der berufspraktischen Ausbildung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern</b>	
	G. BAUSCH-WEIS · N. LAZAR · G. MERTENS .....	253
15.1	Einleitung .....	253
15.2	Ziele und Struktur des Projekts .....	254
15.3	Befragung zur Gesundheitssituation von Auszubildenden in der Altenpflege .....	255
15.4	Entwicklung und Realisierung einer Unterrichtskonzeption für das Lernfeld Gesundheitsförderung .....	260
15.5	Maßnahmen zur Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers .....	261
15.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	262

## **B     Daten und Analysen**

<b>16</b>	<b>Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2003</b>	
	C. VETTER · I. KÜSGENS · A. SCHUMANN .....	269
16.1	Branchenüberblick .....	269
16.2	Banken und Versicherungen .....	319
16.3	Baugewerbe .....	332
16.4	Dienstleistungen .....	346
16.5	Energiewirtschaft, Wasserversorgung und Bergbau .....	363
16.6	Erziehung und Unterricht .....	378
16.7	Handel .....	391
16.8	Land- und Forstwirtschaft .....	404
16.9	Metallindustrie .....	418
16.10	Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung .....	432
16.11	Verarbeitendes Gewerbe .....	446
16.12	Verkehr und Transportgewerbe .....	463

## **Anhang**

	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, 2004)	
	Kapitelübersicht .....	479
	Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2003)	
	Übersicht über den Aufbau nach Abschnitten und Abteilungen .	488
	Die Autorinnen und Autoren .....	493
	Sachverzeichnis .....	511

**A. Schwerpunktthema:  
Gesundheitsmanagement  
in Krankenhäusern  
und Pflegeeinrichtungen**

**Arbeitsbedingungen  
und Beschäftigungsentwicklung  
im Gesundheitswesen**

# Personalstrukturen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor

J. WEINMANN

***Zusammenfassung.** Das Gesundheitswesen ist ein personalintensiver Sektor. Die besonderen Anforderungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit erfordern in der Regel professionelles Handeln durch Menschen an Menschen. Durch eine hohe Personalintensität zeichnen sich vor allem Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen aus. Aus diesem Grund ist eine Analyse der Entwicklung des Personaleinsatzes in diesen Einrichtungen von besonderem Interesse. Ferner weist das Gesundheitswesen Besonderheiten in der Beschäftigtenstruktur auf. Aufgrund des hohen Anteils an weiblichen Beschäftigten wird der Gesundheitssektor gerne als Frauendomäne bezeichnet. Die Teilzeitbeschäftigung nimmt im Gesundheitswesen neben den beiden anderen Arten der Beschäftigung, der Vollzeit- und der geringfügigen Beschäftigung, einen herausragenden Stellenwert ein.*

## 1.1 Einleitung

Die menschliche Arbeitskraft ist die zentrale Ressource der gesundheitlichen Versorgung. Sein ausgeprägter Dienstleistungscharakter macht das Gesundheitswesen zu einem personalintensiven Wirtschaftszweig. Angesichts der bevölkerungsseitigen und medizinspezifischen Bestimmungsfaktoren dürfte die Bedeutung des Sektors in gesamtwirtschaftlicher und beschäftigungspolitischer Hinsicht weiter wachsen: Die Alterung der Bevölkerung wird sich fortsetzen, entsprechend wird sich das Krankheitsspektrum verändern, die Erwartungen und Ansprüche der Patientinnen und Patienten werden steigen und der wissenschaftliche Fortschritt wird neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Aber auch vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation in Deutschland erlangt die Dienstleistungsbranche Gesundheitswesen als „Arbeitgeber“ erhöhte Aufmerksamkeit.

Der folgende Beitrag beschreibt basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes die Personalstrukturen und die Beschäftigungs-

entwicklung im Gesundheitswesen. Ausgehend von einer allgemeinen Betrachtung der Beschäftigungsstrukturen in den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens wird der Fokus im Anschluss auf Krankenhäuser, die Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie auf die Einrichtungen der ambulanten Pflege gerichtet. Von besonderem Interesse ist die Beschäftigung von Frauen sowie die Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen. An die Beschreibung der Beschäftigungssituation schließt sich eine Zeitreihenbetrachtung an. Aufgrund von unterschiedlichen Datenquellen erstreckt diese sich auf unterschiedliche Zeiträume. Die Krankenhausstatistik ermöglicht Rückblicke bis in das Jahr 1991. Die Gesundheitspersonalrechnung stellt Daten ab 1997 bereit. Die Pflegestatistik wurde erstmals 1999 durchgeführt. Die Statistiken sind hinsichtlich der methodischen Abgrenzungen aufeinander abgestimmt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden im Folgenden als aktuelle Ergebnisse Angaben für das Jahr 2001 verwendet. Für die Gesundheitspersonalrechnung liegen inzwischen Ergebnisse auch für das Jahr 2002 vor.

