

Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen

Ausgabe 6/2001

Impressum

Herausgeber :
Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik Nordrhein-Westfalen

Redaktion:
Jörg Mühlenhaupt, Hans Lohmann

Preis dieser Ausgabe: 2,70 EUR

Erscheinungsfolge: unregelmäßig

Bestellungen nehmen entgegen:

das Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW,
Postfach 10 11 05,
40002 Düsseldorf,
Mauerstraße 51,
40476 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 94 49-25 16/35 16
Telefax: (02 11) 44 20 06
Internet: <http://www.lds.nrw.de>
E-Mail: poststelle@lds.nrw.de

sowie der Buchhandel.

Pressestelle:
(02 11) 94 49-25 21/25 18

Zentraler Informationsdienst:
(02 11) 94 49-24 95/25 25

© Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik NRW, Düsseldorf, 2001

Für nicht gewerbliche Zwecke sind
Vervielfältigung und unentgeltliche
Verbreitung, auch auszugsweise, mit
Quellenangabe gestattet. Die Verbrei-
tung, auch auszugsweise, über elek-
tronische Systeme/Datenträger bedarf
der vorherigen Zustimmung. Alle üb-
rigen Rechte bleiben vorbehalten.

Bestell-Nr. Z 08 1 2001 56

Inhalt

editorial	3
Beschäftigungsfaktor Gesundheitswesen Strukturen, Trends, regionale Bedeutung	
1. Zur Bedeutung des Gesundheitswesens für die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt	5
2. Zielsetzung und Stand der Forschung	6
3. Beschäftigungswirkung des Gesund- heitswesens	7
3.1 Langfristige Beschäftigungstrends im Gesundheitswesen	7
3.2 Erwerbstätige im Gesundheitswesen und davon abhängigen Branchen	11
3.2.1 Erwerbstätige im unmittelbaren Gesundheitswesen und in Gesundheitsdienstberufen	11
3.2.2 Vom Gesundheitswesen abhängige Arbeitsplätze	12
3.2.3 Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens in zentralen Bereichen	13
3.3 Struktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen	13
3.4 Arbeitsbedingungen in Gesundheitsberufen	18
3.5 Qualifikationsstruktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsberufen	21
3.6 Einkommen von Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen	23
4. Gesundheitswesen und Regionalstruktur	25
5. Bedeutung des Gesundheitswesens als Ausbildungssektor	33
5.1 Bildungsbereiche des Gesundheitswesens	33
5.1.1 Ausbildungsberufe im dualen Ausbildungssystem	33
5.1.2 Schulen des Gesundheitswesens	35
5.1.3 Berufskollegs	36
5.1.4 Ausbildung an den Hochschulen	38
5.2 Gesamtbewertung des Ausbildungsfaktors Gesundheitswesen	39
6. Schlussbemerkung	40
Literaturverzeichnis	40
Anhang	
Zeichenerklärung	44
Begriffserläuterungen	45
Übersicht: Durch Bundesgesetz geregelte Ausbildungen in den Gesundheits- oder Medizinalfachberufen nach der Fundstelle der Rechtsgrundlage	47

editorial

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die vorliegende Ausgabe der Veröffentlichungsreihe „Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen“ befasst sich mit der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen und der Struktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Neubewertung des Gesundheitswesens, das nicht mehr nur als Kostenfaktor angesehen wird, sondern als bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor. Dabei geht es jedoch nicht nur um den rein numerischen Anstieg der Beschäftigtenzahlen, sondern auch um die Qualität der geschaffenen Arbeitsplätze und deren regionale Verteilung. Gerade in dieser Hinsicht kommt dem Gesundheitswesen eine besondere Bedeutung zu, denn die Berufe des Gesundheitswesens haben ein hohes Qualifikationsniveau und entsprechende Arbeitsplätze sind nicht nur in wenigen Regionalzentren entstanden, sondern flächendeckend.

Ein Schwerpunkt des Berichts liegt daher neben der Darstellung der quantitativen Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen in der Analyse der Struktur der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen. Neben der Qualifikationsstruktur interessieren hier vor allem die Einkommensstruktur, die demographische Struktur der Erwerbstätigen sowie die Arbeitsbedingungen. Weitere zentrale Aspekte sind die regionale Verteilung der Gesundheitsdienstberufe sowie die Bedeutung des Gesundheitswesens als Ausbildungsort.

Jochen Kehlenbach

Präsident

Beschäftigungsfaktor Gesundheitswesen

Strukturen, Trends, regionale Bedeutung

Dr. Wolfgang Seifert, Yvonne Bergmann

Die Ausgaben im Gesundheitswesen werden nach wie vor als Kostenfaktor angesehen, der sich negativ auf die Lohnnebenkosten auswirkt und entsprechend zu Wettbewerbsnachteilen im globalen Standortwettbewerb führt. Gleichzeitig hat aber auch ein Perspektivwechsel stattgefunden. Neuere Studien heben die Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens insbesondere in strukturschwachen Regionen hervor und bewerten das Gesundheitswesen selbst als wichtigen Standortfaktor.

In diesem Bericht werden für Nordrhein-Westfalen die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen nachgezeichnet sowie Qualifikations-, Arbeitsplatzmerkmale und Arbeitsbedingungen aufgezeigt. Außerdem wird die regionale Bedeutung des Gesundheitswesens untersucht und die Stellung des Gesundheitswesens als Ausbildungsbereich dargestellt.

Das Gesundheitswesen wies während der letzten 20 Jahre eine erhebliche Wachstumsdynamik auf, die deutlich über der anderer Branchen lag. Statistisch wird der Beschäftigungseffekt jedoch nicht in seiner Gänze erfasst. Viele Produktions- und Dienstleistungsbereiche, die direkt oder indirekt vom Gesundheitswesen abhängen, können wirtschaftssystematisch nicht isoliert betrachtet werden, weil sie in Sammelkategorien eingehen.

Das Gesundheitswesen weist als Beschäftigungssektor zahlreiche Besonderheiten auf: Es ist in besonderem Maße ein Arbeitsmarkt für Frauen, in bestimmten Berufen arbeiten fast ausschließlich Frauen. Lediglich in den akademischen Gesundheitsdienstberufen sind Frauen nicht in der Mehrheit. Trotz stark steigender Zahl der Ärztinnen und Zahnärztinnen sind Frauen deutlich seltener in den finanziell lukrativen freien Praxen zu finden.

Gesundheitsdienstberufe sind mit besonderen Belastungen verbunden. Schicht-, Nacht-, Samstags- und Sonntagsarbeit müssen in diesen Berufen häufiger geleistet werden als in den meisten anderen.

Aufgrund der hohen Qualifikationsanforderungen, die die Gesundheitsdienstberufe stellen, ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Ausbildungsbereich. Die Erwerbstätigen in diesen Berufen weisen überdurchschnittliche Qualifikationen auf, was sich nur teilweise in der Einkommensstruktur widerspiegelt. Zwar sind die oberen Einkommensklassen in den Gesundheitsdienstberufen stärker besetzt als bei allen Erwerbstätigen, doch ebenso die unteren Einkommensklassen, so dass in den Gesundheitsdienstberufen eine größere Einkommenspolarisierung gegeben ist als in Nicht-Gesundheitsdienstberufen.

1. Zur Bedeutung des Gesundheitswesens für die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt

Die ökonomische Rolle des Gesundheitswesens ist in den letzten Jahren neu bewertet worden. Noch vor kurzer Zeit wurde es vor allem als Kostenfaktor und somit als Standortnachteil für Deutschland angesehen, da sich steigende Aufwendungen für den Gesundheitsbereich negativ auf die Lohnnebenkosten auswirken. Neuere Studi-

en bewerten das Gesundheitswesen hingegen als bedeutsamen Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor und somit positiv. Bandemer und Hilbert (2000) sehen das Gesundheitswesen sogar als eine Zukunftsbranche mit erheblichem Innovationspotenzial an und erwarten, dass es zu einer Schlüsselbranche für Lebensqualität, Wachstum und Beschäftigung wird.

In NRW belief sich die geschätzte Wirtschaftskraft des Gesundheitswesens Mitte der 90er-Jahre im umfassenden Sinn auf 100 Milliarden DM.

Daraus wurde ein Beschäftigungsvolumen von ca. 800 000 Arbeitsplätzen abgeleitet (vgl. Erklärung der Landesgesundheitskonferenz NRW 1997). Eine neuere Schätzung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) geht sogar von 957 000 Arbeitsplätzen in diesem Bereich aus (MFJFG 2001). Beachtenswert ist vor allem der enorme Beschäftigungszuwachs, der im Gesundheitswesen zu verzeichnen war. Von diesem Effekt konnten nicht nur die Ballungsräume profitieren, auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen werden durch das Gesundheitswesen qualifizierte Arbeitsplätze geschaffen. Das Gesundheitswesen leistet somit einen bedeutsamen Beitrag zur regionalen Wirtschaftsförderung, sowohl direkt als Investor als auch indirekt als Nachfrager von Gütern und Dienstleistungen.

Entsprechend der Aufgabe des Gesundheitswesens, alle Bürgerinnen und Bürger gegen das „Lebensrisiko Krankheit“ bestmöglich abzusichern, weist es gegenüber anderen Branchen spezifische Besonderheiten auf:

- Das Gesundheitswesen ist personalintensiv, weil es eine hohe soziale Kontaktintensität der Beschäftigten zu den Patienten erfordert.
- Gesundheitsdienstberufe sind mit besonderen Belastungen verbunden wie Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit.
- Die Mehrzahl der Gesundheitsdienstberufe erfordert eine fundierte Ausbildung. Folglich ist das Gesundheitswesen auch als Qualifizierungsbereich bedeutsam. Dies wiederum ist ein wichtiges Element der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Aufgrund dieser Besonderheiten unterscheiden sich die Berufe im Gesundheitswesen erheblich von allen anderen Berufen.

Hohe Standards in der medizinischen Forschung und in der Aus- und Weiterbildung des Personals sowie der Einsatz modernster Technik haben jedoch ihren Preis. Dies hat dazu geführt, dass das Gesundheitssystem stärker unter Kosten- denn unter Nutzenaspekten gesehen wurde. Folglich zielten Reformbestrebungen vor allem auf eine Kostendämpfung ab. Allein zwischen 1977 und 1996 wurden 68 Gesetze mit über 6 800 Einzelbestimmungen verabschiedet, ohne dass jedoch der Kostentrend längerfristig entscheidend verändert wurde¹⁾. Insbesondere die mangelhafte Leistungs- und Kostentransparenz stand im Zentrum der Kritik (Henke 2000). Das letzte große Gesetzespaket in dieser Hinsicht war die „GKV-Gesundheitsreform 2000“, das im Januar 2000 in Kraft trat und auf die Beseitigung der Schwächen des Gesundheitssystems abzielt. Kernelemente sind

- die Streichung unwirksamer oder umstrittener Technologien und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen,
- eine verbesserte Zusammenarbeit von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern sowie
- die Einführung eines Fallpauschalensystems für Krankenhäuser. Letzteres tritt jedoch erst 2003 in Kraft (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000).

Andere Ansätze zielen hingegen stärker auf die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens ab und rücken vor allem die Kundenorientierung in das Zentrum ergebnisorientierter Gesundheitspolitik. Qualität der Organisation sind dabei ebenso wichtig wie die Arzt-Patient-Interaktion (vgl. Badura 2000). Dies würde in der Konsequenz zu einem neuen Aufgabenzuschnitt im Gesundheitswesen führen, der wohl auch neue Belastungen auf Seiten der Beschäftigten in diesem Bereich mit sich bringen würde.

1) Kühn (2001: S. 281) weist darauf hin, dass das Kostenproblem nicht auf der Ausgabenseite liegt, da der Anteil des Gesundheitswesens am Brutto sozialprodukt zwischen 1980 und 1997 gleich geblieben ist, sondern vielmehr ein Einnahmeproblem darstellt.

Auch aus demographischen Gründen ändert sich der Aufgabenzuschnitt des Gesundheitswesens (vgl. hierzu Beske, Hallauer 1999). Das Altern der Bevölkerung führt einerseits zu einem vermehrten Auftreten altersspezifischer Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit. Auch das Krebsrisiko erhöht sich bei der Gruppe der über 65-Jährigen um das 10-fache. Chronische Leiden sind ebenfalls häufiger. Des Weiteren treten bei älteren Personen oft mehrere Krankheiten gleichzeitig auf. So nehmen über 70-Jährige durchschnittlich drei verschiedene Medikamente täglich ein (Huber 2000). Auch auf den Pflegebereich wirkt sich der Alterungsprozess der Bevölkerung in gravierender Weise aus, da mit zunehmendem Alter das Pflegefallrisiko steigt. Außerdem ist der Pflegebereich sehr personalintensiv und kaum für Rationalisierungsmaßnahmen zugänglich. Die demographischen Veränderungen werden aber auch dazu führen, dass das Gesundheitswesen künftig unter einem erheblichen Kosten- und Rationalisierungsdruck stehen wird (Breyer, Ulrich 2000), denn ein steigender Alterskoeffizient führt gleichzeitig zu höheren Ausgaben und zu geringeren Einnahmen auf der Seite der Krankenversicherungen (Knappe, Optendrenk 2000).

Im Folgenden wird zunächst die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen untersucht. Danach werden die Arbeitsbedingungen, Qualifikations- und Einkommensstrukturen in den Gesundheitsdienstberufen analysiert. Daran anschließend wird nach der regionalen Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens und der Bedeutung als Ausbildungssektor gefragt.

2. Zielsetzung und Stand der Forschung

Ziel dieser Studie ist es, die Beschäftigungswirkung und die Struktur der Erwerbstätigen des Gesundheitswesens zu analysieren. Für NRW liegt bislang keine Untersuchung vor, die sich explizit und in umfassender Weise mit

der Struktur der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen befasst. Eine Länderstudie, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt, ist bislang lediglich für Baden-Württemberg vorhanden. Diese Studie zeigt eine erhebliche Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens, die weit über dem Wachstum im Dienstleistungsbereich insgesamt liegt. Es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass sich vorhandene Statistiken für eine Würdigung des Gesundheitswesens als Beschäftigungs- und Wirtschaftsfaktor nur bedingt eignen, da es nicht möglich ist, das Gesundheitswesen als statistisch homogene Einheit darzustellen (Landesregierung Baden-Württemberg 1998).

Auf Bundesebene hat der Sachverständigenrat für die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (1996) errechnet, dass das Beschäftigungsvolumen, das durch das Gesundheitswesen geschaffen wird, bei rund 4,2 Millionen Arbeitsplätzen liegt und damit erheblich über der Zahl der 2,2 Millionen Erwerbstätigen im unmittelbaren Gesundheitsbereich. Auch der Sachverständigenrat betont das dynamische Wachstum im Gesundheitsbereich und geht davon aus, dass auch künftig ein erhebliches Wachstumspotenzial vorhanden ist, insbesondere durch eine wachsende private Nachfrage nach Gesundheitsgütern.

Eine Vielzahl von Basisdaten über das Gesundheitswesen in Deutschland kann dem Gesundheitsbericht 1998 entnommen werden (Statistisches Bundesamt 1998)²⁾. Auf Länderebene wurden Basisdaten zum Gesundheitswesen von der Firma BASYS bislang für Rheinland-Pfalz ausgewertet (Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz 1998). Für NRW werden zentrale Indikatoren durch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD) regelmäßig zusammengestellt und veröffentlicht (z. B. LÖGD 1997).

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen sind bislang wenig untersucht. Eine Studie des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (1998) zeigt, dass die Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen stark geschlechtsspezifisch ist. Aktuelle Daten sind auf den Internetseiten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes im WWW unter <http://www.gbe-bund.de> veröffentlicht.

ums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (2000), die schwerpunktmäßig Gesundheit von Frauen und Männern untersucht, beleuchtet das Gesundheitswesen u. a. „als sozialen Ort der Geschlechter“. Dabei wird festgestellt, dass Gesundheitsfachberufe zwar klassische Frauenberufe sind, dass dies jedoch vor allem für die nicht akademischen Berufe gilt, während der Frauenanteil bei den akademischen Berufen niedriger ist. Allerdings konnten Frauen in den letzten Jahren in fast allen Gesundheitsfachberufen ihre Position weiter ausbauen.

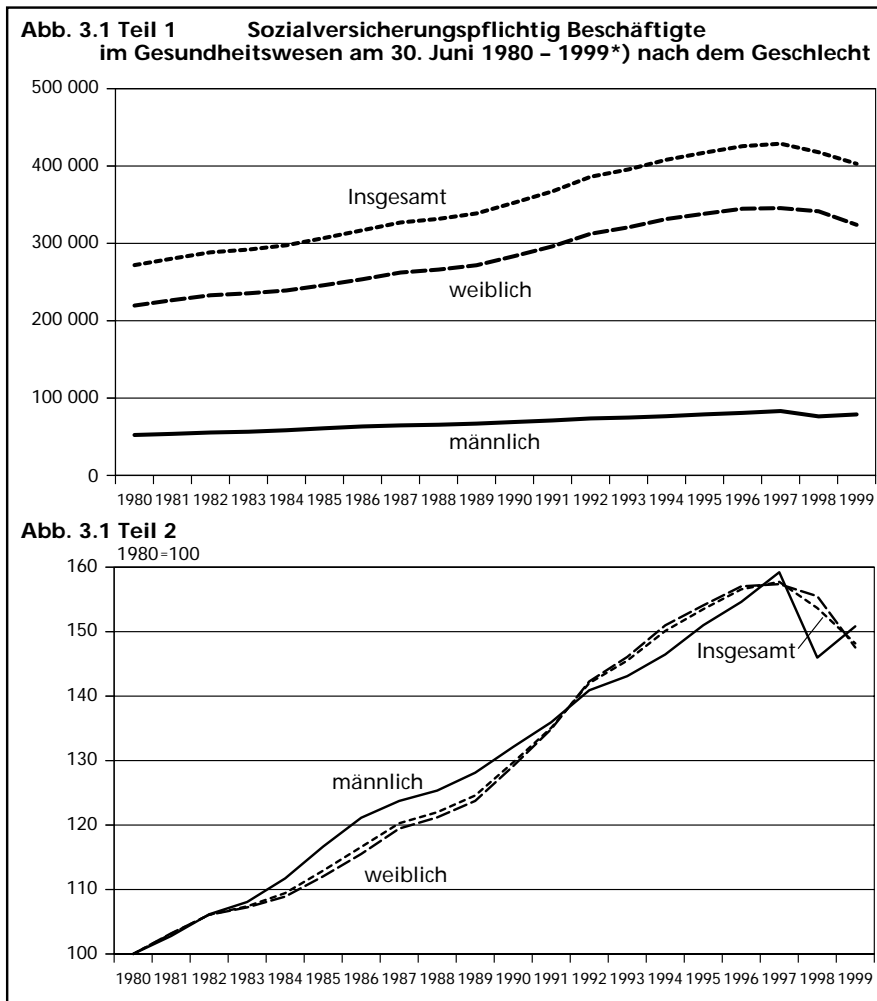
3. Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen in NRW bietet weitgehendst krisensichere Arbeitsplätze, die in der Regel hohe Qualifikationsanforderungen stellen, d. h. Personal erfordern, das mindestens eine berufliche Erstausbildung abgeschlossen hat.

3.1 Langfristige Beschäftigungstrends im Gesundheitswesen

In den letzten beiden Jahrzehnten war das Gesundheitswesen ein wichtiger Beschäftigungsmotor. Ähnliche Steigerungsraten bei den Beschäftigtenzahlen sind allenfalls in der Informationstechnologie zu beobachten. Der Beschäftigungsanstieg hat jedoch in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre an Dynamik verloren. Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der Zahl der abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen betrachtet, dann werden Trends bei den Arztberufen und der Zahnmedizin dargestellt.

Die Zahl der abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen stieg zwischen 1980 und 1999 von 272 000 auf 403 000 Personen (s. Abb. 3.1). Wird ein Index gebildet, in dem die Beschäftigtenzahl von 1980 gleich 100 gesetzt wird, so entspricht der Wert für 1999 dem Indexwert 148. Ein be-



*) Ergebnisse der Beschäftigtenstatistik; geänderte wirtschaftssystematische Zuordnung ab dem 30. Juni 1999

sonders starker Beschäftigungsanstieg war zu Beginn der 90er-Jahre zu verzeichnen. Mitte der 90er-Jahre verlangsamte sich dann das Wachstumstempo und zwischen 1997 und 1998 ging die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen erstmals um etwas mehr als 11 000 Personen zurück. Hier dürften sich die durch die Bundesregierung eingeleiteten Kostendämpfungsmaßnahmen auswirken. Der Rückgang um weitere 14 900 Beschäftigte zwischen 1998 und 1999 erklärt sich jedoch zum Teil durch den Wechsel der Klassifizierung der Wirtschaftszweige³⁾ in der Beschäftigtenstatistik.

Bereits in den 80er-Jahren war das Gesundheitswesen eine Frauendomäne. Von 272 000 abhängig Beschäftigten waren 220 000 Frauen. Dies entsprach einem Frauenanteil

3) Bis zur Beschäftigtenstatistik 1998 einschließlich wurde nach der Systematik der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1979 (WZ 79) klassifiziert, ab der Beschäftigtenstatistik 1999 nach der Systematik der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93)

von 80,8 %. 1999 waren von 403 000 abhängig Beschäftigten 324 000 Frauen. Dies ergibt einen Frauenanteil von 80,4 %⁴⁾.

Allein der Blick auf die abhängig Beschäftigten gibt den Anstieg der Beschäftigung im Gesundheitswesen nicht ausreichend wieder, denn das Gesundheitswesen ist auch ein wichtiger Bereich für Selbstständige. Dies gilt insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie für Apothekerinnen und Apotheker, aber auch für andere Gesundheitsdienstberufe, z. B. Physiotherapeutin/-therapeut, Masseurin/Masseur, Logopädin/Logopäde etc.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Ärztezahlen dargestellt. Diese beruhen auf den Angaben der Ärztekammern. Abweichend von anderen Bundesländern mit jeweils einer Ärztekammer hat NRW zwei Ärzte-

4) Zur Frauenerwerbstätigkeit in NRW allgemein vgl. Hullmann et al. (2000).

kammern. Die Ärztekammer Nordrhein umfasst die Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf, die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist für drei Regierungsbezirke zuständig: Arnsberg, Detmold und Münster. Die Mitgliedschaft in der Ärztekammer ist für Medizinerinnen und Mediziner verbindlich. Die Ärztestatistik wird von den Kammern als Mitgliederstatistik geführt. Somit sind auch Ärztinnen und Ärzte Mitglieder, die nicht oder nicht mehr ihren Beruf ausüben. Dementsprechend kann von der Entwicklung der Ärztezahlen insgesamt nicht auf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte geschlossen werden, die ihren Beruf tatsächlich ausüben.

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ist proportional deutlich stärker gestiegen als die der abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen. Zwischen 1980 und 1999 hat sich ihre Zahl von 41 400 auf 78 300 beinahe verdoppelt (s. Tab. 3.1). Dabei war der zahlenmäßige Anstieg der Ärztinnen und Ärzte in der Kammerregion Westfalen-Lippe mit einem Indexwert (1980 = 100) von 193 für 1999 etwas höher als in der Region Nordrhein, wo sich ein Index von 186 ergab. Auch für die Zahl der Ärztinnen und Ärzte gilt, dass sie in den 80er-Jahren stärker stieg als in den 90er-Jahren. Allerdings war das Wachstum in den 90er-Jahren stärker als bei den abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Obwohl Gesundheitsdienstberufe typische Frauenberufe sind, gilt dies nicht für Arztberufe, hier sind Männer in der Mehrzahl. 1980 waren von 41 400 Ärztinnen und Ärzten in NRW 10 600 Frauen. Dies entsprach einem Frauenanteil von 25,6 % in Arztberufen. Allerdings ist die Zahl der Ärztinnen stärker gestiegen als die der Ärzte. 1999 lag der Beschäftigungsindex (1980 = 100) von Frauen in Arztberufen mit einem Wert von 269 deutlich über dem von Männern mit 161. Entsprechend stieg im Zeitverlauf auch der Frauenanteil in den Arztberufen und lag 1999 bei 36,4 %. Verglichen mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens ist dieser Anteil dennoch als niedrig

3.1 Ärztinnen und Ärzte*) am 31. Dezember 1980 - 1999 nach Kammerbezirken**)

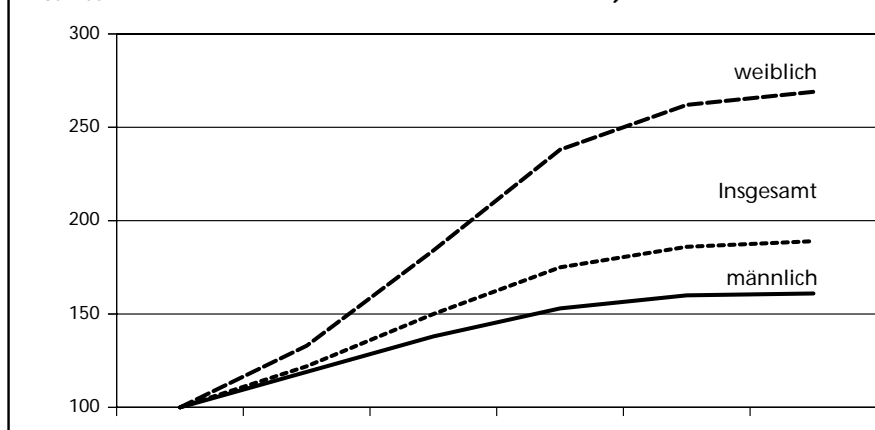
Jahr	Ärztinnen und Ärzte					
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	Anzahl			1980 = 100		
Ärzttekammer Nordrhein						
1980	24 088	17 512	6 576	100	100	100
1985	29 242	20 645	8 597	121	118	131
1990	35 565	23 969	11 596	148	137	176
1995	41 388	26 513	14 875	172	151	226
1998	44 168	27 748	16 420	183	158	250
1999	44 768	27 944	16 824	186	160	256
Ärzttekammer Westfalen-Lippe						
1980	17 341	13 311	4 030	100	100	100
1985	21 421	15 887	5 534	124	119	137
1990	26 435	18 467	7 968	152	139	198
1995	30 994	20 675	10 319	179	155	256
1998	33 003	21 588	11 415	190	162	283
1999	33 488	21 816	11 672	193	164	290
Nordrhein-Westfalen						
1980	41 429	30 823	10 606	100	100	100
1985	50 663	36 532	14 131	122	119	133
1990	62 000	42 436	19 564	150	138	184
1995	72 382	47 188	25 194	175	153	238
1998	77 171	49 336	27 835	186	160	262
1999	78 256	49 760	28 496	189	161	269

*) einschl. Ärztinnen und Ärzten in Rehabilitationseinrichtungen und ohne ärztliche Tätigkeit - **) Quelle: Register der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, zitiert nach: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd), im WWW unter <http://www.loegd.nrw.de>

einzustufen. Obwohl der Anstieg der Zahl der Ärztinnen im Kammerbezirk Westfalen-Lippe stärker war (Index 290) als im Kammerbezirk Nordrhein (Index 256), lag 1999 der Frauenanteil im Kammerbezirk Nordrhein mit 37,6 % etwas über dem des Kammerbezirks Westfalen-Lippe mit 34,9 %.

