

Demografiebericht - Teil 3

Entwicklungen und Tendenzen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft in Thüringen

Stand: 11.12.2012

IMPRESSUM

Herausgeber: Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr
Werner-Seelenbinder-Straße 8
99096 Erfurt

Verfasser: Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Soziologie
Lehrstuhl für Arbeits-, Industrie- und Wirtschaftssoziologie
Carl-Zeiss-Straße 2
07743 Jena

Autoren: Martin Ehrlich, Anja Hänel
Unter Mitarbeit von: Prof. Dr. Klaus Schellberg (EVFH Nürnberg), Peter Rabe (FSU Jena) und Mario Möller M.A.

Redaktion: Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr
Abteilung „Strategische Landesentwicklung, Kataster- und Vermessungswesen“
in Zusammenarbeit mit dem
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit,
Stabsstelle „Strategische Sozialplanung“
und dem
Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie
Abteilung Arbeitsmarktpolitik, Berufliche Bildung

Redaktionsschluss: 11. Dezember 2012

Gleichstellungsgrundsatz: Status- und Funktionsbezeichnungen gelten sowohl in männlicher als auch in weiblicher Form.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Thüringer Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne einen zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl das Dokument dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, das Dokument zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Vorwort

Die Sozial- und Gesundheitswirtschaft in Thüringen steht angesichts der demografischen Entwicklung vor drei großen Herausforderungen:

- der Anpassung der Dienstleistungen an die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen,
- der Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch die landesweite Bereitstellung einer kinder- und familienfreundlichen Angebotsstruktur sowie
- der Deckung des Fachkräftebedarfs vor dem Hintergrund einer rasch älter werdenden Bevölkerung und der gleichzeitigen Abnahme des Anteils der Berufstätigen.

Sich diesen Herausforderungen zu stellen und sie erfolgreich zu bewältigen wird entscheidend sein für die Zukunft unseres Landes und die Sicherung des Wirtschaftsstandortes. Gerade deshalb befasst sich der erste Spezialteil des Demografieberichts mit den Chancen und Risiken dieser Branche.

Die vielfältigen Angebote der Branche – von frühkindlicher Förderung, Kinder- und Jugendhilfe, der Beratung Hilfesuchender, ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung, präventiver Gesundheitshilfe, der Betreuung von Menschen mit Behinderungen bis hin zur der Pflege alter Menschen – bestimmen in unterschiedlichster Weise die Lebensqualität aller.

Ob Erhalt der Gesundheit und Therapie bei Erkrankungen, Schutz von Hilfsbedürftigen, Chancengerechtigkeit, Inklusion, Teilhabe an Bildung und gesellschaftlichem Leben, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Kinder- und Familienfreundlichkeit oder Altern in Würde – alle diese Angebote und die damit verbundenen Infrastrukturen bestimmen die Qualität eines Sozialstaats. Kinder- und familienfreundliche Infrastrukturen sind zudem eine entscheidende Voraussetzung für eine langfristig positive Beeinflussung der demografischen Entwicklung.

Die Sozial- und Gesundheitswirtschaft in Thüringen ist aber auch ein relevanter Wirtschaftsfaktor mit erheblichen Beschäftigungspotenzialen, der – und das belegen der Spezialteil des Demografieberichts und die ihm zugrunde liegenden Studien der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) eindrucksvoll – einen beachtlichen Wertschöpfungsbeitrag für die Volkswirtschaft des Freistaats leistet.

Neben den Rückflüssen von Transfermitteln in die Sozial- und Steuersysteme generiert die Branche zusätzliche Einkünfte. Schon in den vergangenen Jahren hat sich die Sozial- und Gesundheitswirtschaft in Thüringen regelrecht als ein Beschäftigungsmotor erwiesen. In den nächsten Jahren könnte die Branche weitere Beschäftigung aufbauen. Die Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft schaffen Arbeitsplätze und damit Wertschöpfung in Industrie, Handwerk und im Dienstleistungssektor. Sie sorgen damit insbesondere in strukturschwachen Regionen für eine Stärkung der Regionalwirtschaft und nicht zuletzt der Leistungsfähigkeit der Kommunen. Angesichts der demografischen Entwicklung sind die Unternehmen und ihre Dienstleistungsangebote ein wesentlicher Faktor zum Erhalt der Lebensqualität in den ländlich geprägten Räumen.

Allerdings sind diese positiven Perspektiven keine Selbstläufer. Fachkräfte- und Finanzierungsengpässe bedrohen das quantitative Wachstum der Branche und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen. Erforderlich sind die Gewährleistung bedarfsgerechter sozialstaatlicher Leistungen und eine entsprechende Finanzausstattung der Sozialversicherungen und der öffentlichen Haushalte.

Ebenso erweist sich die Qualität der Arbeit für die überwiegend weiblichen Beschäftigten als ein zentrales Thema. Dazu zählt eine bessere Entlohnung und eine höhere Wertschätzung der oftmals sehr intensiven Arbeit

gerade in den Pflegeberufen. Notwendig ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die zu weiten Teilen durch Schichtsysteme geprägt sind.

Auch die Aus- und Weiterbildung muss entschieden verbessert werden. Die Branche steht bei der Berufswahl junger Menschen und bei der Arbeitsplatzwahl von Fachkräften mit anderen Branchen und anderen Regionen im Wettbewerb.

Angesichts der demografischen Herausforderungen geht es darum, sozial-, beschäftigungs- und wirtschaftspolitische Ziele gleichermaßen zu erreichen und die demografische Entwicklung nicht nur zu berücksichtigen, sondern im Interesse der Zukunftsfähigkeit des Landes auf sie Einfluss zu nehmen.

Die Landesregierung stellt sich ressortübergreifend diesen Herausforderungen. Der erste Spezialteil des Demografieberichts zur Sozial- und Gesundheitswirtschaft und die zugrunde liegenden Studien der FSU sind in gemeinsamer Initiative des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit, des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Technologie und des Thüringer Ministeriums für Bau, Landesentwicklung und Verkehr entstanden. Sie sind aus dem Europäischen Sozialfond maßgeblich mit finanziert worden, für den die Themen, Integration, Teilhabe, Beschäftigungssicherung und damit auch die Unterstützung von Maßnahmen zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen von zentraler Bedeutung sind.

Die Durchführung der Studien erfolgte durch die FSU. Die Evangelische Hochschule Nürnberg hat dabei Unterstützung geleistet und mit dem bayerischen Sozialwirtschaftsbericht maßgeblich die methodische Grundlage gelegt. Beiden Hochschulen danken wir für die geleistete Arbeit und die vertrauensvolle, zuverlässige Kooperation in der Zusammenarbeit mit den Ressorts. Ein besonderer Dank geht an die Geschäftsführer all der vielen Einrichtungen aus dem Bereich der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, der privaten und der kommunalen Unternehmen, die Rede und Antwort gestanden und mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen diese Studien möglich gemacht haben.

Der Sozial- und Gesundheitswirtschaftsbericht als erster Spezialteil des Thüringer Demografieberichts ist für uns Auftrag und Ausgangspunkt einer mit allen Akteuren intensiv zu führenden Debatte um Chancen und Perspektiven der Branche und um die Zukunftsfähigkeit unseres Landes. Dabei geht es um die Frage, wie die Unternehmen und ihre Dienstleistungen den demografischen Herausforderungen gerecht werden können und welchen Beitrag sie leisten können, um die künftige demografische Entwicklung durch eine kinder- und familienfreundliche Angebotsstruktur positiv zu beeinflussen. Unser Wunsch ist es, mit diesem Bericht beizutragen, die Rahmenbedingungen der Branche und die demografische Entwicklung als beeinflussbaren künftigen Gestaltungsauftrag zu verstehen und allen Interessierten eine Anregungs- und Diskussionsgrundlage zu geben. Unser gemeinsames Ziel: Thüringen bleibt auch in Zukunft sozial und bewältigt die demografischen Herausforderungen erfolgreich.

Heike Taubert

Matthias Machnig

Christian Carius

Gliederung

Zusammenfassung	7
Methodische und inhaltliche Hinweise zum Demografiebericht – Teil 3.....	8
1 Die Struktur der Thüringer Sozial- und Gesundheitswirtschaft.....	10
1.1 Die Struktur der Sozialwirtschaft	10
1.2 Die Struktur der Gesundheitswirtschaft	16
1.2.1 Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.....	17
1.2.1.1 Krankenhäuser	21
1.2.1.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	25
1.2.1.3 Vertragsärztliche Versorgung	27
1.2.1.4 Zahnärzte	28
1.2.1.5 Apotheken	30
1.2.2 Die Life Sciences	31
1.2.3 Der zweite Gesundheitsmarkt.....	32
2 Die beschäftigungspolitische Bedeutung und die Treiber der Entwicklung.....	33
2.1 Die beschäftigungspolitische Bedeutung	33
2.2 Treiber der Entwicklung.....	35
2.2.1 Die demografische Entwicklung.....	35
2.2.2 Der medizinisch-technologische Fortschritt.....	37
2.2.3 Bereitschaft zu Gesundheitsausgaben steigt	38
2.2.4 Zunahme multipler Problemlagen	38
3 Die volkswirtschaftliche und regionalökonomische Bedeutung.....	40
3.1 Die Bruttowertschöpfung	40
3.2 Umsatz- und Kostenstrukturen und Transfermodell.....	41
3.3 Regionalökonomische Analyse.....	44
3.3.1 Regionalökonomische Effekte	44
3.3.2 Gesamtwirtschaftliche Effekte.....	46
3.4 Der Beitrag ehrenamtlicher Arbeit zur Bruttowertschöpfung	48
3.5 Grenzen der Erfassung	49
4 Herausforderungen.....	50
4.1 Drohender Fachkräftemangel.....	50
4.1.1 Rekrutierungsbedingungen und Rekrutierungsbedarfe	50
4.1.2 Ursachen von Fachkräfteengpässen	52
4.2 Entlohnungs- und Beschäftigungsbedingungen	57
4.3 Finanzierungsbedingungen und -probleme.....	64
4.3.1 Finanzierungsbedingungen in der Sozialwirtschaft	64
4.3.1.1 Befristete Zuwendungsfinanzierungen	64
4.3.1.2 Investitionsbedingungen und der Zugang zu Krediten und Bürgschaften	64
4.3.2 Steigende Kosten im Krankenhausbereich	65
4.4 Flächendeckende Versorgung	67
4.4.1 Geringe Standortattraktivität.....	67
4.4.2 Drohender Hausärztemangel in ländlich geprägten Regionen.....	67
5 Handlungsempfehlungen.....	69
5.1 Dem Fachkräftemangel entgegenwirken	69
5.1.1 Ausbildungs- und Rekrutierungsbedingungen verbessern	69
5.1.2 Vernetzen und Kooperationen eingehen.....	70
5.1.3 Personal- und Organisationsentwicklung fördern.....	70
5.1.4 Gesundheitsmanagement professionell betreiben.....	70
5.1.5 Entlohnungsbedingungen verbessern	70
5.1.6 Neue Modelle der Arbeitsorganisation	71
5.2 Finanzierungsbedingungen verbessern	72
5.2.1 Zugang zu Krediten, Bürgschaften und privatem Kapital verbessern	72
5.2.2 Nachhaltige Entwicklung durch langfristige Finanzierung gewährleisten	72

5.3	Kooperationsbeziehungen zwischen Sozialleistungserbringern und Sozialleistungsträgern verbessern.....	73
5.4	Sicherung einer flächendeckenden Versorgung in ländlich geprägten Regionen	77
5.4.1	Maßnahmen zur Gewinnung von Hausärzten	77
5.4.2	Neue Versorgungsmodelle in der Gesundheitswirtschaft	77
5.4.3	Sozialplanung.....	77
A	Abbildungsverzeichnis.....	79
B	Tabellenverzeichnis	80
C	Abkürzungsverzeichnis.....	81
D	Literaturverzeichnis	83

Zusammenfassung

Die Sozial- und Gesundheitswirtschaft ist gemessen an der Beschäftigung und Bruttowertschöpfung eine der bedeutendsten Branchen in Thüringen. Vor allem in der Finanz- und Wirtschaftskrise (2008/2009) hat sich die Branche als stabilisierender Faktor der Wirtschaft gezeigt. Insgesamt waren 2010 rd. 166.000 Erwerbstätige in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft Thüringens tätig, davon 58.000 in der Sozialwirtschaft (inklusive Pflegebereich) und 108.000 in der Gesundheitswirtschaft. Das waren 16 % der Erwerbstätigen in Thüringen, d. h. etwa jeder sechste Erwerbstätige war 2010 in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft tätig. Während die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen 2001 und 2010 insgesamt rückläufig war (-9 %), hat sie innerhalb der Sozial- und Gesundheitswirtschaft deutlich zugenommen (+19 %). Treiber der rasanten Entwicklung der Branche sind der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt, ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und die Zunahme komplexer Hilfebedarfe und sogenannter Multiproblemfälle in der Kinder- und Jugendhilfe.

Die hohe beschäftigungspolitische Bedeutung der Branche resultiert jedoch nicht allein aus der Anzahl neu geschaffener Beschäftigungsverhältnisse: Es handelt sich auch um einen weitgehend konjunkturunabhängigen Wirtschaftsbereich, der auch in der Finanz- und Wirtschaftskrise gewachsen ist. Zudem schafft die Sozial- und Gesundheitswirtschaft Arbeitsplätze und tätigt Investitionen auch an Standorten, an denen Unternehmen anderer Branchen kaum noch investieren. Darüber hinaus werden in der Branche arbeitsintensive personennahe Dienstleistungen erbracht, bei denen die menschliche Arbeitskraft nur begrenzt durch Wissen oder Kapital substituiert werden kann.

In der Sozial- und Gesundheitswirtschaft wurde 2010 eine Bruttowertschöpfung von rund 5,8 Mrd. Euro erwirtschaftet. Dies entspricht 13 % der Bruttowertschöpfung Thüringens. Nicht berücksichtigt sind hierbei die in erheblichem Umfang erbrachten Leistungen durch Ehrenamtliche, der umfassende Beitrag der Branche zum Gemeinwohl und die regionalökonomischen Ausstrahlungseffekte der Einrichtungen. Im Gegensatz zum produzierenden Gewerbe sind Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft eng an die Region gebunden und in aller Regel nicht von Standortverlagerungen bedroht. Sie sind wichtige regionale Arbeitgeber, tragen zum Erhalt von Lebensqualität in strukturschwachen Regionen bei und in hohem Maße in regionale Wertschöpfungsketten integriert. Im Jahr 2010 gingen in der Sozialwirtschaft 79 % der bezogenen Dienstleistungen, 77 % der entstandenen Sachkosten und 68 % der getätigten Investitionen an regionale Anbieter. Jeder Euro aus öffentlichen Mitteln erzeugte eine regionale Nachfrage in Höhe von 77 Cent und ein regionales Einkommen in Höhe von 1,11 Euro.

Da sich der Hauptteil der Umsätze der Einrichtungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft aus öffentlichen Transferleistungen speist, gilt die Sozial- aber auch die Gesundheitswirtschaft (vor allem der Kernbereich) bislang eher als Kosten- denn als Wirtschaftsfaktor. Unberücksichtigt bleibt häufig, dass ein großer Teil der eingesetzten öffentlichen Mittel in Form von Sozialversicherungsbeiträgen, Lohnsteuer, Umsatzsteuer und anderen Steuern wieder in die öffentliche Hand zurückfließt. In der Sozialwirtschaft beträgt die Rückflussquote 39 %. Werden noch weitere Effekte, wie beispielsweise die in anderen Wirtschaftszweigen erzeugte Beschäftigung berücksichtigt, summiert sich die Rückflussquote sogar auf 73 %. Allein die vermiedenen Kosten von Arbeitslosigkeit durch direkte und indirekte Beschäftigungseffekte belaufen sich auf über 300 Millionen Euro. In der Gesundheitswirtschaft kann man von ähnlichen Größenordnungen ausgehen.

Insgesamt ist die Entwicklung der Sozial- und Gesundheitswirtschaft sowohl von Chancen als auch Herausforderungen geprägt. Gerade die Medizintechnik, Biotechnologie und der zweite Gesundheitsmarkt weisen ein hohes Innovations- und Wachstumspotential auf. Da aufgrund der demografischen Entwicklung die Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen kontinuierlich steigt, handelt es sich außerdem um eine Branche mit einer positiven beschäftigungspolitischen Perspektive. Allerdings stehen die Sozialwirtschaft und die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung vor vielen Problemen. Dies sind ein drohender Fachkräftemangel im Zuge der demografischen Entwicklung und einem Rückgang der Ausbildungszahlen, schlechte Arbeitsbedingungen, Finanzierungsprobleme und die Versorgung mit Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen in ländlich geprägten, strukturschwachen Regionen. Wichtige zukünftige Herausforderungen sind somit eine Verbesserung der Ausbildungs- und Rekrutierungsbedingungen, eine Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen, die Verbesserung von Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern, der Ausbau der strategischen Sozialplanung, die Kostenreduktion im Krankenhausbereich sowie die Gewährleistung von Finanzierungs- und Planungssicherheit.

Methodische und inhaltliche Hinweise zum Demografiebericht – Teil 3

Der vorliegende Teil 3 des Demografieberichts basiert auf den vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG), Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (TMWAT) und Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr (TMBLV) in Auftrag gegebenen Branchenstudien „Sozialwirtschaftsbericht Thüringen“ und „Gesundheitswirtschaftsbericht Thüringen“. Beide Berichte wurden durch die Friedrich-Schiller-Universität (FSU) Jena erarbeitet. Die Erstellung des Sozialwirtschaftsberichts wurde zusätzlich durch einen Beirat, bestehend aus Vertretern des TMSFG, TMWAT, der LIGA der freien Wohlfahrtspflege, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), der Gewerkschaften (ver.di) und der Kommunen (Thüringischer Landkreistag e. V., Gemeinde- und Städtebund Thüringen), unterstützt und begleitet.

Unter dem Begriff der Sozialwirtschaft sind - in Anlehnung an die Studie „Sozialwirtschaft Bayern – Umfang und wirtschaftliche Bedeutung“ - alle Einrichtungen gefasst, die Sozial- und Altenpflegedienstleistungen erbringen. Die Gesundheitswirtschaft umfasst „die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“¹. Die Gesundheitsbranche gliedert sich somit in drei Bereiche: Den Kernbereich der ambulanten und stationären Grundversorgung (Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste, Apotheken und niedergelassene Ärzte)², den Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie in den zweiten Gesundheitsmarkt (Gesundheitstourismus, Wellness-, Sport- und Freizeitangebote, gesunde Ernährung).

Ein zentrales Anliegen des Berichtes ist es, aufzuzeigen, dass die Sozial- und Gesundheitswirtschaft nicht nur ein Kosten-, sondern vor allem auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor für Thüringen ist. Vor dem Hintergrund eines stetig steigenden Anteils an der Gesamtbeschäftigung wird zwar zunehmend die Bedeutung der Branche als Jobmotor betont, allerdings bleibt die Wirtschaftskraft sowie die innerhalb der Branche erzielte Wertschöpfung vergleichsweise unterbelichtet. Während im Bereich des produzierenden Gewerbes auch für eher kleine Branchen eine Vielzahl an ökonomischen Kennzahlen vorliegen, mangelt es im Bereich der Sozial- und Gesundheitswirtschaft (mit Ausnahme des Krankenhausbereiches) an aussagekräftigen, träger- und bereichsspezifischen Daten und Statistiken.

Dem skizzierten Bedeutungszuwachs der Branche steht also ein Informationsdefizit gegenüber, welches jedoch nicht nur die zahlreichen Lücken und Leerstellen in der amtlichen Statistik betrifft, sondern sich überdies auf die Frage nach der zukünftigen Entwicklung der Branche erstreckt. Der vorliegende Bericht versucht einen substantiellen Beitrag zu leisten, die genannten Leerstellen zu füllen: Er bildet die beschäftigungspolitische, volkswirtschaftliche und regionalwirtschaftliche Bedeutung der Branche ab. Darüber hinaus wird ein Überblick über Aufgaben und Leistungen der Branche gegeben und werden zentrale Wachstumshemmnisse und Problemkonstellationen aufgezeigt, mit dem Ziel, dass Entscheidungsträger Handlungs- und Gestaltungsoptionen leichter erarbeiten können. So werden Ausmaße und Ursachen des Fachkräftemangels ebenso in den Blick genommen wie Refinanzierungsschwierigkeiten der Träger der Einrichtungen und die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten.

Der Bericht gliedert sich in fünf Abschnitte: Zunächst wird ein Überblick über die Struktur, Aufgaben und Leistungen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft insgesamt gegeben und anschließend auf die beschäftigungspolitische Bedeutung der Branche und die Treiber der Entwicklung eingegangen. Im dritten Abschnitt wird die volkswirtschaftliche und regionalökonomische Bedeutung der Branche abgebildet. Im vierten Kapitel werden schließlich Herausforderungen erläutert und im fünften Kapitel abschließend Handlungsempfehlungen benannt.

Für den Bericht wurden zahlreiche aktuelle Studien und Untersuchungen zur Sozial- und Gesundheitswirtschaft rezipiert. Darüber hinaus wurden Daten und Statistiken unterschiedlichster Quellen herangezogen: Neben dem Bundesamt für Statistik, dem Thüringer Landesamt für Statistik (TLS) und der Bundesagentur für Arbeit (BfA) wurden Daten des TMWAT, der Industrie- und Handelskammer (IHK) Erfurt, der LIGA der freien Wohlfahrtspflege, der Landesapothekerkammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) sowie der Landesärztekammern ausgewertet. Da oftmals die Erhebungszeiträume und die Berechnungsgrundlagen variieren, ist in einigen Fällen nur bedingt ein Vergleich möglich.

1 Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.): Ergebnisbericht „Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“, 7./8.12.05 Rostock-Warnemünde, 2.2.2006, S. 2.

2 Im Folgenden wird unter den Begriff Gesundheitswesen die ambulante und stationäre Grundversorgung gefasst.

Im Rahmen des Sozialwirtschaftsberichts kamen zusätzlich noch qualitative und quantitative Verfahren der Datenerhebung und -analyse zum Einsatz. Es wurde eine computergestützte telefonische Befragung unter Leistungsanbietern der Sozialwirtschaft aus allen kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens durchgeführt. Im Vorfeld der Erhebung wurde, unterstützt durch die Wohlfahrtsverbände und das TMSFG, ein umfangreicher Adresspool angelegt. Hieraus wurden insgesamt 212 freie und öffentliche Träger kontaktiert, von denen die Hälfte an der Befragung teilgenommen hat. Des Weiteren wurden 135 private Einrichtungen kontaktiert, von denen 37 % an der Befragung teilgenommen haben. Über einen Zeitraum von zehn Wochen wurden zum einen Leiter und Geschäftsführer sozialer Einrichtungen (154 Interviews) und zum anderen das Leitungspersonal von Trägern sozialer Einrichtungen (114 Interviews) jeweils mit einem eigens hierfür konzipierten Träger- und Einrichtungsfragebogen befragt. Mit Hilfe der Träger konnten zudem Wirtschaftsdaten von 126 sozialen Einrichtungen erhoben werden (vgl. Tab. 1). Es wurden Interviews mit freien, kommunalen und privaten Trägern sowie mit sozialen Einrichtungen in freier (67 %), privater (27 %) und kommunaler Trägerschaft (6 %) geführt. Die Einrichtungsbefragung beschränkte sich dabei auf die drei großen Tätigkeitsbereiche der Sozialwirtschaft: Altenpflege, Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe. Insgesamt waren 43 % der befragten Einrichtungen in der Altenpflege tätig, davon jeweils etwa die Hälfte im ambulanten und im stationären Bereich. Etwas mehr als ein Drittel der befragten Einrichtungen war im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe tätig. Von diesen waren etwa die Hälfte Kindertagesstätten und jeweils etwa ein Viertel stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen und Freizeitstätten. Weitere 18% der Einrichtungen konnten der Behindertenhilfe zugeordnet werden, wovon die Hälfte Wohnheime oder Wohnstätten und jeweils etwa ein Viertel ambulante Dienste oder Werkstätten für behinderte Menschen waren. Die restlichen 3 % der befragten Einrichtungen waren Bildungseinrichtungen oder z. B. Beratungsangebote für Personen in besonderen sozialen Situationen. Die Leistungsanbieter wurden unter anderem nach Art und Umfang der Beschäftigung, den Refinanzierungsbedingungen, der Fachkräftesituation, den Entlohnungs- und Beschäftigungsbedingungen sowie nach Entwicklungshemmnissen und zukünftigen Trends gefragt. Darüber hinaus wurde die Geschäftsführerbefragung dafür genutzt, Ideen und Verbesserungsvorschläge zu sammeln und diese zu Handlungsempfehlungen zu verdichten.

Tab. 1: Sample der quantitativen Erhebung

	Kontaktiert	Daten erhoben
Träger sozialer Einrichtungen	220	114
Soziale Einrichtungen	356	154
Wirtschaftsdaten von Einrichtungen	-	126
Summe	576	274

Quelle: FSU (2011)

Zusätzlich zur quantitativen Erhebung wurden ausführliche qualitative Interviews mit ausgewählten Experten der Sozialwirtschaft durchgeführt. Die Gespräche dienten der Vertiefung von in der Befragung aufgeworfenen Fragestellungen und boten zudem die Möglichkeit, Themen und Fragen zu diskutieren, die nicht Bestandteil der empirischen Erhebung waren.

1 Die Struktur der Thüringer Sozial- und Gesundheitswirtschaft

1.1 Die Struktur der Sozialwirtschaft

Im Jahr 2010 erbrachten rund 58.000 Erwerbstätige sowie etwa 25.000 Ehrenamtliche Sozial- und Altenpflegedienstleistungen. Von den Erwerbstätigen im Bereich der freien Wohlfahrtspflege waren zu Beginn des Jahres 2010 37 % in Vollzeit und 55 % in Teilzeit beschäftigt. Hinzu kommen Erwerbstätige in Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwand (5,5 %), Zivildienstleistende (1,5 %) sowie Beschäftigte, die ein Freiwilliges Soziales Jahr (1 %) absolvieren. Auszubildende, Praktikanten und Schüler sind aufgrund der überbetrieblichen Ausbildungssituation in den Sozialberufen sowie der insgesamt lückenhaften Datenlage nicht zu den Erwerbstätigen hinzu gerechnet. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben die rund 10.000 in Tageseinrichtungen und Werkstätten der Behindertenhilfe beschäftigten Klienten.

Die unter der Branchenbezeichnung subsumierten Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche sind vielfältig. Die meisten Beschäftigten sind in der Altenpflege (21.660 Personen oder 38 %) tätig, 29 % in der Kinder- und Jugendhilfe (16.840) und 16 % in der Behindertenhilfe (9.017). Weitere 8 % der Erwerbstätigen waren in anderen Hilfen (Familienhilfe, Altenhilfe ohne Altenpflege, Hilfe für Personen in besonderen sozialen Situationen), Selbsthilfegruppen und Gruppen bürgerschaftlichen Engagements³ sowie Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten für soziale und pflegerische Berufe tätig. Jeder zehnte Erwerbstätige arbeitete in der Verwaltung⁴ bei öffentlichen und freien Trägern (vgl. Tab. 2).

Hinzu kommen noch die Erwerbstätigen in öffentlichen Einrichtungen, z. B. im Bereich andere Hilfen, wo keine genauen Zahlen vorliegen, so dass man von 58.000 Erwerbstätigen zu Beginn des Jahres 2010 sprechen kann. Aufgrund des relativ konstanten Zuwachses an Beschäftigung im Altenpflegebereich, lässt sich die Zahl der Erwerbstätigen für das Jahr 2011 auf etwa 60.000 beziffern.

Drei von vier Erwerbstätigen arbeiteten 2010 in einer Einrichtung eines freien Trägers, 14 % der Erwerbstätigen in einer privaten Einrichtung und 12 % in einer öffentlichen sozialen Einrichtung. Dabei waren die Beschäftigten privater Einrichtungen fast ausschließlich in der ambulanten und stationären Altenpflege und die Beschäftigten öffentlicher Einrichtungen vorrangig in Kindertageseinrichtungen tätig.

3 Der Bereich Selbsthilfegruppen und Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements ist überwiegend ehrenamtlich geprägt. Insgesamt arbeiteten 2009 nur 174 hauptamtlich Beschäftigte in diesem Bereich (LIGA-Statistik 2009).

4 Unter Verwaltung werden Stellen in Jugendämtern, überörtlichen Trägern und Gemeindeverbänden im öffentlichen Bereich und Stellen in Kreisverbänden, Geschäftsstellen und Regionalstellen der freien Träger gefasst.

Tab. 2: Erwerbstätige nach Arbeitsbereichen und Trägern (2010)

	öffentliche Träger	freie Träger	private Träger	Summe
Altenpflege	1.480	12.480	7.700	21.660
ambulant	80	3.580	3.650	7.310
stationär	1.400	8.900	4.050	14.350
Kinder- und Jugendhilfe	4.547	12.293		16.840
Kindertagesstätten	4.253	9.129		13.382
KJH ohne Kita	294	3.164		3.458
Behindertenhilfe	9	8.958	50	9.017
stationär		3.976	25	4.001
Tageseinrichtungen / Werkstätten		3.628	25	3.653
Beratung / ambulante Dienste	9	1.354		1.363
andere Hilfen	x	3.667		3.667
Familienhilfe	x	560		560
Altenhilfe ohne Altenpflege	x	900		900
Hilfe für Personen in besonderen sozialen Situationen	x	1.485		1.485
weitere Hilfe	x	722		722
Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten für soziale und pflegerische Berufe	x	521		521
Selbsthilfegruppen und Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements	x	174		174
Verwaltung	836	4.823		5.659
Summe	6.872	42.916	7.750	57.538

Quelle: TLS, TMSFG, Thüringer Heimverwaltung, LIGA-Statistik⁵

Im Jahr 2010 arbeiteten 1.018 Zivildienstleistende im Durchschnitt jeweils 1.200 Stunden in einer sozialen Einrichtung.⁶ Insgesamt leisteten sie im Jahr 2010 1,2 Mio. Arbeitsstunden in sozialen Einrichtungen, davon einen Großteil im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Jeder fünfte im Rahmen der Studie zur Thüringer Sozialwirtschaft durch die FSU befragte Geschäftsführer einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe ist der Ansicht, dass ohne die Mitarbeit von Zivildienstleistenden die Existenz der Einrichtung tendenziell gefährdet ist. Entsprechend besorgt blicken jene Einrichtungen in die Zukunft, da der Zivildienst 2011 ausgelaufen ist und noch unklar ist, inwieweit der neu geschaffene Bundesfreiwilligendienst⁷ diese Lücke zu füllen vermag.

Im Jahr 2010 haben insgesamt 676 Personen ein freiwilliges soziales Jahr absolviert und dabei durchschnittlich 1.560 Stunden⁸ in einer Einrichtung gearbeitet. Insgesamt wurden im Jahr 2010 in sozialen Einrichtungen

5 Die Beschäftigtenzahlen im Bereich der Altenpflege wurden der Pflegestatistik des TLS vom 15.12.2009 entnommen unter Ausschluss der Gruppe der Auszubildenden, Praktikanten und Schüler. Da die Pflegestatistik keine Aufschlüsselung der Beschäftigten nach Trägern beinhaltet, wurde über die Größe der Einrichtungen, welche nach Trägern aufgeschlüsselt ist, die Beschäftigtenzahlen für die einzelnen Träger hochgerechnet. Die Beschäftigtenzahlen für die Kindertageseinrichtungen wurden der Statistik für Kindertagesstätten und Kindertagespflegepersonen des TLS vom 01.03.2010 entnommen. Im Bereich Kinder- und Jugendhilfe ohne Kindertageseinrichtungen wurden die Beschäftigtenzahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik des TLS vom 31.12.2010 verwendet. Die Beschäftigtenzahlen für die Behindertenhilfe wurden der Liga Statistik vom 31.12.2009 entnommen. Daten zu Beratungsstellen der Behindertenhilfe in öffentlicher Trägerschaft stammen vom TMSFG (Stand 2007) und zu privaten Einrichtungen von der Thüringer Heimverwaltung (Stand 2010) sowie der B. Paulus GmbH. Die Beschäftigtenzahlen zu anderen Hilfen, zu Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten sozialer und pflegerischer Berufe, zu Selbsthilfegruppen und Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements und zur Verwaltung in Einrichtungen in freier Trägerschaft wurden der LIGA-Statistik entnommen. In Hinblick auf Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft konnten nur Zahlen zu Beschäftigten in der Verwaltung der Kinder- und Jugendhilfestatistik entnommen werden, während für alle mit einem „x“ in Tabelle 6 gekennzeichneten Felder keine Angaben recherchiert werden konnten.

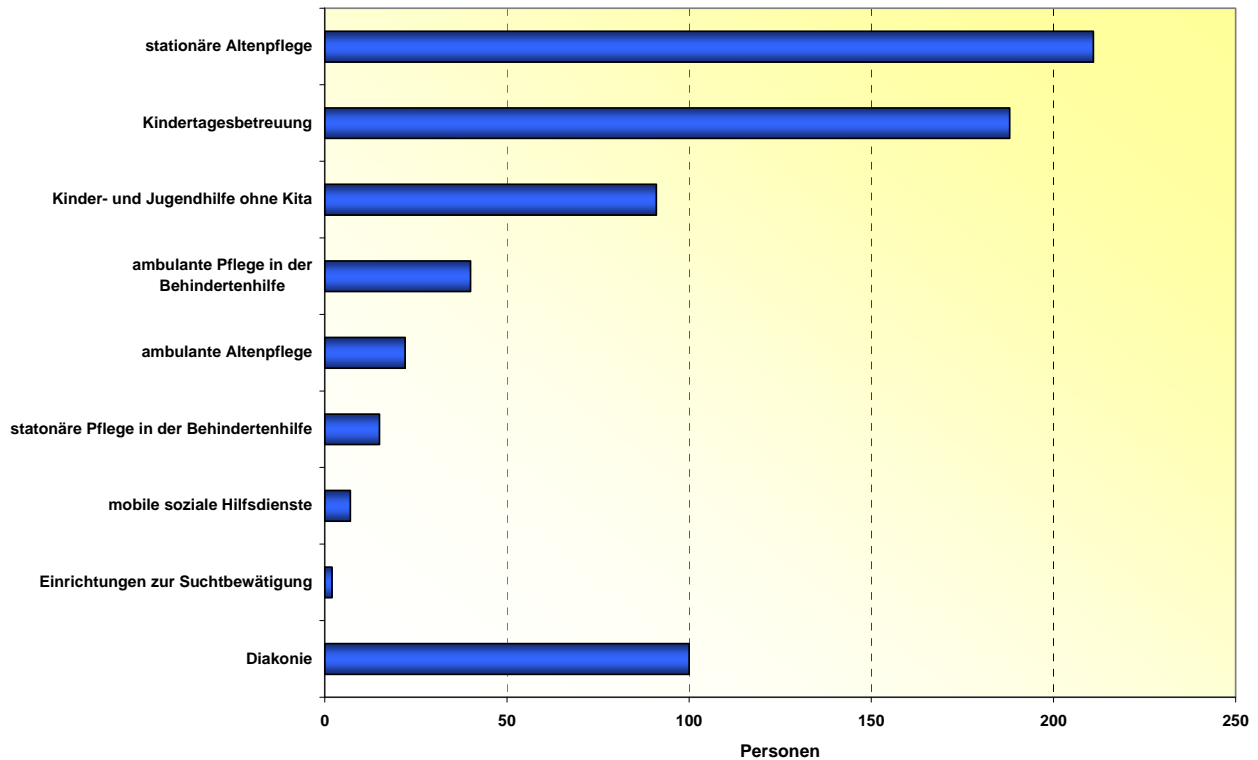
6 Die Stundenanzahl wurde folgendermaßen errechnet: Es wurde von 39 Wochen Zivildienst á 40h pro Woche ausgegangen, wovon vier Wochen Urlaub, drei Wochen Weiterbildung und zwei Wochen krankheitsbedingter Ausfall bzw. Feiertage abgezogen wurden.

7 Das Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) wurde am 24. März 2011 verabschiedet. Der Bundesfreiwilligendienst soll den weggefallenen Zivildienst ersetzen. Insgesamt 35.000 Freiwillige pro Jahr sollen einen helfenden Dienst in vorwiegend gemeinnützigen Einrichtungen leisten.

8 Die Stundenanzahl wurde folgendermaßen errechnet: Es wurde von 52 Wochen Freiwilligendienst á 40h pro Woche ausgegangen, wovon fünf Wochen Urlaub, fünf Wochen Weiterbildung und drei Wochen krankheitsbedingter Ausfall bzw. Feiertage abgezogen wurde.

etwa eine Million Arbeitsstunden im Rahmen des freiwilligen sozialen Jahres 2010 geleistet, davon 31 % im Bereich der stationären Altenpflege und 41 % in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Personen im Freiwilligen sozialen Jahr (2010)



Quelle: TMSFG, Referat Jugendpolitik

Die Thüringer Sozialwirtschaft ist nicht nur eine sehr heterogene, sondern auch eine sehr kleinteilige Branche. Mit Ausnahme von Pflegeheimen arbeiten in sozialen Einrichtungen im Durchschnitt weniger als 20 Beschäftigte. Vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind die Strukturen sehr kleinteilig, da die Angebote im unmittelbaren Lebensumfeld der Zielgruppen angesiedelt sind und dementsprechend eine Zentralisierung von Kindertagesstätten, Jugendzentren oder Beratungsstellen nur begrenzt möglich ist. Insgesamt gibt es rund 4.800 soziale Einrichtungen⁹ in Thüringen (vgl. Tab. 3).

⁹ Nicht als Einrichtungen wurden Stellen in der Verwaltung (Jugendämter, Geschäftsstellen, Kreisverbände, Landesverbände der Wohlfahrtspflege) und Selbsthilfegruppen und Gruppen bürgerschaftlichen Engagements erfasst.

Tab. 3: Übersicht über alle Einrichtungen der Sozialwirtschaft Thüringen (2010)

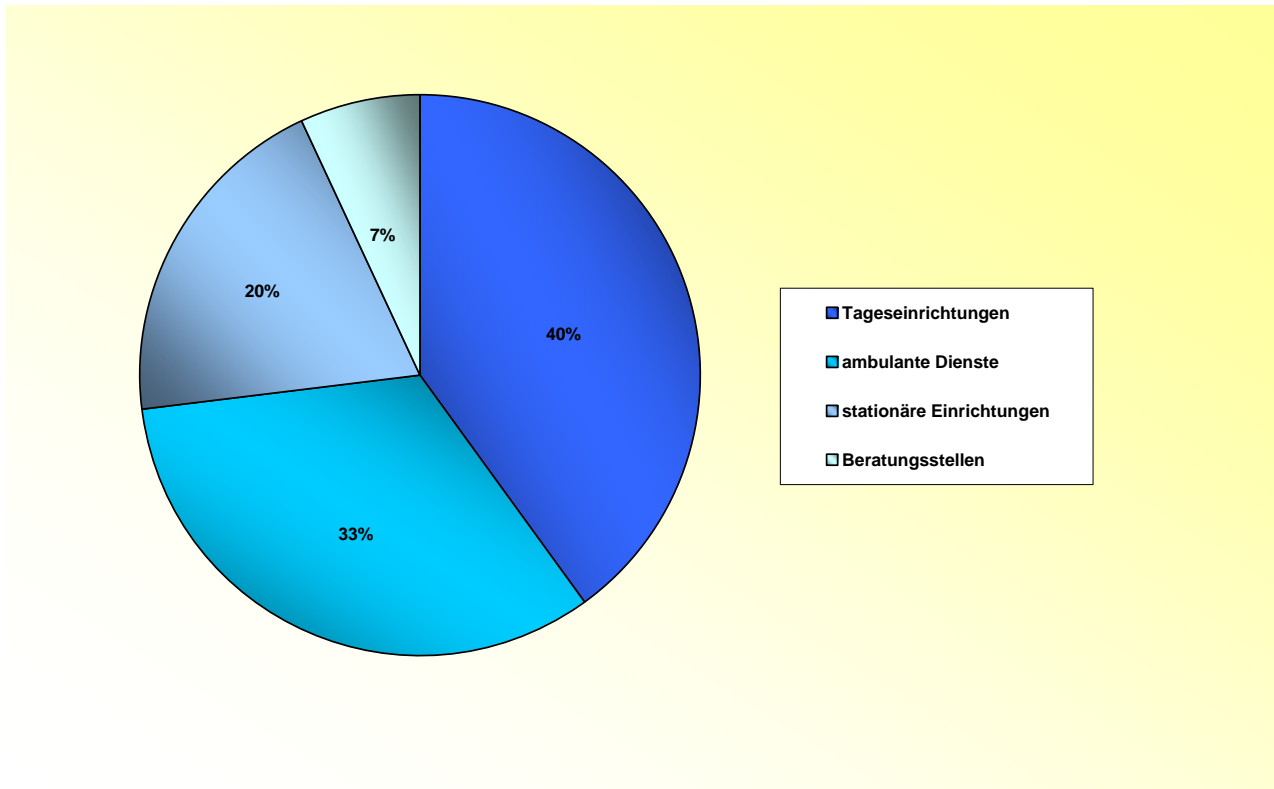
	stationäre Einrichtungen	Tages- einrichtungen	ambulante Dienste / Beratungsstellen	Summe
Altenpflege	338		396	734
Öffentlich	30		5	35
Frei	204		162	366
Privat	104		229	333
Kinder- und Jugendhilfe	232	1.403	847	2.482
Öffentlich	4	495	391	890
Frei	228	908	456	1.592
Behindertenhilfe	268	190	206	664
Öffentlich			7	7
Frei	267	189	199	655
Privat	1	1		2
andere Hilfen (freie Träger)	104	310	454	868
Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten (freie Träger)		24		24
Summe	942	1.927	1.903	4.772

Quelle: TLS, LIGA-Statistik, TMFSG, Thüringer Heimverwaltung¹⁰

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (52 %) sind im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe tätig, allein 28 % der Einrichtungen sind Kindertagesstätten, 15 % aller Einrichtungen sind ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenpflege und 14 % der Einrichtungen gehören zur Behindertenhilfe. Der Bereich andere Hilfen und Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten für soziale und pflegerische Berufe machen zusammen 19 % der Einrichtungen aus (vgl. Tab. 4).