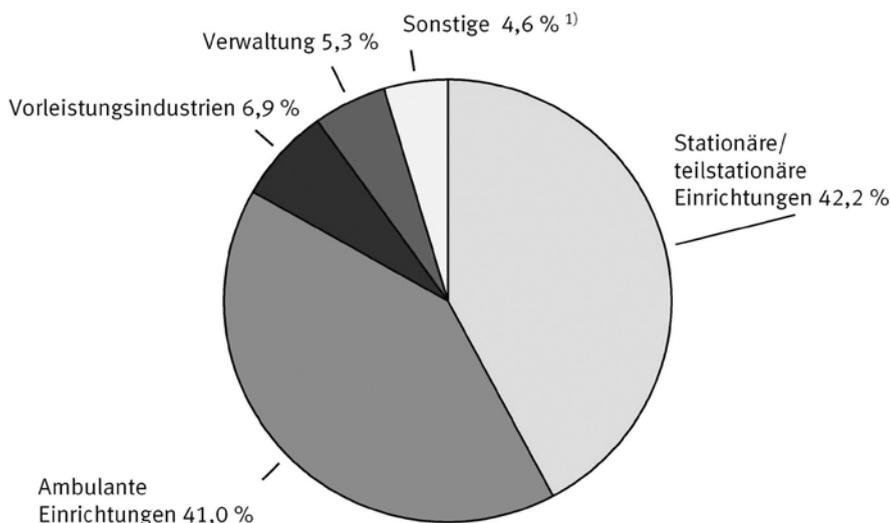
Bei den Berufsbezeichnungen wird von der Verwendung geschlechtsspezifischer Bezeichnungen abgesehen, um die Lesbarkeit des Textes, der Tabellen und Abbildungen zu erhalten. Die verwendeten (überwiegend männlichen) Bezeichnungen sind als geschlechtsneutral zu interpretieren und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer. Bei den Krankenschwestern und Hebammen wird i. d. R. die weibliche Form geführt, da sie allgemein gebräuchlicher ist.

Die Fülle der im Folgenden dargestellten Zahlen und Sachfragen erlaubt nicht in allen Beziehungen eine tiefergehende Analyse. Der Beitrag liefert insofern Material für weitergehende inhaltliche Interpretationen.

## **1.2 Personal im Gesundheitswesen**

Im Jahr 2001 waren in Deutschland 4,1 Mio. Personen im Gesundheitswesen beschäftigt. Etwa jeder Zehnte ging somit einer Tätigkeit im Gesundheitswesen nach. Die Beschäftigtenzahlen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes umfassen alle im Sektor Gesundheitswesen tätigen Personen, unabhängig davon, welchen Beruf sie ausüben. Als Beschäftigte werden Beschäftigungsfälle nachgewiesen. Personen mit mehreren Arbeitsverhältnissen in verschiedenen Einrichtungen werden mehrfach gezählt.

In der Gesundheitspersonalrechnung werden sieben Einrichtungen unterschieden: Gesundheitsschutz, ambulante Einrichtungen, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, Rettungsdienste, Verwaltung,



1) Diese Kategorie umfasst die Einrichtungen Gesundheitsschutz, Rettungsdienste und sonstige Einrichtungen

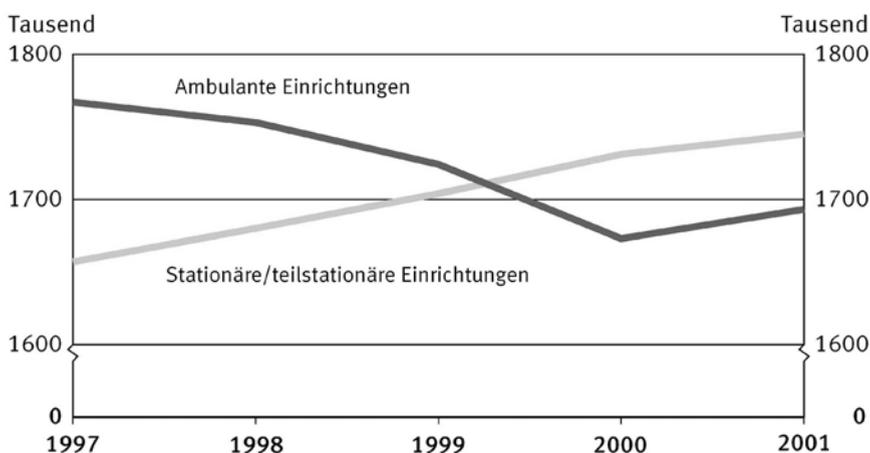
**Abb. 1.1.** Personal im Gesundheitswesen 2001 nach Einrichtungen

sonstige Einrichtungen und die Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens (vgl. Abb. 1.1).

Einen hohen Stellenwert nehmen bei der Beschäftigung im Gesundheitswesen die ambulanten sowie stationären und teilstationären Einrichtungen ein. Zu den ambulanten Einrichtungen zählen neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie sonstigen medizinischen Berufe die Betriebe des Gesundheitshandwerks, die Apotheken und der Einzelhandel, des Weiteren Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen. Unter den Einrichtungen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation zusammengefasst. Im Jahr 2001 waren in den beiden Einrichtungen 83,2% des Gesundheitspersonals beschäftigt. Mit 1,74 Mio. Beschäftigten kam der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung dabei eine etwas größere Bedeutung zu als der ambulanten Gesundheitsversorgung mit 1,70 Mio. Mit großem Abstand folgten die Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens mit 283 000 Beschäftigten. Den Vorleistungsindustrien gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenopti-

sche Industrie sowie die medizinischen Laboratorien und der Großhandel an. Sie produzieren Vorleistungen ausschließlich für das Gesundheitswesen. In der Verwaltung arbeiteten 219 000 Personen. Die Verwaltungseinrichtungen setzen sich aus den Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie Einrichtungen der Organisationen der Leistungserbringer (z. B. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Ärzte- und Zahnärztekammern, Apothekerkammern, Berufsverbände) zusammen. In den Einrichtungen Gesundheitsschutz (z. B. Bundesanstalt für Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizin, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, medizinischer Dienst der Krankenkassen), Rettungsdienste und sonstigen Einrichtungen (u. a. Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen) gingen im Jahr 2001 insgesamt 190 000 Personen einer Beschäftigung nach.

