



**Landesberichterstattung  
Gesundheitsberufe  
Nordrhein-Westfalen 2023.  
Zentrale Ergebnisse**

# Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2023

## Zentrale Ergebnisse

Wissenschaftliche Beratung und Ausführung:  
Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH  
(DIP)

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

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

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



<b>1.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG ZENTRALER ERGEBNISSE .....</b>	<b>1</b>
1.1.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DER DEMOGRAFIE IN NRW .....	2
1.2.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN NRW .....	3
1.3.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DER AUSBILDUNG IN NRW .....	5
	Fokus: Pflege .....	6
	Fokus: Therapieberufe .....	8
	Fokus: Rettungsdienst .....	9
	Fokus: Hebammen.....	9
1.4.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DES FACHKRÄFTEMANGELS IN NRW .....	10
	Fokus: Mangelprognose Pflegeberufe.....	10
	Fokus: Mangelprognose Therapieberufe und Hebammenwesen .....	12
	Fokus: Mangelprognose Lehrende in Pflegeschulen .....	14
1.5.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DER COVID-19-PANDEMIE IN NRW .....	15
	Fokus: Pflege .....	15
	Fokus: Therapieberufe .....	16
	Fokus: Bildungseinrichtungen.....	17
1.6.	ENTWICKLUNGEN IM KONTEXT DER VERSORGUNGSSICHERHEIT IN NRW .....	17
<b>2.</b>	<b>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN .....</b>	<b>19</b>
2.1.	STRATEGISCHE UND THEMATISCHE ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN.....	19
2.2.	METHODISCHE UND INHALTLICHE ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN.....	22
	Verfügbarkeit und Nutzung von Sekundärdaten .....	23
	Umsetzung digitaler Datenpräsentationsformate .....	23
	Umsetzung kontinuierlicher Berichterstattung.....	24

## 1. ZUSAMMENFASSUNG ZENTRALER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden zentrale Ergebnisse der Studie vorgestellt. Grundlage der Zusammenfassung sind die Befunde aus aktuell vorliegenden Datenanalysen (u.a. Pflegestatistik 2021/ Krankenhausstatistik 2021/ Arbeitsmarktstatistik (Juni 2022 und Januar 2023) / Schul- und Hochschulstatistik, Pflegeausbildungsstatistik (2020/ bzw. 2022) / Standorte und Adresdaten von Einrichtungen (Stand 2023)/ Demografieberichte (2023)). Aufgenommen sind ferner die Ergebnisse aus den standardisierten Befragungen, die in insgesamt neun parallelisierten Befragungen durchgeführt wurden. Unterschieden wird dabei zwischen sektorenbezogenen und berufsbezogenen Befragungen.

Bei den sektorenbezogenen Befragungen wurden landesweit die folgenden Einrichtungen/Träger einbezogen:

- Ambulante Pflegedienste
- Teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Schulen des Gesundheitswesens
- Träger des Rettungsdienstes (Kommunen)

Bei den berufsbezogenen Befragungen wurden landesweit die folgenden Berufsgruppen/Beschäftigte einbezogen:

- Hebammen<sup>1</sup>
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Logopädinnen und Logopäden<sup>2</sup>
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Erstmalig erfolgten ergänzend zu den standardisierten Befragungen qualitative Experteninterviews, um Entwicklungen (für den Bereich der Pflegebildung und der Pflegeeinrichtungen) nicht nur in der Breite sowie quantifizierten Ausprägungen zu erfassen, sondern ergänzende Befunde und Einordnungen zu ermöglichen. Mit insgesamt 27 Expertinnen und Experten (15 aus Pfl-

---

<sup>1</sup> Durch das Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung gilt gemäß § 3 Hebammengesetz zum 1. Januar 2020 die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen (weiblich/männlich/divers). Zur besseren Übersichtlichkeit wird in dieser Ausarbeitung i.d.R. die Berufsbezeichnung „Hebamme“ durchgehend verwendet. Gemeint sind, vor allem im Kontext des Arbeits- und Beschäftigungsmarktes, auch Entbindungspfleger. Die Bundesagentur für Arbeit verwendet in der Klassifikation der Berufe 2010 für die Beschäftigungsstatistik zudem die Bezeichnung „Geburtshilfe, Entbindungspflege“, diese Bezeichnung wird, zugunsten der besseren Lesbarkeit i.d.R. nicht verwendet.

<sup>2</sup> Die Bezeichnung „Logopädie“ umfasst in dieser Ausarbeitung die Berufsbezeichnungen „Sprachtherapie“ sowie „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ (SSSST) mit mindestens 3-jähriger Ausbildung.

geschulen und 12 aus den Sektoren der Pflegeversorgung) wurden themenzentrierte Online-Fachdialoge durchgeführt.

In dieser Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse werden Kennzahlen, Zusammenhänge und Interpretationsangebote aus der Perspektive der Autorinnen und Autoren der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2023 verdichtet. Auf eine grafische Darstellung sowie Ausweisung der Quellen und ergänzender Literatur wird in der Kurzzusammenfassung mit dem Hinweis auf die nachfolgenden Einzelkapitel verzichtet.

### 1.1. Entwicklungen im Kontext der Demografie in NRW

Die demografischen Entwicklungen der Bevölkerung korrespondieren mit Leistungen der Gesundheitsversorgung und der pflegerischen Versorgung. Für die Pflege bedeutet eine Zunahme an älterer Bevölkerung tendenziell eine steigende Anzahl an Pflegebedürftigen insgesamt; Kopplungen zur Altersdemografie werden auch für das Rettungswesen im Rahmen einer Ausweitung der Rettungseinsätze beschrieben. Für das Hebammenwesen relevant ist die Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter, auch wenn hier keine linearen Bezüge zu erwarten sind, da die Geburtenrate von zahlreichen anderen Faktoren mitbestimmt wird.

Mit fast 1,2 Mio. Pflegebedürftigen erreicht die Anzahl der Pflegebedürftigen in NRW im Jahr 2021 einen neuen Höchststand. 86 Prozent der Pflegebedürftigen werden aktuell zuhause (mit oder ohne Hinzuziehung eines ambulanten Pflegedienstes) versorgt. Der Anteil derer, die keine Unterstützung durch professionelle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, liegt, gemessen an der Grundgesamtheit, bei 55 Prozent.

Eine Längsschnittbetrachtung wird bei der Pflegebedürftigkeit durch veränderte Verfahren bei der Einstufung zur Pflegebedürftigkeit ab 2017 erschwert. Seit Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in 2017 zeigen sich die nachfolgenden Entwicklungen: In NRW stieg die Anzahl der als pflegebedürftig eingestufteten Personen zwischen 2017 und 2021 um 422.849 Menschen. In diesem Beobachtungszeitraum ist eine Entkopplung der Altersdemografie (Altersgruppe 75+) von der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu beobachten. Im Beobachtungszeitraum zeigt sich in den meisten Landkreisen und kreisfreien Städten ein Rückgang der älteren Bevölkerung (75+) wohingegen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich anstieg. Während landesweit die Anzahl der Personen in der Altersgruppe 75+ um 45.280 Personen (2,3 Prozent) sank, hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen mit 422.849 um insgesamt 55 Prozent erhöht.

Nur in sechs Landkreisen und kreisfreien Städten findet sich eine parallelierte Entwicklung - hier steigen beide Kennzahlen gleichermaßen. Zusammenfassend kann die dynamische Entwicklung der Pflegebedürftigkeit damit als ein Phänomen beschrieben werden, das sich insbesondere durch die Erhöhung der Pflegequoten in den höheren Altersgruppen erklärt und nicht durch eine Zunahme der Alterung insgesamt. Mit der Schätzung des Statistischen Bundesamtes liegt eine neue Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in der Zukunft vor. Für NRW wird bis zum Jahr 2055 eine Zunahme von 33 Prozent prognostiziert. Dies liegt leicht unterhalb des bundesweiten Durchschnitts (37 Prozent).

Im Rettungsdienst wird eine gestiegene Nachfrage nach Einsätzen und damit nach fachqualifiziertem Rettungsdienstpersonal ebenso durch demografische Faktoren begründet. So stieg die Anzahl der Einsätze der Notfallrettung zwischen 2011 und 2021 von 1.290.037 auf insgesamt 1.880.280 an.

Für die Geburtshilfe ist die demografische Entwicklung der Frauen im gebärfähigen Alter ein relevanter Faktor. Auf Basis der Anzahl der Geburten in 2020 (170.038) und dem jeweiligen Alter der Mütter konnte festgestellt werden, dass 93,6 Prozent der Mütter in den Altersklassen zwischen 20 und unter 40 Jahren liegen. Prognostisch sind in diesen Altersgruppen Rückgänge der Bevölkerung zu erwarten. Absolut betrachtet wird bis 2040 sowohl im Regierungsbezirk Düsseldorf als auch in Arnsberg mit einem absoluten Rückgang von rund 38.000 Frauen in der relevanten Altersgruppe gerechnet. In Köln sind es rund 28.000, in Münster 31.000 und in Detmold 23.000.

