



**Landesberichterstattung
Gesundheitsberufe
Nordrhein-Westfalen 2017.
Situation der Ausbildung
und Beschäftigung.**

Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017

**Wissenschaftliche Beratung und Ausführung:
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln**

**Tabellenbearbeitung:
Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein Westfalen
(IT.NRW)**

**Auftraggeber:
Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes
Nordrhein-Westfalen**

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Liebe Leserinnen und Leser,

das aktuelle Fachkräftemonitoring für die Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen liegt durch die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2017 vor. Wie auch in den vergangenen Jahren enthält der Bericht eine Fülle von Informationen, um bereits umgesetzte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in den Pflegeberufen und auch in den anderen Gesundheitsfachberufen zu bewerten und um anhand der neuen Sachlage weiterführende Entscheidungen zu treffen. Die aktuelle Landesberichterstattung stellt eine Grundlage für Handlungen der Landesregierung dar und liefert allen Akteuren in den unterschiedlichen Bereichen der Gesundheit und Pflege eine Grundlage für Maßnahmen der Fachkräftesicherung.

Eine der wesentlichsten Botschaften der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2017 besteht in der Mangelprognose pflegerischer Fachkräfte, deren Anzahl auf 10.000 fehlende Vollzeitkräfte angestiegen ist. Diese deutliche Steigerung zu den 2.300 fehlenden Vollzeitkräften der vorhergehenden Landesberichterstattung liegt zum einen an der notwendigen Ausweitung des Versorgungsangebotes der Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege, die derzeit durch fehlende Fachkräfte begrenzt wird. Wichtige Gesetzesvorhaben wie das Pflegepersonalstärkungsgesetz verursachen notwendigerweise eine weitere Nachfrage nach pflegerischen Fachkräften. Ganz wesentlich ist aber, dass es in der Ausbildung nur in der Altenpflege einen weiteren Anstieg der Ausbildungszahlen gegeben hat. Die Gesundheits- und Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege zeigen seit Jahren keine Steigerungsraten, obwohl bereits in der Gesundheitsberichterstattung 2015 auf den Mangel hingewiesen wurde, hat sich in den Krankenpflegeschulen nichts getan. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat deshalb im vergangenen Jahr gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft NW und den Krankenkassen einen Appell an die Krankenhäuser und Krankenpflegeschulen gestartet, die Ausbildungszahlen in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege zu steigern, damit alle interessierten Personen mit grundsätzlicher Eignung einen Ausbildungsplatz erhalten. Hier zeigen sich aktuell erste kleine Erfolge, die weiter ausgebaut werden müssen. Zumal der Bericht klar belegt, dass es hier ungenutzte Potentiale gibt, weil es mehr Bewerber als Plätze gibt.

Die neue Landesberichterstattung widmet sich verstärkt auch den anderen Gesundheitsberufen, wie der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Denn wir brauchen auch diese Fachkräfte, wenn wir die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auf einem guten Niveau sichern wollen. Auch hier stagnieren die Ausbildungszahlen oder sind sogar rückläufig. In den Ausbildungen für diese Berufe wird anteilig noch Schulgeld gezahlt. Das stellt eine deutliche Bremse einer Steigerung der Ausbildungszahlen dar. Nordrhein-Westfalen hat deshalb den Einstieg in die Schulgeldfreiheit ab dem 01.09.2018 umgesetzt. Dadurch stärken wir die Berufe und machen sie deutlich attraktiver für interessierte junge Menschen.

Insgesamt zieht sich das Thema Teilzeitbeschäftigung als Herausforderung durch die aktuelle Landesberichterstattung. Teilzeit hat in Nordrhein-Westfalen in den Pflegeberufen, in den Therapieberufen und selbst bei den Lehrenden im Gesundheitswesen hohe Prozentwerte. Sie ermöglicht eine gute Vereinbarkeit von Arbeit, Familie und Freizeit. Aber nicht jede Teilzeitbeschäftigung erfolgt freiwillig. Oftmals sind allzu belastende Arbeitsbedingungen die Ursache für die Entscheidung, eine Teilzeitbeschäftigung auszuüben. Für die Einrichtungen im Gesundheitswesen wird es in den kommenden Jahren wesentlich darauf ankommen, Bedingungen zu schaffen, unter denen mehr Mitarbeitende in Vollzeit arbeiten wollen. Teilzeitquoten von 50 bis 70 Prozent können in Zeiten des Fachkräftemangels nicht gehalten werden und nicht durch Ausbildung ausgeglichen werden. Zumal andere Bundesländer unter gleichen Rahmenbedingungen bessere Zahlen haben.

Eine der wesentlichen Entwicklungen für die nächsten Jahre wird die Umsetzung des Pflegeberufegesetzes sein. Wir werden diese Entwicklung so gestalten, dass möglichst kein Ausbildungsplatz verloren geht und dass durch eine gute Vorbereitung für die Träger der Ausbildung und für die zukünftigen Pflegeschulen der Übergang gut gelingen kann. Auch hierzu zeigt die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2017 Ergebnisse aus der Einrichtungsbefragung, die wichtige Hinweise geben.

Ich bin froh, dass die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2017 nun veröffentlicht ist, um die Herausforderungen und auch Lösungsvorschläge für die Fachkraftsicherung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen aufzuzeigen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karl-Josef Laumann', written in a cursive style.

Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	1
1.1 Fachkräftemangel in der Pflege steigt an	1
1.2 Fachkräftemangel in den Therapieberufen wird deutlich	4
1.3 Ausbildungsplätze stagnieren.....	6
1.4 Einrichtungen bereiten das Pflegeberufereformgesetz vor.....	7
2. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW.....	9
2.1 Auftrag und Ziel der LbG NRW 2017	11
2.2 Das Angebot-Nachfrage-modell	12
2.3 Methodische Hinweise zur LbG NRW 2017	18
2.3.1 Methodische Hinweise zum Berechnungsverfahren	21
2.3.2 Methodische Limitierungen	24
2.3.4 Stichprobengröße und Rücklauf	28
2.3.5 Repräsentativität.....	30
3. Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen.....	32
3.1 Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit	33
3.2 Entwicklungen in den Einrichtungen	36
3.2.1 Entwicklungen der ambulanten Dienste	36
3.2.2 Entwicklungen der teil-/vollstationären Einrichtungen	39
3.2.3 Entwicklungen in Krankenhäusern/Rehabilitationseinrichtungen	41
3.2.4 Entwicklungen in den Ausbildungsstätten	42
3.2.5 Teilzeitbeschäftigung in Einrichtungen und Schulen des Gesundheitswesens.....	44
3.3 Arbeitsmarktkennzahlen der Gesundheitsberufe.....	49
3.3.1 Arbeitsmarkt Altenpflege	50
3.3.2 Arbeitsmarkt Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	51
3.3.3 Arbeitsmarkt Ergotherapie	52
3.3.4 Arbeitsmarkt Logopädie/Sprachtherapie	53
3.3.5 Arbeitsmarkt Physiotherapie	54
3.3.6 Arbeitsmarkt Hebammenwesen	55
3.4 Ausbildungskennzahlen der Gesundheitsberufe	57
3.4.1 Ausbildungskennzahlen Altenpflege.....	59
3.4.2 Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege.....	61
3.4.3 Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	62

INHALTSVERZEICHNIS

3.4.4	Ausbildungskennzahlen Ergotherapie	63
3.4.5	Ausbildungskennzahlen Logopädie	64
3.4.6	Ausbildungskennzahlen Physiotherapie.....	65
3.4.7	Ausbildungskennzahlen Hebammenwesen.....	66
3.4.8	Überblick neu belegte Ausbildungsplätze	66
3.5	Ausbildungsprognosen.....	67
4.	Bedarfsdeckung/Engpassprognose.....	70
4.1	Bedarfsdeckung Pflegeberufe.....	71
4.2	Bedarfsdeckung hauptamtlich Lehrende	76
4.3	Bedarfsdeckung Therapie- und Gesundheitsfachberufe	83
4.3.1	Berufe mit Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen.....	85
4.3.2	Berufe mit Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen	86
4.3.3	Berufe ohne Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen	87
4.3.4	Berufe ohne Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen	88
4.4	Bedarfsdeckung Fazit.....	90
5.	Ergebnisse der Landesberichterstattung	92
5.1	Ambulante Pflegedienste.....	92
5.1.1	Antwortende Einrichtungen	92
5.1.2	Personalsituation ambulante Pflegedienste	95
5.1.3	Gewinnung und Sicherung von Fachkräften ambulante Pflegedienste.....	99
5.1.4	Ausstiegspotenziale der Fachkräfte ambulante Pflegedienste	105
5.1.5	Einschätzung der SIS-Dokumentation ambulante Pflegedienste	107
5.1.6	Vorbereitung auf das PflBRefG ambulante Pflegedienste	109
5.1.7	Zusammenfassung ambulante Pflegedienste	113
5.2	teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	114
5.2.1	Antwortende Einrichtungen	114
5.2.2	Personalsituation teil-/vollstationäre Einrichtungen	116
5.2.3	Gewinnung und Sicherung von Fachkräften teil-/vollstationäre Einrichtungen	122
5.2.4	Ausstiegspotenziale der Fachkräfte teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	126
5.2.5	Einschätzung der SIS-Dokumentation teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	127
5.2.6	Vorbereitung auf das PflBRefG teil-/vollstationäre Einrichtungen	130
5.2.7	Zusammenfassung teil-/vollstationäre Einrichtungen	132
5.3	Krankenhäuser	134
5.3.1	Antwortende Einrichtungen	134
5.3.2	Personalsituation Krankenhäuser	136

INHALTSVERZEICHNIS

5.3.3 Gewinnung und Sicherung von Fachkräften Krankenhäuser	145
5.3.4 Ausstiegspotenzial der Fachkräfte Krankenhäuser	149
5.3.5 Vorbereitung auf das PflBRefG Krankenhäuser	150
5.3.6 Zusammenfassung Krankenhäuser	152
5.4 Therapieberufe/ Praxen.....	154
5.4.1 Physiotherapie: Antwortende Praxen	155
5.4.2 Physiotherapie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität	157
5.4.3 Physiotherapie: Personalsituation und Altersstruktur	159
5.4.4 Physiotherapie: Gewinnung von Fachpersonal.....	163
5.4.5 Physiotherapie: Barrieren der Berufsausübung	165
5.4.6 Physiotherapie: Zusammenfassung.....	168
5.4.7 Ergotherapie: Antwortende Praxen	169
5.4.8 Ergotherapie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität	171
5.4.9 Ergotherapie: Personalsituation und Altersstruktur	173
5.4.10 Ergotherapie: Gewinnung von Fachpersonal.....	176
5.4.11 Ergotherapie: Barrieren der Berufsausübung.....	178
5.4.12 Ergotherapie: Zusammenfassung.....	181
5.4.13 Logopädie: Antwortende Praxen	182
5.4.14 Logopädie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität.....	184
5.4.15 Logopädie: Personalsituation und Altersstruktur	186
5.4.16 Logopädie: Gewinnung von Fachpersonal in den Praxen	189
5.4.17 Logopädie: Barrieren der Berufsausübung.....	191
5.4.18 Logopädie: Zusammenfassung	194
5.5 Bildungseinrichtungen	195
5.5.1 Antwortende Einrichtungen	196
5.5.2 Ausbildungsangebote der Bildungseinrichtungen	196
5.5.3 Bewerbungs- und Ausbildungskennzahlen	200
5.5.4 Personalsituation in den Bildungseinrichtungen.....	203
5.5.5 Gewinnung und Sicherung von Lehrpersonal in den Ausbildungsstätten.....	206
5.5.6 Vorbereitung auf das PflBRefG Bildungseinrichtungen.....	209
5.5.7 Zusammenfassung Bildungseinrichtungen.....	214
6. Handlungsempfehlungen	216
6.1 Ausbildungen in den Pflege- und Therapieberufen ausbauen.....	216
6.2 Bildungseinrichtungen gezielt fördern.....	217
6.3 Lehrerqualifizierung strukturiert aufbauen.....	219
6.4 Umsetzung des PflBRefG konstruktiv begleiten.....	221
6.5 Fachkräftesicherung durch Akademisierung unterstützen	222

INHALTSVERZEICHNIS

7. Literaturverzeichnis	224
8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis IT.NRW.....	228
8.1 Abbildungen IT.NRW	229
8.2 Tabellenteil IT.NRW	244
8.3 Anhang/ Begriffserläuterungen	326

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Piktogramme zu Sektoren und Berufen	10
Tab. 2: Modellstudiengänge Gesundheits- und Pflegeberufe in NRW	17
Tab. 3: Rücklauf und Stichprobenbeschreibung	29
Tab. 4: Repräsentativität der Stichprobe	31
Tab. 5: Entwicklung der ambulanten Versorgung in NRW	37
Tab. 6: Entwicklung der teil-/vollstationären Versorgung in NRW	39
Tab. 7: Entwicklung in Krankenhäusern und Vorsorge-Rehabilitationseinrichtungen	41
Tab. 8: Anzahl und Anteil vollzeitbeschäftigter hauptamtlicher Lehrender	45
Tab. 9: Entwicklung der Schülerinnen- und Schülerzahlen in ausgewählten Berufen in NRW.....	58
Tab. 10: Ausbildungsprognosen für Pflege- und Therapieberufe in NRW	69
Tab. 11: Angebot-Nachfrage-Kalkulation Pflegeberufe 2018	72
Tab. 12: Angebot-Nachfrage-Kalkulation Lehrende an Pflegeschulen 2018.....	81
Tab. 13: Bedarfseinschätzung Therapie- und Gesundheitsfachberufe NRW.....	85
Tab. 14: Altersverteilung höhere Altersgruppen ambulante Dienste	106
Tab. 15: Einschätzungen über das PfIBRefG ambulante Dienste	112
Tab. 16: Altersverteilung höhere Altersgruppen teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	127
Tab. 17: Einschätzungen über das PfIBRefG teil-/vollstationäre Einrichtungen	132
Tab. 18: Altersverteilung höhere Altersgruppen Krankenhäuser	150
Tab. 19: Einschätzungen über das PfIBRefG Krankenhäuser	152
Tab. 20: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der physiotherapeutischen Praxen	158
Tab. 21: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der ergotherapeutischen Praxen.....	172
Tab. 22: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der logopädischen Praxen	185
Tab. 23: Verhältnis von Bewerbungen zu Ausbildungsplätzen I.....	201
Tab. 24: Verhältnis von Bewerbungen zu Ausbildungsplätzen II.....	202
Tab. 25: Einschätzungen über das PfIBRefG Bildungseinrichtungen	214

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Angebot-Nachfrage-Modell der Pflege- und Therapieberufe	13
Abb. 2: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in NRW 1999 bis 2015	33
Abb. 3: Pflegebedürftigkeit in NRW 2015 (Regierungsbezirke)	34
Abb. 4: Entwicklungen der ambulanten Dienste in NRW (Regierungsbezirke)	38
Abb. 5: Entwicklungen der teil-/vollstationären Versorgung in NRW (Regierungsbezirke)	40
Abb. 6: Entwicklungen hauptamtliche Lehrende in Schulen des Gesundheitswesens	43
Abb. 7: Vollzeitbeschäftigung in teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen	46
Abb. 8: Vollzeitbeschäftigung in ambulanten Pflegediensten	47
Abb. 9: Vollzeitbeschäftigung im Krankenhaus	48
Abb. 10: Arbeitsmarkt Altenpflege in NRW (Regierungsbezirke)	50
Abb. 11: Arbeitsmarkt Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in NRW (Regierungsbezirke)	51
Abb. 12: Arbeitsmarkt Ergotherapie in NRW (Regierungsbezirke)	52
Abb. 13: Arbeitsmarkt Sprachtherapie in NRW (Regierungsbezirke)	53
Abb. 14: Arbeitsmarkt Physiotherapie in NRW (Regierungsbezirke)	54
Abb. 15: Arbeitsmarkt Hebammenwesen in NRW (Regierungsbezirke)	56
Abb. 16: Schüler- und Schülerinnenbestand Altenpflege regionalisiert	60
Abb. 17: Schüler- und Schülerinnenbestand Gesundheits- und Krankenpflege regionalisiert	61
Abb. 18: Schüler- und Schülerinnenbestand Gesundheits- und Kinderkrankenpflege regionalisiert	62
Abb. 19: Schüler- und Schülerinnenbestand Ergotherapie regionalisiert	63
Abb. 20: Schüler- und Schülerinnenbestand Logopädie regionalisiert	64
Abb. 21: Schüler- und Schülerinnenbestand Physiotherapie regionalisiert	65
Abb. 22: Schüler- und Schülerinnenbestand Hebammenwesen regionalisiert	66
Abb. 23: Neu belegte Ausbildungsplätze	67
Abb. 24: Offene Stellen in Pflegeberufen nach Regierungsbezirken	75
Abb. 25: Veränderungsbedarfe Pflegeberufe nach Regierungsbezirken	76
Abb. 26: Nachfragedruck und Qualifizierungsquote in Therapie- und Gesundheitsfachberufen	89
Abb. 27: Verteilung der Trägerschaften der ambulanten Pflegedienste	93
Abb. 28: Leistungsspektrum ambulante Pflegedienste	94
Abb. 29: Personalausstattung und Personalbedarf ambulante Dienste	96
Abb. 30: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf ambulante Dienste	97
Abb. 31: Veränderungsbedarf ambulante Dienste	98
Abb. 32: Sektoren der Rekrutierung ambulante Dienste	101

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 33: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen ambulante Dienste	102
Abb. 34: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende ambulante Dienste	104
Abb. 35: Einschätzungen Pflegedokumentation ambulante Dienste	108
Abb. 36: Verteilung der Trägerschaften der teil-/vollstationären Einrichtungen	115
Abb. 37: Personalausstattung und Personalbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen	117
Abb. 38: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen	119
Abb. 39: Veränderungsbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	121
Abb. 40: Sektoren der Rekrutierung teil-/vollstationäre Einrichtungen	122
Abb. 41: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen teil-/vollstationäre Einrichtungen	123
Abb. 42: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende teil-/vollstationäre Einrichtungen.....	125
Abb. 43: Einschätzungen Pflegedokumentation teil-/vollstationäre Einrichtungen	129
Abb. 44: Verteilung der Trägerschaften der Krankenhäuser	135
Abb. 45: Verteilung der Versorgungsangebote der antwortenden Krankenhäuser	136
Abb. 46: Personalausstattung und Personalbedarf Pflege Krankenhäuser I	138
Abb. 47: Personalausstattung und Personalbedarf Pflege Krankenhäuser II	139
Abb. 48: Ein- und ausgegliederte Anteile Therapieberufe Krankenhäuser	140
Abb. 49: Personalausstattung und Personalbedarf Therapieberufe Krankenhäuser I	142
Abb. 50: Personalausstattung und Personalbedarf Therapieberufe Krankenhäuser II	143
Abb. 51: Veränderungsbedarf Pflege Krankenhäuser	145
Abb. 52: Sektoren der Rekrutierung Krankenhäuser	146
Abb. 53: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Krankenhäuser	147
Abb. 54: Physiotherapeutinnen und -therapeuten Regierungsbezirke	155
Abb. 55: Verbandszugehörigkeiten der Physiotherapeutinnen und -therapeuten	156
Abb. 56: Spezialisierte Versorgungsbereiche in der Physiotherapie.....	157
Abb. 57: Personalausstattung und Personalbedarf Physiotherapie	161
Abb. 58: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Physiotherapie	162
Abb. 59: Einschätzung zur Personalrekrutierung Physiotherapie	163
Abb. 60: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Physiotherapie.....	165
Abb. 61: Barrieren der Praxisgründung Physiotherapie	166
Abb. 62: Barrieren Anstellungsverhältnis Physiotherapie.....	167
Abb. 63:Berufsverbleib Physiotherapie	168
Abb. 64: Ergotherapeutinnen und -therapeuten Regierungsbezirke des Landes.....	170
Abb. 65: Häufigkeiten spezialisierter Versorgungsbereiche in der Ergotherapie	171

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 66: Personalausstattung und Personalbedarf Ergotherapie	175
Abb. 67: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Ergotherapie.....	176
Abb. 68: Einschätzung zur Personalrekrutierung Ergotherapie.....	177
Abb. 69: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Ergotherapie	178
Abb. 70: Barrieren der Praxisgründung Ergotherapie	179
Abb. 71: Barrieren im Anstellungsverhältnis Ergotherapie.....	180
Abb. 72: Berufsverbleib Ergotherapie	181
Abb. 73: Logopädinnen und Logopäden Regierungsbezirke des Landes.....	183
Abb. 74: Personalausstattung und Personalbedarf Logopädie	188
Abb. 75: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Logopädie	189
Abb. 76: Einschätzung zur Personalrekrutierung Logopädie.....	190
Abb. 77: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Logopädie	191
Abb. 78: Barrieren der Praxisgründung Logopädie	192
Abb. 79: Barrieren im Anstellungsverhältnis Logopädie	193
Abb. 80: Berufsverbleib Logopädie	194
Abb. 81: Bildungseinrichtungen Regierungsbezirke des Landes.....	196
Abb. 82: Bildungsangebote der Schulen des Gesundheitswesens	197
Abb. 83: Bildungsgänge der antwortenden Einrichtungen	198
Abb. 84: Praktische Ausbildungsorte nach Ausbildungsbereich Therapieberufe	199
Abb. 85: Personalausstattung und Personalbedarf Bildungseinrichtungen I.....	204
Abb. 86: Personalausstattung und Personalbedarf Bildungseinrichtungen II	205
Abb. 87: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Bildungseinrichtungen	207
Abb. 88: Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes.....	208
Abb. 89: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende Bildungseinrichtungen	209
Abb. 90: Vorbereitungen zur Umsetzung des PflBRefG I.....	210
Abb. 91: Vorbereitungen zur Umsetzung des PflBRefG II.....	211
Abb. 92: Vorbereitungen zur Umsetzung des PflBRefG III	212

1. Zusammenfassung

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse der aktuellen Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017 (LbG NRW 2017) vorangestellt. Die Zusammenfassungen basieren einerseits auf den erfolgten Berechnungen im Rahmen der Engpassprognosen, die im nachfolgenden Textteil der LbG NRW 2017 ausführlicher dargestellt werden. Andererseits fließen Ergebnisse aus einer empirischen Befragung ein, die in unterschiedlichen Wellen im Frühjahr 2018 durchgeführt wurden. Insgesamt konnten Daten aus 1.684 Einrichtungen (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser, Bildungseinrichtungen) in die Analyse einfließen. Darüber hinaus konnten Daten von 1.018 Beschäftigten der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie, die überwiegend im ambulanten Feld arbeiten (z.B. in Praxen), in die Auswertung einbezogen werden.

1.1 FACHKRÄFTEMANGEL IN DER PFLEGE STEIGT AN

Im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigt sich das Bild des zunehmenden Fachkräftemangels, der insbesondere für die Pflegeberufe breit öffentlich diskutiert und in Kennzahlen und Studien belegt ist (Bundesagentur für Arbeit - Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2017; Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2017). Hinweise auf versorgungsrelevante Engpässe sowie auf die Barrieren, die die angestrebten Entwicklungen in den Einrichtungen hemmen, liegen für die ambulante Pflege gut dokumentiert sowohl für andere Bundesländer (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. 31.07.2018) als auch bundesweit (Isfort et al. 2016) vor. Gleiches gilt für den Sektor der teil-/vollstationären Pflege (Isfort et al. 2018; Vincentz Verlag 2018). Die Problematik des Fachkräftemangels und die Herausforderungen für die Einrichtungen sind dabei nicht auf den Bereich der Pflegewirtschaft begrenzt (Kay et al. 2018), der Mangel trifft in der Pflege aber in besonderem Maße zu und wirkt sich deutlich erkennbar bereits auf die Versorgungssituation aus.

Die Problemlagen der Fachkräftesicherung werden durch die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2017 (LbG NRW 2017) auch für Nordrhein-Westfalen untermauert. Nur rund die Hälfte der ambulanten Dienste sowie der Krankenhäuser bestätigt, dass die Personalausstattung der Pflege dem eigentlichen Bedarf im Unternehmen entspricht. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen geben dies deutlich mehr Einrichtungen an (69 Prozent). Der Zustimmungswert (trifft voll zu/ trifft eher zu) ist gegenüber

der Befragung von vor zwei Jahren jedoch in diesem Sektor um 8 Prozent gesunken. Auch wenn keine exakte Übereinstimmung der Stichprobe vorliegt und Entwicklungen nur eingeschränkt in der zeitlichen Betrachtung miteinander verglichen werden können¹, deutet sich dennoch eine erhebliche Zuspitzung der Situation in allen untersuchten Sektoren an.

In über 40 Prozent der ambulanten Dienste müssen Klientenanfragen abgelehnt werden, in den teil-/vollstationären Einrichtungen kommt es ebenso, wenn auch nicht in dieser Ausprägung, zu personalbedingten Aufnahmestopps. Beide Sektoren sind bezogen auf den Ausbau der Leistungen durch den Fachkräfteengpass limitierend betroffen, wobei sich dieser in der ambulanten Pflege deutlicher ausmachen lässt als im teil-/vollstationären Bereich. Im Krankenhaussektor stellt sich der Personalengpass ebenso dar. Ob dieser Engpass aber bislang neben ggf. den bekannten Problemen der temporären Abmeldungen von Intensivstationen oder der (Teil)schließung einzelner bettenführender Bereiche zu einer Einschränkung der Aufnahme und Behandlung von Patientinnen und Patienten insgesamt führt, kann auf der Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht näher quantifiziert werden.

Für die LbG NRW 2017 wurde im Rahmen der Engpassprognose im Pflegebereich ein Defizit für das Jahr 2018 von rund 10.000 Vollzeitkräften in NRW ermittelt. Dies gilt für die qualifizierten dreijährigen Berufe der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege über alle drei Sektoren der Versorgung (ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser) hinweg. Die Anzahl der benötigten Personen in den Einrichtungen, um diese Lücke zu schließen, liegt dabei deutlich höher, da im Pflegebereich zu einem hohen Anteil in Teilzeit gearbeitet wird. Ausgehend von den Teilzeitquoten in den Krankenhäusern, die bei rund 50 Prozent liegen und in den teil-/vollstationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (mit Teilzeitquoten von 60 bis sogar 70 Prozent) kann von einer Schätzung von mindestens 14.000 Personen ausgegangen werden, um alle Stellen in den Einrichtungen besetzen zu können. Das entspricht in etwa der Anzahl eines gesamten Jahrgangs der in die Ausbildung einmündenden Personen. Vor diesem Hintergrund ist mit einer kurzfristigen Deckung und Besetzung der Stellen nicht zu rechnen.

¹ Mit einem Rücklauf von 17-24 Prozent bei den teil-/vollstationären Einrichtungen in den Regierungsbezirken lassen sich Aussagen regional übergreifend tätigen. Aus der wissenschaftlichen Perspektive aber handelt es sich um zwei unabhängige Querschnittsuntersuchungen, da die Teilnehmenden anonymisiert erfasst werden und sich nicht im Längsschnitt die Einrichtungen abbilden lassen, die in beiden Befragungen teilgenommen haben. Dies schränkt den direkten Vergleich zwischen den Berichten ein.

Grund für den steigenden Engpass sind deutlich steigende Bedarfe in den Einrichtungen, erhöhte Zahlen an aktuell offenen Stellen sowie eine deutliche Steigerung im Kontext eines Veränderungsbedarfs, um die betrieblichen Ziele für das Jahr 2018 zu erreichen. Darüber hinaus entstehen in einem großen Umfang neue Einrichtungen (insbesondere in der ambulanten Pflege sowie der teil-/vollstationären Versorgung), die ihrerseits mit Personal ausgestattet werden müssen. Die vorliegenden Kennzahlen zur Mangelprognose liegen gegenüber den Ergebnissen der LbG NRW 2015 um ein Vielfaches höher, obwohl im Bereich der Altenpflegeausbildung eine deutliche Zunahme zu verzeichnen ist, die sich auf einem hohen Niveau aktuell stabilisiert (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018). Es zeigt sich, dass Bedarfe nicht linear kalkulierbar sind und von unterschiedlichen einflussnehmenden Bedingungen abhängen. So sind mit den Pflegestärkungsgesetzen neue Personengruppen in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung eingeschlossen worden und es wurden Stellenförderungen in der teil-/vollstationären Pflege ermöglicht. Zugleich zeigen die Entwicklungen im Krankenhaus auf, dass Pflegestellenförderung und Diskussionen um Mindestpersonalverordnungen nicht ohne Wirkung zu bleiben scheinen. Die hohe Dynamik im Bereich des Ausbaus an ambulanter sowie teil-/vollstationärer Pflege generiert nachhaltig einen steigenden Personalbedarf, nicht zuletzt durch zahlreiche Neugründungen.

Die Maßnahmen der Rekrutierung unterscheiden sich in der Rangfolge zwischen den Sektoren nicht gravierend. Überwiegend wirkungsvoll eingeschätzt werden Maßnahmen, die mit dem direkten Umfeld und den bestehenden Mitarbeitenden in Verbindung gebracht werden können. Die Einbindung der eigenen Netzwerke sowie eine gute Unternehmenskommunikation stehen im Vordergrund der als wirkungsvoll eingeschätzten und realisierten Maßnahmen der Rekrutierung. Die Meldung offener Stellen bei der Arbeitsagentur hingegen wird überwiegend als nicht wirkungsvoll eingeschätzt und vielerorts nicht vorgenommen. Die Veröffentlichung von Stellenanzeigen in Printmedien wird zwar oftmals eingesetzt, jedoch nicht als wirkungsvoll eingestuft.

Als eine Auffälligkeit kann für den Pflegebereich ausgemacht werden, dass in den Einrichtungen offensichtlich in kurzer Zeit sprunghaft gestiegene Bedarfe bestehen, es aber bislang nicht gelingt, den Vollzeitstellenanteil konsequent auszubauen. Mit regionalen und sektoriellen Vollzeitquoten von nur 30 bis 50 Prozent werden bestehende Potenziale qualifizierter Mitarbeitender nur unzureichend genutzt. Die niedrige Quote der Vollzeitstellenanteile kann dabei nur bedingt durch die Notwendigkeit der betrieblichen Organisation oder der Mitarbeiter

selbst erklärt werden. In anderen Bundesländern werden bei ähnlichen Strukturen der Einrichtungen deutlich höhere Vollzeitstellenanteile erreicht und offensichtlich unter den bestehenden Rahmenbedingungen realisiert. Die aktuellen Bedarfe in den pflegerischen Berufen können nicht ohne die konsequente Nutzung dieses Potenzials gedeckt werden.

1.2 FACHKRÄFTEMANGEL IN DEN THERAPIEBERUFEN WIRD DEUTLICH

Mit der vorliegenden LbG NRW 2017 wurde erstmalig ein Blick in die Praxen der Therapieberufe in NRW gerichtet, um die dortige Personalsituation auf der Grundlage von Kennzahlen und Einschätzungen beschreiben zu können.

Die Analyse der Arbeitsmarktkennzahlen weist für keinen der Berufe der Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie eine bestehende Arbeitsmarktreserve aus. Die Anzahl der offenen gemeldeten Stellen liegt gegenüber den als arbeitslos geführten Personen deutlich höher. In der Physiotherapie kommen auf einen arbeitslos gemeldeten Berufsangehörigen 3,3 offene Stellen, in der Logopädie und der Ergotherapie sind es 1,9 offene Stellen pro arbeitslos geführter Fachkraft. Im Hebammenwesen sind es 1,5 offen gemeldete Stellen, wobei hier einschränkend angeführt werden muss, dass die Krankenhäuser nur einen Teilbereich der Tätigkeitsbereiche ausmachen und sich kein vollständiges Bild über die tatsächlichen Bedarfe hinsichtlich geburtsbetreuerischer oder vorbereitender Aufgaben ergibt.

Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser gab bezogen auf die Personalausstattung in den Therapieberufen an, dass diese überwiegend dem konkreten Bedarf entsprechen. 70 Prozent der Krankenhäuser sind den eigenen Angaben zufolge ausreichend mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten ausgestattet. Bezogen auf die Ergotherapie sind es 63,8 Prozent und in der Logopädie sehen 62,5 Prozent einen ausreichenden Personalbestand. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass in rund jedem dritten Krankenhaus Personal in der Ergotherapie und der Logopädie benötigt wird. Deutlich ungünstiger schätzen die Krankenhäuser ihre Ausstattung im Hebammenwesen ein. Lediglich 42,8 Prozent gaben an, dass sie eine ausreichende Anzahl an Hebammen für die geburtshilfliche Versorgung beschäftigen. In drei von fünf Krankenhäusern mit Geburtshilfe wird demzufolge Personal gesucht. An dieser Stelle wird der Bedarf an ausgebildeten Hebammen deutlich.

Deutlicher werden die Bedarfe und die mit einem Fachkräftemangel einher gehenden Einschränkungen bei den Therapieberufen in den Ausführungen der Praxen.

ZUSAMMENFASSUNG

Hier liegen für die Physiotherapie Aussagen vor, dass 63 Prozent angeben, aufgrund eines Fachkräftemangels und einer bestehenden hohen Auslastung Patientinnen und Patienten kein zeitnahe Behandlungstermin innerhalb von vier Wochen angeboten werden kann (63 Prozent). 67,3 Prozent beschreiben einen beabsichtigten Personalstellenausbau. Im Durchschnitt ergeben sich in der Stichprobe pro Praxis zusätzliche Bedarfe von 1,5 Stellen. Die Zeit zur Besetzung einer offenen Stelle wird durchschnittlich mit acht Monaten angegeben.

Bei der Ergotherapie geben 43 von 62 Befragten an, dass sie keine zeitnahen Behandlungstermine vergeben können und 39 von 62 Praxen wünschen sich einen Personalausbau, um die betrieblichen Ziele für 2018 realisieren zu können. In der Summe werden in der kleinen Stichprobe rund 83 zusätzliche Vollzeitkräfte gesucht. Die Besetzung offener Stellen aber stellt sich als problematisch dar. Im Mittelwert dauerte eine Besetzung 12 Monate.

In der Logopädie zeigt sich ein ähnlicher personeller Engpass. Auch hier geben 64,4 Prozent an, dass sie keine zeitnahen Therapien anbieten können und nur 55,3 Prozent betrachten tendenziell zustimmend, dass die personelle Ausstattung als angepasst an die Bedarfe zu betrachten ist. Mehr als die Hälfte (54,5 Prozent) der Antwortenden in der Stichprobe würde gerne zusätzliches Personal beschäftigen. In der Summe ergeben sich für die 143 antwortenden Personen 125 zusätzliche Vollzeitstellen, die besetzt werden könnten. Die durchschnittliche Zeit bis zur Besetzung einer offenen Stelle jedoch dauert sieben Monate.

Auch in den Therapieberufen finden sich ähnliche Ausprägungen der Rekrutierungsmaßnahmen und der Einschätzung, ob diese wirkungsvoll sind wie in den Einrichtungen der Versorgung. Auch hier stehen persönliche Netzwerke und Unternehmenskommunikation (Homepage sowie soziale Netzwerke) im Vordergrund. Printmedien werden ebenfalls eingesetzt, die Wirkung aber wird nicht hoch bewertet und die Meldung offener Stellen bei der Arbeitsagentur führt auch in diesen Feldern überwiegend nicht zu den gewünschten Bewerbern.

In der Gesamtschau geben diese Auswertungen den Hinweis auf einen deutlichen Fachkräftemangel in den Therapieberufen. Das potenzielle Wachstum in den Praxen wird durch diesen Personalmangel gehemmt und bezogen auf die Patientenversorgung müssen längerfristige Behandlungszeiten in Kauf genommen werden.

1.3 AUSBILDUNGSPLÄTZE STAGNIEREN

Für den Altenpflegebereich kann beschrieben werden, dass die in den vergangenen Jahren erfolgten Aufstockungen der Ausbildungsplätze auf dem bestehenden Niveau gehalten werden können. In den überwiegenden Regierungsbezirken in NRW (Ausnahme Detmold) konnten in 2016 die höchsten Zahlen der Schülerinnen und Schüler in Bildungseinrichtungen verzeichnet werden. Damit bildet die Altenpflege die Ausnahme in der Ausbildungslandschaft. Mit einem weiteren Ausbau der Kapazitäten kann aktuell jedoch kaum gerechnet werden, denn die Relation der Bewerberanzahl auf eine schulische Ausbildung zu den realisierten Ausbildungsplätzen ist gegenüber anderen Berufen gering.

Als eine Problemlage kann die Ausbildungssituation in der Gesundheits- und Krankenpflege benannt werden. Kontrastierend zu den steigenden Bedarfen in den Einrichtungen sind hier in den Regierungsbezirken in 2016 gegenüber 2014 leicht sinkende Ausbildungszahlen zu beobachten (Ausnahme Detmold). Angesichts der Tatsache, dass rund die Hälfte der Krankenhäuser angibt, dass der Personalbestand nicht dem Personalbedarf entspricht, sind hier bislang offenbar seitens der Krankenhäuser und den angeschlossenen Bildungseinrichtungen noch keine hinreichenden Maßnahmen getroffen worden, um die Ausbildung auszubauen und den Bedarf durch Qualifizierung zu sichern. Ein Widerspruch liegt dahingehend vor, dass ein sehr hohes Potenzial an Bewerbungen seitens der Bildungseinrichtungen rückgemeldet wird und eine Aufnahme von mehr Auszubildenden somit potenziell realisierbar erscheint. Das Ministerium hat im Rahmen einer gemeinsamen Aktion mit den Krankenkassen und der Krankenhausesellschaft einen Appell an die Schulen und die Geschäftsführungen der Krankenhäuser gerichtet, die notwendigen Maßnahmen zur Steigerung der Ausbildungskapazität zu ergreifen.

In den Therapieberufen muss ebenso von einer unzureichenden Ausbildungskapazität ausgegangen werden. In den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie sowie der Logopädie sind die Ausbildungsplätze stark rückläufig. In der Physiotherapie beispielsweise hat sich Arnsberg das Gesamtvolumen des Schülerinnen- und Schülervolumens gegenüber dem Jahr 2002 fast halbiert, in Münster und Detmold sank die Anzahl um rund 200 im Vergleichsjahr. In Köln und Düsseldorf sind Steigerungen auszumachen, die aber in der Gesamtsumme den Rückgang nicht kompensieren können. Im Hebammenwesen ist die Zahl der Ausbildungsplätze bislang nahezu identisch gehalten worden- auch hier zeigen die Arbeitsmarktkennzahlen auf, dass das bestehende Ausbildungsvolumen aktuell nicht ausreicht, um die Bedarfe zu decken.

Als ein stark begrenzender Faktor eines kontinuierlichen Ausbaus kann die im Bereich der hauptamtlich Lehrenden bestehende Fachkräfteproblematik ausgemacht werden. Im Land fehlen, den Kalkulationen zufolge, bei einer konservativen Berechnung aktuell rund 75 Lehrende in Bildungseinrichtungen. Die Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge stehen zu einem großen Teil bereits in vertraglichen Verhältnissen und können nicht vollumfänglich als neues Potenzial gewertet werden. Die einzuleitenden Schritte in Richtung Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) erfordern einen deutlichen Zuwachs, um den Ausbildungssektor zukunftssicher auszubauen.

1.4 EINRICHTUNGEN BEREITEN DAS PFLEGEBERUFEREFORMGESETZ VOR

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) stellt einen zentralen Einschnitt in die bisherige Ausbildungslandschaft dar. Mit der Einführung einer gemeinsamen Phase der Ausbildung, den Möglichkeiten der Generalisierung insgesamt und den Spezialisierungen sowie Anpassungen bei der Qualifikation der Praxisanleitenden stehen gravierende Änderungen an, auf die die Einrichtungen sich vorbereiten müssen.

Zu Zeitpunkt der Befragung waren die Eckpunkte des Gesetzes zwar bekannt, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung jedoch lag noch nicht vor, sodass die Ergebnisse auch Ausdruck einer Phase der inhaltlichen Unsicherheit sind.

In den ambulanten Diensten wurde das Thema bislang noch nicht umfassend mit den Mitarbeitenden gemeinsam diskutiert. Es zeigen sich zurückhaltende Entwicklungslinien z.B. in Bezug auf eine Neustrukturierung der Praxisanleitungskonzepte. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass für eine konkrete Vorbereitung noch Zeit verbleibt. In den teil-/vollstationären Einrichtungen wurde ebenfalls die Thematik noch nicht umfassend mit den Mitarbeitenden diskutiert. Ein bestehender Zeitdruck wurde hier im mittleren Bereich verortet. Dass eine Anpassung der Praxisanleitungskonzepte vorgenommen werden muss, wurde hier überwiegend im zustimmenden Bereich verortet.

Nur rund die Hälfte der antwortenden Einrichtungen gab an, dass sie sich auf die Übernahme der Gesamtverantwortung der praktischen Ausbildung vorbereiten. 63 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen benennt, dass sie für die Umsetzung neue Kooperationspartner benötigen. In den Krankenhäusern wird die Situation abweichend eingeschätzt. Hier sind die Aspekte der Anpassung der Praxisanleitungskonzepte deutlicher in der Ausprägung und der Grad der Kommunikation mit Mitarbeitenden wird insgesamt höher beschrieben. 67 Prozent

der Krankenhäuser sind bereits mit der Frage der Vorbereitung auf die Gesamtverantwortung der praktischen Ausbildung beschäftigt. Dies zeigt, dass insbesondere die kleineren Einrichtungen erhebliche Informations- und Kommunikationsbedarfe ausmachen. Die Wirkungen und Auswirkungen der Reform, bis hin zur notwendigen Anpassung von Qualifizierungsmaßnahmen der Praxisanleitenden, scheinen noch nicht flächendeckend reflektiert und bekannt zu sein. Es bietet sich an, diese Prozesse flankierend zu unterstützen, um eine bruchfreie Umsetzung der Reform auch in den ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen zu ermöglichen.

Im Bildungsbereich ist die Umsetzung ein herausgehobenes Thema. Inhaltlich werden hier durch veränderte Lehrinhalte kaum nennenswerte Schwierigkeiten erwartet. Von zentraler Bedeutung ist die Notwendigkeit neuer Kooperationspartner. Drei von fünf antwortenden Bildungseinrichtungen geben an, neue Kooperationspartner zu benötigen, um die Einsatzgebiete der praktischen Ausbildung sicherstellen zu können und damit den Schulstandort zukunftsfähig zu halten. Damit einhergeht, dass über die Hälfte Gespräche mit potenziellen Kooperationspartnern in dieser Hinsicht führen.

Daneben bestehen weitere Herausforderungen, die sich für die Bildungseinrichtungen ergeben. Bezogen auf die fachliche Qualifikation gab fast die Hälfte an, dass das Personal nicht ausreichend über Fachexpertise verfügt, um neben dem generalistischen Abschluss die spezialisierten Abschlüsse zur Altenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anbieten zu können. Die Antwortenden schätzen im Mittel, dass sie eher nicht genügend Zeit haben werden, um sich auf die Veränderungen in der Ausbildung einzustellen. Daher planen die meisten Bildungseinrichtungen, nicht alle Vertiefungsrichtungen inklusive des zusätzlichen Altenpflegeabschlusses anzubieten. Die Vertiefungsrichtung Kinderkrankenpflege planen die Einrichtungen durchschnittlich am wenigsten häufig zu realisieren. Seitens des Ministeriums laufen, bezogen auf die Bildungseinrichtungen, umfangreiche Maßnahmen der Beratung an.

2. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW

Mit den Landeberichterstattungen zu den Gesundheitsberufen in Nordrhein-Westfalen (LbG NRW) wurde durch das zuständige Ministerium ein periodisches Verfahren der Berichterstattung auf den Weg gebracht, das es ermöglicht, auf der regionalisierten Ebene unterschiedliche Kennzahlen bezogen auf die Bedarfslage an Personal in ausgewählten Gesundheitsfachberufen zu systematisieren und zu bündeln. Damit liegen Daten vor, die bundesweit in der Form als wegweisend zu betrachten sind, da vergleichbare Berichterstattungen überwiegend Kennzahlen aus amtlichen Daten zusammentragen, die jedoch meist unzureichend regional differenziert werden können und nicht den tatsächlichen Bedarf repräsentieren. Beispielhaft kann hier angeführt werden, dass Daten zu den offenen Stellen bei der Bundesarbeitsagentur nur die Betriebe einschließen, die ihre offenen Stellen auch melden – ausgeschlossen bleiben so in einer Analyse zahlreiche Einrichtungen, die diese Meldungen nicht vornehmen, aber dennoch einen Fachkräftebedarf haben. Die LbG NRW gehen auf der Basis der primären Erhebung und der Sekundäranalysen von Bestandsdaten über den üblichen Rahmen der Berichterstattungen hinaus.

Die LbG NRW 2017 stellt mit den veröffentlichten Daten und Analysen aus dem Gesundheits-, Pflegewesen und Therapiebereich in Nordrhein-Westfalen eine zentrale Grundlage für eine systematische Diskussion und Planung der Ausbildungs- und Berufsentwicklungen im Gesundheitswesen dar. Der Monitoringansatz ermöglicht es dabei, Entwicklungen kurzfristig zu beobachten und Verläufe zu kontrollieren sowie eingeleitete Maßnahmen auf ihre Wirkung hin zu beurteilen.

Aufgenommen in die Berichterstattung werden die Berechnungen und/oder Empfehlungen zur Ausbildungsplatzkalkulation der Berufe, die in § 2 Nr. 1a im KHG benannt sind.

Auf der Basis eines Angebot-Nachfrage-Modells wird anhand von sechs verschiedenen Bedarfskategorien (Sofortbedarf, Neubedarf, Ersatzbedarf, Veränderungsbedarf, Arbeitsmarktreserve, Pflegepotenzial Absolventinnen und Absolventen) der Bedarf an Fachkräften in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege berechnet und in einer Gesamtkalkulation zusammengefasst. Grundlage der Kalkulation ist ein empirisch abgesichertes Fachkräftemonitoring. Das Fachkräftemonitoring wird dabei auf der Basis einer zeitgleichen Befragung von Ausbildungsstätten und Betriebsstätten in den Kernsektoren der

Versorgung vorgenommen (Primärerhebung). Kennzahlen aus den Einrichtungen werden nachfolgend für eine landesweite Berechnung verwendet. Für den Berichtsteil sowie den empirischen Teil der Studie verantwortlich ist das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. mit Sitz in Köln (DIP).

Zur Orientierung in den Kapiteln und Abbildungen werden die Grafiken ergänzend mit Piktogrammen versehen. Die nachfolgenden Piktogramme stehen dabei für die folgenden Sektoren und Berufe:

	Ambulante Pflegedienste
	Bildungsbereich/ Ausbildungsstätten
	Ergotherapie
	Hebammenwesen
	Krankenhaus
	Logopädie/ Sprachheiltherapie
	Physiotherapie
	Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Tab. 1: Piktogramme zu Sektoren und Berufen

Die LbG NRW stellt sich als ein komplexes Gutachten dar, in dem sektoriell getrennte Informationen sowie allgemeine Entwicklungen gleichermaßen vorgestellt werden. Mit der Aufnahme der Therapieberufe in die Primärerhebung wird ein weiteres Feld analytisch und empirisch erschlossen. Damit verbunden ist auch die Aufnahme einer weiteren Diskussion der jeweiligen Datenbestände und Entwicklungslinien, was die Komplexität und den Umfang der LbG NRW entsprechend erhöht. Um den Gesamtumfang übersichtlich zu halten, werden in den Einführungskapiteln der pflegerischen Entwicklung Kürzungen der Darstellungen erfolgen und auf entsprechende Quellen verwiesen.

Im Tabellenteil der Berichterstattung werden aktuelle Grunddaten aus dem Bereich der Beschäftigung, Ausbildung und Versorgung präsentiert. In diesem Teil der LbG NRW, der durch den Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) erstellt wird, werden fortlaufend statistische Grunddaten zusammengestellt, die sich aus unterschiedlichen Quellen der statistischen Erhebungen des Landes generieren.

2.1 AUFTRAG UND ZIEL DER LbG NRW 2017

Der Auftrag zur Erstellung der LbG 2017 durch das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) erfolgte nach Einreichung eines Angebots über den Vergabeplatz NRW durch das DIP in Köln (Vergabe 111.1.3821.IV-35 vom 26.06.2017). Die vertragliche Laufzeit des Projekts umfasste den Zeitraum vom 01.10.2017 bis zum 31.05.2019. In der Laufzeit sollten neben Sachstandsberichten zwei inhaltliche Berichte erstellt werden. Der vorliegende Bericht zur LbG NRW 2017 wurde zum 30.09.2017 erstellt, ein Abschlussbericht zu den Regionalkonferenzen ist gemäß der Leistungsbeschreibung bis zum 30.04.2019 vorzulegen.

In der mit der Ausschreibung verbundenen Leistungsbeschreibung wurden die zentralen Ziele und Aufgaben zur LbG NRW 2017 konkret formuliert. Diese umfassen:

- Die Darstellung des Fachkräftebedarfs in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege
- Eine Bedarfsprognose für Lehrende an Bildungseinrichtungen in NRW
- Entwicklung eines Angebot-Nachfrage-Modells für die Berufe der Ergotherapie, der Logopädie, der Physiotherapie sowie des Hebammenwesens
- Erhebung von Trends und Einschätzungen zu unterschiedlichen aktuellen Themengebieten
- Fortschreibung von sekundäranalytischen Daten (basierend auf den Statistiken des Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW))
- Erstellung eines druckfähigen Berichtes zur LbG NRW 2017

Erstmalig in die Leistungsbeschreibung aufgenommen wurde die Koordinierung und Durchführung von fünf Regionalkonferenzen zur LbG NRW (Regionalkonferenzen 2019) einschließlich der Erstellung von Print- und Onlinematerialien (Regionaldossiers), die bereits zum dritten Male durchgeführt werden, in den vorangegangenen Perioden jedoch auf der Basis einer gesonderten Ausschreibung und Projektierung erfolgten.

Mit der Zusammenführung der beiden Teile (LbG NRW 2017 sowie Regionalkonferenzen 2019) wird dem Monitoringansatz Rechnung getragen, der neben einer Erfassung und Darlegung der Daten auch den Bereich der systematischen Dissemination und Diskussion der Daten mit dem Feld umfasst.

Im Kontext der Diskussion und Datenbeschreibungen der Therapieberufe wurde ergänzend zur Leistungsbeschreibung eine sechste Regionalkonferenz vereinbart, die den Fokus auf die Gruppen der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und des Hebammenwesens richtet. Damit wurde auf die Einlassungen der Regionalkonferenzen der letzten Jahre reagiert und die Therapieberufe wurden im Rahmen des Gesamtverfahrens inhaltlich und strukturell entscheidend aufgewertet.

Die Aggregationstiefe der Berichterstattung und Kennzahlen im Rahmen der LbG NRW ist überwiegend die der Regierungsbezirke in Nordrhein-Westfalen (Arnsberg, Detmold, Düsseldorf, Köln, Münster).

Im Rahmen der Regionalkonferenzen werden diese Daten, wo möglich und sinnvoll, ergänzt um Darstellungen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Ebenso ist Teil der Regionalkonferenzen, zu denen relevante Akteure der Kommunen, Träger, Bildungsstätten und Einrichtungen eingeladen werden, die Präsentation von innovativen Projekten und Ansätzen guter Praxis aus dem Bereich der Versorgung und der Bildung.

2.2 DAS ANGEBOT-NACHFRAGE-MODELL

Als theoretisches Rahmenkonzept für die Erfassung und Berechnung relevanter Kennzahlen wurde ab der Landesberichterstattung 2010 ein multifaktorielles Angebot-Nachfrage-Modell (mAN-Modell) eingeführt und nachfolgend modifiziert und aktualisiert (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2010).



Abb. 1: Angebot-Nachfrage-Modell der Pflege- und Therapieberufe

Mit der Betrachtung wird eine vielfach in (Prognose-)Studien fehlende sektorenübergreifende Betrachtung der Fachkräftesituation in den ambulanten Diensten, den teil-/vollstationären Einrichtungen sowie den Krankenhäusern vorgenommen. Ausgangspunkt ist dabei die Grundannahme, dass eine sektoriell begrenzte Analyse (z.B. der ambulanten sowie teil-/vollstationären Altenpflege) (Braeseke et al. 2015; Ehrentraut et al. 2015; PricewaterhouseCoopers AG 2010; Rothgang et al. 2012) zu erheblichen Fehlinterpretationen in der Datenanalyse der Gesamtbedarfe führen kann, weil die Grenzen zwischen den Sektoren von den Berufsangehörigen in der Arbeitswelt zunehmend überwunden werden und sich innerhalb und zwischen den Sektoren der Versorgung Verschiebungen ergeben, die kalkulatorisch in anderen Studien nicht einbezogen werden.

Bedarfe der Gesundheits- und Krankenpflege z.B. können nicht hinreichend über die alleinige Betrachtung der Krankenhausversorgung abgebildet werden. Sie bestehen gleichermaßen auch in ambulanten Pflegediensten sowie in teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gleiches gilt für die Altenpflege. Darüber werden in prognostischen Analysen in aller Regel keine Betrachtungen der Ausbildungsstätten vorgenommen – damit bleibt ein wesentliches Handlungsfeld zur nachhaltigen Bekämpfung der Fachkräftesituation unbeleuchtet.

Das mAN-Modell eignet sich daher besser als Einzelanalysen aus Sektoren, um

die komplexen Mechanismen und Orte der Entstehung eines Fachkräftemangels zu beschreiben und zu diskutieren.

Das mAN-Modell folgt zeitlich betrachtet dem Qualifizierungs- und Erwerbszyklus von Mitarbeitenden in den Pflege- und Therapieberufen. Dabei wird grundsätzlich unterschieden zwischen dem Ausbildungsmarkt und dem Arbeitsmarkt.

Auf Seiten des Ausbildungsmarktes werden das Bewerberpotenzial sowie die Ausbildungsstätten betrachtet. Ein Fachkräftemangel kann in diesen Bereichen entstehen, wenn beispielsweise die Anzahl der zu qualifizierenden Personen nicht hinreichend ist, um die zur Verfügung gestellten Ausbildungsplätze vollumfänglich zu besetzen. In den Ausbildungsstätten können personelle Engpässe, z.B. im Bereich der Lehrenden, vorliegen, die eine Anpassung oder Ausschöpfung der theoretischen Kapazitäten nicht erlauben. Darüber hinaus können auch strukturelle Begrenzungen vorliegen, z.B. bezogen auf die räumliche Ausstattung in den Ausbildungsstätten.

Von zentraler Bedeutung ist die Einschätzung zur Berufseinmündungsquote, also die Frage danach, wie viele der qualifizierten Personen nach einer Ausbildung auch den Beruf aufnehmen, sowie die Quote der erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen in den jeweiligen Ausbildungsgängen. Kennzahlen zu diesen Aspekten werden in Teilen durch IT.NRW im Rahmen der Schulstatistik erhoben (erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen). Die Einmündungsquote wird nicht vollumfänglich in jeder LbG NRW neu erhoben - in Einzelfragen werden auch Fortschreibungen aus bestehenden Daten vorgenommen und als kalkulatorische Größe für die Prognosen verwendet.

Auf Seiten des Arbeitsmarktes sind es die Betriebsstätten, in denen die Personen nach einer Qualifizierung arbeiten. Hier kann ein Fachkräftemangel entstehen, wenn die Bedarfe in den Betriebsstätten die Anzahl der qualifizierten Personen aus den Ausbildungsstätten übersteigt. Erhöhte Bedarfe können durch Leistungsausweitungen oder durch eine erhöhte Nachfrage der Bevölkerung entstehen. Darüber hinaus können auch in diesen Bereichen zusätzliche Bedarfe an Personen entstehen, wenn beispielsweise die Teilzeitquoten hoch sind und mehrere qualifizierte Personen benötigt werden, um eine Stelle zu besetzen.

Innerhalb und zwischen den Sektoren kommt es zu Fluktuationen von Personen. Diese Fluktuation kann in einzelnen Betriebsstätten zu einem Fachkräftemangel führen. Erfolgt die Fluktuation innerhalb der Sektoren (z.B. von Krankenhaus A zu Krankenhaus B/ intrasektoriell), so ist sie insgesamt betrachtet sektoreneutral und führt aus der Perspektive der Versorgung nicht zu einem generellen,

ggf. aber zu einem lokalen Fachkräftemangel. Ist eine deutliche Fluktuation zwischen den Sektoren zu beobachten (z. B. von der teil-/vollstationären Pflege ins Krankenhaus/ intersektoriell), so wirkt die Fluktuation sich sektorenspezifisch aus und kann einen generellen Fachkräftemangel in einem Versorgungssektor verstärken.

Neben der Fluktuation innerhalb der und zwischen den Sektoren kann es auch zu einem Ausstieg aus dem Beruf kommen, der ggf. in den Einrichtungen den Fachkräftemangel verstärkt. Dieser Berufsausstieg kann temporärer Natur sein (z.B. durch Familiengründung/ Übernahme der Pflege eines Angehörigen) oder aber final (z.B. durch Verrentung oder Aufnahme einer anderen Erwerbstätigkeit/ einer anderen Qualifizierung außerhalb des erlernten Berufes).

Im Rahmen der vorliegenden Studie der LbG NRW 2017 wurde das mAN-Modell zentral überarbeitet. So wurden die Therapieberufe in das vorliegende Schema integriert. Das schließt die Aufnahme von spezifischen Ausbildungsstätten sowie bislang nicht berücksichtigter Betriebsstätten mit ein. Bei den Betriebsstätten wurde die Sektorenbezeichnung (ambulante Pflege / Krankenhauswesen/ teil-/vollstationäre Pflege) aufgelöst, da sich unter Einbezug der Therapieberufe zahlreiche neue Handlungsfelder ergeben (Selbstständigkeit, Praxen etc.). Mit dieser Modellanpassung wurde eine Erweiterung der Betrachtung ermöglicht.

Nicht mehr aufgenommen werden die in den vorangegangenen Modellen beschriebenen Einflussfaktoren außerhalb des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes, die als gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf das Gesamtgefüge einwirken. So wurden in den Vorläuferversionen z.B. der allgemeine Arbeitsmarkt sowie auch spezifische Strukturförderprogramme etc. benannt. Diese können sich auf den Fachkräftemangel auswirken. Eine hohe Beschäftigungsquote und ein Nachfragedruck seitens anderer Berufsfelder z.B. kann tendenziell das Bewerberpotenzial absenken, da sich für Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen zahlreiche Alternativen der Qualifizierung ergeben. Ebenso wirken Förderprogramme, wie das Pflegestellenförderprogramm oder aber Mindestpersonalvorgaben, ggf. auf die Nachfrageseite in den Einrichtungen ein, wenn zusätzliche Bedarfe entsprechend kostenneutral mit refinanziert werden und die Nachfrage dadurch erhöht wird.

Im mAN-Modell wird weiterhin von einer Beeinflussung zahlreicher äußerer Faktoren ausgegangen, diese werden jedoch im Berichtsteil im Rahmen der Dateninterpretation mit aufgenommen und nicht grafisch im Modell dargestellt. Eine Auslassung in der Visualisierung bedeutet demnach nicht, dass diese Faktoren nicht mehr betrachtet werden – sie wurden jedoch in der Vergangenheit nicht

kalkulatorisch berechnet, da sich die genauen Effekte kaum darstellen und berechnen lassen. Im Modell sind somit primär die kalkulatorisch erfassbaren Bereiche ausgewiesen. Damit soll das überarbeitete Modell trotz der Komplexitätszunahme durch die Aufnahme der Therapieberufe übersichtlicher werden.

Im Folgenden sollen die einzelnen Begriffe, die im Rahmen der Kalkulation Anwendung finden, definiert werden. Das Modell selbst sowie die verwendeten Begriffe werden kontinuierlich reflektiert und angepasst. So wurde 2013 beispielsweise der Begriff des „Mehrbedarfs“ durch den des „Veränderungsbedarfs“ ersetzt, da sich in den Einrichtungen zur Realisierung der betrieblichen Ziele auch die Notwendigkeit ergeben kann, einen Personalabbau zu betreiben. Der Begriff „Mehrbedarf“ erlaubt dem Verständnis nach nur eine Änderung in Richtung einer Ausweitung der Personalkapazitäten. Der neutralere Begriff des „Veränderungsbedarfs“ kann auch die Absenkung der Personalzahlen umfassen.

In die Kalkulation und Betrachtung werden die folgenden Dimensionen des Bedarfs einbezogen:

Sofortbedarf: Unter dem Sofortbedarf werden Stellen verstanden, die derzeit in den Betriebsstätten als offen geführt werden und direkt besetzt werden könnten. Sie sind nicht abhängig von weiteren finanziellen Zusicherungen oder Bedingungen, sondern stellen das Potenzial dar, das sofort eingesetzt würde, wenn die Rekrutierungsoptionen bestehen.

Veränderungsbedarf: Unter einem Veränderungsbedarf werden Anpassungen in der Stellenkalkulation in den Betriebsstätten verstanden, die zum Erreichen der betrieblichen Ziele der Einrichtungen wünschenswert sind. Im Gegensatz zum vorherig verwendeten Begriff des Mehrbedarfs wird hiermit eine Neutralität der Begrifflichkeit verbunden, die zwei Richtungen der Kalkulation ermöglicht.

Neubedarf: Unter dem Neubedarf werden Stellen subsumiert, die sich aufgrund von Veränderungen in Bezug auf die Anzahl von Einrichtungen ergeben (z. B. Anzahl der neu gegründeten Altenpflegeeinrichtungen, Anzahl neuer ambulanter Dienste, Erweiterungsbauten bei Kliniken etc.).

Ersatzbedarf: Unter einem Ersatzbedarf werden Stellen verstanden, die ersetzt werden müssen, weil Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem System ausscheiden. Der Ersatzbedarf quantifiziert das Aussteigerpotenzial (z. B. altersbedingt durch Eintritt ins Rentenalter oder temporär durch Schwangerschaft und Erziehungszeit). Ersatzbedarf ist demnach die Summe der Fluktuation aus dem Versorgungssystem insgesamt und weist die Anzahl der Personen aus, die dem

Versorgungssystem aktuell nicht mehr zur Verfügung stehen und kurz- oder mittelfristig ersetzt werden müssen.

Eine Weiterentwicklung des mAN-Modells ist, dass im Rahmen der Erprobung einer Akademisierung der Pflege und ausgewählter Therapieberufe in Modellvorhaben die hochschulischen Bildungsbereiche mit in die Perspektive bei der beruflichen Erstqualifizierung aufgenommen wurden (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2014a). Studienstandorte der Modellstudiengänge im Pflege- und (teilweise) Therapiebereich in Nordrhein-Westfalen sind:

STANDORT	STUDIENGÄNGE
RWTH Aachen	Studiengang „Logopädie“
Fachhochschule Bielefeld	Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“
Hochschule für Gesundheit, Bochum	Studiengang „Ergotherapie“, „Hebammenkunde“, „Pflege“, „Logopädie“, „Physiotherapie“ Studiengang „Pflege und Gesundheit“
Fliegener Fachhochschule, Düsseldorf	Studiengang „Pflege“
Katholische Hochschule NRW, Köln	Studiengang „Therapie- und Gesundheitsmanagement“
Fachhochschule Münster	Studiengang „Pflege“
Mathias Hochschule Rheine	Studiengang „Logopädie“

Tab. 2: Modellstudiengänge Gesundheits- und Pflegeberufe in NRW

Die verfügbare Kapazität in den Modellstudiengängen war jedoch stark begrenzt und angesichts der Dominanz der beruflichen Ausbildung bezüglich einer nennenswerten Personalanzahl tendenziell noch sehr gering.²

In den ersten beiden Kohorten in (Studienanfängerinnen und Studienanfänger WS 2010/11 und Studienanfängerinnen bzw. Studienanfänger WS 2011/2012) wurden für alle Berufe insgesamt Teilnehmerzahlen von 287 bzw. 316 dokumentiert (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2014b).

Für die Kalkulation erschwerend kommt hinzu, dass in einzelnen Standorten ein kooperierendes Modell mit Schulen des Gesundheitswesens bestand, sodass die

² Die Gesamtzahl der Studienplätze beträgt 492 pro Jahr, verteilt auf 212 Studienplätze für therapeutische Gesundheitsberufe und 280 Studienplätze für Pflegeberufe. Zum Vergleich dazu sind etwa 41.200 Ausbildungsplätze für Fachkräfte in Nordrhein-Westfalen vorhanden, davon 35.350 in den Pflegeberufen und 5.820 in den therapeutischen Gesundheitsberufen (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 29.05.2015).

dual Studierenden bereits in den Schulen als Schülerinnen und Schüler geführt werden. Eine Ausnahme bildet hier das Programm der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

2.3 METHODISCHE HINWEISE ZUR LbG NRW 2017

Im folgenden Kapitel werden Hinweise zur methodischen Bearbeitung in einer kurzen Form beschrieben. Insgesamt folgt die LbG NRW einem mehrmethodischen und deskriptiven Ansatz, der sich aus einer Sekundäranalyse und einer Primärerhebung zusammensetzt. Die einbezogene Literatur dient der Einordnung der Thematik und Befunde in den Kontext anderer Untersuchungsergebnisse und ergänzender Studien. Die Literaturrecherche selbst erfolgte dabei ausschnittshaft für einzelne Fragestellungen und Verweise und entspricht nicht einer vollständigen und systematischen Literaturrecherche im wissenschaftlichen Verständnis über Datenbanken und komplexe Suchen.

Sekundärdatenanalyse Bestandsdaten

Es erfolgten insbesondere zur Übersicht und Einführung in die Gesamtentwicklungen in den Sektoren Sekundäranalysen relevanter Statistiken und die Fortführung der vorliegenden Daten in Zeitreihen, um die Entwicklungen in den Sektoren und Berufen sowie seitens der Ausbildungsstätten im zeitlichen Verlauf transparent zu machen. Hierbei sind insbesondere Statistiken einbezogen worden, die vom Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) erhoben und geführt werden. Darüber hinaus wurden auch Sonderauswertungen vom Statistik-Service West der Bundesagentur für Arbeit in die Sekundärdatenanalyse einbezogen.

Die Sekundäranalyse umfasst relevante Daten aus:

- Pflegestatistik (Stand Dezember 2015)
- Krankenhausstatistik (2016)
- Absolventinnen und Absolventen aus den Ausbildungsstätten (2015/2016)
- Schülerinnen- und Schülerbestand in der Ausbildung (2015)
- sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SvB) am Arbeitsort (AO) (Stichtag: 30.09.2017, Datenstand: März, 2018)
- Bestand an Arbeitslosen und gemeldeten Arbeitsstellen (Berichtsmonat März 2018, Datenstand: März 2018)

Für die Darstellung und Berechnung der Sekundärdaten wurde die Tabellenkalkulation Excel (Office 2015) eingesetzt. Für die grafische Aufbereitung regionaler

Daten (Kartografie) wurden zentrale Kennzahlen in Regiograph Planung 2016 sowie in Microsoft Powerpoint überführt und Abbildungen erstellt.

Primärerhebung empirischer Daten

Im Rahmen der LbG NRW werden Daten in den Betriebsstätten der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen erhoben. Dabei handelt es sich um eine als Vollerhebung der Betriebsstätten organisierte Befragung. Die Vollerhebung soll allen Betriebsstätten die Teilnahme an der Berichterstattung ermöglichen. Insgesamt wurden auf der Basis unterschiedlicher Adresslisten 7.180 Einrichtungen angeschrieben. Bedingt durch die Dynamik in dem Sektor und einer fehlenden monatsbezogenen Aktualisierung der Adressdaten bestehen statistische Unsicherheiten. 81 Fragebögen kamen mit dem Vermerk zurück, dass die Befragungsinstrumente unzustellbar waren.

Für die jeweiligen unterschiedlichen Sektoren der Pflegeberufe (Krankenhäuser, ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen und die Ausbildungsstätten) wurden im Vorfeld der Befragung angepasste Instrumente (Fragebögen) entwickelt und mit dem Ministerium abgestimmt. Die Instrumente wurden auch ausgewählten Akteuren zur Ansicht gegeben, die diese im Rahmen eines Pre-Tests begutachteten.

Für den Bereich der Therapieberufe wurde eine Online-gestützte Untersuchung entwickelt. Auch hier erfolgte eine Kommentierung und Einschätzung durch Fachexperten im Rahmen einer Pre-Testung. Die Bedarfe der Therapieberufe und des Hebammenwesens lassen sich nur unzureichend aus den Angaben der Krankenhäuser, ambulanten Pflegedienste sowie der teil-/vollstationären Einrichtungen ableiten, da der größte Teil der Beschäftigten freiberuflich oder in einer Praxis, in Geburtshäusern oder bei anderen Einrichtungsformen arbeitet (siehe mAN-Modell). In Ermangelung eines Adressverzeichnisses und der Anschriften konnten die Akteure nicht direkt kontaktiert werden. Durch Kooperationen mit den Verbänden und den Hinweis auf die Studie konnten über die Verteiler der Berufsorganisationen Teilnehmende rekrutiert werden. Bemühungen, über Krankenkassen an Adressen der zugelassenen Praxen zu kommen, führten mit Hinweis auf den Datenschutz nicht zur Erschließung eines Adressverzeichnisses.

Für das Hebammenwesen war eine Befragung als Online-Verfahren vorgesehen. Parallel zur Erfassung der LbG NRW wird im Hebammenwesen ein umfassendes Projekt (HebAB.NRW) unter Federführung der Hochschule für Gesundheit, Bochum, und unter Förderung des Landesentrums Gesundheit NRW durchgeführt

(Peters 2018). In einer gemeinsamen Sitzung mit den Projektbeteiligten wurden die Vorgehensweisen besprochen und abgeglichen und mit dem Ministerium rückgekoppelt. Da zeitgleich zur geplanten LbG NRW-Befragung die zentrale Online-Erfassung im Projekt HebAB.NRW stattfand, wurde auf die Befragung des Hebammenwesens mit Verweis auf die Ergebnisse bei HebAB.NRW verzichtet, um eine Doppelerfassung zu vermeiden und die Rückläufe in der gestarteten Projektphase des Projektes nicht zu gefährden. Für die LbG NRW bedeutet dies, dass für das Hebammenwesen weiterhin nur einschränkende Schätzungen vorgenommen werden können, die auf der Analyse der Bestandsdaten basieren. Die Ergebnisse zum HebAB.NRW-Projekt werden kalkulatorische Hinweise zu den Bedarfen mit beinhalten.

Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte grundsätzlich freiwillig, die Zusendung der Fragebögen wurde als informierter Konsens zum Vorhaben gewertet. Die Daten werden in der vorliegenden Form in einer anonymisierten Form zusammenfassend präsentiert und Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen oder Standorte verhindert. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass die Daten ausschließlich im Institut in gesicherter Form zugänglich gemacht werden und nur für die wissenschaftliche Analyse und Präsentation der Ergebnisse verwendet werden. Weitere Nutzungen wurden ausgeschlossen. Die Fragebögen (postalisch zugesendet) wurden in eine elektronische Fassung (Datenmatrix) übernommen und anschließend durch einen professionellen Dienst vernichtet. Für die Online-Erfassungen wurde die ausdrückliche Zustimmung der Teilnehmenden gemäß der Datenschutzverordnung eingefordert und es wurden Wege beschrieben, wie die eingegebenen Daten auf Wunsch der Teilnehmenden aus der Untersuchung herausgenommen und gelöscht werden konnten. Analog zur postalischen Befragung wurde auch hier zugesichert, dass die Daten anonymisiert und zusammenfassend analysiert und beschrieben werden und für keinen anderen als den genannten Zweck verwendet werden.

Zeitablauf der Befragung

Der Erhebungszeitraum für die Basisbefragung mittels der standardisierten Fragebögen erstreckte sich über vier Wochen vom 05. März 2018 bis zum 02. April 2018. Die Erhebung wurde auf Bitten zahlreicher Praxiseinrichtungen um zwei weitere Wochen bis zum 16. April ausgeweitet. Die Online-Befragung der Therapieberufe wurde ebenfalls auf einen Zeitraum von vier Wochen geplant. Die Befragung wurde am 02. Mai 2018 auf dem Homepage-Server des DIP aktiviert. Der Erhebungszeitraum wurde anschließend um weitere vier Wochen bis zum 28. Juni 2018 verlängert.

Zur Analyse der Fragebögen wurde Teleform 11.0 eingesetzt (teilautomatisiertes Einlesen der Fragebögen). Die Berechnungen und Auswertungen wurden mit IBM SPSS 24 durchgeführt. Die grafische Aufbereitung der Auswertungen der Befragungen erfolgte mittels Excel (Office 2015) und die regionalen Karten wurden mit GFK Regiograph Planung 2018 erstellt. Im grafischen Auswertungsteil werden unterschiedliche Diagrammformen eingesetzt. In den Stapeldiagrammen werden Werte unterhalb von 5 Prozent aus Gründen der Lesbarkeit überwiegend nicht mit ausgewiesen. Um die Angaben zur Anzahl der Einsender stabil zu beschreiben, werden die Anteile der nicht antwortenden Personen auf die jeweilige Frage ausgewiesen.

2.3.1 Methodische Hinweise zum Berechnungsverfahren

Mit der LbG NRW 2010 wurde eine wichtige Erweiterung der Systematik zur Berichterstellung vorgenommen. Es wurde ein neues Berechnungsverfahren entwickelt, erprobt und in der Folge kontinuierlich weiterentwickelt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2010). Dieses Verfahren der Kalkulation ist im Krankenhausplan NRW 2015 verankert und Grundlage für die Berechnungen in der vorliegenden Studie (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2013).

Das zugrunde liegende Berechnungsverfahren basiert auf einem zweistufigen Ansatz, der je nach Breite und Qualität der Daten Anwendung finden kann.

Im Falle einer hohen Rücklaufquote/verbindlichen statistischen Angabe der Kennzahlen durch die Einrichtungen in der Primärerhebung und einer statistisch nachgewiesenen repräsentativen Verteilung kann eine direkte Übertragung und Hochrechnung der offenen Stellen in den Betriebsstätten erfolgen (Hochrechnungsverfahren).

Die Berechnung im direkten Berechnungsverfahren (Hochrechnung) erfolgt nach der folgenden Formel:

$$\text{Gesamtbedarf} = a + b + c + d - e - f$$

- a = offene Stellen in Vollzeitäquivalenten im Erhebungsjahr (stichtagbezogen)
- b = kalkulierter, planerischer Ersatzbedarf der Einrichtungen für das kommende Jahr (+/-; Stichprobe)
- c = Neubedarf (zusätzlich erforderliches Personal, z.B. durch Eröffnen neuer Einrichtungen/Abteilungen) im kommenden Jahr
- d = Veränderungsbedarf

- e = Arbeitsmarktreserven (arbeitslos gemeldete Personen) im Erhebungsjahr
- f = Absolventinnen und Absolventen der Berufe aus den Bildungseinrichtungen im Erhebungsjahr

Werden geringere Rücklaufquoten erzielt, die keine direkte Hochrechnung ermöglichen, so werden die prozentualen Angaben der offenen Stellen in der Stichprobe ermittelt. Die Werte werden in der Folge auf der Basis der zur Verfügung stehenden Grunddaten aus NRW auf die Gesamtzahl der Einrichtungen übertragen und so eine realitätsnahe Schätzung vorgenommen (Quotenberechnungsverfahren).

Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage der folgenden Formel:

$$\text{Gesamtbedarf} = \left[\left(\frac{a * 100}{b} \right) * d \right] + [(c * d) - d] + e - f - g$$

- a = offene Stellen (Stichprobe) Vollzeitäquivalente
- b = genannte Stellen (Stichprobe) Vollzeitäquivalente
- c = Ersatzbedarf (Ersatz an Personal) der Einrichtungen für das kommende Jahr
- d = ausgewiesene Stellen in der Landesstatistik (Vollzeitäquivalente)
- e = Veränderungsbedarf (+/-; Stichprobe) im kommenden Jahr
- f = Arbeitsmarktreserven (arbeitslos gemeldete Personen, wenn > 2,0Prozent Arbeitslosenquote)
- g = Absolventinnen und Absolventen der Berufe aus den Bildungseinrichtungen

Bezogen auf die Arbeitsmarktreserve werden Kennzahlen nur dann kalkulatorisch mit einbezogen, wenn eine Arbeitslosenquote vorliegt, die über einer natürlichen Arbeitslosigkeit liegt. Diese wird mit 2 Prozent festgesetzt. Liegen die Quoten darunter, so kann nicht von einer real vermittelbaren Reserve ausgegangen werden, da zahlreiche Personen, die arbeitslos gemeldet sind, aufgrund von Einschränkungen nicht uneingeschränkt vermittelbar sind, nicht mehr in den Zielberuf einmünden wollen oder aber ggf. nur kurzfristig arbeitssuchend gemeldet sind, um z.B. Überbrückungen bis zu einer folgenden Anstellung anzumelden.

Für die vorliegende Bedarfsprognose wurden keine neuen Daten bezüglich des Ersatzbedarfs erhoben (Angabe der Altersklassen der Pflegenden in den Einrichtungen). In der Pflegestatistik werden Altersangaben zu den Beschäftigten ausgewiesen. Berechnet wird die Anzahl an Beschäftigten, die über 60 Jahre sind und in den kommenden fünf Jahren in die Rente eintreten werden. Diese werden auf jährliche Personenzahlen (in Vollzeit) umgerechnet.

Der Veränderungsbedarf basiert auf Angaben der Einrichtungen bezüglich einer Anpassung des Personalbestands, um die Betriebsziele im kommenden Jahr zu erreichen. Hierzu wurden die Aussagen bezüglich einer prozentualen Anpassung des Personals in den jeweiligen Sektoren differenziert nach den Regierungsbezirken ermittelt. Die durchschnittlichen prozentualen Veränderungen wurden in einen Faktor überführt. Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht den methodischen Weg: Werden beispielsweise in den Krankenhäusern eines Regierungsbezirks zusätzliche Personalbedarfe von 1,4 Prozent als Durchschnittswerte ermittelt, so wird die Anzahl des vorhandenen Personals gemäß den Landesstatistiken im Zielberuf mit 1,014 multipliziert, um den geplanten Gesamt-Personalbestand für 2018 einschätzen zu können. Der Personalbestand gemäß der Landesstatistik wird nachfolgend subtrahiert, um die Anzahl an Personen zu ermitteln, die der geplanten Veränderung entspricht.

Mit berücksichtigt wird im Rahmen der Prognose 2018 auch ein kalkulierter Neubedarf, der jenseits der Befragung der existierenden Betriebsstätten kalkuliert werden muss. Dies ist der Personalbedarf, der durch Neugründungen im Sektor der pflegerischen Versorgung entsteht. Gründen sich ambulante Dienste oder werden zusätzliche teil-/vollstationäre Einrichtungen in Betrieb genommen, so müssen diese Personal vorhalten. Damit wird im Rahmen der Kalkulation der Dynamik des Marktes Rechnung getragen. Für die Berechnung dienen die Daten der Pflegestatistik und der Krankenhausstatistik. Während es jedoch bei den Krankenhäusern in NRW in den letzten Jahren tendenziell eher zu einer Konzentration und zu einem Abbau an Krankenhäusern insgesamt gekommen ist (der sich jedoch nicht arbeitsmarktwirksam in einer Reduzierung der Mitarbeiterschaft darstellt), sind zahlreiche ambulante Pflegedienste neu auf den Markt gekommen. Gleiches gilt für die teil-/vollstationäre Pflege. Im Zeitraum 2015 gegenüber 2013 sind in NRW 216 neue ambulante Pflegedienste registriert worden und 168 neue teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben ihren Betrieb aufgenommen. Damit sind in einer Zeitspanne von nur zwei Jahren rund 400 neue Anbieter auf dem pflegerischen Markt zu beobachten. Der damit verbundene steigende Personalbedarf insgesamt zeigt sich auch im Anstieg der Beschäftigtenzahlen in den jeweiligen Sektoren.

Für die Berechnung des Neubedarfs wurden im Rahmen der Prognose für das Jahr 2018 auf der Basis der Daten der Pflegestatistiken die durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen aus den Pflegeberufen je Dienst ermittelt. Die Grundannahme im Modell ist, dass die Einrichtungen, die sich neu gründen, in der personellen Ausstattung dem durchschnittlichen Beschäftigtenanteil entsprechen.

Somit wurden die durchschnittlichen Personalanzahlzahlen mit der Anzahl der neu gegründeten Einrichtungen (im Jahresdurchschnitt) multipliziert. Die Anzahl der Beschäftigten wird dabei in Vollzeitkräfte umgerechnet und der in der Pflegestatistik übliche Betrachtungszeitraum von zwei Jahren wird für die Mangelprognose auf den Zeitraum von einem Jahr (Prognosezeitraum) reduziert.

2.3.2 Methodische Limitierungen

Die Berechnungen und insbesondere die Mangelprognose basieren auf unterschiedlichen Datenbeständen. Diese wiederum sind Limitierungen unterworfen, die nachfolgend benannt werden.

Methodenpluralismus der Kalkulationsmodelle: Bezogen auf die Berechnungen und Prognosemodelle liegen keine bundesweit einheitlichen Standards der Verfahrensweisen vor. Damit ergeben sich in unterschiedlichen Gutachten jeweils methodische Differenzen bezogen auf den Einbezug der Dimensionen der Bedarfe, der verwendeten Begrifflichkeiten und der kalkulatorischen Grundlagen (Berechnungsverfahren/ Trendberechnungen/ Szenarien)³. Als ein Beispiel kann hier benannt werden, dass in der vorliegenden LbG NRW 2017 die gemeldeten Arbeitslosen in einem Zielberuf nur als eine reale kalkulatorische Arbeitsmarktreserve betrachtet werden, wenn sich Werte oberhalb von zwei Prozent natürlicher Arbeitslosigkeit ergeben. Im Branchenmonitoring in Rheinland-Pfalz werden hingegen Arbeitslose insgesamt mit einbezogen, wenn sie nicht länger als ein Jahr arbeitslos waren und keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufwiesen (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz 2017a). Ebenso kann der Eintritt in die Rente unterschiedlich berechnet werden (z.B. anhand des Renteneintrittsalters der jeweiligen Altersklasse oder auf Basis einer durchschnittlichen Altersgrenzen, bei der die meisten der Beschäftigten in die Rente eintreten). Vor diesem Hintergrund sind die vorliegenden Kennzahlen als bestmögliche Schätzwerte auf der Basis der beschriebenen Verfahrensweise und methodischen Grundlagen (Annahmen) zu interpretieren. Aus anderen Bundesländern liegen entsprechend Analysen vor, die teilweise abweichende Vorgehensweisen beinhalten (Naegele und Schmidt 2014;

³ So liegen Unterschiede bei der Einschätzung und Kalkulationsart der Ersatzbedarfe vor. Dies hängt u.a. mit der Annahme von bestimmten Altersgrenzen für den Eintritt in die Rente zusammen. Werden Personen berechnet, die vollumfänglich das Renteneintrittsalter von 65 Jahren erreichen, so ergeben sich erhebliche Abweichungen gegenüber Rechenmodellen, die von einem Berufsaustritt in der durchschnittlichen Altersgrenze von 60 Jahren ausgehen. Davon abgegrenzt werden können empirische Daten, die nicht das Alter alleine berücksichtigen, sondern prognostisch die Frage nutzen, wie viele Jahre noch ein Erwerbsverbleib intendiert ist. Da empirisch stabile Daten nicht umfänglich existieren (z.B. im Rahmen einer Kammerregistrierung), sind in Gutachten Annahmen zu berücksichtigen, die argumentativ jeweils gestützt werden müssen, aber divergent ausfallen können.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz 2012, 2013, 2017b).

Limitierungen beim Feldzugang: Wie benannt lassen sich Bedarfe, insbesondere in den Therapieberufen und im Hebammenwesen, nicht konkret erfassen und berechnen, wenn die Versorgungseinrichtungen mit einem pflegerischen Schwerpunkt befragt werden. Die Hinzunahme der Haupttätigkeitsbereiche (Praxen, Geburtshäuser, Freiberuflichkeit) muss hier erfolgen, um sinnvolle Daten zu generieren. Methodisch notwendig wäre demnach eine gezielte Befragung der Praxen in NRW. Hier jedoch liegt ein Mangel an zugänglichen Adressen vor, die im Vorfeld aufwendig recherchiert werden müssten und in der Form nicht bestehen. Der mittelbare Zugang über die Verbände beinhaltet das Problem, dass nicht im Verband angeschlossene Personen hier ggf. keinen Zugang finden oder keine Informationen erhalten.

In der vorliegenden Studie sollte mit der Online-Erfassung erstmalig eine Datenbasis erreicht werden, die ohne die Feldexpertise nicht zur Verfügung steht. Insofern stellen die ermittelten Kennzahlen einen erheblichen Zugewinn an Informationen dar, der jedoch keine direkte Kalkulation erlaubt. Die feldbezogenen Problemlagen und Situationen aber können in einer bislang noch nicht erschlossenen Form realitätsnah beschrieben werden. In künftigen Studien könnten die Praxen als weiteres Befragungsfeld mit aufgenommen werden oder aber es müssten gesonderte Gutachten zu einzelnen Therapieberufen erfolgen, um die Bedarfslage kalkulatorisch analog zu den anderen Berufen strukturiert vornehmen zu können.

Zeitliche Synchronisierung: Ein Problemfeld der Datenlage ist, dass unterschiedliche Erfassungszeiträume der Grunddaten vorliegen. Die Pflegestatistik ist eine stichtagsbezogene Erfassung, die periodisch alle zwei Jahre durchgeführt wird. Sie bildet die Basis für die Ausweisung der Anzahl der Beschäftigten in den jeweiligen Berufen in der ambulanten Pflege sowie in der teil-/vollstationären Pflege. Die aktuell zur Verfügung stehenden Daten sind vom Dezember 2015. Mit der Darlegung der Daten vom Dezember 2017 kann erst im Frühjahr/ Mitte 2019 gerechnet werden. Die empirisch erhobenen Daten zu den offenen Stellen basieren auf Befragungen der Einrichtungen in 2017. Für die Berechnung der offenen Stellen in diesen beiden Sektoren können (bezogen auf Grundgesamtheit in NRW) keine aktuelleren Kennzahlen verwendet werden. Damit ergibt sich ein Potenzial der Unterschätzung der offenen Stellen, wenn die Übertragung der Quoten auf eine zu niedrige Grundgesamtheit vorgenommen wird.

Die Krankenhausstatistik weist die Kennzahlen für das Jahr 2016 aus. Auch hier lassen sich keine aktuelleren Daten identifizieren, die als kalkulatorische Grundlage verwendet werden können. Daher ergeben sich auch in diesem Sektor statistische Unschärfen, die sich methodisch nicht auflösen lassen.

Für alle genannten Datenbestände gilt, dass sie nicht die konkrete Anzahl der Beschäftigten im Jahresverlauf aufzeigen oder im Jahresmittel, sondern stichtagsbezogene Erfassungen sind, die auch eine saisonale Unter- oder Überschätzung beinhalten können, die nicht näher quantifiziert werden kann.

Datenabweichungen: Methodisch ähnlich ist die Problematik, dass sich in der Addition von Daten Abweichungen zwischen Datenbeständen ergeben. So werden im MAGS Kennzahlen der Auszubildenden in der Altenpflege geführt, die durch das Umlageverfahren refinanziert werden. Diese Daten weichen ab von den Angaben der Schülerzahlen aus der Schulstatistik, die durch IT.NRW erfasst wird. Bedingt durch unterschiedliche Erfassungszeiträume sowie unterschiedliche Abfragesysteme ergeben sich hier Abweichungen.

Datenabweichungen können sich jedoch nicht nur zwischen den Statistiken, sondern auch in den Berichtsteilen zwischen Grafiken und Text ergeben. So werden z.B. in den Grafiken zu den Arbeitskennzahlen auf der Ebene der Regierungsbezirke arbeitslos geführte Personen in den Zielberufen sowie die Anzahl der offenen Stellen ausgewiesen. Die Datenbasis ist die Sonderabfrage beim Statistik-Service West der Bundesagentur für Arbeit. Kleine Abweichungen gegenüber der Nennung der Gesamtzahl für NRW kommen daher zustande, dass die Regionaldaten teilweise nicht ausgewiesen werden, wenn die Gruppe der Personen zu klein ist und identifizierbar wäre. Auf der Ebene der Gesamtzahl können die Arbeitslosenquoten berechnet werden.

Differenzierungen der Berufe: Für jeden einzelnen Zielberuf ist es entscheidend, nachvollziehen zu können, wie die Angebots- und Nachfrageseite sich konkret ausgestaltet. Angesichts eines überwiegend pluralen Qualifizierungsweges in jeweils gleiche Berufe (z.B. über duale Ausbildung oder Studium) sind die Binnendifferenzierungen jedoch nicht oder nur begrenzt möglich.

Gleiches gilt für die Betrachtung der Kennzahlen der amtlichen Statistiken und hierbei insbesondere der Statistiken der Arbeitsagentur. Bedingt durch die Angleichung an eine internationale Klassifizierung der Berufe (KldB 2010) sind einzelne Sparten und Qualifizierungen auf der Ebene der Berufe nicht deckungsgleich mit dem Verständnis innerhalb des beruflichen Feldes und folgen einer anderen Logik. So werden für die unterschiedlichen Qualifizierungen und Spezialisi-

sierungsgrade in der Gesundheits- und Krankenpflege die nachfolgenden Differenzierungen ausgewiesen:

- 81302 Gesundheits-, Krankenpflege (ohne Spezialisierung) - Fachkraft
- 81313 Fachkrankenpflege - Spezialist
- 81323 Fachkinderkrankenpflege - Spezialist
- 81382 Gesundheits-, Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe) - Fachkraft
- 81383 Gesundheits-, Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe) – Spezialist

Damit lassen sich zwar unterschiedliche Qualifizierungen und Spezialisierungsgrade differenzieren, nicht jedoch die Frage, ob es sich um Gesundheits- und Krankenpflegende oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende handelt. Die Berufsfelder werden nicht mehr differenziert und erlauben so keine getrennte Aussage mehr. Ebenso gab es bei den Therapieberufen erhebliche Problematiken in der Eingrenzung und klassifikatorischen Zusammenführung.

Insbesondere sind hier die Logopädinnen und Logopäden zu nennen. Sie können bei der Bundesagentur für Arbeit - Statistik nach der KldB 2010 unter der fünfstelligen KldB- 81733 - Berufe in der Sprachtherapie - komplexe Spezialistentätigkeiten aufgeführt werden. Im alphabetischen Verzeichnis der Berufsbenennungen (Stand 21.02.2016) sind unter der KldB 2010 mit Nummer 81733 jedoch neben der Berufsbenennung „Logopädin und Logopäde“ achtzehn weiterer Berufsbenennungen im Aufgabenkreis der Sprachtherapie ausgewiesen.⁴

Diese Problematik trifft auch für die Berufsbenennung Hebamme/Entbindungspfleger zu. Diese Berufsbenennung wird in der KldB 2010 (81352) - Geburtshilfe/Entbindungspflege-Fachkraft und KldB 2010 (81353)- Geburtshilfe- Entbindungspflege- Spezialist ausgewiesen. Für das Tätigkeitsspektrum der Ergotherapie werden die KldB 210 (81722) Ergotherapie – Fachkraft, (81723) Ergotherapie – Spezialist und (81724) Ergotherapie – Experte zur Verfügung gestellt. Dabei ist die (81724) eindeutig den diplomierten und hochschulisch qualifizierten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zuzuordnen.

Für die Physiotherapie ergeben sich mögliche klassifikatorische Kodierungen von (81712) Physiotherapie – Fachkraft, (81713) Physiotherapie – Spezialist und

⁴ Dazu zählen: Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in, Atemlehrer/in, Atempädagoge/-pädagogin, Atemtherapeut/in, Bachelor of Science Klinische Linguistik, Logopäde/Logopädin, Logotherapeutische/r Berater/in, Medizinalfachtherapeut/in – Logopädie, Sprachheiltherapeut/in, Sprachtherapeut/in, Sprachtherapeutische/r Assistent/in, Sprecherzieher/in, Sprechlehrer/in, Sprechtherapeut/in, Stimmerzähler/in, Stimmlehrer/in, Stimmtherapeut/in

(81714) Physiotherapie – Experte. Hier ist eine breite Vielfalt an Berufen zu identifizieren, die unter die Kodierungen fallen.⁵

Diese Unschärfen wurden auch in der Befragung deutlich und in einzelnen Rückmeldungen Berufsangehöriger, die auf eine unzureichende Differenzierung verwiesen. In der Gesamtheit jedoch können die hohen Differenzierungsgrade der Tätigkeitsverschlüsselungen nicht sinnvoll eingebracht werden in kalkulatorische Modelle und Mangelprognosen.

2.3.4 Stichprobengröße und Rücklauf

Nachfolgend sollen ausgewählte Kennzahlen zur Stichprobenverteilung der Antwortenden vorgestellt werden.

Dazu wird die Anzahl der Einrichtungen in der Stichprobe aus den jeweiligen Sektoren ausgewiesen. Als Grundlage der Diskussion über die Übertragbarkeit der Ergebnisse werden darüber hinaus auch die Kerndaten der Grundgesamtheit beschrieben. Diese entsprechen den Angaben in den amtlichen Statistiken (Pflegestatistik/ Krankenhausstatistik/ Schulstatistik/ Schuladressen). Die Darlegung der Verteilung orientiert sich jeweils in der regionalen Aufschlüsselung nach den Regierungsbezirken des Landes.

Für die Anschriften der Schulen lagen neben dem Schulverzeichnis auch ergänzende Einrichtungsadressen vor, die im Rahmen anderer Projekte ermittelt werden konnten. Die Adressen der Schulen wurden den jeweiligen Regierungsbezirken zugeordnet und weichen von den Daten der Schulstatistik ab.

Ausgewiesen werden auch Prozentwerte. Der prozentuale Wert zeigt dabei auf, wie hoch der Anteil der antwortenden Einrichtungen in der Stichprobe gegenüber der Grundgesamtheit ist. Für eine Diskussion der Repräsentativität ist werden die Angaben unterteilt nach den Regierungsbezirken vorgestellt.

⁵ Bachelor of Science Physiotherapie, Bewegungsberater/in, Bewegungstherapeut/in, Bobath-Therapeut/in, Chirogymnast/in, Fangohelfer/in, Heilgymnast/in, Heilmasseur/in, Hippotherapeut/in, Kneippbademeister/in, Körpertherapeut/in, Krankengymnast/in, Lymphdrainage- und Ödemtherapeut/in, Lymphtherapeut/in, Masseur/in, Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in, Master of Science Physiotherapie, Medizinische/r Bademeister/in, Medizinischer/r Masseur/in, Motologe/Motologin, Motopäde/Motopädin, Mototherapeut/in, Ödemtherapeut/in, Orthopädische/r Heilgymnast/in, Physiotherapeut/in, Physiotherapeut/in (HS), Shiatsu praktiker/in, Sportphysiotherapeut/in, Therapeut/in Bobath, Therapeut/in Krankengymnastik, Vojta-Therapeut/in

Übersicht Rücklauf	Düssel- dorf	Köln	Münster	Detmold	Arns- berg
Anzahl aller Einrichtungen Stichprobe	510	424	241	162	347
Anzahl aller Einrichtungen Grundgesamt- heit/ angeschrieben (Bildung)	1.679	1.452	920	782	1.252
Ambulante Dienste (Stichprobe)	252	170	107	66	138
Ambulante Dienste Pflegestatistik	760	595	379	282	577
Anteil Rücklauf in der Stichprobe	33,2%	28,6%	28,2%	23,4%	23,9%
Teil-/vollstationäre Einrichtungen (Stich- probe)	175	167	84	59	128
Teil-/vollstationäre Einrichtungen Pflegestatistik	688	644	421	344	529
Anteil Rücklauf in der Stichprobe	25,4%	25,9%	20,0%	17,2%	24,2%
Krankenhäuser (Stichprobe)	30	23	16	10	37
Krankenhäuser Krankenhausstatistik	96	80	52	32	88
Anteil Rücklauf in der Stichprobe	31,3%	28,8%	30,8%	31,3%	42,0%
Bildungseinrichtungen (Stichprobe)	53	64	34	27	44
Bildungseinrichtungen angeschrieben	135	133	68	124	58
Anteil Rücklauf in der Stichprobe	39,3%	48,1%	50,0%	21,8%	75,9%
Prozentualer Rücklauf Stichprobe insgesamt über alle Sektoren	30,4%	29,2%	26,2%	20,7%	27,7%

Tab. 3: Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Insgesamt konnte eine gute Abdeckung und Stichprobengröße erreicht werden. Die Verteilung zeigt auch, dass es gelungen ist, in den jeweiligen Regierungsbezirken eine ausreichende Anzahl an Einrichtungen zu gewinnen, sodass für alle Sektoren und Regierungsbezirke belastbare Kennzahlen vorliegen. Hervorzuheben ist der Bildungsbereich mit einer Rücklaufquote von bis zu 75 Prozent im Regierungsbezirk Arnsberg und 50 Prozent in Münster. Die Rückläufe erlauben daher insbesondere im Bildungsbereich eine direkte Übertragung und Berechnung. Für die anderen Sektoren der Versorgung wird in den Berechnungen das Quotenberechnungsverfahren angewendet, das den jeweiligen Anteil der offenen Stellen in der Stichprobe auf die Grundgesamtheit der Einrichtungen aus den Daten der Landesstatistiken überträgt.

Im Rahmen der erstmalig durchgeführten Online-Befragung der Therapieberufe konnten Daten von insgesamt 503 Physiotherapeutinnen und –therapeuten, 153 Ergotherapeutinnen und –therapeuten sowie 362 Logopädinnen und Logopäden ausgewertet werden. In der Summe sind dies 1.018 Therapeutinnen und Therapeuten aus NRW, die zu den Einschätzungsfragen geantwortet haben. Eine Aufstellung der Verteilung nach den Regierungsbezirken erfolgt in den jeweiligen Kapiteln. Die Repräsentativität der Ergebnisse aus den Befragungsteilen der ambulant in Praxen erfassten Therapieberufe lässt sich in diesem Bericht nicht prüfen.

Die Grundgesamtheit der einzelnen Berufsgruppen sowie die Verteilung der aktiven Praxen über die Regierungsbezirke sind zum aktuellen Zeitpunkt unbekannt, da keine öffentlich zugängigen Daten und Statistiken vorhanden sind. Ein weiterer limitierender Faktor ist die Rekrutierung der Befragungsteilnehmenden. Um auf die Onlinebefragung aufmerksam machen zu können, wurden die Berufsverbände der drei Therapiebereiche informiert und eingebunden. Diese warben bei ihren Mitgliedern für die Teilnahme an der Befragung, wodurch ein Selection-Bias nicht ausgeschlossen werden kann. Aufgrund der beschriebenen Limitierungen empfehlen die Autoren, die Ergebnisse der Teilbefragung der Therapieberufe als exemplarisch, aber nicht uneingeschränkt als übertragbar auf die Situation der Berufsgruppen in den jeweiligen Regierungsbezirken zu bewerten.

2.3.5 Repräsentativität

Ergänzend wurden, bezogen auf die einzelnen Sektoren, ausgehend von den Grunddaten der Krankenhausstatistik und der Pflegestatistik und der vorliegenden Kennzahlen zu den Bildungseinrichtungen des Landes die Verteilung der Rückläufe geprüft, um Aussagen über die Repräsentativität der Stichproben vornehmen zu können.

Dafür wurden die Anteile aus der Grundgesamtheit der jeweiligen Einrichtungen in den einzelnen Regierungsbezirken ermittelt sowie die Anteil aus den Stichproben miteinander verglichen. Für die Stichproben wurde eine Abweichungstoleranz von 5 Prozent gegenüber den Anteilen der Grundgesamtheit eingeräumt. Abweichungen bis zu dieser Grenze werden als repräsentativ angenommen.

In der nachstehenden Tabelle sind die Anteile der Einrichtungen in den jeweiligen Sektoren nach Regierungsbezirken aufgeschlüsselt ausgewiesen.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass in dem Sektor der ambulanten Pflegedienste die Stichproben für den Regierungsbezirk Düsseldorf und in dem Bereich der Krankenhäuser für Arnsberg leicht überrepräsentiert sind. Insgesamt aber liegen hier überwiegend nur sehr geringfügige Unterschiede der Verteilung der Grundgesamtheit vor. Demnach können die Ergebnisse für die Regierungsbezirke in der Gesamtbetrachtung als repräsentativ angenommen werden.

LANDESBERICHTERSTATTUNG GESUNDHEITSBERUFE NRW

Repräsentativität über die Bezirke	Düssel- dorf	Köln	Münster	Detmold	Arnsberg
Abweichung der Stichprobe ambulante Dienste	+5,1%	+0,2%	0,0%	-1,9%	-3,5%
Ambulante Dienste Pflegestatistik	29,3%	23,0%	14,6%	10,9%	22,3%
Ambulante Dienste in der Stichprobe	34,4%	23,2%	14,6%	9,0%	18,8%
Abweichung der Stichprobe Teil-/vollstationäre Einrichtungen	+2,3%	+2,7%	-2,3%	-3,5%	+0,8%
Teil-/vollstationäre Einrichtungen Pflegestatistik	26,2%	24,5%	16,0%	13,1%	20,1%
Teil-/vollstationäre Einrichtungen in der Stichprobe	28,5%	27,2%	13,7%	9,6%	20,9%
Abweichung der Stichprobe Krankenhäuser	-1,7%	-3,2%	-1,1%	-0,6%	+6,6%
Krankenhäuser Krankenhausstatistik	27,6%	23,0%	14,9%	9,2%	25,3%
Krankenhäuser in der Stichprobe	25,9%	19,8%	13,8%	8,6%	31,9%
Abweichung der Bildungseinrichtungen	-2,2%	+2,9%	+2,2%	+1,0%	-4,1%
Bildungseinrichtungen angeschrieben	26,1%	25,7%	13,1%	11,2%	23,9%
Bildungseinrichtungen in der Stichprobe	23,9%	28,8%	15,3%	12,2%	19,8%
Maximale Abweichungen	+5,1%	-3,2%	-2,3%	-3,5%	+6,6%

Tab. 4: Repräsentativität der Stichprobe

3. Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen

Im einführenden Kapitel werden zu ausgewählten Themen generelle Entwicklungen in der Zeitreihe für NRW beschrieben. Diese Entwicklungen bilden den Rahmen für die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse der Primärerhebung im Rahmen der LbG NRW 2017. Betrachtet werden in Folge Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit, Kennzahlen der versorgenden Einrichtungen, Arbeitsmarktkennzahlen sowie Ausbildungskennzahlen.

Für die Gesundheitswirtschaft insgesamt gilt, dass steigende Bedarfe beschrieben werden und ein Bedeutungszuwachs erkannt wird. In 2016 wurden rund zwölf Prozent der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft generiert (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2018). In Nordrhein-Westfalen waren es der benannten Studie zufolge rund 11,5 Prozent. Die Bedeutung zeigt sich auch angesichts des Beschäftigungsvolumens in der Gesundheitswirtschaft. Für NRW werden 15,7 Prozent der Erwerbstätigen im Sektor der Gesundheitswirtschaft beschrieben.

Als wesentliche Treiber einer dynamischen Entwicklung mit weiter steigenden Bedarfen können sowohl gesamtgesellschaftliche, leistungsrechtliche als auch individualisierte Faktoren ausgemacht werden⁶:

- Demografische Entwicklungen der Bevölkerung (Cicholas und Ströker 2015)
- Steigende gesundheitsbezogene Leistungsnachfrage (u.a. durch Multimorbidität/ durch zugewanderungsbedingte Bevölkerungszunahme)
- Steigender gesellschaftlicher Stellenwert des Themas „Gesundheit“
- Ausweitung von finanzierten Leistungsgruppen (z.B. neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff)
- Ausweitung von einzelnen finanzierten Leistungsarten (z.B. Tagespflege, Verhinderungspflege)
- Abnahme familialer Pflegekapazitäten
- Zunahme der Frauenerwerbsquoten
- Singularisierung von Haushalten (Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) 2015)

⁶ Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Rahmen der vorliegenden Studie können die benannten Aspekte nicht näher ausgeführt werden – sie sind in zahlreichen Gutachten und Analysen ausführlich beschrieben.

Die benannten Veränderungen führen in der Gesamtheit zu einer Aufwertung der Bedeutung der in diesen Berufen tätigen Personen. Auf der Seite der Einrichtungen können jedoch fehlende Kapazitäten bei der Fachkräfteentwicklung zu einem Hemmnis bei der Gesamtentwicklung führen (Ehrentraut 2012; Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH 2016).

3.1 ENTWICKLUNGEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

In Nordrhein-Westfalen waren zum Dezember 2015 insgesamt rund 638.100 Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI (Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) 2017). Damit stieg die Anzahl gegenüber 2013 weiter um 9,7 Prozent an.

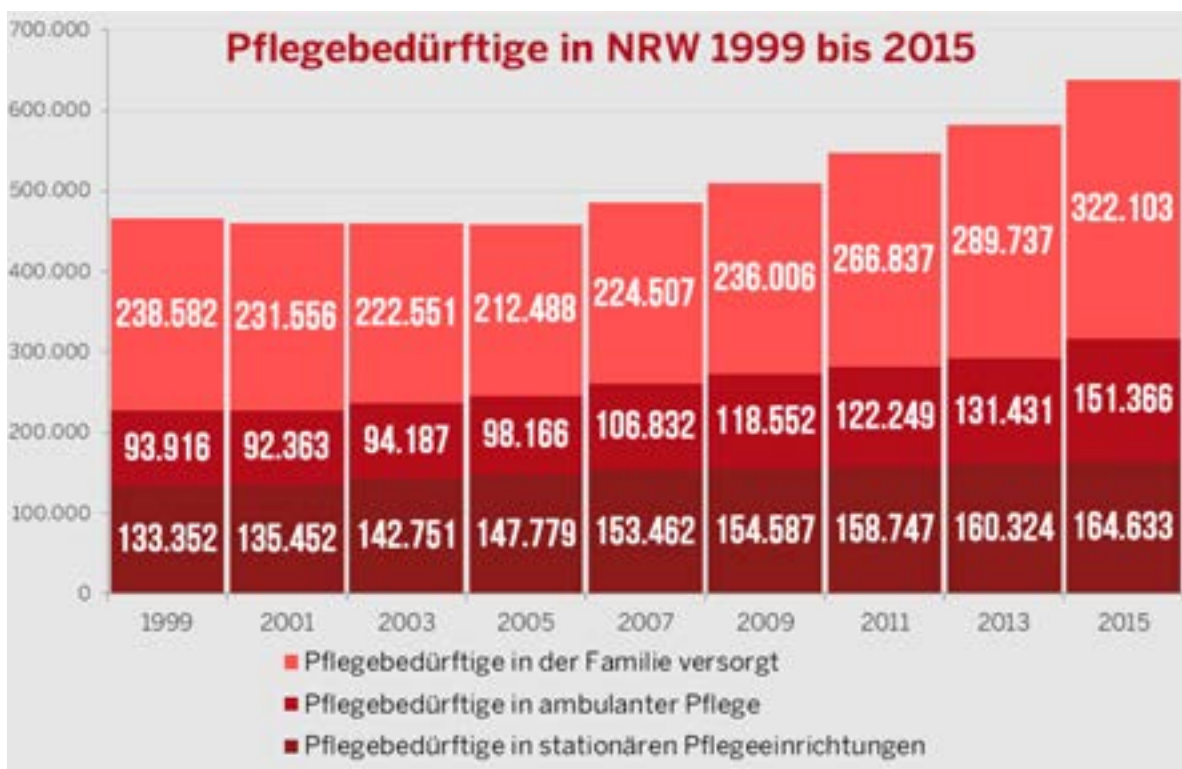


Abb. 2: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in NRW 1999 bis 2015

Betrachtet man die Veränderungen bezogen auf die unterschiedlichen Leistungsbereiche, so ist der Bereich der familial versorgten Personen zuhause der bedeutendste. Gemeinsam mit den durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen werden 74,2 Prozent der Pflegebedürftigen zuhause betreut.

Über die Zeit betrachtet zeigt sich ein Anstieg der Pflegebedürftigkeit insgesamt um 37 Prozent. In der Entwicklungslinie zeigen sich in der Binnenbetrachtung zwischen den Bereichen Schwankungen. Lag beispielsweise der Anteil der in stationären Einrichtungen betreuten Personen in 2005 und 2007 bei 32,2 Prozent

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

bzw. 31,7 Prozent, so sank der Anteil in der Zwischenzeit auf 25,8 Prozent. Der Anteil, der durch ambulante Pflegedienste betreute Personen, stieg auf 23,7 Prozent an; der der reinen Pflegegeldempfänger sank zwischen 1999 (51,2 Prozent) und 2007 (46,3 Prozent), um in 2016 mit 50,5 Prozent wieder in etwa auf das Ausgangsniveau zu kommen.

Auf der Ebene der Regierungsbezirke zeigen sich die folgenden Unterschiede: Im Regierungsbezirk Düsseldorf befindet sich die größte Anzahl an Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen (193.444). 43.602 Personen werden ambulant mit betreut, 49.200 befinden sich in vollstationärer Versorgung. Die geringste Anzahl an Pflegebedürftigen insgesamt weist der Regierungsbezirk Detmold auf (68.640).

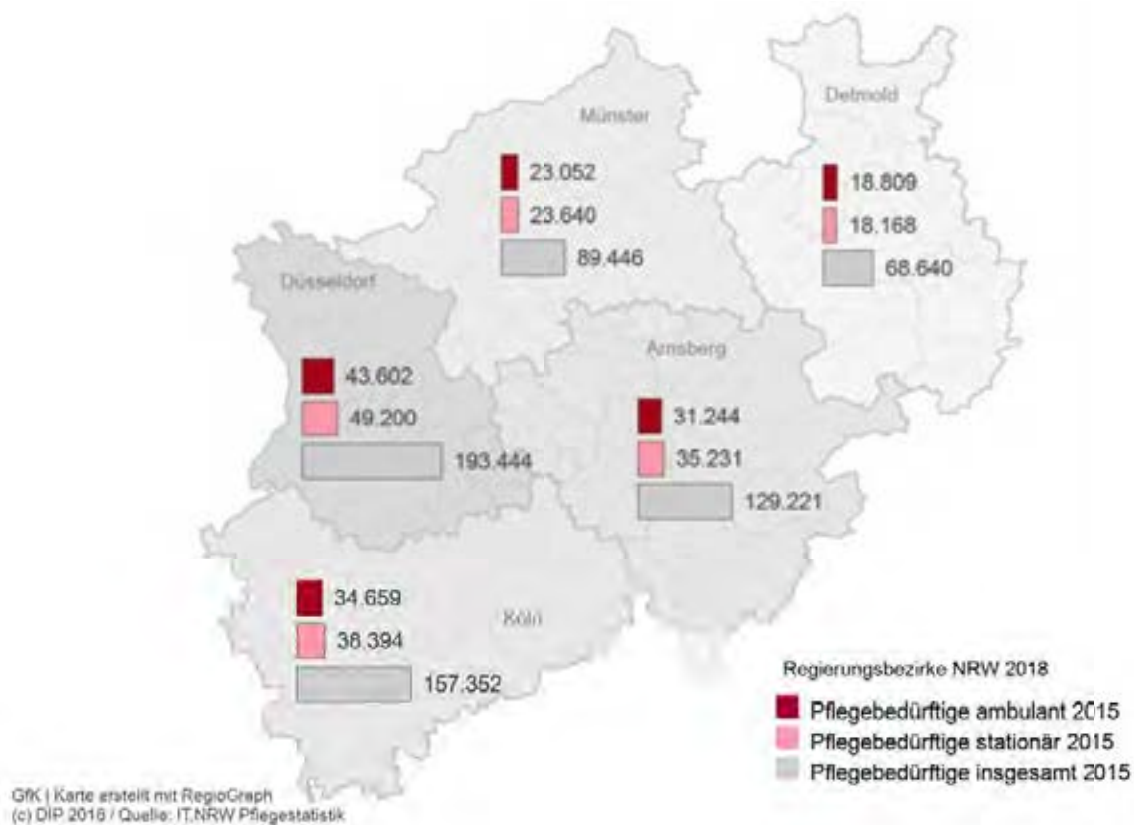


Abb. 3: Pflegebedürftigkeit in NRW 2015 (Regierungsbezirke)

Bezogen auf prognostische Entwicklungen liegen im Land unterschiedliche Gutachten vor (Pohl 2011; Cicholas und Ströker 2013).

In den vergangenen Berichterstattungen wurden die Modellrechnungen aufgenommen und die prognostischen Kennzahlen zur Bedarfseinschätzung vorgestellt und für weitere Analysen verwendet.

Im Rahmen der diesjährigen Betrachtung werden die Modelle der Prognosen nicht näher ausgeführt und es erfolgt keine Darlegung der erwarteten zukünftigen Bedarfe.

Hintergrund dazu ist, dass sich mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Eckdaten der Bemessungsgrundlage zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert haben (Bundestag 28.12.2015) und aktuell noch keine Prognosen vorliegen, die dies berücksichtigen. Durch die Veränderung der Grundlage der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist insgesamt mit einer deutlich höheren Zunahme der Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen zu rechnen, als in den Gutachten bislang prognostiziert. Die bisherigen Analysen und Modelle gingen in unterschiedlichen Szenarien und Berechnungen von zurückliegenden Entwicklungen von 1999 bis 2007 (Pohl 2011) bzw. von 1999 bis 2011 (Cicholas und Ströker 2013) aus und berechneten auf dieser Grundlage Werte bis 2030. Mit der gesetzgeberischen Neueinstufung sind diese Szenarien nicht mehr übertragungsfähig.

Wie schwierig es dabei ist, valide Prognosen aus der Ableitung der Vergangenheit zu erstellen, soll an dieser Stelle exemplarisch an der Schätzwertdifferenz der Modellrechnung von Cicholas für das Jahr 2015 (konstante Variante) und den real in 2015 angegebenen Werten der Pflegestatistik des Landes verdeutlicht werden (Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) 2017). Die Analyse von 2013 ging von kalkulatorischen Schätzwerten für 2015 aus, die in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes in der amtlichen Pflegestatistik deutlich übertroffen wurden. Mit anderen Worten lagen die Schätzwerte für die Prognose zu niedrig. Die ermittelten Abweichungen liegen in einer Größenordnung vor, die versorgungsrelevant und hinsichtlich der Kapazitätsermittlung von Pflegekräften bedeutsam erscheint. In zahlreichen Kreisen und kreisfreien Städten sind Unterschätzungen im vierstelligen Bereich zu beobachten. In Köln war die Abweichung besonders groß. Hier lag die Prognose aus 2013 (basierend auf den Daten von 1999 bis 2011) für das Jahr 2015 um über 5.400 Pflegebedürftige zu niedrig.⁷

Die zum Dezember 2015 festgestellten Kennzahlen zur Pflegebedürftigkeit in NRW entsprechen in der Annäherung eher den Modelldaten aus der Studie, die für 2030 angenommen wurden. Angesichts des geringen prognostischen Zeitraums (ausgehend von 2011 mit der Modellrechnung bis 2015) zeigen sich hier

⁷ In Düsseldorf lag die Unterschätzung bei 3.290 Personen, in Duisburg bei 3.450 etc. Die beste Schätzung lag für den Kreis Coesfeld vor, hier wurde die Anzahl für 2015 auf 6.300 prognostiziert, in der Pflegestatistik werden insgesamt 6.392 Menschen ausgewiesen.

deutliche Limitierungen in den Vorgehensweisen und Annäherungswerten. Es zeigt sich somit insgesamt, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen selbst unter dem bislang gültigen Sozialrecht deutlich rasanter entwickelte, als in den Gutachten prognostiziert. Mit der Aufnahme der neuen Kriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (in Pflegegraden und nicht in Stufen) ist damit zu rechnen, dass die prognostischen Werte für 2030 bereits in der kommenden Pflegestatistik in 2017 erreicht oder sogar in deutlichem Maße übertroffen werden.

Für die Diskussion um eine langfristige Anpassung der Versorgungskapazitäten und Personalressourcen bedarf es daher neuer Prognosen, die die bestehenden gesetzgeberischen Veränderungen einschließen.

3.2 ENTWICKLUNGEN IN DEN EINRICHTUNGEN

Als ein maßgeblicher Treiber bezogen auf die Nachfrage nach Fachkräften können die dynamischen Entwicklungen in den Einrichtungen ausgemacht werden. Diese spiegeln sich wieder in einer Zunahme der Beschäftigten, der betreuten Pflegebedürftigen sowie in einer steigenden Anzahl der Einrichtungen selbst wider.

3.2.1 Entwicklungen der ambulanten Dienste

Dynamische Entwicklungen im Sektor der ambulanten Dienste lassen sich in unterschiedlichen Bereichen feststellen. Einerseits kann eine Zunahme an ambulanten Diensten insgesamt festgestellt werden. So stieg die Anzahl zwischen 1999 und 2015 um insgesamt 388 Dienste an. Damit verbunden ist auch die bereits beschriebene Zunahme an ambulant betreuten Pflegebedürftigen Menschen in Nordrhein-Westfalen.

Die nachfolgende Tabelle weist zentrale Entwicklungen in den unterschiedlichen Berufen, der Anzahl der Einrichtungen sowie der Zunahme der durch ambulant betreute Pflegebedürftige aus. Nicht einbezogen werden können hier Daten zur Entwicklung der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der Versorgung von SGB V-Leistungen durch ambulante Dienste nachbetreut werden, da diese Daten nicht amtlich geführt und ausgewiesen werden.

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Entwicklungen in ambulanten Pflegediensten	1999	2007	2011	2015
Anzahl der ambulanten Dienste	2.205	2.136	2.309	2.593
Pflegebedürftige in ambulanter Betreuung	93.916	106.832	122.249	151.366
Altenpflege insgesamt	5.709	8.977	12.261	17.155
davon Altenpflegerinnen	4.712	7.547	10.073	13.935
Anteil Altenpflegerinnen	82,5%	84,1%	82,2%	81,2%
Altenpflegehilfe insgesamt	892	1.100	2.261	3.434
davon Altenpflegehelferinnen	762	1.008	2.004	3.037
Anteil Altenpflegehelferinnen	85,4%	91,6%	88,6%	88,4%
Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt	12.306	16.427	16.363	16.537
davon Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	10.337	13.780	13.752	13.880
Anteil Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	84,0%	83,9%	84,0%	83,9%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege insgesamt	900	1.651	1.740	1.696
davon Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	875	1.607	1.688	1.624
Anteil Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	97,2%	97,3%	97,0%	95,8%
Krankenpflegeassistenz insgesamt	2.803	2.428	3.388	3.426
davon Krankenpflegeassistentinnen	2.492	2.183	2.970	3.020
Anteil Krankenpflegeassistentinnen	88,9%	89,9%	87,7%	88,1%
Familienpflege insgesamt	385	288	305	298
davon Familienpflegerinnen	376	279	292	289
Anteil Familienpflegerinnen	97,7%	96,9%	95,7%	97,0%
Summe Beschäftigte in genannten Berufen insgesamt	22.995	30.871	36.318	42.546

Tab. 5: Entwicklung der ambulanten Versorgung in NRW

Auffallend in diesem Zusammenhang ist bei der Betrachtung der Berufe, dass das Niveau der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden ab 2007 nahezu unverändert bleibt. Der Aufbau an Personal insgesamt wird hier insbesondere durch die Zunahme der beschäftigten Altenpflegenden und durch die beiden Assistenzberufe gesichert.

In der Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der ambulanten Dienste in Nordrhein-Westfalen lassen sich regionale Veränderungen auf der Ebene der Regierungsbezirke wie folgt ausweisen: Insgesamt sind in 2015 in allen Regierungsbezirken in Nordrhein-Westfalen die Kennzahlen auf dem höchsten bislang abgebildeten Stand seit der Erfassung im Rahmen der Pflegestatistik. Dabei zeigen sich in der Entwicklungslinie jedoch Unterschiede auf. Außer im Regierungsbezirk Detmold sind in den anderen Regionen zwischen 1999 und 2003 (in Arnsberg bis 2005) Verringerungen in der Anzahl der ambulanten Dienste zu verzeichnen.

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Ab 2005/2007 bestehen jedoch in allen Regionen deutliche Zuwächse gegenüber den Ausgangsdaten von 1999. So stieg die Anzahl im Regierungsbezirk Düsseldorf um insgesamt 55 Einrichtungen, in Köln um 96, in Münster um 64, in Arnsberg um 30 und in Detmold um 43 in der Zeitreihe an. Anzunehmen ist, dass in den frühen Jahren eine beginnende Marktkonzentration zu beobachten war, die in der Folge der Zunahme der Pflegebedürftigkeit jedoch auch wieder zu Neugründungen sowie zu Ausweitungen der Versorgungsangebote in den bestehenden Diensten führte.

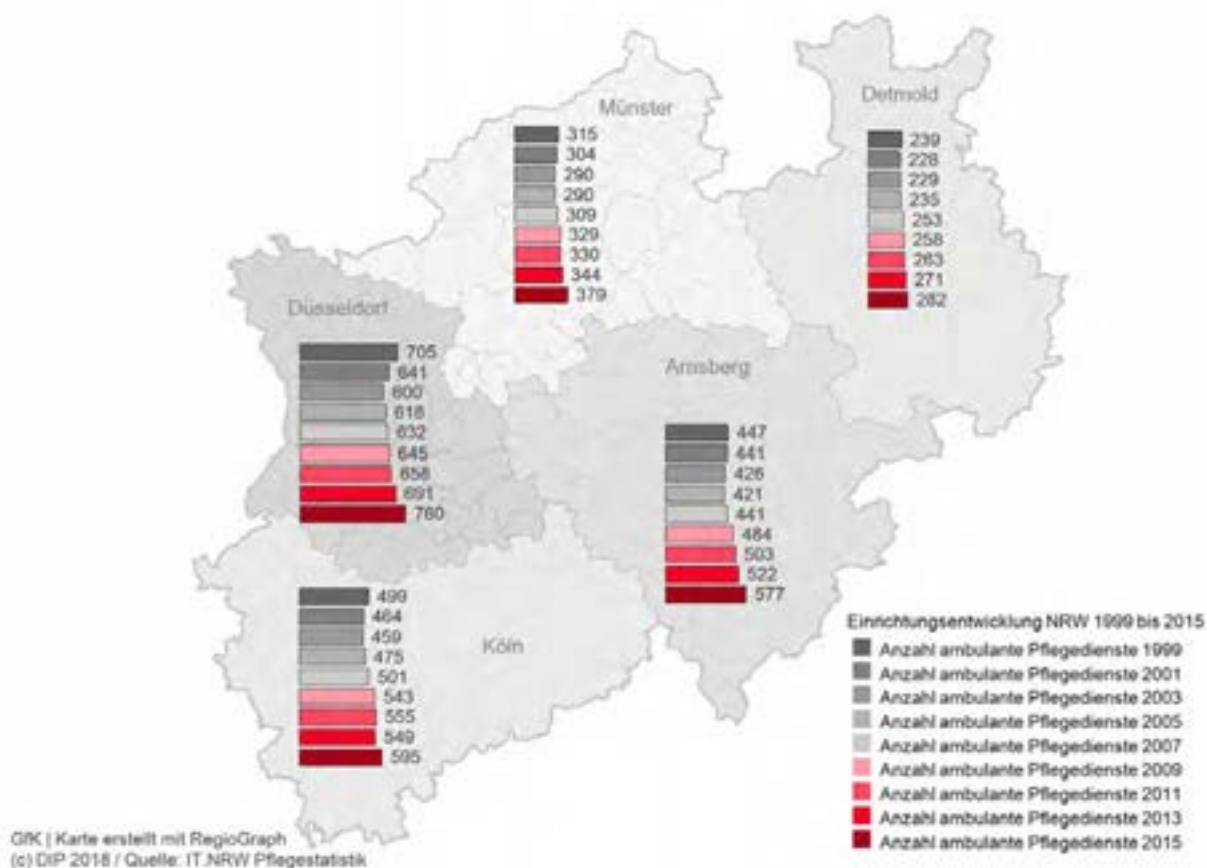


Abb. 4: Entwicklungen der ambulanten Dienste in NRW (Regierungsbezirke)

Angesichts der Zunahme an Pflegebedürftigen insgesamt sowie der Gesetzesreformen in der Pflege und der Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments im Rahmen des 2. Pflegestärkungsgesetzes kann von einer weiteren Bedarfsentwicklung in der Zukunft ausgegangen werden.

Die Neugründungen sowie die Ausweitungen der bestehenden Versorgung sind dabei auch relevant vor dem Hintergrund der notwendigen Ausweitung der Personalressourcen, die für die stabile Versorgung in den Regionen benötigt werden.

3.2.2 Entwicklungen der teil-/vollstationären Einrichtungen

Analog zur Entwicklung in den ambulanten Diensten sollen an dieser Stelle die Kennzahlen in den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen vorgestellt werden.

Entwicklungen in teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen	1999	2007	2011	2015
Anzahl der Einrichtungen	1.874	2.138	2.325	2.626
Pflegebedürftige in teil-/vollstationären Einrichtungen	128.128	144.926	158.747	164.633
Altenpflege insgesamt	23.101	33.724	36.463	40.901
davon Altenpflegerinnen	19.660	28.400	30.568	33.817
Anteil Altenpflegerinnen	85,1%	84,2%	83,8%	82,7%
Altenpflegehilfe insgesamt	3.072	4.148	6.936	9.515
davon Altenpflegehelferinnen	2.842	3.753	6.193	8.333
Anteil Altenpflegehelferinnen	92,5%	90,5%	89,2%	87,6%
Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt	9.452	12.340	10.705	9.874
davon Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	8.295	10.920	9.547	8.748
Anteil Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	87,8%	88,5%	88,3%	88,6%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege insgesamt	533	730	706	616
davon Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	520	703	676	587
Anteil Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	97,6%	96,3%	95,8%	95,3%
Krankenpflegeassistenz insgesamt	5.123	4.794	4.005	3.760
davon Krankenpflegeassistentinnen	4.666	4.328	3.622	3.377
Anteil Krankenpflegeassistentinnen	91,1%	90,3%	90,4%	89,8%
Familienpflege insgesamt	371	485	443	380
davon Familienpflegerinnen	359	463	423	367
Anteil Familienpflegerinnen	96,8%	95,5%	95,5%	96,6%
Summe Beschäftigte in genannten Berufen insgesamt	41.652	56.221	59.258	65.046

Tab. 6: Entwicklung der teil-/vollstationären Versorgung in NRW

Korrespondierend zu den oben beschriebenen Entwicklungen im Personalbereich fällt auch in der teil-/vollstationären Pflege auf, dass ab 2007 sukzessive ein Abbau an Beschäftigten mit der Qualifikation der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu verzeichnen ist. Auch in diesem Sektor wird der Personalbedarf in hohem Maße durch eine deutliche Ausweitung der Beschäftigung von Altenpflegenden sowie von Altenpflegehilfskräften realisiert wird. Für alle betrachteten Berufe gilt, dass der Anteil weiblicher Beschäftigter deutlich überwiegt. Mit (weit) über 80-90 Prozent Anteil in den jeweiligen Berufen kann festgestellt werden, dass der pflegerische Beruf in diesem Sektor vor allem mit Frauenerwerbstätigkeit in Verbindung gebracht werden kann.

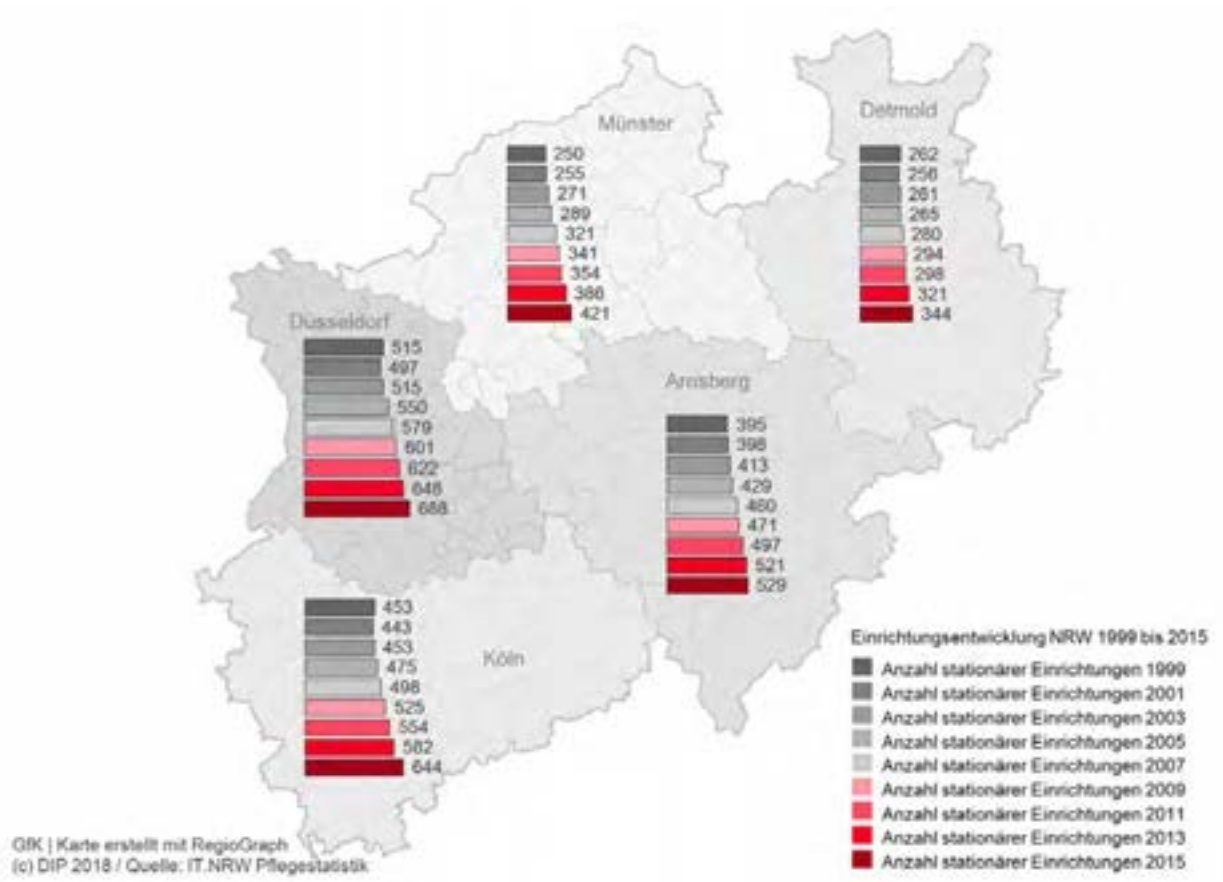


Abb. 5: Entwicklungen der teil-/vollstationären Versorgung in NRW (Regierungsbezirke)

In der Differenzierung nach Regierungsbezirken zeigt sich, dass in allen Bezirken die Anzahl der verzeichneten Einrichtungen auf dem höchsten Stand liegt, der bislang im Rahmen der Pflegestatistiken erfasst wurde. Anders als im ambulanten Sektor, erfolgte hier jedoch ein kontinuierlicher Ausbau über die gesamte Zeitreihe; eine Konzentration, wie sie in der ambulanten Pflege in den ersten Jahren zu verzeichnen war, lässt sich im Bereich der teil-/vollstationären Einrichtungen nicht feststellen.

Insgesamt waren in Nordrhein-Westfalen in 2015 gegenüber dem Jahr 1999 rund 750 mehr Einrichtungen verzeichnet. Diese zusätzlichen Einrichtungen benötigen einen entsprechenden Personalbestand zur Realisierung ihrer und ggf. zur Ausweitung der Angebotsstrukturen. Angesichts der demografischen Entwicklungen sind jenseits des Aufbaus alternativer Wohn- und Betreuungsangeboten, quartierbezogener Betreuung und auch unter Einsatz der im Koalitionsvertrag der Bundesregierung beschriebenen präventiven Hausbesuche weitere Kapazitätssteigerungen im stationären Versorgungsbereich zu erwarten.

3.2.3 Entwicklungen in Krankenhäusern/Rehabilitationseinrichtungen

Für die nachfolgende Tabelle wurden die Kennzahlen der Entwicklungen der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen summiert.⁸

Entwicklungen in Krankenhäusern	2003	2009	2013	2016
Anzahl der Einrichtungen (nur Krankenhäuser)	384	413	370	348
Stationär behandelte Patientinnen/ Patienten in Krankenhäusern	3.923.878	4.45.466	4.420.386	4.638.834
Gesundheits- und Krankenpflege insgesamt	78.032	77.765	81.424	83.140
davon Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	64.982	64.762	67.705	68.658
Anteil Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	83,3%	83,3%	83,2%	82,6%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege insgesamt	10.011	9.773	10.020	10.068
davon Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	9.837	9.586	9.790	9.820
Anteil Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	98,3%	98,1%	97,7%	97,5%
Krankenpflegeassistenz insgesamt	6.775	5.651	5.496	5.129
davon Krankenpflegeassistentinnen	5843	4.812	4.596	4.238
Anteil Krankenpflegeassistentinnen	86,2%	85,2%	83,6%	82,6%
Hebammenwesen/Entbindungspflege	2.210	2.176	2.265	2.441
davon Hebammen	2.209	2.176	2.265	2.440
Anteil Hebammen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ergotherapie	1.967	2.109	2.458	2.542
Davon Ergotherapeutinnen	1.391	1.585	1.882	2.001
Anteil Ergotherapeutinnen	70,1%	75,2%	76,6%	78,7%
Logopädie insgesamt	425	465	536	618
davon Logopädinnen	369	411	481	569
Anteil Logopädinnen	86,8%	88,4%	89,7%	92,1%
Physiotherapie/ Krankengymnastik	4.410	4.394	4.590	4.870
davon Physiotherapeutinnen	3.313	3.232	3.322	3.507
Anteil Physiotherapeutinnen	75,1%	73,6%	72,4%	72,0%
Summe Beschäftigte in genannten Berufen insgesamt	103.830	102.333	106.789	108.808

Tab. 7: Entwicklung in Krankenhäusern und Vorsorge-Rehabilitationseinrichtungen

⁸ Diese sind im Tabellenteil in der Tabelle A II 2.1.1 ausgewiesen. Im Anhang finden sich die Daten bis 2015. Ergänzt werden sie durch Daten der Krankenhausstatistik der jeweiligen Jahrgänge (einschließlich 2016). Hier wird die Anzahl der Krankenhäuser sowie die der stationär behandelten Patientinnen und Patienten im Überblick dargelegt.

Konträr zu den Entwicklungen in den Sektoren der ambulanten sowie der teil-/vollstationären pflegerischen Versorgung sind im Krankenhausbereich deutliche Reduzierungen der Anzahl der Einrichtungen zu erkennen. Dies geht einher mit einer Konzentration und einem Bettenabbau der Einrichtungen. Die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten hingegen ist über den Beobachtungszeitraum von 2003 bis 2016 deutlich gestiegen. Der Sektor der Krankenhausversorgung dominiert dabei maßgeblich die Entwicklungen in den Berufen. So waren z.B. in 2016 von den 83.140 ausgewiesenen Gesundheits- und Krankenpflegenden 79.581 in den allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern beschäftigt.

Betrachtet man die einzelnen Berufe im Krankenhausbereich sowie in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam, so zeigt sich einerseits sowohl in den pflegerischen als auch in den therapeutischen Berufen, dass die Mitarbeiterschaft in hohem Maße weiblich geprägt ist. In allen Bereichen (bis auf die Physiotherapie und die Ergotherapie) werden Anteile von deutlich über 80 Prozent bis zu 100 Prozent (Hebammenwesen) ausgewiesen. Auch in der Ergotherapie und der Physiotherapie liegt der Anteil der Mitarbeiterinnen mit 72 Prozent bzw. 78 Prozent hoch.

Die Entwicklungen bezogen auf die Anzahl der Beschäftigten variieren in der Binnenbetrachtung. Während in den therapeutischen Berufen über die betrachtete Zeitreihe hinweg ein Aufbau stattfindet (wenn auch nicht kontinuierlich), so sieht man in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege eher eine Stabilität der Beschäftigung ohne große Differenzen, in der Krankenpflegeassistenz ist ein Abbau zu beobachten.

3.2.4 Entwicklungen in den Ausbildungsstätten

Die Entwicklung in den Ausbildungsstätten ist ebenso dynamisch wie die in den Betriebsstätten. Die Anzahl der genehmigten Ausbildungsplätze stieg in der Vergangenheit deutlich an. Gab es im Jahr 2000 noch 49.149 genehmigte Schulplätze über alle Gesundheitsberufe hinweg betrachtet, so stieg die Anzahl bis 2015 auf insgesamt 54.612 an, wobei in 2014 mit 55.254 der Höchststand zu verzeichnen ist.

Die Anzahl der Bildungseinrichtungen selbst ist dabei zwischen dem Jahr 2000 (N=542) und 2015 (N=404) rückläufig. Dies ist auf eine Konzentration der Ausbildungsstätten durch Fusionen und Verbünde zurückzuführen.

Die Anzahl der Lehrenden kann nicht für die Sektoren getrennt analysiert werden. Ausgewiesen werden in der Landesstatistik die Lehrkräfte an Schulen des

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Gesundheitswesens nach Qualifikation, Beschäftigungsstatus und -umfang zum 16. Oktober eines Schuljahrgangs (Tabellenteil A | 1.1.5).

In den größeren Bildungszentren werden neben pflegerischen Berufen auch Therapieberufe qualifiziert; in größeren Krankenpflegeschulen finden auch Qualifizierungen zur Altenpflege mit oder ohne Kombination von Helferberufen statt. Vor diesem Hintergrund ist die trennscharfe Ausweisung der Beschäftigten für die jeweiligen Qualifizierungen mit Stellenanteilen oder Personen nur schwierig bis nicht zu realisieren.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der hauptamtlich Lehrenden mit den jeweiligen Qualifikationen in den Schulen des Gesundheitswesens in der Zeitreihe.

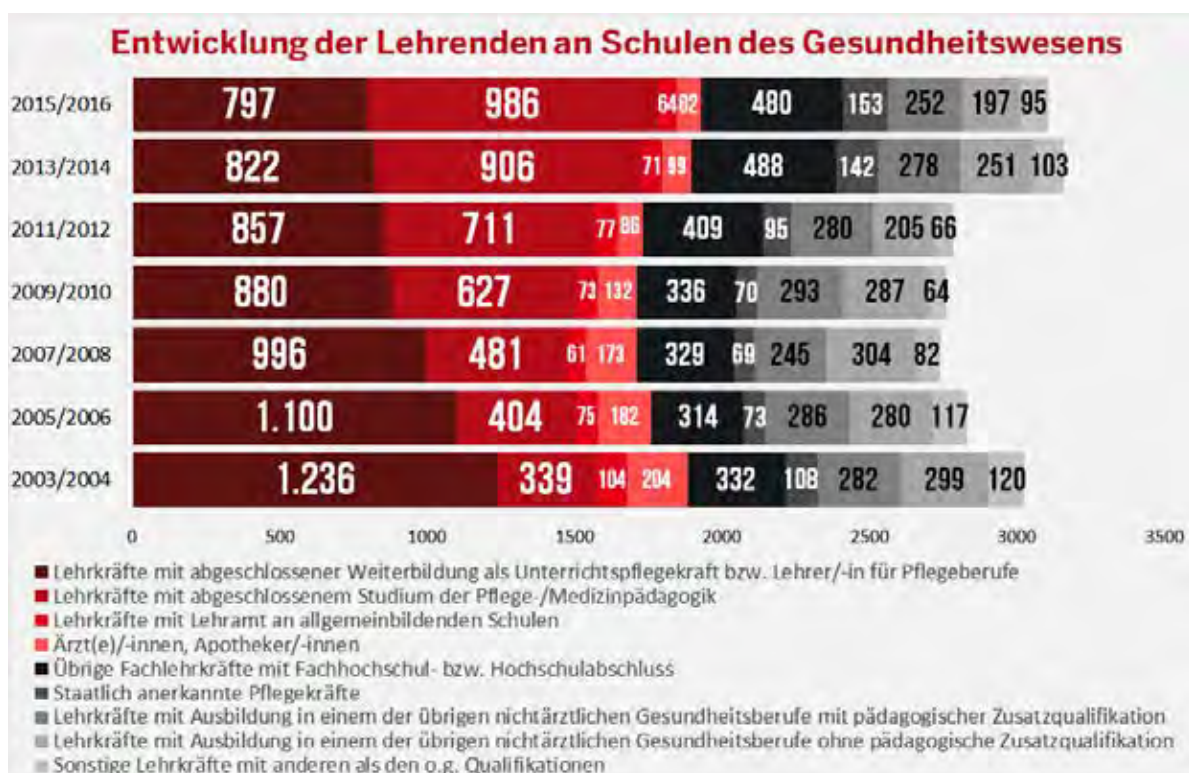


Abb. 6: Entwicklungen hauptamtliche Lehrende in Schulen des Gesundheitswesens

In der Gesamtsumme hat sich die Anzahl an Lehrenden an den Schulen des Gesundheitswesens im Vergleich zum Jahr 2013/2014 kaum verändert. In den unterschiedlichen Qualifikationsbereichen sind jedoch Veränderungen zu beobachten. Die größte Verschiebung weist der ausgewiesene Anteil an Lehrkräften mit abgeschlossener Weiterbildung als Unterrichtspflegekraft gegenüber dem Anteil an Lehrkräften mit abgeschlossenem Studium der Pflege-/Medizinpädagogik auf.