Die von den Ärztekammern ausgewiesenen Zahlen sind jedoch nur eingeschränkt aussagefähig, weil sie auch Ärztinnen und Ärzte einschließen, die diesen Beruf nicht ausüben. Darunter fallen insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die aus Altersgründen nicht mehr berufstätig sind oder eine andere Tätigkeit ausüben, sowie arbeitslose Ärztinnen und Ärzte und solche, die vorübergehend nicht

Abb. 3.2 **Ärztinnen und Ärzte**
1980=100 **am 31. Dezember 1980 - 1999*)**



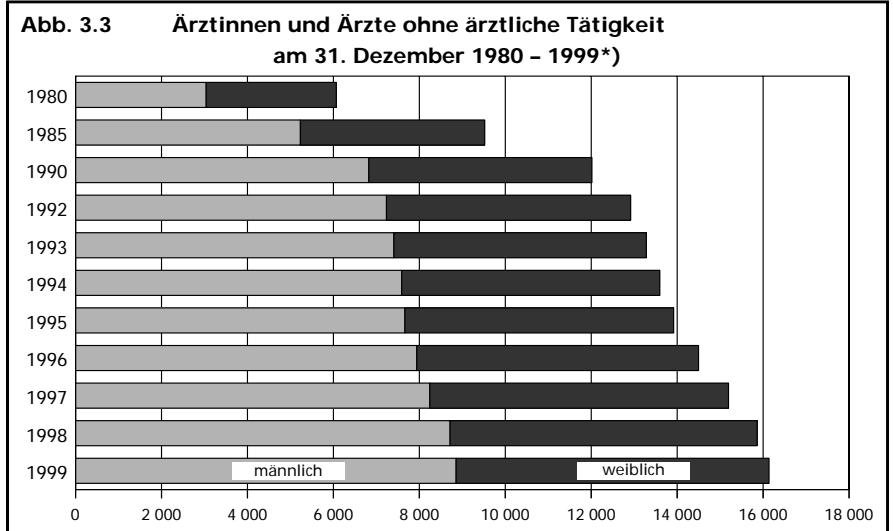
*) Quelle: Register der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, zitiert nach: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd), im WWW unter <http://www.loegd.nrw.de>

erwerbstätig sind, z. B. wegen Erziehungsurlaubs. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die diesen Beruf nicht ausüben, hat sich zwischen 1980 (6 067) und 1999 (16 100) nahezu verdreifacht (Abb. 3.3). Ein Teil des Anstiegs der Ärztezahlen ist somit auf einen wachsenden Anteil von Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen, die diesen Beruf nicht ausüben. Noch 1980 lag der Anteil der nicht berufstätigen Ärztinnen und Ärzte bei 14,6 %. Dieser Wert stieg kontinuierlich an und erreichte 1999 20,6 %. Somit stieg die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte langsamer als die der Ärztinnen und Ärzte insgesamt. Für 1999 ergab sich für berufstätige Ärztinnen und Ärzte ein Indexwert (1980 = 100) von 176 im Vergleich zu 189 für Ärztinnen und Ärzten insgesamt.

Deutlich ausgeprägt sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Zwischen 1980 und 1999 ist der Anteil der Ärzte, die ihren Beruf nicht ausüben, von 9,9 % auf 17,8 % gestiegen. Dies dürfte vor allem auf demographische Gründe zurück zu führen sein, da in den aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Jahrgängen der Männeranteil deutlich höher ist als in den jüngeren Alterskohorten. Der Anteil der Ärztinnen, die ihren Beruf nicht ausübten, lag 1980 mit 28,5 % fast um das dreifache höher als bei Männern. Bis in die Mitte der 90er-Jahre war ein leichtes Absinken dieses Anteils zu beobachten, danach stieg er wieder leicht an.

Differenziert nach den Tätigkeitsbereichen ist das Krankenhaus der wichtigste Einsatzort von Ärztinnen und Ärzten. 1980 war etwas mehr als die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus eingesetzt. Bis 1992 stieg dieser Anteil noch leicht an und fiel dann 1993 wieder auf 50,9 % und blieb dann relativ stabil (s. Tab. 3.2). Seit 1997 war der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte wieder rückläufig. 1999 übten 48,8 % der Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf im Krankenhaus aus.

Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in freien Praxen tätig waren, ging zwischen 1980 und 1999 etwas



*) Quelle: Register der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, zitiert nach: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd), im WWW unter <http://www.loegd.nrw.de>

3.2 Ärztinnen und Ärzte am 31. Dezember 1980 – 1999 nach Art der Tätigkeit*)

Jahr	Ärztinnen und Ärzte						
	insgesamt	davon				sonstige ärztliche Tätigkeit	
		im Krankenhaus ¹⁾		in freier Praxis		Anzahl	%
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Insgesamt							
1980	35 362	17 757	50,2	15 074	42,6	2 531	7,2
1985	41 141	20 706	50,3	16 568	40,3	3 867	9,4
1990	49 984	25 960	51,9	18 454	36,9	5 570	11,1
1992	53 985	28 178	52,2	19 857	36,8	5 950	11,0
1993	55 697	28 361	50,9	21 589	38,8	5 747	10,3
1994	57 076	29 074	50,9	22 053	38,6	5 949	10,4
1995	58 464	29 824	51,0	22 426	38,4	6 214	10,6
1996	59 720	30 617	51,3	22 801	38,2	6 302	10,6
1997	60 488	29 685	49,1	23 181	38,3	7 622	12,6
1998	61 311	29 967	48,9	23 817	38,8	7 527	12,3
1999	62 118	30 304	48,8	24 250	39,0	7 564	12,2
männlich							
1980	27 783	13 651	49,1	12 393	44,6	1 739	6,3
1985	31 300	15 344	49,0	13 457	43,0	2 499	8,0
1990	35 612	17 896	50,3	14 625	41,1	3 091	8,7
1992	37 627	18 873	50,2	15 526	41,3	3 228	8,6
1993	38 409	18 852	49,1	16 485	42,9	3 072	8,0
1994	38 886	19 076	49,1	16 730	43,0	3 080	7,9
1995	39 524	19 414	49,1	16 915	42,8	3 195	8,1
1996	40 091	19 797	49,4	17 079	42,6	3 215	8,0
1997	40 385	19 475	48,2	17 255	42,7	3 655	9,1
1998	40 621	19 591	48,2	17 443	42,9	3 587	8,8
1999	40 904	19 736	48,2	17 507	42,8	3 661	9,0
weiblich							
1980	7 579	4 106	54,2	2 681	35,4	792	10,4
1985	9 841	5 362	54,5	3 111	31,6	1 368	13,9
1990	14 372	8 064	56,1	3 829	26,6	2 479	17,2
1992	16 358	9 305	56,9	4 331	26,5	2 722	16,6
1993	17 288	9 509	55,0	5 104	29,5	2 675	15,5
1994	18 190	9 998	55,0	5 323	29,3	2 869	15,8
1995	18 940	10 410	55,0	5 511	29,1	3 019	15,9
1996	19 629	10 820	55,1	5 722	29,2	3 087	15,7
1997	20 103	10 210	50,8	5 926	29,5	3 967	19,7
1998	20 690	10 376	50,1	6 374	30,8	3 940	19,0
1999	21 214	10 568	49,8	6 498	30,6	4 148	19,6

*) Quelle: Register der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, zitiert nach: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd), im WWW unter <http://www.loegd.nrw.de> – 1) einschl. Rehabilitationseinrichtungen

zurück. 1980 waren 42,6 % der Ärztinnen und Ärzte in einer freien Praxis tätig, 1999 waren es 39,0 %. Zwischen 1980 und 1992 ging dieser Anteil besonders stark zurück, zwischen 1996 und 1999 war wieder ein leichtes Ansteigen zu beobachten. Der Anteil der sonstigen ärztlichen Tätigkeiten stieg zwischen 1980 und 1999 von 7,2 % auf 12,2 %.

Von den Ärztinnen (54,2 %) war 1980 noch ein größerer Teil im Krankenhaus tätig als von den Ärzten (49,1 %). Im Zeitverlauf stieg zunächst der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen, von 1996 auf 1997 ging er von 55,1 % auf 50,8 % deutlich zurück. 1999 lag der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen noch bei 49,8 % und somit nur wenig über dem entsprechenden Anteil von Ärzten im Krankenhaus (48,2 %). Frauen üben häufiger sonstige ärztliche Tätigkeiten aus als Männer. 1999 traf dies auf 19,6 % der Frauen zu, im Gegensatz zu 9,0 % der Männer.

In freier Praxis sind Ärzte in einem höheren Anteil vertreten als Ärztinnen. In den 80er-Jahren war bei den Ärztinnen der Anteil der in freier Praxis Tätigen deutlich rückläufig. 1980 waren 35,4 % der Ärztinnen in freier Praxis tätig, 1990 waren es nur noch 26,6 %. Danach waren wieder moderate Steigerungen zu verzeichnen. 1999 lag der Anteil der Ärztinnen in freier Praxis bei 30,6 % im Vergleich zum entsprechenden Anteil von 42,8 % bei den Ärzten. Somit ist die Zahl der Ärztinnen zwar überproportional gestiegen, in dem lukrativen Einkommensbereich der freien Praxen ist ihr Anteil jedoch stärker als bei ihren männlichen Kollegen zurückgegangen.

Auch die Zahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist seit 1980 erheblich gestiegen. 1980 belief sie sich (einschließlich der nicht zahnärztlich Tätigen) auf 10 100, 1999 waren es bereits 15 900, dies entspricht einem Indexwert (1980 = 100) von 158 (s. Tab. 3.3). Die Zahl der behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte war zwischen 1980 und 1999 von 8 407 auf 12 300 ebenfalls deutlich gestie-

3.3 Zahnärztinnen und Zahnärzte am 31. Dezember 1980 - 1999 nach Art der Tätigkeit*)

Jahr	Zahnärztinnen und Zahnärzte					
	insgesamt	darunter behandelnd tätig		insgesamt	darunter behandelnd tätig	
		zusammen	darunter in eigener Praxis		zusammen	in eigener Praxis
	Anzahl			1980 = 100		
Insgesamt						
1980	10 079	8 407	6 645	100	100	100
1985	10 908	8 686	7 158	108	103	108
1990	13 375	10 193	8 030	133	121	121
1995	15 314	11 856	9 380	152	141	141
1996	15 421	12 042	9 487	153	143	143
1997	15 671	12 227	9 702	155	145	146
1998	15 997	12 282	9 776	159	146	147
1999	15 938	12 321	10 099	158	147	152
männlich						
1980	7 832	6 736	5 513	100	100	100
1985	.	.	.	.	.	.
1990	9 907	7 790	6 433	126	116	117
1995	10 901	8 611	7 160	139	128	130
1996	10 930	8 700	7 235	140	129	131
1997	11 010	8 732	7 344	141	130	133
1998	11 118	8 703	7 382	142	129	134
1999	11 036	8 660	7 491	141	129	136
weiblich						
1980	2 247	1 671	1 132	100	100	100
1985	.	.	.	.	.	.
1990	3 468	2 403	1 597	154	144	141
1995	4 413	3 245	2 220	196	194	196
1996	4 491	3 342	2 252	200	200	199
1997	4 661	3 495	2 358	207	209	208
1998	4 879	3 579	2 394	217	214	211
1999	4 902	3 661	2 608	218	219	230

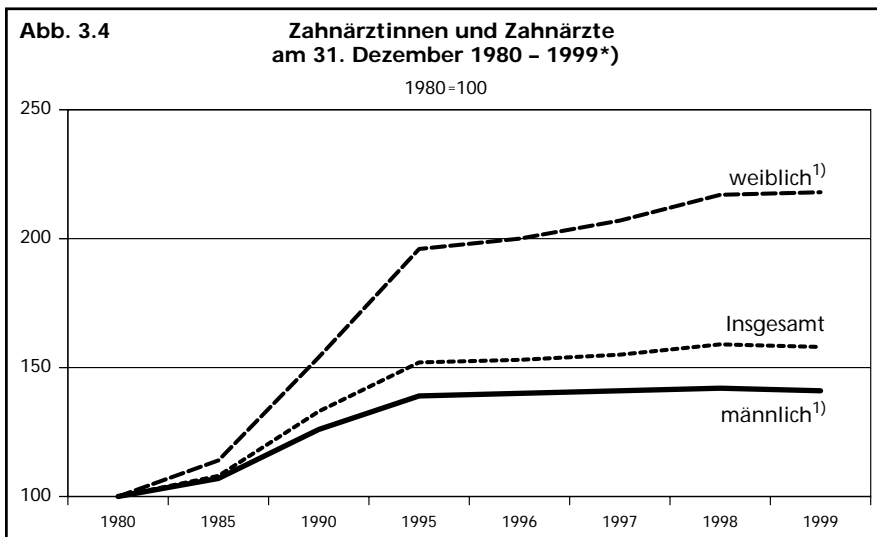
*) Quelle: 1980 - 1998: Bundeszahnärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärzte e. V.), zitiert nach: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, im WWW unter <http://www.gbe-bund.de>; 1999: Bundeszahnärztekammer

gen. Dies entspricht einem Indexwert von 147. Somit war der Anstieg bei den behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzten etwas niedriger als bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten insgesamt. In etwas höherem Maße als die Zahl der behandelnden stieg die der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte (Indexwert 1999 = 152). 1980 waren es 6 645 und 1999 bereits 10 100.

Die Zahl der Zahnärztinnen hat sich zwischen 1980 und 1999 von 2 247 auf 4 902 mehr als verdoppelt (Indexwert 1999 = 218), gleiches gilt auch für die behandelnden Zahnärztinnen (von 1 671 auf 3 661, Indexwert 1999 = 219) und die niedergelassenen Zahnärztinnen (von 1 132 auf 2 608, Indexwert 1999 = 230). Im Vergleich hierzu ist die Zahl der Zahnärzte geringer gestiegen. Insbesondere bei

den behandelnden Zahnärzten war der Anstieg deutlich niedriger als bei Zahnärztinnen (Indexwert 1999 = 129). Dennoch wurde auch 1999 der Zahnarztberuf weitaus öfter von Männern ausgeübt als von Frauen. 1999 waren von den 12 300 behandelnden Zahnärzten des Landes 8 660 männlich und 3 661 weiblich. Dies entspricht einem Frauenanteil von 29,7 %. Bei den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten liegt der Frauenanteil sogar nur bei 25,8 %. Obwohl auch in der Zahnmedizin die Zahl der Ärztinnen überproportional gestiegen ist, ist hier der Frauenanteil niedriger als bei den übrigen Ärztinnen und Ärzten.

Auch wenn die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre weitaus geringer war als in den 80er-Jahren,



*) Quelle: 1980 – 1998: Bundeszahnärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärzte e. V.), zitiert nach: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, im WWW unter <http://www.gbe-bund.de>; 1999: Bundeszahnärztekammer – 1) Die Werte für 1985 wurden interpoliert.

kann doch festgehalten werden, dass das Gesundheitswesen in den vergangenen 20 Jahren ein bedeutsamer Beschäftigungsmotor war. Sowohl die Zahl der abhängig Beschäftigten als auch die der Ärzte und Zahnärzte ist erheblich gestiegen. Das Beschäftigungswachstum im Gesundheitswesen liegt damit weit über dem anderer Branchen. Allerdings stellt sich die Frage, ob nicht eine Trendwende absehbar ist, wie sie sich bei den abhängig Beschäftigten des Gesundheitswesens bereits andeutet. Zwar dürfte die Umstellung des Krankenhausabrechnungsverfahrens zu einem weiteren Abbau von Personal in den nächsten Jahren führen, angesichts der demographischen Entwicklung ist es jedoch durchaus wahrscheinlich, dass die Beschäftigtenzahlen im Gesundheitswesen langfristig wieder steigen.

3.2 Erwerbstätige im Gesundheitswesen und davon abhängigen Branchen

Neben dem direkten Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens werden auch Arbeitsplätze in Branchen geschaffen, die indirekt vom Gesundheitswesen abhängig sind. In erster Linie gilt dies für die Herstellung pharmazeutischer Produkte und medizinischer Geräte. Darüber hinaus ist das Gesundheitswesen Nachfrager von diversen Produkten aus den unterschiedlichsten Produktionsbereichen, wie Baumaßnah-

men⁵⁾, Spezialkleidung, Laborausrüstungen etc., die in Sammelkategorien von Produktgruppen eingehen, statistisch jedoch nicht einzeln erfasst werden. Auch über Randbereiche des Gesundheitswesens, wie Selbsthilfegruppen, gemeinnützige Organisationen, Kurkliniken, medizinische Verlage etc., liegen keine Statistiken vor. Folglich geht der Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens weit über die im Folgenden beschriebenen Bereiche hinaus.

3.2.1 Erwerbstätige im unmittelbaren Gesundheitswesen und in Gesundheitsdienstberufen

Die Definition des Gesundheitswesens ist in der wirtschaftssystematischen Gliederung der amtlichen Statistik relativ eng gefasst. Sie schließt Arzt- und Zahnarztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Praxen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern, Masseurinnen und Masseuren etc. sowie das Rettungswesen ein. Bereits nach dieser engen Definition des Gesundheitswesens ergibt sich für 1999 eine Zahl von 505 000 Erwerbstätigen in NRW⁶⁾. Dies entspricht 6,7 % aller Erwerbstätigen. Apotheken, das Augenoptiker- oder Orthopädiemechanikerhandwerk u. a.

5) Sendler (1996) schätzt die Investitionen für Baumaßnahmen im Krankenhausbereich auf 10 Mrd. DM jährlich. – 6) Ergebnisse des Mikrozensus im April 1999

werden nach dieser Abgrenzung nicht zum unmittelbaren Gesundheitswesen gezählt, sondern dem Einzelhandelsbereich zugerechnet. Wenn der Gesamtbeschäftigungseffekt des Gesundheitswesens errechnet wird, müssen diese Gruppen jedoch einbezogen werden.

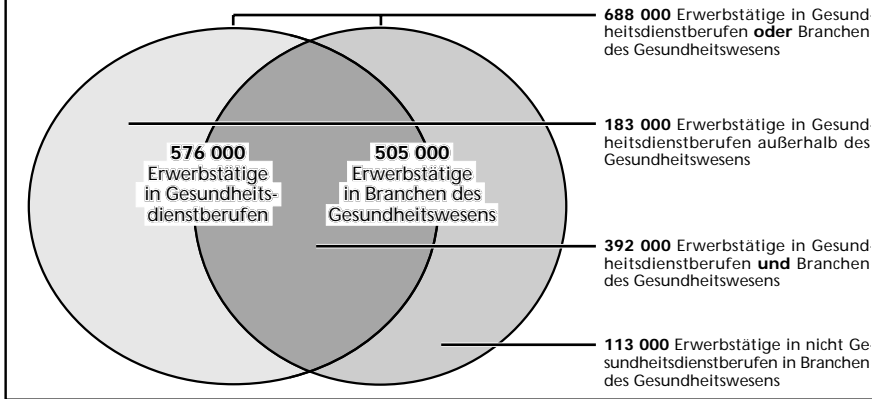
Eine weitere Abgrenzungsmöglichkeit des Gesundheitswesens besteht über die Berufssystematik, die es erlaubt, die Gesundheitsdienstberufe zu isolieren. Nach einer engen Abgrenzung der Gesundheitsdienstberufe ergibt sich die gleiche Zahl von Erwerbstätigen wie für das Gesundheitswesen: 505 000 Personen. Wird jedoch die erweiterte Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes (1998) verwendet, die auch die Altenpflegeberufe einschließt, waren 1999 576 000 Personen in Gesundheitsdienstberufen beschäftigt. Dies entspricht 7,6 % der Erwerbstätigen.

Die Abgrenzung des Gesundheitswesens nach der Wirtschaftssystematik und der Gesundheitsdienstberufe nach der Berufssystematik ist nicht deckungsgleich:

- Innerhalb der Branchen des Gesundheitswesens sind auch Berufsgruppen beschäftigt, die keinen Gesundheitsdienstberuf ausüben, beispielsweise Verwaltungsangestellte in Kliniken.
- Nicht alle in Gesundheitsdienstberufen Tätige sind in Branchen beschäftigt, die wirtschaftssystematisch dem Gesundheitswesen zugerechnet werden, beispielsweise Apothekerinnen und Apotheker oder Ärztinnen und Ärzte in Forschungseinrichtungen.

Von den Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen sind 68,1 % im Gesundheitswesen tätig und von den Erwerbstätigen im Gesundheitswesen arbeiten 77,6 % in Gesundheitsdienstberufen. Werden beide Abgrenzungsmöglichkeiten zusammen betrachtet, so ergibt sich ein Gesamtbeschäftigungseffekt von 688 000 Personen, die entweder einen Gesundheitsdienstberuf ausüben oder in einer Branche des Gesundheitswesens tätig sind.

Abb. 3.5 Erwerbstätige in den Gesundheitsdienstberufen*) und in den Branchen des Gesundheitswesens) im April 1999***)**



*) nach der Klassifizierung der Berufe, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Ausgabe 1992 – **) nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Ausgabe 1993 (WZ 93) – ***) Ergebnisse des Mikrozensus

Beide Abgrenzungsmöglichkeiten werden im Folgenden verwendet:

- Wenn es darum geht, Qualifikation, Verdienst oder Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen des Gesundheitswesens zu beschreiben, erfolgt die Abgrenzung über die Berufssystematik, da die Besonderheiten der Gesundheitsdienstberufe untersucht werden und nicht die Arbeitsbedingungen von Verwaltungsangestellten im Gesundheitswesen.
- Wenn es jedoch um die Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens geht, erfolgt die Abgrenzung über die Branchen, da Verwaltungsangestellte und sonstige Erwerbstätige, die im Gesundheitswesen tätig sind, unmittelbar von diesen abhängen.

Pharmakonzern Europas. Trotz eines enormen Gewinnzuwachses im Bereich Gesundheit und nach eigenen Angaben⁷⁾ einem weltweiten Umsatz von 8,4 Milliarden EUR im Bereich Gesundheit 1999 ist dieser für den Bayer-Konzern nicht das Hauptbetätigungsfeld. Umsatzstärker war das Arbeitsgebiet Polymere (8,9 Milliarden EUR Umsatz), hinzu kommen die Bereiche Landwirtschaft (3,1 Milliarden EUR Umsatz) und Chemie (2,1 Milliarden EUR Umsatz). Soll nun der Beschäftigungseffekt des Pharmabereiches für NRW errechnet werden, ergibt sich das Problem, dass der Bayer-Konzern als Ganzes wirtschaftssystematisch der „Chemischen Industrie“ zugerechnet wird und somit der wichtigste Pharmahersteller in NRW nicht als solcher in Erscheinung treten würde⁸⁾.

7) Diese Angaben wurden dem Aktionärsbrief 2000 des Bayer-Konzerns entnommen, im WWW unter <http://www.investor.bayer.de>. – 8) Ein weiteres Problem bei dieser Betrachtungsweise ist, dass bereits durch kleinere Verschiebungen in der Produktpalette von Betrieben, diese anderen Wirtschaftszweigen zugeordnet werden. Dies kann zu erheblichen Sprüngen in der Statistik führen. Beispielsweise stieg die Zahl der Beschäftigten in der Pharmaindustrie zwischen 1997 und 1998 von 13 200 auf 38 400 durch Umgruppierungen von Betrieben.

Um dies zu vermeiden wird im Folgenden nicht das Hauptbetätigungsfeld der Firmen betrachtet, sondern nur die fachlichen Betriebsteile, die sich tatsächlich mit der Pharmaproduktion beschäftigen. Der Nachteil dieser Betrachtungsweise liegt darin, dass die Beschäftigten im Verwaltungsbereich unberücksichtigt bleiben und nur die unmittelbar im Pharmabereich Beschäftigten einbezogen werden. Dennoch erscheint dies angemessener als die Betrachtung der Betriebshauptkomponenten, bei der es sowohl zu einer Über- als auch Unterschätzung der Beschäftigtenzahl in der Pharmaindustrie kommen kann. Um entsprechende Differenzierungen vornehmen zu können, wird hier, abweichend von den sonstigen Darstellungen, die überwiegend auf dem Mikrozensus basieren, auf die Statistik des „Produzierenden Gewerbes“ zurückgegriffen, die Betriebe mit einer Größe von im Allgemeinen 20 und mehr Beschäftigten erfasst.

1995 waren 25 400 Personen⁹⁾ in 68 Betrieben, die pharmazeutische Produkte herstellen, beschäftigt. Während die Zahl der Betriebe bis 1999 in etwa gleich blieb (67), ging die Zahl der Beschäftigten im pharmazeutischen Bereich zurück und lag 1999 bei 23 600 (s. Tab. 3.4). Auf den Umsatz wirkte sich der Beschäftigungsrückgang nicht negativ aus. Dieser stieg zwischen 1995 und 1999 von 7,0 Milliarden DM auf 8,1 Milliarden DM¹⁰⁾.

9) In dieser Zahl sind nur die Personen enthalten, die tatsächlich in der Produktion pharmazeutischer Produkte tätig sind, Verwaltungskräfte etc. gehen in diese Betrachtung nicht ein. – 10) Diese Angaben beziehen sich lediglich auf Umsätze von in NRW ansässigen Betriebsteilen. Bei Unternehmen mit Firmensitz in NRW werden nur die Betriebsteile gezählt, die innerhalb von NRW liegen.

3.2.2 Vom Gesundheitswesen abhängige Arbeitsplätze

3.2.2.1 Produktion – Pharmaindustrie und medizintechnische Industrie

Es ist offensichtlich, dass die Pharmaindustrie unmittelbar vom Gesundheitswesen profitiert. Allerdings ist der Beschäftigungseffekt, der sich durch die Pharmaindustrie ergibt, nur näherungsweise zu bestimmen. Pharmaunternehmen sind vielfach nicht ausschließlich im Pharmabereich tätig, wodurch sich Zuordnungsprobleme ergeben. Dies lässt sich am Beispiel des Bayer-Konzerns verdeutlichen: Bayer ist der größte

Jahr	Betriebsteile für die Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen		
	Anzahl ¹⁾	Beschäftigte ¹⁾	Gesamtumsatz in 1 000 DM ²⁾
1995	68	25 415	7 021 176
1996	71	25 399	7 122 738
1997	69	24 066	7 253 781
1998	66	23 641	7 606 157
1999	67	23 598	8 084 171

*) Betriebe mit im Allgemeinen 20 und mehr tätigen Personen – 1) im Jahresmittel – 2) Jahressumme

Der Bereich der Medizintechnik umfasst sämtliche medizinische Geräte und orthopädische Vorrichtungen. Die Produktpalette reicht von Röntgen-, Bestrahlungs- und Dialysegeräten bis zu künstlichen Gelenken, Prothesen und Zahnarztstühlen. In diesem breit gefächerten Gebiet waren 1999 laut Mikrozensus 21 600 Personen beschäftigt, so dass sich in den beiden wichtigsten Bereichen des Produzierenden Gewerbes, die vom Gesundheitswesen abhängen, ein Beschäftigungsvolumen von 45 200 Arbeitsplätzen ergibt.