### 1.2. Entwicklungen im Kontext der Versorgungsstrukturen in NRW

Für NRW kann von einer flächenmäßig dichten und regional erreichbaren Versorgung der ambulanten Pflege, der vollstationären Versorgung und auch der Tagespflege ausgegangen werden. Raumbezogene Erreichbarkeitsanalysen weisen darauf hin, dass überwiegend im Umkreis von bis zu fünf Kilometern ein korrespondierender Anbieter besteht. In der ambulanten Pflege sind es 90,8 Prozent der Einrichtungen, die in diesem Umkreis ein oder mehrere erreichbare Angebote aufweisen, und in der vollstationären Pflege sind es 92,3 Prozent der Einrichtungen; bei der Tagespflege existiert die Dichte nicht in dieser Form. Hier liegen 97,9 Prozent der korrespondierenden Angebote nicht im Umkreis von fünf, sondern von zehn Kilometern. Die Flächendeckung kann jedoch nicht als alleiniger Faktor bezogen auf die Angemessenheit der Versorgung und die Realisierung von Versorgungsanfragen bei Bürgerinnen und Bürgern mit entsprechenden Bedarfen betrachtet werden.

Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste wächst regional in allen Regierungsbezirken weiter an; auch im Zeitraum der COVID-19-Pandemie zwischen 2019 und 2021. Im Regierungsbezirk Düsseldorf stieg die Zahl von 893 auf 978, in Köln von 667 auf 719, in Münster von 434 auf 464, in Detmold von 318 auf 329 und in Arnsberg von 649 auf 704. Im langfristigen Beobachtungszeitraum von zehn Jahren stieg die Anzahl der ambulanten Dienste in NRW von 2.309 im Jahr 2011 auf 3.194 im Jahr 2021 an. Dies entspricht einer Steigerung von 38,3 Prozent. Die Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt (von 122.249 auf 235.065). Damit kann neben einer Steigerung der Anzahl der Dienste insbesondere eine Konzentrierung des Leistungsgeschehens ausgemacht werden.

Eine etwas andere Entwicklung kann in der teil-/vollstationären Versorgung beobachtet werden. In der langfristigen Betrachtung von 10 Jahren sind auch hier Steigerungen von 35,4 Prozent bei den Einrichtungen zu sehen (von 2.325 in 2011 auf 3.149 in 2021), die auf dem Niveau der Entwicklungen der ambulanten Dienste liegen. Die Gesamtanzahl der in den Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen nahm moderat um 24,3 Prozent zu (von 158.747 auf 197.294).

Zwischen 2019 und 2021, in der Zeit der Covid-19-Pandemie, wird hier jedoch tendenziell eher eine Stabilität der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen beobachtet und kein weiteres Wachstum. 2021 liegt die Anzahl in etwa auf dem Niveau von 2019. Setzt man die Anzahl der verfügbaren Plätze für die vollstationäre Dauerpflege in Pflegeheimen in Relation zur Demografie (Anzahl der Personen über 75 Jahre), so ergibt sich trotz einer numerischen Steigerung der Heimplätze und einem Aufbau an Heimen insgesamt eine Reduzierung der Kapazitäten im Laufe von 10 Jahren. Dies kann regional ggf. zu einer erhöhten Wartezeit bei Pflegebedürftigen mit einem Bedarf an vollstationärer Versorgung führen.

Weiterhin kann insbesondere bei den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf eine unzureichende Flächenabdeckung verwiesen werden, die auch durch eingestreute Kurzzeitpflegeplätze nicht kompensiert wird. Im Mittelwert liegen die Einrichtungen 8,2 Kilometer voneinander entfernt. 47 von insgesamt 161 Einrichtungen weisen eine Distanz von mehr als 10 Kilometern zur nächstgelegenen Kurzzeitpflegeeinrichtung auf. Das entspricht einem Anteil von 29,2 Prozent der Einrichtungen.

Für die Krankenhäuser lassen sich die folgenden Entwicklungen skizzieren: Zwischen 2011 und 2021 hat sich die Anzahl der Krankenhäuser um 16,5 Prozent reduziert (von 401 in 2011 auf 335 in 2021).

Dies korrespondiert jedoch nicht gleichermaßen mit einem Abbau der aufgestellten Betten, deren Anzahl im gleichen Zeitraum um 6,1 Prozent sank (von 121.566 auf 114.156). Somit kann nicht nur von einem Abbau, sondern zugleich von einer Konzentration der Versorgung gesprochen werden. Kurzfristige Entwicklungen zwischen 2019 und 2021 zeigen den Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung. So sank die Fallzahl der behandelten Patientinnen und Patienten zwischen 2019 und 2021 von 4.656.02 auf 4.098.868. Dieser Rückgang wird voraussichtlich nur temporärer Natur sein und kann nicht als ein genereller Trend zur Reduzierung von stationärer Versorgung verstanden werden, da insbesondere im Pandemiezeitraum z.B. elektive Eingriffe verschoben wurden.

Eine Besonderheit stellt die geburtshilfliche Versorgung dar. Für 2023 werden insgesamt 133 geburtshilfliche Einrichtungen in Krankenhäusern und 28 hebammengeführte Kreißsäle in Krankenhäusern in NRW gelistet. Ergänzt werden die Angebote durch 18 Geburtshäuser. Die Dynamik des Ausbaus der Hebammenkreißsäle in NRW ist dabei auch Folge des Förderprogramms der Landesregierung, das die Implementierung eines Hebammenkreißsaals mit jeweils 25.000 Euro unterstützt.

Mit der aktuellen Krankenhausreform werden Strukturveränderungen vorgenommen, die in eigenen Analysen und Gutachten betrachtet werden müssen. Diese bedürfen einer weitreichenderen Analyse, als sie im Rahmen der LbG NRW geleistet werden kann.

Bei den Vorsorge- und Rehabilitationsangeboten ist im Zehnjahreszeitraum zwischen 2011 und 2021 ein Rückgang der Einrichtungen (9,5 Prozent) sowie der aufgestellten Betten (4,0 Prozent) festzustellen. Insbesondere der deutliche Rückgang der Fallzahlen zwischen 2019 (235.441) und 2021 (189.472) und der ebenfalls deutliche Rückgang im Nutzungsgrad (von 88,8 Prozent in 2019 auf 77,7 Prozent in 2021) können auf temporäre Schließungen und Versorgungsbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zurückgeführt werden. Auch für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bedarf es der Beobachtung der weiteren Entwicklung. Aus dem vorliegenden Nutzungsgrad aus 2021 kann nicht abgeleitet werden, dass strukturelle Überkapazitäten bestehen, und voraussichtlich wird der Nutzungsgrad in den Folgejahren wieder deutlich ansteigen.

### 1.3. Entwicklungen im Kontext der Ausbildung in NRW

Zusammengefasst werden die zentralen Ergebnisse zur Ausbildung der Gesundheitsberufe. Zur inhaltlichen Abgrenzung verweisen die Zwischenüberschriften auf die jeweiligen Berufe.

### Fokus: Pflege

Die einjährige Pflegefachassistentenausbildung wird aktuell an 135 Standorten in NRW angeboten. Dabei finden sich flächendeckend Angebotsstrukturen in allen Landesteilen. Die dreijährige Qualifizierung zum Pflegefachmann/zur Pflegefachfrau wird dem Adressverzeichnis der Bezirksregierungen zufolge an 274 Standorten realisiert.<sup>3</sup>

Im Schuljahr 2019/2020 begannen parallel zum ersten Jahr der Pflegeausbildung gemäß Pflegeberufegesetz (im Jahr 2020 gesamt 15.837 Ausbildungseintritte) noch 3.035 Auszubildende eine Ausbildung in den auslaufenden Qualifizierungen: Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege oder Altenpflege. Somit haben in Summe im Berichtsjahr 2019/2020 deutlich mehr Auszubildende (18.872) als in 2018/2019 (14.837) eine dreijährige Pflegeausbildung aufgenommen. Mit der Neukonzipierung der Pflegeausbildung erfolgte ein Wechsel der statistischen Erfassung (Berichtszeiträume und stichtagsbezogene Meldungen). Dies erschwert die Vergleichbarkeit<sup>4</sup>. Im Folgejahr 2021 liegt die Anzahl der Ausbildungseintritte in die Qualifizierung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann (17.385) über der Anzahl an neu aufgenommenen Pflegefachausbildungen der jeweiligen Jahre 2001 bis 2019. Hingegen kann für das Ausbildungsjahr 2022 gegenüber 2021 ein Rückgang beobachtet werden, der jedoch mit 15.747 Ausbildungseintritten immer noch oberhalb des Niveaus vor der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung liegt. Zwischen 2021 und 2022 ist jedoch ein Rückgang um 9,4 Prozent zu beobachten.

Die Pflegeschulen beobachten in der Befragung insgesamt einen eher rückläufigen Trend bei Bewerbungen auf die Pflegeausbildung. 52 von 76 antwortenden Pflegeschulen verweisen auf eine sinkende Bewerberzahl und nur 16 von 77 Pflegeschulen beobachteten eine Zunahme an Bewerbungen. Nur jede vierte Pflegeschule (19 von 79 Pflegeschulen) hat alle Schulplätze im Jahr 2022 besetzt, d.h. ein Teil der Pflegeschulen ließ Schulplätze unbesetzt. Zur Bewerberlage lassen sich aus den Interviews unterschiedliche Perspektiven ergänzen. Hier spielt die Qualität der Bewerbungen eine zentrale Rolle.