Insgesamt sind 40 % der sozialen Einrichtungen Tageseinrichtungen, 33 % ambulante Dienste, 20 % stationäre Einrichtungen und 7 % Beratungsstellen (vgl. Abb. 11), wobei ambulante Hilfen und Dienste in allen Bereichen an Bedeutung gewonnen haben. Der Trend zur mehr ambulanten Diensten basiert nicht nur auf dem Ziel einer Kostenreduktion, sondern ist einerseits mit einem Individualisierungstrend, d. h. mit dem fachlichen Ansinnen einer stärkeren Orientierung auf die Lebenswelt der Klienten und andererseits mit der Ausweitung niedrigschwelliger und präventiver Angebote verknüpft. Der Ausbau ambulanter Angebote geht entsprechend häufig mit der Tendenz eines Abbaus an stationären Plätzen und Heimunterbringungen einher.

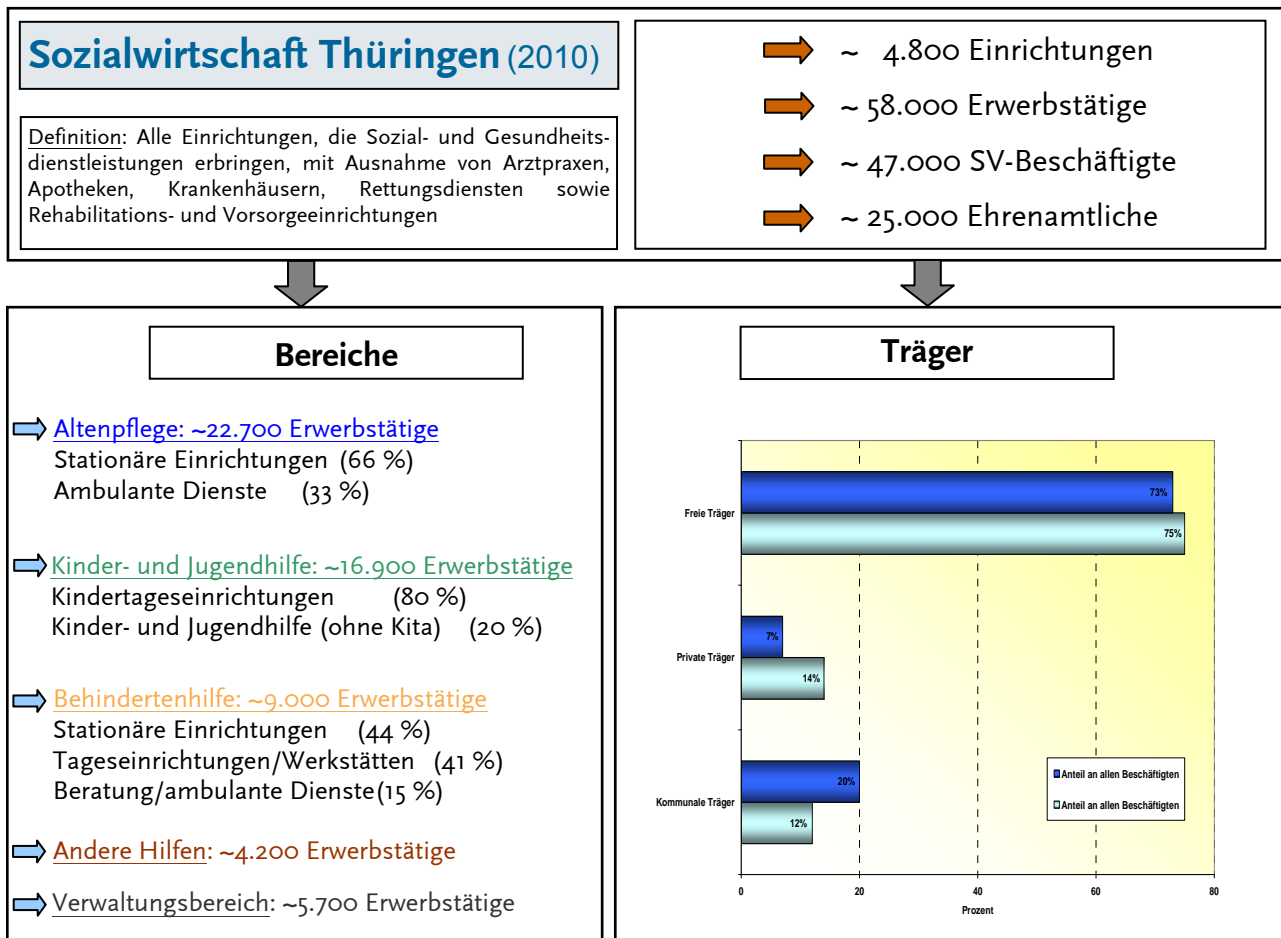
¹⁰ Die Anzahl der Einrichtungen im Bereich der Altenpflege wurden der Pflegestatistik des TLS vom 15.12.2009 entnommen. Die Anzahl der Kindertageseinrichtungen wurde der Statistik für Kindertagesstätten und Kindertagespflegepersonen des TLS vom 01.03.2010 entnommen. Im Bereich Kinder- und Jugendhilfe ohne Kindertageseinrichtungen wurden die Einrichtungszahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik des TLS vom 31.12.2010 verwendet. Die Anzahl der Einrichtungen der Behindertenhilfe in freier Trägerschaft wurden der LIGA-Statistik vom 31.12.2009 entnommen. Daten zu Beratungsstellen der Behindertenhilfe in öffentlicher Trägerschaft stammen vom TMSFG (Stand 2007) und zu privaten Einrichtungen von der Thüringer Heimverwaltung (Stand 2010). Die Anzahl an Einrichtungen im Bereich andere Hilfen und Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten sozialer und pflegerischer Berufe in freier Trägerschaft wurden der LIGA-Statistik entnommen. Im Bereich der öffentlichen Einrichtungen konnten keine Einrichtungszahlen für diese Bereiche gefunden werden.

Abb. 2: Einrichtungen der Sozialwirtschaft (2010)

Quelle: TLS, LIGA-Statistik, TMFSG, Thüringer Heimverwaltung

Unter den Leistungsanbietern kommt den Wohlfahrtsverbänden mit 75 % der Beschäftigten und 73 % der sozialen Einrichtungen eine besondere Stellung zu. Jede fünfte Einrichtung ist in öffentlicher Trägerschaft und 7 % sind in privater Trägerschaft (vgl. Abb. 3). Allerdings hat der Anteil der privaten Träger im Pflegesektor innerhalb der letzten zehn Jahre kontinuierlich zugenommen, wobei sich mittlerweile fast jede zweite (45 %) Altenpflegeeinrichtung in privater Trägerschaft befindet. Bei den ambulanten Pflegediensten ist die Privatisierung am stärksten vorangeschritten. Während private Einrichtungen 28 % der Thüringer Pflegeheimplätze anbieten, werden im ambulanten Bereich laut Statistischem Bundesamt bereits 50 % der Pflegebedürftigen durch private Anbieter versorgt. Hingegen haben sich öffentliche Träger in der Vergangenheit als Betreiber sozialer Einrichtungen zurückgezogen. Während beispielsweise im Jahr 1998 noch über die Hälfte (55 %) aller Kindertageseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft waren, waren es 2010 nach Angaben des TLS nur noch etwas mehr als ein Drittel (37 %). Diese Entwicklung folgt zwar dem Subsidiaritätsgebot des Sozialgesetzbuches (SGB) VIII, ist aber aus Sicht der im Rahmen der Studie zur Sozialwirtschaft durch die FSU Jena befragten Geschäftsführer vor allem mit der Erwartungshaltung einer Kostenreduktion verknüpft.

Abb. 3: Übersicht Sozialwirtschaft



Quelle: FSU Jena 2011, basierend auf Daten des TLS, TMSFG, der Thüringer Heimverwaltung, LIGA-Statistik, BfA, Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtsdienste und Gesundheitspflege^{11,12}

11 Es wurden die drei Wirtschaftszweigklassifikationen Kindergarten und Vorschulen (WZ 85.1), Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) (WZ 87) und Sozialwesen (ohne Heime) (WZ 88) zusammen addiert.

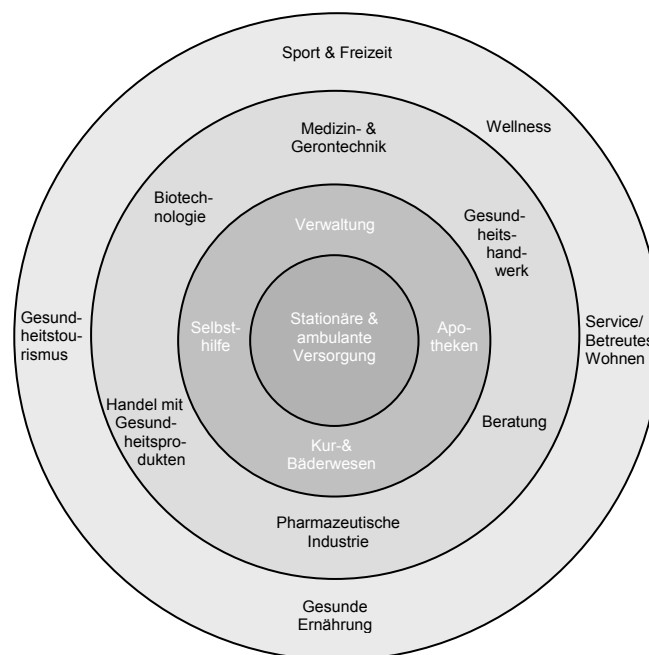
12 Einer Erhebung der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtsdienste und Gesundheitspflege (BGW) zu Folge waren Ende 2009 rund 15.000 Ehrenamtliche in sozialen Einrichtungen in Thüringen tätig. Da seitens der BGW lediglich Einrichtungen in freier Trägerschaft befragt werden (und zugleich nicht alle Ehrenamtlichen zuverlässig erfasst werden können), muss von einer höheren Zahl ausgegangen werden. Laut einer von der FSU Jena und dem TLS durchgeführten Ehrenamtsstudie waren im Jahr 2002 33% der Thüringer ehrenamtlich aktiv, darunter 3,5 % im Bereich Soziales, was in etwa 25.000 Ehrenamtlichen entspricht (vgl. Schmitt/Lembcke 2002: 36ff.).

1.2 Die Struktur der Gesundheitswirtschaft

Im Rahmen der ersten nationalen Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005 wurde der Begriff „Gesundheitswirtschaft“ definiert: Sie „umfasst demnach die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen“. ¹³ Es lassen sich drei Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft unterscheiden (vgl. Abb. 4):

- (1) Zum Kernbereich gehören die beschäftigungsintensiven Dienstleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung. Dazu zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Arzt- und Zahnarztpraxen, die Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe sowie Apotheken.
- (2) Die kapital- und technologieintensive Vorleistungs- und Zulieferindustrie umfasst die „Health Care Industries“ (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten.
- (3) Der Randbereich bzw. „zweite Gesundheitsmarkt“ umfasst gesundheitsnahe Bereiche des Dienstleistungssektors (insbesondere Gesundheitstourismus und Wellness) und des produzierenden Gewerbes (Nahrungsmittelindustrie). Diese Dienstleistungen werden von den Kunden überwiegend privat finanziert und dienen zum größten Teil der Prävention und dem persönlichen Wohlbefinden. ¹⁴

Abb. 4: Die Struktur der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Institut Arbeit und Technik

Die Gesundheitswirtschaft Thüringens umfasst eine Vielzahl von Dienstleistungen, eine wachsende Vorleistungs- und Zulieferindustrie und zählt darüber hinaus als sehr beschäftigungsintensive Branche. Im Jahr 2009 arbeiteten laut Berechnungen des TMWAT 95.000 Erwerbstätige in der Thüringer Gesundheitswirtschaft (inklusive Altenpflegebereich), wobei die Bereiche des „zweiten Gesundheitsmarktes“ wie Ernährung und Tourismus nicht eingerechnet wurden. Davon waren knapp 90 % (rund 85.000 Erwerbstätige) im Gesundheitswesen und im Pflegebereich und knapp 7 % (rund 6.500 Beschäftigte) in der

¹³ Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.): Ergebnisbericht „Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“, 7./8.12.05 Rostock-Warnemünde, 2.2.2006, S. 2.

¹⁴ Vgl. Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002: 37f.

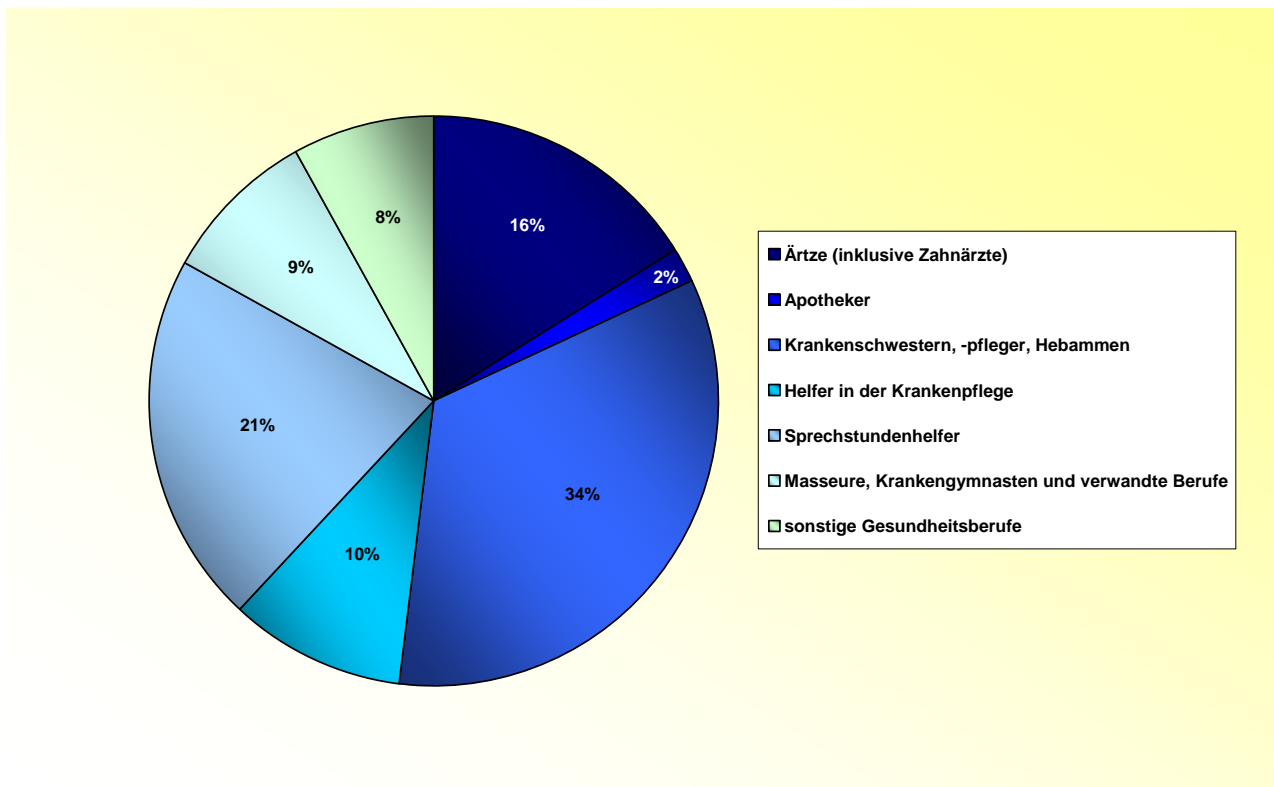
Zuliefer- und Vorleistungsindustrie tätig. Schätzungen der IHK Erfurt gehen davon sogar aus, dass 2009 in der gesamten Gesundheitswirtschaft einschließlich dem zweiten Gesundheitsmarkt 130.000 Erwerbstätige (inklusive Altenpflegebereich) tätig waren, was einem Anteil von 13 % an allen Erwerbstätigen Thüringens entsprach.¹⁵

1.2.1 Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft

Im Jahr 2010 waren laut BfA 55.700 SV-Beschäftigte im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bzw. in der ambulanten und stationären Grundversorgung in Thüringen tätig, 83 % davon waren Frauen. Inklusive der selbstständigen Ärzte waren es Ende 2010 insgesamt 62.403 Beschäftigte (vgl. Abb. 5).¹⁶

Ein Drittel der rund 62.400 Beschäftigten und damit die größte Beschäftigtengruppe bilden die Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen. Etwa ein Fünftel waren Sprechstundenhelfer (inklusive Arzthelfer)¹⁷. Die drittgrößte Gruppe bildeten die Ärzte und Zahnärzte (16 %). Jeder zehnte Beschäftigte war als Helfer in der Krankenpflege und 9 % der Beschäftigten waren als Masseur, Krankengymnasten und in verwandten Berufen tätig. Lediglich 2 % der Beschäftigten waren Apotheker und 8 % in sonstigen Gesundheitsdienstberufen¹⁸ tätig (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Berufen am 31.12.2010



Quelle: BfA, TLS 2011

15 Genauere Daten liegen für Thüringen bisher nicht vor, könnten aber im Rahmen der gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung (GGR) ermittelt werden. Diese setzt sich aus drei Teilrechnungen zusammen: die Gesundheitsausgabenrechnung (GAR), die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) sowie die Wertschöpfungsberechnung. Basis für die Berechnungen ist eine einheitlich festgelegte Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft nach der jeweils gültigen Wirtschaftszweigklassifikation (WZ) der amtlichen Statistik. Dadurch können die berechneten Daten auch mit den Daten anderer Wirtschaftszweige verglichen werden. Bisher wurden solche Berechnungen nur für Sachsen, Baden-Württemberg und Hessen durchgeführt.

16 2009 waren 77.000 Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt, davon 12.000 Ärzte/Apotheker und 65.000 Beschäftigte mit übrigen Gesundheitsdienstberufen, was 7 % der Gesamtbeschäftigung entspricht (Quelle: Mikrozensus).

17 Die Begriffe Sprechstundenhelfer und Arzthelfer beruhen auf den in der amtlichen Statistik des Bundesamtes verwendeten Bezeichnungen. Aktuell wird für diese Berufsgruppe „Medizinische Fachangestellte“ verwendet.

18 Unter sonstige Gesundheitsdienstberufe werden Heilpraktiker, Diätassistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten und Medizinlaboranten gefasst.

Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigten zwischen 1999 und 2010 um 14 % gestiegen. Allerdings variiert die Beschäftigungsentwicklung stark nach einzelnen Berufen: So hat sich die Zahl der Diätassistenten und pharmazeutisch-technischen Assistenten mehr als verdoppelt¹⁹, die Zahl der Heilpraktiker, Masseur, Krankengymnasten und verwandter Berufe ist um mehr als 80 % gestiegen. Die Zahl der Helfer in der Krankenpflege ist um 62 % gestiegen, während die Zahl der Krankenschwestern/-pfleger und Hebammen nur um 3 % angewachsen ist. Die Zahl der Ärzte ist insgesamt um 9 % gestiegen, bei den SV-beschäftigten Ärzten ist eine Erhöhung um 27 % festzustellen. Die Zahlen der Zahnärzte und Apotheker sind seit 1999 rückläufig (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen am 31.12.1999 und 2010

	1999	2010	Entwicklung 1999 bis 2010
Ärzte	7.604	8.269	+9 %
davon SV-beschäftigte Ärzte	4.266	5.408	+27 %
Zahnärzte	2.115	2.074	-2 %
Apotheker	1.415	1.300	-8 %
Heilpraktiker	124	225	+81 %
Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe	2.925	5.347	+83 %
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	20.589	21.114	+3 %
Helfer in der Krankenpflege	3.975	6.450	+62 %
Diätassistenten, pharmazeutisch-techn. Assistenten*	828	1.863	+125 %
Sprechstundenhelfer	12.355	12.950	+5 %
Medizinlaboranten	2.754	2.811	+2 %
Gesamt	54.684	62.403	+14 %

* Die gemeinsame zahlenmäßige Erfassung der Beschäftigten dieser Berufsbilder ist ungeeignet, da die Einsatzfelder der Berufe keinerlei Berührungspunkte haben. Eine Einzelbetrachtung der pharmazeutisch-technischen Assistenten erfolgt im Kapitel 1.1.1.5.

Quelle: BfA, TLS

Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten an allen SV-Beschäftigten hat sich von 16 % im Jahr 1999 auf 29 % im Jahr 2010 erhöht und damit fast verdoppelt.²⁰ Die höchste Teilzeitquote mit 40 % wiesen 2010 die Helfer in der Krankenpflege auf, dicht gefolgt von den Apothekern (38 %). Die Quote bei den Krankenschwestern, -pflegern und Hebammen bewegte sich im Durchschnitt (31 %). Unter den angestellten Zahnärzten war jeder Vierte teilzeitbeschäftigt. Die geringste Teilzeitquote von 11 % wiesen die SV-beschäftigten Ärzte auf. Allerdings ist auch hier die Teilzeitquote seit 1999 um 5 % gestiegen (vgl. Abb. 6). Der dynamische Beschäftigungsaufbau im Gesundheitswesen geht somit mit einem starken Zuwachs an Teilzeitstellen einher. Inwiefern die Teilzeitstellen freiwillig von den Beschäftigten gewählt worden, ist nicht bekannt.

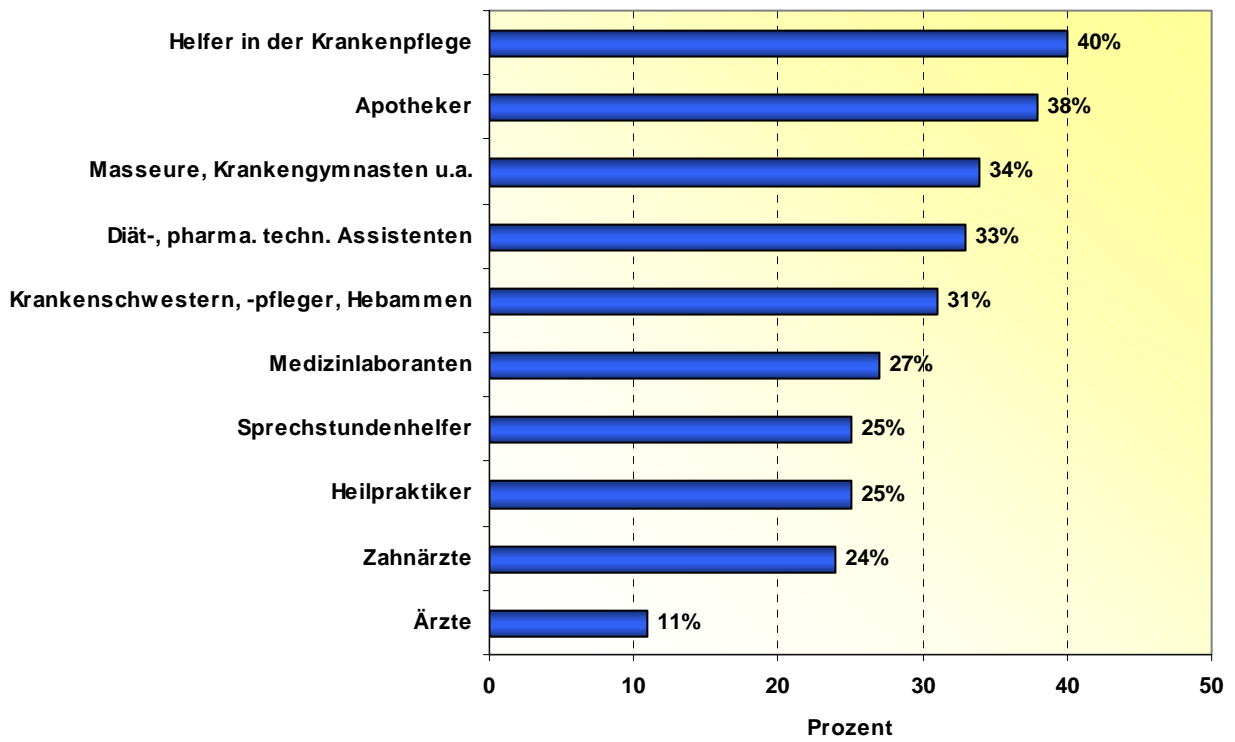
Auch die Altersstruktur der Beschäftigten hat sich in den letzten zehn Jahren stark verschoben. Während 1999 noch 41 % aller SV-Beschäftigten unter 35 Jahre alt waren, waren es 2009 nur noch 32 %. Entsprechend stark ist der Anteil an den Beschäftigten, die mindestens 50 Jahre alt sind, gestiegen und zwar von 16 % auf 23 % (vgl. Abb. 4). Im Jahr 2009 waren somit bereits fast ein Viertel der SV-Beschäftigten über 50 Jahre alt. Von den Krankenpflegehelfern sind bereits 29 % 50 Jahre alt und älter.²¹

19 Die festgestellte Verdopplung pharmazeutisch-technischer Assistenten ist auf das Fehlen dieses Berufsbildes in der DDR einerseits und auf die Abschaffung des Berufsbildes des Pharmazieingenieurs andererseits zurückzuführen.

20 BfA, 2011.

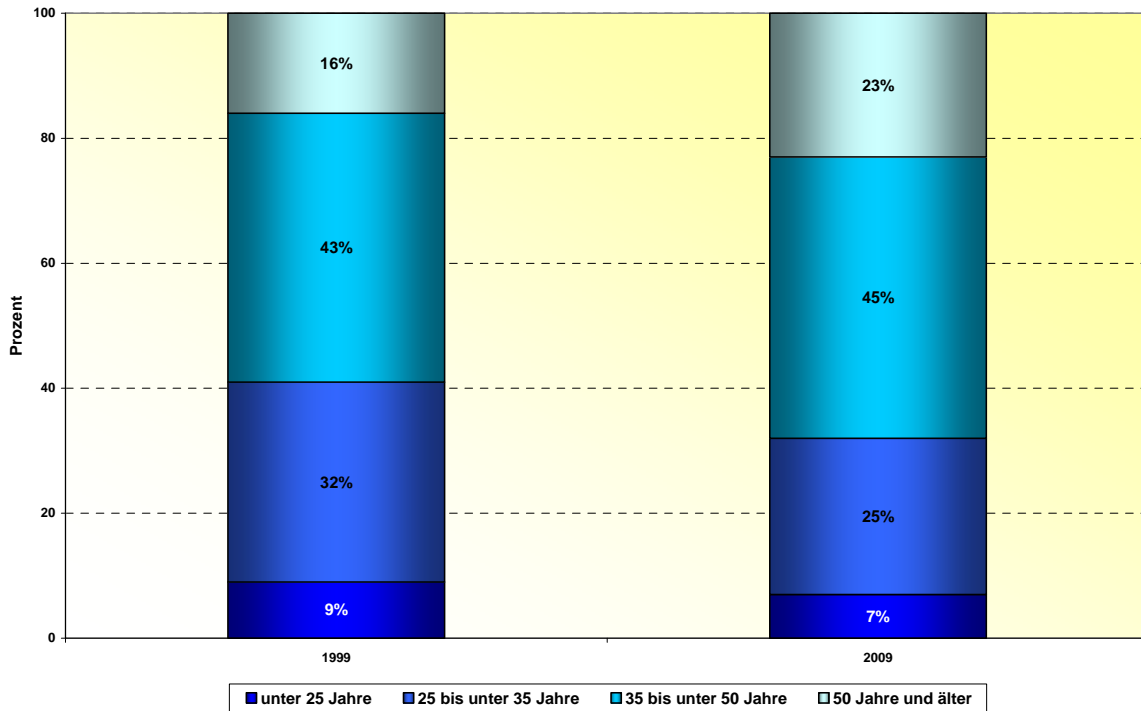
21 Ebd.

Abb. 6: Teilzeitquote unter den SV-Beschäftigten nach Berufen 2010



Quelle: BfA; Sonderauswertung IAB

Abb. 7: Altersstruktur in den Gesundheitsdienstberufen 1999 und 2009



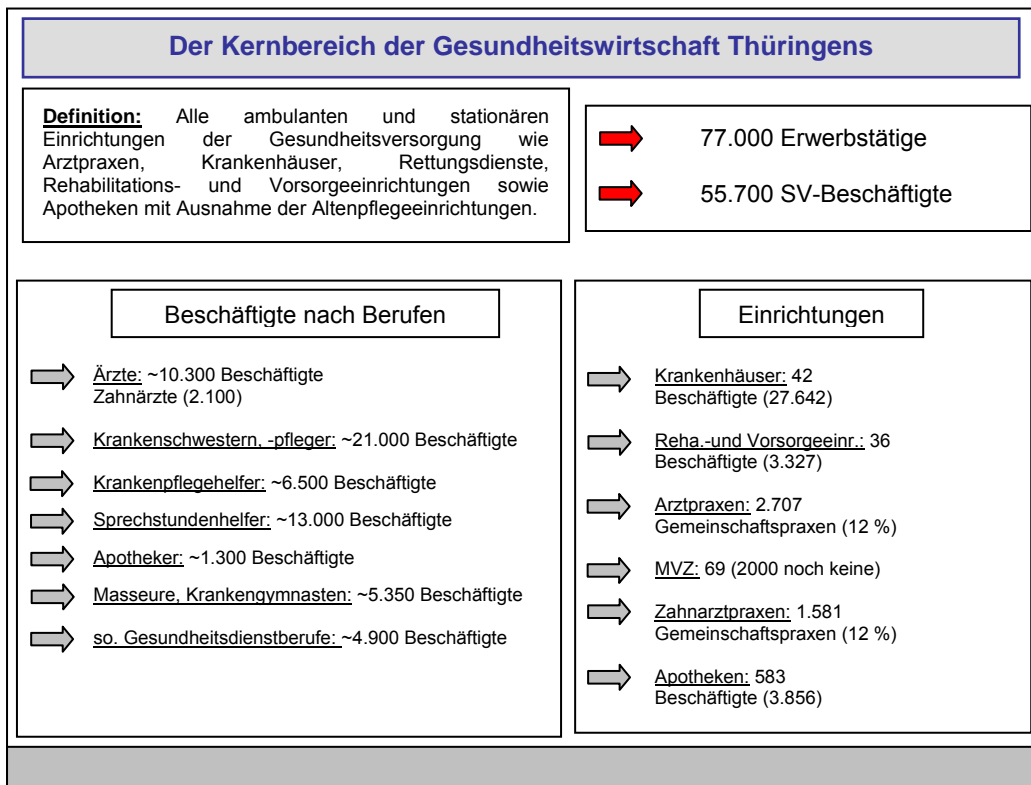
Quelle: BfA; Sonderauswertung IAB

Die Frauenquote liegt - mit Ausnahme der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzte (Frauenquote 50 %) und der Helfer der Krankenpflege (Frauenquote 70 %) in den Gesundheitsdienstberufen bei mehr als 90 %. Der Anteil der Frauen bei den Sprechstundenhilfen lag 2010 sogar bei 99 %.²²

Der Anteil der Ausländer in allen Gesundheitsdienstberufen betrug 2010 in Thüringen insgesamt nur 1,3 %. Ein Großteil (79 %) waren als Ärzte tätig. Der Anteil der ausländischen Ärzte an allen SV-beschäftigten Ärzten betrug 2010 11 %. Elf Jahre zuvor traf dies nur auf 1,3 % der Ärzte zu. Absolut ist die Zahl der ausländischen Ärzte von 55 (1999) auf 607 (2010) gestiegen.²³

Der Großteil der Beschäftigten (27.642 Personen) in der Thüringer Gesundheitswirtschaft arbeitete 2010 in einem der 42 Krankenhäuser Thüringens.²⁴ Insgesamt gibt es 36 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen 3.327 Beschäftigte tätig sind sowie 583 öffentliche Apotheken mit 3.856 Beschäftigten. Im Jahr 2010 gab es zudem 2.707 Arztpraxen, von denen etwa 324 Gemeinschaftspraxen und 69 medizinische Versorgungszentren (MVZ) waren. Von den 1.581 Zahnarztpraxen waren ebenfalls 12 % Gemeinschaftspraxen (vgl. Abb. 8).²⁵ Hinzu kommen noch Beschäftigte, die in Praxen sonstiger medizinischer Berufe (Therapeuten, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, Krankengymnasten) tätig waren.

Abb. 8: Übersicht Kernbereich der Gesundheitswirtschaft Thüringens



Quelle: FSU Jena 2011, basierend auf Daten des TLS, der BfA, KVT, Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen (KZV) und Landesapothekenkammer

²² BfA 2011.

²³ Ebd.

²⁴ Im 6. Thüringer Krankenhausplan sind 38 Krankenhäuser erfasst. Das Thüringer Landesamt für Statistik erfasst darüber hinaus vier weitere Krankenhäuser.

²⁵ Die kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) und die Landes Zahnärztekammer Thüringen erfasst nicht die Anzahl des Personals in den Praxen.

1.2.1.1 Krankenhäuser

Im Jahr 2010 gab es in Thüringen gemäß Krankenhausplan (KHPL) des Landes 38 erfasste Krankenhäuser²⁶ mit teilweise mehreren Betriebsstätten in verschiedenen Orten, die nach eigener Darstellung insgesamt über ca. 16.000 aufgestellte Betten verfügten. Von diesen 38 Krankenhäusern waren 26 Einrichtungen mit einem regionalen, intermediären bzw. überregionalen Versorgungsauftrag versehen. Es gab zwölf Fachkliniken, vier davon für Psychiatrie, jeweils drei für Geriatrie und Orthopädie sowie jeweils eine Klinik für Pneumologie und Rheumatologie.

Regional betrachtet verfügt jeder Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt über mindestens ein Krankenhaus bzw. eine Betriebsstätte. Als einzige kreisfreie Stadt verfügt Erfurt über zwei Krankenhäuser. In den Landkreisen finden sich - mit Ausnahme des Saale-Orla-Kreises - zwei bis drei Krankenhäuser bzw. deren Betriebsstätten. Durchschnittlich kommen in Thüringen 712,3 Betten auf 100.000 Einwohner (vgl. Tab. 5).

In den 1990er Jahren, als nach der Wiedervereinigung die staatlichen Kliniken auf die Städte und Gemeinden übertragen wurden, kam es zur Privatisierung vieler Häuser. Waren 1991 noch fast drei Viertel der Thüringer (Allgemein-) Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (47 Einrichtungen) waren, war es 2009 nur noch jede dritte Einrichtung (14 Einrichtungen). Die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist bis 2003 kontinuierlich gestiegen. Seit 2004 ist es zu keinen weiteren Privatisierungen gekommen. Damit waren 2009 38 % der Krankenhäuser in privater Trägerschaft (16 Einrichtungen). Der Anteil der Krankenhäuser in freier Trägerschaft ist seit den 1990er Jahren leicht gestiegen und lag 2009 bei 29 % bzw. 12 Einrichtungen (vgl. Abb. 9).²⁷

Entsprechend dieser Entwicklungen ist der Anteil an Betten und Personal in privater Trägerschaft gestiegen. Während 1991/1992 noch 86 % der Betten bzw. 85 % des Personals in öffentlicher Trägerschaft waren, waren es 2009 nur noch 42 % bzw. 47 %. Dagegen ist der Anteil der Betten und des Personals in privater Trägerschaft im selben Zeitraum um 32 % bzw. 29 % deutlich gestiegen. So gehörten 2009 bereits 36 % der Betten und 34 % der Beschäftigten privaten Einrichtungen. Der Anteil der Betten und des Personals in freier Trägerschaft hat sich seit 1991/1992 jeweils etwa verdoppelt und lag 2009 bei 22 % bzw. 19 % (vgl. Abb. 9).

Die Ursachen für die bundesweite Privatisierung sind vor allem auf die Veränderungen des Finanzierungssystems der Krankenhäuser in den 1990er Jahren zurückzuführen. Die weitreichenden Reformen umfassten zum Einen die Einführung einer Budgetdeckelung bei laufenden Ausgaben und zum Anderen die Umstellung der Kostenerstattung auf ein Fallpauschalensystem.²⁸ Dazu kam noch die rückläufige Investitionskostenfinanzierung der Länder, die zu einem öffentlichen Investitionsstau in der stationären Versorgung der westlichen Bundesländer geführt hat.²⁹ In Thüringen wurde die Privatisierung dadurch forciert, dass Krankenhäuser im Rahmen der Vermögenszuordnung teilweise in die Trägerschaft des Landes fielen und dass Kommunen durch die Privatisierung wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser die kommunale Haushaltssituation verbesserten.

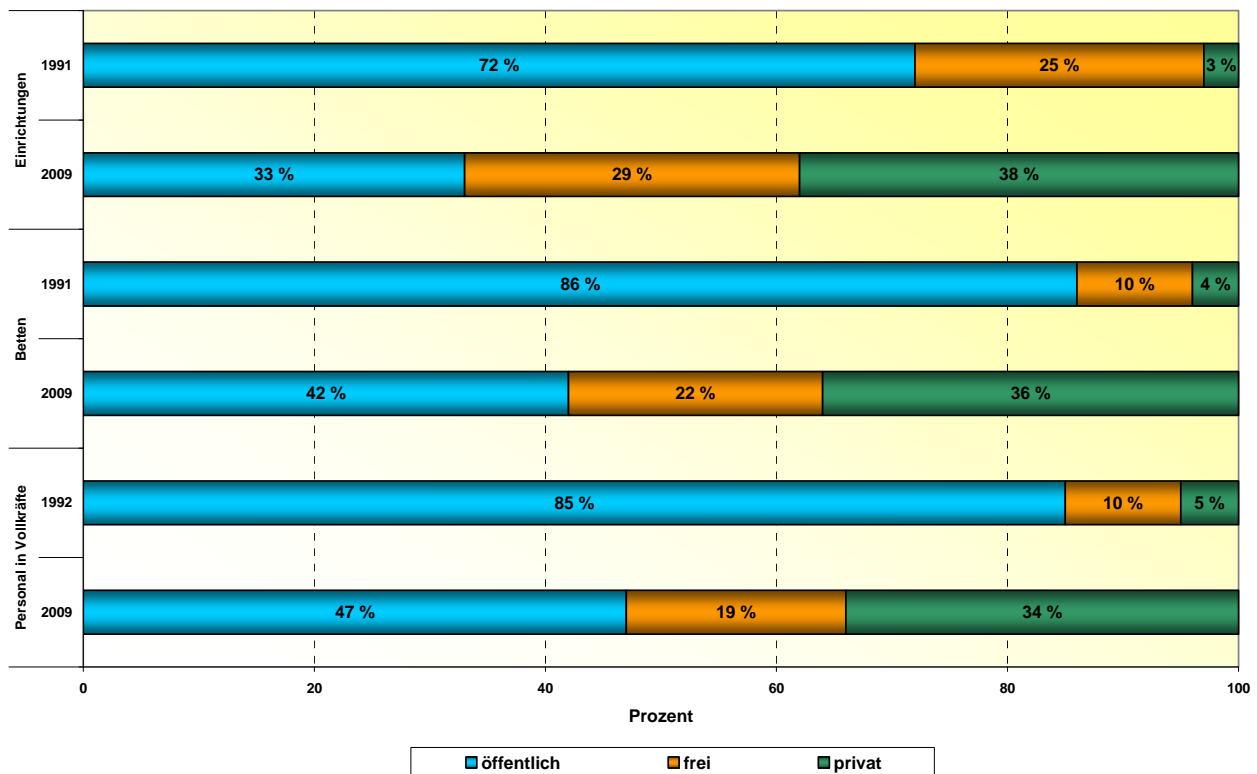
26 Zusätzlich gibt es noch private Krankenhäuser und Einrichtungen. Einige Rehabilitationseinrichtungen sind per Vertrag zu Leistungen nach § 108 Nr. 3 SGB V gebunden und werden im Krankenhausplan als Vertragskrankenhäuser geführt /Quelle TMSFG, 6. KHPL, Tab. 2 und Abfrage aufgestellte Betten 2010).

27 Deutschlandweit waren 2009 von den insgesamt 2.084 Krankenhäusern 31 % in öffentlicher Trägerschaft, 32% in privater Trägerschaft und 37 % in freier Trägerschaft (Quelle: Bundesamt für Statistik). Somit ist die Privatisierung der Krankenhäuser in Thüringen im bundesweiten Vergleich bedingt durch die Wiedervereinigung schneller voran geschritten.

28 „Nach dem so genannten DRG-System (Diagnosis Related Groups) erfolgt die Vergütung der Krankenhäuser nicht mehr nach den - zuvor auf Basis von Tagessätzen - berechneten tatsächlichen Kosten des Krankenhauses, sondern nach einer auf einer festgelegten Diagnose beruhenden Fallpauschale“ (Böhlke/Schulten 2008: 25f.).