Mit der Einführung der pflegepädagogischen Studiengänge wurden die Weiterbildungen eingestellt und unter bestehendem Bestandsschutz die Lehrkräfte in den Schulen beschäftigt. Die Ausweisung der hochschulischen Qualifizierung zur Übernahme von Leitungsfunktionen in Schulen und Kursen führte zu einem Aufwuchs der pflegepädagogisch qualifizierten Personen in den Schulen. Rückläufig gegenüber der Anzahl der hauptamtlich tätigen Lehrenden ist die Beschäftigung von Lehrkräften mit einer Ausbildung in einem der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ohne pädagogische Zusatzqualifikation.

3.2.5 Teilzeitbeschäftigung in Einrichtungen und Schulen des Gesundheitswesens

Ein Teilaspekt, der in Verbindung mit der Beschäftigungsdynamik in den Betriebsstätten fokussiert werden muss, ist die Teilzeitbeschäftigung in den pflegerischen Berufen sowie in den Bildungsstätten.

Bestehen hohe Teilzeitquoten, so wird mehr Personal benötigt, um die bestehenden offenen Stellen zu decken oder neue Bedarfe mit qualifiziertem Personal zu beantworten.

In der Landesberichterstattung 2011 wurde das Thema der Teilzeitbeschäftigung umfassend vorgestellt (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2011). Auf der Basis von qualitativen Interviews konnte ermittelt werden, dass sowohl freiwillige als auch unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung gleichermaßen besteht. Die freiwillige Teilzeitbeschäftigung geht einher mit einer Perspektive der eigenen Gesunderhaltung, der „Work-Life-Balance“ sowie mit weiteren familiären Aufgabenbereichen. Die unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung wird vielfach durch Trägervorgaben beeinflusst – es werden oftmals keine Vollzeitstellen angeboten. Eine Sonderform ist die Teilzeitbeschäftigung, die zwar freiwillig initiiert wird, jedoch aufgrund von massiven externen Zwängen besteht, wie z.B. gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Beschäftigung im vollen Umfang nicht ermöglicht. In den Berichterstattungen wurde die wachsende Anzahl an Teilzeitarbeit im Sektor der Pflege immer wieder aufgenommen und beschrieben. Ebenso wurden trägerseitig die Bedarfe / Notwendigkeiten der Anteile an Teilzeitbeschäftigung erfasst. Insbesondere in der ambulanten Pflege sind, bedingt durch die Arbeitsprozesse und Kernarbeitszeiten, hohe Quoten der Teilzeitarbeit erklärbar. Kurzfristige Änderungen und umfassende Überführungen in Vollzeitbeschäftigung lassen sich hier ggf. kaum realisieren. Dazu bedarf es auch einer veränderten Akzeptanz der Klientinnen und Klienten bezogen auf flexible und variable Versorgungszeiten.

In 2015 wurde im Rahmen der Bemühungen der Einrichtungen zur Fachkräftesicherung festgestellt, dass zahlreiche Betriebe mittlerweile gezielt geringergradig Beschäftigte ansprechen und nach Aufstockung der Arbeitsverträge fragen, um die Potenziale im Betrieb umfänglicher zu nutzen.

Die Teilzeitbeschäftigung liegt nicht nur in den pflegerischen Organisationen und Betriebsstätten vor. Sie ist auch Gegenstand der Betrachtung in den Bildungseinrichtungen.

Vor dem Hintergrund der Herausforderung im Pflegebereich, die Bildungseinrichtungen mit ausreichend Personal auszustatten, um die Anforderungen des PflBRefG zu erfüllen, müssen auch in diesem Sektor die Teilzeitquoten betrachtet werden und in den Einrichtungen sollten alle Optionen geprüft werden, unter welchen Rahmenbedingungen Stellenausweitungen erreicht werden können, um dem sich weiter abzeichnenden Mangel an Lehrkräften wirkungsvoll zu begegnen.

Lehrende an Schulen des Gesundheitswesens 2016	Vollzeit	Teilzeit	Anteil Vollzeit
Lehrkräfte mit abgeschlossener Weiterbildung als Unterrichtspflegekraft bzw. Lehrer/-in für Pflegeberufe	446	351	56,0%
Lehrkräfte mit abgeschlossenem Studium der Pflege-/Medizinpädagogik	559	427	56,7%
Lehrkräfte mit Lehramt an berufsbildenden Schulen	7	11	38,9%
Lehrkräfte mit Lehramt an allgemeinbildenden Schulen	30	34	46,9%
Ärzt(e)/-innen, Apotheker/-innen	26	56	31,7%
Übrige Fachlehrkräfte mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss	174	306	36,3%
Staatlich anerkannte Pflegekräfte	41	112	26,8%
Lehrkräfte mit Ausb. in nichtärztlichen Gesundheitsberufen mit pädagogischer Zusatzqualifikation	123	129	48,8%
Lehrkräfte mit Ausb. in nichtärztlichen Gesundheitsberufen ohne pädagogische Zusatzqualifikation	64	133	32,5%
Sonstige Lehrkräfte mit anderen als den oben genannten Qualifikationen	29	66	30,5%
Summe Beschäftigte in genannten Berufen insgesamt	1.499	1.625	48,0%

Tab. 8: Anzahl und Anteil vollzeitbeschäftigter hauptamtlicher Lehrender

In der nachfolgenden Analyse sollen für die Betriebsstätten die aktuellen Kennzahlen der Vollzeitstellenanteile in den Sektoren und Berufe der Pflege auf der regionalen Ebene diskutiert werden. Auf der Ebene des Landes ergeben sich nur geringfügige Veränderungen, die überwiegend auf einen weiteren Rückgang an Vollzeitstellenanteilen hindeuten.⁹

⁹ Die Anteile der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in den Berufen werden im Tabellenteil für das Kranken-

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Insgesamt betrachtet zeigen sich bezogen auf die Anteile von Vollzeitbeschäftigten keine nennenswerten Anpassungen zwischen der LbG NRW 2015 und den aktuellen Daten. Der Anteil von weit unter 50 Prozent (mit Ausnahme der Beschäftigung in den Krankenhäusern) verweist auf das weiterhin existente Problem, in diesem Bereich mehr Vollzeitbeschäftigung zu realisieren. Zunehmend müssen somit die Fragen nach der Attraktivität der Arbeitsbedingungen vor Ort in den Vordergrund gerückt werden.

Die Kapazitäten, die durch diese Entwicklungen in das Berufsfeld zu integrieren sind, lassen sich über die Qualifikationswege alleine nicht oder nur unzureichend decken. Angesichts der Diskussionen, die dazu bereits in der Vergangenheit geführt wurden und angesichts der Anstrengungen der Einrichtungen, hier Veränderungen herbeizuführen, sind dies in der Summe bedenkliche Entwicklungen.

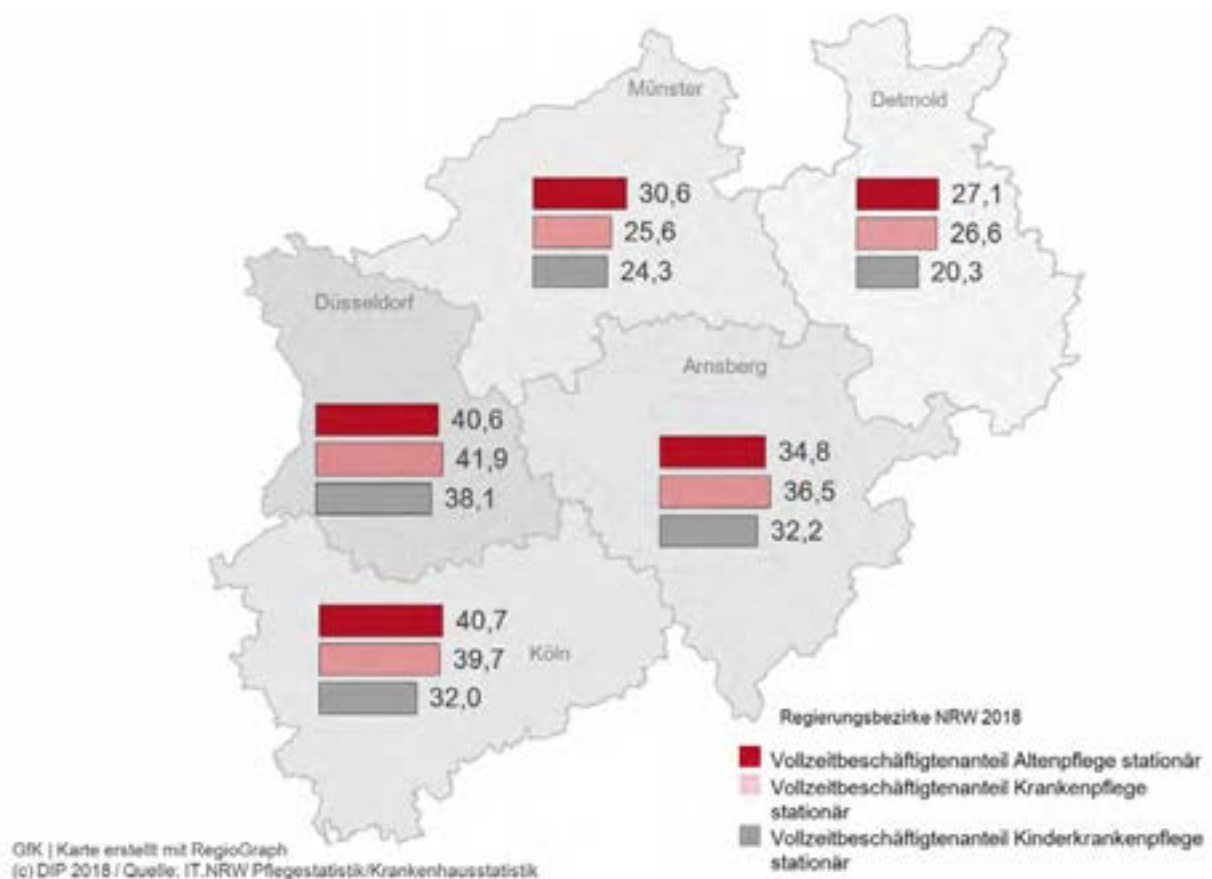


Abb. 7: Vollzeitbeschäftigung in teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen

haus unter A II 2.1.2, für die ambulanten Dienste unter A II 2.2.2 und für die teil-/vollstationären Einrichtungen unter A II 2.2.3 ausgewiesen.

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Die abgebildeten geringen Quoten der Vollzeitbeschäftigung in den jeweiligen Berufen und Sektoren zeigen einerseits große regionale Unterschiede auf.

Im teil-/vollstationären Bereich werden in den drei Kernberufen der Pflege gemäß den Angaben der Pflegestatistik lediglich Vollzeitstellenanteile von bis zu 40 Prozent realisiert. Dabei existieren regionale Unterschiede, die auf der Basis der vorliegenden Daten nicht erklärt werden können. So ist der Anteil der in Vollzeitstellen Beschäftigten in Detmold mit weitem Abstand in allen drei Berufen niedriger als in den anderen Regierungsbezirken.

Bei der ambulanten Pflege ergibt sich ein analoges Bild. Auch hier sind die Vollzeitstellenanteile in Düsseldorf und Köln deutlich höher als in Detmold. Der Abstand zu den anderen Regierungsbezirken (Münster und Arnsberg) ist nur um einige Prozentpunkte höher.

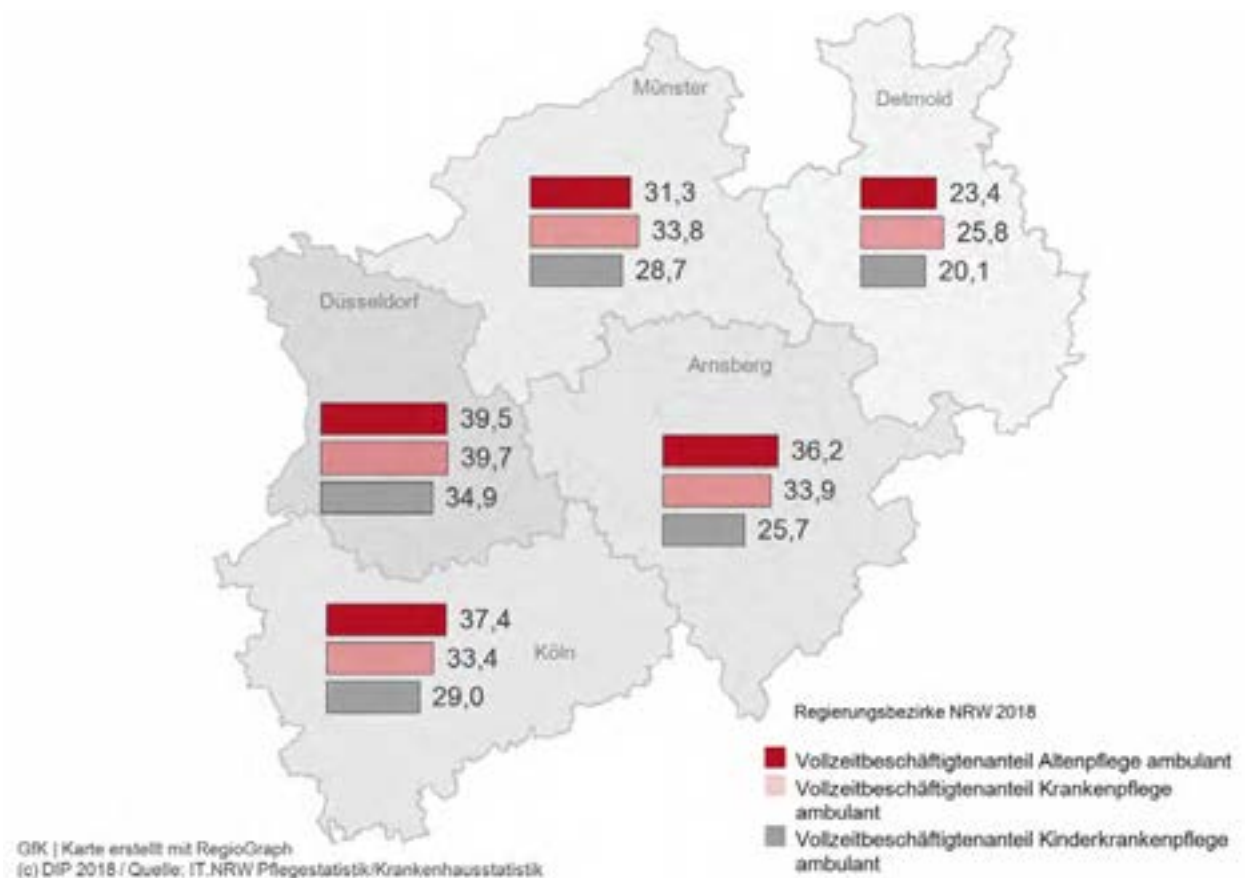


Abb. 8: Vollzeitbeschäftigung in ambulanten Pflegediensten

Die hohen Quoten in NRW lassen sich nur bedingt durch die Strukturen und die Notwendigkeiten von Teilzeitstellenanteilen der Beschäftigten in den Einrichtungen erklären. Verglichen mit Daten aus anderen Bundesländern

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

(z.B. Bayerisches Landesamt für Statistik 2015; Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017) liegen die Quoten der Vollzeitbeschäftigung in den teil-/vollstationären Einrichtungen sowie auch in den ambulanten Diensten in Nordrhein-Westfalen deutlich unterhalb von denen, die in den benannten Bundesländern ausgewiesen werden.¹⁰

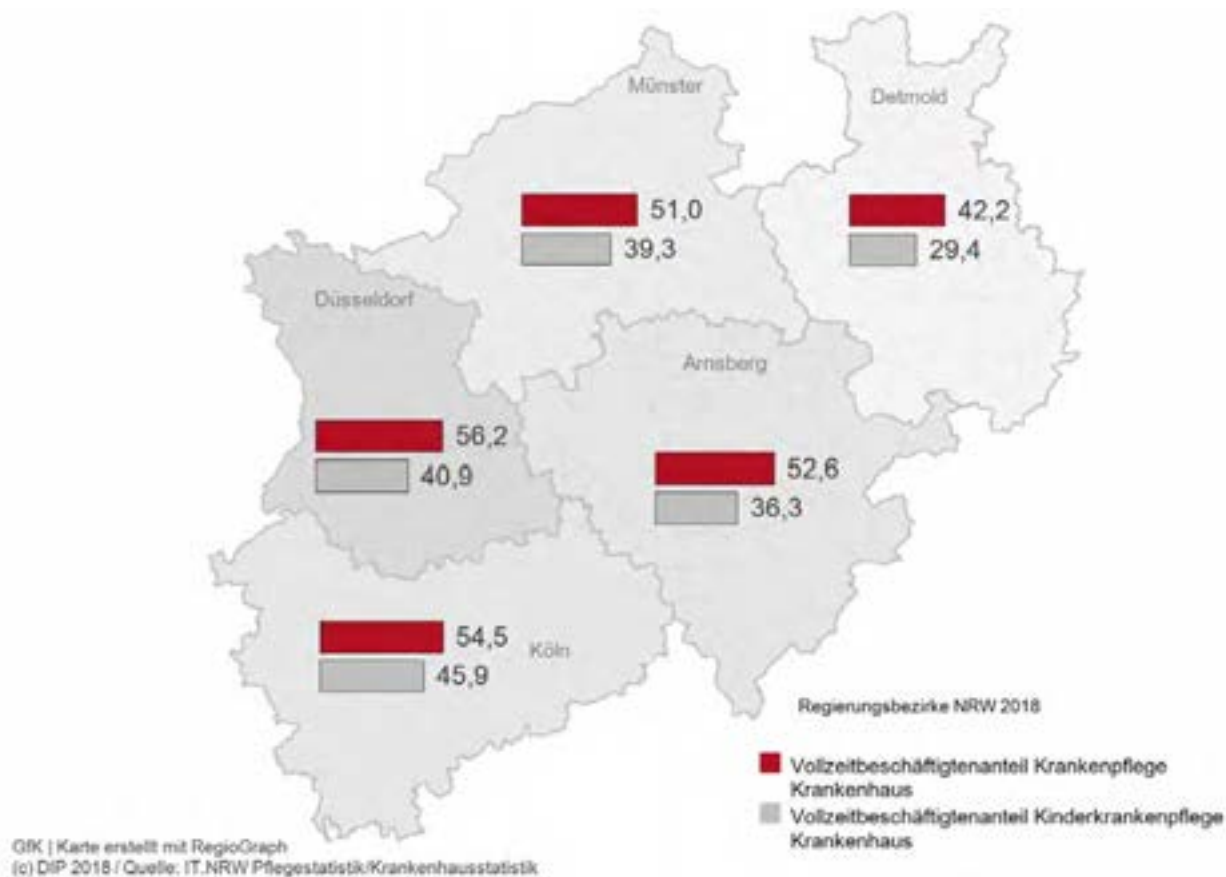


Abb. 9: Vollzeitbeschäftigung im Krankenhaus

Im Krankenhausbereich liegen die Anteile der Vollzeitbeschäftigung für Gesundheits- und Krankenpflegende sowie für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende weit auseinander. Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege weist hier Werte um die 50 Prozent auf, wobei auch hier die regionale Verteilung und die benannten Unterschiede zu erkennen sind. Die Werte der Gesundheits- und

¹⁰ In der Pflegestatistik für Bayern werden z.B. für die Altenpflegenden in stationären Einrichtungen 28.752 Beschäftigte ausgewiesen. In Vollzeit arbeiten 24.352. Das entspricht einer Quote von 84,6 Prozent. In Rheinland-Pfalz sind von 10.065 Altenpflegenden in stationären Einrichtungen 5.115 in Vollzeit beschäftigt. Das entspricht einem Anteil von 50,8 Prozent Vollzeitbeschäftigung.

Kinderkrankenpflege liegen deutlich darunter und erreichen Vollzeitbeschäftigtenanteile, wie sie vergleichbar mit denen der Altenpflege in der teil-/vollstationären Pflege sind.

3.3 ARBEITSMARKTKENNZAHLEN DER GESUNDHEITSBERUFE

Eine relevante Kenngröße bezogen auf die derzeitige Beschäftigungssituation in den Gesundheitsberufen sind die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie die Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Personen und der bei der Arbeitsagentur durch Einrichtungen gemeldeten offenen Stellen in den Zielberufen. Grundlage der nachfolgenden regionalisierten Darstellungen sind die Daten der Bundesagentur für Arbeit. Diese werden für die einzelnen Regionen in den zuständigen Statistik-Service-Abteilungen zur Verfügung gestellt und können kostenpflichtig öffentlich abgerufen werden. Die Aktualisierungsgrade der Daten sind unterschiedlich. So werden die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht in einer monatlichen Reihe aufbereitet, die der arbeitslos gemeldeten Personen und der offenen Stellen werden in monatlichen Zeitreihen zusammengefasst. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung konnte auf die Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum 30.09.2017 zurückgegriffen werden. Die Anzahl der Arbeitslosen und der offenen Stellen wurde für den Berichtsmonat März 2018 verwendet. Bedingt durch die unterschiedlichen Zeitpunkte ergeben sich statistische Unschärfen, die an dieser Stelle nicht aufgelöst werden können. Zu berücksichtigen ist, dass Untersuchungen nahe liegen, dass in den Sektoren nicht alle offenen Stellen auch tatsächlich der Arbeitsagentur gemeldet werden. In einer Vollerhebung der teil-/vollstationären Einrichtungen in Deutschland (Pflege-Thermometer 2018) konnte z.B. ermittelt werden, dass 31 Prozent der Einrichtungen ihre offenen Stellen nicht bei der Arbeitsagentur melden (Isfort et al. 2018). Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass die ausgewiesenen Werte der Bundesagentur einer deutlichen Unterschätzung der real offenen Stellen entsprechen.

Die Gesundheitsberufe insgesamt werden prominent im Rahmen des Fachkräftemangels diskutiert. Die Bundesagentur für Arbeit beschreibt einen deutlichen und bundesweiten Mangel an Fachkräften für den Bereich der Altenpflege sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, wobei in der Übersicht auf die dreistelligen KdIB-Klassifikationen zurückgegriffen wird, die für die Gesundheits- und Krankenpflege auch die Rettungsassistenz und das Hebammenwesen/ die Geburtshilfe mit einschließt. Ein Mangel wird in den Therapieberufen insbeson-

dere in der Physiotherapie hervorgehoben. Für die Ergotherapie sowie die Logopädie werden die vorliegenden Kennzahlen der Bundesagentur bundesweit nicht in einen Zusammenhang mit einem Fachkräftemangel beurteilt (Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung 2017). Ein Gutachten des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln, das auf der Ebene der Spezialisten die Daten betrachtet, weist auch für die Ergotherapie sowie die Logopädie/ Sprachtherapie einen deutlichen Mangel aus. Hier gehören die Therapieberufe unter die Top 10 der Mangelberufe (Burstedde und Risius 2017).

3.3.1 Arbeitsmarkt Altenpflege

Für Nordrhein-Westfalen können aktuell die nachfolgenden Daten auf der regionalen Ebene beschrieben werden: Insgesamt werden als Beschäftigte in der Altenpflege (ohne Helfer) 76.383 Personen im September 2017 geführt.

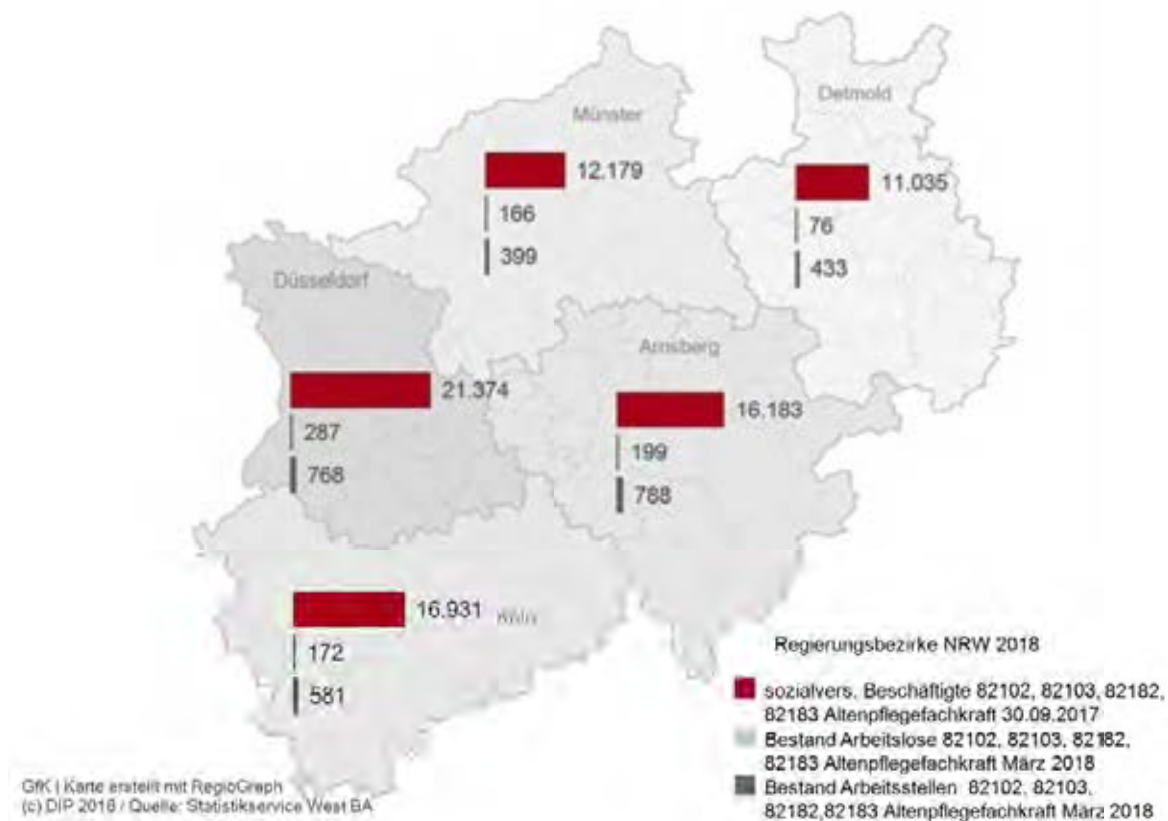


Abb. 10: Arbeitsmarkt Altenpflege in NRW (Regierungsbezirke)

Betrachtet man die Zahl der als arbeitslos geführten Personen, so sind auf das Land bezogen 937 Personen im März 2018 arbeitslos. Gegenüber der LbG NRW

2015, die Bestandsdaten vom Januar 2016 berücksichtigte, erfolgte hier ein weiterer Rückgang um 161 Personen bei einer Zunahme an Beschäftigten um rund 10.000 Personen (Bestand im Juni 2015: 66.316).

Die Anzahl an offenen gemeldeten Arbeitsstellen wird mit 2.999 angegeben. Für den Bereich der Altenpflege kann bei der Betrachtung der vorliegenden Kennzahlen von einer landesweiten Vollbeschäftigung ausgegangen werden. Es liegen keine nennenswerten oder Arbeitsmarkt wirksamen Arbeitsmarktreserven vor, die kalkulatorisch in eine Berechnung einbezogen werden können. Landesweit ergibt sich eine Arbeitslosenquote von 1,2 Prozent.

3.3.2 Arbeitsmarkt Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Bedingt durch die Klassifikation der Berufe von 2010 können die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht getrennt betrachtet werden.

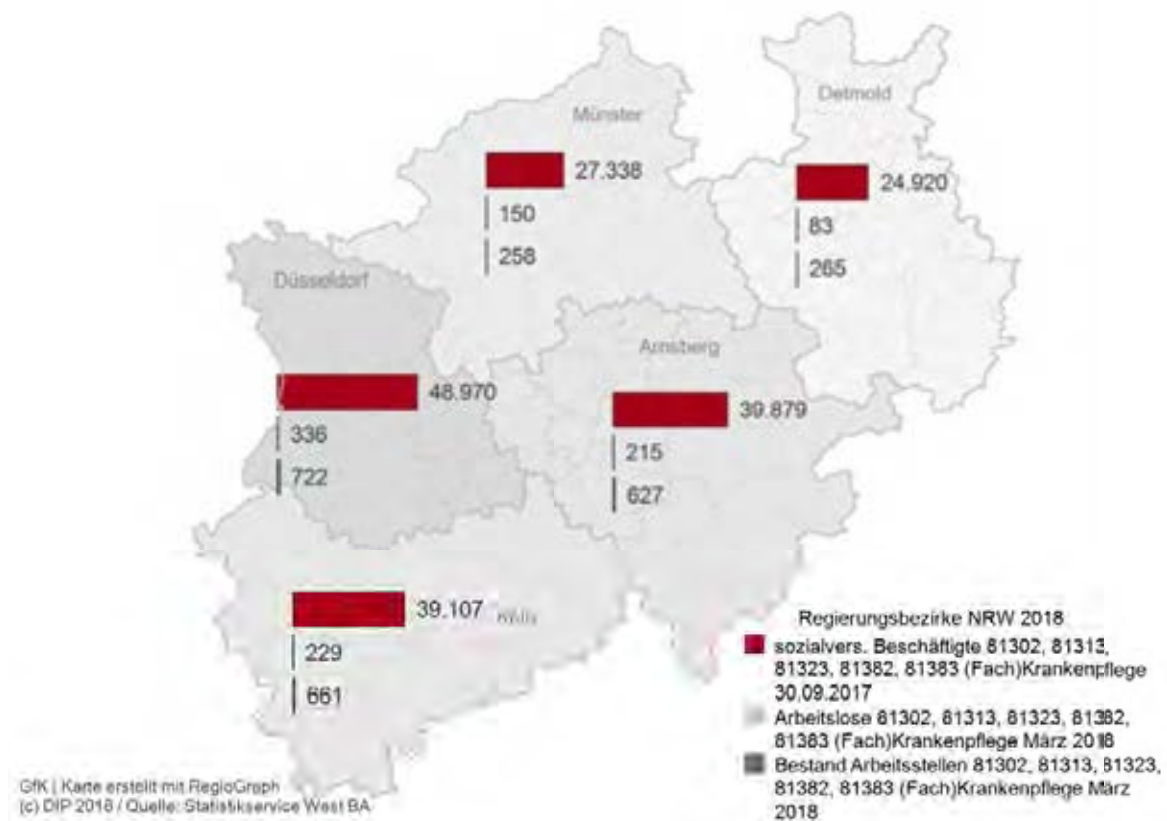


Abb. 11: Arbeitsmarkt Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in NRW (Regierungsbezirke)

Für beide Berufsgruppen gemeinsam wird ein Beschäftigungspotenzial im September 2017 von 176.001 ausgewiesen. Die Anzahl an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hat sich gegenüber dem Juni 2015 um 5.622 erhöht, die Anzahl

der als arbeitslos geführten Personen in den Zielberufen ging um 90 auf 1.051 zurück. Als offene Stellen werden 2.560 im März 2018 ausgewiesen. Das sind 361 mehr gemeldete Stellen als im Januar 2016. Auch in diesem Sektor kann von einer Vollbeschäftigung ausgegangen werden. Die Arbeitslosenquote beträgt landesweit 0,6 Prozent.

3.3.3 Arbeitsmarkt Ergotherapie

Für die Betrachtung der Ergotherapie wurden die beiden Kodierungen der Spezialisten (81723) sowie der Experten (81724) eingeschlossen. Das Beschäftigungsvolumen wird im September 2017 mit 9.094 angegeben.

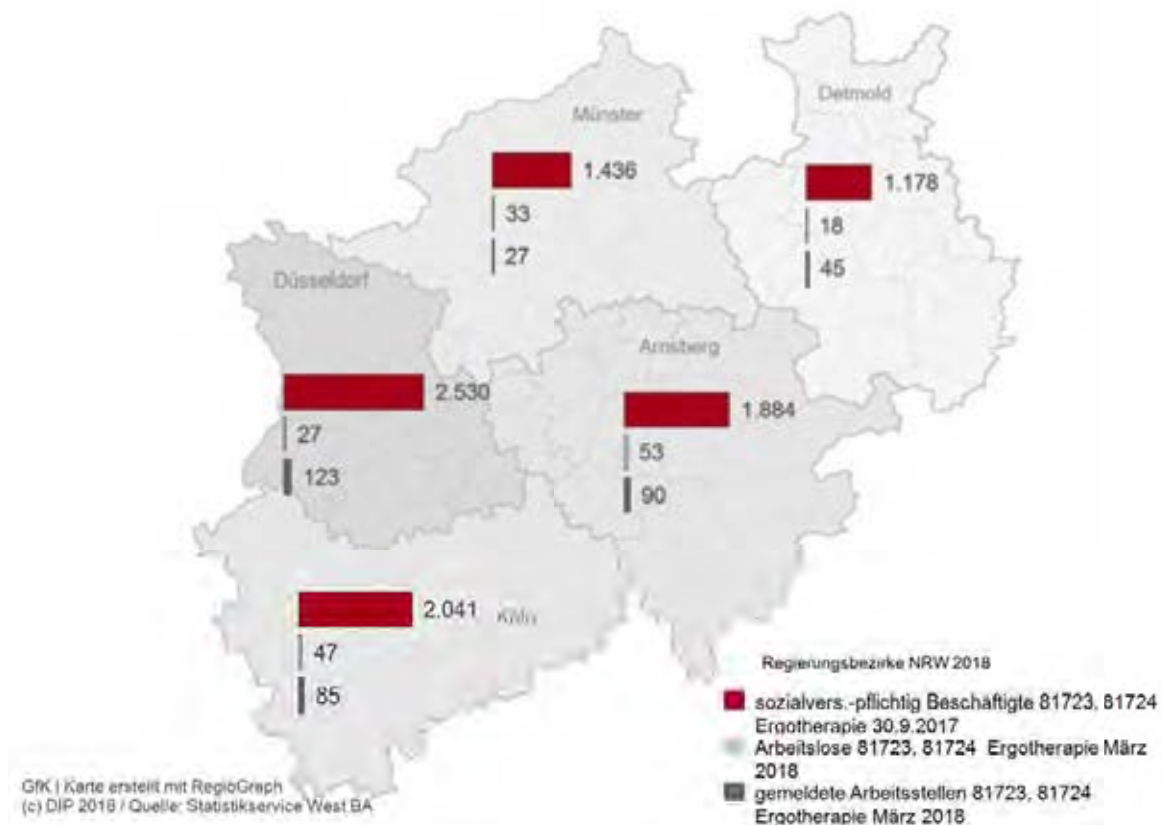


Abb. 12: Arbeitsmarkt Ergotherapie in NRW (Regierungsbezirke)

Landesweit werden 208 Personen als arbeitslos geführt. Ihnen stehen 388 als offen gemeldete Arbeitsstellen gegenüber.¹¹ Bezogen auf die Entwicklung gegen-

¹¹ Gegenüber den in der Grafik ausgewiesenen offenen Stellen (370) ergibt sich eine Differenz. Dies liegt darin begründet, dass die Kennzahlen zu den Arbeitslosen sowie den offenen Stellen für Gesamt-NRW benannt werden und kalkulatorisch verwendet werden können. In der Addition der Kreiskennzahlen ergeben sich mitunter geringere Werte, wenn die Anzahl zu gering ist, um eine Anonymisierung zu gewährleisten.

über der vorherigen LbG NRW sind 905 zusätzliche Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt; die Zahl der offen gemeldeten Stellen stieg um 36, die der arbeitslos gemeldeten Personen sank um 49. Landesweit kann von keiner starken Arbeitsmarktreserve ausgegangen werden. Die Arbeitslosenquote im Zielberuf beträgt rechnerisch 2,2 Prozent.

3.3.4 Arbeitsmarkt Logopädie/Sprachtherapie

Der Bereich der Logopädie ist in der Klassifikation der Berufe unzureichend deutlich abgegrenzt. Es bestehen zahlreiche unterschiedliche Qualifikationen und qualifikatorischen Ausrichtungen. Für die Darlegung der Beschäftigtenzahlen wurden die Klassifikationen 81733 und 81744 einbezogen. Diese werden unter dem Dachbegriff der Sprachtherapie subsumiert.

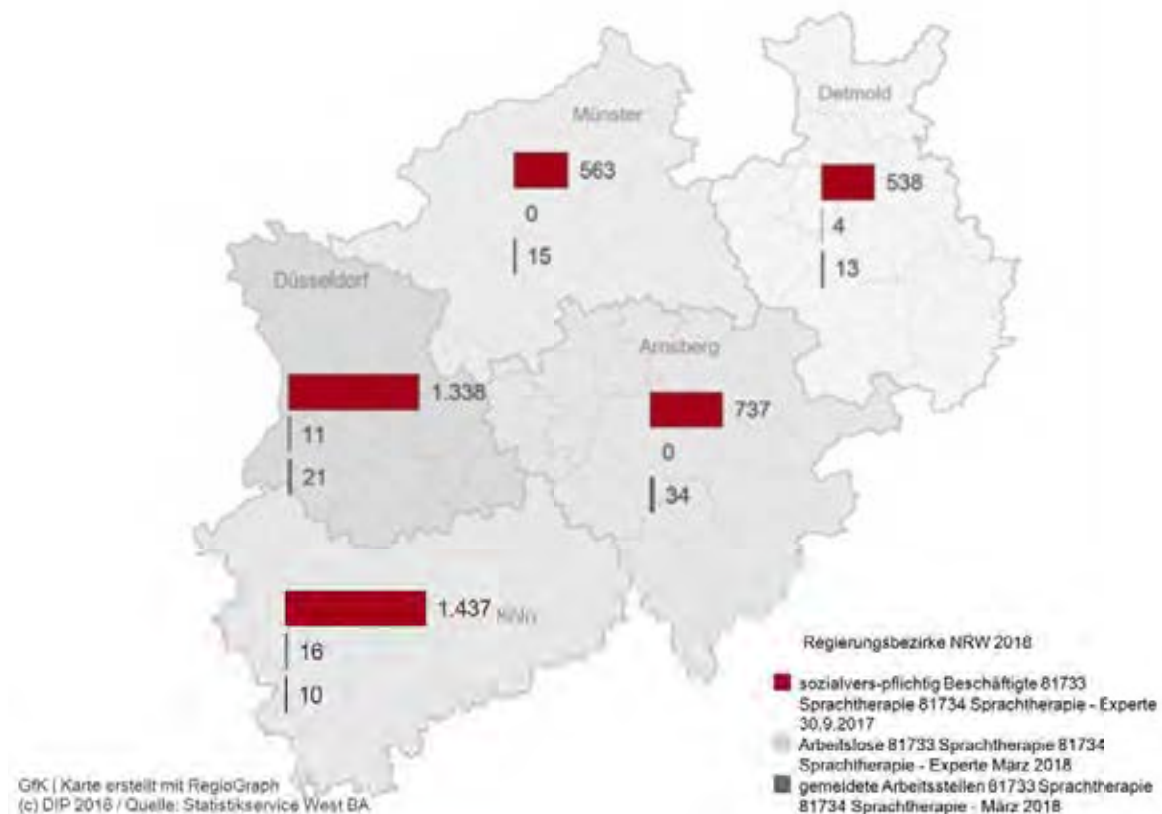


Abb. 13: Arbeitsmarkt Sprachtherapie in NRW (Regierungsbezirke)

Landesweit waren im September 2017 insgesamt 4.529 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte verzeichnet. Insgesamt wurden 67 Personen als arbeitslos geführt. Ihnen stehen 129 als offen gemeldete Stellen gegenüber.¹²

¹² Auch für die Sprachtherapie ergeben sich geringfügige Differenzen zwischen der regionalen Ausweisung und der Gesamtzahl für NRW.

Gegenüber der LbG NRW 2015 ergibt sich eine Beschäftigungszunahme um 400 Personen. Die Anzahl der Arbeitslosen wurde im Januar 2016 mit 91 angegeben, die der offenen Stellen mit 88. Damit ist auch in diesem Sektor bei einer deutlich steigenden Beschäftigtenkennzahl ein Absinken der arbeitslos gemeldeten Personen sowie ein Anstieg der offen gemeldeten Stellen zu verzeichnen. Die Arbeitslosenquote bundesweit berechnet 1,5 Prozent.

3.3.5 Arbeitsmarkt Physiotherapie

Die Physiotherapie ist gegenüber den anderen therapeutischen Berufen eine relativ große Berufsgruppe. Einbezogen wurden auch hier die Spezialisten (81713) und die Experten (81714). Hintergrund für die Auswahl ist, dass in der Gruppe der Fachkräfte (81712) auch Zielberufe einbezogen werden, die über keine therapeutische Ausrichtung verfügen und somit auch keine kassenrechtlichen Leistungen der direkten Patientenbehandlung abrechnen können.

Für NRW wurden im September 2017 insgesamt 23.995 Physiotherapeuten geführt. Damit stieg die Beschäftigtenzahl gegenüber der LbG NRW 2015 um 1.931.

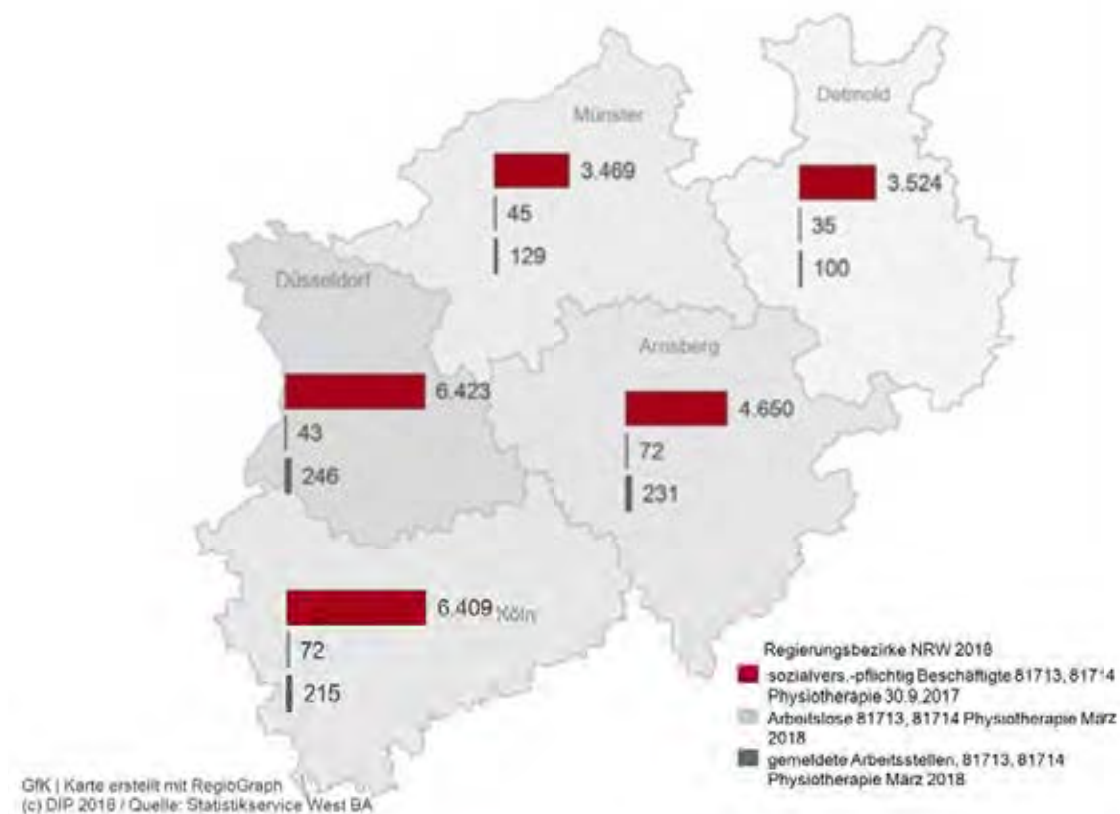


Abb. 14: Arbeitsmarkt Physiotherapie in NRW (Regierungsbezirke)

281 Personen wurden im März 2018 als arbeitslos geführt und 929 offene Stellen waren verzeichnet. Die Anzahl der offenen Stellen hat sich gegenüber der LbG NRW 2015 um 104 erhöht, die Anzahl der arbeitslos Gemeldeten nahm um 55 ab. Die beschriebene Tendenz in den Therapieberufen zeigt sich damit auch in der Physiotherapie. Die Arbeitslosenquote beträgt auf das Land bezogen 1,2 Prozent.

3.3.6 Arbeitsmarkt Hebammenwesen

Die Kennzahlen des Hebammenwesens müssen an dieser Stelle vorsichtig betrachtet werden. Einerseits werden in der Statistik nur die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten geführt. Für freiberufliche Hebammen aber besteht keine direkte Pflichtversicherung, sodass von einem insgesamt höheren Potenzial an berufstätigen Hebammen ausgegangen werden kann.

Darüber hinaus sind auch die Kennzahlen der arbeitslos gemeldeten und der offenen Stellen für diesen Beschäftigungssektor weniger deutlich zu interpretieren. Hebammen können in gemeinschaftlichen Praxen arbeiten, angestellt sein in Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern) und bei Kommunen im Rahmen der Familienbegleitung.

Für z.B. Geburtshäuser und Verbände von Hebammen kann nicht angenommen werden, dass hier „freie“ Stellen im Sinne kalkulatorischer Unterbesetzungen bestehen, so wie in Krankenhäusern. Hier erfolgen bei einer zu geringen Mitarbeiterstärke Begrenzungen in den Kursangeboten, in der Schwangerschaftsbetreuung etc. auch, ohne dass eine Stellenkalkulation eine offene Stelle ausweist. In der Folge eines Personalmangels kann ggf. eine Vermietung der Kursräume in Geburtshäusern nicht vorgenommen werden oder Anfragen von Familien müssen aufgrund der Auslastung abgelehnt werden. Daher lässt sich für den Bereich des Hebammenwesens aus der Anzahl der offenen Stellen weniger stabil eine konkrete Nachfrage ableiten.

Für NRW werden im September 2017 insgesamt 2.569 Hebammen geführt. Das sind 288 mehr sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als im Juni 2015 benannt wurden. Diese Beschäftigungsform nimmt somit deutlich zu. Betrachtet man jedoch die Anzahl der in Krankenhäusern fest angestellten Hebammen (2.441), so zeigt sich die deutliche Lücke, die in der amtlichen Statistik besteht. Für NRW würde dies bedeuten, dass nur rund 120 freie Hebammen tätig sind.¹³

¹³ „Eine Analyse der Hochschule für Gesundheit zu ambulanten Hebammenleistungen in Bochum und in einem Radius von 50 Kilometern ergab folgendes Bild: es wurden 492 freiberuflich tätige Hebammen, sieben Geburtshäuser und 27 Hebammenpraxen ermittelt.“ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2015

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Dies korrespondiert nicht mit der empirischen Datenlage, die jedoch nicht systematisch vorliegt. Auf diesen besonderen Umstand wurde bereits im Rahmen des Runden Tisches Geburtshilfe hingewiesen (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2015).

Kalkulatorisch ergibt sich im Hebammenbereich auf der Basis der vorliegenden Daten eine Arbeitslosenquote von 2,0 Prozent, wobei die oben benannten Unschärfen gelten, die eine exakte Kalkulation kaum möglich machen.

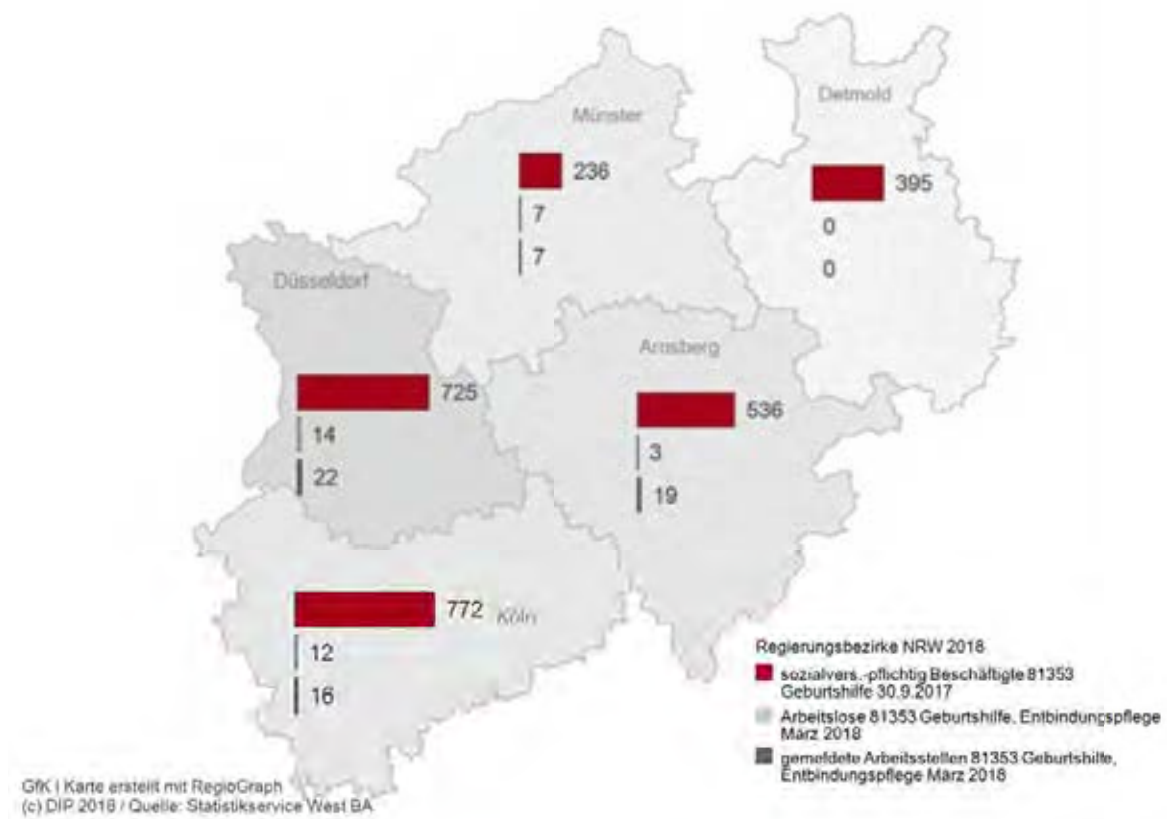


Abb. 15: Arbeitsmarkt Hebammenwesen in NRW (Regierungsbezirke)

Im Januar 2016 waren 53 Hebammen als arbeitslos geführt, im März 2018 sind es 61. Die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen hat sich von 45 auf 90 verdoppelt. Dies sind Indizien für einen wachsenden Bedarf und eine hohe Beschäftigungsquote im Zielberuf.

3.4 AUSBILDUNGSKENNZAHLEN DER GESUNDHEITSBERUFE

In den Kapiteln zu den Einrichtungen konnten dynamische Entwicklungen primär für den pflegerischen Bereich aufgezeigt werden. Darüber hinaus zeigten die Entwicklungen in den Krankenhäusern und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen eine steigende Beschäftigung auch für die Therapieberufe sowie das Hebammenwesen auf.

Die Arbeitsmarktkennzahlen weisen für alle an dieser Stelle näher untersuchten Berufe eine Vollbeschäftigung aus. Die Anzahl der offenen Stellen überwiegt gegenüber der Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen und auf der Basis der Beschäftigtenzahl konnte in den Berufen eine niedrige bis sehr niedrige Arbeitslosenquote festgestellt werden, die auf Vollbeschäftigung hinweist.

Für die Absicherung der Bedarfe in den Einrichtungen ist entscheidend, wie sich die Ausbildungskennzahlen für die Berufe darstellen. Nur auf der Basis ausreichender Nachwuchsqualifizierung können steigende Bedarfe im Feld und die zunehmende Beschäftigung von Fachkräften beantwortet werden. Dabei spielt neben der numerischen Entwicklung auch die regionale Verteilung eine bedeutende Rolle. Für die in dieser Untersuchung näher analysierten Bereiche der Pflege- und Therapieberufe sowie des Hebammenwesens sollen nachfolgend die regionalen Differenzierungen erfolgen.

Für die Darlegung insgesamt wurden die Kennzahlen der Schülerinnen und Schüler zum 15.10. eines Berichtsjahres verwendet. Diese werden im Tabellenteil der LbG NRW unter BI 1.3.1 geführt und basieren auf den Daten der freiwillig erfassten Schulstatistik durch IT.NRW.¹⁴

Einführend sollen zunächst in einem Überblick ausgewählte Kennzahlen für das gesamte Bundesland vorgestellt werden, die nicht nur die näher untersuchten Berufe beleuchten, sondern auch andere Gesundheitsberufe in der Entwicklung beschreiben. Die Differenzierung der Anteile der Schülerinnen wird an dieser Stelle mit dem Verweis auf den Tabellenteil nicht vorgenommen.

¹⁴ Einschränkung muss hier benannt werden, dass die Meldungen an IT.NRW freiwillig sind. Geben Bildungseinrichtungen ihre Angaben nicht zurück, so können in den Auswertungen ggf. Fehleinschätzungen folgen, wenn große Einrichtungen den Schülerinnen- und Schülerbestand nicht melden und so statistische Rückgänge ausgewiesen werden, die in der Realität nicht bestehen. Dies fällt insbesondere dann ins Gewicht, wenn in einzelnen Regierungsbezirken nur wenige Bildungseinrichtungen vorhanden sind und Teile ihre Daten nicht zur Verfügung stellen. Insbesondere ist dies im Bereich der Therapieberufe bedeutsam, denn das Ausbleiben von ein oder zwei Bildungseinrichtungen kann hier zu größeren Verzerrungen führen.

ENTWICKLUNGEN IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Schülerinnen und Schüler zum 15.10. Tab. BI 1.3.1	2002	2010	2014	2016
Gesundheits- und Krankenpflege	14.135	15.422	15.948	15.372
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	1.999	1.978	2.072	1.899
Geburtshilfe, Entbindungspflege	453	446	425	437
Altenpflege	12.028	11.053	17.268	18.965
Altenpflegehilfe	Ab 2006	1.875	1.649	1.582
Gesundheits- und Krankenpflegeassistentenz	729	579	725	739
Diätassistentenz	325	206	268	286
Ergotherapie	1.951	1.386	1.469	1.469
Logopädie	777	726	713	575
Masseure/med.Bademeister	355	397	214	143
Orthoptik	38	33	32	35
Physiotherapie	3.820	3.753	3.867	3.526
Podologie	8	256	319	288
MT Laboratoriumsassistentenz	885	810	786	728
MT Radiologieassistentenz	469	521	639	635
Pharma.-tech. Assistentenz	2.075	1.943	1.137	1.121
Rettungsassistentenz/Notfallsanitätsdienst	1.491	1.390	1.304	645
Familienpflege/Dorfhilfe	628	300	356	249
Summe Schülerinnen und Schüler in den genannten Berufen	42.166	43.074	49.191	48.694

Tab. 9: Entwicklung der Schülerinnen- und Schülerzahlen in ausgewählten Berufen in NRW

Betrachtet man die vorliegenden Kennzahlen insgesamt, so sind insbesondere in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege sehr hohe Schülerinnen- und Schülerzahlen zu verzeichnen. Sie weisen jeweils fünfstelligen Kennzahlen auf. In der Entwicklungslinie sieht man insbesondere in der Altenpflege den deutlichen Zuwachs. Hier werden in 2016 rund 18.965 Schülerinnen und Schüler in den drei Jahrgängen ausgewiesen.

In der Gesundheits- und Krankenpflege sind es 15.372. Damit findet in diesem Ausbildungsberuf, abweichend gegenüber dem Bereich der Altenpflege, kein nennenswerter Aufbau statt. Die Anzahl aus 2016 entspricht in etwa der aus 2010 (15.422). Der numerisch höchste Ausbildungsstand wurde in 2014 verzeichnet (15.948). In der Altenpflege konnte ein kontinuierlicher Zuwachs erreicht werden.

Der fehlenden Entwicklung in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Mai 2018 ein gemeinsames Schreiben mit den gesetzlichen Krankenversicherungen des Landes und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalens verbreitet. Dieses richtete sich an die Schulleitungen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeschulen sowie den Geschäftsführungen der Krankenhäuser mit

der deutlichen Bitte, die Ausbildungsbemühungen zu forcieren und die Ausbildungskapazitäten in diesem Beruf auszuweiten. Dazu müssen die Einrichtungen (Krankenhäuser) bezogen auf die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege eine Sektoren übergreifende Perspektive einnehmen. Die sinkenden Beschäftigungspotenziale in diesem Beruf in den ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen sind nicht gleichzusetzen mit einem sinkenden Bedarf sondern sind Ausdruck einer unzureichenden Möglichkeit der Rekrutierung. Um den Anforderungen gerecht werden zu können, müssen in den Krankenhäusern deutlich mehr Personen qualifiziert werden, die nachfolgend auch in den anderen Sektoren beruflich einmünden können. Beispielsweise werden in hohem Maße qualifizierte Gesundheits- und (Kinder)krankenpflegende in den ambulanten spezialisierten Diensten für die außerklinische Beatmung gesucht

Für die Therapieberufe bedeutsam erscheint, dass in der langfristigen Betrachtung der Zeitreihe ein Rückgang zu verzeichnen ist. Sowohl in der Ergotherapie als auch in der Logopädie oder der Physiotherapie lagen die Ausbildungskennzahlen bis zum Jahr 2007 deutlich höher, als sie für 2016 ausgewiesen werden. Angesichts des beschriebenen Arbeitsmarktvolumens ist hier ein erster Hinweis auf einen Mangel zu finden, der nicht entsprechend durch den Aufbau an Ausbildungskapazitäten beantwortet wurde. Deutlich wird vor allem aktuell ein Rückgang in der Logopädie. Für die in dieser Untersuchung näher erfassten Berufe der Pflege, Therapie und des Hebammenwesens sollen die Entwicklungen auch in der regionalen Differenzierung betrachtet werden.

3.4.1 Ausbildungskennzahlen Altenpflege

Für die Altenpflege kann in den vergangenen Jahren eine besondere Dynamik festgestellt werden. Mit Einführung des Umlageverfahrens zur Finanzierung der Ausbildung in der Altenpflege aus dem Jahr 2012 (Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen 2012) ist nachfolgend in Nordrhein-Westfalen ein deutlicher Aufwuchs der Ausbildungsplätze in den Einrichtungen und den Bildungseinrichtungen zu verzeichnen. Diese Dynamik zeigt sich insgesamt in allen Regierungsbezirken des Landes.

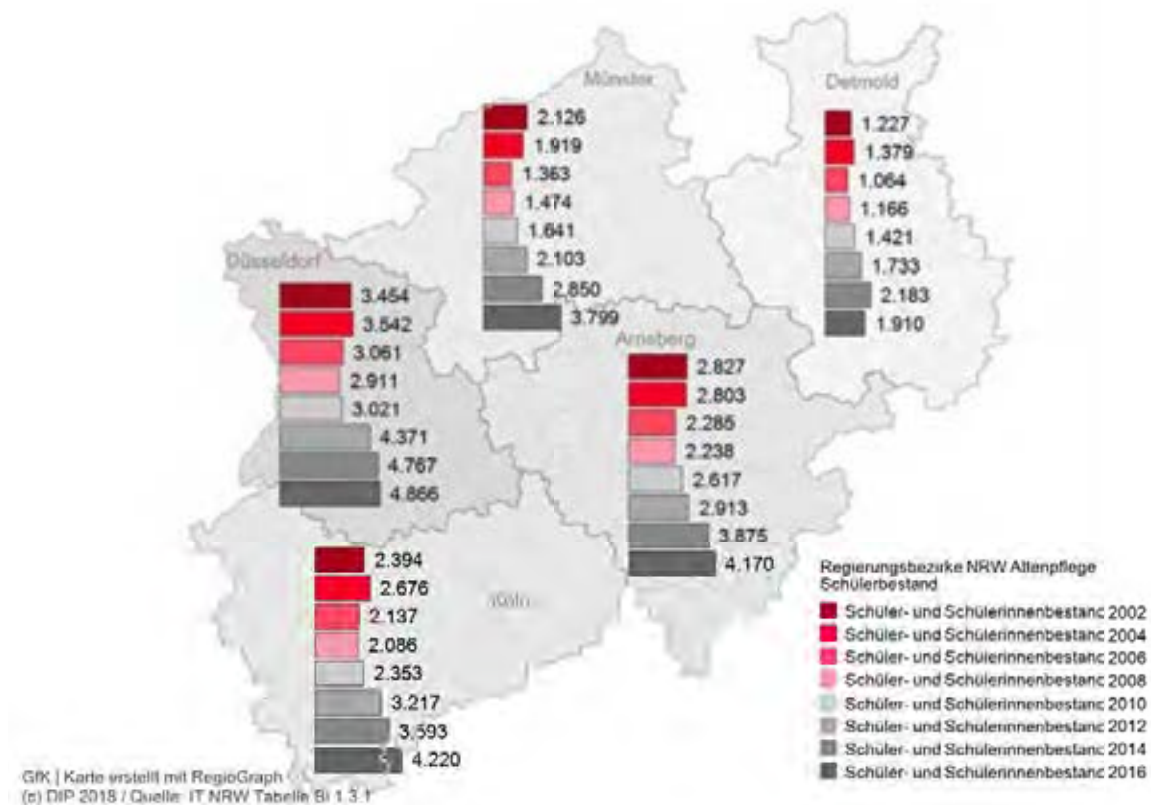


Abb. 16: Schüler- und Schülerinnenbestand Altenpflege regionalisiert

Für 2016 konnten in den Regierungsbezirken (bis auf Detmold) die höchste Anzahl an Auszubildenden in der Zeitreihe von 2002 an festgestellt werden. In Detmold konnte das Niveau der Anzahl gegenüber 2014 nicht gehalten werden. Hier zeigt sich ein leichter Rückgang.

Die Stärkung der Altenpflegeausbildung war ein primäres Ziel im Rahmen der Einführung des Umlageverfahrens und der deutliche Aufwuchs gegenüber den Vorjahren kann als ein Erfolg der Maßnahme benannt werden. Die Steigerung ist dabei arbeitsmarktrelevant, wie die Kalkulationen der Mangelprognose aus der vorherigen LbG NRW aufzeigten (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Eine umfassende Untersuchung zu den Veränderungen der Ausbildungsbedingungen nach Einführung des Umlageverfahrens weist nach, dass insgesamt eine größere Heterogenität ausgemacht werden kann und auch lernschwächere Personen erfolgreich in den Beruf integriert werden konnten. Ein eindeutiger Nachweis gravierender Mängel bezogen auf die Anzahl der Abbrecherquoten oder anderer Qualitätsfaktoren konnte dabei nicht festgestellt werden (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018).

3.4.2 Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Krankenpflege

Wie in den einführenden Kapiteln dargelegt, zeigt sich in den Krankenhäusern eine zunehmende Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegenden, wohingegen in den ambulanten Diensten und den teil-/vollstationären Einrichtungen die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden weiter abnimmt. Bezogen auf die Kapazität in der Ausbildung zeigt sich regional, dass trotz eines steigenden Bedarfs an Fachkräften in allen Sektoren kaum Steigerungen der Qualifizierungszahlen zu beobachten sind. Auf die bestehende Problematik wurde bereits in vorherigen Berichterstattungen verwiesen und der Aufbau an Ausbildungsplätzen für Gesundheits- und Krankenpflegende war explizit Gegenstand der Empfehlungen der Landesberichterstattung 2015 (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Eine Umsetzung kann angesichts der vorliegenden Kennzahlen nicht festgestellt werden. Die aktuellsten Kennzahlen zeigen einen Rückgang an Ausbildungsplätzen an, der sich substantziell auf eine weitere Verschärfung der Fachkräfteproblematik auswirken kann.

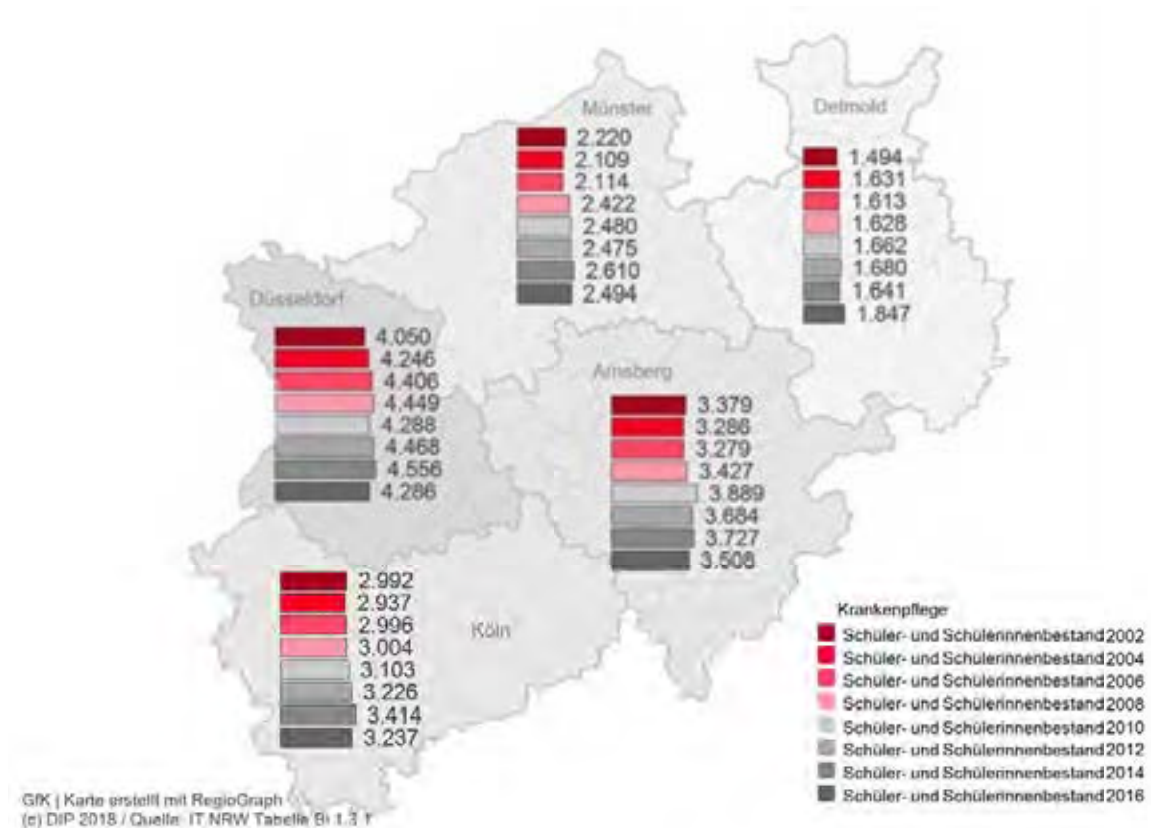


Abb. 17: Schüler- und Schülerinnenbestand Gesundheits- und Krankenpflege regionalisiert

Angesichts der offenen Fragen im Rahmen von Mindestpersonalbesetzungen in Krankenhäusern, des zunehmenden Fachkräftemangels (auch und gerade in der ambulanten Versorgung) und der Zunahme an Schwierigkeiten, Personal zu rekrutieren, sind die beschriebenen Entwicklungen kritisch zu bewerten und verweisen auf einen deutlichen Handlungsbedarf der zügigen Ausweitung der Ausbildungsplätze im Zielberuf.

3.4.3 Ausbildungskennzahlen Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Kennzahlen von IT.NRW erlauben bei der Betrachtung der Ausbildungsplätze eine Differenzierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die Entwicklungen auf der regionalen Ebene zeigen für Düsseldorf sowie Detmold eine weitestgehend stabile Ausbildungssituation. In Detmold erfolgte kontinuierlich über die Jahre ein geringfügiger Ausbau, der in der Summe einen Zuwachs an 60 Ausbildungsplätzen ausmacht (zwischen 2002 und 2016).

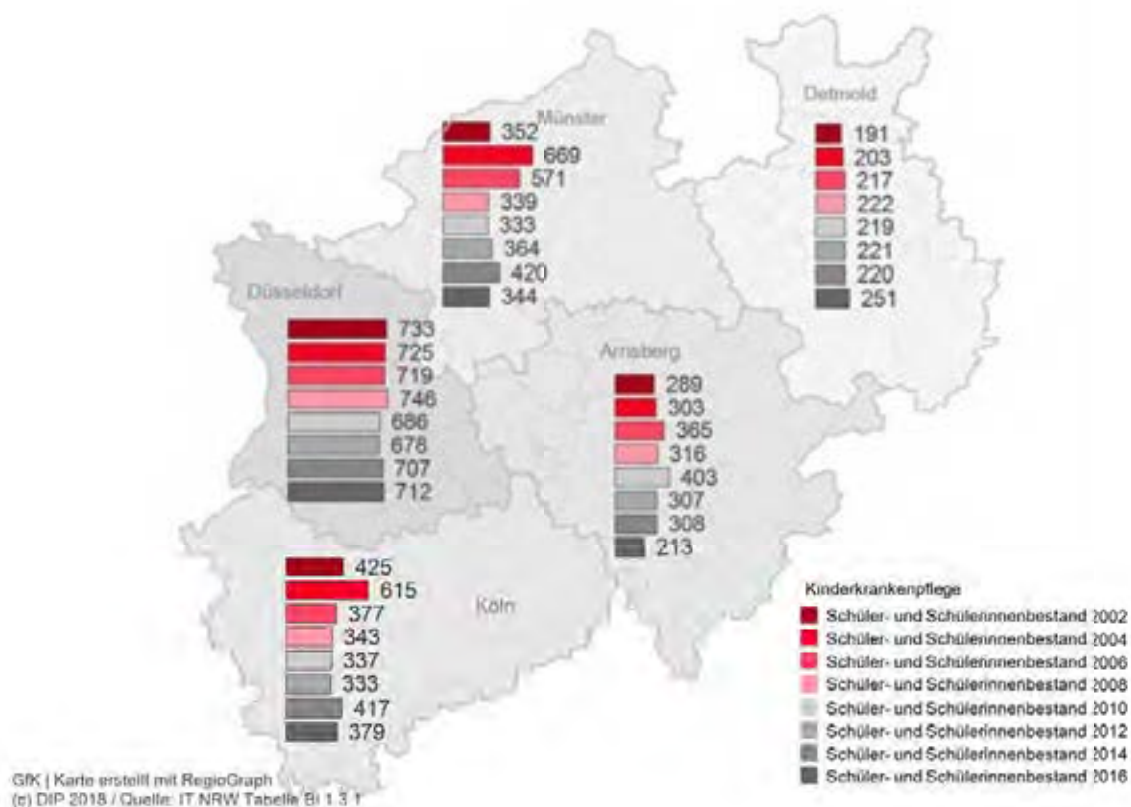


Abb. 18: Schüler- und Schülerinnenbestand Gesundheits- und Kinderkrankenpflege regionalisiert

Im Regierungsbezirk Münster sowie in Arnberg und Köln sind deutliche Rückgänge im aktuellen Schülerinnen- und Schülerbestand zu verzeichnen. Insbesondere in Arnberg sank die ausgewiesene Anzahl gegenüber dem Vorjahr deutlich ab.

3.4.4 Ausbildungskennzahlen Ergotherapie

Betrachtet man die Ausbildungskennzahlen im Bereich der Ergotherapie, so weisen diese in der Gesamtbetrachtung der Tabelle auf eine stabile Situation zwischen 2014 und 2016 hin. In der Differenzierung nach Regierungsbezirken jedoch zeigen sich deutliche Schwankungen und Schwankungsbreiten auf. So stieg die Anzahl im Schülerinnen- und Schülerbestand in Düsseldorf zwischen 2014 und 2016 um insgesamt 172 an, in Köln blieb sie tendenziell stabil, in Arnsberg jedoch ist ein sehr deutlicher Rückgang zu verzeichnen (124).

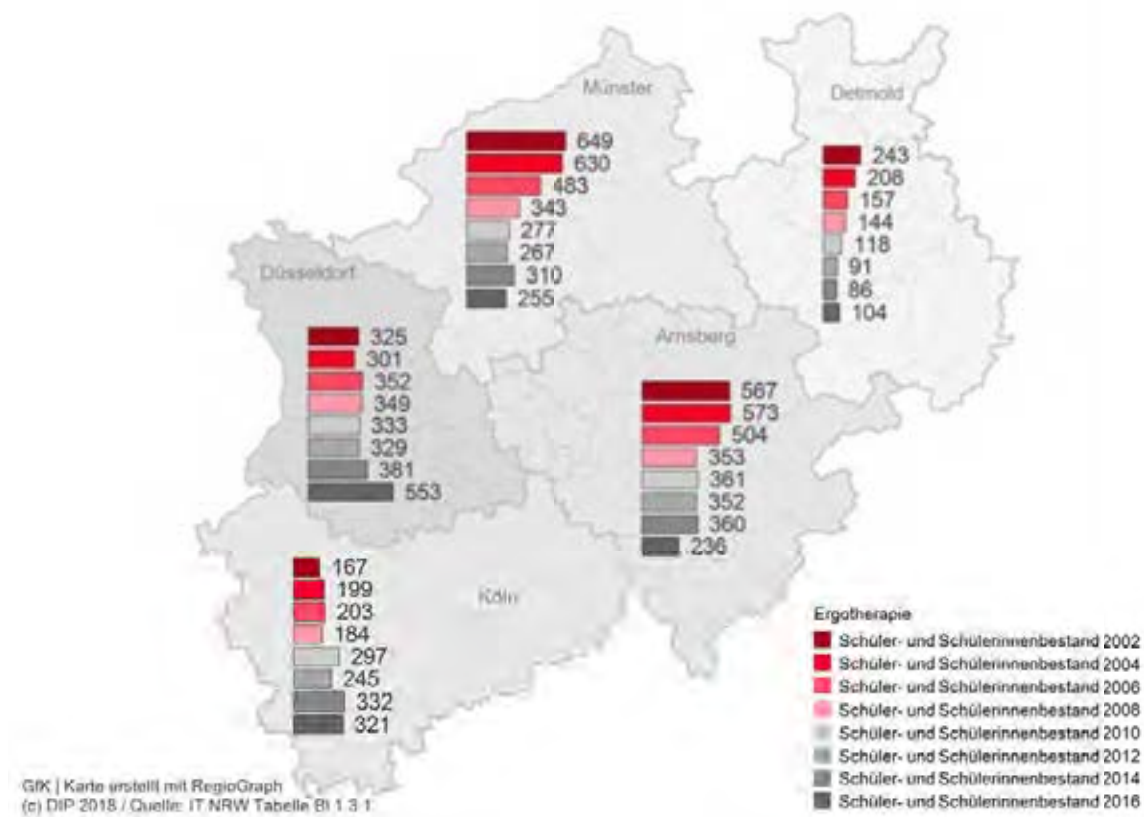


Abb. 19: Schüler- und Schülerinnenbestand Ergotherapie regionalisiert

In der Betrachtung der Zeitreihe zeigen sich insbesondere in Münster, Detmold und Arnsberg deutliche Rückgänge der Ausbildungskapazität, wohingegen in Köln und Düsseldorf ein Aufbau zu beobachten ist. Inwieweit dies auf fehlende Daten in der Schulstatistik für diesen Ausbildungsbereich zurückzuführen sein könnte (geringerer Rücklauf der Schulbefragung) oder ob sich hier eine deutliche Veränderung abzeichnet, kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Informationen nicht vollumfänglich geklärt werden.

3.4.5 Ausbildungskennzahlen Logopädie

Im Bereich der Logopädie verweisen die in der Tabelle des Kapitels abgebildeten Kennzahlen auf einen deutlichen Rückgang des Schülerinnen- und Schülerbestands in der Ausbildung. Auch in diesem Bereich liegen keine landesweit einheitlichen Entwicklungen vor, wie z.B. ein anteiliger Rückgang in allen Regierungsbezirken. Deutlich fällt auf, dass in Köln ab dem Jahr 2012 eine erhebliche Ausweitung vorgenommen wurde.

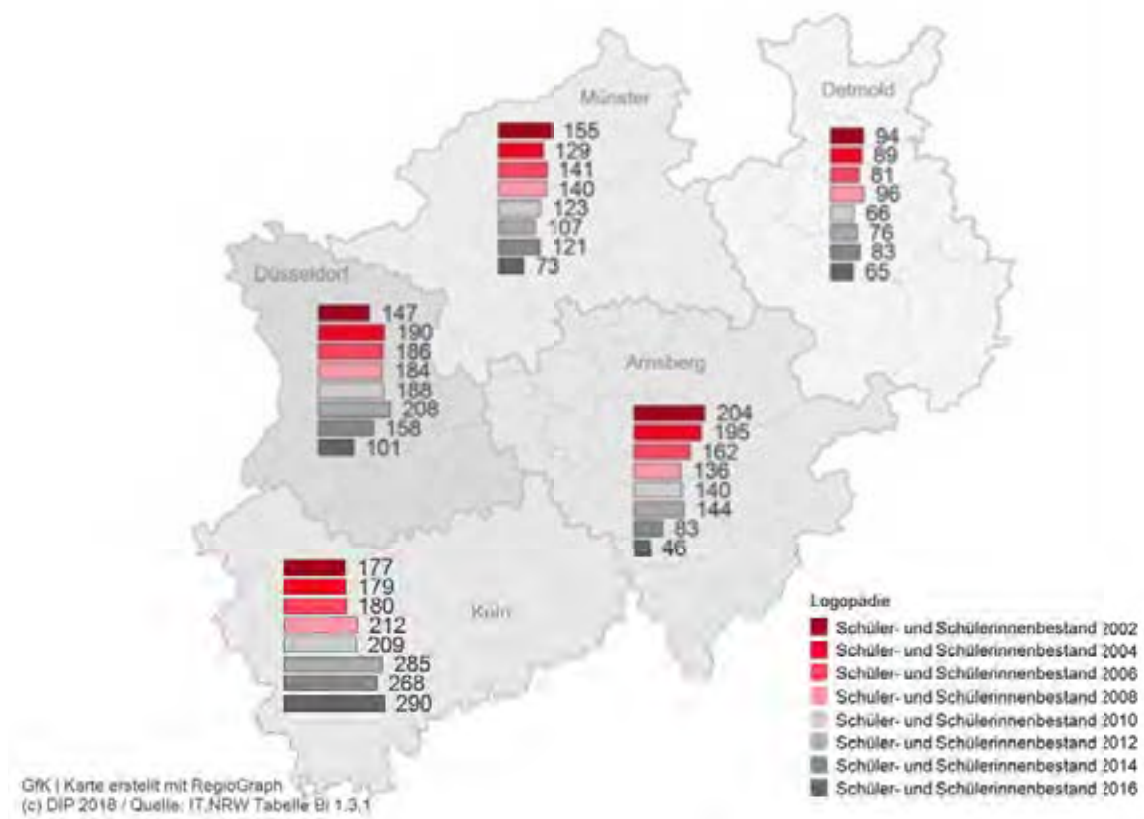


Abb. 20: Schüler- und Schülerinnenbestand Logopädie regionalisiert

In Arnsberg sind ausgehend von 2012 bis 2016 die deutlichsten Rückgänge zu verzeichnen. Hier weisen die amtlichen Statistiken insgesamt eine Verringerung des Schülerinnen- und Schülerbestands um 98 Personen in nur vier Jahren aus. Auch für diesen Bereich gilt, dass der Rücklauf der Schulstatistik nicht exakt bewertet werden kann. Stabilisieren sich diese Entwicklungen aber in weiteren Berichterstattungen, so stellt sich insbesondere in Arnsberg die Situation als versorgungsrelevant dar.

3.4.6 Ausbildungskennzahlen Physiotherapie

Die Physiotherapie stellt neben den pflegerischen Berufen den größten Bereich dar. In der regionalen Betrachtung sieht man erhebliche Schwankungsbreiten der Schülerinnen- und Schülerkennzahlen. Liegen die Kennzahlen in Düsseldorf und Köln auf einem vergleichsweise stabilen Niveau (bzw. können hier im zeitlichen Verlauf geringfügige Erhöhungen ausgemacht werden), so sind in Detmold, Arnsberg und Münster erhebliche Rückgänge der Schülerinnen- und Schülerzahlen zu beobachten.

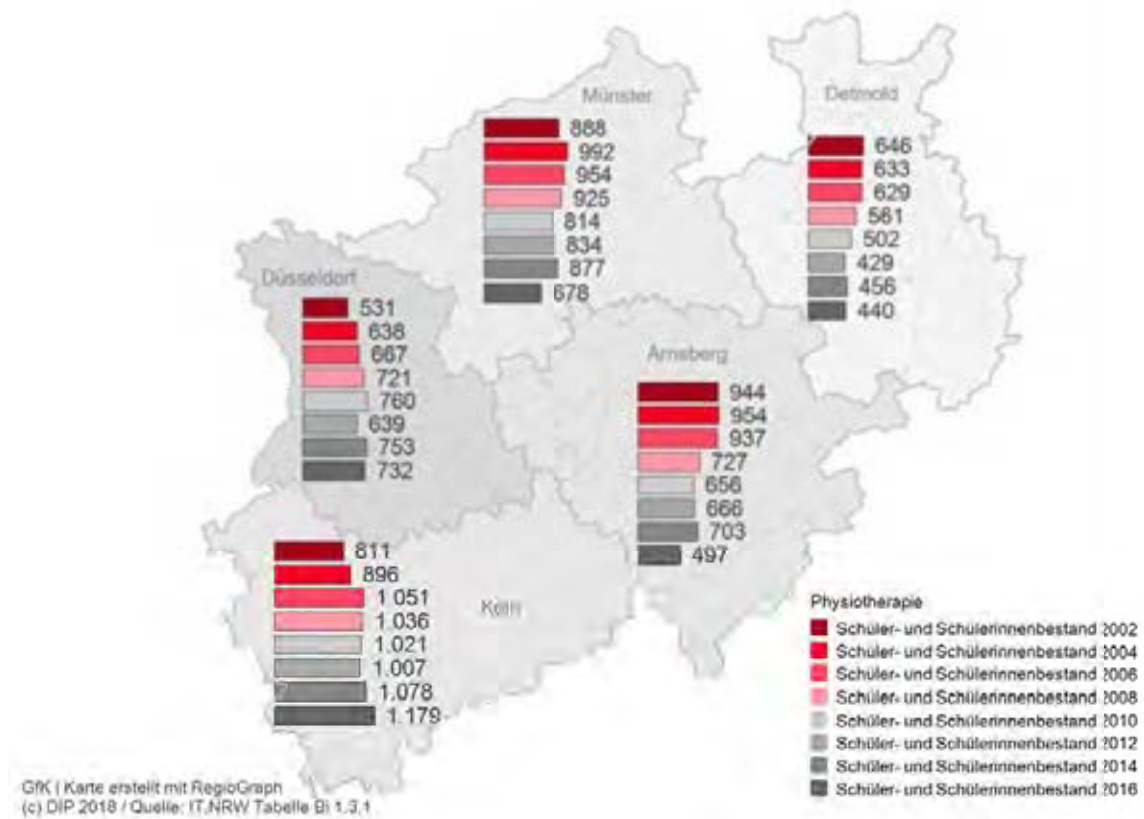


Abb. 21: Schüler- und Schülerinnenbestand Physiotherapie regionalisiert

In Arnsberg hat sich das Gesamtvolumen gegenüber dem ausgewiesenen Jahr 2002 fast halbiert, in Münster und Detmold sank die Anzahl um rund 200 im Vergleichsjahr. Die vorliegenden Kennzahlen müssen dabei vor dem Hintergrund des Mobilisierungsradius für die einzelnen Berufe diskutiert werden und verweisen auf regionale Engpässe, die entstehen können, wenn sich der Trend der Ausbildungskennzahlen insbesondere in den drei benannten Regierungsbezirken weiter fortsetzt.

3.4.7 Ausbildungskennzahlen Hebammenwesen

Im Hebammenwesen weisen die Kennzahlen über die Jahre eine hohe Stabilität aus. In Köln wurde gegenüber dem Jahr 2014 eine Ausweitung der Ausbildungsplätze vorgenommen (17), in Düsseldorf, Detmold und Arnberg sind nur sehr geringe Schwankungen zu beobachten. In Münster ist die Anzahl gegenüber dem vorherigen Zeitpunkt (2014) um vier erhöht, nachdem zwischen 2008 und 2012 eine deutliche Reduzierung sichtbar ist. Die Kennzahlen für das Hebammenwesen lassen sich angesichts der unklaren Bedarfslage nur schwierig einordnen, sie lassen aber keinen Spielraum erkennen, der eine Ausweitung der Kapazitäten der Versorgung und Betreuung zulässt.

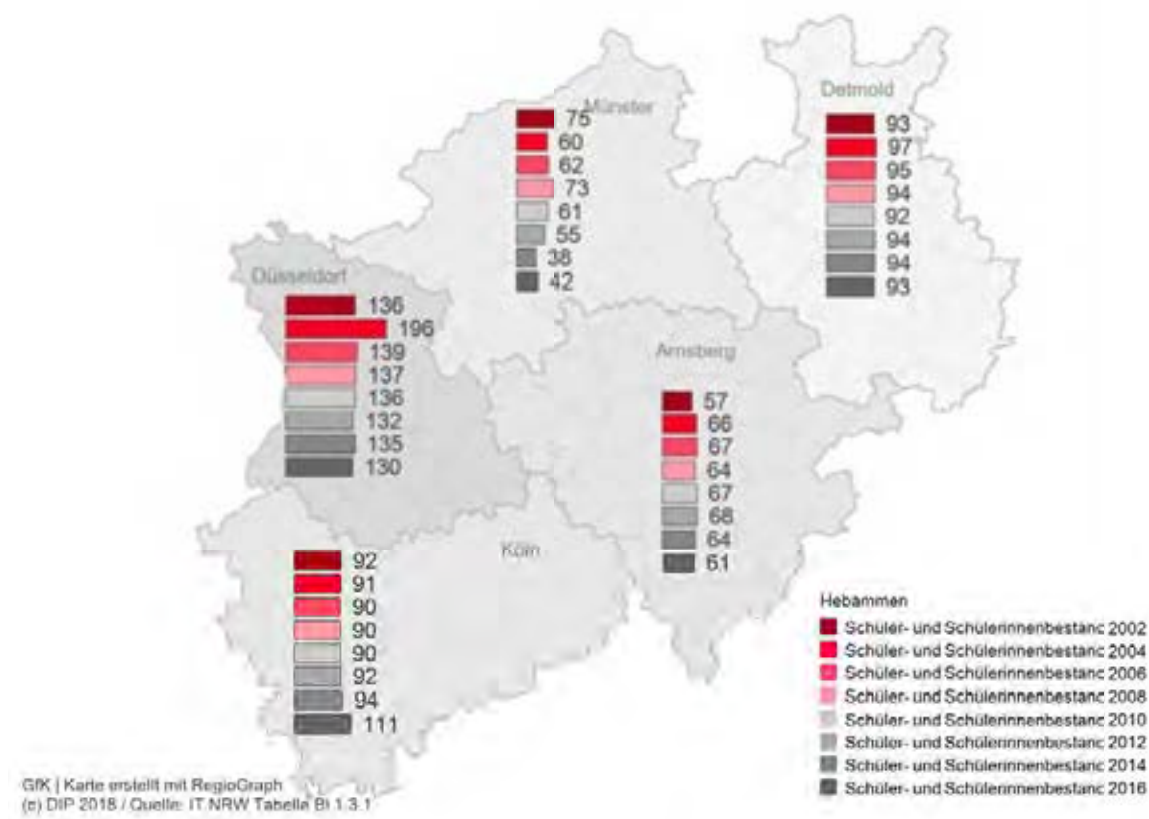


Abb. 22: Schüler- und Schülerinnenbestand Hebammenwesen regionalisiert

3.4.8 Überblick neu belegte Ausbildungsplätze

Für die Diskussion bedeutsam sind nicht nur die Bestandskennzahlen der Schülerinnen und Schüler in den Schulen des Gesundheitswesens, sondern auch die Anzahl der jeweils neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler eines Jahrgangs. Die Kennzahlen der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler werden u.a. benötigt, um Ausbildungsprognosen vorzunehmen und einschätzen zu

können, wie viele Absolventinnen und Absolventen in den Zielberufen in drei Jahren auf dem Arbeitsmarkt potenziell einmünden. Die Ausbildungsprognose folgt auf die Darlegung der Veränderungen der Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler.

Diese werden im Tabellenteil der LbG NRW jeweils in der Tabelle AI 1.2.1 ausgewiesen und basieren auf den Schulstatistiken von IT.NRW.



Abb. 23: Neu belegte Ausbildungsplätze

In der Zeitreihenbetrachtung sieht man vor allem den stark wachsenden Sektor der Altenpflegeausbildung und den leichten Rückgang der Gesundheits- und Kranken- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege seit 2009/2010. Auch die Physiotherapie weist gegenüber den anderen dargestellten Jahren niedrigere Werte auf.

3.5 AUSBILDUNGSPROGNOSEN

Im Tabellenteil zur LbG NRW werden in der Tabelle AI 1.2.1 die jeweils neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler in den Zielberufen in den Schulen des Gesundheitswesens ausgewiesen. Im Tabellenteil A I 1.3.10 sowie AI 1.3.11 werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung der

Schulen des Gesundheitswesens in den Berufen innerhalb eines Jahres (jeweils zwischen dem 15.10. zweier Jahre) aufgeführt. Hier werden auch die Kennzahlen zur Anzahl der Wiederholungsprüfungen sowie die Erfolgsquoten der Prüfungsteilnahme (prozentual) veröffentlicht. Aus den vorliegenden Datenbeständen können Ausbildungskennzahlen ermittelt und prognostiziert werden.

Die Ausbildungsprognosen werden methodisch folgendermaßen berechnet:

Für die unterschiedlichen Berufe gibt es die Ausweisung der neu aufgenommenen Auszubildenden eines Jahres. Ihnen gegenübergestellt wird in der Zeitachse die Anzahl der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen nach der regulären Ausbildungsdauer. Für die Therapieberufe und die Pflegeberufe sind dies drei Jahre, für die Assistenz-/Helferberufe ein Jahr. Der Anzahl der neu besetzten Ausbildungsplätze von 2013 werden die Absolventinnen und Absolventen aus 2016 gegenübergestellt. So wird nicht die Erfolgsquote bei den Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmern ermittelt, sondern die Nettoquote der Absolventinnen und Absolventen basierend auf der Ausbildungsaufnahme insgesamt.

Aus den unterschiedlichen Jahrgängen und den ermittelten Nettoquoten ergibt sich in der Zeitreihe eine durchschnittliche Erfolgsquote der jeweiligen Ausbildung, die auf einer mehr als zehn Jahre umfassenden Beobachtung basiert. Für das Hebammenwesen liegt diese beispielsweise bei durchschnittlich 84 Prozent, für die Gesundheits- und Krankenpflege bei 69,5 Prozent. Das heißt, dass von 1.000 in die Ausbildung gestarteten Personen in der Gesundheits- und Krankenpflege rund 695 qualifiziert sind nach Ablauf der Regelausbildungsdauer von drei Jahren. Da die Quoten zwischen den Jahren variieren, ergeben sich statistische Varianzen, die für das Absolventinnen- und Absolventenpotenzial im Kalkulationsmodell insgesamt unberücksichtigt bleiben.^{15 16}

Kalkulatorisch kann somit empirisch abgesichert abgeschätzt werden, wie viele qualifizierte Personen perspektivisch dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen

¹⁵ Die Anzahl der realen Abgänger ist in der Realität abweichend, weil sich einerseits durch Prüfungswiederholer zusätzliche Absolventinnen und Absolventen ergeben, die Quoten der bis zur Prüfung geführten Schülerinnen und Schüler selbst aber Schwankungen aufweisen. Für die Altenpflege beispielsweise wurde in der LbG NRW 2015 für das Absolventenjahr 2015/2016 ein Potenzial von 4.677 Absolventinnen prognostiziert. Als erfolgreich teilgenommen wurden in der Statistik von IT.NRW für den konkreten Berichtszeitraum 4.530 ausgewiesen. Für 2015/2016 lag demnach eine Potenzialüberschätzung von 147 Personen vor. Das entspricht einer Schätzvarianz von 3,1 Prozent.

¹⁶ Für das Modell der LbG NRW wurde entschieden, keine unterschiedlichen Szenarien und mehrere Kennzahlen oder Kennzahlenkorridore vorzulegen. Da sich auch andere Unschärfen ergeben (z.B. die Frage nach der konkreten Berufseinmündungsquote), dienen die ermittelten Werte als empirisch abgesicherte Orientierungswerte.

könnten, wenn alle qualifizierten Absolventinnen und Absolventen den Beruf aufnehmen würden. Diese Kennzahl beziffert das Potenzial, das dem Bedarf an Personal aus den Betriebsstätten gegenübergestellt werden kann. Nachfolgend werden die auf der Basis der aktualisierten Kennzahlen¹⁷ und Berechnungsgrundlagen ermittelten Prognosedaten für das Absolventinnen- und Absolventenpotenzial in den untersuchten Berufen vorgestellt.

Prognose des Absolventinnen- und Absolventenpotenzials 2018 und 2019	Erwartetes Absolventinnen- Absolventenpotenzial 2017/2018	Erwartetes Absolventinnen- Absolventenpotenzial 2018/2019
Gesundheits- und Krankenpflege	3.791	4.056
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	499	520
Geburtshilfe, Entbindungspflege	123	130
Altenpflege	5.013	5.595
Ergotherapie	363	399
Logopädie	160	169
Physiotherapie	978	886

Tab. 10: Ausbildungsprognosen für Pflege- und Therapieberufe in NRW

Aktuell kann davon ausgegangen werden, dass in den genannten Berufen das Potenzial, das zwischen dem Oktober 2016 und Oktober 2017 die Prüfungen erfolgreich absolviert hat, vollständig auf dem Arbeitsmarkt eingemündet ist. Die Darlegung der Kennzahlen des Arbeitsmarktes in den Berufen lässt diesen Schluss zu, denn es bestehen in keinem der untersuchten Berufe nennenswerte Arbeitsmarktreserven.

In der Betrachtung der weiteren Entwicklungen ist hervorzuheben, dass gegenüber dem Jahr 2016/2017 im Sektor der Gesundheits- und Krankenpflege mit einem deutlichen Rückgang an Absolventinnen und Absolventen zu rechnen ist. Für 2017/2018 werden rund 400 weniger Absolventinnen erwartet als im aktuell vergangenen Zeitraum. Grund dafür ist ein deutlicher Rückgang der neu in die Ausbildung aufgenommenen Schülerinnen und Schüler in 2014/2015 gegenüber 2013/2014. Auch für die Altenpflege wird im folgenden Jahr mit einem Rückgang von ca. 230 Absolventinnen und Absolventen gerechnet. Für beide Berufe aber gilt prognostisch wieder ein Anstieg, da die Anzahl der neu aufgenommenen Schülerinnen und Schüler in 2015/2016 wieder deutlich über denen des Vorjahres lag.

¹⁷ Es ergeben sich z.B. gegenüber der Kalkulation in der LbG NRW 2015 geringe Abweichungen für das Absolventinnen- und Absolventenpotenzial in 2017/2018, da die neu eingepflegten Erfolgsquoten kleine Veränderungen im Durchschnittswert erzeugen.

4. Bedarfsdeckung/Engpassprognose

Im Zentrum der Landesberichterstattungen steht die kalkulatorische Ermittlung der Bedarfsdeckung des Personals bzw. der Engpassprognose für die einzelnen Berufe. Das Kalkulationsjahr ist 2018. Die konkreten Kalkulationen können dabei primär für die Pflegeberufe vorgelegt werden. Sie basieren auf den erfassten Grunddaten in den Einrichtungen. Für die Therapieberufe müssen an dieser Stelle realitätsnahe Schätzungen erfolgen, da eine konkrete Erfassung in allen Einrichtungen im Bundesland nicht vorliegt. Somit entsprechen sie zwar empirisch abgesicherten Einschätzungen, weisen jedoch nicht die Stabilität der Aussage auf, wie sie für die Pflegeberufe erreicht werden können. Für das Hebammenwesen können nur sehr eingeschränkt Ableitungen erfolgen, da eine konkrete Abfrage im Rahmen der LbG NRW nicht erfolgte. Hier kann auf die parallel durchgeführte nordrhein-westfälische Studie Heb.AB verwiesen werden, die u.a. auch den Bedarf konkreter erfassen soll. Mit einer Veröffentlichung der Ergebnisse kann in 2019 gerechnet werden.

Die Grundlage der Berechnung der Engpassprognose in den Pflegeberufen bietet die im einführenden Teil der Berichterstattung benannte Grundformel mit der Betrachtung der unterschiedlichen Dimensionen der Bedarfe sowie die der Kalkulation der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Limitierungen, insbesondere die Berücksichtigung der Beschäftigtendaten in den Einrichtungen (ambulant und teil-/vollstationär) zum Zeitpunkt Ende 2015, sind bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.^{18 19}

Ausgewiesen und berechnet werden die Werte als Vollzeitäquivalente, also auf Basis der Berechnung von Stellen. Berücksichtigt werden muss demnach in der Diskussion, dass, bezogen auf die Anzahl an benötigten Personen, die kalkulierten Werte deutlich über der angegebenen Anzahl liegen werden, da die Einrichtungen sehr hohe Teilzeitquoten bei der Beschäftigung aufweisen.

¹⁸ Angenommen werden kann, dass sich das Beschäftigungspotenzial der Einrichtungen in der Zwischenzeit erhöht hat. Da im Verfahren die Anteile der offenen Stellen auf die Grundgesamtheit übertragen werden, ist vor dem Hintergrund der Beschäftigung von einer konservativen Berechnung auszugehen, die sich anteilig erhöht, wenn die Grundgesamtheit der Beschäftigten erhöht ist. Hier erfolgt jedoch keine Anpassung durch eine Schätzung, sondern die Berücksichtigung der nachvollziehbaren Datengrundlagen der amtlichen Statistiken.

¹⁹ Bezogen auf das Absolventinnen- und Absolventenpotenzial wird dabei davon ausgegangen, dass die qualifizierten Fachpflegenden vollumfänglich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden. In der Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten wurde auf der Basis einer Befragung von Oberkurschülerinnen und -schülern der Altenpflege ermittelt, dass rund 83 Prozent der Absolventinnen und Absolventen die Berufseinmündung anstreben.

4.1 BEDARFSDECKUNG PFLEGEBERUFE

In der nachfolgenden Tabelle abgetragen werden die unterschiedlichen Dimensionen der Bedarfe und das Potenzial, das sich aus der Anzahl der voraussichtlich auf den Arbeitsmarkt kommenden Absolventinnen und Absolventen der Bildungseinrichtungen ergeben wird.

Bedarfe werden nachfolgend mit einem negativen Vorzeichen versehen, da sie die fehlende Personenzahl markieren. Ihnen gegenübergestellt werden die Potenziale, die zur Verfügung stehen, um die berechneten Bedarfe zu decken.

Die Arbeitsmarktreserve wird kalkulatorisch nur berücksichtigt, wenn sie über dem Niveau einer natürlichen Arbeitslosigkeit liegt. Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege konnte dargelegt werden, dass die Arbeitslosenquote landesweit aktuell 0,6 % beträgt. Die insgesamt 1.051 arbeitslos gemeldeten Personen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege werden daher nicht als Potenzial mit einbezogen²⁰. Gleiches gilt für die Altenpflege. Hier wurden landesweit 937 Personen im März 2018 als arbeitslos geführt. Die landesweite Arbeitslosenquote beträgt 1,2 Prozent und wird als Vollbeschäftigung bewertet.

In der Gesamtbetrachtung liegt für die pflegerischen Berufe eine kalkulatorisch fehlende Abdeckung von rund 10.000 Arbeitsplätzen gemessen an Vollzeitbeschäftigten vor. Damit hat sich die fehlende Abdeckung der Arbeitsplätze gegenüber der LbG NRW 2015 um den Faktor 4,37 erhöht. Angesichts der Anstrengungen der Einrichtungen, der Bildungsstätten sowie der Politik, im Bereich der Altenpflegeausbildung Zuwächse der Ausbildungszahlen zu erreichen, sind die deutlich höher formulierten Bedarfe an ausgebildete Pflegefachkräfte zunächst überraschend.

Der zugrunde liegende Bedarf aber folgt nicht einer linearen Entwicklung. Beeinflussende Faktoren sind neben den dynamischen Entwicklungen des Marktes selbst auch Fördermaßnahmen mit verbesserten Finanzierungsbedingungen für neues Personal (z.B. Pflegestellenförderprogramm). Darüber hinaus sind mit den Pflegestärkungsgesetzen für die ambulante und teil-/vollstationäre Pflege neue Rahmenbedingungen geschaffen worden und letztlich ein erheblicher Anstieg an Bedarfen zu beobachten. Die Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade und die damit verbundene Förderung zusätzlicher Stellen für teil-/vollstationäre Einrichtungen befördern einen zusätzlichen Bedarf.

²⁰ Berücksichtigt werden muss an dieser Stelle auch, dass nicht alle arbeitslos gemeldeten Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Inkludiert sind auch Personen, die den Zielberuf nicht mehr aufnehmen wollen oder die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt oder nicht vermittelbar sind.

BEDARFSDECKUNG/ENGPASSPROGNOSE

Die Problematik des flächendeckenden Fachkräftemangels kann darüber hinaus auch dazu führen, dass Einrichtungen, die bislang eher restriktive Personaleinstellungen vorgenommen haben, auf dem Markt nach Möglichkeiten suchen, um sich zukunftsicher aufzustellen und ggf. mehr Personal rekrutieren. Ebenso können sich Änderungen hinsichtlich der Beantragungspraxis der Bevölkerung ergeben, wenn z.B. die psychologische Schwelle, leistungsrechtlich mögliche Finanzierungen zu beantragen und abzurufen, sinkt. Die Hypothese, die an dieser Stelle jedoch nicht näher verifiziert werden kann, ist, dass mit einer steigenden Durchdringung von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung und einer damit verbundenen Zunahme der Berührungspunkte auch die Akzeptanz in den Familien steigt, Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu stellen. Daher sind neben harten Fakten wahrscheinlich auch psychologische Determinanten als Erklärung zu identifizieren, die zu einem Anstieg der Nutzungsgrade und der Bedarfe nach professioneller Pflege führen können.

Als ein wesentlicher erklärender Faktor kann darüber hinaus ausgemacht werden, dass trotz der bekannten und beschriebenen Fachkräftesituation insbesondere im Bereich der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege keine Entwicklungen zu verzeichnen sind. Die Schülerinnen- und Schülerzahlen sind nicht gestiegen, sie nehmen regional betrachtet und insgesamt gegenüber dem Schülerinnen- und Schülerbestand von 2014 sogar ab. Diese Entwicklung befördert maßgeblich den Druck seitens der Einrichtungen. Perspektivisch ergibt sich für das Abschlussjahr 2018/2019 aus den Bildungseinrichtungen wieder ein höheres Absolventinnen- und Absolventenpotenzial in den dreijährigen Pflegeberufen. In der Altenpflege werden rund 580 mehr Absolventinnen und Absolventen die Ausbildung abschließen, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind es jedoch nur rund 20 und in der Gesundheits- und Krankenpflege 265.

Prognose der Bedarfsdeckung für 2018	Gesundheits- und Krankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	Altenpflege	Summe
Sofortbedarf der Einrichtungen	-4.624	-774	-3.829	-9.227
Neubedarf durch Einrichtungen	-834	-35	-1.907	-2.776
Ersatzbedarf der Einrichtungen	-1.455	-160	-829	-2.444
Veränderungsbedarf	-2.037	-195	-2.716	-4.948
Arbeitsmarktreserve (kalkuliert)	0	0	0	0
Pflegepotenzial/ Absolventen	3.791	499	5.013	9.303
Differenz Angebot/Nachfrage	-5.159	-665	-4.268	-10.092

Tab. 11: Angebot-Nachfrage-Kalkulation Pflegeberufe 2018

Die in der Tabelle 11 dargestellten Bedarfszahlen sind nicht nach Sektoren getrennt, sondern stellen die Gesamtbedarfe in allen Sektoren nach Berufen getrennt dar. Die Bedarfszahlen der Sektoren sind in diesem Fall summiert. In der Folge sollen die einzelnen Bedarfsdimensionen benannt und in der Entwicklung beschrieben werden, um die kalkulierte Unterdeckung zu diskutieren.

Eine erste kalkulatorische Kenngröße ist der Sofortbedarf²¹ in den Einrichtungen. Grundlage sind die Berechnungen zu den derzeit offenen und direkt zu besetzenden Stellen. Aufgeschlüsselt werden diese nach den unterschiedlichen Berufen. Der größte Bedarf wird hier von den Einrichtungen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege geäußert. Mit insgesamt 4.624 offenen Stellen überwiegt dieser Beruf gegenüber der Altenpflege (3.829) und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (774). Gegenüber den Kennzahlen aus der LbG NRW 2015 ist hier eine deutliche Steigerung zu erkennen (in der Summe von 5.300 auf 9.227).

Ebenso stieg auch der Neubedarf²² an, da in der Zeit zwischen 2013 und 2015 die Beschäftigtenzahl in den Einrichtungen sowie die Anzahl der Einrichtungen stärker stieg als zwischen 2013 und 2011. Im Jahresmittel wurden zwischen 2013 und 2015 108 neue ambulante Pflegedienste gegründet und 150 teil-/vollstationäre in Betrieb genommen. Kalkuliert man den durchschnittlichen Personalbestand in den Pflegeberufen pro Einrichtung, so ergeben sich rund 2.776 zusätzliche Personalstellen, die abgedeckt werden müssen. Das entspricht dem Bedarf von rund 21 Prozent des neu in die Ausbildung integrierten Pflegepersonals.

Der Ersatzbedarf in den Einrichtungen, bedingt durch Renteneintritte, weist gegenüber der vergangenen Berichterstattung ebenso eine Veränderung auf. Dies kann u.a. mit dem zugrunde liegenden Berechnungsverfahren in Verbindung gebracht werden. Für 2013 wurden Daten verwendet, die auf der Basis der Aussagen der Einrichtungen ermittelt wurden. Die aktuelle Berechnung basiert auf den in die Pflegestatistik aufgenommenen Daten der Altersgruppen der Beschäftigten in den Altenpflegeeinrichtungen und den ambulanten Diensten. Daraus ergeben sich abweichende Kennzahlen. Für die ambulanten Dienste sind kalkulatorisch 5,6 Prozent der Mitarbeitenden in der Altersgruppe über 60 Jahre; in der teil-/vollstationären Pflege sind es 7,8 Prozent und im Krankenhaussektor 6,8 Prozent.

²¹ Unter „Sofortbedarf“ sind ausgeschriebene, offene Stellen zu verstehen die aktuell in den Einrichtungen zu besetzen sind.

²² Unter „Neubedarf“ sind jene Stellen zu verstehen, die aufgrund der Zunahme an Einrichtungen zu besetzen sind. Grundlage der Berechnung sind durchschnittliche Personalstellen der Einrichtungen. Diese werden bezogen auf die Anzahl der neuen Einrichtungen übertragen und summiert.

Damit ergibt sich für die kommenden fünf Jahre ein Ersatzbedarf an gerundet 12.200 Stellen in den Sektoren bei den dreijährig ausgebildeten Pflegekräften. Geht man von einem Renteneintritt mit 65 Jahren aus, so müssen pro Jahr 2.444 Stellen ersetzt werden. Geht man von der Anzahl der neu belegten Ausbildungsplätze von 2014/2015 aus (Summe: 12.945), so entspricht der Ersatzbedarf einem Anteil von rund 19 Prozent der neu belegten Ausbildungsplätze. Für die Deckung der anderen Bedarfsdimensionen stehen demnach rund 80 Prozent der Absolventinnen und Absolventen aus den Bildungseinrichtungen zur Verfügung. Darüber hinaus legen die im Rahmen der Studie ermittelten Daten zum Renteneintritt in den Pflegeberufen nahe, dass dieser überwiegend nicht mit 65 Jahren, sondern mit 63 Jahren (Modus) erfolgt. Dies wurde kalkulatorisch jedoch nicht berücksichtigt²³, sodass sich bezogen auf den Ersatzbedarf in den Einrichtungen aktuell und zukünftig auch größere Bedarfe ergeben können. Vor diesem Hintergrund sind die Kalkulationen als minimaler Ersatzbedarf zu interpretieren.

Bezogen auf den Veränderungsbedarf, also die formulierte Zielgröße der Beschäftigung für 2018, sind ebenfalls deutliche Steigerungen gegenüber den Kennzahlen aus 2015 zu beobachten. In allen Sektoren sowie in allen Regierungsbezirken sind Steigerungen gegenüber 2015 zu beobachten. Im Mittel wird der zusätzliche Personalbedarf an examinierten Pflegekräften in den teil-/vollstationären Einrichtungen mit 4 Prozent angegeben, in der ambulanten Pflege mit 8 Prozent und im Krankenhaus mit einem Prozent. Der ambulante Sektor weist hier die deutlich größten zusätzlichen Bedarfe aus. Für den Anstieg insgesamt können unterschiedliche Faktoren verantwortlich sein. So sind mit dem Pflegestellenförderprogramm in den Krankenhäusern neue Möglichkeiten der Finanzierung von Pflegestellen geschaffen worden. Ebenso werden in zahlreichen Krankenhäusern die Weichen gestellt für eine Mindestpersonalverordnung, was in der Summe zu höheren Bedarfen führt, als sie in der Vergangenheit aus den Krankenhäusern rückgemeldet wurden. In den teil-/vollstationären Einrichtungen sind zusätzliche Möglichkeiten der Beschäftigung im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) geschaffen worden. Dies kann eine Erklärung dafür sein, dass auch der Personalbedarf für das kommende Jahr höher eingeschätzt wird, als es in der Vergangenheit der Fall war. Für den ambulanten Bereich kann insbesondere die steigende Nachfrage als Ursache für den hohen Personalbedarf ausgemacht werden.

²³ Die Kalkulation wurde nicht angepasst, um die Stabilität der Berechnungen zu erhalten und eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen gegenüber den vorherigen Berichterstattungen zu gewährleisten.

BEDARFSDECKUNG/ENGPASSPROGNOSE

Die regionale Differenzierung der derzeit offenen und zu besetzenden Stellen weist hohe Vakanzen insbesondere in Köln, Düsseldorf und Arnsberg auf.

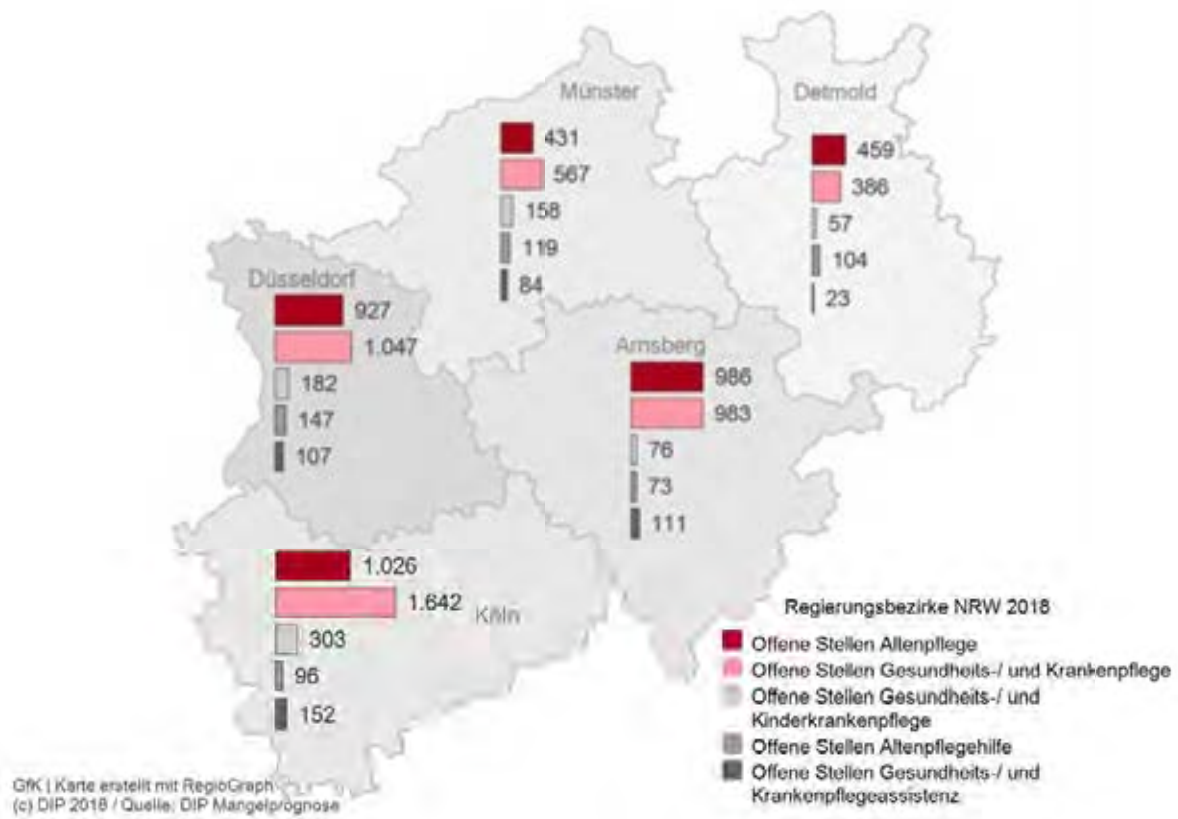


Abb. 24: Offene Stellen in Pflegeberufen nach Regierungsbezirken

Die Bestände offener Stellen der Gesundheits- und Krankenpflege dominieren auch in den Regionen überwiegend (Ausnahme ist hier Detmold mit einem höheren Bestand an Altenpflegenden). Darüber hinaus wird in der Darstellung deutlich, dass es sich bei dem Mangel um einen tatsächlichen Fachkräftemangel an höhergradig qualifizierten Personen (dreijährig) handelt. Die Anzahl der offenen Stellen für Helfer- und Assistenzberufe liegt deutlich unterhalb der offenen Stellen für fachqualifizierte Personen.

Bezogen auf den Veränderungsbedarf ergeben sich in den Regionen perspektivisch die nachfolgenden zusätzlichen Bedarfe.

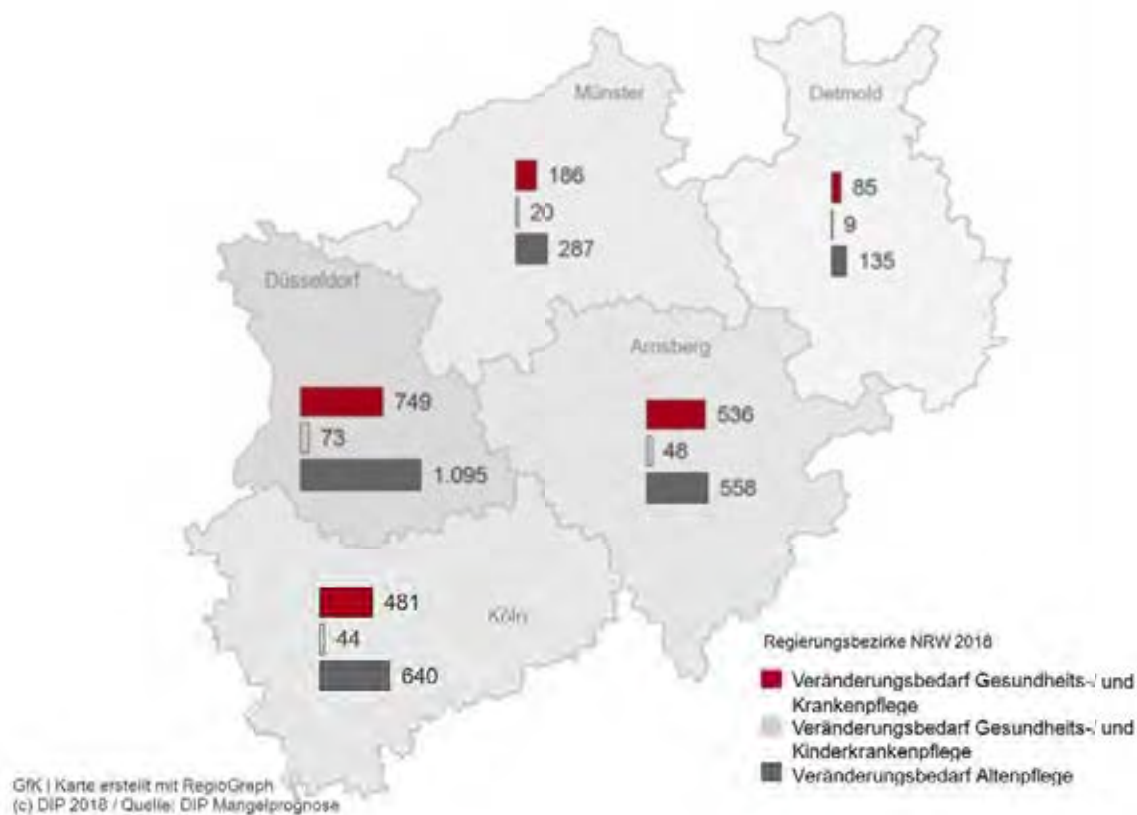


Abb. 25: Veränderungsbedarfe Pflegeberufe nach Regierungsbezirken

Hier dominiert der Regierungsbezirk Düsseldorf deutlich mit einem höheren Veränderungsbedarf als die anderen Regierungsbezirke in Nordrhein-Westfalen. Die Veränderungsbedarfe in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bleiben dabei überschaubar, in der Altenpflege sind diese in allen Regionen am höchsten. Dies kann auf die Entwicklungen in den ambulanten Diensten und den teil-/vollstationären Einrichtungen zurückgeführt werden.

4.2 BEDARFSDECKUNG HAUPTAMTLICH LEHRENDE

Die Sicherung der Ausbildung bedarf einer gesicherten Besetzung in den Schulen mit qualifiziertem Lehrpersonal. Dies betrifft alle Schulen des Gesundheitswesens und die unterschiedlichen Berufe. Angesichts der steigenden Bedarfe an Ausbildungszahlen in den Pflege- und Therapieberufen unterliegen auch die Ausbildungsstätten einem Handlungsdruck bei der Suche nach geeigneten Lehrenden.

Eine Kalkulation der Bedarfsdeckung der Lehrenden ist dabei durch unterschiedliche Faktoren substanziell eingeschränkt und kann lediglich für den Pflegebereich kalkuliert werden. Nachfolgend sollen zentrale Problemstellungen für eine Kalkulation erörtert werden, die sich limitierend auswirken.

In den Einrichtungen können Aussagen über die Anzahl der beschäftigten Personen (in VZK) sowie über aktuell offene und zu besetzende Stellen (Sofortbedarf) getroffen werden. Schwierig wird es dabei, eine Aufschlüsselung der Anteile der Beschäftigten auf unterschiedliche Qualifikationen und Berufe zu verteilen, da z.B. in größeren Bildungseinrichtungen Synergien erzielt werden können durch eine Zusammenlegung von Kursen und Kursangeboten. Daher unterliegt die Ausweisung einzelner Stellen auf einzelne Ausbildungsgänge tendenziell einer Unsicherheit. So werden Lehrende mit einer Qualifikation in der Gesundheits- und Krankenpflege auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterrichten und ebenso im Bereich der Altenpflege. Notwendige spezifische Fachinhalte werden darüber hinaus auch ergänzend durch nebenamtlich tätiges Lehrpersonal bedient.

Eine weitere Einschränkung besteht in der Binnenbetrachtung der Lehrenden und den benötigten Qualifikationen. Für die Pflegeberufe sind Regelungen über das Qualifikationsniveau (Masterabschluss) existent, für die Therapieberufe und das Hebammenwesen sind sie es nicht, sodass sich bei der Gegenüberstellung der offenen Stellen (Sofortbedarf) zu den Absolventinnen und Absolventen aus gesundheits- und pflegebezogenen Studiengängen (Potenzial) die Schwierigkeit ergibt, dass die Anzahl der zukünftigen lehrenden Personen sich nicht alleine aus der Anzahl der Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge ergibt. Dies ist ausschließlich für die Pflegeberufe der Fall. In den Therapieberufen können auch erfahrene Berufspraktiker lehren; ein Masterabschluss eines pädagogischen Studiengangs ist aktuell nicht zwingend erforderlich. Perspektivisch ist jedoch damit zu rechnen, dass entsprechende Regelungen für die Therapieberufe und das Hebammenwesen im Rahmen der Änderungen der Berufegesetze erfolgen werden. Damit ergibt sich zukünftig in jedem Falle auch in diesen Berufen ein erhöhter Bedarf und hochschulische Angebote der Qualifizierung müssen erweitert oder neu geschaffen werden. Eine konkrete Berechnung kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nicht vorgenommen werden.

Bezogen auf die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen aus den pflege- und medizinpädagogischen Studiengängen zur Potenzialbeschreibung müssen ebenso Schätzungen vorgenommen werden, da sie nicht explizit in einer Landestatistik ausgewiesen wurden. Die Schätzungen von rund 100 Absolventinnen und Absolventen ergeben sich auf der Basis einer Internetrecherche der Hochschulen mit entsprechenden pflegepädagogischen Angeboten und den Angaben zur Anzahl der Studienplätze. Es gibt darüber hinaus auch die Möglichkeit, über

andere gesundheitswissenschaftliche, pflegewissenschaftliche oder erziehungswissenschaftliche Studiengänge Eingang in den Lehrbereich zu erzielen. Hier fehlt eine verlässliche Datengrundlage, um die gesamten Potenziale kalkulatorisch erfassen zu können.

Auf der anderen Seite ist in den Hochschulen festzustellen, dass der überwiegende Anteil der pflegepädagogisch Studierenden in den Masterstudiengängen bereits über eine Anstellung im Lehrbetrieb verfügt. Das heißt, dass sie nach der Qualifizierung nicht als zusätzliche Fachlehrer zur Verfügung stehen, sondern, dass sie die bestehenden Anstellungen ggf. im Volumen verändern und auch andere Aufgaben mit übernehmen (z.B. Kursleitung). Somit ist das Potenzial in diesen Bereichen, das erstmalig nach dem Masterabschluss in die Beruflichkeit als Lehrender einmündet, deutlich geringer als die Anzahl der Studienplätze in den Hochschulen. Für beide Facetten dieser Kalkulation, sowohl der zusätzlichen Potenziale durch andere Studiengänge als auch der Einschränkung der Potenziale durch bereits aufgenommene pädagogische Lehrtätigkeiten, bestehen keine verlässlichen Datengrundlagen.

Es besteht für die Gesamtkalkulation darüber hinaus die zentrale Problematik, dass in den Schulen ggf. die aktuell besetzten Stellen nicht dem eigentlichen pädagogischen Bedarf an Lehrenden entsprechen, sondern diese lediglich die Anzahl der refinanzierten Personen widerspiegeln. Diese Diskussion wurde insbesondere von den Altenpflegefachseminaren angeführt²⁴. Darüber hinaus sind Schulen oftmals keine wirtschaftlich unabhängigen Einheiten und unterstehen z.B. dem Geschäftsbereich eines Krankenhauses. Kostenträgerverhandlungen werden nicht mit den Bildungseinrichtungen selbst geführt. Demnach ist in vielen Einrichtungen die Gesamtkalkulation für den Bereich der Bildungsstätte nicht vollumfänglich transparent bekannt. Vorgegebene Budgets werden ggf. eigenverantwortlich verwaltet, aber nicht unabhängig ermittelt, sodass eine fehlende Ausweisung einer offenen Stelle nicht gleichzusetzen ist mit einer ausreichenden Personalstruktur, um die pädagogischen Prozesse abzusichern. Aus diesem Grunde kann seitens der Leitungen der Bildungseinrichtungen oftmals nur unzureichend valide eingeschätzt werden, wie sich strategische Entwicklungslinien der Träger auf das eigene Stellenpotenzial auswirken und welche Veränderungsbedarfe sich kalkulatorisch daraus ergeben können. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Befragung der Bildungseinrichtungen auf die Ausweisung eines

²⁴ Im Zeitraum der Erhebungsphase bestehen oftmals direkte Kontakte zu Einrichtungen, die Rückfragen zum Ausfüllen der Befragungsinstrumente haben oder getätigte Angaben erläutern und kommentieren.

selbst bezifferten Veränderungsbedarfs verzichtet, da dieser nicht valide quantifiziert werden kann.

Aktuell kann davon ausgegangen werden, dass sich im Zuge der Umsetzung des PflBRefG erhebliche zusätzliche Bedarfe ergeben werden, die aus einer verbindlichen Festsetzung der Relation von maximal 20 Schülerinnen und Schülern zu einer Lehrendenvollzeitstelle resultieren (§9 PflBRefG). Bislang besteht nach den landesrechtlichen Vorgaben für die Altenpflegeausbildung (Landesaltenpflegegesetz §3) keine feste Quote bezüglich der Anzahl von Schülerinnen und Schülern auf eine Lehrendenvollzeitstelle, sondern eine Vorgabe, welche Qualifikation benötigt wird, wenn eine Lehrperson in einem Umfang von 50 Prozent und mehr an einem Fachseminar für Altenpflege arbeitet. In der Gesundheits- und Krankenpflege besteht hingegen seit der Ratifizierung der Verordnung zur Durchführung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2006 nach §2 eine Verhältnisquote von einer Lehrendenvollzeitstelle mit den in §1 genannten Voraussetzungen zu maximal 25 Schülerinnen und Schülern.

Durch die im PflBRefG formulierten Quoten für alle Ausbildungseinrichtungen werden erhebliche zusätzliche Bedarfe entstehen, da insbesondere in den Altenpflegefachseminaren die bisherige Kostenstruktur eine der Krankenpflege vergleichbaren Ausstattung nicht ermöglichte. Die Anpassungen durch das PflBRefG wurden im Rahmen der Prognose als Veränderungsbedarfe zugrunde gelegt. Sie ersetzen die Einschätzungen zum Veränderungsbedarf durch die Leitungen der Bildungseinrichtungen. Die Gesamtzahl der benötigten Lehrenden wurde dabei unter der Annahme berechnet, dass die Ausbildungsplätze in den Pflegeberufen stabil auf dem aktuellen Niveau bleiben. Ein zusätzlicher Bedarf, der sich durch eine Ausweitung der Ausbildungsplätze ergeben würde und mit Nachdruck eingefordert wird, kann aktuell noch nicht kalkulatorisch eingeschätzt werden und muss in nachfolgenden Berichterstattungen neu ermittelt werden. Ferner wurde für die Berechnung die gesetzliche Übergangsfrist berücksichtigt und es wurde von einem linearen Aufbau an Lehrendenstellen bis zum Ende der Fristsetzung ausgegangen. Für die Berechnung heißt das: Um die Anforderungen im §9 PflBRefG bis 2029 vollumfänglich umzusetzen, würden, ausgehend von den aktuellen Schülerinnen- und Schülerzahlen, 692 zusätzliche Lehrende benötigt. Geht man von einer linearen zusätzlichen Qualifizierung aus, so müssen pro Jahr 69,2 VZK Lehrende zusätzlich zu den bestehenden Kapazitäten hochschulisch qualifiziert werden. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass auch im Sektor der Lehrenden Teilzeitstellen vorhanden sind und der Bedarf an qualifizierten Personen entsprechend höher ist als an kalkulierten Vollzeitstellen.

Werden die Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Krankenpflege in den kommenden Jahren tatsächlich ausgeweitet (wie von den Kostenträgern, der Krankenhausgesellschaft und dem Ministerium gefordert), so entsteht ein zusätzlicher Bedarf. Richten sich Schulen frühzeitig auf die Umsetzung des PflB-RefG ein, so besteht kein linearer Zuwachs, sondern ein Nachfragedruck wird in den ersten Jahren deutlich höher sein als in den letzten Jahren bis zur vollständigen Umsetzung. Hier ist mit Effekten der Kumulierung zu rechnen. Nicht einbezogen in die Betrachtung sind ferner Stellenanteile, die ggf. aktuell für eine curriculare und schulinterne Entwicklungsarbeit eingesetzt werden müssen, um das PflBRefG erfolgreich umzusetzen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Limitierungen der konkreten Kalkulationsmöglichkeiten und der vorgenommenen notwendigen Setzungen sind die nachfolgend ausgewiesenen Kennzahlen als eine bestmögliche Annäherung an die Realität zu verstehen und unterliegen größeren Unsicherheiten als die Kalkulationen der offenen Stellen im Pflegebereich.²⁵ Sie sind als eine untere und damit konservative Schätzung zu verstehen.

Insgesamt lagen zur Analyse Daten aus 223 Bildungseinrichtungen vor. Über alle Bildungsbereiche hinweg (exklusive der Fachweiterbildungen) wurden 1.254,2 Vollzeitstellen für Lehrende in der Stichprobe erfasst. 80,9 Stellen in der Stichprobe sind derzeit offen gemeldet, wobei 20,35 auf die Gesundheits- und Krankenpflege, 25,2 auf die Altenpflege und 11 offene Stellen auf Rettungsassistenz und Notfallassistenz entfielen. Im Hebammenwesen wurde keine freie Lehrendenstelle verzeichnet, in der Logopädie lediglich eine 0,5-Stelle, in der Ergotherapie 1,5 offene Stellen und in der Physiotherapie 4,5. Geringe offene Stellen zeigten sich auch bei der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentz (2,0), der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik (1,5) und der medizinisch-technischen Radiologieassistenz (2,5). Für die chirurgisch-technische Assistenz wurde in der Stichprobe eine 0,5-Stelle ausgewiesen, die operationstechnische Assistenz 1,5 Stellen und die anästhesietechnische Assistenz eine 1,0 Stelle. Die Orthoptik zeigt eine 0,5-Stelle, die Podologie zwei offene Stellen und die Diätassistenz 1,25 offene Stellen in der Stichprobe.

²⁵ Für die nachfolgende Kalkulation wurde der folgende Rechenweg durchgeführt: Die offenen Stellen in der Stichprobe wurden anteilig zu den Stellen der Lehrenden in Beziehung gesetzt. In einem nächsten Schritt wurden die Anteile der Stichprobe an der Grundgesamtheit der Schulen ermittelt (z.B. 71 Prozent aller Schulen mit Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in der Stichprobe und 42,3 Prozent der Altenpflegefachseminare). Die offenen Stellen wurden auf die Grundgesamtheit hochgerechnet und es wurden Lehrenden-Schüler-Relationen für die Pflegeausbildungen ermittelt, um den zu erwartenden Veränderungsbedarf in den einzelnen Berufen bei einer Relation von 1:20 einschätzen zu können. Der Ersatzbedarf ergibt sich aus der Berechnung der Lehrenden in den jeweiligen Altersklassen, die im Fragebogen angegeben wurden.

BEDARFSDECKUNG/ENGPASSPROGNOSE

Der Bereich der Fachweiterbildungen weist bei 48,72 Vollzeitstellen in der Stichprobe insgesamt 10,68 offene Stellen auf. Hier kann ein größerer Bedarf ausgemacht werden.

In der Gesamtheit kann über die ausgewiesenen offenen Stellen in der Stichprobe (auch bei einer Projektion auf die Grundgesamtheit aller Bildungseinrichtungen in NRW) aktuell ein deutlicher Engpass, jedoch kein gravierender Mangel in den Bildungseinrichtungen festgestellt werden, der sich direkt auf eine Reduzierung der pädagogischen Angebote auswirken könnte. Dies gilt jedoch mit der oben benannten Einschränkung, dass aktuell nicht von einem Aufbau der Kapazitäten ausgegangen wird (der mit einem Veränderungsbedarf einhergeht) und dass seitens der Einrichtungen aller Voraussicht nach vor dem Hintergrund der aktuell bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten geantwortet wurde.

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse für die Mangelprognose im Bildungsbereich der Pflegeberufe wurden die Einrichtungen ausgewählt, die angeben, einen der drei pflegerischen Berufe zu qualifizieren. Für diese Berufe kann eine konkrete Mangelprognose vorgenommen werden, da die Ersatzbedarfe und die Potenziale gleichermaßen quantifiziert werden können.

Für die Prognose der zeitnahen Bedarfsdeckung im Jahr 2018 ergeben sich die folgenden Werte, die auf der Basis der Werte in der Stichprobe auf die Grundgesamtheit der Einrichtungen in NRW hochgerechnet wurden und als eine untere Grenze der Unterdeckung interpretiert wurden:

Prognose der Bedarfsdeckung für 2018	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	Altenpflege	Summe
Sofortbedarf der Einrichtungen	-25,6	-36,6	-62,2
Ersatzbedarf der Einrichtungen	-33	-9	-42
Veränderungsbedarf gemäß §9 PflB-RefG für ein Jahr (bei linearem Aufbau)			-69,2
Arbeitsmarktreserve (kalkuliert)	0	0	0
Absolventinnen/ Absolventen mit Masterabschluss			100
Differenz Angebot/Nachfrage			73,4-

Tab. 12: Angebot-Nachfrage-Kalkulation Lehrende an Pflegeschulen 2018

Für das Jahr 2018 heißt dies, dass in den Bildungseinrichtungen mit pflegerischer Qualifizierung mit offen bleibenden Stellen von hauptamtlich Lehrenden gerechnet werden muss. Eine direkte Deckung der Bedarfe kann nicht angenommen werden. Dafür reichen die Potenziale aus den Hochschulen aktuell nicht aus. Selbst unter der (optimistischen Annahme), dass es sich bei den qualifizierten

Abgängerinnen und Abgänger aus den Studiengängen um erstmalig einmündende Lehrende handelt, kann der Bedarf nicht gedeckt werden und wirkt sich auf die notwendigen Anpassungen und Vorbereitungen auf das PflBRefG aus.

Eine Anpassung in Richtung linearem Aufbau des Lehrpersonals, der als erster Schritt in Richtung Bedarfsdeckung zur Erfüllung der Lehrer-Schüler-Relation nach §9 PflBRefG erfolgen müsste, kann aktuell in den Bildungseinrichtungen voraussichtlich nicht vorgenommen werden. Ebenso scheint fraglich, ob ein Aufbau an Schülerinnen und Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege erzielt werden kann, wenn die bestehenden Ressourcen für den Status Quo weitestgehend hinreichend erscheinen, ein Ausbau aber kaum möglich erscheint, ohne, dass hier zusätzliches pädagogisches Personal in den Bildungseinrichtungen angestellt werden kann. Dies wird den Nachfragedruck auf die nachkommenden Jahre erhöhen, denn die beschriebenen Effekte der Kumulierung des Nachfragedrucks werden zu einem steigenden Engpass in den kommenden fünf Jahren führen.

Angesichts der prognostisch steigenden Bedarfe und der notwendigen Anpassung durch neue Vorgaben müssen in der logischen Konsequenz die bestehenden Hochschulplätze mit Masterqualifizierung in den pflegepädagogischen Studiengängen ausgebaut werden, um den Ausbildungsbereich zukunftssicher vorzubereiten. Dies scheint angesichts der bestehenden Hochschulstandorte in Nordrhein-Westfalen auch realisierbar, sofern die notwendigen Ressourcen für einen Ausbau der Studienplätze zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Angesichts der langen Qualifizierungswege (primäre berufliche Qualifizierung, Bachelorabschluss und Masterstudiengang) muss mit dem Auf- bzw. Ausbau zeitnah gestartet werden.

Kalkulatorisch empfiehlt sich hier insgesamt eine Verdopplung der bestehenden Angebote in den Hochschulen. Auch hier ist damit zu rechnen, dass der notwendige Aufbau an Lehrpersonal in den Hochschulen Zeit benötigt und Berufungsverfahren sowie Verhandlungen über die Refinanzierung von zusätzlichen Studienplätzen nicht zeitnah in einem Jahr zu realisieren sind. Zukunftsorientiert schließt eine Ausweitung auch die Möglichkeit ein, sich ergänzend der Qualifizierung von Lehrenden in den Therapieberufen und im Hebammenwesen zu öffnen und perspektivisch erwartbare Bedarfe an hochschulisch qualifizierten Lehrenden in diesen Sektoren mit abdecken zu können. Auf diese absehbaren Entwicklungen kann und sollte aktuell vorbereitend reagiert werden.

4.3 BEDARFSDECKUNG THERAPIE- UND GESUNDHEITSFACHBERUFE

In der LbG NRW werden neben den Pflegeberufen und Therapieberufen auch weitere Gesundheitsfachberufe mit in den Blickpunkt genommen. Für diese Berufe ergeben sich ebenso wie für die Therapieberufe und das Hebammenwesen durch eine Abfrage in den Feldern der ambulanten Dienste, der teil-/vollstationären Einrichtungen und der Krankenhäuser nur unzureichend stabile Daten einer abgesicherten Bedarfskalkulation. Für die Therapieberufe werden Aspekte der Bedarfsanpassung in den Praxen und bei Unternehmen gesondert im jeweiligen Kapitel der Auswertung der empirischen Befragung thematisiert. Für die Gesundheitsfachberufe insgesamt erfolgt an dieser Stelle eine Einschätzung zu den Bedarfsentwicklungen vor dem Hintergrund vorliegender Kennzahlen.

Eine Einschätzung zu den Bedarfen und der konkreten und zukünftigen Bedarfsdeckung, die einen Handlungsdruck begründen, kann erfolgen, wenn vorliegende Grunddaten systematisch miteinander betrachtet werden.

Dazu zählt einerseits die Anzahl der Arbeitslosen als Betrachtung der Arbeitsmarktreserve²⁶. Die Anzahl der offenen Stellen²⁷ erlaubt eine Einschätzung bezogen auf den Nachfragedruck im Beschäftigungsfeld. Berücksichtigt werden muss, dass nicht alle Einrichtungen ihre offenen Stellen bei der Bundesagentur melden, sodass auch für die Therapie- und Gesundheitsfachberufe davon ausgegangen werden muss, dass die Anzahl der offenen Stellen in den Sektoren und Beschäftigungsbereichen oberhalb von denen liegen wird, die nachgewiesen sind und kalkulatorisch in die Analyse eingeschlossen werden können. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten²⁸ weist aus, ob es sich um einen Beruf mit einem verhältnismäßig hohen oder geringen Beschäftigungsvolumen handelt und der Schüler- und Schülerinnenbestand im ersten Ausbildungsjahr²⁹ ³⁰ gibt Auskunft über die aktuellen Bestände und zukünftigen Potenziale³¹.

²⁶ Hierzu werden die Daten der Sonderauswertung des Statistik-Service West der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Der verwendete Berichtszeitraum entspricht den Kennzahlen vom März 2018.

²⁷ Hierzu werden die Daten der Sonderauswertung des Statistik-Service West der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Der verwendete Berichtszeitraum entspricht den Kennzahlen vom März 2018.

²⁸ Hierzu werden die Daten der Sonderauswertung des Statistik-Service West der Bundesagentur für Arbeit verwendet. Der verwendete Berichtszeitraum entspricht den Kennzahlen vom September 2017.

²⁹ Die Grundlage ist die Tabelle: A I 1.3.4 Allgemeine Schulbildung der Schülerinnen und Schüler im 1. Ausbildungsjahr an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 nach Schultypen.

³⁰ Kennzahlen liegen auch zu den neu aufgenommenen Schülerinnen und Schülern in den Schulen vor (Tabelle AI 1.2.1). Diese sind jedoch über einen Berichtszeitraum von einem Jahr (Oktober 2015 bis Oktober 2016) erfasst. Die Kennzahlen liegen oberhalb von den für den Oktober 2016 erfassten Schülerinnen und Schülern. Für die Berechnung werden die Schülerbestände zum 15.10. des Jahres 2016 verwendet, da diese einen Stichtag umfassen und um etwaige Abbrechende des Berichtsjahres korrigiert sind.

³¹ Für die operationstechnische Assistenz liegen bezogen auf Schülerinnen- und Schülerkennzahlen keine

Setzt man die Anzahl der offen gemeldeten Stellen in Relation zu den arbeitslos gemeldeten Personen, so ergeben sich Hinweise auf einen absoluten Nachfrage- druck in dem jeweiligen Zielberuf und bestehende Unterschiede zwischen den zu untersuchenden Berufen. Setzt man die Anzahl der Ausbildungsbeginnerinnen und -beginner in Relation zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, so ergeben sich Aussagen über die Qualifizierungsquote in dem Beruf und verglei- chend zwischen den Berufen. Hinweise auf Unterschiede bezüglich einer Kapazi- tät zur Deckung zukünftiger Steigerungen (Veränderungsbedarfe) sowie des Er- satzbedarfs durch Renteneintritt von Erwerbstätigen in den jeweiligen Berufen können so transparent diskutiert werden.

In Anlehnung an die verwendete Systematik in der LbG NRW 2015 sollen auf der Basis der zusammenfassenden Diskussion der analysierten Grunddaten Klassen gebildet werden, die aktuell unterschieden werden in:

- Berufe mit Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen
- Berufe mit Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen
- Berufe ohne Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen
- Berufe ohne Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen

Einschränkend muss an dieser Stelle ausgeführt werden, dass es sich bei der Ein- gruppierung nicht um klar definierte Klassengrenzen handelt, die auf einer Nor- mierung beruhen. Vor diesem Hintergrund ist die Eingruppierung in die Gruppen ein Orientierungsrahmen, der die Diskussionen vor Ort befördern soll. Als Refe- renzgröße bezogen auf die Eingruppierung des Beschäftigungsvolumens wird die Gruppe der Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen analog zur LbG NRW 2013 betrachtet. Als Grenzwert für die Gruppe der Berufe mit einem hohen Be- schäftigungsvolumen wurden dabei Berufe mit über 4.000 Berufsangehörigen festgesetzt.