<sup>3</sup> In der Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung werden für NRW im Jahr 2020 insgesamt 285 Pflegeschulen geführt. In 2022 werden 294 Pflegeschulen mit Pflegeschülerinnen und -schülern geführt (Tabellenblatt 21241-25 Pflegeschulen (mit Schüler/-innen am 31.12.) nach Bundesländern).

<sup>4</sup> Die Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung erfasst Kennzahlen zur Ausbildung gemäß Pflegeberufegesetz sowohl zum Stichtag 31.12. als auch jahresbezogen (bspw. „Neu begonnene Ausbildungen gesamt im Erhebungsjahr“). Die Kennzahlen der Ausbildungseintritte zum Stichtag 31.12. werden häufig als Berechnungsgrundlage (bspw. „Neu begonnene und beendete Ausbildungen in der Pflegeausbildung“) geführt und abgebildet (siehe Pressemitteilung IT.NRW 160/23). In Abgrenzung dazu umfasst die Kennzahl zu Ausbildungseintritten im Berichtsjahr gesamt auch die Anzahl vorzeitiger Ausbildungsvertragslösungen im Berichtsjahr (siehe Tabelle 21241-23 der Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung). Aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit der Kennzahlen der Erhebung an Schulen des Gesundheitswesens („alte“ Pflegeausbildungen) und der Kennzahlen der Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung werden diese im vorliegenden Bericht als Grundlage verwendet.

Nur vereinzelt wären deutliche Einbrüche in der Bewerberlage auszumachen, was aber teilweise dazu führe, dass weniger Kurse pro Jahrgang besetzt werden könnten, da trotz stabiler Quantität eine Aufnahme in die Ausbildung nicht vorgenommen werden kann. Die Reduzierung von Kursen sei v.a. regional sehr unterschiedlich. Aus der Perspektive der Pflegeschulen dominiert im Kontext der Veränderung der Ausbildung ein Faktor, der bislang in den Debatten nur unzureichend thematisiert erscheint: Die Heterogenität in den Kursen ist deutlich gestiegen. Diese umfasst neben der formalen Qualifikation, den Interviews zufolge, auch den Habitus der Personen, die sich in den Ausbildungskursen der Generalistik begegnen. Dies wird als zunehmend große Herausforderung für alle Beteiligten beschrieben.

Zentral für die Sicherung der Fachkräftebedarfe ist, neben der Anzahl der Auszubildenden insgesamt, auch die Quote der erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen. Die Abbruchquoten in den bisherigen „alten“ Pflegeausbildungen waren im Zeitverlauf über 20 Jahre tendenziell steigend zu beobachten. Die zusammengefasste Quote der vorzeitigen Ausbildungslosungen in den „alten“ Pflegeberufsausbildungen lag 2019 bei 22,7 Prozent und ist, im Vergleich zu Vertragslösungsquoten in den Therapieberufen, eher im niedrigen bis mittleren Niveau (Ergotherapieschulen: 16,5 Prozent; Physiotherapieschulen: 24,8 Prozent; Logopädieschulen: 30,7 Prozent) zu verorten. Auch im Vergleich zu vorzeitigen Vertragslösungen in den Berufen im dualen Ausbildungssystem ist die Quote nicht als eine Besonderheit zu bewerten. Für die dualen Ausbildungsberufe weist das Bundesinstitut für Berufsbildung für das Jahr 2019 eine Auflösungsquote von 27 Prozent aus.

Die Beobachtungen korrespondieren mit Aussagen aus den standardisierten Auswertungen sowie den qualitativen Interviews. Hier wird die Abbrecherquote u.a. mit Veränderungen des allgemeinen Schulbildungsniveaus und einer daraus resultierenden Überforderung in der theoretischen und praktischen Ausbildung in Verbindung gebracht. Höhere Ausbildungsabbruchquoten zeigen sich den Gesprächsergebnissen zufolge in Pflegeschulen dann, wenn aufgrund eines sinkenden Bewerberpotenziales Ausbildungsverträge mit Personen abgeschlossen werden, die in früheren Jahren nicht in die Ausbildung aufgenommen worden wären. Neun von elf Schulleitungen sprachen aktiv an, dass im Zuge der Generalistik auch Bewerbungen für die Aufnahme einer Ausbildung aus dem Ausland stark zugenommen hätten. Die tatsächliche Eignung der in die Ausbildung aufgenommenen Auszubildenden mit Ausbildungsvisa aus Drittstaaten sei aber trotz der formalen Qualifikationen nicht

immer gegeben. Abbruchquoten in der Pflegeausbildung werden in den Interviews überwiegend nicht mit der Einführung der Generalistik in Verbindung gebracht, sondern auch in den Zusammenhang mit dem Zeitgeschehen gestellt: Junge Menschen der „Generation Z“, die ihr Berufsziel suchen, werden den Aussagen folgend als zunehmend flexibel und selbstbewusst erlebt. Eine Entscheidung zur Ausbildungsaufnahme wird oft kurzfristig getroffen, Vertragsauflösungen bei mangelnder Passung zwischen den persönlichen Vorstellungen und der Ausbildungs- und Arbeitsrealität sind eine Option, die nicht tabuisiert und ggf. schneller umgesetzt wird als in der Vergangenheit.

Mehr Auszubildende setzen bei Unzufriedenheit mit dem Ausbildungsträger die Pflegeausbildung bei einem anderen Träger fort, was statistisch als Ausbildungsabbruch erfasst wird.

Kennzahlen zur generalistischen Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau/zum Pflegefachmann der Pflegeausbildungsstatistik NRW liegen erst für drei Berichtsjahre vor (2020, 2021 und 2022). Damit können noch keine ausreichenden Daten in Berechnungsverfahren (bspw. mit dem sogenannten Schichtenmodell) zu Abbruchquoten einfließen. In der generalistischen Ausbildung sind zum aktuellen Zeitpunkt in NRW keine vermehrten vorzeitigen Ausbildungsvertragslösungen und Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung feststellbar. Die Quoten der vorzeitigen Lösungen im Berichtsjahr zeigen sich in den drei Ausbildungsjahren der Generalistik bislang als eher homogen und haben nur geringe Schwankungsbreiten (2020: 8,7 Prozent; 2021: 9,6 Prozent; 2022: 9,2 Prozent).

### Fokus: Therapieberufe

Betrachtet man die Verteilung der Schulen für die Therapieberufe (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie), so bestehen Kumulierungen in den Ballungsräumen. Die Logopädie weist mit 18 Schulstandorten und drei Standorten der hochschulischen Primärqualifizierung (Wintersemester 2021/2022: Aachen, Bochum und Münster) die geringste Standortdichte auf. Für die Ergotherapie werden aktuell 33 Schulen und ein Hochschulstandort (Modellstudiengang in Bochum) gelistet. Für die Physiotherapie, die die größte Gruppe stellt, sind es insgesamt 62 Schulen in NRW und drei Hochschulen mit Modellstudiengängen (Bochum, Köln und Münster). Dies zeigt für die Therapieberufe Strukturen, die nicht flächendeckend sind, jedoch vielfach eine primärqualifizierende regionale Berufsausbildungsmöglichkeit erlauben.

Durch die stufenweise Einführung der Schulgeldfreiheit für die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen, u.a. in der Ergotherapie, der Logopädie und der Physiotherapie wurde das Ziel verfolgt, mehr Interessenten für diese Berufs-

ausbildungen zu gewinnen. Insbesondere in der Physiotherapie ist hier ein positiver Effekt zu beobachten; ebenso bei der Ergotherapie. Bei der Logopädie entwickeln sich die Ausbildungszahlen ebenfalls positiv, jedoch korrespondiert dies nicht so eindeutig mit der Schulgeldbefreiung. Zeigten die Kennzahlen von IT.NRW für die Ergotherapie und die Physiotherapie, ausgehend vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2017, im Trendverlauf rückläufige Schülerinnen- und Schülerzahlen an, so kann im Vergleich der Kennzahlen der Berichtsjahre 2018 zu 2022 für die Ergotherapie ein Anstieg um 86,8 Prozent (von 439 auf 820), für die Physiotherapie um 60,3 Prozent (von 1.135 auf 1.819) sowie für die Logopädie um 35,8 Prozent (von 204 auf 277) festgestellt werden. Die statistisch abbildbaren Entwicklungen der Ausbildung korrespondieren dabei nicht zwingend mit dem individuellen Erleben von Praxisbetrieben der Therapieberufe. Bei Fragen zu einer Ausweitung von Praxiseinsätzen oder Praktikumsplätzen, als schulisches Vorpraktikum, ergeben sich neutrale Bewertungen. Eine eindeutige Steigerung wird hier (ggf. auch vor dem Hintergrund der Anzahl der Praxen) im konkreten Betrieb nicht wahrgenommen.

### **Fokus: Rettungsdienst**

Die Ausbildungsstrukturen an den gesamt 90 staatlich anerkannten Rettungsdienstschulen bilden sich sehr heterogen ab. Unterschiede liegen auf der Ebene der vorliegenden Genehmigungen sowie den angebotenen Qualifizierungen vor. Zumeist befinden sich die Schulen in gemeinnütziger Trägerschaft (z.B. in Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes oder des Arbeiter-Samariter-Bundes). Öffentliche Träger sind häufig Feuerwehren oder der Polizei zuzuordnen. Schulangebote stehen hier ggf. nur definierten Personengruppen offen, so bspw. Angehörigen der Feuerwehren oder der Polizei.