29 Vgl. Böhlke/Schulten 2008: 26.

Abb. 9: Krankenhäuser nach Trägerschaften 1991 bis 2009



* Bis 2002 wurden die Trägerschaften nur bei den Allgemeinkrankenhäusern erhoben (nicht bei den vier psychiatrischen Kliniken)

** Das Personal aufgeschlüsselt nach Trägern wird erst seit 1992 für Thüringen erfasst

Quelle: Bundesamt für Statistik³⁰

Die Neugestaltung des Krankenhauswesens wurde begleitet von einer zunehmenden Öffnung des Marktes und einer umfassenden Restrukturierung und Prozessoptimierung, um im Wettbewerb der privaten, kommunalen und in freigemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Einrichtungen bestehen zu können. So wurden verbesserte EDV-Strukturen eingeführt, bautechnische Änderungen vorgenommen, Zuständigkeiten reorganisiert und Verantwortlichkeiten neu verteilt, um insgesamt mehr Patienten behandeln zu können (höhere Fallzahlen) und so die Kosten zu optimieren.³¹

Im Zuge des Wettbewerbs unter den Häusern, ist die Zahl der Thüringer Krankenhäuser seit 1991 (69 Einrichtungen) um 39 % und die Bettenanzahl um 29 % gesunken. Vor allem große Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten konnten sich in den letzten Jahren durchsetzen. Allein in den fünf größten Krankenhäusern (mehr als 800 Betten) befinden sich knapp ein Drittel aller in Thüringen zur Verfügung stehenden Betten. Darüber hinaus bewirkten der Effizienzdruck und die Umstellung der Finanzierung von Tagessätzen auf Fallpauschalen kürzere Verweildauern im Krankenhaus (-48 %) bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen um rund 39 % (vgl. Tab. 5).

³⁰ Zusätzlich zum 6. Thüringer Krankenhausplan (38 Krankenhäuser) erfasst das Thüringer Landesamt für Statistik vier weitere Krankenhäuser.

³¹ Vgl. Rudolphi 2007.

Tab. 5: Krankenhäuser nach ausgewählten Merkmalen in Thüringen 1991 bis 2010

	1991	2000	2010	Entwicklung 1991-2010
Anzahl der Krankenhäuser (inkl. psychiatrische Kliniken)	69	53	42	-39,0 %
Anzahl der Betten	22.768	17.593	16.060	-29,0 %
Pflegetage/Belegungstage	6.182.187	5.221.897	4.495.752	-27,0 %
Fallzahlen	402.040	517.961	559.260	+39,0 %
durchschnittliche Verweildauer (Tage)	15,4	10,1	8,0	-48,0 %
Nutzungsgrad	74,4 %	81,1 %	76,7 %	+2,3 %

Quelle: Bundesamt für Statistik und TLS, 2011

Im Jahr 2010 waren in den Thüringer Krankenhäusern 27.642 Frauen und Männer beschäftigt. Davon waren 15 % als Ärzte, 39 % im Pflegedienst und 46 % im sonstigen nichtärztlichen Dienst (darunter 343 Zivildienstleistende) tätig. Im Zeitraum von 1994 bis 2010 stieg die Zahl der Beschäftigten nach einem zwischenzeitlichen Tiefstand 2005 in den Krankenhäusern um 3 % leicht an. Rechnet man jedoch die Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente um, so ist seit 1994 das Personal insgesamt um 6 % gesunken (vgl. Tab. 6).

Dieser Personalrückgang betrifft allerdings nicht die Ärztinnen und Ärzte, deren Anzahl seit den 1990er Jahren kontinuierlich von rund 2.800 auf 4.150 Ärzte (+47 %) gestiegen ist³². Dabei ist in den letzten zehn Jahren vor allem der Anteil der Frauen an der Ärzteschaft um 7 % auf 45 % gestiegen. Absolut hat sich die Anzahl der Frauen in diesem Zeitraum um 41 % auf 1.855 erhöht und die der Männer nur um 6 % auf 2.293.³³ Mit dem Zuwachs der weiblichen Beschäftigten im ärztlichen Dienst sind die Arbeitgeber angehalten, verstärkt Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarung von Familie und Beruf zu schaffen.

Beim nicht ärztlichen Personal ist seit 1994 ein Rückgang um 2 % festzustellen. Zwar stieg die Beschäftigtenzahl im Pflegedienst um 5 %, umgerechnet in Vollzeitkräfte ist sie aber um 4 % zurückgegangen. Das sonstige nicht ärztliche Personal ist durch das Outsourcing von Funktions- und Tätigkeitsbereichen im Krankenhaus - wie beispielsweise Reinigungs- und Küchenpersonal - um 7 % gesunken. Die Zahl der Auszubildenden in den Krankenhäusern ist seit 1994 um 28 % von 2.244 auf 1.626 Auszubildende zurückgegangen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Ärzte und nicht ärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 1994 bis 2010

	1994	2000	2005	2010	Entwicklung 1994 bis 2010
Gesamt	26.830	26.342	25.685	27.642	+3 %
Gesamt (Vollzeitkraft)	25.498	24.039	22.740	24.052	-6 %
Ärzte (ohne Honorar- und Belegärzte)	2.822	3.258	3.634	4.148	+47 %
Pflegedienst	10.340	10.405	10.076	10.828	+5 %
Pflegedienst (Vollzeitkraft)	9.742	9.817	8.889	9.308	-4 %
Sonstiger nichtärztlicher Dienst	13.668	12.679	11.975	12.666	-7 %
Auszubildende	2.244	1.993	1.622	1.626	-28 %

Quelle: TLS 2011

Der nicht-ärztliche Bereich ist nach wie vor eine Domäne der Frauen: Im Pflegedienst sind 89 % aller Beschäftigten Frauen. Auch in den anderen Berufen des nicht ärztlichen Dienstes mit Ausnahme des technischen Dienstes (92 % Männer) überwiegen die Frauen. Darüber hinaus sind mit Ausnahme des technischen Dienstes über ein Drittel des nicht ärztlichen Personals in Teilzeit tätig oder geringfügig

32 Deutlich mehr Männer als Frauen arbeiteten 2009 in den Bereichen Chirurgie, innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und in der Urologie. Weibliche Domänen sind vor allem die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Kinderheilkunde, die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Strahlentherapie (Quelle: TLS).

33 TLS 2011.

beschäftigt. Unter dem klinischen Personal trifft dies sogar auf vier von fünf Personen (82 %) zu (vgl. Tab. 7). 1994 betrug die Quote an Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten in Krankenhäusern im nicht-ärztlichen Bereich nur 16 %.³⁴

Der Personalrückgang im nichtärztlichen Dienst ist mit einem Anstieg der Fallzahlen und einer Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer einhergegangen, was in den letzten Jahren zu einer erheblichen Intensivierung der Arbeit bzw. zu einem erhöhten Arbeitsaufwand³⁵ geführt hat. Während 2002 auf eine Pflegekraft 56,7 vollstationäre Fälle kamen, waren es 2010 bereits 60,1.³⁶ Dieser zunehmend schlechtere Betreuungsschlüssel führt sowohl zu einer erhöhten Unzufriedenheit der Patienten³⁷ und als auch zu steigenden Belastungen beim Personal.

Tab. 7: Nichtärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) in Thüringer Krankenhäusern 2010

	Gesamt	Männlich	Weiblich	davon Teilzeit-/ geringfügig Beschäftigte
Nichtärztliches Personal gesamt	23.494	16 %	84 %	38 %
Pflegedienst	10.828	11 %	89 %	37 %
davon Krankenschwestern/-pfleger	9.038	11 %	89 %	36 %
davon Krankenpflegehelfer	382	17 %	83 %	47 %
Medizinisch-technischer Dienst³⁸	4.543	11 %	89 %	41 %
Funktionsdienst³⁹	3.407	12 %	88 %	41 %
Klinisches Hauspersonal	336	4 %	96 %	82 %
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	1.185	38 %	62 %	47 %
Technischer Dienst	493	91 %	9 %	19 %
Verwaltungsdienst	1.857	20 %	80 %	33 %
Auszubildende	1.626	21 %	79 %	

Quelle: TLS 2011

Die KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft prognostiziert hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Krankenhäuser u. a. folgende Trends:

- Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern wird zunehmen;
- Die Zahl der Einrichtungen wird sich weiter verringern, wobei Wirtschaftlichkeit und ein gutes Qualitätsmanagement entscheidende Faktoren für die Zukunftsfähigkeit sind;
- Die Bevölkerungsentwicklung wird sich auf das künftige Leistungsspektrum der Krankenhäuser auswirken;
- Es wird zu weiteren erheblichen Kostensteigerungen im Bereich Sachkosten und Personal kommen, was die Frage nach der Entwicklung der Refinanzierung aufwirft;
- Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte werden immer wichtiger, um auch zukünftig wettbewerbsfähig zu bleiben.

Eine notwendige Effizienzsteigerung der Kliniken kann durch eine Prozessoptimierung erreicht werden, die jedoch von einer leistungsorientierten Vergütung flankiert werden muss.⁴⁰

Der Krankenhaustrend 2009 der Steria Mummert Consulting AG fasst die wichtigsten Befunde einer Onlinebefragung von 129 Fach- und Führungskräften aus den Jahren 2008/ 2009 zusammen. Für die Zukunft

³⁴ Bundesamt für Statistik 2011.

³⁵ Mit steigendem Alter der Patienten und der damit verbundenen Multimorbidität steigt der Umfang pflegerischer Leistungen pro Fall (vgl. Bartholomeyczik 2007).

³⁶ Bei den Ärzten hat sich die Zahl laut TLS etwas reduziert, während 2002 168,2 vollstationäre Fälle auf einen Arzt kamen waren es 2010 nur 144.

³⁷ Der Zeitdruck der Pflegekräfte führt dazu, dass patientennahe Tätigkeiten sowie die Kommunikation mit den Patienten abgenommen haben (vgl. Galatsch et al. 2007).

³⁸ Unter den medizinisch-technischen Dienst werden u. a. medizinisch-technische Assistenten, Apothekenpersonal, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Psychologen und Psychotherapeuten gefasst.

³⁹ Der Funktionsdienst umfasst nach Angaben des Thüringer Landesamtes für Statistik u. a. Personal im Operationsdienst, in der Anästhesie, in der Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Ambulanz, Polikliniken; Hebammen und den Krankentransportdienst.

⁴⁰ Vgl. Penter/ Arnold 2009.

sehen die Befragten vor allem Handlungsbedarf im Bereich Personalmanagement, Marketing- und Kundenbindung, Kooperationen und Fusionen mit anderen Kliniken, in einer Zunahme ambulanter Behandlungsmethoden sowie in der Schaffung medizinischer Versorgungszentren. Darüber hinaus gelten sowohl die Kosten als auch die Organisationsentwicklung als Dauerhandlungsfelder.⁴¹

1.2.1.2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen⁴²

Im Jahr 2010 gab es in Thüringen 36 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 6.099 Betten. Insgesamt ist die Zahl der Einrichtungen in den 1990er Jahren kontinuierlich gestiegen und erreichte im Jahr 2000 ihren Höhepunkt (41 Einrichtungen). Danach sind die Zahl der Einrichtungen (-12 %) und die Anzahl der Betten (-3 %) wieder etwas gesunken (vgl. Tab. 8). Es herrscht hier wie im Krankenhauswesen ein großer Wettbewerb, bei dem sich vor allem die großen Einrichtungen in den letzten Jahren durchgesetzt haben. Während 1991 nur 7 % der Einrichtungen 200 und mehr Betten hatten, waren es 2010 bereits 39 % der Einrichtungen. Gleichzeitig ist der Anteil der Einrichtungen mit maximal 99 Betten in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen (-43 %) (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Anzahl der Betten 1991 und 2010

	Einrichtungen	unter 100 Betten	100 bis 200 Betten	200 und mehr Betten	aufgestellte Betten insgesamt
1991	32	68 %	25 %	7 %	2.577
2010	36	25 %	36 %	39 %	6.099

Quelle: Statistisches Bundesamt, TLS 2011

Der Wettbewerb unter den Einrichtungen und der Zwang zur Wirtschaftlichkeit spiegelt sich auch in dem deutlich höherem Nutzungsgrad im Vergleich zu 2000 wider(+7,4 %) und der im Vergleich zu den 1990er Jahren geringeren Verweildauer der Patienten (26,3 Tage), obwohl die durchschnittliche Verweildauer in Tagen seit 2000 wieder leicht gestiegen ist, was mit der Art der Behandlungen zusammenhängt. Insgesamt wurden 2010 66.055 Patienten behandelt (3 % weniger als 2000) (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Merkmalen 1991 bis 2010

	1991	2000	2010	Entwicklung 2000 - 2010
Anzahl der Einrichtungen	32	41	36	-12 %
Anzahl der aufgestellten Betten	2.577	6.809	6.099	-10 %
Anzahl der Betten je 100.000 EW	99,0	279,0	272,1	-2 %
Fallzahlen	19.943	68.051	66.055	-3 %
Pflegetage	648.207	1.761.039	1.738.595	-1 %
Ø Verweildauer in Tagen	32,5	25,9	26,3	+2 %
Nutzungsgrad	68,9	70,7	78,1	+7,4

Quelle: Bundesamt für Statistik, TLS 2011

Im Jahr 2010 gab es in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 272,1 Betten pro 100.000 Einwohner. Seit den 1990er Jahren hat sich die Zahl der Betten pro 100.000 Einwohner fast verdreifacht und seit 2000 nur geringfügig verringert (vgl. Tab. 9). Insgesamt sieht die KVT die Versorgung mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kurz- und mittelfristig als gesichert an.

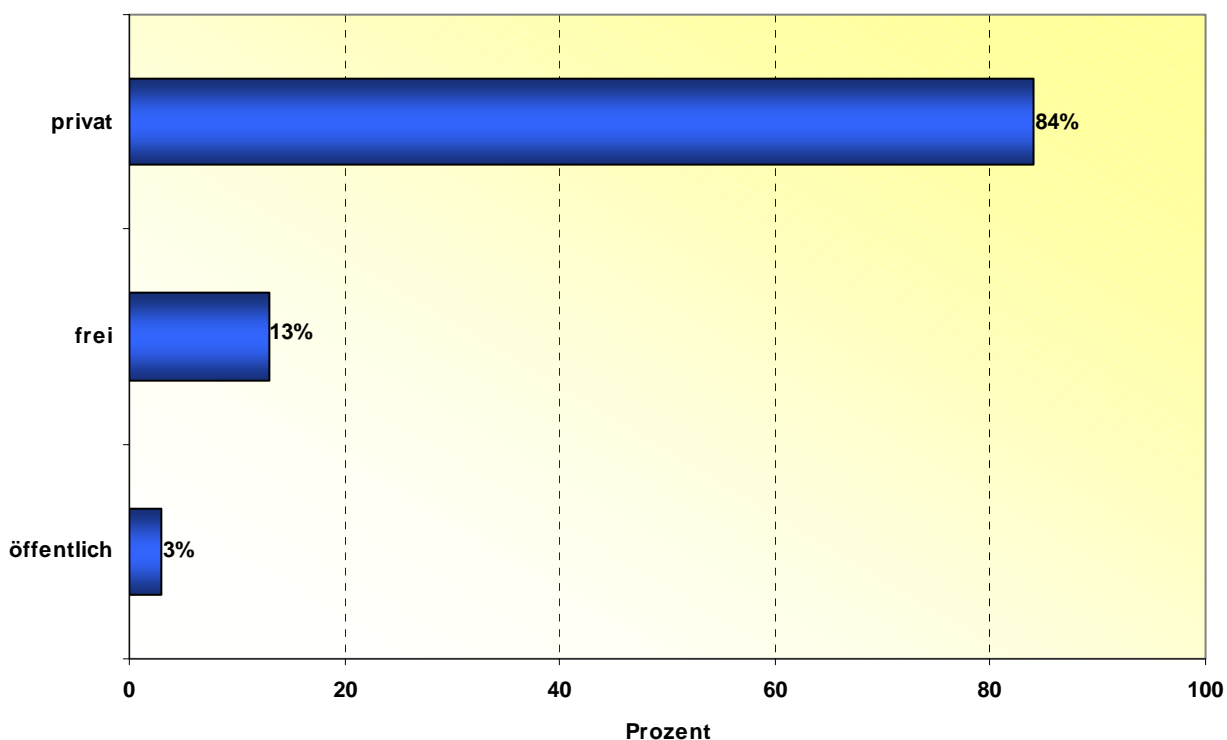
⁴¹ Vgl. Dreyer 2009.

⁴² Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, welche im folgenden Kapitel erfasst werden, sind Einrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V).

Die Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation befinden sich mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Weimar in den Thüringer Landkreisen⁴³. Allein sieben Einrichtungen (26 % der Betten) befinden sich im Wartburgkreis, jeweils vier Einrichtungen im Weimarer Land und Hildburghausen sowie jeweils drei Einrichtungen in den Landkreisen Eichsfeld, Saalfeld-Rudolstadt und Saale-Holzland-Kreis. Häufig sind natürliche Ressourcen (Mineralquellen und Gase) und historisch gewachsene Strukturen Grund für die Ansiedelung von Rehabilitationseinrichtungen.

Laut Statistischem Bundesamt befinden sich 72 % der Einrichtungen in privater Trägerschaft, 25 % in freigemeinnütziger Trägerschaft und 3 % bzw. eine Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft. In Hinblick auf die Verteilung der Betten nach Trägern wird die Dominanz der Privaten sogar noch deutlicher. So verfügen die privaten Einrichtungen über 84 % der aufgestellten Betten und die Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft über 13 % der Betten (vgl. Abb. 10). „Die Dominanz der privaten Träger basiert zunächst auf deren Ausstattung mit erforderlichem Kapital, um weiterhin für eine entsprechende Logistik innerhalb der Einrichtungen sorgen zu können. Darüber hinaus ist ein gesondertes know how gefragt, um in diesem Feld bestehen zu können“, so der Tenor eines Gesprächs mit einem Vertreter der KVT im Rahmen der Erhebung der FSU für den Sozialwirtschaftsbericht Thüringen.

Abb. 10: Betten nach Träger 2009, n=6.076



Quelle: Bundesamt für Statistik

Die mit Abstand meisten Patienten (39 %) wurden 2009 laut TLS orthopädisch behandelt. Mehr als jeder vierte Patient (28 %) konnte der Abteilung Innere Medizin zugeordnet werden und jeder zehnte Fall wurde in der neurologischen Fachabteilung (11 %) behandelt.

Ende 2010 waren 3.327 Männer und Frauen in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt: Davon waren 296 als Ärzte (Frauenanteil 52 %) und 3.031 Personen im nichtärztlichen Dienst tätig. Insgesamt ist das Personal seit 2000 um 7 % zurückgegangen, wobei dieser Rückgang nur im nichtärztlichen Bereich zu

⁴³ Nur in den Landkreisen Greiz, Schmalkalden-Meiningen, Ilm-Kreis, Altenburger Land und Sömmerda befinden sich keine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

verzeichnen war und dort vor allem in den Bereichen Pflegedienst und sonstiger nicht ärztlicher Dienst. Im Jahr 2010 waren 117 Auszubildende in den Einrichtungen tätig. Ihre Zahl hat sich seit 2000 (89 Auszubildende) um 31 % erhöht hat (vgl. Tab. 10).

Wie im Krankenhauswesen ist das nicht ärztliche Personal in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen überwiegend weiblich und auch der Anteil der Beschäftigten, die geringfügig bzw. teilzeitbeschäftigt sind, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Während im Jahr 2000 23 % des nichtärztlichen Personals teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt waren, waren es 2010 bereits 36 %. Auch hier ist im Bereich klinisches Hauspersonal der Anteil an Teilzeitbeschäftigten und geringfügig Beschäftigten mit 71 % am höchsten. Im Pflegedienst liegt der Anteil zwar mit 29 % unter dem Durchschnitt. Trotz allem ist er auch seit 2000 um 12 % gestiegen.⁴⁴

Die Belastungszahl des Pflegedienstes nach stationären Fällen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen betrug laut TLS 2002 88,7 Fälle pro Person und ist im Jahr 2010 auf 94,4 Fälle gestiegen. Dies lässt darauf schließen, dass im Pflegedienst (wie auch im Krankenhausbereich) die Beschäftigungsbedingungen prekärer geworden und die Arbeitsbelastungen (erhöhte Fallzahlen pro Person) gestiegen sind.

Tab. 10: Ärzte und nichtärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 2000 bis 2010

	2000	2010	Entwicklung 2000 bis 2010
Gesamt	3.565	3.327	-7 %
Ärzte (ohne Honorar- und Belegärzte)	298	296	-1 %
Nichtärztliches Personal	3.267	3.031	-7 %
Pflegedienst	823	752	-9 %
Medizinischer Dienst	925	957	+3 %
Funktionsdienst	189	224	+19 %
sonstiger nichtärztlicher Dienst	1.330	1.098	-17 %
Auszubildende	89	117	+31 %

Quelle: TLS 2011

1.2.1.3 Vertragsärztliche Versorgung

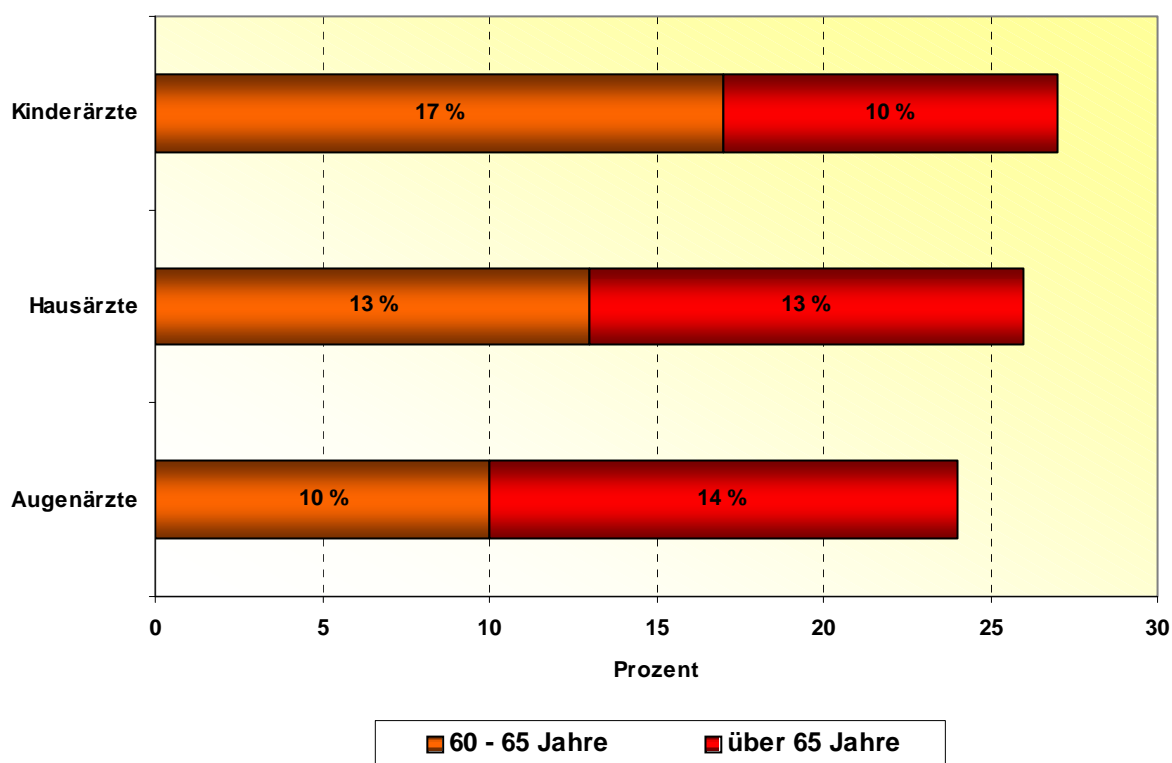
Tab. 11: In der Versorgungsgradfeststellung berücksichtigte Vertragsärzte sowie angestellte Ärzte, entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges dargestellt nach Vollbeschäftigungseinheiten (VbE) nach Fachgebieten 2004 und 2010

	2004	2010
Ärzte gesamt	3.111,6	3.055,3
davon:		
Hausärzte	1.585,5	1.489,75
Chirurgie	110	118,5
Innere Medizin	199	217,5
Frauenheilkunde- und Geburtshilfe	263	264,25
HNO-Heilkunde	111	106,5
Haut- und Geschlechtskrankheiten	94,5	91,5
Kinder- und Jugendmedizin	182,5	166
Orthopädie	128	134,5
Radiologie	65,5	71,5
Augenheilkunde	157	149,5
Urologie	70	71,5

Quelle: KVT

Die Statistik der KVT geht für das Jahr 2011 von 3.538 Ärzten (einschließlich der Ärzte in medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzte ohne Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs) aus. Von diesen sind 41 % älter als 54 Jahre bzw. 12 % 65 Jahre und älter. Diese Entwicklung trifft insbesondere die Bereiche der Kinderärzte, Hausärzte und Augenärzte. Hier liegt der Anteil der über 60-Jährigen bei mehr als 24 %. Der Anteil der über 65-Jährigen liegt bei allen drei Fachbereichen deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt. In Thüringen sind 14 % der Augenärzte über 65 Jahre alt, bundesweit betrifft dies nur 5 %, in den anderen neuen Bundesländern bei unter 10 %. Bei den Hausärzten liegt der bundesweite Anteil der über 65-Jährigen bei 7 %, in Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg bei 12 % bis 13 %. Bei den Kinderärzten ist der Anteil der über 65-Jährigen Ärzte (10 %) nur noch in Sachsen und Sachsen-Anhalt höher (vgl. Abb. 11).

Abb. 11: Altersstruktur der Vertragsärzte am 31.12.2009



* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte
Quelle: Bundesarztregister zum 31.12.2009 (Klose/Rehbein 2011)

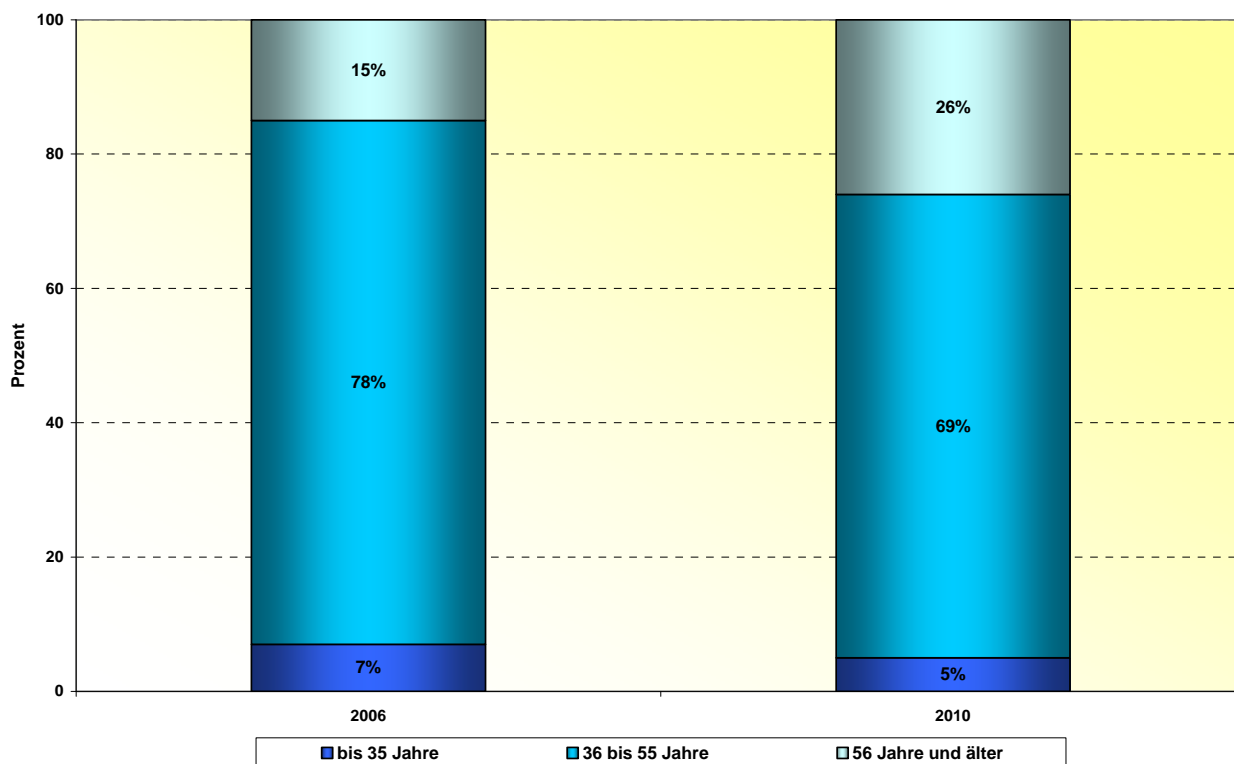
1.2.1.4 Zahnärzte

In Thüringen waren im Jahr 2010 über 2.074 Zahnärzte tätig, davon waren 55 % Frauen. Die Zahl der Zahnärzte im Freistaat hat sich seit den 1990er Jahren nur leicht verringert (-2,6 %). So gab es 1996 mit 2.129 Zahnärzten einen Höchststand. Nach dem Tiefstand im Jahr 2009 (2.027 Zahnärzte) wuchs die Zahl laut TLS an Zahnärzten wieder auf 2.074 an.

Insgesamt hat sich die Versorgung (gemessen an der Zahl der Einwohner je Zahnarzt) in Folge des Rückgangs der Thüringer Bevölkerung von 1.170 Einwohner je Zahnarzt (1996) auf 1.078 Einwohner je Zahnarzt (2010) leicht erhöht. Der höchste Versorgungsgrad liegt für die Stadt Jena vor. Dort entfallen 637 Einwohner auf einen Zahnarzt. Am niedrigsten ist die Versorgung im Landkreis Hildburghausen. Dort entfallen 1.457 Einwohner auf einen Zahnarzt. Generell ist die Versorgungslage in allen kreisfreien Städten überdurchschnittlich hoch (vgl. Tab. 12).

Analog zu den niedergelassenen Ärzten, wenn auch noch nicht in entsprechender Dimension, ist eine Altersverschiebung der praktizierenden Zahnärzte im Zeitraum von 2006 bis 2010 feststellbar. Seit 2006 hat sich der Anteil der Zahnärzte, die über 55 Jahre alt sind, von 15 % auf 26 % erhöht. Entsprechend ist der Anteil der Zahnärzte der Altersgruppe 35 bis 55 Jahre um 9 % bzw. der Anteil der Zahnärzte unter 35 Jahre um 2 % gesunken (vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Altersstruktur der niedergelassenen Vertragszahnärzte 2006 und 2010



Quelle: eigene Berechnungen, KZV

Laut Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZV) Thüringen hat der Versorgungsgrad bei den Zahnärzten bislang noch keine kritische Dimension erreicht.

Tab. 12: Einwohner je Zahnarzt, Stand 31.12.2010

	Anzahl der Zahnärzte	Einwohner je Zahnarzt
Thüringen	2.074	1.078
Stadt Jena	165	637
Stadt Suhl	50	776
Stadt Erfurt	248	827
Stadt Weimar	75	873
Stadt Gera	99	1.003
Stadt Eisenach	41	1.043
Gotha	130	1.062
Sonneberg	55	1.090
Schmalkalden-Meiningen	114	1.140
Unstrut-Hainich-Kreis	94	1.157
Kyffhäuserkreis	70	1.164
Saalfeld-Rudolstadt	100	1.168
Ilm-Kreis	96	1.170
Nordhausen	76	1.184
Greiz	90	1.195
Altenburger Land	80	1.235
Eichsfeld	84	1.252
Saale-Orla-Kreis	70	1.254
Wartburgkreis	103	1.268
Saale-Holzland-Kreis	68	1.277
Weimarer Land	65	1.303
Sömmerda	55	1.325
Hildburghausen	46	1.457

Quelle: TLS

1.2.1.5 Apotheken

Im Bereich des Apothekenwesens wird zwischen öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken⁴⁵ (nichtöffentliche Apotheken) unterschieden. Die öffentlichen Apotheken differenzieren sich in Einzelapotheken, Hauptapotheken, Zweigapotheken und Filialapotheken. Eine Betriebserlaubnis kann ein Apotheker für bis zu vier Apotheken erhalten. Einzel-, Haupt- oder Filialapotheken sind hinsichtlich ihrer Ausstattung und Leistungsfähigkeit per Gesetz gleich. Bei einem Filialverbund tritt eine Apotheke als Hauptapotheke in Erscheinung. Dies ist eine Vorgabe des Gesetzgebers zur Bindung des Apothekenleiters an eine bestimmte Apotheke des Verbundes. Zweigapotheken sind gesondert zu betrachten. Hier hat der Gesetzgeber klare Vorgaben für die Erlaubniserteilung⁴⁶ mit Versorgungsnotstand und die reduzierten Anforderungen an die räumliche Ausstattung bei Verwaltung der Zweigapotheke vorgegeben. Eine Apotheke versorgt durchschnittlich circa 4.000 Einwohner in Thüringen.⁴⁷ Seit 1991 ist nach Angaben der Landesapothekerkammer Thüringen die Zahl der öffentlichen Apotheken von 347 auf aktuell 583 gestiegen (+68 %), wobei bis 2000 (541 öffentliche Apotheken) das stärkste Wachstum zu verzeichnen war.

Für das Apothekenwesen traten 2004 einige gesetzliche Änderungen in Kraft: So können seit dem 1. Januar 2004 in Deutschland Apothekeninhaber neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei weitere öffentliche Apotheken (sogenannte Filialapotheken) betreiben. Darüber hinaus ist seit 2004 der Arzneimittelversandhandel in Deutschland auf eine rechtliche Grundlage gestellt worden, die es Apotheken ermöglicht, auch apothekenpflichtige und verschreibungspflichtige Medikamente bundesweit zu versenden. Gleichzeitig entfiel die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Diese gesetzlichen Änderungen hatten in den kommenden Jahren einen starken Einfluss auf die Struktur des Apothekenwesens in Thüringen. So hat sich 2005 die Zahl der Einzelapotheken um 19 % verringert. Von den neun Zweigapotheken, die es 2005 gab, gibt es seit 2008 keine mehr. Dagegen hat sich seit 2005 jene der Hauptapotheken mehr als verdoppelt und die der Filialapotheken verdreifacht. Die Zahl der an nicht öffentlichen Apotheken belief sich 2010 auf 19 Einrichtungen (vgl. Tab. 13).

Tab. 13: Anzahl der Apotheken in Thüringen im Zeitverlauf 2005 und 2010

	2005	2010	Entwicklung 2005 bis 2010
Einzelapotheken	467	380	-19 %
Hauptapotheken	43	89	+107 %
Zweigapotheken	9	0	-100 %
Filialapotheken	41	114	+178 %
Öffentliche Apotheken insgesamt	560	583	+4 %
Apotheken mit Versanderlaubnis	31	143	+361 %
Nichtöffentliche Apotheken	20	19	-5 %

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen 2010

Zu vermuten ist, dass mit den gesetzlichen Änderungen eine Strukturänderung eingetreten ist, bei der aus Einzelapotheken Haupt- oder Filialapotheken wurden.

Im Jahr 2010 arbeiteten 4.232 Beschäftigte in Apotheken bzw. waren als Apotheker tätig. Der Hauptteil der Beschäftigten (91 %) war in den öffentlichen Apotheken tätig, 6 % der Beschäftigten in Krankenhausapotheken und 3 % im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung. Die Beschäftigtenzahl ist in allen drei Bereichen seit 2006 gestiegen, wobei im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung das stärkste Wachstum zu verzeichnen war (vgl. Tab. 14).

45 Darüber hinaus besteht für Krankenhäuser die Pflicht, wenn sie keine eigene Erlaubnis zum Betrieb einer Krankenhausapotheke haben, dass sie sich per Versorgungsvertrag von einer anderen Apotheke beliefern lassen müssen.

46 Vgl. § 16 ApoG i. V. m. § 4 Abs. 3 ApBetrO.

47 Landesapothekerkammer Thüringen (2010): Thüringer Apotheken. Die Gesundheitspezialisten: 7.

Tab. 14: Personal in Apotheken/Apotheker 2006 und 2010⁴⁸

	2006	2010	Entwicklung 2006 bis 2010
Öffentliche Apotheken	3.572	3.856	+8 %
Krankenhausapotheken	201	245	+22 %
Wissenschaft, Industrie, Verwaltung	82	131	+60 %
gesamt	3.855	4.232	+10 %

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen 2010

In den öffentlichen Thüringer Apotheken waren am 31.12.2010 3.856 Personen beschäftigt (Frauenanteil 92 %⁴⁹), von denen 25 % Apotheker, 38 % pharmazeutisch-technische Assistenten, 23 % Pharmazieingenieure und 12 % pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) und Apothekenfacharbeiter waren (vgl. Tab. 15).

Insgesamt ist das Personal im Zeitraum von 2006 bis 2010 um 8 % gestiegen. Besonders starke Anstiege verzeichneten die pharmazeutisch-technischen Assistenten (+42 %) und die approbierten Mitarbeiter (+28 %). Da über 90 % der Apotheker Frauen sind, ist zu vermuten, dass der Personalzuwachs vorrangig Teilzeitstellen betrifft. Für diese Ableitung liegen aber keine Daten vor. Dagegen hat sich die Zahl der Apothekenleiter (-6 %) und Pharmazieingenieure (-8 %) seit 2006 verringert. Pharmazieingenieure werden seit der Deutschen Einheit nicht mehr ausgebildet. Gemäß Einigungsvertrag wurden ihnen jedoch im Apothekenrecht Vertretungsbefugnisse für den Apothekenleiter eingeräumt. Mit dem altersbedingten Ausscheiden der Pharmazieingenieure müssen Apothekenleiter nunmehr Apotheker einstellen, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen. (vgl. Tab. 15).

Tab. 15: Beschäftigtengruppen in öffentlichen Apotheken 2006 bis 2010

	2006	2010	Entwicklung 2006 bis 2010
Apothekenleiter	512	479	-6 %
Approbierte Mitarbeiter	372	477	+28 %
Pharmazieingenieure	952	876	-8 %
Pharmazeutisch-technischen Assistenten (PTA)	1.032	1.462	+42 %
Apothekenhelfer/ -facharbeiter/ PKA	520	471	-9 %

Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen 2011

1.2.2 Die Life Sciences

Die Life Sciences (Biotechnologie und Medizintechnik) gehören in Thüringen mit zu den wichtigsten wirtschaftlichen Wachstumsfeldern. Laut „Trendatlas Thüringen 2020“ ist die Thüringer Biotechnologie 2020 in Märkten für Bioinstrumente sowie bei Sepsisdiagnostika und –therapeutika weltweit präsent. In der Medizintechnik soll Thüringen bis 2020 bei den optotechnischen Produkten und der Prothetik zur Weltspitze gehören, wobei ihr Wachstum stark vom Export getrieben ist.

In Thüringen waren 2010 nach Angaben des Thüringer Medizinnetzwerks „medways“ etwa 250 Unternehmen inklusive Zulieferer in der Medizintechnikbranche aktiv. Thüringer Gesundheitsprodukte sind in der ganzen Welt gefragt. Die Exportquote in der Branche ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und betrug 2009 50 %.⁵⁰ Auch haben sich in Thüringen auf verschiedenen Gebieten der Gesundheitswirtschaft Netzwerke und Cluster herausgebildet. Zu nennen sind insbesondere das Thüringer Medizintechnik-/Biotech-Cluster mit seinem Netzwerk „medways“ sowie das "Innovationsnetz Gesundheit Saale-Ilm-Elster e.V." (inge). Darüber hinaus gibt es noch Kompetenzzentren, fachliche Netzwerke und Verbände wie „Septomics - Fighting Sepsis, Saving Lives“ (Zentrum für Innovationskompetenz), „Diagnostische Tools und Systeme für miniaturisierte

48 Insgesamt waren 2010 1.139 Apotheker (Apothekenleiter und approbierte Mitarbeiter) in Thüringen tätig. Davon waren 84 % in öffentlichen Apotheken, 6 % in Krankenhausapotheken und jeder zehnte im Bereich Wissenschaft, Industrie und Verwaltung beschäftigt (Quelle: Landesapothekerkammer Thüringen).

49 Landesapothekerkammer Thüringen (2010): Thüringer Apotheken. Die Gesundheitsspezialisten: 13.

50 Vgl. IHK 2009: 7.

und sehr schnelle Point-Of-Care-Diagnostik“ oder BASIS "Bioanalytik und Oberflächen zur Integration in Systemen".

1.2.3 Der zweite Gesundheitsmarkt

Auch im „zweiten Gesundheitsmarkt“ ist Thüringen gut aufgestellt: Der Freistaat verfügt über insgesamt 19 traditionsreiche Heilbäder und Kurorte, auf die laut TLS ca. 30 % der jährlichen Übernachtungen in Thüringen entfallen. Diese weisen mit ihren Sole- und Thermalquellen, Moorkommen und dem Reizklima hervorragende Bedingungen auf. Das Angebot der Kurorte beinhaltet ein weites Spektrum von der klassischen medizinisch-therapeutischen Versorgung über die ganzheitliche Entspannung und Wellness bis hin zur attraktiven Freizeitgestaltung. Mit ihren neuen Angeboten haben sich die Thüringer Kurorte in den letzten Jahren von ursprünglich monostrukturierten Standorten zu modernen Zentren der Prävention entwickelt. Dabei spielt das Thema „Wellness“ eine zunehmend wichtige Rolle. Über 20 hochwertige Wellness-Hotels bieten den Gästen ihre Produkte und Dienstleistungen an.