3.2.2.2 Handel mit pharmazeutischen und medizintechnischen Produkten

Der Bereich Handel umfasst in erster Linie die Apotheken, die ein wichtiges Glied in der medizinischen Versorgung darstellen. 1999 gab es in NRW 4 996 Apotheken (s. Tab. 3.5). In diesen waren 11 300 Apothekerinnen und Apotheker beschäftigt, darunter 6 683 Frauen. Dies entspricht einem Frauenanteil von 59,3 %. Somit ist der Apothekerberuf der einzige akademische Gesundheitsdienstberuf, in dem mehr Frauen als Männer beschäftigt sind. Neben den Apothekerinnen und Apothekern sind weitere 17 200 Personen in Apotheken beschäftigt, so dass der Gesamtbeschäftigungseffekt der Apotheken bei 28 500 Arbeitsplätzen liegt.

Auch für den Handelsbereich gilt, dass sich der Handel mit Gesundheitsgütern kaum eingrenzen lässt. Nahezu jeder Supermarkt hat Vitamintabletten und gesundheitsfördernde und -erhaltende Produkte im Angebot, so dass davon ausgegangen werden kann, dass der Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens im Handel weitaus größer ist,

als es sich in der Zahl der Erwerbstätigen in Apotheken niederschlägt.

3.2.3 Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens in zentralen Bereichen

In den enger eingrenzenden Bereichen des Gesundheitswesens in NRW waren 1999 rund 578 600 Frauen und Männer beschäftigt:

- Hiervon entfielen 505 000 auf das unmittelbare Gesundheitswesen,
- 45 200 auf den Bereich Pharmazie und Medizintechnik und
- 28 500 auf Erwerbstätige in Apotheken.

Es ist jedoch offensichtlich, dass der Beschäftigungseffekt des Gesundheitswesens weit über diese Kernbereiche hinausgeht. Dies verdeutlicht auch die in Kapitel 3.2.1 ermittelte Zahl von 688 000 Personen, die entweder im Gesundheitswesen (Branchenabgrenzung) oder in einem Gesundheitsdienstberuf (Berufsabgrenzung) tätig waren. Eine detaillierte statistische Abgrenzung aller Güter, Produkte und Dienstleistungen, die direkt oder indirekt der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dienen, ist nicht möglich, weil bestimmte Produktbereiche nicht zuordenbar sind. Beispielsweise können Laborausrüstungen im Medizinbereich eingesetzt werden, aber auch in der chemischen Industrie oder im Analysebereich, z. B. von Nahrungsmitteln.

Neben dieser Untererfassung von Spezialprodukten wird in Branchen des Gesundheitswesens eine ganze Palette alltäglicher Güter und Dienstleistungen nachgefragt, beispielsweise im Reinigungs- oder Kan-

tinienbereich, aber auch im Bereich der Investitionsgüter. Des Weiteren gibt es eine Reihe von Betrieben, die sich auf Dienstleistungen im Medizinbereich spezialisiert haben, beispielsweise Büros für Krankenkassenabrechnungen, medizinische Verlage etc. Weiterhin gibt es keine Daten darüber, wie viele Personen in gemeinnützigen, im Gesundheitsbereich aktiven Organisationen tätig sind. Werden diese Größen in Betracht gezogen, so kann die Schätzung der Landesgesundheitskonferenz NRW 1997 von 800 000 Arbeitsplätzen, die direkt oder indirekt vom Gesundheitswesen abhängen, durchaus als realistisch angesehen werden.

3.3 Struktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen

Innerhalb der Gesundheitsdienstberufe sind Erwerbstätige in den Pflegeberufen die größte Gruppe (s. Tab. 3.6). Sie stellen nahezu die Hälfte der im Gesundheitswesen Tätigen (46,5 %). Zweitwichtigster Beschäftigungsbereich sind die unterstützenden Berufe (20,8 %), gefolgt von den akademischen Berufen (15,1 %).

Assistentinnen und Assistenten weisen mit 36,0 % den höchsten Anteil von Teilzeiterwerbstätigen auf. Auch in den unterstützenden Berufen (33,5 %) und den Pflegeberufen (31,4 %) ist ihr Anteil überdurchschnittlich, während er in den akademischen Berufen mit 13,1 % deutlich unter dem Durchschnitt von 28,2 % in den Gesundheitsdienstberufen liegt. Insgesamt ist der Anteil der Teilzeiterwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen deutlich über dem in allen anderen Berufen (19,3 %). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente¹¹⁾ liegt das Beschäftigungspotenzial der Gesundheitsdienstberufe bei 490 000 Personen.

Der wesentliche Grund für die höhere Teilzeitbeschäftigung im Gesund-

Jahr	Apotheken ¹⁾	Erwerbstätige			
		insgesamt	Apothekerinnen und Apotheker		sonstiges Personal
			zusammen	weiblich	
1997	5 022	28 656	11 051	6 397	17 605
1998	5 012	28 375	11 269	6 632	17 106
1999	4 996	28 464	11 273	6 683	17 191

*) Quelle: Register der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, zitiert nach: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd), im WWW unter <http://www.ioegd.nrw.de> - 1) öffentliche Voll- und Zweigapotheken, einschl. Krankenhaus- und Notapotheken

¹¹⁾ Die Vollzeitäquivalente wurden so berechnet, dass die Teilzeitstunden aufsummiert und durch 38,5 Stunden (durchschnittliche wöchentliche Vollarbeitszeit) geteilt wurden. Die Summe aus Vollzeiterwerbstätigen und Vollzeitäquivalenten der Teilzeiterwerbstätigen ergibt das Vollzeitäquivalent aller Erwerbstätigen.

3.6 Erwerbstätige im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*)						
Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	1 000	%	1 000	%	1 000	%
Akademische Berufe ¹⁾	87	15,1	54	40,7	33	7,5
Pflegeberufe ²⁾	268	46,5	45	34,1	223	50,2
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	68	11,8	26	19,6	42	9,5
Assistenzberufe ⁴⁾	29	5,0	2	1,5	27	6,1
Unterstützende Berufe ⁵⁾	120	20,8	2	1,6	118	26,5
Gesundheitssichernde Berufe ⁶⁾	4	0,7	3	2,5	1	0,1
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	576	100	132	100	444	100
Nicht Gesundheitsdienstberufe	6 987	x	4 292	x	2 694	x

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) Gesundheitsingenieurinnen/-ingenieure, Gesundheitstechniker/-innen

3.7 Erwerbstätige im April 1999 nach Arbeitszeitumfang und Berufsgruppen*)						
Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	insgesamt		Teilzeit erwerbstätig		Vollzeit- äquivalente der Erwerbs- tätigen insgesamt ⁷⁾	
	1 000	%	1 000	%		1 000
Akademische Berufe ¹⁾	87	15,1	11	13,1	81	
Pflegeberufe ²⁾	268	46,5	84	31,4	225	
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	68	11,8	16	23,1	60	
Assistenzberufe ⁴⁾	29	5,0	10	36,0	24	
Unterstützende Berufe ⁵⁾	120	20,8	40	33,5	97	
Gesundheitssichernde Berufe ⁶⁾	4	0,7	1	20,5	3	
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	576	100	163	28,2	490	
Nicht Gesundheitsdienstberufe	6 987	100	1 349	19,3	6 235	

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) Gesundheitsingenieurinnen/-ingenieure, Gesundheitstechniker/-innen – 7) Summe aus den Vollzeitäquivalenten der Teilzeiterwerbstätigen (aufsummierte Teilzeitzstunden dividiert durch die durchschnittliche wöchentliche Vollarbeitszeit von 38,5 Stunden) und den Vollzeiterwerbstätigen entsprechender Berufsgruppen zusammen

heitswesen liegt in dem hohen Frauenanteil in diesem Erwerbsbereich¹²⁾ (Abb. 3.2). Die Gesundheitsdienstberufe sind ein wichtiges Betätigungsfeld für Frauen: 14,1 % aller erwerbstätigen Frauen üben einen Gesundheitsdienstberuf aus. Für die Berufstätigkeit von Männern haben Gesundheitsdienstberufe eine wesentlich geringere Bedeutung: nur 3,0 % üben einen Gesundheitsdienstberuf aus. Innerhalb der Gesundheitsdienstberufe sind 77,1 % aller Erwerbstätigen Frauen. Auch dies verdeutlicht die besondere Bedeutung dieser Berufe für Frauen. Außerhalb der Gesundheitsdienstberufe liegt der Frauenanteil lediglich bei 38,6 %. In bestimmten Bereichen der Gesundheitsdienstberufe liegt der Frau-

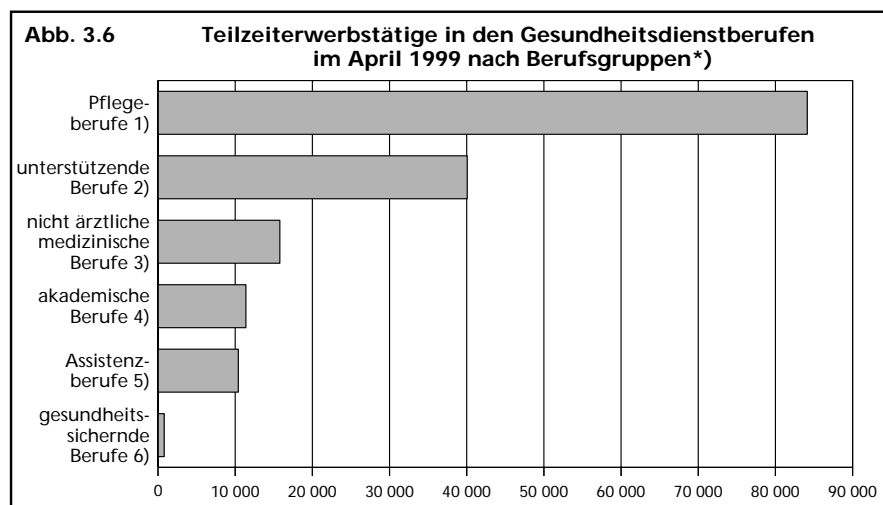
enanteil noch deutlich über dem Durchschnitt aller Gesundheitsdienstberufe. In den unterstützenden Berufen sind fast ausschließlich Frauen beschäftigt (Frauenanteil

98,3 %). Auch in den Assistenzberufen liegt der Frauenanteil mit 93,1 % sehr hoch, wie auch in den Pflegeberufen mit 83,2 %. In den akademischen Berufen liegt der Frauenanteil von 37,9 % dagegen weit unter dem Durchschnitt der Gesundheitsdienstberufe, allerdings nur geringfügig unter dem aller Berufe außerhalb des Gesundheitswesens. Dennoch muss festgehalten werden, dass der insgesamt hohe Anteil erwerbstätiger Frauen im Gesundheitswesen vor allem auf die überproportionale Frauenbeschäftigung in den unteren Hierarchieebenen zurückzuführen ist, während der Frauenanteil in akademischen Berufen unterproportional ist.

Erwerbstätige in den Gesundheitsdienstberufen sind jünger als Erwerbstätige in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen (s. Abb. 3.8):

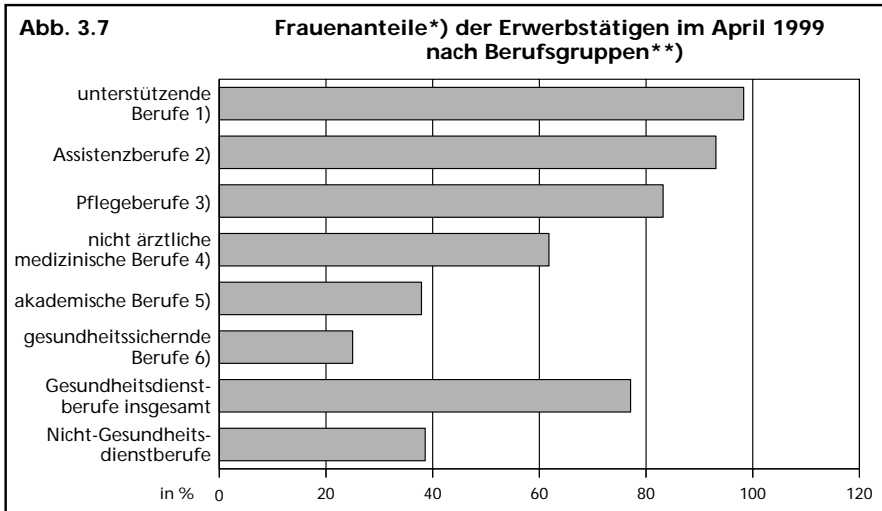
- 30,6 % sind in der Altersgruppe „16 bis 30 Jahre“, während es in Nicht-Gesundheitsdienstberufen 24,3 % sind.
- Der Anteil der über 50-Jährigen ist in den Gesundheitsdienstberufen niedriger als in allen anderen Berufen.

Eine besonders junge Altersstruktur weisen die unterstützenden Berufe auf. Mehr als die Hälfte dieser Berufsgruppe ist höchstens 30 Jahre alt. Lediglich in den akademischen Gesundheitsdienstberufen sind ältere Erwerbstätige häufiger vertreten

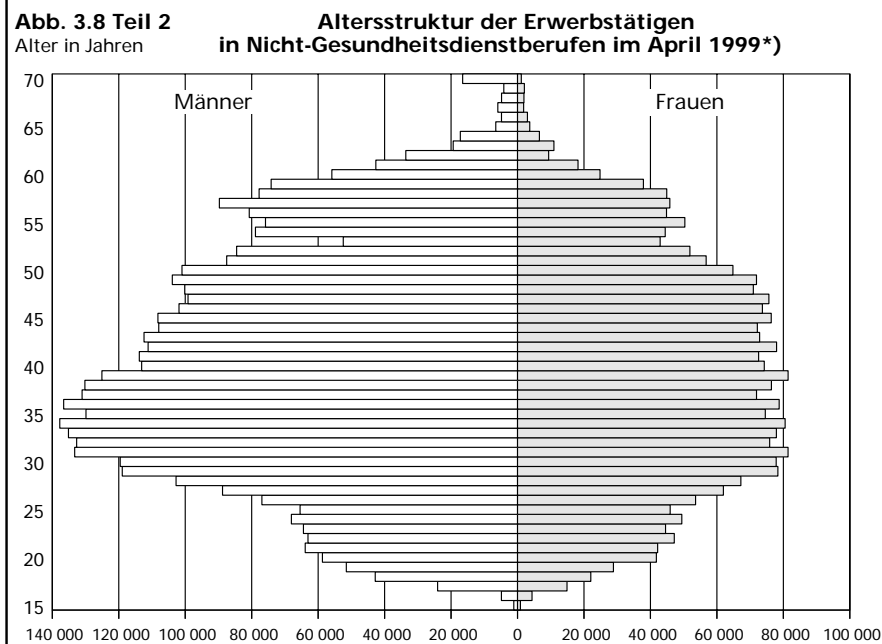
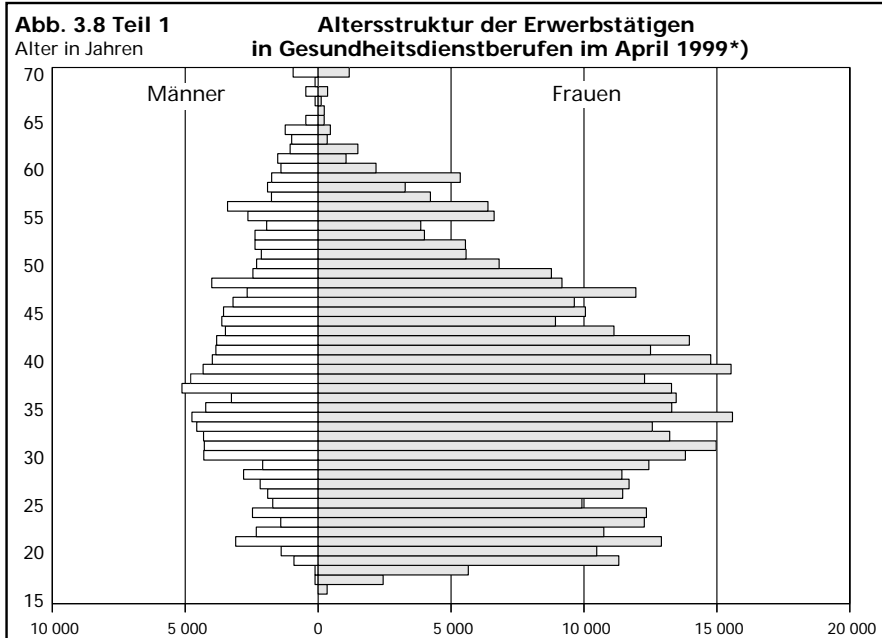


*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Kranken- und Altenpflegeberufe – 2) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 5) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 6) Gesundheitsingenieurinnen/-ingenieure, Gesundheitstechniker/-innen

12) Wegen der geringen Fallzahlen können die folgenden Differenzierungen für die gesundheitssichernden Berufe nicht vorgenommen werden.



*) absteigend innerhalb der Berufsgruppen der Gesundheitsdienstberufe sortiert - **) Ergebnisse des Mikrozensus - 1) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. - 2) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(innen) - 3) Kranken- und Altenpflegeberufe - 4) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(innen) etc. - 5) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen - 6) Gesundheitsingenieurinnen/-ingenieure, Gesundheitstechniker/-innen



*) Ergebnisse des Mikrozensus

als in den anderen Berufsgruppen. 28,7 % dieser Berufsgruppe sind über 50 Jahre alt im Vergleich zu 14,0 % aller Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen.

Das Gesundheitswesen in NRW ist keine Domäne von ausländischen Erwerbstätigen. Mit 6,2 % liegt der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer¹³⁾ deutlich niedriger als in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen (10,3 %). Zwar weisen ausländische Erwerbstätige bekannterweise eine hohe Konzentration im produzierenden Gewerbe auf, dennoch ist es überraschend, dass in den unterstützenden Berufen (z. B. Arzthelferin/-helfer, Zahnarzthelferin/-helfer), die ein wichtiges Berufsfeld von Ausländerinnen der zweiten Generation sind, der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer noch unter dem Durchschnitt der Nicht-Gesundheitsdienstberufe liegt.

Da die medizinische Versorgung der Bevölkerung eine öffentliche Aufgabe ist, kann angenommen werden, dass die Erwerbstätigen der Gesundheitsdienstberufe in großen Teilen im öffentlichen Dienst tätig sind. Dies ist jedoch nicht der Fall. Lediglich 38,8 % der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen sind im öffentlichen Dienst beschäftigt (s. Tab. 3.9). Dies sind zwar mehr als doppelt so viele als in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen, doch letztere umfassen auch das produzierende Gewerbe, in dem der öffentliche Sektor kaum eine Rolle spielt. In den einzelnen Berufsgruppen ist der Anteil des öffentlichen Dienstes jedoch unterschiedlich hoch. Der höchste Erwerbstätigenanteil im öffentlichen Dienst wird in den Pflegeberufen erreicht (63,0 %) und der niedrigste in bei den unterstützenden Berufen (6,3 %). In den nicht ärztlichen medizinischen (18,4 %) und den akademischen Berufen (26,9 %) war der Anteil des öffentlichen Dienstes unter dem Durchschnitt. In Gesundheitsdienstberufen waren Frauen (39,8 %) häufiger im öffentlichen

¹³⁾ Personen mit doppelter Staatsangehörigkeit wurden der Gruppe der Deutschen zugerechnet, sofern die deutsche Staatsangehörigkeit darunter war.

3.8 Erwerbstätige im April 1999 nach Altersgruppen, ausländischer Staatsangehörigkeit und Berufsgruppen*)
%

Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	im Alter von ... bis ... Jahren					mit ausländischer Staatsangehörigkeit
	16 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 und mehr	
Akademische Berufe ¹⁾	9,4	35,0	27,0	21,0	7,7	4,8
Pflegeberufe ²⁾	30,1	32,1	24,4	12,4	1,0	6,7
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	24,9	40,4	24,1	9,2	1,3	5,9
Assistenzberufe ⁴⁾	32,1	28,9	28,2	9,9	0,8	2,3
Unterstützende Berufe ⁵⁾	51,3	25,0	17,0	6,1	0,6	7,3
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	30,6	31,7	23,6	11,9	2,1	6,2
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	24,3	29,7	25,6	17,2	3,2	10,3

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

Dienst beschäftigt als Männer (35,6 %), dies gilt insbesondere für nicht ärztliche medizinische Berufe und Pflegeberufe.

Gesundheitsdienstberufe eröffnen vielfältige Möglichkeiten zur Selbstständigkeit. Entsprechend liegt auch der Anteil der Selbstständigen in den Gesundheitsdienstberufen mit 11,4 % etwas über dem Selbstständigenanteil in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen (9,1 %). Zwischen den einzelnen Berufsgruppen zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede. Der höchste Anteil an Selbstständigen fand sich in den akademischen Berufen, wo nahezu jeder zweite Erwerbstätige (49,6 %) selbstständig ist. Auch in den nicht ärztlichen medizinischen Berufen ist der Anteil der Selbstständigen mit 25,4 % überdurchschnittlich hoch, in allen anderen Berufsgruppen liegt der Selbstständigenanteil hingegen extrem niedrig: Pflegeberufe 1,2 %, Assistenzberufe 0,8 % und unterstützende Berufe 0,3 %. Auch differenziert nach Geschlecht lassen sich erhebliche Unterschiede erkennen. Während 30,9 % aller Männer in Gesundheitsdienstberufen selbstständig waren, galt dies nur für 5,5 % aller Frauen. Von den Männern in den akademischen Berufen waren sogar 56,0 % selbstständig, während dies nur auf 39,2 % ihrer Kolleginnen zutraf. Große Unterschiede sind auch bei den nicht ärztlichen medizinischen Berufen zu er-

kennen. Hier waren 35,4 % der Männer selbstständig, aber nur 19,2 % der Frauen.

Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (s. Tab. 3.10) sind mit einem Anteil von 9,5 % in den Gesundheitsdienstberufen etwas häufiger als in allen anderen Berufen (8,6 %). Besonders oft findet sich diese Beschäftigungsform in den unterstützenden Berufen, aber auch in den Pflegeberufen. Frauen sind häufiger geringfügig beschäftigt als Männer; dies gilt für alle Berufsgruppen mit Ausnahme der Assistenzberufe. Wie auch bei den Erwerbstätigen insgesamt ist der Anteil der geringfügig beschäftigten Frauen in den unterstützenden Berufen am größten und in den akademischen und auch in den Assistenzberufen mit einem Anteil von 5,9 % am niedrigsten.

Die Befristung von Beschäftigungsverhältnissen wird in den Gesundheitsdienstberufen weitaus öfter praktiziert als in Nicht-Gesundheitsdienstberufen. Während 18,2 % der abhängig Erwerbstätigen¹⁴⁾ in den Gesundheitsdienstberufen in einem befristeten Arbeitsverhältnis stehen, war dies in allen anderen Berufen bei 11,9 % der abhängig Erwerbstätigen der Fall. Den weitaus höchsten Anteil an den befristeten Beschäftigungsverhältnissen haben mit 35,0 % die akademischen Berufe. Nicht niedergelassene Ärztinnen und Ärzte arbeiten meist in Krankenhäusern, wo eine Befristung des Arbeitsverhältnisses, etwa für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum während der Ausbildung und Assistenzärztinnen und -ärzte, durchaus üblich ist. Lediglich bei den Assistentinnen und Assistenten liegt der Anteil der befristeten Beschäftigungsverhältnisse unter dem der Nicht-Gesundheitsdienstberufe. Mit einem Anteil von 26,3 % sind Männer deutlich öfter in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Frauen (16,5 %). Lediglich in den unterstützenden Berufen liegt der Anteil mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen bei Frauen höher als bei Männern.

Beschäftigungsstabilität ist in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit ein wichtiges Kriterium der Arbeitsplatzqualität.

¹⁴⁾ Da bei Selbstständigen keine Vertragsbefristung möglich ist, wurde diese Gruppe hier nicht betrachtet.

3.9 Erwerbstätige im öffentlichen Dienst und selbstständige Erwerbstätige im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*)
%

Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	im öffentlichen Dienst			selbstständige Erwerbstätige		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	26,9	29,0	23,6	49,6	56,0	39,2
Pflegeberufe ²⁾	63,0	58,1	64,0	1,2	1,0	1,2
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	18,4	11,1	22,8	25,4	35,4	19,2
Assistenzberufe ⁴⁾	37,5	46,6	36,8	0,8	-	0,8
Unterstützende Berufe ⁵⁾	6,3	33,8	5,8	0,3	16,4	-
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	38,8	35,6	39,8	11,4	30,9	5,5
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	18,1	15,7	21,8	9,1	11,0	6,2

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

3.10 Geringfügig und befristet Beschäftigte im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*) %

Berufsgruppe	Geringfügig Beschäftigte ⁶⁾			Befristet Beschäftigte ⁷⁾		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	4,4	3,4	5,9	35,0	37,3	32,4
Pflegeberufe ²⁾	10,0	4,9	11,0	17,5	27,1	15,6
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	6,8	2,8	8,8	13,2	14,1	12,8
Assistenzberufe ⁴⁾	8,4	8,5	5,9	10,1	11,7	10,0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	13,7	-	13,9	18,0	15,3	18,0
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	9,5	4,3	11,0	18,2	26,3	16,5
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	8,6	3,3	17,2	11,9	12,0	11,6

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) Anteil der geringfügig Beschäftigten an den Erwerbstätigen entsprechender Berufsgruppe zusammen – 7) Anteil der befristet Beschäftigten an den abhängig Erwerbstätigen entsprechender Berufsgruppe zusammen

Im Folgenden wird die Beschäftigungsstabilität untersucht anhand der Merkmale

- Arbeitslosigkeit,
- Dauer der Betriebszugehörigkeit und
- Betriebswechsel.