### **Fokus: Hebammen**

Mit der Umstellung der Hebammenausbildung auf eine hochschulische Qualifikation fand im Hebammenwesen eine fundamentale Veränderung der Bildungsangebote statt. Im Wintersemester 2021/2022 begannen 274 Studierende eine akademische Erstausbildung gegenüber 194 Auszubildenden im Jahr 2019, dem letzten vollumfänglichen Jahr der fachschulischen Ausbildung. Mit der deutlichen Steigerung der Anzahl der Studierenden kann dargelegt werden, dass die Qualifizierung im Feld gut angenommen wird und zu einer erhöhten Kapazität führt, die sich zukünftig auch arbeitsmarktwirksam abbilden wird.

### 1.4. Entwicklungen im Kontext des Fachkräftemangels in NRW

Der Fachkräftemangel kann als gut dokumentiert und im Gesundheitswesen als weit verbreitet verstanden werden. Die steigenden Bedarfe überwiegen gegenüber den Ausbildungskennzahlen, sodass von einem Fortbestand des Fachkräftemangels ausgegangen werden muss, der sich kurzfristig nicht beheben lassen kann.

#### Fokus: Mangelprognose Pflegeberufe

Auf dem Arbeits- und Beschäftigungsmarkt in der Pflege kann weiterhin von einer realisierbaren Vollbeschäftigung ausgegangen werden; es bestehen keine Arbeitsmarktreserven. Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur weist für Juni 2022 insgesamt 276.882 beschäftigte Fachkräfte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auf. Im Januar 2023 waren 2.689 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende arbeitslos gemeldet. Diesen stehen zum gleichen Zeitpunkt insgesamt 5.213 offen gemeldete Stellen gegenüber. Im März 2021 meldete die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für die Altenpflege sowie die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gesamt 5.470 offene Stellen, die Anzahl der offen gemeldeten Stellen hat sich damit nur geringfügig um 257 erhöht. Aus aktuellen Analysen kann angenommen werden, dass rund 60 Prozent der Einrichtungen offene zu besetzende Stellen melden. Als Fallschätzung kann dabei für NRW somit aktuell von mindestens 7.300 unbesetzten und offenen Stellen ausgegangen werden.

Vorgenommen wurde eine Gegenüberstellung der jahrgangsbezogenen Anzahl an Pflegenden, die in den Beruf einmünden, zu den berufsdemografisch erwarteten Ausstiegen aus dem Berufsfeld. Die vorliegende Kalkulation kann als Schätzungsgrundlage und Orientierung verwendet werden, um die Potenziale kalkulatorisch fortzuschreiben. Ausgehend von den Ausbildungspotenzialen in 2022 wird die Anzahl der Berufseinmündenden für die Folgejahre fortgeschrieben. Kalkulatorisch ergeben sich für NRW aktuell rund 8.580 Pflegende pro Jahr, die auf den Arbeitsmarkt einmünden und zentral in den Einrichtungen der Versorgung tätig werden. Die zusammengeführten Daten der Altenpflegenden sowie der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden weisen in der berufsdemografischen Entwicklung eine deutliche Zunahme der Berufsaustritte auf, die bereits in naher Zukunft wirksam werden. So wird die Anzahl der gesichert in Rente eintretenden Pflegenden zwischen 2023 und 2028 innerhalb von fünf Jahren um rund 5.000 Personen ansteigen und nach aktueller Datenlage bis 2030 weiter zunehmen.

Werden für 2023 und damit kurzfristig noch rund 7.570 Personen als „Überhang“ berechnet, die kalkulatorisch in etwa den offenen Stellen entsprechen, sind 2025 noch rund 4.890 zusätzliche Pflegende erwartet.

Anschließend sinkt die Kapazität bis 2029 auf 2.060 Personen, die als Überhang zwischen den Qualifikationen und Renteneintritten berechnet werden.

Dabei muss für NRW berücksichtigt werden, dass angesichts von mindestens 3.194 ambulanten Diensten, 3.149 teil-/vollstationären Einrichtungen, 335 Krankenhäusern und 134 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (in Summe 6.812 Einrichtungen) in NRW auszugehen ist. Der zusätzliche Aufbau pro Einrichtung kann damit nur geringgradig realisiert werden. Ein deutlicher Strukturaufbau kann weder aktuell noch perspektivisch realisiert werden.

Ausgehend von 276.882 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Alten- und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in 2022 entspricht die zusätzliche Kapazität im Jahr 2024 einem Anteil von 1,8 Prozent der Beschäftigten. Längerfristig wird sich sowohl die Anzahl des zusätzlichen Potenzials als auch der relative Anteil der Kapazitäten weiter reduzieren. Im Modell entspricht die Kapazität von 2.060 zusätzlichen Pflegenden in 2029 einem Anteil von 0,7 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (in 2022). Bereits geringfügige Änderungen (z.B. frühzeitiger Renteneintritt oder Absinken der Qualifizierungsanteile) können dazu führen, dass die Kapazität sich weiter verringert und auch negative Effekte bis hin zu einem Realverlust Pflegenden denkbar erscheinen.

Vor diesen Hintergründen spielen zunehmend auch ausländische Pflegekräfte eine Rolle zur Fachkräftesicherung. Die Anzahl der aus Drittstaaten zugelassenen Pflegenden steigt deutlich an und dieser Trend hat sich auch in den Jahren der COVID-19-Pandemie weiter fortgesetzt. NRW liegt im deutschlandweiten Vergleich, mit insgesamt 3.751 angeworbene Personen für die Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, auf dem dritten Platz nach Bayern (4.671) und Baden-Württemberg (4.513). Im Sektor der stationären Versorgung (und in der ambulanten Pflege) befindet sich NRW im deutschlandweiten Vergleich, mit insgesamt 1.301 Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme, auf Platz zwei nach Baden-Württemberg (1.763). Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, sind die Kennzahlen jedoch im unteren einstelligen Bereich verortet und können regional, aber nicht insgesamt als arbeitsmarktwirksam betrachtet werden. Kumulierungen in größeren städtischen Bereichen sind die Regel; für die ländliche Versorgung spielen die Pflegenden aus Drittstaaten eine untergeordnete Rolle.

Den Befragungsergebnissen zufolge plant aktuell nur ca. jede dritte Einrichtung, zukünftig Pflegefachpersonal aus dem Ausland anzuwerben, da die Aufwände für die Anwerbung und Schulung als zu hoch eingeschätzt werden. Sektorenspezifisch liegen hier bei den ambulanten Diensten und teil-/vollsta-

tionären Einrichtungen geringere Bestrebungen vor. Als zentral ist die Integration und Bindung zu betrachten. Nur ca. einer von vier Einrichtungen gelang es, das angeworbene Pflegefachpersonal aus dem Ausland längerfristig bei sich beschäftigen zu können; ein spezifisches Integrations- oder Qualifizierungskonzept liegt selten vor. Es zeigen sich heterogene Ergebnisse in den einzelnen Sektoren. Im Krankenhaussektor spielt die Systematisierung der Personalgewinnung aus dem Ausland bereits eine deutlich größere Rolle. Die Anwerbung von Pflegefachpersonal aus dem Ausland sowie eine erfolgreiche Integration und Bindung stellen in allen Sektoren eine Herausforderung und nicht die Regel dar.

### **Fokus: Mangelprognose Therapieberufe und Hebammenwesen**

Für die Therapie- und weiteren Gesundheitsfachberufe zeigt sich aktuell gleichermaßen ein Mangel, der auch in den Befragungen bestätigt wird. Bei der Physiotherapie zeigt sich insgesamt die höchste Relation an offen gemeldeten Stellen gegenüber den aktuell arbeitslos gemeldeten Personen. Bei der Medizinisch-technischen Laborassistenz MTLA zeigt sich gegenüber einer großen Beschäftigung eine sehr geringe Ausbildungsaktivität.

Der Arbeits- und Beschäftigungsmarkt der Therapieberufe (Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie) bildet sich komplex ab. Berufsausübende sind sowohl angestellt (sozialversicherungspflichtig beschäftigt) als auch freiberuflich tätig. Freiberuflich tätige Therapeutinnen und Therapeuten (Heilmittelerbringer) sind als Praxisinhabende oder Praxisteilhabende für Mitarbeitende verantwortlich oder auch als Solo-Selbstständige tätig. Ersichtlich ist bei allen Heilmittelerbringern eine deutliche Zunahme der Anzahl der Personen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Für alle Berufe in der Therapie gilt, dass die jeweilige Anzahl der offenen Stellen die der arbeitslos gemeldeten Personen deutlich übersteigt. Die Anteile arbeitslos gemeldeter Personen von unter 2 Prozent, in Relation zu den Beschäftigten, verweist für alle Berufsgruppen der Therapieberufe auf eine Vollbeschäftigung.

Im Juni 2022 erfolgten für die Ergotherapie 10.854 Meldungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung; seit dem Referenzjahr 2016 ist damit eine Zunahme des sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsvolumens um 31,2 Prozent auszumachen (+2.581 Personen). Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Logopädie ist seit 2016 um 36,4 Prozent auf aktuell 5.317 Personen gestiegen (+1.420 Personen). Bei der Physiotherapie ist seit dem Jahr 2016 ebenfalls ein deutlicher Aufwuchs sozialversicherungspflichtig Beschäftigter festzuhalten.