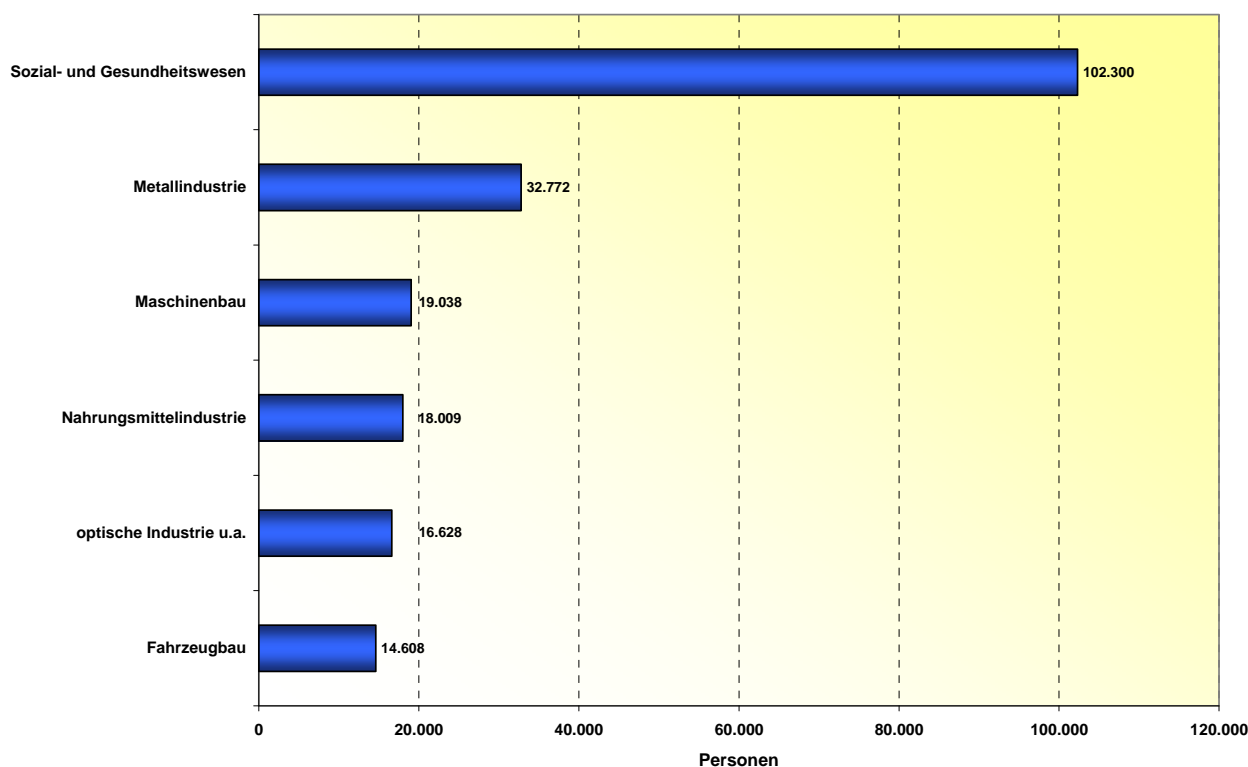
2 Die beschäftigungspolitische Bedeutung und die Treiber der Entwicklung

2.1 Die beschäftigungspolitische Bedeutung

Im Jahr 2010 waren laut BfA insgesamt mehr als 100.000 SV-Beschäftigte in dem Gesundheitswesen⁵¹ und der Sozialwirtschaft Thüringens tätig.⁵² Die Zahl der SV-Beschäftigten der Branche entspricht in etwa den fünf größten Wirtschaftsbranchen des Produzierenden Gewerbes (Metallindustrie, Maschinenbau, Nahrungsmittelindustrie, Optische Industrie und Fahrzeugbau) (vgl. Abb. 13). Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft gehört damit mit zu den größten Arbeitgebern in Thüringen.

Unter den zehn größten Thüringer Unternehmen gemessen an den Mitarbeitern, die an den Thüringer Standorten der Firmen beschäftigt waren⁵³, befinden sich 2011 zwei Kliniken: die Helios-Kliniken GmbH (Platz 6) mit 3.950 Beschäftigten an vier Standorten und die Rhön-Klinikum AG (Platz 8) mit 3.450 Beschäftigten an vier Standorten⁵⁴.

Abb. 13: SV-Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen und in den fünf größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes in Thüringen (2010)



*WZ steht für Wirtschaftszweigklassifikation
Quelle: BfA, Eigene Berechnung

Somit waren im Freistaat Thüringen, dessen Wirtschaftsstruktur in einem hohen Maße dem der alten Bundesländer entspricht (64 % SV-Beschäftigte im Dienstleistungssektor, 36 % SV-Beschäftigte im produzierenden Gewerbe u. a.), mittlerweile 14 % der SV-Beschäftigten innerhalb der Sozialwirtschaft und dem Gesundheitswesen tätig bzw. jeder siebte SV-Beschäftigte in Thüringen.

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist in den branchentypischen Sozial- und Gesundheitsdienstberufen zwischen 2001 und 2010 deutlich angewachsen, wohingegen die Zahl der SV-

51 In der Statistik des TLS wird bisher nur das Gesundheitswesen, d. h. der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft erfasst.

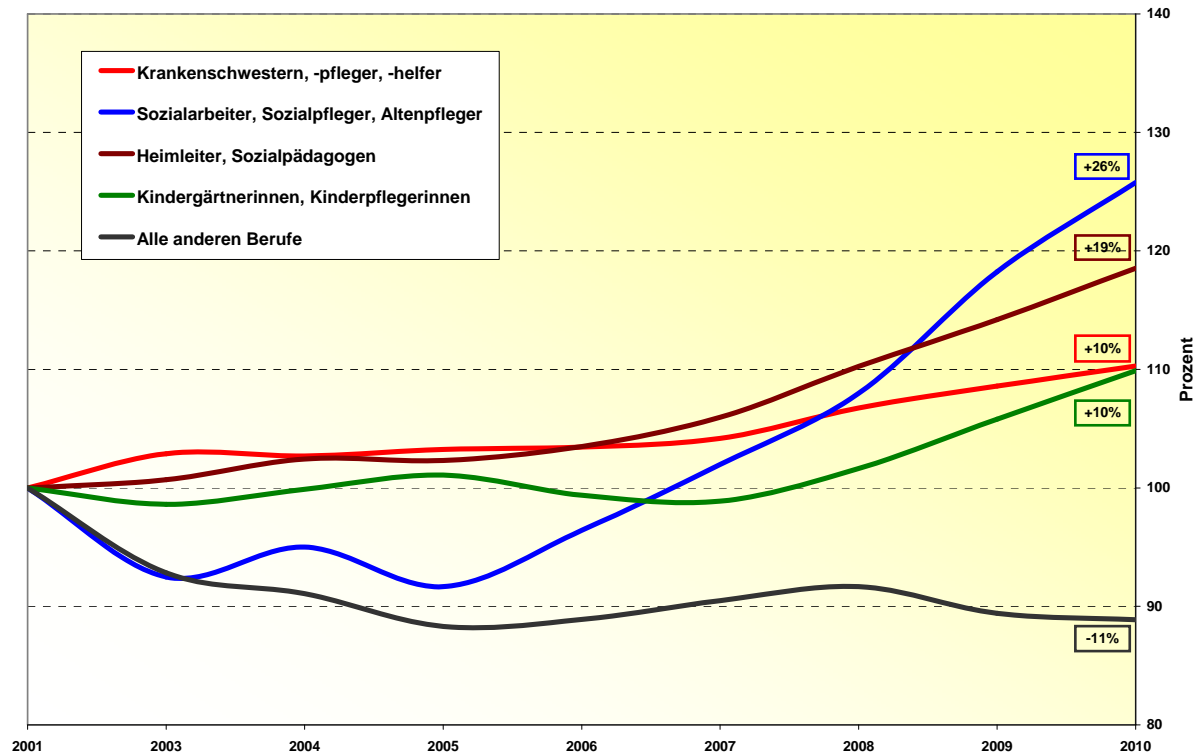
52 In der Sozialwirtschaft waren 2010 rund 58.000 Personen, in der Gesundheitswirtschaft (ohne Pflegebereich) rund 108.000 Personen tätig.

53 Gemeinnützige Organisationen und öffentliche Einrichtungen wurden im Ranking nicht berücksichtigt.

54 Vgl. Helaba 2011: 12.

Beschäftigten in allen anderen Berufen im gleichen Zeitraum um 11 % zurückgegangen ist. Die Zahl an Sozialarbeitern, Sozialpflegern und Altenpflegern ist mit 26 % am deutlichsten gestiegen (vgl. Abb. 14).

Abb. 14: Entwicklung der SV-Beschäftigten nach Berufsordnungen



Quelle: BfA, FSU Jena 2011

Insgesamt ist die Zahl der SV-Beschäftigten in der Branche nach Angaben der BfA zwischen 2001 und 2010 um 19 % gestiegen, wobei die Beschäftigung in der Sozialwirtschaft um 32 % und im Gesundheitswesen um 10 %⁵⁵ gestiegen ist und in den restlichen Branchen um insgesamt 9 % gesunken.

Die wachsende beschäftigungspolitische Bedeutung der Branche resultiert jedoch nicht nur aus der steigenden Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse. Es handelt sich darüber hinaus um einen:

- *Konjunkturunabhängigen Beschäftigungssektor*

Im Gegensatz zum exportgetriebenen verarbeitenden Gewerbe hängt die Nachfrageentwicklung in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft nur geringfügig von der (globalen) Konjunkturentwicklung ab. Auch in der Wirtschaftskrise (2008 bis 2009) ist die Zahl der SV-Beschäftigten gewachsen (vgl. Abb. 14).

- *Zukunftsorientierten Beschäftigungssektor*

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird es zukünftig eine stark steigende Nachfrage nach Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen geben. Zukunftsorientiert ist die Branche auch insofern, als dass es sich um arbeitsintensive, personennahe Dienstleistungen handelt, bei denen die menschliche Arbeitskraft nur begrenzt durch Wissen oder Kapital substituiert werden kann. Damit trägt die Gesundheits- und Sozialwirtschaft insbesondere zur Stabilisierung der Beschäftigung von qualifizierten Frauen bei, deren Anteil an allen Beschäftigten in den befragten Einrichtungen über 80 % beträgt.

⁵⁵ Im Zeitraum von 2003 bis 2005 ist die Beschäftigung im Gesundheitswesen zwar leicht gesunken von 51.755 auf 50.973 SV-Beschäftigte im Zuge des Personalabbaus in den Krankenhäusern, hat dann aber wieder kräftig angezogen und sich gerade in der Finanz- und Wirtschaftskrise (2008/2009) als stabiler Wirtschaftszweig gezeigt.

- Ein Beschäftigungssektor, der auch am Arbeitsmarkt benachteiligte Gruppen integriert

Die Branche bietet überdurchschnittlich viele Beschäftigungsoptionen für am Arbeitsmarkt benachteiligte Gruppen, zu denen Menschen mit Behinderung, Geringqualifizierte, ältere Menschen und Langzeitarbeitslose gezählt werden. So sind in Thüringen 10.000 Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderung tätig.⁵⁶

- Beschäftigungssektor in ländlichen und strukturschwachen Regionen

Die Sozial- und Gesundheitswirtschaft schafft Arbeitsplätze und tätigt Investitionen an Standorten, an denen andere Branchen kaum noch investieren. Die Branche ist ein wichtiger regionaler Arbeitgeber⁵⁷ und trägt zum Erhalt von Lebensqualität in ländlichen, strukturschwachen Regionen bei (vgl. Kap. 3.3).

2.2 Treiber der Entwicklung

Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt, wobei hierfür im Wesentlichen vier Treiber verantwortlich sind: die demografische Entwicklung, der medizinisch-technologische Fortschritt, ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und eine Zunahme komplexer individueller Hilfebedarfe.

2.2.1 Die demografische Entwicklung

Die Bevölkerung in Thüringen geht seit den 1990er Jahren stetig zurück. Lebten 1990 noch 2,61 Mio. Menschen im Freistaat, so waren es 2010 nur noch 2,24 Mio. Einwohner. Laut der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (12. kBV) wird im Jahr 2022 die Grenze von 2 Mio. Einwohnern unterschritten. Der Rückgang der Bevölkerung ist auf die rückläufige Geburtenrate nach der Wiedervereinigung und einen entsprechenden Sterbeüberschuss sowie auf einen negativen Wanderungssaldo zurückzuführen (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Entwicklung der Bevölkerung in Thüringen 1990 bis 2010

	Bevölkerungsabnahme gesamt	Sterbeüberschuss	Abwanderungs- überschuss	Bevölkerung gesamt	Einwohner je km ²
1990	72.091	4.649	67.442	2.611.319	161
2000	17.827	8.504	9.973	2.431.255	150
2005	20.705	8.982	11.820	2.334.575	144
2010	14.857	9.174	5.741	2.235.025	138

Quelle: TLS 2011

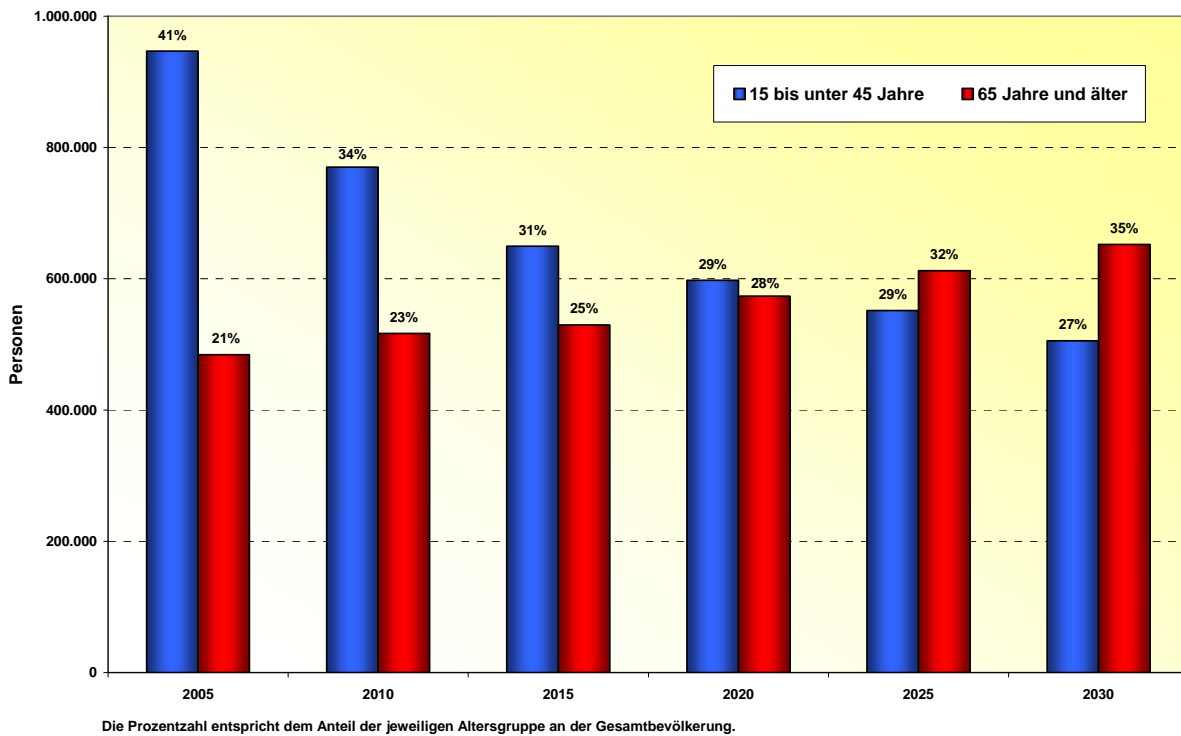
Aufgrund der rückläufigen Geburtenrate bei einer gleichzeitig steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und einem negativen Wanderungssaldo nimmt der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil jüngerer sukzessive zu (vgl. Abb. 15). Hinzu kommt, dass durch die Geburtenausfälle nach der Wende sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Thüringen wie in allen übrigen neuen Ländern besonders stark verschoben hat.⁵⁸

⁵⁶ Vgl. TMSFG: Sozialstrukturatlas 2011.

⁵⁷ Insgesamt 93 % der 2011 befragten Geschäftsführer sozialer Einrichtungen gaben an, dass ihre Einrichtung ein wichtiger regionaler Arbeitgeber ist (FSU 2011).

⁵⁸ Detaillierte Betrachtungen zur Bevölkerungsentwicklung in Thüringen ab 1990 sowie zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bis 2030 gemäß 12. kBV siehe Teil 1 des Demografieberichts.

Abb. 15: Entwicklung der Thüringer Bevölkerung (2005 bis 2030), Altersgruppen 15 bis unter 45 Jahre und 65 Jahre und älter im Vergleich

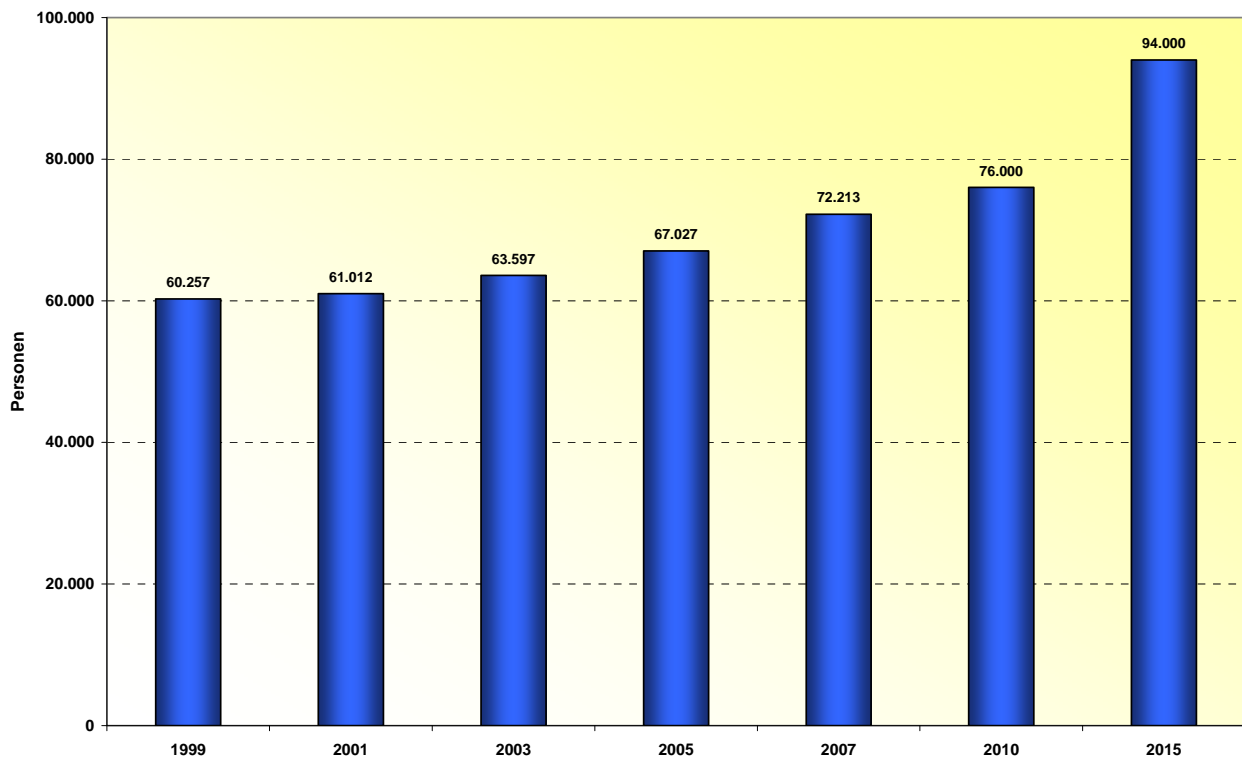


Quelle: TLS (12. kBV)⁵⁹

In Folge der Alterung der Bevölkerung ist zwischen 1999 und 2010 die Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen von 60.000 auf 76.000 angestiegen und wird sich bis 2015 bei gleichbleibender Pflegequote auf geschätzte 94.000 erhöhen (vgl. Abb. 16).

⁵⁹ Es wurde der Zeitraum ab 2005 gewählt, da gerade im Zeitraum zwischen 2005 und 2010 der starke Geburtenknick Anfang der neunziger Jahre und die starke Abwanderung gerade der Altersgruppe 15-45 Jahre zum Tragen kommt. Allein in diesem Zeitraum ist die Altersgruppe 15 bis 45 Jahre um rund 150.000 Personen geschrumpft.

Abb. 16: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland (2008). Die Zahlen für 2010 und 2015 basieren auf Hochrechnungen aus dem Jahr 2008

In Folge des Anstiegs des Anteils älterer Menschen nehmen vor allem chronische Krankheiten und Multimorbidität bzw. Mehrfacherkrankungen zu, welche einer aufwendigeren Behandlung bedürfen. Häufig ist sogar eine medizinische Behandlung bis ans Lebensende erforderlich. Die Erhaltung der Gesundheit im Alter stellt somit eine besondere gesellschaftliche Herausforderung dar.⁶⁰

In der Folge der demografischen Entwicklungen ergeben sich mit Blick auf den künftigen Fachkräftebedarf in Thüringen zwei besondere Herausforderungen. Einerseits expandieren absehbar wesentliche Fachbereiche in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, insbesondere die Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen, verbunden mit einem Bedarf an zusätzlichen Fachkräften. Andererseits sind Belegschaften aufgrund der betrieblichen Umstrukturierungen zu Beginn der 1990er Jahre zunehmend überaltert und der Fachkräftenachwuchs reduziert sich aufgrund der relativ niedrigen Geburtenrate in der Nachwendezeit erheblich.

2.2.2 Der medizinisch-technologische Fortschritt

Im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte gab es bedeutende Fortschritte in der medizinischen Versorgung. Pharmazeutischen Unternehmen und Herstellern von Medizinprodukten ist es gelungen, neue Behandlungsmöglichkeiten für weltweit häufige Krankheiten und Todesursachen zu entwickeln. Diese Innovationen führten zu einem erhöhten Produktionsvolumen und zu steigenden Absätzen auf dem Gesundheitsmarkt. Auch die Biotechnologie (Biochips, Biosensortechnik etc.) wird zukünftig entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und einen wichtigen Beitrag zu medizinischen Durchbrüchen leisten. Jedoch führen diese Innovation auch häufig zu erhöhten Kosten.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Robert Koch-Institut et al. 2006; Offermanns 2007; Dahlbeck et al. 2006.

⁶¹ Vgl. Prognos/IKB 2007, S. 7.

2.2.3 Bereitschaft zu Gesundheitsausgaben steigt

Das Thema Gesundheit nimmt in der Bevölkerung einen zunehmend höheren Stellenwert ein. Dies spiegelt sich deutlich im Anstieg der privaten Ausgaben für Gesundheit. Immer mehr Bürger geben Geld für Mitgliedschaften in Sportstudios, für Wellness-Angebote sowie für den Gesundheitstourismus aus. Vor allem ältere Menschen (die Generation 50plus) sind bemüht, solange wie möglich körperlich und geistig fit zu bleiben und damit eine wichtige Zielgruppe für den Bereich Gesundheitstourismus.⁶²

In diesem Kontext wächst auch die Nachfrage nach gesunden Lebensmitteln wie ökologisch und nachhaltig hergestellten Bio- und Ökoprodukten sowie Lebensmitteln mit einem gesundheitlichen Zusatznutzen, dem so genannten „Functional Food“. Weiterhin steigt die Nachfrage nach regionalen Produkten.⁶³ Da das Ernährungsgewerbe mit über 18.000 Beschäftigten zu den fünf größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes Thüringens zählt, liegen hier zukünftig durch die Verknüpfung von Gesundheit und Ernährung große Innovations- und Wachstumspotenziale.

2.2.4 Zunahme multipler Problemlagen

Eine älter werdende Bevölkerung, die Gefahr von (Alters-)Armut, soziale Segregation, Individualisierung der Hilfsangebote stellen vielfältige Anforderungen an die Anbieter sozialer Dienstleistungen. Ältere und alte Menschen bedürfen meist einer intensiveren medizinischen Betreuung, wodurch betreuungs- und behandlungsintensive Dienstleistungen zunehmen werden. Gleichzeitig wird die Mobilität der Patienten abnehmen. Dies bedingt einen steigenden Bedarf z. B. in den Bereichen der Geriatrie, der Palliativmedizin oder der Onkologie.

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe steht der insgesamt rückläufigen Zahl der Kinder und Jugendlichen eine Zunahme komplexer Hilfebedarfe und sogenannter Multiproblemfällen entgegen. Ein von der Thüringer Landesregierung in Auftrag gegebenes Gutachten zu Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2020 kommt zu dem Schluss, dass der Faktor Demografie nur ein Bedarfsfaktor unter mehreren ist und sich „der Trend einer Ausweitung von familienunterstützenden und -ergänzenden Hilfen aufgrund der Verdichtung der Problemlagen von Familien weiter fortsetzen wird“⁶⁴. Der rückläufigen Zahl der Kinder und Jugendlichen steht somit eine Zunahme komplexer Hilfebedarfe von sogenannten Multiproblemfällen entgegen, die sehr leistungs- und kostenintensiv sind. Dass der Bedarf an Unterstützungsleistungen nicht parallel zur Entwicklung der Zahl Kinder und Jugendlichen verläuft, zeigt sich vor allem mit Blick auf den Bereich Hilfen zur Erziehung. So ist die Anzahl sozialpädagogischer Familienhilfen im Zeitraum zwischen 1995 und 2006 kontinuierlich gestiegen (+53 %) und auch die Zahl an Einzelbetreuungen junger Menschen lag im Jahr 2006 noch fast ein Viertel (+23 %) über dem Wert von 1995 (vgl. Abb. 17). Für jenen ansteigenden Hilfebedarf kommen verschiedene Ursachen in Betracht. So ist beispielsweise der Anteil der alleinerziehenden Eltern gestiegen, das Prekaritätsrisiko und die mit Armut verbundenen Risiken in Bezug auf Gesundheit, Bildung und Sozialintegration haben sich erhöht. Darüber hinaus ist, während die Zahl jugendkultureller Orientierungen, familialen Lebensformen und elterlichen Erziehungsstilen zugenommen hat, die Erziehungsverunsicherung gewachsen.⁶⁵

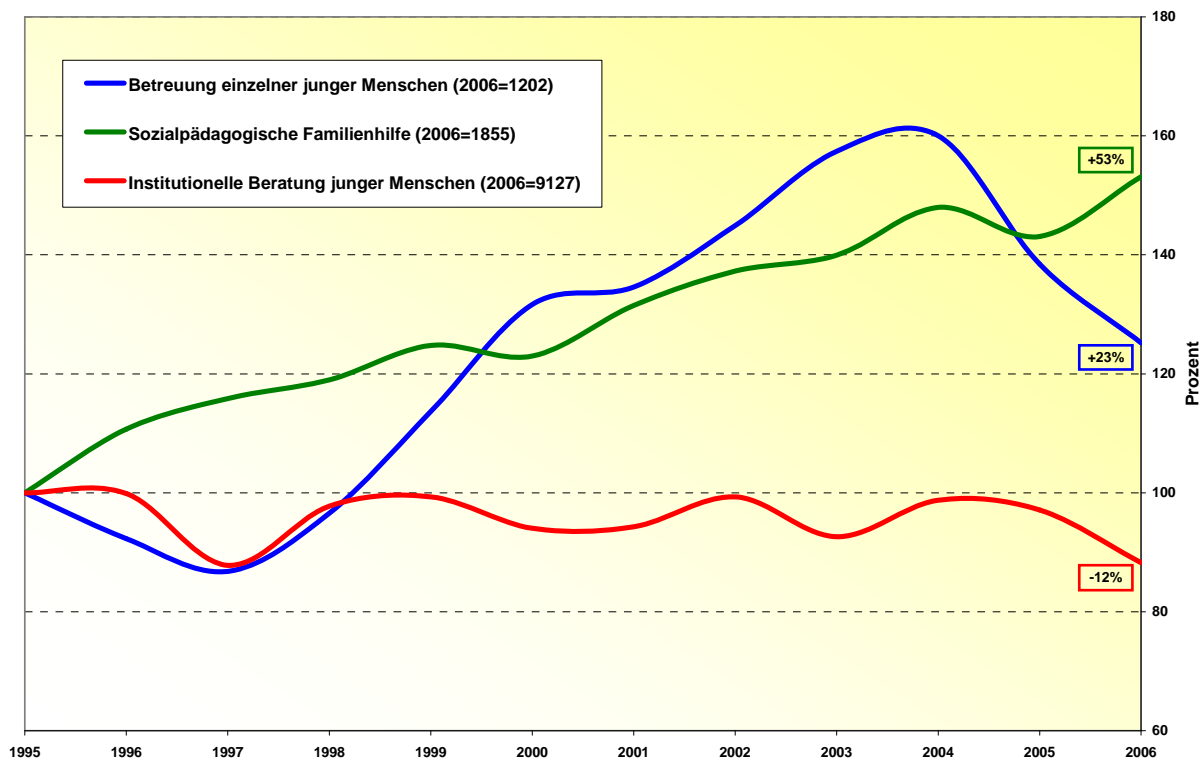
62 Vgl. Dahlbeck et al. 2006, S. 19ff.

63 Vgl. Dahlbeck et al. 2006, S. 30ff.

64 Schilling 2008: 37.

65 Vgl. Schilling 2008.

Abb. 17: Entwicklung Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung (1995 bis 2006)



Quelle: TLS 2011

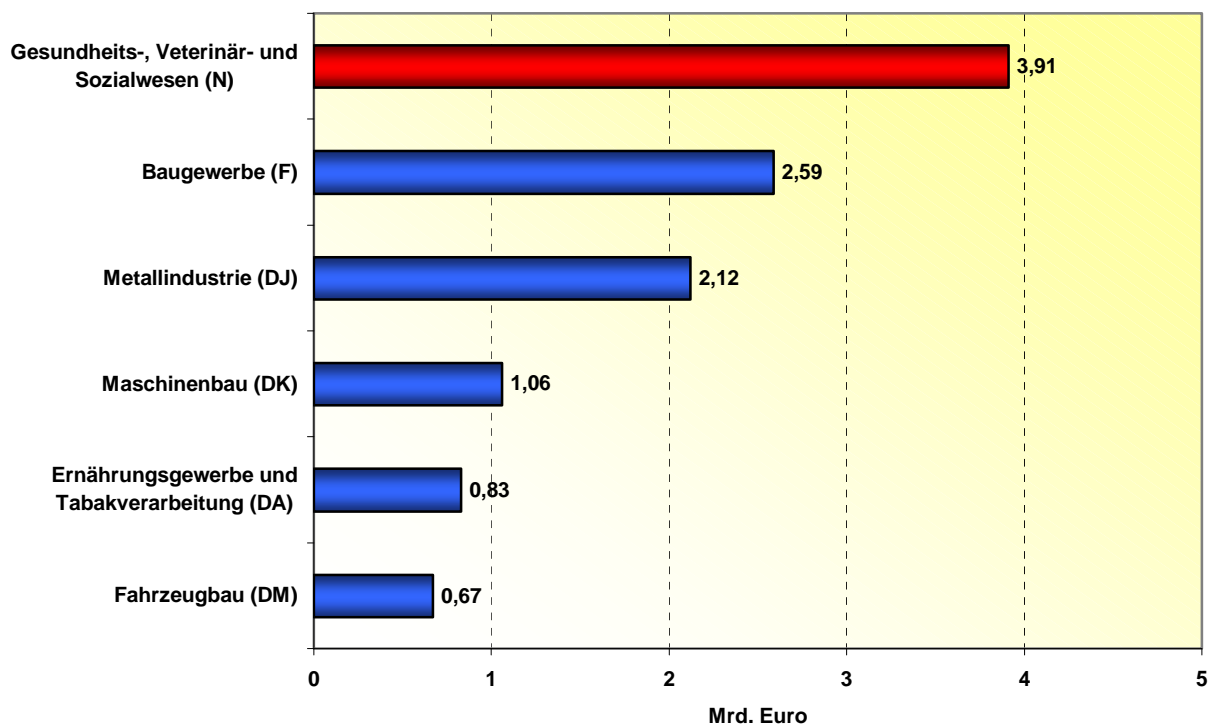
3 Die volkswirtschaftliche und regionalökonomische Bedeutung

3.1 Die Bruttowertschöpfung

Die Bruttowertschöpfung gibt den Gesamtwert aller produzierten Waren und Dienstleistungen abzüglich der Vorleistungen an und ist somit ein zentrales statistisches Vergleichsmaß hinsichtlich der Wirtschaftskraft von Staaten, Branchen und Unternehmen. Da innerhalb der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zahlreiche Leistungen nicht über den Markt erbracht werden, muss die Bruttowertschöpfung (wie bei anderen Nicht-Marktproduzenten auch) über die Kostenseite errechnet werden. In dieser herkömmlichen Berechnung werden jedoch die von Ehrenamtlichen in erheblichem Umfang erbrachten Leistungen und regionalökonomische Ausstrahlungseffekte der Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft nicht erfasst.

In der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Bundes und der Länder wird die Bruttowertschöpfung bislang nicht für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft getrennt, sondern lediglich für den gesamten Bereich Sozial- Gesundheits- und Veterinärwesen erhoben. Sie lag im Jahr 2008 bei 3,91 Mrd. Euro, was einem Anteil von 8,8 % an der Bruttowertschöpfung Thüringens entspricht. Dieser Wert lag deutlich über dem des Baugewerbes sowie den größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes Thüringens (vgl. Abb. 18).

Abb. 18: Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen und produzierenden Gewerbe 2008 in Thüringen in Mrd. Euro



Quelle: TLS 2011

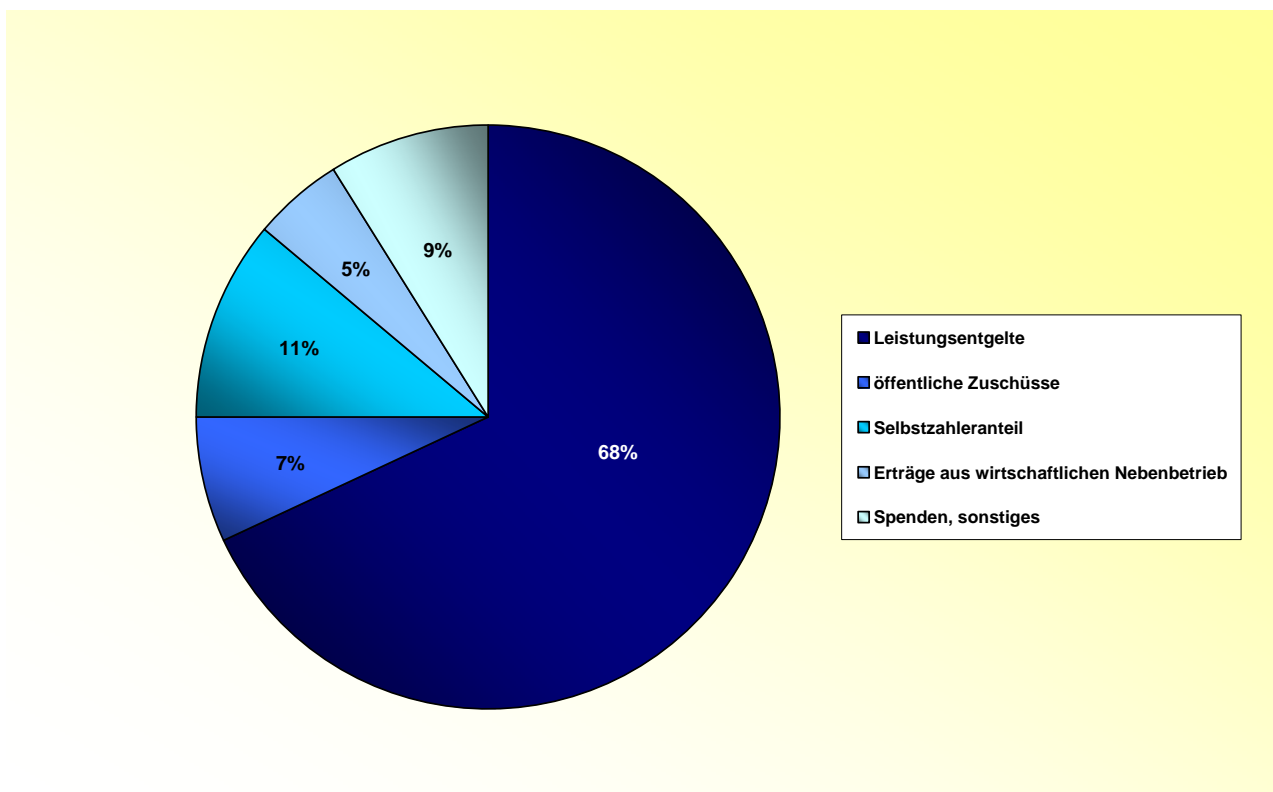
Zwischen dem Jahr 2000 und 2008 ist die Bruttowertschöpfung im Bereich Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen um 34 % von 2,9 Mrd. Euro auf 3,9 Mrd. Euro gestiegen. Die Branche erzielte folglich einen höheren Zuwachs als die gesamte Thüringer Wirtschaft, deren Bruttowertschöpfung im genannten Zeitraum nur um 21 % gestiegen ist.

Nach Berechnungen des TMWAT beträgt die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft 2009 (inklusive Pflegebereich) 4,5 Mrd. Euro, was 10 % der Bruttowertschöpfung Thüringens entspricht.⁶⁶ Aus den im Rahmen der von der FSU durchgeführten Studie zur Sozialwirtschaft erhobenen Wirtschaftsdaten sozialer Einrichtungen konnte eine Bruttowertschöpfung für die Sozialwirtschaft in Höhe von rund 35.000 Euro pro Beschäftigten errechnet werden. Überträgt man diesen Wert auf alle Beschäftigten, so erzielte die Sozialwirtschaft 2010 eine Bruttowertschöpfung in Höhe von rund 2 Mrd. Euro, was einem Anteil von 4,7 % an der gesamten Bruttowertschöpfung in Thüringen entspricht. Die Bruttowertschöpfung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft insgesamt lag bei 5,8 Mrd. Euro, was 13 % der Bruttowertschöpfung Thüringens entspricht.⁶⁷

3.2 Umsatz- und Kostenstrukturen und Transfermodell

Die Erhebung im Rahmen der Studie der FSU unter sozialen Einrichtungen⁶⁸ ergab, dass der Hauptteil der Umsätze sozialer Einrichtungen aus öffentlichen Transferleistungen (75 %) stammt. Neben öffentlichen Zuschüssen sind es vor allem Leistungsentgelte, die 90% der öffentlichen Mittel und mehr als zwei Drittel des Umsatzes (68 %) ausmachen. Der Selbstzahleranteil, den die Kunden für die Inanspruchnahme einer Dienstleistung zahlen, beträgt 11 % und spielt vor allem in der Altenpflege und in den Kindertagesstätten eine größere Rolle. Die restlichen Umsatzanteile setzen sich aus Erträgen aus wirtschaftlichem Nebenbetrieb (5 %) sowie aus Spenden⁶⁹, Zinserträgen, Mitgliedsbeiträgen und Kirchensteuern (9 %) zusammen (vgl. Abb. 19).

Abb. 19: Zusammensetzung des Umsatzes sozialer Einrichtungen (2010)



Quelle: FSU (2011)

66 Laut Trendatlas Thüringen soll bis 2020 die Bruttowertschöpfung gegenüber 2008 im Bereich Biotechnologie um 140-150% und in der Medizintechnik um 123-136% gesteigert werden. Die Beschäftigung in beiden Bereichen soll gegenüber 2008 um 5.000 bis 6.000 Personen steigen (vgl. TMWAT 4/2011: 3).

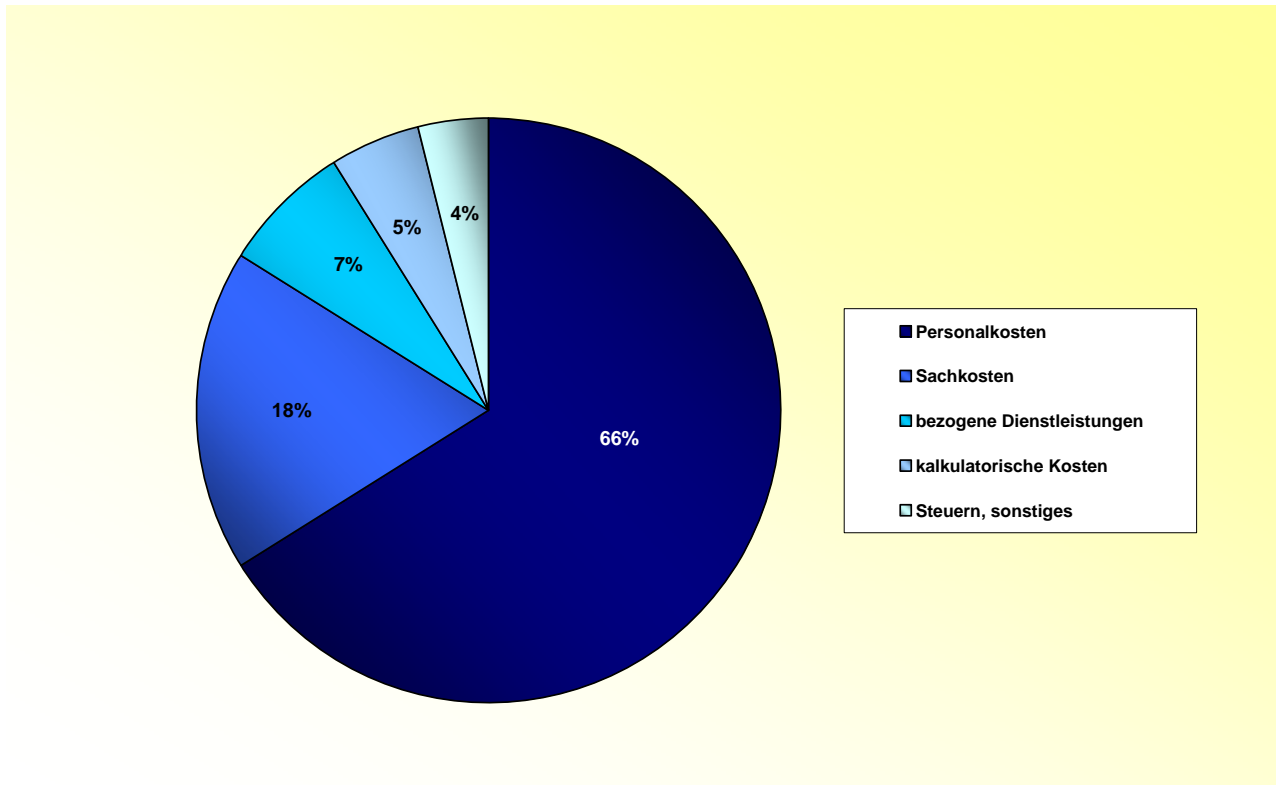
67 Für diese Berechnung wurde aus der Bruttowertschöpfung der Sozialwirtschaft der Pflegebereich (0,7 Mrd. Euro) heraus gerechnet, da dieser Wert bereits in den 4,5 Mrd. Euro der Gesundheitswirtschaft enthalten ist.