In der Diskussion mit Bildungseinrichtungen, Trägern, der Politik und den Kos- tenträgern muss bezogen auf die Orientierungen und etwaige Ableitungen be- rücksichtigt werden, dass regionale Unterschiede und Besonderheiten an dieser Stelle keine Berücksichtigung finden können, da die Daten insbesondere bei den Berufen mit geringem Beschäftigungsvolumen nur unzureichend eine regionale Betrachtung erlauben. Dargelegt werden auf der Ebene der Berufe die eingeschlossenen Klassifikationsnummern gemäß der Klassifikation der Berufe aus 2010 der Bundesanstalt für Arbeit.

Daten in den Tabellenteilen von IT.NRW vor.

BEDARFSDECKUNG/ENGPASSPROGNOSE

In den Berufen, in denen eine Unterteilung mit mehreren Kennziffern erfolgte, werden jeweils die Kennzahlen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum 30.09.2017 und die Anzahl der offenen Stellen sowie der arbeitslos gemeldeten Personen zum März 2018 in einer Gesamtzahl summiert.

Berufe eingeschlossen nach KIdB 2010	Anzahl Arbeitslose	Anzahl offener Stellen	Sozialvers.-pflichtig Beschäftigte	Schülerinnen 1. Ausb.jahr 2016
81733 Sprachtherapie - Spezialist	67	129	4.262	192
81723 Ergotherapie – Spezialist, 81724 - Experte	208	388	9.094	523
81713 Physiotherapie -Spezialist, 81714 - Experte	281	929	23.995	1.249
81353 Geburtshilfe / Entbindungspflege-Spezialist	61	90	2.692	149
81122 Podologen/Podologinnen - Fachkraft	119	58	1.371	127
81132 Orthoptisten/Orthoptistinnen - Fachkraft	0	0	273	17
81212 Med.-techn. Laborat. – Fachkraft, 81213 –Spezialist, 81214 -Experte	174	66	13.609	310
81232 Med.-tech. Radiologie – Fachkraft, 81233 –Spezialist, - 81234 Experte	58	113	5.332	282
81332 Operationstechn. Assistenz - Fachkraft	62	109	3.145	K.A.
81762 Diät-, Ernährungstherapie - Fachkraft	27	28	1.673	114
81822 Pharmazeut.-techn. Assistenz – Fachkraft, 81883 –Spezialist, 81884 -Experte	633	171	20.707	596
81342 Rettungsdienst - Fachkraft	204	238	8.969	499
83143 Haus- und Familienpflege - Spezialist	165	24	1.276	149

Tab. 13: Bedarfserschätzung Therapie- und Gesundheitsfachberufe NRW

4.3.1 Berufe mit Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen

Einen hohen Nachfragedruck weist die Physiotherapie auf. Die Relation der vorliegenden Stellenangebote liegt gegenüber der Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen bei 3,3:1. Das Beschäftigungspotenzial liegt bei 23.995 Personen und ist gegenüber dem Vorberichtsyear 2015 deutlich gestiegen (22.064). Die Ausbildungsaktivität weist darauf hin, dass auf 19,2 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Berufsfeld ein neuer Ausbildungsplatz aufgenommen wurde. Die Ausbildungskapazität insgesamt (1.249 Auszubildende im ersten Jahr in 2016) ist gegenüber dem Vorjahr 2015 (1.448) rückläufig. Vor diesem Hintergrund kann in diesem Beruf aktuell von einem Mehrbedarf ausgegangen werden und von einer notwendigen Steigerung der Ausbildungsplätze bei einer gleichzeitigen guten Vermittlungschance auf den Arbeitsmarkt.

In der Ergotherapie sind ebenfalls keine Arbeitsmarktreserven erkennbar. Das Verhältnis der offen gemeldeten Stellen zur Anzahl der arbeitslos gemeldeten

Personen liegt bei 1,9:1. Damit kann nicht davon ausgegangen werden, dass die bestehenden offenen Stellen real besetzt werden können. Insgesamt sind im Beruf 9.094 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewiesen. In 2016 wurden 523 neue Auszubildende im Beruf registriert. Damit weist die Ausbildung gegenüber dem Jahr 2015 (497) tendenziell eine leichte Steigerung auf. Auf 17,4 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Beruf kommt eine neue Auszubildende/ein neuer Auszubildender.

Einen hohen Nachfragedruck verzeichnet auch die Logopädie. Hier sind 4.262 Beschäftigte sozialversicherungspflichtig verzeichnet. Die Relation von offenen Stellen zu den arbeitslos gemeldeten Personen liegt bei 1,9:1 und damit gleich hoch wie in der Ergotherapie. Die Ausbildungsaktivität verweist auf eine Relation von 22,2 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf einen neu aufgenommenen Ausbildungsplatz und liegt unterhalb von den Werten in der Ergotherapie oder der Physiotherapie. In 2016 sind insgesamt 192 neue Auszubildende verzeichnet. In 2015 lag dieser Wert geringfügig höher (203).

Bei den medizinisch-technischen Berufen zeigt sich ein hoher Nachfragedruck insbesondere bei der medizinisch-technischen Radiologieassistenten. Das Beschäftigungsvolumen insgesamt ist hoch (5.332) und die Relation der offenen Stellen zu den arbeitslos gemeldeten Personen liegt bei 1,9:1. Diese Relation ist gegenüber dem Jahr 2015 (1,76:1) leicht gestiegen. Auf 18,9 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte kommt ein neuer Ausbildungsplatz. Die Ausbildungszahlen selbst konnten deutlich gesteigert werden. Waren in 2015 noch 170 neue Auszubildende verzeichnet, so wurde die Kapazität auf 282 deutlich erhöht.

Im Bereich des Rettungsdienstes besteht eine Relation von 1,2:1 offen gemeldeten Stellen gegenüber den arbeitslos gemeldeten Personen. Das Beschäftigungsvolumen umfasst 8.969 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. In 2016 wurden 499 Personen neu in die Ausbildung aufgenommen.³² Auf einen neuen Ausbildungsplatz kommen aktuell 18 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

4.3.2 Berufe mit Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen

Im Hebammenwesen weisen die aktuellen Kennzahlen auf einen deutlich steigenden Nachfragedruck. Das Volumen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt ist gegenüber den Therapieberufen oder einzelnen medizinisch-

³² Summiert wurden hierbei die Werte der Schulen für staatlich anerkannte Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (110) und Schulen für staatlich anerkannte Rettungsassistentinnen und -assistenten (389).

technischen Berufen geringer (2.692). Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich lediglich um die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten handelt und bei Selbstständigkeit keine Versicherungspflicht besteht. Das Volumen der Berufsangehörigen und im Feld tätigen Hebammen insgesamt kann daher größer angenommen werden. Auf 1,5 offen gemeldete Stellen kommt eine als arbeitslos ausgewiesene Hebamme. Das Ausbildungsvolumen von neu aufgenommenen ist über die Jahre nahezu gleichbleibend und liegt aktuell bei 149 Hebammenschülerinnen. Auf eine neue aufgenommene Ausbildungsstelle kommen 18,1 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Ein Nachfragedruck kann auch bei den operationstechnischen Assistentinnen und -assistenten ausgemacht werden. Hier besteht eine Relation von 1,8:1 bezogen auf offenen Stellen zu den arbeitslos gemeldeten Personen. Das Beschäftigungsvolumen liegt bei 3.145. Eine Relation der Auszubildenden kann nicht berechnet werden, da die Ausbildungskennzahlen der operationstechnischen Assistenz aktuell nicht in den Landesstatistiken erfasst werden.

Im Bereich der Ernährungsberatung/ Diätassistenten werden insgesamt nur wenige Personen als arbeitslos gemeldet (27). Ihnen stehen 28 offen gemeldete Stellen gegenüber, sodass sich eine Relation von 1:1 ergibt. Das Beschäftigungsvolumen ist mit 1.673 Personen moderat, auf eine neue Auszubildende/ einen neuen Auszubildenden kommen insgesamt 14,7 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

4.3.3 Berufe ohne Nachfragedruck und hohem Beschäftigungsvolumen

Die pharmazeutisch-technische Assistenz wird der Gruppe der Berufe mit einem hohen Beschäftigungsvolumen ohne erkennbaren Nachfragedruck zugeordnet. Das Beschäftigungsvolumen insgesamt ist mit 20.707 auf einem sehr hohen Niveau und folgt direkt auf das Beschäftigungsvolumen in der Physiotherapie. Die Relation der offenen Stellen zu den arbeitslos gemeldeten Personen beträgt jedoch 0,3:1. Das heißt im Umkehrschluss, dass einer offenen Stelle 3,7 arbeitslos gemeldete Personen gegenüberstehen. Ein deutlicher Nachfragedruck kann demnach auf der Basis der vorliegenden Kennzahlen nicht ausgemacht werden. Hinzuweisen ist jedoch auf das sehr niedrige Ausbildungspotenzial. Gemessen an der aktuellen Anzahl der Schülerinnen und Schüler im ersten Ausbildungsjahr ergibt sich eine Relation von 34,7 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf einen Auszubildenden im ersten Jahr.

Ebenso sind in dieser Gruppe die medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten klassifiziert. Das Beschäftigungsvolumen ist mit

13.609 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hoch. Denn 66 offen gemeldeten Stellen stehen 174 arbeitslos gemeldete Personen gegenüber. Die Relation beträgt 0,4:1, was im Vergleich zu anderen Berufen deutlich niedriger ausfällt. Betrachtet werden muss jedoch das sehr geringe Ausbildungsvolumen im ersten Ausbildungsjahr in Relation zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Hier werden die niedrigsten Werte aller betrachteten Berufsgruppen ausgewiesen. Auf 43,9 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte kommt eine Auszubildende/ ein Auszubildender im ersten Jahr.

4.3.4 Berufe ohne Nachfragedruck und geringem Beschäftigungsvolumen

Der Beruf der Orthoptisten/Orthoptistinnen wird in diese Gruppe klassifiziert, da sich in den amtlichen Statistiken keine offenen Stellen finden. Es bestehen allerdings auch keine Arbeitsmarktreserven. Das Beschäftigungsvolumen fällt mit 273 Personen gering aus. Der Bestand an Schülerinnen im ersten Ausbildungsjahr ist gering, sodass davon ausgegangen werden kann, dass Klärungen über die Bedarfsgerechtigkeit mit den Ausbildungsstätten selbst geführt und die Expertise vor Ort eingeholt werden sollten.

Die Podologie weist ein Beschäftigungsvolumen von 1.371 Personen auf, den 58 offen gemeldeten Stellen stehen 119 als arbeitslos klassifizierte Personen gegenüber. Rechnerisch ergibt sich damit eine Relation von 0,5:1. Das Verhältnis von Auszubildenden im ersten Jahr auf die Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt bei 1:10,8. Auf 10,8 Beschäftigte kommt somit ein neuer Auszubildender/eine neue Auszubildende.

Die Familienpflege umfasst insgesamt 1.276 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Den 24 offen gemeldeten Stellen stehen 165 als arbeitslos klassifizierte Personen gegenüber, rechnerisch eine Relation von 0,1:1. Ein Nachfragedruck kann daraus nicht abgeleitet werden. Auf einen neuen Auszubildenden im ersten Lehrjahr entfallen 8,6 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, was in der Betrachtung der benannten Berufe der höchsten Ausbildungsquote gegenüber den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht.

In einer zusammenfassenden Grafik sollen wesentliche Dimensionen der Analyse für ausgewählte der beschriebenen Berufe dargelegt werden³³.

³³ Nicht aufgenommen wurden die Familienpflege, die Orthoptik sowie die operationstechnische Assistenz (OTA). Für die OTA können keine Relationen der Auszubildenden berechnet werden, da die benötigten Daten nicht vorliegen. Bei der Orthoptik können keine Relationen zum Nachfragedruck berechnet werden, da keine offenen Stellen und keine arbeitslosen Personen ausgewiesen sind und die Familienpflege ist kein Gesundheitsfachberuf im engeren Sinne, wird aber im Rahmen der LbG NRW 2017 mit betrachtet.

BEDARFSDECKUNG/ENGPASSPROGNOSE

Auf der X-Achse ist der Nachfragedruck abgetragen. Von links nach rechts nimmt dieser zu und zeigt sich in der Ausweisung der Anzahl der bei der Bundesagentur offen gemeldeten Stellen im Verhältnis zur Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen im Zielberuf. Auf der Y-Achse ist die Qualifizierungsquote abgetragen. Diese zeigt sich im Verhältnis der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt im Zielberuf. Hohe Werte, die in der Grafik auf der Y-Achse unten stehen, weisen auf ein geringes Qualifizierungspotenzial hin, niedrige Werte, die im oberen Bereich der Y-Achse stehen, weisen auf ein hohes Qualifizierungspotenzial hin. Die Größe der Blasen beschreibt das Beschäftigungsvolumen der Berufe insgesamt und im Verhältnis zueinander.

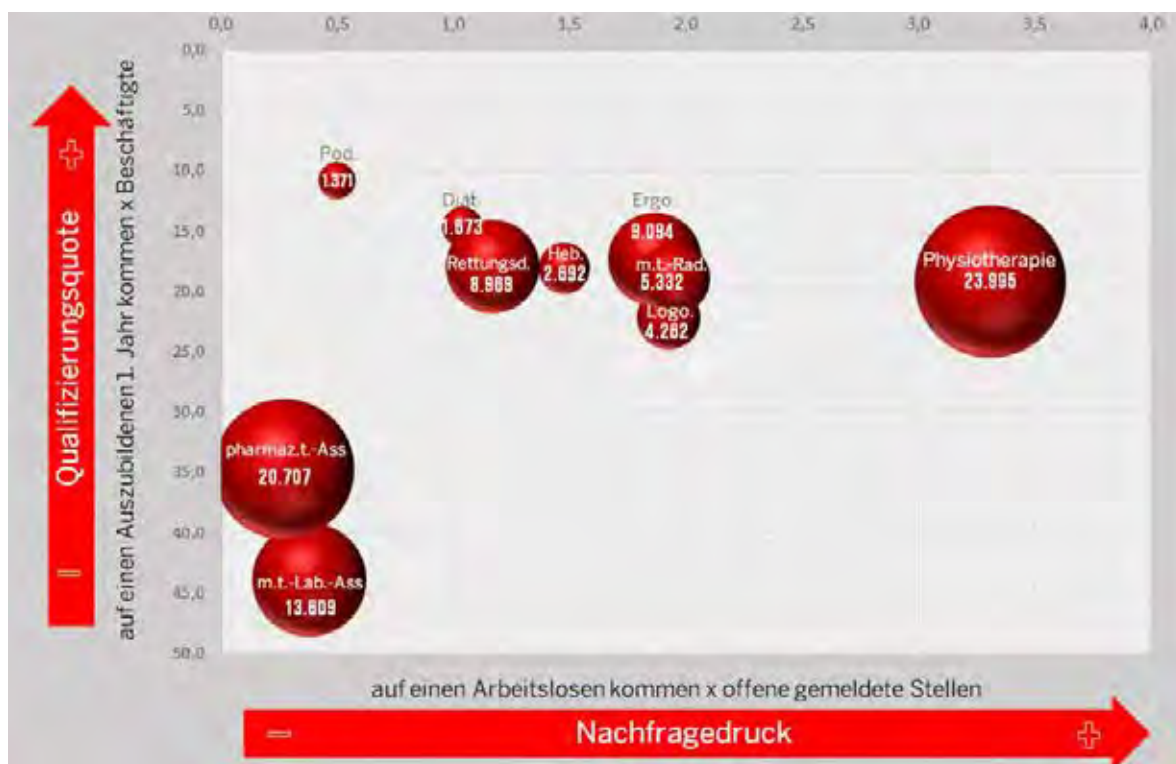


Abb. 26: Nachfragedruck und Qualifizierungsquote in Therapie- und Gesundheitsfachberufen

In der Grafik zeigt sich deutlich die exponierte Stellung der Physiotherapie im Bereich der untersuchten Berufe. Das benannte Beschäftigungspotenzial ist sehr hoch (Größe der Blase), der Nachfragedruck ist am höchsten (Platzierung rechts auf der X-Achse) und die Qualifizierungsquote (19,2) liegt leicht unterhalb von der in anderen Berufen, jedoch deutlich im positiveren Bereich als in der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten oder der pharmazeutisch-technischen Assistenten. Auf der anderen Seite sieht man, basierend auf der Kennzah-

lenanalyse, dass die Podologie über eine gute Qualifizierungsquote verfügt, insgesamt aber einen geringen Beschäftigungsbereich darstellt und ein geringen Nachfragedruck beschrieben werden kann.

4.4 BEDARFSDECKUNG FAZIT

Bezogen auf die Bedarfsdeckung insgesamt kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften enorm gestiegen ist und sich der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen deutlich zuspitzt. Trotz der relevanten Steigerungen in der Altenpflegeausbildung in den letzten Jahren können die zusätzlichen Kapazitäten den Bedarf nicht decken. Die dynamische Veränderung seit Einführung der Pflegestärkungsgesetze trägt zu einem deutlich steigenden Bedarf bei, der sich auch in Neugründungen niederschlägt und vor allem im Bereich der ambulanten Pflege bestehen erhebliche zusätzliche Bedarfe, um die Klientinnen- und Klientenversorgung abzusichern. Es scheint nicht gelungen zu sein, die hohe Teilzeitquote in den Einrichtungen zu reduzieren und nachhaltig mehr Vollzeitstellen zu schaffen, wobei die zur Verfügung stehenden Daten der Pflegestatistik vom Dezember 2015 sind und eine endgültige Bewertung vorgenommen werden kann, wenn aktuelle Daten von 2017 erscheinen. Dies wird gegen Ende des laufenden Jahres der Fall sein.

Bezogen auf die pädagogische Sicherung mit Lehrenden in den Bildungseinrichtungen, Pflegeschulen und Altenpflegefachseminaren weisen die vorliegenden Kennzahlen auf einen zusätzlichen Bedarf hin, der jedoch auch beantwortet werden könnte. Die aktuelle Situation kann dabei nicht als gravierender Mangel bewertet werden, da die gemeldeten offenen Stellen insgesamt moderat erscheinen und die bestehenden Ausbildungspotenziale offenbar ungefährdet sind. Allerdings bedarf es aus zahlreichen Gründen einer Neuausrichtung und einer Aufstockung an Lehrenden in den Schulen, sodass an dieser Stelle zeitnah reagiert werden müsste. Für die Gesundheits- und Krankenpflege kann dabei die notwendige Aufstockung der Ausbildungsplätze angeführt werden. Eine Erhöhung der Qualifizierung ist verbunden mit einer Erhöhung der Stellenpotenziale in den Bildungseinrichtungen. Für die Bildungseinrichtungen insgesamt ist die notwendige Weichenstellung in Vorbereitung auf das PflBRefG einzuleiten. Hier müssen zusätzliche Potenziale von rund 700 Lehrenden in den Schulen in einem Zeitraum von zehn Jahren geschaffen werden. Angesichts langer Qualifizierungswege (Bachelor- und anschließendes Masterstudium) ist hier keine Zeit zu verlieren. Ebenso ist absehbar, dass in den Therapieberufen Veränderungen in den Berufsgesetzen auch Festlegungen der Lehrerinnen- und Lehrerqualifikation

nach sich ziehen werden. Hier müssen entsprechende pädagogisch hochschulische Qualifikationsangebote entstehen und bestehende weiter entwickelt werden, um auf neue Bedarfe reagieren zu können. Daher müssen die hochschulischen Qualifizierungsmöglichkeiten in Nordrhein-Westfalen nicht nur vor dem Hintergrund der aktuellen, sondern vielmehr der planbaren zukünftigen Situation aufgestockt werden.

In den Therapieberufen, den Gesundheitsfachberufen und im Hebammenwesen können nur vorsichtige Einschätzungen zu den Bedarfen getroffen werden. Eine kalkulatorische Datenbasis liegt hier nicht vor und in der Analyse der zugänglichen Kennzahlen werden große Unterschiede zwischen den Berufen deutlich. So liegen die Qualifizierungsquoten der Therapieberufe recht nahe beieinander, dennoch ergeben sich für die Berufe sehr unterschiedliche Bedarfe und Nachfragesituationen. Insbesondere in der Physiotherapie kann dabei ein großer Nachfragedruck ausgemacht werden. In der pharmazeutisch-technischen Assistenz und der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten bestehen zwar aktuell keine hohen Nachfragen, die auf einen konkreten Mangel hinweisen, die Qualifizierungsquoten aber sind gegenüber anderen Berufen deutlich niedriger und es stellt sich die Frage nach der Sicherung der Bedarfe, wenn man davon ausgeht, dass auch in diesen Berufen Ersatzbedarfe durch den Eintritt ins Rentenalter bestehen und steigen werden.

Auch im Hebammenwesen zeigt sich eine deutliche Veränderung, die insbesondere auf der Ebene des zunehmenden Nachfragedrucks stattfindet. Für das Hebammenwesen muss ferner davon ausgegangen werden, dass durch hohe Beschäftigtenzahlen im Bereich der Selbstständigkeit die vorliegenden Grunddaten nur eingeschränkt den konkreten Sachverhalt widerspiegeln. Die bestehenden Kapazitäten sind seit Jahren unverändert und mit rund 150 Hebammen pro Jahr in Nordrhein-Westfalen stellt sich die Frage, ob eine flächendeckende Versorgung der Schwangeren und eine Nachbetreuung nach Geburt sichergestellt werden kann.

5. Ergebnisse der Landesberichterstattung

Das nachfolgende Kapitel dient der Vorstellung der Ergebnisse aus der standardisierten Befragung der unterschiedlichen Betriebsstätten sowie der ambulanten Therapiefachberufe. Die Befragung dient der systematischen Erhebung von Beobachtungen und Einschätzungen der im Feld tätigen Akteure. Die Befragten, Leitungen von Einrichtungen mit stationären und ambulanten Leistungsspektren, werden als Experten im Feld betrachtet, deren Einschätzungen zu den verschiedenen aktuellen Themenfeldern und Entwicklungen eingeholt werden.

Als Basis für die Beschreibung der Ergebnisse werden zusammenfassende Grafiken der Datenauswertung genutzt. Dabei werden relevante Ausschnitte beschrieben. Die Ergebnisse werden zu jedem Teilbereich zusammenfassend diskutiert und darauf aufbauend Interpretationsangebote formuliert. Diese erheben nicht den Anspruch, alle Perspektiven und Detailgründe zu erfassen, sondern sind als Deutungen im Rahmen der Gutachtenerstellung zu verstehen.

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass in den Grafiken alle Anteilswerte unter 5 Prozent aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt werden.

Der zweite Teil betrifft die ambulanten, selbstständigen Therapeutinnen und Therapeuten (Praxisführende) sowie die sozialversicherungspflichtig Angestellten, die geringfügig Beschäftigten und die Honorarkräfte bzw. freien Mitarbeitenden in den Therapiebereichen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben. Die befragten Therapieberufe umfassen die Bereiche der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie. Das Hebammenwesen wurde nicht in die empirische Befragung einbezogen (vgl. dazu Kapitel 2.3).

5.1 AMBULANTE PFLEGEDIENSTE

Im dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus der Befragung der ambulanten Pflegedienste beschrieben. Im Befragungszeitraum wurden 754 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt und in die Auswertung eingeschlossen. Der Rücklauf ist gegenüber der LbG NRW 2015 (n=743) damit stabil geblieben (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016).

5.1.1 Antwortende Einrichtungen

Von den 754 eingegangenen Fragebögen wurden bei 742 die Angaben zu dem Regierungsbezirk vorgenommen und konnten eindeutig zugeordnet werden. Die 12 Fragebögen, deren Einrichtungen diese Angabe nicht vorgenommen haben,

wurden für die Bedarfsprognose nicht berücksichtigt, jedoch für die Auswertung der weiteren inhaltlichen Fragen mit eingeschlossen.

In der Betrachtung der Trägerschaften zeigt sich, dass die private Trägerschaft mit 71,4 Prozent die am häufigsten vorkommende Form bei den ambulanten Pflegediensten darstellt. Die freigemeinnützigen Trägerschaften umfassen noch knapp ein Viertel der befragten Dienste. Die öffentlichen Trägerschaften stellen mit 2,9 Prozent den geringsten Anteil an ambulanten Pflegediensten.

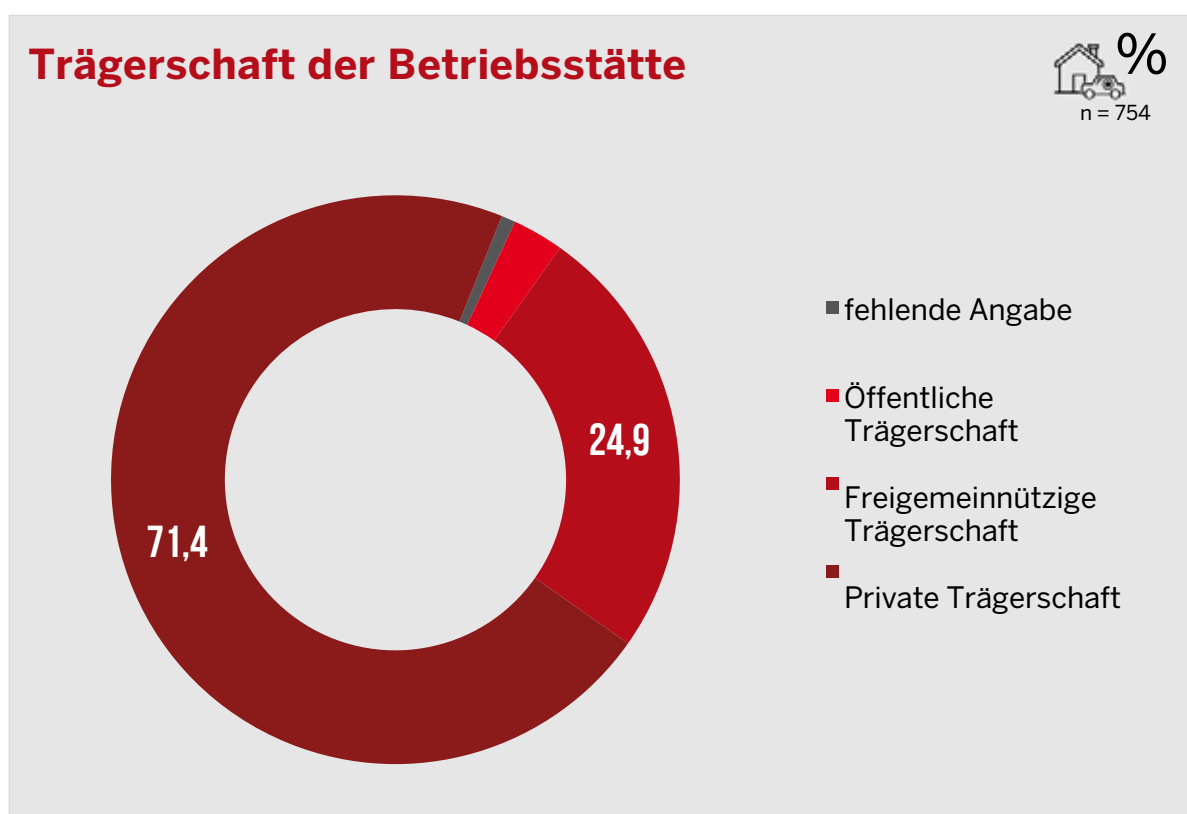


Abb. 27: Verteilung der Trägerschaften der ambulanten Pflegedienste

Bezogen auf die Frage, ob eine verbandliche Organisationszugehörigkeit besteht, antwortete mit 31,4 Prozent die relative Mehrheit Mitglied der Arbeiterwohlfahrt zu sein. Dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste gehören 23,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste an. 10,9 Prozent der ambulanten Dienste gaben an, Mitglied im Deutschen Caritasverband zu sein. Dem Diakonischen Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. ist ein Anteil von 7,2 Prozent zugehörig. Auf die restlichen Verbände (Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW, Bundesverband ambulanter Dienste, DBfK Nordwest e.V. und Deutsches Rotes Kreuz) entfallen Anteile von 1,7 Prozent bis 4,9 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste.

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Nach den Leistungsarten und etwaigen spezialisierten Versorgungsbereiche befragt, konnten die ambulanten Pflegedienste Mehrfachnennungen vornehmen. Die Anteile beziehen sich dabei stets auf die gesamte Stichprobe. 93,1 Prozent der Dienste gaben an, Leistungen nach dem SGB XI mit weiteren ambulanten Leistungen anzubieten. 92,6 Prozent gaben dabei an, dass sie häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach dem SGB V anbieten. Weitere ambulante Hilfeleistungen wie familienentlastende Dienste, Mahlzeitendienste etc. wurden von 23,7 Prozent der Dienste angeboten. Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI werden von 90,5 Prozent der antwortenden ambulanten Pflegedienste angeboten. Besonderheiten, wie ein Pflegedienst mit einer angeschlossenen ambulant betreute Wohngemeinschaft oder einer Tagespflegeeinrichtung, wurden weitaus seltener ausgewiesen. Ein allein auf Leistungen aus dem SGB XI ausgerichtetes Angebot wird lediglich von 3,6 Prozent der befragten Pflegedienste verfolgt.

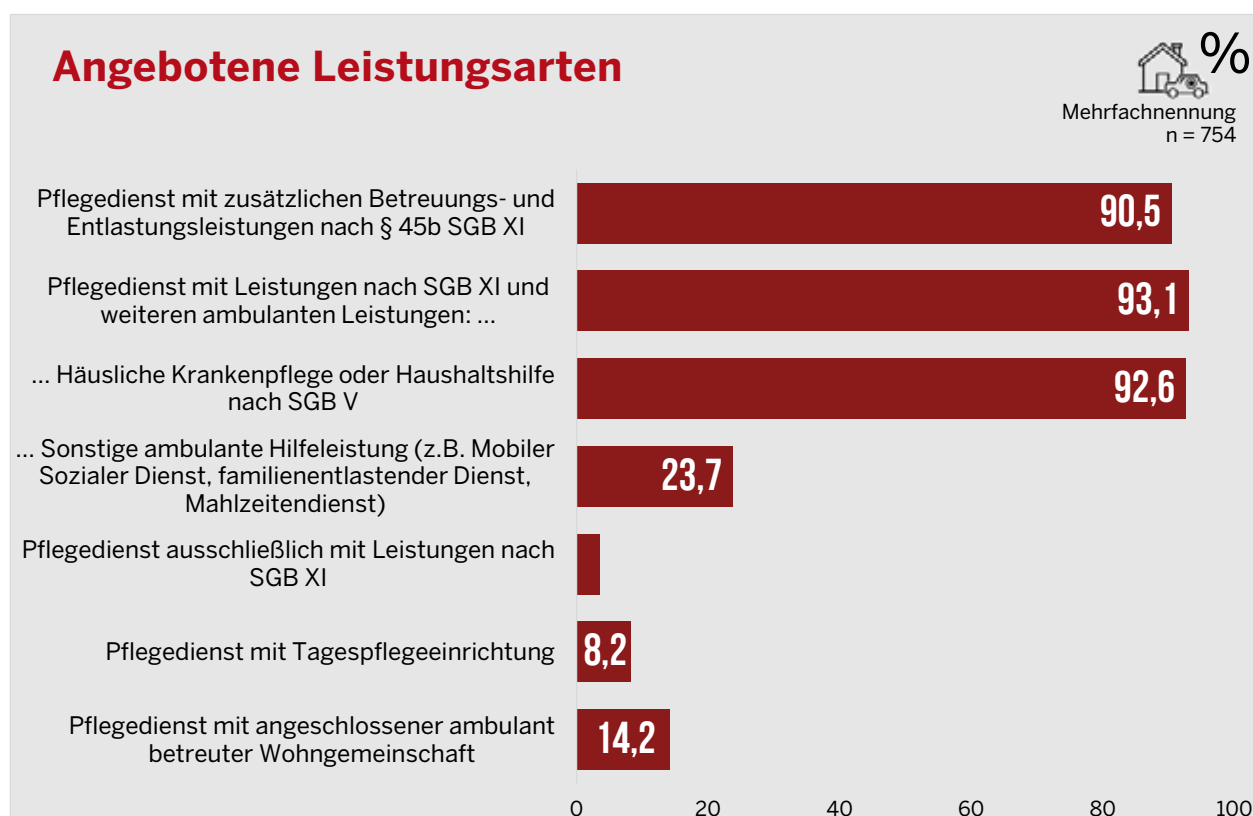


Abb. 28: Leistungsspektrum ambulante Pflegedienste

65,3 Prozent der antwortenden ambulanten Pflegedienste machten keine Angaben bezogen auf die Frage, ob sie auf einen bestimmten Versorgungsbereich spezialisiert sind. Die häufigste Nennung ist mit 11,8 Prozent das Angebot zur

ambulant betreuten Wohngemeinschaft bzw. einer Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen. 9,4 Prozent gaben an, dass sie sich auf andere Versorgungsbereiche spezialisiert haben, wie z.B. die Wundversorgung, die Betreuung etc. Spezialisierung, die sich nach einer bestimmten Klientel orientiert, nimmt mit dem zunehmenden Grad an Spezifität ab. So geben noch 7,2 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste an, eine intensivpflegerische Versorgung anzubieten. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird hingegen von 4 Prozent angegeben und eine Kinder- und Jugendkrankenpflege wird lediglich noch von 1,6 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste angeboten.

5.1.2 Personalsituation ambulante Pflegedienste

Die Personalsituation in dem Bereich der ambulanten Pflegedienste ist bundesweit durch einen deutlichen Fachkräftemangel gekennzeichnet (Burstedde und Risius 2017, Isfort et al. 2016). Die in Kapitel 4 vorgestellten Zahlen unterstreichen den aktuellen Mangel an Pflegefachkräften auch in NRW. Von den in dieser Landesberichterstattung befragten ambulanten Pflegediensten gaben zwei Drittel an, grundsätzlich offene Stellen der Agentur für Arbeit zu melden. Ein Drittel meldet seine offenen Stellen hingegen nicht, womit davon auszugehen ist, dass zumindest im Land NRW die Anzahl der offen gemeldeten Stellen in etwa ein Drittel höher anzunehmen sind.

Mit 52,3 Prozent gab nur rund die Hälfte der befragten ambulanten Dienste an, dass die Personalausstattung dem eigentlichen Personalbedarf entspricht. Dies sind rund 10 Prozent weniger im Vergleich zu den Angaben aus der LbG NRW 2015 (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Dies verweist auf einen deutlich ansteigenden Druck seitens der Betriebe. Dabei gilt es jedoch einschränkend zu berücksichtigen, dass die Stichproben aus dem Jahr 2015 und dieser Berichterstattung nicht identisch sind, da es sich um zwei unterschiedliche Querschnittserhebungen handelt.

Ein weiteres Indiz für eine Zuspitzung des Fachkräfteengpasses in den ambulanten Diensten sind die Angaben der Pflegedienste bezogen auf die Frage, ob die Stellen, die durch die Personalfluktuations neu besetzt werden musste, auch problemlos besetzt werden konnten. Knapp ein Viertel gab an, dass die Neubesetzung kein Problem darstellte. Das sind rund 15 Prozent weniger als im Jahr 2015 (ebd.). Deutlich höher als in der LbG NRW 2015 fallen die ablehnenden Angaben (90,0 Prozent) zur Aussage aus, dass im Jahr 2017 mehr Bewerbungen für den Pflegebereich eingegangen sind, als Stellen zu vergeben waren. Dieser Umstand stellt nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ein Problem für die ambulanten Dienste und die weitere Entwicklung des Sektors dar.

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Einem Rückgang des Personalengpasses gegenüber den Vorjahren können lediglich 16,2 Prozent der befragten ambulanten Dienste in der Tendenz zustimmen.

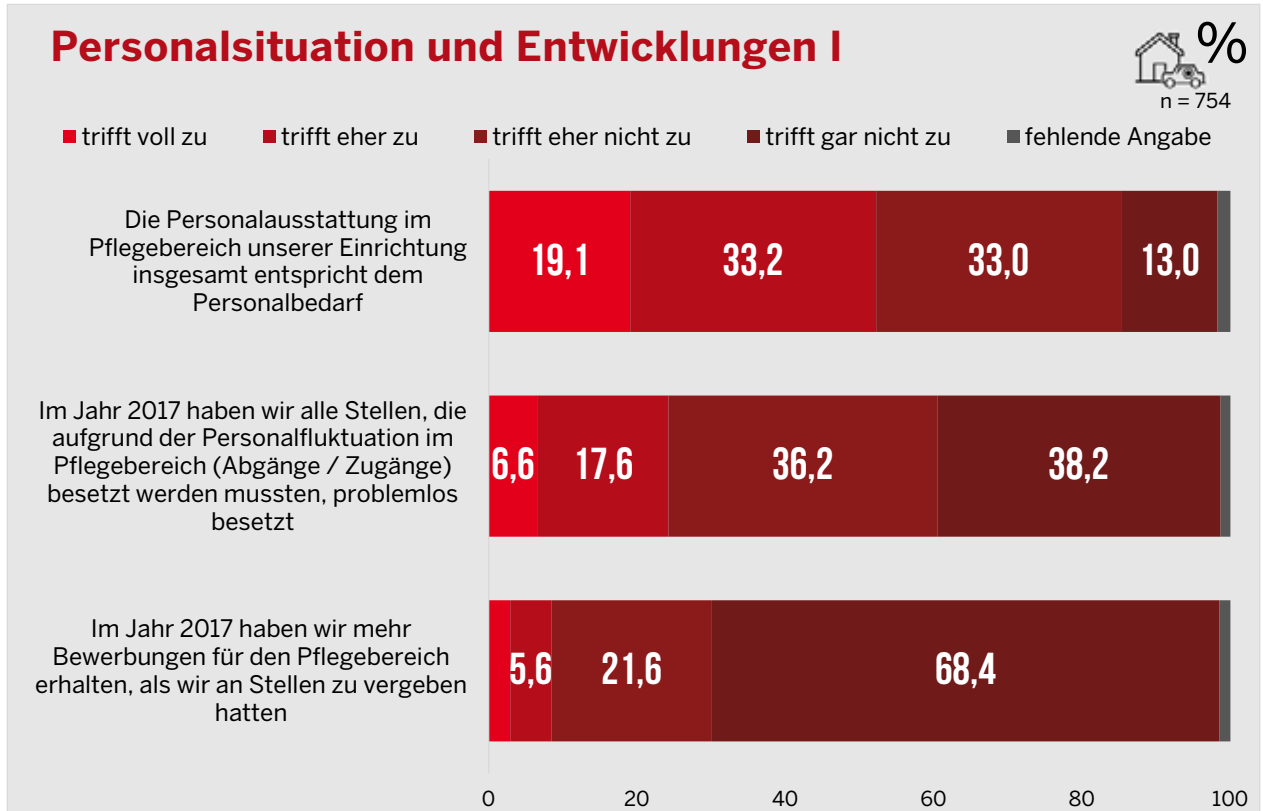


Abb. 29: Personalausstattung und Personalbedarf ambulante Dienste

Dass durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II die Nachfrage an ambulanten Pflege- und Versorgungsleistungen gestiegen ist und dadurch der Personalbedarf ebenso angestiegen ist, dem stimmten tendenziell knapp drei Viertel der befragten Dienste zu.

Der Fachkräfteengpass macht sich auf der betriebswirtschaftlichen Ebene ebenso bemerkbar wie auf der Seite der Versorgungssicherheit der betreuten Klientinnen und Klienten. So gaben 43,4 Prozent der antwortenden Dienste an, dass Anfragen von Klienten aufgrund der begrenzten Personalressourcen abgelehnt werden mussten. Zugleich wurde die Aussage, dass die Nachfrage an ambulanten Pflegeleistungen durch die Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II gestiegen ist, von 72,4 Prozent als voll bzw. eher zutreffend angegeben. Knapp 40 Prozent der antwortenden ambulanten Dienste sehen es als voll zutreffend an, dass das Wachstum ihres Betriebes aufgrund des Mangels an verfügbaren Pflegekräften gehemmt ist.

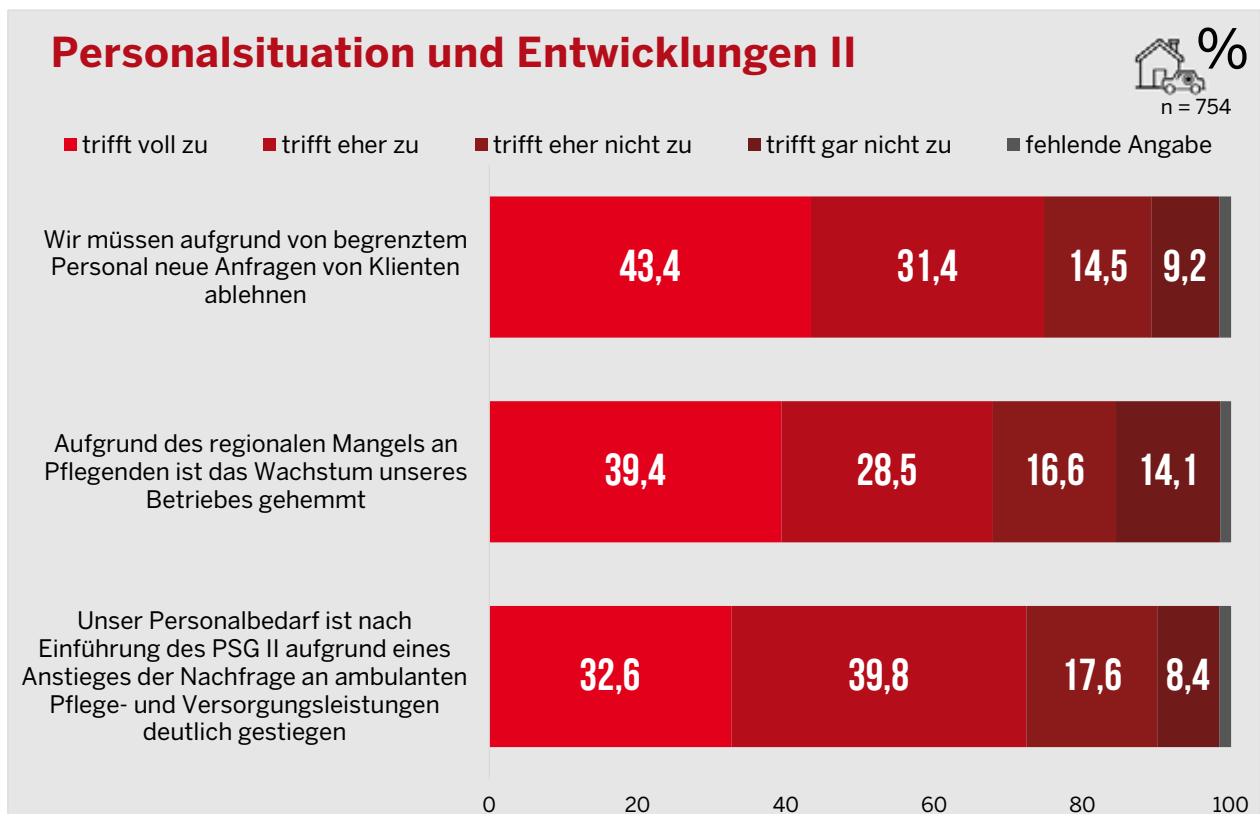


Abb. 30: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf ambulante Dienste

Die Einrichtungen wurden befragt, wie hoch sie den Anteil am Personal im Pflegebereich einschätzen, den sie im Jahr 2017 durch das Ausscheiden aus dem Betrieb (unabhängig von den Gründen) ersetzen mussten.

Insgesamt betrachtet gaben 96,6 Prozent der befragten Dienste an, im Jahr 2017 zwischen 5 und über 40 Prozent an Personal ersetzen zu müssen. Den Angaben der befragten ambulanten Pflegedienste entsprechend musste jede fünfte Einrichtung im Befragungsjahr rund fünf Prozent des Pflegepersonals ersetzen. Einer von 14 der befragten ambulanten Dienste musste dabei sogar einen Verlust von mehr als 40 Prozent des Pflegepersonals kompensieren. Die Hälfte der antwortenden ambulanten Dienste berichtete von einem notwendigen Ersatz ausgeschiedener Pflegenden zwischen 11 Prozent und 25 Prozent. Damit wird deutlich, dass das Ersetzen von Mitarbeitenden im ambulanten Pflegebereich einen gewichtigen Faktor im Arbeitsalltag darstellt, da die Stabilität der Personalsituation offensichtlich starken Schwankungen unterworfen ist und auch hohe Fluktuationsquoten vorliegen können.

Neben der Leistung, Fluktuationen zu kompensieren, besteht eine weitere Schwierigkeit in der Strukturierung von Leistungsausweitungen oder der Betreuung zusätzlicher Klientinnen und Klienten. Die Planung der ambulanten Dienste

hinsichtlich einer Ausweitung des Leistungsangebotes gegenüber Klientinnen und Klienten ist von hoher Bedeutung für die Einrichtungen und drückt sich in dem Veränderungsbedarf des pflegerischen Personalbestandes aus. In der ambulanten Pflege bestehen nur in sehr geringem Maße betriebliche Notwendigkeiten, Personal zu reduzieren; Der Aufbau hat hier eine deutliche Priorität.

Auf der nachfolgenden Grafik sind die von den befragten ambulanten Diensten vorgenommenen Angaben abgebildet.



Abb. 31: Veränderungsbedarf ambulante Dienste

Aus den Angaben wird deutlich, dass ein erheblicher zusätzlicher Bedarf an qualifizierten Fachkräften besteht, um die eigenen betrieblichen Ziele erreichen zu können. Nur 15,1 Prozent der ambulanten Dienste gaben an, keine Anpassungen vornehmen zu müssen; der Anteil der Dienste, die eine negative Personalentwicklung ausdrücken, ist zu vernachlässigen. Lediglich eine von 40 Einrichtungen gab an, dass ein Personalstellenabbau indiziert ist. Rund jede fünfte Einrichtung quantifizierte einen Personalstellenaufbau auf mehr als 20 Prozent.

Die Angaben weisen auf eine deutliche Steigerung des Personalbedarfs gegenüber dem Jahr 2015 hin (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und

Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Im Vergleich zu den anderen Sektoren zeigt sich, dass die ambulanten Dienste einen höheren Veränderungsbedarf anzeigen, als es bei der stationären Langzeitversorgung, dem Krankenhauswesen oder in den Therapiebereichen der Fall ist. Damit sind die ambulanten Dienste auch die maßgeblichen Treiber bezogen auf die deutliche Steigerung der Kennzahlen in der Mangelprognose.

Eng verknüpft mit der Frage nach der Entwicklung des Personalbedarfs und dessen Sicherung ist die Frage nach den Ausbildungsbemühungen. Das Land NRW hat im Jahr 2012 die Ausbildungsumlage zur Finanzierung der Altenpflegeausbildung eingeführt. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung konnte seit Einführung der Ausbildungsumlage um rund 80 Prozent gesteigert werden. 2015/2016 wurde mit 7.612 neuen Auszubildenden die höchste Anzahl an neu eingestellten Schülerinnen und Schülern im Land verzeichnet (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018).

Die Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege scheint dabei potenziell auch in den ambulanten Diensten möglich zu sein. Bezogen auf die Aussage, die Dienste hätten die Ausbildungsplätze für die Altenpflegeausbildung im Vergleich zu dem Jahr 2015 erhöht, gaben 44,5 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste an, dass dies tendenziell zutreffend ist. Eine Zunahme von Bewerbungen für Ausbildungsplätze wird von 18,7 Prozent der befragten Einrichtungen als zutreffend wahrgenommen. Zugleich stimmen 40,6 Prozent der befragten ambulanten Dienste der Aussage voll bzw. eher zu, dass das praktische Ausbildungskonzept aufgrund des Aufwuchses von Schülerinnen und Schülern angepasst wird. Ähnlich fallen die Angaben zu der Aussage aus, dass sich der Bedarf an Praxisanleitenden erhöht hat. 46,4 Prozent geben an, dies sei voll bzw. eher zutreffend. Den Einschätzungen zufolge ist rund die Hälfte der antwortenden Dienste noch mit der Etablierung bzw. der Optimierung der praktischen Ausbildungsstrukturen in ihren Betrieben beschäftigt.

5.1.3 Gewinnung und Sicherung von Fachkräften ambulante Pflegedienste

Zentral für die Entwicklung der Betriebe ist neben der Mitarbeiterbindung des bestehenden Personals auch die Mitarbeiterrekrutierung.

Die ambulanten Dienste wie auch die anderen Einrichtungen in den Versorgungsektoren wurden befragt, aus welchen Bereichen die im Berichtsjahr 2017 neu eingestellten Pflegekräfte gewonnen wurden. Damit sollte ermittelt werden, wie

sich die Richtungen der Fluktuation zwischen den Sektoren beschreiben und unterscheiden lassen. So weisen z.B. die stabilen Zahlen der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden in den ambulanten Diensten seit 2007 darauf hin, dass hier kaum Personal aus anderen Sektoren abgeworben werden kann. Die Steigerung erfolgte über die deutliche Zunahme der Altenpflegenden. Dies verweist auf die Annahme, dass ambulante Dienste in einer direkteren Konkurrenz zu den anderen ambulanten Diensten und den Einrichtungen der stationären Altenpflege stehen.

Durchschnittlich stellten die befragten ambulanten Dienste 4,8 Mitarbeitende je Pflegedienst ein. Mit 36 Prozent hat mehr als ein Drittel der neu eingestellten Mitarbeitenden zuvor in einem anderen ambulanten Pflegedienst gearbeitet. Knapp jede fünfte neu eingestellte Mitarbeiterin oder eingestellter Mitarbeiter waren vorher in einer teil-/vollstationären Pflegeeinrichtung angestellt. Deutlich kleiner ist der Anteil neu eingestellter Pflegenden, der zuvor in einem Krankenhaus tätig war (11,8 Prozent). 14,2 Prozent der neu eingestellten Mitarbeitenden kommen mit einem erfolgreich absolvierten Berufsabschluss von den Ausbildungsstätten. Der Anteil der neu eingestellten Mitarbeitenden, der vor der Einstellung keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachging (z.B. Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld I oder II, Rückkehrende aus der Elternzeit etc.), beträgt den Angaben der ambulanten Pflegedienste zufolge 16,6 Prozent.

In der Summe zeigt sich, dass der Personalbedarf zu etwas mehr als zwei Drittel aus anderen Einrichtungen und Diensten heraus gewonnen wurde und lediglich ein Drittel aus der Ausbildung und der Arbeitsmarktreserve stammt. Die Fluktuationsanalyse unterscheidet sich damit stark gegenüber den Entwicklungen in den anderen Sektoren. Die ambulanten Dienste stehen hier in einer starken Konkurrenz zu anderen Mitbewerbern auf dem identischen Markt und den anderen Sektoren und profitieren aktuell nur gering von den Auszubildenden, die examiniert einmünden.

Dies führt in letzter Konsequenz zu einem aktiven Wettkampf um Fachkräfte zwischen den verschiedenen Dienstleistern und sorgt für eine Fluktuation an Personal wie auch an personellen Engpässen zwischen den konkurrierenden Einrichtungen.



Abb. 32: Sektoren der Rekrutierung ambulante Dienste

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive stellt sich bei einer Verknappung der personellen Ressourcen die Frage nach dem effektivsten Einsatz von Rekrutierungsmaßnahmen. Die Einrichtungen wurden befragt, für wie effektiv sie Rekrutierungsmaßnahmen einschätzen und welche sie selbst tatsächlich nutzen.

Die nachfolgende Abbildung illustriert die Auswertung zu dieser Fragestellung, wobei nicht alle Maßnahmen, die im Text dargestellt werden, in der Grafik abgebildet sind.

Die Abbildung verdeutlicht drei wesentliche Umstände. Zum einen wird von den antwortenden Pflegediensten das offensive Werben um Mitarbeitende durch eigene Mitarbeitende sowie durch Prämienangebote am effektivsten eingeschätzt und auch am häufigsten betrieben. Der ambulante Pflegebereich ist der einzige in dieser Befragung, der diese Maßnahme so effektiv einschätzt und in dieser Häufigkeit anwendet. Zwar findet dieses Vorgehen bei den teil-/vollstationären Einrichtungen ähnlich starke Verbreitung, aber die Effektivität wird in deren Bereich deutlich geringer eingeschätzt.



Abb. 33: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen ambulante Dienste

Der zweite Aspekt betrifft Methoden, die regional ausgerichtet sind und sich auf persönlichen Kontaktaufbau beziehen. Diese werden als effektiv eingeschätzt. Dies korrespondiert auch mit den Ergebnissen einer bundesweiten Befragung von ambulanten Pflegediensten, in denen der Mobilitätsradius von den pflegenden Mitarbeitenden erhoben wurde. Es zeigt sich, dass die meisten Pflegekräfte in einem Umkreis von 10 km zum Arbeitgeber wohnhaft sind und im arithmetischen Mittel 12 km zu ihrem ambulanten Pflegedienst zu fahren haben. Der Rekrutierungsradius der Dienste liegt der Studie zufolge bei maximal 24 km Umkreis (Isfort et al. 2016).

Der dritte auffallende Umstand dieser Ergebnisse bezieht sich auf den Einsatz von Maßnahmen, die als wenig effektiv eingeschätzt werden. Das betrifft die Meldungen bei der Arbeitsagentur und den Einsatz von Printmedien. Beide Maßnahmen werden von den ambulanten Diensten als wenig effektiv erachtet, dennoch werden sie von mehr als der Hälfte der antwortenden ambulanten Pflegedienste

eingesetzt. Hier scheint es sich um Konventionen zu handeln, die den Einsatz dieser klassischen Maßnahmen bedingen.

Weitere Optionen der Personalrekrutierung sind die Neueinstellung für Interessierte attraktiver zu gestalten. Solche Maßnahmen werden in den befragten ambulanten Diensten vergleichsweise selten genutzt. Dass außertarifliche Unterstützungsleistungen, wie die Übernahme von Maklergebühren bei der Wohnungssuche oder Umzugskostenübernahme, im Falle einer Einstellung übernommen werden, beantworteten 16,2 Prozent der Befragten tendenziell zustimmend. Einstellungsprämien anzubieten wurde von rund 10 Prozent der Befragten als voll bzw. eher zutreffend angegeben.

Einen anderen möglichen Aspekt in der Personalrekrutierung stellt die Steigerung der Mobilitätsbereitschaft dar. Wie an anderer Stelle ausgeführt wurde, sind der Mobilitätsradius der Pflegenden in den ambulanten Diensten sowie der Rekrutierungsradius der Pflegedienste auf die direkte Region begrenzt.

Bezogen auf die Aussage, ob die Mitarbeitenden der Beobachtung nach mobiler werden oder eine Abnahme der Mobilität wahrzunehmen ist, sind die Angaben der befragten ambulanten Dienste widersprüchlich. Beide Aussagen werden von einem ähnlich großen Anteil als tendenziell zutreffend eingeschätzt. Dies legt den Schluss nahe, dass ein Anteil der Mitarbeitenden sich in seinem Mobilitätsverhalten in die eine wie in die andere Richtung verändert, das Gros jedoch (66,6 Prozent bis 72,8 Prozent) in seiner Mobilität eher stabil bleibt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie viele ambulante Dienste Maßnahmen zur positiven Beeinflussung der Mobilitätsbereitschaft bzw. der Unterstützung der Mobilität der Mitarbeitenden vornehmen.

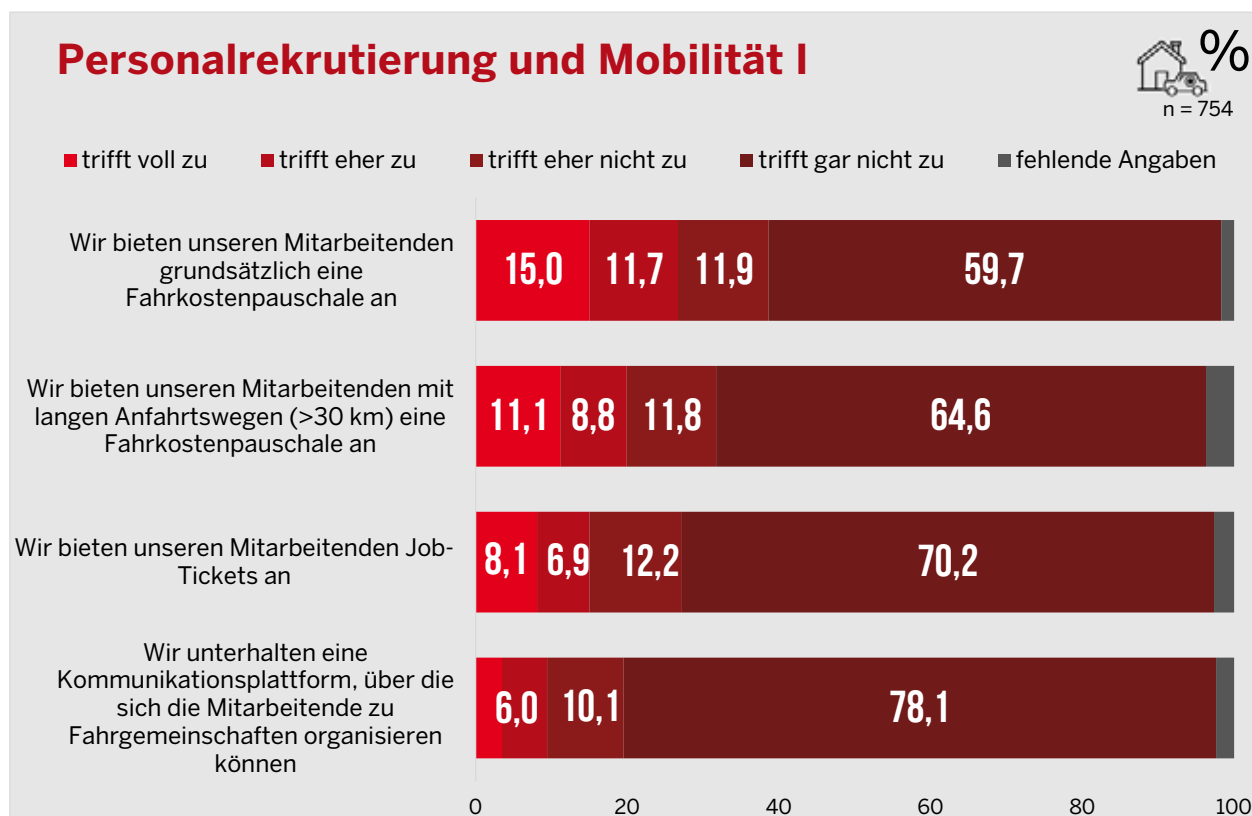


Abb. 34: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende ambulante Dienste

Lediglich 9,4 Prozent der befragten ambulanten Dienste gaben an, eine Kommunikationsplattform für Fahrgemeinschaften anzubieten. Den Mitarbeitenden Jobtickets anzubieten, wurde von 15 Prozent der befragten ambulanten Dienste als tendenziell zutreffend angegeben. Fahrkostenpauschalen für längere (über 30 Kilometer weite) Anfahrtswege werden den Auswertungen zufolge von knapp 20 Prozent der Dienste angeboten. Grundsätzliche Fahrkostenpauschalen werden von mehr als einem Viertel der befragten ambulanten Dienste an die Mitarbeitenden ausgezahlt. Insgesamt weisen die Zahlen darauf hin, dass der überwiegende Teil der ambulanten Pflegedienste vergleichsweise geringe Anstrengungen unternimmt, die Mobilität ihrer Pflegekräfte zu steigern bzw. bei bestehender Mobilitätsbereitschaft diese positiv zu unterstützen. Dennoch zeigen die Ergebnisse verglichen mit denen aus dem teil-/vollstationären Bereich ein größeres Engagement im ambulanten Feld, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und die Mobilität der Mitarbeitenden zu steigern.

Eine weitere Option, um die Attraktivität eines Arbeitsplatzes zu steigern, stellt die Bereitstellung von Immobilien dar. Dies ist, gerade in Abhängigkeit der jeweiligen Städteregeion, mit einem sehr hohen Kostenaufwand verbunden, der von

kleinen und mittleren Anbietern nicht wahrgenommen werden kann. Dementsprechend niedrig sind die Angaben, die eine solche Bereitstellung als zutreffend ausweisen. 2,8 Prozent der befragten ambulanten Dienste unterhalten demnach bereits Immobilien für ihre Mitarbeitenden und weitere 3,6 Prozent planen ein solches Angebot umzusetzen.

5.1.4 Ausstiegspotenziale der Fachkräfte ambulante Pflegedienste

Wie weiter oben beschrieben, zeichnet sich der Fachkräfteengpass für die befragten Dienste deutlich ab. Neue Mitarbeitende im Pflegebereich zu gewinnen, um eine angemessene Leistungsabdeckung zu erzielen, stellt sich als Herausforderung dar. Diese Problematik wird unter anderem auch durch die Mitarbeitenden verstärkt, die den Beruf bzw. die Einrichtung verlassen, sei es aufgrund persönlicher Umstände, Kündigungen oder des Renteneintritts. Im multifaktoriellen Angebots-Nachfrage-Modell (mAN) wird unterschieden zwischen dem Fluktuationspotenzial, das inter- und auch intrasektoriell besteht, und dem Ausstiegspotenzial, das temporär oder final bestehen kann.

Um das Ausstiegspotenzial für die final aus dem Beruf ausscheidenden Personen der ambulanten Pflegedienste quantifizieren zu können, wurden Fragen zu der Altersstruktur und dem Renteneintrittsalter der Mitarbeitenden gestellt.

Das Renteneintrittsalter ist abhängig von dem Geburtsjahr der Rentenbeziehenden. Nach § 235 des SGB VI bewegt sich die abschlagsfreie Regelaltersrente bei Personen, die zwischen 1953 und 1957 geboren wurden, zwischen 65 Jahren und sieben Monaten und 65 Jahren und elf Monaten. Personen, die ab 1958 geboren sind, sind ab dem 66. Lebensjahr berechtigt, eine abschlagsfreie Regelaltersrente zu beziehen. Mit jedem Jahr das, man später geboren wurde, steigt die Regelaltersgrenze um weitere zwei Monate. Ein vorheriger Renteneintritt ist unter der Bedingung möglich, dass in Abhängigkeit des Zeitraums zwischen dem verfrühten Renteneintritt und der eigentlichen Regelaltersgrenze die Höhe der Rentenansprüche vermindert ist (Deutscher Bundestag 25.07.1991).

In der Befragung wurden die ambulanten Dienste darum gebeten, das Alter der ersten zwei Personen, die im Berichtsjahr 2017 in Rente gingen, anzugeben. Von den antwortenden ambulanten Pflegediensten sind im Berichtsjahr 2017 insgesamt 185 Mitarbeitende in die Rente eingetreten. Mit 29,6 Prozent sind die meisten Mitarbeitenden im Alter von 63 Jahren in die Rente eingetreten. Die nächste Altersgruppe ist die der 65-Jährigen mit 24,2 Prozent. 63,5 Prozent der in die Rente eingetretenen Mitarbeitenden waren im Alter zwischen 63 und 65 Jahren. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter in dieser Stichprobe beträgt 63,6

Jahre. Die nachfolgende Tabelle weist die Altersstruktur nach Geburtenjahrgängen aus. Zu beachten ist, dass in der Tabelle die Regeleintrittsgrenze in Abhängigkeit von dem Geburtsjahr und dem Geburtsdatum in dem Geburtsjahr innerhalb von zwei Jahren variieren kann. Lediglich die Kohorte im Geburtsjahr 1958 hat eine Regelaltersgrenze, die exakt auf das 66. Lebensjahr bezogen ist und dementsprechend auf das Jahr 2024 beschränkt ist.

Altersverteilung der älteren Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten 		
n = 754		
Geburtsjahr	Personen Summe (unten: Mittelwert)	Erreichung der Regelaltersgrenze im Jahr ...
1960	877 (1,2)	2026 / 2027
1959	510 (0,7)	2025 / 2026
1958	444 (0,6)	2024
1957	337 (0,5)	2022 / 2023
1956	365 (0,5)	2021 / 2022
1955	261 (0,4)	2020 / 2021
1954	189 (0,3)	2019 / 2020
1953 oder früher	699 (0,9)	2018 / 2019

Tab. 14: Altersverteilung höhere Altersgruppen ambulante Dienste

Dies bedeutet mit Blick auf die Altersstruktur der Pflegekräfte in den ambulanten Pflegediensten, dass bei den antwortenden ambulanten Diensten allein 1.149 Personen beschäftigt sind, die 63 Jahre und älter sind und dementsprechend mit hoher Wahrscheinlichkeit aus den Betrieben in die Rente ausscheiden werden. Laut Pflegestatistik 2017 haben 2.400 Mitarbeitende der ambulanten Pflegedienste bereits die Regelaltersgrenze (in diesem Fall das 65. Lebensjahr) erreicht (Statistisches Bundesamt 24. Februar 2017). Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass 20 Prozent der im Berichtsjahr ausgeschiedenen Pflegekräfte das 63. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten und mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Dienst schieden.

Im Vergleich dazu lässt sich feststellen, dass in den alten Bundesländern der Anteil an ausgeschiedenen Mitarbeitenden aufgrund von Erwerbsminderung 18,2 Prozent im Jahr 2016 betrug (Deutsche Rentenversicherung 2017). Demzufolge ist der Anteil Pfleger, die in die Erwerbsminderungsrente eintraten, geringfügig höher als der Durchschnitt.

5.1.5 Einschätzung der SIS-Dokumentation ambulante Pflegedienste

Ein weiterer Aspekt der empirischen Befragungen im Rahmen der LbG NRW ist, dass aktuelle Fragestellungen aufgenommen werden, die sich mit spezifischen Entwicklungen in den Einrichtungen beschäftigen.

Im Rahmen der Initiative zum Bürokratieabbau in der Pflege wurde in einem mehrjährigen Projekt unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Verfahren zur Dokumentationsveränderung entwickelt, erprobt und begleitend umgesetzt. Der Pflegeprozess wird in dem Strukturmodell auf vier Schritte konzentriert. Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) stellt dabei eine Säule dar, in der die Ressourcen und Probleme der Pflegebedürftigen erhoben werden sowie die Nah- und Fernziele der pflegerischen Behandlung formuliert werden. Auf den Ergebnissen der SIS werden entsprechende individuelle Pflegemaßnahmen geplant, deren Durchführung dokumentiert und deren Ergebnisse evaluiert. Ein grundsätzlicher Aspekt des Strukturmodells und des SIS ist es, den bürokratischen Dokumentationsaufwand in der stationären und ambulanten Altenpflege zu reduzieren und Ressourcen für die Versorgung der Pflegebedürftigen freizusetzen (Kämmer und Kutschke 2017).

Informationsveranstaltungen und flankierende Maßnahmen wurden auch in Nordrhein-Westfalen umgesetzt. Im Rahmen der Befragung sollte eine Bewertung durch die Einrichtungen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich mit 83,6 Prozent der überwiegende Anteil der antwortenden ambulanten Einrichtungen über das Verfahren zur entbürokratisierten Pflegedokumentation intensiv informierte. Auch wurden die (u.a. vom Land NRW bereitgestellten) Informationsveranstaltungen von knapp drei Viertel der antwortenden ambulanten Dienste in Anspruch genommen (74,8 Prozent). Die Frage, ob diese Veranstaltungen die Entscheidung bezüglich der Implementation des neuen Verfahrens günstig beeinflussten, beantwortete knapp jede zweite Einrichtung mit „ja“.

Eine erfolgte Implementierung des Verfahrens wurde von rund 39 Prozent der befragten Einrichtungen bestätigt. Eine Implementation des Strukturmodells im Jahr 2018 wird von weiteren 28 Prozent der ambulanten Dienste angegeben. Den

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Ergebnissen zufolge schätzen die befragten ambulanten Pflegedienste sich als gut informiert ein.

Demzufolge scheint das Strukturmodell in der Fläche der ambulanten Pflegedienste des Landes bekannt zu sein. Eine Verbreitung der neuen Form der Pflegedokumentation ist den Angaben entsprechend im Prozess, wobei eine flächen-deckende Implementation auch in 2018 noch nicht zu erwarten ist.

Die ambulanten Pflegedienste wurden um ihre Bewertung bezüglich des Einsatzes und der möglichen Effekte der neuen Pflegeplanungs- und Dokumentationsform gebeten. Der Abbildung der Ergebnisse ist zu entnehmen, dass ein relativ großer Anteil der Pflegedienste keine Angaben vorgenommen hat. Dies liegt darin begründet, dass nur ein Teil der antwortenden Pflegedienste das Strukturmodell abschließend implementiert hat bzw. bereits belastbare Erfahrungen damit machen konnten.

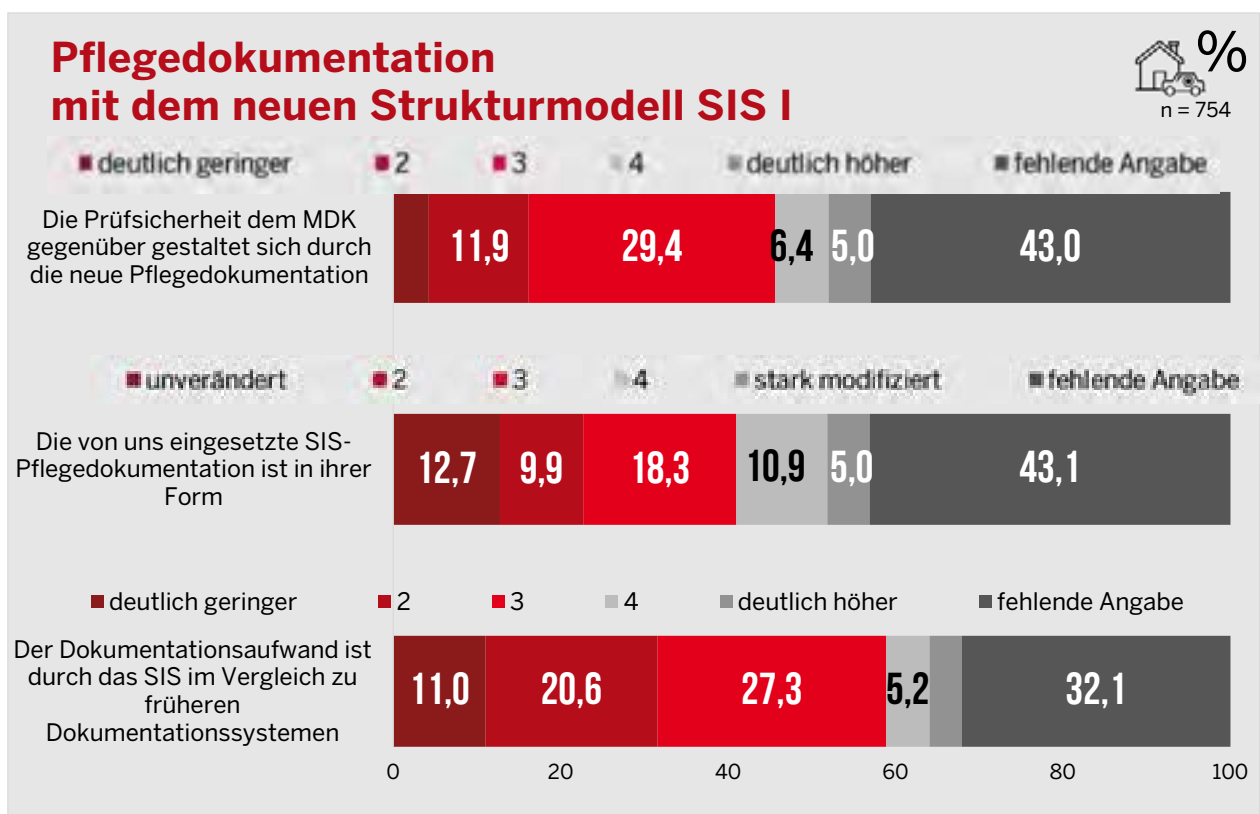


Abb. 35: Einschätzungen Pflegedokumentation ambulante Dienste

Ein für die ambulanten Dienste wichtiger Punkt ist die Prüfsicherheit der neuen Dokumentation dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen gegenüber (MDK). Den Angaben der Dienste zufolge hat sich diese nicht zum Negativen hin

verändert. Knapp 30 Prozent gehen davon aus, dass sich die Prüfsicherheit weder einfacher noch schwieriger als zuvor gestaltet. Der Anteil, der die Prüfsicherheit durch das Strukturmodell als vereinfacht erfährt, ist knapp 10 Prozentpunkte größer als der Anteil, der eine Erschwernis beobachtet.

Bezogen auf die Frage, ob die Form der SIS-Pflegedokumentation unverändert übernommen wurde, zeigen die von den befragten Diensten vorgenommenen Angaben, dass die Dokumentation bei dem Großteil in der Implementation moderat bis stark modifiziert wurde. Der Dokumentationsaufwand mit dem SIS im Vergleich zu den vorher eingesetzten Dokumentationssystemen wurde von 31,6 Prozent der antwortenden ambulanten Dienste als tendenziell bis deutlich geringer eingeschätzt.

Die Einschätzungen der antwortenden Einrichtungen weisen darauf hin, dass durch das SIS nur geringfügig mehr Zeit für die Betreuung der Klientinnen und Klienten frei wird. 16,6 Prozent gaben einen moderaten bis erheblichen Gewinn an frei gewordener Zeit durch die neue Dokumentation an. Ihnen stehen mit 16,6 Prozent aber gleich große Teile der Befragten gegenüber, die nur einen tendenziell geringen oder geringen zeitlichen Gewinn bemerken. Die Umsetzung der neuen Pflegedokumentation fällt den Angaben der Einrichtungen zufolge ebenso anspruchsvoll wie zuvor aus. In der Tendenz sind die Einschätzungen jedoch eher positiv, da 23 Prozent die Umsetzung der Pflegedokumentation als leicht bzw. eher leicht angaben.

Ein eindeutiges Bild zeigt die Einschätzung der ambulanten Dienste bezogen auf den Anspruch der sprachlichen Kompetenz der Mitarbeitenden für die Steuerung des Pflegeprozesses nach dem neuen Strukturmodell sowie der benötigten pflegefachlichen Kompetenz. Die sprachliche Anforderung wurde von 20,6 Prozent als mittelgradig eingeschätzt und von weiteren 36,1 Prozent als eher hoch und hoch. Die Einschätzungen über die notwendigen pflegefachlichen Kompetenzen zeigt eine ähnliche Verteilung. Dies hängt mit dem geringeren Grad an Standardisierung und fehlenden vorgefertigten Textbausteinen der neuen Pflegedokumentation zusammen. Diese bietet zwar eine hohe Flexibilität für die individuelle Ausgestaltung des Pflegeprozesses (Kämmer und Kutschke 2017), geht jedoch zugleich auch mit einer höheren sprachlichen und fachlichen Anforderung an die Pflegenden einher.

5.1.6 Vorbereitung auf das PflBRefG ambulante Pflegedienste

Das im Sommer 2017 verabschiedete PflBRefG führt zu umfassenden Veränderungen in der Ausbildungslandschaft der Pflegeberufe und wird sich nachhaltig

auf die Ausbildungsstrukturen auswirken. Das PflBRefG sieht eine generalistische Ausbildung für die ersten beiden Ausbildungsjahre vor und die Option zu einer thematischen und inhaltlichen Spezialisierung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger oder einer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerin bzw. einem Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger im dritten Ausbildungsjahr (Deutscher Bundestag 24.07.2017). Die für die theoretische und praktische Pflegeausbildung fundamentale Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist zum Zeitpunkt der Befragung nicht fertiggestellt wie auch zum Zeitpunkt der Berichtserstellung nicht verabschiedet.

Die Reform der Pflegeberufsausbildung bedeutet für alle Betriebe und Einrichtungen, die sich an der Ausbildung von Pflegenden beteiligen, ein hohes Maß an Veränderung. Im Rahmen dieser LbG NRW wurden die ambulanten Pflegedienste zu diesem Thema befragt. Zum einen sollten sie Einschätzungen zu Aussagen bezüglich der Position und Überlegungen ihrer Einrichtungen zum PflBRefG vornehmen. Auf der anderen Seite wurden sie zu dem aktuellen Stand möglicher Anpassungen bezogen auf das PflBRefG befragt.








Mit 55,2 Prozent haben etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen angegeben, dass für die Umsetzung der Pflegeberufereform ab 2020 neue Kooperationspartner benötigen werden, um die Einsatzgebiete für die praktische Ausbildung gewährleisten zu können. Ähnlich hoch ist mit 55,6 Prozent der Anteil der befragten ambulanten Pflegedienste, die angaben, nicht über den bisherigen Stand der gesetzgeberischen Verfahren vollumfänglich informiert zu sein.

Weniger als die Hälfte der antwortenden ambulanten Pflegedienste gab an, sich aktuell mit konkreten Vorbereitungsmaßnahmen für die Umsetzung der Pflegeberufereform zu beschäftigen. Während rund 40 Prozent der Einrichtungen sich auf die Übernahme der Gesamtverantwortung der praktischen Ausbildung vorbereiten, stellen sich knapp 37 Prozent der befragten Dienste auf die Änderung der Qualifizierung der Praxisanleitenden ein. Dass sich die befragten Einrichtungen auf eine mögliche Änderung der Ablauforganisation durch die Wahrnehmung vorbehaltlicher Tätigkeiten nach § 4 des PflBRefG vorbereiten, wurde von 35,4 Prozent der ambulanten Dienste mit „ja“ beantwortet.

Geringer noch sind die positiven Angaben zur Umsetzung des PflBRefG. So bereiten sich aktuell rund 34 Prozent auf eine Änderung der Ausbildungsverträge vor und weitere rund 30 Prozent gaben an, dass sie sich auf eine Änderung der kompetenzorientierten Ausbildungsnachweise vorbereiten. Lediglich 12,3 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste bereiten sich darauf vor, die Übernahme von heilkundlichen Aufgaben nach § 63 Absatz 3c des SGB V zu vermitteln.

Die erkennbare Tendenz, sich mit konkreten Vorbereitungen noch nicht zu beschäftigen, lässt auf verschiedenen Ursachen schließen, die hier nicht umfangreich diskutiert werden können. Das Fehlen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Zeitpunkt der Befragung stellt einen hemmenden Faktor dar, sich mit Vorbereitungen auseinanderzusetzen, die ggf. zu einem späteren Zeitpunkt neu angepasst werden müssten. Wie weiter oben beschrieben, scheinen die ambulanten Pflegedienste bezüglich der praktischen Ausbildung noch mit der Ausarbeitung und Optimierung ihrer bestehenden Strukturen beschäftigt zu sein, so dass weitere Veränderungsbemühungen unter noch ungeklärten Bedingungen eine geringere Priorität eingeräumt wird.

Die befragten ambulanten Pflegedienste wurden in dem Fragebogen gebeten, den Grad ihrer Zustimmung zu Aussagen bezogen auf Positionen zum PfIBRefG anzugeben. In der nachfolgenden Tabelle lässt sich die Tendenz der Antworten insgesamt zu den einzelnen Aussagen am arithmetischen Mittelwert ablesen. Die Skala reicht von eins bis fünf. Je niedriger der angegebene Wert ist, desto größer ist die Zustimmung der befragten Dienste zu der jeweiligen Aussage.

MITTELWERT		1	2	3	4	5	
Wir haben Mitarbeitende der Pflege auf anstehende Veränderungen durch das PflB-RefG bereits informiert, n = 695	stimme voll zu		3,5				stimme gar nicht zu
Wir werden eine Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr herstellen, n = 680	stimme voll zu		3,2				stimme gar nicht zu
Wir befürworten die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr, n = 698	stimme voll zu		3,0				stimme gar nicht zu
Wir haben unserer Einschätzung nach ausreichend Zeit, um uns auf Veränderungen einzustellen, n = 698	stimme voll zu				2,8		stimme gar nicht zu
Wir werden die Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende überarbeiten und anpassen, n = 690	stimme voll zu				2,5		stimme gar nicht zu
Wir werden die Praxisanleitungskonzepte neuer Auszubildender überarbeiten und anpassen, n = 686	stimme voll zu				2,5		stimme gar nicht zu
Wir warten bezüglich der ersten Schritte die endgültigen Entwicklungen und Verabschiedungen der Ordnungsgebung ab, n = 698	stimme voll zu			2,0			stimme gar nicht zu



n = 754

Tab. 15: Einschätzungen über das PflBRefG ambulante Dienste

Niedrig fallen die Werte vor allem bezogen auf eine Kommunikation über die Veränderungen mit den Mitarbeitenden aus. Bezogen auf eine Spezialisierung der Schülerinnen und Schüler im dritten Ausbildungsjahr zeigt die Tendenz zur Mitte. Ähnlich verhält es sich bei der Einschätzung darüber, eine Spezialisierung selbst mit anzubieten. Diese Angaben drücken eine gewisse Unsicherheit darüber aus, was auf die ambulanten Dienste im Hinblick auf die Ausbildung zukommt. Tendenziell zustimmend gaben die befragten Einrichtungen an, dass die Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende überarbeitet bzw. angepasst werden sowie die Praxisanleitungskonzepte neuer Schülerinnen und Schüler ebenfalls angepasst werden. Die deutlichste Zustimmung der antwortenden Dienste findet die Aussage, dass mit den ersten Schritten, also der Planung, Organisation und Umsetzung der notwendigen Maßnahmen für die Implementierung der neuen Verordnungsinhalte, gewartet wird, bis die Rechtslage final ausdifferenziert und verabschiedet ist. Diese Zustimmung korrespondiert mit den oben beschriebenen Ergebnissen, die für die abwartende Haltung der ambulanten Dienste sprechen.

5.1.7 Zusammenfassung ambulante Pflegedienste

In der Übersicht der Ergebnisse der ambulanten Pflegedienste zeigt sich, dass sich die Personalsituation weiter verschärft hat und der Fachkräfteengpass manifest auftritt. Der Mangel an verfügbaren Pflegekräften wirkt sich zum einen auf das Wachstum der ambulanten Dienste sowie zum anderen auf die verfügbaren ambulanten Versorgungsleistungen für die Klientinnen und Klienten aus. Die Stellenbesetzungen erweisen sich als schwierig und es bestehen bei den meisten Diensten Ersatz- und z.T. deutliche höhere Veränderungsbedarfe bezogen auf das Pflegepersonal, als es in den anderen Sektoren der Fall ist. Die Ersatzbedarfe sind unter anderem durch den altersbedingten Renteneintritt sowie den Renten-eintritt aufgrund einer Erwerbsminderung bedingt.

Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass die Bemühungen der ambulanten Pflegedienste in der Personalgewinnung durch die regionalen Begrenzungen erschwert werden und für das Feld eine starke Konkurrenzsituation erzeugen. Das Gros der neu eingestellten Pflegenden hat die Dienste von anderen Einrichtungen oder Diensten aus dem regionalen Umfeld gewonnen. Die ambulanten Dienste nutzen vermehrt regional begrenzte Rekrutierungsmaßnahmen, die sie für sich als effektiv einschätzen. Darunter fallen gerade jene Maßnahmen, die auf einer persönlichen Kontaktaufnahme durch die Leitungen oder ihre Mitarbeitenden beruhen, sowie den eigenen Internetauftritt. Dementsprechend können sie die Stärken der eigenen Organisation besser bewerben und kommunizieren.

Vereinzelt sind Ambitionen bei den ambulanten Diensten vorhanden, die Mobilität der Mitarbeitenden zu steigern und somit den Rekrutierungsradius zu erweitern. Derlei Bemühungen sind aktuell noch eher selten zu beobachten, würden jedoch die Option bieten, sich als attraktiver Arbeitgeber im Pflegesektor zu positionieren und ggf. neue Rekrutierungsgebiete zu erschließen.

Befragt nach der neuen Pflegedokumentation zeigt sich, dass diese im Feld der ambulanten Dienste weitestgehend angekommen ist. Es ist zu beobachten, dass die Dienste sich damit aktiv auseinandersetzen und die überwiegende Mehrheit diese implementieren bzw. bereits eingeführt haben. Den Ergebnissen zufolge sind die Erfahrungen mit dem neuen Instrument in der Tendenz positiv und zeigen auch keine Schmälerung durch die sprachlichen und pflegefachlichen Anforderungen.

Die Ergebnisse der Befragung bezogen auf das PfIBRefG weisen auf eine aktuell noch eher zurückhaltende Position der ambulanten Dienste hin. Vorbereitungen für eine Umsetzung des PfIBRefG werden von einem kleineren Teil der Dienste wahrgenommen. Dieser Umstand hängt mit hoher Wahrscheinlichkeit an der zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht verabschiedeten Ausbildungs- und Prüfungsreform. Es fehlen noch verbindliche rechtliche Rahmenbedingungen, an denen sich die ambulanten Dienste als Ausbildungsträger orientieren könnten, wodurch die Umgestaltung der Ausbildungsstrukturen und -prozesse in der eigenen Organisation gehemmt wird.

5.2 TEIL-/VOLLSTATIONÄRE PFLEGEEINRICHTUNGEN

Die im Kapitel 3.2.2 vorgestellten Entwicklungen der teil-/vollstationären Einrichtungen weisen eine kontinuierliche Steigerung in diesem Sektor der Versorgung auf. Dies betrifft die Anzahl der Einrichtungen selbst, die der Beschäftigten sowie die der versorgten und betreuten Bewohnerinnen und Bewohner.

Das folgende Kapitel beinhaltet die Ergebnisdarstellung der Befragung der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen des Landes NRW. An der Befragung nahmen 626 Einrichtungen teil. Der Rücklauf ist gegenüber der LbG NRW 2015 stabil geblieben. Die Stichprobe ist als repräsentativ für die Einrichtungen des Landes einzuschätzen (vgl. dazu Kapitel 2.3.5).

5.2.1 Antwortende Einrichtungen

603 der 626 antwortenden Einrichtungen haben den Regierungsbezirk und die Postleitzahl in korrekter Form angegeben, sodass sie auswertbar waren. Die Fragebögen der 23 Einrichtungen, die diese Angaben nicht vornahmen, wurden in die Analyse der inhaltlichen Fragestellungen eingeschlossen, jedoch für die Ermittlung der Bedarfsprognose (Kapitel 4.1) exkludiert.

Von den antwortenden Einrichtungen gaben 5,5 Prozent an, einer öffentlichen Trägerschaft anzugehören. Mit rund 56 Prozent gab das Gros an, dass es sich in einer freigemeinnützigen Trägerschaft befindet. Die privaten Trägerschaften sind den Angaben entsprechend mit 34,2 Prozent vertreten.

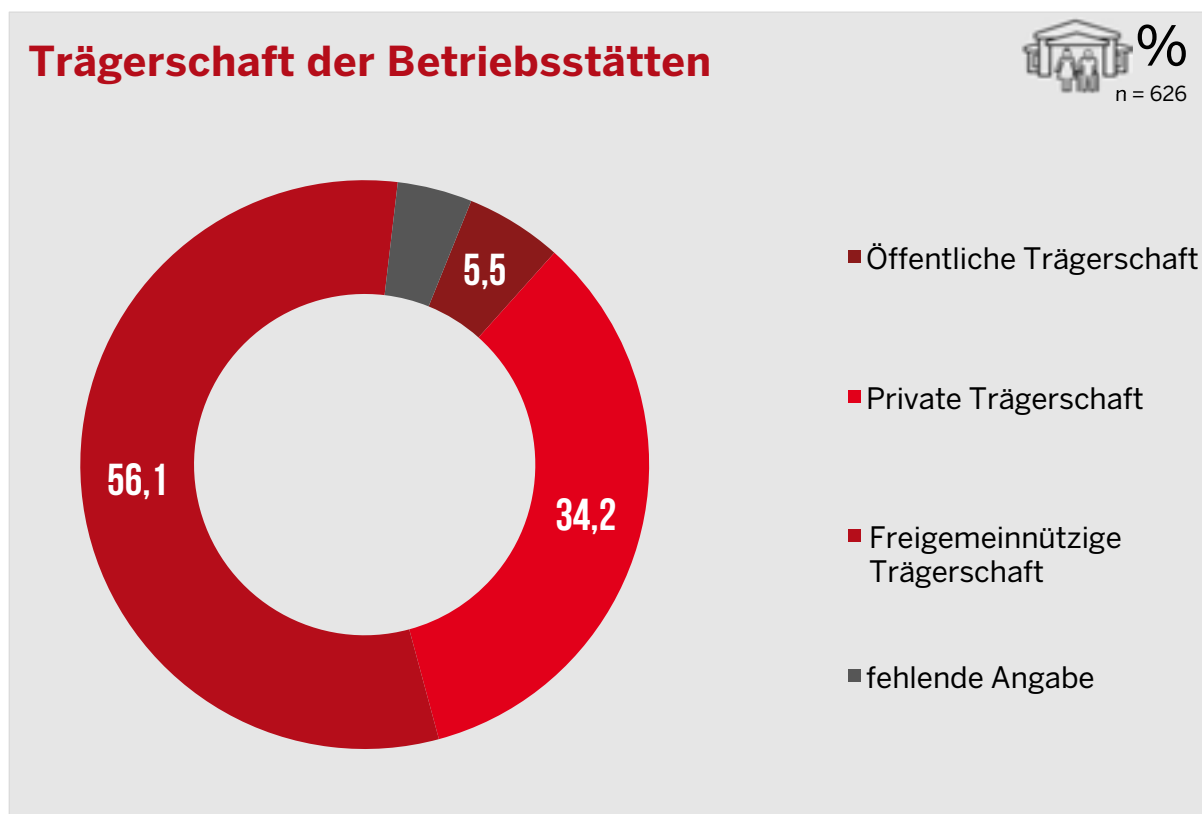


Abb. 36: Verteilung der Trägerschaften der teil-/vollstationären Einrichtungen

Befragt nach den Versorgungsangeboten der teil-/vollstationären Einrichtungen weisen die Antworten 79,5 Prozent vollstationäre Pflege aus, 59,2 Prozent verfügen über eine integrierte Kurzzeitpflege. 7,2 Prozent sind in der solitären Kurzzeitpflege eingebunden und 21,6 Prozent unterhalten Servicewohnen / betreutes Wohnen. 27,7 Prozent verfügen über eine Tagespflege/Nachtpflege. Spezialisierte Bereiche, wie eine angeschlossene ambulante Wohngemeinschaft / Demenz-WG, finden sich selten. Hier sind es numerisch 22, was 3,5 Prozent der Antworten entspricht. Spezialisierte gerontopsychiatrische Bereiche / Pflegeoasen werden in der Stichprobe von 5,8 Prozent (N=37) unterhalten. Die Verbindung zur ambulanten Pflege durch einen angeschlossenen Dienst haben in der Stichprobe 60 Einrichtungen (9,4 Prozent) realisiert. Der niedrigste Bereich entfällt auf eine spezialisierte Wachkomaeinheit. Diese wird von 1,6 Prozent (N=10) Einrichtungen angeboten.

Die antwortenden teil-/vollstationäre Einrichtungen versorgen gemeinsam knapp 49.000 pflegebedürftige Personen. 80 Prozent der antwortenden Einrichtungen gaben an, mindestens 50 Bewohnerinnen und Bewohner zu versorgen. Jede vierte antwortende Einrichtung versorgt mindestens 100 Personen.

Den Einschätzungen zufolge weist rund die Hälfte aller versorgten Personen eine demenzielle Veränderung auf. Trotz der oben beschriebenen hohen Dichte an demenspezifischen Versorgungsangeboten lässt sich aus den Zahlen nicht ableiten, ob diese Angebote für den relativ großen Bedarf als ausreichend zu bewerten sind.

5.2.2 Personalsituation teil-/vollstationäre Einrichtungen

Wie in dem Bereich der ambulanten Pflegedienste, so herrscht auch in der stationären Altenpflege ein Mangel an Fachkräften. Einer aktuellen, bundesweiten Studie zufolge sind in den teil-/vollstationären Einrichtungen rund 17.000 Stellen offen und direkt zu besetzen. Davon entfallen 14.000 Stellen auf dreijährig ausgebildete Pflegekräfte (Isfort et al. 2018). In Kapitel 4 sind die Personalkennzahlen dezidiert beschrieben und unterstreichen den Personalengpass in der stationären Langzeitpflege.

Den Angaben der in dieser LbG NRW befragten Einrichtungen zufolge meldeten lediglich ein Drittel von ihnen neu zu besetzende Arbeitsstellen für den Pflegebereich der Agentur für Arbeit, was sich mit den Ergebnissen des Pflege-Thermometers 2018 deckt (ebd.). Dementsprechend ist der Fachkräfteengpass in den teil-/vollstationären Einrichtungen deutlich höher einzuschätzen, als es in amtlichen Statistiken über die Anzahl der als offen gemeldeten Stellen anzunehmen ist.

Neben den ermittelten Bedarfen sind auch die Einschätzungen der Einrichtungen zu der aktuellen Personalsituation für die Aufrechterhaltung der Leistungsangebote von Bedeutung. Im nachfolgenden Themenkomplex wurden Aussagen durch die antwortenden Einrichtungen bezüglich des Grads der Zustimmung eingeschätzt.

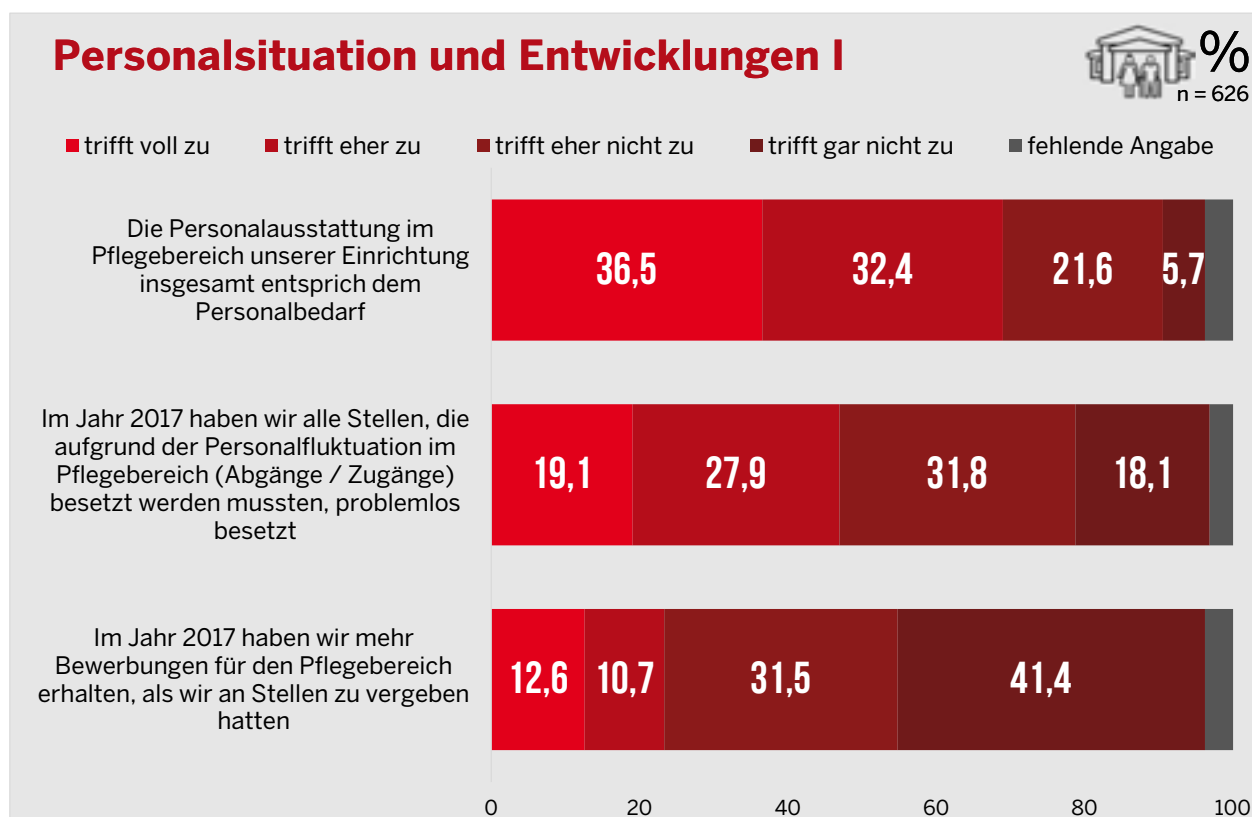


Abb. 37: Personalausstattung und Personalbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen

Knapp 69 Prozent gaben ihre volle bzw. überwiegende Zustimmung dazu an, dass die Personalausstattung im Pflegebereich dem eigenen Personalbedarf entspricht. Dieser Wert liegt im Vergleich zu dem der ambulanten Pflegedienste um rund 25 Prozent höher. In der LbG NRW 2015³⁴ lag der kombinierte Zustimmungswert der teil-/vollstationären Einrichtungen noch bei 77,5 Prozent (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Dies ist ein erstes Indiz für eine Zunahme der Fachkräfteproblematik auch in diesem Versorgungssektor.

Geringer fällt die Zustimmung bezogen auf die Frage aus, ob die in 2017 durch Personalfuktuation offen gewordenen Stellen in der Pflege problemlos besetzt werden konnten. Hier sind es noch 47 Prozent, die diese Aussage als voll bzw. eher zutreffend einstufen, wohingegen es 2015 noch 53,7 Prozent waren. Die

³⁴ Die LbG NRW stellt alle zwei Jahre jeweils eine eigene Querschnittserhebung dar, so dass die Veränderungen der Angaben nicht direkt und alleine auf eine veränderte Bewertung der Einrichtungen zurückzuführen sind, sondern durch unterschiedlich teilnehmende Einrichtungen differenziert betrachtet werden kann.

Bewerberlage und damit die Möglichkeit, Personal auszuwählen, sinkt. Knapp drei Viertel der antwortenden Einrichtungen gaben an, dass es überhaupt nicht bzw. eher nicht zutreffend ist, dass sie im Berichtsjahr 2017 mehr Bewerbungen erhalten haben, als dass sie offene Stellen zu vergeben hatten. Der Anteil der negativen Bewertung ist im Vergleich zu 2015 um rund 14 Prozent gestiegen (ebd.). Dies bedeutet im Rückschluss, dass die Auswahloptionen an Fachkräften für die Einrichtungen begrenzt sind und sukzessive abgenommen haben.

Für die Personalsituation der teil-/vollstationären Einrichtungen sind die Änderungen durch das in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz II von herausgehobener Bedeutung. Der Umstieg von den drei bzw. vier Pflegestufen auf die fünf Pflegegrade sowie die Implementation des neuen Begutachtungsverfahrens führen zu mehr Pflegegeld- und Sachleistungsempfängerinnen und -empfängern sowie auch zu Mehreinnahmen der teil-/vollstationären Einrichtungen (Rothgang et al. 2017).

Dies wirkt sich den Angaben der befragten Einrichtungen zufolge auch auf den Personalbestand aus. Rund die Hälfte (50,9 Prozent) der Einrichtungen weist aus, dass der Personalbestand gestiegen ist, nachdem die Pflegestufen in die Pflegegrade überführt wurden und die Anpassungen des zusätzlichen Personals finanziert wurden. Zudem weisen die Angaben darauf hin, dass eine Personalbestanderhöhung nach erzielten Mehreinnahmen vollzogen wird. Mit 20,9 Prozent ist es hier etwas mehr als jede fünfte Einrichtung, die diese Entwicklung nicht vollzogen hat. Ein Grund dafür kann eine Zurückhaltung der Neueinstellung sein, um den Personalbestand nicht zu stark zu steigern, wenn prospektiv mit einer Reduzierung der Pflegegrade bei Neueinstufungen und damit mit einer Verringerung der Einnahmen gerechnet wird. 53,7 Prozent der antwortenden Einrichtungen äußerten ihre Befürchtung, es sei in der Tendenz zutreffend, dass sie aufgrund des Nachbelegungsrisikos ab 2018 bei gleichbleibendem Pflegebedarf Einbußen in den Einnahmen erfahren werden. Eine direkte Verbindung zur Personalstellenbesetzung ist hier jedoch in leicht geringerem Umfang zu beobachten. So gaben 39,2 Prozent an, dass sie bei einer Einnahmenminderung durch das Nachbelegungsrisiko auch eine Personalreduzierung erwarten.

Der Fachkräfteengpass in den Einrichtungen zeigt sich auch als betriebliches Risiko; dieses fällt jedoch schwächer aus als in den ambulanten Diensten. 34,5 Prozent der Befragten sehen durch den Fachkräftemangel ein gehemmtes Wachstum. 15,1 Prozent sehen hier auch Auswirkungen auf Seiten der Versorgungssicherung. Sie gaben an, dass sie Anfragen von potenziellen Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund fehlender personeller Ressourcen ablehnen mussten.

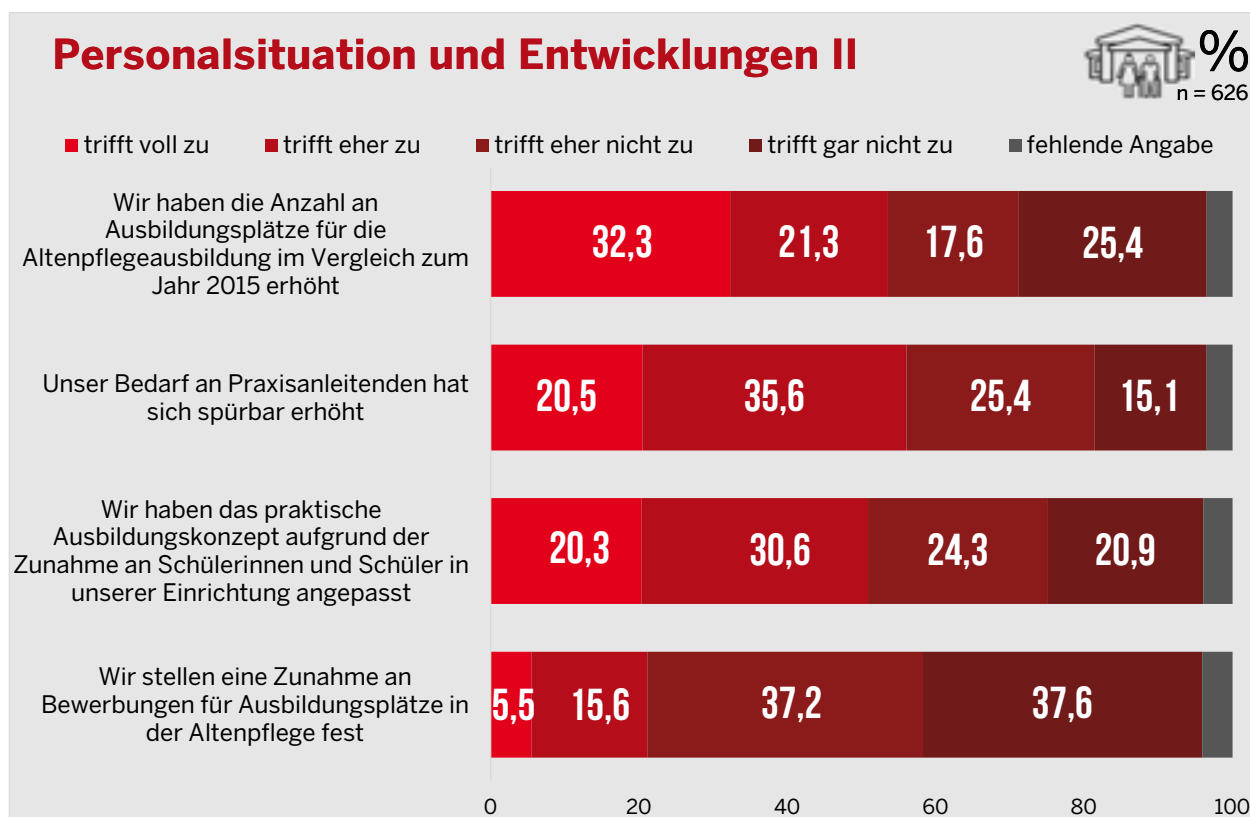


Abb. 38: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen

Der Fachkräfteengpass in der Kombination mit der Einführung der Ausbildungsumlagefinanzierung führen dazu, dass sich die teil-/vollstationären Einrichtungen vermehrt mit der Ausbildung von Altenpflegenden beschäftigen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018). Etwas mehr als die Hälfte der antwortenden Einrichtungen stimmte in der Tendenz der Aussage zu, dass sie im Vergleich zum Jahr 2015 im aktuellen Berichtsjahr 2017 mehr Ausbildungsplätze anbieten. Korrespondierend dazu gibt mit rund 56 Prozent ein ähnlich großer Anteil seine volle bzw. überwiegende Zustimmung an, dass sich in den Einrichtungen der Bedarf an Praxisanleitenden spürbar erhöht hat. Die Antworttendenzen zu den beiden Aussagen sprechen für die bestehende Bemühung der teil-/vollstationären Einrichtungen, die Ausbildungskapazität weiter auszubauen.

Ebenfalls rund die Hälfte der antwortenden Einrichtungen gab in kombinierten Zustimmungswerten an, dass sie das Ausbildungskonzept aufgrund der Zunahme von Schülerinnen und Schülern für die eigenen Häuser anpassen. Im Kontrast zu diesen Einschätzungen stehen die Angaben der Einrichtungen bezogen auf die Aussage, dass sie eine Zunahme von Bewerbungen für die Altenpflegeausbildung erhalten würden. Diese Aussage wird von knapp drei Viertel als eher

bzw. gar nicht zutreffend eingeschätzt. Dieses Verhältnis weist auf eine Diskrepanz hin, dass einerseits ein großer Anteil der Einrichtungen sich bemüht, mehr Ausbildungsplätze anzubieten, zugleich jedoch die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber sich nicht parallel zu dem Ausbildungsangebot entwickelt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Befragung der Bildungseinrichtungen zu diskutieren. Dort wird deutlich, dass auf einen Schulplatz in der Altenpflege nur knapp zwei Bewerbungen kommen.

Ein weiterer Aspekt, der für die Einschätzung der Personalsituation wichtig ist, ist der durch die Personalfluktuations hervorgerufene Anteil an Pflegepersonal, der ersetzt werden muss. Den Angaben zufolge muss jede vierte Einrichtung einen Anteil von unter 5 Prozent an Personal in 2017 ersetzen. Mit 41,7 Prozent mussten rund zwei von fünf der antwortenden Institutionen Ersatz für sechs bis 15 Prozent des Pflegepersonals finden. Einen Anteil von mehr als 20 Prozent ersetzen zu müssen, wurde von jeder sechsten Einrichtung angegeben. Die Angaben verdeutlichen das Ausmaß an Personalfluktuations in dem teil-/vollstationären Sektor, das im Vergleich zu den ambulanten Diensten jedoch geringer ausfällt.

Für die Steuerung der teil-/vollstationären Institutionen ist es eine bedeutende Frage, wie groß der Personalbedarf ist, um bestimmte betriebliche Ziele des eigenen Unternehmens erreichen zu können. Dieser Veränderungsbedarf muss durch qualifiziertes Personal gedeckt werden können.

In der nachfolgenden Abbildung sind die Häufigkeiten der Angaben visualisiert, in welchem Umfang die Einrichtungen einen Personalstellenaufbau bzw. -abbau für 2018 als notwendig erachten, um die betrieblichen Ziele erreichen zu können.

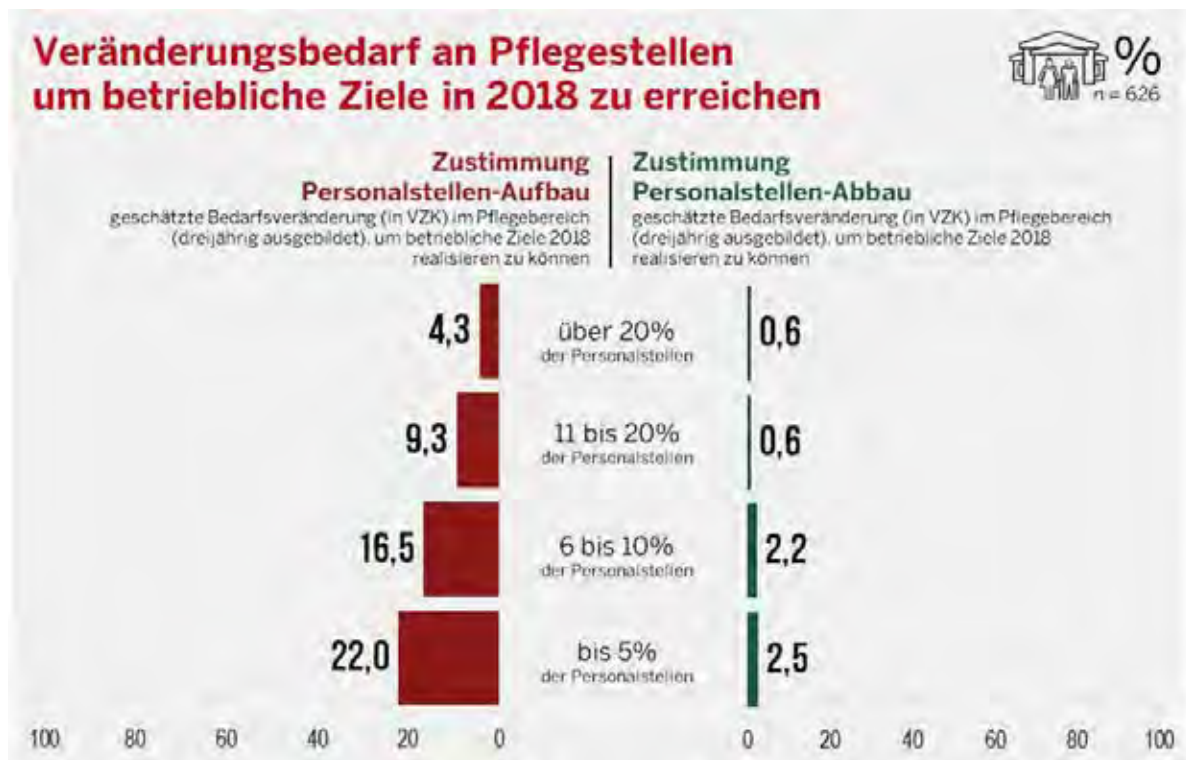


Abb. 39: Veränderungsbedarf teil-/vollstationäre Einrichtungen

Aus den Angaben wird ersichtlich, dass nur gut jede dritte Einrichtung keine Veränderung an ihrem Personalbedarf vornehmen muss. Somit ist im Sektor der teil/vollstationären Einrichtung mit einem weiter steigenden Bedarf zu rechnen.

Rund jede fünfte Einrichtung weist dabei einen angestrebten Personalstellenaufbau von bis zu 5 Prozent auf und jede siebte Einrichtung beziffert ihren notwendigen Aufbau auf höher als 10 Prozent. Einen Personalstellenabbau erwägt lediglich eine von 17 der antwortenden teil-/vollstationären Institutionen. Auch in diesem Bereich können die Betriebe, die einen Abbau anstreben, tendenziell vernachlässigt werden und stellen keine relevante Größe dar. Relativ sind die Veränderungsbedarfe geringer im Vergleich zu den ambulanten Diensten aber deutlich im positiven Bereich zu verorten.

5.2.3 Gewinnung und Sicherung von Fachkräften teil-/vollstationäre Einrichtungen

Die Personalsituation führt zu der Frage, wie sich Fachkräfte gewinnen lassen und was eine Einrichtung unternehmen kann, um die eigenen Fachkräfte zu halten.

Bezogen auf die Personalakquisition wurden die Einrichtungen befragt, aus welcher Einrichtung sie die im Berichtsjahr 2017 eingestellten Beschäftigten rekrutieren konnten.

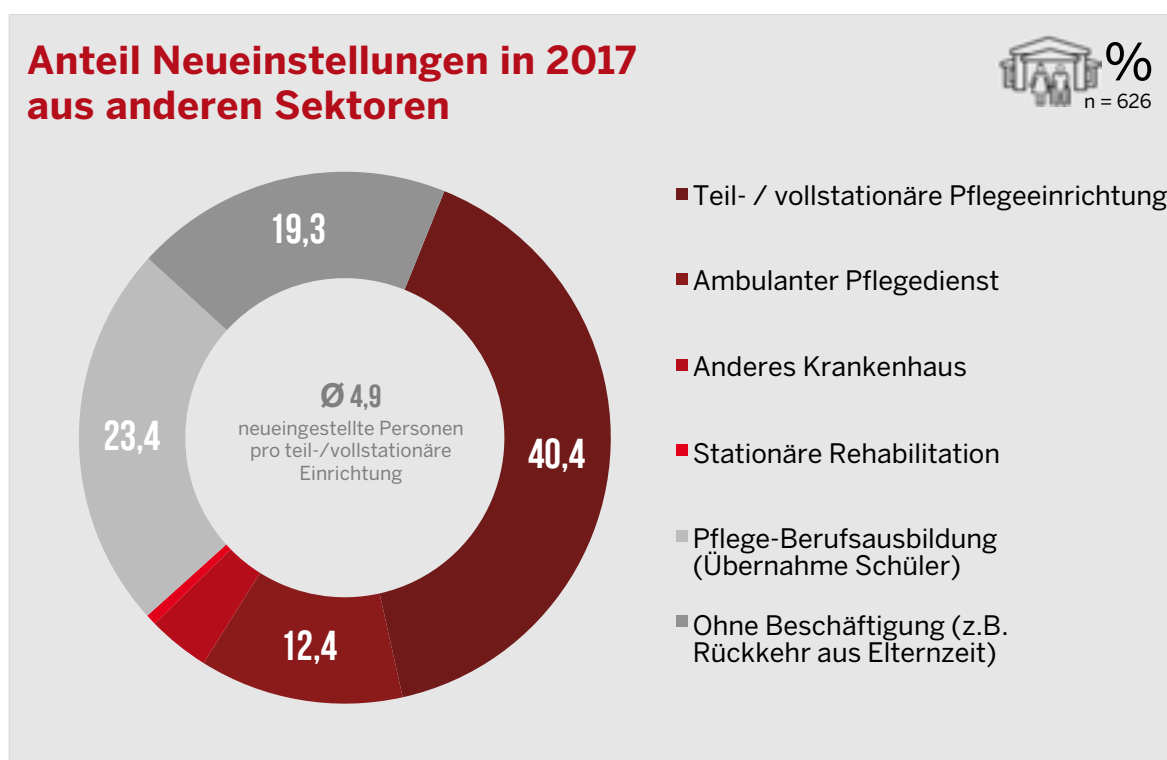


Abb. 40: Sektoren der Rekrutierung teil-/vollstationäre Einrichtungen

Den Angaben zufolge stellten die teil-/vollstationären Einrichtungen knapp fünf Personen je Einrichtung ein und damit nur minimal mehr als die ambulanten Pflegedienste. Rund 23 Prozent der eingestellten Personen konnte durch Schülerinnen und Schüler nach deren Ausbildungsabschluss gewonnen werden. Die Akquisition von Personen ohne vorheriges Beschäftigungsverhältnis (z.B. Rückkehr aus der Elternzeit) ist nur etwas geringer. Rund 40 Prozent und damit das Gros der neu eingestellten Pflegenden war vorher bereits bei einer anderen teil-/vollstationären Einrichtung beschäftigt. Damit macht die intrasektorielle Fluktuation den größten Teil der Rekrutierung aus. Weitere 12,4 Prozent waren zuvor bei einem ambulanten Pflegedienst angestellt. Eine Rekrutierung aus dem Sektor des Krankenhauses findet nur in geringem Umfang statt (in der Stichprobe waren es

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

bei 3.055 Angaben lediglich 115). Ebenso gering ist die Fluktuation aus dem Sektor der Rehabilitation. Die Angaben zeigen insgesamt, dass die antwortenden teil-/vollstationären Einrichtungen mehr Personal aus den Ausbildungsstätten beziehen können als die ambulanten Pflegedienste. Dies liegt jedoch in der unterschiedlichen Konzentration der Ausbildungsbemühungen der beiden Sektoren begründet. Dennoch wurde rund jede zweite Pflegekraft aus einer anderen stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung rekrutiert und muss dort wiederum ersetzt werden.

Die Einrichtungen wurden befragt, wie sie Rekrutierungsmaßnahmen in ihrer Effektivität einschätzen und welche sie einsetzen. Die nachfolgende Abbildung stellt die Einschätzungen über die Effektivität der Rekrutierungsmaßnahmen den Angaben über den eigentlichen Nutzungsgrad dieser Methoden gegenüber.

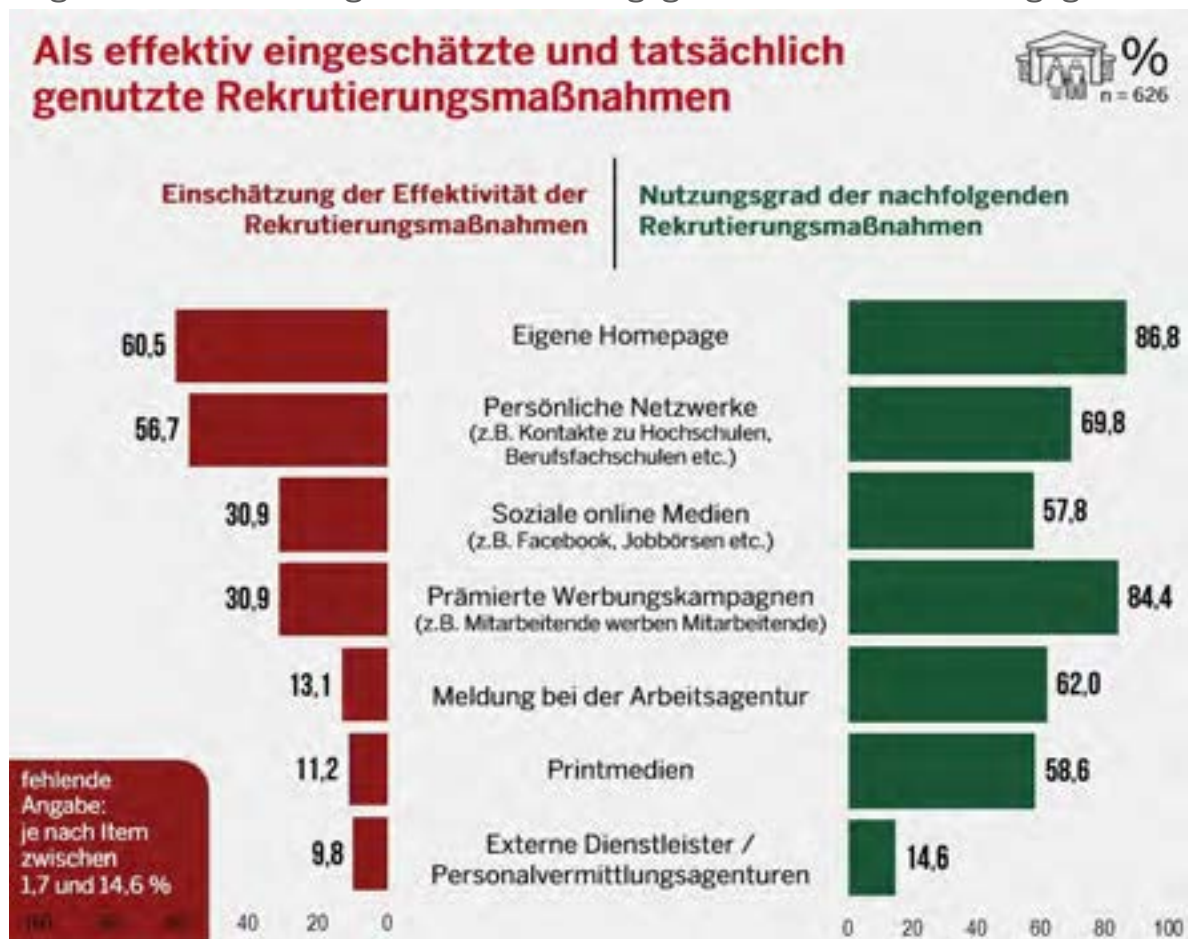


Abb. 41: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen teil-/vollstationäre Einrichtungen

Der Grafik ist zu entnehmen, dass die meisten Einrichtungen den Einsatz der eigenen Homepage als effektive Basis der Stellenausschreibung betrachten und auch einsetzen. Persönliche Netzwerke werden ebenfalls von mehr als der Hälfte

der antwortenden Einrichtungen als effektiv angesehen und auch in mehr als zwei Drittel der Fälle genutzt. Auffallend ist die vergleichsweise geringe Einschätzung der Effektivität von prämierten Werbekampagnen, die jedoch von rund 84 Prozent der antwortenden Einrichtungen genutzt werden. Die ambulanten Dienste nutzen diese Methode ähnlich häufig, schätzen sie aber deutlich effektiver ein. Ebenfalls auffallend sind die Angaben bezogen auf den Einsatz von Printmedien und die Meldungen bei der Arbeitsagentur. Beides wird als kaum effektiv erachtet, dafür jedoch häufig genutzt. Dieser Umstand liegt am ehesten in den festgestellten Konventionen begründet, die „klassischen“ Methoden der Personalrekrutierung nicht ungenutzt zu lassen, ungeachtet ihrer potenziellen Effektivität. Ob hierbei auch Argumentationshilfen und -absicherungen gegenüber der Heimaufsicht (z.B. bei Unterschreiten der Fachkraftquote) oder der Geschäftsleitung sowie dem eigenen Personal eine Rolle spielen, kann mit den bestehenden Daten nicht beantwortet werden. Es wäre aber sinnvoll, dies in weiteren Befragungen zu ergründen, um die Diskrepanz zwischen Wirksamkeitseinschätzung und Nutzungsgrad aufklären zu können.

Die positive Einschätzung der Methoden mit vorwiegend regional ausgerichteten Charakter steht korrespondierend zu den Ergebnissen einer bundesweiten Befragung von teil-/vollstationären Diensten. Dort wurde der Mobilitätsradius der Mitarbeitenden im Pflegebereich erhoben und es zeigt sich, dass zwischen 86,1 und 91,1 Prozent der langjährigen sowie der neuen Pflegekräfte in einem Umkreis von bis zu 20 km zur Einrichtung wohnhaft sind (Isfort et al. 2018).

Die Einrichtungen stehen nicht nur vor der Aufgabe, möglichst wirkungsvoll neues Personal einzustellen, sondern auch bestehendes Personal zu halten. Eine Möglichkeit ist dabei die Steigerung der eigenen Attraktivität als Arbeitgeber durch außerordentliche Unterstützungsleistungen, wie z.B. die Übernahme von Maklergebühren oder Umzugskosten oder die Gewährung von Einstellungsprämien.

Bezogen auf beide Optionen zeigen die teil-/vollstationären Einrichtungen, dass ein solches Vorgehen eher nicht bzw. überhaupt nicht wahrgenommen wird. Lediglich 10,6 Prozent gaben an, dass sie Einstellungsprämien anbieten. Außertarifliche Unterstützungsleistungen werden von weniger als 10 Prozent als voll bzw. eher zutreffend eingeschätzt. Ähnlich wie bei den ambulanten Pflegediensten spielt das Vorhalten von Immobilien für die Mitarbeitenden eine sehr geringe Rolle für die teil-/vollstationären Einrichtungen, da der finanzielle und organisatorische Aufwand dementsprechend groß ist und für kleinere und mittlere Unter-

nehmen nur schwer realisierbar erscheint. 9,1 Prozent der antwortenden Einrichtungen gaben jedoch an, dass sie bereits Immobilien unterhalten, und weitere 6,8 Prozent planen, eigene Immobilien in Zukunft zu unterhalten.

Eine weitere Option ist die Steigerung bzw. Unterstützung der Mobilität der Mitarbeitenden. Wie aus der oben stehenden Abbildung deutlich wird, gaben die meisten Einrichtungen an, dass sie die Umsetzung der vorgegebenen Optionen für sich als eher nicht bzw. gar nicht zutreffend einschätzten. Lediglich die Unterstützungsleistung durch Job-Tickets wurde von knapp 18 Prozent der antwortenden Einrichtungen als in der Tendenz zutreffend gewertet.

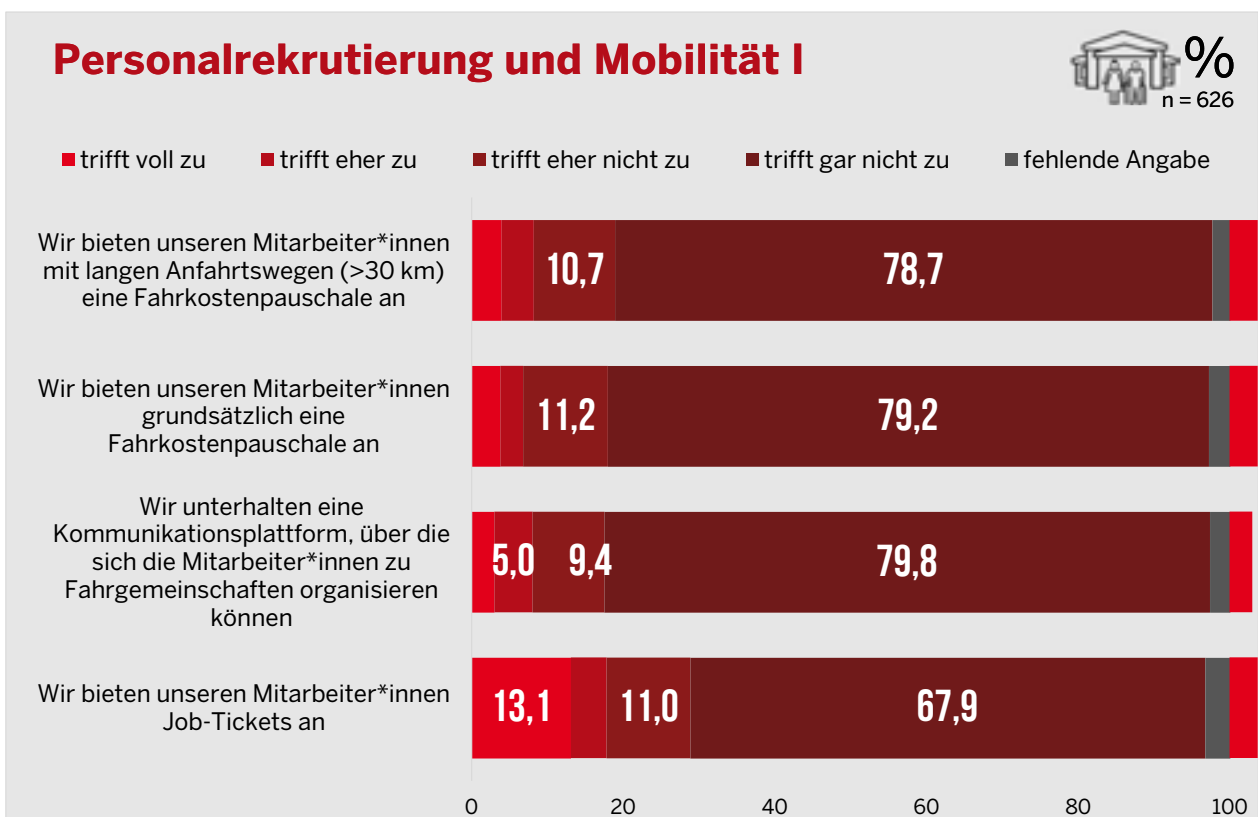


Abb. 42: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende teil-/vollstationäre Einrichtungen

Die vergleichsweise geringe Zustimmung zu den mobilitätsunterstützenden Maßnahmen kann durch den regionalen Radius der Rekrutierung der antwortenden Einrichtungen bedingt sein. Nur knapp 30 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen gaben an, dass es voll bzw. eher zutreffend ist, dass sie Personal auch aus größerer Entfernung (> 30 km) rekrutieren. Der Anteil der Einrichtungen, der aus dem direkten Umfeld (bis zu 10 km) Personal bezieht, liegt den Angaben entsprechend in der Tendenz bei knapp 60 Prozent.

Dementsprechend besteht keine Notwendigkeit in der Unterstützung der Mobilität, da das Gros der Mitarbeitenden in relativer Nähe zu der Einrichtung lebt.

5.2.4 Ausstiegspotenziale der Fachkräfte teil-/vollstationäre Einrichtungen

Ein Aspekt, der sich auf die Entwicklung der Personalbedarfe der Einrichtungen auswirkt, ist das altersbedingte Ausscheiden aus dem Beruf. Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden bezüglich der Altersstruktur ihrer Mitarbeitenden in der Pflege befragt. Die rechtlichen Vorgaben zur Erreichung der Regelaltersgrenze bzw. der Erwerbsminderungsrente sind in Kapitel 5.1.4 ausgeführt.

Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden gebeten, das Alter der ersten beiden im Berichtsjahr 2017 in Rente eingetretenen Mitarbeitenden anzugeben. Den Angaben nach sind aus den befragten stationären Langzeitpflegeeinrichtungen insgesamt 446 Personen in die Rente eingetreten. Das angegebene Alter der betroffenen Mitarbeitenden weist eine große Spanne auf und reicht von 20 bis 74 Jahren. Wie auch in den anderen Sektoren, treten die Renteneintritte am häufigsten im 63. Lebensjahr (33,9 Prozent) und danach im 65. Lebensjahr (30,5 Prozent) auf. Das arithmetische Mittel des erhobenen Renteneintrittsalters dieser Stichprobe liegt bei 63,3 Jahren. Der Anteil der Personen, die aufgrund einer verminderten Erwerbsfähigkeit früher in die Rente eintraten, beträgt 14,6 Prozent und liegt damit unter dem Durchschnitt aller Berufe in den alten Bundesländern (Deutsche Rentenversicherung 2017) sowie auch unterhalb des Durchschnitts bei den ambulanten Pflegediensten.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Altersstruktur der älteren Mitarbeitenden im Bereich der Pflege der teil-/vollstationären Einrichtungen aufgeführt. Sie weist die Anzahl der Pflegekräfte aus, die in den Jahren 1953 und früher sowie bis 1960 geboren wurden und in welchem Jahr sie die eigentliche Regelaltersgrenze erreichen werden³⁵. Darüber hinaus sind die Mittelwerte der Personen angegeben, die als Schätzer dienen, wie viele Mitarbeitende eines Geburtsjahrganges durchschnittlich pro Einrichtung angestellt sind.

³⁵ Die Regelaltersgrenze variiert in Abhängigkeit vom Geburtsjahr und kann theoretisch in einem von zwei aufeinander folgenden Jahren erreicht werden. Das Geburtsjahr 1958 sieht die Regelaltersgrenze mit genau 66 Jahren vor und ist damit allein auf das Jahr 2024 beschränkt.

Altersverteilung der älteren Pflegekräfte in den teil-/vollstationären Einrichtungen



n = 626

Geburtsjahr	Personen Summe (unten: Mittelwert)	Erreichung der Regelaltersgrenze im Jahr ...
1960	1.194 (1,9)	2026 / 2027
1959	898 (1,4)	2025 / 2026
1958	806 (1,3)	2024
1957	691 (1,1)	2022 / 2023
1956	667 (1,1)	2021 / 2022
1955	614 (1,0)	2020 / 2021
1954	399 (0,6)	2019 / 2020
1953 oder früher	738 (1,2)	2018 / 2019

Tab. 16: Altersverteilung höhere Altersgruppen teil-/vollstationäre Einrichtungen

Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass in den antwortenden Einrichtungen bereits 738 Personen die Regelaltersgrenze erreicht haben oder diese bis Ende Juli 2019 erreicht haben werden. Unter Berücksichtigung des ermittelten durchschnittlichen Renteneintrittsalters der Pflegekräfte in den teil-/vollstationären Einrichtungen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass auch die Jahrgänge 1954 und 1955 in den Jahren 2018/2019 frühzeitig in die Rente gehen.

5.2.5 Einschätzung der SIS-Dokumentation teil-/vollstationäre Einrichtungen

Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden um ihre Einschätzung bezogen auf Aussagen über die Dokumentation des neuen Strukturmodells bzw. der Strukturierten Informationssammlung (SIS) gebeten. Den Angaben der antwortenden Einrichtungen zufolge haben sich rund 90 Prozent über das Verfahren der entbürokratisierten Pflegedokumentation umfänglich informiert. Rund 86 Prozent gaben an, dass sie Informationsveranstaltungen zur Einführung des neuen Strukturmodells wahrgenommen haben. Dass diese Informationsveranstaltungen den Einrichtungen Impulse zu einer Entscheidungsfindung über die Implementation des neuen Verfahrens gegeben haben, wurden von rund 68 Prozent

mit „ja“ beantwortet. Zum Zeitpunkt der Befragung haben, den Angaben der Einrichtungen zufolge, 56,4 Prozent der Antwortenden die Pflegedokumentation nach dem neuen Strukturmodell bereits angepasst und umgesetzt. Ferner gab knapp ein Viertel der antwortenden teil-/vollstationären Einrichtungen an, dass sie planen, das neue Strukturmodell zur Pflegedokumentation in 2018 in der eigenen Einrichtung umzusetzen. Diese Einschätzungen stehen im Einklang mit den Angaben aus der LbG NRW 2015. Die Einrichtungen wurden zu jenem Zeitpunkt befragt, ob sie die Einführung einer neuen, weniger bürokratischen Pflegedokumentation befürworten, was mit 88,7 Prozent die überwiegende Mehrheit positiv bewertete (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Die Zustimmungswerte in dem teil-/vollstationären Sektor sind durchweg höher als in dem der ambulanten Pflegedienste. Dies verdeutlicht den im stationären Bereich empfundenen Handlungsdruck.

Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden zusätzlich um die Einschätzung vorformulierter Aussagen bezüglich ihrer Erfahrungen mit der neuen Pflegedokumentation gebeten. Bezogen auf die Prüfsicherheit gegenüber dem MDK weisen die Angaben der antwortenden Einrichtungen tendenziell auf eine Vereinfachung hin. Deutlicher fällt die Einschätzung aus, ob sich der Dokumentationsaufwand mit dem SIS im Vergleich zu dem vorher genutzten Dokumentationssystem verändert hat. Knapp 43 Prozent gaben an, dass der Aufwand geringer bzw. deutlich geringer geworden sei. Die Möglichkeit, die SIS-Dokumentation den Bedürfnissen der eigenen Institution anpassen zu können, wird von den meisten antwortenden Einrichtungen genutzt. Lediglich rund 16 Prozent gaben an, dass sie die SIS-Pflegedokumentation in ihrer ursprünglichen Form einsetzen.

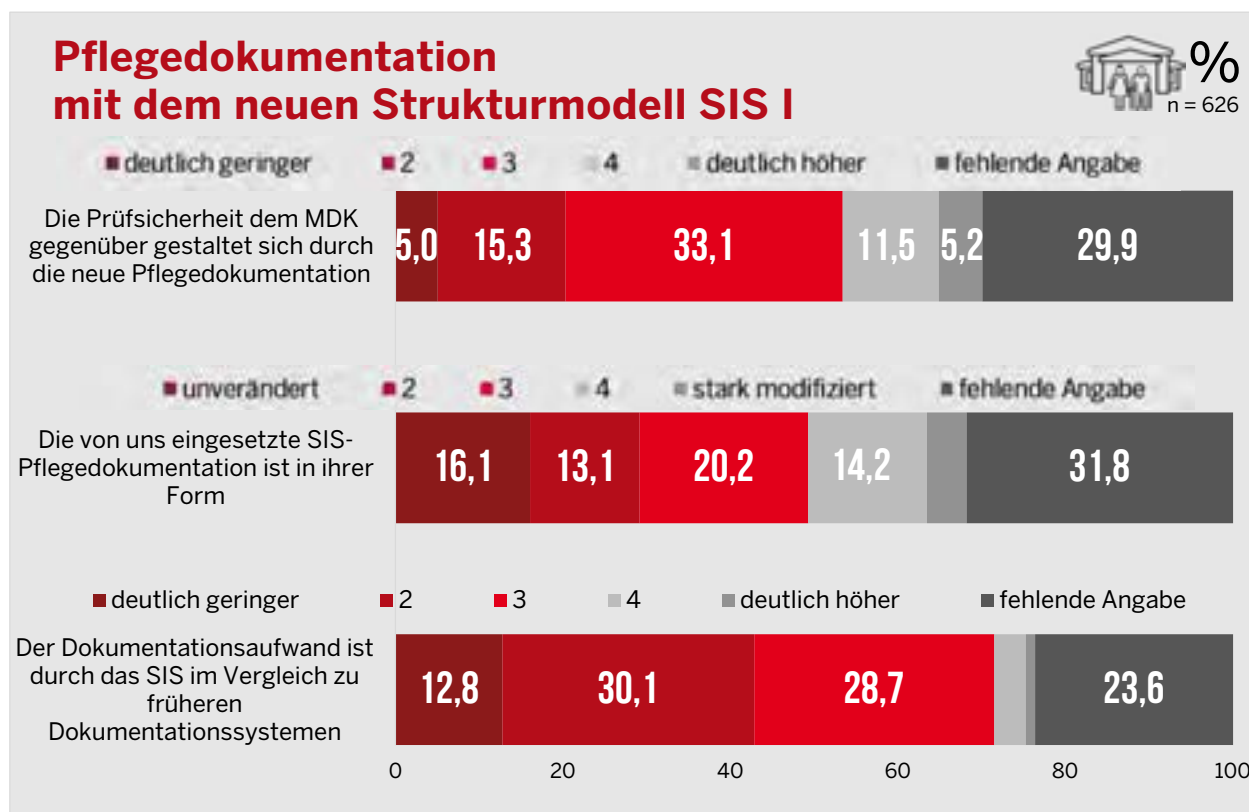


Abb. 43: Einschätzungen Pflegedokumentation teil-/vollstationäre Einrichtungen

In der Tendenz wird von rund jeder zweiten der antwortenden Einrichtungen die für die Steuerung des Pflegeprozesses nach dem neuen Strukturmodell benötigte sprachliche Kompetenz als hoch eingestuft. Größer noch ist mit 57 Prozent der Anteil der teil-/vollstationären Dienste, der für die Steuerung des Pflegeprozesses benötigte pflegefachliche Kompetenz als tendenziell hoch einschätzte. Knapp ein Drittel der antwortenden Einrichtungen gab an, dass die Mitarbeitenden die neue Pflegedokumentation eher leicht umsetzen können. Der Anteil derjenigen Institutionen, welche die Umsetzung weder als leicht noch als schwer umzusetzen einschätzt, beträgt knapp 26 Prozent.

Die Angaben der Einrichtungen bezogen auf die Aussage, dass durch die SIS-basierte Pflegedokumentation die Pflegekräfte mehr Zeit für die Betreuung ihrer Klientinnen und Klienten gewinnen, sind nicht eindeutig, weisen jedoch in der Tendenz eher in eine positiven Richtung. 23 Prozent schätzten den zeitlichen Zugewinn als in der Tendenz erheblich ein, 33 Prozent bewerten dies neutral und 17 Prozent der antwortenden Einrichtungen sehen einen eher geringen Gewinn.

Insgesamt zeigen auch hier die Einschätzungen des teil-/vollstationären Sektors positivere Erfahrungen mit dem neuen Strukturmodell, als es im ambulanten Pflegebereich der Fall ist.

5.2.6 Vorbereitung auf das PflBRefG teil-/vollstationäre Einrichtungen

Das PflBRefG hat für die Leistungsanbieter eine hohe Bedeutung. Insbesondere in der Altenpflege wurden durch Verbände, Einrichtungen sowie Schulträger primär kritische Diskussionen geführt. In der Summe können die Argumente zusammengeführt werden auf die Befürchtung, dass der Altenpflegerische Sektor ein „Verlierer der Reform“ werden könnte, wenn zahlreiche qualifizierte und generalistisch ausgebildete Pflegenden nicht in diesem Sektor der Versorgung Beschäftigung suchen. Befürchtet wird, dass die Krankenhäuser eine stärkere Konkurrenz werden könnten, was u.a. auch mit einem Lohngefälle in Verbindung gebracht werden kann. Die Problematik, dass die über zehn Jahre dauernde Diskussion und der schwierige Kommunikations- und Entscheidungsprozess insbesondere in der Altenpflege zu einem Akzeptanzverlust führte, wurde an anderer Stelle ausgeführt und im Pflege-Thermometer mit bundesweiten Daten untermauert (Isfort et al. 2017).

Wie weiter oben beschrieben wurde, deckt der teil-/vollstationäre Bereich annähernd ein Viertel seines Personalbedarfs mit Absolventinnen und Absolventen der kooperierenden Altenpflegefachseminare, die Nachwuchsgewinnung hat demnach einen hohen Stellenwert. Die teil-/vollstationären Einrichtungen wurden gebeten, Position zu Aussagen über das PflBRefG zu beziehen und vorformulierte Aussagen auf ihr Zutreffen hin einzuschätzen. Im Fokus stand dabei nicht eine Einschätzung und Bewertung des Verfahrens selbst; dies wurde in der LbG NRW 2015 erfasst. Betrachtet werden sollte die Frage nach dem Grad der konkreten Vorbereitung auf die Reform.