Bei relativ gleichbleibenden Arbeitslosenzahlen übersteigen z.B. bei der Physiotherapie die aktuell offen gemeldeten Stellen (1.163) die Anzahl der Arbeitslosenmeldungen (350) um mehr als das Dreifache. In allen Therapieberufen sind in der Entwicklung seit 2016 tendenziell steigende Zahlen an offen gemeldeten Stellen zu beobachten.

Betrachtet werden ergänzend die Ergebnisse aus den Befragungen der Praxen. So dominiert die Aussage, dass die Personalkapazität insgesamt nicht oder gar nicht dem angefragten Bedarf an Heilmittelerbringung entspricht (88,8 Prozent). 88,9 Prozent der 851 Antwortenden gaben zudem an, dass sich die Wartezeit auf einen Termin gegenüber dem Vorjahr für Patientinnen und Patienten verlängert habe. Trotz eines deutlichen Aufwuchses an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Therapieberufen, der vor allem in den Praxen und weniger in Versorgungseinrichtungen stattzufinden scheint, wirkt der Fachkräftemangel offensichtlich als limitierender Faktor bei der Erbringung angefragter Heilmittelversorgung der Bevölkerung.

Zum aktuellen Personalbedarf lässt sich feststellen: In 134 logopädischen Praxen werden zusätzliche Personalkapazitäten von 193 VZÄ angegeben, 279 Physiotherapiepraxen vermerken einen Personalbedarf von 506 VZÄ und in 180 Ergotherapiepraxen werden 343 VZÄ-Kapazitäten gebraucht. Somit werden allein in der vorliegenden Stichprobe rund 1.040 zusätzliche Therapeutinnen und Therapeuten summiert. Bis zur erfolgreichen Besetzung einer offenen Stelle benötigten im Jahr 2022 rund 60 Prozent der Therapiepraxen länger als 12 Monate. Nur 12,5 Prozent der Praxen mit Personalbedarf benötigten weniger als 6 Monate.

Auch Hebammen üben ihren Beruf in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie in freiberuflicher Tätigkeit aus. Im Juni 2022 waren mit 3.436 Meldungen 552 Hebammen mehr in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung registriert als im Jahr 2020. In NRW waren 41 Stellen offen gemeldet (1,2 Prozent); demgegenüber stehen 91 arbeitslos gemeldete Hebammen. Mit 2.505 Hebammen ist ein Anteil von rund 74 Prozent aller sozialversicherungspflichtig beschäftigten Hebammen in den Krankenhäusern tätig. Eine weitere Quelle zum Arbeitsmarkt bieten die Umlagedaten des Landeszentrums Gesundheit NRW zu Hebammen und Entbindungspflegern in ambulanten und stationären Einrichtungen (seit 2001). Demnach waren im Jahr 2021 in NRW insgesamt 5.597 Hebammen tätig, davon 2.505 in Krankenhäusern festangestellt sowie mit 3.092 der größere Anteil im ambulanten Bereich.

Die Zahl der angestellt Tätigen im Krankenhaus ist im Zeitverlauf von 20 Jahren mit 303 Hebammen eher gering gestiegen. Dahingegen hat sich die Kennzahl zu den im ambulanten Bereich tätigen Hebammen seit dem Jahr 2001

nahezu verdoppelt (2021: 1.677). Ersichtlich ist zudem, dass die Anzahl der Hebammen je 100.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren (2001: 106,4 versus 2021: 180,5) sowie auch bezogen auf die Anzahl der Geburten (2001: 23,0 versus 2021: 31,8) deutlich gestiegen ist, was statistisch auf eine Intensivierung der Hebammenleistungen für Frauen in der reproduktiven Lebensphase hindeutet. Die genaue Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen kann aktuell nicht valide ermittelt werden. Die vorliegenden Daten treffen keine Aussagen zum Tätigkeitsumfang sowie Tätigkeitsspektrum der Hebammen. Laut Vertragspartnerliste der GKV 01/2023 sind dort 4.054 freiberuflich tätige Hebammen registriert, davon 802 mit Geburtshilfe; das Meldeverfahren sei jedoch laut Auskunft der GKV unsicher.

### **Fokus: Mangelprognose Lehrende in Pflegeschulen**

Von einem deutlichen Mangel kann auch weiterhin bei den Lehrenden im Gesundheitswesen ausgegangen werden, was eine Steigerung der Ausbildungskapazität erschwert. Für die Mangelprognose im Bildungsbereich Pflege werden Angaben zum Sofort-, Ersatz- und Veränderungsbedarf sowie eine kalkulierte Arbeitsmarktreserve als auch das Potenzial der Absolventinnen und Absolventen der hochschulischen Qualifikation gegenübergestellt. Die grundsätzliche Schwierigkeit besteht in der fehlenden Trennung und Zuordnungsmöglichkeit von Daten zur personellen Ausstattung der Schulen des Gesundheitswesens und den jeweiligen Ausbildungsgängen und Zielqualifikationen. So sind Pflegeschulen nicht zu differenzieren von anderen Schulen des Gesundheitswesens. Annäherungsweise kann dies auf Basis der Qualifikationen der Lehrenden erschlossen und eingeschätzt werden.

Der Sofortbedarf an Lehrenden für 2023 ergibt sich aus den aktuell zu besetzenden Stellen: 123 VZÄ-Stellen sind nach Angaben von 107 Pflegeschulen vakant. Ausgehend von aktuell 280 Schulen, in denen eine Qualifizierung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau angeboten werden, werden in der Stichprobe 38,2 Prozent der Schätzwerte erfasst. Kalkulatorisch kann, ausgehend von der prozentualen Übertragung, von einem Sofortbedarf von landesweit rund 322 Lehrenden für Pflegeschulen ausgegangen werden. Der Anteil der offenen aktuell zu besetzenden Stellen gegenüber dem derzeitigen Ist-Personalstand beträgt in der Stichprobe kalkulatorisch 10,2 Prozent. Der im Vergleich zur klinischen Versorgung höhere Ersatzbedarf ergibt sich aus der berufsdemografischen Entwicklung der Lehrenden in den Pflegeschulen, aber auch durch Kündigungen oder die Familiengründungsphase: Der jährliche berufsdemografische Ersatzbedarf für hauptberuflich Lehrende wird für das Jahr 2022/2023 mit 142 VZÄ kalkuliert.

Mit einem Anteil von fast 27 Prozent der hauptberuflich Lehrenden sind in der Altersklasse über 56-jähriger Personen in den kommenden sechs Jahren erhebliche Teile der Lehrenden zu ersetzen. Beim Veränderungsbedarf werden Pflegeschulen betrachtet, die perspektivisch im Jahr 2023 zusätzliches Lehrpersonal einstellen wollten/wollen, um z.B. Planungen oder Betriebsziele der Pflegeschulen zu erreichen. 74,3 Prozent der Pflegeschulen planen/planen vor diesem Hintergrund zusätzliches Personal aufzubauen. In Summe sind dies 142 VZÄ (Angabe von 64 Schulen). Der kalkulierte Grundwert bezogen auf alle Einrichtungen in NRW liegt bei dieser Perspektive auf den Bedarf bei 628 Personen. Diesem Nachfragedruck gegenüber stehen aber ebenso steigende Qualifizierungszahlen bei den Lehrenden.

Die Anzahl von Absolventinnen und Absolventen aus pädagogisch orientierten Studiengängen (Bachelor/Master) zwischen 2018 und 2021 stieg kontinuierlich von 262 auf 349 an. Hier sind Maßnahmen wie die Bewilligung zusätzlicher Studienplätze an den Hochschulen in der Gesamtheit als erfolgreich einzuschätzen und zeigen bereits erste Wirkungen. Dennoch kann allein für den Bereich der Pflegeschulen aktuell von rund 742 fehlenden Personen, als Gesamtergebnis der Bedarfskalkulation, ausgegangen werden. Gegenüber der LbG NRW 2019 ist dies jedoch ein deutlicher Rückgang (937). Die Erhöhung der Zahlen der Studierenden kann hier aktuell noch nicht vollumfänglich wirken, da die Qualifizierungen längerfristige Studienprozesse bedingen und Studierende, die ihren qualifizierenden Masterabschluss haben, überwiegend bereits aktiv in Pflegeschulen arbeiten und nicht vollumfänglich neu auf den Bildungsmarkt einmünden. Perspektivisch ist mit einer weiteren Entlastung zu rechnen.

### 1.5. Entwicklungen im Kontext der COVID-19-Pandemie in NRW

Bei der Betrachtung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie müssen die Beschäftigungsentwicklung, die sektoriellen Änderungen und die Bildungsbereiche differenziert betrachtet werden.

#### Fokus: Pflege

Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege kann im Zeitraum der COVID-19-Pandemie eine Steigerung der Beschäftigung beobachtet werden. Waren 2019 noch 179.580 als sozialversicherungspflichtig beschäftigt gemeldet, so stieg die Anzahl bis 2021 auf 192.962 Personen an. In der Altenpflege ist ein Zuwachs von 80.472 in 2019 auf 83.920 in 2021 zu verzeichnen. Insgesamt ist für beide Berufe keine Zunahme der Arbeitslosenmeldungen festzustellen. Die COVID-19-Pandemie hat keinen erkennbaren negativen Effekt bezogen auf Beschäftigungskennzahlen in der Pflege gehabt.