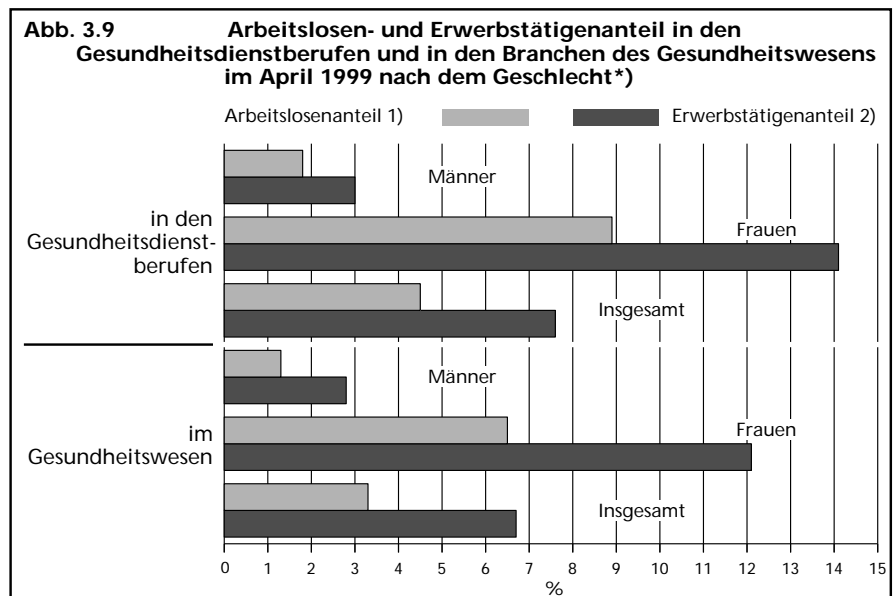
Werden Arbeitslose nach der letzten Stellung im Beruf gruppiert, so zeigt sich, dass 4,5 % der Arbeitslosen vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit in einem Gesundheitsdienstberuf tätig waren¹⁵⁾. 3,3 % waren zuletzt im Gesundheitswesen beschäftigt. Im Vergleich zu den Erwerbstätigenanteilen in Gesundheitsdienstberufen (7,6 %) bzw. dem Gesundheitswesen (6,7 %) sind diese Werte niedrig. Dies stimmt folglich mit dem erwarteten Bild überein, dass Gesundheitsdienstberufe eine vergleichsweise hohe Beschäftigungsstabilität bieten. Allerdings sind Frauen, die vor der Arbeitslosigkeit einen Gesundheitsdienstberuf ausübten, mit einem Anteil von 8,9 % an allen weiblichen Arbeitslosen in höherem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer, von denen nur 1,8 % der Arbeitslosen vorher einen Gesundheitsdienstberuf ausübten. Frauen sind jedoch mit einem Anteil von 14,1 % an allen weiblichen Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen tätig, während der entsprechende Anteil bei Männern nur 3,0% beträgt.

¹⁵⁾ Die sonst vorgenommene Untergliederung nach Gruppen von Gesundheitsdienstberufen muss wegen der niedrigen Fallzahlen von Arbeitslosen, die vorher in Gesundheitsdienstberufen tätig waren, entfallen.

Die Dauer der Betriebszugehörigkeit kann ebenfalls als Indikator der Beschäftigungsstabilität angesehen werden. Allerdings muss bei den folgenden Vergleichen das niedrigere Durchschnittsalter der Beschäftigten

rufgruppen zeigt sich, dass der Anteil derer, die über 20 Jahre im gleichen Betrieb sind, in den akademischen (13,4 %) und Assistenzberufen (12,6 %) am höchsten und den unterstützenden Berufen (5,7 %) am niedrigsten ist.

Frauen in den Gesundheitsdienstberufen weisen häufiger eine Beschäftigungsdauer bis zu fünf Jahren auf (51,3 %) als Männer (44,1 %). Erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen in den akademischen Berufen. Hier weisen 16,9 % der Männer einer Betriebszugehörigkeit von 20 und mehr Jahren auf. Bei Frauen war der entsprechende Anteil mit 7,7 % unterdurchschnittlich und nur noch in den unterstützenden Berufen (5,8 %) niedriger. 24,6 % der Frauen in den akademischen Berufen waren seit maximal



*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Anteil der Arbeitslosen, die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit in einem Gesundheitsdienstberuf bzw. im Gesundheitswesen tätig waren, an allen Arbeitslosen – 2) Anteil der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen bzw. im Gesundheitswesen an allen Erwerbstätigen

in den Gesundheitsdienstberufen beachtet werden, da jüngere Beschäftigte per se keine langen Betriebszugehörigkeiten aufweisen können. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass die Gruppe derer, die maximal fünf Jahre in einem Betrieb beschäftigt waren, bei den Gesundheitsdienstberufen (49,6 %) höher war als in den übrigen Berufen (42,8 %; s. Tab. 3.11). Folglich ist eine Beschäftigungsdauer von über 20 Jahren in den Gesundheitsdienstberufen seltener (9,7 %) als in allen anderen Berufen (18,2 %). Differenziert nach Be-

zwei Jahren an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz, bei Männern waren es 12,9 %.

Da die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede zumindest teilweise auf eine unterschiedliche Altersstruktur bzw. geburten- und erziehungsbedingte Erwerbsunterbrechungen bei Frauen zurückzuführen sein könnten, wird im Folgenden der Teil der Beschäftigten betrachtet, der innerhalb des letzten Jahres den Betrieb gewechselt hat. Bei dieser Betrachtungsweise sind die ge-

3.11 Erwerbstätige im April 1999 nach Dauer der Betriebszugehörigkeit, Betriebswechsel und Berufsgruppen*)

Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	mit einer Betriebszugehörigkeit von ... bis ... Jahren					mit Betriebswechsel vom April 1998 – 1999
	unter 2	2 – 5	6 – 10	11 – 20	21 und mehr	
Insgesamt						
Akademische Berufe ¹⁾	17,4	23,0	21,9	24,3	13,4	8,8
Pflegeberufe ²⁾	20,0	30,1	22,6	17,4	9,9	10,0
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	19,7	31,0	21,9	17,6	9,8	10,1
Assistenzberufe ⁴⁾	19,2	25,6	25,8	16,8	12,6	10,6
Unterstützende Berufe ⁵⁾	21,5	34,9	23,4	14,5	5,7	9,3
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	19,7	29,9	22,7	17,9	9,7	9,6
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	19,0	23,8	19,2	19,8	18,2	9,6
männlich						
Akademische Berufe ¹⁾	12,9	21,1	21,7	27,4	16,9	7,2
Pflegeberufe ²⁾	26,9	29,6	19,4	13,3	10,8	12,9
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	12,9	29,2	23,5	22,3	12,1	6,7
Assistenzberufe ⁴⁾	29,7	17,9	29,8	11,2	11,4	12,2
Unterstützende Berufe ⁵⁾	21,9	38,6	0	39,5	0	11,7
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	18,0	26,1	20,6	21,7	13,7	9,0
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	17,8	22,1	18,1	20,7	21,3	9,6
weiblich						
Akademische Berufe ¹⁾	24,6	26,0	22,3	19,4	7,7	11,3
Pflegeberufe ²⁾	18,7	30,3	23,2	18,2	9,7	9,4
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	23,8	32,1	20,9	14,8	8,4	12,1
Assistenzberufe ⁴⁾	18,4	26,2	25,5	17,2	12,7	10,4
Unterstützende Berufe ⁵⁾	21,5	34,8	23,8	14,1	5,8	9,2
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	20,2	31,1	23,3	16,8	8,6	9,8
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	20,8	26,6	21,0	18,2	13,4	9,7

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Sekretärinnen/-sekretäre etc.

schlechtsspezifischen Unterschiede geringer. 9,0 % der Männer und 9,8 % der Frauen hatten innerhalb eines Jahres den Betrieb gewechselt. In den akademischen Berufen lassen sich jedoch weiterhin Differenzen erkennen. Während 11,3 % der Frauen innerhalb eines Jahres den Betrieb wechselten, waren es nur 7,2 % der Männer. Insgesamt finden Betriebswechsel in Gesundheitsdienstberufen genauso oft statt wie in den übrigen Berufen zusammen (9,6 %).

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- Die Gesundheitsdienstberufe sind eine Frauendomäne, dies gilt jedoch nicht für die akademischen Berufe.
- Die Erwerbstätigen sind im Durchschnitt jünger als in allen anderen Berufen.
- Die in Gesundheitsdienstberufen Tätigen tragen ein geringes Arbeitslosigkeitsrisiko.
- Typischerweise sind Erwerbstätige des Gesundheitswesens eine kürzere Zeit im gleichen Betrieb als die übrigen Erwerbstätigen, dabei zeigen sich jedoch geschlechtsspezifische Unterschiede. Insbesondere in

den akademischen Berufen ist die Beschäftigungsstabilität bei Frauen deutlich niedriger als bei Männern.

3.4 Arbeitsbedingungen in Gesundheitsberufen

Da die medizinische Versorgung der Bevölkerung rund um die Uhr sicher gestellt sein muss, setzen viele medizinische Berufe die Verfügbarkeit des Personals zu allen Tages- und Nachtzeiten voraus¹⁶⁾. Dies schlägt sich in den Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen nieder. Sie leisten fast doppelt so oft regelmäßig Samstagsarbeit wie Erwerbstätige in Nicht-Gesundheitsdienstberufen. Dabei zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede bei den einzelnen Berufsgruppen (s. Tab. 3.12). Mit 67,1 % wird in den Pflegeberufen am häufigsten samstags gearbeitet. Von den Erwerbstätigen in akademischen Berufen leisten 34,6 % und von den Assistentinnen und Assistenten 32,0 % regelmäßig Samstagsarbeit. Lediglich bei den unterstützenden Berufen ist der Anteil der Samstagsarbeit mit 8,6 % vergleichsweise niedrig. In Gesundheitsdienstberufen sind Männer (45,1 %) etwas häufiger am Samstag im Einsatz als Frauen (41,4 %). In den akademischen Berufen und den nicht ärztlichen medizinischen Berufen wird Samstagsarbeit von Männern öfter als von Frauen geleistet. Im Bereich der Assistentinnen und Assistenten sowie den unterstützenden Berufen sind Männer nicht an Samstagen tätig, allerdings ist die Zahl der Männer in diesen Berufen sehr klein.

Sonn- und Feiertagsarbeit wird von mehr als einem Drittel der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen geleistet und somit von einem weit größeren Teil als bei den Erwerbstätigen insgesamt, von denen lediglich 9,6 % regelmäßig sonn- und feiertags arbeiten. Pflegeberufe und akademische Berufe weisen die höchsten Anteile mit Sonntagsarbeit auf. Anders als bei der Samstagsar-

¹⁶⁾ Zu den gesetzlichen Regelungen und zu neuen Arbeitszeitmodellen im Gesundheitswesen vgl. MASSKS 2000.

beit leisten Frauen zahlenmäßig häufiger Sonntagsarbeit als Männer. Dies ist auf ihre höhere Präsenz in den Pflegeberufen zurückzuführen. Zwar wird von Männern und Frauen in den Pflegeberufen in gleichem Maße sonntags gearbeitet, aber in diesem Bereich sind 83,2 % der Erwerbstätigen Frauen.

Regelmäßige Nachtarbeit (von 23 bis 6 Uhr) wird von 14,5 % der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen geleistet. Im Vergleich zu den Nicht-Gesundheitsdienstberufen (6,8 %) ist dieser Wert mehr als doppelt so hoch. Auch in Bezug auf Nachtarbeit sind die Pflegeberufe und die akademischen Berufe besonders betroffen. Differenziert nach dem Geschlecht

Die Häufigkeit von Abend- und Nachtarbeit lässt erwarten, dass Erwerbstätige in Gesundheitsdienstberufen überproportional oft im Schichtdienst tätig sind. Dies trifft zu: 24,0 % aller Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen verrichten regelmäßig Schichtdienst im Vergleich zu 9,2 % in den übrigen Berufen. (s. Tab. 3.14). Überproportional hoch ist der Anteil der Schichtdienst Leistenden in den Pflegeberufen (48,7 %), bei den akademischen Berufen ist der Anteil derer, die Schichtdienst verrichten, dagegen deutlich unter dem Durchschnitt der Gesundheitsdienstberufe. In den Gesundheitsdienstberufen arbeiten Frauen häufiger im Schichtdienst als Männer, wofür der hohe Frauenanteil in den Pflegeberufen ursächlich sein dürfte. Während jede vierte Frau in Gesundheitsdienstberufen Schichtdienst verrichtet, gilt dies bei den Nicht-Gesundheitsdienstberufen noch nicht einmal für jede zwanzigste.

3.12 Erwerbstätige mit Samstags-, Sonn- und Feiertagsarbeit im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*) %						
Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	mit regelmäßiger Samstagsarbeit ⁶⁾			mit regelmäßiger Sonn- und Feiertagsarbeit ⁷⁾		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	34,6	39,3	25,8	21,9	24,0	18,0
Pflegeberufe ²⁾	67,1	69,2	66,7	63,4	63,4	63,4
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	24,2	35,1	17,9	5,0	8,0	3,3
Assistenzberufe ⁴⁾	32,0	0	34,4	11,5	0	12,3
Unterstützende Berufe ⁵⁾	8,6	0	8,8	2,4	0	2,5
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	42,3	45,1	41,4	34,1	30,9	35,0
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	21,3	21,8	20,6	9,6	11,0	7,3

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) einschl. ständiger Samstagsarbeit (an jedem Samstag) – 7) einschl. ständiger Sonn- und Feiertagsarbeit (an jedem Sonn- und Feiertag)

Regelmäßige Abendarbeit (zwischen 18 und 23 Uhr) wird von den Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen ebenfalls häufiger erbracht als von allen anderen (s. Tab. 3.13). Erwartungsgemäß ist dies bei den Pflegeberufen und den akademischen Berufen am häufigsten der Fall. Männer arbeiten etwas häufiger abends als Frauen, insbesondere in den akademischen Berufen.

sind die Unterschiede in der Nachtarbeitsfrequenz bei den Gesundheitsdienstberufen nur gering. Um so größer sind die Unterschiede zwischen erwerbstätigen Frauen innerhalb und außerhalb der Gesundheitsdienstberufe: während erstere zu 14,4 % regelmäßig nachts arbeiten, sind es bei letzteren nur 2,6 %.

Vielfach wird in der Öffentlichkeit das Bild vermittelt, dass den Erwerbstätigen des Gesundheitswesens eine hohe Arbeitszeitflexibilität und die Bereitschaft zur Leistung von Überstunden abverlangt wird. Das hohe Maß an Arbeitszeitflexibilität konnte mit den vorangegangenen Tabellen belegt werden, eine besondere Häufung von Überstunden in den Gesundheitsdienstberufen lässt sich dagegen auf den ersten Blick nicht feststellen. Allerdings lassen sich Überstunden im Mikrozensus nur unbefriedigend abbilden, da nur nach der tatsächlichen Arbeitszeit in der Berichtswoche und der normalerweise geleisteten Arbeitszeit pro Woche gefragt wird. Letztere kann jedoch bereits Überstunden enthalten. Die folgenden Prozentwerte beziehen sich somit auf diejenigen, deren tatsächliche Arbeitszeit über der normalerweise geleisteten liegt. Nach dieser Betrachtungsweise leisten 9,9 % der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen Überstunden und somit ein etwas kleinerer Teil als in allen anderen Berufen (s. Tab. 3.15). Überstunden werden vor allem in den akademischen Berufen erbracht. Hier liegt der Anteil derer, die Überstunden leisten, bei 17,8 %.

3.13 Erwerbstätige mit Abend- und Nachtarbeit im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*) %						
Berufsgruppe	Erwerbstätige					
	mit regelmäßiger Abendarbeit ⁶⁾			mit regelmäßiger Nachtarbeit ⁷⁾		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	34,4	36,2	31,0	14,5	15,0	13,4
Pflegeberufe ²⁾	56,4	59,3	55,9	25,8	28,1	25,4
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	20,3	21,9	19,3	1,3	0	2,0
Assistenzberufe ⁴⁾	14,0	0	15,0	4,7	0	5,0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	9,3	0	9,5	0,5	0	0,5
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	36,2	37,5	35,7	14,5	14,9	14,4
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	17,9	20,5	13,6	6,8	9,5	2,6

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) zwischen 18 und 23 Uhr, einschl. ständiger Abendarbeit (an jedem Arbeitstag) – 7) zwischen 23 und 6 Uhr, einschl. ständiger Nachtarbeit (an jedem Arbeitstag)

3.14 Erwerbstätige mit Schichtarbeit im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*)			
Berufsgruppe	Erwerbstätige mit Schichtarbeit		
	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	7,1	6,7	7,9
Pflegeberufe ²⁾	48,7	56,0	47,4
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	0,8	0	1,3
Assistenzberufe ⁴⁾	7,0	17,0	6,3
Unterstützende Berufe ⁵⁾	0,9	0	0,9
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	24,0	19,6	25,2
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	9,2	12,0	4,6

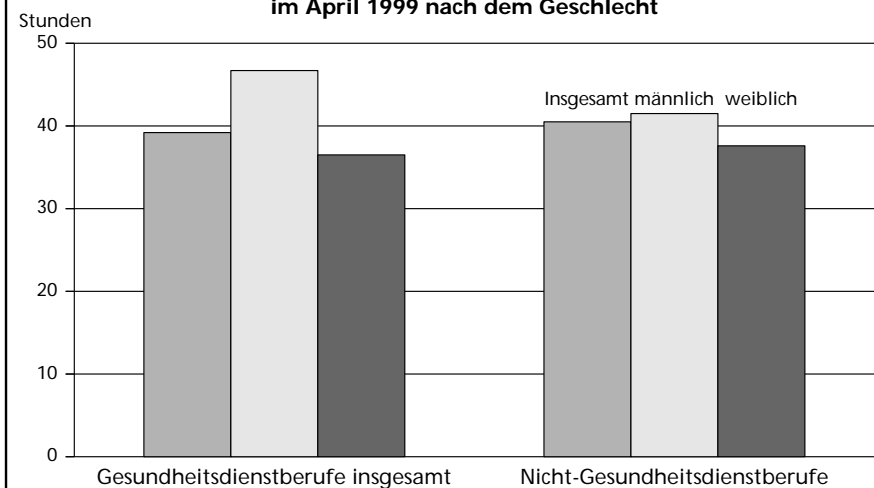
*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

3.15 Erwerbstätige mit Überstunden im April 1999 nach Geschlecht und Berufsgruppen*)			
Berufsgruppe	Erwerbstätige mit Überstunden		
	insgesamt	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	17,8	19,2	15,3
Pflegeberufe ²⁾	10,4	13,0	9,8
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	6,8	9,9	4,8
Assistenzberufe ⁴⁾	7,3	19,9	6,4
Unterstützende Berufe ⁵⁾	5,1	0	5,2
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	9,9	14,9	8,3
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	10,4	12,6	6,9

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

3.16 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit im April 1999 nach Berufsgruppen, Arbeitszeitumfang und Geschlecht der Erwerbstätigen*)						
Berufsgruppe	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Std.) der Erwerbstätigen					
	insgesamt	männlich	weiblich	Vollzeit erwerbstätig		
				zusammen	männlich	weiblich
Akademische Berufe ¹⁾	46,0	51,4	37,4	50,0	52,5	44,5
Pflegeberufe ²⁾	30,7	36,8	29,5	36,7	39,5	35,9
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	34,6	40,7	31,0	39,3	42,5	36,7
Assistenzberufe ⁴⁾	30,2	37,8	29,6	36,5	37,8	36,4
Unterstützende Berufe ⁵⁾	28,7	38,3	28,5	35,0	40,6	34,8
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	33,0	43,3	30,0	39,2	46,7	36,5
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	35,8	40,1	28,8	40,5	41,5	37,6

Abb. 3.10 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit*) der Vollzeit erwerbstätigen im April 1999 nach dem Geschlecht



*) Ergebnisse des Mikrozensus

Männer leisten, wie auch in den anderen Berufsgruppen, häufiger Überstunden als Frauen. Dies gilt wiederum vor allem für die akademischen Berufe, doch auch in den nicht ärztlichen medizinischen Berufen und in den Assistenzberufen erbringen sie öfter Überstunden als Frauen.

Einblick in die Arbeitsbelastung in Gesundheitsdienstberufen gibt auch die Wochenarbeitszeit. Wird das Augenmerk zunächst auf alle Voll- und Teilzeiterwerbstätige gleichermaßen gerichtet, so fällt das große Arbeitsvolumen der akademischen Berufe auf. Hier wird in der Woche im Durchschnitt 46,0 Stunden¹⁷⁾ gearbeitet (s. Tab. 3.16). Männer leisten sogar eine wöchentliche Arbeitszeit von 51,4 Stunden, während Frauen 37,4 Stunden wöchentlich arbeiten. In den anderen Gesundheitsdienstberufen liegt die wöchentliche Arbeitszeit, bedingt durch den hohen Frauenanteil, jedoch deutlich niedriger, bei den unterstützenden Berufen beläuft sie sich sogar nur auf 28,7 Stunden. Insgesamt ist die Arbeitszeit in Gesundheitsdienstberufen durchschnittlich etwas kürzer als in allen anderen Berufen.

Da die durchschnittliche Arbeitszeit stark von unterschiedlichen Anteilen an Teilzeiterwerbstätigen geprägt ist, wird zusätzlich die Arbeitszeit der Vollzeit erwerbstätigen analysiert. Auch bei dieser Betrachtungsweise fällt das weit überdurchschnittliche Arbeitsvolumen der akademischen Berufe auf, die eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 50,0 Stunden erreichen, Männer darunter sogar 52,5 Stunden. In allen anderen Berufsgruppen ist das Arbeitsvolumen deutlich niedriger und liegt zwischen 35,0 Stunden bei den unterstützenden Berufen und 39,3 Stunden bei den nicht ärztlichen medizinischen Berufen. Insgesamt ist das Arbeitsvolumen etwas niedriger als bei den anderen Berufsgruppen, auch hier bedingt durch den hohen Anteil erwerbstätiger Frauen.

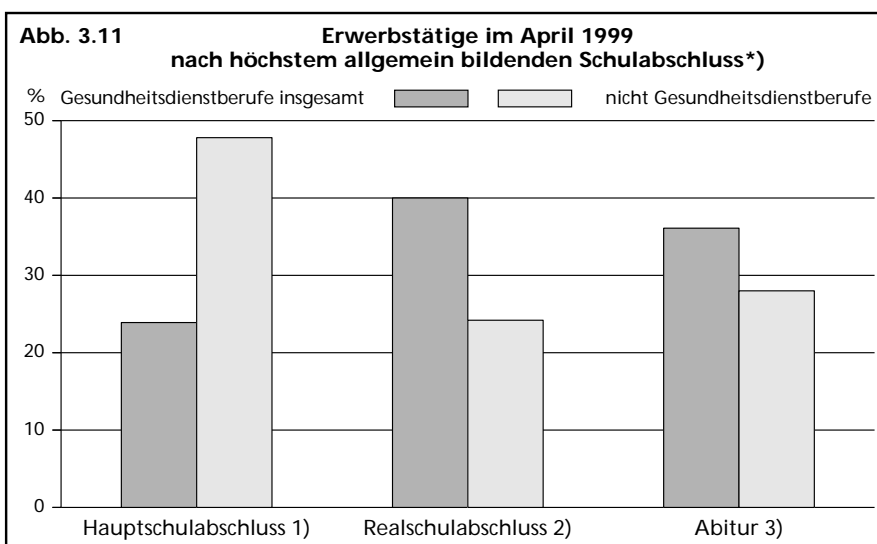
17) Die Angaben beziehen sich auf die tatsächlich geleistete Arbeitszeit in der Berichtswoche.

3.5 Qualifikationsstruktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsberufen

Im Folgenden wird die Bildungsstruktur der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen betrachtet. Bereits der Vergleich der schulischen Bildungsabschlüsse macht deutlich, dass die Gesundheitsdienstberufe ein hohes Qualifikationsniveau erfordern.

36,1 % der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen verfügen über ein Abitur oder eine fachgebundene Hochschulreife im Vergleich zu 28,0 % der Erwerbstätigen in den übrigen Berufen (s. Tab. 3.17). 40,0 % haben einen Realschulabschluss, über den nur 24,2 % der Erwerbstätigen in Nicht-Gesundheitsdienstberufen verfügen. Notwendigerweise besitzen Erwerbstätige in akademischen Berufen ausnahmslos ein Abitur, aber auch in den nicht ärztlichen medizinischen Berufen ist das Abitur mit 43,9 % der häufigste Bildungsabschluss. Auch Assistentinnen und Assistenten verfügen mit 42,0 % überdurchschnittlich oft über ein Abitur. In den unterstützenden Berufen und den Pflegeberufen, in denen zur Ausbildung kein Abitur vorausgesetzt wird, liegt der Anteil derer mit Abitur zwar niedriger als bei den Nicht-Gesundheitsdienstberufen, dafür verfügen diese Erwerbstätigen überdurchschnittlich oft über einen Realschulabschluss. 61,2 % in den unterstützenden Berufen und 41,9 % in den Pflegeberufen haben einen Realschulabschluss im Vergleich zu 24,2 % in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen.