Lediglich 45,8 Prozent der Leitungen der teil-/vollstationären Einrichtungen gaben an, dass sie über den Stand des gesetzgeberischen Verfahrens vollumfänglich informiert sind. Dementsprechend ist mehr als jede zweite Einrichtung bezogen auf den laufenden Prozess, wie z.B. den der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, nicht auf einem aktuellen Stand.

Um in Zukunft das Pflegeberufegesetz umsetzen zu können und um die benötigten Einsatzgebiete der praktischen Ausbildung gewährleisten zu können, gaben 63 Prozent der Einrichtungen an, dass sie Kooperationspartner benötigen werden. 30,6 Prozent gaben an, dass sie keine neuen Kooperationen schließen müssen. Hier bestehen offenbar bereits hinreichende Möglichkeiten der Kooperation. Das Gros des teil-/vollstationären Sektors ist demnach für die Umsetzung der Pflegeberufereform noch nicht ausreichend vorbereitet.

Knapp 50 Prozent der antwortenden teil-/vollstationären Einrichtungen gaben an, dass sie sich auf die Übernahme der Gesamtverantwortung für die praktische Ausbildung, welche die Organisation der praktischen Einsätze einschließt, aktuell vorbereiten. Nur etwas geringer sind die Zustimmungswerte bezogen auf die Aussagen, dass sich die Einrichtungen auf eine Änderung der Qualifizierung der Praxisanleitenden vorbereiten (47,4 Prozent) und dass man sich ebenso auf eine mögliche Änderung von Abläufen vorbereitet, die durch die vorbehaltlichen Tätigkeiten von Pflegenden nach § 4 des PflBRefG entstehen werden (42,5 Prozent).

Knapp 40 Prozent der antwortenden Einrichtungen gaben an, dass sie sich auf eine Änderung der Ausbildungsverträge vorbereiten, die sich durch die Veränderungen der vertraglichen Grundlagen ergeben. Ein knappes Drittel bereitet sich den Angaben zufolge auf eine Änderung der Ausbildungsnachweise vor, die zukünftig auf einer Kompetenzorientierung basieren sollen. Dass sich die Einrichtungen auf die Option vorbereiten, heilkundliche Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c des SGB V zu vermitteln, wurde von lediglich 12,8 Prozent der antwortenden Einrichtungen bestätigt. Die Zustimmungswerte hierfür sind nur etwas höher als im ambulanten Pflegebereich und unterstreichen, dass für diese beiden Sektoren die Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten in der Pflege eine nachgeordnete Rolle spielt.

Die nachfolgende Tabelle weist in Mittelwerten die Antworttendenzen der teil-/vollstationären Einrichtungen zu bestimmten Aussagen über das PflBRefG aus. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass eine Informationsweitergabe über die anstehenden Veränderungen durch die Pflegereform in der Tendenz eher noch nicht stattgefunden hat. Anders als im Bereich der ambulanten Pflege zeigt das Antwortverhalten der teil-/vollstationären Einrichtungen, die Option zur Spezialisierung im letzten Ausbildungsjahr für die Schülerinnen und Schüler ermöglichen zu wollen. Bezogen auf die Befürwortung einer Spezialisierung, sind die Ergebnisse mittelwertnah. 37,9 Prozent sprechen sich für eine Spezialisierung im dritten Jahr aus, 34,5 Prozent dagegen.

Erkennbare Zustimmung zeigen die Angaben bezogen auf die Bereitschaft der antwortenden Einrichtungen, die Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende sowie die Praxisanleitungskonzepte für zukünftige Schülerinnen und Schüler zu überarbeiten. Wie auch in den anderen Sektoren, zeigt sich eine deutliche Tendenz in den Angaben der teil-/vollstationären Einrichtungen, dass einleitende Maßnahmen erst dann angestrebt werden, wenn die Verordnungen endgültig verabschiedet wurden.

Positionen zum Pflegeberufereformgesetz							n = 626
		1	2	3	4	5	
MITTELWERT							
Wir haben Mitarbeitende der Pflege über anstehende Veränderungen durch das PflBRefG bereits informiert, n = 581	stimme voll zu		3,4	●			stimme gar nicht zu
Wir werden eine Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr herstellen, n = 571	stimme voll zu		●		2,6		stimme gar nicht zu
Wir befürworten die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr, n = 583	stimme voll zu		●		3,0		stimme gar nicht zu
Wir haben unserer Einschätzung nach ausreichend Zeit, um uns auf Veränderungen einzustellen, n = 580	stimme voll zu		●		3,0		stimme gar nicht zu
Wir werden die Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende überarbeiten und anpassen, n = 579	stimme voll zu		●		2,1		stimme gar nicht zu
Wir werden die Praxisanleitungskonzepte neuer Auszubildender überarbeiten und anpassen, n = 578	stimme voll zu		●		2,0		stimme gar nicht zu
Wir warten bezüglich der ersten Schritte die endgültigen Entwicklungen und Verabschiedungen der Verordnungsgebung ab, n = 585	stimme voll zu		●		2,0		stimme gar nicht zu

Tab. 17: Einschätzungen über das PflBRefG teil-/vollstationäre Einrichtungen

Die Ergebnisse dieses Themenkomplexes zeigen gleichverteilt gegensätzliche Einschätzungen, welche das uneinheitliche Meinungsbild der Einrichtungen widerspiegelt. Diese Tendenz lässt sich auch in den Angaben der anderen Sektoren erkennen und spricht für die Verunsicherung über den Umgang mit der Pflegeberufereform zum Zeitpunkt der Befragung.

5.2.7 Zusammenfassung teil-/vollstationäre Einrichtungen

In der Gesamtschau der Ergebnisse der teil-/vollstationären Einrichtungen wird deutlich, dass die Personalsituation sich weiter verschärft hat. Die Personalausstattung an Pflegekräften wird schlechter bewertet als in 2015 und es fällt den Einrichtungen schwerer, die Ersatzbedarfe zu decken. Darüber hinaus ist die Bewerberlage bezogen auf ausgebildete Fachkräfte wie auch auf Auszubildende

nicht ausreichend und lässt eine nur geringe Auswahl bezogen auf die Rekrutierung zu. Die Ergebnisse zeigen ferner, dass die Einrichtungen ihre Bemühungen, Pflegefachkräfte auszubilden, weiter intensivieren. Die Ersatz- und Veränderungsbedarfe in der Personalausstattung sind jedoch tendenziell geringer als noch vor zwei Jahren und fallen deutlich niedriger aus als im ambulanten Sektor. Die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen des Personalmangels zeigen sich als nicht so gravierend, dass das Leistungsangebot der Einrichtungen in der Fläche darunter leiden würde. In Einzelfällen aber kommt es zu einem Belegungsstopp, der auf den Fachkräftemangel zurückzuführen ist.

Die Möglichkeiten, Personal zu gewinnen, sind unter den gegebenen Umständen schwierig. Die Rekrutierungsmaßnahmen sind überwiegend regional ausgerichtet, auch wenn rund ein Drittel der Einrichtungen aus großräumigen Bereichen rekrutiert. Wie auch die anderen Sektoren, präferieren die teil-/vollstationären Einrichtungen die Nutzung von Rekrutierungsmaßnahmen, die auf persönlichem Kontaktaufbau beruhen, um sich als Arbeitgeber positionieren zu können. Ähnlich wie der ambulante Sektor beziehen die Einrichtungen einen großen Teil ihrer neuen Pflegekräfte von anderen Einrichtungen aus dem direkten Umfeld und gleichen Sektor und tragen somit zu einer ausgeprägten Konkurrenzsituation um Mitarbeitende bei.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass von Seiten der Einrichtungen aktuell noch kaum Bemühungen bestehen, die Mobilität ihrer Mitarbeitenden zu unterstützen oder zu fördern. An dieser Stelle sind Potenziale offen, die zu einer Attraktivitätssteigerung der Einrichtungen beitragen könnten, um Pflegekräfte aus einem weiteren Umkreis anzuziehen und das eigenen Rekrutierungsgebiet systematisch und flankierend zu erweitern.

Bezüglich der neuen Pflegedokumentation verdeutlichen die Ergebnisse, dass das Gros der teil-/vollstationären Einrichtungen gut informiert ist und die Implementierung in der Fläche weit vorangeschritten ist. Die Erfahrungen der Einrichtungen fallen insgesamt positiver aus als die der ambulanten Dienste. Gerade die individuelle Anpassungsfähigkeit wird von den Einrichtungen aktiv genutzt, um sie den eigenen Bedürfnissen entsprechend anzupassen.

Die Vorbereitungen zur Umsetzung des PfIBReG werden von der Mehrheit der Einrichtungen aktuell noch nicht forciert. Aspekte wie die Übernahme der praktischen Ausbildungsverantwortung und die Veränderungen der Ausbildungsverträge werden von Teilen der Einrichtungen wahrgenommen. Die Ergebnisse deuten, wie auch bei den ambulanten Diensten, auf eine vornehmlich abwartende Haltung der Einrichtungen bezüglich des PfIBRefG hin. Dies hängt mit hoher

Wahrscheinlichkeit mit der zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossenen und verabschiedeten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zusammen. Die fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen sind als hemmende Faktoren für eine aktive Auseinandersetzung mit der Implementierung des PflBRefG zu verstehen.

5.3 KRANKENHÄUSER

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung der Krankenhäuser des Landes NRW vorgestellt und diskutiert. Die Einrichtungen sendeten insgesamt 117 ausgefüllte Fragebögen zurück, womit ein Rücklauf von 33,6 Prozent erreicht wurde. Die Anzahl der durch die Krankenhäuser zurückgesendeten Fragebögen ist etwas höher als in der LbG NRW 2015 (n=106).

5.3.1 Antwortende Einrichtungen

116 der 117 antwortenden Krankenhäuser haben Angaben zu dem Regierungsbezirk ihres Standortes vorgenommen und konnten dementsprechend eindeutig zugeordnet werden. Die Angabe zum Regierungsbezirk eines Krankenhauses konnte nicht klar ausgewertet werden. Die Angaben zu inhaltlichen Fragen und Aussagen wurden in der Datenauswertung dieses Teilbereiches mit eingeschlossen.

Die am häufigsten genannte Trägerschaft im Krankenhausbereich ist mit 55,6 Prozent die der freigemeinnützigen Träger. 34,2 Prozent der befragten Krankenhäuser sind in öffentlicher Trägerschaft und weitere 8,5 Prozent in privater Hand.

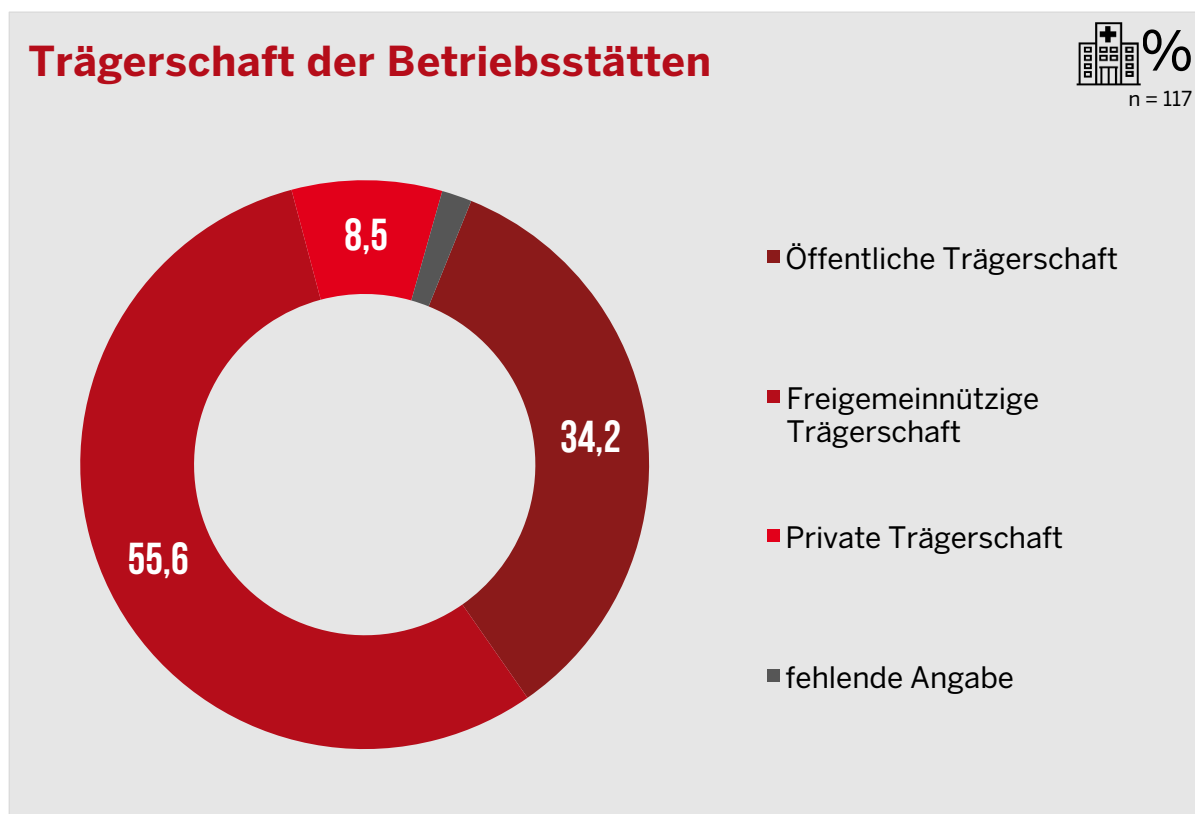


Abb. 44: Verteilung der Trägerschaften der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser wurden darum gebeten, ihre Planbettenkapazität anzugeben. 17,1 Prozent der antwortenden Krankenhäuser halten eine Kapazität von weniger als 50 bis unter 150 Betten vor. Eine Planbettenkapazität von 150 bis unter 300 Betten wurde von knapp 30 Prozent der Krankenhäuser angegeben. Ein knappes Viertel der Einrichtungen gab an, 300 bis unter 400 Betten besetzbar zu halten. Rund 28 Prozent der antwortenden Krankenhäuser gehören zu den größeren und maximal versorgenden Einrichtungen des Landes mit einer Planbettenkapazität von 400 bis mehr als 800 Betten.

Mit knapp 24 Prozent stellt die Gruppe der Krankenhäuser, die als Versorgungskategorie angegeben hat, ein Allgemeinkrankenhaus ohne Kinderklinik sowie ohne Geburtshilfe zu sein, den größten Anteil der antwortenden Einrichtungen dar. Es folgt ein Anteil von 19,7 Prozent der Krankenhäuser, die als Versorger Allgemein-krankenhäuser mit integrierter Geburtshilfe, jedoch ohne Kinderklinik sind. Die Psychiatrien und Gerontopsychiatrien sind mit 12,8 Prozent in der Stichprobe re-präsentiert. 12 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass es sich bei ihrer Einrichtung um ein Allgemeinkrankenhaus mit integrierter Geburtshilfe und einer Kinderklinik handelt. Der Anteil der Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung beträgt 10,3 Prozent. Alle anderen Versorgungsbereiche und Kombinationen sind in der Stichproben mit 0,9 bis 6,8 Prozent repräsentiert.



Abb. 45: Verteilung der Versorgungsangebote der antwortenden Krankenhäuser

5.3.2 Personalsituation Krankenhäuser

Angespannt ist die Personalsituation in Krankenhäusern primär bezogen auf Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende, wie die Kennzahlen aus Kapitel 4 deutlich machen. Die aktuelle Befragung zeigt, dass lediglich jedes zweite der antwortenden Krankenhäuser offene Stellen grundsätzlich der Arbeitsagentur meldet. Dementsprechend höher liegt die Anzahl der offenen Stellen im Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gegenüber der amtlichen Statistik.

In Abgrenzung zu den Sektoren der ambulanten Pflege sowie der teil-/vollstationären Pflege muss vorweggenommen werden, dass die Krankenhäuser einer stärkeren Marktregulierung unterliegen. Ein numerisches Wachstum des Versorgungsangebotes insgesamt, durch einen Ausbau der Anzahl der Krankenhäuser, wird aktuell nicht angestrebt; vielmehr bestehen Bemühungen, partielle Überversorgungen abzubauen (Bundesministerium für Gesundheit 17.12.2015). Dementsprechend steigt auch die Nachfrage nach qualifizierten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden nicht durch eine Zunahme der Einrichtungen, wie es in den Sektoren der ambulanten Pflege und der teil-/vollstationären Pflege der Fall ist.

Ein Neubedarf kann hier demnach nicht angenommen werden; die zusätzlichen Bedarfe ergeben sich durch interne Leistungsanpassungen, die mit einem Veränderungsbedarf einhergehen.

Die befragten Krankenhäuser nahmen zu Aussagen der Personalentwicklung Einschätzungen vor.

Den Angaben zufolge ist es für 52,1 Prozent der befragten Einrichtungen voll bzw. eher zutreffend, dass die Personalausstattung im Bereich der Pflege dem Personalbedarf insgesamt entspricht. Mit knapp 13 Prozent ist jedoch der Anteil, der dieser Aussage vollumfänglich zustimmt, deutlich geringer als im teil-/vollstationären Sektor (36,5 Prozent) und auch geringer als bei den ambulanten Pflegediensten (19,1 Prozent). Jedoch weicht diese Angabe nur 1,4 Prozentpunkte von dem Ergebnis der LbG NRW 2015 nach unten ab, was insgesamt für eine stabilere Ausgangssituation der Personalsituation gegenüber den anderen untersuchten Sektoren spricht.

Im Bereich der Intensivversorgung wird die Personalausstattung von mehr als zwei Dritteln der befragten Krankenhäuser in der Tendenz dem Bedarf entsprechend eingeschätzt.³⁶ Dass die durch die Personalfluktuations entstandenen Personalstellen in der Pflege problemlos nachbesetzt werden konnten, wurde von 56,4 Prozent der Häuser als eher bzw. gar nicht zutreffend angegeben. Die größten Problembereiche bezüglich der pflegerischen Personalabdeckung im Kontext der vorliegenden Bedarfe wurden für die Funktionsbereiche angegeben. Hier sind es zwei Drittel der Einrichtungen, die eine ausreichende Personalausstattung an Pflegekräften als tendenziell nicht gegeben betrachten.

³⁶ Die Befragung wurde im Vorfeld der diskutierten Ersatzvornahme zur Regelung einer Mindestpersonalbesetzung im Krankenhaus durch das Bundesgesundheitsministerium durchgeführt. Eine Bewertung der Aussage kann sich vor dem Hintergrund der geplanten Anpassungen einer Mindestbetreuungsrelation in- zwischen entsprechend verändert haben.

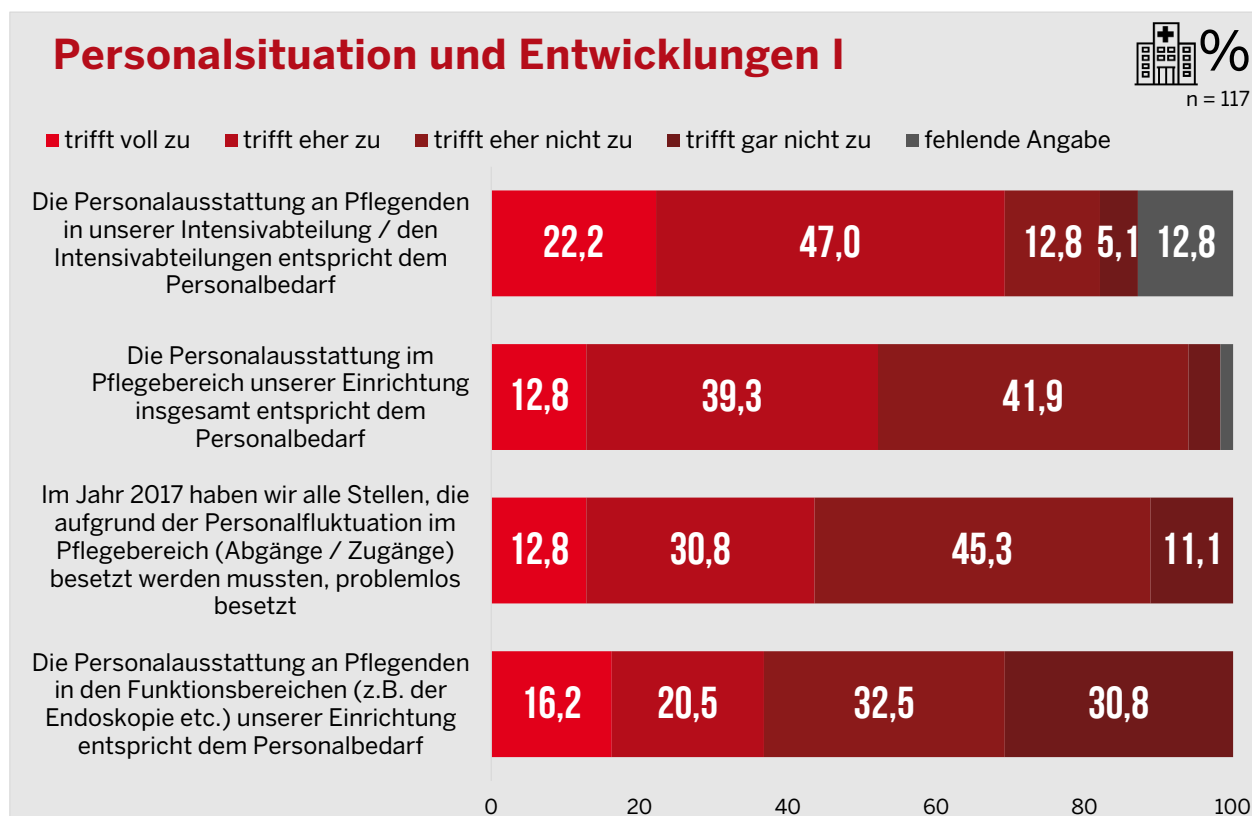


Abb. 46: Personalausstattung und Personalbedarf Pflege Krankenhäuser I

Die antwortenden Krankenhäuser gehen davon aus, dass sich durch die Einführung der Personaluntergrenzen in 2019 ein Mehrbedarf an Pflegekräften einstellen wird. 44,4 Prozent gaben dies als voll zutreffend an und weitere 22,2 Prozent als eher zutreffend. Eine Konsequenz aus dieser zu erwartenden Bedarfssteigerung ist die Intensivierung der Ausbildungsbemühungen. Der kombinierte Zustimmungswert bezogen auf die Aussage, dass die Ausbildungskapazität für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in der eigenen Einrichtung erhöht wird, beträgt knapp 65 Prozent. Sollte dies realisiert werden können, so würden erstmalig relevante Anpassungen in diesem Sektor vorgenommen werden, die sich ggf. auch positiv auf die Personalsituation in den ambulanten Diensten auswirken könnte, da dieser Sektor hohe Bedarfe an Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden hat, diese aber nicht durch eigene Qualifizierungen gewonnen werden können.

Die kombinierten Zustimmungswerte der Krankenhäuser zu den Aussagen, dass neue Pflegestellen im bettenführenden Bereich durch die Einrichtungen zusätzlich geschaffen wurden, sowie, dass neue Pflegestellen durch das Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet wurden, betragen jeweils um die 50 Prozent. Zu-

gleich bleibt jedoch das Problem bestehen, dass auch die neu geschaffenen Stellen mit Pflegekräften besetzt werden müssen. Im Kontext der Personalbesetzung werden durch die Krankenhäuser (insbesondere für die Bereiche der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation) auch Altenpflegende eingestellt. Diese werden jedoch in den amtlichen Statistiken nicht als eigene Gruppe ausgewiesen. Um quantifizieren zu können, ob dies singuläre oder eher generelle Entwicklungen sind, wurde zu diesem Aspekt der Personalbesetzung eine eigene Frage gestellt. Knapp 60 Prozent der Krankenhäuser stimmen zu, dass sie im Berichtsjahr 2017 Altenpflegende einstellten, was zu einer weiteren Verschärfung der Konkurrenzsituation um Fachkräfte mit altenpflegerischer Expertise über die Sektoren hinweg führt.

Die Ergebnisse zeigen ferner auf, dass sich die Bewerberlage im Vergleich zu den Angaben in der LbG NRW 2015 weiter verschlechtert hat. In 2015 konnten noch 43,4 Prozent der antwortenden Krankenhäuser voll bzw. eher zustimmen, dass mehr Bewerbungen bei ihnen eingegangen waren, als Stellen frei waren (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). In dem aktuellen Berichtsjahr beträgt der kombinierte Zustimmungswert noch 36,7 Prozent.

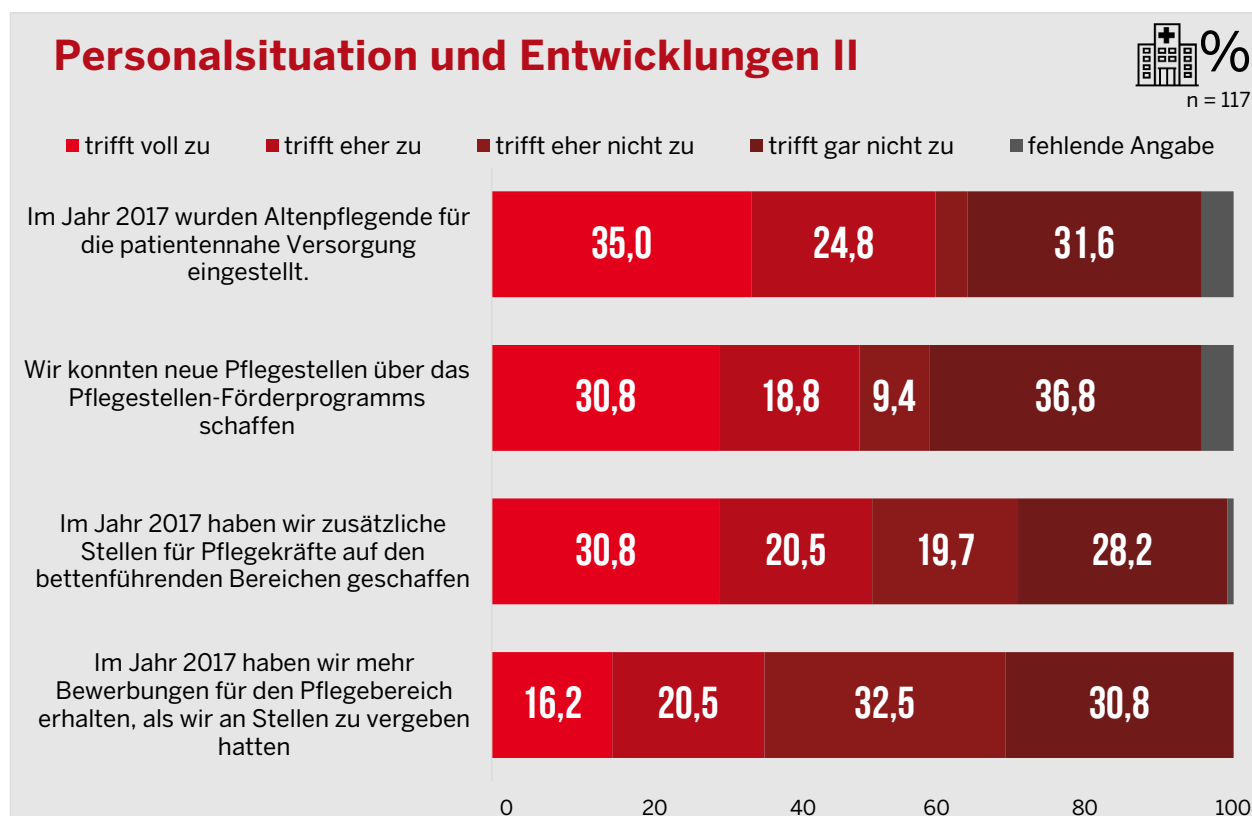


Abb. 47: Personalausstattung und Personalbedarf Pflege Krankenhäuser II

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Das zeigt an, dass der Engpass auch in den Krankenhäusern klar erkennbar angekommen ist und eine Personalauswahl nur bedingt erfolgen kann.

Neben dem großen Bereich der Pflege spielen auch die spezialisierten Berufe der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und des Hebammenwesens in der Versorgung in vielen Krankenhäusern eine zentrale Rolle.

In der nachfolgenden Abbildung ist dargestellt, wie groß der Anteil der Krankenhäuser ist, der die spezialisierten Berufsbereiche in der krankenhausinternen Personalstruktur integriert hat, sowie der Anteil, der diese Berufsgruppen ausgegliedert hat bzw. durch Dienstleister von extern bezieht. In aller Regel erfolgt eine Therapie dann auf Anforderungsschein. Dabei können auch Mischformen auftreten, bei denen Krankenhäuser einen eigenen Bestand an Mitarbeitenden eines bestimmten Bereiches integriert vorhalten, sich jedoch noch weitere Leistungen hinzukaufen, wenn diese benötigt werden, wie es am Beispiel der Physiotherapie deutlich wird. Die folgende Abbildung illustriert die Verteilung der Krankenhäuser, die die unterschiedlichen Spezialbereiche ein- bzw. ausgegliedert haben.

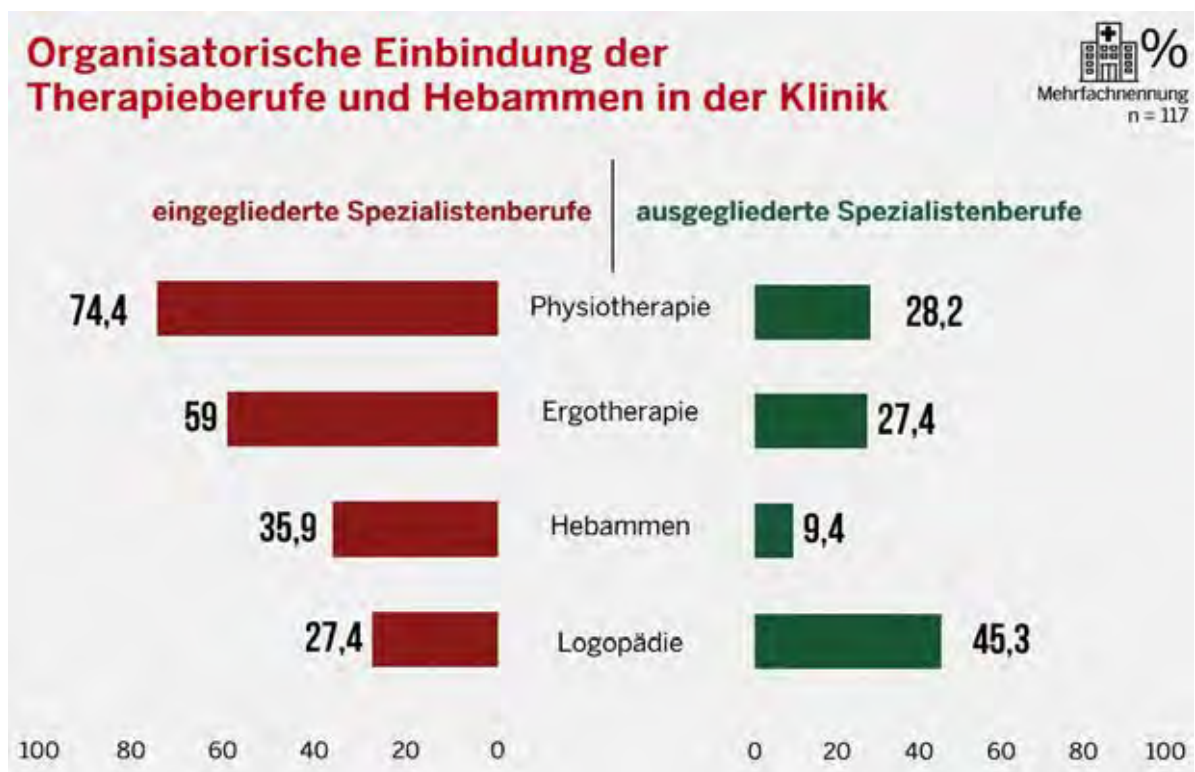


Abb. 48: Ein- und ausgegliederte Anteile Therapieberufe Krankenhäuser

Drei Viertel der befragten Einrichtungen gaben an, dass sie die Physiotherapie durch eigenes Personal sicherstellen. Die Physiotherapie kann daher als Kernaufgabe mit benannt werden. Der Anteil der Krankenhäuser, der die Physiotherapie von extern bezieht, beträgt knapp 30 Prozent. Sechs Prozent davon verfahren nach einem wie oben beschriebenen Mischmodell.

Die Ergotherapie wird ebenso von knapp 60 Prozent durch das krankenhauseigene Personal abgesichert. Ergotherapeutische Leistungen von externen Dienstleistern werden den Angaben zufolge von rund 27 Prozent der antwortenden Krankenhäuser in Anspruch genommen.

Hebammen werden von knapp 36 Prozent der Krankenhäuser als eigenes Personal angestellt; 9,4 Prozent der befragten Einrichtungen sichern die geburtshilflichen Leistungen von extern, über Beleghebammen, ab.

Mit etwas mehr als einem Viertel der antwortenden Krankenhäuser gab der geringste Anteil an, eigene Logopädinnen und Logopäden zu beschäftigen. Zugleich ist es der Berufsbereich, in dem mit rund 45 Prozent der größte Anteil der befragten Einrichtungen angab, Dienstleistungen von extern zu nutzen.

Diejenigen Krankenhäuser, die angegeben haben, Spezialtherapeuten und/oder Hebammen zu beschäftigen, wurden für die Einschätzungen der Personalsituation in den jeweiligen Berufsbereichen gesondert ausgewertet. Die Einrichtungen sollten je nach Berufsbereich beurteilen, wie zutreffend die vorformulierte Aussage ist, dass die Personalausstattung dem Personalbedarf der Einrichtung insgesamt entspreche.

Rund 70 Prozent der Krankenhäuser gaben an, dass sie eine Passung bezogen auf die personelle Ausstattung in dem Bereich der Physiotherapie beobachten. Über die Bereiche der Logopädie und der Ergotherapie wurden ähnliche Einschätzungen vorgenommen. Auffallend ist der Bereich des Hebammenwesens. Hier gaben 57,2 Prozent der befragten Krankenhäuser an, dass die Personalausstattung mit Hebammen für die eigentliche Bedarfsabdeckung nicht ausreicht. Belastbare Kennzahlen sind aktuell nicht vorhanden, werden jedoch z.T. im Projekt HebAB.NRW der Hochschule für Gesundheit Bochum erhoben.

Mit Ausnahme des Hebammenwesens, das vergleichbare Beurteilungen aufweist wie die pflegerische Personalausstattung, werden die Therapieberufe demnach im Kontext der Personalausstattung deutlich besser bewertet.

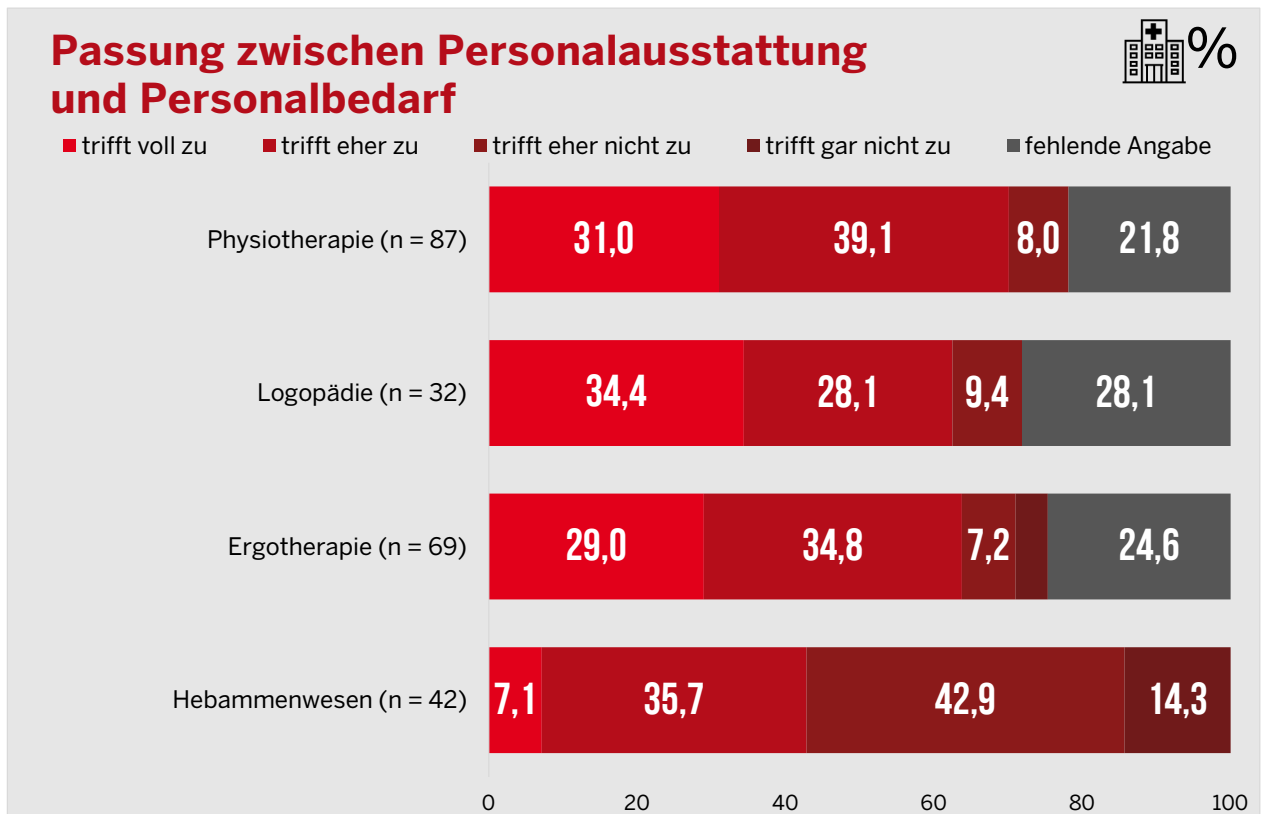


Abb. 49: Personalausstattung und Personalbedarf Therapieberufe Krankenhäuser I

Ein weiterer Aspekt in der Personalplanung und -organisation ist die Fluktuation der Mitarbeitenden und der Ersatz der freien Stellen.

56 Prozent der Krankenhäuser bewerteten es als eher bzw. gar nicht zutreffend, dass frei gewordene Stellen zeitnah neu besetzt werden konnten.

Die Fluktuation von Mitarbeitenden kann auf der einen Seite mit einem Wissensverlust für die Einrichtung einhergehen, auf der anderen Seite können auch positive Effekte bestehen. So können durch neue Mitarbeitende auch Innovationen in die Einrichtungen kommen. Gefragt wurde in diesem Zusammenhang nach den Wirkungen und den Einschätzungen.

Von den antwortenden Krankenhäusern schätzten rund 64 Prozent ein, keine Probleme zu haben, das Wissen und die Kompetenzen im eigenen Haus trotz Fluktuation aufrechtzuerhalten. Dass die Fluktuationsquote der Mitarbeitenden die notwendige Dynamik zur Innovation absichert, wurde von rund 68 Prozent der befragten Krankenhäuser als in der Tendenz zutreffend bewertet.

Bezogen auf die Frage, wie hoch der Anteil der Pflegenden war, den man 2017 ersetzen musste, zeigt sich, dass knapp jedes zweite Krankenhaus zwischen

sechs und zehn Prozent des Pflegepersonals ersetzen musste. Ein Viertel der befragten Einrichtungen gab Ersatzbedarfe von elf bis 15 Prozent der angestellten Pflegekräfte an. Noch größere Anteile an Pflegenden von 16 bis 30 Prozent ersetzt zu haben, wurde von jedem achten der befragten Krankenhäuser angegeben. Die Ersatzbedarfe in den Krankenhäusern sind höher als im teil-/vollstationären Bereich und sprechen für eine derzeit ausgeprägte Fluktuation der Mitarbeitenden.

Die Krankenhäuser wurden, bezogen auf die Personalsuche, auch hinsichtlich der Dringlichkeit im Hinblick auf unterschiedliche Fachbereiche befragt.

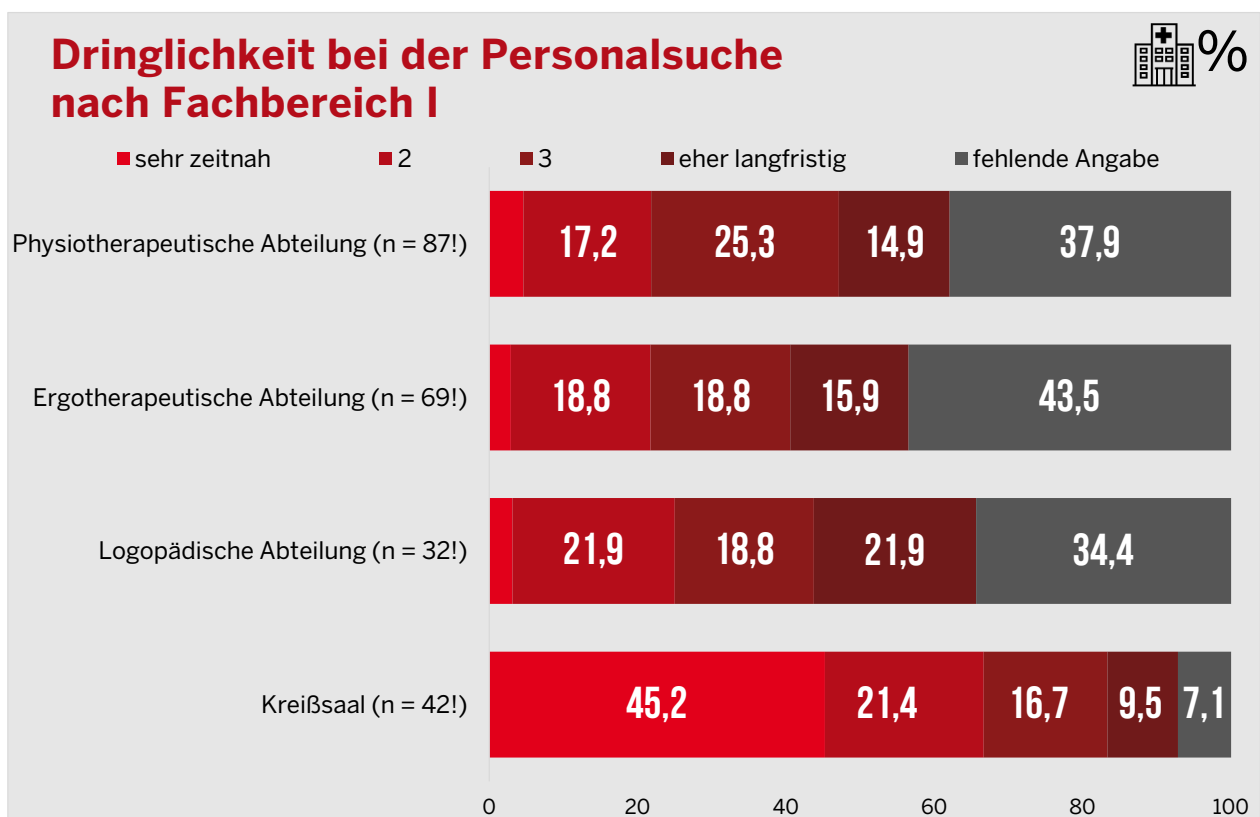


Abb. 50: Personalausstattung und Personalbedarf Therapieberufe Krankenhäuser II

Knapp 72 Prozent der befragten Einrichtungen gaben an, dass das Personal für die allgemeinen bettenführenden Bereiche sehr zeitnah bzw. zeitnah gesucht wird. Auch auf den Intensivstationen ist eine höhere Dringlichkeit zu erkennen. Hier ist es rund jedes zweite antwortende Krankenhaus, welches Pflegenden sehr zeitnah bzw. zeitnah sucht. Etwas geringer ist die Dringlichkeit der Personalsuche bei den Operationsdiensten. Hier gaben jedoch immer noch 41 Prozent an, zeitnah bzw. sehr zeitnah Personal zu suchen.

Ein weiterer Bereich, der eine hohe Dringlichkeit aufweist, Personal kurzfristig zu ersetzen, ist der Kreißsaal. Zwei Drittel der Einrichtungen gaben an, Hebammen sehr zeitnah bzw. zeitnah suchen zu müssen, wenn die Stellen vakant werden. Weniger drängend verhält es sich in den Therapieberufen. Hier wurden von maximal einem Viertel der Krankenhäuser, die eigene Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigen, angegeben, dass sie zeitnah bzw. sehr zeitnah nach Personal suchen. In der Abbildung sind die prozentualen Angaben für die Therapiebereiche und das Hebammenwesen gesondert ausgewiesen, mit der Größe der jeweiligen Sub-Stichprobe.

Neben den Aspekten der Versorgungssicherheit, der Betreuung der Patientinnen und Patienten, wirken sich auch die betriebswirtschaftlichen Ziele der Einrichtungen auf den zukünftigen Personalbedarf aus.

Die Krankenhäuser wurden befragt, wie hoch sie einen Personalaufbau bzw. einen -abbau im Bereich der Pflege für das kommende Jahr einschätzen, um ihre Ziele erreichen zu können. Einen Personalstellen-Abbau haben lediglich 5,2 Prozent der Einrichtungen angegeben. Personalstellen in der Pflege aufbauen zu müssen, schätzten insgesamt über zwei Drittel der befragten Krankenhäuser ein. Dabei gab das Gros einen Aufbau in einem Umfang von bis zu fünf Prozent der Stellen an. Weitere rund 17 Prozent gaben an, dass sie für die Erreichung der betriebswirtschaftlichen Ziele zusätzlich sechs bis zehn Prozent der Pflegestellen aufbauen müssen. Stellenaufbau in größeren Dimensionen wurde deutlich seltener angegeben, wie aus der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird.

Damit zeigt sich, wie in den beiden anderen untersuchten Sektoren auch, dass ein Personalstellenabbau in diesem Sektor der Versorgung vernachlässigt werden kann. Damit können die Krankenhäuser aus der Perspektive der ambulanten Dienste und der teil-/vollstationären Einrichtungen nicht als Einrichtungen betrachtet werden, die über ausreichend Personalreserven verfügen oder sogar Personal abgeben, das in andere Sektoren abwandert. Die zeitlichen Bedarfe in allen untersuchten Sektoren erhöhen die Konkurrenz zwischen und innerhalb der Sektoren bei der Personalrekrutierung.



Abb. 51: Veränderungsbedarf Pflege Krankenhäuser

5.3.3 Gewinnung und Sicherung von Fachkräften Krankenhäuser

Korrespondierend zu den anderen Sektoren wurden die Krankenhäuser befragt, in welchem Sektor der Versorgung das Personal, das sie 2017 einstellten, zuvor tätig war.

Die Angaben der befragten Krankenhäuser vermitteln ein abweichendes Bild zu denen der ambulanten Pflegedienste und der teil-/vollstationären Einrichtungen. Zum einen stellten die befragten Krankenhäuser 2017 im arithmetischen Mittel rund 25 Mitarbeitende pro Krankenhaus neu ein. Im Vergleich zu den ambulanten und den teil-/vollstationären Diensten ist das fünfmal mehr Personal.

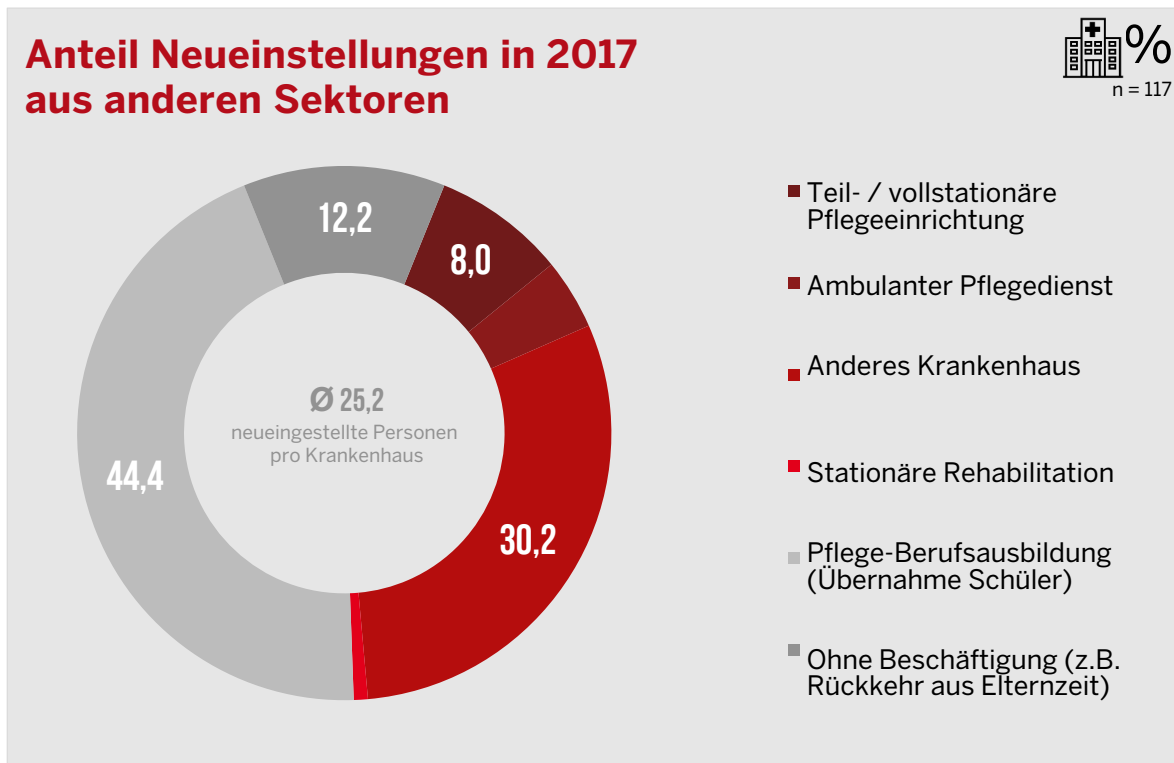


Abb. 52: Sektoren der Rekrutierung Krankenhäuser

Ein weiterer Unterschied ist, dass die Krankenhäuser mit rund 44 Prozent deutlich mehr Pflegekräfte aus den eigenen Berufsfachschulen übernehmen/gewinnen können als die anderen Sektoren. Ein Aspekt, der sich in allen drei Sektoren stark ähnelt, ist, dass der nächstgrößere Anteil an neu gewonnenen Pflegekräften vor der Einstellung in dem gleichen Setting arbeitete. In diesem Fall haben rund 30 Prozent der neu eingestellten Pflegekräfte zuvor in anderen Krankenhäusern gearbeitet. Bei den ambulanten Diensten haben 36 Prozent der neu eingestellten Mitarbeitenden vorher für einen anderen ambulanten Dienst gearbeitet. Bei den teil-/vollstationären Einrichtungen waren es noch mehr, die vor der Einstellung im gleichen Versorgungsbereich tätig gewesen waren.

Der Fachkräftemangel wird somit auch in diesem Sektor primär intrasektoriell verstärkt. Eine deutliche Abwanderung aus dem ambulanten Bereich kann hier in dieser Form nicht festgestellt werden. Ebenso sind die Wechselquoten zwischen dem teil-/vollstationären Bereich und dem Krankenhaus eher gering.

Ein anderes Themengebiet in der Personalgewinnung ist die Auswahl an Maßnahmen, um potenzielle Mitarbeitende auf offene Stellen hinzuweisen und ihr Interesse zu wecken. Die Einrichtungen wurden in dem Fragebogen gebeten, die Effektivität von vorgeschlagenen Maßnahmen einzuschätzen sowie den Nutzungsgrad in der eigenen Strategie der Fachkräftesicherung.

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Die nachfolgende Abbildung illustriert die Ergebnisse in einer Gegenüberstellung der Angaben. Auf der linken Seite zeigen die roten Balken die Verteilung über die Einschätzung der Effektivität der Rekrutierungsmaßnahmen an, auf der rechten Seite die grünen Balken den Nutzungsgrad durch die eigene Einrichtung.

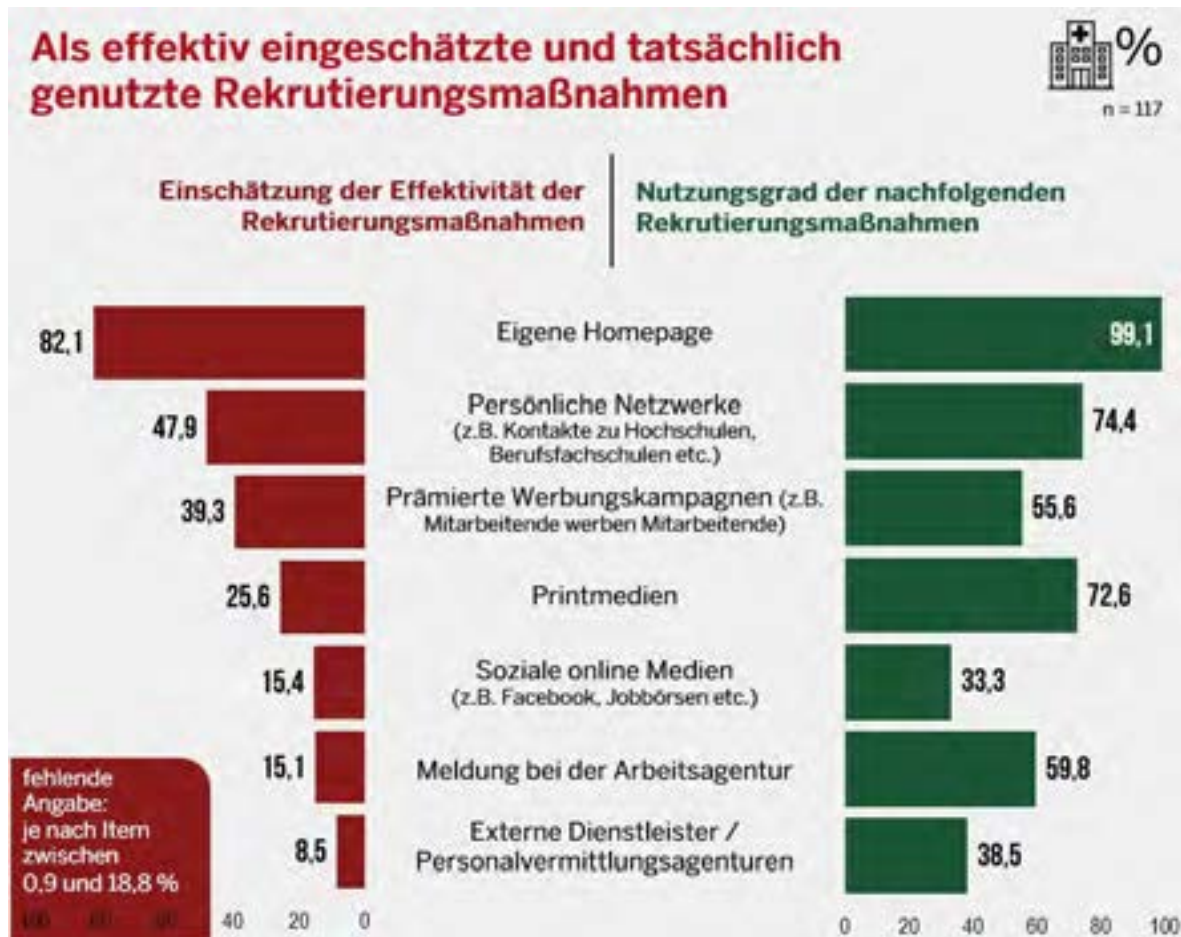


Abb. 53: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Krankenhäuser

Wie auch in den anderen Bereichen, rangieren die Maßnahmen mit regionaler Ausrichtung und der Option zur persönlichen Kontaktaufnahme auf den ersten drei Rängen in Bezug auf die Effektivitätseinschätzung. Wie für die teil-/vollstationären Einrichtungen, so ist auch für die Krankenhäuser die Nutzung der eigenen Homepage das primäre Instrument, um auf offene Stellen aufmerksam zu machen und für sich als Arbeitgeber zu werben.

Deutlich häufiger als in den anderen Sektoren aber werden im Krankenhausbereich Printmedien eingesetzt, obwohl deren Effektivität auch nur von rund einem Viertel der Krankenhäuser als positiv eingestuft wurde. Die anderen Angaben ähneln denen der anderen untersuchten Sektoren. Auch bei den Krankenhäusern

ist zu beobachten, dass die Meldungen bei den Arbeitsagenturen als wenig effektiv wahrgenommen werden; dennoch werden sie von knapp 60 Prozent genutzt. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass der verbreitete Einsatz von Printmedien und den Meldungen der Arbeitsagentur überwiegend auf Konventionen beruhen.

Rund 90 Prozent der Einrichtungen werben frühzeitig bei den kooperierenden Bildungseinrichtungen, um Personalbedarfe durch Absolventinnen und Absolventen zu decken. Weniger offensiv ist den Angaben zufolge das Vorgehen, an anderen Schulen und Einrichtungen zu werben. So führt etwas mehr als ein Drittel Werbung an anderen Bildungseinrichtungen an (34,1 Prozent). Das gezielte Abwerben aus anderen Diensten und Einrichtungen als Rekrutierungsmaßnahme einzusetzen, wurde von über 90 Prozent der Krankenhäuser ablehnend eingeschätzt. Auch die Nutzung von außertariflichen Unterstützungsleistungen wird mit knapp 18 Prozent von einem kleineren Anteil der antwortenden Krankenhäuser als zutreffend angegeben. Einstellungsprämien anzubieten, wurde lediglich von 7,7 Prozent der Einrichtungen bestätigt.

Auch in den Krankenhäusern wurde nach gezielten Maßnahmen zur Unterstützung der Mobilität der Mitarbeitenden gefragt. Dazu zählt unter anderem die Bereitstellung von Parkplätzen. Rund 70 Prozent der befragten Einrichtungen gaben an, dass eine solche Bereitstellung voll bzw. eher zutreffend ist. Job-Tickets werden den Angaben zufolge von rund 40 Prozent der Krankenhäuser angeboten. Fahrkostenpauschalen für Mitarbeitenden mit längeren Arbeitswegen werden selten angeboten (6 Prozent). Die zustimmenden Angaben liegen zwischen sechs und unter acht Prozent. Auch eine Förderung der Mobilität durch Organisationsmaßnahmen wird von den Einrichtungen in wenigen Fällen als zutreffend angegeben.

Mit knapp 30 Prozent fällt die kombinierte Zustimmung zu der Aussage aus, dass die Einrichtungen Wohneinheiten vorhalten, um Mitarbeitenden mit langen Anfahrtswegen eine Option zur Übernachtung anbieten zu können. Eigene Immobilien für die Mitarbeitenden zukünftig unterhalten zu wollen, wird von knapp acht Prozent als voll bzw. eher zutreffend eingeschätzt. Dahingegen gaben über 43 Prozent der befragten Krankenhäuser an, dass sie bereits Eigentümer von Immobilien sind und diese an ihre Mitarbeitenden vermieten. Dies schließt das Vorhalten von Wohnkomplexen wie auch von Wohnheimen ein, sodass eine klare Differenzierung zwischen einem Zimmer als Übernachtungsoption und tatsächlichen Wohnraum im Sinne einer eigenen Wohnung nicht vorgenommen werden kann. Knapp 18 Prozent der befragten Krankenhäuser bewerteten es als voll bzw. eher

zutreffend, dass sie außertarifliche Unterstützungsleistungen (wie z.B. Maklergebühren, Umzugskosten etc.) anbieten, um ausgeschriebene Stellen attraktiver zu machen. Einstellungsprämien werden den Angaben zufolge seltener angeboten.

5.3.4 Ausstiegspotenzial der Fachkräfte Krankenhäuser

Wie bei den anderen Sektoren, so wurden auch die Krankenhäuser bezüglich der Alterststruktur ihrer Mitarbeitenden im Bereich der Pflege befragt, um Hinweise bezogen auf das Fluktuationspotenzial zu bekommen.

Die Krankenhäuser wurden befragt, wie alt die ersten beiden in die Rente entlassenen Mitarbeitenden im Berichtsjahr waren. Insgesamt sind den Angaben entsprechend 197 Personen in 2017 in die Rente eingetreten. Das Alter reicht von 50 bis 70 Jahren. Ähnlich wie auch bei den ambulanten Pflegediensten und den teil-/vollstationären Einrichtungen waren die meisten Mitarbeitenden, die in die Rente eintraten, 63 Jahre (44,2 Prozent) oder 65 Jahre (23,9 Prozent) alt. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt bei 63,6 Jahren. Der Anteil der Personen, der in die Erwerbsunfähigkeitsrente eingetreten ist, beträgt über die befragten Krankenhäuser hinweg 9,1 Prozent. Damit ist er um die Hälfte niedriger als bei den ambulanten Pflegediensten, rund ein Viertel niedriger als bei den teil-/vollstationären Einrichtungen und deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (Deutsche Rentenversicherung 2017).

Die Altersstruktur der älteren Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern ist in der nachstehenden Tabelle aufgeführt. Sie weist aus, wie viele Personen aus dem jeweiligen Geburtsjahrgang in den befragten Krankenhäusern tätig sind. Zudem ist ausgewiesen, wie viele Pflegenden der jeweiligen Altersklasse im arithmetischen Mittel pro Krankenhaus beschäftigt sind.

Altersverteilung der älteren Pflegekräfte in den Krankenhäusern



n = 117

Geburtsjahr	Personen Summe (unten: Mittelwert)	Erreichung der Regelaltersgrenze im Jahr ...
1960	1.074 (9,2)	2026 / 2027
1959	1.910 (16,3)	2025 / 2026
1958	875 (7,5)	2024
1957	758 (6,5)	2022 / 2023
1956	611 (5,2)	2021 / 2022
1955	491 (4,2)	2020 / 2021
1954	315 (2,7)	2019 / 2020
1953 oder früher	321 (2,7)	2018 / 2019

Tab. 18: Altersverteilung höhere Altersgruppen Krankenhäuser

Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass 321 Pflegefachkräfte in den antwortenden Einrichtungen die Regelaltersgrenze für den Renteneintritt zum Teil erreicht haben bzw. bis Ende Juli 2019 erreicht haben werden. Wird der Umstand berücksichtigt, dass die meisten Mitarbeitenden in der Pflege in den antwortenden Krankenhäusern bereits mit dem 63. Lebensjahr in die Rente eintreten, ist davon auszugehen, dass bis zum Ende des Jahres 2022 bis zu 1.738 Pflegefachkräfte in die Rente eintreten könnten, was im Durchschnitt für jedes Haus knapp 15 Mitarbeitende bedeuten würde.

5.3.5 Vorbereitung auf das PflBRefG Krankenhäuser




Analog zu den ambulanten Pflegediensten und den teil-/vollstationären Einrichtungen wurden auch die Krankenhäuser bezüglich des PflBRefG befragt.

Die Informationsvermittlung in den Krankenhäusern über den aktuellen Stand des gesetzgeberischen Prozesses scheint weiter verbreitet zu sein als in den anderen Sektoren. 67,5 Prozent der antwortenden Krankenhäuser gaben an, dass sie sich in der Thematik als voll umfänglich informiert einschätzen.

Genauso hoch ist die Zustimmung zu der Aussage, dass sich die Krankenhäuser aktuell für die Übernahme der Gesamtverantwortung der praktischen Ausbildung sowie deren Organisation vorbereiten. Rund 58 Prozent der antwortenden Krankenhäuser sehen einen Bedarf an Kooperationspartnern für die praktische Ausbildung, um auch alle geforderten Einsatzgebiete gewährleisten zu können. Dass die notwendigen Veränderungen an der Qualifizierung der Praxisanleitenden in den Krankenhäusern diskutiert wird, wurde von knapp 71 Prozent der Einrichtungen mit „ja“ angegeben.

Rund 57 Prozent stimmen zu, dass sich im Arbeitsablauf durch die Einführung der vorbehaltlichen Tätigkeiten mögliche Änderungen einstellen werden und sich die Einrichtungen darauf vorbereiten. Im Vergleich dazu sind die Antworten bezogen auf die Diskussion über die Option heilkundliche Aufgaben zu vermitteln verhaltener. Hier gab etwas mehr als ein Viertel der antwortenden Einrichtungen eine zustimmende Antwort.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Einschätzungen der befragten Krankenhäuser in Mittelwerten zusammengefasst und grafisch aufgearbeitet. Es zeigt sich, dass die Krankenhäuser ihre Mitarbeitenden im Bereich der Pflege eher über das PfIBRefG informieren, als es bei den anderen Sektoren der Fall ist. Dies zeigt sich auch in der Zustimmung darauf bezogen, den Schülerinnen und Schülern zukünftig eine Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr ermöglichen zu wollen und der positiven Bewertung, dass diese Option nach dem neuen Gesetz überhaupt besteht.

Positionen zum Pflegeberufereformgesetz		MITTELWERT					n = 117
		1	2	3	4	5	
Wir haben Mitarbeitende der Pflege auf anstehende Veränderungen durch das PflB-RefG bereits informiert, n = 109	stimme voll zu			2,7		stimme gar nicht zu	
Wir werden eine Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr herstellen, n = 106	stimme voll zu			2,2		stimme gar nicht zu	
Wir befürworten die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr, n = 110	stimme voll zu			2,4		stimme gar nicht zu	
Wir haben unserer Einschätzung nach ausreichend Zeit, um uns auf Veränderungen einzustellen, n = 111	stimme voll zu			3,1		stimme gar nicht zu	
Wir werden die Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende überarbeiten und anpassen, n = 110	stimme voll zu		1,9			stimme gar nicht zu	
Wir werden die Praxisanleitungskonzepte neuer Auszubildender überarbeiten und anpassen, n = 110	stimme voll zu		1,7			stimme gar nicht zu	
Wir warten bezüglich der ersten Schritte die endgültigen Entwicklungen und Verabschiedungen der Verordnungsgebung ab, n = 112	stimme voll zu			2,2		stimme gar nicht zu	

Tab. 19: Einschätzungen über das PflBRefG Krankenhäuser

Die Angaben bezüglich der Überarbeitung der Anleitungskonzepte für neue Mitarbeitende sowie der Praxisanleitungskonzepte zeigen eine größere Zustimmung auf Seiten der Krankenhäuser. Insgesamt zeichnen die Ergebnisse dieses Fragenkomplexes ein Bild größerer Auseinandersetzung und Befürwortung der des PflBRefG bei den Krankenhäusern des Landes. Die Krankenhäuser besitzen als Ausbildungsträger mehr Erfahrung in der Kooperation mit anderen Einrichtungen, um die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geforderten Fachbereiche gewährleisten zu können, auch wenn die eigene Einrichtung diese nicht vorhält (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 01.01.2004).

5.3.6 Zusammenfassung Krankenhäuser

Die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse aus der Befragung der Krankenhäuser zeigt, dass sich besonders im Bereich der Personalsituation Veränderungen eingestellt haben und sich weitere anbahnen. Nur die Hälfte der Krankenhäuser ist

der Meinung, dass ihre Personalausstattung dem eigentlichen Personalbedarf in der Pflege entspricht. In Abhängigkeit vom Arbeitsbereich wird dies weniger kritisch bewertet, so z.B. auf den Intensivstationen, aber auch deutlich drastischer, wie in den Funktionsbereichen, oder, das Hebammenwesen betreffend, in den Kreißsälen. Lediglich bezogen auf die Therapieberufe weisen die Ergebnisse keinen erheblichen Personalmangel in den Krankenhäusern auf.

Im Bereich der Pflege gehen die Krankenhäuser davon aus, dass der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften steigen wird, unter anderem dadurch, dass im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms neue Stellen bereits geschaffen wurden. Ferner erwarten sie eine Steigerung im Rahmen eines Veränderungsbedarfs aufgrund der für 2019 zu erwartenden Personaluntergrenzen. Zusätzlich ist nach dem aktuellen Referentenentwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes eine weitere Zunahme an zu besetzenden Stellen in dem Pflegebereich der Krankenhäuser durch die Veränderung der Pflegepersonalfinanzierung zu erwarten (Bundesministerium für Gesundheit).

Der steigende Personalbedarf in der Pflege ist gekoppelt mit der Problematik, diese Stellen auch besetzen zu können. Die Krankenhäuser greifen dabei neuerdings auch auf die Rekrutierung von Altenpflegekräften zurück und befördern so eine intersektorielle Konkurrenzsituation. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Bewerberlage für Pflegekräfte aus Sicht der Einrichtungen problematisch ist. Eine Personalauswahl kann hier nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt erfolgen. Auf der anderen Seite zeichnen sich Bemühungen ab, die Ausbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden zu steigern. Rund 44 Prozent der in 2017 neu eingestellten Pflegekräfte gewannen die Krankenhäuser aus den Berufsfachschulen, womit die Bedeutung der Ausbildungsbemühungen für den Personalbestand der Einrichtungen deutlich wird.

Die Rekrutierungsmaßnahmen der Krankenhäuser unterscheiden sich auf den ersten Blick nicht wesentlich von denen der teil-/vollstationären Einrichtungen und der ambulanten Dienste. Der Einsatz der eigenen Homepage sowie persönliche Kontaktaufnahmen werden von den Krankenhäusern ebenso effektiv eingeschätzt wie auch aktiv genutzt. Dies verhält sich analog zu den anderen Sektoren. Jedoch stellten die Krankenhäuser im Jahr 2017 in etwa fünfmal so viele Pflegekräfte ein wie die anderen Sektoren. Die Krankenhäuser zeigen einen deutlich stärkeren Einsatz, um auch überregional nach Pflegekräften zu suchen, und setzen dafür Printmedien wie soziale Medien aktiv ein. Dies mag in Beziehung zu dem Mobilisationsgrad von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden stehen, die eine größere Bereitschaft zeigen, auch weiter entfernte Stellenangebote

anzunehmen (Golombek und Fleßa 2011) als es in der Altenpflege der Fall ist (Isfort et al. 2016; Isfort et al. 2018).

Auch in der Förderung der Mobilität der eigenen Mitarbeitenden zeigen die Krankenhäuser ein größeres Engagement oder ggf auch einfach bessere Möglichkeiten, als es in den anderen Sektoren der Fall ist. Bemerkenswert ist das Bestreben von knapp einem Zehntel der Krankenhäuser, neue Immobilien für die Mitarbeitenden anschaffen zu wollen.

Bezogen auf das PflBRefG zeigen die Ergebnisse, dass die Krankenhäuser eine aktivere Haltung einnehmen als die anderen Versorgungssektoren. Hier sind die Einrichtungen bereits im Vorfeld aktiv, um Aspekte des PflBRefG zu diskutieren und Implementationen vorzubereiten, obwohl zum Zeitpunkt der Befragung die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung noch nicht veröffentlicht vorlag. Dieser Umstand korrespondiert mit den Angaben, dass sich die Krankenhäuser über den Fortgang der rechtlichen Gestaltung bereits im Prozess gut informierten, was bei den anderen Sektoren eher nicht der Fall war.

5.4 THERAPIEBERUFE/ PRAXEN

Mit der vorliegenden LbG NRW sollten erstmalig Kennzahlen und Einschätzungen aus dem Bereich der Therapieberufe gewonnen werden. Diese wurden bislang ausschließlich auf der Basis vorliegender Statistiken bewertet. Mit der Aufnahme der Therapieberufe in die Befragung verbunden war, die Verfahren der Befragung anzupassen. Für eine erste Orientierung wurde dabei eine Online-Befragung mit der Unterstützung der Verbände in den Therapieberufen auf den Weg gebracht. Die Erkenntnisse sollen dazu dienen, die Situation in den Therapieberufen erweitert diskutieren zu können und neben Stellungnahmen und Arbeitspapieren auch Ergebnisse aus den Betrieben vor Ort mit einbeziehen zu können. Mit der vorliegenden Studie wurde hier erstmalig ein Kontakt zu den Betrieben aufgebaut und die Möglichkeit zur aktiven Einbindung geschaffen. Die Rücklaufquoten in den einzelnen Berufen zeigen dabei auf, dass das neue Verfahren bislang noch unbekannt ist und durch eine aufzubauende Kommunikation in Richtung der Betriebe zu befördern ist. Strategisch wurde daher eine zusätzliche Regionalkonferenz eingeplant, um diesen Kontakt zwischen Betrieben, Politik und Wissenschaft zu stärken. Grundlagen einer Einschätzung bezüglich zentraler Fragen der Personalausstattung und der Problemlagen konnten im Rahmen der Befragung der Therapieberufe ermittelt werden und sie sollen in den nachfolgenden Kapiteln in verdichteter Form für die jeweiligen Berufe vorgestellt werden.

Die Befragung richtete sich an selbstständige Praxisbetreibende sowie an nicht-selbstständige Berufsangehörige der genannten Therapiebereiche.

5.4.1 Physiotherapie: Antwortende Praxen

An der Befragung der Physiotherapie nahmen insgesamt 503 Personen teil. In der Stichprobe handelte es sich bei 55,9 Prozent der Antwortenden um Physiotherapeutinnen und bei 43,3 um Physiotherapeuten. Der Beruf der Physiotherapie zählt als Frauenberuf (Bußmann 2015), sodass in dieser Stichproben der Anteil männlicher Teilnehmer als relativ hoch einzuschätzen ist. Die teilnehmenden Personen wurden bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu ihrem Regierungsbezirk befragt. Die Verteilung zeigt, dass das Gros der antwortenden Physiotherapeutinnen und -therapeuten in den dichtbesiedelten Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln tätig sind.

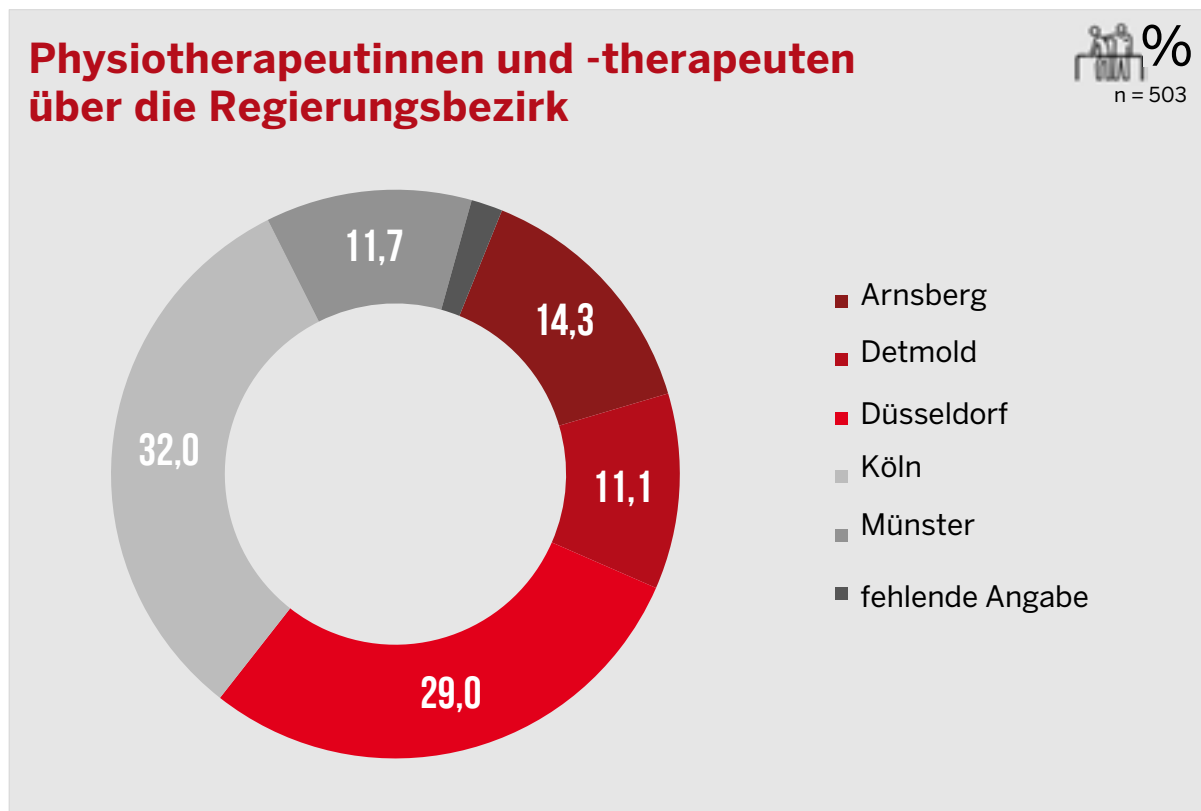


Abb. 54: Physiotherapeutinnen und -therapeuten Regierungsbezirke

Von den 503 antwortenden Personen sind 57,7 Prozent selbständig und betreiben eine Praxis bzw. sind Teilhabende an einer Praxis. Weitere 38,6 Prozent sind sozialversicherungspflichtig Angestellte. Knappe vier Prozent der Antwortenden sind als Honorarkräfte oder als geringfügig Beschäftigte tätig.

Die Praxisführenden (n=281) wurden befragt, welche Anstellungsformen sie in ihrem Betrieb nutzen. Knapp 86 Prozent gaben an, dass sie sozialversicherungspflichtig Angestellte beschäftigen. Die Anstellung von geringfügig Beschäftigten wurde von 78,6 Prozent angegeben. Freie Mitarbeitende und Honorarkräfte werden den Angaben zufolge von rund 18 Prozent der antwortenden Praxisführenden beschäftigt. Demnach sind für die ambulante Versorgung die sozialversicherungspflichtig Angestellten und die geringfügig Beschäftigten die entscheidenden Beschäftigungsverhältnisse, um das Versorgungsangebot zu sichern. Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurden nach ihrer Verbandszugehörigkeit befragt. Die nachfolgende Abbildung illustriert die Verteilung der Angabe. Es zeigt sich, dass in dieser Stichprobe die relativ größte Gruppe der Antwortenden dem Deutschen Verband der Physiotherapie (ZVK) angehören. Mehrfache Zugehörigkeiten liegen in 11,7 Prozent der Fälle vor.



Abb. 55: Verbandszugehörigkeiten der Physiotherapeutinnen und -therapeuten

Die antwortenden Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind im hohen Maße spezialisiert. Mit knapp 80 Prozent ist das Gros auf Behandlungen mit orthopädischen Erkrankungsbereichen ausgerichtet und weitere knapp 59 Prozent sind auf Erkrankungen mit neurologischem Hintergrund spezialisiert. Auffallend ist,

dass knapp 80 Prozent der Befragten mehr als eine Spezialisierung angegeben haben. 49,4 Prozent der Antwortenden gaben zwei bis drei Spezialisierungen an. Ein weiteres knappes Viertel weist vier bis fünf Spezialisierungen auf und sechs Prozent gaben an, zwischen sechs und acht spezialisierte Versorgungsbereiche anbieten zu können. Dies kann mit den abrechnungsrelevanten Aspekten des Leistungsspektrums in Verbindung gebracht werden. In der Physiotherapie sind in hohem Maße qualifikatorische Maßnahmen nachzuweisen, um Behandlungen anbieten zu können.

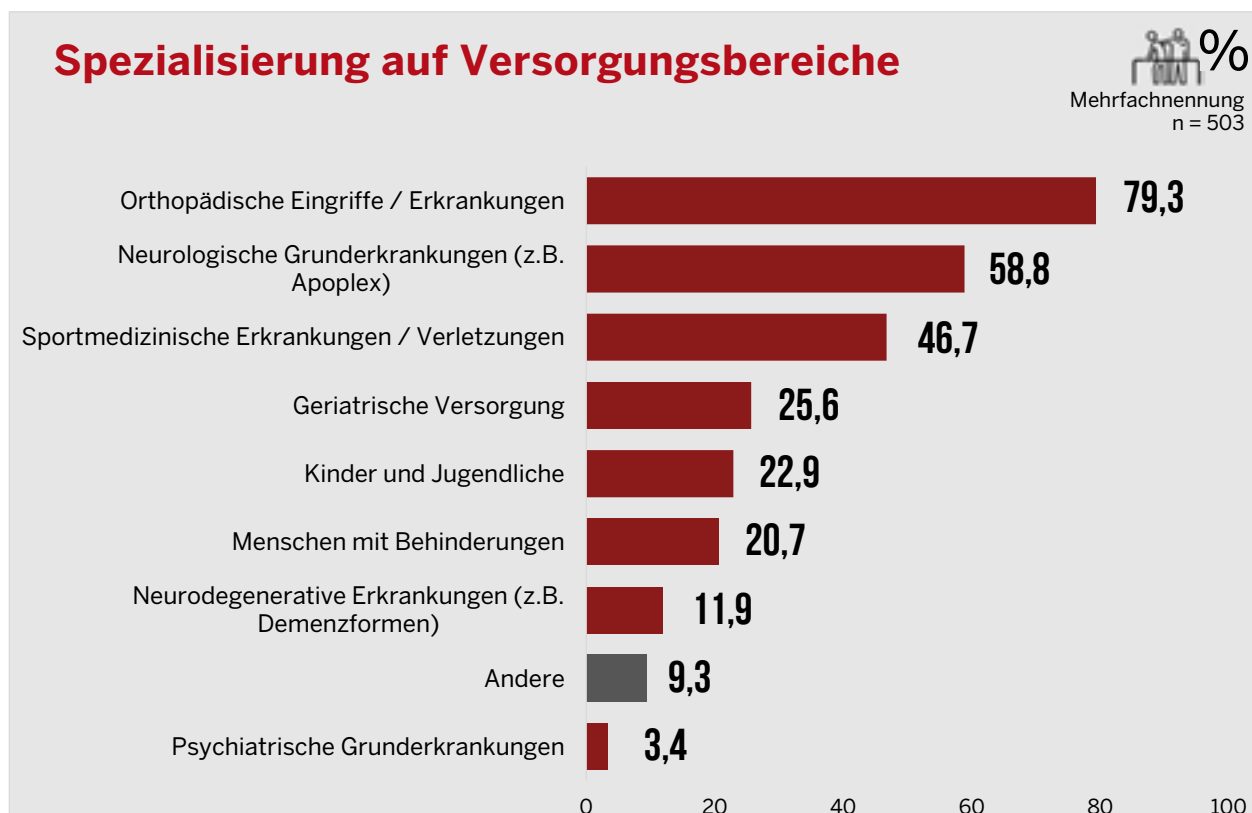


Abb. 56: Spezialisierte Versorgungsbereiche in der Physiotherapie


5.4.2 Physiotherapie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität

Im ambulanten Sektor werden die Patientinnen und Patienten durch die Haus- und ggf. Fachärzte an die physiotherapeutischen Praxen überwiesen, was ohne eine übergeordnete Steuerung vollzogen wird. Dies kann zu unterschiedlich starken Häufungen von Anfragen und Arbeitsaufkommen für die Praxen führen.

Die antwortenden Praxisbetreibenden gaben an, im Durchschnitt für die therapeutische Berufstätigkeit (einschließlich der Verwaltung und Dokumentation der jeweiligen Behandlung) 46 Stunden pro Woche zu arbeiten, wobei jede/r Vierte der Befragten 55 und mehr Arbeitsstunden wöchentlich aufbringt. Bei den nicht-

selbstständigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind es im Wochen-durchschnitt 31 Stunden. Insgesamt geht ein Viertel der Antwortenden zusätz-lich einer weiteren Berufstätigkeit mit elf bis zwölf durchschnittlichen Wochen-stunden nach.

Die antwortenden Praxen versorgen durchschnittlich 265 Patientinnen und Pati-enten in der Woche pro Praxiseinrichtung. In der letzten Arbeitswoche der ant-wortenden Praxisinhaberinnen und -inhaber wurden durchschnittlich 42 Patien-tinnen und Patienten zuhause behandelt, was einen Anteil von knapp 16 Prozent der gesamten wöchentlichen Behandlungen ausmacht. Obwohl die Arbeitsaus-lastung mit durchschnittlich 53 Versorgungen pro Tag als hoch angesehen wer-den muss, schaffen es die Einrichtungen, die Wartezeit für einen Behandlungs-termin auf durchschnittlich 2,8 Wochen zu begrenzen.

Kennzahlen über die Angebotsauslastung physiotherapeutischer Praxen	
	 Praxiseinrichtungen n=281
Versorgte Patientinnen und Patienten pro Woche	
Summe der in den Praxen durchschnittlich versorgten Patientinnen und Patienten	63.108
Summe der zuhause versorgten Patientinnen und Patienten	10.608
Durchschnittliche Wartezeit für einen Behandlungstermin in Wochen	2,8

Tab. 20: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der physiotherapeutischen Praxen

Im Durchschnitt werden von den befragten Physiotherapeutinnen und -thera-peuten 23 Prozent der Arbeitszeit für das Bearbeiten der organisatorischen und verwaltungsbezogenen Aufgaben (Dokumentation, Abrechnung etc.) verwandt. Demnach kommt auf drei Stunden therapeutische Tätigkeit eine knappe Stunde verwaltungsbezogene Arbeit.

Die Hälfte der antwortenden Physiotherapeutinnen und -therapeuten gab an, nicht mehr als 6 Kilometer für eine Therapieanwendung bei den Betroffenen zu-hause an Fahrtstrecke auf sich zu nehmen. Nur jede/r Fünfte erklärte sich bereit, mehr als 10 Kilometer Wegstrecke zu fahren. Für den ländlichen, dünner besie-delten Raum kann diese Begrenzung der Versorgung von nicht ausreichend mo-bilen Patientinnen und Patienten eine Barriere darstellen, um überhaupt Thera-pien zu erhalten.

5.4.3 Physiotherapie: Personalsituation und Altersstruktur

Wie weiter oben bereits beschrieben, sind insbesondere die sozialversicherungspflichtig Angestellten und die geringfügig Beschäftigten die Hauptarbeitskräfte in den befragten Praxen. Die antwortenden Praxisinhaberinnen und -inhaber beschäftigen geringfügig Beschäftigte in der Summe in 205,7 Vollzeitstellen sowie sozialversicherungspflichtig angestellten Physiotherapeutinnen und -therapeuten in 920,7 Vollzeitstellen. Dabei wurden weitere 105,9 Vollzeitstellen für geringfügig Beschäftigte und 205 Vollzeitstellen für sozialversicherungspflichtig Angestellte als derzeit offen und noch zu besetzen angegeben. Der Anteil der offenen Stellen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung entspricht 34 Prozent und bei den sozialversicherungspflichtig Angestellten 18,2 Prozent in der Stichprobe. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf einen Personalengpass im Sektor.

Innerhalb der Stichprobe zeigt sich, dass in nicht ganz einer von zehn Praxen keine Mitarbeitenden beschäftigt werden. Rund 70 Prozent der Praxen beschäftigen mindestens drei Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Jede zweite der Praxiseinrichtungen hat fünf oder mehr Mitarbeitende und knapp jede vierte Praxis beschäftigt acht oder mehr Mitarbeitende. Damit ist die Anzahl an Mitarbeitenden im Vergleich zu dem Sektor der Ergotherapie ähnlich.

Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurden befragt, ob sie aus einem anderen Bundesland stammen und ob Bestrebungen bestehen, das Land NRW zu verlassen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Abwanderung nicht zu befürchten ist und die angebotene Ausbildung in erster Linie von Personen aus NRW in Anspruch genommen wird. So gaben lediglich 1,6 Prozent der Antwortenden an, dass sie planen, in 2018 das Bundesland zu verlassen. 4,2 Prozent sind den Angaben zufolge für die Ausbildung aus einem anderen Bundesland nach NRW gekommen und weitere 16,3 Prozent sind fertig ausgebildet für die eigentliche Berufsausübung nach NRW gezogen. Dementsprechend ist bezogen auf die Mobilität und Qualifizierung ein Zuwachs an Physiotherapeutinnen und -therapeuten zu beobachten.

Die Ergebnisse der Stichproben deuten darauf hin, dass in dem Bereich der Physiotherapie die Mitarbeiterfluktuation zwischen den Praxiseinrichtungen relativ gering ist, aber auch ein spürbares Wachstum an Praxen als unwahrscheinlich angenommen werden muss. 12,7 Prozent der sozialversicherungspflichtig angestellten und der freien Physiotherapeutinnen und -therapeuten (n=213) gaben an, dass sie planen in 2018 ihren Arbeitgeber zu wechseln. Von den Antwortenden sind lediglich 4,7 Prozent aktuell daran interessiert, in 2018/2019 eine eigene Praxis zu eröffnen.

Die Praxisführenden wurden nach dem Alter der ersten acht Beschäftigten gefragt sowie auch nach dem eigenen Alter. Im Durchschnitt beträgt das Alter der angestellten sowie der selbstständigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten (n=1734) 43 Jahre. Jede zweite Mitarbeiterin bzw. jeder zweite Mitarbeiter ist zwischen 20 und 44 Jahren alt. 10 Prozent der Stichprobe sind 59 Jahre alt und älter. Im Berichtsjahr 2017 sind den Angaben zufolge in der Gruppe der antwortenden Praxisbetreibenden 5,7 Prozent der Angestellten in die Rente eingetreten. Im gleichen Jahr waren es im ambulanten Pflegesektor rund 18 Prozent. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die physiotherapeutischen Praxen kleinere Betriebe mit einer geringeren Anzahl an Mitarbeitenden sind. Ein anderer Unterschied zu den vorher beschriebenen Sektoren ist, dass knapp die Hälfte der in Rente eingetretenen Physiotherapeutinnen und -therapeuten in dieser Stichprobe mit dem 65. oder einem höheren Lebensjahr die Arbeit beendet haben und damit länger im Beruf verblieben sind, als es in dem Pflegebereich der Fall ist.

Die Physiotherapie ist bundesweit ein Beruf mit einem Engpass an Fachkräften (Burstedde und Risius 2017). Dieser Umstand zeigt sich auch in NRW nicht anders, wie die Zahlen in den Kapiteln 3 und 4 verdeutlichen. Die Praxisführenden wurden bezüglich der Personalsituation und zu Maßnahmen der Personalrekrutierung um ihre Einschätzungen gebeten.

In der Grafik wird erkennbar, dass das angestellte Personal überwiegend ausgelastet ist und die Praxen mehr Personal benötigen, um ihren Bedarf zu decken sowie auf der anderen Seite eine Versorgung ohne längere Wartezeiten anbieten zu können. Lediglich rund ein Viertel der antwortenden Praxisführenden gab seine kombinierte Zustimmung zu der Aussage, dass die therapeutische Personalausstattung in der eigenen Praxis dem eigentlichen Personalbedarf entspricht. Hingegen widersprechen 61,3 Prozent der Aussage gänzlich und weitere 21,8 Prozent in Teilen, dass es zu Verordnungsrückgängen gekommen sei. Bezogen auf die Frage, ob aufgrund begrenzter Personalressourcen eine Terminvergabe für neue Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von vier Wochen stattfinden könne, beträgt die kombinierte Zustimmung über 60 Prozent.

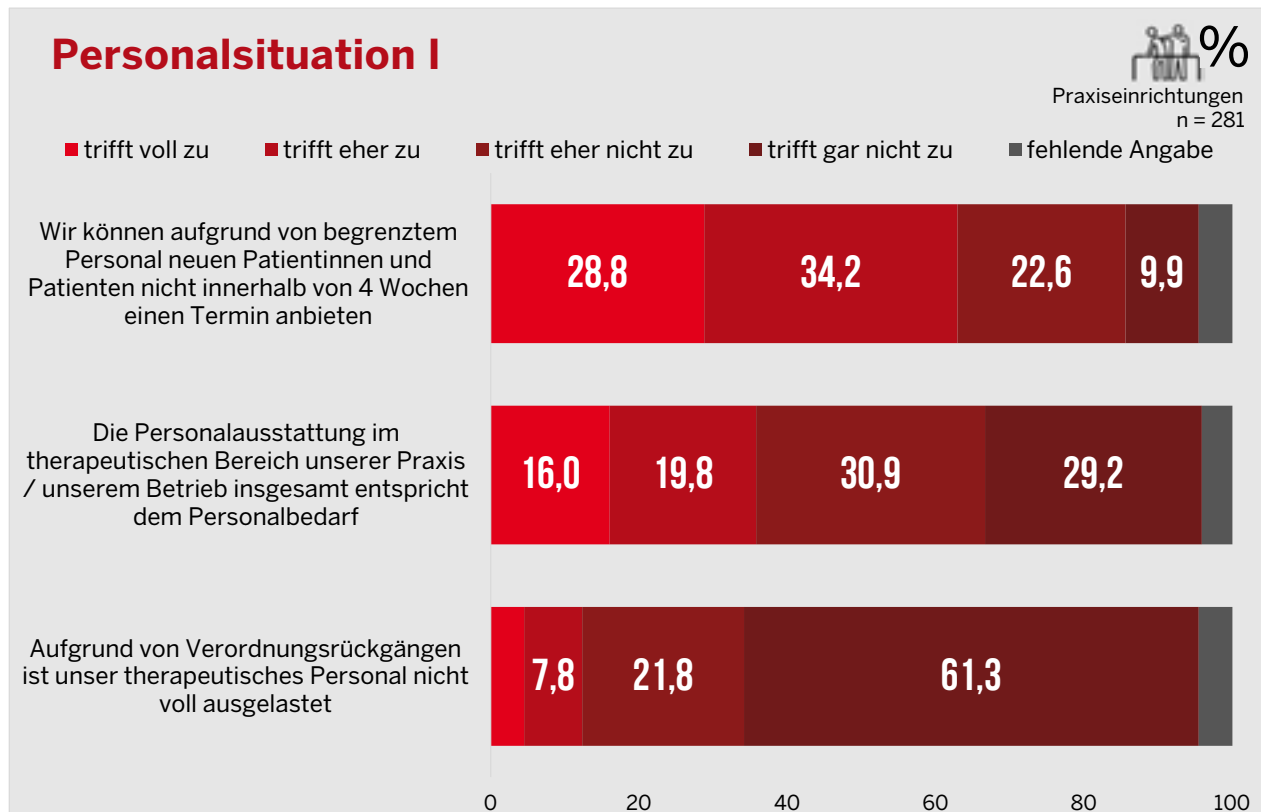


Abb. 57: Personalausstattung und Personalbedarf Physiotherapie

Für die antwortenden Praxisbetreibenden ist ein Mangel an einstellbaren Physiotherapeutinnen und -therapeuten existent. Lediglich knapp 13 Prozent der Befragten gaben ihre volle bzw. graduelle Zustimmung an, dass sie keinen Mangel an therapeutischen Personal feststellen. Dieser Engpass wirkt sich ungünstig auf den Wachstum der Praxiseinrichtungen aus. Knapp die Hälfte der antwortenden Praxisinhaberinnen und -inhaber stimmen vollumfänglich und weitere 26,3 Prozent stimmen eher zu, dass der Therapeutinnen- und Therapeutenmangel das Wachstum des Betriebs hemmt.

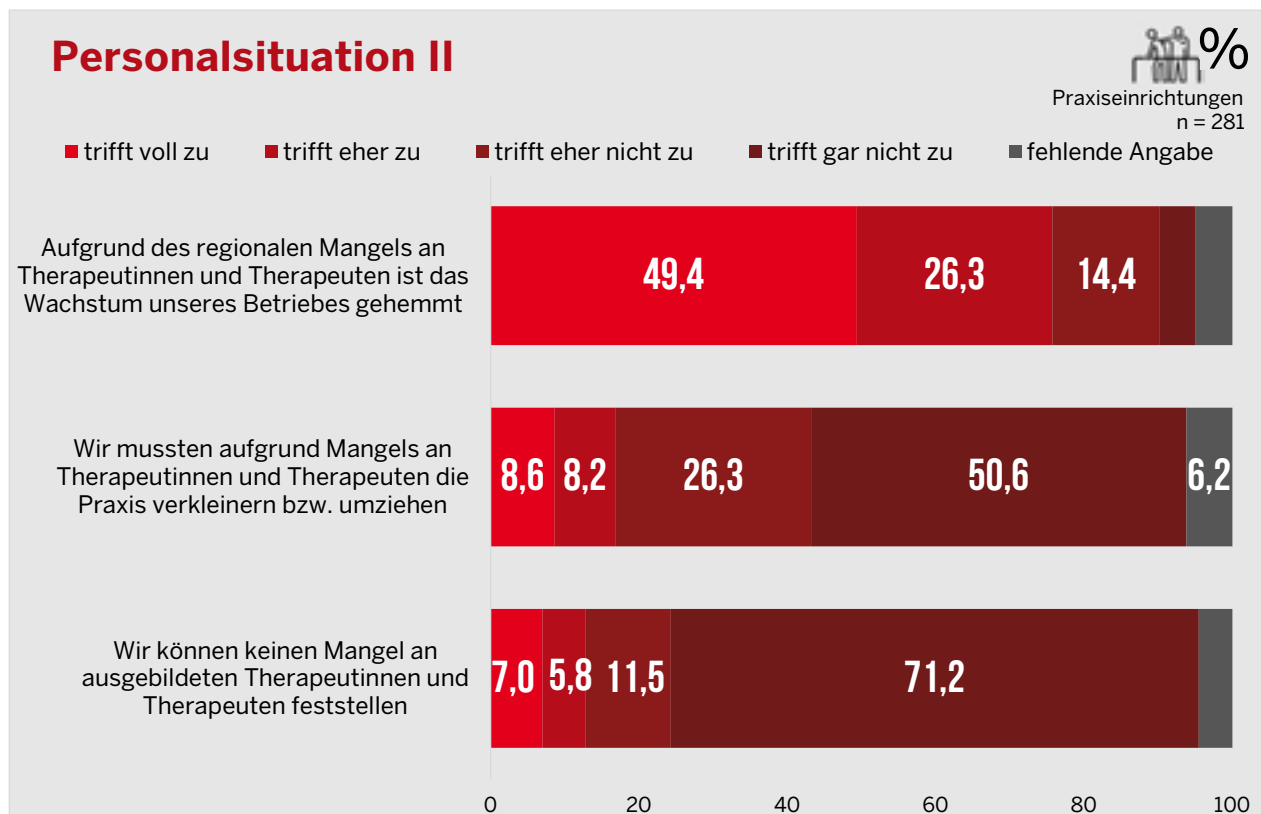


Abb. 58: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Physiotherapie

Der Mangel wirkt sich jedoch in der Fläche nicht in dem Umfang aus, dass Praxen verkleinert werden oder Betriebe umziehen mussten. Für nicht ganz jede fünfte Praxis ist dieser Umstand jedoch gegeben, wie die Zustimmungswerte in der nachstehenden Abbildung illustrieren.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist die Personalplanung wichtig, um den Wachstum des Betriebes steuern zu können. Wie auch in den anderen Sektoren wurden die Praxisführenden gebeten anzugeben, wie hoch der tatsächliche Bedarf an einem Personalstellenaufbau bzw. -abbau ist, um die für das Jahr 2018 gesteckten betrieblichen Ziele erreichen zu können. 21,7 Prozent gaben an, dass für ihre Praxis keine Personalstellenveränderungen nötig erscheinen. Einen Personalabbau sehen 17 Prozent als geboten an, mit einer durchschnittlichen Stellenreduktion von 0,48 Vollzeitstellen pro Praxis. Mit 67,3 Prozent gab die überwiegende Mehrheit einen beabsichtigten Personalstellenaufbau als an. Für die erfolgreiche Zielumsetzung für das Jahr 2018 benötigt im Durchschnitt jede dieser Praxiseinrichtungen 1,5 Vollzeitstellen.

5.4.4 Physiotherapie: Gewinnung von Fachpersonal

Vergleichbar zu den anderen Sektoren schätzen die antwortenden Praxisinhaberinnen und -inhaber der Physiotherapie die Situation in der Personalgewinnung ein. Dass die Akquisition von Therapeutinnen und Therapeuten in den letzten Jahren schwieriger geworden ist, wird von insgesamt 89,3 Prozent als zutreffend eingestuft. Die Stellen, die durch die Personalfluktuaton neu besetzt werden mussten, lassen sich eher bzw. gar nicht problemlos besetzen.

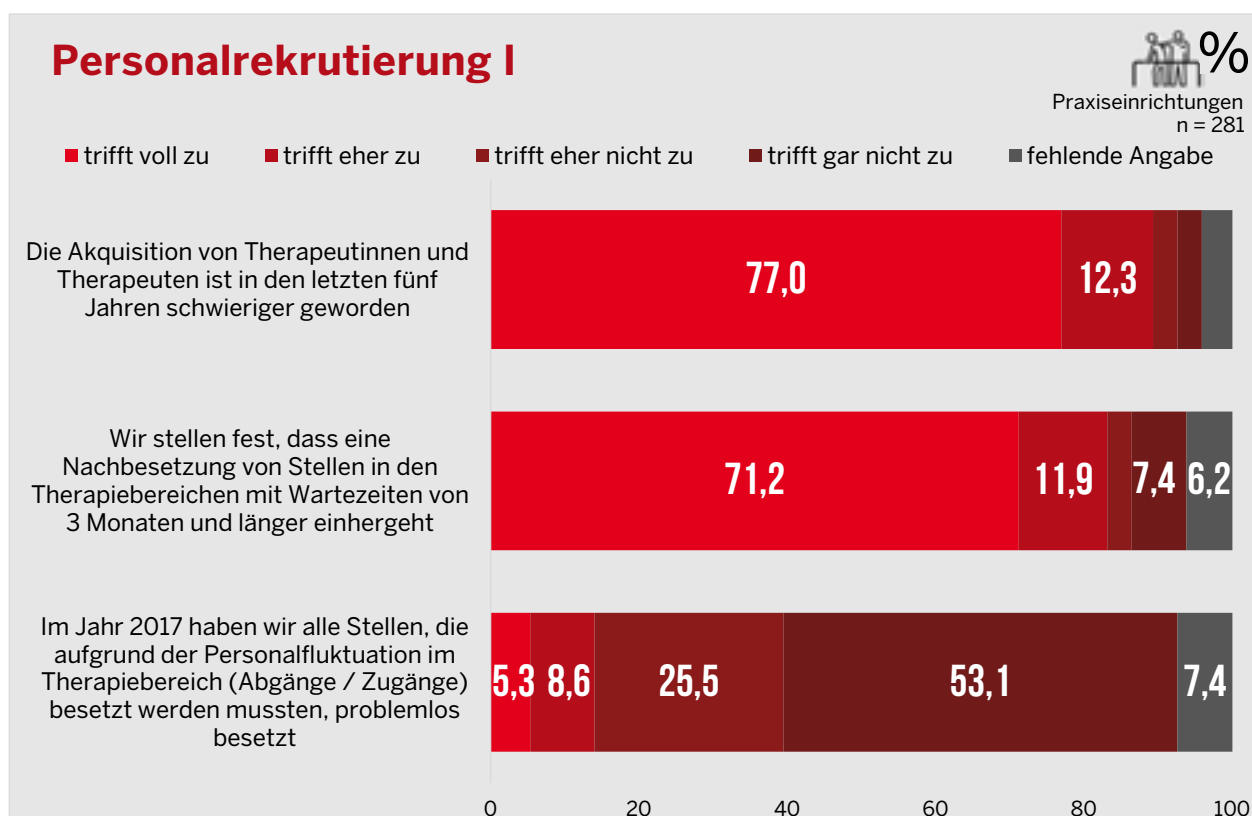


Abb. 59: Einschätzung zur Personalrekrutierung Physiotherapie

Bezogen auf die Aussage, dass Nachbesetzungen erst nach mehr als 3 Monaten möglich sind, stimmten die antwortenden Praxisbetreibenden mit rund 71 Prozent voll und knapp 12 Prozent eher zu. Konkret wurden sie zusätzlich aufgefordert anzugeben, wie lange die Wartezeit für die letzte Besetzung einer offenen Stelle war. Die Hälfte der Antwortenden wies eine Vakanzzeit von bis zu 25 Wochen auf, bis sie eine offene Stelle nachbesetzen konnten. Im Mittel besteht eine Vakanzzeit von achteinhalb Monaten bis zur Neueinstellung.

In dem Berichtsjahr 2017 haben zwei Drittel der Praxisführenden neue Mitarbeitende der Physiotherapie eingestellt. Im Durchschnitt wurde eine Person pro Praxiseinrichtung angestellt. Eine Praxiseinrichtung von 100 stellte mehr als fünf

Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein. Ein kleiner Anteil in der Stichprobe bietet neben der Physiotherapie auch andere Therapieformen wie Ergotherapie und Logopädie an. 18,6 Prozent der physiotherapeutischen Praxisführenden haben ausgebildetes Personal aus anderen Therapiebereichen in 2017 eingestellt.

In Anbetracht der schwierigen Akquisitionssituation spielt die Effektivität und die Häufigkeit der Nutzung der verschiedenen Rekrutierungsmaßnahmen für die ambulanten Versorger eine zentrale Rolle, um potenzielle Mitarbeitende für die eigene Einrichtung zu gewinnen. Auf der linken Seite der nachstehenden Grafik sind die als effektiv eingeschätzten Rekrutierungsmaßnahmen in Rot abgebildet. Dem gegenübergestellt sind die Angaben in Grün, welche der beschriebenen Maßnahmen konkret angewendet werden.

Wie auch in den Sektoren der ambulanten Pflege, der teil-/vollstationären Pflege und den Krankenhäusern wird deutlich, dass Rekrutierungsmaßnahmen am effektivsten eingeschätzt und am ehesten angewendet werden, die sich durch ein hohes Maß an persönlichem und individuellen Kontaktaufbau zu potenziellen Mitarbeitenden auszeichnen. Dabei stechen jene Rekrutierungsmaßnahmen heraus, die regional ausgerichtet sind. Persönliche Netzwerke werden von annähernd drei Viertel der Antwortenden genutzt und Werbekampagnen von rund 70 Prozent.

Korrespondierend zu den anderen Sektoren werden auch von den Betreibenden physiotherapeutischer Praxen die Printmedien und die Meldung bei der Agentur für Arbeit als wenig effektiv eingestuft, jedoch von mehr als der Hälfte der Antwortenden genutzt. Die Annahme liegt nahe, dass es sich dabei um eine Konvention handelt, die über lange Zeit bestanden hat und zum Standardrepertoire der Rekrutierungsmaßnahmen gehört.

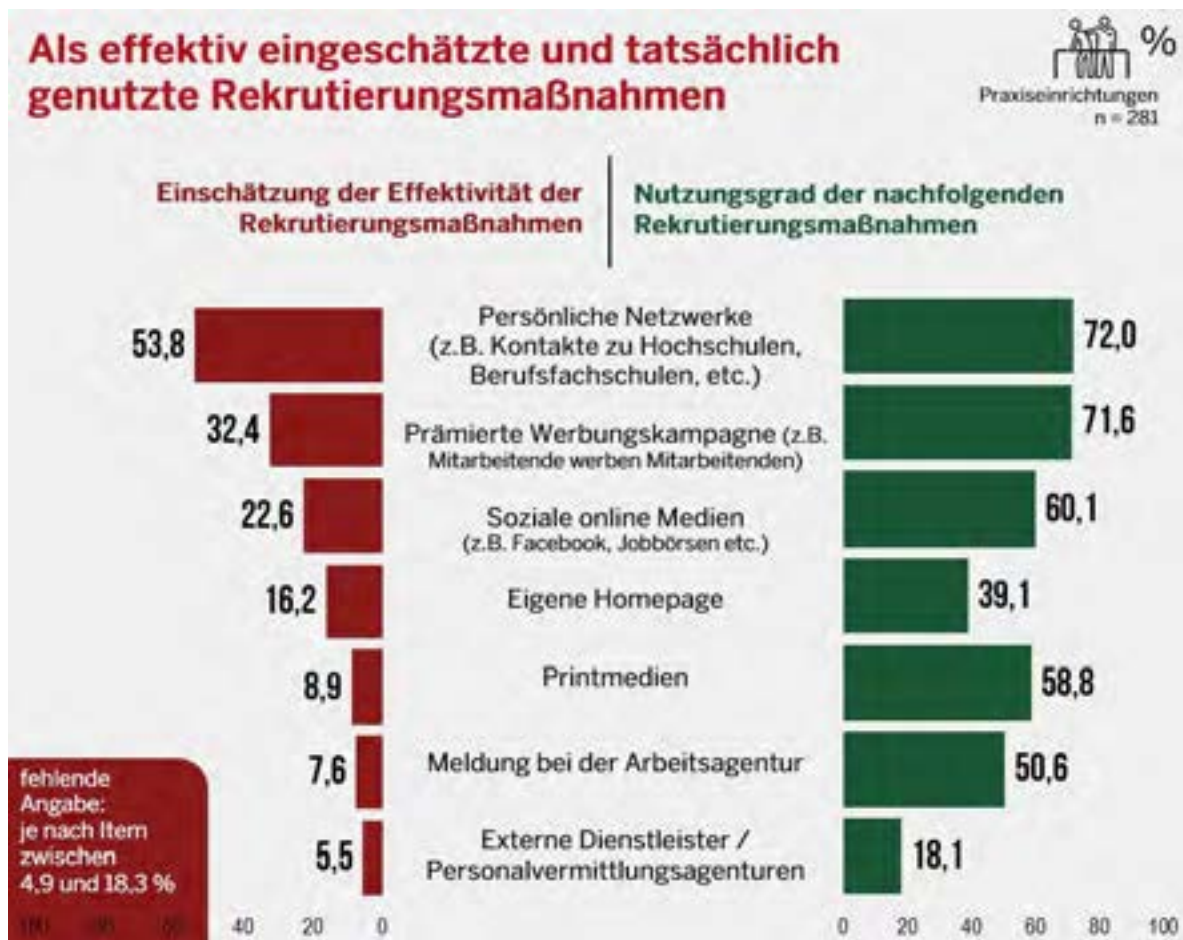


Abb. 60: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Physiotherapie

5.4.5 Physiotherapie: Barrieren der Berufsausübung

Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten wurden in Abhängigkeit von ihrem beruflichen Status befragt, was sie daran hindert, selbstständig zu werden bzw. in eine sozialversicherungspflichtige Anstellung zu wechseln. Die antwortenden geringfügig Beschäftigten, sozialversicherungspflichtig Angestellten sowie die Honorarkräfte in der Physiotherapie gaben Meinungsbilder zu den Barrieren ab, eine eigene Praxis zu führen.

Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte stellen die drei am häufigsten angegebenen Barrieren dar. Dies sind der Einschätzung zufolge eine fehlende positive Bilanz zwischen Arbeitsaufwand und monetärem Gewinn, der zu hohe Verwaltungsaufwand und die ebenfalls als zu hoch wahrgenommenen Investitionskosten. Mit 26,3 Prozent wurde die Familienplanung nur rund halb so häufig als Barriere angegeben wie die Investitionskosten.



Abb. 61: Barrieren der Praxisgründung Physiotherapie

Weitere Aspekte, wie fehlende Weiterbildungen, hoher Konkurrenzdruck oder persönliche Gründe, wurden von einem geringeren Anteil von rund 9 bis 12 Prozent angeführt. Hervorzuheben ist die sehr geringe Häufigkeit der Angabe, dass eine fehlende Nachfrage nach ambulanten Therapieangeboten eine Barriere darstelle. Dies wurde von lediglich 0,5 Prozent der Antwortenden angegeben und verdeutlicht, dass auf dem Gesundheitsmarkt die Nachfrage nach physiotherapeutischen Behandlungen so groß ist, dass sie als Hinderungsgrund keine nennenswerte Erwähnung findet.

Dem gegenüber wurden die selbstständigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die geringfügig Beschäftigten und die Honorarkräfte gebeten anzugeben, was sie daran hindert, eine sozialversicherungspflichtige Anstellung anzustreben. Hier sticht vor allen die Unzufriedenheit mit der Entlohnung heraus. Die weiteren Barrieren unterscheiden sich in der Häufigkeit der Nennung nicht gravierend und beziehen sich auf die Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit und die geringen Einflussmöglichkeiten darauf als Angestellte.



Abb. 62: Barrieren Anstellungsverhältnis Physiotherapie

Deutlich geringer ist die Häufigkeit der Nennungen bezogen auf Aspekte wie fehlende Stellenangebote in der Nähe oder in der weiteren Umgebung oder dass die Stellen überwiegend befristet oder in Teilzeit angeboten werden. Diese Angaben wurden von 3,6 Prozent bis 6,1 Prozent der Antwortenden vorgenommen. Diese Einschätzungen harmonisieren mit den Ergebnissen aus den vorgehenden Kapiteln, die einen hohen Bedarf an Physiotherapeutinnen und -therapeuten bei zugleich hohen Vakanzzeiten bis Stellen neubesetzt werden können ausweisen.

Schließlich wurden alle Physiotherapeutinnen und -therapeuten befragt, welche Gründe sie anführen würden, die sie daran hindern könnten, weiter in ihrem ursprünglichen Berufsfeld tätig zu sein. Auch hier ist das Stimmungsbild der Antwortenden eindeutig. Mit knapp 91 Prozent wird als Barriere die unzureichende finanzielle Entlohnung genannt. Dieses Ergebnis zeigt, dass annähernd alle der befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, unabhängig von ihrem beruflichen Status, die Bezahlung in ihrem Beruf als unzureichend empfinden.

Am zweithäufigsten wurde die Unzufriedenheit mit der beruflichen Anerkennung durch andere, mitwirkende Professionen genannt. Auffällig dabei ist, dass auch die gesellschaftliche Anerkennung von 30 Prozent der Antwortenden als unzureichend eingeschätzt wurde, was jedoch 38 Prozentpunkte niedriger ist als die

vorher beschriebene Nennung. Demnach fühlen sich die Berufstätigen der Physiotherapie von den benachbarten Professionen weniger geachtet als von der Gesellschaft insgesamt.

Von mehr als der Hälfte der Antwortenden wurde angegeben, dass der Beruf zu anstrengend ist, als dass er bis zum regelhaften Renteneintrittsalter ausgeübt werden kann. Zumindest in dieser Stichprobe wiesen die Ergebnisse jedoch nicht darauf hin, dass Physiotherapeutinnen und -therapeuten überwiegend frühzeitig in die Rente eintreten würden.



Abb. 63: Berufsverbleib Physiotherapie

Ein weiterer Hinderungsgrund ist für 26,6 Prozent der Antwortenden das fehlende Entwicklungspotenzial der Profession an sich.

Auffallend ist, dass die arbeitsmarktbezogenen Gründe, wie mangelnde Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, überwiegend befristete Stellenangebote oder überwiegende Stellenangebote in Teilzeit, von den Antwortenden in maximal 5,4 Prozent der Fälle angegeben wurden und demnach für diesen Sektor keine gravierende Rolle spielen.

5.4.6 Physiotherapie: Zusammenfassung

Die ambulanten Praxen, wie auch die Physiotherapeutinnen und -therapeuten insgesamt, zeigen eine breite Variation an spezialisierten Versorgungsbereichen,

beschränken sich aber für aufsuchende Therapietätigkeiten auf einen relativ engen Radius. Die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten, einen Behandlungstermin zu erhalten, sind mit durchschnittlich 2,8 Wochen als relativ kurz anzusehen, berücksichtigt man die Personalsituation und die Auslastung der physiotherapeutischen Praxen.

Die Personalsituation zeichnet sich für die physiotherapeutischen Praxen als problematisch ab. 18 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstellen und 34 Prozent der durch geringfügige Beschäftigung abgedeckten Vollzeitstellen sind aktuell vakant. Zudem besteht bei der Mehrheit der Praxen der Bedarf, die Personalressourcen weiter auszubauen. Der Mangel an qualifiziertem Fachpersonal und die bemerkenswerte durchschnittliche Wartezeit von 8,5 Monaten bis zur Stellenbesetzung wirken sich zum einen hemmend auf das Versorgungsangebot und das Wachstum der Praxiseinrichtungen aus. Zum anderen fördert es die Arbeitsbelastung und hält die Arbeitsauslastung auf einem hohen Niveau.

Die Personalrekrutierung erfolgt überwiegend über regional begrenzte Maßnahmen, die den Praxisbetreibenden die Option eröffnen, persönlich mit den potenziellen Mitarbeitenden in Kontakt zu treten, um sie für die eigene Praxis gewinnen zu können. Klassische Rekrutierungsmaßnahmen wie Printmedien und Meldungen bei der Arbeitsagentur werden aus Konvention genutzt, jedoch in ihrer Effektivität als gering eingeschätzt.

Die Physiotherapie selbst schätzt unabhängig vom eigenen Berufsstatus die Bezahlung, die rechtlichen Rahmenbedingungen der Berufsausübung sowie die Anerkennung durch andere gesundheitsbezogene Professionen als ungenügend ein sowie als mögliche Barrieren für den langfristigen Berufsverbleib.

5.4.7 Ergotherapie: Antwortende Praxen

In die Stichprobe eingeschlossen werden konnten 153 Personen des Bereiches der Ergotherapie. Da die Analyse bei bestimmten Fragen zwischen Praxisbetreibenden und Nicht-Selbstständigen unterscheidet, werden in einigen der Abbildungen bei einer Stichprobengröße kleiner 100 keine prozentualen Anteile, sondern absolute Zahlen ausgewiesen.

In der Stichprobe überwiegt der Anteil weiblicher Beschäftigter deutlich. Knapp 80 Prozent der Antwortenden waren Frauen. Der Beruf der Ergotherapie wird mehrheitlich von Frauen ausgeübt (Bußmann 2015), sodass eine solche Verteilung als der Grundgesamtheit entsprechend einzuschätzen ist.

Die teilnehmenden Ergotherapeutinnen und -therapeuten wurden nach ihrer Zugehörigkeit zu den Regierungsbezirken befragt. Den Angaben nach entfallen die

größeren Anteile auf die dichtbesiedelten Gebiete Düsseldorf und Köln. Eine geringe Teilnahme ist aus dem Regierungsbezirk Münster festzustellen.

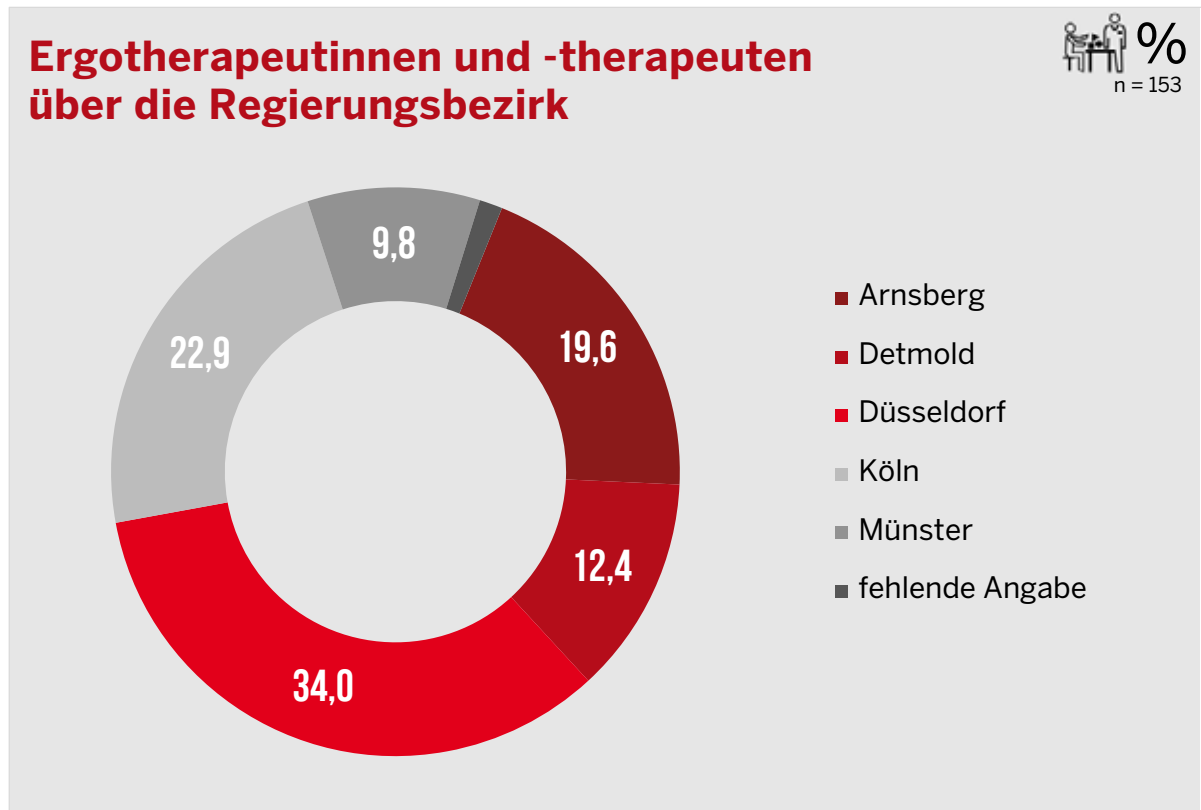


Abb. 64: Ergotherapeutinnen und -therapeuten Regierungsbezirke des Landes

Von den antwortenden Personen sind 41,2 Prozent Praxisinhaberinnen und -haber bzw. Praxisteilhaberinnen und -teilhaber. Den größten Anteil bildet die Gruppe der sozialversicherungspflichtig Angestellten. Knapp 4 Prozent machen die freien Mitarbeitenden aus und 2,6 Prozent entfallen auf die geringfügig Beschäftigten.

Die Praxisbetreibenden (n=62) wurden befragt, welche Formen der Anstellung sie in ihren Betrieben nutzen. 56 der Praxisführenden gaben an, dass sie sozialversicherungspflichtig Angestellte beschäftigen. Freie Mitarbeitende bzw. Honorarkräfte werden von 42 Praxisbetreibenden beschäftigt. Lediglich acht Praxisführende gaben an, dass sie geringfügig Beschäftigte angestellt haben. Den Ergebnissen zufolge wird in einem großen Teil der befragten Praxiseinrichtungen ein gemischtes Beschäftigungsmodell aus festangestellten und freien Mitarbeitenden präferiert.

Mit 53,6 Prozent der Angaben sind die befragten Ergotherapeutinnen und -therapeuten am häufigsten Mitglied im Deutschen Verband für Ergotherapeuten e.V.

(DVE). 19,6 Prozent entfallen auf den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED). Insgesamt 15 Prozent der Antwortenden gaben an, in beiden Verbänden Mitglied zu sein. Knapp sechs Prozent sind nicht Teil eines Verbandes.

Wie auch bei den Physiotherapeutinnen und -therapeuten, zeigen die Ergotherapeutinnen und -therapeuten ein breites Maß an Spezialisierungen auf. Die meisten Antwortenden sind dabei auf neurologische Grunderkrankungen (z.B. Apoplex), Kinder und Jugendliche sowie auf neurodegenerative Erkrankungen/Veränderungen (z.B. Demenzen) spezialisiert. Drei Viertel der Antwortenden gaben an, auf mehrere Versorgungsbereiche spezialisiert zu sein. Rund 47 Prozent gaben an, auf vier bis maximal acht Versorgungsbereiche spezialisiert zu sein.

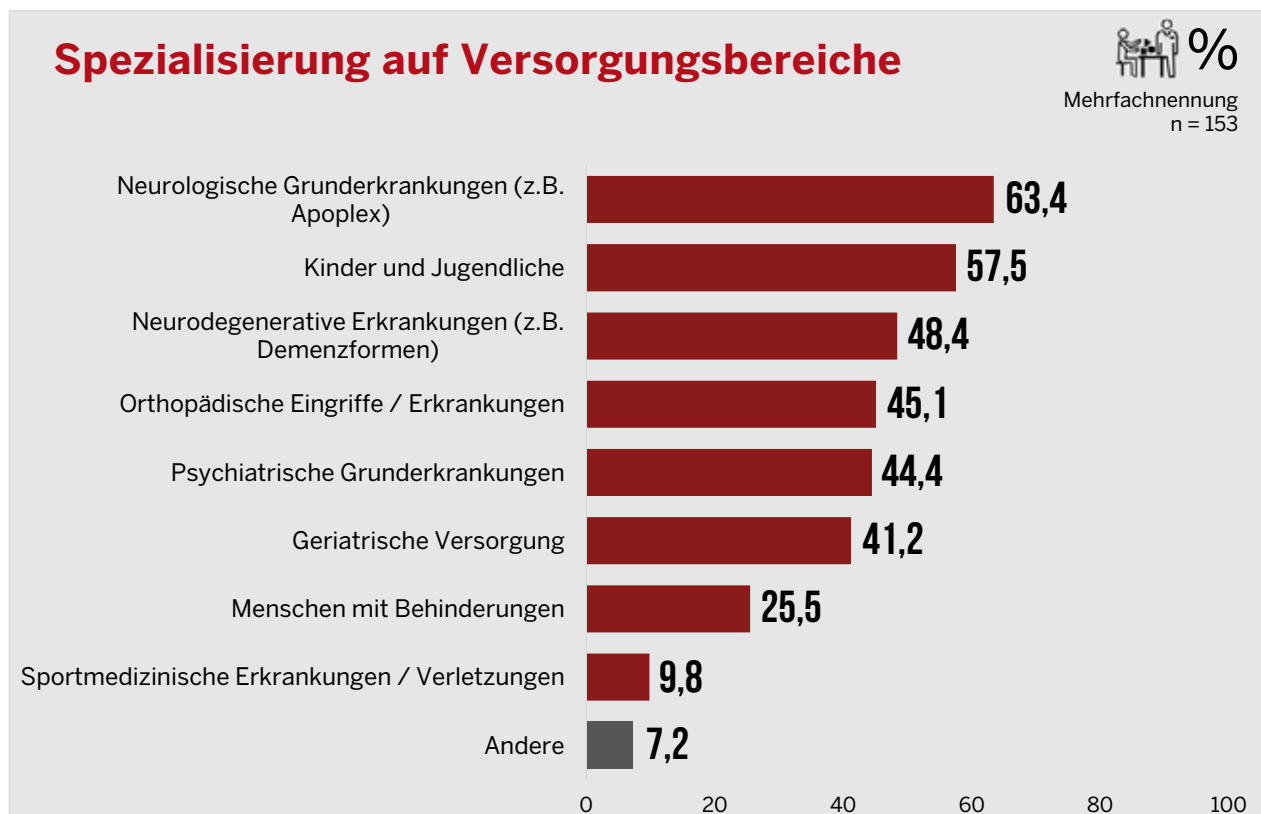


Abb. 65: Häufigkeiten spezialisierter Versorgungsbereiche in der Ergotherapie

5.4.8 Ergotherapie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität


Der ambulante Praxisbereich bekommt die Patientinnen und Patienten durch die Haus- und Fachärzte überwiesen, was zu unterschiedlich starken Aus- und/oder Überlastungen führen kann.

Die Praxisbetreibenden wurden befragt, wie viele Arbeitsstunden sie leisten und

wie stark die Auslastung ihrer Praxis ist. Den Angaben zufolge arbeiten die Praxisbetreibenden in dieser Stichprobe durchschnittlich knapp 42 Stunden pro Woche, wobei jeder Dritte zwischen 45 und 70 Stunden leistet. Die nicht-selbstständigen Ergotherapeutinnen (n=90) und -therapeuten leisten im Durchschnitt 32 Stunden pro Woche. Von den Praxisbetreibenden gehen den Angaben nach rund 60 Prozent weiteren, therapiefremden Berufstätigkeiten nach in einem Umfang von durchschnittlich 7,2 Stunden pro Woche. Bei den Nicht-Selbstständigen ist der Anteil nur einen Prozentpunkt höher. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit hingegen ist knapp drei Stunden geringer. Damit ist der Anteil derjenigen Ergotherapeutinnen und -therapeuten, die neben ihrem eigentlichen Beruf zusätzlich arbeiten, höher als in der Physiotherapie, der Umfang der durchschnittlich geleisteten Wochenstunden ist jedoch geringer.

Die teilnehmenden Praxiseinrichtungen versorgen gemeinsam im Durchschnitt 176 Patientinnen und Patienten pro Woche und je Praxis. Die Praxisbetreibenden gaben an, in ihrer letzten Arbeitswoche durchschnittlich 73 Patientinnen und Patienten zuhause behandelt zu haben, was einen Anteil von rund 41 Prozent ausmacht. Die ergotherapeutische Behandlung erfolgt demnach mehr als doppelt so häufig bei den Betroffenen zuhause, als es in der Physiotherapie der Fall ist.

Im Durchschnitt werden in den antwortenden Praxiseinrichtungen 35 Patientinnen und Patienten am Tag versorgt. Die Wartezeit, die Patientinnen und Patienten durchschnittlich bei den antwortenden Praxiseinrichtungen einkalkulieren müssen, bis sie einen Behandlungstermin erhalten, beträgt 7,3 Wochen.

Kennzahlen über die Angebotsauslastung ergotherapeutischer Praxen	
	 Praxiseinrichtungen n=62
Versorgte Patientinnen und Patienten pro Woche	
Summe der in den Praxen durchschnittlich versorgten Patientinnen und Patienten	10.380
Summe der zuhause versorgten Patientinnen und Patienten	4.152
Durchschnittliche Wartezeit für einen Behandlungstermin in Wochen	7,35

Tab. 21: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der ergotherapeutischen Praxen

Die antwortenden Ergotherapeutinnen und -therapeuten wenden im Durchschnitt 28 Prozent ihrer Arbeitszeit für organisatorische bzw. verwaltungsbezogene Tätigkeiten (Dokumentation, Abrechnung etc.) auf. Es entfällt demnach auf 3,5 Stunden therapeutische Arbeit eine Stunde mit Verwaltungsaufgaben.

Im Durchschnitt wurden in einer Arbeitswoche von jeden einzelnen der antwortenden Ergotherapeutinnen und -therapeuten 33 Betroffene behandelt. Von der getätigten Versorgung entfallen im Wochendurchschnitt 9,5 Stunden auf Behandlungen, die bei den Patientinnen und Patienten zuhause durchgeführt werden.

Die Ergotherapeutinnen und -therapeuten fahren durchschnittlich 11,2 Kilometer bis zu den Betroffenen, um vor Ort Therapien durchzuführen. Für die Hälfte der Antwortenden liegt die Entfernungsgrenze bei 10 Kilometern. Eine bzw. einer von fünf Ergotherapeutinnen und -therapeuten gab an, auch mehr als 17 Kilometer zu fahren. Damit zeigt sich der Sektor der ambulanten Ergotherapie mobiler als die Physiotherapie, wo lediglich ein Zehntel der Antwortenden mehr als 15 Kilometer Fahrtstrecke aufweist. Demzufolge ist der Behandlungsradius von Ergotherapeutinnen und -therapeuten größer und Versorgungsleistungen auch in weniger dichtbesiedelten und infrastrukturell ausgebauten Gebieten potenziell leichter verfügbar.

5.4.9 Ergotherapie: Personalsituation und Altersstruktur

Die ergotherapeutischen Praxiseinrichtungen präferieren einen Beschäftigungsmix aus freien Mitarbeitenden bzw. Honorarkräften und sozialversicherungspflichtigen Angestellten (siehe weiter oben). Diese Angaben stehen jedoch im Gegensatz zu den nachfolgenden Ergebnissen. Die Praxisbetreibenden in der Stichprobe beschäftigen im Bereich der sozialversicherungspflichtig Angestellten gemeinsam in der Summe 211,2 VZK-Stellen und geben 66,75 VZK als vakante Stellen an, was einem Anteil von 24 Prozent entspricht. Die geringfügig Beschäftigten können auf ein Stellenvolumen von 43 VZK beziffert werden. In diesem Bereich werden 23,25 VZK als offen und zu besetzen angegeben. Die freien Mitarbeitenden und Honorarkräfte bilden hingegen lediglich ein Volumen von sechs VZK. An dieser Stelle muss angenommen werden, dass die Stellenumfänge der Honorarkräfte und freien Mitarbeitenden nicht korrekt angegeben werden konnten, da diese mit hoher Wahrscheinlichkeit bei Bedarf angefragt werden und der Stundenumfang damit variiert.

In der Stichprobe der Praxiseinrichtungen zeigt sich, dass lediglich knapp 5 Prozent keine Mitarbeitenden beschäftigen. Jede zweite Praxis zählt mindestens fünf Mitarbeitende der Ergotherapie. Dementsprechend ist die Anzahl der Beschäftigten ähnlich zu dem Bereich der Physiotherapie.

Die Ergotherapeutinnen und -therapeuten wurden auf ihre ursprüngliche Herkunft und wo sie ihre Ausbildung absolvierten befragt. In der Stichprobe sind

knapp acht Prozent der Antwortenden für die Ausbildung aus einem anderen Bundesland nach NRW gezogen. Weitere 12,4 Prozent sind erst nach dem Berufsabschluss für die Berufsausübung nach NRW gekommen. Der Anteil, der angab, im Jahr 2018 das Bundesland zu verlassen, um in einem anderen Teil Deutschlands zu arbeiten, beträgt lediglich zwei Prozent. Dementsprechend ist keine Wanderbewegung der Ergotherapie zwischen den Bundesländern zu verzeichnen.

Die Fluktuation der Mitarbeitenden zwischen den Praxen und stationären Einrichtungen scheint stärker ausgeprägt zu sein als in dem Bereich der Physiotherapie. Etwas mehr als ein Viertel der antwortenden nicht-selbstständigen Ergotherapeutinnen und -therapeuten (n=90) gab an, für das Jahr 2018 in ein neues Angestelltenverhältnis wechseln zu wollen. Niedriger als in der Physiotherapie ist die Bereitschaft, eine eigene Praxis führen zu wollen. Nur zwei von 90 Antwortenden planen in 2018 ihren eigenen Betrieb zu eröffnen.

Die Praxiseinrichtungen wurden über die Altersstruktur ihrer Mitarbeitenden befragt, so wie auch alle an der Befragung Teilnehmenden aufgefordert wurden ihr Alter anzugeben. Der Altersdurchschnitt der so gebildeten Stichprobe (n=430) beträgt 39 Jahre und ist damit etwas niedriger als in der Physiotherapie. Die Hälfte dieser Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind zwischen 20 und 36 Jahre alt. Jeder Zehnte ist zwischen 57 und 65 Jahren alt.

In den antwortenden Praxiseinrichtungen sind im Berichtsjahr 2017 sechs Personen in die Rente eingetreten. Alles sechs waren deutlich unter dem Renteneintrittsalter und können nur aufgrund einer Berufsunfähigkeit in die Rente eingetreten sein.

Die Ergotherapie ist, wie auch die anderen Therapiebereiche, ein Sektor mit geringen Arbeitsmarktreserven (vgl. Kapitel 3) und wird als Engpassberuf geführt (Burstedde und Risius 2017). Dieser Umstand wirft Fragen zu potenziellen Problemlagen in der Personalsituation sowie zu der Personalakquisition auf.

Auf der folgenden Abbildung wird ersichtlich, dass der Mangel an Personal sich auf die Versorgungsangebote auswirkt. Das Gros der Praxiseinrichtungen stimmt der Aussage voll bzw. eher zu, dass neue Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von vier Wochen einen Behandlungstermin erhalten können, da die Personalressourcen eine zeitnahe Behandlung nicht ermöglichen. Dass die Personalausstattung in den Praxen dem eigentlichen Personalbedarf entspricht, wird von der Mehrheit als nicht zutreffend eingeschätzt. Ein Rückgang an Fachpersonal, der sich aufgrund von Verordnungsrückgängen erklären lassen könnte,

liegt überwiegend nicht vor. Damit ist die Auslastung in diesem Sektor anzunehmen und die bestehenden Kapazitäten sind voll erschlossen.

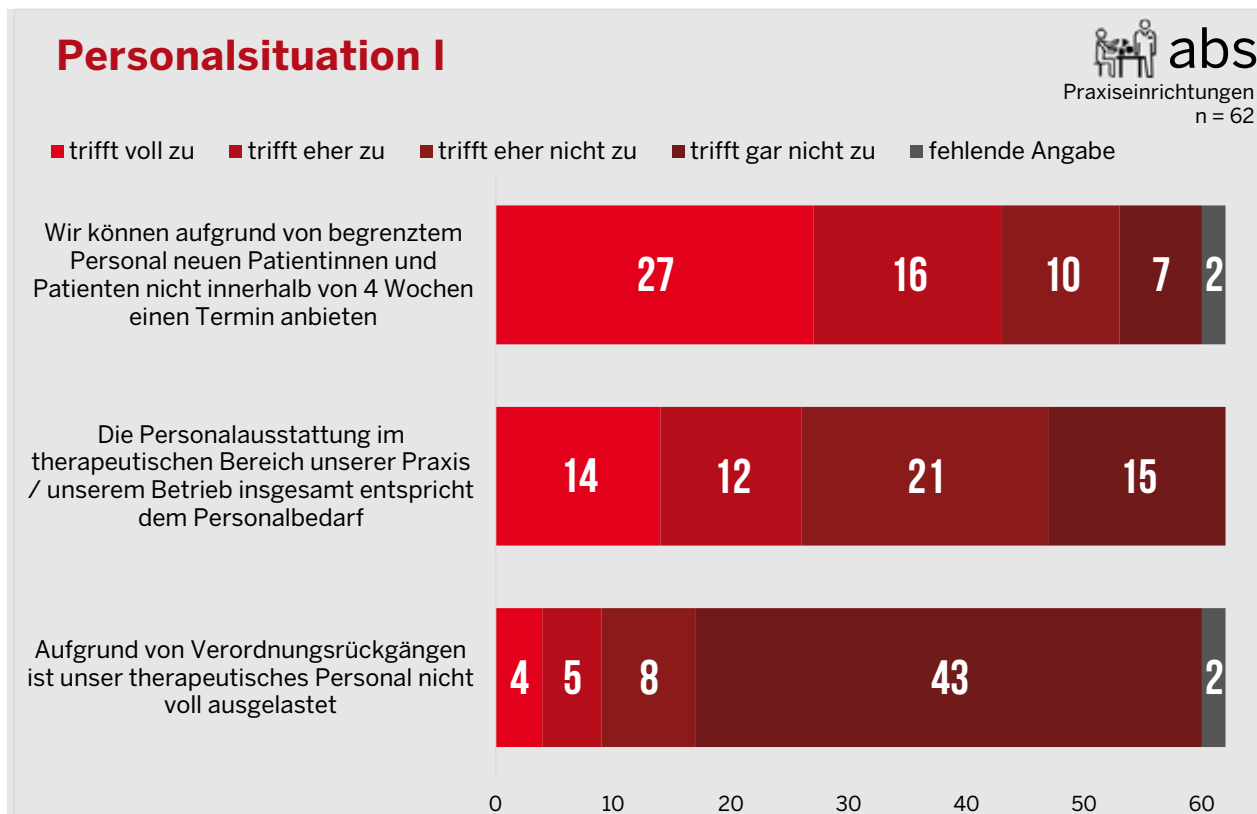


Abb. 66: Personalausstattung und Personalbedarf Ergotherapie

Ein weiterer Aspekt, der durch das zu geringe Fachkräfteangebot mit bedingt wird, ist das Wachstum des Betriebs und die wirtschaftliche Situation. Die antwortenden Praxisbetreibenden gaben mehrheitlich an, dass ein mögliches Wachstum durch einen Personalmangel gehemmt wird.

Der Personalmangel ist in der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen offensichtlich. Dass die Personalsituation dazu führe, dass sich Praxen strukturell verkleinern, wurde von einem eher kleineren Anteil der Antwortenden als zutreffend eingeschätzt. Ein negatives Wachstum liegt hier demnach nicht vor, die Begrenzung des Wachstums wurde jedoch auch mit diesem Fragenkomplex untermauert.