Die ambulante sowie die stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung weisen vor allem in den Jahren 1997 bis 2001 interessante Entwicklungen auf. 1997 waren in den ambulanten Einrichtungen etwa 110 000 Personen mehr beschäftigt als in den stationären und teilstationären Einrichtungen. Im Jahr 2001 arbeiteten hingegen in den stationären und teilstationären Einrichtungen 51 000 Personen mehr als in den ambulanten Einrichtungen. Das Verhältnis hat sich damit nahezu umgekehrt, wenngleich in der ambulanten Gesundheitsversorgung im Jahr 2001 deutlich mehr Personen tätig waren als 1997 in der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung (vgl. Abb. 1.2).



**Abb. 1.2.** Entwicklung des Gesundheitspersonals in den ambulanten bzw. stationären und teilstationären Einrichtungen

Die Beschäftigtenzahlen in den beiden Einrichtungen entwickelten sich gegenläufig. In den ambulanten Einrichtungen ist das Personal im betrachteten Zeitraum um insgesamt 4,2% zurückgegangen. Dies ist vor allem auf den Abbau von Beschäftigten in Arztpraxen, Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel zurückzuführen (-110 000 Personen). In den stationären und teilstationären Einrichtungen stieg das Personal seit 1997 von Jahr zu Jahr um insgesamt 5,3% an. Der Zuwachs wird fast ausschließlich durch Beschäftigungszuwächse in der stationären und teilstationären Pflege getragen (+93 000 Personen). In den Krankenhäusern fand ein Stellenabbau statt (-24 000 Personen).

In den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens fielen Veränderungen des Beschäftigungsniveaus nicht so stark ins Gewicht. In den Rettungsdiensten, der Verwaltung, den sonstigen Einrichtungen sowie den Vorleistungsindustrien erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten um insgesamt 10 000 Personen. Ein kaum merkbarer Rückgang konnte neben den ambulanten Einrichtungen im Gesundheitsschutz beobachtet werden.

### **1.3 Personal in Krankenhäusern**

#### **1.3.1 Allgemeine Entwicklungen**

Neben Angaben zum Personal liefert die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes weitere, detaillierte Informationen u. a. zur sachlichen Ausstattung der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben werden Angaben über die Krankenhauskosten, über die Zahl der Krankenhauspatienten und die Art ihrer Erkrankungen sowie über Ausbildungsstätten an Krankenhäusern erfasst. Betrachtungen über einen langen Zeitraum hinweg sind möglich (vgl. Tabelle 1.1).

Durch einen Anstieg fallen in den vergangenen zehn Jahren insbesondere die Patientenzahlen (Fallzahlen) ins Auge. Ihnen stehen eine sinkende Verweildauer und ein entsprechender Rückgang beim Pflegetagevolumen gegenüber. Ebenfalls rückläufig war die Anzahl der aufgestellten Betten sowie der Krankenhäuser.

Bei den Personalkosten der Krankenhäuser kann eine Veränderungsrate über einen Zehnjahreszeitraum nicht ausgewiesen werden, da es 1996 bei der Erhebung der Krankenhauskosten eine Umstellung gab. Bis 1995 wurde nach dem so genannten Bruttoprinzip erhoben, d. h. die Gesamtkosten enthielten neben den Kosten für stationäre Leistungen der Krankenhäuser auch Kosten für nichtstationär

**Tabelle 1.1.** Eckdaten der Krankenhäuser 1991–2001

	1991	2001	Veränderung in %
Beschäftigte Personen <sup>1</sup>	1 119 791	1 109 420	-0,9
Vollkräfte	875 816	832 530	-4,9
Personalkosten in Mrd. €	27,1	35,9	<sup>2</sup>
Anzahl Krankenhäuser	2 411	2 240	-7,1
Aufgestellte Betten	665 565	552 680	-17,0
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	14,6	9,8	-32,9
Pflegetage	203 551 823	162 795 299	-20,0
Fallzahl	13 924 907	16 583 906	19,1
Bettenauslastung in %	83,8	80,7	-3,7