Ein sogenannter „Pflexit“, also ein massenhafter Berufsaustritt mit einer steigenden Arbeitslosigkeit und sinkender Beschäftigung, kann damit datenbasiert nicht bestätigt werden.

Sektoruell ergeben sich jedoch Unterschiede. So ist insbesondere in den Krankenhäusern ein deutlicher Zuwachs der Beschäftigung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden zu bemerken. In der Gesundheits- und Krankenpflege stieg die Anzahl der Beschäftigten von 98.125 (in 2019) auf 102.856 (in 2021); bei der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 10.522 auf 11.360. Zugleich ist für beide Berufe ein Rückgang bei ambulanten Pflegediensten zu beobachten. In der teil-/vollstationären Pflege sank die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden (von 8.970 auf 8.683). Hingegen stieg die Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (von 670 auf 825) an. Dagegen ist sektoriell bei der Beschäftigung in teil-/vollstationären Einrichtungen in der Altenpflege eine Stagnation oder Konsolidierung im Zeitraum der COVID-19-Pandemie zu beobachten. Waren 2019 dort noch 45.755 Beschäftigte verzeichnet, so sind es im Jahr 2021 insgesamt 45.276. Steigerungen lassen sich hier in der ambulanten Pflege feststellen (von 23.108 auf 25.379).

Bezogen auf Einschätzungen zur Personalsituation berichten über die Hälfte der Einrichtungen, dass Sie im Zeitraum der COVID-19-Pandemie deutlich stärker von einem Pflegepersonalmangel betroffen waren. Hier liegt jedoch kein direkter Zusammenhang vor, weshalb dieser insgesamt auf erhöhte Anforderungen an das Pflegepersonal zurückzuführen ist. Vor allem haben Krankheitsausfälle und die Umsetzung der Hygiene- und Quarantäneregeln zu einer deutlichen Mehrbelastung des Pflegepersonals und zu Beeinträchtigungen in der Versorgung oder zu Bettensperrungen geführt. Nicht zuletzt mussten in allen Sektoren aufgrund der stark gestiegenen Anzahl langzeiterkrankter Pflegefachpersonen mehr Stellen in diesem Zeitraum neu besetzt werden. Zur Kompensation der Personalbedarfe nutzte ca. jede dritte Einrichtung die Beauftragung von Personaldienstleistern der Leih- und Zeitarbeit, um das Delta an benötigten Pflegefachpersonen kurzfristig zu schließen; dies gilt v.a. für die Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie teil-/vollstationären Einrichtungen.

### **Fokus: Therapieberufe**

Bei den Therapieberufen zeigen sich eindeutige Effekte der COVID-19-Pandemie auf die Praxisbetriebe, die von 51,2 Prozent als existentiell bedrohend beschrieben werden. Dabei ist auch die Versorgung mit Hilfsmitteln ein benanntes Problemfeld.

So gaben 73,2 Prozent an, dass sie trotz Bescheinigungsvorlagen Schwierigkeiten hatten, einen gebührenfreien Corona-Schnelltest zu erhalten, und 93,8 Prozent gaben an, dass die bewilligten Mittel für den zusätzlichen Hygieneaufwand nicht die Materialkosten abdeckten, die tatsächlich entstanden sind.

### Fokus: Bildungseinrichtungen

Die meisten Schulen des Gesundheitswesens (86,8 Prozent) waren im Zeitraum der COVID-19-Pandemie einer Mehrbelastung durch Krankheitsausfälle der hauptberuflich Lehrenden und Quarantäneregelungen ausgesetzt; für ca. jede fünfte Schule (18,9 Prozent) führte eine stark angestiegene Anzahl an Langzeiterkrankten dazu, dass mehr Stellen als gewöhnlich neu besetzt werden mussten. Daneben hat sich im Zeitraum der COVID-19-Pandemie für fast jede zweite Schule des Gesundheitswesens (41,6 Prozent) der Personalmangel deutlich verstärkt. Daneben deuten die Befragungsergebnisse überwiegend (84,1 Prozent) auf einen Einfluss der COVID-19-Pandemie auf Defizite in der Kompetenzentwicklung der Auszubildenden an den Schulen des Gesundheitswesens hin.

### 1.6. Entwicklungen im Kontext der Versorgungssicherheit in NRW

Zur Zusammenfassung der Befunde und Verdichtung der Ergebnisse wurde ein Index zur fachpflegerischen Versorgungssicherheit entwickelt und 2019 erstmalig eingesetzt.

Ausgehend von den Berechnungen von drei Teilindizes ergibt sich in der Ergebnisdarstellung für das Jahr 2023 die nachfolgende Verteilung der regionalen Räume: Für NRW zeigt sich insgesamt ein durchschnittlicher Indexwert von 21,6 Punkten. Das Wertespektrum umfasst einen Index von 11,6 (Duisburg) bis 42,1 (Rhein-Sieg-Kreis) (vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2023, Kapitel 7.2). Der Rhein-Sieg-Kreis führt damit die Liste der Regionen mit hohen erwartbaren Herausforderungen an. Der Landkreis Oberbergischer Kreis liegt auf dem exakten Durchschnittswert in NRW. Während in der Metropolregion Rhein-Ruhr hohe Ausbildungsintensitäten, eine hohe Versorgungsdichte und vor allem moderate demografische Entwicklungen der älteren Bevölkerung zu beobachten sind, weisen die Indexwerte in den Regionen wie dem Niederrhein sowie Münsterland und in Teilen des Regierungsbezirks Detmold (Landkreis Höxter und Landkreis Herford) auf größere Herausforderungen hin. Hier wird prospektiv mit größeren Problemlagen bei der Stabilisierung der regionalen Versorgungssicherheit zu rechnen sein. Regionen mit höheren Werten sind auch der Landkreis Höxter, der Landkreis Herford sowie der bereits benannte Rhein-Sieg-Kreis und der Rhein-Erft-Kreis.

Eine klare geografische Zuordnung (wie z.B. ein Nord-Süd-Gefälle oder ein Ost-West-Gefälle) lassen sich dabei nicht feststellen.

Die Regionalität ist hierbei hervorzuheben und die regionalen Besonderheiten sind auch vor dem Hintergrund der Ortstreue von Pflegenden (Pflegerinnen und Pfleger) zu beachten.

Neben der Ortstreue der dreijährig qualifizierten Alten-, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden sind zudem zwei weitere Treuebegriffe als zentrale Merkmale zu berücksichtigen: die Sektorentreue mit einem überwiegen- den Anteil von Pflegenden, die innerhalb der Sektoren migrieren, und die Berufstreue. Denn der Anteil der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden mit einer Beschäftigungsdauer von mindestens 10 Jahren liegt in NRW im Jahr 2022 bei 73,7 Prozent; in der Altenpflege liegt der Anteil mit einer mindestens 10-jährigen Berufsdauer bei 66 Prozent. Auch vor diesem Hinter- grund kann derzeit von keinem „Pflexit“ ausgegangen werden.

## 2. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Abschließend werden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die sich aus den Befunden ableiten lassen und als Orientierung für weitere Entwicklungen verwendet werden können. Die Handlungsempfehlungen beinhalten dabei zwei unterschiedliche Perspektiven: die der inhaltlichen Ausgestaltung zur Fachkräftesicherung sowie der methodischen Weiterentwicklung der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW.

### 2.1. Strategische und thematische Entwicklungsmöglichkeiten

Die Perspektiven, die sich aus den bestehenden Analysen ergeben, weisen darauf hin, dass die Sicherung der Versorgungsmöglichkeiten eine begleitende Herausforderung bleiben wird. Die Komplexität des Zusammenwirkens zwischen Strukturaufbau, bevölkerungsbezogenen Entwicklungen, Bildungsfragen und der Sicherung der Lehrkapazitäten sowie der Gewinnung von Interessierten für die Pflege- und Therapieberufe, das Hebammenwesen und weitere Gesundheitsberufe ist hoch.

Nachfolgend wird eine Handlungsmatrix (mit dem Fokus „Pflege“) vorgeschlagen. Die Inhalte generieren sich aus bestehenden Projektlinien sowie aus Maßnahmenkatalogen, wie sie auch in anderen Bundesländern und in Fachdebatten zur Fachkräftesicherung allgemein geführt werden.

Die Matrix beinhaltet insgesamt sieben Handlungsfelder, zu denen thematisch gearbeitet werden kann, um die Fachkräftesicherung weiter zu fokussieren und zu systematisieren. Die Matrix berücksichtigt dabei primär die prominent diskutierten Strategien und Möglichkeiten der Fachkräftesicherung für die Pflege. Große Teile der vorgeschlagenen Maßnahmen sowie der beschriebenen Handlungsfelder lassen sich auch auf die Therapieberufe und weiteren Gesundheitsfachberufe übertragen, bedürfen ggf. aber einer Ergänzung und Überprüfung.

Als thematische Handlungsfelder zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Gesundheitsberufe werden dabei benannt:

- Ausbildung steigern
- Fachkräftesicherung vor Ort betreiben
- Attraktive Beschäftigung
- Migration und Integration befördern
- Imageentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit
- Innovationen und Eigenverantwortung
- Versorgung gestalten und ermöglichen

Zu den sieben Themenfeldern werden exemplarische Inhalte beschrieben, die sich zuordnen lassen. Diese sind nicht als eine abschließende und vollumfängliche Sammlung zu verstehen, sondern sollen Anstöße darstellen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass es nicht „die eine Maßnahme“ oder die eine Stellschraube gibt, an der gearbeitet werden muss, um die Versorgungssicherheit und Funktionalität des Gesundheitsversorgungsbereichs in der Qualität und Quantität zu erhalten oder zukunftsorientiert auszubauen. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass es einer Handlungsmatrix mit Optionen bedarf, die in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität ineinandergreifen müssen, um substanzielle und nicht punktuelle Entwicklungen zu ermöglichen.