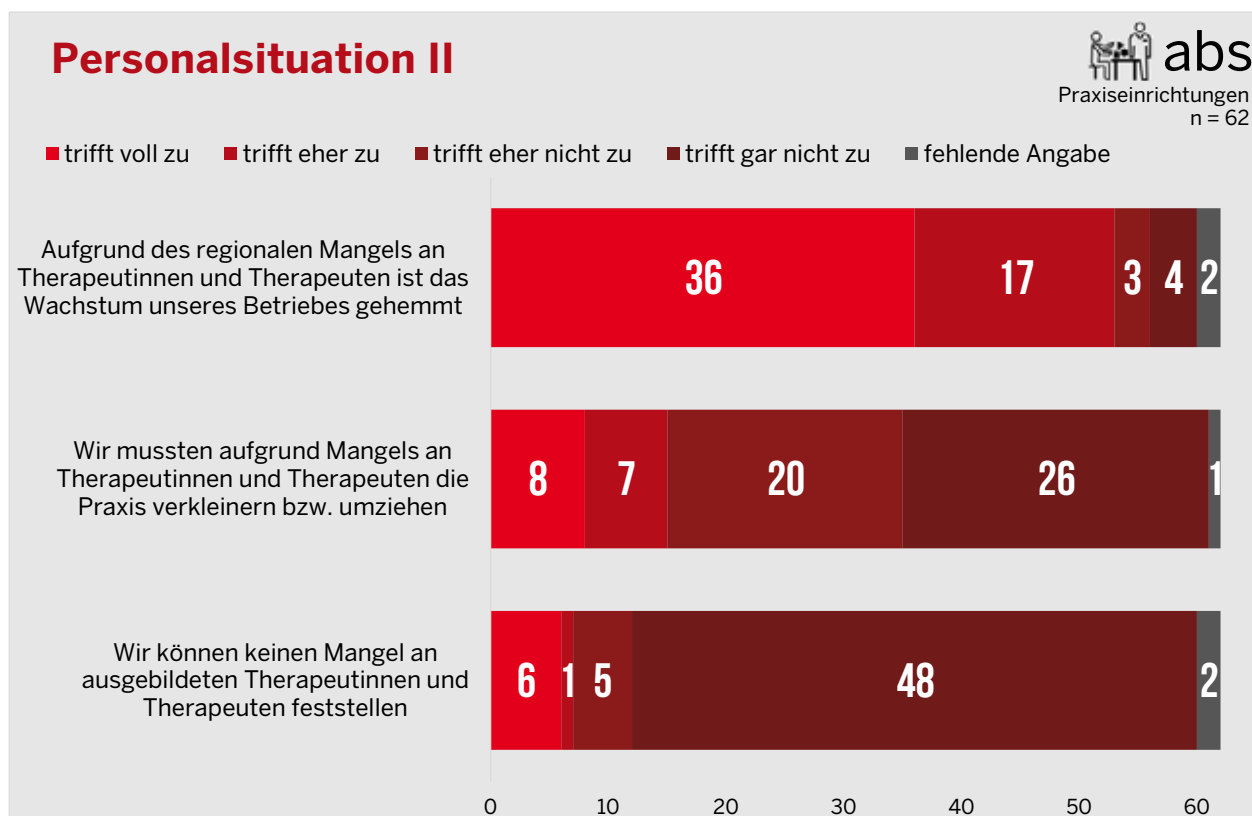


Abb. 67: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Ergotherapie

Um den Versorgungsbedarfen gerecht werden zu können, müssen die Praxisbetreibenden ihren Personalbedarf vorausplanen. 13 von 62 Praxen sehen keinen Veränderungsbedarf in ihren Personalressourcen. Lediglich 3 Praxen gaben an, dass sie für das Jahr 2018 einen Personalstellenabbau vornehmen müssen. Die Stellenumfänge betragen dabei 0,5 bis 2 VZK. Dementgegen gaben 39 der Praxisbetreibenden an, dass sie Bedarfe für einen Personalstellenaufbau sehen. Den Angaben zufolge rangieren die geplanten Stellenumfänge zwischen einer und maximal fünf VZK. Insgesamt werden in den antwortenden Praxiseinrichtungen 86,3 VZK zusätzlich für das Jahr 2018 benötigt. Im Durchschnitt entfallen damit zwei VZK auf jede Praxiseinrichtung.

5.4.10 Ergotherapie: Gewinnung von Fachpersonal

Wie auch in den anderen befragten Sektoren schätzen die antwortenden Praxisbetreibenden in der Ergotherapie die Rekrutierung von geeignetem Personal als schwierig ein. Den Angaben zufolge kann die Mehrheit der Aussage, dass in 2017 durch Personalfluktuatation vakante Stellen problemlos nachbesetzt werden konnten, nicht zustimmen. Überwiegend zustimmende Angaben wurden jedoch zu den Aussagen getätigt, dass die Personalakquisition in den vergangenen Jahren schwieriger geworden ist sowie dass die Nachbesetzungen mit Wartezeiten von

über drei Monaten einhergehen. Im Mittelwert gaben die Praxisbetreibenden eine Vakanzzeit von zwölf Monaten an. Jede zweite der antwortenden Praxiseinrichtungen musste für die letzte Personaleinstellung bis zu sieben Monaten suchen, bis sie eine geeignete Fachkraft gewinnen konnte.

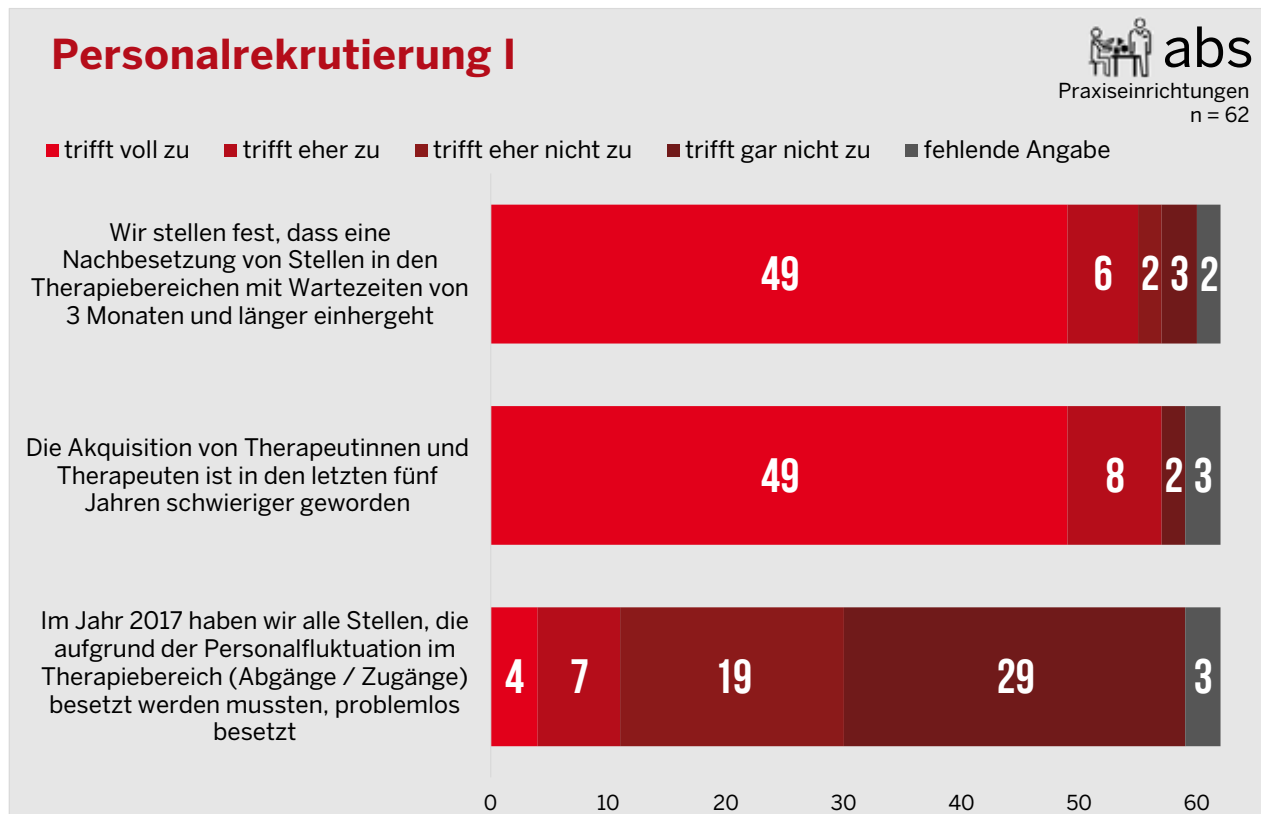


Abb. 68: Einschätzung zur Personalrekrutierung Ergotherapie

Im Berichtsjahr 2017 haben 39 der 62 Praxisbetreibenden (62,9 Prozent) neue Mitarbeitende der Ergotherapie eingestellt. 26 der Praxen stellten eine Fachkraft ein. Acht weitere Praxen konnten zwei Ergotherapeutinnen und -therapeuten einstellen. Die restlichen Praxisbetreibenden stellten zwischen 3 und 5 Fachkräfte ein.

Die Schwierigkeiten bei der Personalakquisition werfen die Frage nach der Effektivität und dem tatsächlichen Einsatz von Rekrutierungsmaßnahmen auf. In der nachstehenden Grafik sind die Ergebnisse über die Einschätzung der Effektivität und die Ergebnisse über die Zustimmung der Nutzung bestimmter Rekrutierungsmaßnahmen einander gegenübergestellt. Auf der linken Seite illustrieren die roten Balkendiagramme die Einschätzungen über die Effektivität, auf der rechten Seite in Grün sind die Ergebnisse über die Nutzung der Maßnahmen abgetragen.

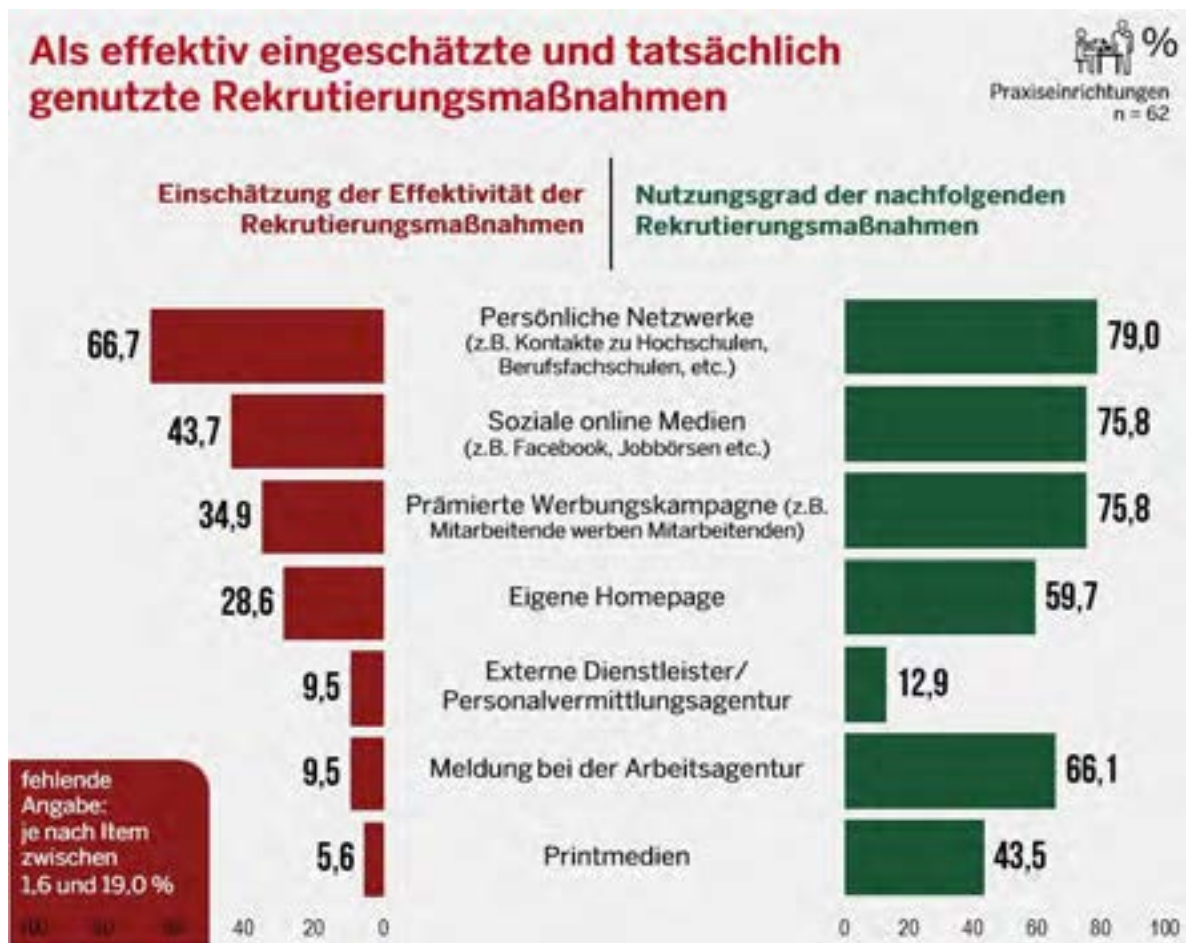


Abb. 69: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Ergotherapie

Die Ergebnisse unterscheiden sich nur graduell von den Angaben der Physiotherapie. Wie auch in den anderen Sektoren bewerten die ergotherapeutischen Praxisführenden die persönlichen Netzwerke als am effektivsten und nutzen diese auch dementsprechend häufig. Die sozialen, digitalen Medien werden auf Rang zwei geführt, was einen deutlich höheren Anteil ausmacht, als er in der Pflege zu beobachten ist. Die prämierten Werbungskampagnen liegen auf dem dritten Rangplatz bezogen auf die Einschätzung der Wirksamkeit. Korrespondierend zu den anderen Sektoren wird auch in der Ergotherapie die Meldung bei der Agentur für Arbeit sowie der Einsatz von Printmedien als wenig effektiv eingeschätzt, jedoch im Verhältnis dafür häufig eingesetzt.

5.4.11 Ergotherapie: Barrieren der Berufsausübung

Die an der Befragung teilnehmenden Personen, die keine Praxis führen oder an einer solchen teilhaben, wurden gebeten anzugeben, welche Gründe sie als maßgeblich einschätzen, sich nicht selbstständig zu machen. Die Verteilung der fünf

am häufigsten genannten Barrieren entspricht den Ergebnissen der Physiotherapie und Logopädie. Der finanzielle Gewinn wird dem Arbeitsaufwand entsprechend als unangemessen eingeschätzt, der Verwaltungsaufwand als Teil des Arbeitsaufwandes wird als zu hoch wahrgenommen und die Investitionskosten stellen den am dritthäufigsten genannten Hinderungsgrund dar. Die Familienplanung wird von einem Drittel der Befragten angeführt.



Abb. 70: Barrieren der Praxisgründung Ergotherapie

Ein weiterer von einem Viertel der Antwortenden angegebener Grund ist das Fehlen von vergütungsrelevanten Weiterbildungen. Deutlich seltener wurden Gründe wie Konkurrenzdruck, Wunsch nach örtlicher Ungebundenheit oder nach beruflicher Neuorientierung sowie fehlende Nachfrage nach ambulanter Ergotherapie angegeben.

Um auch die Gegenposition zu beleuchten, wurden die Praxisführenden der Ergotherapie sowie die freien Mitarbeitenden und die geringfügig Beschäftigten nach Gründen befragt, die sie als Barrieren für die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Anstellung erachten. Hier wurde am häufigsten die Unzufriedenheit über die Bezahlung angegeben. Die weiteren vier Gründe unterscheiden sich in der Häufigkeit ihrer Nennung nur graduell und beziehen sich auf die strukturellen Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit, wie die Arbeitsplatzbedingungen, die Arbeitszeiten, die zeitliche Gebundenheit etc.



Abb. 71: Barrieren im Anstellungsverhältnis Ergotherapie

Von 13 Antwortenden wurde als ein weiterer Grund die anschließende Aufnahme eines Studiums oder einer anderen Ausbildung angegeben. Noch seltener werden Gründe angegeben, wie dass Stellenangebote überwiegend in Teilzeit ausgeschrieben werden, die Mehrheit der Stellenangebote befristet sind oder dass es keine Stellenangebote gibt.

Abschließend wurden alle teilnehmenden Ergotherapeutinnen und -therapeuten danach befragt, welche Gründe sie als Barrieren für sich einschätzen, die sie daran hindern könnten, in dem Beruf der Ergotherapie zu verbleiben. Die fünf am häufigsten genannten Gründe sind die gleichen wie in den anderen Therapieberufen. Mit 90,2 Prozent hat das Gros der Antwortenden als Hauptargument die Unzufriedenheit über die Bezahlung angegeben. Ebenfalls hohe Zustimmungswerte wurden bezüglich der Unzufriedenheit über die berufliche Anerkennung durch andere Professionen im Gesundheitswesen sowie über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Therapieberufe abgegeben. Ferner wurden die fehlenden Karrieremöglichkeiten von mehr als jeder zweiten antwortenden Person angegeben.



Abb. 72: Berufsverbleib Ergotherapie

Knapp ein Viertel der Antwortenden gab an, dass das fehlende Entwicklungspotenzial der Profession für sie eine Barriere für den Berufsverbleib darstellen könnte. Auch hier zeigt sich, dass arbeitsmarktrelevante Gründe wie Stellenangebote in Teilzeit oder nur in befristeter Form von nur wenigen (4,6 bis 5,9 Prozent) der Antwortenden angegeben wurden und demnach für den Bereich der Ergotherapie kein bedeutsames Thema oder eine Barriere der Berufsausübung darstellt.

5.4.12 Ergotherapie: Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Onlinebefragung der Ergotherapie zeigen in der Übersicht, dass die ergotherapeutischen Praxiseinrichtungen, wie auch die Ergotherapeutinnen und -therapeuten selbst, ein breites Spektrum an spezialisierten Versorgungsangeboten aufweisen. Sie versorgen doppelt so viele Patientinnen und Patienten zuhause, als es in der Physiotherapie der Fall ist, und haben insgesamt einen höheren Mobilitätsradius. Jedoch zeigt sich, dass die Wartezeit für einen Behandlungstermin mit durchschnittlich 7,3 Wochen bemerkenswert lang ist.

Dieser Umstand korrespondiert damit, dass die Behandlungsstrategien in der Ergotherapie weniger auf ein akutes Krankheitsgeschehen ausgerichtet sind, son-

dern vielmehr auf die (Wieder-)Erlangung von alltagsrelevanten Fähigkeiten abzielen und damit langwierigere Behandlungsprozessen einschließen, was längere Wartezeiten für neue Anfragen erklären kann.

Für die Ergotherapie ist den Ergebnissen zufolge die Personalsituation ebenso angespannt wie für die anderen Therapiebereiche. Von den sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstellen ist in der Stichprobe knapp ein Viertel aktuell unbesetzt und bei den geringfügig Beschäftigten ist ein Volumen von rund 35 Prozent an Vollzeitstellen vakant. Die Mehrzahl der Praxisbetreibenden sieht den Ausbau der eigenen Personalressourcen als notwendig an. Dies ist jedoch bei einer durchschnittlichen Wartezeit von 12 Monaten bis zur Besetzung einer ausgeschriebenen Stelle eine betriebswirtschaftliche Barriere, was sich auf die Versorgung, den Wachstumsprozess der Praxiseinrichtung und die Arbeitsbelastung negativ auswirkt.

Die bevorzugten Maßnahmen für die Personalakquisition unterscheiden sich kaum von denen der anderen Bereiche. Als zuverlässigste Maßnahmen werden jene erachtet, die eine Möglichkeit bieten, mit den potenziellen Mitarbeitenden in einen persönlichen Kontakt zu treten, sei es als Praxisbetreibende oder über Angestellte. Damit beschränkt sich die Personalsuche auf die unmittelbare Region und beruht vor allen Dingen auf persönlichen sowie auf sozialen Netzwerken.

Die Ergotherapeutinnen und -therapeuten schätzen die Rahmenbedingungen des eigenen Berufes als wenig attraktiv ein. Insbesondere die Bezahlung für die berufliche Tätigkeit, die Anerkennung durch andere Professionen im Feld, die Weiterentwicklungspotenziale der eigenen Profession sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen der therapeutischen Tätigkeit werden als mögliche Hauptgründe angegeben, den Beruf aufzugeben.

5.4.13 Logopädie: Antwortende Praxen

An der Befragung nahmen 362 Personen teil, die den Beruf der Logopädie ausüben. Von den teilnehmenden Personen waren knapp 91 Prozent Logopädinnen und rund 8 Prozent Logopäden. Die an der Befragung Teilnehmenden sind über die Regierungsbezirke ähnlich wie in den anderen Therapieberufen verteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Teilnehmenden aus den Bezirken Düsseldorf und Köln kommen. Der geringste Anteil an antwortenden Logopädinnen und Logopäden stammt aus dem Regierungsbezirk Münster.

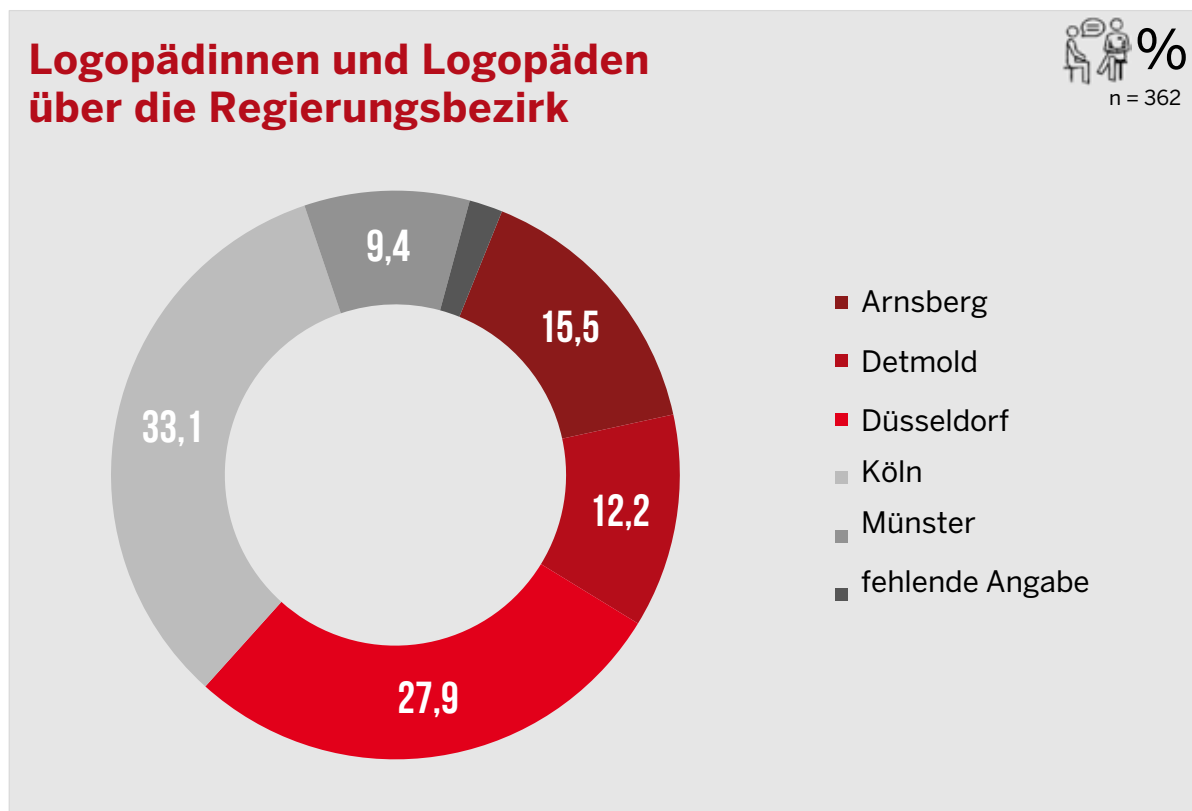


Abb. 73: Logopädinnen und Logopäden Regierungsbezirke des Landes

39,5 Prozent der teilnehmenden Logopädinnen und Logopäden sind selbstständig und führen eine Praxis oder sind Teilhabende einer Praxis. Die größte Gruppe stellen die sozialversicherungspflichtig Angestellten der Logopädie dar. 7,2 Prozent entfallen auf die geringfügig Beschäftigten und weitere 2,5 Prozent auf freie Mitarbeitende und Honorarkräfte.

Von den Praxisführenden gaben knapp drei Viertel an, sozialversicherungspflichtig Angestellte zu beschäftigen. Auch geringfügig Beschäftigte arbeiten den Angaben zufolge in drei von fünf Praxen. Die Möglichkeit, auf freie Mitarbeitende bzw. Honorarkräfte zurückzugreifen, scheint in der Branche analog zur Physiotherapie eher unüblich zu sein. Demnach geben weniger als 20 Prozent der Praxisbetreibenden in der Logopädie an, von einer solchen Option Gebrauch zu machen. Die Hälfte beschäftigt keine Mitarbeitenden dieser Art und drei von zehn tätigen hierzu keine Angabe.

Der Organisationsgrad einer Disziplin ist entscheidend für den Einfluss aus berufsinterner Perspektive, wenn es um anstehende Änderungen oder Bedarfe des Berufes geht (Hirt et al. 2016). In der Stichprobe gaben lediglich 5,5 Prozent der Antwortenden an, in keinem Verband organisiert zu sein. Des Weiteren zeigt sich,

dass vor allem zwei Verbände von herausgehobener Bedeutung für die Logopädinnen und Logopäden in dieser Stichprobe sind. Knapp 50 Prozent sind im Deutschen Bundesverband für Logopädie (DBL) e.V. organisiert, rund ein Viertel im Deutschen Berufsverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie (DBS) und zwei von fünf Teilnehmenden geben eine mehrfache Verbandszugehörigkeit an.

Die Logopädinnen und Logopäden wurden befragt, ob sie sich auf bestimmte Versorgungsbereiche spezialisiert haben. Nach den Angaben scheinen hier hauptsächlich zwei Patientengruppen zur Zielgruppe der Logopädie zu gehören: 68,8 Prozent haben sich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert und 61,9 Prozent auf Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt ein Viertel an, sich insbesondere mit Patientinnen und Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen auseinanderzusetzen. Die geriatrische Versorgung ist mit rund 17 Prozent ein relativ breiter Versorgungsbereich, wurde jedoch deutlich seltener als in der Physio- und Ergotherapie angegeben. Mit 6,1 Prozent wurden Stimmstörungen/Stimmtherapie unter dem Bereich *Andere* am häufigsten genannt.

Analog zu den anderen Therapieberufen sind auch die Logopädinnen und Logopäden häufig auf mehrere unterschiedliche Versorgungsbereiche spezialisiert. 52,2 Prozent gaben an, auf zwei bis drei Versorgungsbereiche ausgerichtet tätig zu sein, und weitere 15,7 Prozent auf vier bis fünf.

5.4.14 Logopädie: Angebotsauslastung und Arbeitsintensität

Die Tätigkeiten der Praxisführenden lassen sich im Wesentlichen auf die Bereiche der therapeutischen Berufstätigkeit und die Leitung der eigenen Praxis zusammenfassen. Der durchschnittliche Arbeitsumfang für patientennahe und patientenferne Tätigkeiten in der Therapie zusammen beträgt durchschnittlich 41,5 Stunden in der Woche. Davon entfällt etwa ein Viertel auf verwaltungsbezogene Arbeit und drei Viertel auf therapeutische Tätigkeiten. Andere, zusätzliche Berufstätigkeiten oder freie Honorartätigkeit wurden so selten angegeben, dass sie vernachlässigbar sind.


Die sozialversicherungspflichtig Angestellten in den Praxen leisten im Durchschnitt 12 Stunden weniger therapeutische Arbeit (inklusive Dokumentation/Verwaltung) pro Woche. Differenziert betrachtet verwenden die Angestellten 17 Prozent für verwaltungsbezogene Aufgaben und 83 Prozent für die therapeutische Arbeit. Zusätzlich gehen diese im Schnitt fünf Stunden einer anderen Berufstätigkeit pro Woche nach.

Dadurch ergibt sich im operativen Geschäft eine Mehrarbeit der Selbstständigen von durchschnittlich sieben Stunden pro Woche.

Die antwortenden Praxiseinrichtungen gaben an, im Wochendurchschnitt 116 Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies sind, auf alle Praxen übertragen, täglich rund 23 Personen. Bei der Anzahl der persönlich behandelten Patientinnen und Patienten unterscheiden sich Selbstständige und Angestellte nur unwesentlich. Die Angestellten haben pro Woche im Durchschnitt die persönliche Behandlung von 28 Personen angegeben (n=213). Die Selbstständigen liegen bei 33 (n=143). Gerechnet auf eine Fünf-Tage-Woche ergibt sich also eine Mehrarbeit im therapeutischen Bereich von einer Person pro Tag auf Seiten der Selbstständigen. Die Praxisführenden verwenden mit durchschnittlich 7,3 Arbeitsstunden doppelt so viel Zeit für Behandlungen bei den Patientinnen und Patienten zuhause, als es bei den Angestellten der Fall ist.

Der maximale Anfahrtsweg in Kilometern liegt bei Angestellten bei rund 10 Kilometern für einen Hausbesuch. Selbstständige legen im Schnitt zwei Kilometer mehr als maximalen Anfahrtsweg zu einer Patienten/einem Patienten zurück. Damit ist der allgemeine Radius, in dem die Logopädinnen und Logopäden auch Patientinnen und Patienten zuhause behandeln, begrenzter, als es bei der Ergotherapie der Fall ist. Im ländlichen Gebieten kann diese Entfernungsbegrenzung eine Hürde darstellen, um logopädische Behandlungen zu organisieren.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht zu der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten und den Wartezeiten.

Kennzahlen über die Angebotsauslastung logopädischer Praxen		
		Praxiseinrichtungen n=142
Versorgte Patientinnen und Patienten pro Woche		
Summe der in den Praxen durchschnittlich versorgten Patientinnen und Patienten	16.057	
Summe der zuhause versorgten Patientinnen und Patienten	4.167	
Durchschnittliche Wartezeit für einen Behandlungstermin in Wochen	8,4	

Tab. 22: Kennzahlen der Versorgungsauslastung der logopädischen Praxen

Auch in der Logopädie kann festgestellt werden, dass zeitnahe Behandlungstermine nur schwierig zu realisieren sind.

5.4.15 Logopädie: Personalsituation und Altersstruktur

Zur Personalsituation quantifizierten die Praxisführenden die Angaben jeweils umgerechnet auf Vollzeitäquivalente. Die Angaben erfolgten zu aktuell besetzten und den zu besetzenden Stellen. Darüber hinaus wurde nach Beschäftigungsverhältnis differenziert (geringfügig, sozialversicherungspflichtig beschäftigt, freie Mitarbeitende). Es werden nachfolgend jeweils die Summen der Beschäftigungsverhältnisse angegeben.

Die sozialversicherungspflichtig Angestellten bilden den größten Teil der Beschäftigten. Insgesamt 320,1 Vollzeitstellen sind es den Angaben zufolge in den teilnehmenden Praxiseinrichtungen bei gleichzeitig 72 offenen Vollzeitstellen. Die zweitgrößte Gruppe stellen die geringfügig Beschäftigten mit 78,7 Vollzeitstellen dar. Parallel dazu sind 45,5 Stellen als offen angegeben. Die freien Mitarbeitenden bilden wie oben beschrieben eine eher kleine Gruppe. Umgerechnet sind in 2017 im sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ein Anteil von 18,4 Prozent und dem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis ein Anteil von 36,6 Prozent an Vollzeitstellen zu besetzen. Jede Praxis beschäftigt durchschnittlich mindestens eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter in einem sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnis. 60 Prozent der Praxen beschäftigen mindestens zwei Mitarbeitende mit einem solchen Beschäftigungsverhältnis. Anhand eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses ist mindestens eine Person bei 60 Prozent der Praxisbetreibenden angestellt. Den Ergebnissen zufolge ist es in der Logopädie, analog zu den anderen Therapieberufen, sehr selten, dass die Praxisbetreibenden ohne therapeutische Mitarbeitende auskommen.

Bezogen auf die Mobilität weist die Logopädie zurzeit in NRW eine hohe Stabilität auf. Es plant zum Zeitpunkt der Datenerhebung lediglich ein sehr geringer Anteil von 2,5 Prozent im Jahr 2018 NRW zu verlassen, um anderweitig sesshaft zu werden. Gleichzeitig müssen Problemlösungen für die Beseitigung eines Personalmangels bei gleichbleibenden Zahlen NRW-intern gefunden werden, da laut Selbstaussage der Befragten nur ein geringer Anteil derer von extern zugezogen ist. Sowohl ausgebildete Logopädinnen und Logopäden mit 14,1 Prozent als auch Menschen, die sich für eine Ausbildung in diesem Bereich von außerhalb Nordrhein-Westfalens entscheiden (11,6 Prozent), sind demnach aktuell eher in geringer Anzahl vertreten. Innerhalb von NRW hält sich das Fluktuationspotenzial in Grenzen, sodass es keine starken Verschiebungen in der Logopädie gibt. Vier von fünf geben für das Jahr 2018 an, beim selben Arbeitgeber bleiben zu wollen.

Auch die Eröffnung von neuen Praxen in Selbstständigkeit ist nur in sehr geringem Umfang (3,2 Prozent) geplant.

Die teilnehmenden Logopädinnen und Logopäden wurden gebeten, ihr Alter anzugeben. Zusätzlich wurden die Praxisführenden aufgefordert, das Alter ihrer Angestellten (maximal acht Personen) anzugeben. Die daraus resultierende Altersstruktur in der Logopädie (n=2505) zeigt, dass der Altersdurchschnitt bei 42 Jahren liegt. Jede zehnte Person ist 58 Jahre oder älter. Den Ergebnissen zufolge unterscheidet sich die Altersstruktur nicht wesentlich von denen der anderen befragten Therapieberufe.

Die Frage nach Renteneintritten der ersten beiden Personen für das Jahr 2017 konnte stellvertretend für sechs Praxen für die erste Person beantwortet werden. Zwei weitere Einrichtungen haben die Frage für eine weitere Person beantwortet. Vier der acht Renteneintritte fand in einem Alter von 32 bis 62 Jahre statt und beruhen dementsprechend auf einer Erwerbsminderung. Die andere Hälfte der in Rente eingetretenen Personen erreichte die Regelaltersgrenze und schied aus dem Beruf aus. Die Datenlage lässt keine Rückschlüsse auf das durchschnittliche Renteneintrittsalter oder auf den Ersatzbedarf in dem Bereich der Logopädie zu.

Analog zu den anderen Therapieberufen wird auch die Logopädie als Engpassberuf eingestuft (Burstedde und Risius 2017). Wie in Kapitel 3.3.4 beschrieben, ist dieser Mangel auch in NRW existent. Die Praxisbetreibenden wurden nach möglichen Auswirkungen auf ihre betriebswirtschaftliche Perspektive befragt.

Drei von fünf der befragten Praxisführenden gaben an, aufgrund eines Mangels an Mitarbeitenden den Betrieb nicht weiter ausbauen zu können. Dies geht mit der Zustimmung von 61,4 Prozent zu der Aussage einher, dass aufgrund von ausgelasteten Personalkapazitäten Patientinnen und Patienten länger als vier Wochen auf einen Termin warten müssen. Ein Widerspruch besteht allerdings im Hinblick auf die Aussage, dass über die Hälfte angab, die Personalausstattung entspreche insgesamt dem Personalbedarf in den Einrichtungen.

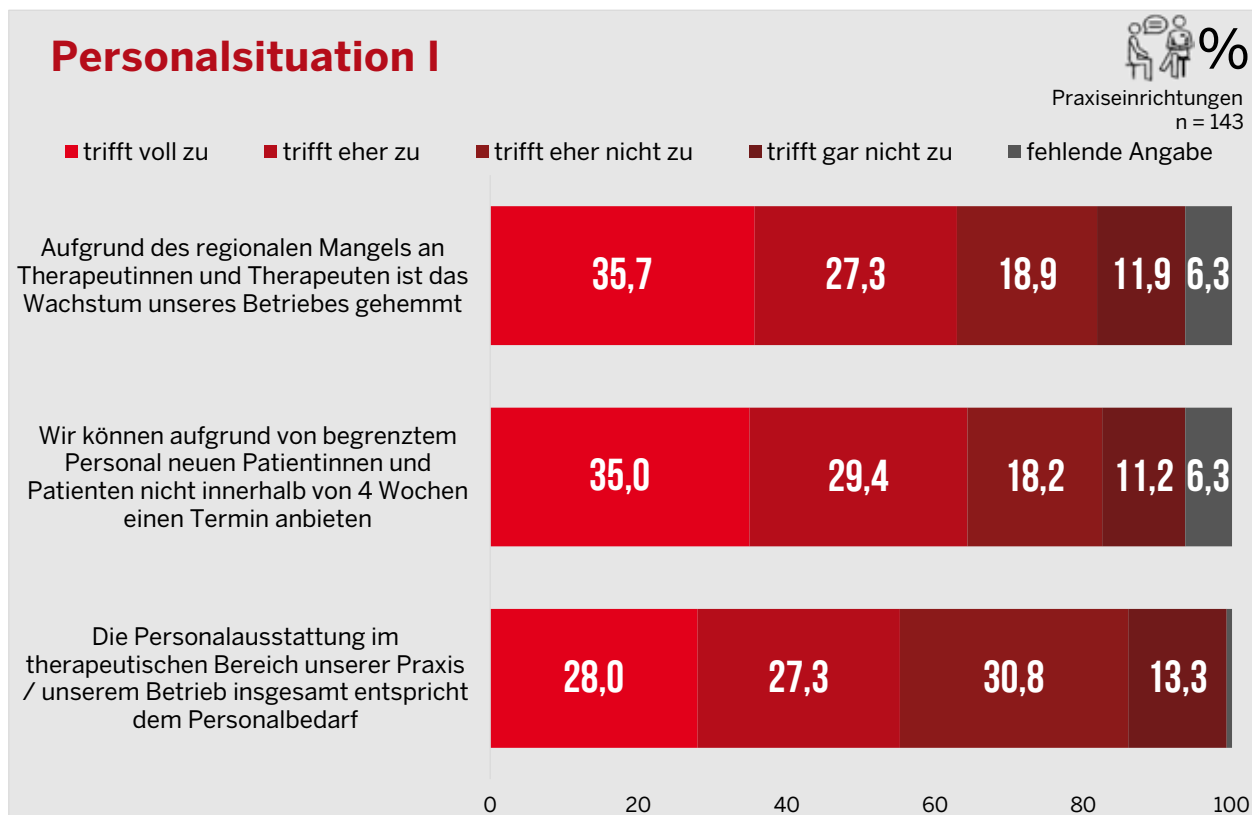


Abb. 74: Personalausstattung und Personalbedarf Logopädie

Der Mangel an ausgebildeten Logopädinnen und Logopäden scheint noch nicht so gravierend, dass deshalb Teile der Praxislandschaft in NRW verkleinert werden mussten. Drei von vier Einrichtungen widersprachen in ihren Angaben dieser Aussage. Erste Anzeichen bestehen dennoch, da rund 17 Prozent der antwortenden Praxisführenden angaben, dass sie Maßnahmen der Verkleinerung ihrer Praxen aufgrund von Personalmangel vornehmen mussten. Unterstrichen werden diese Tendenzen durch die Angaben, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung mehr als vier von fünf Praxen einen Mangel an Therapierenden feststellen kann. Gleichzeitig scheint die Verordnungslage in der Logopädie stabil zu sein, sodass hier keine Anpassungen vorgenommen werden müssen. Vier von fünf Befragten gaben an, dass das Personal in den Praxen voll ausgelastet ist.

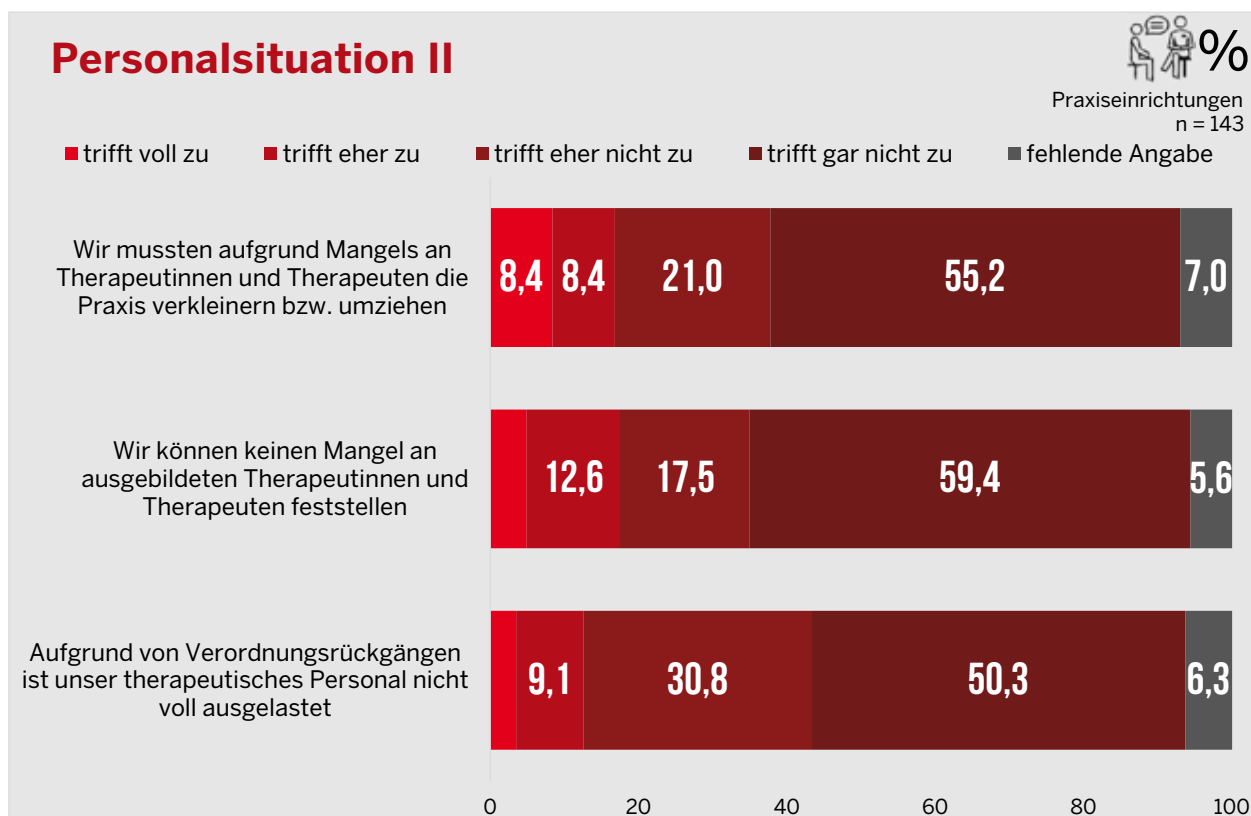


Abb. 75: Betriebswirtschaftliche Entwicklungen und Personalbedarf Logopädie

Die Personalfuktuation ist für die Praxisbetreibenden eine häufig schwierig abzuschätzende Einflussgröße bezogen auf die Personalplanung der eigenen Praxiseinrichtung. Eine weitere ist der planbare Veränderungsbedarf, der auf betriebswirtschaftlichen Zielen beruht und im Ermessen der Praxisführenden liegt. Den Angaben der antwortenden Praxisbetreibenden der Logopädie zufolge gehen lediglich 3,5 Prozent davon aus, in 2018 einen Personalstellenabbau in Summe von sechs Vollzeitstellen durchführen zu müssen. Knapp 26 Prozent gaben an, dass sie keine Veränderung im Personalbedarf annehmen. Die Notwendigkeit, in 2018 einen Personalstellenaufbau vornehmen zu müssen, wird von 54,5 Prozent der antwortenden Praxisbetreibenden gesehen. Diese haben in der Summe einen Aufbau von 125,45 Vollzeitstellen angegeben. Im Durchschnitt sind das 1,5 Vollzeitstellen für jede Praxiseinrichtung, die einen Aufbau angegeben hat, wobei die Angaben von einer bis maximal zehn Vollzeitstellen reichen.

5.4.16 Logopädie: Gewinnung von Fachpersonal in den Praxen

Eine wichtige Kenngröße zur Bestimmung eines Fachkräftemangels ist die Vakanzzzeit von offenen und zu besetzenden Stellen. Jede zweite Praxiseinrichtung sucht den Angaben zufolge knapp sechs Monate bis zur Besetzung einer offenen

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Stelle. Im Durchschnitt beträgt die Vakanzzeit 29,6 Wochen bzw. sieben Monaten. Dies korrespondiert mit der Frage der Zunahme an Problemen bei der Akquisition von Therapierenden in den letzten fünf Jahren (Zustimmung: 70 Prozent). Die problemlose Kompensation von Abgängen in der Praxis ist überwiegend nicht vorhanden (Ablehnung von rund 70 Prozent).

Bei der Datenerhebung haben 45,5 Prozent der antwortenden Praxen angegeben, neue Logopädinnen und Logopäden im Jahr 2017 eingestellt zu haben. Über alle Praxiseinrichtungen ist im Durchschnitt eine Person je Praxis eingestellt worden. 25 Prozent der Praxen haben mindestens zwei Logopädinnen bzw. Logopäden eingestellt.

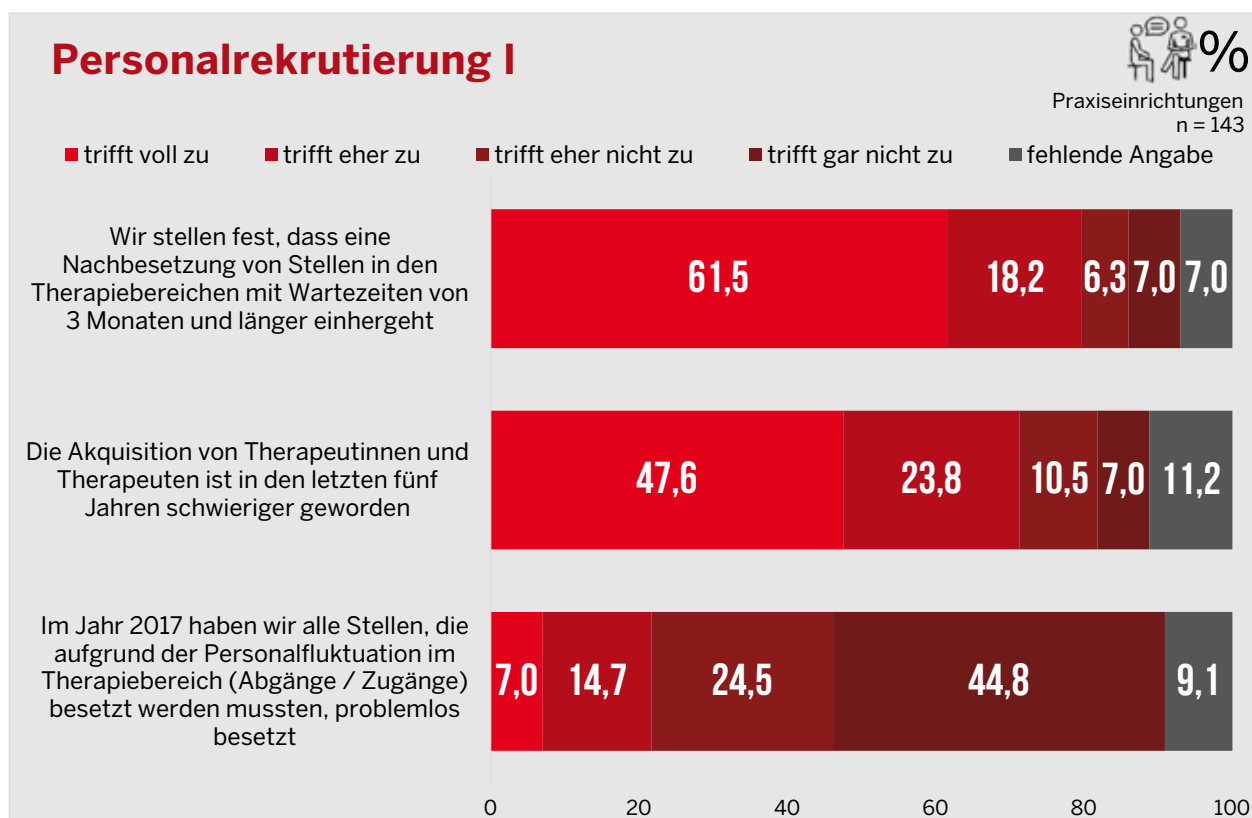


Abb. 76: Einschätzung zur Personalrekrutierung Logopädie

Analog zu den anderen Therapieberufen und den versorgenden Sektoren nimmt die Bedeutung der Personalakquisition für die Praxiseinrichtungen in der Logopädie zu. Die Teilnehmenden wurden gebeten, verschiedene Maßnahmen der Personalrekrutierung auf ihre Effektivität hin einzuschätzen und anzugeben, welche Maßnahmen sie diesbezüglich einsetzen. In der nachfolgenden Grafik sind die Ergebnisse dieser Einschätzungen gegenübergestellt. Auf der linken Seite sind die Effektivitätseinschätzungen und auf der rechten Seite der Nutzungsgrad illustriert.

Wie auch in den anderen Therapieberufen werden von den Praxisbetreibenden in der Logopädie die persönlichen Netzwerke am häufigsten eingesetzt und auch am häufigsten als effektiv eingeschätzt. Auf den nachfolgenden Rängen sind den Einschätzungen nach die sozialen Medien und prämierte Werbekampagnen. Die Angaben der Praxisführenden harmonisieren bezogen auf die Einschätzung der Effektivität mit der tatsächlichen Nutzung der jeweiligen Rekrutierungsmaßnahmen. Dennoch werden auch von den Praxisbetreibenden der Logopädie Printmedien und die Meldungen bei den Arbeitsagenturen als wenig effektiv eingestuft, aber offenbar auch eingesetzt.

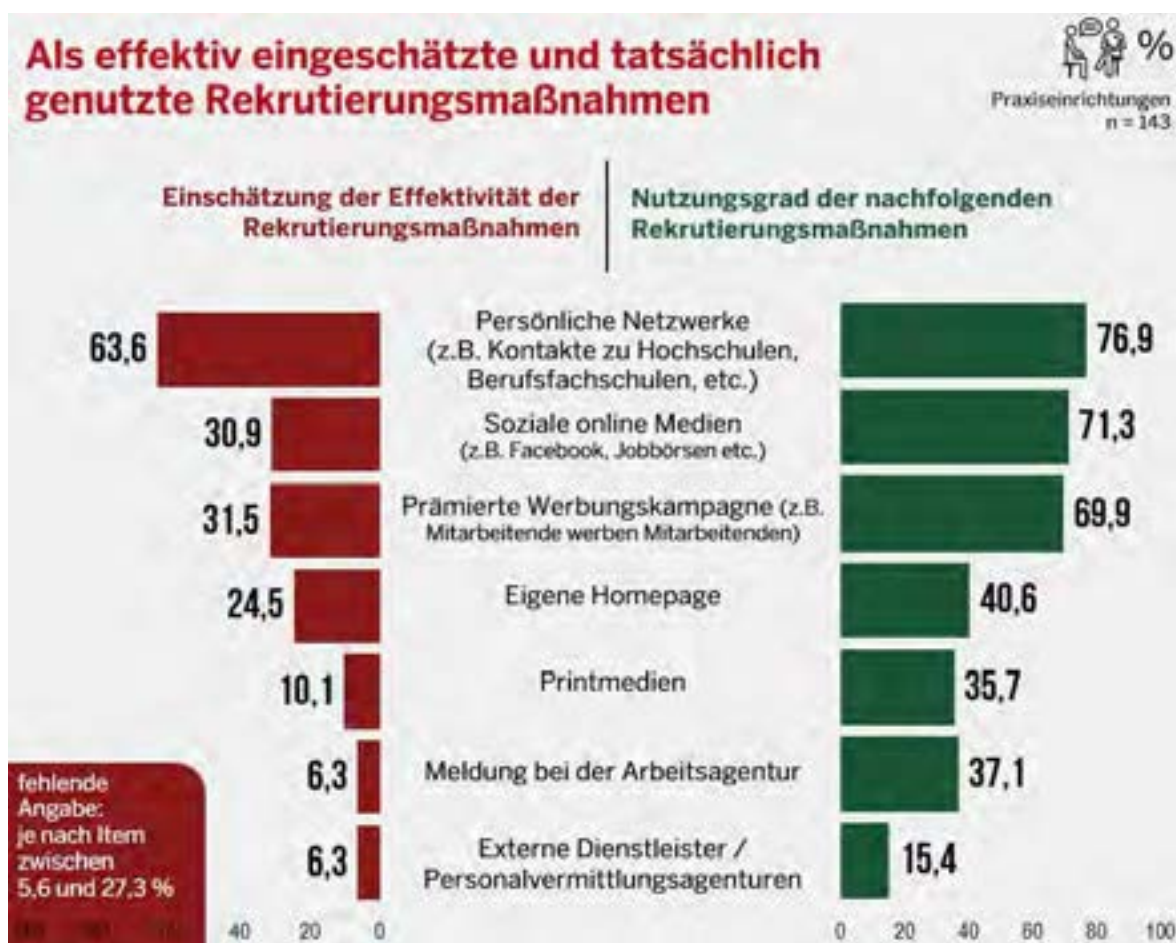


Abb. 77: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Logopädie

5.4.17 Logopädie: Barrieren der Berufsausübung

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass ein großer Anteil der Gesamtstichprobe aus selbstständigen Logopädinnen und Logopäden besteht. Dabei gibt es jedoch Punkte, die gegen eine Selbstständigkeit sprechen.

Der Häufigkeit der Angaben nach widerspricht einer selbstständigen Tätigkeit am ehesten der zu geringe Gewinn gemessen an dem zu leistenden Arbeitsaufwand. Der zu hohe bürokratische Aufwand wurde als nächstes in der Rangfolge genannt. Die hohen Investitionskosten nennen zwei von fünf Befragten als eine wesentliche Barriere. Es folgen als weitere Barrieren persönliche Gründe mit Familienplanung (28,8 Prozent) und einem zu hohen Maß an Verantwortung in der Leitungsposition (23,3 Prozent). Eine von fünf befragten Personen gibt an, zu viele Konkurrentinnen und Konkurrenten im Umfeld zu haben. Die weiteren Barrieren mit geringerer Zustimmung sind fehlende formelle Qualifikationen für Abrechnung von Leistungen, der Wunsch, nicht mehr so schnell eine berufliche Neuorientierung nach Gründung der Praxis vollziehen zu können und auch örtlich nicht mehr in hohem Maß flexibel zu sein.

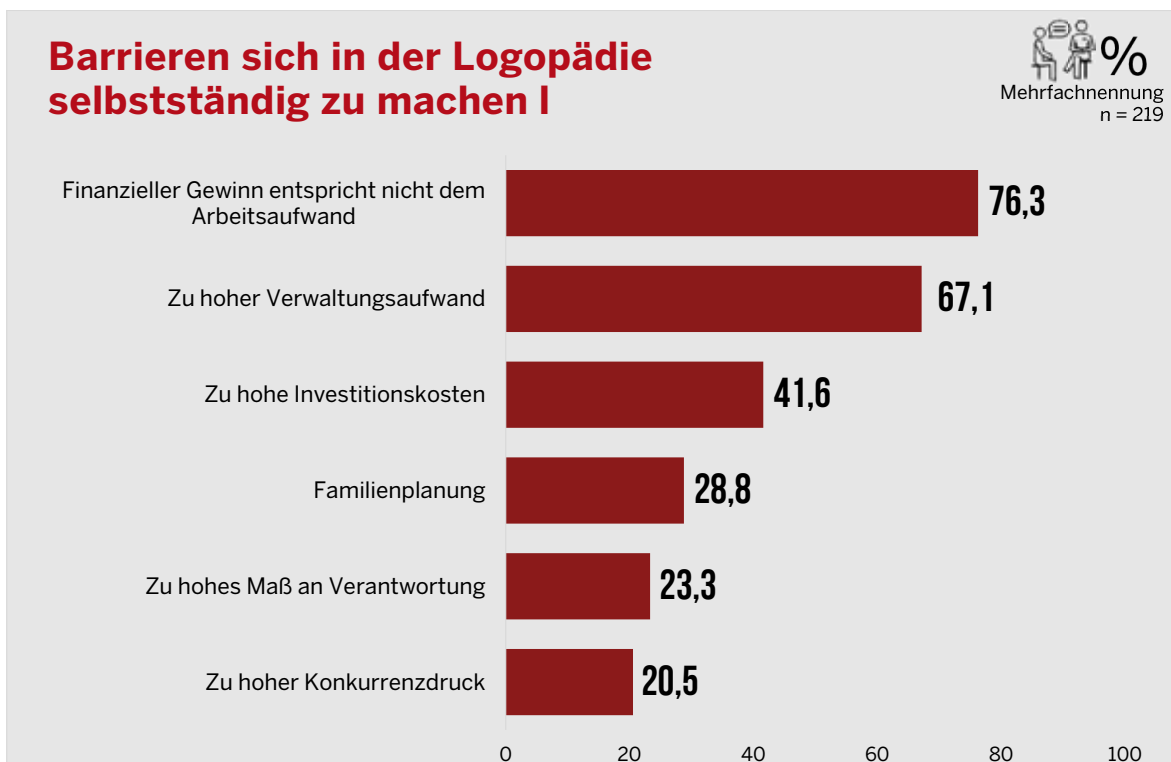


Abb. 78: Barrieren der Praxisgründung Logopädie

Kontrastierend dazu wurden alle Logopädinnen und Logopäden befragt, die in keinem sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnis sind, was sie als Barrieren für eine Anstellung erachten.

Auch hier wurde die zu geringe monetäre Vergütung am häufigsten als Grund genannt. Mangelnde Flexibilität der Arbeitszeit sowie Unzufriedenheit mit den in der beruflichen Praxis vorgefundenen Arbeitsbedingungen wurde von rund einem Drittel der antwortenden Personen als Grund gegen ein Angestelltenverhältnis

nis angegeben. Darüber hinaus wurde von annähernd einem Viertel als Grund angeführt, dass es als angestellte Arbeitskraft nicht genügend Gestaltungsraum bezogen auf die eigene Arbeit gibt.

Andere Gründe, z.B. dass überwiegend befristete Stellenangebote oder Stellenangebote in Teilzeit vorhanden seien, allgemein ein Mangel an Stellen in erreichbarer Nähe oder auch im weiteren Umkreis herrsche, wurde von 3,4 bis 7,3 Prozent der Personen angegeben. Dies deckt sich mit den Angaben der anderen Therapieberufe.



Abb. 79: Barrieren im Anstellungsverhältnis Logopädie

Abschließend wurden alle Berufsangehörigen der Logopädie aufgefordert, mögliche Gründe anzugeben, die sie daran hindern könnten, in ihrem Beruf zu verbleiben. Bezogen auf diese Fragestellung steht die Unzufriedenheit mit der Vergütung an oberster Stelle. Neun von zehn Befragten bestätigen die Angabe. Die mangelnde Anerkennung anderer Professionen im Gesundheitswesen wurde von knapp zwei Dritteln bemängelt und die fehlende Anerkennung der Gesellschaft allgemein von einem Drittel. Die fehlenden Karriereoptionen wurden am dritthäufigsten angegeben. Beinahe genauso häufig wurde die Unzufriedenheit über die therapie relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen angeführt. Die Anstrengungen im Beruf und fehlendes Entwicklungspotenzial innerhalb der Logopädie gibt noch eine von vier befragten Personen als möglichen Ausstiegsgrund aus dem Beruf an, ebenso wie das fehlende Entwicklungspotenzial der Profession an sich.



Abb. 80: Berufsverbleib Logopädie

5.4.18 Logopädie: Zusammenfassung

In der Gesamtschau der Ergebnisse der Onlinebefragung der Logopädie wird deutlich, dass die Gruppe der Antwortenden analog zu den anderen Therapiebereichen auf mehrere unterschiedliche Versorgungsbereiche spezialisiert ist. Dabei konzentrieren sich die Behandlungen auf Kinder und auf Menschen mit neu-urologischen Erkrankungen. Die Praxen der Logopädie versorgen im Wochen-durchschnitt weniger Patientinnen und Patienten als die anderen Therapieberufe, was auf die engmaschige Betreuung während der Therapie zurückzuführen ist. Die Wartezeit für einen Behandlungstermin ist mit durchschnittlich 8,4 Wochen von allen Therapieberufen am längsten.

Die Personalsituation in den logopädischen Praxen ist den Ergebnissen zufolge nicht so angespannt wie in den anderen Therapieberufen. Dennoch sind rund 18 Prozent an Vollzeitstellen sozialversicherungspflichtiger Anstellungen unbesetzt und weitere rund 36 Prozent an Stellen für geringfügige Beschäftigungen. Es plant rund jede zweite Praxiseinrichtung einen Stellenaufbau, sodass die Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften in der Logopädie als hoch eingeschätzt werden muss.

Zusätzlich dauert die Neubesetzung einer offenen Stelle im Durchschnitt sieben Monate. In der Kombination sorgen diese Aspekte für eine hemmende Wirkung auf das Wachstum des Großteils der antwortenden Praxiseinrichtungen und eine zumindest verzögerte Versorgung bei den Patientinnen und Patienten.

Die Personalakquisition ist unter den gegebenen Umständen schwierig. Die Praxiseinrichtungen bevorzugen im Wesentlichen die gleichen Methoden wie auch die anderen Therapieberufe und Sektoren. Dabei handelt es sich um jene Maßnahmen, die sich auf die umliegende Region fokussieren und auf persönlicher Bezugnahme und Kontaktaufbau beruhen. Persönliche Netzwerke spielen hier eine Schlüsselrolle.

Analog zu den anderen Therapieberufen bewerten die Logopädinnen und Logopäden die Rahmenbedingungen der eigenen beruflichen Tätigkeit kritisch und nennen die Barrieren in einer ähnlichen Ausprägung. Vor allen anderen Aspekten werden die Bezahlung für die berufliche Tätigkeit, die fehlende Anerkennung von anderen Professionen, fehlende Karriereoptionen und die Unzufriedenheit mit den therapiebezogenen rechtlichen Rahmenbedingungen als mögliche Gründe benannt, den Beruf zu verlassen.

5.5 BILDUNGSEINRICHTUNGEN

Mit der LbG NRW 2015 wurde eine umfassende Analyse zur Situation und zu den Ausstattungen der Bildungseinrichtungen in NRW vorgelegt. In der vorliegenden Studie wurde ein Schwerpunkt auf die Therapieberufe gelegt.

Die Teilbefragung nahm bei der diesjährigen LbG neben den Personalkennzahlen und geografischen Verortung vor allem die Perspektive um die demografische Entwicklung des Lehrpersonals und Fragen der Rekrutierung von Personal in den Fokus. Darüber hinaus wurde ein Teilbereich zum PflBRefG bezüglich der anstehenden generalistischen Pflegeausbildung abgefragt. Dabei sollte nicht erneut eine Bewertung der Reform erfasst werden – vielmehr sollte ein möglicher Unterstützungsbedarf und der Grad der Vorbereitung auf die Umsetzung eingeschätzt werden.

Im Folgenden Kapitel werden zentrale Ergebnisse der Teilbefragung der Ausbildungsstätten präsentiert.

5.5.1 Antwortende Einrichtungen

Von den 223 ausgewerteten Fragebögen der Bildungseinrichtungen gaben 214 den Regierungsbezirk an, dem sie zuzuordnen sind. Neun Einrichtungen ließen diese Angabe aus, sodass sie nicht in die Kalkulation des Lehrpersonals eingeschlossen werden konnten, jedoch Berücksichtigung in den Auswertungen der anderen Themenbereiche fanden.

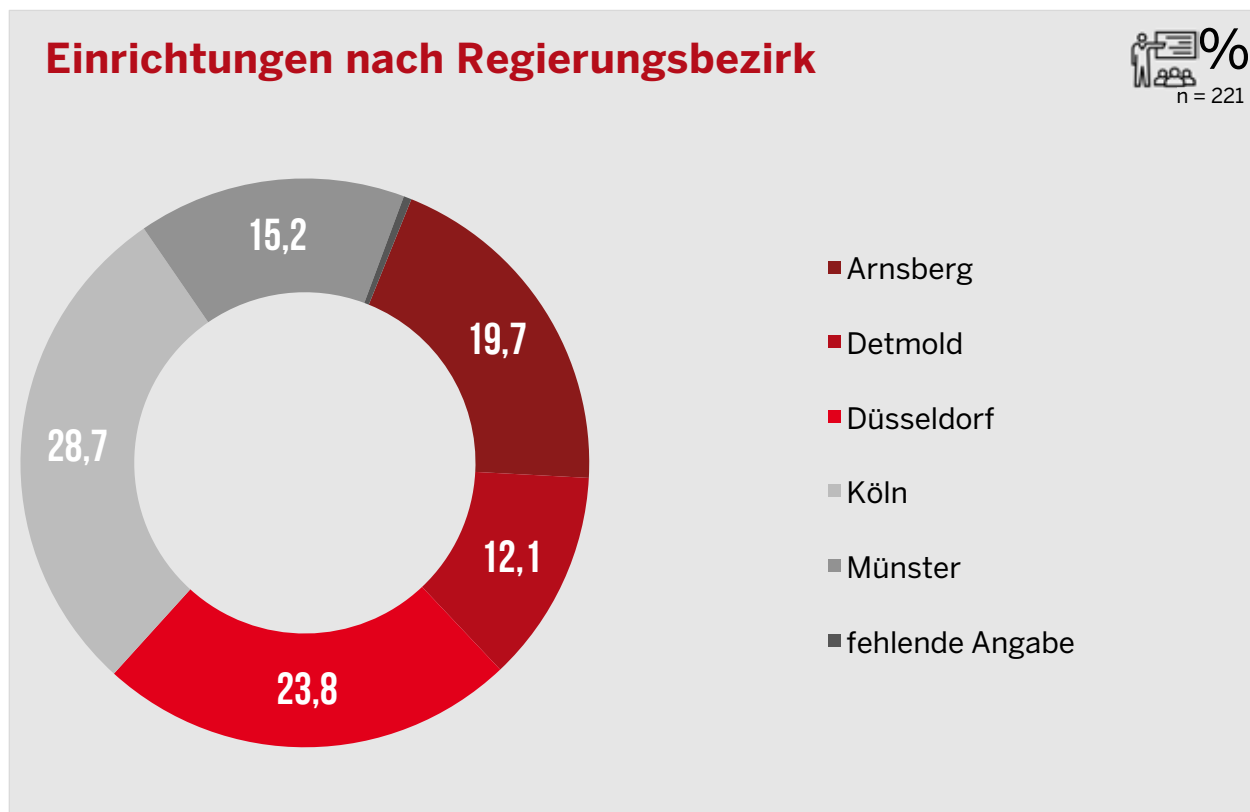


Abb. 81: Bildungseinrichtungen Regierungsbezirke des Landes

Bezogen auf die Trägerschaft der Einrichtungen verteilen diese sich mit 48,4 Prozent auf Freigemeinnützige Träger, zu 28,3 Prozent auf eine öffentliche Trägerschaft und zu 19,3 Prozent auf private Träger. Somit ist die prozentuale Verteilung der Rückläufer im Vergleich zur LbG NRW 2015 nahezu identisch.

5.5.2 Ausbildungsangebote der Bildungseinrichtungen

Das mögliche Bildungsangebot der einzelnen Einrichtungen kann die Bereiche Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung und ggf. weitere Möglichkeiten wie z.B. Maßnahmen der Berufsvorbereitung in unterschiedlichem Ausmaß umfassen. Dabei zeigte sich, dass nahezu alle antwortenden Einrichtungen Ausbildungen anbieten (96,5 Prozent). Zwei von fünf Einrichtungen bieten zusätzlich die Berei-

che Fort- und Weiterbildung an. Ein fast genauso großer Anteil bietet ausschließlich grundständige Ausbildungen an und ungefähr eine von zehn Einrichtungen führt zusätzlich entweder Fortbildung oder Weiterbildungsmaßnahmen durch. Der Anteil an weiteren Maßnahmen wie z.B. Maßnahmen der Berufsvorbereitung ist mit weniger als 5 Prozent eher gering.

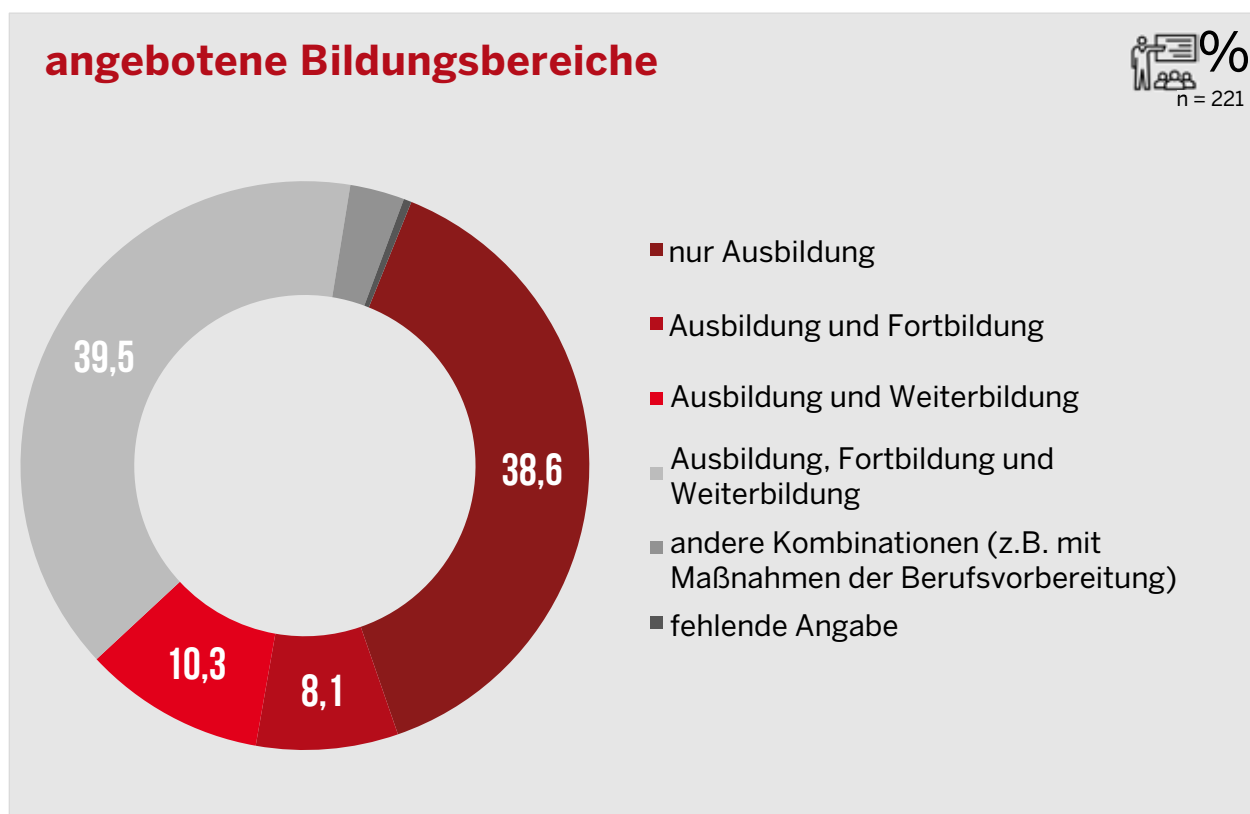


Abb. 82: Bildungsangebote der Schulen des Gesundheitswesens

Von den Einrichtungen, die Fachweiterbildungen anbieten, liegt der Anteil der Intensivpflege und Anästhesie mit 20,5 Prozent am höchsten. Sowohl psychiatrische Pflege, Hygienefachkraft als auch Operationsdienst liegen unter 10 Prozent.

Von den Gesundheitsfachberufen wird am häufigsten die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege (44,8 Prozent) sowie zur Altenpflege (36,8 Prozent) in den Bildungseinrichtungen angeboten. Knapp jede fünfte der antwortenden Bildungseinrichtungen bildet auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege aus. Bei den Therapieberufen wird der Berufsabschluss der Physiotherapie mit 16,1 Prozent am häufigsten angeboten. Ergotherapie und Logopädie sind deutlich geringer vertreten.

Die Assistenzberufe nehmen neben den dreijährigen grundständigen Pflegeausbildungen ebenfalls einen großen Teil bei den Ausbildungsgängen ein. Die Altenpflegehilfe und Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten werden in gleichem Maße als Ausbildung angeboten wie die Physiotherapie. Bei den Funktionsassistentenberufen kann in Operationstechnischer Assistenz, Medizinisch-technischer Radiologieassistenten und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistenten ein Berufsabschluss bei 6 bis 10 Prozent der Einrichtungen erworben werden. Die übrigen Berufsabschlüsse können jeweils in weniger als 5 Prozent der Einrichtungen erlangt werden.

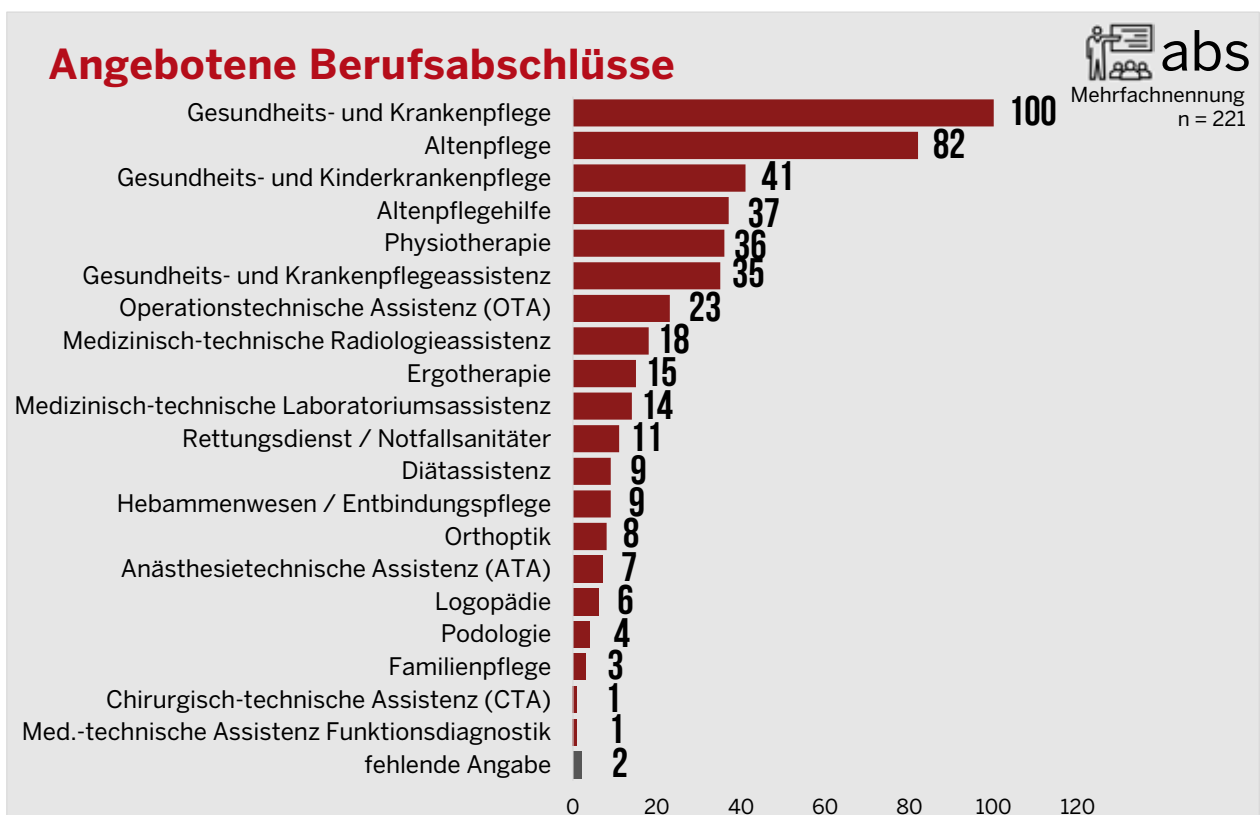


Abb. 83: Bildungsgänge der antwortenden Einrichtungen

Wird der Bereich der Therapieberufe und des Hebammenwesens betrachtet, so lässt sich feststellen, dass der Ort der praktischen Ausbildung für Physiotherapie und Ergotherapie am häufigsten ambulante Praxen sind und Logopädie sowie Hebammenwesen bzw. Entbindungspflege ihre Ausbildung mit großer Mehrheit in Krankenhäusern absolvieren.



Abb. 84: Praktische Ausbildungsorte nach Ausbildungsbereich Therapieberufe

Für die Therapieberufe sowie das Hebammenwesen gilt, dass der primäre Sektor der beruflichen Tätigkeit überwiegend außerhalb des Krankenhauses liegt, dass aber das Krankenhaus der primäre praktische Ausbildungsort ist (insbesondere gilt dies für das Hebammenwesen). Dies deutet potenziell auf die curriculare und praxisorientierte Schwierigkeit hin, dass Auszubildende ggf. nicht hinreichend für das eigentliche spätere berufliche Feld qualifiziert werden können. Inhalte der Arbeitsorganisation, der durchzuführenden Tätigkeiten und der besonderen Anforderungen im außerklinischen Feld werden ggf. durch die Dominanz der in der Ausbildung an krankenhausesbezogenen Leistungen orientierten Praxis vernachlässigt. Perspektivisch wurde daher in diesem Zusammenhang auch nach dem Wunsch der Auszubildenden bzw. nach Entwicklungen gefragt. Bezüglich der Präferenz der Ausbildungsorte der praktischen Ausbildung seitens der Auszubildenden stellen die Bildungseinrichtungen unterschiedliche Tendenzen fest. Von den antwortenden Hebammenschulen (n=7) geben 6 an, dass sie keine Tendenz beobachten können, dass die bei ihnen qualifizierten Hebammen ihre praktische Ausbildung lieber im ambulanten Feld absolvieren wollen. Bei den Therapieberufen sind es 38,2 Prozent. Hier besteht ein deutlich höherer Wunsch nach einer Anpassung.

5.5.3 Bewerbungs- und Ausbildungskennzahlen

Ein notwendiger Aufwuchs in der Ausbildung, wie er im Rahmen der vorliegenden Studie begründet werden kann, setzt voraus, dass die Bewerberlage in den Bildungseinrichtungen eine entsprechende Auswahl ermöglicht und dass potenziell ausreichend qualifizierte Schulabgängerinnen und Schulabgänger vorhanden sind, die einen pflegerischen oder therapeutischen Beruf erlernen wollen.

Nachfolgend sind die Verhältniszahlen der Bewerberinnen und Bewerber für die grundständigen Ausbildungsgänge in der Pflege sowie der Assistenzberufe und die Therapieberufe für das Berichtsjahr 2017 dargestellt. Berücksichtigt werden muss in diesem Zusammenhang, dass davon auszugehen ist, dass es sich bei den Bewerberinnen und Bewerbern nicht immer um andere und neue Personen handelt, da sich zahlreiche Bewerberinnen und Bewerber zeitgleich bei mehreren Einrichtungen vorstellen. Daher ist die davon auszugehen, dass in der Summierung der Bewerberzahlen Doppelerfassungen keine Ausnahme bilden. Dies gilt insbesondere für die Bildungseinrichtungen, die nur wenige Ausbildungsstätten aufweisen, wie z.B. das Hebammenwesen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass in den Therapieberufen landesgeförderte Schulplätze bestehen sowie auch privat zu finanzierende Schulplätze. Hier kann angenommen werden, dass die landesgeförderten Schulplätze erheblich attraktiver erscheinen und bevorzugt angeschrieben werden. Dennoch lassen sich trotz der Einschränkung in der Gegenüberstellung der Bewerbungen und der vergebenen Schulplätze Hinweise bezogen auf ein Potenzial beschreiben.

Das Hebammenwesen sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weisen mit Abstand die höchsten Quoten von Bewerberinnen und Bewerbern pro zu vergebendem Ausbildungsplatz auf. Bei der Altenpflege haben die Bildungseinrichtungen tendenziell nur geringe bis keine Auswahlmöglichkeiten, was die Bewerberlage betrifft. Hier kommen auf einen Schulplatz 1,9 Bewerbungen, wohingegen es in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 11 Bewerbungen auf einen Ausbildungsplatz sind. Dabei muss angemerkt werden, dass die Bewerber sich ggf. erst auf Hinweis eines bestehenden Ausbildungsvertrags durch einen Träger bewerben, der sie nachfolgend an die kooperierende Bildungseinrichtung verweist.

Insgesamt ergeben sich zunächst keine Hinweise darauf, dass grundsätzlich eine geringe Bewerberlage für den Pflegeberuf vorliegt. Das spricht deutlich gegen die These, dass Gesundheitsberufe für junge Menschen tendenziell unattraktiv erscheinen. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weist ein deutliches Potenzial auf. Die Altenpflege sowie die Altenpflegehilfe stellt hier eine Besonderheit

dar. Angesichts des hohen Potenzials, das in den vergangenen Jahren in den Bildungseinrichtungen geschaffen wurde, scheint in diesem Sektor aktuell bestenfalls eine Stabilisierung auf dem bestehenden Niveau möglich, ein Ausbau jedoch nur bedingt wahrscheinlich. In der Gesundheits- und Krankenpflege hingegen könnten durch eine Aufstockung an Schulplätzen erheblich mehr Personen qualifiziert werden. Hier ist anzunehmen, dass unter den abgelehnten Bewerbungen zahlreiche Personen zu finden sind, die erfolgreich eine Ausbildung aufnehmen könnten.

Bewerbungen und Ausbildungsstellen 2017 I 			
Berufsausbildung	Bewerbungen	Aufgenommene Auszubildende	Bewerbungsquotient
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (n = 36)	7.530	683	11,0
Altenpflegehilfe (n = 31)	1.194	617	1,9
Gesundheits- und Krankenpflege (n = 90)	29.290	4.521	6,5
Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten (n = 24)	2.244	619	3,6
Altenpflege (n = 76)	8.123	4.201	1,9
Logopädie (n = 4)	526	56	9,4
Ergotherapie (n = 12)	713	251	2,8
Physiotherapie (n = 31)	3.120	931	3,4
Hebammenwesen/Entbindungspflege (n = 8)	1.967	172	11,4

Tab. 23: Verhältnis von Bewerbungen zu Ausbildungsplätzen I

In den Therapieberufen zeigt sich bei der Logopädie in den vier antwortenden Schulen eine hohe Attraktivität. In der Ergotherapie hingegen sind weniger als drei Bewerbungen auf einen vergebenen Schulplatz in der Stichprobe ausgewiesen, in der Physiotherapie nur 3,4. Hier kann angesichts der Problematik der Doppelbewerbungen davon ausgegangen werden, dass deutlich weniger Auswahlmöglichkeit für die Bildungseinrichtungen besteht und Bewerber Eingang finden, bei denen ggf. zusätzliche Unterstützungsleistungen notwendig erscheinen, um sie erfolgreich zu qualifizieren. Unproblematisch erscheint ein möglicher Ausbau an Schulplätzen im Mangelberuf des Hebammenwesens.

Die Tabelle zeigt das Verhältnis der Bewerber in den Funktionsdiensten und Fachweiterbildungen und die aufgenommenen Personen zur Ausbildung und Fachweiterbildung in der Stichprobe. Eine geringe Bewerberdichte weisen Familienpflege, Podologie und auch der Rettungsdienst/Notfallsanitäter auf. Für Ausbildungsberufe, in denen vermehrt Technik zum Einsatz kommt, bewerben sich am meisten Interessierte. Auch bei der Diätassistenten ist mit fünf Bewerberinnen/Bewerbern pro Ausbildungsplatz eine stabile Nachfrage zu verzeichnen.

Bewerbungen und Ausbildungsstellen 2017 II 			
Berufsausbildung	Bewerbungen	aufgenommene Auszubildende	Bewerbungsquotient
Rettungsdienst/ Notfallsanitäter (n = 8)	676	299	2,3
Chirurgisch-technische Assistenz (CTA) (n = 1)	248	34	7,3
Medizinisch-technische Laboratriumsassistenten (n = 3)	246	72	3,4
Operationstechnische Assistenz (OTA) (n = 11)	2373	267	8,9
Medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik (n = 1)	20	0	-
Anästhesietechnische Assistenz (ATA) (n = 4)	338	65	5,2
Medizinisch-technische Radiologieassistenten (n = 4)	409	112	3,7
Orthoptik (n = 3)	140	20	7,0
Diätassistenten (n = 6)	568	116	4,9
Podologie (n = 3)	101	51	2,0
Familienpflege (n = 3)	77	56	1,4
Fachweiterbildungen			
Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege n = 2	88	47	1,9
Fachweiterbildung Hygienefachkraft n = 1	40	27	1,5
Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie (n = 9)	272	180	1,5
Fachweiterbildung Operationsdienst n = 1	15	14	1,1

Tab. 24: Verhältnis von Bewerbungen zu Ausbildungsplätzen II

Auffallend ist die Situation bei den pflegespezifischen Fachweiterbildungen. Auf jeden Platz über alle existierenden Fachweiterbildungen hinaus bewerben sich im Durchschnitt weniger als zwei Personen. Dies erklärt sich dadurch, dass die kooperierenden Krankenhäuser in aller Regel feste Kontingente an Fachausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern entsenden und nur in geringem Umfang Personen aus einer eigenen Motivation und ungefördert eine Maßnahme beginnen. Eine Fachqualifizierung ist in diesem Falle mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden sowie mit gleichzeitigen finanziellen Einbußen durch eine Teilzeitarbeit. Praktika etc. müssen dann ggf. in Urlaubszeiten erfolgen und aktuell stehen dem Aufwand nur geringfügige finanzielle Aufwertungen nach der erfolgreichen Qualifizierung entgegen, sodass hier nicht von einem „Marktgeschehen“ ausgegangen werden kann.

5.5.4 Personalsituation in den Bildungseinrichtungen

Um Aussagen über Deckung bzw. Mangel an Arbeitsstellen in den Institutionen von NRW treffen zu können, sind Fragen zum Personalbedarf und zur Fluktuation von Bedeutung. Die Mangelprognose in den Bildungseinrichtungen quantifiziert hier die entsprechenden Kennzahlen in der Gegenüberstellung der Bedarfe und der Angebotsseite (Hochschulqualifizierung). Ergänzend dazu sollen weitere Einschätzungen zu der Problematik aus der Perspektive der Leitungskräfte in den Bildungseinrichtungen beleuchtet werden.

Rund 65 Prozent der Befragten geben an, dass die Personalausstattung an Honorardozentinnen und -dozenten insgesamt dem Bedarf der Einrichtung entspricht. Problemlagen lassen sich hier jedoch ebenso ausmachen. Ein Drittel beantwortet diese Frage für die Einrichtung als eher- bis nicht zutreffend.

Beim hauptamtlichen Lehrpersonal ist die Bedarfslage im Vergleich größer. Gut die Hälfte gibt an, dass die Personalausstattung an hauptamtlich Lehrenden dem Personalbedarf entspricht und die andere Hälfte sieht eher einen Mehrbedarf für die eigene Einrichtung. Der Großteil des Lehrpersonals scheint dem Arbeitgeber allerdings auf lange Zeit erhalten zu bleiben, da drei von vier Einrichtungen angeben, dass der Wissenskörper bzw. die Kompetenz nicht durch Fluktuation von Mitarbeitenden gefährdet ist. Gleichzeitig gibt eine von zwei Einrichtungen an, dass Innovationen durch neues Personal eher nicht bis gar nicht in der Organisation ankommen.

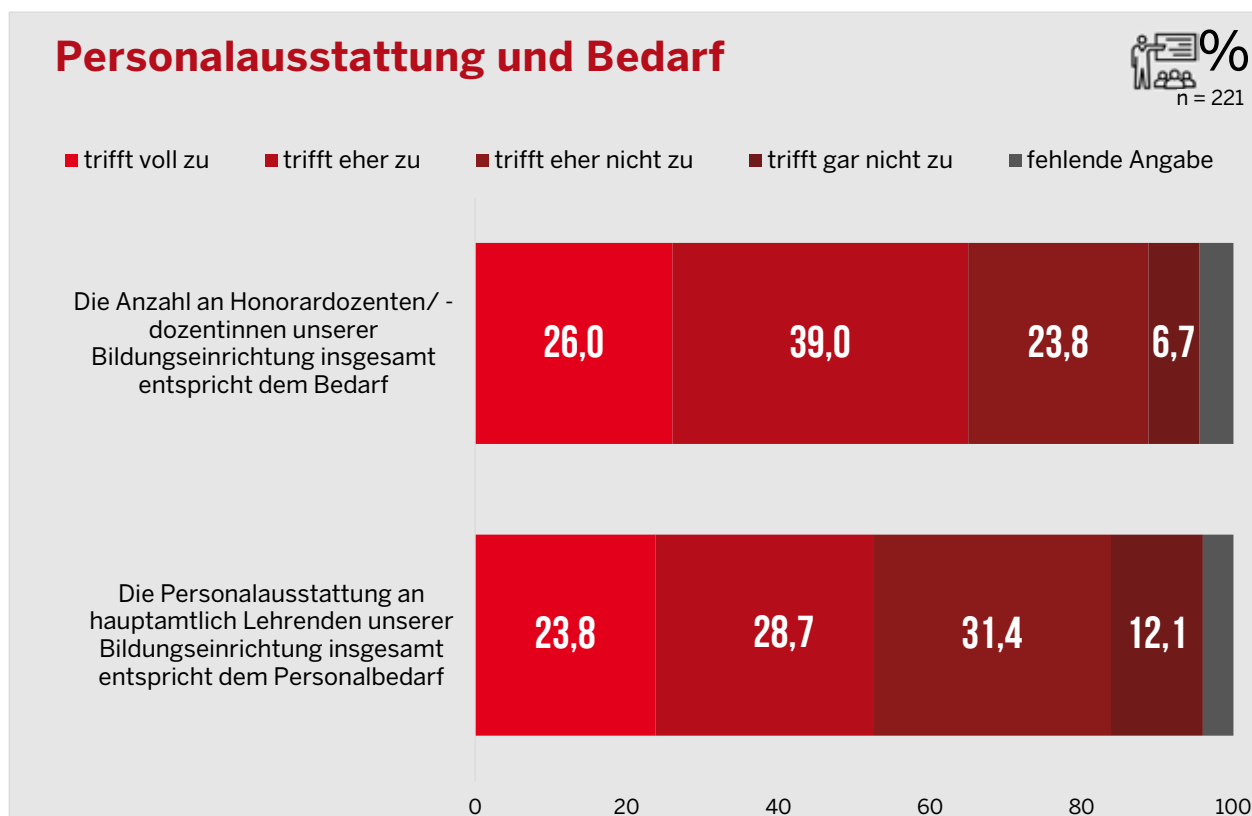


Abb. 85: Personalausstattung und Personalbedarf Bildungseinrichtungen I

Sofern Personalfluktuationen in den Einrichtungen vorgekommen sind, sind die Aussagen bezüglich der Rekrutierung und Wiederbesetzung geteilt. Die eine Hälfte konnte die Stellen gut neu besetzen und die andere Hälfte benennt eher Schwierigkeiten. Die Anzahl an Bewerbungen auf die freien hauptamtlichen Stellen hat sich im Vergleich zur Befragung in der LbG NRW 2015 nicht verbessert.

Insgesamt geben rund 75 Prozent an, keine ausreichende Auswahlmöglichkeiten bei der Bewerbung zu haben. Dies deckt sich mit der Angabe, dass es zu wenig Angebot auf dem Arbeitsmarkt gibt, um ein differenziertes Bewerberprofil erstellen zu können (66,4 Prozent).

Dies korrespondiert auch mit der Aussage, dass der Großteil der Einrichtungen insgesamt einen Mehrbedarf an hauptamtlich Lehrenden vermeldet. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei den Dozierenden auf Honorarbasis. Die Anzahl an Bewerbungen für offene Stellen hat auch hier im Vergleich nicht zugenommen.

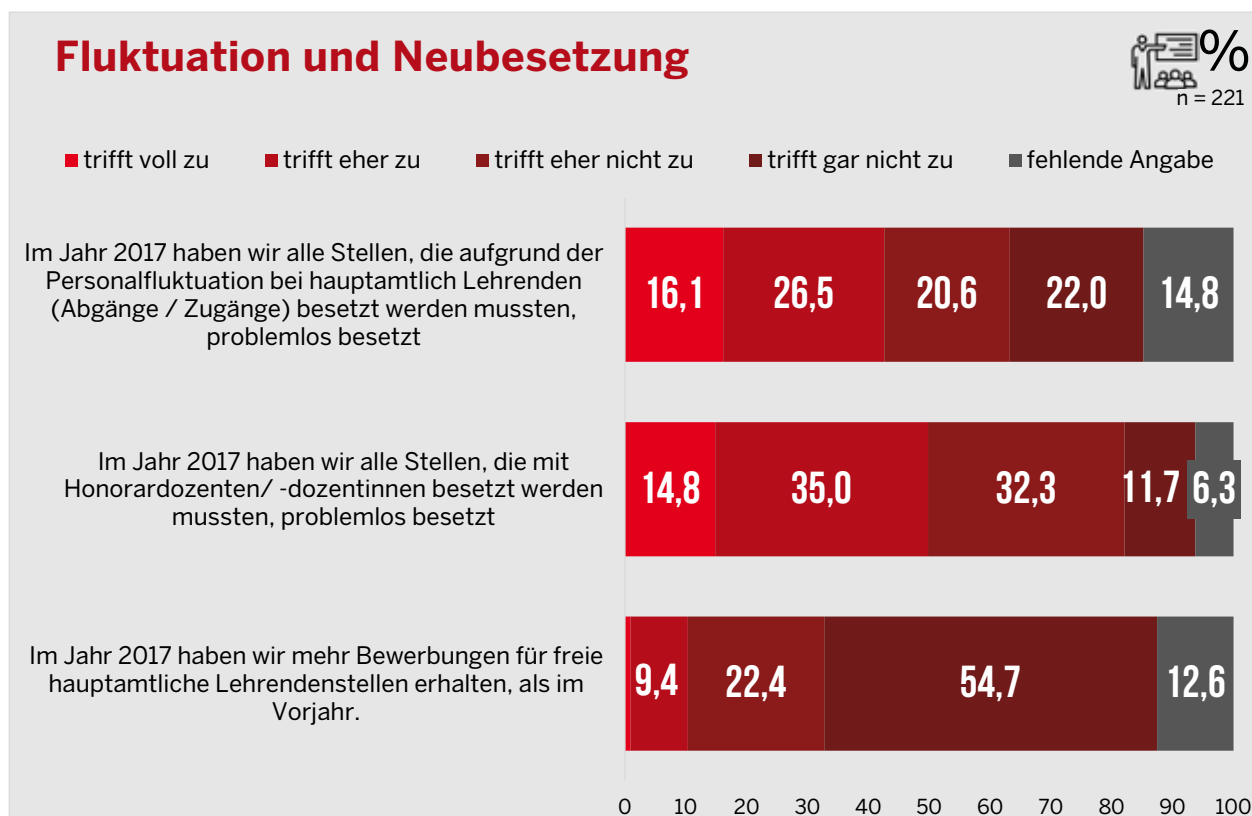


Abb. 86: Personalausstattung und Personalbedarf Bildungseinrichtungen II

Wird die Anzahl an offenen Stellen ins Verhältnis zur Bewerbendensituation gesetzt, zeigt sich keine Deckung der Nachfrage bzw. kein möglicher Überschuss an qualifiziertem Lehrpersonal auf dem Markt. Einzig die Physiotherapie gibt in geringer Tendenz (52 Prozent) an, dass die Anzahl an Bewerbungen den Stellenbedarf hauptamtlicher Lehrender übersteigt.

Hingewiesen wurde auf die Heterogenität der qualifikatorischen Anforderungen, die an Lehrende gestellt werden. Diesbezüglich wurden in der vorliegenden Studie Einschätzungen der Leitenden in den Bildungseinrichtungen angefragt. Insgesamt antworteten auf diese Frage auch zahlreiche Leitungskräfte, die aktuell nicht in den jeweiligen Berufen in ihren Schulen ausbilden. Für den Bereich des Hebammenwesens (n=46) gaben 71,7 Prozent an, dass die Lehrpersonen neben einer Berufsausbildung ihrer Meinung nach auch über einen Hochschulabschluss auf Master-Niveau verfügen sollen. Im Bereich der Physiotherapie antworteten 63 Leitungskräfte. Von diesen sprachen sich 68,2 Prozent dafür aus, dass hauptamtlich Lehrende neben der Berufsausbildung auch über einen Hochschulabschluss auf Masterniveau verfügen sollten. Für die Ergotherapie antworteten insgesamt 51 Personen. Hier sind es 68,6 Prozent, die eine hochschulische Qualifikation befürworten, und im Bereich der Logopädie (n=45) sind es 71,1 Prozent.

5.5.5 Gewinnung und Sicherung von Lehrpersonal in den Ausbildungsstätten

In § 4 Absatz 3 des aktuellen Krankenpflegegesetzes ist geregelt, dass die Lehrpersonen für die theoretische Pflegeausbildung in ausreichender Anzahl zu den Ausbildungsplätzen vorhanden sein müssen. Zudem ist eine fachliche und pädagogische Hochschulausbildung der Lehrenden vorgeschrieben, um den theoretischen und praktischen Unterricht führen zu dürfen (Deutscher Bundestag 16.07.2003). Ähnliche Bedingungen bestehen auch in der Altenpflegeausbildung, wobei der Begriff der Lehrendenqualifikation im Altenpflegegesetz nicht weiter ausdifferenziert ist (Deutscher Bundestag 17.11.2000). In dem PflBRefG wird erstmalig ein konkretes Verhältnis von Lehrenden zu Auszubildenden genannt. So darf ab 2020 (mit einer Übergangsfrist bis Ende 2029) nicht weniger als eine Lehrendenvollzeitstelle auf zwanzig Schülerinnen und Schüler beschäftigt sein. Darüber hinaus verlangt die das PflBRefG pflegepädagogisch qualifizierte Lehrkräfte auf Masterniveau bzw. mit vergleichbaren Abschlüssen (Deutscher Bundestag 24.07.2017). Den anstehenden Veränderungen zufolge wird die Nachfrage nach qualifizierten Lehrpersonen steigen und die Personalsuche noch stärker in den Fokus der Bildungseinrichtungen rücken. Damit gewinnt die Personalsuche und die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbindung eine steigende Bedeutung.

Den Ergebnissen zufolge meldet von den antwortenden Bildungseinrichtungen die Hälfte ihre offenen und zu besetzenden Stellen der Agentur für Arbeit.

In der Personalakquisition lässt sich zwischen der Effektivität einer eingesetzten Maßnahme und dem Nutzungsgrad differenzieren, wie es in der nachfolgenden Abbildung dargestellt ist. Die antwortenden Bildungseinrichtungen schätzten persönliche Netzwerke (64,4 Prozent) und die eigene Homepage (46,2 Prozent) am häufigsten als effektive Methoden ein, um Personal zu rekrutieren. Gefolgt werden die beiden Maßnahmen durch soziale Medien als Rekrutierungsmaßnahme mit einem Viertel an positiven Einschätzungen. Auch prämierte Werbekampagnen für Mitarbeitende in der eigenen Institution wie z.B. das Werben von neuem Personal durch die eigenen Mitarbeitenden wurden noch von rund 20 Prozent als effektiv angegeben. Die Rekrutierungen mithilfe von Printmedien und Personalvermittlungsagenturen scheinen hingegen wenig erfolgsversprechend zu sein.

Stellt man den Einschätzungen über die Effektivität der Maßnahmen den tatsächlichen Nutzungsgrad gegenüber, fällt auf, dass die Häufigkeit der Nutzung nicht zwingend mit der Effektivität in Verbindung steht. So werden die sozialen

Medien von jeder zweiten Bildungseinrichtung genutzt. Die schwächer eingeschätzten Printmedien und prämierten Werbekampagnen werden hingegen von rund 60 bzw. 76 Prozent eingesetzt.

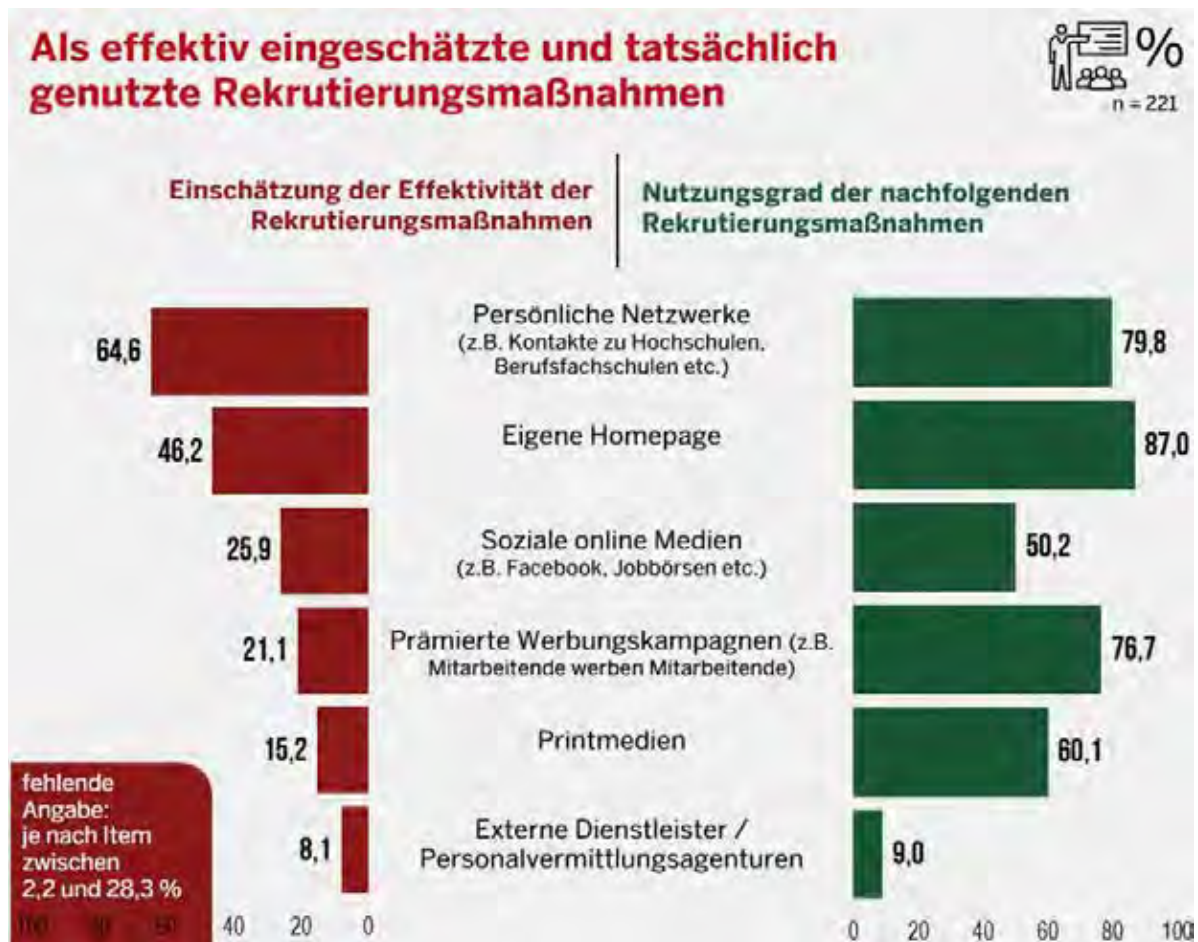


Abb. 87: Effektivität und Nutzung Rekrutierungsmaßnahmen Bildungseinrichtungen

Das direkte Anwerben von Absolventinnen und Absolventen an Hochschulen in NRW tätigen bereits rund 60 Prozent der Bildungseinrichtungen. Gänzlich konträr dazu verhalten sich die Angaben bei der Frage, ob die Schulen auch an Hochschulen außerhalb von NRW um pflegepädagogischen Masterabsolventinnen und -absolventen werben. 80 Prozent der antwortenden Bildungseinrichtungen werteten dieses Vorgehen als eher und gar nicht zutreffend. Dies verweist auf den Rekrutierungsraum, sodass man sich von einer Anwerbung außerhalb von NRW tendenziell eher wenig Erfolg verspricht.

Einen anderen bedeutsamen Aspekt im Personalwesen stellt die Bindung der Mitarbeitenden dar. Angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation und der steigenden Bedarfe erscheint es wichtig, dem qualifizierten Lehrpersonal genügend Anreize zu bieten, damit es in der Einrichtung verbleibt und keine Stelle an einer

anderen Bildungseinrichtung annimmt. Diese Vorgehensweise kann unter anderem durch die Stärkung der beruflichen Selbstverantwortung erfolgen sowie durch die Förderung der Mobilität.

Drei von vier Einrichtungen geben an, Parkplätze für das Lehrpersonal zur Verfügung zu stellen. Auch Home Office für die Unterrichtsvorbereitung und Nachbereitung ist mit einem Drittel noch als häufige Maßnahme angegeben, um das Personal zu binden. Ein fakultatives Übernachtungsangebot für Mitarbeitende mit langem Anfahrtsweg, ist nur bei rund einer von zehn Einrichtungen verfügbar. Die Möglichkeit bei Trägern mit mehreren Standorten, wohnortnahe Arbeitsplätze als bindende Maßnahme für Mitarbeitende zu Verfügung zu stellen, ist bei rund 85 Prozent der Bildungseinrichtungen nicht möglich.

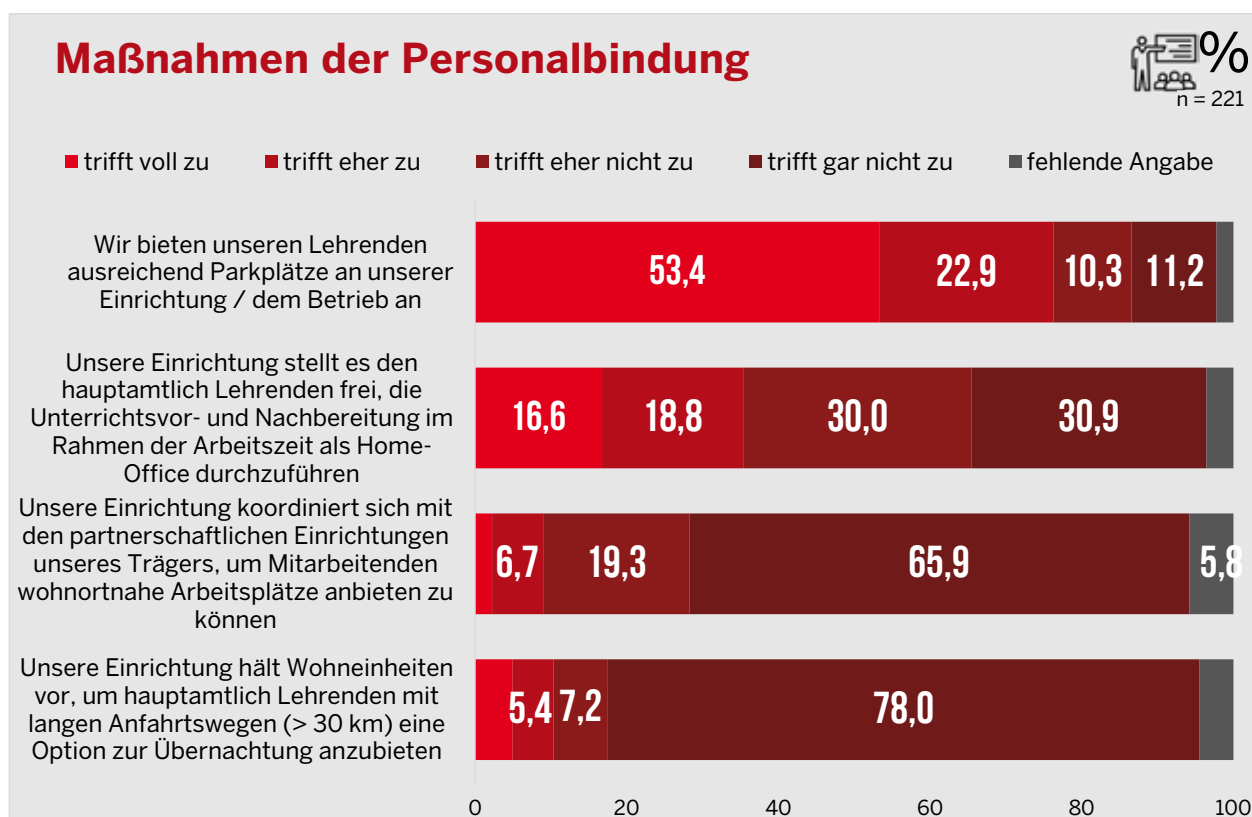


Abb. 88: Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes

In den Jahren von 2000 bis 2014 hat die Strecke vom Wohnort zum Arbeitsplatz durchschnittlich um 21 Prozent von 8,7 auf 10,5 km in Deutschland zugenommen. Der Anteil von Personen, die bis 10 km zum Arbeitsplatz pendeln, ist rückläufig, wohingegen die Kennzahlen von 10 bis 50 km Wegstrecke zunehmen (Dauth und Haller 2018). Da das Pendeln vom Wohnort zum Arbeitsplatz anhand dieser Ergebnisse bundesweit seit Jahren zunimmt, stellt die Förderung bzw.

Vereinfachung der berufsbezogenen Mobilität einen wichtigen Punkt zur Bindung der Mitarbeitenden dar.

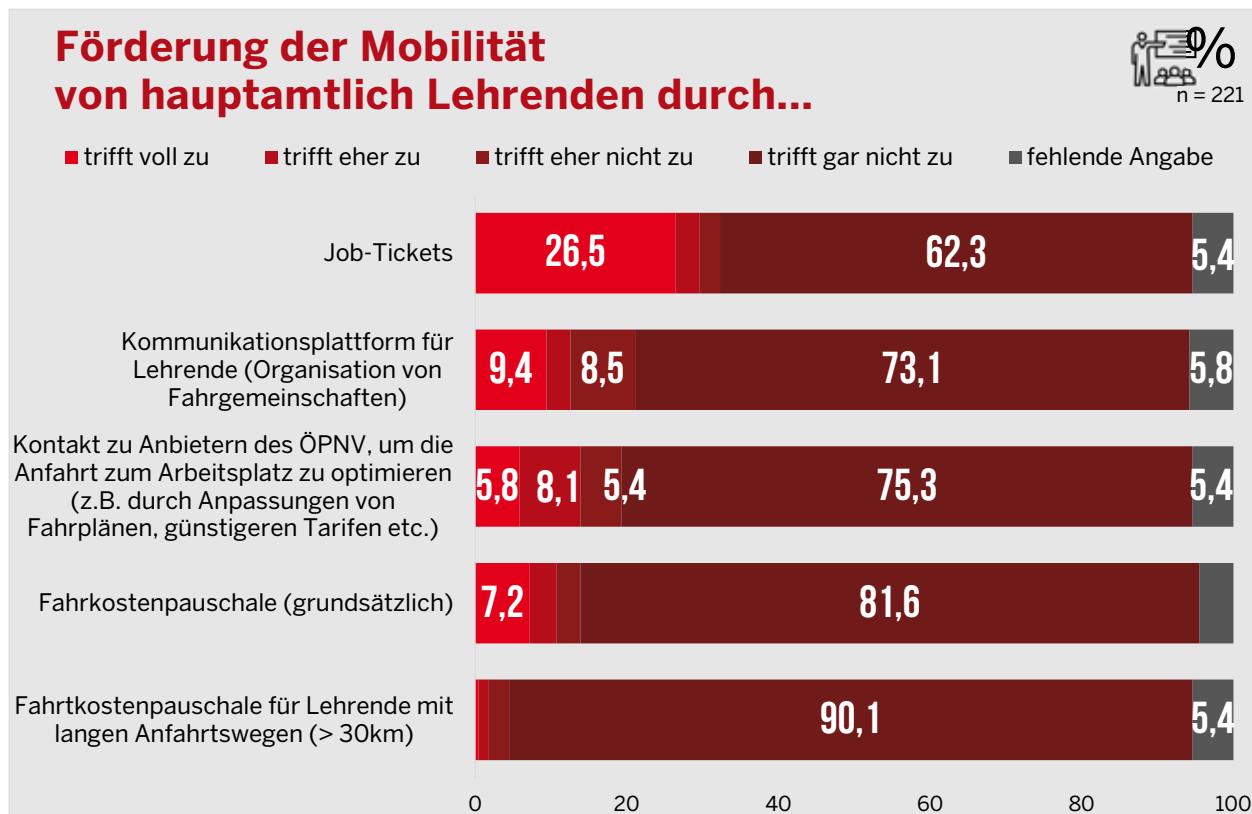


Abb. 89: Mobilitätsunterstützung Mitarbeitende Bildungseinrichtungen

Zur Förderung der berufsbezogenen Mobilität des Lehrpersonals standen die Fragen nach der Möglichkeit eines Job-Tickets, einer Kommunikationsplattform zum Bilden von Fahrgemeinschaften, der Austausch mit dem ÖPNV zur Anpassung von Fahrplänen, eine grundsätzliche Fahrkostenpauschale und Fahrkostenpauschalen ab einem Anfahrtsweg von mehr als 30 km im Fokus der Befragung. Insgesamt werden die Mitarbeitenden von den Einrichtungen in dieser Hinsicht bisher noch wenig bis gar nicht gefördert. Lediglich ein knappes Drittel hat die Möglichkeit, ein Job-Ticket in Anspruch zu nehmen. Alle anderen Möglichkeiten haben eine Zustimmung um 10 Prozent bzw. eine Ablehnung von 75-90 Prozent erhalten.

5.5.6 Vorbereitung auf das PflBRefG Bildungseinrichtungen

Um das PflBRefG ab 2020 umzusetzen, stehen für die Bildungseinrichtungen der Pflege diverse Veränderungen an. Sowohl die praktische Ausbildung als auch die theoretische Ausbildung werden Gegenstand von Umstrukturierungen sein.

ERGEBNISSE DER LANDESBERICHTERSTATTUNG

Die Sicherstellung der Durchführung von praktischer Ausbildung ist nach den Befragten das größere Problem. Drei von fünf geben an, neue Kooperationspartner zu benötigen, um die Einsatzgebiete der praktischen Ausbildung sicherstellen zu können. Damit verbunden ist, dass über die Hälfte der befragten Einrichtungen Gespräche mit potenziellen Kooperationspartnern in dieser Hinsicht führen. Die anstehenden Neuerungen in der theoretischen Ausbildung sind offenbar ein geringeres Problem. Die Mehrheit benötigt demnach keine Kooperationspartner für die theoretische Ausbildung und gut ein Viertel befindet sich aktuell in Gesprächen für mögliche Kooperationen in der Theorie.

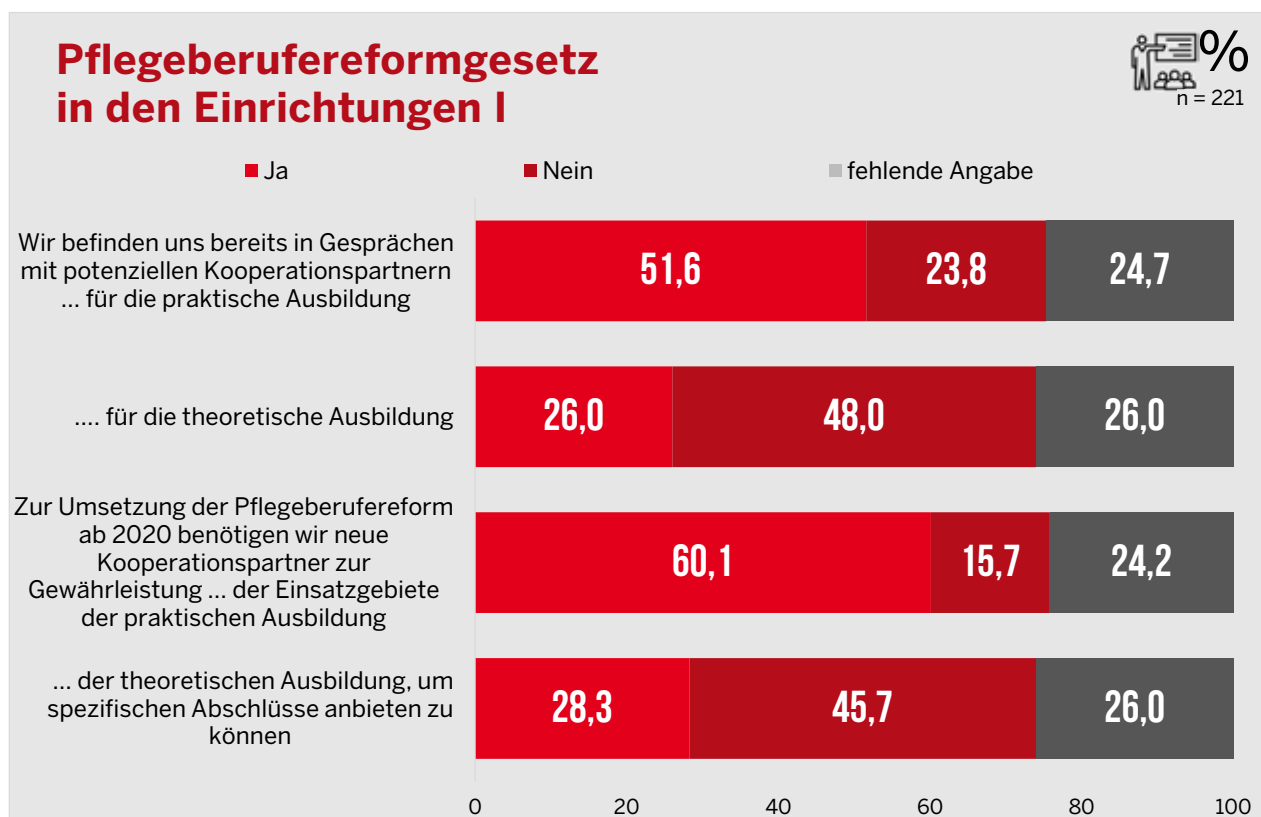


Abb. 90: Vorbereitungen zur Umsetzung des PfIBRefG I

Jedoch ist nicht nur die Anzahl an Kooperationen in Theorie und Praxis relevant, um die Ausbildung bedarfsgerecht anbieten zu können, sondern auch das zur Verfügung stehende Personal als ggf. limitierender Faktor zu nennen. Dieses sollte auf der einen Seite die nötige Fachexpertise besitzen, um auch Inhalte für die spezialisierten Ausbildungsabschlüsse zu vermitteln. Auf der anderen Seite muss es personell in ausreichendem Maß vorhanden sein. Bezogen auf die fachliche Qualifikation gab fast die Hälfte an, dass das Personal nicht ausreichend über Fachexpertise verfügt, um neben dem generalistischen Abschluss die spe-

zialisierten Abschlüsse zur Altenpflege sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anbieten zu können. Zu dem Aspekt der Quantität geben rund 62 Prozent an, dass aktuell zu wenige Vollzeitstellen zur Verfügung stehen, um nach dem PflBRefG auszubilden. Eine von vier Einrichtungen tätigte zu den Fragen keine Angaben.

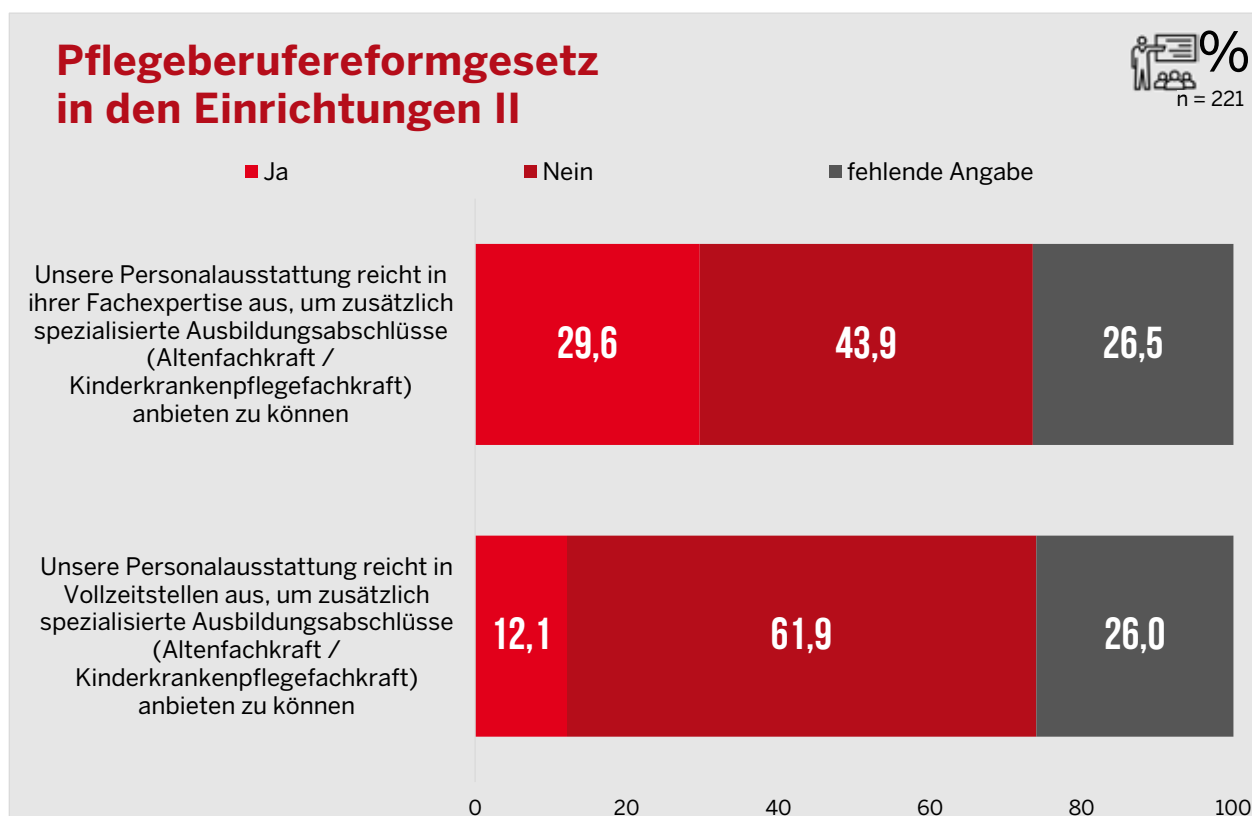


Abb. 91: Vorbereitungen zur Umsetzung des PflBRefG II

Auch § 63 3c aus dem SGB V, der die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten in der Pflege potenziell ermöglicht, wird im PflBRefG aufgegriffen. Diese Anforderungen in die eigene Ausbildung zu integrieren, spielt allerdings zunächst aus Sicht der Einrichtungen eher eine untergeordnete Rolle. Nur rund ein Viertel befindet sich zu der Thematik in der Diskussion. Gleichzeitig bereiten sich zwei von fünf Einrichtungen auf Änderungen in der Organisation durch vorbehaltliche Tätigkeiten vor.

Da die Bildungseinrichtungen im Vergleich zu den Praxiseinrichtungen das PflBRefG aus organisatorischer Sicht stärker betreffen wird, ist eine Auseinandersetzung mit dem Gesetz und aktuellen Stand von großer Bedeutung. Über die Hälfte der antwortenden Bildungseinrichtungen gibt an, über den bisherigen Stand der gesetzgeberischen Verfahren vollumfänglich informiert zu sein. Lediglich eine von fünf Einrichtungen widerspricht dieser Aussage.

Eine wesentliche Änderung der Reform ist die Qualifizierung von Personal, das die Anleitung von praktischen Fertigkeiten bei den Auszubildenden übernimmt. Mit dem PflBRefG ist ab 2020 die Qualifizierung der Praxisanleitenden von bisher 200 Stunden auf 300 Stunden vorgeschrieben (Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 13.06.2018). Fast 60 Prozent der Einrichtungen setzen sich bereits mit dieser Anforderung auseinander. Damit kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die Vorbereitungen und Diskussionen noch nicht flächendeckend in den Einrichtungen zu finden sind. Insbesondere die Veränderungen, die sich durch heilkundliche Aufgaben ergeben, stellen hier noch eine große Hürde dar.

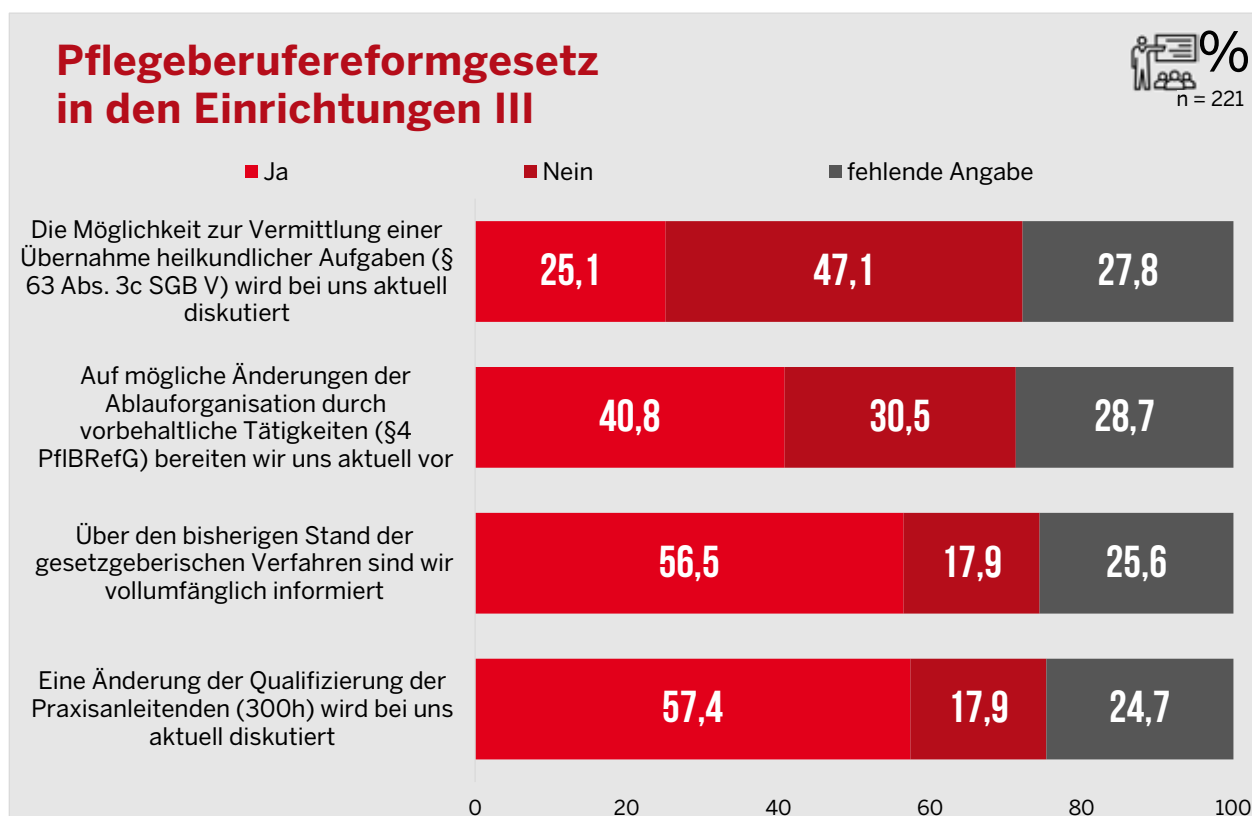


Abb. 92: Vorbereitungen zur Umsetzung des PflBRefG III

Bei der Betrachtung zentraler Positionen zur generalistischen Ausbildung nach dem PflBRefG ergibt sich durch die Angaben der Bildungseinrichtungen zu den verschiedenen Aussagen ein heterogenes Stimmungsbild.

Zunächst wird die Zeit als limitierender Faktor bezogen auf die kommende generalistische Ausbildung angesehen. Die Antwortenden schätzen im Mittel, dass sie eher nicht genügend Zeit haben werden, um sich auf die Veränderungen in der Ausbildung einzustellen (MW 3,8). Darüber hinaus planen die meisten Bildungs-

einrichtungen, nicht alle Vertiefungsrichtungen inklusive des zusätzlichen Altenpflegeabschlusses anzubieten (MW 4,3).

Die Vertiefungsrichtung Kinderkrankenpflege planen die Einrichtungen durchschnittlich am wenigsten häufig zu realisieren. Vor dem Hintergrund der aktuellen Ausbildungszahlen ist diese Aussage jedoch zu relativieren, da zum aktuellen Stand im Vergleich 90,0 Prozent mehr in der Altenpflege sowie 88,0 Prozent mehr Schülerinnen und Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet werden (vgl. Kapitel 3.4). Gleichzeitig haben die Einrichtungen aktuell eine neutrale Einstellung hinsichtlich der Frage, ob die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr positiv oder negativ gesehen wird.

Gleiches gilt für die Planung, eine Vertiefungsrichtung für Altenpflege anzubieten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Schulen zunächst eher in einer abwartenden Stellung verbleiben, bis die zu dem Zeitpunkt der Befragung noch nicht veröffentlichte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verfasst und verabschiedet wird. So besteht im Durchschnitt eine tendenzielle Zustimmung zu der Aussage, dass die Einrichtungen mit ersten aktiven Schritten warten, bis der Prozess der Verordnungsgebung abgeschlossen ist.

Ebenfalls zeigen die Angaben der Bildungseinrichtungen eine Zustimmung bezüglich der Aussage, dass sie Änderungen bereits breiter diskutieren, die sich durch die Einführung kompetenzorientierter Ausbildungsnachweise ergeben werden. Darüber hinaus machen sich die Einrichtungen Gedanken, wie die Qualität der praktischen Ausbildung in Zukunft gesichert werden kann. Aktuell wird häufiger darüber diskutiert, wie künftig die Prozessqualität der praktischen Ausbildung beurteilt werden kann. Auch das notwendige Vorgehen betreffend die Koordination des praktischen Ausbildungscurriculums ist bei den Bildungseinrichtungen ein Thema, das den Angaben zufolge vermehrt diskutiert wird.

Bezogen auf die Aussage, dass das Lehrenden-Kollegium über die durch das PflBRefG induzierten und anstehenden Veränderungen informiert sind, zeigen die Angaben der Bildungseinrichtungen die höchsten Zustimmungswerte über alle Sektoren hinweg. Dies korrespondiert auch mit der Aussage in der vorhergehenden Abbildung, dass die meisten Bildungseinrichtungen gut über den aktuellen Stand der Gesetzgebung informiert sind.

Positionen zum Pflegeberufereformgesetz		MITTELWERT					1	2	3	4	5	stimme gar nicht zu
		1	2	3	4	5						
Wir planen alle drei der möglichen Berufsausbildungen in der Pflege anzubieten	stimme voll zu			4,3							stimme gar nicht zu	
Wir planen neben der Ausbildung zur Pflegefachperson auch die Vertiefung zur Pflegefachperson für Kinderkrankenpflege anzubieten	stimme voll zu			4,2							stimme gar nicht zu	
Wir haben unserer Einschätzung nach ausreichend Zeit, um uns auf Veränderungen einzustellen	stimme voll zu			3,8							stimme gar nicht zu	
Wir befürworten die Möglichkeit zur Spezialisierung im dritten Ausbildungsjahr	stimme voll zu			3,6							stimme gar nicht zu	
Wir planen neben der Ausbildung zur Pflegefachperson auch die Vertiefung zur Pflegefachperson für Altenpflege anzubieten	stimme voll zu			3,6							stimme gar nicht zu	
Wir warten bezüglich der ersten Schritte die endgültigen Entwicklungen und Verabschiedungen der Verordnungsgebung ab	stimme voll zu			2,4							stimme gar nicht zu	
Wir diskutieren Änderungen, die sich z.B. durch kompetenzorientierte Ausbildungsnachweise ergeben	stimme voll zu			2,2							stimme gar nicht zu	
Wir diskutieren, inwiefern zukünftig die Prozessqualität der praktischen Ausbildung beurteilt werden soll	stimme voll zu			2,1							stimme gar nicht zu	
Wir diskutieren das für uns notwendige Vorgehen, um zukünftig mit den praktischen Ausbildungsträgern das praktische Curriculum zu koordinieren	stimme voll zu			2,0							stimme gar nicht zu	
Wir haben das Lehrenden-Kollegium über anstehende Veränderungen durch das PflBRefG bereits informiert	stimme voll zu			1,7							stimme gar nicht zu	

Tab. 25: Einschätzungen über das PflBRefG Bildungseinrichtungen

5.5.7 Zusammenfassung Bildungseinrichtungen

In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse, dass sich im Bereich der Pflege die Bewerberlage heterogen zeigt. In der Gesundheits- und Krankenpflege und noch stärker in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind die Bewerberzahlen deutlich höher als die Ausbildungskapazitäten. Hingegen sind die Bewerberzahlen auf Schulplätze in der Altenpflege eher niedrig, sodass eine Bewerberauswahl seitens der Bildungseinrichtungen kaum möglich ist. Auch das Hebammenwesen

und die Logopädie könnten potenziell weit mehr Auszubildende gewinnen, wenn die Ausbildungskapazität ausgebaut würde.

Bezogen auf die Personalsituation zeigt sich, dass die Lage für die Bildungseinrichtungen als angespannt, jedoch nicht als überaus kritisch eingeschätzt werden kann. In der Mehrheit der Bildungseinrichtungen ist der Personalbestand dem Bedarf entsprechend. Dennoch können Personalfluktuationen nicht ohne weiteres ersetzt werden und die Bewerberlage für hauptamtlich Lehrende lässt eine nur geringe Auswahlmöglichkeit zu. Die Personalkapazitäten in den Pflegebildungseinrichtungen reichen aktuell nicht aus, um die Anforderungen, wie sie im PflBRefG formuliert werden, umsetzen zu können. Hier kann mit einem deutlichen Aufwuchs gerechnet werden.

Das Personalrekrutierungsverhalten sowie die Einschätzungen über deren Effektivität ähneln denen der anderen antwortenden Sektoren. Es werden bevorzugt regional ausgerichtete Maßnahmen mit der Option zur persönlichen Kontaktaufnahme ergriffen. So werben die Gesundheitsschulen zwar an den Hochschulen des Landes um geeignete pädagogische Masterabsolventinnen und -absolventen, unterlassen dies aber an Hochschulen außerhalb von NRW. Bezogen auf die Mitarbeiterbindung und die Steigerung der Mobilität der Mitarbeitenden zeigen sich die Bildungseinrichtungen in der Summe noch wenig aktiv und könnten an dieser Stelle die eigene Attraktivität als Arbeitgeber noch weiter steigern.

Bezogen auf die Umsetzung des PflBRefG besteht ein größerer Bedarf an praktischen Kooperationspartnern als für die theoretische Ausbildung. Die Mehrheit gibt an, fachlich in der Lage zu sein, die Vertiefungsrichtungen in der Ausbildung bedienen zu können. Abschließend lässt sich feststellen, dass die Einrichtungen bzgl. der generalistischen Pflegeausbildung zurzeit eine abwartende Haltung einnehmen, bis die rechtlichen Veränderungen vorgenommen sein werden und konkrete Handlungskonsequenzen entstehen. Dennoch beschäftigen sie sich aktuell mit der Umsetzung von Ausbildungsnachweisen, Sicherung der Prozessqualität praktischer Ausbildung und der Koordination des praktischen Curriculums.

6. Handlungsempfehlungen

Im abschließenden Kapitel sollen Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden, die sich aus der Gesamtschau der vorliegenden Befunde ableiten lassen. An dieser Stelle wird auf eine Darlegung der Kennzahlen und Einzelauswertungen der Begründungen verzichtet und auf die jeweiligen Ergebnisse in den Kapiteln verwiesen. Benannt werden sollen die übergreifenden Handlungsfelder, die aus Sicht der Autoren des Gutachtens zu fokussieren sind, um die Versorgungssicherheit sowie die berufliche Entwicklung weiter zu befördern.

6.1 AUSBILDUNGEN IN DEN PFLEGE- UND THERAPIEBERUFEN AUSBAUEN

Weiterhin besteht ein erheblicher Handlungsbedarf beim Ausbau der Ausbildungsplätze. Dies betrifft insbesondere die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Therapieberufe und das Hebammenwesen.

Bereits in der LbG NRW 2015 wurde auf die Notwendigkeit einer Anpassung hingewiesen; diese kann aber aktuell bis auf die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten in der Altenpflege noch nicht ausgemacht werden. In der Zwischenzeit haben sich jedoch durch Gesetzesreformen, Vorschläge zur Mindestpersonalbesetzung, die erstmals auch mit Sanktionsmechanismen verbunden werden, sowie durch steigende Bedarfe in den Einrichtungen und durch eine weiter steigende Anzahl an Einrichtungen die Bedarfe deutlich erhöht. Die demografische Entwicklung wird ebenso dazu führen, dass sich die Bedarfe in diesen Sektoren weiter erhöhen und Gesundheits- und Pflegeleistungen verstärkt durch die Bevölkerung abgerufen werden. Angenommen werden kann dabei, dass dies sowohl spezialisierte Leistungen (z.B. außerklinische Beatmungsversorgung von Kindern) als auch generelle Versorgungsanfragen (Unterstützung bei Lebensaktivitäten zur Kompensation) umfassen wird.

Die Mangelprognose mit deutlich gestiegenen Kennzahlen der Unterdeckung in der Pflege zeigt dies ebenso eindeutig auf wie die Einschätzungen der Praxen in den Therapieberufen mit extrem langen Vakanzzeiten bis zur Besetzung einer freien Stelle.

Bezüglich der potenziellen Realisierbarkeit kann hier zumindest für das Hebammenwesen, die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Logopädie davon ausgegangen werden, dass die Bewerberlage einen notwendigen Ausbau auch zulässt.

Das Ministerium hat in Kooperation mit den Kostenträgern und der Krankenhausesellschaft bereits auf diese drängende Anpassung in der Gesundheits- und Krankenpflege verwiesen. Sollen neben einem Appell auch konturierte Maßnahmen entwickelt werden, so bedarf es insbesondere bei den Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenhäusern einer Aufwertung des Bildungsbereiches und einer Diskussion auch durch die Krankenkassen. Aktuell in den Ausbildungsfonds nicht berücksichtigte Fragen nach der Refinanzierung der Infrastruktur in den Pflegeschulen und dem notwendigen konsequenten Aufbau an Lehrpersonal muss hier Rechnung getragen werden. Nicht zuletzt ist dies aus der Perspektive der Sicherstellung der Versorgungssicherheit über alle Sektoren hinweg eine zentrale Aufgabe, denn es zeigen sich seit Jahren rückläufige Kennzahlen in den ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Einrichtungen, die nicht mit fehlenden Bedarfen verwechselt werden dürfen.

6.2 BILDUNGSEINRICHTUNGEN GEZIELT FÖRDERN

Die Förderung von Bildungseinrichtungen beinhaltet unterschiedliche Aspekte und Zielperspektiven. Einerseits geht es bei einer gezielten Förderung um einen Erhalt der Bildungsbereiche im Umkreis von Versorgungseinrichtungen bzw. um einen geförderten Aufbau in Regionen, in denen sich Engpässe der Ausbildung abzeichnen und damit die Versorgungssicherheit der Bevölkerung stabilisiert werden muss. Darüber hinaus ist für die Therapieberufe die Angleichung der Ausbildungsbedingungen zu fokussieren. Dies ist der strukturelle Aspekt der gezielten Förderung. Der inhaltliche Aspekt ist konzeptioneller Art. Beide Aspekte sollen nachfolgend erläutert werden.

In den Regionalkonferenzen zur LbG NRW wurde auf der Basis von regionalen Zahlen auf die Notwendigkeit verwiesen, die regionalen Versorgungsbereiche und -anforderungen zu fokussieren. Mit einem relativ geringen Rekrutierungsradius bei den Mitarbeitenden verbunden werden kann die Notwendigkeit, wohnortnahe Ausbildungsstrukturen flächendeckend zu realisieren und vorzuhalten. Der Personalbedarf von Einrichtungen vor Ort kann nicht durch weiter entfernte Ausbildungsstellen vollständig abgedeckt werden. Abgewanderte Pflegekräfte können nicht ohne Weiteres wieder regional zurückgeführt werden. Wandern sie zur Ausbildung in andere Regionen ab, so fassen sie dort Fuß und finden auch ausbildungsnah attraktive Arbeitsangebote. Daher stellt eine mögliche Zentralisierung eine potenzielle Gefährdung für ausbildungsschwache Regionen dar. Demnach sind Schließungen einzelner Ausbildungsstandorte und Zusammenlegungen von Bildungseinrichtungen zur großen Bildungszentren nicht nur aus der

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Perspektive der Betriebswirtschaft zu denken, sondern müssen zwingend verbunden werden mit Fragen der Versorgungsstabilität einer Region. Mit einer gestuften Finanzierung und Unterstützung von Bildungseinrichtungen können regionale Anreize der Ausbildung verbunden werden. Diese Möglichkeit besteht im Bereich der Pflege z.B. im Rahmen der Ausbildungsfonds. Damit existiert ein Werkzeug, mit dem Ausbildung nicht nur bezogen auf die Quantität vergütet werden kann, sondern auch bezogen auf die zentrale Aufgabe der Versorgungssicherung. Denkbar ist in diesem Zusammenhang, die Schulplätze an den Orten höher zu fördern, an denen sich in einem besonderen Maße Notwendigkeiten ergeben. Dies könnte auch für Träger ein Anreiz sein, Schulstandorte zu erschließen oder bestehende Schulstandorte zu erhalten.

Für die Therapieberufe muss die Schulgeldbefreiung realisiert werden. Mit der aktuell verbundenen Maßnahme der Teilübernahme der Ausbildungskosten ist ein Schritt in die richtige Richtung erfolgt. Die kostenpflichtige Ausbildung in einem Mangelberuf verschlechtert die Bildungsbedingungen bezogen auf die existierende Konkurrenzsituation zu anderen Wirtschafts- und Berufszweigen und verschärft den Wettbewerb um Absolventinnen und Absolventen aus den Schulen. Dies ist nicht nur aus der Perspektive der jeweiligen Berufsgruppen und der Versorgungsseite der Patientinnen und Patienten ungünstig, es ist auch volkswirtschaftlich widersinnig. Die personenzentrierten Gesundheitsberufe werden von den Umstrukturierungen der Arbeitswelt durch Digitalisierung, Robotik und Technisierung nur begrenzt betroffen sein. Insofern stellen Förderungen in diesen Bereichen insbesondere die Förderung von sicheren sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen dar, die nicht ins Ausland verlagert oder rationiert werden können. Neben diesem Aspekt ist zu befürwortende vollständige Befreiung von Schulgeld notwendig, um die Konkurrenzsituation zwischen den Ausbildungsstätten und -trägern abzuschwächen. Nicht zuletzt ist dabei zu bedenken, dass sich auch für die Schülerinnen und Schüler in kostenpflichtigen Ausbildungsbereichen andere Bedingungen der Bildung ergeben. Ggf. müssen sie, um neben den Lebenshaltungskosten auch die Kosten für die Ausbildung aufbringen zu können, erheblich mehr nebenberuflich arbeiten. Dies stellt eine substantielle Ungleichheit der Lernbedingungen und Lernchancen dar.