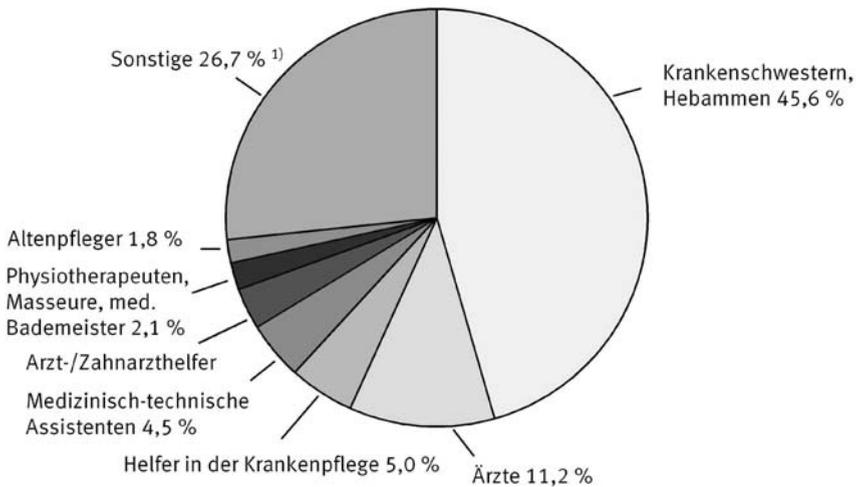
<sup>1</sup> Hauptamtliche Ärzte, Zahnärzte, Ärzte im Praktikum, nichtärztliches Personal, Personal der Ausbildungsstätten, Schüler, Auszubildende

<sup>2</sup> Aufgrund von Umstellungen in der Erhebung nicht ausweisbar.

erbrachte Leistungen wie Ambulanz oder wissenschaftliche Forschung und Lehre. Ab 1996 enthalten die Gesamtkosten nur noch Kosten für stationäre Krankenhausleistungen (Nettoprinzip). Die Daten ab 1996 sind somit nicht mit den Ergebnissen der Jahre vor 1996 vergleichbar. 1996 betragen die Personalkosten der Krankenhäuser 33,4 Mrd. €. Bis 2001 sind sie um 7,2% angestiegen.

Der Gesundheitspersonalrechnung können Zahlen zum Personal in Krankenhäusern differenziert nach Berufen entnommen werden. Im Jahr 2001 waren 1,1 Mio. Personen in Krankenhäusern beschäftigt. Die Abbildung 1.3 zeigt die prozentuale Verteilung ausgewählter Berufe. Krankenschwestern und Hebammen bilden beinahe die Hälfte des Krankenhauspersonals. Etwa jeder neunte Beschäftigte in einem Krankenhaus gehört dem ärztlichen Personal an. Dieses setzt sich aus hauptamtlichen Ärzten, Ärzten im Praktikum und Zahnärzten zusammen. Letztere machen mit nur 1,1% einen relativ geringen Anteil des ärztlichen Personals im Krankenhaus aus.

Deutliche Unterschiede sind in der Entwicklung des ärztlichen und des nichtärztlichen Personals festzustellen. Der ärztliche Personalstamm ist in dem betrachteten Zeitraum kontinuierlich mit einer jährlichen durchschnittlichen Steigerungsrate von 1,1% gewachsen. In 2001 waren 5000 mehr Ärzte und Zahnärzte in Krankenhäusern beschäftigt als 1997. Das nichtärztliche Personal ging hingegen um 29 000 Personen zurück. Das entspricht einem jährlichen durchschnittlichen Rückgang von 0,7%. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass unter dem nichtärztlichen Personal auch Beschäf-



1) Diese Kategorie umfasst alle sonstigen Berufe in den Krankenhäusern.

Abb. 1.3. Personal in Krankenhäusern 2001 nach Berufen

tigte subsumiert werden, die keinen Gesundheitsberuf ausüben. In der Gesundheitspersonalrechnung wird diese Beschäftigtengruppe unter der Bezeichnung „andere Berufe im Gesundheitswesen“ geführt. Verstanden werden darunter beispielsweise Beschäftigte, die dem Reinigungs- oder Küchenpersonal eines Krankenhauses angehören. Die anderen Berufe im Gesundheitswesen haben die Entwicklung des nichtärztlichen Personals maßgeblich beeinflusst (durchschnittliche jährliche Veränderungsrate: -3,1%). Der Personalabbau ist hier im Wesentlichen auf die Auslagerung von Serviceleistungen, das so genannte Outsourcing, zurückzuführen. Hierbei werden Unternehmenseinheiten und Leistungsprozesse wie beispielsweise die Reinigung eines Krankenhauses an externe Dienstleister ausgelagert. Das Reinigungspersonal ist dann nicht mehr direkt beim Krankenhaus angestellt, sondern bei einer externen Firma, die die Reinigung des Krankenhauses übernimmt. Da Reinigungsfirmen per definitionem aber nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet sind, wird ihr Personal auch nicht unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen nachgewiesen. Einer kontinuierlich ansteigenden Ärzteschaft stehen also sinkende Zahlen des nichtärztlichen Personals entgegen.

### 1.3.2 Ärztliches Personal

Für eine eingehendere Betrachtung des ärztlichen Personals stellt die Krankenhausstatistik tief gegliederte Daten zur Verfügung. In 2001 waren 114000 Ärzte hauptamtlich in Krankenhäusern beschäftigt. Davon waren mehr als zwei Drittel (68,1%) Assistenzärzte, etwa jeder fünfte war Oberarzt (21,3%) und 10,7% waren Leitende Ärzte. An dieser Verteilung hat sich seit 1991 nicht viel geändert. Die Zahl der hauptamtlichen Ärzte nahm jedoch in diesem Zeitraum um knapp 16000 zu. Der Anstieg wurde zu etwa zwei Dritteln von Assistenzärzten getragen. Hier gab es auch deutliche Verschiebungen was die Weiterbildung anbelangt. Während 1991 noch fast drei Viertel (73,6%) der Assistenzärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung war, betrug ihr Anteil 2001 nur noch 64,5%. Neben den hauptamtlichen Ärzten waren 2001 rund 10000 Ärzte im Praktikum und etwas mehr als 1000 Zahnärzte in Krankenhäusern tätig.