68 Alle Einrichtungen, die Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen erbringen, mit Ausnahme von Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern, Rettungsdiensten sowie Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen.

69 Auf Basis der Daten der FSU betrug 2010 der Spendenanteil am Umsatz sozialer Einrichtungen 0,3 % (FSU 2011).

Im Durchschnitt sind zwei Drittel (66 %) der Kosten sozialer Einrichtungen Personalkosten. Etwa ein Fünftel der Gesamtkosten sozialer Einrichtungen sind Sachkosten (18 %). Rund 7 % der Kosten entstehen durch den Bezug von externen Dienstleistungen wie z. B. Reinigung, Reparaturen und Catering. Hinzu kommen kalkulatorische Kosten (5 %) sowie Steuern u. a. (4 %) (vgl. Abb. 20).

Abb. 20: Zusammensetzung der Kosten sozialer Einrichtungen (2010)



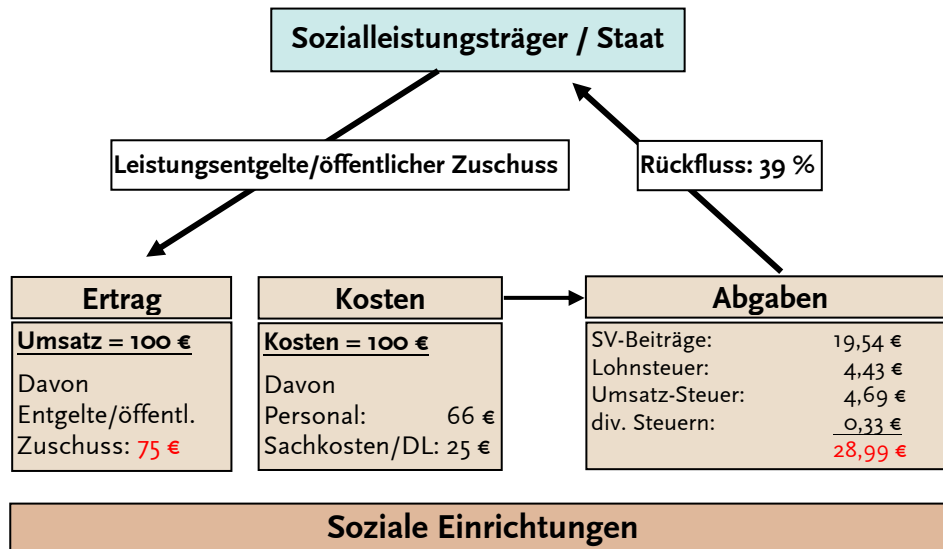
Quelle: FSU (2011)

Die Zusammensetzung der Umsätze und der Kosten variiert zwischen den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der Sozialwirtschaft.⁷⁰ Für alle Bereiche gilt jedoch gleichermaßen, dass sich der Hauptteil der Umsätze aus öffentlichen Transferleistungen speist und die sozialen Einrichtungen in Folge dessen primär als Kosten- und nicht als Wirtschaftsfaktor gelten. Unberücksichtigt bleibt jedoch häufig, dass ein Teil der eingesetzten öffentlichen Mittel in Form von Sozialversicherungsbeiträgen, Lohnsteuer, Umsatzsteuer und anderen Steuern wieder an die öffentliche Hand zurückfließt.

⁷⁰ Eine ausführliche Beschreibung ist der Langfassung des Sozialwirtschaftsberichtes zu entnehmen.

Die Rückflüsse an die öffentliche Hand sind nachfolgend in einem sogenannten Transfermodell abgebildet (vgl. Abb. 21).

Abb. 21: Transfermodell: Sozialwirtschaft Thüringen



Quelle: FSU (2011), Berechnung Schellberg

Wird von einem imaginären Umsatz einer sozialen Einrichtung von 100 Euro ausgegangen, dann speist sich dieser zu 75 % aus öffentlichen Transferleistungen, d. h. die Kosten der Sozialleistungsträger belaufen sich auf 75 Euro.⁷¹ Eine weitere Modellannahme ist, dass die Einrichtung gleich hohe Kosten wie Umsätze hat (100 Euro) und ihr somit 66 Euro für Personalkosten und 25 Euro für Sachkosten und bezogene Dienstleistungen entstanden sind. Durch die Sozialversicherungsbeiträge und die Lohnsteuer fließen durchschnittlich ein Drittel der eingesetzten öffentlichen Mittel (32 %) wieder zurück an die öffentliche Hand. Hinzu kommen noch die zu zahlenden Steuern auf entstandene Sachkosten, bezogene Dienstleistungen und Investitionen in Höhe von 6,7 % der eingesetzten öffentlichen Mittel. Für die Umsatzsteuer auf entstandene Sachkosten und bezogene Dienstleistungen wurde ein durchschnittlicher Wert von 13 %⁷² und für getätigte Investitionen ein Wert von 19 % angesetzt. Der Anteil sonstiger Steuern beträgt 1,3 % aller entstandenen Sachkosten und bezogenen Dienstleistungen. In der Summe ergibt das einen Rückfluss an die öffentliche Hand in Höhe von rund 29 Euro. Werden nun diese 29 Euro an zu leistenden Abgaben einem öffentlichen Zuschuss von 75 Euro gegenübergestellt, ergibt sich ein Rückfluss von insgesamt 38,7 % durch Sozialversicherungsbeiträge, Lohnsteuer, Umsatzsteuer und andere Steuern (vgl. Abb. 21).

Da die Kosten der Krankenhäuser sich nach Angaben des TLS ebenfalls zu 61 % aus Personal- und zu 38 % aus Sachkosten zusammensetzen, kann man hier von ähnlich hohen Rückflüsse an die öffentliche Hand wie in der Sozialwirtschaft ausgehen.

71 Es wurde ein Unterauftrag an Prof. Dr. Klaus Schellberg, Professor für Betriebswirtschaftslehre von Sozialunternehmen an der Evangelische Hochschule Nürnberg und Berater bei der xit GmbH, vergeben, der eine Transferanalyse auf Basis der erhobenen Daten durchgeführt hat.

72 Unter öffentliche Transferleistungen fallen Leistungsentgelte und öffentliche Zuschüsse. Die Leistungsentgelte werden von den Sozialversicherungsträgern gezahlt. Jede Privatperson zahlt in die Versicherung selbst ein, so dass bei den Entgelten nicht von reinen staatlichen Zuschüssen gesprochen werden kann. Allerdings ist es praktisch nur schwer möglich die Entgelte zu unterteilen in den Teil, den die Privatpersonen selbst einzahlen, und in den Teil, der vom Staat gezahlt wird. Man kann nur schwer sagen, wie viel ein Klient, von den Leistungsentgelten, die er in Anspruch nimmt, selbst zuvor in die Versicherung eingezahlt hat. Dies variiert nach Einkommen etc. und es konnte kein verlässlicher Mittelwert gefunden werden. Folglich wurde für das Modell, diese Unterteilung nicht vorgenommen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass wenn von den 75 % eingesetzter öffentlicher Mittel der Prozentsatz abgezogen wird, der in Form von Versicherungsbeiträgen durch die Klienten selbst gezahlt wurde, die Rückflussquote an die öffentliche Hand noch deutlich höher wäre.

73 Der durchschnittliche Steuersatz ergibt sich aus 50 % voller Steuersatz (19 %) und 50 % ermäßigter Steuersatz (7 %). Es wurde dabei davon ausgegangen, dass die Sozialunternehmen umsatzsteuerfreie Umsätze erzielen (Wohlfahrtspflege, Jugendhilfe) und daher endbelastet werden.

3.3 Regionalökonomische Analyse

3.3.1 Regionalökonomische Effekte

Im Gegensatz zum produzierenden Gewerbe sind Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft eng an die Region gebunden und in aller Regel nicht von Standortverlagerungen bedroht. Sie stärken zudem die Finanzkraft der Kommunen (siehe Transfermodell) und schaffen Arbeitsplätze. Nicht zu unterschätzen sind auch der infrastrukturelle Beitrag und damit die Gemeinwohleffekte der Einrichtungen. Sie ermöglichen die gesundheitliche Versorgung vor Ort und die Vereinbarung von Familie und Beruf. Aufgrund der nach wie vor unstrittig vorhandenen traditionellen Rollenverteilung in den Familien wird es durch Kindergärten und Pflegeeinrichtungen insbesondere Frauen ermöglicht eine Arbeit zu ergreifen. Somit tragen die Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zum Erhalt von Lebensqualität bei.

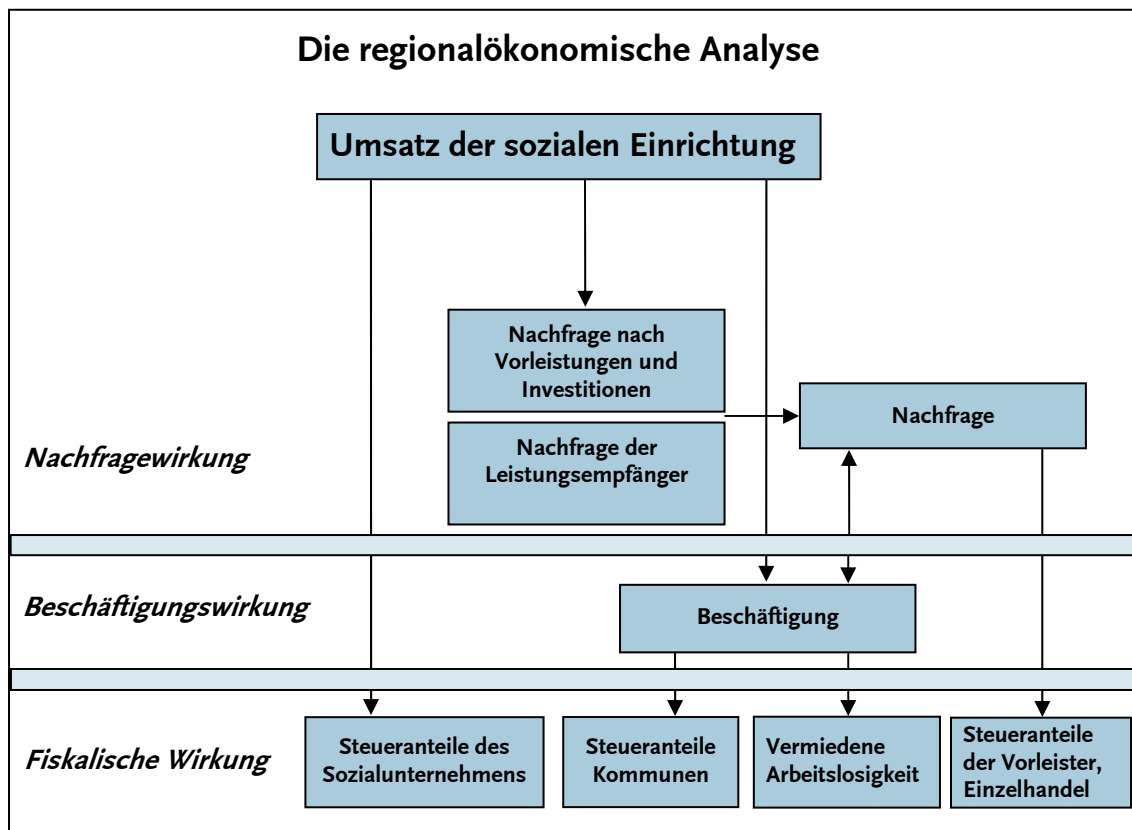
Darüber hinaus sind die Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft in hohem Maße in regionale Wertschöpfungsketten integriert. In den rund 150 von der FSU befragten sozialen Einrichtungen gingen 77 % der entstandenen Sachkosten, 79 % der bezogenen Dienstleistungen und 68 % der in den letzten fünf Jahren getätigten Investitionen an regionale Anbieter. Durch die wirtschaftlichen Aktivitäten der Einrichtungen werden in anderen Wirtschaftszweigen und in der Regionalwirtschaft somit Nachfrage, Beschäftigung und Einkommen sowie Rückflüsse an Steuern erzeugt. Mit Hilfe eines von der xit GmbH entwickelten regionalökonomischen Modells⁷⁴ wurden diese Wirkungen (Nachfrage, Beschäftigung und Einkommen sowie Rückflüsse an Steuern) der sozialen Einrichtungen auf den umliegenden Wirtschaftsraum im Folgenden berechnet (vgl. Abb. 22).

Im ersten Schritt werden die direkten Effekte bzw. Wirkungen der Einrichtung auf die Region erfasst, d.h. die Zahl der Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind, und die Höhe des Einkommens der Beschäftigten. Darüber hinaus wird betrachtet, wie hoch die regionale Beschaffung (Vorleistungen und Investitionen) bzw. die Nachfrage der Einrichtungen selbst ist und die Höhe der Rückflüsse in Form von Steuern an die Kommunen. Für die Erfassung dieser „direkten Wirkungen“ wurden folgende Inputvariablen erhoben: Gesamtumsätze (Anteil öffentlicher Mittel), die von der Einrichtung abgeführte Lohnsteuer, sonstige Steuern, die Beschäftigtenzahl, die regional getätigten Investitionen und die regional getätigten Vorleistungen (bezogene Sachgüter und Dienstleistungen). Aus den Vorleistungen wurde mit einem durchschnittlichen Steuersatz von 13 % Umsatzsteuer die gezahlte und endbelastete Umsatzsteuer errechnet. Für Investitionen wurde ein Steuersatz von 19 % angesetzt. Die Einkommen der Beschäftigten wurden aus den Personalkosten errechnet. Für die Berechnung der Gewerbesteuer wurde eine durchschnittliche Gewerbeertragsquote von 1% vom Umsatz angenommen. Freibeträge wurden nicht berücksichtigt. Es wurde der von den Thüringer Kommunen durchschnittlich erhobene Hebesatz von 346 % verwendet.

Die Berechnung der induzierten regionalen Effekte basiert auf der Annahme, dass die entstandene Nachfrage (bezogene Vorleistungen und getätigte Investitionen) seitens sozialer Einrichtungen zu einer höheren wirtschaftlichen Aktivität bei den Geschäftspartnern (Zulieferern, Einzelhandel) der Region führt. Jene erwirtschaften durch die nachgefragten Wirtschaftsgüter sozialer Einrichtungen Umsätze, die sie ebenfalls sowohl in regionale Beschaffung als auch in Einkommen reinvestieren. Laut Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung beträgt der Anteil des Einkommens am Umsatz eines Unternehmens durchschnittlich 65 %. Folglich schafft zusätzlicher Umsatz zusätzliche Mittel zum Zahlen von Einkommen. Ab einer bestimmten Nachfrage bzw. Umsatzhöhe und damit zur Verfügung stehenden Einkommens ist es dem Zulieferer auch möglich, zusätzlich Beschäftigte einzustellen. Dafür wird dem aus dem Umsatz abgeleiteten Einkommen der Zulieferer das durchschnittliche Arbeitnehmerentgelt in Thüringen zu Grunde gelegt (28.408 Euro 2010). Darüber hinaus entsteht auch eine Nachfrage durch die Beschäftigten der sozialen Einrichtungen. Jene setzen ihr Einkommen in der Region für Konsum ein. Hierfür wird eine Konsumquote am Nettoeinkommen von 75,7 %, basierend auf der Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2008, angesetzt. Durch den Konsum der Beschäftigten der sozialen Einrichtungen und der Zulieferer entstehen dem regionalen Einzelhandel Umsätze, welche ebenfalls zu Einkommen werden. Die im Wirtschaftsraum induzierten Wirkungen bei den Zulieferern und den Beschäftigten sind also „Multiplikatorwirkungen“, die durch ein Modell errechnet werden. In den folgenden Stufen werden dann entstehende Einkommen aus Vorleistungen und Nachfrage aus Einkommen berechnet.

⁷⁴ Es wurde ein Unterauftrag an Prof. Dr. Klaus Schellberg, Professor für Betriebswirtschaftslehre von Sozialunternehmen an der Evangelische Hochschule Nürnberg und Berater bei der xit GmbH, vergeben, der eine regionalökonomische Analyse auf Basis der erhobenen Daten durchgeführt hat.

Abb. 22: Regionalökonomische Analyse



Quelle: Schellberg 2009, Eigene Darstellung

Mit Hilfe der erhobenen Wirtschaftsdaten sozialer Einrichtungen konnte für insgesamt 45 Sozialunternehmen eine regionalökonomische Analyse durchgeführt werden.

Aus 51,3 Mio. Euro eingesetzten öffentlichen Mitteln generierten die untersuchten Sozialunternehmen Gesamtumsätze in Höhe von 66,3 Mio. Euro. Sie kauften Vorleistungen in Form von Gütern und Dienstleistungen ein und investierten im Umfang von 16 Mio. Euro (13 Mio. Euro Güter- und Dienstleistungsnachfrage und 3 Mio. Euro Investitionsgüter nachfrage). Sie beschäftigten in der Region (ohne Einpendler) 1.434 Mitarbeiter/innen, die ein Einkommen von 34,5 Mio. Euro zur Verfügung hatten. Die Kommunen erhielten von den Sozialunternehmen rund 1 Mio. Euro Steuern bzw. Steueranteile (48 % Einkommenssteueranteil, 14 % Umsatzsteueranteil, 38 % sonstige Steuern). Insgesamt beträgt der Rückfluss an die Kommune 1,9 % der eingesetzten öffentlichen Mittel (vgl. Tab. 17).

Tab. 17: Direkte Effekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)

	direkte Effekte	Effekte in % der eingesetzten öffentlichen Mittel (51,3 Mio. €)
Nachfrage (regionale Beschaffung)	16 Mio. €	31,2
Einkommen regional	34,5 Mio. €	67,2
Beschäftigung regional	1.434	-
Rückflüsse regional (Steuer 7 Steueranteile)	0,987 Mio. €	1,9

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der Erhebung der FSU Jena 2011

Durch die Aktivität der sozialen Einrichtungen entsteht in der jeweiligen Region eine Nachfrage bei den Zulieferbetrieben und zwar nicht nur in Form von Sachkosten, sondern auch durch das Einkommen der

Mitarbeiter der Einrichtungen. Ausgehend von durchschnittlichen Konsum- und Einkommensquoten entstehen hierdurch zusätzlich Nachfrageeffekte in der regionalen Wirtschaft im Umfang von 23,3 Mio. Euro. Dies sind rund 45 % der eingesetzten öffentlichen Mittel. Die zusätzlichen regionalen Rückflüsse an die Kommunen durch die induzierten Effekte betragen rund 0,8 Mio. Euro (1,6 % der eingesetzten öffentlichen Mittel). Durch die über Nachfrage und damit Umsätze induzierten Einkommen in Höhe von 44 % der eingesetzten öffentlichen Mittel, wird eine zusätzliche Beschäftigung von 1.004 Personen in anderen Wirtschaftszweigen generiert (vgl. Tab. 18).

Tab. 18: Induzierte Effekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)

	induzierte Effekte in anderen Wirtschaftsbereichen (n=45 Unternehmen)	Effekte in % der eingesetzten öffentlichen Mittel (51,3 Mio. €)
Nachfrage	23,3 Mio. €	45,3
Einkommen	22,5 Mio. €	43,9
Beschäftigung	1.004	-
Rückflüsse regional (Steuer / Steueranteile)	0,8 Mio. €	1,6

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der eigenen Erhebung (2011)

Aus den direkten und indirekten Nachfrage- und Beschäftigungseffekten sowie den fiskalischen Wirkungen resultiert ein regionaler Gesamtnachfrageeffekt, der 77 % der öffentlichen Mittel entspricht. Anders formuliert: Durch 1 Euro öffentliche Mittel wird eine Nachfrage in Höhe von 77 Cent (entstehend durch regionale Beschaffung und Konsum der Beschäftigten) in der Region geschaffen. Darüber hinaus generiert 1 Euro öffentliche Mittel ein Einkommen in Höhe von 1,11 Euro (Beschäftigte der sozialen Einrichtungen und Beschäftigte der Zulieferer und im Einzelhandel). Rund 3,5 % der eingesetzten öffentlichen Mittel fließen in Form von Steuern und Steueranteilen an die Kommune zurück (vgl. Tab. 19).

Tab. 19: Gesamteffekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)

	Gesamteffekt n=45 Unternehmen	Effekte in % der öffentlichen Mittel (51,3 Mio. €)
Nachfrage	39,3 Mio. €	76,5
Einkommen	57,0 Mio. €	111,1
Beschäftigung	2.438	-
Rückflüsse regional (Steuer / Steueranteile)	1,8 Mio. €	3,5

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der Erhebung FSU Jena 2011

3.3.2 Gesamtwirtschaftliche Effekte

Die gesamtwirtschaftliche Analyse hat zum Ziel, die Wirkung sozialer Einrichtungen auch außerhalb der Region abzubilden. Folglich werden die durch Nachfrage, Einkommen, Beschäftigung und Steuern erzeugten Effekte sowohl regional als auch überregional erfasst. Darüber hinaus werden die Sozialversicherungsbeiträge, welche überregional an die Sozialversicherungsträger abgeführt werden, und die vermiedenen Kosten der Arbeitslosigkeit berechnet. Die vermiedene Arbeitslosigkeit wurde berechnet, in dem angenommen wurde, dass bei Wegfall der Beschäftigungsmöglichkeit im Sozialunternehmen bzw. der induzierten Beschäftigungsmöglichkeiten ein Drittel⁷⁵ der Beschäftigten dauerhaft in Arbeitslosigkeit verbleiben würde. Für sie wurde pauschal Wohngeld (400 Euro pro Monat) und Grundsicherung für zwei Personen ohne Kinder (692 Euro pro Monat) angesetzt. Auf der Basis der entstandenen Einkommen wurde die Sozialversicherung anhand der Eckwerte der Sozialversicherung⁷⁶ berechnet.

⁷⁵ Hier musste auf eine Schätzung zurückgegriffen werden, da hierzu keine Untersuchungen bekannt sind.

⁷⁶ Gesetzliche Krankenversicherung 2011 14,6 %; Arbeitslosenversicherung 2011 3 %; Pflegeversicherung 2011 nicht kinderlos 1,95 %; Unfallversicherung 1,6 %; Rentenversicherung 2011 19,9 %.

Es wird im Folgenden somit die gesamte Sozialwirtschaft Thüringens betrachtet. Die ermittelten Durchschnittswerte pro Beschäftigten (Umsatz, Investitionen etc.) werden auf alle Beschäftigten der Sozialwirtschaft in Thüringen hochgerechnet.

Aus 2,1 Mrd. Euro eingesetzten öffentlichen Mitteln generierten die untersuchten sozialen Einrichtungen Gesamtumsätze von 2,8 Mrd. Euro. Die direkten Effekte sind bereits bei der Transferanalyse beschrieben worden: Bei einer Nachfrage von 936,4 Mio. Euro (Vorleistungen und Investitionen gesamt, d. h. regional und überregional) und Einkommen von 1,5 Mrd. Euro betragen die Rückflüsse an die öffentliche Hand in Form von SV-Beiträgen, Lohnsteuer, Umsatzsteuer und sonstige Steuern 38,7 %. Die gesparten Gelder für vermiedene Arbeitslosigkeit betragen rund 117 Mio. Euro. Von den Rückflüssen an die öffentliche Hand gehen insgesamt 67 % an die Sozialversicherungen (vgl. Tab. 20).

Tab. 20: Direkte Effekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)

	direkte Effekte (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	Effekte in % der eingesetzten öffentlichen Mittel (2,1 Mrd. €)
Nachfrage	936,4 Mio. €	44,4
Einkommen	1,5 Mrd. €	69,8
Beschäftigung	57.538	-
Rückflüsse ohne SV-Beiträge	268,1 Mio. €	12,7
Rückflüsse SV-Beiträge	548,8 Mio. €	26,0
Rückflüsse gesamt	817,0 Mio. €	38,7
vermiedene Kosten der Arbeitslosigkeit	117,2 Mio. €	5,6

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der Erhebung der FSU Jena 2011

Die induzierten Wirkungen in den anderen Wirtschaftszweigen entsprechen einer induzierten Nachfrage von 935 Mio. Euro (44 % der öffentlichen Mittel), einem induzierten Einkommen von 1 Mrd. Euro und einer induzierten Rückflussquote von 35 % der eingesetzten öffentlichen Mittel. Darüber hinaus konnten 200 Mio. Euro an öffentlichen Mitteln auf Grund vermiedener Arbeitslosigkeit von der öffentlichen Hand eingespart werden (vgl. Tab. 21).

Tab. 21: Induzierte Effekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)

	induzierte Effekte (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	Effekte in % der eingesetzten öffentlichen Mittel (2,1 Mrd. €)
Nachfrage	934,7 Mio. €	44,3
Einkommen	1,04 Mrd. €	49,3
Beschäftigung	46.349	-
Rückflüsse ohne SV-Beiträge	306,4 Mio. €	14,5
Rückflüsse SV-Beiträge	430,3 Mio. €	20,4
Rückflüsse gesamt	736,7 Mio. €	34,9
vermiedene Kosten der Arbeitslosigkeit	200,4 Mio. €	9,5

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der Erhebung der FSU Jena 2011

Summiert man direkte und indirekte Effekte, so werden die eingesetzten öffentlichen Mittel zu 89 % nachfragewirksam, d. h. 1 Euro öffentliche Mittel schafft eine gesamtwirtschaftliche Nachfrage von 89 Cent. Die gesamtwirtschaftlichen Einkommenseffekte liegen bei 119 % bzw. 1 Euro öffentliche Mittel generiert ein Einkommen von 1,19 Euro bei Beschäftigten in der Sozialwirtschaft und in anderen Wirtschaftszweigen. Die Rückflüsse an die öffentliche Hand in Form von SV-Beiträgen und Steuern unter Berücksichtigung der induzierten Effekte entsprechen 73 % der eingesetzten öffentlichen Mittel und die vermiedenen Kosten für Arbeitslosigkeit betragen insgesamt 316,4 Mio. Euro (vgl. Tab. 22).⁷⁷ Dies bedeutet, dass 2010 eine Bruttowertschöpfung in Höhe von rund 2,46 Mrd. Euro in der Sozialwirtschaft und daran gekoppelten Wirtschaftszweigen in Thüringen erwirtschaftet wurde.

77 Für die Gesundheitswirtschaft wurden zwar keine Berechnungen durchgeführt, aber man kann von ähnlichen Größenordnungen ausgehen.

Tab. 22: Gesamteffekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)

	Gesamteffekt (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	Effekte in % der eingesetzten öffentlichen Mittel (2,1 Mrd. €)
Nachfrage	1,9 Mrd. €	88,7
Einkommen	2,5 Mrd. €	119,1
Beschäftigung	103.887	-
Rückflüsse ohne SV-Beiträge	574,5 Mio. €	27,2
Rückflüsse SV-Beiträge	979,1 Mio. €	46,4
Rückflüsse gesamt	1,5 Mrd. €	73,1
vermiedene Kosten der Arbeitslosigkeit	316,4 Mio. e	15,0

Quelle: Berechnung Schellberg 2011 auf Basis der Daten der Erhebung FSU Jena 2011

3.4 Der Beitrag ehrenamtlicher Arbeit zur Bruttowertschöpfung

Ehrenamtliche Arbeit kann sowohl aus einer sozialpolitischen als auch einer ökonomischen Sicht betrachtet werden. Aus sozialpolitischer Sicht steht der gesellschaftliche Aspekt ehrenamtlicher Arbeit im Vordergrund. So leisten Ehrenamtliche wichtige zusätzliche Betreuungs- und Beratungsleistungen, die hauptamtliche Tätigkeiten in aller Regel nicht ersetzen, sondern um Zusatzleistungen ergänzen. Freiwilligen-Hilfe aus ökonomischer Sicht zu bewerten, bedeutet die (fiktive) Bruttowertschöpfung ehrenamtlicher Arbeit in einer Modellrechnung zu monetarisieren, wobei im Folgenden auf eine von Feslmeier u.a. entwickelte Berechnungsmethode zurückgegriffen wird.⁷⁸

In einem ersten Schritt wurde die Zahl aktiver Ehrenamtlicher (rd.25.000 Personen)⁷⁹ und die von ihnen geleistete Arbeitszeit (rd. 11 h monatlich bzw. 132 h jährlich)⁸⁰ multipliziert, was einen Wert von 3,3 Millionen Arbeitsstunden im Jahr ergibt. In einem zweiten Schritt wurde die Stundenzahl mit einem Arbeitskostensatz multipliziert. Da die Kerntätigkeiten in der Regel von hauptamtlichen Mitarbeitern erbracht werden, kann man die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen mit Hilfstätigkeiten gleichsetzen.⁸¹ Darauf aufbauend wird der Arbeitskostensatz der Ehrenamtlichen mit dem einer Altenpflegehilfskraft gleichgesetzt und die Anzahl aller ehrenamtlich geleisteten Stunden (3,3 Mio.) mit einem Stundensatz von 11,40 Euro multipliziert.

In einem letzten Schritt kann aus den errechneten Arbeitskosten (37,62 Mio. Euro) eine (fiktive) Bruttowertschöpfung abgeleitet werden. Hierzu werden die erhobenen Daten zu Umsatz- und Kostenstrukturen der Einrichtungen wie folgt genutzt: Der Arbeits- bzw. Personalkostenanteil an den Gesamtkosten einer sozialen Einrichtung beträgt durchschnittlich 66 %. Unter der Annahme, dass die Kosten und der Umsatz der Einrichtungen gleich hoch sind, errechnet sich ein Gesamtumsatz von 57 Mio. Euro. Nach Abzug der Vorleistungen (in Form von entstandenen Sachkosten und bezogenen Dienstleistungen sowie die Entgelte für Bankdienstleistungen) errechnet sich eine (fiktive) Bruttowertschöpfung 41,95 Mio. Euro, welche zusätzlich durch ehrenamtliche Arbeit entsteht.

78 Feslmeier/Massouh/Schmid (2004): Kosten-Nutzen-Analyse des Ehrenamts am Beispiel der Freiwilligenagentur Regensburg.

79 Einer Erhebung der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtsdienste und Gesundheitspflege (BGW) zu Folge waren Ende 2009 rund 15.000 Ehrenamtliche in sozialen Einrichtungen in Thüringen tätig. Da seitens der BGW lediglich Einrichtungen in freier Trägerschaft befragt werden (und zugleich nicht alle Ehrenamtlichen zuverlässig erfasst werden können), muss von einer höheren Zahl ausgegangen werden. Laut einer von der FSU Jena und dem TLS durchgeführten Ehrenamtsstudie waren im Jahr 2002 33% der Thüringer ehrenamtlich aktiv, darunter 3,5% im Bereich Soziales, was in etwa 25.000 Ehrenamtlichen entspricht (vgl. Schmitt/Lembcke 2002: 36ff.).

80 In der Geschäftsführerbefragung durch die FSU wurde die Anzahl an aktiven Ehrenamtlichen und die von ihnen geleistete Arbeitszeit erhoben. Insgesamt haben sich 87 befragte Einrichtungen dazu geäußert und es konnte ein Wert von 11 Stunden pro Monat pro Ehrenamtlichen ermittelt werden, was 132h im Jahr entspricht.

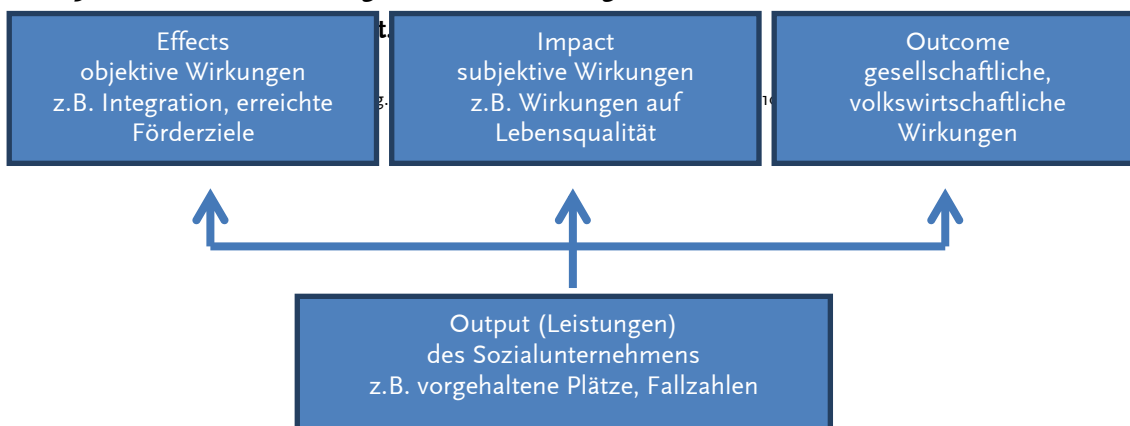
81 Vgl. Feslmeier u. a. 2004: 28ff.

3.5 Grenzen der Erfassung

Sowohl im Rahmen der Transferanalyse als auch der regionalökonomischen Analyse wurden nur die Finanzströme der sozialen Einrichtungen betrachtet. Die Analyse erstreckte sich also ausschließlich auf die volkswirtschaftliche und nicht auf die soziale Wirkung der Einrichtungen, obwohl gerade der Beitrag zur Verwirklichung sozialstaatlicher Ziele primäre und vorrangige Aufgabe sozialer Einrichtungen ist. Durch ihre Leistungen und Angebote lindern sie Not, unterstützen und fördern Menschen und ermöglichen ihnen so ein gelingendes Leben. Sie verbessern hierdurch die Lebensqualität der Menschen, die Solidarität im Gemeinwesen, die empfundene soziale Sicherheit und das Sozialklima. Folglich wurden im Sinne der Wirkungsforschung die Outcomes (die volkswirtschaftlichen Effekte) und nicht die Förderwirkung auf die Leistungsempfänger/innen (Effects) oder die Verbesserung der Lebensqualität der Leistungsempfänger/innen (Impacts) betrachtet (vgl. Abb. 23). Anders formuliert, soziale Einrichtungen wurden bisher als Unternehmen beschrieben.

Die soziale Wirkung sozialer Dienstleistungen bzw. der „soziale Ertrag“ könnte mit weitergehenden Analysen des Social Return on Investment (SROI) annähernd errechnet werden. Allerdings ist dies mit weitaus aufwendigeren und komplexeren Analyseverfahren verbunden. So wird bereits seit Jahren im Non-Profit-Bereich nach einer Methode gesucht, diesen sozialen Ertrag messbar und transparent zu machen. Neben geeigneten „Messinstrumenten“ mangelt es bisher auch an einem einheitlichen Verständnis der Ziele und Wirkungen. Die ökonomische Analyse hat somit, trotz ihrer Begrenztheit, den Vorteil eines klaren, einheitlichen Wertmaßstabs, ist anschlussfähig an die amtliche Statistik und ermöglicht auf diesem Wege einen gesellschaftlichen Diskurs.

Abb. 23: Dimensionen der Wirkungen sozialer Einrichtungen



4 Herausforderungen

4.1 Drohender Fachkräftemangel

4.1.1 Rekrutierungsbedingungen und Rekrutierungsbedarfe

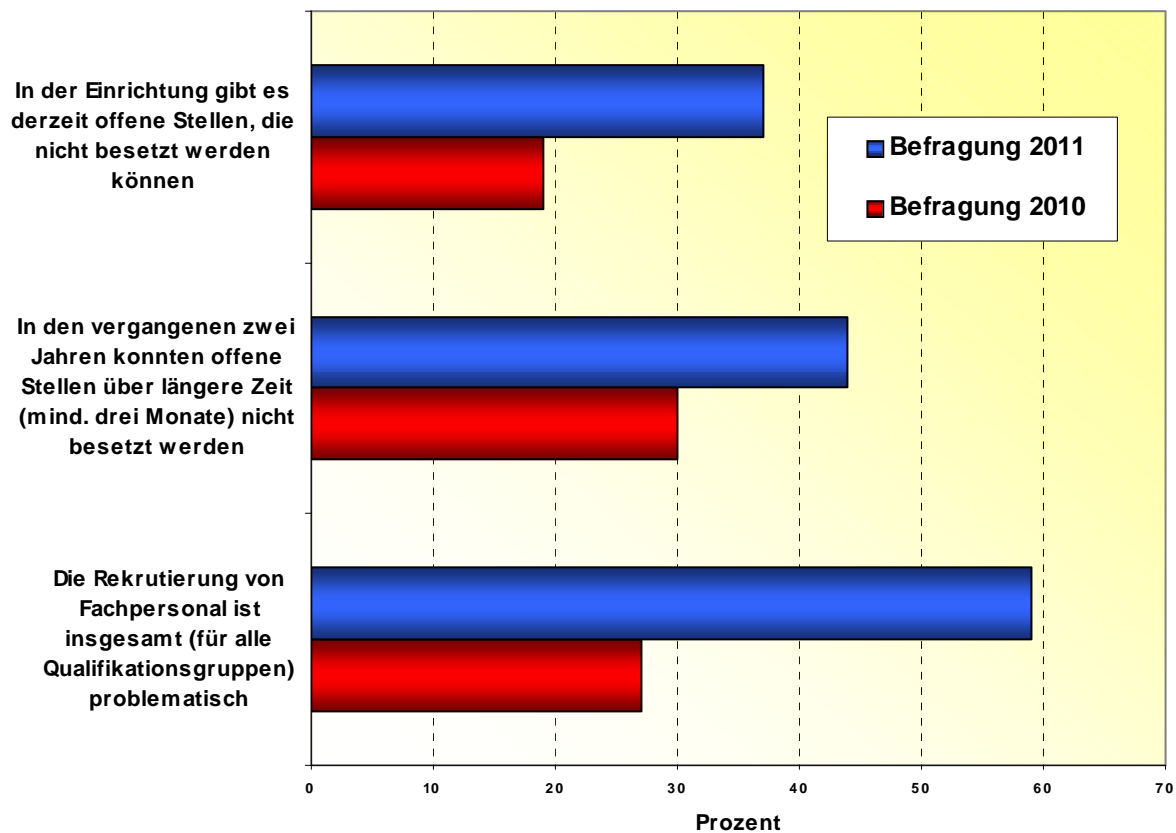
Der stetig wachsenden Nachfrage nach Gesundheits- und Sozialdienstleistungen steht ein rückläufiges Angebot an qualifizierten Nachwuchskräften gegenüber. Die Befragung der sozialen Einrichtungen im Rahmen der von der FSU Jena erstellten Studie zur Sozialwirtschaft ergab, dass sich die Fachkräftesituation bereits zum jetzigen Zeitpunkt problematisch darstellt. Dabei ist die Rekrutierung qualifizierter Fachkräfte bei all den Bereichs-, Träger- und Standortunterschieden eine zentrale Herausforderung für die gesamte Branche. Die Einstellung von Fachpersonal wird von mehr als drei Viertel aller durch die FSU befragten sozialen Einrichtungen (78 %) als problematisch eingeschätzt, wobei die Mehrzahl der Gesprächspartner (59 %) die Fachkräftegewinnung über alle Qualifikationsgruppen hinweg als schwierig bewertet (vgl. Abb. 24). Die schlechte Bewertung der Rekrutierungsbedingungen speist sich aus realen Stellenbesetzungsproblemen: Fast die Hälfte der von der FSU befragten sozialen Einrichtungen (44 %) konnte in den vergangenen zwei Jahren offene Stellen über einen längeren Zeitraum (mind. 3 Monate) nicht besetzen und in mehr als jeder dritten Einrichtung (37 %) gibt es derzeit einen Fachkräftebedarf, der nicht gedeckt werden kann (vgl. Abb. 24). Die Rekrutierungsbedingungen für Fachpersonal werden bereichs- und trägerübergreifend als problematisch eingeschätzt, betreffen jedoch weder Verwaltungskräfte noch Un- und Angelernte. Die Stellenbesetzungsprobleme beschränken sich auf (examinierte) Fachkräfte: In der Kinder- und Jugendhilfe fehlt es vor allem an staatlich anerkannten Erziehern und im Pflegebereich werden sowohl Altenpflege- als auch Krankenpflegefachkräfte gesucht. In den Einrichtungen der Behindertenhilfe mangelt es neben Heilerziehungspflegern ebenfalls an Pflegepersonal, wobei das Thema Alter und Behinderung die Einrichtungen zukünftig vor große Herausforderungen stellen wird.⁸²

Dass sich die Fachkräftesituation in der Thüringer Sozialwirtschaft deutlich verschlechtert hat, zeigt sich unter anderem mit Blick auf eine 2010 von der FSU durchgeführte Fachkräftestudie, in der ebenfalls rund 150 soziale Einrichtungen aus den Bereichen Pflege, Kinder- und Jugendhilfe und Behindertenhilfe zur Fachkräftesituation befragt wurden.⁸³ Im Vergleich hat sich der Anteil an Einrichtungen, der die Rekrutierungssituation für generell problematisch erachtet verdoppelt, ebenso wie der Anteil an Einrichtungen, in denen offene Stellen nicht besetzt werden können (vgl. Abb. 24).