Neben den strukturellen Bereichen kann auch eine inhaltliche Dimension einer Förderung ausgemacht werden.

In einzelnen Berufen hat sich die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber in den vergangenen Jahren den Angaben der Einrichtungen und Bildungsstätten zufolge negativ entwickelt bzw. ermöglicht die Anzahl der Bewerbungen keine

große Auswahlmöglichkeit. Damit werden aktuell Personen in die Ausbildungen eingegliedert, die ggf. noch schulische Defizite aufweisen. Das bedeutet, dass seitens der Schulen in vielen Fällen zusätzliche Bedarfe der Bildung entstanden sind, die sich auf eine gezielte Förderung von lernschwachen Schülerinnen und Schülern bezieht. Sprachprobleme sowie auch persönliche Problemlagen, die sozialpsychologische Begleitungen erfordern, nehmen in vielen Einrichtungen zu. Als zusätzliche Herausforderung und bedeutsame gesellschaftliche Aufgabe kann dabei ebenso die Integration von Menschen mit Fluchterfahrung in die Gesundheitsberufe verstanden werden. Hier entstehen neue Herausforderungen, die durch die klassische Form des Unterrichts in Vollzeit nicht vollumfänglich aufgefangen werden können. Nimmt man diese Herausforderungen ernst und an, so münden sie in spezifischen pädagogischen Maßnahmen und Konzepten. Es müssen Angleichungskurse angeboten werden, ggf. müssen Lernsituationen wiederholt werden oder es muss eine Intensivierung bei der Praxisbegleitung erfolgen. In den Ausbildungsgängen müssen verstärkt innere Differenzierungen der Lerninhalte berücksichtigt werden, um auf der einen Seite lernschwächere Schülerinnen und Schüler zu fördern und zugleich lernstarken Schülerinnen und Schülern erweiterte Ausbildungsinhalte zur Verfügung stellen zu können.

Vorgeschlagen wird an dieser Stelle daher, Einrichtungen, die besondere Konzepte der Förderung und Integration vorhalten, zusätzlich zu fördern. Analog zur Strukturförderung können hier auch inhaltliche Förderungen und Zuwendungen erfolgen, wenn Konzepte vorgelegt und nachweislich auch durchgeführt werden.

Diese Aspekte der Förderungen können zu einer deutlichen Stabilisierung der Ausbildung insgesamt sowie zu einer Stabilisierung der Erfolgsquoten in den Ausbildungen beitragen. Dazu bedarf es des Aufbaus eines transparenten kategorialen Bewertungssystems, nach dem Förderanfragen eingereicht und bewilligt werden können.

6.3 LEHRERQUALIFIZIERUNG STRUKTURIERT AUFBAUEN

Zusätzliche Ausbildungsplätze sowie zusätzliche Betreuungs- und Begleitungsangebote lassen sich in den Schulen nicht ohne zusätzliches Lehrpersonal realisieren. Die Mangelprognose weist aktuell auf einen noch zu steuernden Personalbedarf hin, der allerdings von der gegenwärtigen Ist-Situation ausgeht. Erhöhen sich die Ausbildungszahlen, so führt dies zu einem deutlich stärkeren Bedarf als kalkuliert. Orientieren sich die Ausbildungsstätten an der Neuausrichtung durch das PfIBRefG, so kann auch hier mit einem steigenden Bedarf gerechnet werden, der ggf. nicht linear zu Bedarfen führt sondern kumuliert zu Beginn der

Umstellungsprozesse auftritt. Damit würde gerade in den kommenden fünf Jahren ein erheblicher Mehrbedarf vorhanden sein, der aktuell über die bestehenden hochschulischen Strukturen nicht qualifiziert werden kann.

Daher muss parallel im Bereich der Lehrerqualifizierung eine deutliche Steigerung der Studierendenzahlen erfolgen. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit der Umsetzung des PflBRefG für den Pflegebereich sowie bezogen auf eine erwartbare Anpassung der Lehrerinnen- und Lehrerqualifikation in den Therapieberufen, wenn die Berufsgesetze für die Therapieberufe in die Überarbeitung gehen. Angesichts langer Qualifizierungswege bis zum Lehrbereich in den Schulen des Gesundheitswesens sollte eine zügige Konzeptionierung und Strategie entwickelt werden, wie erwartbare steigende Bedarfe gedeckt werden können.

Wie in anderen Bereichen der Lehrerqualifikation für einzelne Fächer und Schulformen, muss dieser Sektor ministeriumsübergreifend mit in den Blick genommen werden. Vorgeschlagen wird an dieser Stelle, die bestehenden Hochschulstandorte der gesundheits-/pflegepädagogischen Studiengänge deutlich auszubauen und in Kooperation mit dem Wissenschaftsministerium die dafür notwendigen Ressourcen bereitzustellen. Gegenüber dem Bedarf an Lehrenden für die allgemeinbildenden Schulen stellt der Sektor der Gesundheitsberufe einen überschaubaren Bereich dar, der strukturiert steuerbar erscheint und demnach auch überschaubare finanzielle Förderungen benötigt. Die Hochschulstandorte in NRW verfügen über eine mitunter mehr als 20 Jahre bestehende Expertise in diesen Bereichen der Lehrerqualifizierung und es ist davon auszugehen, dass Anpassungen an bestehenden Standorten leichter zu realisieren sind als der zusätzliche Aufbau neuer Strukturen.

Aktuell ist davon auszugehen, dass die existierenden und kurzfristig zu erwartenden Bedarfe an qualifizierten Lehrenden nicht vollumfänglich über die Absolventinnen und Absolventen der Masterstudierenden zu decken sind. Insbesondere die Umsetzung des PflBRefG macht es erforderlich, über additive Verfahren der Qualifizierung nachzudenken. Ein Absenken der Ausbildungskennzahlen, um Relationszahlen der Schüler-Lehrer-Relation zu stabilisieren, ist angesichts der Fachkräfteproblematik kaum zu kommunizieren und würde sich versorgungsrelevant auf die Bevölkerung auswirken. Für Übergangszeiten sind daher Maßnahmen zu ergreifen, die eine temporäre Angleichung und Anrechnung auf eine Lehrqualifikation ermöglichen und eine Anerkennung der Lehrbefähigung seitens der Regierungsbezirksbehörden befristet zu ermöglichen. Wie in anderen Sektoren der Lehrerbildung sind hier „Quereinstiege“ zu thematisieren und strukturiert zu organisieren. Programme der Lehrerqualifizierung für akademisierte, aber nicht

pädagogisch qualifizierte Personen in NRW existieren bereits und können als erfolgreich erprobt gelten. Für die Anforderungen an die Umsetzung des PflBRefG sind sie ggf. anzupassen und neu auszurichten. Vorgeschlagen werden kann an dieser Stelle, dass modulhafte Bildungsangebote geschaffen und implementiert werden, die im Rahmen von Äquivalenzprüfungen anrechnungsfähig auf hochschulische Qualifizierung sind und den Übergang erleichtern, um eine später zu erfolgende hochschulische Qualifizierung zu verkürzen.

In jedem Falle bedarf es an dieser Stelle der Entwicklung eines Katalogs, der es den Regierungsbezirksbehörden ermöglicht, übergreifend und einheitlich Bewertungsmaßstäbe für eine Anerkennung der Lehrbefähigung auszusprechen.

Perspektivisch kann die Empfehlung ausgesprochen werden, die bestehenden Zugänge für die gesundheits- und pflegepädagogischen Studiengänge auch für die Absolventinnen und Absolventen der Therapieberufe zu öffnen und so die Qualifizierung der Lehrenden in diesen Bereichen systematisch zu befördern. Nur so lassen sich absehbare Bedarfe der Zukunft absichern und einleiten. Dazu bedarf es seitens der Hochschulen einer kalkulierbaren Perspektive, denn Berufungsverfahren auf neue oder zu ersetzende Stellen der Hochschullehrenden sind langwierig und bedürfen seitens der Hochschulen die Einbindung in die strategischen Entwicklungslinien der Studiengänge und Fachbereiche. Berufungsverfahren für Hochschullehrende mit einer fachbezogenen Qualifizierung der Therapieberufe werden daher nur wahrscheinlich, wenn sich daraus absehbar sichere Studiengänge schaffen lassen.

6.4 UMSETZUNG DES PFLBREFG KONSTRUKTIV BEGLEITEN

Die Einführung des PflBRefG erweist sich für viele versorgende Einrichtungen und Bildungseinrichtungen noch als eine Aufgabe, die in der Gänze noch nicht kalkulierbar und absehbar erscheint. Es bestehen erhebliche Informationsbedarfe in allen Sektoren der Einrichtungen, nicht nur in den Bildungseinrichtungen.

Der Aufbau flankierender Informationsveranstaltungen ist ein bedeutsamer Teil der Umsetzungsstrategie, damit die Einrichtungen in NRW rechtzeitig und systematisch auf die Prozesse vorbereitet werden.

Für den Bildungssektor bestehen bereits konkrete Überlegungen, wie eine solche Informationsreihe angebahnt und durchgeführt werden kann. Daneben bedarf es auch des Aufbaus von konkreten Begleitungsangeboten, um die Umsetzung in

den Bildungseinrichtungen vor Ort zu unterstützen. Neben curricularen Prozessen sind hier auch rechtliche und operative Aspekte für eine Umsetzung zu beleuchten und zu unterstützen. Der Fokus muss dabei auf dem Fortbestand der Einrichtungen liegen, um flächendeckende Ausbildungsangebote aufrechtzuerhalten und die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zu stabilisieren oder weiter auszubauen. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Beratungsbedarfe und Unterstützungsbedarfe. So kann in aller Regel davon ausgegangen werden, dass die Bildungseinrichtungen, die bereits integrativ und übergreifend qualifizieren (inklusive der Altenpflege) geringere Unterstützungsbedarfe aufweisen als solitäre Altenpflegefachseminare, die noch nicht über die entsprechenden Kooperationspartner verfügen, um eine generalistische Phase der Ausbildung realisieren zu können.

Die Flankierung sollte sich aber nicht auf den Bildungsbereich beschränken. Deutlich wurde auch in den Angaben der Versorgungssektoren, dass hier noch keine vollständigen Informationsstände vorliegen und dass sich ebenso zentrale Fragen ergeben, die jedoch ggf. anders gelagert sind als die in den Bildungseinrichtungen.

Vorgeschlagen wird an dieser Stelle, dass unterstützend durch das Ministerium konkrete Arbeitshilfen für die betrieblichen Einrichtungen (insbesondere der ambulanten Dienste und der teil-/vollstationären Einrichtungen) entwickelt werden, die im Rahmen einer Handreichung zentrale Fragen beschreiben, klären und z.B. in Form von Checklisten Materialien zur Verfügung stellen, um geordnete Analysen in den Einrichtungen vornehmen zu können. Beispielhaft könnten hier juristisch abgesicherte Musterverträge für Kooperationen entwickelt werden und es könnten Tools entwickelt werden, die bei Analyse der Quantifizierung und der Qualifizierung der Praxisanleitung in Einsatz gebracht werden könnten. Die zeitnahe Umsetzung des PflBRefG macht eine solche flankierende Strategie notwendig, denn auch seitens der praktischen Einrichtungen ist die Ausbildungsbereitschaft weiter zu stärken oder auf dem bestehenden Niveau zu stabilisieren.

6.5 FACHKRÄFTESICHERUNG DURCH AKADEMISIERUNG UNTERSTÜTZEN

Der offenkundige Bedarf an zusätzlich qualifizierten Fachkräften der Gesundheits-, technischen Assistenz- und Pflegeberufe muss auch vor dem Hintergrund der Akademisierung betrachtet werden.

Ziel der Akademisierung ist dabei, dass durch strukturierte Angebote neue Zielgruppen an Personen angesprochen und gewonnen werden können, die sich an-

sonsten einen Zugang zu den Berufen nicht vorstellen können. Insofern sind Prozesse der Akademisierung nicht nur Ausdruck einer langfristigen gesellschaftlichen Aufwertung der Berufe sowie einer inhaltlichen Differenzierung und Professionalisierung; sie sind auch Teil der aktuellen Strategien zur Sicherung der Fachkräftepotenziale insgesamt. Akademisierungsangebote stehen auch in zahlreichen anderen Wirtschafts- und Berufszweigen der Verwaltung, des Bankenwesens, der Industrie etc. zur Verfügung. Im Rahmen der Fachkräftesicherung kann das parallele Bereitstellen von Angeboten dazu beitragen, dass eine Augenhöhe der personennahen therapeutischen oder pflegerischen Berufe mit anderen Sektoren besteht und entsprechende Angebote unterbreitet werden können.

Die in 2012 vom Wissenschaftsrat empfohlene Stärkung und Akademisierung kann aktuell noch nicht als etabliert oder abgeschlossen betrachtet werden. NRW hat hierbei in der Vergangenheit eine wichtige Führungsrolle in der Entwicklung angenommen. Modellstudiengänge haben in der Zwischenzeit bewiesen, dass Angebote angenommen werden und Studierende erfolgreich qualifiziert werden können. Aktuell findet im Rahmen einer umfassenden wissenschaftlichen Nachbefragung eine Einordnung statt, inwieweit die erfolgreiche Einmündung der hochschulisch Qualifizierten erfolgte.

Für die Verstetigung, Stärkung und den weiteren Ausbau bedarf es auch in diesem Sektor einer systematischen Strategie- und Infrastrukturentwicklung. Dazu bedarf es der Kooperation zwischen Gesundheits- und Wissenschaftsministerium auf der einen, Hochschulen auf der anderen und Trägern auf der dritten Seite. Vorgeschlagen wird an dieser Stelle, einen solchen strukturierten Dialog in Gang zu setzen, um bestehende Strukturen zu stützen und nach Möglichkeiten zu suchen, einen weiteren Auf- und Ausbau zu gestalten. Mit den entsprechenden Rechtsvorschriften im PfIBRefG wurden für die Pflegeberufe die Grundlagen geschaffen, um eine primäre Akademisierung zu ermöglichen. Mit den bestehenden Infrastrukturen in den Hochschulen aber sind diese Ansätze ohne zusätzliche Ressourcen für fachpraktische Stellen und Skills-Labs etc. kaum zu realisieren. Sie drohen so, trotz einer rechtskonformen Möglichkeit, faktisch nicht realisiert zu werden. Damit bleiben wichtige Potenziale zur Fachkräftesicherung ungenutzt. Gleiches gilt für eine Teilakademisierung der Therapieberufe oder aber einer Akademisierung des Hebammenwesens.

7. Literaturverzeichnis

Bayerisches Landesamt für Statistik (Hg.) (2015): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik Stand: 15. bzw. 31. Dezember 2013. München (Statistische Berichte), zuletzt geprüft am 11.04.2017.

Braeseke, Grit; Hernández, J.; Hofmann, E.; Peters, V.; Richter, T.; Augurzky, B. et al. (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Hg. v. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Berlin, Essen.

Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung (2017): Fachkräfteengpassanalyse. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit -Statistik/ Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt), zuletzt geprüft am 04.04.2018.

Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals. Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz- PpSG, vom 25.05.2018. Fundstelle: Referentenentwurf. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf, zuletzt geprüft am 09.08.2018.

Bundesministerium für Gesundheit (17.12.2015): Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung - KHSFV), KHSFV, vom 17.12.2015. Fundstelle: Bundesgesetzblatt. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2350.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2350.pdf%27%5D__1530781671552, zuletzt geprüft am 05.07.2018.

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13.06.2018): Referentenentwurf zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe. PflAPrV, S. 1–131. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/180322_RefE_PflAPrV.pdf, zuletzt geprüft am 11.09.2018.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (01.01.2004): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der Krankenpflege, KrPflAPrV, vom 10.11.2003. Fundstelle: Bundesgesetzblatt. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl103055.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103055.pdf%27%5D__1531391520582, zuletzt geprüft am 12.07.2018.

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (31.07.2018): Hunderte Senioren im Saarland finden keinen Pflegedienst. Repräsentative Umfrage des bpa zeigt massive Versorgungslücken in der ambulanten Pflege. Eicher, Angela, zuletzt geprüft am 07.08.2018.

Burstedde, Alexander; Risius, Paula (2017): Regionle Fachkräftesituation und Mobilität. Studie 02/2017. Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Köln (Fachkräfteengpässe in Unternehmen). Online verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/235132/Studie_Fachkraefteengpasse_20150714.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2018.

Bußmann, Sebastian (2015): Geschlechterunterschiede in Engpassberufen. Studie 2/2015. Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Köln (Fachkräfteengpässe in Unternehmen). Online verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/235132/Studie_Fachkraefteengpasse_20150714.pdf, zuletzt geprüft am 27.03.2018.

Cicholas, Ulrich; Ströker, Kerstin (2013): Auswirkungen des demografischen Wandels. Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf (Statistische Analysen und Studien, 76).

Cicholas, Ulrich; Ströker, Kerstin (2015): Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2014 bis 2040/2060. Hg. v. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf (Statistische Analysen und Studien, 84).

Dauth, Wolfgang; Haller, Peter (2018): Berufliches Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort: Klarer Trend zu längeren Pendeldistanzen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg (IAB-Kurzbericht, 10). Online verfügbar unter <http://doku.iab.de/kurzber/2018/kb1018.pdf>, zuletzt geprüft am 04.05.2018.

Deutsche Rentenversicherung (2017): Rentenversicherung in Zahlen 2017. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Aktuelle Ergebnisse - Entwicklung der Daten bis heute - Faustdaten, Werte, Finanzen, Versicherte, Rentenbestand, Rentenzugang, Rehabilitation. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238692/publicationFile/61815/01_rv_in_zahlen_2013.pdf, zuletzt geprüft am 26.06.2018.

Deutscher Bundestag (25.07.1991): § 235 Regelaltersrente, SGB VI, vom 18.12.1989. Fundstelle: Bundesgesetzblatt. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl191s1606.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl191s1606.pdf%27%5D__1530016419715, zuletzt geprüft am 26.06.2018.

Deutscher Bundestag (17.11.2000): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz). AltPflG, vom Neugefasst durch Bek. v. 25.08.2003 I 1690; Zuletzt geändert durch Art. 34 G v. 18.04.2016 I 886. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/>, zuletzt geprüft am 26.04.2017.

Deutscher Bundestag (16.07.2003): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz), KrPflG, vom Zuletzt geändert durch Art. 1f G v. 04.04.2017 I 778. Fundstelle: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. In: Bundesgesetzblatt, zuletzt geprüft am 10.05.2017.

Deutscher Bundestag (28.12.2015): Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II, vom 21.12.2015. In: *Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 54*, S. 2424–2463. Online verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527\]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1505203547441](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%2527bgbl115s2424.pdf%2527]#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s2424.pdf%27%5D__1505203547441), zuletzt geprüft am 12.09.2017.

Deutscher Bundestag (24.07.2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe, PflBRefG, vom 17.07.2017. Fundstelle: Bundesgesetzblatt. In: Bundesgesetzblatt. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27264903%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1, zuletzt geprüft am 27.06.2018.

Ehrentraut, Oliver (2012): Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. München.

Ehrentraut, Oliver; Hackmann, Tobias; Krämer, Lisa; Schmutz, Sabrina (2015): Zukunft der Pflegepolitik: Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. gute gesellschaft – soziale demokratie. # 2017 plus. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.

Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (2016): Struktur des Pflegemarktes in Deutschland und Potentiale seiner Entwicklung. Hg. v. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH. Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.bmw.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/forschungsvorhaben-struktur-des-pflegemarktes-in-deutschland-und-potentiale-seiner-entwicklung.pdf?__blob=publicationFile&v=8, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Golombek, Josephine; Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. Eine exemplarische Analyse bei Gesundheits- und Krankenpflegeschülern im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in Berlin und im Land Brandenburg. In: *HeilberufeScience 2* (1), S. 3–10.

Hirt, Julian; Münch, Maximilian; Sticht, Stephanie; Fischer, Uli; Strobl, Rolf; Reuschenbach, Bernd (2016): Politische Partizipation von Pflegefachkräften (PolPaP) - Ergebnisse einer Online-Erhebung. In: *Pflege und Gesellschaft 21* (4), S. 346–361. Online verfügbar unter http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/12/PG-4_2016-1.pdf, zuletzt geprüft am 24.08.2018.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (Hg.) (2015): Modellrechnung zur künftigen Entwicklung der Zahl der Privathaushalte in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.it.nrw/sites/default/files/atoms/files/331_15.pdf, zuletzt geprüft am 05.07.2018.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (Hg.) (2017): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2015 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2015 in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://webshop.it.nrw.de/gratis/K329%20201551.pdf>, zuletzt geprüft am 06.07.2018.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. (Hg.) (2017): Fachkräftengpässe in Unternehmen. Regionale Fachkräftesituation und Mobilität. Köln. Online verfügbar unter <https://www.bmw.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/fachkraefteengpaesse-in-unternehmen-2017-02-fachkraefteengpaesse>

in-unternehmen-regionale-fachkraeftesituation-und-mobilitaet.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 01.05.2018.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Tucman, Daniel; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln, zuletzt geprüft am 10.05.2017.

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Rottländer, Ruth; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (Pflege-Thermometer, 8).

Kämmer, Karla; Kutschke, Andreas (2017): Was ist neu an der entbürokratisierten Dokumentation? In: Karla Kämmer (Hg.): Die neue Pflegedokumentation. Das Management-Handbuch für den optimalen Umstieg. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 26–34.

Kay, Rosemarie; Hoffmann, Marina; Kranzusch, Peter; Ptok, Sebastian; Suprinovic, Olga (2018): Der Umgang kleiner und mittlerer Unternehmen mit den demografischen Herausforderungen. Eine Trendstudie. Hg. v. Institut für Mittelstandsforschung ifM. Bonn. Online verfügbar unter https://www.ifm-bonn.org/uploads/tx_ifmstudies/IfM-Materialien-269_2018.pdf, zuletzt geprüft am 07.08.2018.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2018): Ermittlung volkswirtschaftlicher Eckwerte der Gesundheitswirtschaft in Nordrhein-Westfalen. Bochum.

Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): Verordnung über die Erhebung von Ausgleichsbeträgen zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege (Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung - AltPflAusglVO). AltPflAusglVO. Online verfügbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000262, zuletzt geprüft am 12.07.2018.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2010): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2018): Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2011): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011. Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2013): Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2014a): Hochschulische Ausbildung in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen. Informationen - Argumente - Erfahrungen. Düsseldorf, zuletzt geprüft am 22.06.2018.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2014b): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Abschlussbericht. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2015): Der Runde Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht. Düsseldorf.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (29.05.2015): Ministerin Steffens: Modellstudiengänge in Pflege- und Gesundheitsberufen sind einvoller Erfolg – NRW liefert Know-how für den Bund. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.mhkgb.nrw/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2015/pm20150529a/index.php>, zuletzt geprüft am 02.07.2018.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2016): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2015. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

LITERATURVERZEICHNIS

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2012): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Mainz (Berichte aus der Pflege, 18), zuletzt geprüft am 28.06.2018.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2013): Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2013. Teilprojekt des Landesleitprojekts „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Mainz (Berichte aus der Pflege, 24), zuletzt geprüft am 28.06.2018.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017a): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Mainz (Berichte aus der Pflege, 30), zuletzt geprüft am 28.06.2018.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017b): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Mainz (Berichte aus der Pflege, 31), zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Naegele, Gerhard; Schmidt, Waldemar (2014): Bedarf und Angebot an Ausbildungsplätzen für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Bayern. Gutachten zur Entwicklung der Ausbildungskapazitäten und zur Einführung eines Umlageverfahrens zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege in Bayern. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Dortmund, zuletzt geprüft am 15.06.2018.

Peters, Mirjam (2018): Hebammen in NRW / das Projekt. Hg. v. Hochschule für Gesundheit Bochum. Bochum. Online verfügbar unter <https://www.hebab.nrw/studie/hebammen-in-nrw>, zuletzt geprüft am 28.06.2018.

Pohl, Carsten (2011): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen. Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (IAB Regional).

PricewaterhouseCoopers AG (Hg.) (2010): Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt. Online verfügbar unter <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>, zuletzt geprüft am 02.07.2018.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2017): BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Hg. v. BARMERN. Universität Bremen. Berlin, Bremen, Wuppertal (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 5). Online verfügbar unter <https://www.barmmer.de/blob/135698/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/data/dl-pflegereport-2017.pdf>, zuletzt geprüft am 20.07.2018.

Statistisches Bundesamt (24. Februar 2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 26.04.2017.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hg.) (2017): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger/-innen am 15. bzw. 31. Dezember 2015. Mainz, zuletzt geprüft am 02.08.2018.

Vincentz Verlag (Hg.) (2018): Deutsches Altenpflegebarometer 2018. Hannover, zuletzt geprüft am 07.08.2018.

1. Schulen des Gesundheitswesens

Methodische Erläuterung zur Datenerhebung

Die Durchführung der Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens erfolgt durch IT.NRW im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Erhebung findet jährlich zum Stichtag 15.10. auf Basis einer freiwilligen Teilnahme statt.

Befragt werden alle in Nordrhein-Westfalen ansässigen Schulen des Gesundheitswesens. Diese bilden im Rahmen der Erhebung den Bestand der nordrhein-westfälischen Gesundheitsschulen und damit die Grundgesamtheit und stellen folglich den potenziell zu befragenden Berichtskreis auf Schulebene dar.

Die Erhebung erfolgt online, indem die Angaben der Gesundheitsschulen mittels IDEV-Formular erfasst und auf elektronischem Meldeweg an IT.NRW übermittelt werden. Die Gesundheitsschulen werden um Angaben gebeten betreffend allgemeine Informationen zur Schule als organisatorisch-institutionelle Einheit sowie zu dem von der Schule angebotenen Schultyp respektive Bildungsgang. Jede Gesundheitsschule bietet mindestens einen Schultyp bzw. Bildungsgang an.

1) IDEV steht für Internet Datenerhebung im Verbund und ist ein gemeinsam von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder genutztes Online-Meldeverfahren.

Die Teilnahmequote der Schulen liegt in der Regel deutlich über 90 %. Antwortausfälle sowohl in Form von Unit- als auch Item-Nonresponse werden nicht durch Schätzwerte aus Imputationstechniken ersetzt. Folglich können die amtlichen Daten zu den Schulen des Gesundheitswesens unvollständig im Sinne einer Totalerhebung sein.

Als „aktive“ Schulen werden in der vorliegenden „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen“ diejenigen Schulen bezeichnet, die an der Online-Erhebung teilgenommen haben. Analog dazu wird auch der Schultyp respektive Bildungsgang dann als „aktiv“ ausgewiesen, wenn zu dem betrachteten Schultyp verwertbare Meldedaten vorliegen. Daneben werden diejenigen Schulen, die zum Stichtag der Erhebung vorübergehend nicht in Betrieb waren, als „ruhend“ registriert. Bei den Schulen, die ihren Schulbetrieb bereits im Laufe des Jahres eingestellt haben, d. h. vor dem 15.10. des Jahres, werden nur um Angaben zu den Schulabgängern erbeten. Die zur Verfügung stehende Daten zu den Schulen des Gesundheitswesens werden in der vorliegenden „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen“ in Form von Grafiken (siehe Abbildungen A I 1.1 bis A III 1.8) und Ergebnistabellen (siehe Tabellen A I 1.1.1 bis A I 1.3.11 sowie Tabellen B I 1.1.1 bis B I 1.3.2) auf Ebene des Schultyps (Bildungsgangs) dargestellt.

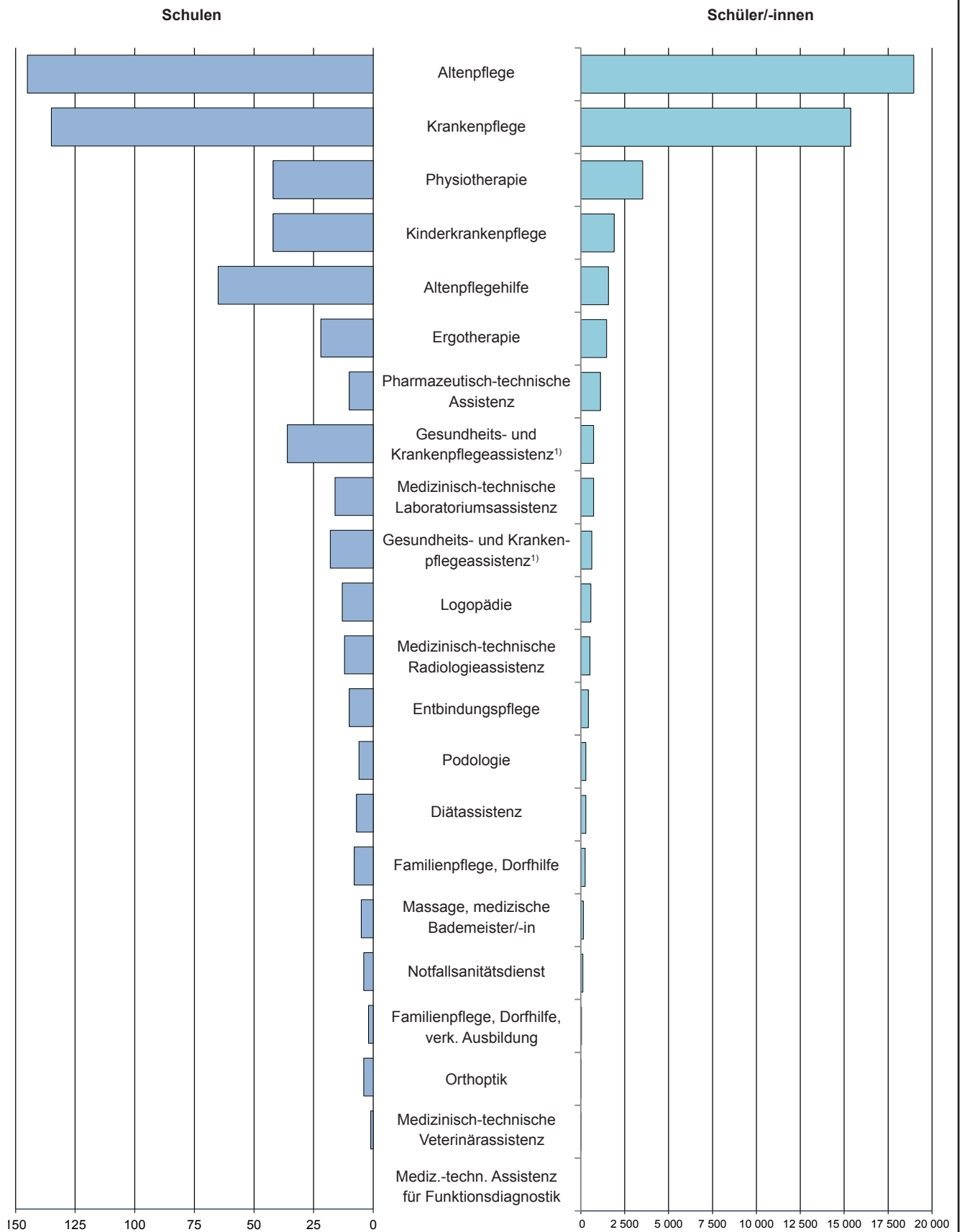
Zeichenerklärung

(nach DIN 55 301)

- 0 weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
- nichts vorhanden (genau null)
- . Zahlenwert unbekannt oder geheimzuhalten
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- r berichtigte Zahl

Abbildungen

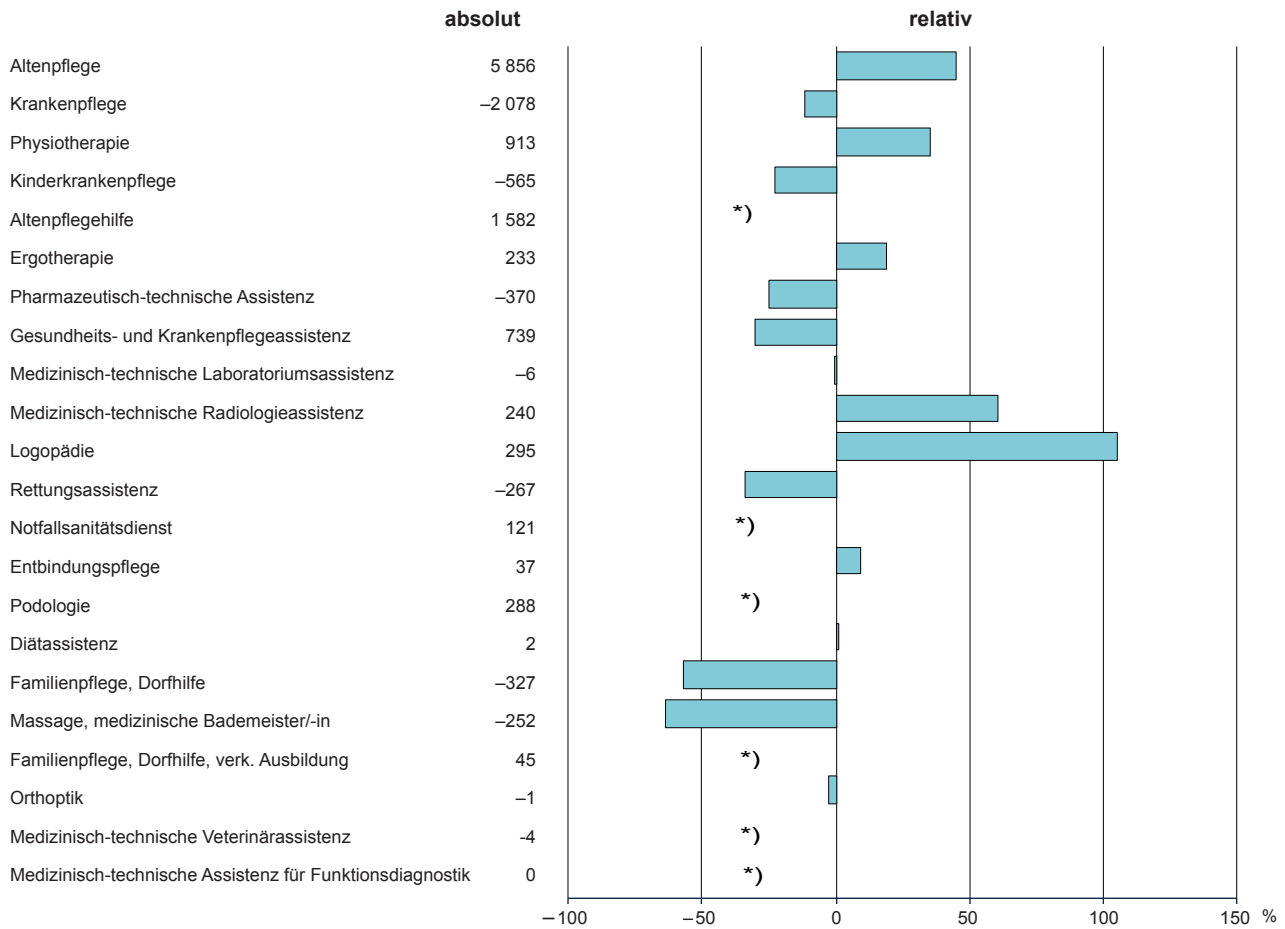
Abbildung I 1.1: Aktive Schulen des Gesundheitswesens*) und deren Schülerinnen und Schüler am 15. Oktober 2016 nach Schultypen



*) Fallzählung bei den einzelnen Schultypen – 1) bis 2008 Schule Krankenpflegehilfe – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

Grafik: IT.NRW

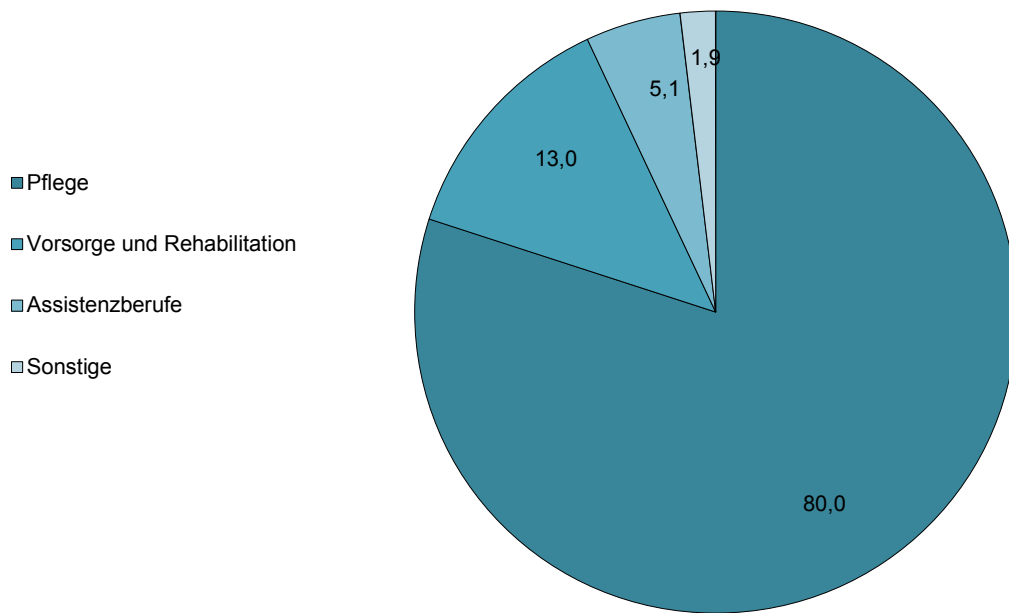
Abbildung I 1.2: Absolute und relative Veränderung des Schülerbestandes an den Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 gegenüber 1995 nach Schultypen



*) Daten wurden 1995 noch nicht erfasst. -- -- Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

Grafik: IT.NRW

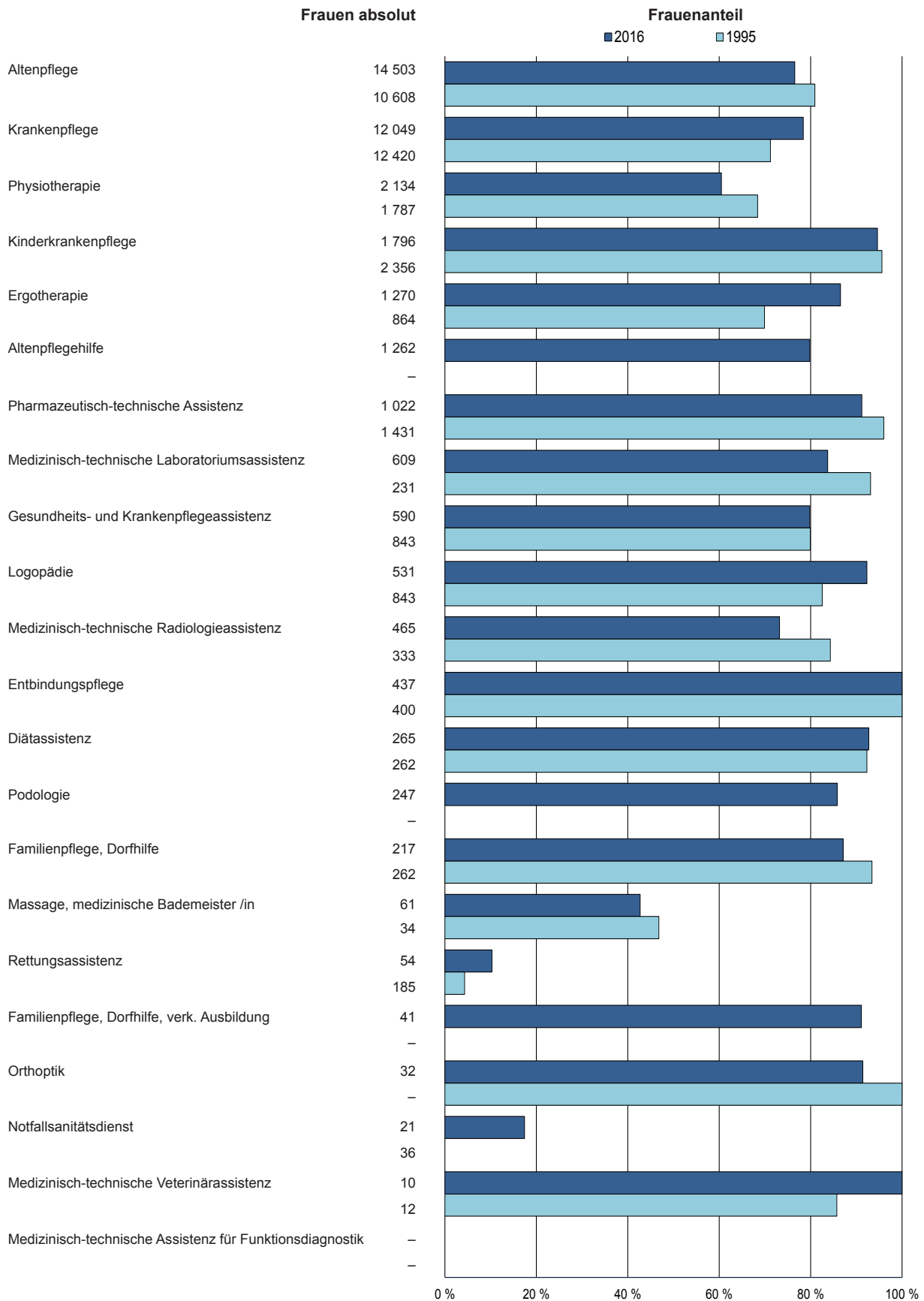
Abbildung I 1.3: Prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler am 15. Oktober 2016 nach Ausbildungsrichtungen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

Grafik: IT.NRW

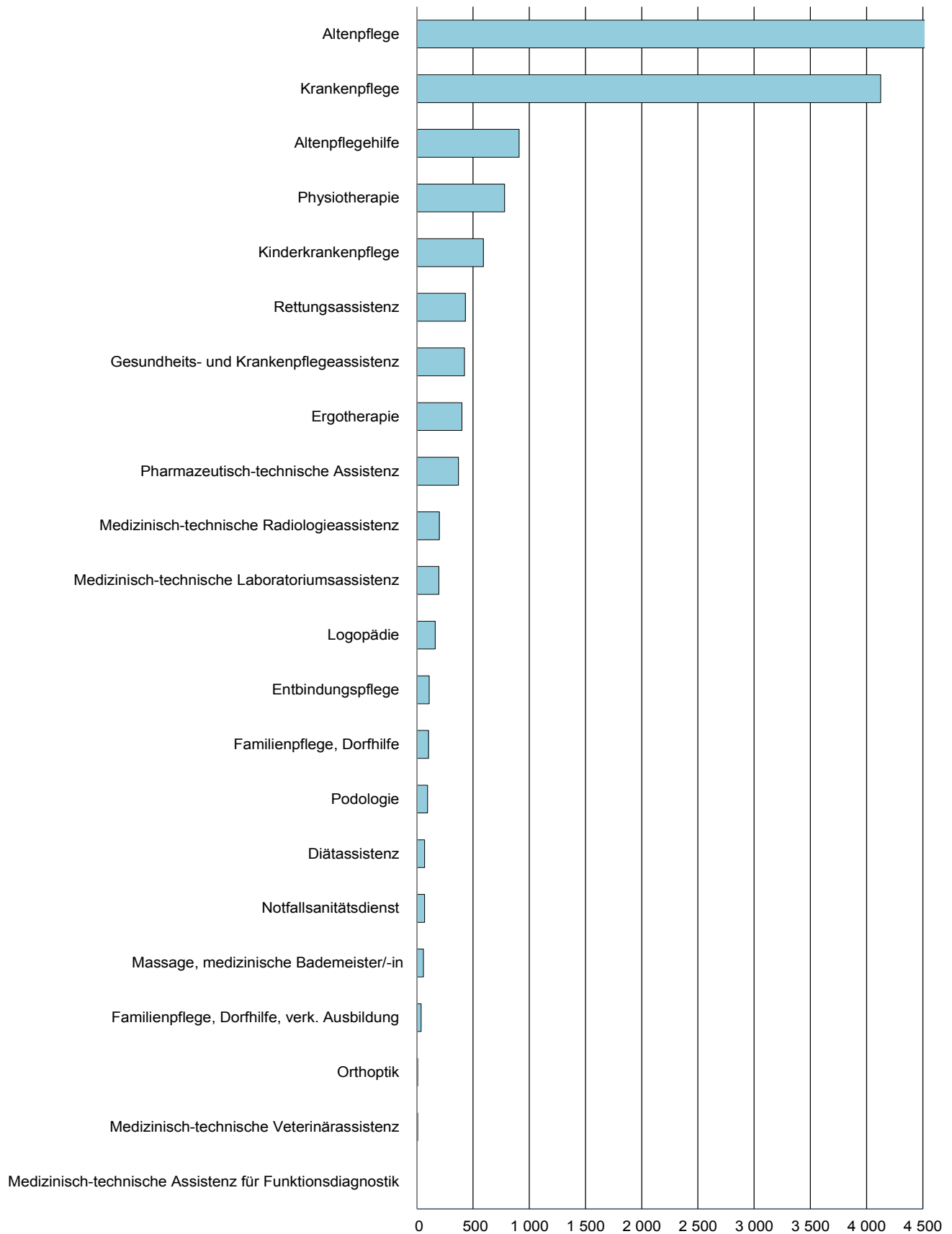
Abbildung I 1.4: Frauenanteil an der Schülerschaft der Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 1995 und 2016 nach Schultypen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

Grafik: IT.NRW

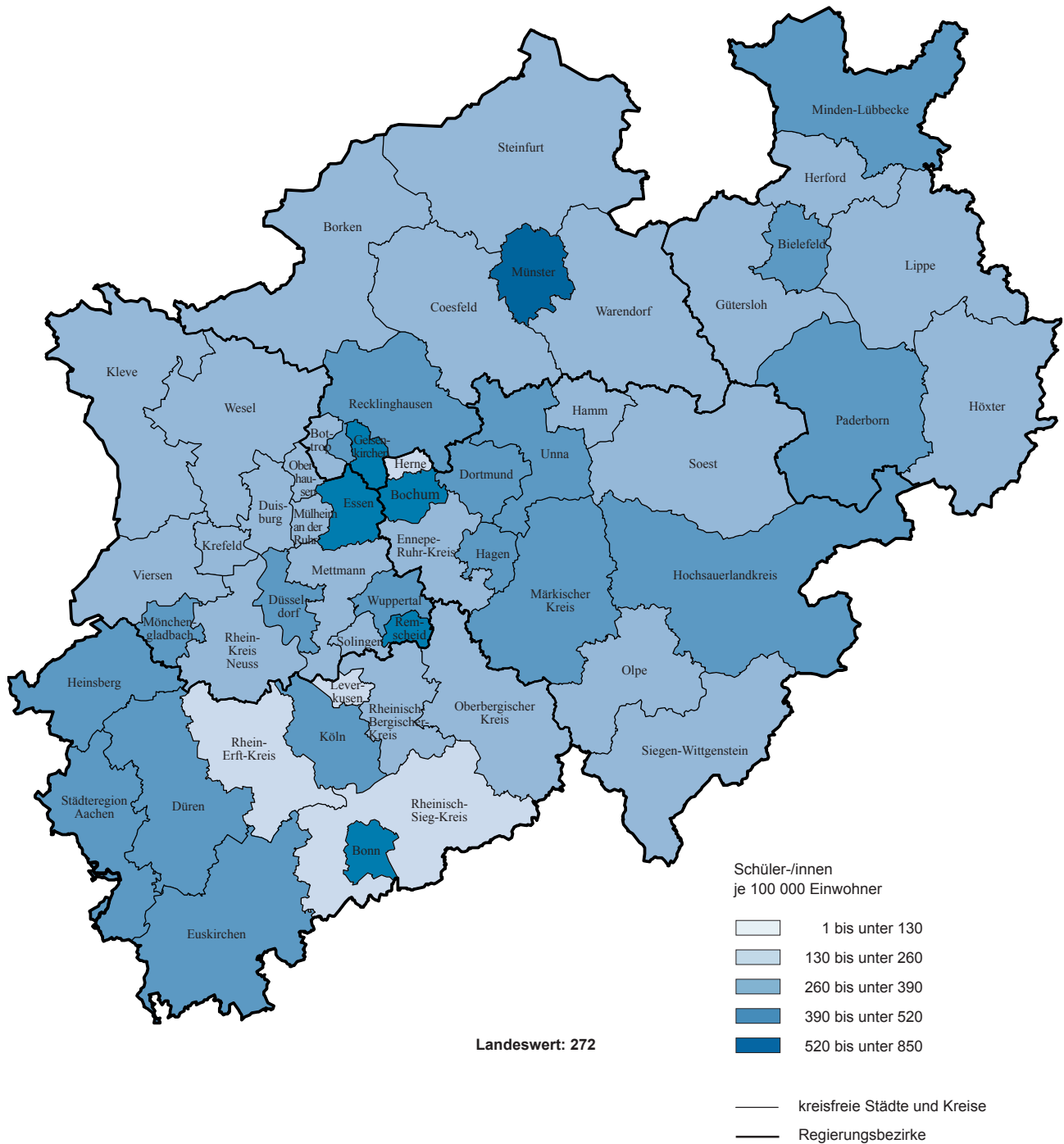
Abbildung I 1.5: Absolventinnen und Absolventen mit staatlich anerkanntem Abschlusszeugnis von Schulen des Gesundheitswesens im Zeitraum 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 nach Schultypen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

Grafik: IT.NRW

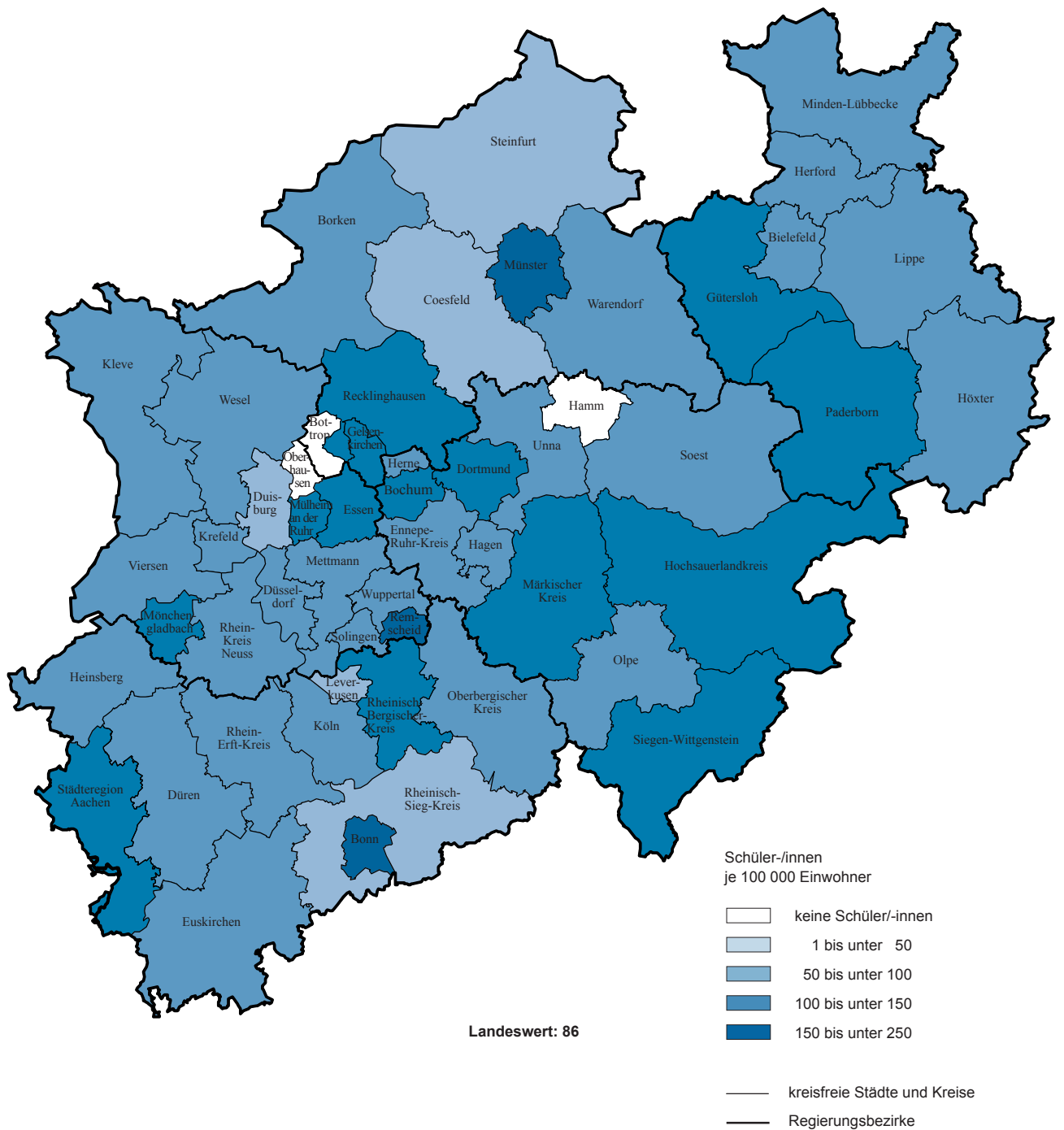
Abbildung I 1.6: Schülerinnen und Schüler des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 je 100 000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

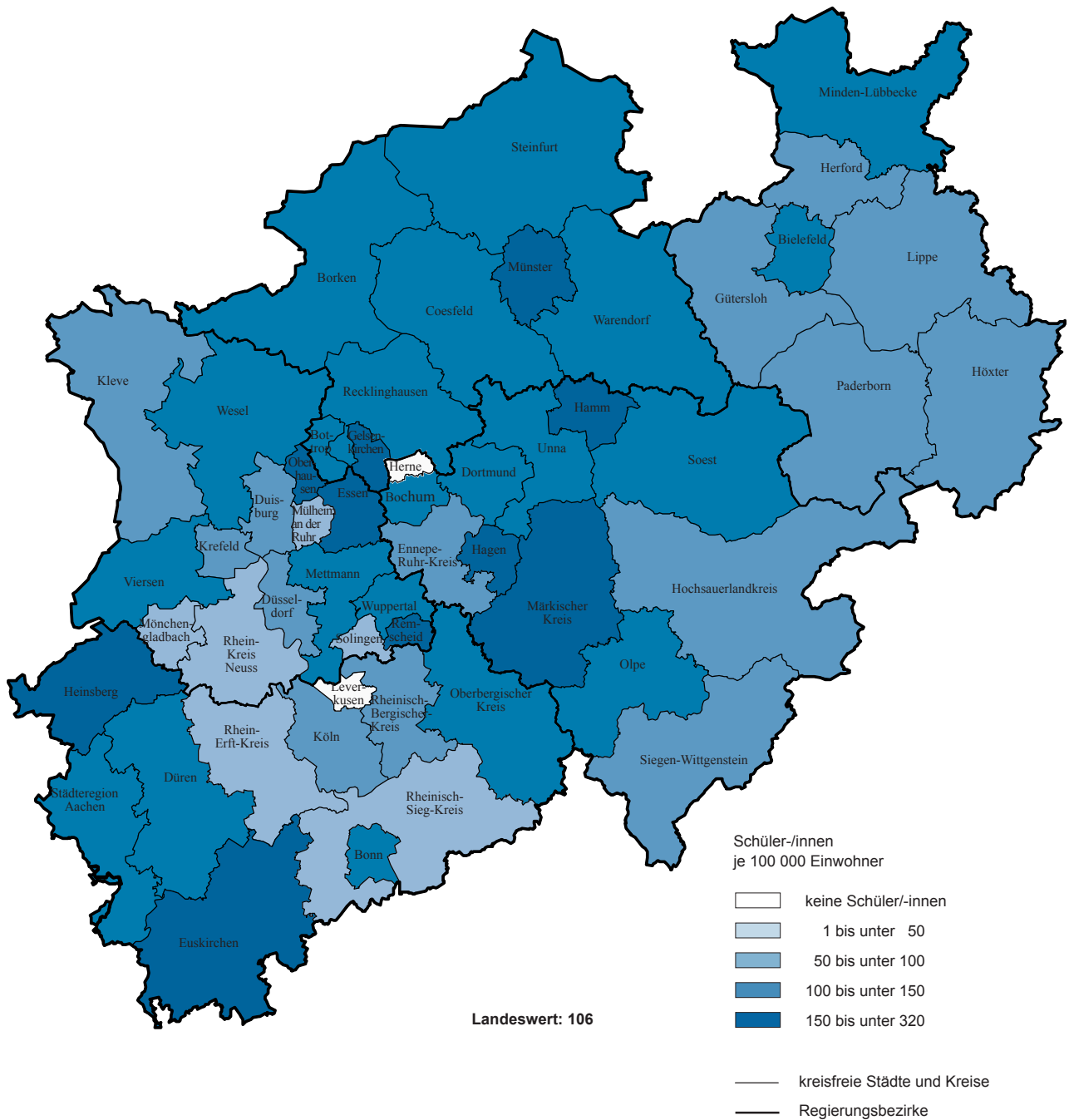
Abbildung I 1.7: Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschulen am 15. Oktober 2016 je 100 000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

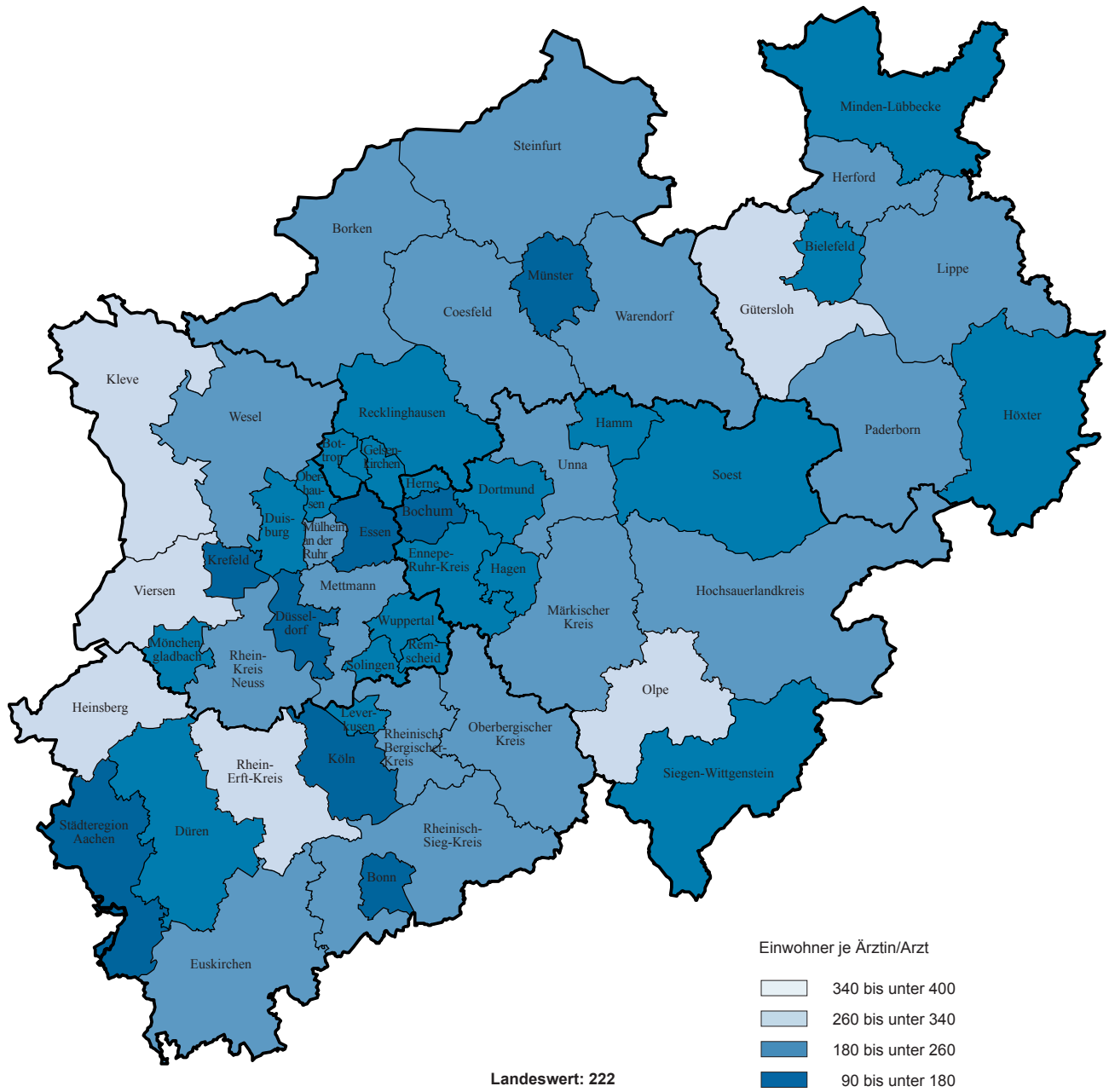
Abbildung I 1.8: Schülerinnen und Schüler der Ausbildungsgänge Altenpflege und der Fachseminare für Altenpflege am 15. Oktober 2016 je 100 000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

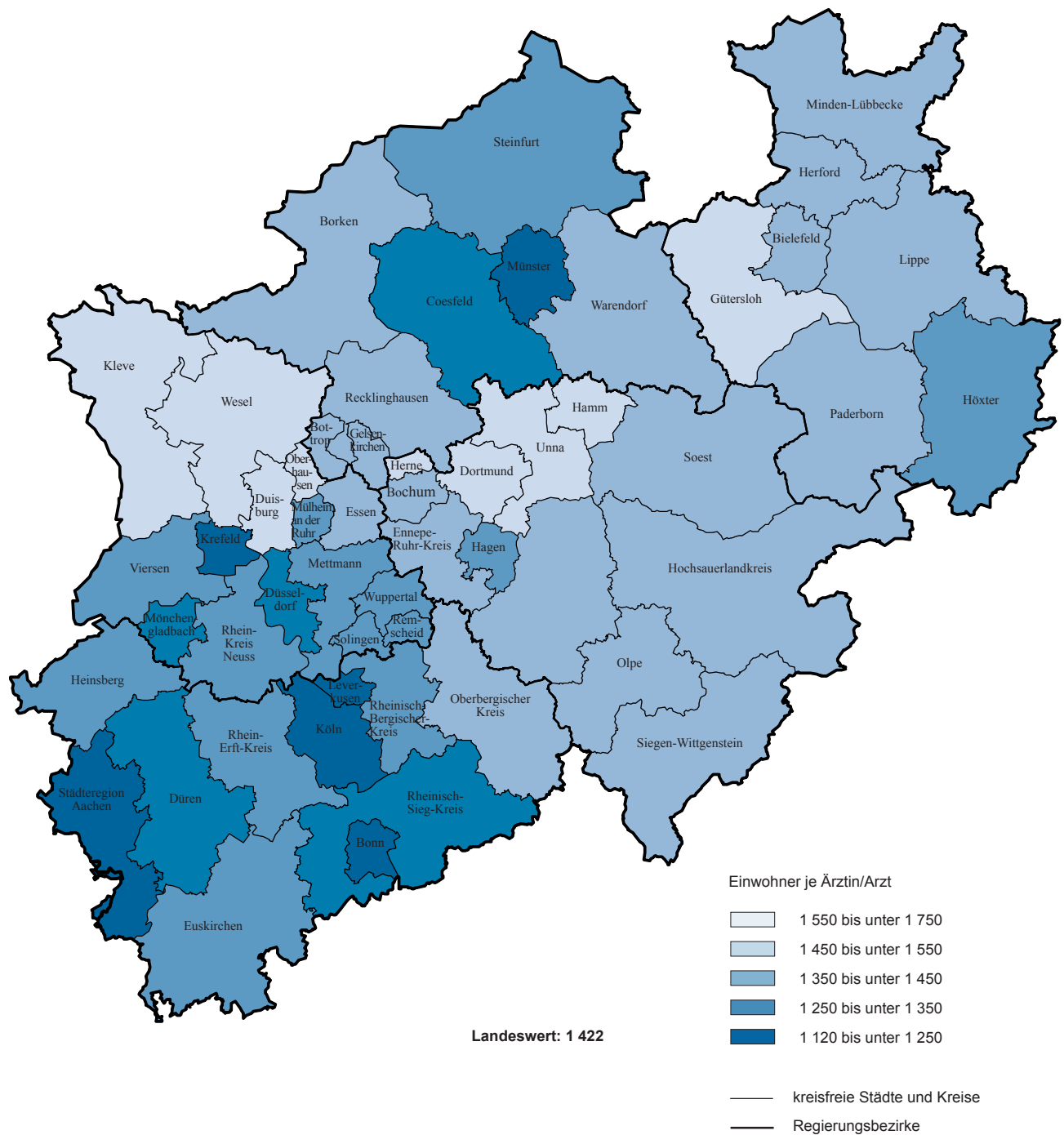
Abbildung II 1.1: Einwohner je berufstätige Ärztin bzw. je berufstätigen Arzt am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

© GeoBasis-DE/BKG 2016 • Grafik: IT.NRW

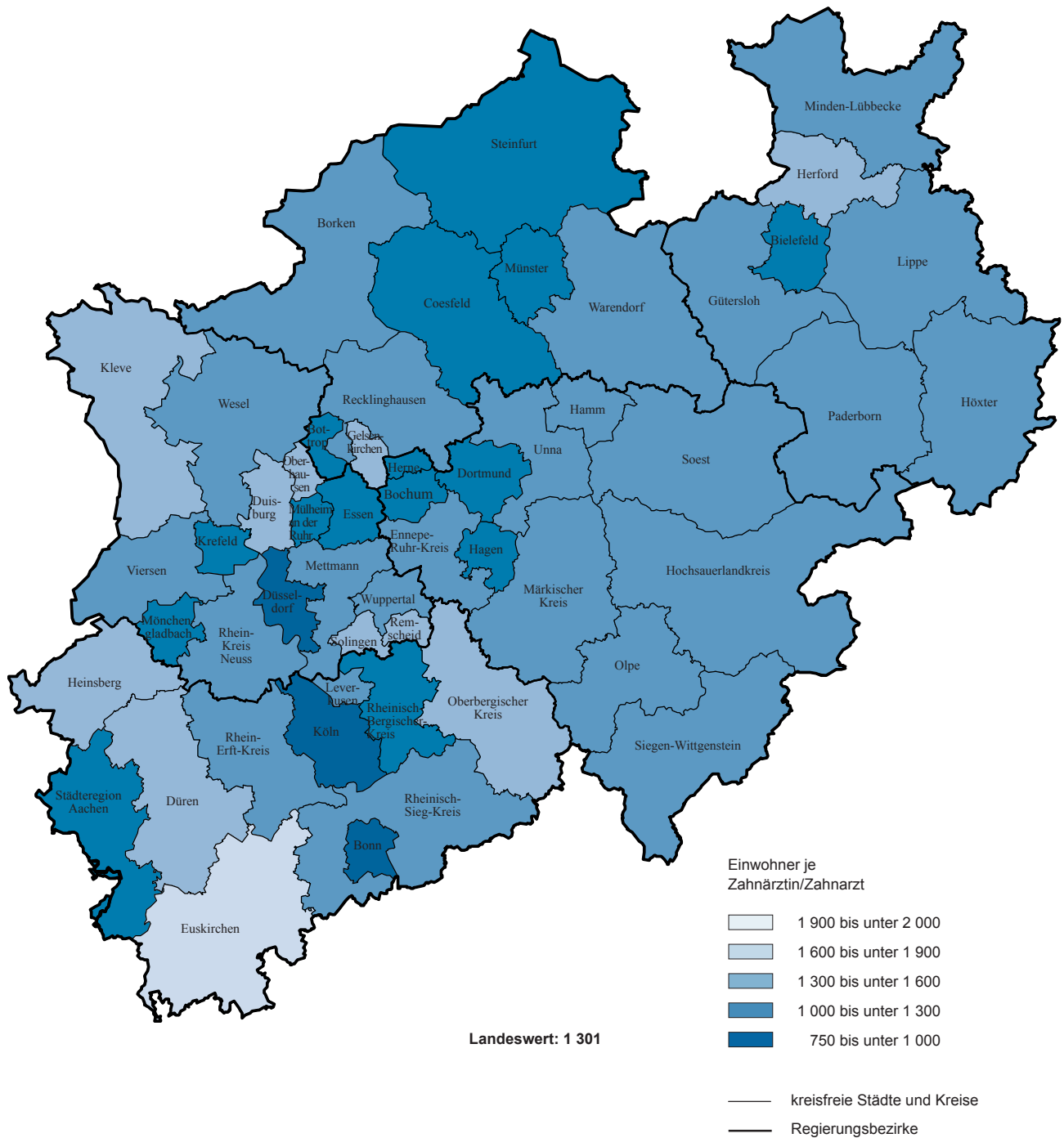
Abbildung II 1.2: Einwohner je an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin bzw. je teilnehmenden Arzt am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

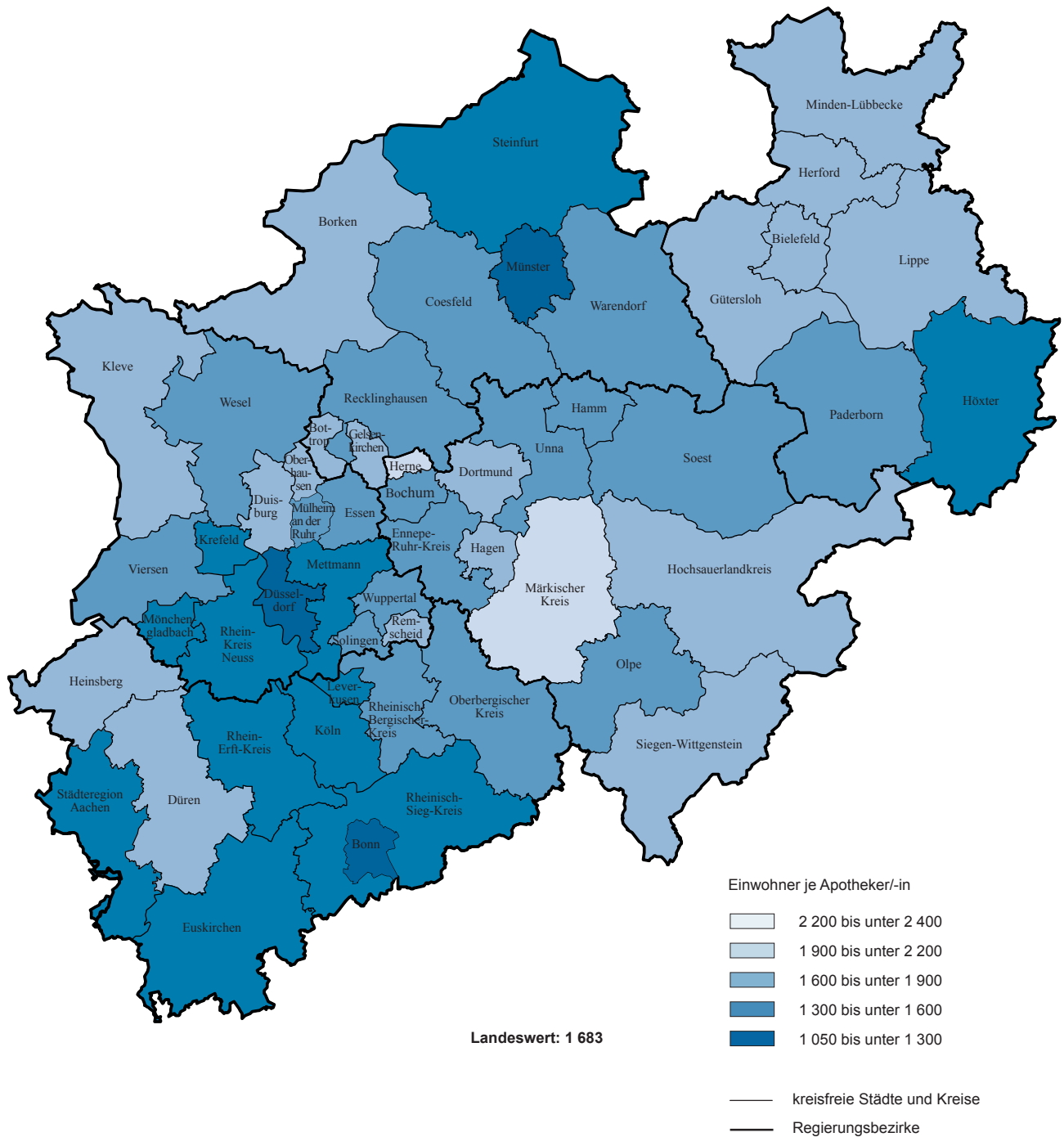
Abbildung II 1.3: Einwohner je in ambulanter Praxis berufstätige Zahnärztin bzw. berufstätigen Zahnarzt
am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

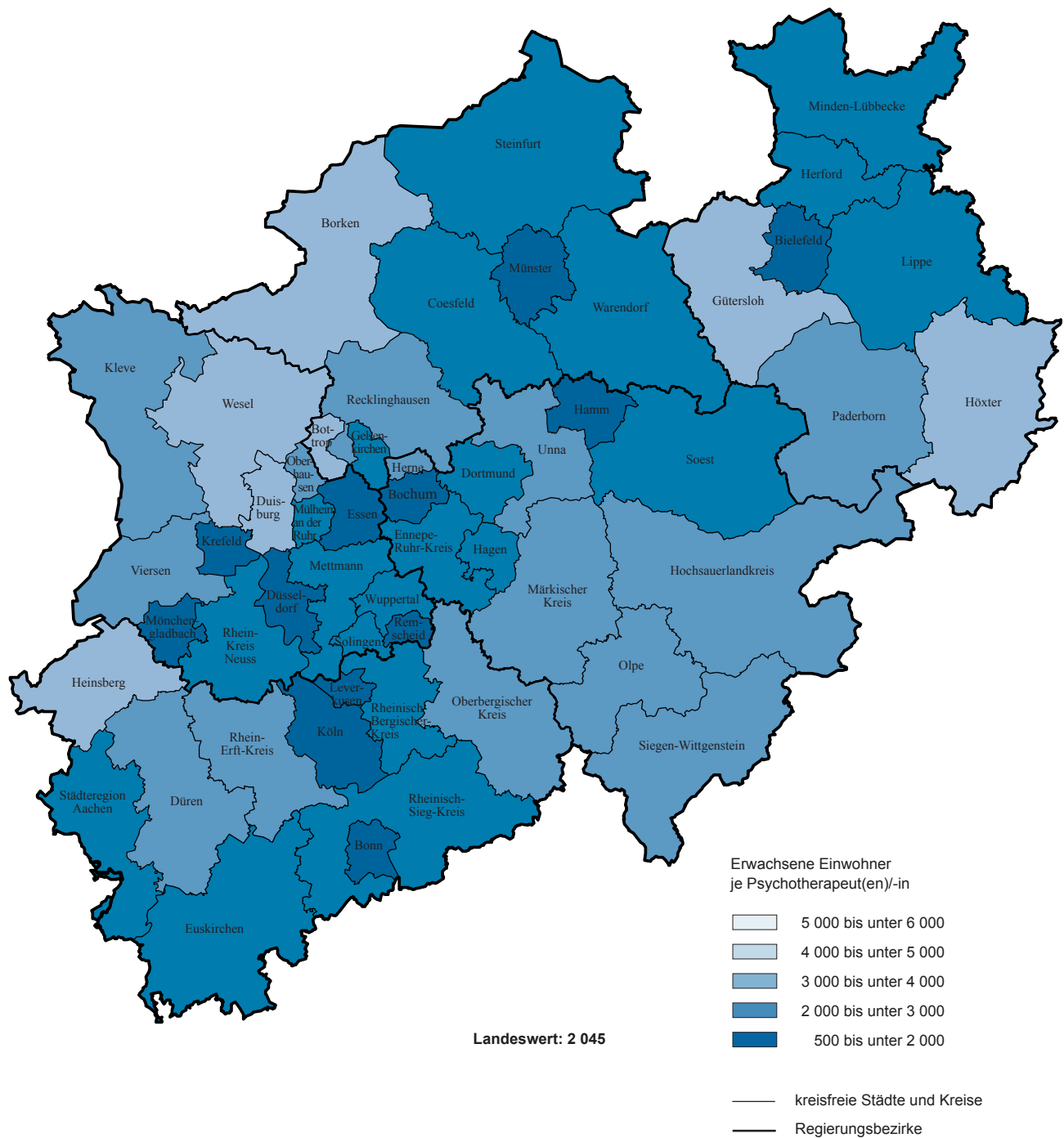
Abbildung II 1.4: Einwohner je berufstätige Apothekerin bzw. berufstätigen Apotheker in einer öffentlichen Apotheke am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

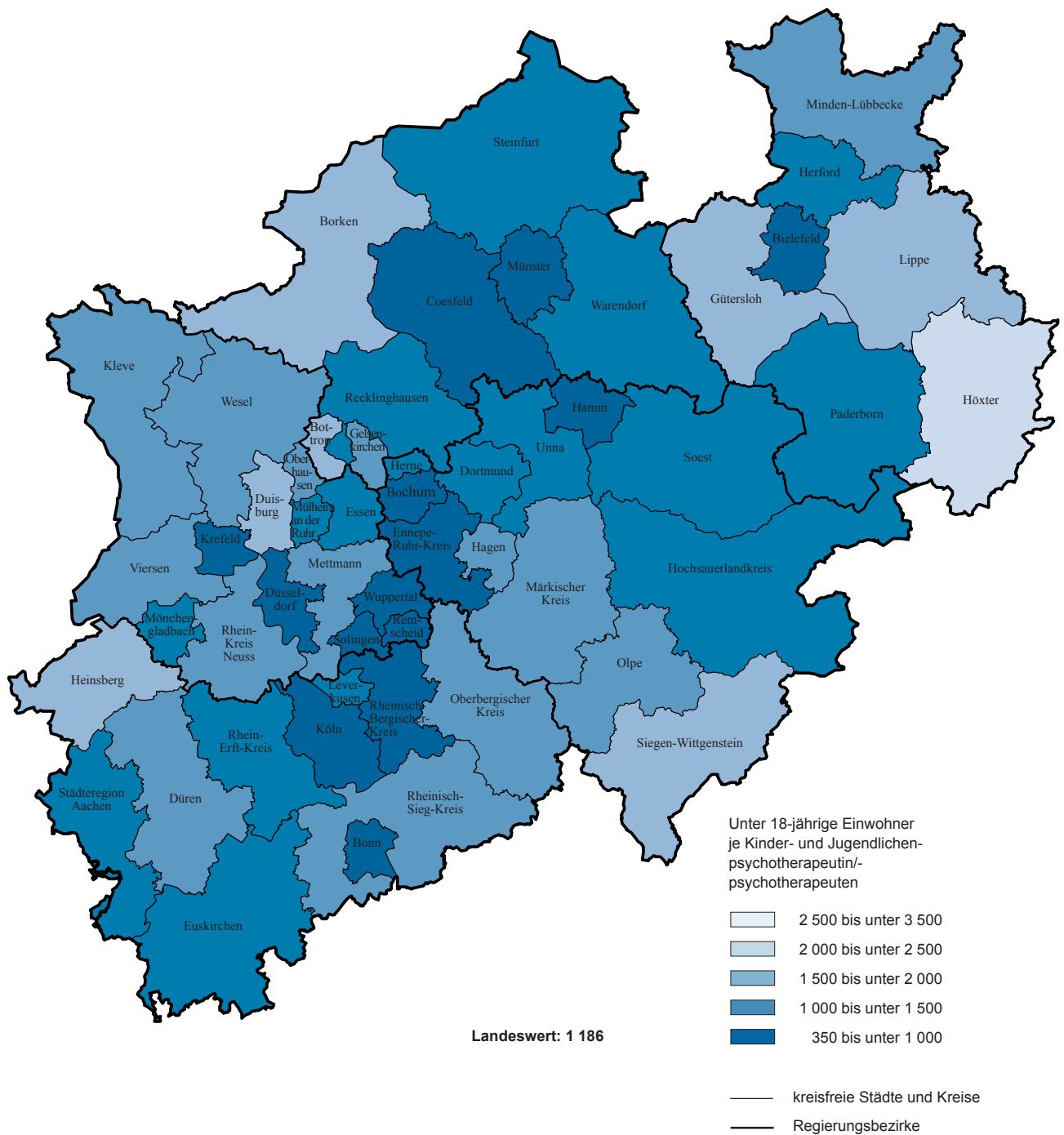
Abbildung II 1.5: Erwachsene Einwohner je berufstätige psychologische Psychotherapeutin bzw. berufstätigen psychologischen Psychotherapeuten am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

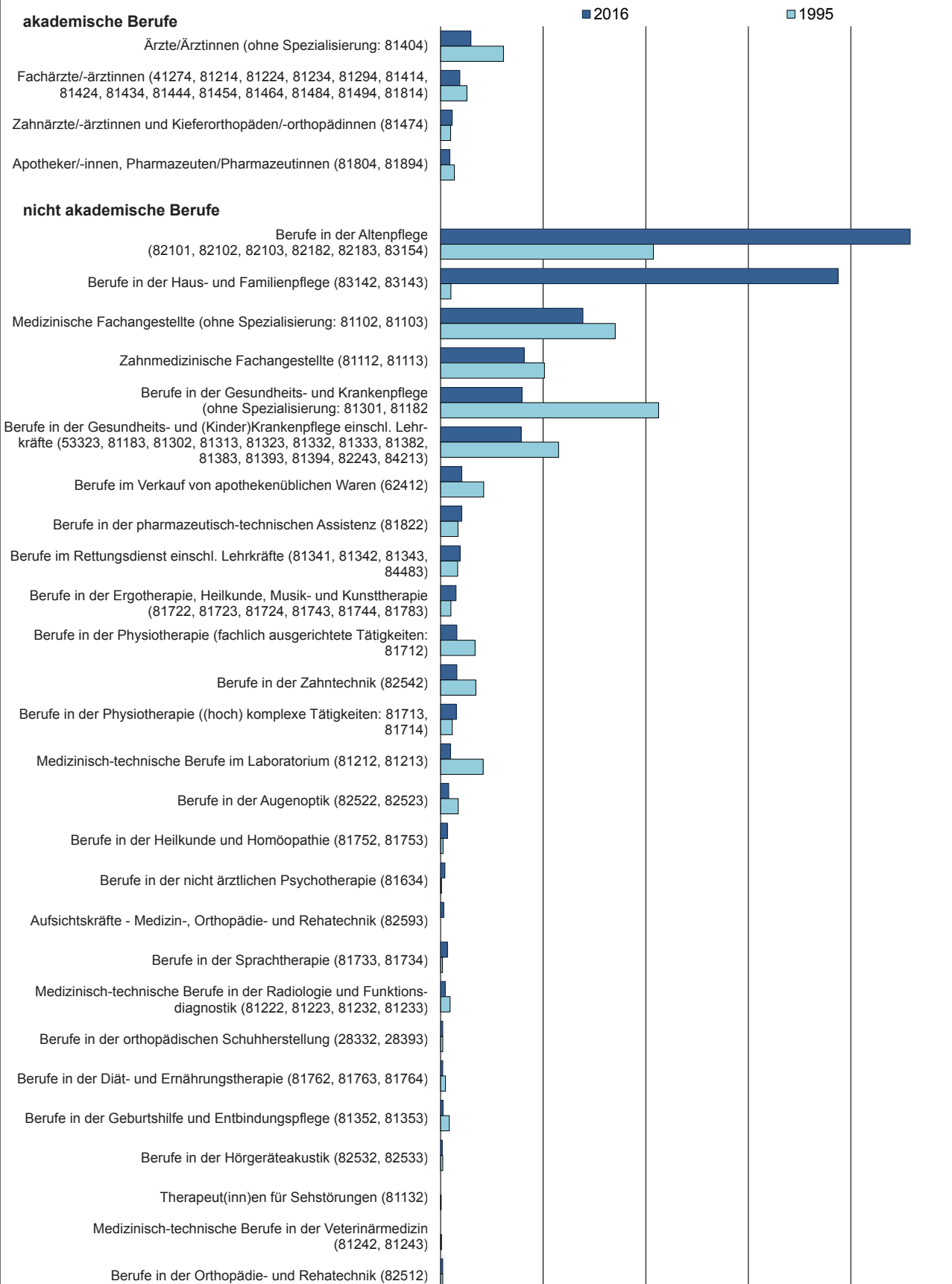
Abbildung II 1.6: Unter 18-jährige Einwohner je berufstätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. berufstätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am 31. Dezember 2016 nach kreisfreien Städten und Kreisen



Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

© GeoBasis-DE/BKG 2018 • Grafik: IT.NRW

Abbildung III 1.1: Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Fachberufe im Gesundheitswesen am 30. September 1995 und 2016 nach Berufsklassen



*) Seit Erhebungsjahr 2013 wird die neue Berufesystematik der Bundesagentur für Arbeit von 2010 verwendet. Sortierung nach inhaltlicher Gliederung – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

Tabellenteil

A I 1.1.1 Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 1995, 2015 und 2016 nach Schultypen

Schultyp	Schulen des Gesundheitswesens ¹⁾							
	aktiv	ruhend	Bestand ²⁾	darunter		Bestand ²⁾	darunter	
				aktiv ³⁾	ruhend		aktiv ³⁾	ruhend
	1995		2015			2016		
Anzahl der Schulen⁴⁾	–	–	470	404	19	469	389	32
Krankenpflegeschule	230	2	141	133	–	141	135	–
Kinderkrankenpflegeschule	52	–	48	43	4	48	42	4
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	10	1	9	9	–	10	10	–
Fachseminar für Altenpflege	122	4	165	143	4	169	145	5
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	x	x	15	4	10	11	–	10
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	x	x	105	63	30	108	65	29
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en ⁵⁾	53	46	48	32	12	48	36	12
Schule für Diätassistent(inn)en	12	–	8	7	1	8	7	1
Schule für Ergotherapeut(inn)en	14	–	26	23	–	26	22	–
Schule für Logopäd(inn)en	8	–	18	14	1	18	13	1
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	13	1	12	8	2	12	5	4
Schule für Orthoptist(inn)en	4	–	4	4	–	4	4	–
Schule für Physiotherapeut(inn)en	30	2	54	46	2	54	42	4
Schule für Podolog(inn)en	x	x	12	7	2	12	6	3
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	–	–	1	1	–	1	–	1
Schule für medizinisch-techn. Laboratoriumsassistent(inn)en	19	1	17	16	1	17	16	1
Schule für medizinisch-techn. Radiologieassistent(inn)en	17	–	19	18	1	19	18	1
Schule für pharmazeutisch-techn. Assistent(inn)en	16	–	14	11	–	14	10	–
Schule für medizinisch-techn. Veterinärassistent(inn)en	1	–	1	1	–	1	1	–
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	23	2	44	25	9	42	12	22
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	x	x	x	x	x	5	4	1
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	14	3	14	8	5	13	8	4
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	x	x	5	2	3	5	2	3
Schultypen insgesamt	638	62	780	618	87	786	603	106

1) Schule ist definiert als eine organisatorisch-institutionelle Einheit, die unter einer einheitlichen Gesamtleitung steht, gleichgültig wie viele Schultypen sie umfasst. Schultyp ist definiert als ein Bildungsgang, der an der Schule angeboten wird – 2) Bestand bezogen auf die Anzahl der Schulen ist definiert als Grundgesamtheit der Schulen, die kontaktiert und um Auskunft gebeten wurden. Bestand bezogen auf die Anzahl der Schultypen ist definiert als Grundgesamtheit der an den Schulen angebotenen Schultypen. – 3) Die Anzahl der „aktiven“ Schulen/Schultypen entspricht der Anzahl der Rückmeldungen zu diesen Schulen/Schultypen. – 4) Schule als organisatorisch-institutionelle Einheit wird erst ab dem Berichtsjahr 2000 gezählt. – 5) bis 2008: Schule für Krankenpflegehelfer/-innen – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens. Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ innerhalb des Abbildungsverzeichnisses zu finden.

A I 1.1.2 Aktive Schulen*) des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2000 – 2016 nach Anzahl der angebotenen Ausbildungsgänge sowie der genehmigten Ausbildungsplätze

Jahr	Schulen									
	insgesamt	davon mit ...							genehmigten Ausbildungsplätzen	
		angebotenen Ausbildungsgängen					genehmigten Ausbildungsplätzen			
	1	2	3	4	5 und mehr	unter 81	81 bis unter 151	151 und mehr		
2000	542	481	50	6	2	3	333	148	61	
2001	552	486	55	6	3	2	339	148	65	
2002	549	485	49	11	2	2	337	146	66	
2003	529	421	80	22	2	4	351	123	55	
2004	508	439	57	7	4	1	295	141	72	
2005	496	429	55	8	2	2	316	128	52	
2006	471	358	96	12	3	2	286	127	58	
2007	450	325	98	22	3	2	269	113	68	
2008	444	320	102	15	5	2	258	121	65	
2009	435	304	109	14	5	3	242	119	74	
2010	413	285	103	16	5	4	187	133	93	
2011	416	293	97	16	5	5	198	119	99	
2012	415	283	106	16	5	5	187	119	109	
2013	399	271	102	17	5	4	174	114	111	
2014	411	276	102	23	5	5	172	124	115	
2015	404	266	111	17	5	5	167	116	121	
2016	389	251	113	15	6	4	151	109	129	

*) Die Anzahl der „aktiven“ Schulen entspricht der Anzahl der Rückmeldungen zu diesen Schulen. – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.1.3 Genehmigte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2000 – 2016 nach Trägerschaft

Jahr	Genehmigte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens									
	insgesamt	davon in ...								sonstige private Träger
		öffentlicher Trägerschaft					privater Trägerschaft			
	zusammen	Land	Gemeinden/ Gemeindeverbände	Sozialversicherungsträger	sonstige öffentliche Träger	zusammen	freigemeinnützige Träger	privat-gewerbliche Träger		
2000	49 149	13 787	3 990	8 661	879	257	35 362	23 581	4 874	6 907
2001	50 751	13 291	3 501	8 710	778	302	37 460	24 114	5 370	7 976
2002	51 171	12 840	3 481	8 414	693	252	38 331	25 000	5 336	7 995
2003	51 491	12 089	3 320	7 770	726	273	39 402	25 029	5 645	8 728
2004	51 186	12 301	3 604	7 813	638	246	38 885	24 109	6 146	8 630
2005	49 083	11 878	3 306	7 637	644	291	37 205	22 962	6 157	8 086
2006	48 283	11 995	3 496	7 609	608	282	36 288	22 361	6 103	7 824
2007	47 178	11 512	3 140	7 689	593	90	35 666	22 191	5 785	7 690
2008	46 392	10 961	2 944	7 334	593	90	35 431	21 768	6 008	7 655
2009	48 378	11 405	3 022	7 695	578	110	36 973	22 852	6 373	7 748
2010	48 831	11 626	2 924	8 029	581	92	37 205	23 399	6 082	7 724
2011	49 978	11 584	2 889	8 032	570	93	38 394	23 852	6 481	8 061
2012	52 557	11 784	2 890	8 215	590	89	40 773	25 301	7 436	8 036
2013	51 501	11 595	2 949	7 982	590	74	39 906	25 483	6 839	7 584
2014	55 254	11 832	2 862	8 272	599	99	43 422	27 399	8 059	7 964
2015	54 612	11 460	2 837	7 978	608	37	43 152	26 940	7 851	8 361
2016	54 994	11 600	2 837	8 069	633	61	43 394	27 103	7 430	8 861

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**AI 1.1.4 Genehmigte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens
am 15. Oktober 2000 – 2016 nach Rechtsform der Schule**

Jahr	Genehmigte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens						
	insgesamt	davon an Schulen ...					sonstige
		ohne eigene Rechtsform	in der Rechtsform				
			eingetragener Verein	gGmbH	GmbH	Stiftung	
2000	49 149	31 509	4 447	4 751	3 904	1 422	3 116
2001	50 751	33 120	3 743	5 090	4 620	1 224	2 954
2002	51 171	34 990	4 171	4 518	3 769	830	2 893
2003	51 491	33 469	5 249	4 514	4 629	930	2 700
2004	51 186	33 664	5 164	5 105	3 886	738	2 629
2005	49 083	31 293	3 940	6 111	4 054	715	2 970
2006	48 283	29 263	4 587	7 381	4 824	433	1 795
2007	47 178	28 294	3 200	7 517	5 750	662	1 755
2008	46 392	27 834	2 327	7 619	6 140	584	1 888
2009	48 378	27 759	3 079	7 712	7 522	640	1 666
2010	48 831	26 840	3 553	7 844	7 750	710	2 134
2011	49 978	27 265	3 712	8 218	8 397	644	1 742
2012	52 557	28 262	3 753	9 735	8 278	644	1 885
2013	51 501	28 017	3 639	9 244	8 166	644	1 791
2014	55 254	29 523	3 055	11 776	8 703	424	1 773
2015	54 612	29 411	3 454	11 582	7 107	549	2 509
2016	54 994	29 806	3 289	10 953	7 901	739	2 306

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**AI 1.1.5 Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016
nach Qualifikation, Beschäftigungsstatus und -umfang**

Qualifikation a = weiblich b = Zusammen	Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens (ohne Praxisleiter/-innen)					
	insgesamt	davon			neben-berufliche Lehrkräfte	
		hauptberufliche Lehrkräfte		beschäftigt		
		zusammen	vollzeit-			teilzeit-
Lehrkräfte mit abgeschlossener Weiterbildung als Unterrichtspflegekraft bzw. Lehrer/-in für Pflegeberufe ¹⁾	a	791	591	297	294	200
	b	1 090	797	446	351	293
Lehrkräfte mit abgeschlossenem Studium der Pflege-/Medizinpädagogik	a	902	734	374	360	168
	b	1 203	986	559	427	217
Lehrkräfte mit Lehramt an berufsbildenden Schulen	a	31	9	4	5	22
	b	64	18	7	11	46
Lehrkräfte mit Lehramt an allgemeinbildenden Schulen	a	90	40	18	22	50
	b	163	64	30	34	99
Ärzt(e)-innen, Apotheker/-innen	a	1 213	58	19	39	1 155
	b	2 428	82	26	56	2 346
Übrige Fachlehrkräfte ²⁾ mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss	a	1 418	345	108	237	1 073
	b	2 391	480	174	306	1 911
Staatlich anerkannte Pflegekräfte ³⁾	a	1 235	119	29	90	1 116
	b	1 963	153	41	112	1 810
Lehrkräfte mit Ausbildung in einem der übrigen nichtärztlichen Gesundheitsberufe mit pädagogischer Zusatzqualifikation ⁴⁾	a	459	191	80	111	268
	b	705	252	123	129	453
Lehrkräfte mit Ausbildung in einem der übrigen nichtärztlichen Gesundheitsberufe ohne pädagogische Zusatzqualifikation ⁴⁾	a	722	131	38	93	591
	b	1 079	197	64	133	882
Sonstige Lehrkräfte mit anderen als den oben genannten Qualifikationen	a	538	47	8	39	491
	b	1 023	95	29	66	928
Insgesamt	a	7 399	2 265	975	1 290	5 134
	b	12 109	3 124	1 499	1 625	8 985

1) nach § 5 Abs. 2 Nr. 1 KrPflG – Die Weiterbildung orientiert sich an den Empfehlungen der DGK vom 05.07.1989 oder anderer Berufsverbände. – 2) z. B. Jurist/in, Psycholog(e)/-in, Sozialpädagog(e)/-in usw. – 3) Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in – 4) gemäß „Standards für pädagogische Zusatzqualifikationen der Schulleitung an Schulen für therapeutische und medizinisch-technische Ausbildungen“ – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.1.6 Ausländische Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 nach EU-Angehörigeneigenschaft und Beschäftigungsstatus

EU-Angehörigeneigenschaft a = weiblich b = Zusammen	Ausländische Lehrkräfte an Schulen des Gesundheitswesens (ohne Praxisleiter/-innen)			
	insgesamt	davon ... Lehrkräfte		
		hauptberufliche	nebenberufliche	
EU-Angehörige	a	44	15	29
	b	78	21	57
Nicht-EU-Angehörige	a	32	4	28
	b	61	8	53
Insgesamt	a	76	19	57
	b	139	29	110

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.2.1 Neu belegte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens 1995 sowie in den Berichtsperioden 2014/15 und 2015/16 nach Schultypen

Schultyp	Neu belegte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens				
	Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %	
	1995	2014/15 ¹⁾	2015/16 ¹⁾	2014/15 ¹⁾	2015/16 ¹⁾
Krankenpflegeschule	7 177	5 454	5 836	-24,0	-18,7
Kinderkrankenpflegeschule	1 120	671	699	-40,1	-37,6
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	152	147	155	-3,3	+2,0
Fachseminar für Altenpflege	5 483	6 820	7 612	+24,4	+38,8
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	x	25	-	x	x
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	x	1 597	1 650	x	x
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en ²⁾	1 215	663	833	-45,4	-31,4
Schule für Diätassistent(inn)en	202	113	114	-44,1	-43,6
Schule für Ergotherapeut(inn)en	537	500	550	-6,9	+2,4
Schule für Logopäd(inn)en	147	204	216	+38,8	+46,9
Schule für Masseur(e)/-innen/medizinische Bademeister/-innen	434	95	101	-78,1	-76,7
Schule für Orthoptist(inn)en	22	16	17	-27,3	-22,7
Schule für Physiotherapeut(inn)en	1 539	1 456	1 318	-5,4	-14,4
Schule für Podolog(inn)en	x	105	127	x	x
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	-	9	-	x	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	424	224	325	-47,2	-23,3
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	278	186	288	-33,1	+3,6
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	785	711	633	-9,4	-19,4
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	16	-	-	x	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	957	1 013	433	+5,9	-54,8
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	x	x	110	x	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	434	120	119	-72,4	-72,6
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	x	45	50	x	x
Insgesamt	20 922	20 174	21 186	-3,6	+1,3

1) Ab der Erhebung 2000 ist die Berichtsperiode der Zeitraum vom 16.10. des Vorjahres bis zum 15.10. des Erhebungsjahres. – 2) bis 2008: Schule für Krankenpflegehelfer/-innen – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**AI 1.3.1 Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 1995,
2015 und 2016 nach Schultypen**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen		Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens				
		Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %	
		1995	2015	2016	2015	2016
Krankenpflegeschule	a	12 420	11 661	12 049	-6,1	-3,0
	b	17 450	14 988	15 372	-14,1	-11,9
Kinderkrankenpflegeschule	a	2 356	1 911	1 796	-18,9	-23,8
	b	2 464	2 053	1 899	-16,7	-22,9
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	400	409	437	+2,3	+9,3
	b	400	409	437	+2,3	+9,3
Fachseminar für Altenpflege	a	10 608	13 896	14 503	+31,0	+36,7
	b	13 109	18 238	18 965	+39,1	+44,7
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	a	x	25	x	x	x
	b	x	32	x	x	x
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	x	1 267	1 262	x	x
	b	x	1 568	1 582	x	x
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en ¹⁾	a	843	499	590	-40,8	-30,0
	b	1 055	645	739	-38,9	-30,0
Schule für Diätassistent(inn)en	a	262	261	265	-0,4	+1,1
	b	284	278	286	-2,1	+0,7
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	864	1 271	1 270	+47,1	+47,0
	b	1 236	1 422	1 469	+15,0	+18,9
Schule für Logopäd(inn)en	a	231	592	531	+156,3	+129,9
	b	280	623	575	+122,5	+105,4
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	185	78	61	-57,8	-67,0
	b	395	170	143	-57,0	-63,8
Schule für Orthoptist(inn)en	a	36	25	32	-30,6	-11,1
	b	36	26	35	-27,8	-2,8
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	1 787	2 322	2 134	+29,9	+19,4
	b	2 613	3 897	3 526	+49,1	+34,9
Schule für Podolog(inn)en	a	-	251	247	x	x
	b	-	292	288	x	x
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	a	-	18	-	x	x
	b	-	31	-	x	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	683	591	609	-13,5	-10,8
	b	734	711	728	-3,1	-0,8
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	333	433	465	+30,0	+39,6
	b	395	589	635	+49,1	+60,8
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	1 431	1 168	1 022	-18,4	-28,6
	b	1 491	1 266	1 121	-15,1	-24,8
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	12	10	10	x	x
	b	14	10	10	x	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	34	193	54	+467,6	+58,8
	b	791	1 173	524	+48,3	-33,8
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	x	x	21	x	x
	b	x	x	121	x	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	538	217	217	-59,7	-59,7
	b	576	255	249	-55,7	-56,8
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	x	44	41	x	x
	b	x	45	45	x	x
Insgesamt	a	33 023	37 142	37 616	+12,5	+13,9
	b	43 323	48 721	48 749	+12,5	+12,5

1) bis 2008: Schule für Krankenpflegehelfer/-innen --- Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**A I 1.3.2 Deutsche und ausländische Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens
am 15. Oktober 2016 nach Schultypen und Ausbildungsjahr**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen	Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens								
	ins- gesamt	darunter mit auslän- discher Staatsan- gehörigkeit	davon im ... Ausbildungsjahr						
			1.		2.		3.		
			zusam- men	darunter auslän- disch	zusam- men	darunter auslän- disch	zusam- men	darunter auslän- disch	
Krankenpflegeschule	a	12 049	1 143	4 427	450	3 714	363	3 908	330
	b	15 372	1 338	5 644	539	4 727	422	5 001	377
Kinderkrankenpflegeschule	a	1 796	68	639	22	529	26	628	20
	b	1 899	72	682	24	556	27	661	21
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	437	5	149	3	141	2	147	–
	b	437	5	149	3	141	2	147	–
Fachseminar für Altenpflege	a	14 503	2 138	5 297	867	4 481	652	4 725	619
	b	18 965	2 706	7 007	1 120	5 923	808	6 035	778
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	265	1 262	265	x	x	x	x
	b	1 582	316	1 582	316	x	x	x	x
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	144	590	144	x	x	x	x
	b	739	175	739	175	x	x	x	x
Schule für Diätassistent(inn)en	a	265	5	102	3	84	1	79	1
	b	286	6	114	4	88	1	84	1
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	1 270	51	451	24	400	16	419	11
	b	1 469	69	523	31	465	20	481	18
Schule für Logopäd(inn)en	a	531	17	177	7	166	7	188	3
	b	575	17	192	7	183	7	200	3
Schule für Masseur(e)/-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	61	18	37	10	24	8	x	x
	b	143	39	91	25	52	14	x	x
Schule für Orthoptist(inn)en	a	32	3	15	2	9	–	8	1
	b	35	3	17	2	9	–	9	1
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	2 134	88	734	38	682	29	718	21
	b	3 526	175	1 249	77	1 112	50	1 165	48
Schule für Podolog(inn)en	a	247	35	110	16	137	19	x	x
	b	288	36	127	17	161	19	x	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	609	34	263	20	148	8	198	6
	b	728	41	310	25	181	9	237	7
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	465	26	211	14	133	10	121	2
	b	635	41	282	20	169	12	184	9
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	1 022	209	535	104	487	105	x	x
	b	1 121	221	596	107	525	114	x	x
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	10	–	–	–	–	–	10	–
	b	10	–	–	–	–	–	10	–
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	54	2	44	2	10	–	x	x
	b	524	2	389	2	135	–	x	x
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	21	–	16	–	5	–	–	–
	b	121	–	110	–	11	–	–	–
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	217	12	87	5	69	3	61	4
	b	249	15	104	7	76	3	69	5
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	2	41	2	–	–	x	x
	b	45	2	45	2	–	–	x	x
Insgesamt	a	37 616	4 265	15 187	1 998	11 219	1 249	11 210	1 018
	b	48 749	5 279	19 952	2 503	14 514	1 508	14 283	1 268

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**A I 1.3.3 Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016
nach Schultypen und Altersgruppen**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen	Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens										
	ins- gesamt	davon in der Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren								Anzahl	in % von ins- gesamt
		unter 20		20 – 25		25 – 30		30 Jahre und mehr			
		Anzahl	in % von ins- gesamt	Anzahl	in % von ins- gesamt	Anzahl	in % von ins- gesamt	Anzahl	in % von ins- gesamt		
Krankenpflegeschule	a	12 049	2 735	22,7	7 283	60,4	1 133	9,4	898	7,5	
	b	15 372	3 265	21,2	9 245	60,1	1 648	10,7	1 214	7,9	
Kinderkrankenpflegeschule	a	1 796	418	23,3	1 250	69,6	102	5,7	26	1,4	
	b	1 899	429	22,6	1 326	69,8	111	5,8	33	1,7	
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	437	39	8,9	281	64,3	74	16,9	43	9,8	
	b	437	39	8,9	281	64,3	74	16,9	43	9,8	
Fachseminar für Altenpflege	a	14 503	2 368	16,3	5 539	38,2	2 225	15,3	4 371	30,1	
	b	18 965	2 921	15,4	7 314	38,6	3 060	16,1	5 670	29,9	
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	201	15,9	299	23,7	206	16,3	556	44,1	
	b	1 582	253	16,0	394	24,9	253	16,0	682	43,1	
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	133	22,5	187	31,7	86	14,6	184	31,2	
	b	739	175	23,7	237	32,1	106	14,3	221	29,9	
Schule für Diätassistent(inn)en	a	265	51	19,2	183	69,1	20	7,5	11	4,2	
	b	286	53	18,5	198	69,2	23	8,0	12	4,2	
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	1 270	220	17,3	819	64,5	156	12,3	75	5,9	
	b	1 469	249	17,0	920	62,6	200	13,6	100	6,8	
Schule für Logopäd(inn)en	a	531	64	12,1	369	69,5	46	8,7	52	9,8	
	b	575	66	11,5	389	67,7	59	10,3	61	10,6	
Schule für Masseur(e)/-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	61	6	9,8	20	32,8	9	14,8	26	42,6	
	b	143	12	8,4	50	35,0	24	16,8	57	39,9	
Schule für Orthoptist(inn)en	a	32	2	6,3	18	56,3	9	28,1	3	9,4	
	b	35	2	5,7	20	57,1	9	25,7	4	11,4	
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	2 134	508	23,8	1 373	64,3	155	7,3	98	4,6	
	b	3 526	746	21,2	2 236	63,4	368	10,4	176	5,0	
Schule für Podolog(inn)en	a	247	3	1,2	32	13,0	31	12,6	181	73,3	
	b	288	5	1,7	35	12,2	36	12,5	212	73,6	
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	609	162	26,6	361	59,3	59	9,7	27	4,4	
	b	728	181	24,9	439	60,3	74	10,2	34	4,7	
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	465	124	26,7	272	58,5	43	9,2	26	5,6	
	b	635	155	24,4	376	59,2	68	10,7	36	5,7	
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	1 022	349	34,1	505	49,4	90	8,8	78	7,6	
	b	1 121	382	34,1	548	48,9	106	9,5	85	7,6	
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	10	–	x	7	x	3	x	–	x	
	b	10	–	x	7	x	3	x	–	x	
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	54	8	14,8	22	40,7	14	25,9	10	18,5	
	b	524	18	3,4	155	29,6	171	32,6	180	34,4	
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	21	4	x	16	x	–	x	1	x	
	b	121	9	7,4	69	57,0	35	28,9	8	6,6	
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	217	22	10,1	89	41,0	49	22,6	57	26,3	
	b	249	25	10,0	101	40,6	59	23,7	64	25,7	
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	–	x	1	2,4	8	19,5	32	78,0	
	b	45	–	x	1	2,2	8	17,8	36	80,0	
Insgesamt	a	37 616	7 417	19,7	18 926	50,3	4 518	12,0	6 755	18,0	
	b	48 749	8 985	18,4	24 341	49,9	6 495	13,3	8 928	18,3	

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.4 Allgemeine Schulbildung der Schülerinnen und Schüler im 1. Ausbildungsjahr an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 nach Schultypen

Schultyp a = weiblich b = Zusammen		Schülerinnen und Schüler im 1. Ausbildungsjahr an Schulen des Gesundheitswesens								
		ins- gesamt	davon mit							
			Hauptschul- abschluss		Fachober- schulreife		(Fach-)Hoch- schulreife		sonstigem Schulabschluss	
			Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Krankenpflegeschule	a	4 427	111	2,5	1 510	34,1	2 780	62,8	26	0,6
	b	5 644	144	2,6	1 854	32,8	3 614	64,0	32	0,6
Kinderkrankenpflegeschule	a	639	3	0,5	84	13,1	552	86,4	–	x
	b	682	3	0,4	90	13,2	589	86,4	–	x
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	149	2	1,3	25	16,8	122	81,9	–	x
	b	149	2	1,3	25	16,8	122	81,9	–	x
Fachseminar für Altenpflege	a	5 297	1 886	35,6	2 690	50,8	678	12,8	43	0,8
	b	7 007	2 476	35,3	3 465	49,5	1 011	14,4	55	0,8
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	955	75,7	252	20,0	49	3,9	6	0,5
	b	1 582	1 202	76,0	310	19,6	61	3,9	9	0,6
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	223	37,8	290	49,2	75	12,7	2	0,3
	b	739	277	37,5	357	48,3	101	13,7	4	0,5
Schule für Diätassistent(inn)en	a	102	–	x	23	22,5	79	77,5	–	x
	b	114	–	x	24	21,1	90	78,9	–	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	451	1	0,2	121	26,8	324	71,8	5	1,1
	b	523	1	0,2	145	27,7	370	70,7	7	1,3
Schule für Logopäd(inn)en	a	177	–	x	12	6,8	165	93,2	–	x
	b	192	–	x	15	7,8	177	92,2	–	x
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	37	6	16,2	6	16,2	5	13,5	20	54,1
	b	91	16	17,6	22	24,2	14	15,4	39	42,9
Schule für Orthoptist(inn)en	a	15	–	x	4	x	11	x	–	x
	b	17	–	x	5	x	11	x	1	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	734	5	0,7	166	22,6	512	69,8	51	6,9
	b	1 249	7	0,6	298	23,9	838	67,1	106	8,5
Schule für Podolog(inn)en	a	110	15	13,6	58	52,7	37	33,6	–	x
	b	127	18	14,2	69	54,3	40	31,5	–	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	263	–	x	57	21,7	206	78,3	–	x
	b	310	–	x	66	21,3	244	78,7	–	x
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	211	–	x	38	18,0	172	81,5	1	0,5
	b	282	–	x	54	19,1	227	80,5	1	0,4
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	535	–	x	234	43,7	297	55,5	4	0,7
	b	596	–	x	257	43,1	335	56,2	4	0,7
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	44	1	2,3	15	34,1	26	59,1	2	4,5
	b	389	48	12,3	166	42,7	132	33,9	43	11,1
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	16	–	x	1	x	15	x	–	x
	b	110	1	0,9	50	45,5	59	53,6	–	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	87	34	39,1	44	50,6	9	10,3	–	x
	b	104	39	37,5	51	49,0	14	13,5	–	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	21	51,2	15	36,6	4	9,8	1	2,4
	b	45	24	53,3	15	33,3	5	11,1	1	2,2
Insgesamt	a	15 187	3 263	21,5	5 645	37,2	6 118	40,3	161	1,1
	b	19 952	4 258	21,3	7 338	36,8	8 054	40,4	302	1,5

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.5 Berufliche Vorbildung der Schülerinnen und Schüler im 1. Ausbildungsjahr an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 nach Schultypen

Schultyp a = weiblich b = Zusammen		Schülerinnen und Schüler im 1. Ausbildungsjahr an Schulen des Gesundheitswesens								
		insgesamt	davon							
			ohne vorherige berufliche Qualifikation		mit beruflicher Qualifikation				mit abgebrochenem (Fach-)Hochschulstudium	
					in einem Pflege(hilfs)- oder Gesundheitsberuf		außerhalb des Gesundheitssektors			
			Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Krankenpflegeschule	a	4 427	3 759	84,9	293	6,6	160	3,6	215	4,9
	b	5 644	4 737	83,9	360	6,4	232	4,1	315	5,6
Kinderkrankenpflegeschule	a	639	586	91,7	12	1,9	11	1,7	30	4,7
	b	682	621	91,1	13	1,9	13	1,9	35	5,1
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	149	113	75,8	13	8,7	6	4,0	17	11,4
	b	149	113	75,8	13	8,7	6	4,0	17	11,4
Fachseminar für Altenpflege	a	5 297	4 032	76,1	507	9,6	517	9,8	241	4,5
	b	7 007	5 294	75,6	631	9,0	724	10,3	358	5,1
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	1 054	83,5	21	1,7	102	8,1	85	6,7
	b	1 582	1 321	83,5	22	1,4	132	8,3	107	6,8
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	516	87,5	20	3,4	28	4,7	26	4,4
	b	739	642	86,9	21	2,8	40	5,4	36	4,9
Schule für Diätassistent(inn)en	a	102	93	91,2	2	2,0	1	1,0	6	5,9
	b	114	102	89,5	2	1,8	3	2,6	7	6,1
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	451	397	88,0	12	2,7	20	4,4	22	4,9
	b	523	452	86,4	14	2,7	31	5,9	26	5,0
Schule für Logopäd(inn)en	a	177	125	70,6	2	1,1	7	4,0	43	24,3
	b	192	137	71,4	2	1,0	9	4,7	44	22,9
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	37	29	78,4	2	5,4	3	8,1	3	8,1
	b	91	64	70,3	6	6,6	14	15,4	7	7,7
Schule für Orthoptist(inn)en	a	15	7	x	1	x	6	x	1	x
	b	17	8	x	1	x	6	x	2	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	734	637	86,8	22	3,0	24	3,3	51	6,9
	b	1 249	1 075	86,1	30	2,4	48	3,8	96	7,7
Schule für Podolog(inn)en	a	110	25	22,7	28	25,5	44	40,0	13	11,8
	b	127	29	22,8	30	23,6	52	40,9	16	12,6
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	263	222	84,4	8	3,0	9	3,4	24	9,1
	b	310	254	81,9	11	3,5	11	3,5	34	11,0
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	211	165	78,2	12	5,7	10	4,7	24	11,4
	b	282	222	78,7	12	4,3	17	6,0	31	11,0
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	535	433	80,9	48	9,0	26	4,9	28	5,2
	b	596	488	81,9	48	8,1	28	4,7	32	5,4
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	44	8	18,2	8	18,2	23	52,3	5	11,4
	b	389	34	8,7	29	7,5	291	74,8	35	9,0
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	16	14	x	1	x	–	x	1	x
	b	110	37	33,6	5	4,5	63	57,3	5	4,5
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	87	56	64,4	6	6,9	5	5,7	20	23,0
	b	104	66	63,5	6	5,8	9	8,7	23	22,1
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	23	56,1	3	7,3	15	36,6	–	x
	b	45	24	53,3	3	6,7	17	37,8	1	2,2
Insgesamt	a	15 187	12 294	81,0	1 021	6,7	1 017	6,7	855	5,6
	b	19 952	15 720	78,8	1 259	6,3	1 746	8,8	1 227	6,1

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.6 Vorzeitig gelöste Ausbildungsverhältnisse und neu belegte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens in der Berichtsperiode 2015/16 nach Geschlecht und Schultypen

Schultyp	Vorzeitig gelöste Ausbildungsverhältnisse			Neu belegte Ausbildungsplätze	Spalte 1 in % von Spalte 4
	insgesamt	von Schülern	von Schülerinnen		
	1	2	3	4	5
Krankenpflegeschule	1 275	328	947	5 836	21,8
Kinderkrankenpflegeschule	107	2	105	699	15,3
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	20	–	20	155	12,9
Fachseminar für Altenpflege	1 862	549	1 313	7 612	24,5
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	392	121	271	1 650	23,8
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	200	33	167	833	24,0
Schule für Diätassistent(inn)en	52	7	45	114	45,6
Schule für Ergotherapeut(inn)en	138	37	101	550	25,1
Schule für Logopäd(inn)en	28	4	24	216	13,0
Schule für Masseur(e)/-innen/medizinische Bademeister/-innen	14	5	9	101	13,9
Schule für Orthoptist(inn)en	3	1	2	17	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	355	186	169	1 318	26,9
Schule für Podolog(inn)en	7	1	6	127	5,5
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	70	16	54	325	21,5
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	41	8	33	288	14,2
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	158	17	141	633	25,0
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	6	6	–	433	1,4
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	–	–	–	110	–
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	55	14	41	119	46,2
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	10	–	10	50	20,0
Insgesamt	4 793	1 335	3 458	21 186	22,6

Anmerkung: Die Berichtsperiode umfasst den Zeitraum 16.10. des Vorjahres bis 15.10. des jeweiligen Erhebungsjahres. – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**A I 1.3.7 Deutsche und ausländische Schülerinnen und Schüler am 15. Oktober 2016 sowie vorzeitig gelöste
Ausbildungsverhältnisse in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 an Schulen des Gesundheitswesens
nach Schultypen und Ausbildungsjahr**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen	Schüler/-innen		Vorzeitig gelöste Ausbildungsverhältnisse								
	ins- gesamt	darunter Auslän- der/ -innen	ins- gesamt	darunter von Auslän- der(n)/ -innen	davon im ... Ausbildungsjahr						
					1.		2.		3.		
					zu- sam- men	darunter Auslän- der(n)/ -innen	zusam- men	darunter Auslän- der(n)/ -innen	zusam- men	darunter Auslän- der(n)/ -innen	
Krankenpflegeschule	a	12 049	1 143	947	89	663	68	187	15	97	6
	b	15 372	1 338	1 275	117	880	93	253	16	142	8
Kinderkrankenpflegeschule	a	1 796	68	105	2	64	1	22	–	19	1
	b	1 899	72	107	2	64	1	24	–	19	1
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	437	5	20	–	12	–	7	–	1	–
	b	437	5	20	–	12	–	7	–	1	–
Fachseminar für Altenpflege	a	14 503	2 138	1 313	165	597	79	472	54	244	32
	b	18 965	2 706	1 862	229	865	116	650	73	347	40
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	265	271	52	271	52	x	x	x	x
	b	1 582	316	392	68	392	68	x	x	x	x
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	144	167	35	167	35	x	x	x	x
	b	739	175	200	40	200	40	x	x	x	x
Schule für Diätassistent(inn)en	a	265	5	45	–	28	–	15	–	2	–
	b	286	6	52	–	31	–	18	–	3	–
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	1 270	51	101	4	42	2	37	–	22	2
	b	1 469	69	138	6	57	3	53	1	28	2
Schule für Logopäd(inn)en	a	531	17	24	2	9	–	7	1	8	1
	b	575	17	28	2	11	–	8	1	9	1
Schule für Masseur(e)-/innen/medizinische Bademeister/-innen	a	61	18	9	6	9	6	–	–	x	x
	b	143	39	14	7	13	7	1	–	x	x
Schule für Orthoptist(inn)en	a	32	3	2	–	2	–	–	–	–	–
	b	35	3	3	–	3	–	–	–	–	–
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	2 134	88	169	11	102	7	50	3	17	1
	b	3 526	175	355	21	219	16	94	3	42	2
Schule für Podolog(inn)en	a	247	35	6	3	1	–	5	3	x	x
	b	288	36	7	3	2	–	5	3	x	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	609	34	54	5	28	3	25	1	1	1
	b	728	41	70	6	39	4	30	1	1	1
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	465	26	33	–	22	–	9	–	2	–
	b	635	41	41	1	29	1	9	–	3	–
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	1 022	209	141	34	108	28	33	6	x	x
	b	1 121	221	158	37	119	30	39	7	x	x
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	b	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	54	2	–	–	–	–	–	–	x	x
	b	524	2	6	–	6	–	–	–	x	x
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	b	121	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	217	12	41	2	30	2	11	–	–	–
	b	249	15	55	3	40	2	15	1	–	–
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	2	10	1	10	1	–	–	x	x
	b	45	2	10	1	10	1	–	–	x	x
Insgesamt	a	37 616	4 265	3 458	411	2 165	284	880	83	413	44
	b	48 749	5 279	4 793	543	2 992	382	1 206	106	595	55

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.8 Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung der Schulen des Gesundheitswesens 1995 sowie in den Berichtsperioden 2014/15 und 2015/16 nach Schultypen

Schultyp	Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung				
	Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %	
	1995	2014/15 ¹⁾	2015/16 ¹⁾	2014/15 ¹⁾	2015/16 ¹⁾
Krankenpflegeschule	4 363	3 955	4 125	-9,4	-5,5
Kinderkrankenpflegeschule	693	531	591	-23,4	-14,7
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	130	130	109	-	-16,2
Fachseminar für Altenpflege	3 176	4 027	4 530	+26,8	+42,6
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	x	3	-	x	x
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	x	1 066	909	x	x
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en ²⁾	1 038	469	424	-54,8	-59,2
Schule für Diätassistent(inn)en	112	64	69	-42,9	-38,4
Schule für Ergotherapeut(inn)en	280	368	400	+31,4	+42,9
Schule für Logopäd(inn)en	97	164	162	+69,1	+67,0
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	198	36	59	-81,8	-70,2
Schule für Orthoptist(inn)en	16	6	8	x	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	1 115	893	780	-19,9	-30,0
Schule für Podolog(inn)en	x	76	96	x	x
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	-	8	-	x	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	416	182	195	-56,3	-53,1
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	223	146	200	-34,5	-10,3
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	669	451	370	-32,6	-44,7
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	8	-	8	x	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	512	873	432	+70,5	-15,6
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	x	x	69	x	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	80	85	103	+6,3	+28,8
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	x	40	38	x	x
Insgesamt	13 126	13 573	13 677	+3,4	+4,2

1) Ab der Erhebung 2000 ist die Berichtsperiode der Zeitraum vom 16.10. des Vorjahres bis zum 15.10. des jeweiligen Erhebungsjahres. – 2) bis 2008: Schule für Krankenpflegehelfer/-innen – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**A I 1.3.9 Deutsche und ausländische erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer
an der staatlichen Abschlussprüfung der Schulen des Gesundheitswesens in der Zeit
vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 nach Schultypen**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen	Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung			
	insgesamt	darunter mit ausländischer Staatsangehörigkeit		
		Anzahl	in % von Spalte 1	
	1	2	3	
Krankenpflegeschule	a	3 218	248	7,7
	b	4 125	287	7,0
Kinderkrankenpflegeschule	a	565	11	1,9
	b	591	12	2,0
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	109	3	2,8
	b	109	3	2,8
Fachseminar für Altenpflege	a	3 581	340	9,5
	b	4 530	415	9,2
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	721	109	15,1
	b	909	138	15,2
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	332	64	19,3
	b	424	78	18,4
Schule für Diätassistent(inn)en	a	65	–	x
	b	69	–	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	366	7	1,9
	b	400	10	2,5
Schule für Logopäd(inn)en	a	140	–	x
	b	162	–	x
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	27	4	14,8
	b	59	11	18,6
Schule für Orthoptist(inn)en	a	8	4	x
	b	8	4	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	516	7	1,4
	b	780	15	1,9
Schule für Podolog(inn)en	a	86	16	18,6
	b	96	17	17,7
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	166	3	1,8
	b	195	5	2,6
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	148	8	5,4
	b	200	9	4,5
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	346	49	14,2
	b	370	50	13,5
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	8	–	x
	b	8	–	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	43	2	4,7
	b	432	2	0,5
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	3	–	x
	b	69	–	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	89	4	4,5
	b	103	5	4,9
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	37	1	2,7
	b	38	1	2,6
Insgesamt	a	10 574	880	8,3
	b	13 677	1 062	7,8

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung der Schulen des Gesundheitswesens in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 nach Schultypen und Prüfungserfolg

Schultyp a = weiblich b = Zusammen		Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung						
		insgesamt	davon mit ...				darunter Prüfungswiederholer	
			bestandener Abschlussprüfung		nichtbestandener Abschlussprüfung		Anzahl	in % von Spalte 1
			Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1		
1	2	3	4	5	6	7		
Krankenpflegeschule	a	3 568	3 218	90,2	350	9,8	230	6,4
	b	4 623	4 125	89,2	498	10,8	336	7,3
Kinderkrankenpflegeschule	a	612	565	92,3	47	7,7	29	4,7
	b	647	591	91,3	56	8,7	36	5,6
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	111	109	98,2	2	1,8	2	1,8
	b	111	109	98,2	2	1,8	2	1,8
Fachseminar für Altenpflege	a	3 978	3 581	90,0	397	10,0	270	6,8
	b	5 065	4 530	89,4	535	10,6	356	7,0
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	842	721	85,6	121	14,4	60	7,1
	b	1 074	909	84,6	165	15,4	82	7,6
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	372	332	89,2	40	10,8	12	3,2
	b	481	424	88,1	57	11,9	22	4,6
Schule für Diätassistent(inn)en	a	68	65	95,6	3	4,4	–	x
	b	72	69	95,8	3	4,2	–	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	404	366	90,6	38	9,4	30	7,4
	b	446	400	89,7	46	10,3	36	8,1
Schule für Logopäd(inn)en	a	148	140	94,6	8	5,4	7	4,7
	b	174	162	93,1	12	6,9	10	5,7
Schule für Masseur(e)/-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	32	27	84,4	5	15,6	1	3,1
	b	68	59	86,8	9	13,2	8	11,8
Schule für Orthoptist(inn)en	a	10	8	x	2	x	–	x
	b	11	8	x	3	x	–	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	564	516	91,5	48	8,5	47	8,3
	b	896	780	87,1	116	12,9	98	10,9
Schule für Podolog(inn)en	a	88	86	97,7	2	2,3	–	x
	b	103	96	93,2	7	6,8	–	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	189	166	87,8	23	12,2	19	10,1
	b	223	195	87,4	28	12,6	25	11,2
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	172	148	86,0	24	14,0	20	11,6
	b	233	200	85,8	33	14,2	25	10,7
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	355	346	97,5	9	2,5	14	3,9
	b	379	370	97,6	9	2,4	15	4,0
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	10	8	x	2	x	–	x
	b	10	8	x	2	x	–	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	49	43	87,8	6	12,2	4	8,2
	b	445	432	97,1	13	2,9	21	4,7
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	3	3	x	–	x	3	x
	b	76	69	90,8	7	9,2	11	14,5
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	97	89	91,8	8	8,2	2	2,1
	b	112	103	92,0	9	8,0	2	1,8
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	43	37	86,0	6	14,0	–	x
	b	44	38	86,4	6	13,6	–	x
Insgesamt	a	11 715	10 574	90,3	1 141	9,7	750	6,4
	b	15 293	13 677	89,4	1 616	10,6	1 085	7,1

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

A I 1.3.11 Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung der Schulen des Gesundheitswesens und ihre Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis durch den Schulträger in den Berichtsperioden 2014/15 und 2015/16 nach Schultypen

Schultyp a = weiblich b = Zusammen		Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung					
		2014/15			2015/16		
		insgesamt	darunter vom Schulträger übernommen		insgesamt	darunter vom Schulträger übernommen	
			Anzahl	in % von Spalte 1		Anzahl	in % von Spalte 4
1	2	3	4	5	6		
Krankenpflegeschule	a	3 070	1 373	44,7	3 218	1 535	47,7
	b	3 955	1 757	44,4	4 125	1 960	47,5
Kinderkrankenpflegeschule	a	504	240	47,6	565	282	49,9
	b	531	256	48,2	591	296	50,1
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	a	130	8	6,2	109	7	6,4
	b	130	8	6,2	109	7	6,4
Fachseminar für Altenpflege	a	3 178	272	8,6	3 581	374	10,4
	b	4 027	349	8,7	4 530	454	10,0
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	a	3	3	x	–	–	x
	b	3	3	x	–	–	x
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	890	51	5,7	721	62	8,6
	b	1 066	61	5,7	909	76	8,4
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	360	65	18,1	332	82	24,7
	b	469	79	16,8	424	104	24,5
Schule für Diätassistent(inn)en	a	55	–	x	65	–	x
	b	64	–	x	69	–	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	332	37	11,1	366	8	2,2
	b	368	40	10,9	400	11	2,8
Schule für Logopäd(inn)en	a	156	1	0,6	140	3	2,1
	b	164	1	0,6	162	3	1,9
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	a	19	2	10,5	27	5	18,5
	b	36	4	11,1	59	8	13,6
Schule für Orthoptist(inn)en	a	5	–	x	8	2	x
	b	6	–	x	8	2	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	612	38	6,2	516	37	7,2
	b	893	54	6,0	780	49	6,3
Schule für Podolog(inn)en	a	71	1	1,4	86	1	1,2
	b	76	1	1,3	96	1	1,0
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	a	6	2	x	–	–	x
	b	8	4	x	–	–	x
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	165	15	9,1	166	19	11,4
	b	182	17	9,3	195	25	12,8
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	114	31	27,2	148	50	33,8
	b	146	45	30,8	200	72	36,0
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	431	–	x	346	–	x
	b	451	–	x	370	–	x
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	–	–	x	8	–	x
	b	–	–	x	8	–	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	158	12	7,6	43	21	48,8
	b	873	205	23,5	432	160	37,0
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	a	–	–	x	3	–	x
	b	–	–	x	69	65	94,2
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	74	12	16,2	89	11	12,4
	b	85	13	15,3	103	12	11,7
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	39	1	2,6	37	4	10,8
	b	40	2	5,0	38	4	10,5
Insgesamt	a	10 372	2 164	20,9	10 574	2 503	23,7
	b	13 573	2 899	21,4	13 677	3 309	24,2

Anmerkung: Die Berichtsperiode umfasst den Zeitraum 16.10. des Vorjahres bis 15.10. des jeweiligen Erhebungsjahres. – – – Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**A I 2.1 Auszubildende am 31. Dezember 1995, 2015 und 2016 nach ausgewählten Ausbildungsberufen
der Ausbildungsbereiche Industrie, Handel u. a., Handwerk sowie Freie Berufe**

Kenn- ziffer	Ausbildungsberuf Ausbildungsbereich a = weiblich b = Zusammen	Bereich ¹⁾ Dauer ²⁾	Auszubildende ³⁾					
			1995	2015	2016	Veränderung		
						2015	2016	
			Anzahl			gegenüber 1995 in %		
21362	Verfahrensmechaniker/-in für Brillenoptik ⁴⁾	a	IH	.	.	.	x	x
		b	36	3	3	3	x	x
41312	Pharmakant/-in	a	IH	24	57	60	x	x
		b	42	36	126	132	+247,2	+269,4
63122	Sportfachmann/-frau	a	IH	.	6	.	x	x
		b	36	.	18	15	x	x
63122	Sport- und Fitnesskaufmann/-frau	a	IH	.	444	444	x	x
		b	36	.	981	957	x	x
73222	Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	a	IH	.	1 062	1 119	x	x
		b	36	.	1 500	1 569	x	x
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Industrie und Handel u. a. zusammen	a	IH	24	1 569	1 623	x	x
		b	x	39	2 625	2 676	+6 462,5	+6 587,5
28332	Orthopädienschuhmacher/-in	a	Hw	48	105	108	+116,7	+127,1
		b	42	204	261	267	+29,1	+32,0
82512	Orthopädietechnik-Mechaniker/-in ⁵⁾	a	Hw	117	141	120	+18,6	+0,8
		b	42	321	351	309	+9,0	-4,0
82522	Augenoptiker/-in	a	Hw	864	873	903	+0,9	+4,3
		b	36	1 317	1 260	1 293	-4,3	-1,7
82532	Hörakustiker/-in ⁶⁾	a	Hw	135	363	396	+170,9	+196,3
		b	36	237	669	723	+181,5	+204,2
82542	Zahntechniker/-in	a	Hw	2 010	759	744	-62,2	-63,0
		b	42	3 594	1 320	1 299	-63,3	-63,9
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Handwerk zusammen	a	Hw	3 174	2 241	2 271	-29,4	-28,5
		b	x	5 673	3 861	3 891	-31,9	-31,4
62412	Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r)	a	FB	1 728	882	900	-48,9	-48,0
		b	36	1 740	930	957	-46,6	-45,0
81102	Medizinische(r) Fachangestellte(r) ⁷⁾	a	FB	13 866	9 285	9 483	-33,0	-31,6
		b	36	13 887	9 393	9 609	-32,4	-30,8
81112	Zahnmed. Fachangestellte(r) ⁸⁾	a	FB	8 586	7 644	7 338	-11,0	-14,5
		b	36	8 586	7 707	7 407	-10,2	-13,7
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs freie Berufe zusammen	a	FB	24 177	17 811	17 721	-26,3	-26,7
		b	x	24 213	18 030	17 973	-25,5	-25,8
x	Ausgewählte Berufe insgesamt	a	x	27 378	21 621	21 615	-21,0	-21,1
		b	x	29 925	24 516	24 540	-18,1	-18,0

1) IH = Industrie, Handel, Banken, Versicherungen, Gast- und Verkehrsgewerbe / Hw = Handwerk / FB = freie Berufe – 2) reguläre Ausbildungsdauer in Monaten – 3) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – 4) 1995 Brillenoptikschleifer/-in – 5) bis 2015: Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in – 6) bis 2015: Hörgeräteakustiker/-in 7) 1995 Arzthelfer/-in – 8) 1995 Zahnarzthelfer/-in

A I 2.2 Auszubildende am 31. Dezember 2016 in ausgewählten Ausbildungsberufen der Ausbildungsbereiche Industrie, Handel u. a., Handwerk sowie Freie Berufe nach Geschlecht und Ausbildungsjahr

Kenn- ziffer	Ausbildungsberuf Ausbildungsbereich a = Anzahl b = in % von Spalte 1	Bereich ¹⁾ Dauer ²⁾	Auszubildende ³⁾								
			ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	davon im ... Ausbildungsjahr				mit ausländischer Staatsange- hörigkeit	
						1.	2.	3.	4.		
			1	2	3	4	5	6	7	8	
21362	Verfahrensmechaniker/-in für Brillenoptik	a	IH	3	3	.	.	.	3	.	.
		b	36	100	100	x	x	x	100	x	50
41312	Pharmakant/-in	a	IH	132	72	60	45	42	36	9	3
		b	42	100	54,5	45,5	34,1	31,8	27,3	6,8	2,3
63122	Sportfachmann/-frau	a	IH	15	15	–	6	6	3	–	–
		b	36	100	x	x	x	x	x	x	x
63122	Sport- und Fitnesskaufmann/-frau	a	IH	957	513	444	336	339	285	–	42
		b	36	100	53,6	46,4	35,1	35,4	29,8	x	4,4
73222	Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	a	IH	1 569	450	1 119	570	537	462	–	24
		b	36	100	28,7	71,3	36,3	34,2	29,4	x	1,5
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Industrie und Handel u. a. zusammen	a	IH	2 676	1 050	1 623	957	921	786	9	69
		b	x	100	39,2	60,7	35,8	34,4	29,4	0,3	2,6
28332	Orthopädienschuhmacher/-in	a	Hw	267	159	108	69	75	75	48	12
		b	42	100	59,6	40,4	25,8	28,1	28,1	18,0	4,5
82512	Orthopädietechnik-Mechaniker/-in ⁴⁾	a	Hw	309	189	120	114	96	99	–	6
		b	42	100	61,2	38,8	36,9	31,1	32,0	x	1,9
82522	Augenoptiker/-in	a	Hw	1 293	390	903	453	417	423	–	66
		b	36	100	30,2	69,8	35,0	32,3	32,7	x	5,1
82532	Hörakustiker/-in ⁵⁾	a	Hw	723	327	396	264	246	213	–	24
		b	36	100	45,2	54,8	36,5	34,0	29,5	x	3,3
82542	Zahntechniker/-in	a	Hw	1 299	555	744	366	360	315	258	117
		b	42	100	42,7	57,3	28,2	27,7	24,2	19,9	9,0
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Handwerk zusammen	a	Hw	3 891	1 623	2 271	1 266	1 194	1 125	309	225
		b	x	100	41,7	58,4	32,5	30,7	28,9	7,9	5,8
62412	Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r)	a	FB	957	57	900	336	315	306	–	144
		b	36	100	6,0	94,0	35,1	32,9	32,0	x	15,0
81102	Medizinische(r) Fachangestellte(r)	a	FB	9 609	126	9 483	3 336	3 375	2 898	–	1 245
		b	36	100	1,3	98,7	34,7	35,1	30,2	x	13,0
81112	Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r)	a	FB	7 407	69	7 338	2 802	2 412	2 193	–	1 377
		b	36	100	0,9	99,1	37,8	32,6	29,6	x	18,6
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs freie Berufe zusammen	a	FB	17 973	255	17 721	6 474	6 102	5 397	–	2 766
		b	x	100	1,4	98,6	36,0	34,0	30,0	x	15,4
x	Ausgewählte Berufe insgesamt	a	x	24 540	2 928	21 615	8 700	8 217	7 308	318	3 060
		b	x	100	11,9	88,1	35,5	33,5	29,8	1,3	12,5

1) IH = Industrie, Handel, Banken, Versicherungen, Gast- und Verkehrsgewerbe / Hw = Handwerk / FB = freie Berufe – 2) reguläre Ausbildungsdauer in Monaten – 3) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – 4) bis 2015: Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in – 5) bis 2015: Hörgeräteakustiker/-in

**A I 2.3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2016
in ausgewählten Ausbildungsberufen der Ausbildungsbereiche
Industrie, Handel u. a., Handwerk sowie Freie Berufe**

Kenn- ziffer	Ausbildungsberuf Ausbildungsbereich	Bereich ¹⁾ Dauer ²⁾	Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Abschlussprüfungen ³⁾								Erfolgs- quote in %
			ins- ge- samt ⁴⁾	männ- lich	weib- lich	darunter					
						mit vor- zeitiger Zulas- sung	Prüfungs- wieder- holer/ -innen	mit bestandener Prüfung			
			zu- sammen	männ- lich	weib- lich						
41312	Pharmakant/-in	IH/42	39	18	18	24	–	39	18	18	100
63122	Sport- und Fitnesskaufmann/-frau	IH/36	342	189	153	18	18	315	174	141	92,1
63122	Sportfachmann/-frau	IH/36	9	6	3	–	–	6	3	3	x
73222	Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	IH/36	492	138	354	66	6	483	138	345	98,2
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Industrie und Handel u. a. zusammen	IH/x	879	351	528	108	27	843	333	510	95,9
28332	Orthopädeschuhmacher/-in	Hw/42	33	21	15	–	–	30	15	15	90,9
82512	Orthopädietechnik-Mechaniker/-in ⁵⁾	Hw/42	129	78	48	3	3	123	75	48	95,3
82522	Augenoptiker/-in	Hw/36	420	129	294	–	63	339	99	240	80,7
82532	Hörakustiker/-in ⁶⁾	Hw/36	207	90	117	–	33	174	72	99	84,1
82542	Zahntechniker/-in	Hw/42	345	135	210	3	30	306	120	189	88,7
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs Handwerk zusammen	Hw/x	1 137	453	684	9	132	972	381	591	85,5
62412	Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r)	FB/36	309	6	303	3	12	297	6	288	96,1
81102	Medizinische(r) Fachangestellte(r)	FB/36	3 258	33	3 225	270	186	3 015	33	2 985	92,5
81112	Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r)	FB/36	2 193	9	2 184	288	132	2 064	6	2 055	94,1
x	Ausgewählte Berufe des Bereichs freie Berufe zusammen	FB/x	5 763	51	5 712	561	327	5 376	45	5 328	93,3
x	Ausgewählte Berufe insgesamt	x	7 779	855	6 924	678	486	7 188	762	6 429	92,4

1) IH = Industrie, Handel, Banken, Versicherungen, Gast- und Verkehrsgewerbe / Hw = Handwerk / FB = freie Berufe – 2) reguläre Ausbildungsdauer in Monaten – 3) einschließlich Wiederholungsprüfungen – 4) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen – 5) bis 2015: Orthopädiemechaniker/-in und Bandagistin – 6) bis 2015: Hörgeräteakustiker/-in

A I 3.1 Universitäten mit eingerichteten medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und pharmazeutischen Studiengängen im Wintersemester 2016/17

Universitäten mit eingerichteten Studiengängen für ...		
Medizin (allgemein)	Zahnmedizin	Pharmazie
8	6	5

A I 3.2 Studienanfängerinnen und Studienanfänger*) in den Kapazitätsjahren**) 1995, 2016 und 2017 nach Studienfächern

Studienfach ——— a = weiblich b = Zusammen		Studienanfänger/-innen an Universitäten				
		Kapazitätsjahr			Veränderung	
		1995	2016	2017	2016	2017
		Anzahl			gegenüber 1995 in %	
Medizin (allgemein)	a	1 118	2 214	2 116	+98,0	+89,3
	b	2 111	3 443	3 364	+63,1	+59,4
Zahnmedizin	a	177	398	346	+124,9	+95,5
	b	347	600	704	+72,9	+102,9
Pharmazie	a	304	496	504	+63,2	+65,8
	b	410	697	587	+70,0	+43,2
Insgesamt	a	1 599	3 108	2 966	+94,4	+85,5
	b	2 868	4 740	4 755	+65,3	+65,8

*) Studierende im 1. Fachsemester – **) z. B. Kapazitätsjahr 1995 = WS 1994/95 und SS 1995

A I 3.3 Deutsche und ausländische Studierende an Universitäten im Wintersemester 1995/96, 2015/16 und 2016/17 nach Studienfächern