Die Entwicklung in den einzelnen Fachdisziplinen verlief in den Krankenhäusern unterschiedlich (vgl. Tabelle 1.2). Die stärksten Zunahmen können im beobachteten Zeitraum in den personalstarken Fachdisziplinen Anästhesiologie, Innere Medizin und Chirurgie verzeichnet werden. Innerhalb der Chirurgie stiegen insbesondere die Zahlen der

**Tabelle 1.2.** Hauptamtliche Ärzte in Krankenhäusern 1991–2001 nach Gebietsbezeichnungen (nur Gebietsbezeichnungen mit großen absoluten Veränderungen)

Gebietsbezeichnungen	1991	2001	Veränderung 1991 bis 2001	
			absolut	%
Anästhesiologie <sup>1</sup>	7 508	11 444	3 936	52,4
Innere Medizin	10 393	13 266	2 873	27,6
Chirurgie <sup>2</sup>	9 225	12 075	2 850	30,9
Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie	2 689	3 452	763	28,4
Diagnostische Radiologie	2 267	2 950	683	30,1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3 543	4 138	595	16,8
Neurologie	1 380	1 808	428	31,0
Kinderheilkunde	2 777	3 137	360	13,0
Orthopädie	1 173	1 512	339	28,9
Urologie	1 208	1 530	322	26,7
Neurochirurgie	471	781	310	65,8
Strahlentherapie	445	657	212	47,6

<sup>1</sup> In den Berichtsjahren 1991 bis 1994 einschließlich Intensivtherapie.

<sup>2</sup> Einschließlich der Gebietsbezeichnungen „Herzchirurgie“, „Kinderchirurgie“ und „Plastische Chirurgie“

hauptamtlichen Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie an (+ 1000). Bei der Inneren Medizin beeinflussten vor allem die steigenden Ärztezahlen mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie und Gastroenterologie die Entwicklung (+ 1000). Besonders auffällig ist der starke Anstieg in der Fachdisziplin Anästhesiologie, welcher mit der Ausweitung der Intensivmedizin in Verbindung gebracht werden kann. Anästhesisten werden schließlich überall dort benötigt, wo operiert wird. In seltenen Fällen waren die Zahlen in der Besetzung einzelner Facharztgruppen rückläufig.

### 1.3.3 Nichtärztliches Personal

Fast 90% der Beschäftigten in Krankenhäusern gehören dem nicht-ärztlichen Personal an. Im Jahr 2001 waren dies 984 000 Personen. Das Personal der Ausbildungsstätten sowie Schüler und Auszubildende sind in dieser Zahl inbegriffen. In der Tabelle 1.3 werden diejenigen Berufe des nichtärztlichen Personals ausgewiesen, in denen in der vergangenen Dekade große absolute Veränderungen auftraten.

Die stärksten Personalzuwächse waren mit Abstand bei den Krankenschwestern zu verzeichnen. Auch die Zahl der Physiotherapeuten,

**Tabelle 1.3.** Nichtärztliches Personal in Krankenhäusern 1991–2001 nach Berufen (nur Berufe mit großen absoluten Veränderungen)

Berufe	1991	2001	Veränderung 1991 bis 2001	
			absolut	%
Krankenschwestern	282 988	329 980	46 992	16,6
Physiotherapeuten	12 558	16 246	3 688	29,4
Sozialarbeiter	3 794	5 691	1 897	50,0
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	4 576	6 109	1 533	33,5
Psychologen	3 033	4 344	1 311	43,2
Kinderkrankenschwestern	39 667	40 502	835	2,1
Hebammen	8 826	9 506	680	7,7
Medizinisch-technische Radiologieassistenten	14 931	15 512	581	3,9
Logopäden	699	1 114	415	59,4
Diätassistenten	3 146	2 760	-386	-12,3
Masseure und medizinische Bademeister	4 872	3 819	-1 053	-21,6
Medizinisch-technische Laboratoriums-assistenten	24 855	23 514	-1 341	-5,4
Medizinisch-technische Assistenten	9 608	7 198	-2 410	-25,1
Krankenpflegehelfer	32 312	22 740	-9 572	-29,6

der Sozialarbeiter, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und der Psychologen stieg zwischen 1991 und 2001 an. Rückgänge können u. a. bei den Masseuren und medizinischen Bademeistern, den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten oder den medizinisch-technischen Assistenten festgestellt werden. Am stärksten rückläufig war die Anzahl der Krankenpflegehelfer.

## 1.4 Personal in Pflegeeinrichtungen

### 1.4.1 Allgemeine Entwicklungen

Für den Pflegebereich stellt die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes sehr differenzierte Daten bereit. Da sie erstmals 1999 durchgeführt wurde, können bestimmte Entwicklungen nur über einen relativ kurzen Zeitraum verfolgt werden.