⁸² Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung gleicht sich aufgrund der Verbrechen der nationalsozialistischen Diktatur erst jetzt allmählich an die der Gesamtbevölkerung an. Gerade für ältere Menschen mit einer seelisch-geistigen Behinderung gibt es in Thüringen keine adäquate Versorgungslandschaft. (vgl. Ehrlich/Fritzsche 2010c).

⁸³ Vgl. Behr/Ehrlich 2010.

Abb. 24: Angaben zur Fachkräftesituation 2010 und 2011



Quelle: FSU (2010 und 2011)

Im Freistaat Thüringen werden in Perspektive 2020 allein im Altenpflegebereich voraussichtlich etwa 15.000 zusätzliche Beschäftigte benötigt⁸⁴, wobei jedoch bislang keine Rechenmodelle bezüglich berufs- und qualifikationsspezifischer Fachkräftelücken vorliegen. Zumindest für Gesamtdeutschland liegen aktuelle Berechnungen des statistischen Bundesamtes vor, welche die Fachkräftelücke für alle Pflegekräfte (Krankenpflege- und Altenpflegekräfte, inkl. Helferberufe) für die gesamte Gesundheits- und Sozialwirtschaft in Perspektive 2025 auf 112.000 bis 200.000 Vollzeitäquivalente taxieren⁸⁵. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienstleistungen (bpa) geht davon aus, dass bereits zum heutigen Zeitpunkt etwa 30.000 Pflegekräfte fehlen und in Perspektive 2020 Deutschlandweit rund 400.000 zusätzliche Pflegevollzeitkräfte innerhalb der Gesundheits- und Sozialwirtschaft benötigt werden.

Laut einer Studie von PricewaterhouseCoopers (PWC) werden bis 2030 bundesweit annähernd 165.000 Ärzte⁸⁶ und ca. 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen, darunter allein 466.000 Krankenschwestern, -pfleger und Pflegehelfer in Kliniken und ambulanten Diensten.⁸⁷

84 Vgl. Behr/Ehrlich 2010.

85 Vgl. Afentakis/ Maier, 2010, S.99.

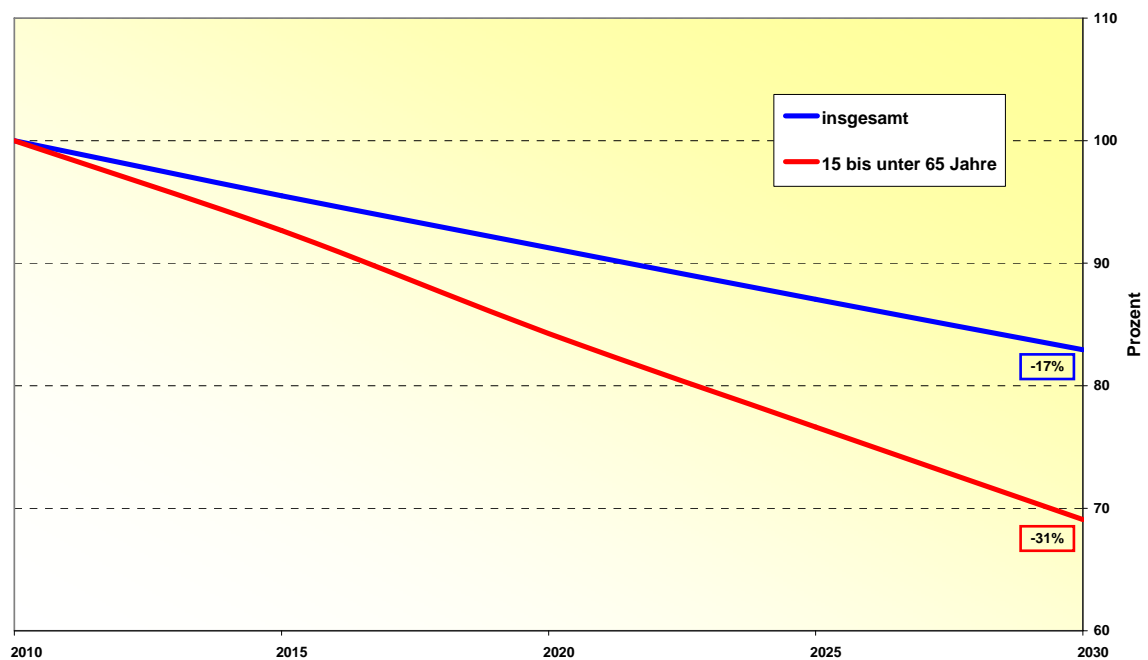
86 Die Krankenkassenverbände sprechen zwar auch von einer problematischen Fachkräftesituation. Sie sehen jedoch einen stärkeren Handlungsbedarf in der Bedarfsplanung und regionalen Verteilung von Ärzten und warnen sogar vor einem Überangebot an Ärzten in Ballungsräumen (vgl. PWC 2010: 30).

87 Vgl. PWC 2010, S. 10.

4.1.2 Ursachen von Fachkräfteengpässen

Während in der Vergangenheit einem großen Angebot an Fachkräften eine geringe Nachfrage gegenüberstand, ist die aktuelle Situation durch deutlich schlechtere Rekrutierungsbedingungen gekennzeichnet. Das Erwerbspersonenpotential, d. h. der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, sinkt im Zeitraum zwischen 2010 und 2030 in Thüringen gemäß 12. KBV um 30 % und damit doppelt so stark wie die Bevölkerung insgesamt (vgl. Abb. 25).

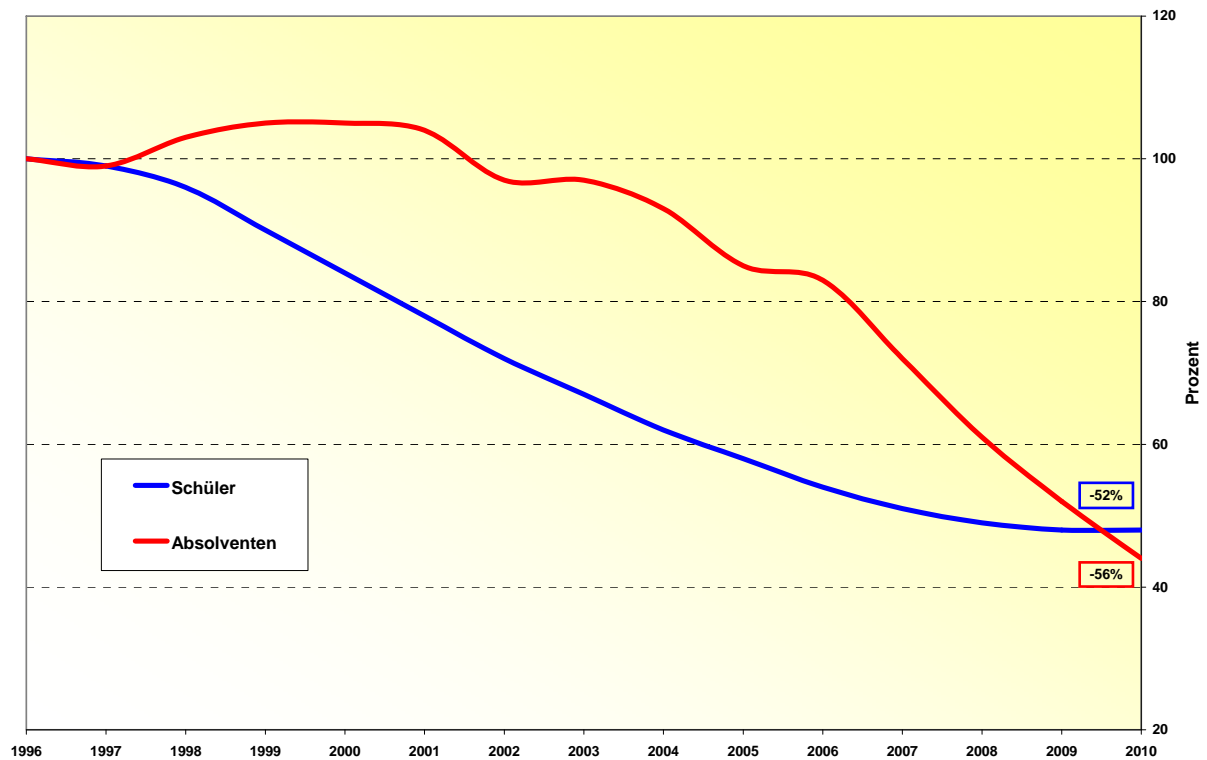
Abb. 25: Entwicklung der Bevölkerung und des Erwerbspersonenpotenzials in Thüringen bis 2030



Quelle: TLS 2011

In den Jahren, in denen also besonders viele ältere Erfahrungsträger in Rente gehen, stehen dem Arbeitsmarkt besonders wenig junge Menschen zur Verfügung. Denn aufgrund der geburtenschwachen Jahrgänge nach der Wende hat sich die Zahl der Absolventen an allgemeinbildenden Schulen in Thüringen innerhalb der letzten zehn Jahre mehr als halbiert (vgl. Abb. 26).

Abb. 26: Entwicklung Schüler und Absolventenzahlen an allgemeinbildenden Schulen von 1996 bis 2010 in Thüringen



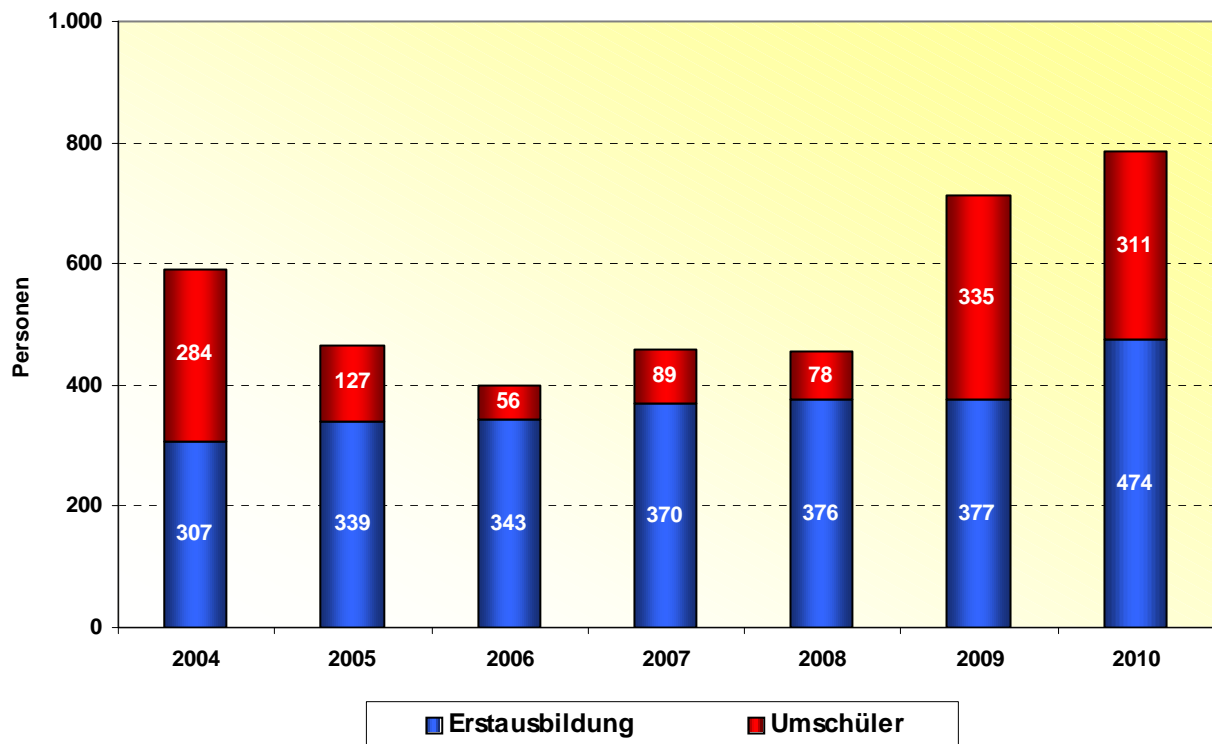
Quelle: TLS 2011

Die Pflegebranche ist besonders betroffen, stellt doch die demografische Entwicklung in doppelter Hinsicht eine Herausforderung dar: Während das Angebot an potenziellen Nachwuchskräften kontinuierlich sinkt, steigt die Zahl der alten und hochbetagten Menschen stark an und somit (bei gleichbleibender Pflegequote) auch der Bedarf an Pflegepersonal.

Das Ausbildungsengagement in den Pflegeeinrichtungen war in der Vergangenheit trotz allem eher gering. Während das Pflegepersonal zwischen 2005 und 2009 in Thüringen um ein Viertel angewachsen ist, ist die Zahl der Altenpflegeschüler nahezu gleichgeblieben (+5%), so dass die Ausbildungsquote entsprechend zurückgegangen ist. Erst seit 2009 steigt die Zahl der Altenpflegeschüler wieder, was jedoch weniger an einem Zuwachs bei der Erstausbildung, sondern vor allem an einer Zunahme von Umschülern liegt (vgl. Abb. 27).

Deren Anstieg liegt in der Umstellung der Förderpraxis der Arbeitsagenturen begründet, welche in den Jahren 2009 und 2010 im Rahmen des Konjunkturpakets II auch das dritte Ausbildungsjahr der Umschüler finanziert haben. Mit der anstehenden Rückkehr zur Förderpraxis vor 2009 ist entsprechend ein erneuter Rückgang der Ausbildungszahlen zu erwarten. Das geringe Ausbildungsengagement der Pflegeeinrichtungen liegt zum Teil auch in der Ausbildungsfinanzierung begründet. Zwar werden die Kosten der Schulausbildung vom Land getragen, die Ausbildungsvergütung muss jedoch über die Leistungsentgelte refinanziert werden. Darüber hinaus entstehen zusätzliche Kosten für die Praxisanleitung durch hierfür qualifizierte Fachkräfte. In der stark vom Preiswettbewerb geprägten Pflegebranche führt dies dazu, dass einige Träger und Einrichtungen auf eine Ausbildung verzichten, um Leistungen kostengünstiger erbringen zu können.

Abb. 27: Entwicklung Pflegeschüler in Thüringen (2004 bis 2010)



Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt, Referat Berufe des Gesundheitswesens (2011)

In der Vergangenheit haben vor allem Kindertageseinrichtungen einen Mangel an staatlich anerkannten Erziehern beklagt, allerdings ist hier in den kommenden Jahren mit einer signifikanten Verbesserung der Angebotssituation zu rechnen: Zwischen 2005 und 2009 hat sich die Zahl der Auszubildenden im Erzieherberuf laut TLS von 1.344 auf 3.338 mehr als verdoppelt (+148 %) und auch die Zahl der Auszubildenden zum Sozialassistenten hat sich im genannten Zeitraum von 1.475 auf 1.687 leicht erhöht (+14 %). Offen bleibt indes, wie viele der in Thüringen ausgebildeten Erzieher, Sozialassistenten und Sozialpädagogen auch tatsächlich im Freistaat verbleiben, da anders als bei der dualen Ausbildung der Bindungseffekt durch absolvierte Praktika geringer und die Abwanderungsneigung von Absolventen einer überbetrieblichen Ausbildung entsprechend höher ist.

Im Jahr 2010 befanden sich im Gesundheitswesen 8.140 Personen in Ausbildung, davon waren 75 % Frauen. An Hochschulen und Fachhochschulen waren 34 % der in Ausbildung Befindlichen eingeschrieben und 66 % wurden betrieblich oder überbetrieblich ausgebildet. Seit 2005 ist die Zahl der Auszubildenden im Thüringer Gesundheitswesen um 26 % gesunken, wobei hier zwischen den Studenten an Hochschulen und Fachhochschulen und den Auszubildenden in den verschiedenen Gesundheitsdienstberufen unterschieden werden muss. Die Zahl der Studenten ist zwischen den Wintersemestern 2000/2001 und 2010/2011 von 1.931 um 43 % auf 2.757 gestiegen, was vor allem in der Einführung des Fachs Gesundheitswissenschaften an den Fachhochschulen zum Wintersemester 2005/2006 begründet ist (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Studenten im Fach Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften

	2000/2001	2005/2006	2010/2011	Entwicklung zwischen 2000/2001 und 2010/2011
Gesamt	1.931	2.673	2.757	+ 43 %
Männlich	796	859	829	+ 4 %
Weiblich	1.135	1.814	1.928	+ 70 %
davon FSU Jena	1.931	2.130	2.210	+ 14 %
Männlich	796	715	695	-13 %
Weiblich	1.135	1.415	1.515	+ 33 %
Fachhochschulen		543	547	
Männlich		144	134	
Weiblich		399	413	

Quelle: TLS 2011

Dagegen ist die Zahl der Auszubildenden seit 2005 im Gesundheitswesen insgesamt rückläufig (-29 %). Die stärksten Rückgänge verzeichneten die Ausbildungen zum Diätassistenten und Funktionsdiagnostikassistenten. Deutlich höher lag die Ausbildungsquote bei Fachkräften für Hygieneüberwachung und bei den Rettungsassistenten.

Mit Inkrafttreten des Thüringer Gesetzes über die Helferberufe in der Pflege (Thüringer Pflegehelfergesetz) vom 21. November 2007 wurde die Krankenpflegehelferausbildung wieder gesetzlich geregelt, so dass im Schuljahr 2008/2009 mit der Ausbildung von 31 Nachwuchskräften begonnen werden konnte (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: Entwicklung der Zahl der Auszubildenden in den Gesundheitsdienstberufen⁸⁸ 2005 bis 2010

	2005	2010	Entwicklung 2005 bis 2010	weiblich 2010	männlich 2010
gesamt	7.618	5.383	-29 %	78 %	22 %
Zunahme an Auszubildenden					
Fachkraft für die Hygieneüberwachung	35	60	+71 %	63 %	37 %
Rettungsassistenten	97	130	+34 %	26 %	74 %
Medizinisch-technischer Assistent Operationsdienst	167	210	+26 %	80 %	20 %
Hebammen	30	35	+17 %	100 %	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	33	36	+9 %	92 %	8 %
Orthoptisten	12	13	+8 %	92 %	8 %
Konstant gebliebene Ausbildungszahlen bzw. neue Ausbildungsberufe					
Gesundheits- / Krankenpfleger	1.446	1.430	-1 %	78 %	22 %
Krankenpflegehelfer		51		80 %	20 %
Abnahme an Auszubildenden					
Diätassistenten	586	168	-71 %	89 %	11 %
Funktionsdiagnostikassistenten	217	101	-53 %	76 %	24 %
Ergotherapeuten	1.114	603	-46 %	91 %	9 %
Pharmazeutisch-technische Assistenten	775	441	-43 %	86 %	14 %
Medizinisch-technische Laborassistenten	226	146	-35 %	77 %	23 %
Physiotherapeuten	1.767	1.165	-34 %	70 %	30 %
Logopäden	167	110	-34 %	95 %	5 %
Medizinisch-technische Radiologieassistenten	300	216	-28 %	75 %	25 %
Podologen	165	126	-24 %	92 %	8 %
Masseur / Medizinische Bademeister	429	342	-20 %	71 %	29 %

* Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) als aktuelles Berufsbild in Apotheken sind in der Aufstellung nicht berücksichtigt worden.

Quelle: TLS 2011

88 Der Begriff „Gesundheitsdienstberufe“ beruht auf der in der amtlichen Statistik verwendeten Bezeichnung. In den Gesetzen des Landes, des Bundes und der EU wird der Begriff der Gesundheitsberufe (Oberbegriff) zugrunde gelegt und unterschieden zwischen den Gesundheitsfachberufen und den akademischen Heilberufen.

Die demografische Entwicklung und die rückläufigen Ausbildungszahlen sind nicht die einzigen Ursachen für Rekrutierungsengpässe innerhalb der Branche. So mangelt es in vielen Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft an einer langfristigen, strategischen Personal- und Organisationsentwicklung. Zahlreiche Möglichkeiten der Rekrutierung und Bindung von Fachpersonal werden noch nicht oder nur unzureichend ausgeschöpft: Die gezielte Verjüngung und die eigene Ausbildung von Personal, die Kooperation mit Ausbildungsstätten, Arbeitsagenturen oder anderen Trägern, die Organisation eines Generationenaustausches, die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten oder die überregionale Suche nach Fachkräften findet entweder gar nicht oder nicht in langfristiger, strategischer Form statt.⁸⁹

Ungenutzte Potenziale gibt es zudem im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz, so z. B. bei der Etablierung altersgerechter Arbeitsbedingungen oder auch der Nutzung von Mitarbeitergesprächen, Supervision und kollegialer Beratung⁹⁰. Zwar gibt es durchaus ein Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer strategisch angelegten Personalarbeit, welches wesentlich durch das Wissen um Rekrutierungsengpässe gespeist wird, allerdings mangelt es in vielen Einrichtungen an einer (konsequenten) Umsetzung.

Auch wenn sich die Branche in den vergangenen Jahren professionalisiert hat, so gibt es doch immer noch große Defizite in der gesamten Organisationsentwicklung, deren Behebung nicht zuletzt durch die Kleinteiligkeit und Heterogenität der Branche erschwert wird. Denn je höher die Kleinteiligkeit der Strukturen, desto geringer sind die Ressourcen und Kompetenzen, um eine strategisch angelegte Personal- und Organisationsentwicklung einzuleiten. Hinzu kommt, dass in der Vergangenheit viele Hauptamtliche in Führungspositionen hineingewachsen sind, ohne über systematische Kenntnisse bezüglich Personal- und Organisationsentwicklung zu verfügen.⁹¹

89 Vgl. Behr/Ehrlich 2010: S. 56f.

90 Vgl. Ebd.

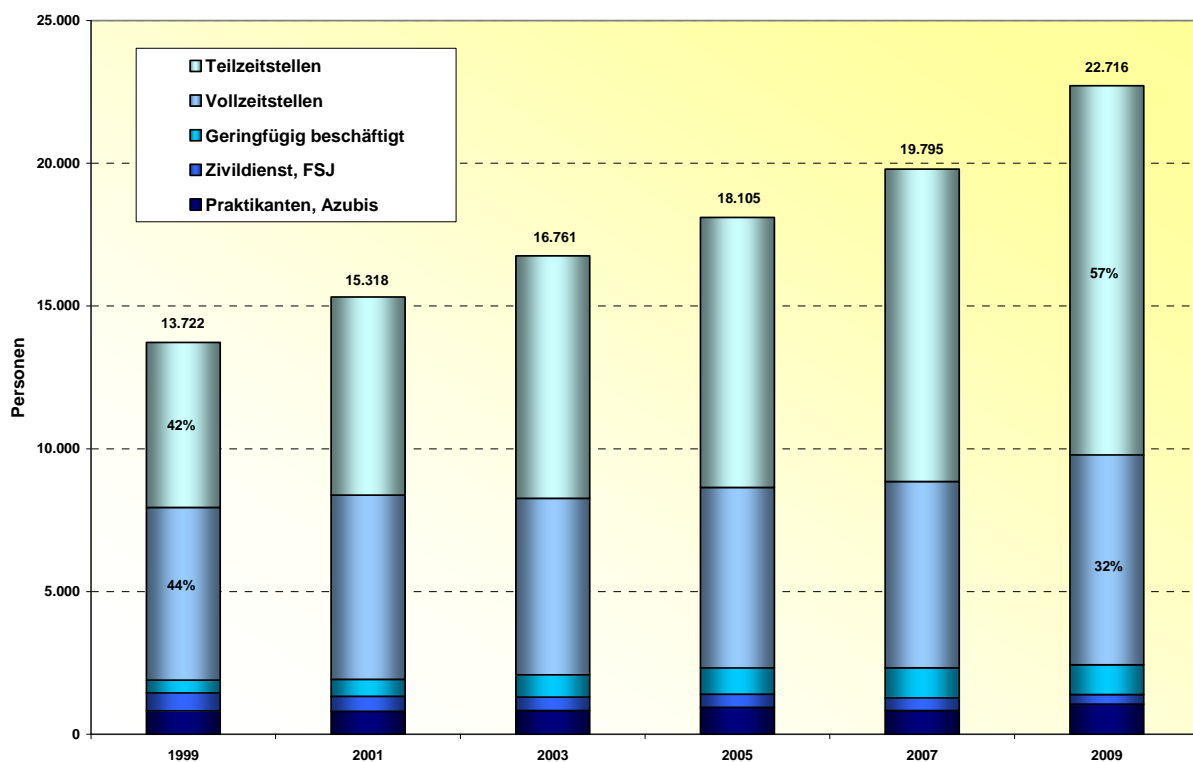
91 Vgl. Positionspapier LIGA 2010.

4.2 Entlohnungs- und Beschäftigungsbedingungen

Trotz wachsender Nachfrage und Rekrutierungsengpässe haben sich die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten verschlechtert. So ging das rasante Beschäftigungswachstum mit einer Ausweitung prekärer Beschäftigungsbedingungen einher. In den letzten Jahren wurden viele Teilzeitstellen sowie zahlreiche befristete und flexible Beschäftigungsverhältnisse geschaffen.

Im Thüringer Pflegesektor ist die absolute Zahl der Vollzeitarbeitsstellen zwischen 1999 und 2009 um 22 %, die Zahl der Teilzeitstellen hingegen um 124 % und die Zahl der geringfügig Beschäftigten um 132 % angewachsen (vgl. Abb. 28).

Abb. 28: Entwicklung der Beschäftigten in Thüringer Pflegeeinrichtungen nach Art der Beschäftigung (1999 bis 2009)



Quelle: Pflegestatistik des TLS 2009

In den befragten Einrichtungen der Thüringer Sozialwirtschaft sind etwa die Hälfte aller Mitarbeiter teilzeitbeschäftigt (47 %) und etwa jeder neunte Beschäftigte (11 %) ist befristet tätig. Laut Deutschem Berufsverband für soziale Arbeit sind mittlerweile mehr als die Hälfte der neu vermittelten Stellen für Sozialarbeiter befristete Arbeitsverhältnisse, wobei sich der Trend zur Befristung neu eingestellter Mitarbeiter auch in einer Absolventenbefragung der Fachhochschule Erfurt widerspiegelt.⁹²

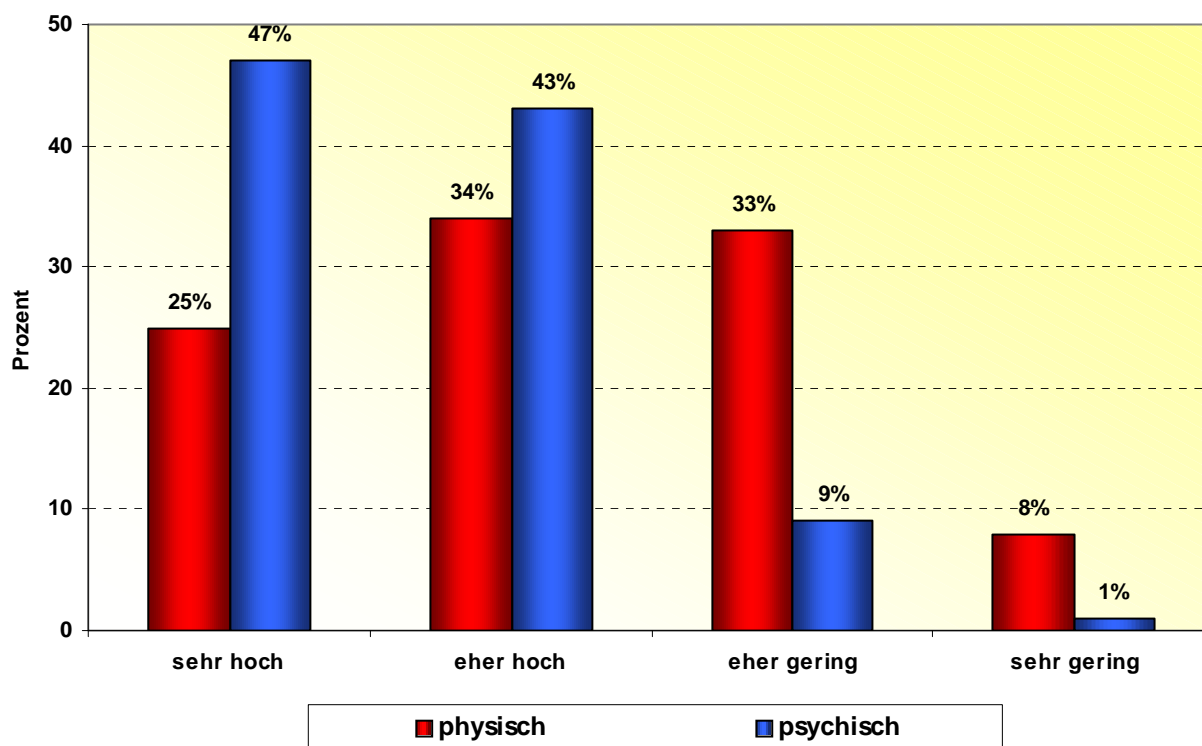
Aufgrund der gesteigerten Anforderungen an Flexibilität und Mobilität und einer Zunahme der Arbeitsanforderungen bei gleichzeitiger Abnahme von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, ist die psychische Belastung der Beschäftigten in Sozial- und Gesundheitsberufen in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Viele Beschäftigte im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft arbeiten unter einem hohem Zeit- und Kostendruck. Die Arbeitsinhalte haben sich in den letzten Jahren verdichtet und beinhalten zunehmend auch fachfremde Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben. Die Ansprüche professioneller Beziehungs- und Sorgearbeit kollidieren immer häufiger mit inhaltlichen Zielvorgaben, die dem

92 Vgl. Eichinger 2009.

Selbstverständnis und der Berufswahlorientierung der Beschäftigten diametral entgegenstehen.⁹³ Hinzu kommt noch eine Alterung der Belegschaften, die vor allem in Pflege- und Gesundheitsberufen zu einem Anstieg der körperlichen Arbeitsbelastung führt.

In einer 2009 in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Thüringen durchgeführten Beschäftigtenbefragung, berichtet jeweils mehr als die Hälfte der Befragten (65%), dass die Arbeit im Laufe der vergangenen zwölf Monate zugenommen hat, dass aufgrund der Arbeitsbelastung regelmäßig eine allgemeine Ermüdung oder Erschöpfung auftritt (58 %) und es häufig passiert, dass Arbeitsprobleme bereits unmittelbar nach dem Aufwachen präsent sind (54 %).⁹⁴ Dabei wird die erhöhte Arbeitsbelastung nicht nur in Beschäftigtenbefragungen, sondern auch von den Leitern und Geschäftsführern der Einrichtungen und Träger problematisiert. In einer 2010 in sozialen Einrichtungen in Thüringen durchgeführten Geschäftsführerbefragung der FSU Jena erachtet fast die Hälfte aller Befragten (47 %) die psychische Arbeitsbelastung ihrer Mitarbeiter als sehr hoch. Jeder Vierte Befragte schätzt zudem die physische Belastung als sehr hoch ein, wobei hiervon vor allem Beschäftigte in der Altenhilfe, der Gesundheitshilfe und der Behindertenhilfe betroffen sind (vgl. Abb. 29).

Abb. 29: Einschätzung Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter



Quelle: FSU Jena 2010

Nahezu kein Gesprächspartner rechnete mit einer Verbesserung der Situation innerhalb der nächsten fünf Jahre, stattdessen geht mehr als ein Drittel der Einrichtungsleiter von einer stark steigenden Arbeitsbelastung in den nächsten Jahren aus. Entsprechend bezweifelt mehr als die Hälfte der Befragten (54 %), dass die

⁹³ Laut dem Krankenpflegereport von 2005, erstellt von der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) und der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege), haben sowohl die Aufgabenvielfalt und entsprechend der Weiterbildungsbedarf im Krankenhauswesen zugenommen als auch die Arbeitsbelastungen, insbesondere das Arbeitstempo, der Leistungsdruck sowie die Sorgen um den Arbeitsplatz. Darüber hinaus sind Pflegekräfte überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen und sehr unzufrieden mit ihren Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten (DAK 2005: 9). Im Rahmen der Studie wurden 1.300 Krankenschwestern und -pfleger befragt. Der Report wurde mit Unterstützung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) erstellt.

⁹⁴ Vgl. Engel/Becker 2009.

derzeitigen Arbeitsbelastungen in den Einrichtungen es zulassen, dass die Mitarbeiter bis zum Zeitpunkt des gesetzlichen Renteneintrittsalter arbeiten können.⁹⁵

Das Beschäftigungswachstum geht einher mit einer Ausweitung prekärer Beschäftigungsbedingungen, so dass die Wachstumsbranche Gesundheits- und Sozialwirtschaft zunehmend als Niedriglohnsektor gilt. Die angespannte finanzielle Situation der öffentlichen Haushalte - insbesondere der Kommunen - ist der zentrale Motor eines Strukturwandels von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, dessen Kernelemente eine Verschärfung des Wettbewerbes sowie die Einführung strikter betriebswirtschaftlicher Maßstäbe und Effizienzkriterien sind.

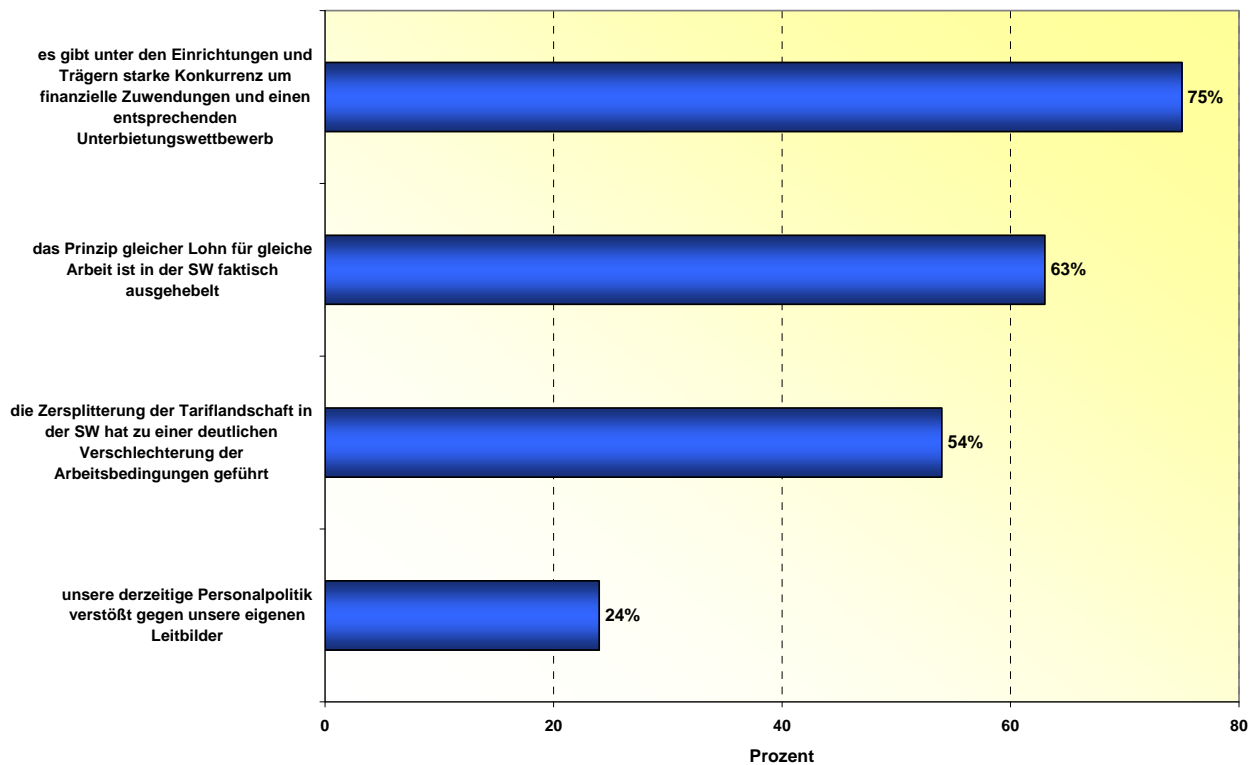
Die Konstruktion eines wettbewerbs- und effizienzorientierten Ordnungsrahmens führt dazu, dass die Einrichtungen und deren Träger über den Preis und die Qualität der erbrachten Leistung verglichen werden und somit Konkurrenten in den Aushandlungen um Entgelte und bei der Beantragung von Budgets und Zuschüssen sind. Da 60 bis 90 % der Kosten einer Einrichtung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft Personalkosten sind, geht der Unterbietungswettbewerb um Entgelte, Budgets und Zuschüsse zwangsläufig auch mit einem Wettbewerb um niedrige Lohnkosten einher. Zumindest bei den freien und privaten Trägern sozialer Einrichtungen in Thüringen ist der Flächentarifvertrag des öffentlichen Dienstes als Fixpunkt zur Regulierung der Arbeitsbedingungen und zur Festlegung der Löhne und Gehälter faktisch außer Kraft gesetzt.⁹⁶

Unter den rund 100 in Thüringen von der FSU in 2011 befragten freien Trägern stimmen drei Viertel der Aussage zu, dass es eine starke Konkurrenz um finanzielle Zuwendungen gibt und es in der Folge zu einem Unterbietungswettbewerb zwischen den Einrichtungen bzw. deren Trägern kommt. Nahezu zwei Drittel der Träger (63 %) waren der Auffassung, dass das Prinzip gleicher Lohn für gleiche Arbeit in der Sozialwirtschaft faktisch ausgehebelt sei. Zudem stimmte mehr als die Hälfte der Interviewpartner dem Statement zu, dass die Zersplitterung der Tariflandschaft zu einer deutlichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen geführt hat und etwa jeder Vierte vertrat die Ansicht, dass die aktuelle Personalpolitik des Trägers gegen die eigenen Leitbilder verstößt (vgl. Abb. 30).

⁹⁵ Erhebung der FSU Jena 2010.

⁹⁶ Von den im Rahmen der FSU Jena in Thüringen in 2011 befragten Trägern entlohnen 38 % der freien und 77 % der privaten Träger die Mitarbeiter der sozialen Einrichtungen nach individuellen Vereinbarungen. Unter denjenigen Trägern, die einen Flächentarif oder einen Haustarif vereinbart haben, hat nur etwa jeder fünfte ver.di als Tarifpartner angegeben. Die Mehrzahl der Flächen- und Haustarifverträge ist mit Berufsverbänden bzw. Gewerkschaften aus dem Christlichen Gewerkschaftsbund (CGB) abgeschlossen.

Abb. 30: Zustimmung befragte Geschäftsführer zur Situation der Beschäftigten



Quelle: FSU (2011)

Man kann die Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaftsbranche trotz allem nicht insgesamt als einen Niedriglohnsektor bezeichnen.

Die Verdienste innerhalb der Branche variieren stark nach den Berufsgruppen bzw. Bereichen (vgl. Tab. 25).

Tab. 25: Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste (inkl. Sonderzahlungen) der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer in ausgewählten Wirtschaftszweigen (1. Quartal 2011)

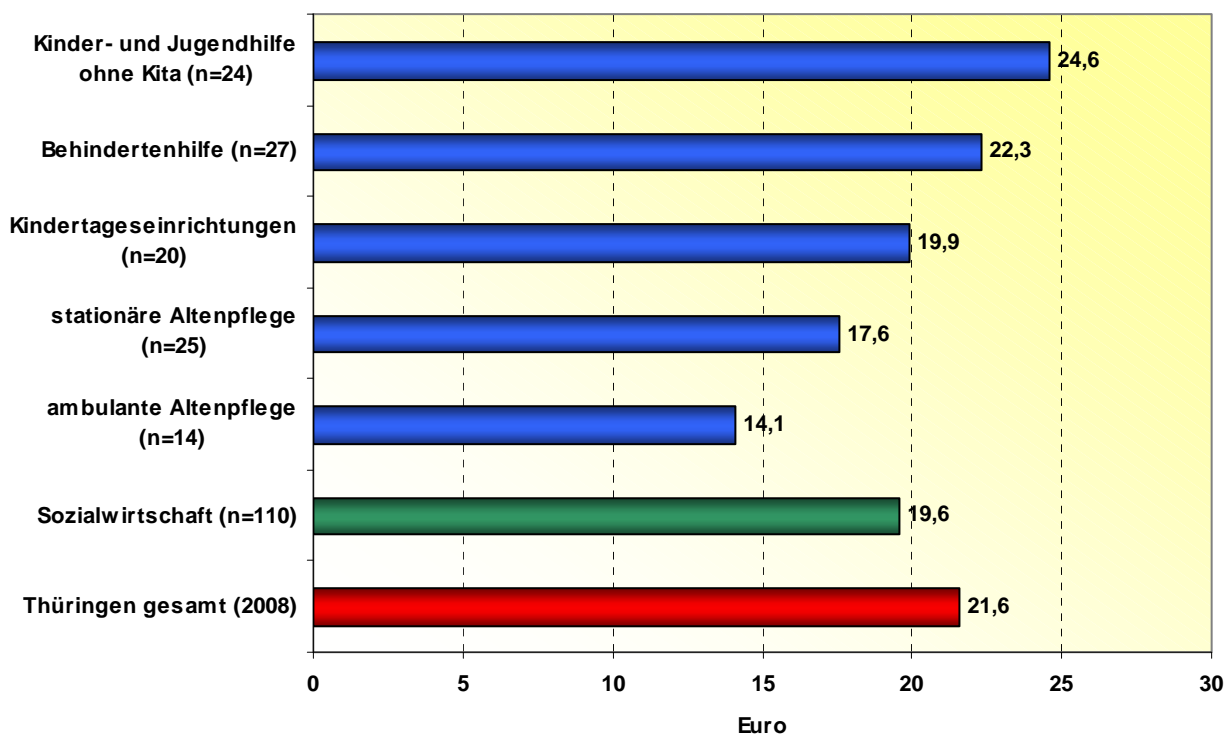
Wirtschaftsbereiche	Gesamt	Männer	Frauen
	Angaben in €		
Sozialwirtschaft (ohne Kindertagesstätten)	2.099	2.179	2.072
Heime	2.150	2.144	2.152
Sozialwesen (ohne Heime)	2.048	2.214	1.991
Produzierendes Gewerbe	2.386	2.507	2.008
Verarbeitendes Gewerbe	2.405	2.582	1.950
Baugewerbe	2.021	2.019	2.047
Dienstleistungsbereich	2.775	2.854	2.691
Erziehung und Unterricht	3.808	4.044	3.668
Öffentliche Verwaltung	3.073	3.111	3.031
Einzelhandel	2.006	2.044	1.976
Gastgewerbe	1.483	1.632	1.394
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungen	2.603	2.667	2.496

* beinhaltet: Lehrer und Erzieher in Kindertageseinrichtungen und Schulen
Quelle: Verdienststrukturerhebung des TLS 2011

In der Sozialwirtschaft (ohne Kindertagesstätten⁹⁷) ist der Bruttomonatsverdienst (inkl. Sonderzahlungen) eines vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers geringer als im Dienstleistungssektor oder im Produzierenden Gewerbe. Allerdings gibt es innerhalb der beiden Wirtschaftszweige auch einige Branchen, in denen der Verdienst annähernd gleich ist (z. B. Baugewerbe oder Einzelhandel) sowie einige in denen er erheblich niedriger ausfällt (z. B. Gastgewerbe). Allerdings verdienen Frauen innerhalb der Sozialwirtschaft im Durchschnitt etwas mehr als im verarbeitenden Gewerbe (vgl. Tab. 26).