Differenziert nach Geschlecht zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede in den Gesundheitsdienstberufen: Männern konzentrieren sich in der oberen Bildungsschicht, Frauen auf der mittleren Bildungsebene. 62,0 % der Männer in Gesundheitsdienstberufen haben Abitur oder eine fachgebundene Hochschulreife, bei Frauen hingegen sind es mit 28,5 % kaum mehr als bei den weiblichen Erwerbstätigen in Nicht-Gesundheitsdienstberufen. Von den Frauen



*) Ergebnisse des Mikrozensus (diese Angaben unterliegen für Personen im Alter von über 51 und mehr Jahren nicht mehr der Auskunftspflicht) – 1) einschl. Volksschulabschluss – 2) oder gleichwertiger Abschluss, einschl. Abschluss der allgemein bildenden polytechnischen Oberschule in der DDR – 3) allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, einschl. Fachhochschulreife

3.17 Erwerbstätige im April 1999 nach höchstem allgemein bildenden Schulabschluss, Geschlecht und Berufsgruppen*)

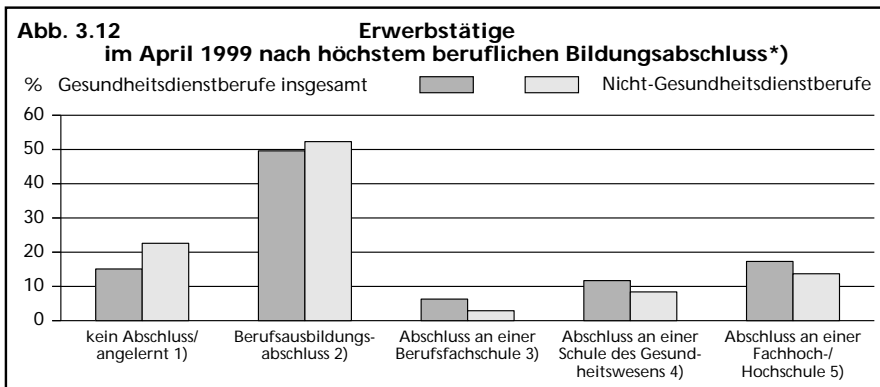
Berufsgruppe	Erwerbstätige mit höchstem allgemein bildenden Schulabschluss		
	Hauptschulabschluss ⁶⁾	Realschulabschluss ⁷⁾	Abitur ⁸⁾
Insgesamt			
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	33,1	41,9	25,0
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	16,7	39,4	43,9
Assistenzberufe ⁴⁾	8,2	49,8	42,0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	26,3	61,2	12,6
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	23,9	40,0	36,1
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	47,8	24,2	28,0
männlich			
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	33,6	43,9	22,5
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	14,0	37,6	48,4
Assistenzberufe ⁴⁾	7,9	51,0	41,1
Unterstützende Berufe ⁵⁾	26,4	61,2	12,4
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	17,1	20,9	62,0
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	50,4	21,9	27,7
weiblich			
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	30,5	31,7	37,8
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	21,2	42,2	36,6
Assistenzberufe ⁴⁾	11,8	35,2	53,1
Unterstützende Berufe ⁵⁾	19,0	56,5	24,5
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	25,9	45,6	28,5
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	43,6	28,0	28,4

*) Ergebnisse des Mikrozensus (Personen im Alter von 51 und mehr Jahren unterliegen nicht mehr der Auskunftspflicht) – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(innen) etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) einschl. Volksschulabschluss – 7) oder gleichwertiger Abschluss, einschl. Abschluss der allgemein bildenden polytechnischen Oberschule in der ehemaligen DDR – 8) allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife einschl. Fachhochschulreife

verfügen 45,6 % über einen Real- schulabschluss im Vergleich zu 28,0 % der Frauen in Nicht-Gesund- heitsdienstberufen. Auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen beste- hen zum Teil Bildungsunterschiede zwischen Männern und Frauen, die darauf hindeuten, dass Männer und Frauen in diesen Bereichen auf un- terschiedlichen Hierarchiestufen zu finden sind. Bei den nicht ärztlichen medizinischen Berufen verfügt fast jeder zweite Mann (48,4 %) im Ver- gleich zu 37,8 % der Frauen über ein Abitur. Bei den Pflegeberufen dage- gen liegt der Anteil der Erwerbstätigen mit Abitur bei den Frauen hö- her: 37,8 % der Frauen in diesem Be- reich haben Abitur im Vergleich zu 22,5 % der Männer, deren absolute Zahl jedoch klein ist.

Auch in den beruflichen Bildungsab- schlüssen spiegelt sich der hohe Bil- dungsgrad der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen wider. 15,1 % der Erwerbstätigen haben einen Hochschulabschluss im Vergleich zu 8,4 % in allen anderen Berufen (s. Tab. 3.18). Dass Erwerbstätige in den akademischen Berufen über einen Hochschulabschluss verfügen, ver- steht sich von selbst. Unterstützende Berufe sind typischerweise Ausbil- dungsberufe im dualen System: 70,3 % der Erwerbstätigen in diesen Berufen haben eine Berufsausbil- dung (Lehre) abgeschlossen. Auch in den Pflegeberufen haben mit 58,1 % der Erwerbstätigen vergleichsweise viele eine abgeschlossene Berufsausbil- dung. Bei den Erwerbstätigen in nicht ärztlichen medizinischen und Assistenzberufen besitzen über- durchschnittlich viele den Abschluss einer Schule des Gesundheitswesens oder einer gleichwertigen Fachschul- e, aber auch jeweils über 40 % einen Ausbildungsabschluss.

Bei Männern in den Gesundheits- dienstberufen ist der Anteil von 39,6 % mit Hochschulabschluss be- sonders hoch. Dies ist darauf zurück- zuführen, dass die akademischen Ge- sundheitsdienstberufe eine männli- che Domäne sind, während Männer in anderen Gesundheitsdienstberu- fen kaum vertreten sind.



*) Ergebnisse des Mikrozensus (diese Angaben unterliegen für Personen im Alter von über 51 und mehr Jahren nicht mehr der Auskunftspflicht) – 1) einschl. Besuch des Berufsvorbereitungsjahres – 2) Abschluss der Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf bzw. des Vorbereitungsdienstes für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung – 3) einschl. an einer Kollegschele sowie Abschluss an einer 1-jährigen Schule des Gesundheitswesens – 4) 2- oder 3-jährige Schule des Gesundheitswesens; einschl. Abschluss einer Meister-/Technikerfortbildung oder gleichwertiger Fachschul-/Verwaltungsfachhochschulabschluss – 5) einschl. Ingenieurschulabschluss sowie Promotion

3.18 Erwerbstätige im April 1999 nach höchstem beruflichen Bildungsabschluss, Geschlecht und Berufsgruppen*)

Berufsgruppe	Erwerbstätige mit höchstem beruflichen Bildungsabschluss						
	kein Abschluss	ange-lernt ⁶⁾	Berufs- ausbil- dungs- ab- schluss ⁷⁾	Abschluss an einer			
				Berufs- fach- schule ⁸⁾	Schule des Ge- sund- heits- wesens ⁹⁾	Fach- hoch- schule ¹⁰⁾	Hoch- schule ¹¹⁾
Insgesamt							
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	–	–	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	16,7	3,0	58,1	7,2	12,5	1,0	1,5
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	7,3	0,9	41,3	10,0	27,5	5,9	7,1
Assistenzberufe ⁴⁾	4,2	1,3	44,3	12,0	30,6	4,5	3,1
Unterstützende Berufe ⁵⁾	19,9	0,8	70,3	4,5	2,5	0,8	1,1
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	13,3	1,8	49,6	6,3	11,7	2,2	15,1
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	20,2	2,4	52,3	2,9	8,4	5,3	8,4
männlich							
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	–	–	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	20,2	1,3	53,8	6,3	15,1	0,5	2,8
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	8,4	1,0	39,3	6,0	35,9	4,9	4,5
Assistenzberufe ⁴⁾	11,7	0	35,7	11,1	24,6	16,8	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	11,1	0	67,0	0	5,6	0	16,3
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	9,8	0,8	29,1	3,9	13,7	3,0	39,6
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	18,9	2,3	50,8	2,4	10,8	6,3	8,4
weiblich							
Akademische Berufe ¹⁾	–	–	–	–	–	–	100,0
Pflegeberufe ²⁾	15,9	3,4	58,9	7,4	12,0	1,2	1,2
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	6,6	0,9	42,5	12,5	22,4	6,5	8,7
Assistenzberufe ⁴⁾	3,6	1,4	45,0	12,1	31,1	3,5	3,4
Unterstützende Berufe ⁵⁾	20,1	0,8	70,4	4,6	2,4	0,9	0,8
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	14,3	2,1	55,7	7,0	11,1	2,0	7,9
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	22,3	2,7	54,8	3,8	4,4	3,8	8,3

*) Ergebnisse des Mikrozensus (Personen im Alter von 51 und mehr Jahren unterliegen nicht mehr der Auskunftspflicht.) – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 5) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 6) einschl. Besuch des Berufsvorbereitungsjahres – 7) Abschluss der Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf bzw. des Vorbereitungsdienstes für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung – 8) einschl. an einer Kollegschele sowie Abschluss an einer 1-jährigen Schule des Gesundheitswesens – 9) 2- oder 3-jährige Schule des Gesundheitswesens; einschl. Abschluss einer Meister-/Technikerfortbildung oder gleichwertiger Fachschul-/Verwaltungsfachhochschulabschluss – 10) einschl. Ingenieurschulabschluss – 11) einschl. Promotion

Von den Frauen in den Gesundheitsdienstberufen haben 7,9 % eine Hochschulbildung abgeschlossen und somit etwas weniger als Frauen in Nicht-Gesundheitsdienstberufen (8,3 %). Dagegen haben Frauen in Gesundheitsdienstberufen mehr als doppelt so oft eine Ausbildung an einer Schule des Gesundheitswesens oder einer gleichwertigen Fachschule (bzw. eine Meister- oder Techniker Ausbildung) abgeschlossen als Frauen in Nicht-Gesundheitsdienstberufen. Im Bereich der nicht ärztlichen medizinischen Berufe verfügen doppelt so viele Frauen (8,7 %) über einen Hochschulabschluss wie Männer (4,5 %).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Gesundheitswesen seinen Erwerbstätigen ein überdurchschnittliches Qualifikationsprofil abverlangt. Bei Männern wird dies an dem hohen Anteil an Hochschulabsolventen deutlich sichtbar, während Frauen vor allem qualifizierte Abschlüsse auf der mittleren Ebene, typischerweise einen Realschulabschluss in Kombination mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung oder dem Abschluss einer Schule des Gesundheitswesens bzw. einer gleichwertigen Fachschule, aufweisen.

3.6 Einkommen von Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen

Die Betrachtung der Einkommensstrukturen im Gesundheitswesen erfolgt zuerst für alle Erwerbstätigen. In einem zweiten Schritt werden nur Vollzeit-erwerbstätige betrachtet, da sich auf dieser Vergleichsebene unterschiedliche Anteile von Teilzeit-erwerbstätigen Männern und Frauen nicht auswirken. Im Mikrozensus wird nur das Nettoeinkommen erhoben. In diesem sind Transferzahlungen wie das Kindergeld enthalten und es spiegelt sich der Familienstand durch die Steuerklasse wider. Bei einem Vergleich zwischen Männern und Frauen beispielsweise, kann dies insbesondere in den unteren Einkommensgruppen zu Verzerrungen in der Einkommensstruktur führen. Außerdem umfasst die Katego-

rie „Einkommen“ nicht nur Erwerbseinkommen sondern auch andere Einkommensarten, z. B. aus Vermietung. Da hier jedoch nur grobe Einkommensraster dargestellt werden, dürften diese verzerrenden Faktoren nur einen geringen Einfluss auf das Gesamtbild haben.

Die günstige Qualifikationsstruktur der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen lässt erwarten, dass sich dies auch positiv in der Einkommensstruktur niederschlägt. Erwartungsgemäß ist die oberste Einkommensgruppe (Nettoeinkommen über 6 500 DM) in den Gesundheitsdienstberufen mit 5,7 % stärker besetzt als in allen anderen Berufen (3,9 % - s. Tab. 3.19). Allerdings sind die Einkommensstrukturen in den Gesund-

heitsdienstberufen stärker polarisiert als in den Nicht-Gesundheitsdienstberufen: Dem größeren Anteil in der oberen Einkommensgruppe steht auch eine überproportionale Besetzung der unteren Einkommenschichten gegenüber. Einen Verdienst bis zu 1 000 DM erzielen 18,3 % der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen im Vergleich zu 14,6 % in Nicht-Gesundheitsdienstberufen; zwischen 1 000 DM und 2 200 DM beziehen 32,4 % der Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen und 23,2 % in den übrigen Berufen.

Die ungünstigste Einkommensstruktur weisen die unterstützenden Berufe auf. 82,2 % der Erwerbstätigen in diesem Bereich erzielten einen

3.19 Erwerbstätige im April 1999 nach Nettoeinkommen, Geschlecht und Berufsgruppen*)						
Berufsgruppe	Erwerbstätige mit einem Nettoeinkommen von ... bis unter ... DM					
	unter 1 000	1 000 - 2 200	2 200 - 3 500	3 500 - 5 000	5 000 - 6 500	6 500 und mehr
Insgesamt						
Akademische Berufe ¹⁾	3,2	8,9	16,5	20,1	15,4	35,9
Pflegeberufe ²⁾	16,1	34,3	43,1	5,7	0,6	0,1
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	14,4	27,2	37,2	13,6	3,2	4,4
Assistenzberufe ⁴⁾	16,8	37,0	38,7	5,9	1,7	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	36,0	46,2	16,6	0,7	0	0,5
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	18,3	32,4	32,9	7,7	3,1	5,7
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	14,6	23,2	36,9	15,9	5,4	3,9
männlich						
Akademische Berufe ¹⁾	0,2	3,6	10,4	19,0	15,9	50,7
Pflegeberufe ²⁾	11,8	23,0	47,3	16,5	0,8	0,5
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	9,1	1,9	36,6	24,1	7,6	9,7
Assistenzberufe ⁴⁾	0	7,7	44,2	41,0	7,2	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	x	x	x	x	x	x
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	6,3	13,2	30,1	19,3	8,7	22,4
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	6,7	14,4	43,7	21,6	7,8	5,8
weiblich						
Akademische Berufe ¹⁾	8,2	17,8	27,0	21,8	14,5	10,7
Pflegeberufe ²⁾	17,0	36,6	42,2	3,6	0,5	0,1
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	17,5	35,7	37,6	7,4	0,6	1,3
Assistenzberufe ⁴⁾	17,9	38,9	38,3	3,6	1,4	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	36,4	46,4	16,6	0,6	0	0,1
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	21,7	38,0	33,7	4,3	1,4	0,9
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	27,2	37,4	26,0	6,9	1,7	0,8

*) Ergebnisse des Mikrozensus - 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker - 2) Kranken- und Altenpflegeberufe - 3) Heilpraktikerinnen/-praktiker, Physiotherapeutinnen/-therapeuten etc. - 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistentinnen/Assistenten - 5) Arzthelferinnen/-helfer, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

Nettoverdienst von unter 2 200 DM. Pflege- und Assistenzberufe sind in den mittleren und unteren Einkommensstufen zu finden, während nicht ärztliche medizinische Berufe auch in den höheren Einkommensgruppen vertreten sind. Die günstigste Einkommensstruktur weisen erwartungsgemäß die Erwerbstätigen in akademischen Berufen auf: 35,9 % beziehen einen Nettoverdienst, der 6 500 DM übersteigt.

Geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede sind in den Gesundheitsdienstberufen extrem ausgeprägt. Während 31,1 % der Männer ein Einkommen über 5 000 DM erzielen, ist dies nur bei 2,3 % der Frauen der Fall. Diese konzentrieren sich am unteren Ende der Einkommenshierarchie. 69,7 % aller Frauen beziehen ein Einkommen von weniger als 2 200 DM, bei Männern liegt dieser Anteil bei 19,5 %. Während Männer in den Gesundheitsdienstberufen eine wesentlich günstigere Einkommensstruktur aufweisen als Erwerbstätige in anderen Bereichen, ist dies bei Frauen nicht der Fall. Der Anteil der Frauen in der Einkommensgruppe über 5 000 DM ist bei den Nicht-Gesundheitsdienstberufen (2,5 %) sogar etwas höher als in den Gesundheitsdienstberufen (2,3 %).

Auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen lassen sich erhebliche Einkommensunterschiede zeigen. Von den Männern in den akademischen Berufen beziehen 50,7 % ein Einkommen, das 6 500 DM übersteigt, bei den Frauen sind es nur 10,7 %. In den Pflegeberufen erzielen 53,6 % der Frauen im Vergleich zu 24,8 % der Männer ein maximales Einkommen bis 2 200 DM. Auch in den anderen Berufsgruppen zeigen sich ähnlich deutliche Verdienstunterschiede. Teilweise konzentrieren sich Männer innerhalb der Berufsgruppen in anderen Betätigungsfeldern als Frauen. Zum Teil sind diese erheblichen Unterschiede auf den niedrigen Anteil Teilzeit erwerbstätiger Männer zurückzuführen. Deshalb werden im Folgenden die Nettoverdienste der Vollzeit erwerbstätigen betrachtet.

3.20 Vollzeit erwerbstätige im April 1999 nach Nettoeinkommen, Geschlecht und Berufsgruppen*) %

Berufsgruppe	Vollzeit erwerbstätige mit einem Nettoeinkommen von ... bis unter ... DM					
	unter 1 000	1 000 – 2 200	2 200 – 3 500	3 500 – 5 000	5 000 – 6 500	6 500 und mehr
Insgesamt						
Akademische Berufe ¹⁾	1,5	5,3	14,3	21,2	16,5	41,2
Pflegeberufe ²⁾	10,1	25,4	56,0	7,5	0,7	0,2
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	9,7	19,8	44,6	16,4	3,9	5,7
Assistenzberufe ⁴⁾	3,8	34,1	52,1	8,0	2,0	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	28,1	49,6	21,2	0,4	0	0,6
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	11,8	26,2	40,5	9,8	3,9	7,9
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	6,8	19,4	43,3	19,1	6,6	4,7
männlich						
Akademische Berufe ¹⁾	0,3	3,0	9,4	19,4	15,7	52,2
Pflegeberufe ²⁾	10,6	19,1	50,2	18,6	0,9	0,6
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	8,7	10,4	38,4	24,4	7,6	10,5
Assistenzberufe ⁴⁾	0	7,7	44,2	41,0	7,2	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	x	x	x	x	x	x
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	5,7	10,5	30,2	20,5	9,0	24,2
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	5,2	13,0	45,2	22,5	8,1	6,0
weiblich						
Akademische Berufe ¹⁾	4,5	10,9	25,9	25,5	18,4	14,9
Pflegeberufe ²⁾	10,0	27,2	57,7	4,5	0,6	0,1
Nicht ärztliche medizinische Berufe ³⁾	10,6	27,2	49,5	10,1	0,9	1,8
Assistenzberufe ⁴⁾	4,2	36,9	52,9	4,5	1,5	0
Unterstützende Berufe ⁵⁾	28,4	49,9	21,3	0,4	0	0
Gesundheitsdienstberufe insgesamt	14,3	32,6	44,6	5,4	1,8	1,3
Nicht-Gesundheitsdienstberufe	11,0	36,6	38,2	10,3	2,7	1,3

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker – 2) Kranken- und Altenpflegeberufe – 3) Heilpraktikerinnen/-praktiker, Physiotherapeutinnen/-therapeuten etc. – 4) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistentinnen/Assistenten – 5) Arzthelferinnen/-helfer, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc.

Auch bezogen auf Vollzeit erwerbstätige gelten die über alle Erwerbstätigen gemachten Aussagen weitgehendst (s. Tab. 3.20). So zeigt sich wiederum die bei den Erwerbstätigen in den Gesundheitsdienstberufen insgesamt gesehene größere Einkommensspreizung, d. h. ein im Vergleich zu den Nicht-Gesundheitsdienstberufen höherer Verdienstanteil in den oberen als auch in den unteren Einkommensgruppen. Akademische Berufe sind bei der Betrachtung der Vollzeit erwerbstätigen noch stärker in der obersten Einkommensgruppe vertreten (41,2 % der Vollzeit erwerbstätigen im Vergleich zu 35,9 % bei allen Erwerbstätigen). Werden nur Vollzeit erwerbstätige betrachtet, sollten sich Konzentrationen in den unteren Ein-

kommensgruppen, wie sie bei den Erwerbstätigen des Gesundheitswesens insgesamt zu sehen waren, verringern. Bei den meisten Berufsgruppen ist dies auch der Fall, bei den unterstützenden Berufen fallen die Unterschiede jedoch gering aus: Auch von den Vollzeitbeschäftigten verdienen 77,7 % bis maximal 2 200 DM, während es einschließlich der Teilzeit erwerbstätigen 82,2 % waren.

Die Einkommensunterschiede nach dem Geschlecht bleiben auch bei der Betrachtung der Vollzeit erwerbstätigen bestehen, werden jedoch in den unteren Einkommensgruppen geringer. Der Anteil der Vollzeit erwerbstätigen Frauen, die maximal bis 2 200 DM verdienen, liegt bei 46,9 % im Vergleich zu 59,7 % bei allen Er-

werbstätigen. 16,2 % der Vollzeit erwerbstätigen Männer sind in der Einkommensgruppe bis 2 200 DM im Vergleich zu 19,5 % bei allen in Gesundheitsdienstberufen tätigen Männern. In den unterstützenden Berufen bleibt auch bei der Betrachtung der Vollzeitwerbstätigen der Anteil der Frauen in den unteren beiden Einkommensgruppen (bis 2 200 DM) mit 78,3 % sehr hoch. Männer dieser Berufsgruppe waren zu 56,3 % in den unteren beiden Einkommensgruppen.

Insgesamt verdeutlichen die Einkommensanalysen, dass die Einkommensstruktur in den Gesundheitsdienstberufen stärker polarisiert ist als bei den übrigen Berufen. Den akademischen Berufen mit günstiger Einkommensstruktur stehen eine Vielzahl anderer Berufsgruppen gegenüber, beispielsweise die unterstützenden Berufe, in denen nur unterdurchschnittliche Einkommen erzielt werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind sehr stark ausgeprägt: Während Männer vor allem in Berufen mit hohem Einkommen zu finden sind, insbesondere den akademischen Berufen, konzentrieren sich Frauen in hohem Maße in den Berufen mit unterdurchschnittlichem Verdienst, z. B. den unterstützenden Berufen.

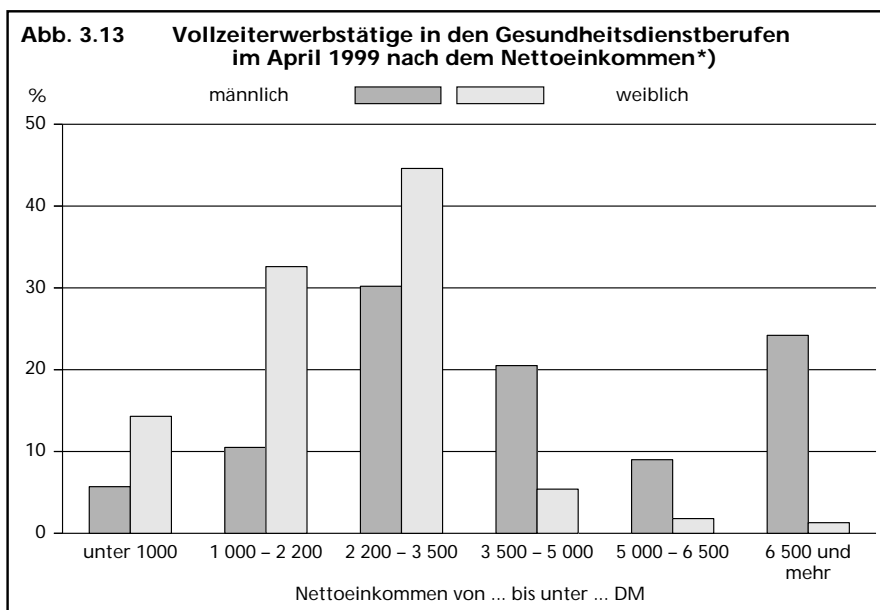
4. Gesundheitswesen und Regionalstruktur

Im Folgenden wird die Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens im Kontext der Regionalstruktur untersucht, wobei insbesondere Arbeitsmarktaspekte im Vordergrund stehen. In den Tabellen wurden die regionalen Anpassungsschichten des Mikrozensus¹⁸⁾ nach dem Arbeitslosenanteil¹⁹⁾ aufsteigend sortiert und in drei Gruppen gegliedert (s. Tab. 4.1). Als Regionen mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit gelten solche, bei denen der Arbeitslosenanteil um mindestens einen Prozentpunkt unter dem Landesdurchschnitt liegt. In Regionen mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit liegt der Arbeitslosenanteil maximal ein Prozentpunkt unter bzw. über dem Landesdurchschnitt. Regionen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit weisen entsprechend einen Arbeitslosenanteil auf, der mindestens einen Prozentpunkt über dem Landesdurchschnitt liegt. Einen unterdurchschnittlichen Arbeitslosenanteil weisen ländliche Regionen auf, insbesondere Kreise, die in der Nähe

18) Der Mikrozensus erlaubt keine Auswertungen auf Kreisebene. Teilweise werden 2 bis 3 Kreise zu einer regionalen Anpassungsschicht zusammengefasst. Auf diese Weise ergeben sich die 33 Anpassungsschichten in Tabelle 4.1 und 4.3. – 19) Die Angaben beziehen sich auf die Berichtswoche des Mikrozensus. Da im April der Arbeitslosenanteil unterdurchschnittlich ist, liegen die angegebenen Werte unter dem Jahresdurchschnitt.

von Großstädten liegen, wie der Rhein-Sieg-Kreis oder der Kreis Mettmann. Die fünf am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffenen Regionen Gelsenkirchen, Dortmund, Bochum/Herne, Duisburg und Essen liegen alle im Ruhrgebiet.

Insgesamt lässt sich zwischen dem Arbeitslosenanteil und dem Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen kein eindeutiger Zusammenhang feststellen. Innerhalb der Regionen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit ist der Anteil des Gesundheitswesens zwar höher als in solchen mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit, innerhalb der Regionaltypen gibt es jedoch eine erhebliche Spannweite: Bei den Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit weist der Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen in Duisburg nur 6,9 % auf, während er in Bottrop/Kreis Recklinghausen bei 8,5 % und in Bielefeld sogar bei 8,8 % liegt. Den höchsten Erwerbstätigenanteil weist das Gesundheitswesen in Bonn auf, dort sind 9,9 % im Gesundheitswesen tätig. Bonn nimmt jedoch aufgrund der früheren Funktion als Bundeshauptstadt noch immer eine Sonderstellung ein: Fast die Hälfte der Erwerbstätigen hat Abitur, der Anteil der Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich ist mit 83,0 % der höchste wie auch der Anteil des öffentlichen Dienstes (35,0 %). In den Regionen Wuppertal und Kreis Mettmann ist der Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen mit jeweils 5,9 % am niedrigsten. Teilweise sind regionale Abweichungen dieser Anteile durch die Standorte von Einrichtungen mit überregionalen Versorgungsaufgaben wie Universitätskliniken in Münster, Bielefeld und Bonn oder dem Großklinikum in Aachen zu erklären. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass dem Gesundheitswesen in allen Regionen eine große Bedeutung als Beschäftigungsfaktor zukommt. Regionen mit überproportionaler Arbeitslosigkeit profitieren sogar in höherem Maße vom Gesundheitswesen als andere Regionen.