Nutzbar gemacht werden kann die Handlungsmatrix auf der Ebene von regionalen Trägerkonferenzen, um gemeinsame Aktionen zu koordinieren und abzustimmen (z.B. im Handlungsfeld „Migration und Integration befördern“). Darüber hinaus kann die Handlungsmatrix auch von der Politik genutzt werden, um Förderschwerpunkte zu entwickeln und Maßnahmen zu unterstützen (z.B. in den Handlungsfeldern „Versorgung gestalten und ermöglichen“ oder „Innovationen und Eigenverantwortung“ sowie „Imageentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit“). Auf der Ebene einzelner Organisationen können ebenso Handlungsfelder betrachtet und projekthaft entwickelt werden (z.B. „Attraktive Beschäftigung“).

Die insgesamt 68 aufgeführten Einzelmaßnahmen, verteilt auf die sieben Handlungsfelder, werden an dieser Stelle nicht näher beschrieben und erörtert. Es ergeben sich Schnittstellen und Überschneidungen zwischen den Einzelmaßnahmen, die ihre Wirkungen gegenseitig verstärken können und die nicht trennscharf zu betrachten sind. So kann eine Förderung der Praxisanleitung bspw. Berufsausstiege positiv beeinflussen und die Spezialisierung und Freistellung Pflegender für die Aufgabe stellt zugleich horizontale Karriere-möglichkeiten dar. Ebenso korrespondiert eine gezielte Anwerbung von ausländischen Mitarbeitenden auch mit einer Ausweitung von Sprachförderangeboten und der Schaffung von Kursangeboten zum pflegekulturellen Verständnis. Daher müssen die Themenfelder und Maßnahmenimpulse auch in ihrer Verschränkung, Wechselwirkung und Bedarfe gedacht werden, um die Komplexität und den jeweiligen Kontext angemessen zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden die sieben Handlungsfelder mit den exemplarischen Inhalten tabellarisch vorgestellt.

# HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

1	2	3	4	5	6	7
AUSBILDUNG STEIGERN	FACHKRÄFTESICHERUNG VOR ORT BETREIBEN	ATTRAKTIVE BESCHÄFTIGUNG	MIGRATION IN DIE UND INTEGRATION IN DER PFLEGE BEFÖRDERN	IMAGEENTWICKLUNG UND ÖFFENTLICHSARBEIT	INNOVATIONEN UND EIGENVERANTWORTUNG	VERSORGUNG GESTALTEN UND ERMÖGLICHEN
<p>Senkung der Abbrecherquoten in der Ausbildung</p> <p>Steigerung der Ausbildungsplätze in den Schulen</p> <p>Akademisches Lehrpersonal qualifizieren</p> <p>Gewinnung neuer Zielgruppen (z. B. mehr Männer/ Wiedereinstieg)</p> <p>Stärkung der Akademisierung / Ausbau der Studienprogramme Pflege</p> <p>Investitionskostenförderung für Pflegeschulen</p> <p>Vorberufliche Bildung ausbauen</p> <p>Flexibilisierung der Bildungsprozesse/ Modularisierung</p> <p>Entwicklung alternativer Schulangebote (z. B. Abendkurse)</p> <p>Digitalisierung der Ausbildung ausbauen/ Digitalpakt Pflegeschule</p>	<p>Ausschöpfung der Personalsourcen / Abbau von Teilzeit - beschäftigung</p> <p>Berufsausstieg durch Früherkennung verhindern</p> <p>Ältere Mitarbeiter* innen in der Pflege halten</p> <p>Mitarbeiterzufriedenheit in Betrieben erfassen</p> <p>Fort- und Weiterbildung weiter ausbauen</p> <p>Schaffung horizontaler Karrierewege durch Spezialisierung</p> <p>Entwicklungs- und Projektarbeit in der Pflege ausbauen</p> <p>Praxisanleitung verbessern und stabilisieren</p> <p>Wiedereinstieg in den Beruf befördern und honorieren</p> <p>Regionale Arbeitsverbände und Netzwerkbildung befördern</p> <p>Regionales Fachkräftemonitoring etablieren</p>	<p>Personalbemessung entwickeln</p> <p>Personalbesetzung stabilisieren (Personaluntergrenzen)</p> <p>Dienstplansicherheit in der Pflegearbeit</p> <p>Lebensarbeitszeitkonten einführen</p> <p>Zeitdruck reduzieren durch Anerkennung der Interaktionsarbeit</p> <p>Familienfreundlichkeit erhöhen (Dienstzeiten flexibilisieren/ Kinderbetreuung)</p> <p>Verbesserung der Personalrichtwert in der stationären Langzeitpflege</p> <p>Wertschätzende Führungsarbeit</p> <p>Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement</p> <p>Tarifsysteme und gerechte Entlohnungsgaushandel und etablieren</p> <p>Entbürokratisierung weiter ausbauen</p>	<p>Stärkung der Willkommenskultur in den Einrichtungen</p> <p>Tandem - Mentoringsysteme für ausländische Mitarbeitende etablieren</p> <p>Alltags- und Kulturbegleiter etablieren</p> <p>Beschleunigung der Anerkennungsverfahren</p> <p>Gezielte Anwerbung ausländischer Fachkräfte in regionalen Verbänden</p> <p>Anwerbung junger Erwachsener mit Migrationshintergrund im Inland</p> <p>Schaffung vorberuflicher Erfahrungen für Menschen mit Fluchterfahrung</p> <p>Ausweitung der Sprachangebote und Sprachkurse</p> <p>Schaffung von Kursangeboten zum pflegekulturellen Verständnis</p> <p>Zugangswegen zu jungen Migrant* innen suchen und aufsuchen</p>	<p>Abbau von Stereotypen gegenüber dem Pflegeberuf als Belastungsberuf durch Fokussierung der Chancen</p> <p>Sichtbarmachung guter pflegerischer Arbeit in Einrichtungen</p> <p>Statuserhöhung durch Aufwertung der Pflegearbeit (Heilkundeübertragung)</p> <p>Kampagnen zur Stärkung der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung</p> <p>Kulturbotschafter Pflege/ Pflegepaten / Influencer gewinnen</p> <p>Pflege als Berufsbild und Arbeitsfeld in Schulen sichtbar machen</p> <p>Pflege vernetzen und stärken (z. B. Pflegenetzwerk Deutschland)</p> <p>Stärkung der beruflichen Mitbestimmung und Selbstbestimmung (starke Verbände/ starke Kammern)</p>	<p>Stärkung der häuslichen ambulanten Pflege durch neue Pflegearrangements und Wellfare Mix</p> <p>Haushalts- und Betreuungskräfte in Pflegesettings einbinden</p> <p>Digitalisierung und Technische Veränderungen in der Pflege etablieren</p> <p>Neue Wohnformen konsequent ausbauen</p> <p>Weiterentwicklung eigenständiger Versorgungsformen befördern (z. B. Buurtzorg)</p> <p>Gesamtverträge in der Pflege umsetzen</p> <p>Projekte der heilkundlichen Übertragung und Eigenverantwortung der Pflege initiieren</p> <p>Telenursing und Telepflege ausbauen</p> <p>Präventive Hausbesuchen der Pflege etablieren</p>	<p>Landesförderungen für Investitionen in Bestand und Neuausbau</p> <p>Innovationsfonds und Modellerprobungen neuer Konzept durch Kostenträger</p> <p>Regionale Förderprogramme entwickeln und finanzieren</p> <p>Netzwerkbildung und Verbände unterstützen (Gesundheitsregionen/ Zukunftsregionen)</p> <p>Entwicklung von Analyse- und Bewertungsmethoden zur Sozialraumgestaltung mit Pflegefokus</p> <p>Kommunale Sozialraumplanung ausgestalten</p> <p>Verbindliche Vereinbarungen in Verbänden vertraglich absichern und Zielkriterien bestimmen</p> <p>Konzeptentwicklung und Programmentwicklung in der Pflege etablieren</p> <p>Quartiersentwicklung und Sozialraumesaltung unter Einbindung der Pflege realisieren</p>

### 2.2. Methodische und inhaltliche Entwicklungsmöglichkeiten

Die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW ist eine etablierte und in Deutschland in dieser Form herausgehobene Analyse zu Entwicklungen, Kapazitäten, Bildungsbereichen sowie Arbeits- und Beschäftigungsmärkten in den Gesundheitsberufen. Sie betrachtet im Rahmen eines Monitoringverfahrens aktuelle Entwicklungen sowie Langzeitanalysen. Dabei wird eine sektorenübergreifende Perspektive eingenommen. Kernmerkmal ist dabei die Integration von Kennzahlenanalysen und Datenerhebungen mittels quantitativer sowie qualitativer Erhebungsverfahren.