Im Pflegesektor sind nahezu in allen Bereichen Zuwächse zu verzeichnen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist innerhalb der beobachteten zwei Jahre um 1,2% auf 2,04 Mio. Personen angestiegen. In den Pflegeheimen hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht. In fast gleichem Umfang ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause durch Angehörige versorgt werden, zurückgegangen. Die insgesamt steigende Anzahl an Pflegebedürftigen bringt ein Anwachsen des Pflegepersonals mit sich. Dieses nahm in den Pflegeheimen stärker zu als in den ambulanten Pflegediensten. In 2001 gab es mehr

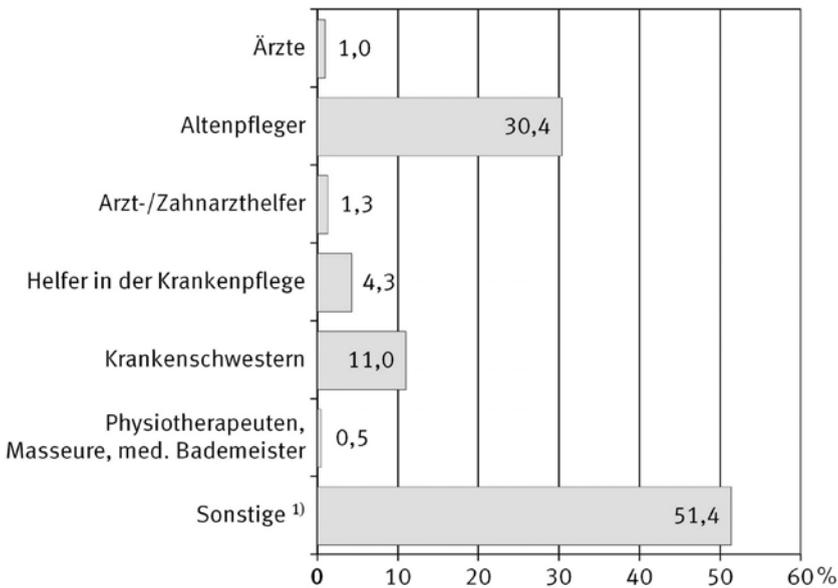
**Tabelle 1.4.** Eckdaten der Pflegeeinrichtungen 1999–2001

	1999	2001	Veränderung in %
Pflegebedürftige in Mio.	2,02	2,04	1,2
davon:			
in Pflegeheimen	573 211	604 365	5,4
in ambulanten Pflegediensten	415 289	434 679	4,7
durch Angehörige gepflegt in Mio.	1,03	1,00	-2,6
Beschäftigte Personen	624 722	664 935	6,4
davon:			
in Pflegeheimen	440 940	475 368	7,8
in ambulanten Pflegediensten	183 782	189 567	3,1
Anzahl Pflegeheime	8 859	9 165	3,5
Anzahl ambulante Pflegedienste	10 820	10 594	-2,1
Verfügbare Plätze in Pflegeheimen	645 456	674 292	4,5

Pflegeheime als 1999. Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste sank hingegen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegedienst erhöhte sich jedoch von 38 in 1999 auf 41 in 2001 (vgl. Tabelle 1.4).

**1.4.2 Personal in Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege**

Im Jahr 2001 arbeiteten 475 000 Personen in den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege. 1997 waren es noch 382 000 Personen. Das entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 5,6%. In dieser Größe enthalten sind auch Beschäftigte, die keinen Gesundheitsberuf ausüben. Sie werden in der Gesundheitspersonalrechnung als „andere Berufe im Gesundheitswesen“ bezeichnet und machen in den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege mit 236 000 Personen sogar die Hälfte des Personals aus. Seit 1997 ist die Anzahl der in anderen Berufen im Gesundheitswesen Beschäftigten um 37 000 gestiegen (durchschnittlicher jährlicher Zuwachs: 4,3%). Ein zahlenmäßig wichtiger Beruf in Pflegeheimen ist der des Altenpflegers. Unter dem Begriff Altenpfleger werden auch Altenpflegehelfer und sonstige pflegerische Berufe erfasst. In 2001 übten 145 000 Altenpfleger ihren Beruf in dieser Einrichtung aus. Das sind



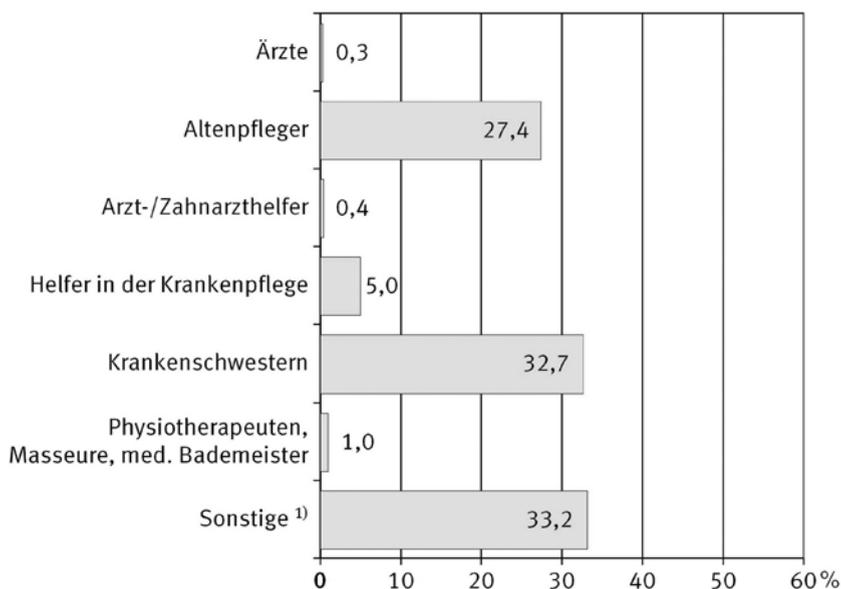
1) Diese Kategorie umfasst alle sonstigen Berufe in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen

**Abb. 1.4.** Personal in den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege 2001 nach Berufen

40 000 Personen mehr als 1997. Die jährliche prozentuale Steigerungsrate beträgt 8,5%. Wie der Abbildung 1.4 entnommen werden kann, spielen in den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege Krankenschwestern sowie Helfer in der Krankenpflege ebenfalls eine große Rolle. 52 000 Krankenschwestern gingen ihrer Tätigkeit 2001 in Pflegeheimen nach. Ihre Anzahl hat sich im betrachteten Zeitraum um ein Fünftel oder 9000 Personen erhöht. Auch bei den Helfern in der Krankenpflege sind Zuwächse zu erkennen. Diese fallen zwar mit 2000 Personen vergleichsweise gering aus, die jährliche prozentuale Steigerungsrate betrug aber dennoch 2,9%.

### 1.4.3 Personal in Einrichtungen der ambulanten Pflege

Die ambulanten Pflegedienste beschäftigten weniger Personal als die Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege. In 2001 gingen 190 000 Personen ihrer beruflichen Tätigkeit in den Einrichtungen der ambulanten Pflege nach. Seit 1997 hat sich das Personal um ein Zehntel erhöht (vgl. Abb. 1.5).



1) Diese Kategorie umfasst alle sonstigen Berufe in den ambulanten Pflegeeinrichtungen

**Abb. 1.5.** Personal in den Einrichtungen der ambulanten Pflege 2001 nach Berufen

Mit knapp einem Drittel stellen auch in den ambulanten Pflegediensten die anderen Berufe im Gesundheitswesen einen großen Teil des Personals. Krankenschwestern nehmen zahlenmäßig einen etwa gleich hohen Stellenwert ein. 62 000 Krankenschwestern arbeiteten in 2001 in dieser Einrichtung. 1997 waren es noch 4000 Personen weniger. Die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate beträgt 1,5%. Altenpfleger sind zwar mit 52 000 Personen ebenso gut vertreten wie Krankenschwestern in Pflegeheimen, dennoch rangieren sie in den ambulanten Pflegediensten nur auf Platz drei. Mit einer jährlichen durchschnittlichen Steigerungsrate von 5,1% erhöhte sich die Zahl der Altenpfleger seit 1997 um 9000 Personen. 10 000 Beschäftigte übten in den Einrichtungen der ambulanten Pflege den Beruf des Krankenpflegehelfers aus. Im betrachteten Zeitraum blieb die Anzahl nahezu unverändert.

### 1.5 Frauenanteile

Das Gesundheitswesen hebt sich von anderen Sektoren in der Gesamtwirtschaft vor allem aufgrund seines hohen Anteils an weiblichen Beschäftigten ab. Pflegerische sowie hauswirtschaftliche (Hilfs-)Tätigkeiten werden nach wie vor überwiegend von Frauen geleistet. 71,4% der Beschäftigten im Gesundheitswesen waren im Jahr 2001 Frauen. In der Gesamtwirtschaft lag der Frauenanteil bei 43,9%.

In den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens fallen die Anteile der weiblichen Beschäftigten unterschiedlich hoch aus. Vergleichsweise wenig Frauen arbeiteten 2001 bei den Rettungsdiensten (33,5%), in der Verwaltung (45,5%), den Vorleistungsindustrien (47,2%) oder im Gesundheitsschutz (49,7%). In den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens betrug die Frauenquote 59,1%. Die ambulanten sowie stationären und teilstationären Einrichtungen wiesen sogar einen noch höheren Frauenanteil auf als das Gesundheitswesen insgesamt (74,8 bzw. 77,7%). In den Krankenhäusern waren 75,2% der Beschäftigten Frauen. Ein besonders hoher Frauenanteil konnte in den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege (84,5%) sowie in den Einrichtungen der ambulanten Pflege (86,0%) verzeichnet werden. Im Vergleich zu 1997 können keine nennenswerten Veränderungen konstatiert werden.

### 1.6 Teilzeitbeschäftigung

Im Gesundheitswesen kommt der Teilzeitbeschäftigung unter allen anderen Arten der Beschäftigung eine besondere Bedeutung zu, da der

Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen wesentlich höher ist als in der Gesamtwirtschaft. In 2001 gingen mehr als ein Viertel des Gesundheitspersonals (27,2%) einer Beschäftigung in Teilzeit nach. In der gesamten Wirtschaft waren es vergleichsweise nur 14,2%. Ausgeglichen wird diese Differenz durch geringere Anteile an Vollzeit- und geringfügig Beschäftigten im Gesundheitswesen. Mit 64,8% lag im Jahr 2001 der Anteil der Vollzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen deutlich unter dem vergleichbaren Wert in der gesamten Wirtschaft (73,6%). Geringfügig beschäftigt waren 8,0% des Gesundheitspersonals. In der Gesamtwirtschaft übten 12,1% eine geringfügige Beschäftigung aus.