*) Ergebnisse des Mikrozensus

4.1 Ausgewählte Bevölkerungs- und Erwerbstätigenmerkmale im April 1999 nach Regionen*)									
Region ¹⁾	Arbeitslosenanteil ²⁾	Erwerbstätige					Altenquotient ³⁾	Frauenanteil ⁴⁾	Abi- turien- anteil ⁵⁾
		im Gesund- heitswesen	im Dienst- leistungs- sektor	im öffentlichen Dienst	mit Teilzeit- erwerbs- tätigkeit	mit einem Nettoein- kommen über 5 000 DM			
Regionen mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit									
Rhein-Sieg-Kreis	5,8	7,7	70,2	26,4	20,6	11,7	21,0	53,8	29,7
Kreis Mettmann	6,4	5,9	63,2	16,9	18,5	9,2	22,4	55,1	25,4
Krfr. Stadt Münster und Kreise Coesfeld und Warendorf	6,5	8,5	66,4	23,0	21,4	7,8	20,2	57,5	31,9
Kreise Minden-Lübbecke und Lippe	6,6	7,9	60,7	18,0	18,9	5,8	23,9	56,7	21,8
Kreis Soest und Hochsauerlandkreis	6,7	7,9	56,7	17,7	19,0	5,1	23,6	51,9	18,8
Kreis Wesel	6,8	6,8	62,8	19,8	19,3	8,9	22,3	47,4	20,9
Kreise Borken und Steinfurt	7,0	6,9	58,1	16,6	20,9	6,1	19,8	53,4	17,5
Erftkreis und Kreis Euskirchen	7,1	6,4	65,8	19,0	20,1	9,0	22,1	52,8	24,5
Kreise Gütersloh und Herford	7,1	6,3	52,1	15,7	18,9	5,9	22,8	59,7	20,9
Märkischer Kreis	7,1	7,0	53,8	16,5	18,0	7,3	22,6	55,4	21,5
Kreise Höxter und Paderborn	7,7	6,8	59,3	18,1	19,9	7,4	21,1	48,9	24,3
Krfr. Stadt Leverkusen, Rheinisch- Bergischer Kreis und Oberbergischer Kreis	7,8	7,0	58,3	16,3	19,3	10,2	22,7	52,5	25,8
Zusammen	6,9	7,2	60,7	18,7	19,7	7,9	22,0	54,0	23,7
Regionen mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit									
Kreis Neuss	8,3	7,3	67,1	19,9	19,4	9,7	24,9	49,3	26,4
Krfr. Stadt Krefeld und Kreis Kleve	8,4	7,8	63,7	20,1	19,1	6,9	23,5	49,9	22,9
Kreise Düren und Heinsberg	8,4	8,8	63,3	22,4	19,2	7,4	23,2	46,4	19,9
Krfr. Städte Remscheid und Solingen	8,5	9,0	58,5	17,2	18,7	7,0	26,2	54,7	22,3
Krfr. Stadt Bonn	8,6	9,9	83,0	35,0	21,3	10,7	24,2	58,3	47,5
Krfr. Stadt Hagen und Ennepe-Ruhr Kreis	8,6	8,0	62,8	19,5	18,8	7,5	25,2	52,3	23,7
Krfr. Stadt Wuppertal	8,9	5,9	65,0	20,5	18,2	6,9	22,3	52,5	27,4
Krfr. Stadt Aachen und Kreis Aachen	8,9	8,8	67,0	21,5	19,2	8,0	23,0	51,1	33,7
Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe	9,1	7,2	55,1	15,4	20,5	6,9	20,1	49,1	18,3
Krfr. Stadt Düsseldorf	9,2	7,6	76,0	20,3	18,6	9,1	23,4	55,7	37,8
Krfr. Städte Mülheim an der Ruhr und Oberhausen	9,3	9,1	67,0	21,2	19,0	7,2	24,9	51,4	20,4
Krfr. Stadt Mönchengladbach und Kreis Viersen	9,3	6,6	64,3	19,3	20,7	7,4	21,9	53,1	21,5
Zusammen	8,8	7,9	66,1	20,7	19,4	7,9	23,5	51,8	26,6
Regionen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit									
Krfr. Stadt Köln	9,9	7,0	74,8	20,7	20,1	7,5	22,6	55,8	37,4
Krfr. Stadt Bielefeld	10,2	8,8	67,4	17,9	25,0	5,3	25,1	59,7	31,9
Krfr. Stadt Bottrop und Kreis Recklinghausen	10,8	8,5	62,1	18,8	19,4	6,7	24,3	47,6	19,6
Krfr. Stadt Hamm und Kreis Unna	11,1	8,3	63,9	21,7	20,5	6,9	21,9	49,8	22,1
Krfr. Stadt Essen	11,7	8,7	70,2	22,4	21,0	7,2	23,7	50,8	25,1
Krfr. Stadt Duisburg	12,0	6,9	63,0	20,3	18,1	5,3	24,4	43,9	19,0
Krfr. Städte Bochum und Herne	13,2	8,3	65,8	21,2	18,4	5,3	25,3	48,6	23,4
Krfr. Stadt Dortmund	13,4	8,2	69,6	19,4	20,6	6,1	23,0	48,6	25,4
Krfr. Stadt Gelsenkirchen	16,2	7,5	61,1	18,4	18,1	3,7	26,0	41,9	16,7
Zusammen	11,7	7,6	67,4	20,3	20,1	6,3	23,8	50,1	25,5
Landesdurchschnitt	8,8	7,6	64,3	19,8	19,7	7,4	23,0	52,2	25,1

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Anpassungsschichten des Mikrozensus, aufsteigend sortiert nach den Arbeitslosenanteilen entsprechender Regionen – 2) Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbstätigen und Arbeitslosen insgesamt – 3) Verhältnis der über 60-Jährigen zu den 15- bis 60-Jährigen – 4) an den Erwerbstätigen insgesamt – 5) an der Bevölkerung im Alter von 15 bis 65 Jahren

Karte Abb. 4.1

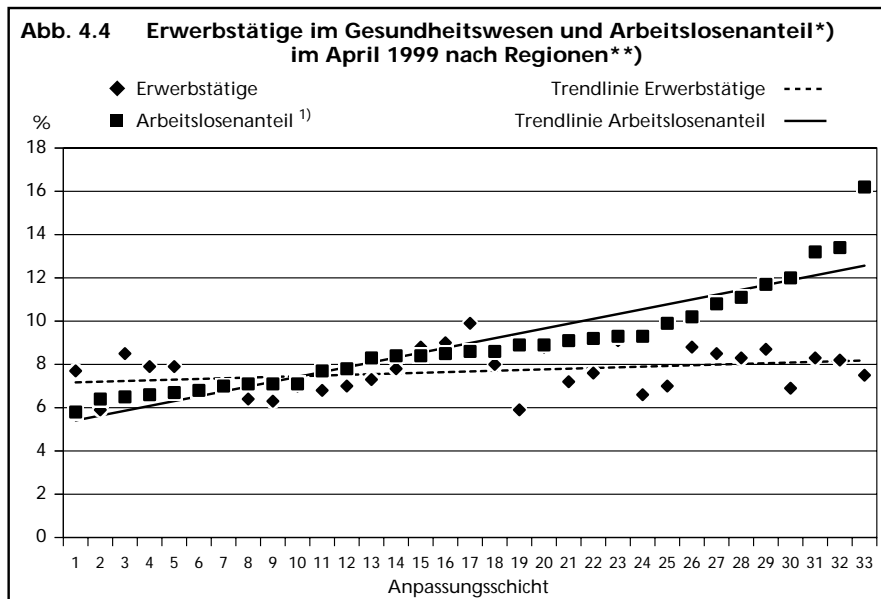
Karte Abb. 4.2

Karte Abb. 4.3

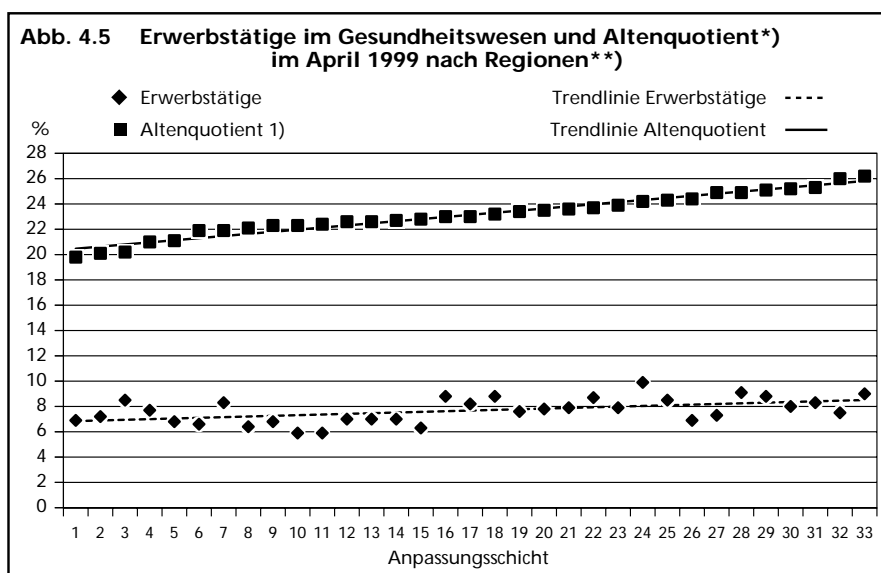
Zwischen dem Arbeitslosenanteil, dem Umfang des Gesundheitswesens und dem Altenquotient lässt sich ein Zusammenhang erkennen. Der Altenquotient wurde hier errechnet als das Verhältnis der über 60-Jährigen zu den 16- bis 60-Jährigen. In Regionen mit niedrigem Altenquotient ist das Gesundheitswesen als Beschäftigungsfaktor weniger bedeutsam als in Regionen mit hohem Altenquotient, es sei denn, zentrale Klinikeinrichtungen erhöhen regional die Beschäftigungswirkung des Gesundheitswesens. Den höchsten Altenquotient weist die Region Remscheid/Solingen mit 26,2 % auf, hier liegt auch der Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesens mit 9,0 % über dem Durchschnitt. Eine bedeutende Abweichung von diesem Schema zeigt sich lediglich für die Region Münster/Kreis Coesfeld/Kreis Warendorf, in der der Altenquotient deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt, das Gesundheitswesen jedoch einen überproportionalen Anteil an den Erwerbstätigen aufweist. Dies dürfte wiederum auf die zentrale Versorgungsfunktion der Universitätsklinik Münster in Kombination mit dem geringeren Altenquotient der umliegenden ländlichen Gemeinden zurückzuführen sein.

Ein genereller Zusammenhang lässt sich auch zwischen der Bedeutung des Gesundheitswesens und dem Anteil des Dienstleistungssektors wie auch dem Anteil des öffentlichen Dienstes erkennen. Wo Dienstleistungen und der öffentliche Dienst eine wichtige Rolle spielen, ist auch das Gesundheitswesen als Teil des Dienstleistungssektors von überdurchschnittlicher Bedeutung und der Arbeitslosenanteil ist durchschnittlich niedriger. Dies gilt in besonderem Maße nicht nur für Bonn, sondern auch für die Regionen Münster/Kreis Coesfeld/Kreis Warendorf oder Aachen/Kreis Aachen.

Der Anteil der Erwerbstätigen mit höherem Einkommen ist in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit geringer als in solchen mit niedriger Arbeitslosigkeit. Zwischen dem Anteil der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen und dem Anteil besser Verdienender



*) Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbstätigen und Arbeitslosen insgesamt – **) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) aufsteigend sortiert



*) Verhältnis der über 60-Jährigen zu den 16- bis 60-Jährigen – **) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) aufsteigend sortiert

lässt sich hingegen kaum ein Zusammenhang finden. Anders dagegen bei der Bildungsstruktur: In Regionen mit einem hohen Anteil von Erwerbstätigen mit Abitur hat auch das Gesundheitswesen eine überproportionale Bedeutung. Abgesehen von Bonn gilt dies vor allem für die Universitätsstädte Bielefeld und Aachen. Bezogen auf die Arbeitslosigkeit zeigt sich, dass vor allem im Ruhrgebiet eine hohe Arbeitslosigkeit mit einem niedrigen Anteil von Erwerbstätigen mit Abitur zusammenfällt. Dies gilt insbesondere für Gelsenkirchen, wo nur 16,7 % der Erwerbstätigen über ein Abitur verfügen, aber auch für Duisburg (19,0 %).

Im Hinblick auf den Anteil der Teilzeiterwerbstätigen und den Frauenerwerbstätigenanteil lassen sich keine eindeutigen Zusammenhänge mit dem Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens erkennen. Ein Bezug besteht jedoch zwischen dem Frauenerwerbstätigenanteil und der Arbeitslosigkeit: In Regionen, in denen der Arbeitslosenanteil hoch ist, ist der Frauenerwerbstätigenanteil niedrig. Ein Beispiel hierfür ist Gelsenkirchen. Hier sind nur 41,9 % der Frauen erwerbstätig, während der Arbeitslosenanteil mit 16,2 % landesweit am höchsten ist.

4.2 Korrelationen*) ausgewählter Regionalmerkmale im April 1999**)		
1. Merkmal ¹⁾	2. Merkmal ²⁾	Korrelationskoeffizienten
Erwerbstätige mit Nettoeinkommen über 5000 DM	Arbeitslosenanteil	-0,54
Frauenenerwerbstätigenanteil	Arbeitslosenanteil	-0,56
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Altenquotient	+0,44
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Frauenenerwerbstätigenanteil	+0,04
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Erwerbstätigenanteil des öffentlichen Dienstes	+0,54
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Erwerbstätigenanteil mit Teilzeiterwerbstätigkeit	+0,32
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Erwerbstätigenanteil des Dienstleistungssektors	-0,21
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Erwerbstätigenanteil mit Abitur	+0,30
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Arbeitslosenanteil	+0,25
Erwerbstätigenanteil des Gesundheitswesens	Erwerbstätigenanteil mit Nettoeinkommen über 5000 DM	-0,03
Erwerbstätigenanteil des Dienstleistungssektors	Arbeitslosenanteil	+0,21
Erwerbstätigenanteil des öffentlichen Dienstes	Arbeitslosenanteil	+0,05

*) Pearsonsche Korrelationskoeffizienten (r) mit dem Wertebereich von -1,0 bis +1,0, Maßzahlen für die lineare Abhängigkeit zweier Datenreihen - **) Ergebnisse des Mikrozensus - 1) Reihe unabhängiger Werte - 2) Reihe abhängiger Werte

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich einzelne Berufsgruppen regional verteilen. Generell zeigt Tab. 4.3, dass die Berufsstruktur des Gesundheitswesens in den Regionen eine große Variationsbreite aufweist. Deutliche Unterschiede in der Zusammensetzung des Gesundheitswesens zeigen sich im Anteil der akademischen Berufe. Deren Gewicht liegt vor allem in den Dienstleistungsmetropolen Düsseldorf (30,7 %) und Bonn (27,6 %) weit über dem Durchschnitt. Auch das Großklinikum in Aachen ist in diesem Zusammenhang bedeutsam: In dieser Region liegt der Anteil der akademischen Berufe an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen bei 29,8 %. Unterdurchschnittlich ist der Anteil der akademischen Berufe in weniger stark verdichteten Regionen: Kreis Höxter/ Kreis Paderborn (7,7 %), Kreis Borken/ Kreis Steinfurt (8,4 %), Kreis Wesel (9,4 %), Kreis Gütersloh/ Kreis Herford (9,7 %). Abweichend von diesem Schema weisen die Städte Duisburg (6,0 %) und Gelsenkir-

chen (6,2 %) einen niedrigen Anteil an akademischen Berufen auf. Hier ist dagegen der Anteil der Pflegeberufe überproportional hoch: Duisburg (59,8 %), Gelsenkirchen (57,0 %). Für die weniger verdichteten Regionen gilt dies jedoch nicht in diesem Ausmaß: In der Region Kreis Soest/Hochsauerlandkreis sind trotz überproportionalem Akademikeranteil (17,7 %) auch die Pflegeberufe überdurchschnittlich vertreten (52,3 %). Ebenfalls einen hohen Pflegeanteil weist die Region Kreis Höxter/ Kreis Paderborn (52,9 %) auf, allerdings war hier der Anteil der akademischen Berufe unterdurchschnittlich. Der niedrigste Anteil der Pflegeberufe an den Gesundheitsdienstberufen zeigt sich in Aachen/Kreis Aachen mit 33,7 %. Auch in den Städten Düsseldorf (36,6 %) und Bonn (38,6 %) lag der Anteil der Pflegeberufe deutlich unter dem Durchschnitt, dies gilt auch für den Rhein-Sieg-Kreis (36,9 %). Es kann angenommen werden, dass in diesen Universitätsstädten der Akademikeranteil aufgrund der zentralen Einrich-

tungen des Gesundheitswesens höher und damit der Anteil der Pflegeberufe relativ niedrig ist. Insgesamt zeigte sich, dass Pflegeberufen in städtischen Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit eine überproportionale Bedeutung zukommt. Dies dürfte auf den höheren Altenanteil in diesen Regionen zurückzuführen sein.

Nicht ärztliche medizinische Berufe haben in Regionen mit niedriger Arbeitslosigkeit ein etwas höheres Gewicht als in solchen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit. Eine große Bedeutung haben diese Berufe im Kreis Wesel (17,0 %), Kreis Höxter/ Kreis Paderborn (15,3 %) und Kreis Mettmann (14,7 %). Unter den Regionen mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit weist Bonn mit 16,8 % einen hohen Anteil nicht ärztlicher medizinischer Berufe auf, in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit gilt dies für Bielefeld (15,8 %).

Bei dem Anteil der Assistentinnen und Assistenten ist die Spannweite vergleichsweise klein. Größere Abweichungen im positiven Sinne zeigen sich in Bielefeld (9,6 %) und in Bottrop/ Kreis Recklinghausen (8,2 %), unterdurchschnittlich war der Anteil der Assistenzberufe in der Region Bochum/Herne mit 2,0 %.

Für die unterstützenden Berufe, die überwiegend in ärztlichen Praxen ausgeübt werden, gilt, dass ihnen in Regionen mit niedriger Arbeitslosigkeit eine etwas größere Bedeutung zukommt als in den anderen Regionen. Ein überproportionales Gewicht weisen sie in der Region Erftkreis/ Kreis Euskirchen (28,3 %) und Essen (27,7 %) auf, während sie in den Regionen Bonn (12,5 %) und Mülheim an der Ruhr/Oberhausen (15,0 %) unterdurchschnittlich vertreten sind.

Die differenzierte Betrachtung des Gesundheitswesens nach Berufsgruppen in den Regionen hat gezeigt, dass insbesondere akademische Berufe und Pflegeberufe unterschiedliche Verteilungen in den einzelnen Regionen aufweisen, wobei eine Konzentration der akademischen Berufe in urbanen Regionen festzustellen ist.

4.3 Erwerbstätige in den Gesundheitsdienstberufen im April 1999 nach Berufsgruppen, Geschlecht und Regionen*)

Region ¹⁾	Erwerbstätige in der Berufsgruppe					
	akademische Berufe ²⁾	Pflegeberufe ³⁾	nicht ärztliche medizinische Berufe ⁴⁾	Assistenzberufe ⁵⁾	unterstützende Berufe ⁶⁾	gesundheits-sichernde Berufe ⁷⁾
Regionen mit unterdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit						
Rhein-Sieg-Kreis	21,5	36,9	12,9	4,7	23,9	0
Kreis Mettmann	16,6	37,7	14,7	3,6	26,4	0,9
Krfr. Stadt Münster und Kreise Coesfeld und Warendorf	15,6	45,4	10,4	4,4	24,1	0
Kreise Minden-Lübbecke und Lippe	10,6	50,8	13,5	6,9	18,1	0
Kreis Soest und Hochsauerlandkreis	17,7	52,3	8,9	4,1	17,1	0
Kreis Wesel	9,4	46,3	17,0	2,8	24,5	0
Kreise Borken und Steinfurt	8,4	53,3	10,4	3,0	24,9	0
Erfdkreis und Kreis Euskirchen	10,7	44,6	13,1	2,6	28,3	0,7
Kreise Gütersloh und Herford	9,7	48,6	10,8	6,9	23,4	0,7
Märkischer Kreis	16,4	46,2	8,1	7,9	21,4	0
Kreise Höxter und Paderborn	7,7	52,9	15,3	2,9	19,3	1,9
Krfr. Stadt Leverkusen, Rheinisch-Bergischer Kreis und Oberbergischer Kreis	16,9	45,7	12,6	7,5	17,4	0
Zusammen	13,6	46,9	12,0	4,9	22,3	0,3
Regionen mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit						
Kreis Neuss	23,5	37,2	12,5	4,9	21,0	1,0
Krfr. Stadt Krefeld und Kreis Kleve	17,8	52,6	6,8	4,1	18,7	0
Kreise Düren und Heinsberg	11,8	50,0	13,3	4,6	20,4	0
Krfr. Städte Remscheid und Solingen	16,6	44,0	8,4	6,5	24,5	0
Krfr. Stadt Bonn	27,6	38,6	16,8	4,5	12,5	0
Krfr. Stadt Hagen und Ennepe-Ruhr Kreis	12,6	46,7	12,6	3,6	23,9	0,6
Krfr. Stadt Wuppertal	9,6	49,9	12,0	3,6	24,9	0
Krfr. Stadt Aachen und Kreis Aachen	29,8	33,7	10,9	4,0	21,5	0
Kreise Siegen-Wittgenstein und Olpe	11,8	45,8	14,3	7,6	19,7	0,8
Krfr. Stadt Düsseldorf	30,7	36,6	8,6	7,6	16,5	0
Krfr. Städte Mülheim an der Ruhr und Oberhausen	13,7	59,5	7,6	4,5	15,0	0
Krfr. Stadt Mönchengladbach und Kreis Viersen	13,0	48,8	11,3	4,4	22,5	0
Zusammen	18,8	44,9	11,1	5,0	19,9	0,2
Regionen mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit						
Krfr. Stadt Köln	19,0	46,4	11,7	5,0	16,6	1,2
Krfr. Stadt Bielefeld	10,6	47,5	15,8	9,6	14,8	1,8
Krfr. Stadt Bottrop und Kreis Recklinghausen	8,8	49,0	8,3	8,2	25,7	0
Krfr. Stadt Hamm und Kreis Unna	13,2	51,9	12,1	6,6	16,1	0
Krfr. Stadt Essen	18,8	40,0	7,8	3,6	27,7	2,1
Krfr. Stadt Duisburg	6,0	59,8	7,7	3,4	20,4	2,6
Krfr. Städte Bochum und Herne	16,7	49,8	12,4	2,0	18,6	0,7
Krfr. Stadt Dortmund	13,0	52,9	7,7	5,9	20,5	0
Krfr. Stadt Gelsenkirchen	6,2	57,0	10,9	3,1	22,7	0
Zusammen	13,6	49,4	10,3	5,4	20,4	0,9
Landesdurchschnitt	15,3	47,0	11,2	5,1	21,0	0,4

*) Ergebnisse des Mikrozensus – 1) Anpassungsschichten des Mikrozensus, aufsteigend sortiert nach den Arbeitslosenanteilen entsprechender Regionen – 2) Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apotheker/-innen – 3) Kranken- und Altenpflegeberufe – 4) Heilpraktiker/-innen, Physiotherapeut(inn)en etc. – 5) medizinisch-technische, pharmazeutisch-technische und sonstige Assistent(inn)en – 6) Arzthelfer/-innen, Arztsekretärinnen/-sekretäre etc. – 7) Gesundheitsingenieurinnen/-ingenieure, Gesundheitstechniker/-innen

5. Bedeutung des Gesundheitswesens als Ausbildungssektor

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Bildungsbereiche und der Ausbildungsumfang der Berufe des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen beschrieben. Für den Zeitraum von 1992 bis 1999 wird Einblick in die Entwicklung der Ausbildung im Gesundheitswesens gegeben. Im Gegensatz zu den Erwerbstätigen im Gesundheitswesen existieren sehr detaillierte Statistiken zu den jeweiligen Ausbildungsgängen. Dies ist vor allem auf die staatliche Regelung des Ausbildungswesens zurückzuführen.

5.1 Bildungsbereiche des Gesundheitswesens

Die Grundlage für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe einschließlich des Verkehrs mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften²⁰⁾ beruht in den meisten Berufen auf bundeseinheitlichen Regelungen. Für einige Berufe sind Landesregelungen maßgeblich²¹⁾. Die Qualifikation zur Ausübung eines Berufes des Gesundheitswesens kann in Nordrhein-Westfalen je nach fachlicher Ausrichtung und Qualifikationsniveau regulär an unterschiedlichen Einrichtungen der beruflichen Erstausbildung erlangt werden:

- im dualen Ausbildungssystem in Betrieb und Schule. Die betriebliche Ausbildung wird durch das Berufsbildungsgesetz bzw. die Handwerksordnung bundeseinheitlich und der schulische Teil landesrechtlich geregelt. Es wird dort zu keinem Heilberuf im engeren Sinne ausgebildet, sondern zu unterstützenden Berufen, Berufen des Medizinhandwerks etc.
- an Schulen des Gesundheitswesens, die eine Sonderstellung zwischen der bundeseinheitlich geregelten dualen Ausbildung nach dem Be-

20) Artikel 74, Ziffer 19 Grundgesetz – 21) Vgl. Götz (1992), Meifort (1995), S. 223.

rufsbildungsgesetz (BBiG)²²⁾ bzw. der Handwerksordnung (HwO)²³⁾ und der rein länderrechtlich geregelten schulischen Ausbildung einnehmen und deren Ausbildungsangebote bundesrechtlich geregelt sind. In Nordrhein-Westfalen sind es staatlich anerkannte Privatschulen, für deren Besuch z. T. Schulgeld zu entrichten ist, es sei denn, die Schule ist einem Krankenhaus angegliedert und wird über dessen Pflegesätze finanziert²⁴⁾. An Schulen des Gesundheitswesens werden Gesundheitsfachberufe, nicht ärztliche medizinische Berufe und Pflegeberufe erlernt. Die Abschlüsse sind staatlich anerkannt.

- als schulische Ausbildung an Berufskollegs, die als Erstausbildung hauptsächlich Bildungsgänge der Berufsfachschule umfasst. Sie untersteht der Landesgesetzgebung. An den Berufskollegs wird in gesundheitssichernden Berufen, Pflegeberufen und medizinisch-technischen Berufen ausgebildet sowie eine Berufsgrundbildung vermittelt.
- als akademische Ausbildung an Hochschulen, Fachhochschulen und Universitäten, an denen die Freiheit der Lehre durch das Grundgesetz garantiert wird²⁵⁾. Hier wird u. a. zu den medizinischen Heilberufen wie Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt und Apothekerin/Apotheker ausgebildet. Die staatlichen Prüfungen für Ärztinnen und Ärzte werden nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)²⁶⁾ vor den von den Bundesländern eingerichteten Landesprüfungsämtern für Medizin abgelegt (§ 9 ÄAppO). Diese Verordnung enthält Prüfungsstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen und regelt Gegen-

22) Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Art. des Gesetzes vom 25. März 1998 (BGBl. I S. 596) – 23) Gesetz zur Ordnung des Handwerks (Handwerksordnung) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. September 1998 (BGBl. I S. 3074) – 24) Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 374. – 25) Art. 5 III Grundgesetz – 26) Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) in der Fassung vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458), zuletzt geändert durch Art. 2 der Approbationsordnung für Tierärztinnen und Tierärzte sowie zur Änderung anderer approbationsrechtlicher Vorschriften vom 10. November 1999 (BGBl. I S. 2162)

stände der mündlichen Prüfungen. Aufgrund des Zeugnisses über die ärztliche Prüfung und der Bescheinigung über die ordnungsgemäße Ableistung der Tätigkeit als Ärztin oder Arzt im Praktikum wird auf Antrag bei Vorliegen sonstiger Voraussetzungen die Approbation als Ärztin oder Arzt (Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs) erteilt²⁷⁾. Die Zuständigkeit für die Erteilung der Approbation liegt bei den Gesundheitsbehörden der Länder. Die Promotion zur bzw. zum "Dr. med." (akademischer Grad) richtet sich nach den Promotionsordnungen der medizinischen Fakultäten und Fachbereiche. Sie ist nicht zur ärztlichen Berufsausübung erforderlich²⁸⁾.