Im Rahmen der Befragung der sozialen Einrichtungen durch die FSU Jena wurden auch die Arbeitskosten⁹⁸ erhoben. In der Sozialwirtschaft liegen die Arbeitskosten mit rund 20 Euro je geleisteter Arbeitsstunde unter dem Thüringer Durchschnitt, wobei die Kosten jedoch erheblich zwischen den einzelnen Tätigkeitsbereichen variieren (vgl. Abb. 31).

Abb. 31: Arbeitskosten je geleistete Stunde nach verschiedenen Bereichen



Quelle: FSU Jena und TLS 2011

Die geringsten Arbeitskosten (und daraus abgeleitet auch die geringsten Löhne) fallen im Bereich der Altenpflege an. Die durchschnittlichen Arbeitskosten pro geleistete Arbeitsstunde in der ambulanten Altenpflege betragen 14,10 Euro und in der stationären Altenpflege 17,60 Euro. Dagegen lagen die Arbeitskosten pro geleistete Stunde in der Behindertenhilfe und in der Kinder- und Jugendhilfe ohne Tageseinrichtungen deutlich über 20 Euro und damit auch über dem Thüringer Durchschnitt. (vgl. Abb. 31).

Dass die Entlohnungsbedingungen vor allem im Bereich der Pflege deutlich schlechter sind als in anderen Branchen, zeigt eine Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit aus dem Jahr 2008: Die bundesweit befragten Pflegekräfte bewerten die eigene Einkommenssituation unter allen Aspekten der Arbeitsbedingungen

97 Der Verdienst von Beschäftigten in Kindertagesstätten fällt in den Bereich Erziehung und Unterricht und ist in der branchenbezogenen Verdienststrukturerhebung nicht abgebildet. Im Jahr 2006 lag der Bruttomonatsverdienst einer vollzeitbeschäftigten Kindergärtnerin/Kinderpflegerin bei 2.458 € (Quelle: TLS).

98 Die Arbeitskosten umfassen alle Aufwendungen, die den Arbeitgebern in Zusammenhang mit der Beschäftigung von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen entstehen: Der Hauptanteil sind Bruttolöhne und -gehälter, zudem fallen Sozialbeiträge der Arbeitgeber, Kosten der beruflichen Bildung, Einstellungskosten, Kosten des Arbeitgebers für die Berufskleidung und Steuern sowie Zuschüsse zu Gunsten der Arbeitgeber an.

am schlechtesten. Die Hälfte der Altenpflegerinnen arbeitet trotz Vollzeitstelle zu Löhnen von weniger als 1.500 Euro brutto im Monat (vgl. Tab. 26). Dabei ist der Anteil an niedrig entlohnenden Pflegekräften in Thüringen aufgrund der Einkommensdifferenz gegenüber den alten Ländern noch einmal deutlich höher einzuschätzen.

Tab. 26: Bruttoeinkommen der voll- und teilzeitbeschäftigten Frauen in der Altenpflege

Einkommen Teilzeit		Einkommen Vollzeit	
bis 400 e	25 %	bis 1.500 €	50 %
401-800 €	22 %	1.501-2.000 €	28 %
801-1.500 €	33 %	2.001-3.000 €	17 %
mehr als 1.500 €	20 %	mehr als 3.000 e	6 %

Quelle: Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit

Im Gesundheitswesen haben Ärzte mit Abstand den höchsten Verdienst. Allerdings variieren innerhalb der akademischen Berufe (Arzt und Apotheker) die Verdienste stark nach Geschlecht. So verdienen männliche Ärzte im Durchschnitt rund 6.000 Euro Brutto im Monat, während bei den Ärztinnen der Verdienst rund 4.700 Euro Brutto beträgt. Den geringsten Verdienst mit unter 2.000 Euro Brutto haben die Diätassistenten, pharmazeutisch-technischen Assistenten sowie Helferinnen in der Krankenpflege. Krankenschwestern/-pfleger und Medizinlaboranten verdienen rund 2.450 Euro Brutto, während die Löhne in den anderen Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens bei rund 2.000 Euro Brutto liegen. Diese Löhne liegen unterhalb der Verdienste in anderen Dienstleistungsbereichen wie Erziehung und Unterricht, entsprechen jedoch dem durchschnittlichen Verdienst im produzierenden Gewerbe (vgl. Tab. 27).

Tab. 27: Bruttomonatsverdienste der Vollzeitbeschäftigten im Oktober 2006 in Thüringen

	insgesamt	Männer	Frauen
Gesundheitswesen			
Ärzte (841)*	5.419 €	5.971 €	4.665 €
Apotheker (844)	3.048 €	3.651 €	2.923 €
Masseure, Krankengymnasten (852)	2.033 €	2.029 €	2.034 €
Krankenpfleger/-schwester, Hebamme (853)	2.443 €	2.448 €	2.442 €
Helfer in der Krankenpflege (854)	2.054 €	2.185 €	1.898 €
Diätassistenten/ pharmazeutisch - technische Assistenten (855)	1.749 €		1.749 €
Sprechstundenhelfer (856)	1.998 €	1.730 €	2.088 €
Medizinlaboranten (857)	2.453 €	1.924 €	2.516 €
Produzierendes Gewerbe⁹⁹			
Fahrzeugbau (DM)**	2.291 €		
Maschinenbau (DK)	2.311 €		
Baugewerbe (F)	2.082 €		
Dienstleistungsgewerbe			
Erziehung und Unterricht (M)	3.001 €		
Kredit- und Versicherungsgewerbe (J)	2.862 €		
Gastgewerbe (H)	1.579 €		

*Berufsordnungsnummern, ** Wirtschaftszweigklassifikation
Quelle: TLS 2009: Verdienststrukturerhebung in Thüringen Oktober 2006

Vor allem in den Krankenhäusern kam es in den letzten Jahren zunehmend zu einer Lohnspreizung zwischen den einzelnen Beschäftigtengruppen. In Thüringen sind diese Entwicklungen besonders stark ausgeprägt. So

99 Eine Aufschlüsselung nach Berufen innerhalb der WZ ist für den Bericht nicht relevant, da die Löhne innerhalb des WZ nicht so stark variieren. Angaben zu den Löhnen lagen nicht geschlechtsspezifisch vor.

liegen die jährlichen Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst und damit die Löhne über dem bundesweiten Durchschnitt, wobei die Personalkosten pro Arzt in privaten und freien Krankenhäusern höher sind als in den öffentlichen Krankenhäusern im Freistaat. Dagegen liegen die Personalkosten je Vollkraft bei den Pflegediensten in Thüringen deutlich unter dem bundesweiten Schnitt. Nur in Sachsen (43.702 Euro) und Sachsen-Anhalt (43.565 Euro) sind die Personalkosten im Pflegedienst geringer als in Thüringen. Darüber hinaus sind die jährlichen Personalkosten pro Pflegekraft in privaten Krankenhäusern 2.000 Euro geringer als in den öffentlichen und freien Krankenhäusern in Thüringen (vgl. Tab. 28).

Auch in den anderen Bereichen des nichtärztlichen Dienstes - mit Ausnahme des medizinisch-technischen Dienstes - liegen die Personalkosten unter dem bundesweiten Durchschnitt, wobei die öffentlichen Thüringer Krankenhäuser deutlich höhere Personalkosten aufweisen als die freien und privaten Krankenhäuser. Die privaten Krankenhäuser haben wiederum im nichtärztlichen Dienst deutlich geringere Personalkosten als die freien Träger (vgl. Tab. 28).

Die Bemühungen vergleichbare Tarifstandards durchzusetzen, die sich an den Regelungen der öffentlichen Krankenhäuser orientieren, wird durch die staatliche Deckelung des Krankenhausbudgets erschwert, da somit an anderer Stelle Einsparungen notwendig wären.¹⁰⁰

Tab. 28: Personalkosten je Vollkraft nach Berufen und Trägern 2009

	Deutschland	Thüringen	Thüringen nach Trägern		
			öffentlich	frei	privat
Ärztliche Dienst	99.434	101.219	100.205	102.965	101.713
Pflegedienst	48.757	43.980	44.643	44.802	42.771
Medizinischer Dienst	48.114	48.888	55.368	43.684	41.526
Funktionsdienst	49.441	43.239	43.954	42.911	42.418
klinisches Hauspersonal	31.618	28.900	28.617	29.755	27.809
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	37.326	34.507	34.095	35.181	34.855
Technischer Dienst	49.104	47.997	51.905	45.465	40.938

Quelle: Statistisches Bundesamt

100 Vgl.: Böhlke/Schulten 2008, S. 27.

4.3 Finanzierungsbedingungen und -probleme

4.3.1 Finanzierungsbedingungen in der Sozialwirtschaft

In Folge der Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen haben sich die Finanzierungsbedingungen für soziale Einrichtungen und deren Träger stark gewandelt. Die Objektfinanzierung, welche die zur Verfügung gestellten Plätze bzw. das gesamte Angebot von Leistungsanbietern finanziert hat, wurde durch eine Subjektfinanzierung, die lediglich die tatsächliche Nachfrage finanziert, abgelöst und das Selbstkostendeckungsprinzip, bei dem die angefallenen Personal- und Sachkosten retrospektiv von den Sozialleistungsträgern übernommen werden, wurde durch prospektive Finanzierungsformen ersetzt. Ein Blick auf die Entwicklung der Ertragsstrukturen der von der FSU Jena 2011 befragten Einrichtungen zeigt, dass zwischen 2006 und 2011 der Anteil öffentlicher Zuschüsse und Spenden am Umsatz abgenommen und der Anteil der Leistungs- und Nutzerentgelte zugenommen hat.

4.3.1.1 Befristete Zuwendungsfinanzierungen

Zuwendungsfinanzierungen sind an den öffentlichen Haushalt gebunden und dienen der Bereitstellung von Dienstleistungen, die nicht über den Weg einer (rechtlich garantierten) Entgeltfinanzierung gewährleistet sind. Es handelt sich in der Regel um freiwillig finanzierte Angebote, wie beispielsweise Jugendclubs, Gesundheits-, Schuldner-, Familien- oder Erziehungsberatungsstellen. In Folge der zurückgehenden öffentlichen Haushalte wurden in der Vergangenheit zahlreiche freiwillige Angebote reduziert. Die befristeten Finanzierungen werden zudem nicht mehr wie vormals quasi automatisch verlängert sondern stehen angesichts der angespannteren Haushaltslagen regelmäßig neu zur Disposition und entsprechende Verträge können erst nach Verabschiedung der Haushaltsplanung erfolgen. Dies hat unter Umständen zur Folge, dass Einrichtungen zu Beginn des Wirtschaftsjahres der Kommunen keine Finanzierung erhalten. Zwar können die Leistungen nach der Bewilligung des Haushaltes rückwirkend geltend gemacht werden, müssen aber in Vorkasse gestellt werden und sind mit dem Risiko verbunden, dass der Vertrag nicht geschlossen und die bereits geleistete Arbeit nicht entlohnt wird.

Diese im Bereich der Zuwendungsfinanzierung strukturell angelegte Planungs- und Handlungsunsicherheit stellt ein Risiko für eine nachhaltige Entwicklung sowohl hinsichtlich der Leistungsangebote als auch der Personal- und Organisationsentwicklung dar. Die von befristeter Zuwendungsfinanzierung betroffenen Einrichtungen klagen über eine hohe Personalfuktuation, aufgrund befristeter Arbeitsverträge und unsicherer Zukunftsperspektiven. Die Rekrutierung und Bindung von qualifiziertem Fachpersonal ist deutlich erschwert und führt zwangsläufig zu Qualitätseinschnitten, indem z. B. häufig Einarbeitungszeiten notwendig sind. Des Weiteren berichteten im Rahmen der Erhebung der FSU Jena für den Sozialwirtschaftsbericht Thüringen die Gesprächspartner davon, dass Projektziele nicht oder nur teilweise verwirklicht werden können sowie mühsam aufgebaute Kooperationen und Netzwerke durch die Unterbrechung oder Beendigung der Finanzierung sowie durch häufige Personalwechsel verloren gehen.

4.3.1.2 Investitionsbedingungen und der Zugang zu Krediten und Bürgschaften

Mit der Veränderung der Finanzierungsbedingungen innerhalb der Sozialwirtschaft wächst der Bedarf der Leistungsanbieter an Fremdkapital. Land und Kommunen haben sich größtenteils aus der Investitionsförderung zurückgezogen und öffentliche Fördermittel stark zurückgefahren. Des Weiteren hat die Umstellung von Objekt- auf Subjektförderung dazu geführt, dass Investitionskosten (zunächst im Pflegebereich und später auch in anderen Bereichen) auf die Leistungsentgelte umgelegt werden und notwendige Ersatz- oder Neuinvestitionen vorfinanziert werden müssen.

Die Vorfinanzierung von Investitionen gestaltet sich besonders für kleine Träger aufgrund der geringen Eigenkapitalquote als schwierig. Hinzu kommt im Bereich der Gemeinnützigkeit die fehlende Möglichkeit, Rücklagen zu bilden. Die Einführung der Basel-II-Kreditrichtlinien hat die Investitionsbedingungen für Einrichtungen der Sozialwirtschaft zusätzlich erschwert: Gerade gewerbliche Banken haben häufig kein auf die Branche zugeschnittenes Ratingsystem, welches eine passgenaue Bonitätseinschätzung ermöglicht. So werden beispielsweise die äußerst geringen Ausfallquoten innerhalb der Branche nicht in die Kalkulation einbezogen. In der Konsequenz bedeutet das einen erschwerten Zugang zu Krediten bzw. einen erhöhten Schuldzinssatz, besonders für kleine Träger, die in der Regel kaum über Eigenkapital oder Anlagevermögen verfügen. Von den von der FSU Jena 2011 befragten freien und privaten Trägern bewerten 28 % den Zugang zu

Kredit für Einrichtungen in ihrer Trägerschaft als eher schlecht (21 %) oder sehr schlecht (7 %) (vgl. Abb. 58). Während bei größeren Trägern die Beantragung eines Kredites nach Ansicht von Branchenexperten bislang nur in Ausnahmefällen ein Problem darstellt, haben viele kleine Einrichtungen, wie private Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen in eigener Trägerschaft, Schwierigkeiten Fremdkapital zu akquirieren.¹⁰¹

4.3.2 Steigende Kosten im Krankenhausbereich

Die Kosten der Krankenhäuser setzten sich 2009 zu 61 % aus Personal- und zu 38 % aus Sachkosten zusammen. 1 % der Kosten umfassten u. a. Zinsen und Steuern. Die Kostenanteile variierten stark nach Trägern. Der Personalkostenanteil in privaten Krankenhäusern liegt bei nur 58 %, während er in den freigemeinnützigen bei 60 % und in den öffentlichen Krankenhäusern bei 63 % liegt. Den höchsten Sachkostenanteil mit 40 % verzeichnen die privaten Krankenhäuser, während er in den freigemeinnützigen bei 38 % und in den öffentlichen Krankenhäusern bei 36 % liegt.¹⁰²

Insgesamt haben sich die Kosten der Thüringer Krankenhäuser zwischen 1995 und 2009 um 64 % erhöht und betragen 2009 rund 2,1 Mrd. Euro (vgl. Tab. 29).

Tab. 29: Entwicklung der Gesamtkosten der Krankenhäuser in Thüringen 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Gesamtkosten (ohne Abzüge)	1.281.536	2.098.728	+64 %
Personalkosten	807.693	1.273.631	+58 %
Sachkosten	471.097	790.160	+68 %
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	2.073	9.894	+377 %
Steuern ¹⁰³	-	2.994	
Ausbildungsstätten	673	3.599	+435 %
Aufwendungen für den Ausbildungsfond ¹⁰⁴		18.450	
Bereinigte Kosten (nach Abzügen)	1.235.155	1.910.245	+55 %

Quelle: TLS 2011

Die Kosten je Bett und die Kosten je Berechnungs- und Behandlungstag haben sich zwischen 1995 und 2009 fast verdoppelt und die Kosten je Behandlungsfall um 26 % erhöht (vgl. Tab. 30).

Tab. 30: Bereinigte Kosten je Bett/Belegungstag/Behandlungsfall

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Bereinigte Kosten je Bett	64.688 €	118.796 €	+84 %
Bereinigte Kosten je Belegungstag	228 €	419 €	+84 %
Bereinigte Kosten je Behandlungsfall*	2.713 €	3.423 €	+26 %

*ab 2005 Fallzahl einschließlich gesunder Neugeborener

Quelle: TLS 2011

Die Personalkosten im selben Zeitraum um insgesamt 58 % gestiegen, allerdings variiert dies stark nach den Beschäftigtengruppen. Während im ärztlichen Dienst die Kosten um 114 % gestiegen sind, stiegen die Kosten im Pflegedienst um lediglich 32 %. Deutlich gestiegen sind die Kosten auch im medizinisch-technischen Dienst, im Funktionsdienst sowie im Verwaltungsdienst. Starke Kürzungen gab es in Folge von Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen dagegen im Bereich des klinischen Hauspersonals (-59 %) und des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes (-13 %) (vgl. Tab. 31).

¹⁰¹ Eine Schilderung der Schwierigkeiten und Hindernisse bei der Beantragung des Investitionskredites ist der Langfassung des Sozialwirtschaftsberichtes Thüringen zu entnehmen.

¹⁰² Bundesamt für Statistik, 2009.

¹⁰³ Steuern werden seit 2002 von der Statistik erfasst.

¹⁰⁴ Krankenhäuser zahlen seit 2008 in den Ausbildungsfond ein.

Tab. 31: Entwicklung der Personalkosten nach Diensten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2000	2005	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Personalkosten	807.693	913.758	1.107.502	1.273.631	+58 %
davon ärztlicher Dienst	179.911	218.404	293.173	385.302	+114 %
davon Pflegedienst	304.899	351.439	364.726	401.742	+32 %
davon medizinisch- technischer Dienst	102.962	114.188	161.115	182.875	+78 %
davon Funktionsdienst	68.898	83.096	104.645	123.308	+79 %
davon klinisches Hauspersonal	17.770	13.011	9.832	7.288	-59 %
davon Wirtschafts- und Versorgungsdienst	41.837	38.581	36.247	36.233	-13 %
davon Verwaltungsdienst	52.810	58.514	74.072	80.127	+52 %

Quelle: TLS 2011

Die Sachkosten, die zur Hälfte in medizinischen Bedarf und zu 12 % in die pflegesatzfähige Instandhaltung der Krankenhäuser fließen, sind im Betrachtungszeitraum um 68 % gestiegen. Dabei haben sich die Kosten für Wasser, Energie und Brennstoffe, den medizinischen Bedarf und die Verwaltung fast verdoppelt. Auch die Kosten für Lebensmittel und bezogene Dienstleistungen sowie Versicherungen und sonstige Abgaben sind deutlich gestiegen (vgl. Tab. 32).

Die Ausstattung der Kliniken mit medizinisch-technischen Großgeräten hat sich im Zeitraum von 2002 bis 2009 um 33 % erhöht. Dabei wurden vor allem die koronarangiographischen Arbeitsplätze (Linksherzkatheter-Messplätze) von 12 auf 28 Plätze ausgebaut.

Tab. 32: Entwicklung der Sachkosten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro

	1995	2009	Entwicklung 1995 bis 2009
Sachkosten	471.097	790.160	+68 %
davon Lebensmittel und bezogene Leistungen	28.434	46.654	+64 %
davon medizinischer Bedarf	229.629	392.317	+71 %
davon Wasser, Energie und Brennstoffe	32.022	58.295	+82 %
davon Wirtschaftsbedarf	52.741	66.355	+26 %
davon Verwaltungsbedarf	26.128	47.333	+81 %
davon Zentraler Verwaltungsdienst	936	13.443	+1.336 %
davon sonstige Abgaben, Versicherungen	13.337	21.396	+60 %
davon Pflegesatzfähige Instandhaltung	63.248	93.642	+48 %

Quelle: TLS 2011

4.4 Flächendeckende Versorgung

4.4.1 Geringe Standortattraktivität

Da die Gesundheits- und Sozialwirtschaft überdurchschnittlich viele Beschäftigungsoptionen in ländlichen, eher strukturschwachen Regionen bietet, sind Stellenbesetzungsprobleme zum Teil auf eine mangelnde Standortattraktivität zurückzuführen.

So beklagen Pflegeeinrichtungen in ländlich geprägten Regionen etwas häufiger Rekrutierungsprobleme als Einrichtungen, deren Kunden und Klienten in (eher) städtischen Einzugsgebieten leben (vgl. Tab. 33). In einer 2010 durchgeführten Befragung der FSU Jena führte jede vierte Einrichtung mit einem (eher) ländlich geprägten Einzugsgebiet Stellenbesetzungsprobleme auf eine geringere Standortattraktivität zurück¹⁰⁵.

Tab. 33: Zustimmung von Pflegeeinrichtungen zu Fragen nach Rekrutierungsproblemen, unterschieden nach Art des Einzugsgebietes

	Nach Einzugsgebieten	
	(eher) ländlich (n=22)	(eher) städtisch (n=32)
Rekrutierung von Fachpersonal ist insgesamt (über alle Qualifikationsgruppen hinweg) problematisch.	72 %	64 %
In den vergangenen zwei Jahren konnten offene Stellen über längere Zeit (mind. 3 Monate) nicht besetzt werden.	62 %	50 %
In der Einrichtung gibt es derzeit offene Stellen, die nicht besetzt werden können.	47 %	40 %

Quelle: FSU Jena 2011

4.4.2 Drohender Hausärztemangel in ländlich geprägten Regionen

Im November 2011 waren in Thüringen 1.466,25 Personalstellen für Hausärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung besetzt. Der Versorgungsgrad der Hausärzte variiert allerdings stark nach Regionen: Während Jena und Weimar/Weimarer Land der hausärztliche Versorgungsgrad über 110 % liegt und damit dieser Bezirk gesperrt ist, sich also dort kein Hausarzt mehr niederlassen kann, fehlt in einigen Landkreisen schon jetzt eine Vielzahl an Hausärzten (vgl. Tab. 34).

Von der KVT wird die zukünftige Versorgungslage der Hausärzte in Thüringen als kritisch betrachtet. Wie die Altersstruktur zeigt (vgl. Abb. 8), wird eine relativ große Zahl älterer Ärzte in den nächsten Jahren das Renteneintrittsalter erreichen. Die Suche nach einem Praxisnachfolger gestaltet sich jedoch gerade in ländlich geprägten Regionen als schwierig.

Doch „muss nicht in allen Regionen, insbesondere in den überversorgten Städten und Kreisen, jeder frei werdende Arztsitz auch wieder besetzt werden. Kritisch stellt sich die Lage allerdings in den Regionen dar, in denen ungünstige Faktoren kumulieren: niedriger ärztlicher Versorgungsgrad, hoher Altersanteil bei den Ärzten und Schwierigkeiten mit der Wiederbesetzung (aufgrund regionaler Gegebenheiten)“.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Vgl. Behr/Ehrlich 2010: S.56f.

¹⁰⁶ Klose/Rehbein 2011: 110.

Tab. 34: Hausärztlicher Versorgungsgrad in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens zum 23.08.2011

Region	Anzahl der Ärzte	Versorgungsgrad in %
Weimar/Weimarer Land	100,50	111,0
Jena	74,00	110,9
Sonneberg	48,30	107,0
Saalfeld-Rudolstadt	81,00	99,6
Saale-Orla-Kreis	59,00	99,1
Saale-Holzland-Kreis	57,00	98,2
Unstrut-Hainich-Kreis	77,25	97,8
Eisenach/Wartburgkreis	120,75	94,7
Erfurt	131,00	94,7
Eichsfeld	70,50	94,3
Gera	66,50	92,9
Schmalkalden-Meiningen	117,50	92,9
Kyffhäuserkreis	56,00	90,6
Sömmerda	43,50	90,5
Ilm-Kreis	66,00	87,3
Altenburger Land	58,50	85,3
Gotha	77,50	85,1
Nordhausen	56,25	84,3
Hildburghausen	41,00	83,3
Greiz	61,50	82,4

Quelle: KVT 2011

5 Handlungsempfehlungen

Der vorliegende Gesundheits- und Sozialwirtschaftsbericht ist als ein träger- und bereichsspezifischer Branchenüberblick konzipiert, der die Wirtschaftskraft der Branche und die beschäftigungspolitische Bedeutung zu erfassen versucht. Darüber hinaus werden Wachstumshemmnisse und Problemkonstellationen aufgezeigt, welche den Entscheidungsträger bei der Erarbeitung von Handlungs- und Gestaltungsoptionen als Orientierungshilfen dienen können. Auch wenn sich also Handlungsempfehlungen primär aus der Rezeption des Berichtes heraus ergeben sollen, sollen nachfolgend einige zentrale Vorschläge und Ideen skizziert werden, die im Rahmen der Geschäftsführerbefragung sozialer Einrichtungen und der Expertengespräche im Rahmen der Erhebung der FSU Jena im Jahr 2011 dokumentiert wurden. Auch werden Maßnahmen der Landesregierung angeführt, die bereits in den einzelnen Handlungsfeldern initiiert wurden.

5.1 Dem Fachkräftemangel entgegenwirken

Während in der Vergangenheit einem großen Angebot an Fachkräften eine geringe Nachfrage gegenüberstand, ist die aktuelle Situation gekennzeichnet durch eine Veränderung der Altersstruktur bei den Belegschaften und einen massiven Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials. Mit diesem demografisch bedingten Umbruch verändert sich die Machtasymmetrie ein Stück weit zugunsten qualifizierter Arbeitskräfte und die Optionen der Beschäftigten (insbesondere der jungen, gut qualifizierten) steigen. Um Fachkräftewettbewerb erfolgreich zu bestehen, muss das Handlungsfeld Personal flächendeckend professionalisiert und müssen Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten verbessert werden. Zudem gilt es, Sozial- und Gesundheitsberufe zu bewerben, Ausbildungswege, -inhalte und -finanzierungsbedingungen zu optimieren und neue Modelle der Arbeitsorganisation zu erproben.

5.1.1 Ausbildungs- und Rekrutierungsbedingungen verbessern

Die Einrichtungen und Träger im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft sind angehalten, die Ausbildungsquoten für Gesundheits- und Pflegeberufe zu erhöhen. Der Gesetzgeber kann hierzu beitragen, indem die Kosten der Ausbildung auf alle Einrichtungen übertragen werden, so dass der Preiswettbewerb im Pflegebereich nicht zu Lasten der Ausbildungsquoten geht. Neben einer solchen Ausbildungumlage gilt es, die Ausbildungsfinanzierung bundeseinheitlich zu regeln. Zahlreiche der von der FSU befragten Branchenvertreter plädierten zudem für eine Reform der Pflegeausbildung, welche im Kern eine gemeinsame (Grund-)Ausbildung von Altenpflege und Krankenpflege vorsieht.¹⁰⁷ Nachfolgend ein kurzer Überblick über diesen und andere Vorschläge der befragten Leiter und Geschäftsführer hinsichtlich möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation (vgl. Statementbox 1).

*Statementbox 1: Ausgewählte Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildungssituation*¹⁰⁸

„Die Kranken- und Altenpflegeausbildung sollte zukünftig zusammengeführt werden.“
„Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung muss verändert werden, da bisher die Ausbildungskosten die Tagessätze für die Bewohner erhöhen.“
„Es ist eine Akademisierung des Pflegeberufs notwendig, d.h. die Ausbildung zur Pflegefachkraft sollte zukünftig verstärkt an Fachhochschulen erfolgen.“
„Es müssen mehr Möglichkeiten geschaffen werden zur Ausbildung/ Weiterbildung von Ungelernten und Quereinsteigern z.B. durch eine berufsbegleitende Ausbildung/Weiterbildung.“
„Eine Neustrukturierung der Erzieherausbildung ist dringend notwendig, da sie nicht mehr zeitgemäß und qualitativ schlecht ist (z.B. mehr Supervision und Möglichkeit der Spezialisierung zum Heimerzieher/-in).“
„In Hinblick auf Pflege- und Erziehungsberufe muss mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um jene Berufszweige aufzuwerten und verstärkt zu bewerben.“
„Generell sollten die Ausbildungsinhalte modernisiert und attraktiver gemacht werden.“
„Die Anerkennung von Heilerziehungspfleger/-innen als Pflegekräfte ist notwendig.“

Quelle: Eigene Erhebung (2011)

¹⁰⁷ Bislang sind die beiden Ausbildungen nach bundesweiten Gesetzen (Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz) in jeweils dreijähriger Ausbildung mit gleichartigen Zugangsvoraussetzungen und gleichwertigen Abschlüssen geregelt. Nach dem Koalitionsvertrag sollen die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisiert und zusammengeführt werden, wobei eine Bund-Länder-Kommission gebildet wurde, die momentan Eckpunkte der Zusammenführung von Alten- und Krankenpflegegesetz ausarbeitet.

¹⁰⁸ Die Aussagen geben nicht die Meinung der Landesregierung wieder, sondern sind ausschließlich Auffassungen der Befragten.

Im Pflegesektor muss die Ausbildung von Nachwuchsfachkräften besonders intensiviert werden. So wünschten sich die Branchenvertreter eine Fortsetzung der Finanzierung des dritten Ausbildungsjahres für Umschüler durch die Arbeitsagenturen, auch weil die Abwanderungsneigung der Umschüler im Vergleich zu den Absolventen der Erstausbildung deutlich geringer ist.

5.1.2 Vernetzen und Kooperationen eingehen

Kooperationen zu suchen und eine stärkere Vernetzung mit Schulen, Ausbildungsstätten, Arbeitsämtern und anderen Trägern einzugehen wird für die Einrichtungsträger künftig zentraler Erfolgsfaktor sein. Denn so lassen sich gemeinsam Ausbildungsinhalte erarbeiten und auf die Anforderungen in der Praxis abstimmen, Kooperationsverträge schließen, Verbundprojekte organisieren und einrichtungsübergreifende Strategien zur Personalakquisition entwickeln. Gemeinsam organisierte Informations- und Imagekampagnen zum Anwerben von Fachkräften, Fachkräftepools, Fachkräftenetzwerke und Arbeitgeberzusammenschlüsse sind bereits im Verarbeitenden Gewerbe erprobte Instrumente der Rekrutierung, auf die im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft bislang kaum zurückgegriffen wird.

5.1.3 Personal- und Organisationsentwicklung fördern

Weiterbildung und Qualifizierung ist in Zeiten des Fachkräftemangels ein wichtiges Instrument der Fachkräfterekrutierung und -bindung. Um eine individuelle Karriereplanung zu ermöglichen, sind Einrichtungen und Träger angehalten Weiterbildungen zu finanzieren, Mitarbeiter dafür freizustellen und Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten transparent zu gestalten. Die Inhalte von Fort- und Weiterbildungen gilt es in Kooperation mit den Einrichtungen und Bildungsträgern zu aktualisieren. Der Gesetzgeber kann zu einer Verbesserung der Situation beitragen, indem die Weiterqualifikation von Pflegehilfs- zu Pflegefachkräften bundesweit vereinheitlicht wird.

Die Kostenträger der Sozialleistungen sind aufgefordert, die Personalentwicklung im Bereich der befristeten projektfinanzierten Sozialdienstleistungen zu verbessern, da hier die Kosten für berufsspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote, für betriebliche Altersvorsorgemodelle und Gesundheitsmanagement nicht oder nur mit niedrigen Pauschalsätzen refinanziert werden. Zudem wünschen sich die im Rahmen der Erhebung der FSU 2011 befragten freien Träger stärker an Beratungsprogrammen (Existenzgründung, Personal- und Organisationsentwicklung) partizipieren zu können, da diese bislang in hohem Maße der Privatwirtschaft vorbehalten sind. Die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen beurteilt die Notwendigkeit einer spezifischen Sozialwirtschaftsberatung, gerade hinsichtlich der Kleinteiligkeit der Strukturen, der lokalen Wirkungs- und Aktionsradien, der Anforderungen des Gemeinnützigkeitsrechts sowie der notwendigen Einbindung von Ehrenamtlichen als sehr hoch.

5.1.4 Gesundheitsmanagement professionell betreiben

Aufgrund der veränderten personalwirtschaftlichen Rahmenbedingungen steht die Gesundheits- und Sozialwirtschaft nicht nur vor der Herausforderung möglichst erfolgreich neues Personal einzuwerben, sondern vor allem bestehendes Personal zu binden sowie Fluktuation und krankheitsbedingte Ausfälle zu reduzieren. Neben Weiterbildung und Qualifizierung kann ein professionelles Gesundheitsmanagement dazu beitragen, die potenzielle Verweildauer im Beruf zu erhöhen sowie Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten zu steigern. Gesundheitlich belastende Faktoren können durch Organisationsentwicklungsprozesse wie die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle, die Entlastung von fachfremden Aufgaben (z. B. Administration, Transport), durch physische Interventionsmaßnahmen (z. B. ergonomische Arbeitsplätze, technische Hilfsmittel, Optimierung von Arbeits- und Ablaufprozessen) sowie psychische Interventionsmaßnahmen (z. B. kollegiale Beratung, Supervision, Mitarbeitergespräche) maßgeblich reduziert werden.

5.1.5 Entlohnungsbedingungen verbessern

Zwar wächst angesichts des befürchteten Fachkräftemangels die Primärmachtposition der Beschäftigten, allerdings führt dies bislang nur in wenigen Fällen zu einer Verbesserung der Arbeits- und

Entlohnungsbedingungen. Wenn sich zukünftig die Wahlmöglichkeiten junger, gut ausgebildeter Arbeitnehmer weiter erhöhen, werden Einrichtungen mit einem geringen Lohn- und Gehaltsniveau, defizitären Anerkennungspolitiken, fehlenden Partizipationsmöglichkeiten, schlechten Arbeitsbedingungen und autoritären Führungskulturen unter Druck geraten. Die Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft sind daher aufgefordert, moderne Führungskulturen zu etablieren und akzeptable Entlohnungsstandards für ihre Beschäftigten zu schaffen.

Entgegen einem häufig skizzierten Bild geht die Ökonomisierung der Dienstleistungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft nicht zwangsläufig mit der Schaffung prekärer Beschäftigungsbedingungen einher. „Der sich abzeichnende Trend, die sozialen Dienste als Niedriglohnbereich zu etablieren, ist keineswegs eine zwangsläufige Begleiterscheinung der Transformation des Sozialsektors zur Sozialwirtschaft (...) sondern verdankt sich neben der staatlichen Sparpolitik auch der Weigerung der Träger und Einrichtungen - insbesondere der großen Verbände - im Sozialsektor gemeinsame Optionen bzw. tragfähige Gegenstrategien zu entwickeln“.¹⁰⁹ Vor allem die Gewerkschaften sind gefragt vergleichbare Tarifstandards in der Branche durchzusetzen, die sich an den Regelungen des öffentlichen Tarifs orientieren. Dies verlangt auch eine Erhöhung der Leistungsentgelte seitens der Kostenträger und entsprechend jener Mittel, die in den Sektor fließen.

5.1.6 Neue Modelle der Arbeitsorganisation

Viele Branchenexperten bezweifeln, dass der zukünftig stark steigende Bedarf an Altenpflegefachkräften allein durch eine Erhöhung der Ausbildungsquoten gedeckt werden kann. Vor dem Hintergrund einer Gleichzeitigkeit von Fachkräftemangel und (Langzeit-)Arbeitslosigkeit gelte es, neue Modelle der Arbeitsorganisation und der Personalplanung zu erproben. Ziel dieser Modelle ist es, Fachkräfte noch stärker durch Assistenzkräfte zu entlasten, indem Arbeitsabläufe so organisiert werden, dass auch Mitarbeiter mit einem eingeschränkten Qualifizierungspotenzial eingesetzt werden können. Denkbar ist eine Dreiteilung, in der einige wenige qualifizierte Fach- und Führungskräfte die Prozesssteuerung übernehmen, d. h. die Pflege planen und delegieren sowie deren Durchführung kontrollieren und evaluieren, das Pflegepersonal die Pflege durchführt und eine größere Zahl der Mitarbeiter Assistenz leistet, „leichte“ Behandlungspflege durchführt oder im Servicebereich tätig ist. Erprobt werden solche Modelle der Arbeitsorganisation bereits, z. B. in präventiv orientierten Wohnstiften, in denen die Mitarbeiter ausschließlich im Bereich Service und Assistenz tätig sind und qualifizierte Pflegefachkräfte nur punktuell hinzugezogen werden.

Die Gefahr einer solchen Gleichzeitigkeit von Professionalisierung und Deprofessionalisierung liegt darin, dass Qualitätslimits unterschritten und fachliche Standards unterterminiert werden. Andererseits bieten neue und innovative Modelle der Arbeitsorganisation im Bereich der Pflege die Chance, dem drohenden Fachkräftemangel entgegen zu wirken und gleichzeitig gering qualifizierte Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren.¹¹⁰

¹⁰⁹ Buestrich/Wohlfahrt 2008, S. 49.

¹¹⁰ Ein vom Caritasverband durchgeführtes Projekt zur Qualifizierung benachteiligter junger Menschen für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft (CariVia) hat gezeigt, dass ein solcher Prozess dringend der Unterstützung und Begleitung hierfür qualifizierter Fachkräften bedarf. Vgl. hierzu: Cremer 2011.

5.2 Finanzierungsbedingungen verbessern

Die Finanzierungsbedingungen innerhalb der Branche zu verbessern, meint nicht automatisch mehr Kapital in das System zu leiten, sondern zunächst einmal die öffentlichen Mittel und Zuschüsse nachhaltiger auf der Grundlage von beteiligungsorientierten Sozialplanungen zu investieren, Leistungsanbietern den Zugang zu Krediten, Bürgschaften und privatem Kapital zu erleichtern sowie ganz allgemein mehr Finanzierungs- und Planungssicherheit zu gewährleisten. So sind die Einrichtungen und Träger angehalten, unternehmerisch zu denken und zu handeln, ohne dass ihnen jedoch ausreichend betriebswirtschaftliche Handlungsspielräume eingeräumt werden. Die Leistungsanbieter müssen wirtschaftliche Risiken eingehen, Auftrags- und Personalschwankungen ausgleichen. Gleichzeitig ist es den Einrichtungen kaum möglich, liquide Rücklagen zu bilden. Nach Ansicht von Branchenexperten führt die von vielen Sozialleistungsträgern noch immer zu Grunde gelegte Plus-Minus-Null Logik zwangsläufig dazu, dass unsauber und unehrlich kalkuliert wird. Die Investkostensätze spiegeln nicht die realen Refinanzierungskosten wieder und die mit einer Investition verbundenen wirtschaftlichen Risiken werden in den Kostensätzen nicht bzw. nur unzureichend berücksichtigt. Zudem besteht eine Differenz hinsichtlich des Zeitraums der Abschreibung und der Kredittilgung.

5.2.1 Zugang zu Krediten, Bürgschaften und privatem Kapital verbessern

Viele Leistungsanbieter stehen vor der schwierigen Aufgabe, Ersatz- und Neuinvestitionen zu tätigen, ohne über ausreichende Kapitalrücklagen und Sicherheiten zu verfügen. Aufgrund niedriger Rentabilitätskennziffern und geringer Eigenkapitalausstattung ist der Zugang zu Krediten gerade für kleine und gemeinnützige Einrichtungen und Träger erschwert. Neben der Erhöhung der Volumina öffentlicher Kreditgeber für die Sozialwirtschaft könnten öffentliche Garantien und staatliche Bürgschaftsprogramme helfen, die Bonität und damit auch die Finanzierungsbedingungen für die Leistungsanbieter zu verbessern. Darüber hinaus regt die LIGA der freien Wohlfahrtspflege Thüringen an, steuerrechtliche Vergünstigungen für private Investoren zu schaffen. Eine Erhöhung der Abschreibungssätze für Sozialimmobilien (analog der Förderung regenerativer Energien), würde es den Wohlfahrtsverbänden ermöglichen, Sozialkapital-Fonds zu bilden.

Auf Bundesebene besteht es mit dem Bundesmittel Revolvingfonds bereits ein attraktives alternatives Finanzierungsmodell: Der treuhänderisch verwaltete Fond vergibt zinslose Darlehen an freigemeinnützige Einrichtungen und Organisationen. Seit Mitte der 1970er Jahre wurden so Maßnahmen in Höhe von fast 370 Mio. Euro gefördert. Der Vorteil eines solchen Fonds liegt in der konstanten Förderung, wobei die Tilgungen nicht an den Staat zurückgezahlt, sondern erneut als zinsloses Darlehen in die freie Wohlfahrtspflege zurückfließen und der Fonds sich auf diese Weise selbstständig aufrechterhält. Dabei wird nicht das gesamte Investitionsvorhaben finanziert, sondern ein Eigenkapitalähnlicher Anteil gestellt. Ein solches Modell wäre auch auf Landesebene denkbar, da es sich auf bestimmte Projekte beschränken ließe und sich auf diese Weise Investitionen gezielt steuern lassen.

5.2.2 Nachhaltige Entwicklung durch langfristige Finanzierung gewährleisten

Die in der befristeten Zuwendungsfinanzierung strukturell angelegte Planungs- und Handlungsunsicherheit birgt für die nachhaltige Entwicklung der Leistungsangebote wie auch des Personals und der Organisation ein gewisses Risiko. Gerade bei langfristig angelegten Aufgaben im Bereich sozialer Dienstleistungen sollten die öffentlichen Mittel möglichst effizient und auf der Grundlage von Sozialplanungsprozessen eingesetzt werden. Nur langfristige und stabile Kooperationsbeziehungen garantieren, dass geschaffene Netzwerke erhalten und ausgebaut, Projekte langfristig geplant und durchgeführt sowie innovative Ideen erprobt werden können. Wo immer es sich um stabile Aufgabenfelder sozialer Arbeit handelt, stellen vertragliche Leistungsvereinbarungen die Methode mit der höchstmöglichen Finanzierungs- und Planungssicherheit dar.

Für Zuwendungsfinanzierungen, die nicht in Leistungsvereinbarungen überführt werden können, bietet sich eine sogenannte rollierende Planung an. Die auf einen bestimmten Zeitraum vereinbarte Kooperation wird in regelmäßigen Intervallen überprüft, justiert und gegebenenfalls verlängert. Denkbar ist auch, dass institutionell-fixe und volumenabhängig-variable Finanzierungsanteile kombiniert werden. Die Finanzierung setzt sich dann entsprechend aus einem variablen Anteil und einem fixen, an langfristige Zielvereinbarungen geknüpften, Sockelbetrag zusammen (der z. B. 50 % des Vorjahresvolumens entspricht). Der variable Anteil bemisst sich an den tatsächlich erbrachten Leistungen und ermöglicht es, Zielvorgaben der Kooperationsvereinbarung zu modifizieren und neuen Anbietern einen Marktzugang zu gewährleisten. Die Sockelfinanzierung wiederum hilft den kleinen und mittleren Organisationen, die Mittel langfristig zu planen

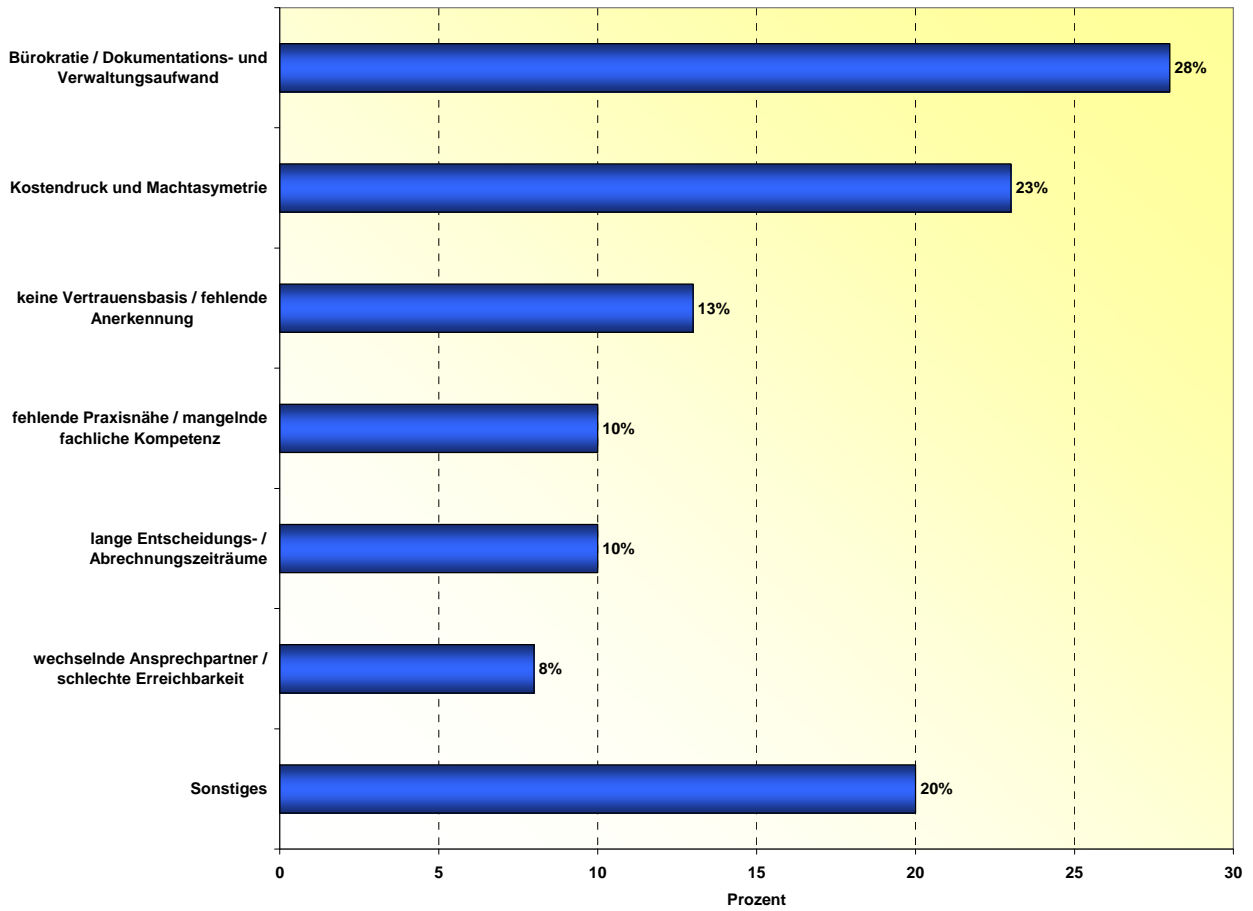
und effizient einzusetzen, weitere Standbeine aufzubauen und so den Grad der Abhängigkeit von den Beihilfen sukzessive zu reduzieren. Ein Risikofonds zur Vorfinanzierung von Abschlagszahlungen könnte existenzbedrohende Liquiditätsengpässe zu vermeiden helfen.

5.3 Kooperationsbeziehungen zwischen Sozialleistungserbringern und Sozialleistungsträgern verbessern

Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft und deren Träger stehen als Anbieter von transferfinanzierten Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen in Kooperationsbeziehungen zu Sozialleistungsträgern, wie Kranken- und Pflegekassen, Arbeitsagenturen, Kommunen oder dem Freistaat.

Insgesamt schätzten die 2011 von der FSU für den Sozialwirtschaftsbericht Thüringen befragten Träger sozialer Einrichtungen die Zusammenarbeit mehrheitlich als (eher) gut ein. Besonders positiv wurde die Kooperation mit der für den eigenen Standort jeweils zuständigen Kommune bewertet, 39 % der Träger empfanden die Zusammenarbeit als „sehr gut“. Die Kranken- und Pflegekassen schneiden hingegen am schlechtesten im Vergleich der Sozialleistungsträger ab. Die Qualität in der Zusammenarbeit mit den Kassen wurde von etwa jedem vierten befragten Träger als eher schlecht (und in wenigen Ausnahmefällen auch als sehr schlecht) eingeschätzt.

Auch wenn die Gesamteinschätzung eher positiv ausfällt, so gibt es doch in der Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern und Sozialleistungsträgern zahlreiche Problemkonstellationen und Kooperationsbarrieren. Lediglich jeder fünfte befragte Träger wusste über keine relevanten Probleme in der Zusammenarbeit zu berichten. Die in einer offenen Fragestellung erfassten Kritikpunkte umfassten zahlreiche Bereiche: Am häufigsten wurden bürokratische Abläufe und ein hoher Dokumentations- und Verwaltungsaufwand beklagt (28 %). Dieser sei in den vergangenen Jahren „exponentiell gestiegen“, was zusätzliche Kosten verursache und die „Entwicklung der Branche blockiert“. Unmittelbar an die Bürokratiekritik anknüpfend, berichteten 10 % der Befragten über lange Entscheidungs- und Abrechnungszeiträume, die nicht nur zu Planungsunsicherheiten führen, sondern auch betriebswirtschaftliche Risiken erzeugen. Zudem beklagte ein Teil der Befragten (8 %) die schlechte Erreichbarkeit der Kostenträger sowie wechselnde Ansprechpartner. Einen weiteren Kritikpunkt stellte die Machtasymmetrie zwischen Leistungsanbietern und Sozialleistungsträgern dar. Man sei gezwungen „als Bittsteller in den Verhandlungen aufzutreten“, in denen der Fokus „allein auf monetären Aspekten“ liege. Der Kostendruck bestimme „die Kooperationsbeziehungen“ und Verhandlungen fänden „nicht auf Augenhöhe statt.“ Das Subsidiaritätsprinzip werde „de facto ausgehebelt“, da nicht die Bedarfsdeckung sondern allein die Kosten ausschlaggebend seien. Unmittelbar hieran anschließend wurde eine fehlende Vertrauensbasis als Kooperationsbarriere benannt. Die Träger würden zum Teil als „Abzocker“ angesehen und deren Leistungen seitens der Sozialleistungsträger nicht gewürdigt. Die Aussagen zu Anerkennungsdefiziten sind wiederum verknüpft mit einer Kritik an der fehlenden Praxisnähe von Entscheidungsträgern. Obwohl den Sozialleistungsträgern das Wissen über die Situation „an der Basis“ fehle, setzten sie sich über die „fachliche Kompetenz der Einrichtungen hinweg“ hieß es im Rahmen der Befragung durch die FSU im Jahr 2011.

Abb. 32: Kooperationsbarrieren in der Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern

Quelle: Erhebung der FSU Jena 2011

Statementbox 2: Kooperationsbarrieren in der Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern. Typische Statements zu ausgewählten Kategorien¹¹¹

Bürokratie / Dokumentations- und Verwaltungsaufwand

„Die Verwaltungen sind langsam, die Reaktionszeiten zu lang. Antragsstellungen sind häufig umfangreich und bürokratisch. Auf Landesebene gibt es einen Strukturen- und Vorschriftenschwung, der nur schwer zu durchblicken ist.“
„Der formale Aufwand in der Zusammenarbeit ist in den vergangenen Jahren exponentiell gestiegen.“
„Der Dokumentationsaufwand wächst jedes Jahr. Die Bürokratie kostet unnötig Geld und blockiert die Entwicklung der Branche.“

Kostendruck / Machtasymmetrie

„Kooperation und Verhandlungen finden nicht auf Augenhöhe statt. Nicht der Bedarf, sondern allein die Kosten sind ausschlaggebend.“
„In Verhandlungen ist man gezwungen als Bittsteller aufzutreten.“
„Die Zahlungsmoral der Kassen ist schlecht und der Fokus liegt allein auf monetären Aspekten.“
„Die öffentliche Hand ist unter erheblichen Kostendruck und dieser bestimmt die Kooperationsbeziehungen.“
„Das Subsidiaritätsprinzip ist de facto ausgehebelt. So sind z.B. die Kommunen nicht an der Erbringung von Leistungen sondern an Einsparungen interessiert.“

Keine Vertrauensbasis / fehlende Anerkennung

„Die Kassen sollten die Einrichtungen nicht als Abzocker sehen. Es gibt zu wenig Vertrauen.“
„Die Kommunen haben großes Misstrauen gegenüber der freien Wohlfahrtspflege. Wir werden nicht als Partner, sondern als Erfüllungsgehilfe behandelt.“

Fehlende Praxisnähe / mangelnde fachliche Kompetenz

„Wünschenswert wäre ein Praktikum der Sozialleistungsträger in einer sozialen Einrichtung, damit sie die Situation an der Basis verstehen. Bisher setzen sie sich über die fachliche Kompetenz der Einrichtungen hinweg.“
„Es fehlt der Praxisbezug in den Entscheidungen. Was in der Theorie und in Büchern steht, ist in der Praxis oft nicht umsetzbar.“
„Die Ministerien (besonders das Kultusministerium) arbeiten nicht praxisnah genug.“

Lange Entscheidungs- / Abrechnungszeiträume

„Entscheidungswege sind zu lang und zu wenig transparent.“
„Die Einstufungen gestalten sich zäh und langwierig.“
„Die Abrechnungszeiträume sind zu lang. Aufgrund zeitversetzter Auszahlungen müssen Träger in Vorleistungen gehen.“

Wechselnde Ansprechpartner / schlechte Erreichbarkeit

„Wechselnde Ansprechpartner und Terminfindungen sind problematisch.“
„Die Erreichbarkeit ist bei den Arbeitsagenturen zum Teil schwierig.“

Quelle: Eigene Erhebung (2011)

Die Träger wurden im Rahmen der Erhebung durch die FSU nicht nur nach Kooperationsbarrieren, sondern im Anschluss auch nach Veränderungswünschen und konkreten Lösungsvorschlägen befragt. Viele der ebenfalls in einer offenen Frage erfassten Statements forderten schlicht eine Lösung der zuvor benannten Problemkonstellationen ein (weniger Bürokratie, weniger Kostendruck, mehr Praxisnähe etc.). Darüber hinaus wurden jedoch auch einige konkretere Vorstellungen und Maßnahmen benannt, welche auf eine gerechtere Entgeltverhandlung, mehr Kontinuität und Transparenz, größere Finanzierungs- und Entscheidungsspielräume, eine Zusammenlegung von Sozialleistungsträgern, eine Rücknahme der Kommunalisierung und verbesserte Planungsinstrumente zielen. Einige Leistungserbringer erhofften sich, dass Verhandlungen über Entgelte und Budgets auf der Grundlage von Sozialplanungsprozessen stattfinden und auf diesem Wege eine bessere Balance zwischen Kostendruck und fachlicher Expertise erreicht werden kann. Durch eine Beteiligung aller relevanten Akteure an Prozessen der Sozialplanung ließe sich die Transparenz und Effizienz deutlich erhöhen.

¹¹¹ Die Aussagen geben nicht die Meinung der Landesregierung wieder, sondern sind ausschließlich Auffassungen der Befragten.

Statementbox 3: Ausgewählte Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation zwischen Leistungsanbietern und Sozialleistungsträgern¹¹²**Kommunalisierung rückgängig machen**

„Die Kommunalisierung im Bereich der Eingliederungshilfe sollte zurückgenommen werden und die Verantwortung dem Land überlassen bleiben.“

„Die Kommunalisierung ist schlecht, da sie einen deutlich höheren Verwaltungsaufwand bedeutet.“

Sozialplanung verbessern

„Was wir dringend brauchen, ist eine verbesserte Sozialplanung unter Beteiligung aller relevanten Gruppen und Personen.“

„Das Land Thüringen muss eine bessere Sozialplanung machen und Fallzahlprognosen erstellen bzw. prüfen.“

„Wir brauchen in Thüringen endlich einen Masterplan für die Entwicklung in ländlichen Regionen. Wir müssen in der Förderung weg vom Gießkannenprinzip.“

Finanzierungs- und Entscheidungsspielräume erhöhen

„Wir brauchen flexiblere Möglichkeiten bei der Kapazitätsauslastung. Es muss möglich sein, zeitlich befristet Kapazitäten zu überschreiten.“

„Es müsste mehr mit Pauschalen gearbeitet werden. Die Träger sollten wieder mehr Verantwortung in der Finanzierung übernehmen können.“

„Den Trägern und Einrichtungen sollte mehr Entscheidungs- oder zumindest Beratungskompetenz zuerkannt werden. Sie kennen die Bedarfe und können z.B. helfen, dass stationäre Kosten durch ambulante Angebote vermieden werden.“

Quelle: Eigene Erhebung (2011)

Statementbox 4: Ausgewählte Vorschläge zur Verbesserung der Kooperation zwischen Leistungsanbietern und Sozialleistungsträgern¹¹³**Gerechtere Entgelt- / Kostensatzverhandlungen**

„Bei den Kostensatzverhandlungen muss ein fairer Wettbewerb eingeführt werden. Die Träger dürfen nicht länger gegeneinander ausgespielt werden.“

„Es müsste von Rechtswegen ein gleicher Verhandlungsstatus zwischen den Trägern und den Kassen bei Vergütungsverhandlungen geschaffen werden.“

„Bei den Entgeltverhandlungen müssen die tatsächlich erbrachten Leistungen bewertet werden (outputsteuerung)“.

„Die Kassen müssen großzügiger sein und vor allem auch die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen stärker berücksichtigen.“

„Die Pflegesätze müssen regelmäßig an die durchschnittlichen Tarifentwicklungen in den Pflegeberufen angepasst werden.“

Mehr Kontinuität und Transparenz

„Mehr Kontinuität und Transparenz: Die Sozialleistungsträger sollen nicht nach dem "Windhundprinzip" agieren. Zudem muss endlich Klarheit und Verbindlichkeit geschaffen werden, was Kann- und Sollleistungen sind. Überall gibt es Schlupflöcher, doch Tricks und Taktiken sind im Bereich der Sozialwirtschaft fehl am Platz“.

„Klare Zuständigkeiten der Mitarbeiter von Sozialleistungsträgern und ein eindeutiger, leicht nachvollziehbarer Schriftverkehr zwischen Ämtern und Einrichtungen sind notwendig. Auch gesetzliche Grundlagen sollten eineindeutiger formuliert werden.“

Zusammenlegung von Sozialleistungsträgern

„Sämtliche Sozialleistungen sollten aus einer Hand gezahlt und hierfür gesetzliche Vorlagen geschaffen werden.“

„Kranken- und Pflegekassen sollten zusammengelegt werden, um eine effektivere Finanzierung zu ermöglichen und Beschäftigung zu sichern.“

„Die Vielzahl der Sozialleistungsträger muss verringert werden. Vieles sollte in Länderhand gegeben werden.“

Quelle: Eigene Erhebung (2011)

112 Die Aussagen geben nicht die Meinung der Landesregierung wieder, sondern sind ausschließlich Auffassungen der Befragten.

113 Die Aussagen geben nicht die Meinung der Landesregierung wieder, sondern sind ausschließlich Auffassungen der Befragten.

5.4 Sicherung einer flächendeckenden Versorgung in ländlich geprägten Regionen

5.4.1 Maßnahmen zur Gewinnung von Hausärzten

Zur Abwendung einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung haben sich die KVT und die Thüringer Krankenkassen darauf geeinigt, in den hiervon bedrohten Gebieten „jeweils eine Praxisneugründung und Praxisübernahme von Hausärzten mit einer Investitionskostenpauschale in Höhe von 60.000 Euro sowie die Gründung von hausärztlichen Zweigpraxen mit bis zu 15.000 Euro zu fördern. Ebenso erhalten ältere Ärzte 1.500 Euro pro Quartal, die über das durchschnittliche Abgabalter hinaus in einem nennenswerten Umfang weiter tätig sind“. Darüber hinaus wurde 2010 die sogenannte Blockweiterbildung Allgemeinmedizin von den ärztlichen Körperschaften in Thüringen entwickelt, damit junge Ärzte auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine maßgeschneiderte Weiterbildung durchlaufen können. Zudem haben die KVT und das TMSFG eine „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“ gegründet, die u. a. jene Ärzte in der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner durch Stipendien fördert, die sich im Anschluss daran im Freistaat niederlassen wollen.

5.4.2 Neue Versorgungsmodelle in der Gesundheitswirtschaft

Das Gesundheitswesen unterliegt grundlegenden strukturellen Veränderungen. Da auch künftig die Zahl der Krankenhäuser und ärztlichen Einzelpraxen weiter abnehmen wird, muss vor allem in ländlichen Gebieten die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ)¹¹⁴ geprüft werden¹¹⁵. Auch die gesundheitliche Prävention als Bestandteil integrierter Sozialplanung, der Aufbau integrierter Versorgungskonzepte sowie strategische Kooperationen zwischen Krankenhäusern, stationären und ambulanten Pflegediensten und Rehabilitationseinrichtungen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Der Kostendruck und die Forderung nach der Steigerung der medizinischen Qualität treibt auch Entwicklungen in den Bereichen Informationstechnologie, Miniaturisierung und Portabilität, Prozessmanagement, Kommunikation und Vernetzung voran. Neue Versorgungsmodelle wie die Telemedizin, die eine Fernüberwachung von Patienten in deren häuslichen Umfeld ermöglicht, können in Verbindung mit qualifizierten ambulanten Gesundheitsdienstleistungen die Qualität der Versorgung erhöhen und die Kosten gleichzeitig senken.¹¹⁶ Darüber hinaus sind neue Technologien wie minimalinvasive Operationstechniken für den Patienten in der Regel wesentlich schonender und verkürzen gleichzeitig den stationären Krankenhausaufenthalt.¹¹⁷

5.4.3 Sozialplanung

In Thüringen sollen die Ergebnisse der Sozialplanung Grundlage für eine bedarfsgerechte flächendeckende Sicherung der sozialen Daseinsvorsorge sein. Vorrangiges Ziel ist dabei die Entwicklung und Förderung eines inklusiven Sozialraums, der zur Weiterentwicklung und Sicherung von Kinder- und Familienfreundlichkeit in den Regionen beiträgt.

Die Sicherstellung wohnortnaher Unterstützungsstrukturen muss im Wege der örtlichen und der regionalen Sozialplanung anhand eines Handlungsleitbildes im Sinne der Inklusion erfolgen.¹¹⁸

An den erforderlichen Planungsprozessen sind alle relevanten Akteure zu beteiligen und neben der Berücksichtigung des demografischen Wandels weitere Aspekte einzubeziehen. Zu nennen sind hier der sozioökonomische Status von Familien, die sozialstrukturellen Bedingungen und Entwicklungen von Familien, Änderungen in den Rechtsgrundlagen (z. B. durch das neue Kindertagesstättengesetz mit einem Rechtsanspruch auf Betreuung ab dem vollendeten ersten Lebensjahr) und nicht zuletzt die politisch-fiskalischen Bedingungen der öffentlichen Haushalte. Durch sozialplanerische Prozesse auf kommunaler, regionaler und Landesebene stehen zunehmend verwertbare Indikatoren zur Verfügung.

114 Medizinische Versorgungszentren ermöglichen eine bessere Auslastung teurer medizinischer Geräte, vermeiden Doppelaufnahmen, verbessern Behandlungsabläufe für Patienten, erzielen Synergieeffekte und erreichen letztendlich Einsparungen (vgl. Prognos/IKB 2007: 6).

115 Vgl. PWC 2010, S. 11.

116 Vgl. Prognos/IKB 2007, S. 6.

117 Vgl. VDE 2005.

118 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009 am 25./26. November 2009.

Landesweite Planungen zur Bereitstellung überregionaler Einrichtungen der sozialen Daseinsfürsorge und kommunale Planungen sind zur Vermeidung von Doppelstrukturen abzustimmen. Voraussetzung ist die Etablierung und Weiterentwicklung der Sozialplanung bei öffentlichen und freien Trägern.

A Abbildungsverzeichnis

Nr.	Abbildungstitel	Seite
1	Personen im Freiwilligen sozialen Jahr (2010)	12
2	Einrichtungen der Sozialwirtschaft (2010)	14
3	Übersicht Sozialwirtschaft	15
4	Die Struktur der Gesundheitswirtschaft	16
5	Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft nach Berufen am 31.12.2010	17
6	Teilzeitquote unter den SV-Beschäftigten nach Berufen 2010	19
7	Altersstruktur in den Gesundheitsdienstberufen 1999 und 2009	19
8	Übersicht Kernbereich der Gesundheitswirtschaft Thüringens	20
9	Krankenhäuser nach Trägerschaften 1991 bis 2009	22
10	Betten nach Träger 2009, n=6.076	26
11	Altersstruktur der Vertragsärzte am 31.12.2009	28
12	Altersstruktur der niedergelassenen Vertragszahnärzte 2006 und 2010	29
13	SV-Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen und in den fünf größten Branchen des verarbeitenden Gewerbes in Thüringen (2010)	33
14	Entwicklung der SV-Beschäftigten nach Berufsordnungen	34
15	Entwicklung der Thüringer Bevölkerung (2005 bis 2030), Altersgruppen 15 bis 45 Jahre und 65 Jahre und älter im Vergleich	36
16	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen	37
17	Entwicklung Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung (1995 bis 2006)	39
18	Bruttowertschöpfung im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen und produzierenden Gewerbe 2008 in Thüringen in Mrd. Euro	40
19	Zusammensetzung des Umsatzes sozialer Einrichtungen (2010)	41
20	Zusammensetzung der Kosten sozialer Einrichtungen (2010)	42
21	Transfermodell: Sozialwirtschaft Thüringen	43
22	Regionalökonomische Analyse	45
23	Dimensionen der Wirkungen sozialer Einrichtungen	49
24	Angaben zur Fachkräftesituation 2010 und 2011	51
25	Entwicklung der Bevölkerung und des Erwerbspersonenpotenzials in Thüringen bis 2030	52
26	Entwicklung Schüler und Absolventenzahlen an allgemeinbildenden Schulen von 1996 bis 2010 in Thüringen	53
27	Entwicklung Pflegeschüler in Thüringen (2004 bis 2010)	54
28	Entwicklung der Beschäftigten in Thüringer Pflegeeinrichtungen nach Art der Beschäftigung (1999-2009)	57
29	Einschätzung Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter	58
30	Zustimmung befragte Geschäftsführer zur Situation der Beschäftigten	60
31	Arbeitskosten je geleistete Stunde nach verschiedenen Bereichen	61
32	Kooperationsbarrieren in der Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern	74

B Tabellenverzeichnis

Nr.	Tabellentitel	Seite
1	Sample der quantitativen Erhebung	9
2	Erwerbstätige nach Arbeitsbereichen und Trägern (2010)	11
3	Übersicht über alle Einrichtungen der Sozialwirtschaft Thüringen (2010)	13
4	Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen am 31.12.1999 und 2010	18
5	Krankenhäuser nach ausgewählten Merkmalen in Thüringen 1991 bis 2010	23
6	Ärzte und nicht ärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 1994 bis 2010	23
7	Nichtärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) in Thüringer Krankenhäusern 2010	24
8	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Anzahl der Betten 1991 und 2010	25
9	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach ausgewählten Merkmalen 1991 bis 2010	25
10	Ärzte und nicht ärztliches Personal (einschließlich Auszubildende) 2000 bis 2010	27
11	In der Versorgungsgradfeststellung berücksichtigte Vertragsärzte sowie angestellte Ärzte, entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges dargestellt nach Vollbeschäftigungseinheiten (VbE) nach Fachgebieten 2004 und 2010	27
12	Einwohner je Zahnarzt, Stand 31.12.2010	29
13	Anzahl der Apotheken in Thüringen im Zeitverlauf 2005 und 2010	30
14	Personal in Apotheken/Apotheker 2006 und 2010	31
15	Beschäftigtengruppen in öffentlichen Apotheken 2006 bis 2010	31
16	Entwicklung der Bevölkerung in Thüringen 1990 bis 2010	35
17	Direkte Effekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)	45
18	Induzierte Effekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)	46
19	Gesamteffekte sozialer Einrichtungen (Regionalökonomische Analyse)	46
20	Direkte Effekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	47
21	Induzierte Effekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	47
22	Gesamteffekte sozialer Einrichtungen (Gesamtwirtschaftliche Analyse)	48
23	Studenten im Fach Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	55
24	Entwicklung der Zahl der Auszubildenden in den Gesundheitsdienstberufen 2005 bis 2010	55
25	Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste (inkl. Sonderzahlungen) der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer in ausgewählten Wirtschaftszweigen (1. Quartal 2011)	60
26	Bruttoeinkommen der voll- und teilzeitbeschäftigten Frauen in der Altenpflege	62
27	Bruttomonatsverdienste der Vollzeitbeschäftigten im Oktober 2006 in Thüringen	62
28	Personalkosten je Vollkraft nach Berufen und Trägern 2009	63
29	Entwicklung der Gesamtkosten der Krankenhäuser in Thüringen 1995 bis 2009, in 1.000 Euro	65
30	Bereinigte Kosten je Bett/Belegungstag/Behandlungsfall	65
31	Entwicklung der Personalkosten nach Diensten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro	66
32	Entwicklung der Sachkosten 1995 bis 2009, in 1.000 Euro	66
33	Zustimmung von Pflegeeinrichtungen zu Fragen nach Rekrutierungsproblemen, unterschieden nach Art des Einzugsgebietes	67
34	Hausärztlicher Versorgungsgrad in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens zum 23.08.2011	68

C Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ApBetrO	Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung)
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz)
BfA	Bundesagentur für Arbeit
BFDG	Bundesfreiwilligendienstgesetz
BGW	Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtsdienste und Gesundheitspflege
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
bzw.	beziehungsweise
CariVia	Eigenname des Projektes "CariVia- Personalgewinnung für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft" des Deutschen Caritasverband e.V. und des IN VIA Deutschland e.V.
CGB	Christlicher Gewerkschaftsbund
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DRG	Diagnosis Related Groups
e. V.	eingetragener Verein
Ebd./ebd.	ebenda
EU	Europäische Union
EVFH	Evangelische Hochschule Nürnberg
EW	Einwohner
ff.	und folgende
FSU Jena	Friedrich-Schiller-Universität Jena
GAR	Gesundheitsausgabenrechnung
GGR	Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
Hrsg.	Herausgeber
IHK	Industrie- und Handelskammer
IKB	Deutsche Industriebank AG
inge	Innovationsnetz Gesundheit Saale-Ilm-Elster e.V.
inkl.	inklusive
kBV	Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
KHPL	Krankenhausplan
KVT	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen
M. A.	Akademischer Grad „Magister Artium/Magistra Artium“
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PKA	pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r
PTA	Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
rd.	rund
SBG	Sozialgesetzbuch
SV-Beschäftigte/r	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte/r
Tab.	Tabelle
TLS	Thüringer Landesamt für Statistik
TMBLV	Thüringer Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Verkehr
TMSFG	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

TMWAT	Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie
URL	Uniform Resource Locator, Adresse einer Datei im Internet
VbE	Vollbeschäftigungseinheit
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgesellschaft
Vgl./vgl.	Vergleiche
WZ	Wirtschaftszweigklassifikation
z. B.	Zum Beispiel

D Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja & Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Albert, Martin (2006): Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Sozialer Praxis. Juli/August. 2006.

Augurzky, Boris & Mennicken, Roman (2011): Faktenbuch Pflege. Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Pressekonferenz: 17.August 2011.

Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden, in: Pflege und Gesellschaft, 12. Jg., H.2, S.135-149.

Becker, Karina/Engel, Thomas/Lehmann, Diana/Schulz, Maike (2010): Ambulante Pflegearbeit unter Druck. Ergebnisse einer Beschäftigtenbefragung zu gesundheitsbelastenden und -förderlichen Arbeitsbedingungen in Thüringen 2010. Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Behr, Michael & Ehrlich, Martin (2010): Die Fachkräfteentwicklung in der Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Neue Herausforderungen für personalwirtschaftliches Handeln. Friedrich-Schiller-Universität Jena im Auftrag der Paritätischen Tarifgemeinschaft Thüringen (patt e.V.)

Benz, Benjamin / Boeckh, Jürgen / Mogge-Gotjahn, Hildegard (2010): Soziale Politik – Soziale Lage – Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Boeßenecker, Karl-Heinz (2004): Abschied von den barmherzigen Samaritern. Wohlfahrtsverbände unter Marktanpassung und Veränderungsdruck. – In: Soziale Praxis. September. 2004.

Böhlke, N./ Schulten, T. (2008): Unter Privatisierungsdruck, in: Mitbestimmung 6/ 2008, S. 24-27.

Brinkmann, Volker (2008): Personalentwicklung und Personalmanagement in der Sozialwirtschaft. Tagungsband der 2. Norddeutschen Sozialwirtschaftsmesse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Buestrich, Michael & Wohlfahrt, Norbert (2008): Alles beim Alten? Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der Sozialen Arbeit. – In: Sozial Extra. Januar/Februar. 2008.

Bundesamt für Statistik: Grunddaten der Krankenhäuser 1991-2009. Wiesbaden.

Bundesamt für Statistik: Pflegestatistik 2005-2009. Wiesbaden.

Bundesamt für Statistik (2008): Von 100 Euro Bruttolohn erhalten Arbeitnehmer netto 64 Euro. Pressemitteilung Nr. 266 vom 23.07.2008. Wiesbaden.

Bundesamt für Statistik (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

Bundesamt für Statistik (2011): Kostennachweis der Krankenhäuser 2009. Wiesbaden.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Amtliche Statistik. Nürnberg.

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände e.V. (2008): Einrichtungen und Dienste der freien Wohlfahrtspflege. Gesamtstatistik 2008. Berlin.

Dahlbeck, E. / Heinze, R. / Helmer-Denzel, A./ Hilbert, J./ Potratz, W. (2006): Masterplan - Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2010.

Dahme, Heinz-Jürgen & Wohlfahrt, Norbert (2004): Krise und Modernisierungsschübe. – In: Sozial Extra. September. 2004.

- Dahme, Heinz-Jürgen & Wohlfahrt, Norbert (2006): Zur Entwicklungsdynamik sozialer Dienste im Wettbewerb. – In: Sozial Extra. Januar. 2006.
- Dahme, Heinz-Jürgen & Wohlfahrt, Norbert et.al. (2007): Der Arbeitsmarkt für Soziale Berufe. Anmerkungen zur aktuellen Beschäftigungsentwicklung im Sozialsektor. – In: Sozial Extra. März/April. 2007.
- DAK (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005, erstellt von IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Hamburg.
- Dreyer (2009): Krankenhaus Trend 2009, Steria Mummert Consulting AG, Hamburg.
- Ehrlich, Martin & Fritzsche, Katrin (2010a): Die Fachkräfteentwicklung in der Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Trendgutachten: Altenpflege. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Ehrlich, Martin & Fritzsche, Katrin (2010b): Die Fachkräfteentwicklung in der Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Trendgutachten: Behindertenhilfe. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Ehrlich, Martin & Fritzsche, Katrin (2010c): Die Fachkräfteentwicklung in der Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Trendgutachten: Kinder- und Jugendhilfe. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Enste, Dominik / Pimpertz, Jochen (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. – In: iw-trends. April. 2008. Köln.
- Enste, Dominik (2009): Pflegedienstleistungen – Vom Kostenfaktor zum Jobmotor. Studie für den bpa. Berlin.
- Enste, Dominik (2010): Die Pflege – Jobmotor der Gegenwart und Wachstumsbranche der Zukunft. Kurzstudie für den bpa. Berlin.
- Enste, Dominik (2011): Pflegewirtschaft 2011. Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte. Köln: Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Falter, Alexander (2010): Wirtschaftsfaktor Wohlfahrtsverbände. Frankfurt am Main: Deutsche Bank Research.
- Feslmeier, Gerald / Massouh, Markus / Schmid, Christian (2004): Kosten-Nutzen-Analyse des Ehrenamtes am Beispiel der Freiwilligen Agentur Regensburg (FA-Rgbg). Universität Regensburg.
- Fretschner, R./Grönemeyer, D. und Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivenwechsel in Theorie und Empirie, in: Institut Arbeit und Technik (Hrsg.): Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 33-47.
- Frie, B./Muno, K./Speich, W. (2011): Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfungsansatz nach WZ 2008. Aufsatz Mai 2011, Thüringer Landesamt für Statistik.
- Galatsch, M./ Krüger, C./Quasdorf, T./Schroller, M. E., Donath, E./Bartholomeyczik, S. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege, in: Pflegezeitschrift 5, 272-276.
- Glaser, Jürgen & Höge, Thomas (2005): Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.
- Helaba Volkswirtschaft/Research (2011): Die 100 größten Unternehmen in Thüringen, Frankfurt am Main.
- Herrmann, Peter (2008): Soziale Dienste – Am Abgrund? In: Sozial Extra. März/April. 2008.
- Höll, Ralph & Lauer, Sabine (2011): Zur Lage der Sozialwirtschaft. Auswertung der Deloitte-Umfrage im Dezember 2010 / Januar 2011. Doloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.
- IHK Erfurt (2009): Wirtschaftsmagazin 08/09.

IHK Erfurt (2010): Wachstumsbranche Gesundheitsmarkt – Steigende Umsatz- und Beschäftigtenzahlen auch in Thüringen, 23.03. 2010. URL: <http://www.jenapolis.de/2010/03/wachstumsbranche-gesundheitsmarkt-steigende-umsatz-und-beschaefigtigenzahlen-auch-in-thueringen/> (eingesehen am 05.10. 2011).

International Group of Controlling (Hrsg.)(2010): Wirkungsorientiertes Controlling. Freiburg.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2011a): Rundschreiben 8/ 2011.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2011b): Instrument gegen den Hausärztemangel – 50ster Arzt in Blockweiterbildung Allgemeinmedizin eingeschrieben, 14.09. 2011, URL: http://www.kv-thueringen.de/pub/presseinfos/11_LAEK_Allgemeinm_1409.pdf (eingesehen am 04.010.2011).

Kettner, Anja & Rebien, Martina (2007): Soziale Arbeitsgelegenheiten Einsatz und Wirkungsweise aus betrieblicher und arbeitsmarktpolitischer Perspektive. – In: IAB Forschungsbericht. 2/2007.

Klose, J./ Rehbein, I. (2011): Ärztatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Kommunale Geschäftsstelle für Verwaltungsmanagement (2011): Neues Steuerungsmodell. <<http://www.kgst.de/themen/organisationsmanagement/organisatorische-grundlagen/neues-steuerungsmodell.dot>> (Stand: 2011) Zugriff: 04.09.2011.

Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.): Ergebnisbericht “Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005”, 7./8.12.05 Rostock-Warnemünde, 2.2.2006, S. 2.

Landesapothekerkammer Thüringen (2011): Geschäftsbericht 2010.

Landesapothekerkammer Thüringen (2010): Thüringer Apotheken. Die Gesundheitsspezialisten (S.13), URL: http://www.lakt.de/downloads_inhalt/2010-06-04-web-version.pdf (eingesehen am 26.10. 2011).

Offermanns, M., Müller, U. (2007). Welche Krankenhausleistungen werden im Jahr 2010 nachgefragt? Die Schwester Der Pfleger, 46, 247-249.

Ottnad, Adrian / Wahl, Stefanie / Miegel, Meinhard (2003²): Zwischen Markt und Mildtätigkeit. Bonn: Olzog Verlag.

Penter, V./Arnold, C. (2009): Zukunft Deutsches Krankenhaus. Thesen, Analysen, Potentiale, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Kulmbach: Baumann Fachverlag GmbH & Co. KG.

Prognos/IKB 2007: Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention.

Puch, Hans-Joachim / Schellberg, Klaus (2010): Sozialwirtschaft Bayern. Umfang und wirtschaftliche Bedeutung. Nürnberg.

Puch, Hans-Joachim / Schellberg, Klaus (2011): Gesundheits- und Sozialwirtschaft in der europäischen Metropolregion Nürnberg. Nürnberg.

PWC (PricewaterhouseCoopers) (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt am Main.

Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin: Robert Koch-Institut.

Rothkirch, Christoph von & Haseleu, Uwe (2005): Finanzierungsprobleme und Finanzierungsmöglichkeiten in der Freien Wohlfahrtspflege. Köln: Bank für Sozialwirtschaft.

Rudolphi, M. (2007): Folgen der Privatisierung von Krankenhäusern: Die Spielregeln sind willkürlich, Deutsches Ärzteblatt 2007, 104(27): A-1956 / B-1728 / C-1664.

- Schilling, M. (2008): Wissenschaftliche Analyse der Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2020 in Thüringen, im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit.
- Schmitt, Karl / Lembcke Oliver (2002): Ehrenamtliches Engagement im Freistaat Thüringen. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Sozialstrukturatlas Thüringen (2011): Bearbeitung durch Meier-Gräwe, Uta & Sennlaub, Angelika (Universität Gießen), im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit.
- Thüringer Heilbäder Verband e.V.: URL: www.thbv.de (eingesehen am 05.10. 2011).
- Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (2011): Trendatlas, erstellt von Roland Berger Strategy Consultants.
- Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie (2011): Nachrichten des TMWAT „WIR in Thüringen“, Ausgabe 04/2011.
- Thüringer Landesamt für Statistik: Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Thüringen 1991 – 2010. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik: Einrichtungen der Jugendhilfe in Thüringen (ohne Tageseinrichtungen für Kinder) am 31.12.2006 und am 31.12.2010. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2007): Verdienste und Arbeitszeiten im Produzierendem Gewerbe und im Dienstleistungsbereich Thüringens Oktober 2006. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik: Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12. 1999 bis 15.12. 2009. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik: Berufsbildende Schulen in Thüringen 2009. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Tageseinrichtungen für Kinder und öffentlich geförderte Kindertagespflege in Thüringen am 01.03. 2010. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 2009 bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2010): Kostennachweis der Krankenhäuser in Thüringen 2009. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2011): Arbeitskostenerhebung in Thüringen 2008. Erfurt.
- Thüringer Landesamt für Statistik (2011): Bruttoinlandsprodukt in Thüringen 1998 bis 2008 - Ergebnisse der Originärberechnung. Erfurt.
- VDE (Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik e.V.) (2005): Deutschland in der Medizintechnik international führend, 56/2005.
- Zimmer, Annette / Nährlich, Stefan (2003): Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Sozialwirtschaft. In: Arnold, Ulli / Maelicke, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, 2. überarbeitete Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.