Die Auswertungsformen sowie die zugrundeliegenden Daten werden dabei einem beständigen Prozess der Weiterentwicklung unterzogen, sodass sich in jeder Landesberichterstattung sowohl neue Analyseformen als auch neue Inhalte befinden. Darüber hinaus wurden die einbezogenen Berufe (ausgehend von der Pflege) in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet. Mit jeder Berichterstattung steigen somit die Komplexität und der inhaltliche Umfang. Mit der Aufnahme neuer Berufe in das Berichtswesen ist verbunden, dass der Kreis der Interessierten einerseits größer, zugleich aber der selektive Blick auf die Analysen spezifischer und zielgruppenorientierter wird.

Ein limitierender Faktor für die Sekundäranalysen ist die Verfügbarkeit von relevanten Daten, insbesondere in den Therapieberufen sowie im Hebammen- und Rettungswesen. Hier fehlen teils Sekundärdaten, die zu einer umfassenden und geeigneten Einschätzung des Arbeits- und Beschäftigungsmarktes sowie der Ausbildungssituation notwendig erscheinen.

Ein weiteres Problem der Landesberichterstattung als Periodikum ist dabei insgesamt die zeitliche Synchronisierung der Datenbestände und Datenanalysen, die alle zwei Jahre angepasst wird. Damit können relevante aktuelle Ergebnisse teils nicht oder nur zeitverzögert aufgenommen werden.

Daneben sind im bisherigen Format der Landesberichterstattung die Zeiträume für die Befragungen in den Einrichtungen oder Berufen nur bedingt zeitlich flexibel gestaltbar, sodass eine enge Abstimmung mit dem Feld und zeitliche Besonderheiten (z.B. Urlaubszeiten, zeitgleiche Befragungen, punktuell erhöhte organisatorische Anforderungen etc.) nur begrenzt berücksichtigt werden können.

Aus den an dieser Stelle exemplarisch dargestellten Herausforderungen zur weiteren Gestaltung lassen sich konkrete Vorschläge zur Entwicklung auf drei Ebenen beschreiben:

## Verfügbarkeit und Nutzung von Sekundärdaten

Zur Analyse des Arbeits- und Beschäftigungsmarkts sowie der Ausbildungssituation werden verlässliche und sinnvoll systematisierte Sekundärdaten benötigt, um spezifische Handlungskonsequenzen ableiten zu können. Insbesondere die Einschätzungen zu den Therapieberufen (z.B. differenzierte Kennzahlen zu den Berufsausübenden der Therapieberufe in Freiberuflichkeit oder regionalisierte Kassenzulassungsdaten; vgl. Kapitel 4.2 und 8.5), dem Hebammenwesen (z.B. Anzahl der Berufstätigen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung mit zusätzlicher freiberuflicher Berufsausübung; vgl. Kapitel 5.3 und 8.6) und Rettungswesen (z.B. aktuelle statistisch verwertbare Personalerfassung im Rahmen der Rettungsdienstbedarfspläne, Anteile des verbeamteten Personals oder vollständige Kennzahlen zu Auszubildenden an den Schulstandorten; vgl. Kapitel 5.4 und 8.7) sind bislang als limitiert zu betrachten.

Empfohlen wird daher, Datensätze weiter zu systematisieren und fachlich begründete Verknüpfungen zwischen Daten herzustellen (z.B. Plätze auf 1.000 Bewohner in der Altersklasse 75+). Die Bedeutsamkeit und Praxisrelevanz der vorliegenden Kennzahlen muss dabei in den Vordergrund gestellt werden.

Die zu entwickelnden und zu erfassenden Daten sollten in bestehenden Arbeitsgruppen diskutiert und strukturiert werden. Ggf. erfordert dies auch den Aufbau einer neuen Arbeitsgruppe, mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kommunen, Trägern, der Politik und der Wissenschaft. Dabei ist bspw. die partizipative Einbindung von relevanten Akteuren aus dem Feld und aus der Forschung angeraten. Bei den Überlegungen zu den Nutzungsmöglichkeiten vorliegender oder zu erhebender Daten sind der Datenschutz sowie Datennutzungsrechte zu erörtern und zu berücksichtigen.

## Umsetzung digitaler Datenpräsentationsformate

Daten sollten vollumfänglich öffentlich und frei zugänglich sein. Für Einrichtungen, Kommunen, Trägerverbände und auch politisch Verantwortliche besteht die Notwendigkeit, Daten dann präsent zu haben, wenn die Fachfragen bearbeitet werden. Dieser Bedarf korrespondiert nicht mit einem statischen Format der Analyse im Abstand von zwei Jahren. Die zugrundeliegenden Daten müssen dabei aktualisiert und kontinuierlich eingepflegt werden. Dies erfordert eine andere Herangehensweise, als sie aktuell in der Landesberichterstattung vorgesehen ist.

Bei der kontinuierlichen Datenanalyse werden modernere Formate (z.B. digitale Regionalatlanten oder Dashboards) zunehmend relevant. Aktuell beste-

hen noch keine umfassenden Datenbanken und entwickelten Visualisierungen, die die komplexen Themen und Daten der Pflege-, Therapie- und weiteren Gesundheitsberufe aufnehmen.

Entwickelt werden sollte eine Datenplattform sowie ein Analyseformat, das regelmäßig und kontinuierlich gepflegt wird und somit aktuelle Daten zeitnah einbindet und zur Verfügung stellt. Dazu bedarf es neben einer technischen Infrastruktur auch der Prüfung der Nutzung vorliegender Daten (Datenschutz sowie Datennutzungsrechte) und vor allem einer Etablierung aussagekräftiger verbundener Kennzahlen.

Zur Digitalisierungsstrategie gehört auch, dass das Berichtswesen digitalisiert wird. Die Notwendigkeit ergibt sich nicht nur aus Gründen der Nachhaltigkeit, sondern auch der Flexibilisierung von Veröffentlichungen entlang der Datenstrukturen und -anpassungen.

Eine weitere Form der Digitalisierung wäre die Etablierung thematischer Onlinekonferenzen, die die bisherigen Regionalkonferenzen ablösen könnten. Mit einer Erhöhung der digitalen Angebote und Diskussionsforen könnten zusätzliche Räume des Austauschs und der zielgerichteten Bearbeitung geschaffen werden.

### Umsetzung kontinuierlicher Berichterstattung

Die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2023 umfasst drei unterschiedliche, online verfügbare Berichtsbände und -typen: die hier vorliegende Kurzzusammenfassung der Ergebnisse, den ausführlichen Ergebnisbericht (Datenreport) sowie den Sammelband Regionaldosiers mit den Präsentationen der Regionalkonferenzen, die nach den Regionalkonferenzen veröffentlicht werden. Zudem fließen Ergebnisse des Ergänzungsgutachtens zur LbG NRW 2023 „Ausbildungsvertragslösungen und Ausbildungsabbrüche in der Pflegeausbildung in NRW“ ein.

Vorgeschlagen wird, dass analog zur Entwicklung einer Digitalstrategie eine neue Form der Veröffentlichungsstrategie etabliert wird. Denkbar sind z.B. Strukturdatenanalysen von Befragungsdaten zu trennen und zielgruppenspezifische Themencluster zu bilden. Aus einem einmaligen und sehr umfassenden Berichtswesen könnten so kontinuierlich unterschiedliche thematische Berichte entwickelt werden. Die Veröffentlichung könnte sich dabei u.a. auch an den Zeitpunkten der Datenveröffentlichungen orientieren (z.B. Krankenhausstatistik/Pflegestatistik), um die Aktualität zu gewährleisten und relevante Ergebnisse zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus könnten hierzu zielgruppenspezifische Kurzbefragungen

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

etabliert werden, die fokussiert Einschätzungen der Einrichtungen und Berufsausübenden und damit Ergänzungen zu den vorliegenden Sekundärdaten in den Blick nehmen, um diese aus unterschiedlichen Perspektiven zu diskutieren und Handlungskonsequenzen zeitnah themenzentriert abzuleiten. Hierbei müssen die Befragungen der spezifischen Einrichtungen und Berufsgruppen nicht zwingend zeitgleich erfolgen, sodass eine Synchronisierung passender Befragungszeiträume mit dem Feld und die Vermeidung sich überschneidender Befragungszeiträume einfacher gelingen kann, was sich auch zusätzlich auf die Befragungsrückläufe positiv auswirken könnte.

Des Weiteren könnte mit der Überführung des Berichtswesens in kontinuierliche Berichterstattungen (z.B. in Form von Diskussionspapieren) eine dauerhafte und zielgruppenorientierte Publikationsform etabliert werden, die insgesamt die Nutzbarkeit für alle Akteure deutlich erhöhen würde.

**Herausgeber**

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf  
info@mags.nrw.de  
www.mags.nrw

**Wissenschaftliche Beratung**

**und Ausführung** Dienstleistung, Innovation,  
Pflegeforschung GmbH (DIP)

**Tabellenbearbeitung** Landesbetrieb

Information und Technik Nordrhein-Westfalen  
(IT.NRW)

**Umschlaggestaltung** Stella Chitzos

**Druck** Hausdruck

**Titelfoto** © MAGS

© MAGS, November 2023

Diese Publikation kann bestellt oder  
heruntergeladen werden:  
[www.mags.nrw/broschuerenservice](http://www.mags.nrw/broschuerenservice)



Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf  
[info@mags.nrw.de](mailto:info@mags.nrw.de)  
[www.mags.nrw](http://www.mags.nrw)