Studienfach ——— a = weiblich b = Zusammen		Studierende an Universitäten im Wintersemester ...					
		1995/96	2015/16	2016/17		Veränderung	
		Anzahl		zusammen	darunter ausländische Studierende	2015/16	2016/17
		Anzahl				gegenüber 1995/96 in %	
Medizin (allgemein)	a	8 636	11 726	12 195	1 381	+35,8	+41,2
	b	18 325	18 923	19 566	2 520	+3,3	+6,8
Zahnmedizin	a	1 193	2 025	1 985	275	+69,7	+66,4
	b	2 770	3 138	3 109	518	+13,3	+12,2
Pharmazie	a	1 792	2 222	2 234	320	+24,0	+24,7
	b	2 517	3 148	3 188	485	+25,1	+26,7
Insgesamt	a	11 621	15 973	16 414	1 976	+37,4	+41,2
	b	23 612	25 209	25 863	3 523	+6,8	+9,5

A I 3.4 Ausbildungsstätten und genehmigte Ausbildungsplätze in der Psychotherapeutenausbildung am 31. Dezember 2016 nach Gebietsbezeichnungen und Vertiefungsgebieten

Gebietsbezeichnung Vertiefungsgebiet	Ausbildungsstätten ¹⁾		Genehmigte Ausbildungsplätze	
	insgesamt	darunter an Universitäten	Vollzeit	Teilzeit
Psychologische Psychotherapie	29	2	629	174
davon im Vertiefungsgebiet				
Verhaltenstherapie	18	2	579	68
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie	9	–	14	36
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie analytische Psychotherapie	12	–	36	63
systemische Therapie	3	–	–	5
systemische Therapie	1	–	–	2
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	15	1	175	88
davon im Vertiefungsgebiet				
Verhaltenstherapie	10	1	145	40
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie	5	–	12	18
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie systemische Therapie	2	–	18	14
systemische Therapie	1	–	–	16
Insgesamt	44	3	804	262

1) In den Ausbildungsstätten werden z. T. mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren angeboten. Daher führt die Fallzählung der Verfahren zu einer größeren Anzahl als der Gesamtzahl der Ausbildungsstätten. – – – Quelle: Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie (LPA)

A I 3.5 Belegte Ausbildungsplätze in der Psychotherapeutenausbildung am 31. Dezember 2016 nach Zeitform, Gebietsbezeichnungen und Vertiefungsgebieten

Gebietsbezeichnung Vertiefungsgebiet a = weiblich b = Zusammen		Belegte Ausbildungsplätze		
		insgesamt	davon	
			Vollzeit	Teilzeit
Anzahl				
Psychologische Psychotherapie	a	2 339	2 058	281
	b	2 795	2 436	359
davon im Vertiefungsgebiet				
Verhaltenstherapie	a	1 893	1 769	124
	b	2 259	2 102	157
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie	a	132	13	119
	b	159	18	141
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	a	309	272	37
	b	370	310	60
analytische Psychotherapie	a	5	4	1
	b	7	6	1
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	a	858	531	327
	b	1 002	622	380
davon im Vertiefungsgebiet				
Verhaltenstherapie	a	693	466	227
	b	806	549	257
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie	a	52	5	47
	b	66	6	60
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	a	63	60	3
	b	70	67	3
systematische Therapie	a	50	–	50
	b	60	–	60
Insgesamt	a	3 197	2 589	608
	b	3 797	3 058	739

Quelle: Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie (LPA)

A I 3.6 Studienabsolventinnen und -absolventen an Universitäten und privaten psychotherapeutischen Ausbildungsstätten in den Prüfungsjahren*) 1995, 2015 und 2016 nach Art der Prüfung

Art der Prüfung a = weiblich b = Zusammen	Studienabsolventinnen und -absolventen					
	1995	2015	2016	Veränderung		
				2015	2016	
Anzahl			gegenüber 1995 in %			
Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012)	a	x	1 187	1 155	x	x
	b	x	1 874	1 870	x	x
Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung – auslaufend –	a	x	29	7	x	x
	b	x	46	13	x	x
Zahnärztliche Prüfung	a	208	314	360	+51,0	+73,1
	b	575 r	529	548	-8,0	-4,7
Dritter Abschnitt der pharmazeutischen Prüfung	a	218	213	225	-2,3	+3,2
	b	304	279	330	-8,2	+8,6
Psychotherapeutische Staatsprüfung	a	x	495	576	x	x
	b	x	580	675	x	x
davon in Psychologischer Psychotherapie	a	x	366	405	x	x
	b	x	431	484	x	x
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	a	x	129	171	x	x
	b	x	149	191	x	x
Insgesamt	a	1 540	2 240	2 323	+45,5	+50,8
	b	3 320	3 310	3 436	-0,3	+3,5

*) z. B. Prüfungsjahr 1995 = WS 1994/95 und SS 1995 – – – Quelle: Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie (LPA), Hochschulstatistik

A I 3.7 Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse 2015 und 2016 nach Berufsgruppen

Berufsgruppe a = weiblich b = Zusammen c = darunter mit ausländischer Staatsangehörigkeit	Erteilte Approbationen			Erteilte Berufserlaubnisse			
	2015	2016	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	2015	2016 ¹⁾	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
							Anzahl
Ärzt(e)-innen	a	1 526	1 570	+2,9	101	136	+34,7
	b	2 860	2 778	-2,9	298	331	+11,1
	c	1 010	841	-16,7	289	319	+10,4
Zahnärzt(e)-innen	a	235	277	+17,9	22	41	x
	b	392	439	+12,0	61	81	+32,8
	c	81	106	+30,9	57	67	+17,5
Apotheker/-innen	a	253	289	+14,2	21	33	x
	b	339	388	+14,5	37	54	+45,9
	c	59	84	+42,4	31	41	+32,3
Psychologische Psychotherapeut(inn)en	a	363	370	+1,9	–	–	x
	b	431	439	+1,9	–	–	x
	c	7	8	x	–	–	x
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en	a	127	160	+26,0	–	–	x
	b	150	178	+18,7	–	–	x
	c	3	1	x	–	–	x
Insgesamt	a	2 504	2 666	+6,5	144	210	+45,8
	b	4 172	4 222	+1,2	396	466	+17,7
	c	1 160	1 040	-10,3	374	427	+14,2

1) ohne Arnsberg – – – Quelle: Bezirksregierungen

A II 1.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen am 30. Juni 1995, 2015 und 2016 nach Berufsordnungen

Nr. der Berufsordnung	Berufsordnung a = weiblich b = Zusammen	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen ¹⁾					
		1995	2015	2016	darunter		
					2015	2016	
		Anzahl			gegenüber 1995 in %		
303	Zahntechniker/-innen,	a	7 617	6 224	6 291	-18,3	-17,4
	Zahntechnikerassistent/-innen	b	14 859	11 126	11 138	-25,1	-25,0
304	Augenoptiker/-innen,	a	3 836	5 246	5 387	+36,8	+40,4
	Augenoptiktechniker/-innen	b	6 309	7 099	7 218	+12,5	+14,4
685	Pharmazeutisch-kaufm. Angestellte	a	10 009	20 246	20 521	+102,3	+105,0
		b	10 152	21 015	21 331	+107,0	+110,1
841	Ärzt(e)-innen (ohne Spezialisierung)	a	11 546	14 822	15 266	+28,4	+32,2
		b	31 114	28 036	28 803	-9,9	-7,4
842	Zahnärzt(e)-innen, Kieferorthopäden/-orthopädinnen	a	973	2 347	2 563	+141,2	+163,4
		b	1 863	3 681	3 983	+97,6	+113,8
844	Apotheker/-innen, Pharmazeuten	a	5 116	6 276	6 424	+22,7	+25,6
		b	6 517	7 579	7 779	+16,3	+19,4
851	Heilpraktiker/-innen und verw. Berufe	a	315	1 237	1 468	+292,7	+366,0
		b	511	1 578	1 844	+208,8	+260,9
852	Masseur(e)-innen, Krankengymnast(inn)en und verw. Berufe	a	13 848	32 592	33 659	+135,4	+143,1
		b	18 974	41 440	42 792	+118,4	+125,5
853	Gesundheit- und Krankenpfleger/-innen und verw. Berufe, Lehrkräfte im Gesundheitswesen	a	116 598	157 940	159 740	+35,5	+37,0
		b	138 275	193 322	195 522	+39,8	+41,4
854	Gesundheit- und Krankenpflegeassistent(inn)en, Helfer/-innen Rettungsdienst ²⁾³⁾	a	40 124	28 848	29 199	-28,1	-27,2
		b	48 551	41 441	42 290	-14,6	-12,9
855	Diät-, pharmazeutisch-technische Assistent-(inn)en, Ernährungsberater/-innen	a	10 180	18 076	18 239	+77,6	+79,2
		b	10 390	18 550	18 734	+78,5	+80,3
856	Arzt und Praxishelfer/-innen	a	109 584	144 828	147 423	+32,2	+34,5
		b	110 042	148 397	151 123	+34,9	+37,3
857	Med.-technische Assistent(inn)en in versch. Fachbereichen	a	16 817	16 048	16 195	-4,6	-3,7
		b	18 022	17 685	17 956	-1,9	-0,4
x	Insgesamt	a	346 563	454 730	462 375	+31,2	+33,4
		b	415 579	540 949	550 513	+30,2	+32,5

1) Die Ergebnisse können bis drei Jahre nach dem Erhebungsstichtag von der Bundesagentur für Arbeit noch revidiert werden. Sie haben somit vorläufigen Charakter. – 2) einschließlich Fachkräfte – 3) 1995: Helfer/-innen in der Krankenpflege

A II 1.2 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen am 30. Juni 2015 und 2016 nach Berufsordnungen und Beschäftigungsumfang

Nr. der Berufsordnung	Berufsordnung a = weiblich b = Zusammen	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen ¹⁾						
		insgesamt	davon in		insgesamt	davon in		
			Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
		2015			2016			
		Anzahl	%		Anzahl	%		
303	Zahntechniker/-innen,	a	6 224	70,1	29,9	6 291	69,5	30,5
	Zahntechnikerassistent/-innen	b	11 126	80,5	19,5	11 138	79,9	20,1
304	Augenoptiker/-innen,	a	5 246	66,8	33,2	5 387	65,7	34,3
	Augenoptiktechniker/-innen	b	7 099	73,1	26,9	7 218	72,1	27,9
685	Pharmazeutisch-kaufm. Angestellte	a	20 246	41,7	58,3	20 521	41,3	58,7
		b	21 015	42,4	57,6	21 331	42,0	58,0
841	Ärzt(e)/-innen (ohne Spezialisierung)	a	14 822	66,7	33,3	15 266	66,5	33,5
		b	28 036	77,6	22,4	28 803	77,0	23,0
842	Zahnärzt(e)/-innen, Kieferorthopäden/-orthopädinnen	a	2 347	72,0	28,0	2 563	71,1	28,9
		b	3 681	74,3	25,7	3 983	72,9	27,1
844	Apotheker/-innen, Pharmazeuten	a	6 276	51,6	48,4	6 424	50,5	49,5
		b	7 579	56,2	43,8	7 779	55,0	45,0
851	Heilpraktiker/-innen und verw. Berufe	a	1 237	40,7	59,3	1 468	37,3	62,7
		b	1 578	46,8	53,2	1 844	42,5	57,5
852	Masseur(e)/-innen, Krankengymnast(inn)en und verw. Berufe	a	32 592	48,4	51,6	33 659	47,7	52,3
		b	41 440	54,1	45,9	42 792	53,4	46,6
853	Gesundheit- und Krankenpfleger/-innen und verw. Berufe, Lehrkräfte im Gesundheitswesen	a	157 940	52,7	47,3	159 740	52,8	47,2
		b	193 322	58,2	41,8	195 522	58,2	41,8
854	Gesundheit- und Krankenpflegeassistent(inn)en, Helfer/-innen Rettungsdienst ²⁾³⁾	a	28 848	38,7	61,3	29 199	39,0	61,0
		b	41 441	50,5	49,5	42 290	50,8	49,2
855	Diät-, pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en, Ernährungsberater/-innen	a	18 076	54,4	45,6	18 239	53,0	47,0
		b	18 550	55,1	44,9	18 734	53,8	46,2
856	Arzt und Praxishelfer/-innen	a	144 828	63,6	36,4	147 423	62,6	37,4
		b	148 397	64,1	35,9	151 123	63,0	37,0
857	Med.-technische Assistent(inn)en in versch. Fachbereichen	a	16 048	56,2	43,8	16 195	56,6	43,4
		b	17 685	59,2	40,8	17 956	59,6	40,4
x	Insgesamt	a	454 730	55,6	44,4	462 375	55,2	44,8
		b	540 949	59,9	40,1	550 513	59,5	40,5

1) Die Ergebnisse können bis drei Jahre nach dem Erhebungsstichtag von der Bundesagentur für Arbeit noch revidiert werden. Sie haben somit vorläufigen Charakter. – 2) einschließlich Fachkräfte – 3) 1995: Helfer/-innen in der Krankenpflege

**A II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 1995, 2015 und 2016
nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %	
		1995	2015	2016	2015	2016
		a = weiblich b = Zusammen				
Leitende Ärzt(e)-innen	a	206	377	386	+83,0	+87,4
	b	3 045	3 412	3 454	+12,1	+13,4
Oberärzt(e)-innen	a	991	3 196	3 487	+222,5	+251,9
	b	5 393	10 720	11 226	+98,8	+108,2
Assistenzärzt(e)-innen	a	6 615	15 197	15 616	+129,7	+136,1
	b	16 948	27 232	28 061	+60,7	+65,6
Hauptamtliche Ärzt(e)-innen zusammen	a	7 812	18 770	19 489	+140,3	+149,5
	b	25 386	41 364	42 741	+62,9	+68,4
Belegärzt(e)-innen	a	.	.	.	x	x
	b	762	513	517	-32,7	-32,2
Ärzt(e)-innen insgesamt	a	9 122	18 770	19 489	+105,8	+113,6
	b	29 077	41 877	43 258	+44,0	+48,8
Zahnärzt(e)-innen	a	53	145	138	+173,6	+160,4
	b	210	327	300	+55,7	+42,9
Pflegepersonal	a	94 390	88 438	89 680	-6,3	-5,0
	b	112 324	105 264	107 007	-6,3	-4,7
davon						
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	66 149	67 855	68 658	+2,6	+3,8
	b	78 309	81 943	83 140	+4,6	+6,2
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	8 978	4 281	4 238	-52,3	-52,8
	b	10 677	5 164	5 129	-51,6	-52,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	9 983	9 687	9 820	-3,0	-1,6
	b	10 097	9 925	10 068	-1,7	-0,3
sonstige Pflegepersonen	a	9 280	6 615	6 964	-28,7	-25,0
	b	13 241	8 232	8 670	-37,8	-34,5
Medizinisch-technischer Dienst	a	33 259	39 666	40 262	+19,3	+21,1
	b	38 661	46 499	47 155	+20,3	+22,0
davon						
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	1 013	1 316	1 322	+29,9	+30,5
	b	1 055	1 446	1 454	+37,1	+37,8
Zytologieassistent(inn)en	a	45	19	16	-57,8	-64,4
	b	50	20	17	-60,0	-66,0
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	3 508	3 341	3 400	-4,8	-3,1
	b	3 781	3 831	3 907	+1,3	+3,3
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	5 956	4 003	4 037	-32,8	-32,2
	b	6 173	4 219	4 256	-31,7	-31,1
Apotheker/-innen	a	222	307	327	+38,3	+47,3
	b	436	456	473	+4,6	+8,5
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	362	595	606	+64,4	+67,4
	b	367	612	630	+66,8	+71,7
sonstiges Apothekenpersonal	a	630	409	409	-35,1	-35,1
	b	703	491	487	-30,2	-30,7
Krankengymnast(inn)en	a	2 898	3 494	3 507	+20,6	+21,0
	b	3 541	4 823	4 870	+36,2	+37,5
Masseur(e)-innen, med. Bademeister/-innen	a	951	593	590	-37,6	-38,0
	b	1 924	1 042	1 010	-45,8	-47,5
Logopäd(inn)en	a	278	549	569	+97,5	+104,7
	b	320	603	618	+88,4	+93,1

**Noch: A II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 1995, 2015 und 2016
nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen					
	Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %		
	1995	2015	2016	2015	2016	
Noch: Medizinisch-technischer Dienst						
Heilpädagog(inn)en	a	132	217	221	+64,4	+67,4
	b	163	243	251	+49,1	+54,0
Psycholog(inn)en	a	740	2 404	2 498	+224,9	+237,6
	b	1 351	3 072	3 176	+127,4	+135,1
Diätassistent(inn)en	a	1 161	835	829	-28,1	-28,6
	b	1 188	860	854	-27,6	-28,1
Sozialarbeiter/-innen	a	746	1 911	2 033	+156,2	+172,5
	b	1 121	2 406	2 528	+114,6	+125,5
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	14 462	19 673	19 898	+36,0	+37,6
	b	16 183	22 375	22 624	+38,3	+39,8
Funktionsdienst	a	17 065	23 949	24 537	+40,3	+43,8
	b	21 970	30 312	30 993	+38,0	+41,1
davon						
Personal im Operationsdienst	a	5 213	6 137	6 166	+17,7	+18,3
	b	6 652	7 914	7 939	+19,0	+19,3
Personal in der Anästhesie	a	1 870	2 655	2 654	+42,0	+41,9
	b	2 996	4 098	4 102	+36,8	+36,9
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	949	1 443	1 520	+52,1	+60,2
	b	1 078	1 645	1 745	+52,6	+61,9
Personal in der Endoskopie	a	893	1 362	1 410	+52,5	+57,9
	b	991	1 556	1 616	+57,0	+63,1
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	2 556	4 466	4 676	+74,7	+82,9
	b	3 202	5 322	5 581	+66,2	+74,3
Hebammen/Entbindungspfleger	a	2 219	2 364	2 440	+6,5	+10,0
	b	2 219	2 365	2 441	+6,6	+10,0
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(inn)en	a	1 177	1 940	2 001	+64,8	+70,0
	b	1 820	2 504	2 542	+37,6	+39,7
Krankentransportdienst	a	62	123	138	+98,4	+122,6
	b	308	512	587	+66,2	+90,6
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	2 126	3 459	3 532	+62,7	+66,1
	b	2 704	4 396	4 440	+62,6	+64,2
Sonstige Dienste	a	41 905	27 502	27 884	-34,4	-33,5
	b	61 169	42 831	43 287	-30,0	-29,2
Sonstiges Personal	a	3 060	3 460	3 495	+13,1	+14,2
	b	6 916	4 847	4 905	-29,9	-29,1
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	189 679	183 015	185 858	-3,5	-2,0
	b	241 040	229 753	233 347	-4,7	-3,2
Personal der Ausbildungsstätten	a	1 238	987	1 028	-20,3	-17,0
	b	1 763	1 324	1 367	-24,9	-22,5
Beleghebammen/-entbindungspfleger	a	.	178	181	x	x
	b	.	179	182	x	x
Insgesamt	a	200 092	203 095	206 694	+1,5	+3,3
	b	272 090	273 460	278 454	+0,5	+2,3

**A II 2.1.2 Personal der allgemeinen Krankenhäuser am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal der allgemeinen Krankenhäuser						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Ärztliches Personal	a	16 801	66,8	33,2	17 446	66,3	33,7
	b	37 875	79,3	20,7	39 153	78,4	21,6
davon							
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	7 545	51,2	48,8	7 998	51,5	48,5
	b	21 198	73,7	26,3	21 988	72,5	27,5
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	9 256	79,5	20,5	9 448	78,9	21,1
	b	16 677	86,5	13,5	17 165	86,0	14,0
Zahnärzt(e)-innen	a	145	49,7	50,3	138	47,8	52,2
	b	327	60,9	39,1	300	59,3	40,7
Pflegepersonal	a	77 155	44,9	55,1	78 309	44,7	55,3
	b	90 258	49,5	50,5	91 918	49,3	50,7
davon							
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	59 050	46,7	53,3	59 831	46,3	53,7
	b	70 141	51,9	48,1	71 339	51,7	48,3
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	3 237	42,2	57,8	3 205	41,8	58,2
	b	3 803	45,7	54,3	3 769	45,4	54,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	9 447	38,8	61,2	9 602	40,1	59,9
	b	9 655	39,5	60,5	9 823	40,9	59,1
sonstige Pflegepersonen	a	5 421	37,9	62,1	5 671	36,9	63,1
	b	6 659	40,4	59,6	6 987	39,1	60,9
Medizinisch-technischer Dienst	a	33 323	48,3	51,7	33 861	47,8	52,2
	b	38 512	52,4	47,6	39 110	51,9	48,1
davon							
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	1 163	53,7	46,3	1 157	50,5	49,5
	b	1 287	57,0	43,0	1 277	54,1	45,9
Zytologieassistent(inn)en	a	19	x	x	16	x	x
	b	20	x	x	17	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	3 294	49,6	50,4	3 353	50,1	49,9
	b	3 782	54,2	45,8	3 857	54,3	45,7
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	3 955	48,7	51,3	3 992	47,7	52,3
	b	4 168	50,7	49,3	4 207	49,8	50,2
Apotheker/-innen	a	286	63,3	36,7	308	65,3	34,7
	b	432	72,2	27,8	451	73,8	26,2
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	579	56,5	43,5	589	55,0	45,0
	b	595	57,5	42,5	611	56,5	43,5
sonstiges Apothekenpersonal	a	386	54,4	45,6	385	53,5	46,5
	b	468	61,5	38,5	463	59,8	40,2
Krankengymnast(inn)en	a	2 173	43,7	56,3	2 199	43,3	56,7
	b	2 976	54,3	45,7	3 018	53,7	46,3
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	310	41,3	58,7	314	39,2	60,8
	b	577	61,4	38,6	561	59,5	40,5
Logopäd(inn)en	a	322	33,9	66,1	344	33,4	66,6
	b	357	35,3	64,7	378	34,9	65,1
Heilpädagog(inn)en	a	136	32,4	67,6	139	30,9	69,1
	b	153	35,3	64,7	159	34,0	66,0
Psycholog(inn)en	a	904	26,5	73,5	963	24,3	75,7
	b	1 159	33,1	66,9	1 212	30,4	69,6
Diätassistent(inn)en	a	630	47,6	52,4	635	46,9	53,1
	b	651	49,0	51,0	656	48,2	51,8
Sozialarbeiter/-innen	a	1 068	35,2	64,8	1 201	38,0	62,0
	b	1 280	42,2	57,8	1 429	44,5	55,5
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	18 098	49,9	50,1	18 266	49,6	50,4
	b	20 607	53,1	46,9	20 814	52,8	47,2

**Noch: A II 2.1.2 Personal der allgemeinen Krankenhäuser am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal der allgemeinen Krankenhäuser						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Funktionsdienst	a	22 299	48,1	51,9	22 870	47,6	52,4
	b	28 121	55,9	44,1	28 788	55,3	44,7
davon							
Personal im Operationsdienst	a	6 137	58,1	41,9	6 166	57,0	43,0
	b	7 914	65,1	34,9	7 939	64,0	36,0
Personal in der Anästhesie	a	2 655	50,6	49,4	2 654	50,3	49,7
	b	4 098	63,8	36,2	4 102	63,1	36,9
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	1 359	48,7	51,3	1 448	47,9	52,1
	b	1 553	53,7	46,3	1 668	53,2	46,8
Personal in der Endoskopie	a	1 356	45,3	54,7	1 404	43,9	56,1
	b	1 549	50,9	49,1	1 609	49,8	50,2
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	4 386	46,5	53,5	4 584	46,8	53,2
	b	5 233	51,9	48,1	5 479	52,0	48,0
Hebammen/Entbindungspfleger	a	2 364	25,5	74,5	2 440	25,2	74,8
	b	2 365	25,6	74,4	2 441	25,2	74,8
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(inn)en	a	739	38,4	61,6	786	39,7	60,3
	b	888	44,4	55,6	926	44,9	55,1
Krankentransportdienst	a	121	49,6	50,4	135	52,6	47,4
	b	508	82,5	17,5	583	83,4	16,6
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	3 182	48,6	51,4	3 253	48,8	51,2
	b	4 013	55,0	45,0	4 041	54,2	45,8
Sonstige Dienste	a	22 281	46,9	53,1	22 531	45,5	54,5
	b	35 359	61,8	38,2	35 660	60,5	39,5
Sonstiges Personal	a	2 755	62,3	37,7	2 823	62,4	37,6
	b	3 822	63,7	36,3	3 946	63,8	36,2
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	157 813	46,6	53,4	160 394	46,2	53,8
	b	196 072	53,5	46,5	199 422	53,0	47,0
Personal der Ausbildungsstätten	a	938	47,1	52,9	973	44,3	55,7
	b	1 247	55,6	44,4	1 284	53,2	46,8
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	178	x	x	181	x	x
	b	179	x	x	182	x	x
Insgesamt²⁾	a	175 875	48,6	51,4	179 132	48,2	51,8
	b	235 700	57,7	42,3	240 341	57,2	42,8

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

**A II 2.1.3 Personal der sonstigen Krankenhäuser am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal der sonstigen Krankenhäuser						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Ärztliches Personal	a	1 253	55,5	44,5	1 307	54,3	45,7
	b	2 046	67,9	32,1	2 109	66,8	33,2
davon							
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	572	48,3	51,7	592	49,2	50,8
	b	1 068	65,9	34,1	1 087	65,4	34,6
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	681	61,5	38,5	715	58,6	41,4
	b	978	70,1	29,9	1 022	68,2	31,8
Pflegepersonal	a	7 054	46,9	53,1	7 165	46,1	53,9
	b	10 054	54,8	45,2	10 163	53,9	46,1
davon							
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	5 735	49,6	50,4	5 792	48,7	51,3
	b	8 204	58,0	42,0	8 242	57,2	42,8
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	611	31,3	68,7	583	29,7	70,3
	b	879	35,7	64,3	867	34,8	65,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	123	41,5	58,5	122	41,0	59,0
	b	149	44,3	55,7	146	42,5	57,5
sonstige Pflegepersonen	a	585	38,3	61,7	668	38,5	61,5
	b	822	44,8	55,2	908	43,5	56,5
Medizinisch-technischer Dienst	a	2 860	35,2	64,8	2 914	32,8	67,2
	b	3 424	39,6	60,4	3 472	37,4	62,6
davon							
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	96	30,2	69,8	89	29,2	70,8
	b	102	32,4	67,6	97	32,0	68,0
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	13	x	x	13	x	x
	b	15	x	x	15	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	24	x	x	20	x	x
	b	26	34,6	65,4	23	x	x
Apotheker/-innen	a	20	x	x	18	x	x
	b	23	x	x	21	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	16	x	x	15	x	x
	b	17	x	x	16	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	23	x	x	24	x	x
	b	23	x	x	24	x	x
Krankengymnast(inn)en	a	229	33,6	66,4	233	27,5	72,5
	b	300	43,7	56,3	303	39,3	60,7
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	23	x	x	25	4,0	96,0
	b	36	33,3	66,7	39	25,6	74,4
Logopäd(inn)en	a	21	x	x	20	x	x
	b	23	x	x	22	x	x
Heilpädagog(inn)en	a	48	37,5	62,5	46	34,8	65,2
	b	54	38,9	61,1	51	39,2	60,8
Psycholog(inn)en	a	919	28,3	71,7	959	24,8	75,2
	b	1 145	31,8	68,2	1 184	28,6	71,4
Diätassistent(inn)en	a	30	60,0	40,0	28	57,1	42,9
	b	32	56,3	43,8	28	57,1	42,9
Sozialarbeiter/-innen	a	495	41,8	58,2	492	41,5	58,5
	b	657	49,8	50,2	652	49,1	50,9
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	903	39,3	60,7	932	38,4	61,6
	b	971	41,6	58,4	997	40,6	59,4

Noch: **A II 2.1.3 Personal der sonstigen Krankenhäuser am 31. Dezember 2015 und 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal der sonstigen Krankenhäuser						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Funktionsdienst	a	867	39,8	60,2	905	38,2	61,8
	b	1 169	47,7	52,3	1 200	46,1	53,9
davon							
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	–	x	x	3	x	x
	b	–	x	x	3	x	x
Personal in der Endoskopie	a	3	x	x	3	x	x
	b	4	x	x	4	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	79	31,6	68,4	89	32,6	67,4
	b	87	33,3	66,7	98	36,7	63,3
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(inn)en	a	653	40,0	60,0	680	38,7	61,3
	b	909	48,7	51,3	924	46,9	53,1
Krankentransportdienst	a	2	x	x	3	x	x
	b	4	x	x	4	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	130	45,4	54,6	127	41,7	58,3
	b	165	50,9	49,1	167	48,5	51,5
Sonstige Dienste	a	2 157	34,9	65,1	2 284	34,7	65,3
	b	3 393	51,9	48,1	3 539	50,8	49,2
Sonstiges Personal	a	329	66,6	33,4	310	61,6	38,4
	b	460	67,0	33,0	433	64,7	35,3
Nicht ärztliches Personal zusammen	a	13 267	42,5	57,5	13 578	41,1	58,9
	b	18 500	51,3	48,7	18 807	50,0	50,0
Personal der Ausbildungsstätten	a	46	47,8	52,2	54	44,4	55,6
	b	73	63,0	37,0	82	58,5	41,5
Insgesamt	a	14 566	43,6	56,4	14 939	42,3	57,7
	b	20 619	53,0	47,0	20 998	51,7	48,3

**A II 2.1.4 Personal der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Ärztliches Personal	a	716	62,2	37,8	736	60,9	39,1
	b	1 443	72,7	27,3	1 479	72,0	28,0
davon							
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	436	61,5	38,5	447	60,2	39,8
	b	963	73,2	26,8	965	72,8	27,2
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	280	63,2	36,8	289	61,9	38,1
	b	480	71,7	28,3	514	70,4	29,6
Pflegepersonal	a	4 229	42,1	57,9	4 206	41,8	58,2
	b	4 952	45,6	54,4	4 926	45,6	54,4
davon							
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	3 070	44,0	56,0	3 035	44,2	55,8
	b	3 598	48,1	51,9	3 559	48,4	51,6
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	433	40,0	60,0	450	35,8	64,2
	b	482	42,9	57,1	493	37,7	62,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	117	39,3	60,7	96	34,4	65,6
	b	121	41,3	58,7	99	36,4	63,6
sonstige Pflegepersonen	a	609	34,8	65,2	625	35,7	64,3
	b	751	36,2	63,8	775	38,8	61,2
Medizinisch-technischer Dienst	a	3 483	40,3	59,7	3 487	40,0	60,0
	b	4 563	48,0	52,0	4 573	47,5	52,5
davon							
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	57	28,1	71,9	76	28,9	71,1
	b	57	28,1	71,9	80	28,8	71,3
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	34	20,6	79,4	34	20,6	79,4
	b	34	20,6	79,4	35	22,9	77,1
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	24	x	x	25	20,0	80,0
	b	25	16,0	84,0	26	23,1	76,9
Apotheker/-innen	a	1	x	x	1	x	x
	b	1	x	x	1	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	–	x	x	2	x	x
	b	–	x	x	3	x	x
Krankengymnast(inn)en	a	1 092	48,1	51,9	1 075	48,2	51,8
	b	1 547	56,9	43,1	1 549	57,5	42,5
Masseur(e)-innen, med. Bademeister/-innen	a	260	47,3	52,7	251	45,0	55,0
	b	429	61,1	38,9	410	59,0	41,0
Logopäd(inn)en	a	206	36,4	63,6	205	37,1	62,9
	b	223	39,0	61,0	218	39,9	60,1
Heilpädagog(inn)en	a	33	30,3	69,7	36	22,2	77,8
	b	36	30,6	69,4	41	22,0	78,0
Psycholog(inn)en	a	581	36,8	63,2	576	35,2	64,8
	b	768	43,1	56,9	780	40,6	59,4
Diätassistent(inn)en	a	175	40,0	60,0	166	41,6	58,4
	b	177	40,7	59,3	170	42,4	57,6
Sozialarbeiter/-innen	a	348	41,1	58,9	340	42,4	57,6
	b	469	49,5	50,5	447	49,4	50,6
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	672	32,4	67,6	700	32,6	67,4
	b	797	36,3	63,7	813	36,4	63,6

**Noch: A II 2.1.4 Personal der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang**

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
	2015			2016			
	insgesamt	davon in %		insgesamt	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Funktionsdienst	a	783	41,1	58,9	762	40,4	59,6
	b	1 022	45,6	54,4	1 005	44,7	55,3
davon							
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	84	27,4	72,6	69	26,1	73,9
	b	92	30,4	69,6	74	27,0	73,0
Personal in der Endoskopie	a	3	x	x	3	x	x
	b	3	x	x	3	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	1	x	x	3	x	x
	b	2	x	x	4	x	x
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(inn)en	a	548	45,1	54,9	535	44,3	55,7
	b	707	50,9	49,1	692	49,6	50,4
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	147	34,0	66,0	152	34,2	65,8
	b	218	34,4	65,6	232	36,2	63,8
Sonstige Dienste	a	3 064	37,9	62,1	3 069	37,1	62,9
	b	4 079	46,4	53,6	4 088	46,0	54,0
Sonstiges Personal	a	376	46,8	53,2	362	48,6	51,4
	b	565	51,5	48,5	526	52,1	47,9
Nicht ärztliches Personal zusammen	a	11 935	40,6	59,4	11 886	40,2	59,8
	b	15 181	46,8	53,2	15 118	46,5	53,5
Personal der Ausbildungsstätten	a	3	x	x	1	x	x
	b	4	x	x	1	x	x
Insgesamt	a	12 654	41,8	58,2	12 623	41,4	58,6
	b	16 628	49,0	51,0	16 598	48,7	51,3

**A II 2.1.5 Hauptamtliche Gebietsärztinnen und Gebietsärzte in einer Weiterbildung der Krankenhäuser
oder der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Gebietsbezeichnung sowie Beschäftigungsumfang**

Gebietsbezeichnung	Hauptamtliche Gebietsärztinnen und Gebietsärzte in einer Weiterbildung der Krankenhäuser oder der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
	2015			2016			
	Anzahl	davon in %		Anzahl	davon in %		
		Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit	
Allgemeinmedizin	a	128	50,8	49,2	134	49,3	50,7
	b	223	60,5	39,5	257	61,9	38,1
Anästhesiologie	a	1 585	37,9	62,1	1 655	40,2	59,8
	b	3 798	62,7	37,3	3 908	62,9	37,1
Augenheilkunde	a	78	65,4	34,6	81	65,4	34,6
	b	196	82,7	17,3	202	82,2	17,8
Chirurgie	a	787	62,0	38,0	836	61,5	38,5
	b	3 773	82,8	17,2	3 959	81,0	19,0
Diagnostische Radiologie	a	268	54,1	45,9	282	52,5	47,5
	b	853	76,2	23,8	889	75,4	24,6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	a	865	46,9	53,1	923	46,0	54,0
	b	1 428	61,3	38,7	1 476	59,6	40,4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	a	93	63,4	36,6	107	63,6	36,4
	b	307	75,6	24,4	314	72,9	27,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	a	88	53,4	46,6	98	53,1	46,9
	b	179	71,5	28,5	190	68,9	31,1
Innere Medizin	a	1 898	58,9	41,1	2 039	57,7	42,3
	b	5 295	77,2	22,8	5 514	75,4	24,6
Kinderheilkunde	a	658	48,0	52,0	674	47,6	52,4
	b	1 190	66,2	33,8	1 220	66,4	33,6
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	a	106	45,3	54,7	112	45,5	54,5
	b	170	60,6	39,4	174	60,3	39,7
Nervenheilkunde	a	3	x	x	1	x	x
	b	5	x	x	7	x	x
Neurologie	a	346	54,9	45,1	363	55,4	44,6
	b	892	76,7	23,3	921	75,7	24,3
Öffentliches Gesundheitswesen	a	4	x	x	5	x	x
	b	12	x	x	13	x	x
Orthopädie	a	180	65,6	34,4	187	65,2	34,8
	b	960	83,4	16,6	977	80,3	19,7
Psychiatrie und Psychotherapie	a	703	47,5	52,5	750	48,1	51,9
	b	1 424	65,9	34,1	1 462	65,0	35,0
Psychotherapeutische Medizin	a	81	60,5	39,5	90	57,8	42,2
	b	150	75,3	24,7	151	70,2	29,8
Strahlentherapie	a	70	47,1	52,9	69	49,3	50,7
	b	171	55,0	45,0	162	54,3	45,7
Urologie	a	120	48,3	51,7	128	53,1	46,9
	b	627	80,2	19,8	641	79,4	20,6
Sonstige Gebietsbezeichnungen	a	492	56,5	43,5	503	57,9	42,1
	b	1 576	76,8	23,2	1 603	76,2	23,8
Insgesamt	a	8 553	51,5	48,5	9 037	51,7	48,3
	b	23 229	73,3	26,7	24 040	72,2	27,8

**A II 2.1.6 Weitergebildetes Personal in Pflegeberufen der Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 1995, 2015 und 2016
nach Funktionsbereichen**

Funktionsbereich		Personal in Pflegeberufen mit abgeschlossener Weiterbildung				
		Anzahl			Veränderung gegenüber 1995 in %	
		1995	2015	2016	2015	2016
Intensivpflege	a	3 211	5 912	5 915	+84,1	+84,2
	b	4 653	8 383	8 418	+80,2	+80,9
OP-Dienst	a	1 431	2 556	2 487	+78,6	+73,8
	b	1 941	3 465	3 387	+78,5	+74,5
Psychiatrie	a	410	1 035	1 123	+152,4	+173,9
	b	610	1 574	1 711	+158,0	+180,5

A II 2.2.1 Berufstätige Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2015 und 2016 nach Tätigkeitsbereichen

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte						
	2015		2016		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % bezogen auf		
	Anzahl	Einwohner je Ärztin/Arzt	Anzahl	Einwohner je Ärztin/Arzt ¹⁾	Anzahl	Einwohner je Ärztin/Arzt ¹⁾	
Ambulant	a	12 438	1 436	12 949	1 382	+4,1	-3,8
	b	31 581	566	32 000	559	+1,3	-1,2
davon							
Vertragsärzt(e)-innen	a	7 942	2 249	7 941	2 253	-	+0,2
	b	23 298	767	22 930	780	-1,6	+1,7
Privatärzt(e)-innen	a	883	20 233	861	20 778	-2,5	+2,7
	b	2 102	8 499	2 049	8 731	-2,5	+2,7
in Praxen angestellte Ärzt(e)-innen	a	3 613	4 945	4 147	4 314	+14,8	-12,8
	b	6 181	2 890	7 021	2 548	+13,6	-11,8
Stationär	a	20 146	887	20 749	862	+3,0	-2,8
	b	42 878	417	43 857	408	+2,3	-2,2
Behörden, Körperschaften u. a.	a	854	20 920	852	20 998	-0,2	+0,4
	b	1 472	12 137	1 449	12 347	-1,6	+1,7
Sonstige Bereiche	a	1 574	11 350	1 589	11 259	+1,0	-0,8
	b	3 298	5 417	3 323	5 384	+0,8	-0,6
Insgesamt	a	35 012	510	36 139	495	+3,2	-2,9
	b	79 229	225	80 629	222	+1,8	-1,3

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.2.2 Berufstätige Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2016 nach Gebietsbezeichnungen und Tätigkeitsbereichen

Gebietsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte											
	insgesamt		ambulant					stationär		Behörden, Körperschaften u.a.	sonstige Be- reiche	
			zusammen		davon							
	Anzahl	Ein- wohner je Ärztin/ Arzt ¹⁾	Anzahl	Ein- wohner je Ärztin/ Arzt ¹⁾	Ver- trags- ärzt(e)/ -innen	Privat- ärzt(e)/ -innen	ange- stellte Ärzt(e)/ -innen	Anzahl	Ein- wohner je Ärztin/ Arzt ¹⁾			
Ohne Gebietsbezeichnung	a	12 586	1 421	1 106	16 175	157	184	765	10 675	1 676	282	523
	b	21 848	819	1 727	10 359	308	283	1 136	18 844	949	381	896
Praktische Ärztin/ Praktischer Arzt	a	555	32 234	466	38 391	383	42	41	32	559 066	12	45
	b	1 068	16 751	941	19 012	798	73	70	44	406 593	14	69
Augenheilkunde	a	673	26 583	551	32 468	319	25	207	98	182 552	2	22
	b	1 598	11 195	1 329	13 461	925	52	352	231	77 446	3	35
Chirurgie	a	1 567	11 417	350	51 115	136	49	165	1 110	16 117	36	71
	b	8 169	2 190	2 698	6 631	1 866	339	493	5 080	3 522	113	278
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	a	2 873	6 227	1 733	10 323	1 294	68	371	1 031	17 352	24	85
	b	4 300	4 160	2 618	6 833	2 067	111	440	1 531	11 685	27	124
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	a	456	39 233	292	61 267	209	11	72	149	120 068	3	12
	b	1 384	12 926	995	17 980	829	32	134	352	50 824	6	31
Haut- und Geschlechts- krankheiten	a	694	25 778	512	34 942	301	60	151	144	124 237	8	30
	b	1 286	13 911	983	18 199	680	106	197	249	71 848	11	43
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	a	7 726	2 316	4 646	3 851	3 176	198	1 272	2 548	7 021	219	313
	b	19 899	899	12 596	1 420	9 880	550	2 166	6 141	2 913	431	731
Kinder- und Jugendmedizin	a	1 839	9 728	855	20 924	523	56	276	814	21 978	100	70
	b	3 222	5 552	1 605	11 146	1 196	85	324	1 410	12 688	114	93
Kinder- und Jugendpsychia- trie und -psychotherapie	a	313	57 157	163	109 755	123	7	33	144	124 237	3	3
	b	489	36 585	262	68 283	211	12	39	216	82 825	4	7
Nervenheilkunde	a	138	129 638	95	188 317	70	14	11	28	638 932	4	11
	b	483	37 040	327	54 710	260	46	21	98	182 552	16	42
Neurologie	a	745	24 014	201	89 005	113	15	73	510	35 079	14	20
	b	1 711	10 456	515	34 738	346	39	130	1 132	15 804	24	40
Öffentliches Gesundheitswesen	a	58	308 450	4	4 472 525	1	1	2	4	4 472 525	39	11
	b	134	133 508	8	2 236 263	2	3	3	6	2 981 683	87	33
Psychiatrie und Psychotherapie	a	1 263	14 165	524	34 141	408	31	85	670	26 702	32	37
	b	2 454	7 290	970	18 443	768	69	133	1 328	13 471	66	90
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	a	321	55 732	256	69 883	217	29	10	56	319 466	1	8
	b	582	30 739	446	40 112	369	58	19	120	149 084	2	14
Radiologie	a	603	29 668	265	67 510	75	7	183	309	57 897	1	28
	b	1 908	9 376	895	19 989	445	35	415	939	19 052	9	65
Sonstige Gebietsbezeichnungen	a	3 729	4 798	930	19 237	436	64	430	2 427	7 371	72	300
	b	10 094	1 772	3 085	5 799	1 980	156	949	6 136	2 916	141	732
Insgesamt	a	36 139	495	12 949	1 382	7 941	861	4 147	20 749	862	852	1 589
	b	80 629	222	32 000	559	22 930	2 049	7 021	43 857	408	1 449	3 323

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**A II 2.2.3 Berufstätige Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2016
nach Altersgruppen und Gebietsbezeichnungen**

Gebietsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen		Berufstätige Ärztinnen und Ärzte												
		insgesamt	davon im Alter von ... Jahren											
			bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		über 65	
			Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt
Ohne Gebietsbezeichnung	a	12 586	7 525	59,8	1 802	14,3	1 402	11,1	1 292	10,3	436	3,5	129	1,0
	b	21 848	13 340	61,1	3 260	14,9	2 260	10,3	1 955	8,9	771	3,5	262	1,2
Praktische Ärztin/ Praktischer Arzt	a	555	–	–	–	–	5	0,9	324	58,4	165	29,7	61	11,0
	b	1 068	–	–	–	–	9	0,8	502	47,0	346	32,4	211	19,8
Augenheilkunde	a	673	50	7,4	70	10,4	226	33,6	229	34,0	60	8,9	38	5,6
	b	1 598	93	5,8	154	9,6	433	27,1	576	36,0	209	13,1	133	8,3
Chirurgie	a	1 567	107	6,8	276	17,6	628	40,1	449	28,7	94	6,0	13	0,8
	b	8 169	262	3,2	1 029	12,6	2 735	33,5	2 727	33,4	990	12,1	426	5,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	a	2 873	150	5,2	357	12,4	1 011	35,2	1 044	36,3	254	8,8	57	2,0
	b	4 300	190	4,4	430	10,0	1 250	29,1	1 569	36,5	573	13,3	288	6,7
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	a	456	44	9,6	64	14,0	160	35,1	130	28,5	44	9,6	14	3,1
	b	1 384	70	5,1	154	11,1	415	30,0	413	29,8	221	16,0	111	8,0
Haut- und Geschlechts- krankheiten	a	694	48	6,9	95	13,7	256	36,9	201	29,0	58	8,4	36	5,2
	b	1 286	58	4,5	133	10,3	394	30,6	437	34,0	167	13,0	97	7,5
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	a	7 726	311	4,0	901	11,7	2 590	33,5	2 873	37,2	801	10,4	250	3,2
	b	19 899	552	2,8	1 832	9,2	5 515	27,7	7 212	36,2	3 005	15,1	1 783	9,0
Kinder- und Jugendmedizin	a	1 839	146	7,9	303	16,5	645	35,1	535	29,1	172	9,4	38	2,1
	b	3 222	190	5,9	455	14,1	1 011	31,4	1 032	32,0	399	12,4	135	4,2
Kinder- und Jugendpsychia- trie und -psychotherapie	a	313	13	4,2	34	10,9	99	31,6	130	41,5	31	9,9	6	1,9
	b	489	14	2,9	49	10,0	143	29,2	205	41,9	62	12,7	16	3,3
Nervenheilkunde	a	138	–	–	1	0,7	15	10,9	36	26,1	51	37,0	35	25,4
	b	483	1	0,2	2	0,4	30	6,2	103	21,3	194	40,2	153	31,7
Neurologie	a	745	62	8,3	160	21,5	319	42,8	173	23,2	28	3,8	3	0,4
	b	1 711	93	5,4	291	17,0	673	39,3	517	30,2	104	6,1	33	1,9
Öffentliches Gesundheitswesen	a	58	–	–	2	3,4	3	5,2	25	43,1	27	46,6	1	1,7
	b	134	1	0,7	2	1,5	4	3,0	59	44,0	61	45,5	7	5,2
Psychiatrie und Psychotherapie	a	1 263	23	1,8	92	7,3	351	27,8	604	47,8	166	13,1	27	2,1
	b	2 454	39	1,6	147	6,0	692	28,2	1 152	46,9	340	13,9	84	3,4
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	a	321	–	–	10	3,1	33	10,3	141	43,9	82	25,5	55	17,1
	b	582	–	–	14	2,4	53	9,1	213	36,6	177	30,4	125	21,5
Radiologie	a	603	50	8,3	85	14,1	167	27,7	236	39,1	56	9,3	9	1,5
	b	1 908	114	6,0	248	13,0	513	26,9	712	37,3	246	12,9	75	3,9
Sonstige Gebietsbezeichnungen	a	3 729	191	5,1	480	12,9	1 128	30,2	1 452	38,9	407	10,9	71	1,9
	b	10 094	365	3,6	1 159	11,5	2 952	29,2	3 871	38,3	1 354	13,4	393	3,9
Insgesamt	a	36 139	8 720	24,1	4 732	13,1	9 038	25,0	9 874	27,3	2 932	8,1	843	2,3
	b	80 629	15 382	19,1	9 359	11,6	19 082	23,7	23 255	28,8	9 219	11,4	4 332	5,4

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.2.4 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2016 nach Altersgruppen und Gebietsbezeichnungen

Gebietsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen		Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte												
		ins- gesamt	davon im Alter von ... Jahren										über 65	
			bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		An- zahl	in % von insge- samt
			An- zahl	in % von insge- samt	An- zahl	in % von insge- samt	An- zahl	in % von insge- samt	An- zahl	in % von insge- samt	An- zahl	in % von insge- samt		
Ohne Gebietsbezeichnung	a	341	1	0,3	1	0,3	37	10,9	154	45,2	91	26,7	57	16,7
	b	591	1	0,2	3	0,5	59	10,0	228	38,6	170	28,8	130	22,0
Praktische Ärztin/ Praktischer Arzt	a	425	–	x	–	x	3	0,7	253	59,5	125	29,4	44	10,4
	b	871	–	x	–	x	5	0,6	415	47,6	284	32,6	167	19,2
Augenheilkunde	a	344	1	0,3	6	1,7	94	27,3	174	50,6	49	14,2	20	5,8
	b	977	3	0,3	24	2,5	225	23,0	469	48,0	177	18,1	79	8,1
Chirurgie	a	185	–	x	5	2,7	62	33,5	86	46,5	29	15,7	3	1,6
	b	2 205	–	x	57	2,6	592	26,8	975	44,2	389	17,6	192	8,7
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	a	1 362	–	x	30	2,2	392	28,8	706	51,8	192	14,1	42	3,1
	b	2 178	3	0,1	39	1,8	501	23,0	1 013	46,5	418	19,2	204	9,4
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	a	220	2	0,9	4	1,8	74	33,6	95	43,2	35	15,9	10	4,5
	b	861	4	0,5	28	3,3	248	28,8	328	38,1	176	20,4	77	8,9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	a	361	2	0,6	17	4,7	116	32,1	150	41,6	53	14,7	23	6,4
	b	786	5	0,6	25	3,2	209	26,6	346	44,0	133	16,9	68	8,7
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	a	3 374	9	0,3	95	2,8	887	26,3	1 658	49,1	553	16,4	172	5,1
	b	10 430	37	0,4	283	2,7	2 230	21,4	4 476	42,9	2 145	20,6	1 259	12,1
Kinder- und Jugendmedizin	a	579	1	0,2	19	3,3	155	26,8	272	47,0	106	18,3	26	4,5
	b	1 281	1	0,1	52	4,1	306	23,9	567	44,3	262	20,5	93	7,3
Kinder- und Jugendpsychia- trie und psychotherapie	a	130	–	x	5	3,8	27	20,8	75	57,7	20	15,4	3	2,3
	b	223	–	x	6	2,7	42	18,8	123	55,2	42	18,8	10	4,5
Nervenheilkunde	a	84	–	x	–	x	7	8,3	22	26,2	29	34,5	26	31,0
	b	306	–	x	–	x	16	5,2	66	21,6	118	38,6	106	34,6
Neurologie	a	128	–	x	6	4,7	39	30,5	69	53,9	11	8,6	3	2,3
	b	385	–	x	16	4,2	121	31,4	196	50,9	36	9,4	16	4,2
Öffentliches Gesundheitswesen	a	2	–	x	–	x	–	x	–	x	2	x	–	x
	b	5	–	x	–	x	–	x	1	x	3	x	1	x
Psychiatrie und Psychotherapie	a	439	1	0,2	7	1,6	84	19,1	251	57,2	82	18,7	14	3,2
	b	837	1	0,1	12	1,4	172	20,5	463	55,3	143	17,1	46	5,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	a	246	–	x	1	0,4	20	8,1	103	41,9	74	30,1	48	19,5
	b	427	–	x	1	0,2	29	6,8	156	36,5	134	31,4	107	25,1
Radiologie	a	82	–	x	2	2,4	15	18,3	46	56,1	15	18,3	4	4,9
	b	480	4	0,8	15	3,1	93	19,4	251	52,3	85	17,7	32	6,7
Sonstige Gebietsbezeichnungen	a	500	1	0,2	4	0,8	93	18,6	296	59,2	82	16,4	24	4,8
	b	2 136	3	0,1	38	1,8	478	22,4	1 084	50,7	381	17,8	152	7,1
Insgesamt	a	8 802	18	0,2	202	2,3	2 105	23,9	4 410	50,1	1 548	17,6	519	5,9
	b	24 979	62	0,2	599	2,4	5 326	21,3	11 157	44,7	5 096	20,4	2 739	11,0

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.2.5 An der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2015 und 2016

Gebietsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	An der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte						
	2015		2016				
	Anzahl	Einwohner je Ärztin/ Arzt	Anzahl	Einwohner je Ärztin/ Arzt ¹⁾	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % bezogen auf		
Anzahl					Einwohner je Ärztin/Arzt ¹⁾		
Praktische Ärzt(e)-innen	a	508	35 168	490	36 510	-3,5	+3,8
	b	1 286	13 892	1 204	14 859	-6,4	+7,0
Allgemeinmediziner/-innen	a	2 239	7 979	2 301	7 775	+2,8	-2,6
	b	5 676	3 148	5 671	3 155	-0,1	+0,2
Internist(inn)en	a	1 036	17 245	1 103	16 219	+6,5	-5,9
	b	3 300	5 414	3 363	5 320	+1,9	-1,7
Kinderärzt(e)-innen	a	585	30 539	612	29 232	+4,6	-4,3
	b	1 242	14 384	1 287	13 901	+3,6	-3,4
Sonstige	a	560	31 903	609	29 376	+8,8	-7,9
	b	973	18 361	1 053	16 990	+8,2	-7,5
Insgesamt	a	4 928	3 625	5 115	3 498	+3,8	-3,5
	b	12 477	1 432	12 578	1 422	+0,8	-0,7

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.2.6 Erteilte Anerkennungen von Gebietsbezeichnungen 2015 und 2016

Gebietsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen	Erteilte Anerkennungen von Gebietsbezeichnungen			
	2015	2016	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
	Anzahl			
Augenheilkunde	a	43	40	-7,0
	b	65	96	+47,7
Chirurgie	a	141	148	+4,0
	b	508	509	+0,2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	a	174	165	-5,2
	b	217	192	-11,5
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	a	24	26	+1,1
	b	43	51	+18,6
Haut- und Geschlechtskrankheiten	a	36	34	-5,6
	b	47	46	-2,1
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	a	491	504	+2,6
	b	931	965	+3,7
Kinder- und Jugendmedizin	a	150	158	+5,3
	b	203	215	+5,9
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	a	28	20	-28,6
	b	34	25	-26,5
Neurologie	a	59	63	+6,8
	b	101	106	+5,0
Öffentliches Gesundheitswesen	a	2	3	x
	b	3	5	x
Psychiatrie und Psychotherapie	a	77	84	+9,1
	b	125	128	+2,4
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	a	14	9	-36,7
	b	17	13	-24,5
Radiologie	a	43	45	+4,7
	b	97	134	+38,1
Sonstige Gebietsbezeichnungen	a	246	237	-3,7
	b	497	502	+1,0
Insgesamt	a	1 528	1 536	+0,5
	b	2 888	2 987	+3,4

Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**A II 2.3.1 Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte am 31. Dezember 2015 und 2016
nach Tätigkeitsbereichen**

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen	Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte						
	2015		2016		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % bezogen auf		
	Anzahl	Einwohner je Zahnärztin/ Zahnarzt	Anzahl	Einwohner je Zahnärztin/ Zahnarzt ¹⁾	Anzahl	Einwohner je Zahnärztin/ Zahnarzt ¹⁾	
Ambulant	a	5 352	3 338	5 490	3 259	+2,6	-2,4
	b	13 568	1 317	13 746	1 301	+1,3	-1,2
darunter							
Kieferorthopäd(inn)en	a	416	42 946	425	42 094	+2,2	-2,0
	b	752	23 757	778	22 995	+3,5	-3,2
Oralchirurg(inn)en	a	116	154 013	112	159 733	-3,4	+3,7
	b	560	31 903	564	31 720	+0,7	-0,6
Parodontolog(inn)en	a	12	1 488 793	12	1 490 842	x	+0,1
	b	47	380 117	47	380 640	-	+0,1
davon							
Vertragszahnärzt(e)-innen	a	3 237	5 519	3 212	5 570	-0,8	+0,9
	b	10 127	1 764	9 997	1 790	-1,3	+1,5
Privatzahnärzt(e)-innen	a	14	1 276 108	15	1 192 673	x	-6,5
	b	113	158 102	121	147 852	+7,1	-6,5
in Praxen angestellte Zahnärzt(e)-innen	a	2 101	8 503	2 263	7 905	+7,7	-7,0
	b	3 328	5 368	3 627	4 932	+9,0	-8,1
Stationär	a	224	79 757	243	73 622	+8,5	-7,7
	b	554	32 248	564	31 720	+1,8	-1,6
darunter							
Kieferorthopäd(inn)en	a	13	1 374 270	11	1 626 373	x	+18,3
	b	27	661 686	27	662 596	-	+0,1
Oralchirurg(inn)en	a	14	1 276 108	16	1 118 131	x	-12,4
	b	86	207 739	84	212 977	-2,3	+2,5
Parodontolog(inn)en	a	1	17 865 516	-	x	x	-100,0
	b	6	2 977 586	6	2 981 683	x	+0,1
Behörden, Körperschaften u. a.	a	59	302 805	58	308 450	-1,7	+1,9
	b	87	205 351	93	192 367	+6,9	-6,3
Insgesamt	a	5 635	3 170	5 791	3 089	+2,8	-2,6
	b	14 209	1 257	14 403	1 242	+1,4	-1,2
darunter							
Kieferorthopäd(inn)en	a	430	41 548	436	41 032	+1,4	-1,2
	b	780	22 905	805	22 224	+3,2	-3,0
Oralchirurg(inn)en	a	130	137 427	128	139 766	-1,5	+1,7
	b	648	27 570	650	27 523	+0,3	-0,2
Parodontolog(inn)en	a	13	1 374 270	12	1 490 842	x	+8,5
	b	53	337 085	53	337 549	-	+0,1

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniszahlen für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. --- Quelle: Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**A II 2.3.2 Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte am 31. Dezember 2016
nach Altersgruppen und Tätigkeitsbereichen**

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen		Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte												
		insgesamt	davon im Alter von ... Jahren											
			bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		über 65	
			Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt
Ambulant	a	5 490	1 245	22,7	701	12,8	1 606	29,3	1 342	24,4	413	7,5	183	3,3
	b	13 746	2 003	14,6	1 318	9,6	3 378	24,6	4 375	31,8	1 528	11,1	1 144	8,3
darunter														
Kieferorthopäd(inn)en	a	425	46	10,8	70	16,5	147	34,6	106	24,9	30	7,1	26	6,1
	b	778	60	7,7	101	13,0	242	31,1	226	29,0	71	9,1	78	10,0
Oralchirurg(inn)en	a	112	15	13,4	22	19,6	40	35,7	26	23,2	7	6,3	2	1,8
	b	564	45	8,0	81	14,4	170	30,1	175	31,0	63	11,2	30	5,3
Parodontolog(inn)en	a	12	4	x	3	x	2	x	3	x	–	x	–	x
	b	47	4	8,5	4	8,5	9	19,1	14	29,8	5	10,6	11	23,4
davon														
Vertragszahnärzt(e)/-innen	a	3 212	110	3,4	313	9,7	1 148	35,7	1 152	35,9	355	11,1	134	4,2
	b	9 997	262	2,6	720	7,2	2 755	27,6	4 060	40,6	1 388	13,9	812	8,1
Privatzahnärzt(e)/-innen	a	15	2	x	1	x	4	x	5	x	–	x	3	x
	b	121	4	3,3	6	5,0	16	13,2	39	32,2	14	11,6	42	34,7
in Praxen angestellte Zahnärzt(e)-innen	a	2 263	1 133	50,1	387	17,1	454	20,1	185	8,2	58	2,6	46	2,0
	b	3 627	1 737	47,9	591	16,3	607	16,7	276	7,6	126	3,5	290	8,0
Stationär	a	243	122	50,2	38	15,6	37	15,2	35	14,4	11	4,5	–	–
	b	564	232	41,1	101	17,9	99	17,6	88	15,6	35	6,2	9	1,6
darunter														
Kieferorthopäd(inn)en	a	11	4	x	4	x	2	x	1	x	–	x	–	x
	b	27	6	22,2	8	29,6	7	25,9	5	18,5	1	3,7	–	–
Oralchirurg(inn)en	a	16	5	x	2	x	5	x	2	x	2	x	–	x
	b	84	17	20,2	15	17,9	28	33,3	14	16,7	10	11,9	–	–
Parodontolog(inn)en	a	–	–	x	–	x	–	x	–	x	–	x	–	x
	b	6	2	x	1	x	2	x	1	x	–	x	–	x
Behörden, Körperschaften u. a.	a	58	5	8,6	5	8,6	12	20,7	25	43,1	11	19,0	–	–
	b	93	13	14,0	8	8,6	17	18,3	39	41,9	15	16,1	1	1,1
Insgesamt	a	5 791	1 372	23,7	744	12,8	1 655	28,6	1 402	24,2	435	7,5	183	3,2
	b	14 403	2 248	15,6	1 427	9,9	3 494	24,3	4 502	31,3	1 578	11,0	1 154	8,0
darunter														
Kieferorthopäd(inn)en	a	436	50	11,5	74	17,0	149	34,2	107	24,5	30	6,9	26	6,0
	b	805	66	8,2	109	13,5	249	30,9	231	28,7	72	8,9	78	9,7
Oralchirurg(inn)en	a	128	20	15,6	24	18,8	45	35,2	28	21,9	9	7,0	2	1,6
	b	650	62	9,5	96	14,8	200	30,8	189	29,1	73	11,2	30	4,6
Parodontolog(inn)en	a	12	4	x	3	x	2	x	3	x	–	x	–	x
	b	53	6	11,3	5	9,4	11	20,8	15	28,3	5	9,4	11	20,8

Quelle: Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.4.1 Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker am 31. Dezember 2015 und 2016 nach Tätigkeitsbereichen

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen		Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker					
		2015		2016		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % bezogen auf	
		Anzahl	Einwohner je Apotheker/-in	Anzahl	Einwohner je Apotheker/-in ¹⁾		
In öffentlichen Apotheken	a	7 503	2 381	7 607	2 352	+1,4	-1,2
davon	b	10 505	1 701	10 629	1 683	+1,2	-1,1
Apothekenleiter/-innen	a	1 527	11 700	1 516	11 801	-0,7	+0,9
	b	3 529	5 062	3 465	5 163	-1,8	+2,0
angestellte Apotheker/-innen	a	5 976	2 990	6 091	2 937	+1,9	-1,8
	b	6 976	2 561	7 164	2 497	+2,7	-2,5
In Krankenhausapotheken	a	347	51 486	376	47 580	+8,4	-7,6
davon	b	509	35 099	533	33 565	+4,7	-4,4
Apothekenleiter/-innen	a	30	595 517	33	542 124	+10,0	-9,0
	b	86	207 739	87	205 633	+1,2	-1,0
angestellte Apotheker/-innen	a	317	56 358	343	52 158	+8,2	-7,5
	b	423	42 235	446	40 112	+5,4	-5,0
Sonstige Bereiche	a	946	18 885	973	18 387	+2,9	-2,6
	b	1 610	11 097	1 647	10 862	+2,3	-2,1
Insgesamt	a	8 796	2 031	8 956	1 998	+1,8	-1,6
	b	12 624	1 415	12 809	1 397	+1,5	-1,3

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniszahlen für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. --- Quelle: Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.4.2 Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker am 31. Dezember 2016 nach Altersgruppen und Tätigkeitsbereichen

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen		Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker												
		insgesamt	davon im Alter von ... Jahren											
			bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		über 65	
			Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt
In öffentlichen Apotheken	a	7 607	1 296	17,0	1 032	13,6	2 025	26,6	2 360	31,0	577	7,6	317	4,2
	b	10 629	1 648	15,5	1 290	12,1	2 684	25,3	3 239	30,5	942	8,9	826	7,8
davon														
Apothekenleiter/-innen	a	1 516	53	3,5	130	8,6	403	26,6	601	39,6	207	13,7	122	8,0
	b	3 465	107	3,1	253	7,3	839	24,2	1 286	37,1	501	14,5	479	13,8
angestellte Apotheker/-innen	a	6 091	1 243	20,4	902	14,8	1 622	26,6	1 759	28,9	370	6,1	195	3,2
	b	7 164	1 541	21,5	1 037	14,5	1 845	25,8	1 953	27,3	441	6,2	347	4,8
In Krankenhausapotheken	a	376	152	40,4	53	14,1	92	24,5	64	17,0	15	4,0	–	–
davon	b	533	179	33,6	66	12,4	117	22,0	133	25,0	37	6,9	1	0,2
Apothekenleiter/-innen	a	33	3	9,1	3	9,1	10	30,3	14	42,4	3	9,1	–	–
	b	87	6	6,9	3	3,4	18	20,7	48	55,2	12	13,8	–	–
angestellte Apotheker/-innen	a	343	149	43,4	50	14,6	82	23,9	50	14,6	12	3,5	–	–
	b	446	173	38,8	63	14,1	99	22,2	85	19,1	25	5,6	1	0,2
Sonstige Bereiche	a	973	285	29,3	157	16,1	289	29,7	198	20,3	34	3,5	10	1,0
	b	1 647	423	25,7	229	13,9	446	27,1	408	24,8	96	5,8	45	2,7
Insgesamt	a	8 956	1 733	19,4	1 242	13,9	2 406	26,9	2 622	29,3	626	7,0	327	3,7
	b	12 809	2 250	17,6	1 585	12,4	3 247	25,3	3 780	29,5	1 075	8,4	872	6,8

Quelle: Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.4.3 Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker am 31. Dezember 2015 und 2016 nach Gebietsbezeichnungen

Gebietsbezeichnung		Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker ¹⁾					
		2015		2016		Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % bezogen auf	
		Anzahl	Einwohner je Apotheker/-in	Anzahl	Einwohner je Apotheker/-in ⁵⁾		
a = weiblich	b = Zusammen						
Ohne Gebietsbezeichnung ²⁾	a	7 058	2 531	7 271	2 460	+3,0	-2,8
	b	9 687	1 844	9 965	1 795	+2,9	-2,7
Allgemeinpharmazie ³⁾	a	1 364	13 098	1 173	15 252	-14,0	+16,4
	b	2 298	7 774	1 972	9 072	-14,2	+16,7
Klinische Pharmazie	a	197	90 688	214	83 599	+8,6	-7,8
	b	336	53 171	347	51 556	+3,3	-3,0
Arzneimittelinformation	a	78	229 045	83	215 543	+6,4	-5,9
	b	138	129 460	143	125 106	+3,6	-3,4
Pharmazeutische Technologie	a	20	893 276	22	813 186	x	-9,0
	b	55	324 828	53	337 549	-3,6	+3,9
Pharmazeutische Analytik	a	26	687 135	29	616 900	+11,5	-10,2
	b	75	238 207	75	238 535	-	+0,1
Toxikologie und Ökologie	a	1	17 865 516	2	8 945 050	x	-49,9
	b	7	2 552 217	8	2 236 263	x	-12,4
Klinische Chemie	a	1	17 865 516	1	17 890 100	x	+0,1
	b	3	5 955 172	3	5 963 367	x	+0,1
Theoretische und praktische Ausbildung	a	36	496 264	37	483 516	+2,8	-2,6
	b	66	270 690	64	279 533	-3,0	+3,3
Öffentliches Gesundheitswesen	a	26	687 135	25	715 604	-3,8	+4,1
	b	54	330 843	52	344 040	-3,7	+4,0
Insgesamt⁴⁾	a	8 796	2 031	8 956	1 998	+1,8	-1,6
	b	12 624	1 415	12 809	1 397	+1,5	-1,3

1) Fallzählung nach Gebietsbezeichnungen – 2) Die Apothekerkammer Nordrhein errechnet diese Werte durch Differenzbildung aus Anzahl der Apotheker/-innen (Personenzählung) abzüglich der Anzahl der Fälle mit Gebietsbezeichnungen (Fallzählung). Dadurch wird diese Anzahl um die Fälle mit Mehrfachnennungen zu niedrig ausgewiesen. – 3) vormals Offizin-Pharmazie – 4) Personenzählung – 5) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

A II 2.5.1 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 31. Dezember 2016 nach Berufszulassung, Berufstätigkeit und Ausbildung

Ausbildung im Therapieverfahren		Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ¹⁾								
		zusammen		psychologische Psychotherapeut(inn)en		Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut(inn)en		psychologische Psychotherapeut(inn)en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en ²⁾		Anteil in % von jeweils insgesamt berufstätig
		berufstätig	nicht berufstätig	berufstätig	nicht berufstätig	berufstätig	nicht berufstätig	berufstätig	nicht berufstätig	
a = weiblich	b = Zusammen									
Analytische Psychotherapie	a	543	46	317	19	204	26	22	1	8,2
	b	864	69	544	34	265	33	55	2	9,4
Gesprächspsychotherapie ³⁾	a	1 003	114	749	83	152	21	102	10	15,1
	b	1 539	168	1 154	127	198	26	187	15	16,7
Neuropsychologische Therapie ³⁾	a	66	8	59	8	3	-	4	-	1,0
	b	120	10	104	10	4	-	12	-	1,3
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	a	1 915	158	1 238	86	577	67	100	5	28,9
	b	2 765	214	1 858	126	733	82	174	6	30,0
Verhaltenstherapie	a	4 373	496	3 368	359	762	114	243	23	65,9
	b	5 988	617	4 650	453	909	129	429	35	65,0
Andere psychotherapeutische Verfahren ³⁾	a	1 785	150	1 157	91	467	49	161	10	26,9
	b	2 725	211	1 801	129	650	65	274	17	29,6
Insgesamt⁴⁾	a	6 634	713	4 754	474	1 549	212	331	27	100
	b	9 215	910	6 699	620	1 927	246	589	44	100

1) Fallzählung – 2) Doppelapprobation – 3) gegenwärtig noch nicht als KV-Leistung anerkanntes wissenschaftliches Verfahren – 4) Insgesamt erfasste Personen (Personenzählung). Diese Anzahl ist kleiner als die Summe der Zahlen nach den o. g. Psychotherapieverfahren (Fallzählung), da ein(e) Therapeut/-in in mehreren Verfahren ausgebildet sein kann. – – – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

**A II 2.5.2 Berufstätige psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
am 31. Dezember 2016 nach Altersgruppen und Tätigkeitsbereichen**

Tätigkeitsbereich	insgesamt	Berufstätige psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ¹⁾														
		davon im Alter von ... Jahren														
		bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		über 65		ohne Angabe		
		Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	
Ambulant	a	3 577	475	13,3	364	10,2	740	20,7	1 166	32,6	504	14,1	328	9,2	–	–
	b	5 085	534	10,5	454	8,9	941	18,5	1 726	33,9	826	16,2	604	11,9	–	–
darunter																
Vertragspsychotherapeut(inn)en	a	2 141	83	3,9	129	6,0	377	17,6	904	42,2	419	19,6	229	10,7	–	–
	b	3 163	102	3,2	157	5,0	491	15,5	1 334	42,2	682	21,6	397	12,6	–	–
Privatpsychotherapeut(inn)en in Praxen ²⁾	a	1 138	274	24,1	186	16,3	292	25,7	217	19,1	74	6,5	95	8,3	–	–
	b	1 549	304	19,6	235	15,2	360	23,2	326	21,0	129	8,3	195	12,6	–	–
	a	184	83	45,1	36	19,6	39	21,2	20	10,9	3	1,6	3	1,6	–	–
	b	213	88	41,3	43	20,2	48	22,5	27	12,7	4	1,9	3	1,4	–	–
in Ambulanzen von Kliniken	a	190	44	23,2	31	16,3	61	32,1	37	19,5	14	7,4	3	1,6	–	–
	b	246	50	20,3	41	16,7	71	28,9	53	21,5	22	8,9	9	3,7	–	–
in Hochschulambulanzen	a	51	30	58,8	8	15,7	8	15,7	5	9,8	–	–	–	–	–	–
	b	75	34	45,3	11	14,7	18	24,0	9	12,0	–	–	3	4,0	–	–
Stationär	a	813	287	35,3	146	18,0	145	17,8	165	20,3	61	7,5	9	1,1	–	–
	b	1 108	307	27,7	173	15,6	206	18,6	283	25,5	110	9,9	29	2,6	–	–
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorge, Anschlussbehandlung	a	173	46	26,6	30	17,3	41	23,7	41	23,7	13	7,5	2	1,2	–	–
	b	249	51	20,5	37	14,9	54	21,7	72	28,9	26	10,4	9	3,6	–	–
Einrichtungen der weiteren Sozialgesetzgebung	a	402	40	10,0	21	5,2	77	19,2	168	41,8	80	19,9	16	4,0	–	–
	b	639	43	6,7	27	4,2	97	15,2	269	42,1	160	25,0	43	6,7	–	–
darunter																
Behindertenhilfe	a	57	4	7,0	2	3,5	11	19,3	26	45,6	12	21,1	2	3,5	–	–
	b	107	4	3,7	2	1,9	15	14,0	56	52,3	27	25,2	3	2,8	–	–
Jugendhilfeeinrichtungen (soweit nicht Beratungsstellen)	a	78	10	12,8	5	6,4	19	24,4	33	42,3	10	12,8	1	1,3	–	–
	b	105	10	9,5	5	4,8	24	22,9	43	41,0	19	18,1	4	3,8	–	–
Beratungsstellen ³⁾	a	276	27	9,8	15	5,4	49	17,8	113	40,9	59	21,4	13	4,7	–	–
	b	436	30	6,9	21	4,8	60	13,8	174	39,9	115	26,4	36	8,3	–	–
Forensische Einrichtungen	a	66	12	18,2	6	9,1	14	21,2	19	28,8	13	19,7	2	3,0	–	–
	b	113	14	12,4	10	8,8	20	17,7	39	34,5	23	20,4	7	6,2	–	–
davon Maßregelvollzug	a	36	8	22,2	5	13,9	10	27,8	8	22,2	4	11,1	1	2,8	–	–
	b	65	10	15,4	8	12,3	14	21,5	20	30,8	9	13,8	4	6,2	–	–
Strafvollzug	a	30	4	13,3	1	3,3	4	13,3	11	36,7	9	30,0	1	3,3	–	–
	b	48	4	8,3	2	4,2	6	12,5	19	39,6	14	29,2	3	6,3	–	–
Behörden/ Körperschaften	a	244	73	29,9	32	13,1	60	24,6	48	19,7	23	9,4	8	3,3	–	–
	b	374	91	24,3	48	12,8	89	23,8	81	21,7	40	10,7	25	6,7	–	–
davon Hochschulen/ Universitäten	a	116	41	35,3	20	17,2	27	23,3	18	15,5	7	6,0	3	2,6	–	–
	b	205	55	26,8	30	14,6	46	22,4	40	19,5	15	7,3	19	9,3	–	–
sonstige	a	128	32	25,0	12	9,4	33	25,8	30	23,4	16	12,5	5	3,9	–	–
	b	169	36	21,3	18	10,7	43	25,4	41	24,3	25	14,8	6	3,6	–	–
Insgesamt⁴⁾	a	5 085	822	16,2	540	10,6	987	19,4	1 559	30,7	708	13,9	468	9,2	–	–
	b	7 288	913	12,5	659	9,0	1 275	17,5	2 339	32,1	1 211	16,6	890	12,2	–	–

1) Fallzählung – 2) angestellte Psychotherapeut(inn)en – 3) Darunter werden Ehe-/Erziehungs- und Lebensberatung, Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatung sowie sonstige Beratungsstellen subsumiert. – 4) Personenzählung – – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

**A II 2.5.3 Berufstätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
am 31. Dezember 2016 nach Altersgruppen und Tätigkeitsbereichen**

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen		Berufstätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ¹⁾														
		insgesamt	davon im Alter von ... Jahren													
			bis 34		35 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 65		über 65		ohne Angabe	
			Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt	Anzahl	in % von insgesamt
Ambulant	a	1 189	155	13,0	147	12,4	225	18,9	394	33,1	191	16,1	77	6,5	–	x
	b	1 583	169	10,7	172	10,9	273	17,2	547	34,6	285	18,0	137	8,7	–	x
darunter																
Vertragspsychotherapeut(inn)en	a	681	39	5,7	68	10,0	123	18,1	279	41,0	125	18,4	47	6,9	–	x
	b	945	44	4,7	80	8,5	153	16,2	395	41,8	190	20,1	83	8,8	–	x
Privatpsychotherapeut(inn)en	a	368	62	16,8	50	13,6	72	19,6	95	25,8	60	16,3	29	7,9	–	x
	b	481	70	14,6	56	11,6	87	18,1	128	26,6	87	18,1	53	11,0	–	x
in Praxen ²⁾	a	82	30	36,6	21	25,6	15	18,3	10	12,2	5	6,1	1	1,2	–	x
	b	86	30	34,9	23	26,7	17	19,8	10	11,6	5	5,8	1	1,2	–	x
in Ambulanzen von Kliniken	a	89	24	27,0	21	23,6	24	27,0	16	18,0	4	4,5	–	x	–	x
	b	112	25	22,3	27	24,1	28	25,0	23	20,5	9	8,0	–	x	–	x
in Hochschulambulanzen	a	9	3	x	1	x	3	x	1	x	1	x	–	x	–	x
	b	10	3	x	1	x	4	x	1	x	1	x	–	x	–	x
Stationär	a	261	71	27,2	55	21,1	52	19,9	57	21,8	23	8,8	3	1,1	–	x
	b	334	74	22,2	63	18,9	60	18,0	87	26,0	43	12,9	7	2,1	–	x
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorge, Anschlussbehandlung	a	15	–	x	1	x	1	x	6	x	7	x	–	x	–	x
	b	29	–	x	1	3,4	1	3,4	12	41,4	15	51,7	–	x	–	x
Einrichtungen der weiteren Sozialgesetzgebung	a	357	32	9,0	19	5,3	40	11,2	170	47,6	82	23,0	14	3,9	–	x
	b	501	35	7,0	23	4,6	47	9,4	232	46,3	144	28,7	20	4,0	–	x
darunter																
Behindertenhilfe	a	25	2	8,0	–	–	3	12,0	13	52,0	4	16,0	3	12,0	–	x
	b	41	2	4,9	1	2,4	3	7,3	21	51,2	11	26,8	3	7,3	–	x
Jugendhilfeeinrichtungen (soweit nicht Beratungsstellen)	a	104	18	17,3	7	6,7	24	23,1	41	39,4	11	10,6	3	2,9	–	x
	b	135	20	14,8	7	5,2	28	20,7	57	42,2	19	14,1	4	3,0	–	x
Beratungsstellen ³⁾	a	236	12	5,1	12	5,1	13	5,5	121	51,3	69	29,2	9	3,8	–	x
	b	337	13	3,9	15	4,5	16	4,7	162	48,1	117	34,7	14	4,2	–	x
Forensische Einrichtungen	a	7	1	x	1	x	2	x	1	x	2	x	–	x	–	x
	b	13	1	x	1	x	3	x	2	x	6	x	–	x	–	x
davon																
Maßregelvollzug	a	7	1	x	1	x	2	x	1	x	2	x	–	x	–	x
	b	12	1	x	1	x	3	x	2	x	5	x	–	x	–	x
Strafvollzug	a	–	–	x	–	x	–	x	–	x	–	x	–	x	–	x
	b	1	–	x	–	x	–	x	–	x	1	x	–	x	–	x
Behörden/ Körperschaften	a	92	16	17,4	14	15,2	17	18,5	32	34,8	10	10,9	3	3,3	–	x
	b	120	18	15,0	14	11,7	19	15,8	43	35,8	16	13,3	10	8,3	–	x
davon																
Hochschulen/ Universitäten	a	19	4	x	1	x	5	x	5	x	2	x	2	x	–	x
	b	35	5	14,3	1	2,9	6	17,1	10	28,6	4	11,4	9	25,7	–	x
sonstige	a	73	12	16,4	13	17,8	12	16,4	27	37,0	8	11,0	1	1,4	–	x
	b	85	13	15,3	13	15,3	13	15,3	33	38,8	12	14,1	1	1,2	–	x
Insgesamt⁴⁾	a	1 880	260	13,8	216	11,5	300	16,0	627	33,4	327	17,4	150	8,0	–	x
	b	2 516	279	11,1	253	10,1	360	14,3	870	34,6	506	20,1	248	9,9	–	x

1) Fallzählung – 2) angestellte Psychotherapeut(inn)en – 3) Darunter werden Ehe-/Erziehungs- und Lebensberatung, Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatung sowie sonstige Beratungsstellen subsumiert. – 4) Personenzählung – – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

A II 2.5.4 Berufstätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 31. Dezember 2016 nach Berufszulassung, Beschäftigungsumfang und Tätigkeitsbereichen

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen	Berufstätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ¹⁾ mit Berufszulassung als ...								
	Psychologische(r) Psychotherapeut/-in					Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in			
	zu- sammen	davon in % beschäftigt			zu- sammen	davon in % beschäftigt			
		Vollzeit	Teilzeit	ohne Angabe		Vollzeit	Teilzeit	ohne Angabe	
Ambulant	a	3 577	x	x	x	1 189	x	x	x
	b	5 085	x	x	x	1 583	x	x	x
darunter									
Vertragspsychotherapeut(inn)en	a	2 141	x	x	x	681	x	x	x
	b	3 163	x	x	x	945	x	x	x
Privatpsychotherapeut(inn)en	a	1 138	x	x	x	368	x	x	x
	b	1 549	x	x	x	481	x	x	x
in Praxen ²⁾	a	184	9,2	75,0	15,8	82	14,6	70,7	14,6
	b	213	10,8	73,2	16,0	86	14,0	72,1	14,0
in Ambulanzen von Kliniken	a	190	24,7	63,7	11,6	89	22,5	70,8	6,7
	b	246	32,5	56,1	11,4	112	26,8	64,3	8,9
in Hochschulambulanzen	a	51	13,7	68,6	17,6	9	x	x	x
	b	75	25,3	54,7	20,0	10	x	x	x
Stationär	a	813	28,7	59,7	11,7	261	26,8	61,3	11,9
	b	1 108	36,3	51,8	11,9	334	35,9	53,3	10,8
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorge, Anschluss- behandlung	a	173	29,5	61,3	9,2	15	x	x	x
	b	249	37,8	53,4	8,8	29	65,5	27,6	6,9
Einrichtungen der weiteren Sozialgesetzgebung	a	402	27,6	64,9	7,5	357	31,9	59,9	8,1
	b	639	40,7	52,1	7,2	501	40,5	50,9	8,6
darunter									
Behindertenhilfe	a	57	42,1	49,1	8,8	25	52,0	44,0	4,0
	b	107	57,0	35,5	7,5	41	51,2	34,1	14,6
Jugendhilfeeinrichtungen (soweit nicht Beratungsstellen)	a	78	32,1	62,8	5,1	104	31,7	59,6	8,7
	b	105	36,2	57,1	6,7	135	38,5	51,1	10,4
Beratungsstellen ³⁾	a	276	23,6	68,8	7,6	236	30,5	61,4	8,1
	b	436	37,6	55,3	7,1	337	40,7	52,2	7,1
Forensische Einrichtungen	a	66	54,5	40,9	4,5	7	x	x	x
	b	113	66,4	30,1	3,5	13	x	x	x
davon									
Maßregelvollzug	a	36	47,2	47,2	5,6	7	x	x	x
	b	65	61,5	33,8	4,6	12	x	x	x
Strafvollzug	a	30	63,3	33,3	3,3	–	x	x	x
	b	48	72,9	25,0	2,1	1	x	x	x
Behörden/Körperschaften	a	244	23,8	58,6	17,6	92	23,9	50,0	26,1
	b	374	36,4	48,1	15,5	120	30,8	43,3	25,8
davon									
Hochschulen/Universitäten	a	116	25,9	56,9	17,2	19	x	x	x
	b	205	41,5	43,9	14,6	35	54,3	28,6	17,1
sonstige	a	128	21,9	60,2	18,0	73	19,2	53,4	27,4
	b	169	30,2	53,3	16,6	85	21,2	49,4	29,4
Insgesamt⁴⁾	a	5 085	10,9	26,1	63,0	1 880	13,3	30,2	56,5
	b	7 288	14,6	22,0	63,4	2 516	17,1	25,9	57,0

1) Fallzählung – 2) angestellte Psychotherapeut(inn)en – 3) Darunter werden Ehe-/Erziehungs- und Lebensberatung, Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatung sowie sonstige Beratungsstellen subsumiert. – 4) Personenzählung – – – Anmerkung: Der Beschäftigungsumfang wird zurzeit nur für abhängige Beschäftigungsverhältnisse erhoben und gilt nicht für Vertragspsychotherapeut(inn)en und Privatpsychotherapeut(inn)en. – – – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

A III 1.1 Deutsche und ausländische Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen am 30. September 1995, 2015 und 2016 nach Berufsklassen

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾		Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾										
		zu- sam- men	darunter		zu- sam- men	darunter		zu- sam- men	darunter		Veränderung	
			mit aus- ländi- scher Staats- ange- hörigkeit	ohne An- gabe		mit aus- ländi- scher Staats- ange- hörigkeit	ohne An- gabe		mit aus- ländi- scher Staats- ange- hörigkeit	ohne An- gabe	2015	2016
a = weiblich b = Zusammen		1995		2015		2016						
		Anzahl										
		gegenüber 1995 in %										
akademische Berufe												
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (81404)	a	725	126	–	307	71	–	313	84	–	–57,7	–56,8
	b	1 224	267	–	522	186	–	593	235	–	–57,4	–51,6
Fachärzte/-ärztinnen (41274, 81214, 81224, 81234, 81294, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484, 81494, 81814)	a	270	39	–	176	32	–	202	48	–	–34,8	–25,2
	b	511	85	–	323	92	–	373	128	–	–36,8	–27,0
Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferortho- päden/-orthopädinnen (81474)	a	108	25	–	74	20	–	99	.	–	–31,5	–8,3
	b	196	40	–	153	55	–	228	102	–	–21,9	+16,3
Apotheker/-innen, Pharmazeuten/ Pharmazeutinnen (81804, 81894)	a	185	16	–	76	.	–	97	.	–	–58,9	–47,6
	b	272	29	–	129	.	–	181	.	–	–52,6	–33,5
Berufe in der nicht ärztlichen Psychotherapie (81634)	a	12	1	–	67	.	–	69	.	–	x	x
	b	16	2	–	97	.	–	87	.	–	x	x
Pflegeberufe												
Berufe in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege einschl. Lehrkräfte (53323, 81183, 81302, 81313, 81323, 81332, 81333, 81382, 81383, 81393, 81394, 82243, 84213)	a	2 051	232	–	1 192	176	–	1 247	193	–	–41,9	–39,2
	b	2 300	255	–	1 542	212	–	1 572	245	–	–33,0	–31,7
Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege (81352, 81353)	a	170	34	–	45	16	–	45	14	–	–73,5	–73,5
	b	171	34	–	47	17	–	46	14	–	–72,5	–73,1
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (81301, 81182)	a	3 330	456	–	1 377	352	–	1 168	369	–	–58,6	–64,9
	b	4 249	601	–	1 735	434	–	1 584	530	–	–59,2	–62,7
Berufe in der Altenpflege (82101, 82102, 82103, 82182, 82183, 83154)	a	3 522	303	–	8 038	1 535	–	7 431	1 531	–	+128,2	+111,0
	b	4 152	358	–	9 790	1 746	–	9 157	1 845	–	+135,8	+120,5
therapeutische Berufe												
Berufe in der Physiotherapie – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (81712)	a	364	24	–	188	61	–	191	68	–	–48,4	–47,5
	b	673	58	–	354	102	–	317	97	–	–47,4	–52,9
Berufe in der Physiotherapie – (hoch) komplexe Tätigkeiten, (81713, 81714)	a	166	13	–	212	30	–	189	22	–	+27,7	+13,9
	b	229	16	–	336	56	–	308	48	–	+46,7	+34,5
Berufe in der Sprachtherapie (81733, 81734)	a	32	3	–	81	.	–	116	.	–	+153,1	+262,5
	b	35	3	–	94	.	–	130	.	–	+168,6	+271,4
Orthoptisten/Orthoptistinnen, Therapeut/in Sehstörungen (81132)	a	10	–	–	.	–	–	.	–	–	x	x
	b	10	–	–	.	–	–	.	–	–	x	x
Berufe in der Ergotherapie, Heilkunde, Musik- und Kunsttherapie (81722, 81723, 81724, 81743, 81744, 81783)	a	158	6	–	280	14	–	239	12	–	+77,2	+51,3
	b	202	6	–	365	21	–	303	15	–	+80,7	+50,0
Berufe in der Diät- und Ernährungs- therapie (81762, 81763, 81764)	a	91	7	–	47	.	–	40	.	–	–48,4	–56,0
	b	93	7	–	50	.	–	43	.	–	–46,2	–53,8

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammen-
setzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet
weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

Noch: **A III 1.1 Deutsche und ausländische Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen am 30. September 1995, 2015 und 2016 nach Berufsklassen**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾											
		darunter			zu-sammen	darunter			zu-sammen	darunter		Veränderung	
		mit aus-ländi-scher Staats-ange-hörigkeit	ohne An-gabe			mit aus-ländi-scher Staats-ange-hörigkeit	ohne An-gabe			mit aus-ländi-scher Staats-ange-hörigkeit	ohne An-gabe	2015	2016
		1995			2015			2016			gegenüber 1995 in %		
Anzahl													
medizinisch-technische Berufe													
Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822)	a	331	16	–	377	52	–	364	67	–	+13,9	+10,0	
	b	339	16	–	418	70	–	413	106	–	+23,3	+21,8	
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (81212, 81213)	a	780	63	–	177	12	–	160	27	–	-77,3	-79,5	
	b	831	80	–	200	17	–	195	47	–	-75,9	-76,5	
Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie und Funktionsdiagnostik (81222, 81223, 81232, 81233)	a	161	14	–	56	.	–	68	15	–	-65,2	-57,8	
	b	183	23	–	74	12	–	90	26	–	-59,6	-50,8	
Medizinisch-technische Berufe in der Veterinärmedizin (81242, 81243)	a	10	–	–	–	–	–	.	–	–	x	x	
	b	14	–	–	.	.	–	.	.	–	x	x	
Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe													
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (81102, 81103)	a	3 388	431	–	3 116	380	–	2 740	347	–	-8,0	-19,1	
	b	3 407	439	–	3 144	385	–	2 773	368	–	-7,7	-18,6	
Zahnmedizinische Fachangestellte (81112, 81113)	a	2 016	228	–	1 801	257	–	1 612	242	–	-10,7	-20,0	
	b	2 026	232	–	1 816	266	–	1 629	256	–	-10,4	-19,6	
Berufe im Verkauf von apotheken-üblichen Waren (62412)	a	818	137	–	448	82	–	398	88	–	-45,2	-51,3	
	b	839	150	–	464	86	–	412	95	–	-44,7	-50,9	
gesundheitshandwerkliche Berufe													
Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik (82512)	a	1	–	–	.	–	–	14	–	–	x	x	
	b	43	1	–	.	.	–	40	.	–	x	-7,0	
Berufe in der Zahntechnik (82542)	a	363	28	–	169	27	–	148	20	–	-53,4	-59,2	
	b	689	80	–	351	57	–	319	56	–	-49,1	-53,7	
Berufe in der Augenoptik (82522, 82523)	a	206	17	–	104	.	–	87	.	–	-49,5	-57,8	
	b	346	35	–	161	10	–	157	18	–	-53,5	-54,6	
Berufe in der Hörgeräteakustik (82532, 82533)	a	28	1	–	18	–	–	14	–	–	-35,7	-50,0	
	b	45	3	–	42	–	–	32	–	–	-6,7	-28,9	
Berufe in der orthopädischen Schuhherstellung (28332, 28393)	a	5	1	–	10	–	–	8	–	–	x	x	
	b	41	6	–	52	.	–	44	.	–	+26,8	+7,3	
Aufsichtskräfte –Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik (82593)	a	–	–	–	23	.	–	22	.	–	x	x	
	b	–	–	–	69	.	–	60	5	–	x	x	
sonstige Berufe													
Berufe in der Haus- und Familien-pflege (83142, 83143)	a	197	8	–	5 144	681	–	6 119	813	–	x	x	
	b	203	8	–	6 512	787	–	7 748	981	–	x	x	
Berufe im Rettungsdienst sowie Lehrkräfte an außerschulischen Bildungseinrichtungen (81341, 81342, 81343, 84483)	a	58	4	–	80	.	–	95	8	–	+37,9	+63,8	
	b	333	17	–	369	23	–	381	32	–	+10,8	+14,4	
Berufe in der Heilkunde und Homöo-pathie (81752, 81753)	a	28	2	–	107	7	–	103	6	–	+282,1	+267,9	
	b	47	3	–	144	9	–	133	9	–	+206,4	+183,0	

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammen-
setzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet
weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**A III 1.2 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Altersgruppen und Berufsklassen**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾						
		ins- gesamt	davon in der Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren					
			unter 25		25 – 45		45 und mehr	
			Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1
1	2	3	4	5	6	7		
akademische Berufe								
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (81404)	a	313	.	x	227	72,5	.	x
	b	593	.	x	440	74,2	.	x
Fachärzte/-ärztinnen (41274, 81214, 81224, 81234, 81294, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484, 81494, 81814)	a	202	–	–	139	68,8	63	31,2
	b	373	.	x	231	61,9	.	x
Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/ -orthopädinnen (81474)	a	99	.	x	74	74,7	.	x
	b	228	.	x	158	69,3	.	x
Apotheker/-innen, Pharmazeuten/ Pharmazeutinnen (81804, 81894)	a	97	.	x	63	64,9	.	x
	b	181	.	x	123	68,0	.	x
Berufe in der nicht ärztlichen Psychotherapie (81634)	a	69	–	–	29	42,0	40	58,0
	b	87	–	–	34	39,1	53	60,9
Pflegeberufe								
Berufe in der Gesundheits- und (Kinder) Krankenpflege einschl. Lehrkräfte (53323, 81183, 81302, 81313, 81323, 81332, 81333, 81382, 81383, 81393, 81394, 82243, 84213)	a	1 247	.	x	591	47,4	492	39,5
	b	1 572	.	x	741	47,1	623	39,6
Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungs- pflege (81352, 81353)	a	45	.	x	24	53,3	.	x
	b	46	.	x	24	52,2	.	x
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (81301, 81182)	a	1 168	225	19,3	614	52,6	329	28,2
	b	1 584	349	22,0	835	52,7	400	25,3
Berufe in der Altenpflege (82101, 82102, 82103, 82182, 82183, 83154)	a	7 431	930	12,5	4 099	55,2	2 402	32,3
	b	9 157	1 237	13,5	5 060	55,3	2 860	31,2
therapeutische Berufe								
Berufe in der Physiotherapie – fachlich aussgerichtete Tätigkeiten (81712)	a	191	7	3,7	83	43,5	101	52,9
	b	317	11	3,5	137	43,2	169	53,3
Berufe in der Physiotherapie – (hoch) komplexe Tätigkeiten, (81713, 81714)	a	189	27	14,3	107	56,6	55	29,1
	b	308	.	x	177	57,5	89	28,9
Berufe in der Sprachtherapie (81733, 81734)	a	116	.	x	58	50,0	.	x
	b	130	.	x	63	48,5	.	x
Orthoptisten/Orthoptistinnen, Therapeut/in Sehstörungen (81132)	a	.	–	–	–	–	.	x
	b	.	–	–	–	–	.	x
Berufe in der Ergotherapie, Heilkunde, Musik- und Kunsttherapie (81722, 81723, 81724, 81743, 81744, 81783)	a	239	.	x	.	x	120	50,2
	b	303	.	x	.	x	164	54,1
Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie (81762, 81763, 81764)	a	40	.	x	21	52,5	.	x
	b	43	.	x	22	51,2	.	x
medizinisch-technische Berufe								
Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822)	a	364	.	x	207	56,9	129	35,4
	b	413	.	x	242	58,6	142	34,4
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (81212, 81213)	a	160	.	x	.	x	89	55,6
	b	195	9	4,6	86	44,1	100	51,3
Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie und Funktionsdiagnostik (81222, 81223, 81232, 81233)	a	68	.	x	.	x	36	52,9
	b	90	.	x	.	x	45	50,0
Medizinisch-technische Berufe in der Veterinär- medizin (81242, 81243)	a	.	.	x	.	x	.	x
	b	.	.	x	5	0	.	x

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammensetzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**Noch: A III 1.2 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Altersgruppen und Berufsklassen**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen	Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾							
	ins- gesamt	davon in der Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren						
		unter 25		25 – 45		45 und mehr		
		Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	
	1	2	3	4	5	6	7	
Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe								
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (81102, 81103)	a	2 740	383	14,0	1 658	60,5	699	25,5
	b	2 773	387	14,0	1 678	60,5	708	25,5
Zahnmedizinische Fachangestellte (81112, 81113)	a	1 612	.	x	1 079	66,9	.	x
	b	1 629	285	17,5	1 089	66,9	255	15,7
Berufe im Verkauf von apothekenüblichen Waren (62412)	a	398	.	x	258	64,8	92	23,1
	b	412	.	x	267	64,8	95	23,1
gesundheitshandwerkliche Berufe								
Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik (82512)	a	14	.	x	9	x	.	x
	b	40	.	x	21	52,5	.	x
Berufe in der Zahntechnik (82542)	a	148	.	x	69	46,6	72	48,6
	b	319	.	x	146	45,8	151	47,3
Berufe in der Augenoptik (82522, 82523)	a	87	.	x	51	58,6	20	23,0
	b	157	.	x	83	52,9	52	33,1
Berufe in der Hörgeräteakustik (82532, 82533)	a	14	.	x	.	x	7	x
	b	32	.	x	17	53,1	.	x
Berufe in der orthopädischen Schuhherstellung (28332, 28393)	a	8	.	x	.	x	–	x
	b	44	.	x	.	x	20	45,5
Aufsichtskräfte - Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik (82593)	a	22	–	x	.	x	.	x
	b	60	.	x	.	x	36	60,0
sonstige Berufe								
Berufe in der Haus- und Familienpflege (83142, 83143)	a	6 119	282	4,6	2 361	38,6	3 476	56,8
	b	7 748	359	4,6	3 008	38,8	4 381	56,5
Berufe im Rettungsdienst sowie Lehrkräfte an außerschulischen Bildungseinrichtungen (81341, 81342, 81343, 84483)	a	95	.	x	62	65,3	.	x
	b	381	.	x	231	60,6	.	x
Berufe in der Heilkunde und Homöopathie (81752, 81753)	a	103	–	–	46	44,7	57	55,3
	b	133	–	–	55	41,4	78	58,6

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammensetzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**A III 1.3 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Dauer der Arbeitslosigkeit und Berufsklassen**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾						
		ins- gesamt	davon mit Dauer der Arbeitslosigkeit					
			unter 3 Monate		3 Monate bis unter 1 Jahr		1 Jahr und länger	
			Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1
1	2	3	4	5	6	7		
akademische Berufe								
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (81404)	a	313	159	50,8	111	35,5	43	13,7
	b	593	299	50,4	212	35,8	82	13,8
Fachärzte/-ärztinnen (41274, 81214, 81224, 81234, 81294, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484, 81494, 81814)	a	202	96	47,5	84	41,6	22	10,9
	b	373	168	45,0	160	42,9	45	12,1
Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/ -orthopädinnen (81474)	a	99	47	47,5	40	40,4	12	12,1
	b	228	95	41,7	106	46,5	27	11,8
Apotheker/-innen, Pharmazeuten/Pharmazeu- tinnen (81804, 81894)	a	97	46	47,4	40	41,2	11	11,3
	b	181	83	45,9	79	43,6	19	10,5
Berufe in der nicht ärztlichen Psychotherapie (81634)	a	69	24	34,8	21	30,4	24	34,8
	b	87	29	33,3	26	29,9	32	36,8
Pflegeberufe								
Berufe in der Gesundheits- und (Kinder)Kranken- pflege einschl. Lehrkräfte (53323, 81183, 81302, 81313, 81323, 81332, 81333, 81382, 81383, 81393, 81394, 82243, 84213)	a	1 247	576	46,2	437	35,0	234	18,8
	b	1 572	742	47,2	550	35,0	280	17,8
Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege (81352, 81353)	a	45	16	35,6	19	42,2	10	22,2
	b	46	16	34,8	19	41,3	11	23,9
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (81301, 81182)	a	1 168	359	30,7	410	35,1	399	34,2
	b	1 584	537	33,9	561	35,4	486	30,7
Berufe in der Altenpflege (82101, 82102, 82103, 82182, 82183, 83154)	a	7 431	2 070	27,9	2 543	34,2	2 818	37,9
	b	9 157	2 641	28,8	3 160	34,5	3 356	36,6
therapeutische Berufe								
Berufe in der Physiotherapie – fachlich aussge- richtete Tätigkeiten (81712)	a	191	49	25,7	73	38,2	69	36,1
	b	317	75	23,7	113	35,6	129	40,7
Berufe in der Physiotherapie - (hoch) komplexe Tätigkeiten, (81713, 81714)	a	189	109	57,7	55	29,1	25	13,2
	b	308	160	51,9	97	31,5	51	16,6
Berufe in der Sprachtherapie (81733, 81734)	a	116	62	53,4	38	32,8	16	13,8
	b	130	68	52,3	42	32,3	20	15,4
Orthoptisten/Orthoptistinnen, Therapeut/in Sehstörungen (81132)	a	.	.	x	–	–	.	x
	b	.	.	x	–	–	.	x
Berufe in der Ergotherapie, Heilkunde, Musik- und Kunsttherapie (81722, 81723, 81724, 81743, 81744, 81783)	a	239	108	45,2	80	33,5	51	21,3
	b	303	125	41,3	102	33,7	76	25,1
Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie (81762, 81763, 81764)	a	40	22	55,0	.	x	.	x
	b	43	24	55,8	.	x	.	x

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammen-
setzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet
weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**Noch: A III 1.3 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Dauer der Arbeitslosigkeit und Berufsklassen**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen	Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾							
	ins- gesamt	davon mit Dauer der Arbeitslosigkeit						
		unter 3 Monate		3 Monate bis unter 1 Jahr		1 Jahr und länger		
		Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	Anzahl	in % von Spalte 1	
1	2	3	4	5	6	7		
medizinisch-technische Berufe								
Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822)	a	364	126	34,6	146	40,1	92	25,3
	b	413	141	34,1	174	42,1	98	23,7
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (81212, 81213)	a	160	51	31,9	65	40,6	44	27,5
	b	195	61	31,3	82	42,1	52	26,7
Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie und Funktionsdiagnostik (81222, 81223, 81232, 81233)	a	68	23	33,8	29	42,6	16	23,5
	b	90	34	37,8	38	42,2	18	20,0
Medizinisch-technische Berufe in der Veterinär- medizin (81242, 81243)	a	.	5	0	.	x	–	–
	b	.	.	x	.	x	–	–
Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe								
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (81102, 81103)	a	2 740	964	35,2	1 014	37,0	762	27,8
	b	2 773	974	35,1	1 029	37,1	770	27,8
Zahnmedizinische Fachangestellte (81112, 81113)	a	1 612	574	35,6	591	36,7	447	27,7
	b	1 629	579	35,5	600	36,8	450	27,6
Berufe im Verkauf von apothekenüblichen Waren (62412)	a	398	131	32,9	138	34,7	129	32,4
	b	412	136	33,0	142	34,5	134	32,5
gesundheitshandwerkliche Berufe								
Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik (82512)	a	14	8	x	.	x	.	x
	b	40	19	47,5	11	27,5	10	25,0
Berufe in der Zahntechnik (82542)	a	148	63	42,6	50	33,8	35	23,6
	b	319	135	42,3	108	33,9	76	23,8
Berufe in der Augenoptik (82522, 82523)	a	87	44	50,6	23	26,4	20	23,0
	b	157	75	47,8	45	28,7	37	23,6
Berufe in der Hörgeräteakustik (82532, 82533)	a	14	.	x	.	x	.	x
	b	32	13	40,6	10	31,3	9	28,1
Berufe in der orthopädischen Schuhherstellung (28332, 28393)	a	8	.	x	.	x	.	x
	b	44	15	34,1	13	29,5	16	36,4
Aufsichtskräfte - Medizin-, Orthopädie- und Reha- technik (82593)	a	22	.	x	.	x	.	x
	b	60	29	48,3	20	33,3	11	18,3
sonstige Berufe								
Berufe in der Haus- und Familienpflege (83142, 83143)	a	6 119	1 666	27,2	2 141	35,0	2 312	37,8
	b	7 748	2 100	27,1	2 704	34,9	2 944	38,0
Berufe im Rettungsdienst sowie Lehrkräfte an außerschulischen Bildungseinrichtungen (81341, 81342, 81343, 84483)	a	95	50	52,6	31	32,6	14	14,7
	b	381	166	43,6	131	34,4	84	22,0
Berufe in der Heilkunde und Homöopathie (81752, 81753)	a	103	23	22,3	30	29,1	50	48,5
	b	133	33	24,8	38	28,6	62	46,6

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLD2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammensetzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**A III 1.4 Deutsche und ausländische Arbeitslose der nicht nach dem Berufsbildungsgesetz
oder der Handwerksordnung geregelten nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen am 30. September 2016
nach Berufsordnungen bzw. -klassen sowie nach Bezirken der Agentur für Arbeit**

Bezirk der Agentur für Arbeit ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der nicht nach BBiG bzw. HwO geregelten nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾								
		Berufe in der Gesundheits- und (Kinder) Krankenpflege, Geburtshilfe und Entbindungspflege: z. B. Kranken- schwestern/-pfleger, Hebammen, Entbindungspfleger			Sonstige nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen: z. B. Medizinal- laborant(inn)en, Masseur(e)-innen, Diätassistent(inn)en, Haus-, Familienpfleger/-innen etc.			Berufe in der Altenpflege: z. B. Altenpfleger/-innen, Altenpflegehelfer/-innen		
		zu- sammen	darunter		zu- sammen	darunter		zu- sammen	darunter	
	mit ausländischer Staatsangehörigkeit	ohne Angabe		mit ausländischer Staatsangehörigkeit	ohne Angabe		mit ausländischer Staatsangehörigkeit	ohne Angabe		
Aachen-Düren	a	.	8	—	.	—	365	77	—	
	b	.	8	—	.	—	441	89	—	
Bergisch Gladbach	a	50	6	—	.	—	263	55	—	
	b	62	7	—	.	—	319	62	—	
Bielefeld	a	48	12	—	.	—	245	70	—	
	b	58	12	—	.	—	304	78	—	
Bochum	a	.	.	—	.	—	319	57	—	
	b	.	.	—	512	—	406	80	—	
Bonn	a	.	13	—	.	—	268	66	—	
	b	.	16	—	.	—	344	78	—	
Brühl	a	.	3	—	.	—	252	49	—	
	b	.	3	—	.	—	291	54	—	
Coesfeld	a	.	.	—	.	—	113	7	—	
	b	.	.	—	.	—	125	8	—	
Detmold	a	.	.	—	.	—	133	10	—	
	b	.	.	—	.	—	177	11	—	
Dortmund	a	.	.	—	.	—	372	76	—	
	b	.	.	—	.	—	451	92	—	
Düsseldorf	a	30	.	—	.	—	174	61	—	
	b	37	.	—	.	—	219	77	—	
Duisburg	a	27	7	—	.	—	327	65	—	
	b	33	10	—	.	—	402	83	—	
Essen	a	.	18	—	.	—	518	118	—	
	b	.	22	—	.	—	642	144	—	
Gelsenkirchen	a	.	.	—	.	—	246	49	—	
	b	.	4	—	.	—	323	64	—	
Hagen	a	.	7	—	328	—	317	67	—	
	b	.	12	—	442	—	392	86	—	
Hamm	a	.	.	—	.	—	205	31	—	
	b	.	.	—	.	—	251	36	—	
Herford	a	41	5	—	.	—	141	31	—	
	b	45	6	—	.	—	165	33	—	
Iserlohn	a	.	.	—	.	—	164	30	—	
	b	.	.	—	.	—	196	42	—	
Köln	a	73	19	—	.	—	381	106	—	
	b	91	22	—	.	—	465	123	—	
Krefeld	a	.	13	—	.	—	213	53	—	
	b	.	15	—	.	—	258	63	—	
Mettmann	a	.	.	—	.	—	180	44	—	
	b	.	3	—	.	—	227	54	—	
Mönchengladbach	a	.	3	—	.	—	283	57	—	
	b	.	6	—	375	—	339	63	—	
Ahlen-Münster	a	.	.	—	.	—	152	38	—	
	b	.	.	—	.	—	186	45	—	
Oberhausen	a	22	.	—	.	—	147	34	—	
	b	28	6	—	.	—	182	40	—	
Paderborn	a	23	.	—	.	—	118	16	—	
	b	30	5	—	.	—	153	25	—	
Recklinghausen	a	49	.	—	.	—	367	47	—	
	b	57	.	—	.	—	459	55	—	
Rheine	a	.	.	—	.	—	155	23	—	
	b	.	.	—	.	—	192	26	—	
Siegen	a	23	.	—	.	—	149	20	—	
	b	29	.	—	.	—	171	26	—	
Meschede-Soest	a	.	.	—	.	—	161	29	—	
	b	.	.	—	.	—	207	35	—	
Wesel	a	67	12	—	.	—	320	38	—	
	b	86	14	—	.	—	390	44	—	
Solingen-Wuppertal	a	63	13	—	.	—	362	95	—	
	b	86	16	—	474	—	446	113	—	

1) Zuteilung der Arbeitsamtbezirke vom 01.01.2014 – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. — — — Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**A III 1.5 Deutsche und ausländische Arbeitslose der nach dem Berufsbildungsgesetz oder der
Handwerksordnung geregelten Berufe im Gesundheitswesen am 30. September 2016
nach Berufsordnungen bzw. -klassen sowie nach Bezirken der Agentur für Arbeit**

Bezirk der Agentur für Arbeit ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der nach BBiG oder HwO geregelten Berufe im Gesundheitswesen ²⁾					
		Medizinische sowie zahnmedizinische Fachangestellte und Berufe im Verkauf von apothekenüblichen Waren			Berufe in Orthopädie- und Rehatechnik, Augenoptik, Zahntechnik, Hörgeräteakustik, Schuhherstellung		
		zusammen	darunter		zusammen	darunter	
			mit ausländischer Staatsangehörigkeit	ohne Angabe		mit ausländischer Staatsangehörigkeit	ohne Angabe
Aachen-Düren	a	252	31	—	.	.	—
	b	255	31	—	.	.	—
Bergisch Gladbach	a	206	30	—	.	.	—
	b	209	31	—	.	.	—
Bielefeld	a	164	20	—	.	.	—
	b	167	22	—	.	3	—
Bochum	a	214	28	—	.	.	—
	b	216	30	—	.	.	—
Bonn	a	242	36	—	.	.	—
	b	246	38	—	.	.	—
Brühl	a	178	25	—	.	.	—
	b	179	25	—	.	4	—
Coesfeld	a	.	.	—	.	.	—
	b	60	.	—	.	.	—
Detmold	a	.	.	—	.	.	—
	b	.	.	—	.	.	—
Dortmund	a	188	.	—	.	.	—
	b	199	40	—	.	.	—
Düsseldorf	a	136	.	—	.	.	—
	b	140	.	—	.	.	—
Duisburg	a	164	33	—	.	.	—
	b	165	34	—	.	.	—
Essen	a	189	31	—	.	.	—
	b	192	32	—	.	.	—
Gelsenkirchen	a	147	27	—	.	.	—
	b	147	27	—	.	.	—
Hagen	a	156	25	—	.	.	—
	b	156	25	—	.	.	—
Hamm	a	173	26	—	.	.	—
	b	177	29	—	.	.	—
Herford	a	98	.	—	.	.	—
	b	99	.	—	.	.	—
Iserlohn	a	100	.	—	.	.	—
	b	100	.	—	.	.	—
Köln	a	358	89	—	.	.	—
	b	362	91	—	.	.	—
Krefeld	a	134	.	—	.	.	—
	b	135	.	—	.	.	—
Mettmann	a	135	12	—	.	.	—
	b	135	12	—	.	.	—
Mönchengladbach	a	199	22	—	.	.	—
	b	204	24	—	.	.	—
Ahlen-Münster	a	110	.	—	.	.	—
	b	110	.	—	.	.	—
Oberhausen	a	85	13	—	.	.	—
	b	85	13	—	.	.	—
Paderborn	a	.	.	—	.	.	—
	b	.	.	—	.	.	—
Recklinghausen	a	195	21	—	.	.	—
	b	196	22	—	.	.	—
Rheine	a	90	11	—	.	.	—
	b	91	12	—	.	.	—
Siegen	a	70	.	—	.	.	—
	b	70	.	—	.	.	—
Meschede-Soest	a	.	10	—	.	.	—
	b	110	.	—	.	.	—
Wesel	a	194	20	—	8	.	—
	b	195	21	—	.	.	—
Solingen-Wuppertal	a	211	40	—	.	.	—
	b	214	43	—	.	.	—

1) Zuteilung der Arbeitsamtbezirke vom 01.01.2014 – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. — — — Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

**A III 1.6 Deutsche und ausländische Arbeitslose der akademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Berufsordnungen bzw. -klassen
sowie nach Bezirken der Agentur für Arbeit**

Bezirk der Agentur für Arbeit ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der akademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾											
		Ärzte/Ärztinnen			Zahnärzte/-ärztinnen, Kieferorthopäden/ -orthopädinnen			Apotheker/innen, Pharmazeut(inn)en			Psychotherapeut(inn)en (nicht Ärzte)		
		zu- sammen	darunter		zu- sammen	darunter		zu- sammen	darunter		zu- sammen	darunter	
			mit auslän- discher Staatsan- gehörig- keit	ohne Angabe		mit auslän- discher Staatsan- gehörig- keit	ohne Angabe		mit auslän- discher Staatsan- gehörig- keit	ohne Angabe		mit auslän- discher Staatsan- gehörig- keit	ohne Angabe
Aachen-Düren	a	38	.	—	4	.	—	.	—	—	.	—	—
	b	51	.	—	13	6	—	8	.	—	4	—	—
Bergisch Gladbach	a	.	.	—	7	.	—	4	—	—	.	—	—
	b	27	10	—	9	.	—	7	.	—	4	—	—
Bielefeld	a	.	.	—	.	.	—	.	—	—	.	—	—
	b	28	.	—	.	.	—	4	4	—	.	—	—
Bochum	a	28	.	—	.	.	—	.	.	—	7	—	—
	b	53	28	—	9	.	—	.	.	—	.	—	—
Bonn	a	55	.	—	4	.	—	23	5	—	3	—	—
	b	80	23	—	12	3	—	31	7	—	5	—	—
Brühl	a	19	.	—	.	.	—	.	.	—	.	—	—
	b	30	4	—	7	.	—	.	.	—	.	—	—
Coesfeld	a	6	.	—	—	—	—	5	—	—	14	—	—
	b	11	.	—	3	.	—	5	—	—	27	—	—
Detmold	a	.	.	—	4	.	—	—	—	—	.	—	—
	b	14	.	—	7	4	—	.	.	—	.	—	—
Dortmund	a	13	.	—	3	.	—	—	—	—	.	—	—
	b	40	24	—	9	.	—	.	.	—	.	—	—
Düsseldorf	a	45	.	—	13	.	—	11	3	—	—	—	—
	b	68	18	—	19	5	—	.	4	—	.	—	—
Duisburg	a	.	.	—	4	.	—	.	.	—	.	—	—
	b	20	7	—	8	5	—	.	3	—	.	—	—
Essen	a	25	7	—	3	3	—	3	3	—	7	—	—
	b	65	28	—	12	.	—	13	.	—	7	—	—
Gelsenkirchen	a	.	.	—	.	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	.	.	—	4	—	—	—	—	—	.	—	—
Hagen	a	13	.	—	3	.	—	5	.	—	.	—	—
	b	30	8	—	8	4	—	.	5	—	.	—	—
Hamm	a	.	.	—	3	.	—	.	—	—	.	—	—
	b	14	.	—	.	.	—	.	—	—	.	—	—
Herford	a	6	.	—	3	.	—	—	—	—	—	—	—
	b	.	.	—	7	.	—	.	.	—	—	—	—
Iserlohn	a	.	.	—	.	—	—	—	—	—	—	—	—
	b	11	.	—	4	.	—	—	—	—	—	—	—
Köln	a	84	21	—	18	5	—	11	.	—	13	—	—
	b	128	33	—	28	7	—	18	.	—	15	—	—
Krefeld	a	4	—	—	.	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	.	.	—	3	.	—	5	.	—	.	—	—
Mettmann	a	8	.	—	.	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	13	.	—	5	.	—	—	—	—	.	—	—
Mönchengladbach	a	21	.	—	5	.	—	.	—	—	.	—	—
	b	31	14	—	9	3	—	.	—	—	.	—	—
Ahlen-Münster	a	25	.	—	6	—	—	10	—	—	7	—	—
	b	42	.	—	11	.	—	13	—	—	10	—	—
Oberhausen	a	.	.	—	—	—	—	.	—	—	.	—	—
	b	16	.	—	.	.	—	.	—	—	.	—	—
Paderborn	a	.	.	—	—	—	—	.	—	—	.	—	—
	b	21	.	—	.	.	—	.	—	—	.	—	—
Recklinghausen	a	.	.	—	.	—	—	4	—	—	—	—	—
	b	24	.	—	5	.	—	8	4	—	—	—	—
Rheine	a	.	.	—	.	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	16	.	—	5	.	—	.	—	—	.	—	—
Siegen	a	.	.	—	.	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	16	.	—	4	.	—	—	—	—	.	—	—
Meschede-Soest	a	.	.	—	—	—	—	—	—	—	.	—	—
	b	19	.	—	.	.	—	—	—	—	.	—	—
Wesel	a	13	.	—	—	—	—	.	.	—	.	—	—
	b	23	.	—	.	.	—	7	.	—	.	—	—
Solingen-Wuppertal	a	.	.	—	.	.	—	.	.	—	.	—	—
	b	31	17	—	10	.	—	.	4	—	.	—	—

1) Zuteilung der Arbeitsamtbezirke vom 01.01.2014 – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. — — — Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

B I 1.1.1 Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016 nach Schultypen und Regierungsbezirken

Schultyp	Schultypen an Schulen des Gesundheitswesens ¹⁾																	
	ins-gesamt			davon im Regierungsbezirk														
				Düsseldorf			Köln			Münster			Detmold			Arnsberg		
	Be-stand	darunter		Be-stand	darunter		Be-stand	darunter		Be-stand	darunter		Be-stand	darunter		Be-stand	darunter	
aktiv		ruhend	aktiv		ruhend	aktiv		ruhend	aktiv		ruhend	aktiv		ruhend	aktiv		ruhend	
Krankenpflegeschule	141	135	-	44	42	-	31	30	-	19	18	-	15	15	-	32	30	-
Kinderkrankenpflegeschule	48	42	4	20	18	1	10	7	2	5	5	-	5	5	-	8	7	1
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	10	10	-	2	2	-	3	3	-	2	2	-	2	2	-	1	1	-
Fachseminar für Altenpflege	169	145	5	40	33	2	41	37	1	30	26	1	18	15	-	40	34	1
Fachseminar für Altenpflege, verkürzte Ausbildung	11	-	10	3	-	3	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	1
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	108	65	29	20	14	3	24	12	9	21	15	4	14	9	3	29	15	10
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	48	36	12	21	16	5	7	7	-	7	4	3	3	2	1	10	7	3
Schule für Diätassistent(inn)en	8	7	1	2	2	-	-	-	-	2	2	-	3	3	-	1	-	1
Schule für Ergotherapeut(inn)en	26	22	-	7	6	-	5	4	-	5	5	-	2	2	-	7	5	-
Schule für Logopäd(inn)en	18	13	1	5	3	-	5	5	-	3	2	1	2	2	-	3	1	-
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	12	5	4	3	2	-	4	2	1	1	-	1	1	-	1	3	1	1
Schule für Orthoptist(inn)en	4	4	-	1	1	-	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Schule für Physiotherapeut(inn)en	54	42	4	12	9	2	14	12	-	10	8	1	7	6	1	11	7	-
Schule für Podolog(inn)en	12	6	3	2	1	-	1	1	-	5	2	2	1	-	1	3	2	-
Schule für Assistent(inn)en für Funktionsdiagnostik	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	17	16	1	5	4	1	5	5	-	1	1	-	3	3	-	3	3	-
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	19	18	1	6	6	-	7	6	1	2	2	-	2	2	-	2	2	-
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	14	10	-	3	3	-	3	3	-	3	2	-	1	1	-	4	1	-
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	42	12	22	9	4	3	12	4	5	3	-	2	3	1	2	15	3	10
Schule für staatlich anerkannte Notfallsanitäter(innen)	5	4	1	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	2	1	1
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	13	8	4	3	1	2	3	3	-	3	1	2	-	-	-	4	3	-
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	5	2	3	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3	1	2
Insgesamt	786	603	106	210	167	24	181	145	21	127	98	19	85	69	11	183	124	31

1) Fallzählung bei den einzelnen Schultypen (Bildungsgängen). Bestand bezogen auf die Anzahl der Schultypen ist definiert als Grundgesamtheit der an den Schulen angebotenen Schultypen. Die Anzahl der „aktiven“ Schultypen entspricht der Anzahl der Rückmeldungen zu diesen Schultypen. --- Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

B I 1.2.1 Neu belegte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016 nach Schultypen und Regierungsbezirken

Schultyp	Neu belegte Ausbildungsplätze an Schulen des Gesundheitswesens										
	ins-gesamt	davon im Regierungsbezirk									
		Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg	
	An-zahl	Veränderung gegenüber der Vorperiode in %	An-zahl	Veränderung gegenüber der Vorperiode in %	An-zahl	Veränderung gegenüber der Vorperiode in %	An-zahl	Veränderung gegenüber der Vorperiode in %	An-zahl	Veränderung gegenüber der Vorperiode in %	
Krankenpflegeschule	5 836	1 593	+1,0	1 272	+7,2	923	+3,4	704	+22,2	1 344	+10,2
Kinderkrankenpflegeschule	699	240	-0,8	146	+15,9	159	+9,7	77	-3,8	77	-1,3
Schule für Hebammen/Entbindungspfleger	155	43	-4,4	47	+38,2	16	x	22	-21,4	27	+8,0
Fachseminar für Altenpflege	7 612	1 924	+11,4	1 647	-3,7	1 677	+35,0	760	+3,1	1 604	+14,3
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	1 650	356	+0,6	207	-10,8	473	+8,7	183	+7,6	431	+6,2
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	833	348	+68,1	167	+21,0	65	-17,7	41	-37,9	212	+22,5
Schule für Diätassistent(inn)en	114	55	+1,9	-	x	43	-	16	x	-	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	550	204	+46,8	143	+52,1	80	-21,6	39	-15,2	84	-29,4
Schule für Logopäd(inn)en	216	32	-37,3	116	+63,4	26	-	25	x	17	-61,4
Schule für Masseur(e)-innen/medizinische Bademeister/-innen	101	34	+9,7	58	x	-	x	-	x	9	-78,0
Schule für Orthoptist(inn)en	17	5	x	12	x	-	x	-	x	-	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	1 318	300	-16,7	455	+22,6	243	-12,0	158	-7,1	162	-41,9
Schule für Podolog(inn)en	127	27	-20,6	34	x	26	-	-	x	40	+21,2
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	325	55	+1,9	79	+38,6	39	+8,3	73	x	79	+2,6
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	288	82	+86,4	90	+15,4	34	x	42	x	40	-7,0
Schule für pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	633	175	-2,2	250	+2,9	115	+18,6	62	-6,1	31	-75,4
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	433	139	-46,9	236	-37,6	-	x	24	-67,6	34	-78,3
Schule für staatlich anerkannte Nofallsanitäter(innen)	110	-	x	15	x	16	x	14	x	65	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	119	21	x	19	-55,8	-	x	-	x	79	+38,6
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen, verkürzte Ausbildung	50	-	x	-	x	25	x	-	x	25	-
Insgesamt	21 186	5 633	+4,5	4 993	+4,1	3 960	+9,0	2 240	+9,3	4 360	+1,3

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**B I 1.3.1 Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens am 15. Oktober 2016
nach Schultypen sowie nach Regierungsbezirken**

Schultyp a = weiblich b = Zusammen	Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens												
	insgesamt		davon im Regierungsbezirk										
			Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg		
	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
Krankenpflegeschule	a	12 049	+3,3	3 287	+4,9	2 554	+0,2	1 953	-3,6	1 476	+10,6	2 779	+6,1
	b	15 372	+2,6	4 286	+4,4	3 237	-0,1	2 494	-5,2	1 847	+10,1	3 508	+5,2
Kinderkrankenpflegeschule	a	1 796	-6	672	-1,8	326	-7,4	364	-9,2	201	-3,4	233	-12,4
	b	1 899	-7,5	712	-1,2	344	-10,6	379	-14,3	213	-1,8	251	-12,8
Schule für Hebammen/ Entbindungspfleger	a	437	+6,8	130	-	111	+16,8	42	+55,6	93	-	61	-4,7
	b	437	+6,8	130	-	111	+16,8	42	+55,6	93	-	61	-4,7
Fachseminar für Altenpflege	a	14 503	+4,4	3 651	+5,6	3 184	-3,8	2 908	+12,2	1 502	-4,9	3 258	+10,2
	b	18 965	+4,0	4 866	+4,7	4 220	-3,9	3 799	+13,2	1 910	-6,5	4 170	+9,8
Fachseminar für Altenpflegehelfer/-innen	a	1 262	-0,4	261	-2,6	160	-10,1	362	-0,5	144	+2,1	335	+6,0
	b	1 582	+0,9	320	-5,3	203	-11	456	+6,5	175	+2,9	428	+5,9
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	590	+18,2	227	+51,3	128	+17,4	45	-16,7	26	-52,7	164	+25,2
	b	739	+14,6	283	+40,8	159	+16,9	58	-26,6	39	-40	200	+22,0
Schule für Diätassistent(inn)en	a	265	+1,5	114	+10,7	-	x	92	-	59	-10,6	-	x
	b	286	+2,9	125	+13,6	-	x	96	-1	65	-8,5	-	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	1 270	-0,1	441	+23,9	294	+20,0	230	-14,8	97	+1,0	208	-31,6
	b	1 469	+3,3	553	+37,2	321	+16,7	255	-15,3	104	-	236	-30,4
Schule für Logopäd(inn)en	a	531	-10,3	95	-32,6	266	+5,6	69	-9,2	61	+74,3	40	-54,5
	b	575	-7,7	101	-31,3	290	+9,0	73	-12	65	+80,6	46	-49,5
Schule für Masseur(e)-innen/ medizinische Bademeister/-innen	a	61	-21,8	19	-54,8	38	x	-	x	-	x	4	-84
	b	143	-15,9	45	-32,8	82	+173,3	-	x	-	x	16	-76,5
Schule für Orthoptist(inn)en	a	32	+28,0	5	x	18	x	9	x	-	x	-	x
	b	35	+34,6	6	x	20	x	9	x	-	x	-	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	2 134	-8,1	475	-18,1	661	+20,6	440	-15,1	270	+8,9	288	-32,7
	b	3 526	-9,5	732	-24,5	1 179	+21,7	678	-11,9	440	+1,4	497	-34,2
Schule für Podolog(inn)en	a	247	-1,6	64	-16,9	57	-17,4	56	+43,6	-	x	70	+18,6
	b	288	-1,4	67	-21,2	69	-12,7	68	+36,0	-	x	84	+18,3
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	609	+3,0	136	+4,6	135	-6,3	89	-9,2	93	+66,1	156	-4,3
	b	728	+2,4	166	+7,1	170	-8,6	99	-8,3	108	+58,8	185	-4,6
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	465	+7,4	136	+10,6	153	+2,0	54	-8,5	46	+64,3	76	+4,1
	b	635	+7,8	179	+17,8	212	-1,9	69	-1,4	57	+58,3	118	+2,6
Schule für pharmazeutisch- technische Assistent(inn)en	a	1 022	-12,5	295	+1,0	376	-3,1	191	+13,0	114	+3,6	46	-78
	b	1 121	-11,5	325	+2,5	405	-1,9	214	+12,6	124	+10,7	53	-77,4
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	10	x	-	x	10	x	-	x	-	x	-	x
	b	10	x	-	x	10	x	-	x	-	x	-	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	54	-72	5	x	39	-63,2	-	x	4	x	6	-80
	b	524	-55,3	177	-40	279	-29	-	x	24	-67,6	44	-83,6
Schule für staatlich anerkannte Nofallsanitäter(innen)	a	21	x	-	x	6	x	11	x	4	x	-	x
	b	121	x	-	x	15	x	27	x	14	x	65	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	217	-	40	x	60	-29,4	14	-53,3	-	x	103	+1,0
	b	249	-2,4	45	x	65	-37,5	15	-54,5	-	x	124	+5,1
Fachseminar für Familienpflege, Dorf- helfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	41	-6,8	-	x	-	x	16	x	-	x	25	-
	b	45	-	-	x	-	x	20	x	-	x	25	-
Insgesamt	a	37 616	+1,3	10 053	+3,6	8 576	-0,4	6 945	+0,9	4 190	+2,8	7 852	-0,2
	b	48 749	+0,1	13 118	+1,8	11 391	-0,3	8 851	-	5 278	+1,3	10 111	-2,2

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

**BI 1.3.2 Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung der Schulen
des Gesundheitswesens in der Zeit vom 16. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016
nach Schultypen sowie nach Regierungsbezirken**

Schultyp	Erfolgreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der staatlichen Abschlussprüfung												
	insgesamt		davon im Regierungsbezirk										
			Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Amsberg		
	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
a = weiblich b = Zusammen													
Krankenpflegeschule	a	3 218	+4,8	871	+5,4	616	+0,7	500	-8,3	429	+27,7	802	+6,8
	b	4 125	+4,3	1 138	+8,5	802	-3,7	642	-10,1	519	+28,1	1 024	+7,3
Kinderkrankenpflegeschule	a	565	+12,1	213	+9,8	90	+5,9	119	+48,8	62	-	81	-2,4
	b	591	+11,3	220	+8,4	97	+9,0	121	+34,4	65	+3,2	88	+2,3
Schule für Hebammen/ Entbindungspfleger	a	109	-16,2	36	-20,0	32	-	-	x	19	x	22	x
	b	109	-16,2	36	-20,0	32	-	-	x	19	x	22	x
Fachseminar für Altenpflege	a	3 581	+12,7	966	+16,4	747	+13,5	576	+7,5	425	+1,9	867	+17,6
	b	4 530	+12,5	1 231	+17,0	960	+14,6	775	+14,0	535	+2,3	1 029	+10,2
Fachseminar für Altenpflegehelfer/ -innen	a	721	-19,0	194	-20,2	122	-15,9	169	-24,9	109	+11,2	127	-29,1
	b	909	-14,7	238	-16,8	154	-14,4	228	-13,6	127	+5,0	162	-24,7
Schule für Gesundheits- und Krankenpflegeassistent(inn)en	a	332	-7,8	117	-25,5	51	-15,0	35	+16,7	29	x	100	+9,9
	b	424	-9,6	157	-20,3	67	-5,6	46	+31,4	33	-38,9	121	+8,0
Schule für Diätassistent(inn)en	a	65	+18,2	22	x	-	x	30	x	13	x	-	x
	b	69	+7,8	23	x	-	x	32	+23,1	14	x	-	x
Schule für Ergotherapeut(inn)en	a	366	+10,2	130	+36,8	65	+22,6	77	+16,7	16	x	78	-18,8
	b	400	+8,7	147	+37,4	74	+23,3	81	+11,0	16	-36,0	82	-20,4
Schule für Logopäd(inn)en	a	140	-10,3	28	-36,4	60	+1,7	14	x	25	x	13	-53,6
	b	162	-1,2	28	-42,9	81	+32,8	14	x	26	x	13	-55,2
Schule für Masseur(e)/-innen/ medizinische Bademeister/-innen	a	27	x	18	x	8	x	-	x	-	x	1	x
	b	59	+63,9	26	x	23	x	-	x	-	x	10	x
Schule für Orthoptist(inn)en	a	8	x	3	x	5	x	-	x	-	x	-	x
	b	8	x	3	x	5	x	-	x	-	x	-	x
Schule für Physiotherapeut(inn)en	a	516	-15,7	101	-49,2	148	+15,6	145	+16,9	50	-21,9	72	-25,8
	b	780	-12,7	136	-50,7	226	+11,9	197	+26,3	92	-2,1	129	-21,8
Schule für Podolog(inn)en	a	86	+21,1	32	x	19	x	16	x	-	x	19	-24,0
	b	96	+26,3	34	x	21	x	18	x	-	x	23	-14,8
Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	166	+0,6	19	-47,2	37	-15,9	32	-5,9	22	x	56	+33,3
	b	195	+7,1	24	-38,5	46	-9,8	36	+2,9	28	x	61	+32,6
Schule für medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	148	+29,8	29	-3,3	50	+11,1	25	x	24	x	20	x
	b	200	+37,0	37	-5,1	73	+28,1	29	x	30	x	31	+6,9
Schule für pharmazeutisch- technische Assistent(inn)en	a	346	-19,7	101	-	124	-18,4	57	-20,8	51	-	13	-76,4
	b	370	-18,0	109	-	131	-14,4	64	-21,0	52	-	14	-75,0
Schule für medizinisch-technische Veterinärassistent(inn)en	a	8	x	-	x	8	x	-	x	-	x	-	x
	b	8	x	-	x	8	x	-	x	-	x	-	x
Schule für staatlich anerkannte Rettungsassistent(inn)en	a	43	-72,8	3	x	28	-70,2	-	x	4	x	8	x
	b	432	-50,5	128	-22,0	233	-23,6	-	x	22	-60,0	49	-78,0
Schule für staatlich anerkannte Nofallsanitäter(innen)	a	3	x	-	x	-	x	-	x	-	x	3	x
	b	69	x	-	x	-	x	-	x	-	x	69	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorfhelfer/-innen	a	89	+20,3	9	x	29	-12,1	11	-62,1	-	x	40	x
	b	103	+21,2	9	x	37	-5,1	12	-61,3	-	x	45	x
Fachseminar für Familienpflege, Dorf- helfer/-innen, verkürzte Ausbildung	a	37	-5,1	-	x	-	x	17	x	-	x	20	x
	b	38	-5,0	-	x	-	x	18	x	-	x	20	x
Insgesamt	a	10 574	+1,9	2 892	+1,2	2 239	+1,3	1 823	-2,8	1 278	+11,7	2 342	+2,5
	b	13 677	+0,8	3 724	+1,2	3 070	+2,8	2 313	-3,5	1 578	+8,3	2 992	-2,0

Quelle: Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens – Weitere Informationen zur Erhebung an den Schulen des Gesundheitswesens sind im Kapitel 1 „Schulen des Gesundheitswesens: Methodische Erläuterung zur Datenerhebung“ zu finden.

B II 1.1 Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen am 30. Juni 2016 nach Berufsordnungen sowie nach Regierungsbezirken

Nr. der Berufsordnung	Berufsordnung a = weiblich b = Zusammen	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter akademischer und nichtakademischer Berufe im Gesundheitswesen ¹⁾											
		insgesamt	davon im Regierungsbezirk										
			Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg		
			Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % ¹⁾	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % ¹⁾	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % ¹⁾	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % ¹⁾	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in % ¹⁾	
303	Zahntechniker/-innen,	a	6 291	1 713	+0,2	1 334	+0,3	1 086	+3,4	739	+2,9	1 419	+0,2
	Zahntechnikerassistent/-innen	b	11 138	3 153	-0,4	2 429	-0,3	1 879	+1,7	1 288	+1,3	2 389	-0,7
304	Augenoptiker/-innen,	a	5 387	1 487	+2,4	1 177	+3,3	754	+3,1	736	+1,0	1 233	+3,2
	Augenoptiktechniker/-innen	b	7 218	2 071	+2,0	1 624	+1,4	992	+1,7	907	+0,1	1 624	+2,5
685	Pharmazeutisch-kaufm.	a	20 521	7 322	+2,8	5 249	+1,2	2 574	+2,0	1 685	+1,1	3 691	-1,4
	Angestellte	b	21 331	7 649	+3,0	5 462	+1,4	2 651	+1,6	1 750	+1,3	3 819	-1,1
841	Ärzt(e)-innen	a	15 266	4 223	+4,2	4 631	+2,4	2 030	+1,7	1 555	+2,8	2 827	+3,3
	(ohne Spezialisierung)	b	28 803	7 731	+3,6	8 265	+1,4	3 990	+1,8	3 149	+4,0	5 668	+3,6
842	Zahnärzt(e)-innen, Kieferortho-	a	2 563	741	+10,3	776	+7,8	369	+7,3	237	+19,7	440	+6,5
	päden/-orthopädinnen	b	3 983	1 114	+7,3	1 137	+7,3	587	+4,1	368	+13,6	777	+11,8
844	Apotheker/-innen,	a	6 424	1 785	+3,5	1 888	+1,6	1 018	+0,9	613	+4,8	1 120	+1,8
	Pharmazeuten	b	7 779	2 239	+4,5	2 234	+0,8	1 204	+1,9	729	+5,3	1 373	+2,0
851	Heilpraktiker/-innen	a	1 468	379	+11,8	385	+22,2	277	+23,7	152	+4,8	275	+28,5
	und verw. Berufe	b	1 844	494	+10,5	483	+18,7	339	+25,1	186	+3,3	342	+25,3
852	Masseur(e)-innen, Krankengym-	a	33 659	9 269	+3,6	8 922	+3,6	4 710	+4,9	4 295	+1,9	6 463	+2,2
	nast(inn)en und verw. Berufe	b	42 792	11 905	+3,6	11 313	+3,8	5 877	+4,6	5 322	+2,0	8 375	+2,0
853	Gesundheits- und Krankenpfleger/-	a	159 740	44 062	+1,3	35 880	+1,0	24 886	+0,6	18 822	+1,3	36 090	+1,5
	-innen und verw. Berufe, Lehr-	b	195 522	55 154	+1,2	43 832	+1,1	29 968	+0,6	22 553	+1,3	44 015	+1,4
854	Gesundheits- und Krankenpflege-	a	29 199	8 115	-0,2	7 155	+2,2	3 751	+1,1	4 466	+4,7	5 712	-0,5
	assistent(inn)en, Helfer	b	42 290	11 388	+0,7	10 910	+4,0	5 196	+1,9	6 563	+4,3	8 233	-0,2
855	Diät-, pharmazeutisch-technische	a	18 239	4 552	-0,4	4 128	+1,8	3 076	+1,7	2 407	+1,5	4 076	+0,5
	Assistent(inn)en, Ernährungs-	b	18 734	4 709	-0,4	4 259	+1,8	3 152	+1,7	2 447	+1,8	4 167	+0,7
856	Arzt- und Praxishelfer/-innen	a	147 423	41 694	+2,0	36 128	+2,2	22 688	+1,9	16 886	+1,6	30 027	+1,2
		b	151 123	42 831	+2,1	37 019	+2,3	23 189	+1,7	17 267	+1,6	30 817	+1,2
857	Med.-technische Assistent(inn)en	a	16 195	4 727	+0,5	3 969	+1,3	2 638	+1,1	1 637	+1,0	3 224	+1,0
	in versch. Fachbereichen	b	17 956	5 286	+1,2	4 415	+1,9	2 861	+1,8	1 821	+1,4	3 573	+1,4
	Insgesamt	a	462 375	130 069	+1,8	111 622	+1,9	69 857	+1,6	54 230	+1,9	96 597	+1,3
		b	550 513	155 724	+1,8	133 382	+2,1	81 885	+1,6	64 350	+2,0	115 172	+1,4

1) Die Ergebnisse können bis drei Jahre nach dem Erhebungsstichtag von der Bundesagentur für Arbeit noch revidiert werden. Sie haben somit vorläufigen Charakter.