Ein Vergleich der Jahre 1997 und 2001 zeigt, dass der Anteil der Vollzeitbeschäftigten sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Gesamtwirtschaft rückläufig war. Mit 4,0 Prozentpunkten war der Rückgang im Gesundheitswesen deutlicher ausgeprägt als in der Gesamtwirtschaft (-2,6 Prozentpunkte). Zuwächse waren in der Teilzeit- und der geringfügigen Beschäftigung zu beobachten. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten stieg zwischen 1997 und 2001 im Gesundheitswesen mehr als drei Mal so stark an wie in der Gesamtwirtschaft (+3,0 bzw. +0,9 Prozentpunkte). Bei der geringfügigen Beschäftigung waren hingegen in der Gesamtwirtschaft (+1,7 Prozentpunkte) stärkere Zunahmen zu verzeichnen als im Gesundheitswesen (+1,0 Prozentpunkte).

In den Krankenhäusern, den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie den Einrichtungen der ambulanten Pflege treten die Abweichungen von der Gesamtwirtschaft hinsichtlich der Arten der Beschäftigung noch stärker zu Tage (vgl. Abb. 1.6). In den Krankenhäusern und Pflegeheimen ist der Anteil an Teilzeitbeschäftigten höher als im Gesundheitswesen insgesamt. Übertroffen wird er noch von der Teilzeitbeschäftigtenquote in den ambulanten Pflegediensten. Sie ist mit 45,3% die höchste unter allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ferner fallen die Einrichtungen der ambulanten Pflege durch ihren überdurchschnittlich hohen Anteil an geringfügig Beschäftigten auf. Dieser ist nicht nur mehr also doppelt so hoch wie der entsprechende Wert im Gesundheitswesen insgesamt, sondern auch höher als in der Gesamtwirtschaft. Kompensiert wird diese Verteilung durch einen vergleichsweise niedrigen Anteil an Vollzeitbeschäftigten. In keiner anderen Einrichtung des Gesundheitswesens ist die Quote der Vollzeitbeschäftigten so niedrig wie in den ambulanten Pflegediensten.

Zwischen 1997 und 2001 ähnelt die Entwicklung in den Krankenhäusern, den Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege

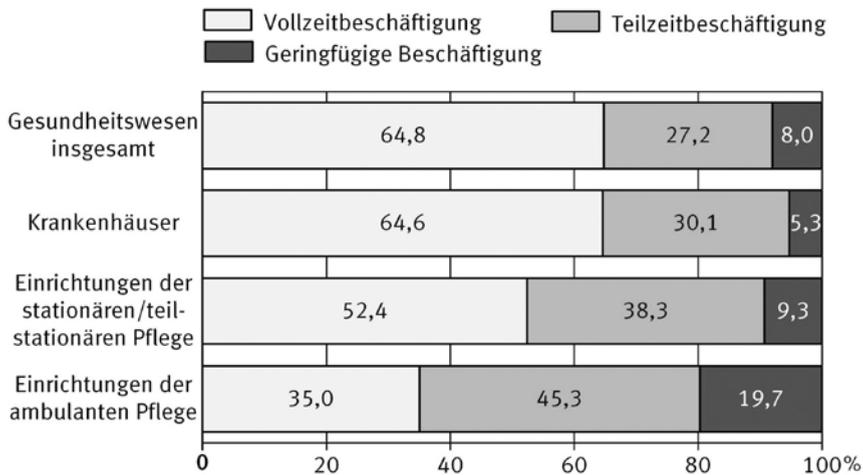


Abb. 1.6. Personal in ausgewählten Einrichtungen 2001 nach Art der Beschäftigung

sowie den Einrichtungen der ambulanten Pflege hinsichtlich der Art der Beschäftigung derjenigen im Gesundheitswesen insgesamt. In den Pflegeheimen und den ambulanten Pflegediensten ging der Anteil an geringfügig Beschäftigten – im Gegensatz zum Gesundheitswesen insgesamt – allerdings zurück.

Der hohe Frauenanteil unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens (siehe Abschnitt 5) legt den Schluss nahe, dass die höhere Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen auf die vergleichsweise starke Präsenz von Frauen zurückzuführen ist. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen zeigt, dass im Jahr 2001 sowohl der Anteil der teilzeitbeschäftigten Männer (7,7%) als auch der der Frauen (35,0%) die entsprechenden Werte in der Gesamtwirtschaft (4,7 bzw. 28,2%) überstieg. Zur höheren Teilzeitquote im Gesundheitswesen liefern somit Frauen und Männer einen Beitrag. Die Teilzeitquoten liegen für Frauen selbst bei der Differenzierung nach Berufen und Einrichtungen jedoch fast ausnahmslos höher als bei Männern. Der hohe Frauenanteil unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens trägt so wesentlich zur Erklärung der hohen Teilzeitquote bei. Die differenzierte Analyse der Stärke des jeweiligen Einflusses bleibt weitergehenden Untersuchungen vorbehalten.