Bei der folgenden Untersuchung wird ein besonderes Augenmerk auf Frauen und Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit gerichtet, die sich in Ausbildung befinden. Wie die Betrachtung der Erwerbstätigenstruktur in den Gesundheitsdienstberufen gezeigt hat, waren dort Frauen über- und Ausländerinnen und Ausländer unterrepräsentiert. Im Folgenden wird deshalb untersucht, ob der Anteil der in Ausbildung befindlichen Frauen sinkt bzw. der Anteil der ausländischen Auszubildenden steigt und somit langfristig auch eine Veränderung des Frauenanteils bzw. des Anteils der ausländischen Beschäftigten in den entsprechenden Berufen zu erwarten ist.

5.1.1 Ausbildungsberufe im dualen Ausbildungssystem

Im Folgenden werden staatlich anerkannte Ausbildungsberufe nach dem BBiG bzw. der HwO betrachtet, die im weiteren Sinne dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind. Dabei wird der Ausbildungsberuf „Sozialversicherungsfachangestellte/Sozialversicherungsfachangestellter“ mit einbezogen, auch wenn dieser nicht

27) § 3 Abs. 1,2, § 14 Abs. 3, § 14 a Bundesärzteordnung (BAO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512) – 28) Vgl. Informationen des Bundesgesundheitsministeriums im WWW unter <http://www.bmggesund.de>.

ausschließlich dem Gesundheitswesen zuzuordnen ist.

Insgesamt ist im dualen System ein deutlicher Rückgang der Zahl der Auszubildenden in den Gesundheitsdienstberufen festzustellen:

– 1992 erlernten noch 33 100 Personen einen Beruf des Gesundheitswesens im dualen Ausbildungssystem,

– 1999 waren es nur noch 28 700.

Zwischen 1995 und 1999 war der Rückgang besonders stark. Aus den rückläufigen Bildungszahlen kann geschlossen werden, dass im Bereich dieser Berufe in den nächsten Jahren keine starke Wachstumsdynamik erwartet werden kann.

Bei den Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens stellen Frauen die große Mehrheit. 1992 lag der Frauenanteil bei 89,3 %, bis 1999 ist er sogar noch leicht angestiegen und erreichte 90,6 %. Der Anteil der ausländischen Jugendlichen in Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens lag 1995 mit 13,3 % etwas über dem Durchschnitt des Ausländeranteils aller Auszubildenden im dualen Ausbildungssystem (11,4 %). Allerdings ging der Anteil der ausländischen Jugendlichen in den Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens bis 1999 auf 11,5 % zurück. Dieser Rückgang ist jedoch geringer als die Abnahme der Zahl der ausländischen Auszubildenden insgesamt.

Arzthelferin bzw. Arzthelfer ist der wichtigste Ausbildungsberuf im Rahmen der dualen Ausbildung im Gesundheitswesen. 1992 bestanden 14 400 Auszubildende in diesem Bereich, 1999 waren es nur noch 11 600, dies entspricht einem Rückgang von 19,4 %. Dieser Beruf ist nahezu ein reiner Frauenberuf, der Männeranteil lag 1999 bei 0,2 %. Arzthelferin ist einer der traditionellen Ausbildungsberufe für ausländische Frauen. Hier lag der Ausländeranteil 1995 mit 15,2 % auch über dem der ausländischen Auszubildenden in Berufen des Gesundheitswesens insgesamt. Allerdings ging der

5.1 Auszubildende in Berufen des Gesundheitswesens am 31. Dezember 1992, 1995 und 1999

Ausbildungsberuf ¹⁾	Jahr	Auszubildende		
		insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil
		Anzahl	%	
Arzthelfer/-in	1992	14 444	99,9	.
	1995	13 888	99,8	15,2
	1999	11 637	99,8	12,6
Zahnarzthelfer/-in	1992	7 806	99,9	.
	1995	8 587	100,0	12,2
	1999	8 851	99,9	12,1
Zahntechniker/-in	1992	3 165	59,2	.
	1995	3 594	55,9	13,2
	1999	2 282	54,9	8,7
Pharmazeutisch-kaufm. Angestellte(r)	1992	2 328	99,4	.
	1995	1 739	99,4	25,2
	1999	1 914	99,4	21,9
Sozialversicherungsfachangestellte(r)	1992	3 180	56,4	.
	1995	2 509	61,4	3,7
	1999	1 689	62,9	3,3
Augenoptiker/-in ²⁾	1992	1 480	71,6	.
	1995	1 320	65,7	7,9
	1999	1 188	70,8	3,6
Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in	1992	272	34,9	.
	1995	321	36,8	6,2
	1999	428	38,8	3,3
Orthopädienschuhmacher/-in	1992	168	22,6	.
	1995	203	23,6	9,4
	1999	325	28,3	5,5
Hörgeräteakustiker/-in	1992	174	54,6	.
	1995	238	56,3	2,9
	1999	313	58,1	1,9
Pharmakant/-in	1992	77	48,1	.
	1995	36	63,9	13,9
	1999	76	55,3	11,8
Insgesamt	1992	33 094	89,3	.
	1995	32 435	89,2	13,3
	1999	28 703	90,6	11,5

1) absteigend sortiert nach der Größe der Besetzung 1999 – 2) einschl. Brillenoptikschleifer/-in

Anteil der ausländischen Arzthelferinnen und -helfer zurück und lag 1999 bei 12,6 %.

Der zweitwichtigste Ausbildungsberuf ist ebenfalls ein Helferberuf: „Zahnarzthelferin/Zahnarzthelfer“, der wiederum fast ausschließlich ein Frauenberuf ist (Frauenanteil 1999: 99,9 %). Entgegen dem Trend bei den Arzthelferinnen und -helfern ist die Zahl der Auszubildenden von Zahnarzthelferinnen und -helfern sogar gestiegen: 1992 waren 7 806 Zahnarzthelfer/-innen in Ausbildung, 1999 waren es 8 851. Dies entspricht einer Zunahme um 13,4 %. Der Ausländeranteil lag 1999 bei 12,1 % und war somit gegenüber 1995 nur minimal niedriger.

1992 durchliefen 3 165 Personen eine Ausbildung zur Zahntechnikerin/zum Zahntechniker. 1999 waren es nur noch 2 282 Auszubildende. Dies entspricht einem Rückgang von 27,9 %. Auch in diesem Ausbildungsbereich sind Frauen in der Mehrzahl. 1992 lag der Frauenanteil bei 59,2 %, er sank allerdings bis 1999 auf 54,9 %. Bei Ausländerinnen und Ausländern war der Rückgang besonders deutlich: während ihr Anteil noch 1995 bei 13,2 % lag, sank er bis 1999 auf 8,7 %.

Bei den Sozialversicherungsfachangestellten, einem Ausbildungsberuf des öffentlichen Dienstes, war der Rückgang der Auszubildendenzahlen am höchsten. 1992 wurden noch

3 180 Personen in diesem Bereich ausgebildet, 1999 waren es nur noch 1 689. Dies entspricht einem Rückgang von 46,9 %. Während sich der Frauenanteil in diesem Ausbildungsberuf von 56,4 % (1992) auf 62,9 % (1999) erhöhte, sank der Ausländeranteil zwischen 1995 und 1999 von 3,7 % auf 3,3 %.

Den höchsten Auszubildendenanteil hatten Ausländerinnen und Ausländer im Ausbildungsberuf pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter. Hier lag ihr Anteil 1995 bei 25,2 %, allerdings bei rückläufiger Tendenz, denn 1999 besaßen nur noch 21,9 % der Auszubildenden eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Entgegen dem allgemein rückläufigen Trend in den meisten Berufen des Gesundheitswesens waren zwischen 1992 und 1999 bei den handwerklichen Ausbildungsberufen Orthopädie-schuhmacherin/-schuhmacher (+ 93,5 %), Hörgeräteakustikerin/-akustiker (+79,9 %) und Orthopädie-mechanikerin/-mechaniker (+ 57,4 %) eine erhebliche Zunahme der Ausbildungsverhältnisse zu verzeichnen. Allerdings handelt es sich hierbei rein quantitativ um kleine Ausbildungsbereiche. Auffallend ist, dass in allen drei Ausbildungsberufen trotz einer deutlichen Zunahme der Ausbildungsverhältnisse der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer deutlich rückläufig war.

Entgegen der erheblichen Beschäftigungszunahme im Gesundheitswesen in den 90er-Jahren zeigt sich im Bereich der Ausbildung im dualen System ein Rückgang der Auszubildendenzahlen. Wenn davon ausgegangen wird, dass dies nicht auf einen geringeren Ersatzbedarf zurückzuführen ist, kann daraus für die nahe Zukunft auf ein niedrigeres Beschäftigungswachstum geschlossen werden. Auffallend ist auch der Rückgang des Anteils der ausländischen Auszubildenden im Bereich der dualen Ausbildung. Des Weiteren bleibt die starke Konzentration von Frauen in bestimmten Berufen, wie Arzthelferin oder Zahnarzthelferin, erhalten.

5.1.2 Schulen des Gesundheitswesens

Quantitativ ist die Ausbildungskapazität der Schulen des Gesundheitswesens bedeutsamer als die des dualen Ausbildungssystems. Auch die Entwicklung der Schülerzahlen verläuft anders als bei der Ausbildung im dualen System.

– Zwischen 1992 und 1995 sind die Schülerzahlen von 36 500 auf 43 100 deutlich angestiegen, danach zeigte sich ein rückläufiger Trend.

– 1999 wurden 40 700 Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet. Im Vergleich zu 1992 bedeutet dies dennoch ein Plus von 11,7 %.

Auch für die Schulen des Gesundheitswesens gilt, dass sie überwiegend von Frauen besucht werden. 1992 lag der Frauenanteil bei 81,8 %, bis 1995 sank er auf 76,2 % und stieg bis 1999 wieder leicht an auf 79,3 %. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an den Schulen des Gesundheitswesens lag 1992 bei 7,7 % und stieg zwischenzeitlich bis auf 9,0 % (1995), sank dann jedoch unter den Wert von 1992 und lag 1999 bei 7,2 %.

Krankenschwester bzw. Krankenpfleger ist der am stärksten besetzte Ausbildungsberuf an Schulen des Gesundheitswesens. 1992 wurden 16 300 Personen zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger ausgebildet. Nach zwischenzeitlichem Anstieg (1995: 17 500) sank 1999 die Zahl der Auszubildenden in diesem Beruf auf 15 200. Dies entspricht im Vergleich zu 1992 einem Rückgang von 6,5 %. Der Anteil der Frauen in diesem Bildungsgang lag 1992 bei 77,6 %. Nachdem der Frauenanteil zunächst sank (1995: 71,2 %) lag er 1999 mit 76,8 % nur wenig unter dem von 1992. Eine andere Entwicklung zeigt sich beim Anteil der ausländischen Schülerinnen und Schüler. 1995 war deren Anteil (12,0 %) zunächst höher als 1992 (9,6 %), 1999 lag er dann jedoch nur noch bei 8,3 %.

Im Bereich der Krankenpflege wurden 1992 neben der allgemeinen Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger weitere 2 401 Personen speziell zur Kinderkrankenschwester bzw. zum -pfleger ausgebildet. Hier war der Rückgang der Schülerzahlen stärker: 1999 wurden noch 2 124 Personen ausgebildet, dies entspricht gegenüber 1992 einem Rückgang von 11,5 %. Bei der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester bzw. zum -pfleger liegt der Frauenanteil mit 96,1 % (1999) sehr hoch, der Ausländeranteil ist mit 3,9 % unterdurchschnittlich.

Eine deutliche Verringerung der Schülerzahlen um mehr als die Hälfte ist bei den Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfern zu erkennen. Ihre Zahl reduzierte sich zwischen 1992 und 1999 von 1 884 auf 713. Neben der Krankenpflege ist die Altenpflege ein zentrales Ausbildungsgebiet der Schulen des Gesundheitswesens. 1992 durchliefen 8 236 Schülerinnen und Schüler eine Altenpflegeausbildung, 1995 waren es bereits 13 100. Danach war ihre Zahl wieder rückläufig. 1999 lag sie bei 11 500. Dies entspricht im Vergleich zu 1992 immerhin noch einer Steigerung von 39,1 %. Die Alterung der Bevölkerung dürfte ein wichtiger Grund für den Anstieg der Ausbildung im Bereich der Altenpflege sein. Kontinuierlich gestiegen ist der Ausländeranteil im Ausbildungsberuf Altenpflegerin/Altenpfleger. Noch 1992 lag er lediglich bei 3,8 %, 1999 bereits bei 7,2 %.

Entgegen dem allgemein rückläufigen Trend bei den Schülerzahlen zwischen 1995 und 1999 zeigt sich in einigen Ausbildungsberufen ein ungebrochenes Wachstum. Bei Physiotherapeutinnen und -therapeuten war der Anstieg der Schülerzahlen in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre sogar größer als in der ersten Hälfte. Insgesamt hat sich die Schülerzahl in diesem Bereich zwischen 1992 und 1999 von 1 831 auf 3 673 mehr als verdoppelt.

Weitere, geringer besetzte Ausbildungsberufe wiesen sogar noch eine höhere prozentuale Zunahme der

5.2 Schülerinnen und Schüler an Schulen des Gesundheitswesens*) am 15. Oktober 1992, 1995 und 1999

Ausbildungsberuf ¹⁾ Jahr	Schülerinnen und Schüler			
	insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil	
	Anzahl	%		
Krankenpfleger/-schwester	1992	16 267	77,6	9,6
	1995	17 450	71,2	12,0
	1999	15 205	76,8	8,3
Altenpfleger/-in	1992	8 236	85,2	3,8
	1995	13 109	80,9	5,6
	1999	11 458	81,9	7,2
Physiotherapeut/-in	1992	1 831	78,0	4,7
	1995	2 613	68,4	4,9
	1999	3 673	71,7	5,1
Kinderkrankenpfleger/-schwester	1992	2 401	95,8	6,8
	1995	2 464	95,6	7,1
	1999	2 124	96,1	3,4
Pharmazeutisch-techn. Assistent/-in	1992	1 697	96,1	8,2
	1995	1 491	96,0	15,6
	1999	1 835	96,3	11,9
Ergotherapeut/-in	1992	716	75,7	1,4
	1995	1 236	69,9	1,1
	1999	1 807	79,5	1,1
Medizinisch-techn. Laboratoriums- assistent/-in	1992	1 074	93,3	10,6
	1995	734	93,1	14,0
	1999	908	93,5	11,5
Rettungsassistent/-in ²⁾	1992	322	4,3	1,2
	1995	791	4,3	1,8
	1999	826	10,3	1,0
Krankenpflegehelfer/-in ³⁾	1992	1 884	85,2	15,6
	1995	1 466	83,8	16,5
	1999	713	80,9	16,3
Logopäde/Logopädin	1992	192	86,5	1,0
	1995	280	82,5	1,1
	1999	557	85,5	2,0
Medizinisch-techn. Radiologie- assistent/-in	1992	494	89,5	7,1
	1995	395	84,3	10,9
	1999	541	80,8	10,0
Entbindungspfleger/Hebamme	1992	389	100,0	4,1
	1995	400	100,0	5,8
	1999	437	100,0	2,3
Diätassistent/-in	1992	309	95,1	1,0
	1995	284	92,3	4,6
	1999	359	93,6	4,5
Masseur/-in, med. Bademeister/-in	1992	609	52,9	8,4
	1995	395	46,8	12,4
	1999	243	52,3	11,5
Orthoptist/-in	1992	37	100,0	-
	1995	36	100,0	-
	1999	41	100,0	4,9
Insgesamt	1992	36 458	81,8	7,7
	1995	43 144	76,2	9,0
	1999	40 727	79,3	7,2

*) ohne Familienpfleger/-in, Dorfhelfer/-in und veterinärmedizinisch-techn. Assistent/-in – 1) absteigend sortiert nach der Größe der Besetzung 1999 – 2) einschl. Rettungsassistent/-in – 3) einschl. Krankenpflegevorschüler/-in

Schülerzahlen auf. Im Bereich Ergotherapie stiegen sie von 716 auf 1 807 und somit um 152,4 %. Auch bei den Rettungsassistentinnen und -assistenten (einschließlich der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der nicht zur beruflichen Erstausbildung zählenden Rettungsassistentenausbildung) war ein überproportionaler Zuwachs zu verzeichnen: Ihre Zahl erhöhte sich von 322 (1992) auf 826 (1999) und somit um 156,5 %. In diesem Ausbildungsberuf ist der Frauenanteil sehr niedrig, 1992 lag er nur bei 4,3 %, 1999 erreichte er 10,3 %. Der größte prozentuale Zuwachs war im Bereich der Logopädenausbildung zu verzeichnen. Hier stiegen die Schülerzahlen zwischen 1992 und 1999 von 192 auf 557 und somit um 190,1 %.

Es fällt auf, dass gerade in den Ausbildungsberufen mit hohem prozentualem Anstieg der Schülerzahlen der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer sehr klein ist. Von den Logopädieschülerinnen und -schülern waren 1992 gerade 1,0 % ausländischer Herkunft, 1999 waren es 2,0 %. In der Ergotherapeutenausbildung waren es 1999 lediglich 1,1 %.

Ein höherer Ausländeranteil findet sich hingegen bei den medizinisch-technischen und pharmazeutisch-technischen Assistenzberufen sowie bei den Masseurinnen und Masseuren. Hier ist insgesamt ein Anstieg des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler zu verzeichnen, wobei ihr Anteil in allen drei Berufen zwischen 1992 und 1995 deutlich ansteigt und zwischen 1995 und 1999 wieder sinkt, jedoch über dem Niveau von 1992 verbleibt. Beispielsweise steigt der Ausländeranteil bei den pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten zwischen 1992 und 1995 von 8,2 % auf 15,6 % und geht dann bis 1999 auf 11,9 % zurück.

5.1.3 Berufskollegs

Bei den Berufskollegs werden zunächst die ehemaligen Kollegschulen betrachtet, die seit dem 1. August 1998 in die Berufskollegs

integriert sind²⁹⁾. Die Möglichkeit zur Doppelqualifikation, d. h. es konnte gleichzeitig oder zeitlich versetzt neben dem allgemein bildenden auch ein beruflicher Abschluss erworben werden, war eine Besonderheit der ehemaligen Kollegschulen und gilt seit dem 1. August 1998 für alle Berufskollegs. An den Berufskollegs werden Ausbildungen in Gesundheitsdienstberufen und Berufen, die in Randbereichen des Gesundheitswesens anzusiedeln sind, als rein schulische Bildungsgänge in Voll- oder Teilzeitform angeboten.

Noch 1992 waren die ehemaligen Kollegschulen nur von geringer Bedeutung für die berufliche Erstausbildung im Gesundheitswesen (s. Tab. 5.3). Lediglich 659 Schülerinnen und Schüler erlernten einen Beruf des Gesundheitswesens oder einen gesundheitsrelevanten Beruf, wie beispielsweise Heilerziehungspflegerin/-pfleger, ein Beruf der formal zu den sozialpädagogischen Berufen gehört und an Einrichtungen der Behindertenhilfe ausgeübt wird. 1995 zählten die gesundheitsrelevanten Bildungsgänge der ehemaligen Kollegschulen bereits 1 344 Schülerinnen und Schüler, 1999 waren es 1 270. Dies entspricht im Vergleich zu 1992 einer Steigerungsrate von 92,7 %. 1999 waren Kinderpflege (706 Schülerinnen und Schüler) und Heilerziehungspflege (400 Schülerinnen und Schüler) die wichtigsten Bildungsgänge. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer war 1992 mit 21,1 % vergleichsweise hoch. Allerdings zeigte sich eine rückläufige Tendenz. 1999 lag deren Anteil nur noch bei 16,4 %.

Seit 1998 gehören auch die vormals berufsbildenden Schulen zu den Berufskollegs. Zu ihnen zählen die Schulformen Berufsschule, Berufsfachschule, Fachoberschule und Fachschule. Berufsschulen, sofern sie in das System der dualen Ausbildung integriert sind, werden hier, mit Ausnahme der beruflichen Grundbil-

29) Gesetz zur Änderung des Schulverwaltungsgesetzes (Berufskolleggesetz) vom 25. November 1997, GV. NRW. 1997, S. 426; Verordnung über die Ausbildung und Prüfung in den Bildungsgängen des Berufskollegs (Ausbildungs- und Prüfungsordnung Berufskolleg – APO BK) vom 26. Mai 1999, GV. NRW. 1999, S. 240

5.3 Schülerinnen und Schüler in Berufen des Gesundheitswesens an Berufskollegs (ehemals Kollegschulen) am 15. Oktober 1992, 1995 und 1999				
Berufsgrundbildung/Ausbildungsberuf nach Landesrecht ¹⁾ Jahr		Schülerinnen und Schüler		
		insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil
		Anzahl	%	
Kinderpfleger/-in	1992	546	98,0	21,1
	1995	721	95,6	20,2
	1999	706	97,5	21,7
Heilerziehungspfleger/-in	1992	–	x	x
	1995	481	92,9	6,4
	1999	400	92,5	7,3
Berufsfeld Gesundheit	1992	64	98,4	37,5
	1995	91	97,8	48,4
	1999	105	92,4	22,9
Diätassistent/-in	1992	33	100,0	–
	1995	39	92,3	2,6
	1999	42	100,0	2,4
Medizinisch-techn. Assistent/-in	1992	16	x	x
	1995	12	x	x
	1999	17	x	x
Insgesamt	1992	659	97,7	21,1
	1995	1 344	94,7	16,5
	1999	1 270	95,3	16,4

1) absteigend sortiert nach der Größe der Besetzung 1999

dung im Berufsfeld Gesundheit, nicht betrachtet. Die Mehrzahl der hier beschriebenen Bildungsgänge sind an Berufsfachschulen für das Sozial- und Gesundheitswesens angesiedelt. Des Weiteren wird auch der Bereich Heilerziehungspflege betrachtet, der nicht originär zum Gesundheitswesen zu zählen ist.

Insgesamt ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler in Gesundheitsdienstberufen an Berufskollegs, die aus den ehemaligen berufsbildenden Schulen hervorgegangen sind, deutlich gestiegen. Wurden 1992 3 314 Schülerinnen und Schüler in diesen Bildungsgängen registriert, waren es 1999 bereits 7 949 (s. Tab. 5.4). Dies

5.4 Schülerinnen und Schüler in Berufen des Gesundheitswesens an Berufskollegs (ehemals berufsbildende Schulen) am 15. Oktober 1992, 1995 und 1999				
Berufsgrundbildung/Ausbildungsberuf nach Landesrecht ¹⁾ Jahr		Schülerinnen und Schüler		
		insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil
		Anzahl	%	
Kinderpfleger/-in	1992	3 176	96,0	9,2
	1995	5 860	97,0	10,6
	1999	4 725	96,3	12,3
Heilerziehungspfleger/-in ²⁾	1992	–	x	x
	1995	719	55,9	2,5
	1999	2 577	68,6	2,1
Berufsfeld Gesundheit	1992	80	90,0	37,5
	1995	269	81,8	32,0
	1999	473	89,4	22,2
Informatikassistent/-in - Medizinökonomie	1992	–	x	x
	1995	–	x	x
	1999	93	40,9	7,5
Elektrotechn. Assistent/-in (Schwerpunkt Medizingeräte- technik)	1992	40	5,0	17,5
	1995	79	3,8	29,1
	1999	60	10,0	16,7
Präparationstechn. Assistent/-in Medizin	1992	18	x	x
	1995	25	76,0	8,0
	1999	21	x	x
Insgesamt	1992	3 314	94,6	9,9
	1995	6 952	91,0	10,8
	1999	7 949	85,5	9,5

1) absteigend sortiert nach der Größe der Besetzung 1999 – 2) berufliche Erstausbildung sowie berufliche Weiterbildung

entspricht einer Steigerung um mehr als das Doppelte (+139,9 %). Auch in den Berufskollegs stellen Frauen in Berufen des Gesundheitswesens die große Mehrheit (1999: 85,5 %). Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer lag 1992 bei 9,9 %, ging bis 1999 jedoch etwas zurück und lag bei 9,5 %.

Kinderpflegerin/-pfleger ist der wichtigste Ausbildungsberuf des Gesundheitswesens an den Berufskollegs (ehemals berufsbildenden Schulen). 1992 wurden in Kinderpflege 3 176 Schülerinnen und Schüler unterrichtet, 1999 waren es bereits 4 725. Zwar entspricht dies einer Steigerung von 48,8 % im Vergleich zu 1992, gemessen an 1995 waren die Schülerzahlen jedoch deutlich rückläufig. Kinderpflege ist wiederum fast ausschließlich eine Domäne der Frauen, 1999 lag ihr Anteil bei 96,3 %. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer in diesem Bereich stieg zwischen 1992 und 1999 von 9,2 % auf 12,3 %.

Ein Ausbildungsberuf mit schnell wachsenden Schülerzahlen ist Heilerziehungspflegerin/-pfleger. 1995 wurden in diesem Beruf noch 719 Schülerinnen und Schüler ausgebildet, 1999 waren es mehr als dreimal so viele (2 577). Alle anderen Ausbildungsberufe sind quantitativ weniger bedeutsam, so dass auf diese nicht im Detail eingegangen wird.

5.1.4 Ausbildung an den Hochschulen

Auch im Bereich der Hochschulausbildung werden im Folgenden Studiengänge betrachtet, die nicht direkt dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, aber in engem Bezug zu diesem stehen, wie beispielsweise die Sonderpädagogik. Darunter sind vor allem Studiengänge zusammengefasst, die sich auf verschiedene Behinderungsformen (z. B. Geistig- oder Körperbehindertenpädagogik) spezialisiert haben.

Insgesamt war die Zahl der Studentinnen und Studenten im weiteren Berufsfeld Gesundheitswesen rückläufig. Ihre Zahl verringerte sich zwi-

schen 1992 und 1999 von 31 100 auf 29 100 (s. Tab. 5.5). Dies entspricht einem Rückgang von 6,3 %. Die Mehrzahl der Studierenden in den hier betrachteten Studiengängen sind weiblich, allerdings ist der Frauenanteil niedriger als in anderen Ausbildungsbereichen. Der Anteil der Frauen stieg zwischen 1992 und 1999 von 50,6 % auf 57,3 %. Auch der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer ist zwischen 1992 und 1999 von 6,4 % auf 9,9 % angestiegen.