B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung		Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
		insgesamt	davon in ...					
			allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen		
			zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %	
Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit		Teilzeit				
Regierungsbezirk Düsseldorf								
Ärztliches Personal	a	5 948	5 839	67,2	32,8	109	56,0	44,0
	b	12 756	12 571	78,2	21,8	185	71,4	28,6
	c	+3,2	+3,3	x	x	–	x	x
davon								
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	2 835	2 769	52,3	47,7	66	57,6	42,4
	b	7 397	7 273	71,8	28,2	124	76,6	23,4
	c	+3,6	+3,6	x	x	+3,3	x	x
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	3 113	3 070	80,7	19,3	43	53,5	46,5
	b	5 359	5 298	86,9	13,1	61	60,7	39,3
	c	+2,7	+2,9	x	x	–6,2	x	x
Zahnärzt(e)-innen	a	28	28	39,3	60,7	–	x	x
	b	65	65	50,8	49,2	–	x	x
	c	–5,8	–5,8	x	x	x	x	x
Pflegepersonal	a	24 865	24 317	48,1	51,9	548	47,4	52,6
	b	30 046	29 391	53,4	46,6	655	50,7	49,3
	c	+1,1	+1,1	x	x	+1,9	x	x
davon								
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	18 762	18 400	50,2	49,8	362	49,2	50,8
	b	23 177	22 742	56,2	43,8	435	52,9	47,1
	c	+1,5	+1,4	x	x	+2,4	x	x
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	1 507	1 453	42,7	57,3	54	48,1	51,9
	b	1 825	1 760	47,3	52,7	65	52,3	47,7
	c	–3,7	–3,9	x	x	+3,2	x	x
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	2 804	2 754	41,8	58,2	50	44,0	56,0
	b	2 871	2 818	42,3	57,7	53	47,2	52,8
	c	+3,4	+3,5	x	x	–	x	x
sonstige Pflegepersonen	a	1 792	1 710	40,4	59,6	82	41,5	58,5
	b	2 173	2 071	43,6	56,4	102	42,2	57,8
	c	–1,4	–1,5	x	x	–	x	x
Medizinisch-technischer Dienst	a	10 928	10 491	48,1	51,9	437	43,5	56,5
	b	12 515	11 960	51,8	48,2	555	49,4	50,6
	c	+1,1	+1,2	x	x	–0,9	x	x
davon								
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	429	418	47,8	52,2	11	x	x
	b	468	457	51,0	49,0	11	x	x
	c	+3,3	+3,4	x	x	x	x	x
Zytologieassistent(inn)en	a	–	–	x	x	–	x	x
	b	1	1	x	x	–	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	969	965	51,4	48,6	4	x	x
	b	1 114	1 110	55,8	44,2	4	x	x
	c	–	–	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	1 268	1 265	48,9	51,1	3	x	x
	b	1 337	1 334	51,3	48,7	3	x	x
	c	–1,0	–1,0	x	x	x	x	x
Apotheker/-innen	a	76	76	56,6	43,4	–	x	x
	b	112	112	65,2	34,8	–	x	x
	c	+2,8	+2,8	x	x	x	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	142	142	51,4	48,6	–	x	x
	b	147	147	52,4	47,6	–	x	x
	c	+1,4	+1,4	x	x	x	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	119	119	52,9	47,1	–	x	x
	b	137	137	59,1	40,9	–	x	x
	c	–2,1	–2,1	x	x	x	x	x
Krankengymnast(inn)en	a	718	613	40,9	59,1	105	58,1	41,9
	b	1 002	849	51,8	48,2	153	68,0	32,0
	c	–2,3	–1,6	x	x	–6,1	x	x
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	120	98	31,6	68,4	22	x	x
	b	199	161	52,8	47,2	38	68,4	31,6
	c	–5,2	–4,2	x	x	–9,5	x	x
Logopäd(inn)en	a	104	80	37,5	62,5	24	x	x
	b	117	92	40,2	59,8	25	52,0	48,0
	c	+5,4	+5,7	x	x	x	x	x
Heilpädagog(inn)en	a	58	53	24,5	75,5	5	x	x
	b	64	59	28,8	71,2	5	x	x
	c	–	–	x	x	x	x	x

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
noch: Regierungsbezirk Düsseldorf								
Noch: Medizinisch-techn. Dienst								
Psycholog(innen)	a	739	657	23,1	76,9	82	26,8	73,2
	b	922	812	27,0	73,0	110	30,0	70,0
	c	+4,2	+4,1	x	x	+4,8	x	x
Diätassistent(innen)	a	166	151	51,0	49,0	15	x	x
	b	172	156	51,9	48,1	16	x	x
	c	+7,5	+9,1	x	x	x	x	x
Sozialarbeiter/-innen	a	550	515	46,4	53,6	35	37,1	62,9
	b	671	625	51,5	48,5	46	45,7	54,3
	c	+20,9	+24,3	x	x	-11,5	x	x
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	5 470	5 339	51,6	48,4	131	37,4	62,6
	b	6 052	5 908	54,6	45,4	144	39,6	60,4
	c	-0,1	-0,3	x	x	+7,5	x	x
Funktionsdienst	a	7 127	7 046	52,2	47,8	81	38,3	61,7
	b	9 061	8 946	59,4	40,6	115	46,1	53,9
	c	+1,7	+1,8	x	x	-2,5	x	x
davon								
Personal im Operationsdienst	a	1 837	1 837	62,2	37,8	-	x	x
	b	2 371	2 371	67,8	32,2	-	x	x
	c	+1,8	+1,8	x	x	x	x	x
Personal in der Anästhesie	a	780	780	54,4	45,6	-	x	x
	b	1 212	1 212	66,5	33,5	-	x	x
	c	-3,9	-3,9	x	x	x	x	x
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	393	393	54,2	45,8	-	x	x
	b	474	474	60,8	39,2	-	x	x
	c	+13,7	+13,7	x	x	x	x	x
Personal in der Endoskopie	a	374	374	53,2	46,8	-	x	x
	b	438	438	58,7	41,3	-	x	x
	c	+1,4	+1,4	x	x	x	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	1 513	1 513	51,0	49,0	-	x	x
	b	1 811	1 810	56,0	44,0	1	x	x
	c	-0,4	-0,4	x	x	x	x	x
Hebammen/Entbindungspfleger	a	657	657	26,9	73,1	-	x	x
	b	658	658	27,1	72,9	-	x	x
	c	+4,4	+4,4	x	x	x	x	x
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(innen)	a	508	443	39,5	60,5	65	33,8	66,2
	b	648	557	46,7	53,3	91	46,2	53,8
	c	+2,9	+3,5	x	x	-1,1	x	x
Krankentransportdienst	a	29	29	51,7	48,3	-	x	x
	b	160	160	86,3	13,8	-	x	x
	c	+13,5	+13,5	x	x	x	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	1 036	1 020	55,1	44,9	16	x	x
	b	1 289	1 266	60,5	39,5	23	x	x
	c	+3,0	+3,2	x	x	x	x	x
Sonstige Dienste	a	6 622	6 397	49,7	50,3	225	29,8	70,2
	b	10 574	10 287	64,5	35,5	287	36,6	63,4
	c	-0,3	-0,2	x	x	-2,4	x	x
Sonstiges Personal	a	607	590	64,6	35,4	17	x	x
	b	868	841	64,1	35,9	27	55,6	44,4
	c	+1,6	+4,1	x	x	-41,3	x	x
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	50 149	48 841	49,1	50,9	1 308	42,4	57,6
	b	63 064	61 425	56,0	44,0	1 639	47,5	52,5
	c	+1,0	+1,0	x	x	-1,3	x	x
Personal der Ausbildungsstätten	a	284	284	46,5	53,5	-	x	x
	b	369	369	55,8	44,2	-	x	x
	c	+5,4	+5,4	x	x	x	x	x
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	78	78	x	x	-	x	x
	b	78	78	x	x	-	x	x
	c	-1,3	-1,3	x	x	x	x	x
Regierungsbezirk insgesamt²⁾	a	56 487	55 070	51,1	48,9	1 417	43,5	56,5
	b	76 332	74 508	59,8	40,2	1 824	49,9	50,1
	c	+1,3	+1,4	x	x	-1,2	x	x

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung		Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
		insgesamt	davon in ...					
			allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen		
			zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %	
Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit		Teilzeit				
Regierungsbezirk Köln								
Ärztliches Personal	a	5 244	5 078	66,1	33,9	166	51,8	48,2
	b	10 761	10 484	77,9	22,1	277	61,7	38,3
	c	+2,7	+2,9	x	x	-2,5	x	x
davon								
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	2 317	2 218	49,5	50,5	99	52,5	47,5
	b	5 891	5 708	71,5	28,5	183	63,9	36,1
	c	+3,7	+3,7	x	x	+1,7	x	x
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	2 927	2 860	79,1	20,9	67	50,7	49,3
	b	4 870	4 776	85,6	14,4	94	57,4	42,6
	c	+1,6	+1,8	x	x	-9,6	x	x
Zahnärzt(e)-innen	a	80	80	42,5	57,5	-	x	x
	b	159	159	53,5	46,5	-	x	x
	c	-7,0	-7,0	x	x	x	x	x
Pflegepersonal	a	19 805	18 799	47,2	52,8	1 006	46,4	53,6
	b	23 789	22 602	51,3	48,7	1 187	48,9	51,1
	c	+1,7	+2,1	x	x	-5,0	x	x
davon								
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	14 969	14 261	48,6	51,4	708	49,9	50,1
	b	18 130	17 319	53,6	46,4	811	52,7	47,3
	c	+1,1	+1,3	x	x	-3,3	x	x
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	761	616	49,7	50,3	145	31,7	68,3
	b	924	766	53,0	47,0	158	33,5	66,5
	c	-4,7	-5,3	x	x	-1,9	x	x
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	2 211	2 209	48,2	51,8	2	x	x
	b	2 274	2 272	48,9	51,1	2	x	x
	c	+1,1	+1,0	x	x	x	x	x
sonstige Pflegepersonen	a	1 864	1 713	33,0	67,0	151	45,0	55,0
	b	2 461	2 245	35,3	64,7	216	46,8	53,2
	c	+10,2	+13,0	x	x	-12,9	x	x
Medizinisch-technischer Dienst	a	9 769	9 104	50,5	49,5	665	34,4	65,6
	b	11 660	10 744	54,4	45,6	916	42,6	57,4
	c	+0,6	+0,4	x	x	+2,8	x	x
davon								
medizinisch-technische Assistent(innen)	a	359	339	61,1	38,9	20	x	x
	b	398	376	64,1	35,9	22	x	x
	c	-10,6	-13,4	x	x	x	x	x
Zytologieassistent(innen)	a	3	3	x	x	-	x	x
	b	3	3	x	x	-	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(innen)	a	770	759	49,7	50,3	11	x	x
	b	887	876	53,0	47,0	11	x	x
	c	+2,9	+2,7	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(innen)	a	741	738	55,6	44,4	3	x	x
	b	805	801	57,6	42,4	4	x	x
	c	-1,5	-1,5	x	x	x	x	x
Apotheker/-innen	a	72	72	66,7	33,3	-	x	x
	b	102	102	76,5	23,5	-	x	x
	c	+2,0	+2,0	x	x	x	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(innen)	a	139	139	59,0	41,0	-	x	x
	b	148	148	61,5	38,5	-	x	x
	c	+2,8	+2,8	x	x	x	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	77	77	58,4	41,6	-	x	x
	b	93	93	65,6	34,4	-	x	x
	c	+2,2	+2,2	x	x	x	x	x
Krankengymnast(innen)	a	816	566	43,1	56,9	250	31,6	68,4
	b	1 132	765	52,4	47,6	367	40,6	59,4
	c	+1,0	+2,4	x	x	-1,9	x	x
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	106	62	35,5	64,5	44	36,4	63,6
	b	190	119	58,0	42,0	71	45,1	54,9
	c	-5,0	-4,0	x	x	-6,6	x	x
Logopäd(innen)	a	166	109	31,2	68,8	57	36,8	63,2
	b	178	119	32,8	67,2	59	39,0	61,0
	c	+6,6	+7,2	x	x	+5,4	x	x
Heilpädagog(innen)	a	34	31	22,6	77,4	3	x	x
	b	37	34	23,5	76,5	3	x	x
	c	-	-2,9	x	x	x	x	x

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
noch: Regierungsbezirk Köln								
Noch: Medizinisch-techn. Dienst								
Psycholog(innen)	a	505	402	20,4	79,6	103	35,0	65,0
	b	647	493	26,2	73,8	154	45,5	54,5
	c	+4,2	+6,0	x	x	-1,3	x	x
Diätassistent(innen)	a	149	126	51,6	48,4	23	x	x
	b	155	131	52,7	47,3	24	x	x
	c	-	+0,8	x	x	-4	x	x
Sozialarbeiter/-innen	a	428	356	35,1	64,9	72	33,3	66,7
	b	531	440	42,3	57,7	91	42,9	57,1
	c	+3,1	+3,5	x	x	+1,1	x	x
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	5 404	5 325	53,4	46,6	79	43,0	57,0
	b	6 354	6 244	56,9	43,1	110	50,0	50,0
	c	+0,6	+0,3	x	x	+25,0	x	x
Funktionsdienst	a	5 800	5 651	48,5	51,5	149	43,0	57,0
	b	7 371	7 178	55,5	44,5	193	47,7	52,3
	c	+0,7	+0,6	x	x	+3,2	x	x
davon								
Personal im Operationsdienst	a	1 545	1 545	57,5	42,5	-	x	x
	b	1 961	1 961	63,6	36,4	-	x	x
	c	-4,4	-4,4	x	x	x	x	x
Personal in der Anästhesie	a	737	737	52,1	47,9	-	x	x
	b	1 062	1 062	61,0	39,0	-	x	x
	c	+3,3	+3,3	x	x	x	x	x
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	255	238	50,8	49,2	17	x	x
	b	289	271	55,4	44,6	18	x	x
	c	+0,3	+1,1	x	x	x	x	x
Personal in der Endoskopie	a	320	320	44,1	55,9	-	x	x
	b	363	363	49,0	51,0	-	x	x
	c	+2,0	+2,0	x	x	x	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	1 123	1 121	47,6	52,4	2	x	x
	b	1 381	1 379	52,4	47,6	2	x	x
	c	+9,1	+8,9	x	x	x	x	x
Hebammen/Entbindungspfleger	a	688	688	24,1	75,9	-	x	x
	b	688	688	24,1	75,9	-	x	x
	c	+1,2	+1,2	x	x	x	x	x
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(innen)	a	418	297	42,1	57,9	121	48,8	51,2
	b	526	370	47,8	52,2	156	54,5	45,5
	c	+1,5	+2,2	x	x	-	x	x
Krankentransportdienst	a	46	46	56,5	43,5	-	x	x
	b	221	221	86,4	13,6	-	x	x
	c	+10,0	+10,0	x	x	x	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	668	659	53,9	46,1	9	x	x
	b	880	863	58,3	41,7	17	x	x
	c	-5,5	-6,2	x	x	x	x	x
Sonstige Dienste	a	6 263	5 649	50,0	50,0	614	42,2	57,8
	b	10 352	9 512	64,2	35,8	840	50,6	49,4
	c	+1,0	+0,8	x	x	+3,6	x	x
Sonstiges Personal	a	467	401	71,6	28,4	66	39,4	60,6
	b	728	601	73,7	26,3	127	48,0	52,0
	c	-3,4	-3,8	x	x	-1,6	x	x
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	42 104	39 604	48,8	51,2	2 500	41,8	58,2
	b	53 900	50 637	55,2	44,8	3 263	47,5	52,5
	c	+1,1	+1,2	x	x	-0,1	x	x
Personal der Ausbildungsstätten	a	246	246	42,7	57,3	-	x	x
	b	312	312	50,0	50,0	-	x	x
	c	+3,7	+3,7	x	x	x	x	x
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	41	41	x	x	-	x	x
	b	41	41	x	x	-	x	x
	c	+10,8	+10,8	x	x	x	x	x
Regierungsbezirk insgesamt²⁾	a	47 715	45 049	50,7	49,3	2 666	42,4	57,6
	b	65 173	61 633	59,1	40,9	3 540	48,6	51,4
	c	+1,4	+1,5	x	x	-0,3	x	x

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung		Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen						
		insgesamt	davon in ...					
			allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen		
			zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %	
Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit		Teilzeit				
Regierungsbezirk Münster								
Ärztliches Personal	a	2 665	2 628	63,5	36,5	37	35,1	64,9
	b	6 005	5 929	78,5	21,5	76	48,7	51,3
	c	+3,9	+3,8	x	x	+10,1	x	x
davon								
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	1 249	1 219	51,1	48,9	30	30,0	70,0
	b	3 360	3 302	74,2	25,8	58	51,7	48,3
	c	+3,3	+3,2	x	x	+7,4	x	x
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	1 416	1 409	74,2	25,8	7	x	x
	b	2 645	2 627	83,9	16,1	18	x	x
	c	+4,6	+4,5	x	x	x	x	x
Zahnärzt(e)-innen	a	30	30	70,0	30,0	–	x	x
	b	70	70	81,4	18,6	–	x	x
	c	–9,1	–9,1	x	x	x	x	x
Pflegepersonal	a	13 804	13 581	42,1	57,9	223	24,2	75,8
	b	16 216	15 953	47,3	52,7	263	28,1	71,9
	c	+3,5	+3,6	x	x	+1,2	x	x
davon								
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	10 562	10 374	44,3	55,7	188	22,3	77,7
	b	12 641	12 427	50,5	49,5	214	26,6	73,4
	c	+3,3	+3,3	x	x	+1,4	x	x
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	433	420	35,2	64,8	13	x	x
	b	531	517	39,3	60,7	14	x	x
	c	+1,5	+1,8	x	x	x	x	x
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	1 784	1 780	38,0	62,0	4	x	x
	b	1 826	1 822	39,1	60,9	4	x	x
	c	+0,8	+0,8	x	x	x	x	x
sonstige Pflegepersonen	a	1 025	1 007	28,9	71,1	18	x	x
	b	1 218	1 187	30,6	69,4	31	32,3	67,7
	c	+11,4	+11,7	x	x	+3,3	x	x
Medizinisch-technischer Dienst	a	6 372	6 224	43,3	56,7	148	25,0	75,0
	b	7 517	7 322	47,7	52,3	195	35,9	64,1
	c	+2,7	+2,7	x	x	+3,7	x	x
davon								
medizinisch-technische Assistent(innen)	a	301	295	44,4	55,6	6	x	x
	b	329	323	47,7	52,3	6	x	x
	c	–0,9	–1,5	x	x	x	x	x
Zytologieassistent(innen)	a	3	3	x	x	–	x	x
	b	3	3	x	x	–	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(innen)	a	584	583	47,7	52,3	1	x	x
	b	648	647	51,8	48,2	1	x	x
	c	+5,9	+5,9	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(innen)	a	789	787	44,7	55,3	2	x	x
	b	811	809	45,9	54,1	2	x	x
	c	+3,3	+3,3	x	x	x	x	x
Apotheker/-innen	a	65	65	70,8	29,2	–	x	x
	b	86	86	75,6	24,4	–	x	x
	c	–5,5	–5,5	x	x	x	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(innen)	a	96	96	59,4	40,6	–	x	x
	b	100	100	61,0	39,0	–	x	x
	c	+4,2	+4,2	x	x	x	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	41	41	46,3	53,7	–	x	x
	b	51	51	54,9	45,1	–	x	x
	c	+10,9	+10,9	x	x	x	x	x
Krankengymnast(innen)	a	467	436	42,2	57,8	31	45,2	54,8
	b	627	577	51,3	48,7	50	62,0	38,0
	c	+1,3	+1,4	x	x	–	x	x
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	57	50	48,0	52,0	7	x	x
	b	96	83	62,7	37,3	13	x	x
	c	–6,8	–8,8	x	x	x	x	x
Logopäd(innen)	a	70	63	33,3	66,7	7	x	x
	b	75	67	34,3	65,7	8	x	x
	c	+2,7	+1,5	x	x	x	x	x
Heilpädagog(innen)	a	52	52	48,1	51,9	–	x	x
	b	62	62	53,2	46,8	–	x	x
	c	+8,8	+8,8	x	x	x	x	x

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
noch: Regierungsbezirk Münster								
Noch: Medizinisch-techn. Dienst								
Psycholog(innen)	a	303	273	23,1	76,9	30	30,0	70,0
	b	381	346	30,3	69,7	35	34,3	65,7
	c	+2,4	+1,2	x	x	+16,7	x	x
Diätassistent(innen)	a	157	152	44,7	55,3	5	x	x
	b	163	157	45,9	54,1	6	x	x
	c	+0,6	–	x	x	x	x	x
Sozialarbeiter/-innen	a	327	301	41,5	58,5	26	34,6	65,4
	b	421	382	49,0	51,0	39	35,9	64,1
	c	–1,6	–0,8	x	x	–9,3	x	x
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	3 060	3 027	43,0	57,0	33	–	100,0
	b	3 664	3 629	47,1	52,9	35	5,7	94,3
	c	+3,6	+3,6	x	x	+2,9	x	x
Funktionsdienst	a	3 118	3 083	44,4	55,6	35	37,1	62,9
	b	3 998	3 947	53,6	46,4	51	43,1	56,9
	c	+2,2	+2,3	x	x	–1,9	x	x
davon								
Personal im Operationsdienst	a	794	794	53,1	46,9	–	x	x
	b	1 050	1 050	62,3	37,7	–	x	x
	c	+3,7	+3,7	x	x	x	x	x
Personal in der Anästhesie	a	333	333	48,0	52,0	–	x	x
	b	548	548	63,7	36,3	–	x	x
	c	+1,7	+1,7	x	x	x	x	x
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	262	262	46,6	53,4	–	x	x
	b	299	299	51,8	48,2	–	x	x
	c	+5,7	+5,7	x	x	x	x	x
Personal in der Endoskopie	a	175	175	42,9	57,1	–	x	x
	b	201	201	49,8	50,2	–	x	x
	c	+8,6	+8,6	x	x	x	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	567	567	44,3	55,7	–	x	x
	b	659	659	50,2	49,8	–	x	x
	c	–1,2	–1,2	x	x	x	x	x
Hebammen/Entbindungspfleger	a	303	303	26,7	73,3	–	x	x
	b	303	303	26,7	73,3	–	x	x
	c	+4,5	+4,5	x	x	x	x	x
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(innen)	a	306	276	36,6	63,4	30	43,3	56,7
	b	405	359	41,8	58,2	46	47,8	52,2
	c	+6,9	+7,5	x	x	+2,2	x	x
Krankentransportdienst	a	25	25	56,0	44,0	–	x	x
	b	89	89	79,8	20,2	–	x	x
	c	–9,2	–9,2	x	x	x	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	353	348	41,1	58,9	5	x	x
	b	444	439	50,8	49,2	5	x	x
	c	–2,8	–2,4	x	x	x	x	x
Sonstige Dienste	a	4 870	4 749	42,3	57,7	121	19,0	81,0
	b	7 375	7 215	56,9	43,1	160	23,1	76,9
	c	+2,4	+2,4	x	x	+1,9	x	x
Sonstiges Personal	a	834	821	52,6	47,4	13	x	x
	b	1 162	1 146	53,3	46,7	16	x	x
	c	+3,7	+3,4	x	x	x	x	x
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	28 998	28 458	42,9	57,1	540	23,9	76,1
	b	36 268	35 583	50,2	49,8	685	30,1	69,9
	c	+3,0	+3,0	x	x	+2,2	x	x
Personal der Ausbildungsstätten	a	153	153	39,2	60,8	–	x	x
	b	213	213	52,6	47,4	–	x	x
	c	+2,9	+2,9	x	x	x	x	x
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	33	33	x	x	–	x	x
	b	33	33	x	x	–	x	x
	c	+3,1	+3,1	x	x	x	x	x
Regierungsbezirk insgesamt²⁾	a	31 879	31 302	44,7	55,3	577	24,6	75,4
	b	42 589	41 828	54,3	45,7	761	31,9	68,1
	c	+3,1	+3,1	x	x	+3,0	x	x

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung a = weiblich b = Zusammen c = Veränderung von b gegenüber dem Vorjahr in %	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
Regierungsbezirk Detmold								
Ärztliches Personal	a	1 968	1 701	59,0	41,0	267	68,5	31,5
	b	4 643	4 056	73,7	26,3	587	78,2	21,8
	c	+4,2	+4,0	x	x	+5,2	x	x
davon								
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	980	818	48,3	51,7	162	71,0	29,0
	b	2 687	2 312	69,3	30,7	375	80,5	19,5
	c	+2,4	+3,2	x	x	-2,1	x	x
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	988	883	68,9	31,1	105	64,8	35,2
	b	1 956	1 744	79,4	20,6	212	74,1	25,9
	c	+6,7	+5,2	x	x	+21,1	x	x
Zahnärzt(e)-innen	a	—	—	x	x	—	x	x
	b	4	4	x	x	—	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
Pflegepersonal	a	10 655	9 427	34,6	65,4	1 228	42,1	57,9
	b	12 527	11 129	38,8	61,2	1 398	46,5	53,5
	c	-0,9	-1,3	x	x	+2,0	x	x
davon								
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	8 413	7 516	36,7	63,3	897	42,9	57,1
	b	9 994	8 958	41,8	58,2	1 036	47,7	52,3
	c	-1,5	-1,5	x	x	-1,5	x	x
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	602	451	16,6	83,4	151	38,4	61,6
	b	763	605	18,7	81,3	158	38,6	61,4
	c	-0,9	-3,8	x	x	+12,1	x	x
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	1 112	1 096	30,3	69,7	16	x	x
	b	1 129	1 113	30,6	69,4	16	x	x
	c	+2,4	+4,2	x	x	-54,3	x	x
sonstige Pflegepersonen	a	528	364	26,4	73,6	164	43,3	56,7
	b	641	453	27,2	72,8	188	48,9	51,1
	c	+2,6	-6,0	x	x	+31,5	x	x
Medizinisch-technischer Dienst	a	5 214	3 964	39,3	60,7	1 250	39,7	60,3
	b	6 128	4 502	44,0	56,0	1 626	47,4	52,6
	c	+2,2	+2,7	x	x	+0,7	x	x
davon								
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	71	41	36,6	63,4	30	26,7	73,3
	b	75	43	39,5	60,5	32	25,0	75,0
	c	+29,3	—	x	x	x	x	x
Zytologieassistent(inn)en	a	10	10	x	x	—	x	x
	b	10	10	x	x	—	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	384	380	44,7	55,3	4	x	x
	b	446	441	49,0	51,0	5	x	x
	c	+3,2	+3,8	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	481	474	38,4	61,6	7	x	x
	b	508	501	41,3	58,7	7	x	x
	c	+5,0	+5,3	x	x	x	x	x
Apotheker/-innen	a	27	27	74,1	25,9	—	x	x
	b	44	44	84,1	15,9	—	x	x
	c	+7,3	+7,3	x	x	x	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	82	80	50,0	50,0	2	x	x
	b	84	81	50,6	49,4	3	x	x
	c	+6,3	+2,5	x	x	x	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	60	60	56,7	43,3	—	x	x
	b	72	72	61,1	38,9	—	x	x
	c	+2,9	+2,9	x	x	x	x	x
Krankengymnast(inn)en	a	668	286	33,9	66,1	382	51,6	48,4
	b	910	364	42,3	57,7	546	61,7	38,3
	c	+2,5	—	x	x	+4,2	x	x
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	138	33	39,4	60,6	105	43,8	56,2
	b	221	58	56,9	43,1	163	58,3	41,7
	c	+0,9	+3,6	x	x	—	x	x
Logopäd(inn)en	a	88	34	29,4	70,6	54	33,3	66,7
	b	98	37	27,0	73,0	61	39,3	60,7
	c	-4,9	—	x	x	-7,6	x	x
Heilpädagog(inn)en	a	34	14	x	x	20	x	x
	b	39	14	x	x	25	20,0	80,0
	c	+18,2	x	x	x	x	x	x

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
noch: Regierungsbezirk Detmold								
Noch: Medizinisch-techn. Dienst								
Psycholog(inn)en	a	410	202	23,3	76,7	208	32,2	67,8
	b	536	258	28,3	71,7	278	36,3	63,7
	c	+4,3	+3,2	x	x	+5,3	x	x
Diätassistent(inn)en	a	163	74	39,2	60,8	89	36,0	64,0
	b	165	76	40,8	59,2	89	36,0	64,0
	c	-9,3	-11,6	x	x	-7,3	x	x
Sozialarbeiter/-innen	a	294	187	26,2	73,8	107	34,6	65,4
	b	353	218	33,5	66,5	135	41,5	58,5
	c	+1,7	+6,3	x	x	-4,9	x	x
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	2 304	2 062	40,8	59,2	242	34,7	65,3
	b	2 567	2 285	45,3	54,7	282	38,3	61,7
	c	+1,2	+2,7	x	x	-9,0	x	x
Funktionsdienst	a	3 003	2 752	35,4	64,6	251	39,0	61,0
	b	3 702	3 406	44,0	56,0	296	41,2	58,8
	c	+2,0	+2,9	x	x	-6,9	x	x
davon								
Personal im Operationsdienst	a	699	699	48,9	51,1	-	x	x
	b	890	890	57,0	43,0	-	x	x
	c	-3,2	-3,2	x	x	x	x	x
Personal in der Anästhesie	a	239	239	41,8	58,2	-	x	x
	b	401	401	60,8	39,2	-	x	x
	c	+1,0	+1,0	x	x	x	x	x
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	282	238	27,3	72,7	44	29,5	70,5
	b	313	265	32,1	67,9	48	29,2	70,8
	c	+1,3	+8,2	x	x	-25,0	x	x
Personal in der Endoskopie	a	159	156	32,1	67,9	3	x	x
	b	178	175	36,0	64,0	3	x	x
	c	+8,5	+8,7	x	x	x	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	464	464	31,7	68,3	-	x	x
	b	546	546	37,4	62,6	-	x	x
	c	+4,2	+4,2	x	x	x	x	x
Hebammen/Entbindungspfleger	a	292	292	20,2	79,8	-	x	x
	b	292	292	20,2	79,8	-	x	x
	c	+2,8	+2,8	x	x	x	x	x
Beschäftigungs- und Arbeits-therapeut(inn)en	a	294	142	28,2	71,8	152	42,8	57,2
	b	356	173	36,4	63,6	183	45,4	54,6
	c	-4,3	-2,3	x	x	-6,2	x	x
Krankentransportdienst	a	16	16	x	x	-	x	x
	b	67	67	73,1	26,9	-	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	558	506	33,2	66,8	52	38,5	61,5
	b	659	597	37,5	62,5	62	40,3	59,7
	c	+3,1	+2,4	x	x	+10,7	x	x
Sonstige Dienste	a	3 680	2 563	35,9	64,1	1 117	42,4	57,6
	b	5 479	3 923	52,4	47,6	1 556	53,9	46,1
	c	-0,4	+0,2	x	x	-2,0	x	x
Sonstiges Personal	a	538	385	66,5	33,5	153	54,9	45,1
	b	742	541	68,9	31,1	201	59,7	40,3
	c	-3,4	-1,8	x	x	-7,4	x	x
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	23 090	19 091	36,5	63,5	3 999	41,7	58,3
	b	28 578	23 501	43,5	56,5	5 077	49,3	50,7
	c	+0,1	+0,3	x	x	-0,6	x	x
Personal der Ausbildungsstätten	a	141	140	39,3	60,7	1	x	x
	b	190	189	49,7	50,3	1	x	x
	c	-1,6	-	x	x	x	x	x
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	18	18	x	x	-	x	x
	b	18	18	x	x	-	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
Regierungsbezirk insgesamt²⁾	a	25 217	20 950	38,4	61,6	4 267	43,4	56,6
	b	33 433	27 768	48,0	52,0	5 665	52,3	47,7
	c	+0,7	+0,8	x	x	-0,1	x	x

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
Regierungsbezirk Arnberg								
Ärztliches Personal	a	3 664	3 507	66,3	33,7	157	66,9	33,1
	b	8 576	8 222	78,7	21,3	354	75,1	24,9
	c	+3,4	+3,5	x	x	+2,0	x	x
davon								
Ärzt(e)-innen mit abgeschlossener Weiterbildung	a	1 656	1 566	54,0	46,0	90	61,1	38,9
	b	4 705	4 480	73,4	26,6	225	70,7	29,3
	c	+3,8	+4,1	x	x	-0,4	x	x
Ärzt(e)-innen ohne abgeschlossene Weiterbildung	a	2 008	1 941	76,2	23,8	67	74,6	25,4
	b	3 871	3 742	85,0	15,0	129	82,9	17,1
	c	+2,9	+2,7	x	x	+6,6	x	x
Zahnärzt(e)-innen	a	–	–	x	x	–	x	x
	b	2	2	x	x	–	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
Pflegepersonal	a	20 551	19 350	45,2	54,8	1 201	38,3	61,7
	b	24 429	23 006	50,6	49,4	1 423	42,9	57,1
	c	+2,5	+2,7	x	x	-0,4	x	x
davon								
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	a	15 952	15 072	46,4	53,6	880	43,5	56,5
	b	19 198	18 135	52,5	47,5	1 063	48,5	51,5
	c	+2,3	+2,4	x	x	-0,7	x	x
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	935	848	42,9	57,1	87	31,0	69,0
	b	1 086	988	46,7	53,3	98	34,7	65,3
	c	+8,0	+9,3	x	x	-3,9	x	x
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	a	1 909	1 885	36,0	64,0	24	x	x
	b	1 968	1 944	37,3	62,7	24	x	x
	c	-0,8	-0,6	x	x	-14,3	x	x
sonstige Pflegepersonen	a	1 755	1 545	45,6	54,4	210	21,4	78,6
	b	2 177	1 939	48,9	51,1	238	23,1	76,9
	c	+4,9	+4,9	x	x	+4,4	x	x
Medizinisch-technischer Dienst	a	7 979	6 992	46,5	53,5	987	44,8	55,2
	b	9 335	8 054	50,6	49,4	1 281	52,2	47,8
	c	+1,4	+1,9	x	x	-2,1	x	x
davon								
medizinisch-technische Assistent(inn)en	a	162	153	37,3	62,7	9	x	x
	b	184	175	44,0	56,0	9	x	x
	c	+16,5	+23,2	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Radiologieassistent(inn)en	a	693	679	53,0	47,0	14	x	x
	b	812	798	58,0	42,0	14	x	x
	c	+0,1	–	x	x	x	x	x
medizinisch-technische Laboratoriumsassistent(inn)en	a	758	748	46,7	53,3	10	x	x
	b	795	785	48,3	51,7	10	x	x
	c	+1,7	+1,4	x	x	x	x	x
Apotheker/-innen	a	87	86	64,0	36,0	1	x	x
	b	129	128	73,4	26,6	1	x	x
	c	+12,2	+12,3	x	x	x	x	x
pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en	a	147	147	51,0	49,0	–	x	x
	b	151	151	51,7	48,3	–	x	x
	c	+2,0	+2,0	x	x	x	x	x
sonstiges Apothekenpersonal	a	112	112	46,4	53,6	–	x	x
	b	134	134	52,2	47,8	–	x	x
	c	-6,9	-6,9	x	x	x	x	x
Krankengymnast(inn)en	a	838	531	45,2	54,8	307	54,4	45,6
	b	1 199	766	58,5	41,5	433	62,4	37,6
	c	+2,6	+4,5	x	x	-0,7	x	x
Masseur(e)-innen, medizinische Bademeister/-innen	a	169	96	35,4	64,6	73	46,6	53,4
	b	304	179	58,7	41,3	125	64,0	36,0
	c	-1,9	+2,9	x	x	-8,1	x	x
Logopäd(inn)en	a	141	78	29,5	70,5	63	36,5	63,5
	b	150	85	31,8	68,2	65	38,5	61,5
	c	+0,7	+7,6	x	x	-7,1	x	x
Heilpädagog(inn)en	a	43	35	34,3	65,7	8	x	x
	b	49	41	34,1	65,9	8	x	x
	c	-5,8	-4,7	x	x	x	x	x
Psycholog(inn)en	a	541	388	33,0	67,0	153	45,1	54,9
	b	690	487	37,4	62,6	203	49,8	50,2
	c	+1,5	+4,3	x	x	-4,7	x	x

Noch: B II 2.1.1 Personal der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser sowie der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen am 31. Dezember 2016 nach Personalgruppen, Berufsbezeichnungen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Personal in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen							
	insgesamt	davon in ...						
		allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern			Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen			
		zu- sammen	davon in %		zu- sammen	davon in %		
Vollzeit	Teilzeit		Vollzeit	Teilzeit				
noch: Regierungsbezirk Arnsberg								
Noch: Medizinisch-techn. Dienst								
Diätassistent(inn)en	a	194	160	46,9	53,1	34	55,9	44,1
	b	199	164	48,2	51,8	35	57,1	42,9
	c	-1,0	-1,8	x	x	+2,9	x	x
Sozialarbeiter/-innen	a	434	334	36,5	63,5	100	61,0	39,0
	b	552	416	45,2	54,8	136	66,9	33,1
	c	-1,6	-0,7	x	x	-4,2	x	x
sonstiges medizinisch-technisches Personal	a	3 660	3 445	48,4	51,6	215	28,4	71,6
	b	3 987	3 745	50,0	50,0	242	30,6	69,4
	c	+1,5	+1,3	x	x	+4,8	x	x
Funktionsdienst	a	5 489	5 243	47,2	52,8	246	41,5	58,5
	b	6 861	6 511	54,7	45,3	350	45,7	54,3
	c	+4,9	+5,1	x	x	+0,9	x	x
davon								
Personal im Operationsdienst	a	1 291	1 291	55,8	44,2	-	x	x
	b	1 667	1 667	63,6	36,4	-	x	x
	c	+4,1	+4,1	x	x	x	x	x
Personal in der Anästhesie	a	565	565	47,3	52,7	-	x	x
	b	879	879	61,8	38,2	-	x	x
	c	+0,7	+0,7	x	x	x	x	x
Personal in der Funktionsdiagnostik	a	328	320	54,4	45,6	8	x	x
	b	370	362	58,3	41,7	8	x	x
	c	+6,3	+6,5	x	x	x	x	x
Personal in der Endoskopie	a	382	382	39,8	60,2	-	x	x
	b	436	436	46,8	53,2	-	x	x
	c	+4,1	+4,1	x	x	x	x	x
Personal in der Ambulanz und in Polikliniken	a	1 009	1 008	46,7	53,3	1	x	x
	b	1 184	1 183	52,1	47,9	1	x	x
	c	+13,2	+13,1	x	x	x	x	x
Hebammen/Entbindungspfleger	a	500	500	26,2	73,8	-	x	x
	b	500	500	26,2	73,8	-	x	x
	c	+4,0	+4,0	x	x	x	x	x
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut(inn)en	a	475	308	43,5	56,5	167	46,7	53,3
	b	607	391	50,9	49,1	216	51,4	48,6
	c	+0,3	+1,3	x	x	-1,4	x	x
Krankentransportdienst	a	22	22	x	x	-	x	x
	b	50	50	76,0	24,0	-	x	x
	c	-2,0	-2,0	x	x	x	x	x
sonstiges Personal im Funktionsdienst	a	917	847	48,5	51,5	70	31,4	68,6
	b	1 168	1 043	53,4	46,6	125	37,6	62,4
	c	+4,5	+4,5	x	x	+4,2	x	x
Sonstige Dienste	a	6 449	5 457	38,5	61,5	992	31,8	68,2
	b	9 507	8 262	54,4	45,6	1 245	38,0	62,0
	c	+2,5	+2,7	x	x	+1,2	x	x
Sonstiges Personal	a	1 049	936	63,8	36,2	113	50,4	49,6
	b	1 405	1 250	66,6	33,4	155	48,4	51,6
	c	+4,1	+5,0	x	x	-3,1	x	x
Nicht ärztliches Personal insgesamt	a	41 517	37 978	45,2	54,8	3 539	38,9	61,1
	b	51 537	47 083	52,3	47,7	4 454	44,6	55,4
	c	+2,6	+2,9	x	x	-0,5	x	x
Personal der Ausbildungsstätten	a	204	204	50,5	49,5	-	x	x
	b	283	283	57,6	42,4	-	x	x
	c	+3,7	+3,7	x	x	x	x	x
Beleghebammen/-entbindungspfleger ¹⁾	a	11	11	x	x	-	x	x
	b	12	12	x	x	-	x	x
	c	x	x	x	x	x	x	x
Regierungsbezirk insgesamt²⁾	a	45 396	41 700	47,0	53,0	3 696	40,1	59,9
	b	60 410	55 602	56,2	43,8	4 808	46,9	53,1
	c	+2,7	+3,0	x	x	-0,3	x	x

1) Differenzierung nach Beschäftigungsumfang nicht möglich – 2) ohne Belegärzt(e)-innen

B II 2.1.2 Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege am 15. Dezember 2015 nach Gesundheitsberufen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Gesundheitsberuf a = weiblich b = Zusammen	Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege									
	davon in der									
	ins- gesamt	zusam- men	ambulanten Pflege				teil- und vollstationären Pflege			
			davon in %				davon in %			
Vollzeit- beschäftigte			Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		Vollzeit- beschäftigte	Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		
Regierungsbezirk Düsseldorf										
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/-in	a	16 736	4 043	35,6	37,4	27,0	12 693	38,4	36,5	25,0
	b	20 968	5 148	39,5	33,0	27,4	15 820	40,6	33,1	26,3
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer/-in	a	3 172	826	29,4	49,0	21,5	2 346	25,1	67,3	7,5
	b	3 626	928	31,5	46,3	22,2	2 698	26,6	65,7	7,7
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	a	6 072	3 618	34,5	38,6	26,9	2 454	38,8	51,3	9,9
	b	7 260	4 450	39,7	34,0	26,3	2 810	41,9	48,0	10,0
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	2 387	1 058	32,2	48,5	19,3	1 329	25,2	68,1	6,7
	b	2 691	1 213	35,5	45,6	18,9	1 478	27,0	66,2	6,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	a	651	479	33,2	38,8	28,0	172	35,5	52,9	11,6
	b	682	501	34,9	37,7	27,3	181	38,1	50,8	11,0
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	a	108	67	22,4	67,2	10,4	41	14,6	73,2	12,2
	b	154	105	24,8	58,1	17,1	49	18,4	69,4	12,2
Heilerziehungspflegehelfer/-in	a	24	14	x	x	x	10	x	x	x
	b	30	17	x	x	x	13	x	x	x
Heilpädagogin, Heilpädagoge	a	28	1	x	x	x	27	11,1	70,4	18,5
	b	32	1	x	x	x	31	16,1	64,5	19,4
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in, Arbeitstherapeut/-in)	a	266	4	x	x	x	262	29,4	64,5	6,1
	b	295	5	x	x	x	290	32,1	62,4	5,5
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	a	35	2	x	x	x	33	36,4	45,5	18,2
	b	52	4	x	x	x	48	37,5	41,7	20,8
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	a	798	480	22,5	51,5	26,0	318	28,0	62,6	9,4
	b	871	500	23,2	50,8	26,0	371	29,6	60,1	10,2
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	a	843	66	22,7	62,1	15,2	777	31,8	64,4	3,9
	b	1 021	86	24,4	57,0	18,6	935	37,9	58,5	3,6
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	a	207	74	25,7	62,2	12,2	133	33,1	66,2	0,8
	b	208	74	25,7	62,2	12,2	134	32,8	66,4	0,7
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	a	9	6	x	x	x	3	x	x	x
	b	10	7	x	x	x	3	x	x	x
Sonstiger Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	a	122	24	x	x	x	98	68,4	29,6	2,0
	b	190	43	72,1	16,3	11,6	147	76,2	22,4	1,4
Sonstiger pflegerischer Beruf	a	4 668	1 098	25,3	53,9	20,8	3 570	15,3	78,0	6,6
	b	5 143	1 177	27,4	51,9	20,7	3 966	16,5	76,6	6,9
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	a	137	33	24,2	45,5	30,3	104	51,0	43,3	5,8
	b	143	34	26,5	44,1	29,4	109	50,5	43,1	6,4
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	a	2 270	328	6,7	52,7	40,5	1 942	24,5	63,6	11,8
	b	2 656	343	7,6	51,9	40,5	2 313	32,3	55,9	11,8
Sonstiger Berufsabschluss	a	11 460	3 538	19,3	45,5	35,2	7 922	18,1	64,7	17,2
	b	13 981	4 051	21,5	42,5	36,0	9 930	24,6	56,9	18,5
Ohne Berufsabschluss/ noch in Ausbildung	a	7 319	943	18,6	43,2	38,3	6 376	12,9	62,0	25,1
	b	8 489	1 131	20,1	40,8	39,2	7 358	14,1	58,0	27,9
Regierungsbezirk insgesamt	a	57 312	16 702	28,6	43,2	28,2	40 610	26,3	55,8	17,8
	b	68 502	19 818	32,2	39,4	28,4	48 684	29,7	51,1	19,2

1) einschließlich Praktikant(inn)en, Schüler(inne)n, Auszubildenden, Helfer(inne)n im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst

Noch: **B II 2.1.2 Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege am 15. Dezember 2015 nach Gesundheitsberufen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken**

Gesundheitsberuf a = weiblich b = Zusammen	Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege									
	davon in der									
	ins- gesamt	zusam- men	ambulanten Pflege				teil- und vollstationären Pflege			
			davon in %				davon in %			
Vollzeit- beschäftigte			Teilzeit- beschäftigte	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		Vollzeit- beschäftigte	Teilzeit- beschäftigte	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		
Regierungsbezirk Köln										
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/-in	a	12 812	3 585	33,8	40,3	25,9	9 227	38,8	34,5	26,8
	b	16 179	4 453	37,4	36,5	26,0	11 726	40,7	31,1	28,2
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer/-in	a	2 290	503	27,0	57,9	15,1	1 787	23,1	69,0	7,9
	b	2 693	593	30,4	54,5	15,2	2 100	24,9	66,7	8,4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	a	5 279	3 081	30,2	42,1	27,6	2 198	37,1	52,5	10,3
	b	6 184	3 693	33,4	38,4	28,2	2 491	39,7	49,7	10,5
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	1 322	561	29,1	54,5	16,4	761	31,1	60,8	8,0
	b	1 516	638	30,7	52,4	16,9	878	33,8	58,3	7,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	a	412	274	27,7	47,4	24,8	138	29,0	58,0	13,0
	b	440	290	29,0	45,9	25,2	150	32,0	55,3	12,7
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	a	82	36	33,3	41,7	25,0	46	39,1	50,0	10,9
	b	112	52	38,5	32,7	28,8	60	38,3	46,7	15,0
Heilerziehungspflegehelfer/-in	a	14	3	x	x	x	11	x	x	x
	b	21	4	x	x	x	17	x	x	x
Heilpädagogin, Heilpädagoge	a	29	1	x	x	x	28	21,4	67,9	10,7
	b	33	1	x	x	x	32	21,9	65,6	12,5
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in, Arbeitstherapeut/-in)	a	186	1	x	x	x	185	30,8	65,4	3,8
	b	217	5	x	x	x	212	32,5	62,7	4,7
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	a	46	10	x	x	x	36	16,7	63,9	19,4
	b	65	12	x	x	x	53	22,6	54,7	22,6
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	a	659	433	20,8	59,6	19,6	226	19,5	65,5	15,0
	b	709	451	22,0	58,1	20,0	258	23,3	60,9	15,9
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	a	752	57	28,1	47,4	24,6	695	25,0	70,9	4,0
	b	882	65	32,3	43,1	24,6	817	30,5	65,6	3,9
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	a	92	32	40,6	43,8	15,6	60	33,3	65,0	1,7
	b	97	34	41,2	44,1	14,7	63	33,3	65,1	1,6
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	a	1	1	x	x	x	-	x	x	x
	b	2	2	x	x	x	-	x	x	x
Sonstiger Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	a	115	26	57,7	30,8	11,5	89	70,8	28,1	1,1
	b	174	42	71,4	21,4	7,1	132	75,0	23,5	1,5
Sonstiger pflegerischer Beruf	a	5 115	1 293	20,3	62,9	16,9	3 822	15,5	77,4	7,1
	b	5 640	1 391	21,4	61,1	17,5	4 249	16,6	76,2	7,2
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	a	173	17	x	x	x	156	42,3	47,4	10,3
	b	185	17	x	x	x	168	42,3	47,6	10,1
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	a	1 995	244	11,1	56,1	32,8	1 751	23,6	62,6	13,8
	b	2 359	254	11,4	55,5	33,1	2 105	29,5	56,6	13,9
Sonstiger Berufsabschluss	a	10 104	2 792	12,9	52,3	34,8	7 312	14,8	64,9	20,3
	b	12 397	3 180	14,8	49,3	35,8	9 217	20,7	57,9	21,4
Ohne Berufsabschluss/ noch in Ausbildung	a	6 454	1 005	16,3	42,5	41,2	5 449	12,6	58,4	29,0
	b	7 588	1 156	17,9	40,3	41,8	6 432	13,8	53,6	32,6
Regierungsbezirk insgesamt	a	47 932	13 955	25,0	47,6	27,4	33 977	24,5	56,1	19,4
	b	57 493	16 333	27,9	44,2	27,9	41 160	27,6	51,4	21,0

1) einschließlich Praktikant(inn)en, Schüler(inne)n, Auszubildenden, Helfer(inne)n im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst

B II 2.1.2 Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege am 15. Dezember 2015 nach Gesundheitsberufen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Gesundheitsberuf a = weiblich b = Zusammen	Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege									
	davon in der									
	ins- gesamt	ambulanten Pflege					teil- und vollstationären Pflege			
		zusammen	davon in %			zusammen	davon in %			
Vollzeit- beschäftigte			Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	geringfügig Beschäftigte ¹⁾	Vollzeit- beschäftigte		Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	geringfügig Beschäftigte ¹⁾		
Regierungsbezirk Münster										
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/-in	a	10 095	2 937	27,7	43,4	28,9	7 158	27,7	47,1	25,2
	b	12 355	3 588	31,3	39,5	29,2	8 767	30,6	42,9	26,5
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer/-in	a	1 933	569	25,0	59,9	15,1	1 364	18,5	73,6	7,8
	b	2 188	641	29,2	56,0	14,8	1 547	20,1	71,7	8,2
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	a	3 350	2 045	28,6	49,0	22,4	1 305	22,9	66,8	10,3
	b	3 855	2 424	33,8	43,7	22,5	1 431	25,6	64,5	9,9
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	772	378	28,6	56,9	14,6	394	14,7	77,7	7,6
	b	866	434	32,9	53,0	14,1	432	17,4	74,5	8,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	a	345	246	27,6	50,8	21,5	99	22,2	69,7	8,1
	b	357	254	28,7	49,6	21,7	103	24,3	68,0	7,8
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	a	106	28	17,9	53,6	28,6	78	16,7	71,8	11,5
	b	126	36	25,0	50,0	25,0	90	21,1	64,4	14,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	a	14	6	x	x	x	8	x	x	x
	b	16	7	x	x	x	9	x	x	x
Heilpädagogin, Heilpädagoge	a	18	3	x	x	x	15	x	x	x
	b	19	4	x	x	x	15	x	x	x
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in, Arbeitstherapeut/-in)	a	163	6	x	x	x	157	22,3	70,7	7,0
	b	178	8	x	x	x	170	25,9	67,1	7,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	a	20	3	x	x	x	17	x	x	x
	b	23	5	x	x	x	18	x	x	x
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	a	351	261	16,1	59,0	24,9	90	8,9	70,0	21,1
	b	366	269	16,4	58,0	25,7	97	12,4	66,0	21,6
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	a	358	35	25,7	42,9	31,4	323	28,5	66,3	5,3
	b	462	46	34,8	39,1	26,1	416	36,5	58,4	5,0
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	a	117	49	26,5	57,1	16,3	68	16,2	79,4	4,4
	b	119	51	27,5	56,9	15,7	68	16,2	79,4	4,4
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	a	4	2	x	x	x	2	x	x	x
	b	4	2	x	x	x	2	x	x	x
Sonstiger Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	a	131	77	50,6	33,8	15,6	54	68,5	31,5	-
	b	171	89	55,1	31,5	13,5	82	62,2	36,6	1,2
Sonstiger pflegerischer Beruf	a	2 820	635	13,7	50,6	35,7	2 185	6,7	87,5	5,8
	b	2 979	661	15,3	49,6	35,1	2 318	7,0	87,4	5,6
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	a	212	19	x	x	x	193	14,0	63,2	22,8
	b	219	19	x	x	x	200	14,5	63,0	22,5
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	a	1 578	227	13,2	58,1	28,6	1 351	19,2	63,9	17,0
	b	1 704	235	13,2	57,4	29,4	1 469	23,4	59,9	16,7
Sonstiger Berufsabschluss	a	6 986	2 078	9,3	45,6	45,1	4 908	8,4	71,8	19,7
	b	8 068	2 360	11,5	42,8	45,6	5 708	12,8	66,1	21,1
Ohne Berufsabschluss/ noch in Ausbildung	a	3 297	485	12,2	32,4	55,5	2 812	6,2	63,3	30,5
	b	3 820	583	13,2	31,2	55,6	3 237	6,3	59,4	34,3
Regierungsbezirk insgesamt	a	32 670	10 089	21,8	47,3	30,9	22 581	17,0	63,6	19,4
	b	37 895	11 716	25,3	43,7	31,0	26 179	20,0	59,2	20,8

1) einschließlich Praktikant(inn)en, Schüler(inne)n, Auszubildenden, Helfer(inne)n im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst

B II 2.1.2 Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege am 15. Dezember 2015 nach Gesundheitsberufen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Gesundheitsberuf a = weiblich b = Zusammen	Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege									
	davon in der									
	ins- gesamt	zusam- men	ambulanten Pflege				teil- und vollstationären Pflege			
			davon in %				davon in %			
Vollzeit- beschäftigte			Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		Vollzeit- beschäftigte	Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	gering- fügig Beschäftigte ¹⁾		
Regierungsbezirk Detmold										
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/-in	a	7 444	2 392	20,6	55,1	24,3	5 052	25,4	49,8	24,8
	b	8 964	2 881	23,4	52,1	24,5	6 083	27,1	46,5	26,4
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer/-in	a	1 623	518	14,5	71,8	13,7	1 105	14,6	78,6	6,8
	b	1 817	581	16,5	69,5	13,9	1 236	16,3	77,3	6,4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	a	2 887	1 917	22,2	52,5	25,4	970	22,7	67,7	9,6
	b	3 265	2 188	25,8	48,8	25,4	1 077	26,6	64,3	9,1
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	628	370	12,7	67,8	19,5	258	15,5	78,7	5,8
	b	681	400	13,5	67,8	18,8	281	17,1	76,9	6,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	a	345	276	19,9	54,0	26,1	69	20,3	76,8	2,9
	b	348	279	20,1	53,8	26,2	69	20,3	76,8	2,9
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	a	74	37	10,8	56,8	32,4	37	24,3	67,6	8,1
	b	95	47	23,4	48,9	27,7	48	22,9	66,7	10,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	a	18	7	x	x	x	11	x	x	x
	b	23	10	x	x	x	13	x	x	x
Heilpädagogin, Heilpädagoge	a	13	2	x	x	x	11	x	x	x
	b	14	2	x	x	x	12	x	x	x
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in, Arbeitstherapeut/-in)	a	187	9	x	x	x	178	27,0	68,5	4,5
	b	209	10	x	x	x	199	30,7	64,8	4,5
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	a	29	6	x	x	x	23	x	x	x
	b	33	8	x	x	x	25	24,0	76,0	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	a	289	178	13,5	60,7	25,8	111	16,2	70,3	13,5
	b	299	185	14,1	59,5	26,5	114	17,5	69,3	13,2
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	a	361	90	18,9	56,7	24,4	271	22,1	73,4	4,4
	b	468	112	22,3	55,4	22,3	356	25,0	71,1	3,9
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	a	42	29	13,8	58,6	27,6	13	x	x	x
	b	43	30	13,3	56,7	30,0	13	x	x	x
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	a	3	1	x	x	x	2	x	x	x
	b	3	1	x	x	x	2	x	x	x
Sonstiger Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	a	48	18	x	x	x	30	46,7	53,3	-
	b	68	23	x	x	x	45	57,8	42,2	-
Sonstiger pflegerischer Beruf	a	2 388	483	10,4	62,9	26,7	1 905	4,7	88,5	6,8
	b	2 561	520	12,1	61,7	26,2	2 041	5,1	87,7	7,2
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	a	95	18	x	x	x	77	39,0	55,8	5,2
	b	102	18	x	x	x	84	42,9	52,4	4,8
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	a	1 383	275	6,9	65,1	28,0	1 108	15,9	74,4	9,7
	b	1 497	280	7,1	64,3	28,6	1 217	20,0	69,8	10,3
Sonstiger Berufsabschluss	a	5 089	1 718	7,8	56,4	35,8	3 371	10,8	74,8	14,4
	b	6 024	1 950	9,4	54,5	36,1	4 074	15,4	68,2	16,4
Ohne Berufsabschluss/ noch in Ausbildung	a	2 951	567	6,5	59,3	34,2	2 384	8,3	70,0	21,7
	b	3 333	689	7,3	56,6	36,1	2 644	8,9	66,8	24,3
Regierungsbezirk insgesamt	a	25 897	8 911	15,8	57,3	26,9	16 986	16,1	67,8	16,0
	b	29 847	10 214	18,2	54,7	27,1	19 633	18,7	63,8	17,5

1) einschließlich Praktikant(inn)en, Schüler(inne)n, Auszubildenden, Helfer(inne)n im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst

B II 2.1.2 Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege am 15. Dezember 2015 nach Gesundheitsberufen und Beschäftigungsumfang sowie nach Regierungsbezirken

Gesundheitsberuf a = weiblich b = Zusammen	Beschäftigte in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege									
	davon in der									
	ins- gesamt	ambulanten Pflege					teil- und vollstationären Pflege			
		zusammen	davon in %			zusammen	davon in %			
Vollzeit- beschäftigte			Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	geringfügig Beschäftigte ¹⁾	Vollzeit- beschäftigte		Teilzeit- Beschäftigte ¹⁾	geringfügig Beschäftigte ¹⁾		
Regierungsbezirk Arnsberg										
Staatlich anerkannte(r) Altenpfleger/-in	a	13 611	3 882	32,1	40,4	27,5	9 729	32,8	41,9	25,3
	b	16 457	4 746	36,2	36,2	27,7	11 711	34,8	38,8	26,4
Staatlich anerkannte(r) Altenpflegehelfer/-in	a	2 565	699	34,6	51,4	14,0	1 866	16,1	78,0	5,9
	b	2 887	779	37,0	49,3	13,7	2 108	17,5	76,5	6,0
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	a	5 138	3 274	30,1	43,4	26,4	1 864	31,7	59,4	8,9
	b	5 972	3 850	33,9	39,1	27,0	2 122	36,5	55,1	8,4
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in	a	1 310	664	27,4	53,9	18,7	646	20,7	73,2	6,0
	b	1 462	754	29,6	51,7	18,7	708	21,6	72,3	6,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	a	464	353	25,2	45,0	29,7	111	30,6	64,0	5,4
	b	492	377	25,7	43,0	31,3	115	32,2	62,6	5,2
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	a	87	32	28,1	68,8	3,1	55	32,7	49,1	18,2
	b	116	39	28,2	66,7	5,1	77	35,1	45,5	19,5
Heilerziehungspflegehelfer/-in	a	28	4	x	x	x	24	x	x	x
	b	34	7	x	x	x	27	44,4	44,4	11,1
Heilpädagogin, Heilpädagoge	a	14	1	x	x	x	13	x	x	x
	b	19	1	x	x	x	18	x	x	x
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in, Arbeitstherapeut/-in)	a	223	4	x	x	x	219	24,7	64,8	10,5
	b	258	6	x	x	x	252	26,6	63,9	9,5
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	a	42	3	x	x	x	39	23,1	66,7	10,3
	b	53	4	x	x	x	49	30,6	59,2	10,2
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	a	458	333	24,6	50,2	25,2	125	20,0	60,0	20,0
	b	484	350	26,3	48,3	25,4	134	22,4	58,2	19,4
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	a	511	38	18,4	68,4	13,2	473	30,0	66,0	4,0
	b	617	44	20,5	63,6	15,9	573	35,6	60,6	3,8
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	a	203	107	23,4	62,6	14,0	96	14,6	78,1	7,3
	b	217	112	24,1	59,8	16,1	105	17,1	75,2	7,6
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	a	1	1	x	x	x	-	x	x	x
	b	1	1	x	x	x	-	x	x	x
Sonstiger Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	a	104	22	x	x	x	82	56,1	41,5	2,4
	b	153	32	78,1	15,6	6,3	121	64,5	33,9	1,7
Sonstiger pflegerischer Beruf	a	3 765	1 264	22,2	52,6	25,2	2 501	7,4	87,2	5,4
	b	4 084	1 360	23,8	51,5	24,7	2 724	7,9	86,5	5,7
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	a	131	26	7,7	65,4	26,9	105	43,8	52,4	3,8
	b	139	26	7,7	65,4	26,9	113	47,8	48,7	3,5
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	a	1 920	312	12,2	52,6	35,3	1 608	17,8	68,3	13,9
	b	2 102	319	11,9	52,4	35,7	1 783	23,2	63,2	13,6
Sonstiger Berufsabschluss	a	9 460	3 087	12,7	52,6	34,7	6 373	13,1	71,7	15,2
	b	11 023	3 466	15,1	49,7	35,3	7 557	18,0	65,4	16,6
Ohne Berufsabschluss/ noch in Ausbildung	a	5 446	885	20,0	46,8	33,2	4 561	9,9	66,0	24,1
	b	6 136	1 045	21,4	45,1	33,5	5 091	10,8	62,9	26,3
Regierungsbezirk insgesamt	a	45 481	14 991	25,2	47,0	27,8	30 490	20,9	61,7	17,4
	b	52 706	17 318	28,3	43,5	28,1	35 388	23,9	57,6	18,5

1) einschließlich Praktikant(inn)en, Schüler(inne)n, Auszubildenden, Helfer(inne)n im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst

**B II 2.2.1 Berufstätige Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 2016
nach Tätigkeitsbereichen sowie nach Regierungsbezirken**

Tätigkeitsbereich a = weiblich b = Zusammen c = Einwohner je je Ärztin/Arzt ¹⁾		Berufstätige Ärztinnen und Ärzte											
		insgesamt		davon im Regierungsbezirk									
				Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Amsberg	
Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl/ Quote	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		
Ambulant	a	12 949	+4,1	3 857	+4,7	4 067	+3,9	1 707	+3,3	1 152	+3,8	2 166	+4,4
	b	32 000	+1,3	9 469	+1,7	9 219	+0,9	4 438	+1,9	3 124	+0,8	5 750	+1,3
	c	559	-1,2	548	-1,4	482	-0,4	590	-1,7	658	-0,9	624	-1,4
davon													
Vertragsärzt(e)-innen	a	7 941	–	2 386	-0,2	2 352	+1,2	1 081	-0,6	767	+0,3	1 355	-1,3
	b	22 930	-1,6	6 770	-1,5	6 257	-0,5	3 292	-1,6	2 402	-2,2	4 209	-2,8
	c	780	+1,7	767	+1,9	710	+1,0	796	+1,9	855	+2,0	852	+2,5
Privatärzt(e)-innen	a	861	-2,5	246	-2,0	353	-5,4	87	+1,2	51	+4,1	124	–
	b	2 049	-2,5	600	-2,9	797	-6,7	196	+3,7	139	+5,3	317	+2,6
	c	8 731	+2,7	8 651	+3,3	5 570	+7,6	13 364	-3,4	14 778	-5,2	11 313	-2,8
in Praxen angestellte- Ärzt(e)-innen	a	4 147	+14,8	1 225	+17,4	1 362	+11,8	539	+12,8	334	+12,8	687	+18,9
	b	7 021	+13,6	2 099	+15,3	2 165	+8,7	950	+15,7	583	+14,5	1 224	+17,8
	c	2 548	-11,8	2 473	-13,0	2 051	-7,6	2 757	-13,4	3 524	-12,8	2 930	-15,4
Stationär	a	20 749	+3,0	6 466	+3,6	5 875	+2,4	2 822	+2,1	1 844	+2,8	3 742	+3,7
	b	43 857	+2,3	13 122	+2,8	11 673	+2,0	6 113	+1,4	4 363	+1,6	8 586	+2,9
	c	408	-2,2	396	-2,2	380	-1,6	428	-1,2	471	-1,7	418	-3,0
Behörden, Körperschaften u. a.	a	852	-0,2	139	-0,7	178	+4,1	197	-3,9	119	+0,8	219	-0,5
	b	1 449	-1,6	230	-2,5	358	+2,6	331	-5,7	183	-1,1	347	-1,1
	c	12 347	+1,7	22 569	+3,0	12 401	-2,1	7 914	+6,3	11 225	+0,9	10 335	+0,8
Sonstige Bereiche	a	1 589	+1,0	450	-1,1	521	+1,4	234	+6,8	108	-1,8	276	–
	b	3 323	+0,8	940	-0,5	1 000	-0,6	483	+4,5	271	+3,0	629	+1,1
	c	5 384	-0,6	5 522	+0,9	4 439	+1,0	5 423	-4,2	7 580	-3,1	5 702	-1,4
Insgesamt	a	36 139	+3,2	10 912	+3,7	10 641	+2,9	4 960	+2,5	3 223	+2,9	6 403	+3,6
	b	80 629	+1,8	23 761	+2,2	22 250	+1,4	11 365	+1,5	7 941	+1,3	15 312	+2,1
	c	222	-1,3	218	-1,8	200	-1,0	230	-1,3	259	-1,1	234	-2,5

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**B II 2.3.1 Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte am 31. Dezember 2016
nach Tätigkeitsbereichen sowie nach Regierungsbezirken**

Tätigkeitsbereich		Berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte											
		insgesamt		davon im Regierungsbezirk									
				Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg	
a = weiblich b = Zusammen c = Einwohner je Zahnärztin/ Zahnarzt ¹⁾	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	
Ambulant	a	5 490	+2,6	1 614	+3,1	1 583	+2,5	746	+1,9	553	+0,9	994	+3,2
	b	13 746	+1,3	3 973	+1,6	3 745	+1,4	1 956	+1,8	1 421	+0,4	2 651	+1,0
	c	1 301	-1,2	1 307	-1,2	1 185	-1,0	1 339	-1,5	1 446	-0,6	1 353	-1,2
darunter													
Kieferortho- päd(inn)-en	a	425	+2,2	124	+4,2	116	+6,4	69	-4,2	38	-5,0	78	+2,6
	b	778	+3,5	212	+2,4	198	+4,8	144	+4,3	73	-	151	+4,1
	c	22 995	-3,2	24 485	-2,0	22 421	-4,2	18 190	-4,0	28 140	-0,2	23 750	-4,3
Oralchirurg(inn)en	a	112	-3,4	30	-11,8	41	-	21	x	8	x	12	x
	b	564	+0,7	177	-	176	-2,8	81	+8,0	43	-2,3	87	+4,8
	c	31 720	-0,6	29 326	+0,3	25 224	+3,2	32 338	-7,2	47 772	+2,1	41 222	-4,9
Parodontolo- g(inn)en	a	12	x	-	x	-	x	6	x	3	x	3	x
	b	47	-	-	x	-	x	25	-3,8	11	x	11	x
	c	380 640	+0,1	x	x	x	x	104 775	+4,2	186 746	-18,3	326 028	+8,8
davon													
Vertragszahnärzt(e)/ -innen	a	3 212	-0,8	946	-1,3	874	-0,6	436	+0,2	341	-1,2	615	-0,8
	b	9 997	-1,3	2 897	-1,1	2 625	-1,6	1 449	-0,5	1 063	-2,1	1 963	-1,2
	c	1 790	+1,5	1 792	+1,5	1 691	+2,0	1 808	+0,8	1 932	+2,0	1 827	+0,9
Privatzahnärzt(e)/ -innen	a	15	x	7	x	4	x	1	x	3	x	-	x
	b	121	+7,1	50	+11,1	40	+5,3	9	x	10	x	12	x
	c	147 852	-6,5	103 816	-9,7	110 985	-4,6	291 042	-22,1	205 421	-10,2	298 859	+16,3
in Praxen angestellte Zahnärzt(e)/-innen	a	2 263	+7,7	661	+9,8	705	+6,8	309	+4,4	209	+4,0	379	+10,8
	b	3 627	+9,0	1 025	+9,4	1 080	+9,3	498	+8,7	348	+8,8	676	+8,2
	c	4 932	-8,1	5 064	-8,3	4 111	-8,2	5 260	-7,8	5 903	-8,2	5 305	-7,8
Stationär	a	243	+8,5	62	+6,9	116	+2,7	38	+22,6	-	x	27	x
	b	564	+1,8	139	+1,5	240	-0,8	87	+2,4	8	x	90	+9,8
	c	31 720	-1,6	37 344	-1,1	18 498	+1,2	30 108	-2,1	256 776	-0,2	39 848	-9,2
darunter													
Kieferortho- päd(inn)en	a	11	x	2	x	7	x	1	x	-	x	1	x
	b	27	-	5	x	14	x	5	x	-	x	3	x
	c	662 596	+0,1	1 038 158	+20,4	317 101	+14,7	523 875	-19,8	x	x	1 195 438	-66,8
Oralchirurg(inn)en	a	16	x	6	x	7	x	2	x	-	x	1	x
	b	84	-2,3	36	+5,9	30	-6,3	7	x	2	x	9	x
	c	212 977	+2,5	144 189	-5,2	147 981	+7,1	374 197	-14,1	1 027 103	-0,2	398 479	+32,9
Parodontolo- g(inn)en	a	-	x	-	x	-	x	-	x	-	x	-	x
	b	6	x	-	x	-	x	4	x	-	x	2	x
	c	2 981 683	+0,1	x	x	x	x	654 844	+0,2	x	x	1 793 157	-0,3
Behörden, Körper- schaften u. a.	a	58	-1,7	2	x	13	x	10	x	9	x	24	x
	b	93	+6,9	5	x	21	x	20	x	17	x	30	+7,1
	c	192 367	-6,3	1 038 158	+40,5	211 401	-23,5	130 969	+5,2	120 836	-11,9	119 544	-7,0
Insgesamt	a	5 791	+2,8	1 678	+3,1	1 712	+2,6	794	+2,6	562	+0,9	1 045	+3,7
	b	14 403	+1,4	4 117	+1,5	4 006	+1,4	2 063	+1,7	1 446	+0,6	2 771	+1,3
	c	1 242	-1,2	1 261	-1,2	1 108	-1,0	1 270	-1,5	1 421	-0,7	1 294	-1,6
darunter													
Kieferortho- päd(inn)en	a	436	+1,4	126	+3,3	123	+4,2	70	-4,1	38	-5,0	79	+2,6
	b	805	+3,2	217	+1,4	212	+3,4	149	+4,9	73	-	154	+5,5
	c	22 224	-3,0	23 921	-1,1	20 941	-2,9	17 580	-4,5	28 140	-0,2	23 288	-5,5
Oralchirurg(inn)en	a	128	-1,5	36	-5,3	48	-2,0	23	x	8	x	13	x
	b	650	+0,3	214	+0,9	206	-3,3	88	+8,6	46	-2,1	96	+1,1
	c	27 523	-0,2	24 256	-0,6	21 551	+3,8	29 766	-7,8	44 657	+2,0	37 357	-1,3
Parodontolog(inn)en	a	12	x	-	x	-	x	6	x	3	x	3	x
	b	53	-	-	x	-	x	29	-3,3	11	x	13	x
	c	337 549	+0,1	x	x	x	x	90 323	+3,7	186 746	-18,3	275 870	+7,4

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniszahlen für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. --- Quelle: Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**B II 2.4.1 Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker am 31. Dezember 2016
nach Tätigkeitsbereichen sowie nach Regierungsbezirken**

Tätigkeitsbereich		Berufstätige Apothekerinnen und Apotheker											
		insgesamt		davon im Regierungsbezirk									
				Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg	
a = weiblich b = Zusammen c = Einwohner je Apotheker/-in ¹⁾	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	An- zahl/ Quote	Verän- derung gegen- über dem Vorjahr in %	
In öffentlichen Apotheken	a	7 607	+1,4	2 157	+2,2	2 239	+1,1	1 172	+0,6	738	+1,1	1 301	+1,4
	b	10 629	+1,2	3 143	+2,3	2 982	+1,2	1 577	+0,2	1 052	+0,9	1 875	+0,4
	c	1 683	-1,1	1 652	-1,9	1 489	-0,7	1 661	-	1 953	-1,0	1 913	-0,7
davon													
Apothekenleiter/-innen	a	1 516	-0,7	416	-1,4	434	-0,5	240	-	155	-4,9	271	+1,9
	b	3 465	-1,8	999	-1,6	887	-1,8	525	-0,9	382	-3,5	672	-1,9
	c	5 163	+2,0	5 196	+1,9	5 005	+2,2	4 989	+1,1	5 378	+3,5	5 337	+1,6
angestellte Apotheker/-innen	a	6 091	+1,9	1 741	+3,1	1 805	+1,5	932	+0,8	583	+2,8	1 030	+1,3
	b	7 164	+2,7	2 144	+4,2	2 095	+2,4	1 052	+0,8	670	+3,6	1 203	+1,8
	c	2 497	-2,5	2 421	-3,7	2 119	-2,0	2 490	-0,6	3 066	-3,6	2 981	-2,0
In Krankenhausapotheken	a	376	+8,4	88	+8,6	89	+9,9	63	-1,6	38	+8,6	98	+14,0
	b	533	+4,7	128	+5,8	123	+3,4	82	-1,2	57	+3,6	143	+9,2
	c	33 565	-4,4	40 553	-5,2	36 093	-2,9	31 944	+1,4	36 039	-3,7	25 079	-8,7
davon													
Apothekenleiter/-innen	a	33	+10,0	13	x	8	x	4	x	2	x	6	x
	b	87	+1,2	24	x	18	x	11	x	8	x	26	+4,0
	c	205 633	-1,0	216 283	+0,3	246 634	-5,2	238 125	+0,2	256 776	+12,3	137 935	-4,1
angestellte Apotheker/-innen	a	343	+8,2	75	+10,3	81	+8,0	59	-1,7	36	+5,9	92	+15,0
	b	446	+5,4	104	+7,2	105	+2,9	71	-1,4	49	+6,5	117	+10,4
	c	40 112	-5,0	49 911	-6,4	42 280	-2,5	36 893	+1,6	41 923	-6,3	30 652	-9,7
Sonstige Bereiche	a	973	+2,9	276	+1,5	464	+2,0	139	+8,6	32	+6,7	62	+1,6
	b	1 647	+2,3	443	+3,3	786	+0,9	247	+7,4	64	-	107	-0,9
	c	10 862	-2,1	11 717	-2,8	5 648	-0,5	10 605	-6,7	32 097	-0,2	33 517	+0,6
Insgesamt	a	8 956	+1,8	2 521	+2,3	2 792	+1,5	1 374	+1,3	808	+1,6	1 461	+2,2
	b	12 809	+1,5	3 714	+2,5	3 891	+1,2	1 906	+1,0	1 173	+0,9	2 125	+0,9
	c	1 397	-1,3	1 398	-2,1	1 141	-0,8	1 374	-0,8	1 751	-1,1	1 688	-1,2

1) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. --- Quelle: Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe

**B II 2.5.1 Berufstätige psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am 31. Dezember 2016
nach Tätigkeitsbereichen sowie nach Regierungsbezirken**

Tätigkeitsbereich	a = weiblich b = Zusammen c = erwachsene Einwohner je Psychotherapeut/-in ⁵⁾	Berufstätige psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ¹⁾					
		insgesamt	davon im Regierungsbezirk				
			Düsseldorf	Köln	Münster	Detmold	Arnsberg
Ambulant	a	3 577	878	1 334	471	336	558
	b	5 085	1 272	1 830	673	483	827
	c	2 932	3 414	2 020	3 227	3 505	3 632
darunter							
Vertragspsychotherapeut(-inn)en	a	2 141	512	788	300	220	321
	b	3 163	772	1 111	444	326	510
	c	4 713	5 625	3 327	4 891	5 193	5 890
Privatpsychotherapeut(inn)en	a	1 138	295	456	125	84	178
	b	1 549	401	614	173	120	241
	c	9 624	10 829	6 020	12 554	14 107	12 465
in Praxen ²⁾	a	184	44	65	32	13	30
	b	213	55	74	36	14	34
	c	69 986	78 950	49 946	60 327	120 920	88 354
in Ambulanzen von Kliniken	a	190	65	52	16	23	34
	b	246	89	66	21	29	41
	c	60 598	48 789	56 000	103 418	58 375	73 269
in Hochschulambulanzen	a	51	6	14	9	6	16
	b	75	15	18	13	6	23
	c	198 760	289 484	205 335	167 060	282 147	130 610
Stationär	a	813	237	200	149	97	130
	b	1 108	321	249	204	139	195
	c	13 454	13 527	14 843	10 646	12 179	15 405
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorge, Anschlussbehandlung	a	173	32	35	9	55	42
	b	249	49	47	15	88	50
	c	59 867	88 617	78 639	144 786	19 237	60 081
Einrichtungen der weiteren Sozialgesetzgebung	a	402	123	102	72	44	61
	b	639	192	168	104	74	101
	c	23 329	22 616	22 000	20 883	22 877	29 743
darunter							
Behindertenhilfe	a	57	18	10	12	10	7
	b	107	35	19	15	26	12
	c	139 318	124 064	194 528	144 786	65 111	250 336
Jugendhilfeeinrichtungen (soweit nicht Beratungsstellen)	a	78	19	25	14	10	10
	b	105	25	34	21	12	13
	c	141 971	173 690	108 707	103 418	141 074	231 080
Beratungsstellen ³⁾	a	276	89	70	46	26	45
	b	436	135	118	68	38	77
	c	34 190	32 165	31 322	31 938	44 550	39 013
Forensische Einrichtungen	a	66	20	14	7	8	17
	b	113	39	24	11	11	28
	c	131 920	111 340	154 001	197 435	153 899	107 287
davon							
Maßregelvollzug	a	36	16	4	2	2	12
	b	65	30	9	2	3	21
	c	229 338	144 742	410 670	1 085 893	564 295	143 049
Strafvollzug	a	30	4	10	5	6	5
	b	48	9	15	9	8	7
	c	310 562	482 473	246 402	241 309	211 611	429 148
Behörden/Körperschaften	a	244	43	84	40	22	55
	b	374	79	129	59	30	77
	c	39 858	54 965	28 651	36 810	56 429	39 013
davon							
Hochschulen/Universitäten	a	116	12	42	18	13	31
	b	205	34	76	30	17	48
	c	72 717	127 713	48 632	72 393	99 581	62 584
sonstige	a	128	31	42	22	9	24
	b	169	45	53	29	13	29
	c	88 207	96 495	69 736	74 889	130 222	103 587
Insgesamt⁴⁾	a	5 085	1 291	1 733	710	527	824
	b	7 288	1 892	2 387	1 037	760	1 212
	c	2 045	2 295	1 548	2 094	2 227	2 479

1) Fallzählung – 2) angestellte Psychotherapeut(inn)en – 3) Darunter werden Ehe-/Erziehungs- und Lebensberatung, Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatung sowie sonstige Beratungsstellen subsumiert. – 4) Personenzählung – 5) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentreich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – – – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

**B II 2.5.2 Berufstätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
am 31. Dezember 2016 nach Tätigkeitsbereichen sowie nach Regierungsbezirken**

Tätigkeitsbereich	a = weiblich b = Zusammen c = unter-18-jährige Einw. je Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in ⁵⁾	Berufstätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ¹⁾					
		insgesamt	davon im Regierungsbezirk				
			Düsseldorf	Köln	Münster	Detmold	Arnsberg
Ambulant	a	1 189	320	388	174	120	187
	b	1 583	415	508	239	155	266
	c	1 884	2 045	1 463	1 873	2 331	2 189
darunter							
Vertragspsychotherapeut(-inn)en	a	681	195	219	94	66	107
	b	945	261	293	139	92	160
	c	3 157	3 251	2 537	3 220	3 927	3 639
Privatpsychotherapeut(inn)en	a	368	91	135	53	38	51
	b	481	116	175	68	46	76
	c	6 202	7 315	4 248	6 582	7 855	7 662
in Praxen ²⁾	a	82	14	11	19	16	22
	b	86	16	13	19	16	22
	c	34 687	53 033	57 184	23 557	22 583	26 467
in Ambulanzen von Kliniken	a	89	29	29	13	5	13
	b	112	35	38	18	6	15
	c	26 635	24 244	19 563	24 866	60 220	38 819
in Hochschulambulanzen	a	9	2	5	–	1	1
	b	10	3	5	–	1	1
	c	298 311	282 845	148 677	x	361 321	582 278
Stationär	a	261	63	69	60	19	50
	b	334	77	82	75	28	72
	c	8 931	11 020	9 066	5 968	12 904	8 087
Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Vorsorge, Anschlussbehandlung	a	15	6	4	1	1	3
	b	29	10	6	1	5	7
	c	102 866	84 853	123 898	447 591	72 264	83 183
Einrichtungen der weiteren Sozialgesetzgebung	a	357	104	90	58	44	61
	b	501	147	126	86	57	85
	c	5 954	5 772	5 900	5 205	6 339	6 850
darunter							
Behindertenhilfe	a	25	4	7	5	6	3
	b	41	7	12	7	8	7
	c	72 759	121 219	61 949	63 942	45 165	83 183
Jugendhilfeeinrichtungen (soweit nicht Beratungsstellen)	a	104	31	27	13	14	19
	b	135	37	34	23	17	24
	c	22 097	22 933	21 864	19 460	21 254	24 262
Beratungsstellen ³⁾	a	236	71	59	40	27	39
	b	337	105	85	57	35	55
	c	8 852	8 081	8 746	7 852	10 323	10 587
Forensische Einrichtungen	a	7	1	–	–	–	6
	b	13	1	1	–	1	10
	c	229 470	848 534	743 386	x	361 321	58 228
davon							
Maßregelvollzug	a	7	1	–	–	–	6
	b	12	1	1	–	–	10
	c	248 593	848 534	743 386	x	x	58 228
Strafvollzug	a	–	–	–	–	–	–
	b	1	–	–	–	1	–
	c	2 983 110	x	x	x	361 321	x
Behörden/Körperschaften	a	92	20	37	11	11	13
	b	120	27	49	13	12	19
	c	24 859	31 427	15 171	34 430	30 110	30 646
davon							
Hochschulen/Universitäten	a	19	5	8	3	–	3
	b	35	9	15	3	–	8
	c	85 232	94 282	49 559	149 197	x	72 785
sonstige	a	73	15	29	8	11	10
	b	85	18	34	10	12	11
	c	35 095	47 141	21 864	44 759	30 110	52 934
Insgesamt⁴⁾	a	1 880	506	572	292	191	319
	b	2 516	662	746	410	247	451
	c	1 186	1 282	996	1 092	1 463	1 291

1) Fallzählung – 2) angestellte Psychotherapeut(inn)en – 3) Darunter werden Ehe-/Erziehungs- und Lebensberatung, Schulpsychologischer Dienst, Suchtberatung sowie sonstige Beratungsstellen subsumiert. – 4) Personenzählung – 5) Aufgrund unplausibler Bevölkerungszahlen in sechs Kommunen (Kerken, Schöppingen, Bad Driburg, Borgentrich, Hemer, Stadt Unna) zum Stichtag 31.12.2016 ist die Genauigkeit der Verhältniswerte für die entsprechenden übergeordneten Verwaltungsbezirke eingeschränkt. – Quelle: Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

**B III 1.1 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen
am 30. September 2016 nach Berufsklassen sowie nach Regierungsbezirken**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾ a = weiblich b = Zusammen		Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾											
		insgesamt		davon im Regierungsbezirk									
				Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg	
		Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %
akademische Berufe													
Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) (81404)	a	.	x	.	x	119	x	.	x	.	x	.	x
	b	585	x	163	+19,9	181	+3,4	68	x	49	+16,7	124	x
Fachärzt(e)-innen (41274, 81214, 81224, 81234, 81294, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484, 81494, 81814)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x
	b	.	x	.	x	135	x	.	x	.	x	59	+20,4
Zahnärzt(e)-innen und Kieferorthopäden/-orthopädinnen (81474)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x
	b	.	x	.	x	69	+13,1	28	x	.	x	.	x
Apotheker/-innen, Pharmazeuten/Pharmazeutinnen (81804, 81894)	a	.	x	.	x	.	x	19	x	.	x	.	x
	b	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x
Pflegeberufe													
Berufe in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege einschl. Lehrkräfte (53323, 81183, 81302, 81313, 81323, 81332, 81333, 81382, 81383, 81393, 81394, 82243, 84213)	a	.	x	368	+3,4	286	+0,7	.	x	130	-3,7	257	+8,0
	b	.	x	471	+3,7	362	-2,2	.	x	154	-8,3	331	+5,4
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) (81301, 81182)	a	1 271	-6,7	357	-15,6	315	-25,5	282	+81,9	98	-3,9	219	-15,4
	b	1 701	-0,6	486	-9,0	404	-21,4	359	+86,0	138	+4,5	314	-7,1
Berufe in der Altenpflege (82101, 82102, 82103, 82182, 82183, 83154)	a	7 230	-8,2	2 344	-3,5	1 529	-14,2	1 033	-12,0	637	-12,3	1 687	-4,4
	b	8 896	-7,2	2 878	-2,8	1 860	-15,0	1 285	-10,5	799	-10,1	2 074	-2,0
therapeutische Berufe													
Berufe in der Physiotherapie - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (81712)	a	.	x	.	x	51	-21,5	.	x	20	x	.	x
	b	.	x	.	x	94	-23,0	.	x	31	+3,3	65	-7,1
Berufe in der Physiotherapie - (hoch) komplexe Tätigkeiten, (81713, 81714)	a	.	x	.	x	53	-5,4	.	x	23	-30,3	.	x
	b	307	-7,3	69	+11,3	88	-1,1	51	-13,6	43	-20,4	56	-16,4
Berufe in der Ergotherapie, Heilkunde, Musik- und Kunsttherapie (81722, 81723, 81724, 81743, 81744, 81783)	a	.	x	.	x	62	-11,4	.	x	.	x	50	-20,6
	b	.	x	.	x	73	-14,1	.	x	.	x	67	-22,1
medizinisch-technische Berufe													
Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822)	a	.	x	.	x	80	-13,0	100	x	44	-12,0	108	-6,9
	b	450	x	84	+7,7	93	-7,0	103	x	48	-15,8	122	-5,4
Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (81212, 81213)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	22	x	.	x
	b	.	x	.	x	48	x	.	x	25	x	.	x
Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie und Funktionsdiagnostik (81222, 81223, 81232, 81233)	a	.	x	.	x	.	x	10	x	.	x	.	x
	b	.	x	.	x	29	x	11	x	.	x	.	x
Medizinisch-technische Berufe in der Veterinärmedizin (81242, 81243)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	-	x	.	x
	b	.	x	.	x	.	x	3	x	-	x	.	x

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KLdB2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammensetzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

Noch: **B III 1.1 Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen am 30. September 2016 nach Berufsklassen sowie nach Regierungsbezirken**

Berufsklasse bzw. Sammelposition ¹⁾	Arbeitslose der akademischen und nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen ²⁾												
	insgesamt		davon im Regierungsbezirk										
			Düsseldorf		Köln		Münster		Detmold		Arnsberg		
	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Anzahl	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	
a = weiblich b = Zusammen													
Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe													
Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) (81102, 81103)	a	2 627	-13,4	727	-10,0	722	-17,2	351	-18,9	237	-13,8	590	-8,4
	b	2 659	-13,1	735	-9,5	732	-17,2	352	-19,5	240	-13,7	600	-7,6
Zahnmedizinische Fachangestellte (81112, 81113)	a	.	x	449	-8,6	418	-17,9	.	x	165	-9,3	337	+0,3
	b	1 565	-10,9	453	-8,3	422	-17,7	179	-20,4	169	-9,1	342	+0,9
Berufe im Verkauf von apothekenüblichen Waren (62412)	a	.	x	136	-13,4	96	-7,7	69	x	.	x	.	x
	b	.	x	142	-10,7	97	-11,8	73	x	.	x	86	x
gesundheitshandwerkliche Berufe													
Berufe in der Zahntechnik (82542)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	4	x	.	x
	b	.	x	94	-16,1	82	+10,8	39	-22,0	.	x	.	x
Berufe in der Augenoptik (82522, 82523)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x
	b	.	x	51	x	33	x	.	x	18	x	.	x
sonstige Berufe													
Berufe in der Haus- und Familienpflege (83142, 83143)	a	.	x	1 796	+22,7	1 221	+4,8	.	x	554	+17,6	1 567	+23,9
	b	7 421	+16,5	2 246	+21,7	1 576	+5,3	899	+11,4	709	+17,8	1 991	+23,1
Berufe im Rettungsdienst sowie Lehrkräfte an außerschulischen Bildungseinrichtungen (81341, 81342, 81343, 84483)	a	.	x	.	x	27	x	.	x	.	x	.	x
	b	375	+4,2	99	+12,5	102	+10,9	59	+28,3	33	-5,7	82	-17,2
Berufe in der Heilkunde und Homöopathie (81752, 81753)	a	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x	.	x
	b	.	x	.	x	38	-	.	x	.	x	.	x

1) seit 2013 wird eine neue Klassifikation der Berufe (KldB2010) verwendet. Damit hat sich der Umfang der Sammelpositionen verändert. Eine genaue Zusammensetzung der Berufe in einer Sammelposition findet sich im Anhang 5. – 2) Aus Gründen der Geheimhaltung (§ 16 Bundesstatistikgesetz) werden Daten nur gerundet weitergegeben. Dies kann zu Abweichungen bei der Summenbildung führen. – – – Quelle: Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit

Anhang

1. Begriffserläuterungen

Allgemeine Krankenhäuser

Bei den allgemeinen Krankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden. Zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V und andere Krankenhäuser, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind.

Ambulante Pflege

Im Sinne des § 71 SGB XI erfolgt die ambulante Pflege durch wirtschaftlich selbstständige Pflegedienste, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Die Pflegestatistik weist nur diejenigen ambulanten Pflegeeinrichtungen aus, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI verfügen.

Approbation

Staatliche Erlaubnis für die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde bzw. Pharmazie in ihrem vollen Umfang. Der Approbation bedürfen Ärzt(e)-innen, Zahnärzt(e)-innen, Psychotherapeut(inn)en, Tierärzt(e)-innen und Apotheker/-innen. Voraussetzungen sind u. a. das Ableisten der vorgeschriebenen Ausbildung und das Bestehen der staatlichen Prüfung.

Arbeitslosigkeit

Von der Arbeitsverwaltung werden diejenigen Personen als arbeitslos ausgewiesen,

- die vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen
- die eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und
- dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen und
- sich bei einer Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.

Berichtsjahr für die Schulen des Gesundheitswesens

Im Gegensatz zur Ausbildung im dualen System bzw. an den Berufskollegs existiert für die Schulen des Gesundheitswesens kein einheitliches Berufsbildungsjahr oder Schuljahr. Der Ausbildungsbeginn variiert von Schultyp zu Schultyp und sogar zwischen den Schulen desselben Typs. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit

der Ausbildungsdaten zu gewährleisten, gilt ab der Erhebung 2000 an den Schulen des Gesundheitswesens als Berichtsperiode (Schuljahr) der Zeitraum vom 16.10. des Vorjahres bis zum 15.10. des Erhebungsjahres. Die Stichtagsdaten beziehen sich jeweils auf den 15.10. des Erhebungsjahres.

Berufserlaubnis

Für die akademischen Gesundheitsberufe stellt die Approbation die uneingeschränkte Berufserlaubnis dar. Spezielle bzw. eingeschränkte Berufserlaubnisse können erteilt werden, wenn einzelne Voraussetzungen für eine Approbation durch die Antragstellerin/den Antragsteller nicht erfüllt werden.

Berufskennziffer, Berufsklasse

Zur Gliederung der Berufe in der Beschäftigtenstatistik und in der Arbeitslosenstatistik verwendet die Arbeitsverwaltung die „Klassifizierung der Berufe“ aus dem Jahr 2010. Die Klassifizierung der Berufe ist eine mehrstufige Berufssystematik. Die unterste Gliederungseinheit bilden die sogenannten Berufsgattungen, die durch fünfstelligen Kennziffern bezeichnet sind, die Berufskennziffern. Die Berufskennziffern sind z. T. einzelnen Berufen vorbehalten. Häufig finden sich aber auch mehrere ähnliche Berufsarten, berufliche Spezialisierungsformen oder berufsfachliche Helfertätigkeiten, die im Wesen ihrer Berufsaufgabe und Arbeitsverrichtungen vom gemeinsamen Tätigkeitstyp sind, unter einer Berufskennziffer. Dies hat z. B. zur Folge, dass von den Arbeitslosenzahlen in einer Berufsklasse nicht direkt auf die Beschäftigungssituation in einem Ausbildungsberuf geschlossen werden kann.

Berufsgruppen

Zur Gliederung der Berufe in der Beschäftigtenstatistik und in der Arbeitslosenstatistik verwendet die Arbeitsverwaltung die „Klassifizierung der Berufe“ aus dem Jahr 2010. Im Rahmen dieser Berufssystematik werden Berufsgattungen unter einer dreistelligen Kennziffer zusammengefasst. Die Berufsgruppen bilden die Basiseinheiten des Klassifizierungssystems. Die hier zusammengefassten Berufe sind nach dem Wesen ihrer Berufsaufgabe und Tätigkeit gleichartig. Die Übersicht zu den zusammengefassten Berufen befindet sich in den Anhängen 3 und 4.

Berufstätige Ärzt(e)-innen

Gesamtheit der Ärzt(e)-innen, die über eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs verfügen und berufstätig sind.

Bestandteil der Trägereinrichtung

Zur Sicherung der fachpraktischen Ausbildung sind die Schulen des Gesundheitswesens gesetzlich verpflicht-

tet, mit Krankenhäusern und/oder pflegerischen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Dies kann z. B. durch eine direkte Eingliederung der Schule in ein Krankenhaus bzw. in eine Pflegeeinrichtung erfolgen. In diesem Fall ist die Schule „Bestandteil der Trägereinrichtung“, d. h. sie ist ein rechtlich unselbstständiger Bestandteil des Krankenhauses bzw. der Pflegeeinrichtung ohne eigene Organe und ohne Eigenhaftung.

Bezirk der Agentur für Arbeit

Nordrhein-Westfalen ist in 30 Bezirke der Agentur für Arbeit (die früheren Arbeitsamtsbezirke) gegliedert, deren Grenzen nicht immer deckungsgleich mit den Grenzen der Bezirke der allgemeinen Verwaltung sind. Sie bilden die kleinste regionale Einheit der hier veröffentlichten Arbeitsmarktdaten. Jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit ist eine Schlüsselzahl zugeordnet, die sich je Bundesland an die alphabetische Sortierung der entsprechenden Bezirksbezeichnungen anlehnt. In NRW liegen die betreffenden Schlüsselzahlen zwischen 311 für den Bezirk der Agentur für Arbeit Aachen-Düren und 391 für den Bezirk der Agentur für Arbeit Solingen-Wuppertal. Maßgeblich für die Regionalisierung der Arbeitslosendaten nach Bezirken der Agentur für Arbeit ist der Wohnort der gemeldeten Person (Statistik der Arbeitsvermittlung).

Dienstarten

Die Personalstatistik der Krankenhäuser ist nicht durchgehend nach Berufsbezeichnungen der Beschäftigten, sondern nach Dienstarten gegliedert. Hauptsächlich sind: ärztlicher Dienst, Pflegedienst, med.-technischer Dienst, Funktionsdienst und sonstige Dienste. Angehörige der Krankenpflegeberufe können sowohl im Pflege- als auch im Funktionsdienst geführt werden. Die Systematik der Krankenhausstatistik folgt der Gliederung nach Dienstarten.

EU-Angehörige

Die Kategorie EU-Angehörige umfasst – ausschließlich der Staatsangehörigen Deutschlands – die Angehörigen der derzeitigen EU-Mitgliedstaaten Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern.

Gebietsbezeichnung

Angehörige der akademischen Gesundheitsberufe (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apotheker) können sich durch Weiterbildung spezialisieren. Die abgeschlossene Weiterbildung berechtigt zur Führung der Gebietsbezeichnung – z. B. als Facharzt für Innere Medizin.

Der Weiterbildungskatalog (Weiterbildungsordnung) der Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen umfasst derzeit 36 Gebietsbezeichnungen (Fachrichtungen), die durch Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen und Fachkunden zum Teil weiter spezifiziert werden.

Geringfügige Beschäftigung

Beschäftigung innerhalb der „450-Euro-Grenze“.

Hauptberufliche Lehrkräfte

Lehrkräfte, die in Vollzeit oder in Teilzeit mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit beschäftigt sind.

Hausärztliche Versorgung

Nach § 73 Abs. 1 SGB V gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung (d. h. die ärztliche Versorgung im Rahmen der Krankenversicherung) in die fachärztliche und die hausärztliche Versorgung. Dabei umfasst der Bereich der hausärztlichen Versorgung

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung einer Patientin/eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und sozialen Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, sowie
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte teil. Daneben können Kinderärzt(e)-innen und Internist(inn)en ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, wenn sie sich ausdrücklich dafür entscheiden.

Kammern

Berufliche Vertretungen für die Angehörigen der akademischen Gesundheitsberufe. Die Kammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts; die Aufsicht über die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sowie die Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe führt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Mitglieder der Kammern sind alle Berufsangehörigen, die in Nordrhein-Westfalen ihren Beruf ausüben bzw., wenn

sie nicht berufstätig sind, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (§ 2 Heilberufsgesetz NRW – HeilBerG). Die Kammern führen Mitgliederstatistiken, die u. a. Auskunft zu Art und Umfang der Qualifikation und der Berufstätigkeit geben.

Kooperation

Zur Sicherung der fachpraktischen Ausbildung sind die Schulen des Gesundheitswesens gesetzlich verpflichtet, mit Krankenhäusern und/oder pflegerischen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Zusammenarbeit in Form einer „Kooperation“ liegt dann vor, wenn die Schule rechtlich selbstständig ist und über eigene Organe verfügt. Zum Zwecke der praktischen Ausbildung bestehen vertraglich geregelte Beziehungen mit pflegerischen Einrichtungen.

Nebenberufliche Lehrkräfte

Lehrkräfte, die mit weniger als der Hälfte der wöchentlichen Regelarbeitszeit beschäftigt sind.

Neu belegte Ausbildungsplätze

Die genehmigten Ausbildungsplätze, die im Berichtszeitraum, d. h. in der Zeit vom 16.10. des Vorjahres bis zum 15.10. des Erhebungsjahres, in den Schulen des Gesundheitswesens tatsächlich von Ausbildungsanfänger(inne)n neu belegt worden sind.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Gesamtheit der Ärzt(e)-innen, die über eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs verfügen und in einer Praxis ambulant tätig sind. Die Zahl der niedergelassenen Ärzt(e)-innen umfasst sowohl Vertragsärzt(e)-innen (kassenärztliche Zulassung) als auch ambulant tätige Privatärzt(e)-innen.

Pädagogische Zusatzqualifikation

Als pädagogische Zusatzqualifikation gilt eine Weiterbildung gemäß den „Standards für pädagogische Zusatzqualifikationen der Schulleitung an Schulen für therapeutische und medizinisch-technische Ausbildungen“ nach dem Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 6. März 1998 – V B 2 – 0410.0.2 –.

Ruhende Schule

Zum Erhebungstichtag (15.10.) erfolgte an der Schule keine Ausbildung im entsprechenden Ausbildungsgang.

Schulen des Gesundheitswesens

Die Ausbildung und Berufszulassung der Gesundheitsberufe wird auf der Grundlage von Artikel 74 Ziffer 19 GG geregelt. Die Schulen des Gesundheitswesens haben aus diesem Grund eine Ausnahmestellung im berufsbildenden System; die Durchführung der Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz ist ausgeschlossen. In

Nordrhein-Westfalen sind die Schulen des Gesundheitswesens staatlich anerkannte Privatschulen. Die Genehmigung des Schulbetriebs erfolgt durch die Bezirksregierungen. Bis einschließlich der Erhebung 1999 wurde in der betreffenden Statistik definitionsgemäß jeder vorkommende Schultyp als eine eigenständige Schule gezählt. Im Rahmen des neuen Berichtssystems ab der Erhebung 2000 bezeichnet der Begriff „Schule“ die organisatorisch-institutionelle Einheit der Ausbildungsstätten. Zentrales Kriterium für eine Schule ist, dass sie unter einer einheitlichen Gesamtleitung steht. An einer Schule können nun sowohl nur ein einziger Schultyp als auch mehrere Schultypen staatlich anerkannter Lehranstalten bzw. Fachseminare vertreten sein. Im Falle mehrerer Schultypen müssen diese in einen gemeinsamen organisatorisch-institutionellen Rahmen eingebunden sein und unter einer Leitung stehen.

Schultyp

Die einzelnen Fachrichtungen staatlich anerkannter Lehranstalten bzw. Fachseminare (z. B. Krankenpflegehochschule) werden der statistischen Systematik entsprechend als „Schultyp“ klassifiziert. Dem Schultyp entspricht jeweils genau ein Bildungsgang, der die Ausbildung in einem speziellen nichtakademischen Fachberuf im Gesundheitswesen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) zum Ziel hat.

Sonstige Krankenhäuser

Bei den sonstigen Krankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische oder psychiatrische und neurologischen Betten verfügen, sowie um reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patientinnen und Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Teilstationäre Pflege

Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und entweder nur tagsüber bzw. nur nachts oder aber nur für einen begrenzten Zeitraum ganztägig untergebracht und gepflegt werden können. Dabei handelt es sich um Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.

Teilzeitbeschäftigung

Der Begriff der Teilzeitbeschäftigung ist in den zwei zentralen Beschäftigtenstatistiken für die Gesundheitsberufe – der Krankenhausstatistik und der Pflegestatistik – unterschiedlich definiert. So gelten in der Krankenhausstatistik mangels expliziter Definition alle Kräfte als teilzeitbeschäftigt, die eine von der Vollzeit abweichende geringere Arbeitszeit vereinbart haben. Somit ist davon

auszugehen, dass im Rahmen der Krankenhausstatistik auch geringfügig Beschäftigte zu den Teilzeitkräften gezählt werden. Die Pflegestatistik differenziert hier genauer. So wird Teilzeitbeschäftigung in drei Kategorien abgefragt:

1. Teilzeitbeschäftigung von über 50 % der Regelarbeitszeit,
2. Teilzeitbeschäftigung von 50 % oder weniger der Regelarbeitszeit, aber nicht geringfügige Beschäftigung (sog. „450-Euro-Jobs“) und
3. geringfügige Beschäftigung bis zur monatlichen Entgeltgrenze von 450 Euro.

Diese Differenzierung erlaubt für die Pflegestatistik die gesonderte Ausweisung geringfügig Beschäftigter.

Vollstationäre Dauerpflege

Pflegeheime für ältere Menschen, für Behinderte sowie für psychisch Kranke, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden sowie ganztägig untergebracht und gepflegt werden können. Über die Pflegestatistik werden alle stationären Pflegeeinrichtungen erfasst, die durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassen sind oder nach § 73 Abs. 3 SGB XI als zugelassen gelten.

Krankenhäuser oder stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Versorgung oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker und Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sind nach § 71 Abs. 4 SGB XI keine Pflegeeinrichtungen und zählen somit nicht zur vollstationären Dauerpflege.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Zu den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zählen gemäß § 107 Abs. 2 SGB V alle stationären Einrichtungen, in denen Patientinnen und Patienten untergebracht und gepflegt werden können und die entweder der Vorbeugung eines voraussichtlichen Krankheitsausbruchs (Vorsorge) oder aber der Sicherung eines bereits erzielten Behandlungserfolges, der Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung bzw. der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (Rehabilitation) dienen. Dabei erfolgen die Maßnahmen unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung besonders geschulten Personals. Im Rahmen der Krankenhausstatistik werden dieser Definition folgend ambulante Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation nicht berücksichtigt.

2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

2.1 Bundesrechtlich und landesrechtlich geregelte nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Altenpflegehelfer/-in	Hilfskraft mit Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine qualifizierte Betreuung, Versorgung und Pflege älterer Menschen in stabilen Pflegesituationen unter Anleitung einer Pflegefachkraft. Ihr Hauptaufgabengebiet ist die Grundpflege.	Gesetz zur Durchführung des Altenpflegegesetzes und zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe v. 27.06.2006 (GVBl. S. 290), zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 14.02.2012 (GVBl. S. 97), Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Altenpflegehilfeausbildung (APRO-APH) v. 23.08.2006 (GVBl. S. 404), zuletzt geändert durch VO vom 24.03.2010 (GVBl. S. 261)	1 Jahr (Vollzeit)/ 2 Jahre (Teilzeit)
Altenpfleger/-in	Fachkraft für die selbstständige, eigenverantwortliche und geplante Pflege älterer Menschen einschließlich ihrer Beratung, Begleitung und Betreuung	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 17.11.2000 (BGBl. I S. 1513) in der Neufassung vom 25.08.2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Artikel 37 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV) vom 26.11.2002 (BGBl. I S. 4418, 4429), zuletzt geändert durch Artikel 38 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515)	3 Jahre (Vollzeit)/ 5 Jahre (Teilzeit)
Diätassistent/-in	Fachkraft zur eigenverantwortlichen Durchführung diätetischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnungen, zur Mitwirkung bei Prävention und Therapie von Krankheiten und zur Durchführung von ernährungstherapeutischen Beratungen und Schulungen	Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten und zur Änderung verschiedener Gesetze über den Zugang zu anderen Heilberufen (Heilberufsänderungsgesetz – HeilBÄndG) vom 08.03.1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Artikel 48 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAssAPrV) vom 01.08.1994 (BGBl. I S. 2088), zuletzt geändert durch Artikel 11 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Ergotherapeut/-in (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut/-in)	Fachkraft zur Unterstützung von Kranken und Behinderten aller Altersgruppen bei der Wiederherstellung, dem Ausbau oder der Verbesserung ihrer für die Bewältigung von Alltag bzw. Beruf erforderlichen sozialen und lebenspraktischen Kompetenzen, Vortreiben ihrer gesellschaftlichen bzw. beruflichen Eingliederung	Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin/ des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG) vom 25.05.1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 50 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV) vom 02.08.1999 (BGBl. I S. 1731), zuletzt geändert durch Artikel 7 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Familienpfleger/-in	Fachkraft für die selbstständige und eigenverantwortliche Vertretung, Unterstützung oder Anleitung der Hausfrau oder des Hausmanns im hauswirtschaftlichen, erzieherischen und pflegerischen Bereich	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Familienpflegerinnen und Familienpfleger vom 02.04.2004 (GVBl. S. 184)	2 Jahre theoret. und prakt. Unterricht, 1 Jahr Berufspraktikum

1) Quelle i.d.R.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Die anerkannte Berufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.1 Bundesrechtlich und landesrechtlich geregelte nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Familienpfleger/-in in der Landwirtschaft (Dorfhelfer/-in)	Fachkraft für die selbständige und eigenverantwortliche Vertretung, Unterstützung oder Anleitung der Hausfrau oder des Hausmanns im hauswirtschaftlichen, erzieherischen und pflegerischen Bereich sowie für die Übernahme von spezifischen Aufgaben im landwirtschaftlichen Haushalt und Betrieb	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Familienpflegerinnen und Familienpfleger 08.11.1991 (GVBl. S. 392)	2 Jahre theoret. und prakt. Unterricht plus 100 Unterrichtsstunden Landwirtschaft, 1 Jahr Berufspraktikum
Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/-in (früher: Krankenpflegehelfer/-in)	Hilfskraft mit Kenntnissen und Fähigkeiten für die Versorgung Kranker sowie die damit verbundenen hauswirtschaftlichen und sonstigen Assistenzaufgaben	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den Beruf der Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin und des Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten – GesKr PflAss APv – v. 06.10.2008 (GVBl. S. 652) zuletzt geändert durch VO vom 10.12.2013 (GVBl. S. 842)	1 Jahr (Vollzeit), 2 Jahre (Teilzeit)
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (früher: Kinderkranken-schwester/-pfleger)	Fachkraft zur sach- und fachkundigen umfassend geplanten Pflege von Säuglingen und Kindern, Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten im Kindesalter	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), Anlage geändert durch Artikel 5 der VO vom 21.07.2014 (BGBl. I S. 1301), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPv) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 15 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre (Vollzeit), 5 Jahre (Teilzeit)
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (früher: Krankenschwester/-pfleger)	Fachkraft zur sach- und fachkundigen umfassend geplanten Pflege von Patient(inn)en, Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), Anlage geändert durch Artikel 5 der VO vom 21.07.2014 (BGBl. I S. 1301), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPv) vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 15 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre (Vollzeit), 5 Jahre (Teilzeit)
Hebamme/Entbindungspfleger	Fachkraft für die Geburtshilfe, insbesondere die Beratung und Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett sowie für die Leitung von normalen Geburten und die Versorgung Neugeborener	Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz – HebG) vom 04.06.1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 2515), Anlage geändert durch VO vom 17.12.2007 (BGBl. I S. 2945), AO und PrVO für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPv) i.d.F. der Bekanntmachung vom 16.03.1987 (BGBl. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 5 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre

1) Quelle i.d.R.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Die anerkannte Berufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.1 Bundesrechtlich und landesrechtlich geregelte nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Logopäd(e)/-in	Fachkraft für Sprach- und Stimmheilkunde	Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogG) vom 07.05.1980 (BGBl. I S. 529), zuletzt geändert durch Artikel 52 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für Logopäden vom 01.10.1980 (BGBl. I S. 1892), zuletzt geändert durch Artikel 8 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Masseur/-in und medizinische(r) Bademeister/-in	Fachkraft für geeignete Verfahren der physikalischen Therapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen zur Heilung und Linderung sowie zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Artikel 45 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für Masseur und medizinische Bademeister (MB-APrV) vom 06.12.1994 (BGBl. I S. 3770), zuletzt geändert durch Artikel 12 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	2 ½ Jahre (2 Jahre theoretischer und praktischer Unterricht, ½ Jahr praktische Ausbildung)
Medizinisch-technische(r) Assistent/-in für Funktionsdiagnostik	Fachkraft für die Durchführung geeigneter Untersuchungsgänge zur Darstellung des Funktionszustandes des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems, der Sinnesorgane, der Muskulatur, des Herzens, der Blutgefäßdurchströmung sowie der Lunge	Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 02.08.1993 (BGBl. I S. 1402) zuletzt geändert durch Artikel 41 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV) vom 25.04.1994 (BGBl. I S. 922), zuletzt geändert durch Artikel 10 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Medizinisch-technische(r) Laboratoriums-assistent/-in	Assistent/-in für labordiagnostische Untersuchungsgänge in der klinischen Chemie, der Hämatologie, der Immunologie, der Mikrobiologie sowie der Histologie und Zytologie	Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 02.08.1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Artikel 41 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV) vom 25.04.1994 (BGBl. I S. 922), zuletzt geändert durch Artikel 10 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Medizinisch-technische(r) Radiologie-assistent/-in	Fachkraft für die Durchführung radiologischer Diagnostik oder anderer bildgebender Verfahren sowie bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten in der Strahlentherapie und Nuklearmedizin	Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 02.08.1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Artikel 41 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV) vom 25.04.1994 (BGBl. I S. 922), zuletzt geändert durch Artikel 10 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre

1) Quelle i.d.R.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Die anerkannte Berufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.1 Bundesrechtlich und landesrechtlich geregelte nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage¹⁾	Dauer
Orthoptist/-in	Fachkraft für die Prävention, Diagnostik und Therapie von Störungen des ein- und beidäugigen Sehens, bei Schielerkrankungen, Sehschwäche und Augenzittern	Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten (Orthoptistengesetz – OrthoptG) vom 28.11.1989 (BGBl. I S. 2061), zuletzt geändert durch Artikel 54 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für Orthoptistinnen und Orthoptisten (OrthoptAPrV) vom 21.03.1990 (BGBl. I S. 563), zuletzt geändert durch Artikel 9 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Pharmazeutisch-technische(r) Assistent/-in	Assistent/-in für die Entwicklung, Herstellung, Untersuchung und Abgabe von Arzneimitteln unter der Aufsicht einer Apothekerin / eines Apothekers	Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten i.d.F. der Bekanntmachung vom 23.09.1997 (BGBl. I S. 2349), zuletzt geändert durch Artikel 43 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für pharmazeutisch-technische Assistentinnen und pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA-APrV) vom 23.09.1997 (BGBl. I S. 2352), zuletzt geändert durch Artikel 6 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	2 ½ Jahre (2 Jahre theoretischer und praktischer Unterricht, ½ Jahr praktische Ausbildung)
Physiotherapeut/-in	Fachkraft für die Anwendung krankengymnastischer Methoden und physiotherapeutischer Verfahren in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen bei Patient(inn)en mit Fehlentwicklungen sowie Funktionsstörungen organischer Art	Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994 (BGBl. I S.1084), zuletzt geändert durch Artikel 45 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515); AO und PrVO für Physiotherapeuten (PhysThAPrV) vom 06.12.1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Artikel 13 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	3 Jahre
Podolog(e)-in	Fachkraft für allgemeine und spezielle fußpflegerische Maßnahmen nach den anerkannten Regeln der Hygiene, Erkennung von pathologischen Veränderungen und Symptomen von Erkrankungen am Fuß, die eine ärztliche Abklärung erfordern, sowie Durchführung von medizinisch indizierten podologischen Behandlungen unter ärztlicher Anleitung oder auf ärztliche Veranlassung	Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen (Podologengesetz – PodG) vom 04.12.2001 (BGBl. I S. 3320), zuletzt geändert durch Artikel 56 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Podologinnen und Podologen (PodAPrV) vom 18.12.2001 (BGBl. I S. 12), zuletzt geändert durch Artikel 14 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)	2 Jahre (Vollzeit), 4 Jahre (Teilzeit)

1) Quelle i.d.R.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Die anerkannte Berufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.1 Bundesrechtlich und landesrechtlich geregelte nichtakademische Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Rettungsassistent/-in	<p>Assistent/-in, der/die am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt/die Ärztin lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatient(inn)en durchführt und krankheitserkennende wie krankheitsbehandelnde Maßnahmen vor und während des Transportes von Patient(inn)en in Krankenhäuser und Kliniken sicherstellt.</p> <p>Dieser Bildungsgang wird mit Wirkung zum 01.01.2014 vom Ausbildungsgang zum staatlich anerkannten Notfallsanitätsdienst abgelöst</p>	<p>Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz – RettAssG vom 10.07.1989 (BGBl. I S. 1384), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686), AO und PrVO für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten (RettAssAPrV) vom 07.11.1989 (BGBl. I S. 1966), zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686)</p>	<p>2 Jahre (1 Jahr theoretischer und praktischer Unterricht, 1 Jahr Berufspraktikum)</p>
Staatlich anerkannte(r) Notfallsanitäter/-in	<p>Fachkraft, der/die am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt/die Ärztin lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatient(inn)en durchführt und krankheitserkennende wie krankheitsbehandelnde Maßnahmen vor und während des Transportes von Patient(inn)en in Krankenhäuser und Kliniken sicherstellt .</p> <p>Dieser Bildungsgang löst den Ausbildungsgang der Rettungsassistentenz mit Wirkung zum 01.01.2014 ab</p>	<p>Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz –NotSanG) vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 1348) geändert durch Artikel 30 des Gesetzes vom 18.04.2016 (BGBl. I S. 886)APrV für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) vom 16.12.2013 (BGBl. I S. 4280) geändert durch Artikel 31 des Gesetzes vom 18.04.2016 (BGBl. I S. 886)</p>	<p>3 Jahre (Vollzeit) 5 Jahre (Teilzeit)</p>
Veterinärmedizinisch-technische(r) Assistent/-in	<p>Fachkraft für die Durchführung labor diagnostischer Untersuchungsgänge in der Lebensmittelanalytik, der Lebensmitteltoxikologie, der Spermatologie u. Ä.</p>	<p>Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz – MTAG) vom 02.08.1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Artikel 41 des Gesetzes vom 06.12.2011 (BGBl. I S. 2515), AO und PrVO für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrVO) vom 25.04.1994 (BGBl. I S. 922), zuletzt geändert durch Artikel 10 der VO vom 02.08.2013 (BGBl. I S. 3005)</p>	<p>3 Jahre</p>

1) Quelle i.d.R.: Bundesinstitut für Berufsbildung, Die anerkannte Berufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: **2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System**

2.2 Nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung geregelte Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Augenoptiker/-in	Fachkraft für die Augenglasbestimmung, Fertigung, Anpassung und den Verkauf von Brillen – nach eigener bzw. fachärztlicher Verordnung für Kontaktlinsen, vergrößernde Sehhilfen und sonstige Spezialsehhilfen sowie für die damit verbundene fachspezifische optometrische Sonderberatung	VO Berufsausbildung zum Augenoptiker/ zur Augenoptikerin vom 26.04.2011 (BGBl. I S. 698) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 25.03.2011 (BAnz Nr. 106a vom 19.07.2011)"	3 Jahre
Hörakustiker/-in (früher: Hörgeräteakustiker/-in)	Fachkraft für die Beratung und Versorgung von hörbehinderten Menschen mit individuell angepassten Hörhilfen sowie für die Nachbetreuung Hörbehinderter, z. B. durch Hörtraining, Wartung und Instandhaltung von Hörgeräten sowie Beratung und Verkauf von Zusatzartikeln und Gehörschutzmitteln	VO Berufsausbildung zum Hörakustiker und zur Hörakustikerin (Hörakustikerausbildungsverordnung - HörAkAusbV) vom 28.04.2016 [BGBl. I S. 1012] Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 29.01.2016 (BAnz AT B1 vom 28.07.2016)	3 Jahre
Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen	Fachkraft für die Planung und Organisation der Geschäfts- und Leistungsprozesse (wie Marketing, Kundenbetreuung, Qualitätsmanagement, Personalwirtschaft und Materialverwaltung, Leistungsabrechnung und gesundheitsspezifisches Rechnungswesen) in den unterschiedlichen Arbeitsgebieten des Gesundheitswesens	VO Berufsausbildung für Kaufleute in den Dienstleistungsbereichen Gesundheitswesen sowie Veranstaltungswirtschaft vom 25.06.2001 (BGBl. I S. 1262), Änderung vom 04.07.2007 (BGBl. I S. 1252) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 11.05.2001 (BAnz Nr 175a vom 18.09.2001)	3 Jahre
Orthopädietechnik-Mechaniker/-in (früher: (Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in)	Fachkraft für die Herstellung, die Beratung und den Verkauf von individuell angepassten medizinisch-technischen Konstruktionen, wie künstlichen Gliedmaßen, Hilfsmitteln für die Extremitäten und den Rumpf, Bandagen und individuellen Rehabilitationsmitteln, sowie den Verkauf von handelsüblichen Hilfsmitteln wie Rollstühlen, Gehwagen und Krankenpflegeartikeln aller Art	VO Berufsausbildung zum Orthopädietechnik-Mechaniker und zur Orthopädietechnik-Mechanikerin (Orthopädieausbildungsverordnung - OrthAusbVO) vom 15.05.2013 [BGBl. I S. 1358] Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 22.03.2013 (BAnz Amtlicher Teil Nummer B1 vom 29.07.2013)	3 Jahre
Orthopädie-schuhmacher/-in	Fachkraft für die Herstellung, die Beratung und den Verkauf von individuell angepassten orthopädischen Maßschuhen, Unterschenkelorthesen, Fußprothesen und die orthopädische Zurichtung an Konfektionsschuhen sowie das Anpassen von Bandagen an Fuß und Knie, das Anmessen von Kompressionsversorgungen der unteren Extremitäten und die medizinische Fußpflege	VO Berufsausbildung zum Orthopädie-schuhmacher und zur Orthopädie-schuhmacherin (Orthopädie-schuhmacherausbildungsverordnung - OrthopschuhmAusbV) vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1298) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 26.03.2015 (BAnz Amtlicher Teil Nummer B1 vom 05.10.2015)	3 1/2 Jahre

1) Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB), Die anerkannten Ausbildungsberufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.2 Nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung geregelte Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage ¹⁾	Dauer
Pharmakant/-in	Fachkraft für die Herstellung von Arzneimitteln, d. h. für die Bedienung, Wartung und Pflege von Produktionsanlagen sowie die Verpackung und Lagerung von Arzneiprodukten	VO Berufsausbildung zum Pharmakanten/ zur Pharmakantin vom 10.06.2009 (BGBl. I S. 1374) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 01.12.2000 (BAnz Nr. 125a vom 10.07.2001)	3 1/2 Jahre
Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r)	Fachkraft für den kaufmännischen und organisatorischen Betriebsteil von öffentlichen Apotheken, Krankenhausapotheken, dem pharmazeutischen Großhandel und der Industrie. Dazu gehören der Wareneinkauf, die Organisation der Vorrats- und Lagerhaltung sowie der Verkauf freiverkäuflicher Apothekenprodukte	VO Berufsausbildung zum/zur pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten vom 03.07.2012 (BGBl. I S. 1456) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 26.04.2012 (BAnz Nr. B3 vom 06.09.2012)	3 Jahre
Medizinische(r) Fachangestellte(r) (früher: Arzthelfer/-in)	Fachkraft für die Assistenz des niedergelassenen Arztes bei der Durchführung von Behandlungen und der Untersuchung der Patient(inn)en, der Durchführung von Laborarbeiten, der Bedienung und Pflege von medizinischen Instrumenten und Apparaten, der Organisation und Verwaltung von Praxisabläufen sowie der Abrechnung von Leistungen	VO Berufsausbildung zum/zur medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006 (BGBl. I S. 1097) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 18.11.2005 (BAnz Nr. 152a vom 15.08.2006)	3 Jahre
Sportfachmann/-frau	Fachkraft in der Sportwirtschaft, insbesondere in Sportvereinen und -verbänden sowie in Sport- und Fitnessstudios, die den Trainings- und Wettkampfbetrieb organisiert und koordiniert, Konzepte für den Breiten- und Wettkampfsport erarbeitet, Sportler/-innen trainiert und diese während der Wettkämpfe betreut. Neben ihren Trainings- und Organisationsaufgaben erstellt sie im Geschäftsbetrieb z. B. Statistiken und führt Kalkulationen durch. Außerdem kennt sie sich mit der Beschaffung und Wartung von Sportgeräten aus und übernimmt die Pflege von Sportstätten und Anlagen.	VO Berufsausbildung zum Sportfachmann/ zur Sportfachfrau vom 04.07.2007 (BGBl. I S. 1242) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 14.06.2007 (BAnz Nr. 187a vom 06.10.2007)	3 Jahre
Sport- und Fitnesskaufmann/-frau	Fachkraft in den Geschäfts- und Organisationsbereichen von Verbänden, Vereinen, Betrieben der Fitnesswirtschaft sowie in der kommunalen Sport- und Sportstättenverwaltung für Verwaltungs- und Organisationsaufgaben, Mitglieder- und Kundenbetreuung sowie Beratung über Sport- und Bewegungsangebote	VO Berufsausbildung zum Sport- und Fitnesskaufmann/ zur Sport- und Fitnesskauffrau vom 04.07.2007 (BGBl. I S. 1252) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 14.06.2007 (BAnz Nr. 187a vom 06.10.2007)	3 Jahre

1) Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB), Die anerkannten Ausbildungsberufe 2017, Bielefeld 2017

Noch: 2. Synopse der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens und im dualen System

Noch: 2.2 Nach dem Berufsbildungsgesetz bzw. der Handwerksordnung geregelte Berufe im Gesundheitswesen

Ausbildungsberuf	Aufgabenbereich	Gesetzliche Grundlage¹⁾	Dauer
Verfahrensmechaniker/-in für Brillenoptik (früher: Brillenoptikschleifer/-in)	Fachkraft für die Herstellung und Veredelung (Einfärben, Verspiegeln) von optischen Gläsern	VO Berufsausbildung zum Verfahrensmechaniker für Brillenoptik/ zur Verfahrensmechanikerin für Brillenoptik vom 18.07.2002 (BGBl. I S. 2740) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 14.06.2002 (BAnz Nr 211a vom 13.11.2002)	3 Jahre
Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) (früher: Zahnarztthelfer/-in)	Fachkraft für die Assistenz in einer Zahnarztpraxis bei der Behandlung, Betreuung und Information von Patient(inn)en, der Mitwirkung bei der Prophylaxe, der Anfertigung von Zahnrontgenaufnahmen, der Organisation von Praxisabläufen sowie der Abrechnung von Leistungen	VO Berufsausbildung zum/zur zahnmedizinischen Fachangestellten vom 04.07.2001 (BGBl. I S. 1492) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 11.05.2001 (BAnz Nr. 172a vom 13.09.2001)	3 Jahre
Zahntechniker/-in	Fachkraft für die Herstellung und Reparatur von feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz, außerdem für die Anfertigung von kieferorthopädischen Geräten zur Korrektur von Fehlstellungen der Zähne bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	VO Berufsausbildung zum Zahntechniker/ zur Zahntechnikerin vom 11.12.1997 (BGBl. I S. 3182) Rahmenlehrplan: Beschluss KMK vom 17.10.1997 (BAnz Nr. 94a vom 23.05.1998)	3 1/2 Jahre

1) Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB), Die anerkannten Ausbildungsberufe 2017, Bielefeld 2017

**3. Berufsgruppen und zugehörige Berufsgattungen der nichtakademischen Berufe
im Gesundheitswesen in der Beschäftigtenstatistik nach der „Klassifizierung der Berufe“
der Arbeitsverwaltung vom September 2010**

Berufsgruppen	Berufsgattungen
<p>Pflegeberufe</p> <p>Berufsgruppe 811: Arzt- und Praxishilfe</p> <p>Berufsgruppe 813: Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe"</p> <p>Berufsgruppe 842: Lehrtätigkeit für berufsbildende Fächer, betriebliche Ausbildung und Betriebspädagogik</p>	<p>81183: Arbeitsmedizinische(r) Fachassistent/-in</p> <p>81301: Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegeassistent/-in, Pflegediensthelfer/-in etc.</p> <p>81302: Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/-in</p> <p>81313: Fachkrankenpfleger/-in</p> <p>81323: Kinderkrankenpfleger/-in mit Schwerpunkt</p> <p>81332: Operationstechnische(r), Chirurgisch-technische(r) Assistent/-in</p> <p>81333: Physician Assistent/-in</p> <p>81341: Helfer/-in Rettungsdienst</p> <p>81342: Assitent/-in Rettungsdienst (Fachkräfte)</p> <p>81352: Hebammenhelfer/-in, Geburtsvorbereiter/-in, Stillberater/-in</p> <p>81353: Geburtshelfer/-in, Hebamme/Entbindungspfleger etc.</p> <p>81382: Ambulanzpfleger/-in und verwandte Berufe</p> <p>81383: Fachkinderkrankenpfleger/-in ambulante Krankenpflege</p> <p>81393: Aufsichtskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe</p> <p>81394: Führungskräfte – Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe</p> <p>84213: Lehrkräfte im Gesundheitswesen</p> <p>84214: Medizin- und Pflegepädagoge/-pädagogin</p>
<p>Therapeutische und medizinisch-technische Berufe</p> <p>Berufsgruppe 811: Arzt- und Praxishilfe</p> <p>Berufsgruppe 812: Medizinisches Laboratorium</p>	<p>81132: Orthoptist/-in</p> <p>81212: Assistent/-in Medizinisch-technisches Laboratorium, Gerichtsmedizinische(r) Assistent/-in etc.</p> <p>81213: Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in</p> <p>81222: Medizinische(r) Fachdiagnostiker/-in, Medizinisch-technische(r) Assistent/-in Funktionsdiagnostik etc.</p> <p>81223: Fachassistent/-in in der Radiologie und Funktionsdiagnostik</p> <p>81232: Medizinisch-technische(r) Radiologieassistent/-in, Medizinisch-technische(r) Röntgenassistent/-in</p> <p>81233: Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in radiologische Diagnostik, Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in Radioonkologie</p> <p>81242: Veterinärmedizinisch-technische(r) Assistent/-in, veterinärmedizinische(r) Laborant/-in</p> <p>81243: Veterinärtechniker/-in, Biomedizinische(r) Analytiker/-in in der Veterinärmedizin</p>

Noch: 3. Berufsgruppen und zugehörige Berufsgattungen der nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen in der Beschäftigtenstatistik nach der „Klassifizierung der Berufe“ der Arbeitsverwaltung vom September 2010

Berufsgruppen	Berufsgattungen
<p>Noch: Therapeutische und medizinisch-technische Berufe</p> <p>Berufsgruppe 816: Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie</p> <p>Berufsgruppe 817: Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde</p> <p>Berufsgruppe 818: Pharmazie</p> <p>Berufsgruppe 822: Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness</p>	<p>81623: Psychologisch-technische(r) Assistent/-in</p> <p>81712: Masseur/-in und medizinische Bademeister/-in 81713: Krankengymnast/-in 81714: Motologe/Motologin, Physiotherapeut/-in 81722: Arbeitsbegleiter/-in, Fachassistent/-in Hirnfunktions-, Hrinleistungstraining 81723: Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, Legasthenietherapeut/-in etc. 81724: Ergotherapeut/-in 81733: Sprachtherapeut/-in, Sprachtherapeutische(r) Assistent/-in, Logopäde/Logopädin etc. 81734: (Klinische(r)) Sprechwissenschaftler/-in, Logopäde/Logopädin 81743: Gestaltungs- und Musiktherapeut/-in, Kunsttherapeut/-in, Musik-Sozialtherapeut/-in etc. 81744: Klinische(r) Kunsttherapeut/-in und Gestaltungstherapeut/-in, Klinische(r) Musiktherapeut/-in 81762: Diätassistent/-in – Diättherapie 81763: Ernährungstherapeut/-in 81764: Verpflegungsmanager/-in 81782: Diabetesassistent/-in 81783: Diabetes- und Gesundheitstherapeut/-in, Diabetesberater/-in etc. 81784: Diabetes- und Gesundheitswissenschaftler/-in</p> <p>81822: Pharmazeutisch-technische(r) Assistent/-in, Pharmazie-laborant/-in</p> <p>82232: Ernährungsassistent/-in 82233: Ernährungsberater/-in</p>
<p>Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe</p> <p>Berufsgruppe 624: Apothekenhelfer/-innen</p>	<p>62412: Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r), Fachverkäufer/-in Kosmetik und Körperpflege, Kosmetikberater/-in, Verkäufer/-in Drogeriewaren etc.</p>

**Noch: 3. Berufsgruppen und zugehörige Berufsgattungen der nichtakademischen Berufe
im Gesundheitswesen in der Beschäftigtenstatistik nach der „Klassifizierung der Berufe“
der Arbeitsverwaltung vom September 2010**

Berufsgruppen	Berufsgattungen
<p>Noch: Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe</p> <p>Berufsgruppe 732: Verwaltung</p> <p>Berufsgruppe 811: Arzt- und Praxishilfe</p>	<p>73222: Arztsekretär/-in 73223: Praxismanager/-in</p> <p>81102: Medizinische(r) Fachangestellte(r), Praxishelfer/-in, Sprechstundenhilfe 81103: Arztfachhelfer/-in, Fachwirt/-in ambulante medizinische Versorgung 81112: Zahnmedizinische(r) Assistent/-in, Sprechstundenhilfe, Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) 81113: Zahnmedizinische(r) Fachassistent/-in, Zahnmedizinische(r) Prophylaxeassistent/-in 81142: Tiermedizinische(r) Fachangestellte(r), Tiermedizinische(r) Praxisassistent/-in</p>
<p>Gesundheitshandwerkliche Berufe</p> <p>Berufsgruppe 825: Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik</p>	<p>82522: Augenoptiker/-in, Fachoptiker/-in 82523: Augenoptiktechniker/-in, Optiktechniker/-in 82542: Zahntechniker/-in, Zahntechnikerassistent/-in etc.</p>
<p>Sonstige Berufe</p> <p>Berufsgruppe 814: Ärzte/Ärztinnen</p> <p>Berufsgruppe 816: Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie</p> <p>Berufsgruppe 817: Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde</p> <p>Berufsgruppe 818: Pharmazie</p>	<p>81404: Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung) 81474: Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/-orthopädinnen</p> <p>81634: Familien-, Paartherapeut/-in, Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in, Mediator/-in, Soziotherapeut/-in etc.</p> <p>81752: Sportheilpraktiker/-in, Heilpraktiker/-in, Naturheilkundler/-in 81753: Akupunkteur/-in, Atmungsorthopäde/-orthopädin, Chirotherapeut/-in, Homöopath/-in, Homöotherapeut/-in (nicht Arzt/Ärztin) etc.</p> <p>81804: Apotheker/-in, Pharmazeuten/Pharmazeutin</p>

4. Berufsgattungen und Sammelpositionen in der Vorspalte der Tabellen über Arbeitslose der nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen sowie die ihnen zugeordneten Berufskennziffern und Berufsbenennungen nach der „Klassifizierung der Berufe“ der Arbeitsverwaltung vom September 2010

Berufsgattungen bzw. Sammelposition (Berufskennziffer)	Berufskennziffer, Berufsgattung bzw. Berufsbenennung
Pflegeberufe	
Berufe in der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege (53323, 81183, 81302, 81313, 81323, 81332, 81333, 81382, 81383, 81393, 81394, 82243, 84213, 84214)	BKZ 53323: Fach(kinder)krankenpfleger/-in BKZ 81183: Arbeitsmedizinische(r) Assistent/-in BKZ 81302: Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger/-in BKZ 81313: Fachkrankenpfleger/-in in verschiedenen Bereichen BKZ 81323: Kinderkrankenpfleger/-in in verschiedenen Bereichen BKZ 81332: Operationstechnische(r), Chirurgisch-technische(r) Assistent/-in BKZ 81333: Physician Assistent/-in BKZ 81382: Ambulanzpfleger/-in und verwandte Berufe BKZ 81383: Fachkinderkrankenpfleger/-in ambulante Krankenpflege BKZ 81393: Aufsichtskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe BKZ 81394: Führungskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe BKZ 82243: Gutachter/-in Pflege, Qualitätsbeauftragte(r) Gesundheits-/ Sozialwesen BKZ 84213: Lehrkräfte im Gesundheitswesen BKZ 84214: Medizin- und Pflegepädagoge/-pädagogin
Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege (81352, 81353)	BKZ 81352: Geburtsvorbereiter/-in, Hebammenhelfer/-in, Stillberater/-in BKZ 81353: Hebamme/Entbindungspfleger, Geburtshelfer/-in
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege - ohne Spezialisierung (81301, 81182)	BKZ 81301: Gesundheits- und (Kinder) Krankenpflegeassistent/-in, Pflegediensthelfer/-in und weitere Helferberufe des Gesundheitswesens BKZ 81182: (Technische(r)) Sterilisationsassistent/-in
Berufe in der Altenpflege (82101 bis 82103, 82182, 82183, 83154)	BKZ 82101: Altenbetreuerhelfer/-in, Altenpflegeassistent/-in, Stationshelfer/-in Altenpflege BKZ 82102: Altenpfleger/-in BKZ 82103: Fachaltenpfleger/-in BKZ 82182: Altenpfleger/-in Rehabilitation BKZ 82183: Fachaltenpfleger/-in Rehabilitation BKZ 83154: Fachberater/-in Altenhilfe
Therapeutische Berufe	
Berufe in der Physiotherapie – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (81712)	BKZ 81712: Masseur/-in und medizinische(r) Bademeister/-in
Berufe in der Physiotherapie – (hoch) komplexe Tätigkeiten (81713, 81714)	BKZ 81713: Krankengymnast/-in BKZ 81714: Motologe/Motologin, Physiotherapeut/-in (HS)
Berufe in der Sprachtherapie (81733, 81734)	BKZ 81733: Sprachtherapeut/-in, Sprachtherapeutische(r) Assistent/-in, Atemtherapeut/-in, Logopäde/Logopädin BKZ 81734: (Klinische(r)) Sprechwissenschaftler/-in, Logopäde/Logopädin (HS), Patholinguist/-in

Noch: 4. Berufsgattungen und Sammelpositionen in der Vorspalte der Tabellen über Arbeitslose der nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen sowie die ihnen zugeordneten Berufskennziffern und Berufsbenennungen nach der „Klassifizierung der Berufe“ der Arbeitsverwaltung vom September 2010

Berufsgattungen bzw. Sammelposition (Berufskennziffer)	Berufskennziffer, Berufsgattung bzw. Berufsbenennung
<p>Noch: Therapeutische Berufe</p> <p>Orthoptisten/Orthoptistinnen (81132)</p> <p>Berufe in der Ergotherapie, Heilkunde, Musik- und Kunsttherapie (81722 bis 81724, 81743, 81744, 81783)</p> <p>Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie (81762 bis 81764)</p>	<p>BKZ 81132: Orthoptist/Orthoptistin, Therapeut/-in Sehstörungen</p> <p>BKZ 81722: Arbeitsbegleiter/-in, Fachassistent/-in Hirnfunktions-, Hirnleistungstraining</p> <p>BKZ 81723: Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/-in, Ergotherapeut/-in, Legasthenietherapeut/-in etc.</p> <p>BKZ 81724: Ergotherapeut/-in (HS)</p> <p>BKZ 81743: Gestaltungs- und Musiktherapeut/-in, Kunsttherapeut/-in, Musik-Sozialtherapeut/-in</p> <p>BKZ 81744: Klinische(r) Kunsttherapeut/-in und Gestaltungstherapeut/-in, Klinische(r) Musiktherapeut/-in</p> <p>BKZ 81783: Sporttherapeut/-in, Tanztherapeut/-in, Eurythmist/-in</p> <p>BKZ 81762: Diätassistent/-in - Diättherapie</p> <p>BKZ 81763: Ernährungstherapeut/-in</p> <p>BKZ 81764: Verpflegungsmanager/-in</p>
<p>Medizinisch-technische Berufe</p> <p>Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz (81822)</p> <p>Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium (81212, 81213)</p> <p>Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie und Funktionsdiagnostik (81222, 81223, 81232, 81233)</p> <p>Medizinisch-technische Berufe in der Veterinärmedizin (81242, 81243)</p>	<p>BKZ 81822: Pharmazeutisch-technische(r) Assistent/-in (PTA), Apothekerassistent/-in, Laborant/in</p> <p>BKZ 81212: Assistent/-in Medizinisch-technisches Laboratorium, Bakteriologieassistent/-in, Gerichtsmedizinische(r) Assistent/-in etc.</p> <p>BKZ 81213: Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in, Biomedizinische(r) Fachanalytiker/-in etc.</p> <p>BKZ 81222: Medizinische(r) Fachdiagnostiker/-in, Medizinisch-technische(r) Assistent/-in Funktionsdiagnostik etc.</p> <p>BKZ 81223: Fachassistent/-in in der Radiologie und Funktionsdiagnostik</p> <p>BKZ 81232: Medizinisch-technische(r) Radiologieassistent/-in, Medizinisch-technische(r) Röntgenassistent/-in</p> <p>BKZ 81233: Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in radiologische Diagnostik, Medizinisch-technische(r) Fachassistent/-in Radioonkologie</p> <p>BKZ 81242: Veterinärmedizinisch-technische(r) Assistent/-in, veterinärmedizinische(r) Laborant/-in</p> <p>BKZ 81243: Veterinärtechniker/-in, Biomedizinische(r) Analytiker/-in in der Veterinärmedizin</p>

Noch: 4. Berufsgattungen und Sammelpositionen in der Vorspalte der Tabellen über Arbeitslose der nichtakademischen Berufe im Gesundheitswesen sowie die ihnen zugeordneten Berufskennziffern und Berufsbenennungen nach der „Klassifizierung der Berufe“ der Arbeitsverwaltung vom September 2010

Berufsgattungen bzw. Sammelposition (Berufskennziffer)	Berufskennziffer, Berufsgattung bzw. Berufsbenennung
<p>Sprechstunden- und Apothekenhelfer-Berufe</p> <p>Berufe im Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren (62412)</p> <p>Medizinische Fachangestellte – ohne Spezialisierung (81102, 81103)</p> <p>Zahnmedizinische Fachangestellte (81112, 81113)</p>	<p>BKZ 62412: Pharmazeutisch-kaufmännische(r) Angestellte(r), Fachverkäufer/-in Kosmetik und Körperpflege, Kosmetikberater/-in, Verkäufer/-in Drogeriewaren etc.</p> <p>BKZ 81102: Medizinische(r) Fachangestellte(r), Praxishelfer/-in, Sprechstundenhilfe</p> <p>BKZ 81103: Arztfachhelfer/-in, Fachwirt/-in ambulante medizinische Versorgung</p> <p>BKZ 81112: Zahnmedizinische(r) Assistent/in, Sprechstundenhilfe, zahnmedizinische/(r) Fachangestellte(r)</p> <p>BKZ 81113: Zahnmedizinische(r) Fachassistent/in, zahnmedizinische(r) Prophylaxeassistent/in</p>
<p>Gesundheitshandwerkliche Berufe</p> <p>Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik (82512)</p> <p>Berufe in der Zahntechnik (82542)</p> <p>Berufe in der Augenoptik (82522, 82523)</p> <p>Berufe in der Hörgeräteakustik (82532, 82533)</p> <p>Berufe in der Schuhherstellung (28332, 28393)</p>	<p>BKZ 82512: Orthopädiemechaniker/-in</p> <p>BKZ 82542: Zahntechniker/-in, Zahntechnikerassistent/-in, Zahntechnische(r) Laborant/-in</p> <p>BKZ 82522: Augenoptiker/-in, Fachoptiker/-in</p> <p>BKZ 82523: Augenoptiktechniker/-in, Optiktechniker/-in</p> <p>BKZ 82532: Hörgeräteakustiker/-in, Otoplastiker/-in</p> <p>BKZ 82533: Techniker/-in Hörgerätetechnik</p> <p>BKZ 28332: Schuhmacher/-in, Schuhfachberater/-in und weitere Berufe in der Schuhherstellung</p> <p>BKZ 28393: Handwerksmeister/-in, Industriemeister/-in, Werkstattmeister/-in (Orthopädienschuhmacherei)</p>
<p>Sonstige Berufe</p> <p>Berufe in der Haus- und Familienpflege (83142, 83143)</p>	<p>BKZ 83142: Alltagsbetreuer/-in, Assistent/-in Sozialpflege, Fachkraft Betreuung, Familienpflegehelfer/-in</p> <p>BKZ 83143: Dorfhelfer/-in, Familienhelfer/-in, Haus- und Familienpfleger/-in</p>

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Wissenschaftliche Beratung

und Ausführung Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V. Köln

Tabellenbearbeitung Landesbetrieb
Information und Technik Nordrhein-Westfalen
(IT.NRW)

Umschlaggestaltung Stella Chitzos

Druck Hausdruck

Titelfoto © MAGS

© MAGS, Januar 2019

Diese Publikation kann bestellt oder
heruntergeladen werden:
www.mags.nrw/broschuerenservice



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