Am deutlichsten war der Rückgang der Zahl der Studentinnen und Studenten im Studienfach Medizin. Hier reduzierte sich die Zahl der Studie-

renden zwischen 1992 und 1999 von 21 000 auf 17 200 und somit um 17,8 %. Der Anteil der Frauen im Studienfach Medizin erhöhte sich im Untersuchungszeitraum von 45,2 % auf 51,0 %. Gleiches gilt für den Anteil der Ausländerinnen und Ausländer, der 1999 mit 12,3 % deutlich über dem von 7,3 % des Jahres 1992 lag.

Ein ähnlicher Trend wie bei der Medizin zeichnet sich im Bereich der Zahnmedizin ab. Die Zahl der Studierenden reduzierte sich von 3 091 Personen (1992) auf 2 553 (1999) bzw. um 17,4 %. Der Frauenanteil war von 38,3 % auf 49,2 % sogar stärker gestiegen als im Bereich der Medi-

Studienfach/Studienbereich ¹⁾ Wintersemester		Studierende		
		insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil
		Anzahl	%	
Medizin	1992/1993	20 970	45,2	7,3
	1995/1996	18 325	47,1	10,0
	1999/2000	17 228	51,0	12,3
Sonderpädagogik ²⁾	1992/1993	3 815	73,2	1,1
	1995/1996	5 130	72,8	1,2
	1999/2000	4 965	70,9	1,1
Pharmazie ³⁾	1992/1993	2 488	69,6	7,6
	1995/1996	2 517	71,2	9,1
	1999/2000	2 593	69,7	11,0
Zahnmedizin	1992/1993	3 091	38,3	6,2
	1995/1996	2 770	43,1	10,4
	1999/2000	2 553	49,2	14,1
Heilpädagogik ⁴⁾	1992/1993	543	84,2	0,9
	1995/1996	603	84,2	2,0
	1999/2000	779	86,1	2,3
Pflegermanagement	1992/1993	–	–	–
	1995/1996	210	63,3	1,0
	1999/2000	460	69,8	2,0
Gesundheitswissenschaft ⁵⁾	1992/1993	113	60,2	6,2
	1995/1996	248	62,1	3,2
	1999/2000	371	60,4	9,2
Gesundheitswissenschaft und Sozialmedizin	1992/1993	31	51,6	6,5
	1995/1996	59	44,1	8,5
	1999/2000	103	55,3	10,7
Lehr- und Forschungslogopädie	1992/1993	15	x	x
	1995/1996	30	83,3	3,3
	1999/2000	55	92,7	3,6
Sportrehabilitation ⁵⁾	1992/1993	14	x	x
	1995/1996	37	35,1	16,2
	1999/2000	22	x	x
Insgesamt	1992/1993	31 080	50,6	6,4
	1995/1996	29 929	54,2	8,2
	1999/2000	29 129	57,3	9,9

1) absteigend sortiert nach der Größe der Besetzung 1999/2000 – 2) ohne Erziehungsschwierigen- und Lernbehindertenpädagogik, einschl. Zusatzstudiengängen – 3) einschl. Aufbaustudium – 4) einschl. Pflegepädagogik und Pflege – 5) Zusatzstudiengang

zin, lag 1999 jedoch noch etwas unterhalb des Frauenanteils im Medizinstudium. Weitaus stärker ist im Zahnmedizinstudium der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer gestiegen, der sich zwischen 1992 (6,2 %) und 1999 (14,1 %) mehr als verdoppelte.

Entgegen dem Trend bei der Medizin und Zahnmedizin ist die Zahl der Studierenden im Fach Pharmazie von 2 488 auf 2 593 um 4,2 % angestiegen. Der Anteil der Studentinnen veränderte sich nur wenig, lag aber mit 69,7 % (1999) deutlich über den Vergleichswerten in der Medizin und Zahnmedizin. Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer war zwischen 1992 und 1999 von 7,6 % auf 11,0 % gestiegen.

Im Gegensatz zur Medizin und Zahnmedizin weisen kleinere Studienbereiche, wie die Gesundheitswissenschaft, ein erhebliches Wachstum auf. Auch im Bereich der Sonderpädagogik ist die Studierendenzahl von 3 815 auf 4 965 deutlich gestiegen.

5.2 Gesamtbewertung des Ausbildungsfaktors Gesundheitswesens

Werden alle Ausbildungsgänge, sowohl die der unmittelbaren Berufe des Gesundheitswesens als auch Ausbildungsgänge, die einen Bezug zum Gesundheitswesen aufweisen, betrachtet, so ergibt sich für NRW für das Jahr 1999 ein Ausbildungsvolumen von 108 000 Personen.

Insgesamt ist diese Zahl gegenüber 1992 noch angestiegen, als 105 000 Personen in diesen Berufen ausgebildet wurden. Trotz dieses Anstiegs haben erhebliche Verlagerungen in den Bildungsbereichen des Gesundheitswesens stattgefunden. Das duale Ausbildungssystem verlor an Bedeutung, während an Schulen des Gesundheitswesens und Kollegschulen die Zahl der Schülerinnen und Schüler anstieg. Rückläufig war auch die akademische Ausbildung und hier insbesondere im Bereich Medizin und Zahnmedizin. Sicherlich wird damit ein geringerer Ärztebedarf auf-

5.6 Personen, die in Berufen des Gesundheitswesens ausgebildet wurden, 1992, 1995 und 1999 nach Bildungsbereichen

Bildungsbereich Jahr	Auszubildende			
	insgesamt	Frauenanteil	Ausländeranteil	
	Anzahl	%		
Duales Ausbildungssystem ¹⁾	1992	33 094	89,3	.
	1995	32 435	89,2	13,3
	1999	28 703	90,6	11,5
Schulen des Gesundheitswesens (staatlich anerkannte Lehranstalten und Fachseminare) ²⁾	1992	36 458	81,8	7,7
	1995	43 144	76,2	9,0
	1999	40 727	79,3	7,2
Berufskollegs (ehemals Kollegschulen) ²⁾	1992	659	97,7	21,1
	1995	1 344	94,7	16,5
	1999	1 270	95,3	16,4
Berufskollegs (ehemals berufsbildende Schulen) ²⁾	1992	3 314	94,6	9,9
	1995	6 952	91,0	10,8
	1999	7 949	85,5	9,5
Hochschulen ³⁾	1992	31 080	50,6	6,4
	1995	29 929	54,2	8,2
	1999	29 129	57,3	9,9
Insgesamt	1992	104 605	75,4	.
	1995	113 804	75,2	10,2
	1999	107 778	77,0	9,4

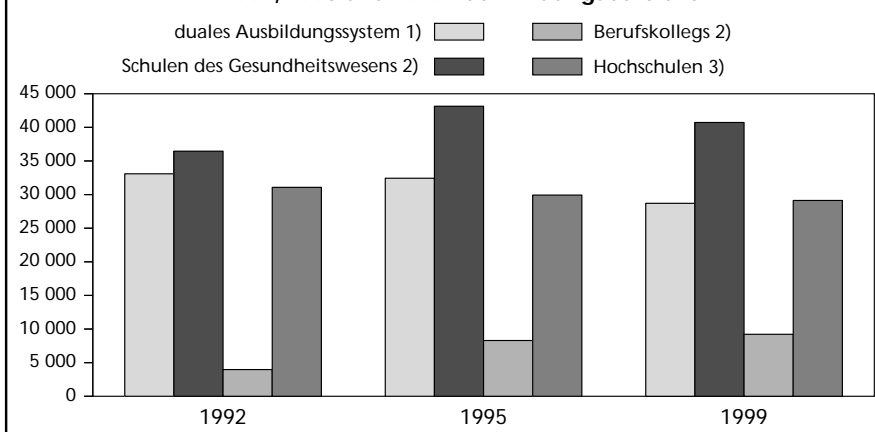
1) Ergebnisse der Berufsbildungsstatistik zum 31. Dezember – 2) Ergebnisse der Erhebungen an Schulen des Gesundheitswesens (staatlich anerkannte Lehranstalten und Fachseminare) sowie amtliche Schuldaten zum 15. Oktober – 3) Ergebnisse der Hochschulstatistik zu Beginn des jeweiligen Wintersemesters

grund der Reformbestrebungen in den Krankenhäusern, aber auch wegen der demographischen Entwicklung³⁰⁾ antizipiert, aufgrund des hohen Ersatzbedarfes, bedingt durch die Altersstruktur dieser Berufsgruppe, sind jedoch zumindest kurzfristige Engpässe, wie sie gegenwärtig bei Lehrerinnen und Lehrern zu beobachten sind, nicht auszuschließen.

Bei der Betrachtung der absoluten Zahl an Personen, die sich in Ausbildung befinden, muss jedoch bedacht werden, dass die Ausbildungsgänge von unterschiedlicher Dauer sind, so dass aus den Ausbildungszahlen nicht auf die Zahl derer geschlossen werden kann, die in den jeweiligen Bereichen auf den Arbeitsmarkt treten, zumal nicht alle die Ausbildung erfolgreich absolvieren bzw. im erlernten Beruf eine Tätigkeit aufnehmen. Dennoch kann festgehalten werden, dass der Gesundheitsbereich ein besonders wichtiger Ausbildungsbereich für NRW ist.

30) Bisher hat der Alterungstrend dazu beigetragen, dass der Ärztebedarf gestiegen ist, künftig kann jedoch davon ausgegangen werden, dass aufgrund sinkender Bevölkerungszahlen auch eine geringere absolute Zahl an Ärztinnen und Ärzten erforderlich sein wird.

Abb. 5.1 Personen, die in den Gesundheitsdienstberufen ausgebildet wurden, 1992, 1995 und 1999 nach Bildungsbereichen



1) Ergebnisse der Berufsbildungsstatistik vom 31. Dezember – 2) Ergebnisse der Erhebung an Schulen des Gesundheitswesens (staatlich anerkannte Lehranstalten und Fachseminare) sowie amtliche Schuldaten vom 15. Oktober – 3) Ergebnisse der Hochschulstatistik zu Beginn des jeweiligen Wintersemesters

Von überproportionaler Bedeutung ist dieser Bildungssektor für Frauen. Bestimmte Bildungsbereiche sind fast ausschließlich durch Frauen besetzt. Auch in den finanziell attraktiven Ausbildungsgängen des Gesundheitswesens, wie der Medizin und der Zahnmedizin, hat sich der Frauenanteil erhöht; 1999 waren die Geschlechterproportionen in diesen Hochschulstudiengängen nahezu ausgeglichen.

Für Ausländerinnen und Ausländer stellt sich die Ausbildungssituation im Gesundheitswesen weniger günstig dar. Es fällt auf, dass sie gerade in Bereichen, in denen die Zahl der Auszubildenden stark wächst, unterdurchschnittlich vertreten sind und ihr Anteil auch kaum ansteigt. Vielfach sind es die unattraktiveren Ausbildungsgänge, in denen Ausländerinnen und Ausländer überproportional vertreten sind. Die auf den ersten Blick sehr günstigen Werte im Bereich der Medizin und insbesondere der Zahnmedizin müssen relativiert werden, denn hierunter fallen auch Studierende, die speziell zum Zweck des Studiums nach Deutschland kommen und die folglich nicht der Gruppe der in Deutschland lebenden Ausländerinnen und Ausländer (Bildungsinländer) zuzuordnen sind.

6. Schlussbemerkung

Das Gesundheitswesen in NRW war gerade in den konjunkturell schwächeren Perioden ein bedeutsamer Beschäftigungsmotor. Dies lässt sich an dem weit überdurchschnittlichen Beschäftigungszuwachs in diesem Bereich ablesen. Allerdings, so scheint es, ist dieser Beschäftigungsmotor in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre etwas ins Stottern geraten. In dieser Zeit war der Beschäftigungszuwachs deutlich geringer, in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens gingen die Erwerbstätigenzahlen sogar leicht zurück. Dies dürfte im Wesentlichen auf die Reformbestrebungen im Gesundheitswesen und hier insbesondere auf die Maßnahmen zur Kostendämpfung

zurückzuführen sein. Dabei stellt sich die Frage, ob Ende der 90er-Jahre eine nachhaltige Trendwende eingeleitet wurde oder ob es sich dabei nur um einen kurzfristigen Beschäftigungseinbruch handelte. Einerseits werden die Trends, die zum Anstieg der Erwerbstätigenzahlen im Gesundheitswesen führten, wie beispielsweise die Alterung der Bevölkerung, weiter wirken, andererseits stoßen die gesetzlichen Kassen an finanzielle Grenzen, die einem generellen Ausbau der gesundheitlichen Versorgung entgegenstehen bzw. bereits die Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Leistungen in Frage stellen. Für die Wachstumsbranche Gesundheitswesen wird sich somit künftig vermehrt die Frage stellen, inwiefern Bürgerinnen und Bürger selbst Kosten übernehmen, die nicht oder nicht mehr von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. Da Gesundheit allgemein hoch bewertet wird, kann durchaus angenommen werden, dass die Bevölkerung bereit ist, bis zu einem bestimmten Grad Gesundheitskosten selbst zu tragen.

Gegenüber allen anderen Berufen weisen Gesundheitsdienstberufe einige Besonderheiten auf. Gesundheitsdienstberufe sind hauptsächlich Frauenberufe, allerdings gilt das nicht für alle Hierarchieebenen gleichermaßen. In den akademischen Berufen liegt der Frauenanteil deutlich niedriger als in allen anderen Bereichen. Zwar stieg der Frauenanteil hier innerhalb der letzten 20 Jahre, dennoch blieben Frauen, insbesondere in finanziell lukrativen Bereichen wie den freien Praxen, deutlich unterrepräsentiert.

Gesundheitsdienstberufe erfordern fast ausnahmslos eine qualifizierte Ausbildung. Dementsprechend ist das Gesundheitswesen auch ein wichtiger Ausbildungsbereich. Im Resultat führt dies dazu, dass die Erwerbstätigen des Gesundheitswesens überdurchschnittlich gut qualifiziert sind. Aufgrund des in den letzten Jahren stetig steigenden Bedarfs war auch das Arbeitslosigkeitsrisiko für die Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen gering.

Gesundheitsdienstberufe sind jedoch auch durch spezifische Belastungen gekennzeichnet. Der Umstand, dass die gesundheitliche Versorgung rund um die Uhr erfolgen muss, bringt für die Erwerbstätigen ein hohes Maß an Wochenend-, Nacht- und Abendarbeit mit sich. Das hohe Engagement, das in diesem Arbeitsbereich zu erbringen ist, wird nicht für alle Erwerbstätigengruppen gleichermaßen entlohnt, dies drückt sich beispielsweise in den sehr hohen geschlechtsspezifischen Einkommensunterschieden im Gesundheitswesen aus.

Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard (2000): Möglichkeiten einer verstärkten Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen. In: Laaser, Ulrich; Schwalbe, Andrea (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Gesundheitswissenschaftliche Analysen. Schriftenreihe Gesundheit – Pflege – Sozialarbeit, B. 1, Lage: Verlag Hans Jacobs, S. 19 - 28.

Bandemer, Stephan von; Hilbert, Josef (2000): Gesundheitswirtschaft vom „Sorgenkind“ zur Zukunftsbranche. In: Blanke, Bernhard u. a. (Hrsg.), Sozialstaat im Wandel: Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung. Wissenschaftliche Einganguntersuchung für das MFJFG NRW, Düsseldorf: MFJFG NRW, S. 59 - 74.

Beske, Fritz; Hallauer, Johannes F. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. 3. Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Breyer, Friedrich; Ulrich, Volker (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220/1, S. 1 - 17.

Erklärung der 6. Landesgesundheitskonferenz NRW 10.10.97 Bielefeld: Standortfaktor Gesundheitswesen als Beschäftigungsmotor sichern und entwickeln.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Hrsg.) (2000): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Götz, Hilmar (1992): Berufsbildungsrecht. Eine systematische Darstellung des Rechts der Berufsausbildung, der beruflichen Fortbildung und der Umschulung. München: Beck.

Henke, Klaus-Dirk (2000): Quo vadis, Gesundheitswesen?. In: Laaser, Ulrich; Schwalbe, Andrea (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Gesundheitswissenschaftliche Analysen. Schriftenreihe Gesundheit – Pflege – Sozialarbeit, B. 1, Lage: Verlag Hans Jacobs, S. 29 - 50.

Huber, Walter Th. (2000): Rationalisierung und Kostenbeteiligung bei Arzneimitteln. In: Laaser, Ulrich; Schwalbe, Andrea (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland: Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Gesundheitswissenschaftliche Analysen. Schriftenreihe Gesundheit – Pflege – Sozialarbeit, B. 1, Lage: Verlag Hans Jacobs, S. 125 - 143.

Hullmann, Alfred; Bergmann, Yvonne; Cloos, Bertram; Krause, Bernd; Rosin, Elke (2000): Arbeitszeitflexibilisierung und Frauenerwerbstätigkeit. Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LDS NRW.

Knappe, Eckhard; Optendrenk, Sonja (2000): Reform des Gesundheitswesens bleibt aktuell. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B. 35 - 36, S. 23 - 29.

Kühn, Hagen (2001): Gesundheit/Gesundheitssystem. In: Schäfers, Bernhard; Zapf, Wolfgang (Hrsg.), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, 2. Auflage, Opladen: Leske + Budrich, S. 270 - 282.

LÖGD (1997): Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.) Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorenatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder, Gesundheitsberichterstattung Band 9/1997, Bielefeld: LÖGD.

Landesregierung Baden-Württemberg (Hrsg.), 1998: Das Gesundheitswesen als Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Standortfaktor. Statistisch – prognostischer Bericht, Stuttgart: Statistisches Landesamt.

MASQT (2000): Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie NRW (Hrsg.), Zuwanderung und Integration in NRW. Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Zuwanderung“ der Landesregierung. Düsseldorf: MASQT.

MASSKS (2000): Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport NRW (Hrsg.), Arbeitszeitmodelle. Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in der modernen Arbeitsorganisation. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Dauer und Lage der Arbeitszeit in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Düsseldorf: MASSKS.

Meifort, Barbara (1995): „Total normal“ – Grundzüge einer Reform der beruflichen Bildung für die Gesundheits- und Sozialpflege. In: Meifort, Barbara; Becker, Wolfgang (Hrsg.), Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe, Reform durch neue Bildungskonzepte. Bielefeld: Bertelsmann, S. 221 - 256.

MFJFG (2000): Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.), Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld: LÖGD.

MFJFG (2001): Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, Wir Frauen in Nordrhein-Westfalen, 2/2001

Ministerium für Arbeit und Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), 1998: Gesundheitsökonomische Basisdaten. Schriftenreihe: Gesundheitswesen, Gesundheitsberichterstattung. Mainz: Ministerium für Arbeit und Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, (Hrsg.) 1996: Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. B. 1 Baden-Baden: Nomos.

Sendler, Hans (1996): Standortfaktor Gesundheit. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3 - 4, S. 47 - 53.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1998: Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ergebnis eines Forschungsvorhabens. Stuttgart: Metzler/Poeschel.

Anhang

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 geheim zu halten
- . . . Zahlenwert lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor
- () Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann
- / keine Angabe, da der Zahlenwert nicht sicher genug ist
- x Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
- p vorläufige Zahl
- r berichtigte Zahl

Abweichungen in den Summen erklären sich aus dem Runden der Einzelwerte.

Begriffserläuterungen

Abhängig Erwerbstätige

Mikrozensus: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die als

- Arbeiterinnen und Arbeiter,
- Angestellte,
- Beamtinnen und Beamte (einschl. Personen im Vorbereitungsdienst),
- Soldatinnen und Soldaten, Wehrpflichtige und Zivildienstleistende oder
- Auszubildende (einschl. Anlernlingen, Praktikanten, Volontärinnen und Volontären, etc.)

in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen.

Anpassungsschicht

Mikrozensus: Regionale Einheit, die für die Ergebniserstellung des Mikrozensus ausreichend groß ist und für die ein Abgleich (Anpassung) der Stichprobenergebnisse mit der laufenden Bevölkerungsfortschreibung erfolgt. Die Anpassung betrifft je Region vier demographische Eckzahlen: die deutsche und ausländische Bevölkerung, gegliedert nach Männern und Frauen.

Arbeitslose

Mikrozensus: Personen, die in der Berichtswoche (April) beim Arbeitsamt als arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet sind.

Ausländische Staatsangehörigkeit

Mikrozensus: Als Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit werden diejenigen nachgewiesen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit im Sinne des Art. 116 Abs. 1 GG besitzen. Dazu gehören auch Personen ohne bzw. mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Liegt bei Doppel- oder Mehrfachstaatsangehörigkeit die deutsche Staatsangehörigkeit vor, so gilt die deutsche.

Berufssystematik

Mikrozensus: Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1992, abgeleitete Fassung für den Mikrozensus und die EG-Arbeitskräfteerhebung

Bevölkerung

Mikrozensus: Zur Bevölkerung des Bundesgebietes gezählt werden alle Personen

- mit einer Wohnung am Ort dieser Wohnung,
- mit mehreren Wohnungen am Ort ihrer Hauptwohnung (vorwiegend genutzte Wohnung),
- in Heimen oder Anstalten am Ort des Heims oder der Anstalt.
- Angehörige ausländischer (Stationierungs-)Streitkräfte sowie ausländische diplomatische und konsularische Vertreterinnen und Vertreter mit ihren Familienangehörigen werden nicht zur Bevölkerung gezählt.

In dieser Veröffentlichung: Zur Bevölkerung gezählt werden alle Personen, die im Mikrozensus ihren Hauptwohn-

sitz in Nordrhein-Westfalen angegeben haben (einschl. Personen in Heimen oder Anstalten).

Erwerbstätige

Mikrozensus: Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die als

- Arbeiterinnen und Arbeiter,
- Angestellte,
- Beamtinnen und Beamte (einschl. Personen im Vorbereitungsdienst),
- Soldatinnen und Soldaten, Wehrpflichtige und Zivildienstleistende oder
- Auszubildende (einschl. Anlernlingen, Praktikanten, Volontärinnen und Volontären etc.)

in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen.

Weiterhin werden als Erwerbstätige gezählt, die (einschl. mithelfender Familienangehöriger)

- selbstständig ein Gewerbe bzw. eine Landwirtschaft betreiben oder
- einen freien Beruf ausüben.

Mikrozensus

Amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte, bei der in der Bundesrepublik Deutschland im April jeden Jahres 1% der Haushalte (Stichprobenerhebung) über ihre wirtschaftliche und soziale Lebenslage befragt werden.

Nettoeinkommen

Mikrozensus: Bruttoeinkommen (z. B. Gehalt, Lohn, Unternehmer Einkommen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Rente, Pension, öffentliche Unterstützungen, Kindergeld, Wohngeld) im Erhebungsmonat (April), abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Bei unregelmäßigem Einkommen wird der Nettodurchschnitt des Jahres zu Grunde gelegt. Das Nettoeinkommen von Selbstständigen in der Landwirtschaft und mithelfenden Familienangehörigen wird nicht erfragt.

Rundung

Mikrozensus: Die Auswertungen sind auf 1 000 gerundet, daher können sie Rundungsdifferenzen enthalten.

Selbstständige

Mikrozensus: Personen,

- die als Eigentümerinnen/Eigentümer bzw. Pächterinnen/Pächter einen Betrieb/eine Arbeitsstätte wirtschaftlich/organisatorisch leiten oder
- die freiberuflich tätig sind.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

Beschäftigtenstatistik: Arbeiterinnen und Arbeiter, Angestellte und Auszubildende (einschl. Anlernlingen, Praktikanten, Volontärinnen und Volontären etc.), die

- krankenversicherungspflichtig,
- rentenversicherungspflichtig und/oder
- beitragspflichtig nach dem Arbeitsförderungsgesetz sind (einschl. derjenigen, für die von den Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern Beitragsanteile zu den gesetzlichen Rentenversicherungen zu entrichten sind).

Wirtschaftssystematik

Mikrozensus: Seit 1995 gilt die Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993, auf der Grundlage der in-

ternational geltenden Systematik (NACE), Fassung für den Mikrozensus (WZ 93). Bis 1994 galt die Systematik der Wirtschaftszweige, Ausgabe 79, Fassung für die Arbeitsstättenzählung 1983.

Beschäftigtenstatistik: Verzeichnis der Wirtschaftszweige für die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe 1973 (WS), ab 1999: Klassifikation der Wirtschaftszweige für die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit, Ausgabe 1993 (WZ 93/BA)

Übersicht: Durch Bundesgesetz geregelte Ausbildungen in den Gesundheits- oder Medizinalfachberufen nach der Fundstelle der Rechtsgrundlage*)

Ausbildungsberuf	Ausbildungsdauer in Jahren	Fundstelle der Rechtsgrundlage
Diätassistentin/Diätassistent	3	Diätassistentengesetz (DiätAssG) vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446), zuletzt geändert durch Artikel 11 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Ergotherapeutin/Ergotherapeut	3	Ergotherapeutengesetz (ErgThG) vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311)
Hebamme/Entbindungspfleger	3	Hebammengesetz (HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 6 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Krankenpflegehelferin/-helfer	3	Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 04. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Artikel 7 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Logopädin/Logopäde	3	Logopädengesetz (LogG) vom 07. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 08. März 1994 (BGBl. I S. 446)
Masseurin und medizinische Bademeisterin/ Masseur und medizinischer Bademeister, Physiotherapeutin/Physiotherapeut	2,5 3	Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084) zuletzt geändert durch Artikel 12 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Medizinisch-technische(r) Laboratoriumsassistentin/-assistent, medizinisch-technische(r) Radiologieassistentin/-assistent, medizinisch-technische(r) Assistentin/Assistent für Funktionsdiagnostik, veterinärmedizinisch-technische(r) Assistentin/ Assistent	3	MTA-Gesetz (MTAG) vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), zuletzt geändert durch Artikel 10 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Orthoptistin/Orthoptist	3	Orthoptistengesetz (OrthoptG) vom 28. November 1989 (BGBl. I S. 2061), zuletzt geändert durch Artikel 9 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)
Rettungsassistentin/-assistent	1	Rettungsassistentengesetz (RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), zuletzt geändert durch Artikel 8 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390)

*) Vgl. Informationen des Bundesgesundheitsministeriums, im WWW unter <http://www.bmggesundheits.de> - 1) Neben diesen Berufen ist das Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls zuständig für die Ausbildungsordnungen der Berufe Arzthelferin/-helfer, Zahnarzthelferin/-helfer und Tierarzthelferin/-helfer. Hierbei handelt es sich um jeweils dreijährige Ausbildungen, die mit einer Prüfung nach Verordnungen auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes