

Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich

Kurzfassung

Hintergrund

Im Gesundheits- und Sozialbereich und damit auch bei den Pflegeberufen stehen in den nächsten Jahren grundlegende Herausforderungen bevor. Bedingt durch die demografischen Entwicklungen und die steigende Lebenserwartung ist einerseits mit einem Anstieg alter und hochbetagter Menschen zu rechnen und damit auch mit einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit. Die Nachfrage nach qualifizierter Pflege und Betreuung wird steigen. Gleichzeitig wird der Anteil jüngerer Menschen, die in den Beruf einsteigen, im Vergleich dazu geringer und somit verkleinert sich auch jene Gruppe, die für die Pflege und Betreuung ausgebildet werden kann und in den Beruf einsteigt.

Um entsprechend dem künftigen Pflegebedarf eine sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht ausreichende Anzahl an Pflege- und Betreuungspersonen in den jeweiligen Einrichtungen bzw. bei den jeweiligen Diensten vorhalten zu können, gilt es bereits jetzt, Vorkehrungen zu treffen.

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, eine Prognose auf Basis einer Modellrechnung für den gesamten Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der Sozialbetreuungsberufe zu erstellen, um Aussagen darüber treffen zu können, wie viele Personen bzw. Vollzeitäquivalente bis zum Jahr 2030 benötigt werden. Um dem künftigen Bedarf im Pflegebereich gerecht werden zu können, sind verschiedenste Maßnahmen zu treffen. Diese setzen an unterschiedlichen Ebenen an und zielen darauf ab, ausreichend qualifizierte Pflegekräfte in allen Settings des Gesundheits- und Pflegewesens zur Verfügung zu haben. Daher wird in Handlungsempfehlungen beschrieben, wie Personalanwerbung und Personalbindung in Zukunft besser gelingen kann und welche Maßnahmen gesetzt werden können, um Systemeffizienz zu unterstützen.

Methode

Auf Basis vorhandener Daten und ergänzender Erhebungen wird der Iststand des Pflege- und Betreuungspersonals im akutstationären und im Langzeitbereich beschrieben und eine Prognose für das Jahr 2030 abgeleitet. Diese Prognose wird zunächst in einem Basisfallszenario berechnet, welches ausgehend vom Iststand die demografische Entwicklung bei gleichbleibender Inanspruchnahme pflegerischer Dienstleistungen nach Altersgruppen bis 2030 berücksichtigt. In einem Alternativszenario wird in der Folge

berechnet, wie sich der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen entwickelt, wenn es zu einem Ausbau mobiler Dienste kommen wird. Dieser Ausbau mobiler Dienste ist in den Plänen der Bundesländer vorgesehen und aus folgenden Entwicklungen abzuleiten:

- Rückgang der informellen Pflege und Betreuung durch sich ändernde familiäre und soziale Strukturen
- Zunahme des Ausmaßes und der Intensität der Pflege durch steigende Multimorbidität sowie steigende Anzahl von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und dadurch Zunahme der Nachfrage nach professionellen Diensten

Gleichzeitig ist es Ziel, die Pflege zu Hause in den Vordergrund zu rücken und es den Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben.

Ergebnisse

Aussagen zum künftigen Bedarf sind grundsätzlich nur als Schätzungen zu verstehen, sie sind eine Orientierungshilfe für das Treffen weiterer Maßnahmen. In Österreich sind **zurzeit** rund **127.000 Pflege- und Betreuungspersonen (100.600 Vollzeitäquivalente)** im akutstationären Bereich und im Langzeitbereich beschäftigt: rund 67.000 im Krankenhaus und rund 60.000 im Langzeitbereich.

Rund 60 Prozent des Personals sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 31 Prozent haben die Ausbildung zur Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz, wobei hier auch jene Sozialbetreuungsberufe miteingefasst sind, in deren Ausbildung die Pflegeassistenz enthalten ist. Der Rest von 9 Prozent sind Heimhilfen, die nur im Langzeitbereich eingesetzt werden. Teilzeitbeschäftigung ist üblich; um 10 Vollzeitstellen zu besetzen, braucht es 13 Personen. Hier zeigen sich beträchtliche Unterschiede zwischen den Settings: Im Krankenhaus sind 12 Personen notwendig, um 10 Vollzeitstellen zu besetzen, bei den mobilen Diensten hingegen 15 Personen. Über 30 Prozent des gesamten Personals sind über 50 Jahre alt und älter, was bedeutet, dass diese Personen bis zum Jahr 2030 in Pension gehen werden. Deren Stellen müssen nachbesetzt werden, was einem **Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen von rund 42.000 Personen bis zum Jahr 2030** entspricht.

Unter Berücksichtigung der Daten und Informationen, die derzeit vorliegen, ist bis **2030** davon auszugehen, dass aufgrund der **demografischen Entwicklung** mit einem Sollstand an Pflege- und Betreuungspersonen von rund 158.000 Personen (d. s. 125.300 Vollzeitäquivalente) zu rechnen ist.

Geht man davon aus, dass es zu einem **Ausbau der mobilen Dienste** entsprechend der vorliegenden Pläne der Länder kommen wird (Alternativszenario), so erhöht sich der Sollstand im Jahr 2030 auf rund 161.000 Personen (d. s. 127.100 Vollzeitäquivalente). Das entspricht einem **zusätzlichen Bedarf von rund 34.000 Personen** bzw. 26.500 Vollzeitäquivalenten.

Zusammengefasst lässt sich Folgendes festhalten:

- Der **Ersatzbedarf** aufgrund von Pensionierungen liegt im Jahr 2030 bei rund **42.000 zusätzlich benötigten Pflege- und Betreuungspersonen**.
- Der **Zusatzbedarf** aufgrund der demografischen Entwicklung und unter Berücksichtigung eines Ausbaus mobiler Dienste liegt im Jahr 2030 bei rund **34.000 zusätzlich benötigten Personen**. Davon werden rund 13.000 Personen im Krankenanstaltenbereich und rund 21.000 im Langzeitbereich benötigt.
- Die **Gesamtsumme aus Zusatzbedarf und Ersatzbedarf liegt somit bei rund 76.000 zusätzlich benötigten Personen in der Pflege im Zeitraum von 2017 bis 2030**.

Für Pflegefachkräfte (DGKP, PFA und PA) entspricht dies einem jährlichen Bedarf von 3.900 bis 6.700 zusätzlichen Personen (in Abhängigkeit von der demografischen Entwicklung).

Dem stehen rund 4.800 Absolventinnen und Absolventen von FH, GuKP-Schulen und PA-Lehrgängen sowie 955 Absolventinnen und Absolventen von SOB-Schulen im Jahr 2016 gegenüber. Aufgrund sinkender Schülerzahlen ist voraussichtlich mit einem Rückgang der Absolventenzahlen zu rechnen.

Empfehlungen

Um dem künftigen Bedarf im Pflegebereich gerecht werden zu können, sind verschiedenste Maßnahmen zu treffen. Diese sind:

- ausreichend Ausbildungsplätze innovativ planen und vorhalten
- Pflegeberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern
- unterschiedliche Zielgruppen konkret ansprechen und während der Ausbildung unterstützen
- Informationsveranstaltungen, Praktika und Schnuppertage nachhaltig gestalten
- ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern
- Drop-out-Raten während der Ausbildung senken
- lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen durch Kompetenz- und Karriereentwicklung

- Führungskräfteentwicklung und Generationenmanagement einführen
- gesellschaftliche Wertschätzung und wertschätzende Unternehmenskultur fördern
- Gesamtkonzepte und Strukturen in Einrichtungen (weiter-)entwickeln
- GuKG-Novelle umsetzen und evaluieren
- vertiefte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals führen
- Vernetzung und (über-)regionalen Austausch fördern
- Potenziale einer interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit ausloten und nutzen
- neue Betreuungs- und Versorgungsarrangements entwickeln

Inhalt

Kurzfassung	3
Tabellenverzeichnis.....	9
Abbildungsverzeichnis	10
Abkürzungen	12
1 Einleitung	13
1.1 Methodische Vorgangsweise und Datengrundlagen	14
2 Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich - Iststand.....	18
3 Planungsgrundlagen.....	24
3.1 Demografische Entwicklung.....	26
3.2 Entwicklung der Inanspruchnahme.....	27
3.3 Altersstruktur des Pflege- und Betreuungspersonals.....	31
3.4 Ausbildung.....	32
4 Bedarfsprognose	38
4.1 Basisfallszenario	38
4.2 Alternativszenario Ausbau mobile Dienste	41
4.3 Gesamtdarstellung aller Szenarien	43
5 Verschiebungspotenzial – Grade-Mix.....	47
5.1 Krankenanstalten	47
5.2 (Teil-)Stationärer Langzeitbereich.....	49
5.3 Mobile Dienste.....	50
5.4 Gesamtbetrachtung 2030	50
6 Handlungsempfehlungen.....	52
6.1 Hintergrund	52
6.2 Methodisches Vorgehen.....	53
6.3 Umsetzungsverantwortung	55
6.4 Maßnahmen zur Personalanwerbung.....	56

6.5 Maßnahmen zur Personalbindung.....	62
6.6 Maßnahmen zur Effizienzverbesserung.....	71
6.7 Pflegereport	75
7 Quellen.....	77
Zusätzliche Literatur	84
Impressum	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schüler/-innen / Studierende und Beginner/-innen aus FH-Studiengängen, GuKPS sowie PFA- und PA-Lehrgängen 2013 bis 2018	35
Tabelle 2: Personalbedarfsprognose 2030 – Ergebnisse Basisfallszenario (gerundet) bei gleichbleibendem Grade-Mix	39
Tabelle 3: Personalbedarfsprognose 2030 – Ergebnisse Alternativszenario (gerundet) bei gleichbleibendem Grade-Mix	42
Tabelle 4: Zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 (in Köpfen) im Vergleich zu 2017 bei gleichbleibendem Grade-Mix	44
Tabelle 5: Zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 (in Köpfen) im Vergleich zu 2017 unter Berücksichtigung der Pläne der Bundesländer (Alternativszenario) und eines realistisch zu erwartenden Grade-Mix	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflege- und Sozialbetreuungsberufe	18
Abbildung 2: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, Verteilung auf Berufsgruppen (in Prozent)	20
Abbildung 3: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, nach Setting (in Personen)	20
Abbildung 4: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, nach Setting (in VZÄ)	21
Abbildung 5: Langzeitbereich - Verteilung der Berufsgruppen, per 31.12.2017 (in Personen)	22
Abbildung 6: Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung	24
Abbildung 7: Berücksichtigte Faktoren für die Berechnung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonen	26
Abbildung 8: Demografische Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter	27
Abbildung 9: Historische Entwicklung und Prognose der Inanspruchnahme im akutstationären Bereich (in Pflegetagen)	28
Abbildung 10: Langzeitbereich - altersgruppenspezifische Inanspruchnahme der Dienstleistungen	29
Abbildung 11: Entwicklung der Inanspruchnahme von mobilen Diensten bis 2030	30
Abbildung 12: Entwicklung der Inanspruchnahme von teilstationären und stationären Diensten im Langzeitbereich bis 2030	30
Abbildung 13: Altersverteilung der Pflege- und Betreuungspersonen im Jahr 2018	31
Abbildung 14: Entwicklung der Absolventenzahlen der Ausbildungen zum gehobenen Dienst 2012 bis 2016	33
Abbildung 15: Entwicklung der Absolventenzahlen der Ausbildung zur Pflegeassistenz 2012 bis 2016	33
Abbildung 16: Entwicklung der Absolventenzahlen von Sozialbetreuungsschulen mit Pflegeassistenzausbildung	34
Abbildung 17: Gehobener Dienst – Entwicklung der Anzahl der Beginner/-innen, Schüler/-innen und Studierenden 2013/2014 bis 2017/2018 an GuKPS und FH	34
Abbildung 18: Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz – Entwicklung der Anzahl der Schüler/-innen 2012/2013 bis 2017/2018	35
Abbildung 19: Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen bis zum Jahr 2030, absolute Zahlen	40
Abbildung 20: Schätzung des jährlich zu deckenden Mehrbedarfs nach Berufsgruppen auf Basis des Alternativszenarios	45

Abbildung 21: Berufsgruppen - Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im akutstationären Bereich im Jahr 2030 (in VZÄ)	48
Abbildung 22: Berufsgruppen: Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im (teil-)stationären Langzeitbereich im Jahr 2030 (in VZÄ)	49
Abbildung 23: Berufsgruppen: Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im mobilen Bereich im Jahr 2030 (in VZÄ) – Alternativszenario Ausbau mobile Dienste	50
Abbildung 24: Strategische Themen, Ziele und Maßnahmen	54

Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
d.h.	das heißt
d.s.	das sind
DSB	Diplomsozialbetreuung
DSB-AA	Diplomsozialbetreuung Altenarbeit
DSB-BA	Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit
DSB-FA	Diplomsozialbetreuung Familienarbeit
FH	Fachhochschule
FSB	Fachsozialbetreuung
FSB-AA	Fachsozialbetreuung Altenarbeit
FSB-BA	Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKG-Novelle	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Novelle
GuKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschule
HH	Heimhilfe
insb.	insbesondere
LZPB	Langzeitpflege- und betreuung
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegfachassistenz
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B	zum Beispiel

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung, die Zunahme an älteren und hochaltrigen Menschen und Multimorbidität insbesondere im höheren Lebensalter gehen mit einer erhöhten Komplexität des Versorgungsbedarfs einher. Ebenfalls einer Veränderung unterworfen sind die Erwartungen und Vorstellung der Bevölkerung in Hinblick auf Angebote und Leistungen im Gesundheits- und Pflegewesen. Dies wird durch den Rückgang familiärer Betreuungsressourcen verstärkt. Schon in den vergangenen Jahren ist der Anteil allein lebender Menschen in Österreich kontinuierlich angestiegen¹. Aufgrund mannigfaltiger Veränderungen in der Bevölkerung, im Gesundheits- und Pflegewesen sowie bedingt durch die technologischen Entwicklungen zeichnen sich somit Veränderungen in Art und Umfang der Leistungsbereitstellung ab, was zu neuen Anforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen und damit in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie bei den Betreuungsberufen führt². Um den anstehenden Herausforderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, sich mit dem Bedarf in der Zukunft auseinanderzusetzen, um so eine ausreichende Anzahl an Personen mit der richtigen Qualifikation im Bereich der Pflege- bzw. Sozialberufe vorzuhalten. Dabei spielen die geplanten Reformvorhaben eine wichtige Rolle. Durch die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle, die Schaffung neuer Pflege- und Betreuungsarrangements und –angebote, den Aufbau der Primärversorgung, die verstärkte interprofessionelle Kooperation innerhalb und zwischen den einzelnen Sektoren und die Nutzung neuer Technologien werden neue Angebote geschaffen, die auch die Arbeitsweise verändern und zu neuen Kompetenzen, Fertigkeiten und Fähigkeiten bei den Pflege- und Sozialbetreuungsberufen führen. Professionell angebotene Pflege wird daher in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Umgekehrt wird von Trägerorganisationen berichtet, dass es zunehmend schwieriger wird, die richtige Anzahl an Pflegekräften mit den richtigen Qualifikationen für die jeweiligen Einsatzbereiche zu gewinnen und im Beruf zu halten. Engpässe in der Versorgung (insb. in der Langzeitpflege) zeichnen sich bereits ab: Viele Pflegekräfte werden in den nächsten Jahren das Pensionsalter erreichen, parallel dazu sinkt die Zahl junger Menschen, die für diese Berufe gewonnen werden können.

¹

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/036550.html; [Zugriff am 4.10.2019]

² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf (S. 9)

Vor diesem Hintergrund wurde die Gesundheit Österreich GmbH vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit der Erstellung einer Prognose zum Personalbedarf der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der Sozialbetreuungsberufe in Österreich für die akutstationäre Versorgung sowie für die mobile und stationäre Langzeitversorgung beauftragt. Ziel ist es, ausgehend von einer Beschreibung des Iststands eine Prognose für Österreich bis 2030 zu erstellen und daraus Maßnahmen abzuleiten, welche die Anwerbung von Personal sowie die Personalbindung fördern.

1.1 Methodische Vorgangsweise und Datengrundlagen

Grundlage der Prognose ist der gegenwärtige Bestand an Pflege- und Betreuungspersonen in den Bereichen

- Akutkrankenhäuser (inkl. Reha-Einrichtungen) und
- stationäre, teilstationäre und mobile Langzeitpflege.

Von der Studie nicht umfasst sind Pflege- und Betreuungspersonen, die u. a. in folgenden Einsatzgebieten tätig sind:

1. Settings im Bereich der Gesundheitsversorgung im engeren Sinn, zu denen Arztpraxen und Primärversorgungseinheiten, Behinderteneinrichtungen und freiberuflich tätige DGKP zählen, und
2. andere Einsatzbereiche wie: Behindertenarbeit, Lehre und Forschung, Behörden, Schulen und Gemeinden, Unternehmen und Versicherungen, Interessenvertretungen, Sachverständige, Sozialversicherung.

Datengrundlagen

Die Angaben zum **akutstationären Bereich** stammen aus der Krankenanstaltenstatistik, sie umfassen allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten wie z. B. Rehabilitationszentren und Sanatorien. Nicht im Krankenanstaltenbereich miteingefasst sind Pflegeanstalten für chronisch Kranke, diese sind dem Langzeitbereich zugeordnet.

Für den **Langzeitbereich** wurde einerseits auf vorhandene Daten zurückgegriffen, andererseits wurden zusätzliche Erhebungen in den Bundesländern und bei Pflegeheimen durchgeführt.

Die Pflegedienstleistungsstatistik (BMASGK 2018; Statistik Austria 2018) erfasst seit 2012 die Leistungen der Bundesländer im Bereich der Langzeitpflege und –betreuung. Somit kann die Entwicklung des Pflege- und Betreuungspersonals in den einzelnen Settings seit 2012 dargestellt werden. Allerdings erfolgt hier keine Differenzierung nach Berufsgruppen.

Diese Differenzierung ist allerdings eine wesentliche Voraussetzung für die Prognose und die Planung des zukünftigen Personalbedarfs. Daher wurde eine Erhebung in den Bundesländern zum Iststand in Köpfen und Vollzeitäquivalenten per 31. 12. 2017 zu den Berufsgruppen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), Pflegefachassistenz (PFA), Pflegeassistenz (PA), Fachsozialbetreuung (FSB), Diplomsozialbetreuung (DSB) mit Pflegeassistentenausbildung und Heimhilfe (HH) nach den Settings stationäre Langzeitpflege und -betreuung, mobile Dienste und sonstige Bereiche (Tagesbetreuung, alternative Wohnformen und Wohngruppen, Case- und Caremanagement) durchgeführt. Alle Bundesländer haben diese Zahlen rückgemeldet.

Informationen aus den Pflegepersonalprognosen einzelner Bundesländer wurden ebenfalls berücksichtigt (insb. Rappold et al. 2014; Rappold et al. 2017; Rappold et al. 2019; Zsifkovits et al. 2013).

Für die Prognose der Entwicklung des Personalangebots – insbesondere des Ersatzbedarfs, welcher sich durch die anstehenden Pensionierungen der nächsten Jahre bis 2030 ergibt – wurden folgende Zusatzdaten erhoben: durchschnittliches Pensionsantrittsalter nach Setting und Berufsgruppen zumindest für das Jahr 2017 und Beschreibung des Personals (nach Setting und Berufsgruppen) in Altersgruppen. Dazu liegen vollständige Angaben aus zwei Bundesländern (Vorarlberg, Wien) getrennt nach Berufsgruppen und Setting vor (Rappold et al. 2017; Rappold et al. 2019). Zur Altersstruktur liegen zusätzlich Informationen aus vier Bundesländern vor. Seit Juli 2019 stehen Daten aus dem Gesundheitsberuferegister zur Verfügung, insbesondere zur Anzahl und zum Alter der Pflege- und Betreuungspersonen. Somit konnten vor allem die Basisdaten für den Ersatzbedarf, der sich in den nächsten Jahren aufgrund der Pensionierungen ergibt, validiert und qualitätsgesichert werden.

Prognosemodelle

Auf Basis der Ist-Daten wird eine Prognose für Österreich bis 2030 erstellt. Diese wird zunächst in einem Basisfallszenario berechnet, das ausgehend vom Iststand 2017 die Veränderung der Inanspruchnahme aufgrund der demografischen Entwicklung berücksichtigt. In einem Alternativszenario wird in der Folge mitberücksichtigt, wie die Entscheidungsträger, insbesondere die Bundesländer, auf diese Veränderungen reagieren

wollen. Dazu wurden Bedarfs- und Entwicklungspläne bzw. Personalbedarfspläne der Bundesländer analysiert und in die Prognose miteinbezogen.

Limitationen

Jede Prognose basiert auf Informationen, welche zum Zeitpunkt der Berichtserstellung zur Verfügung stehen, und bildet mögliche Szenarien in der Zukunft ab. Damit können nur auf dieser Basis Annahmen getroffen werden – Veränderungen müssten laufend neu bewertet werden. Die in diesem Bericht dargestellten Berechnungen basieren auf Daten unterschiedlicher Granularität. Insbesondere Informationen zum Alter der Pflege- und Betreuungspersonen (Angebotsseite) liegen nur in aggregierter Form vor und wurden für diese Prognose für die Schätzung des Ersatzbedarfs durch Pensionierungen bei Krankenanstaltenträgern und Ländern recherchiert. Diese Daten aus den Erhebungen wurden in der Folge mit ersten Daten aus dem Gesundheitsberuferegister abgeglichen.

Keine Informationen liegen zur geografischen und beruflichen Abwanderung oder zu Berufswechseln vor. Auch Informationen zum Zuwachs (also über Personen, die in Österreich ausgebildet werden bzw. nach Österreich mit einer entsprechenden Ausbildung zuwandern) liegen noch nicht in systematischer Form vor. Zwar erfasst die Statistik Austria neben der Anzahl auch weitere Informationen zu Absolventinnen/Absolventen der unterschiedlichen Ausbildungen (wie Alter, Geschlecht), zur Zeit liegen allerdings keine Informationen darüber vor, ob und in welchem Ausmaß Absolventinnen und Absolventen tatsächlich in Pflege- und Betreuungsberufe einsteigen oder ob sie ins Ausland bzw. in andere Berufe abwandern.

Zudem kann aufgrund des erst 2016 eingeführten Berufs der Pflegefachassistenz noch keine Aussage zu den Absolventinnen/Absolventen dieser Ausbildung getroffen werden. Details zu diesen Aspekten können vermutlich ab 2020 durch Auswertungen von Daten aus dem Gesundheitsberuferegister in Erfahrung gebracht werden.

Zur Bewertung der Versorgungswirksamkeit (Teilzeit- oder Vollzeitarbeit) erfolgt eine Annäherung über das Verhältnis zwischen beschäftigten Personen und Vollzeitäquivalenten.

Bedarfsseitig wurden – soweit vorhanden – Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder berücksichtigt. Da sich diese sowohl vom Zeithorizont als auch von den Planungsgrundlagen unterscheiden, wurde auch hier für das Alternativszenario mit Annahmen gearbeitet.

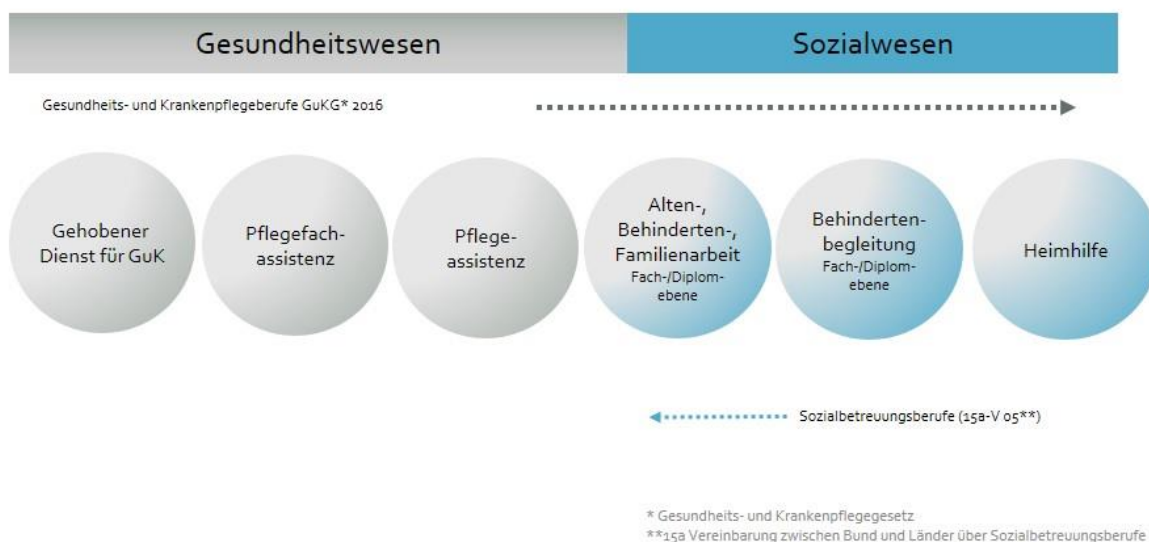
Durch die Einführung der PFA soll sich die Berufsgruppenzusammensetzung (der Grade-Mix) in den Einrichtungen verändern. Es ist noch nicht absehbar, in welchem Ausmaß diese Ausbildung auch tatsächlich absolviert werden wird und wie sich in weiterer Folge die

Nachfrage der Träger nach PFA entwickeln wird. Daher werden in diesem Bericht nur mögliche Verschiebungen zwischen den Berufen dargestellt, welche auf den Überlegungen der Träger und Länder basieren. Sie sind keine wissenschaftlich abgesicherten Ergebnisse zur Personalbemessung.

2 Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich - Iststand

Gegenstand der Prognose sind Pflege- und Betreuungsberufe, wobei dieser Überbegriff verschiedene Berufsgruppen umfasst. Neben den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen, welche im GuKG geregelt sind, zählen auch die Sozialbetreuungsberufe, welche in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern (Bund-Länder Sozialbetreuungsberufe) geregelt sind, dazu. Sowohl die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe als auch die Sozialbetreuungsberufe gliedern sich in drei Qualifikationsniveaus (Abbildung 1). Bei den Sozialbetreuungsberufen mit den Ausbildungsschwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Familienarbeit besteht dahingehend Durchlässigkeit zu den im GuKG geregelten Berufen, dass diese auch über die Qualifikation der Pflegeassistenz gemäß GuKG verfügen. Absolventinnen/Absolventen mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung und Personen mit Heimhilfeausbildung hingegen haben die Berechtigung zur Ausübung von Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.

Abbildung 1: Pflege- und Sozialbetreuungsberufe



Quelle und Darstellung: GÖG

Gegenstand der Iststandsbeschreibung und der Prognose sind folgende Berufe:

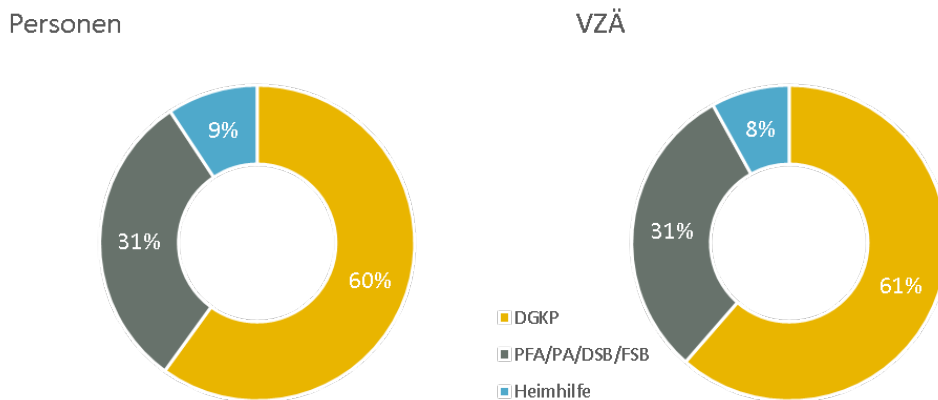
- DGKP: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
- PFA: Pflegefachassistenz
- PA: Pflegeassistenz
- DSB-AA: Diplomsozialbetreuung Altenarbeit
- DSB-BA: Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit
- DSB-FA: Diplomsozialbetreuung Familienarbeit
- FSB-AA: Fachsozialbetreuung Altenarbeit
- FSB-BA: Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit
- HH: Heimhilfe

FSB und DSB mit dem Schwerpunkt Behindertenbegleitung sind vorwiegend in Behinderteneinrichtungen tätig, welche nicht Teil dieser Studie sind, daher werden sie im Weiteren nicht berücksichtigt.

Insgesamt waren in Österreich im Jahr 2017 rund 127.000 Personen aus den oben angeführten Berufen in Krankenanstalten (inkl. Rehabilitationseinrichtungen), stationären und teilstationären Langzeiteinrichtungen (inkl. alternativen Wohnformen, Kurzzeitpflege) und bei mobilen Diensten beschäftigt.

Der Großteil dieser Personen hat die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege absolviert (76.100 Personen oder 61.800 Vollzeitäquivalente = VZÄ). Rund 39.000 Personen haben eine Pflegeassistentenausbildung (inklusive der Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe, das entspricht 30.700 VZÄ) und rund 11.800 Personen sind Heimhilfen (das entspricht 8.100 VZÄ).

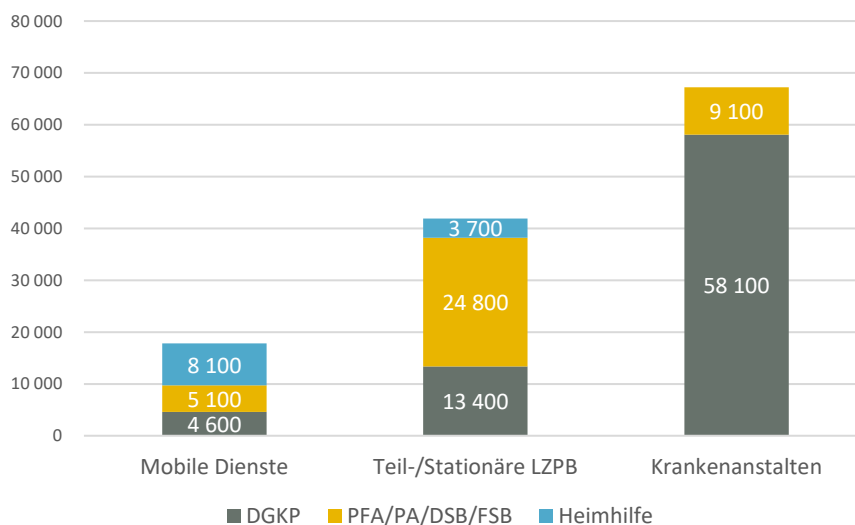
Abbildung 2: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, Verteilung auf Berufsgruppen (in Prozent)



Quellen: Erhebung bei den Bundesländern, Krankenanstaltenstatistik; Darstellung: GÖG

Abbildung 3 zeigt, dass rund 53 Prozent (oder 67.200 Personen) des Pflege- und Betreuungspersonals zum Erhebungszeitpunkt in Krankenhäusern beschäftigt waren. 33 Prozent (oder 41.900 Personen) waren in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (inkl. teilstationären Einrichtungen, alternativen Wohnformen und Kurzzeitpflege) beschäftigt und 14 Prozent (oder 17.800 Personen) bei mobilen Diensten.

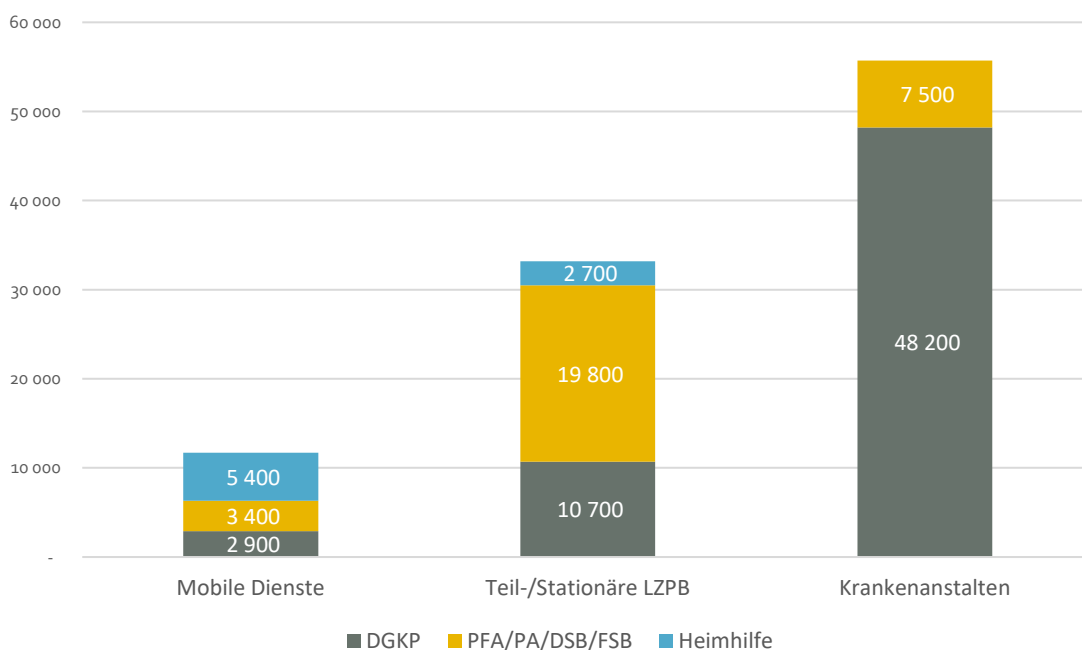
Abbildung 3: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, nach Setting (in Personen)



Quellen: Erhebung bei den Bundesländern, Krankenanstaltenstatistik; Darstellung: GÖG

Abbildung 4 zeigt die Berufsgruppenzusammensetzung in den Settings, wobei auffällt, dass diese zwischen den Settings deutlich variiert. In den mobilen Diensten gehörte zum Erhebungszeitpunkt knapp die Hälfte der VZÄ der Heimhilfe an (46 Prozent), gefolgt von der Pflegeassistenz mit 29 Prozent und dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit 26 Prozent. Ganz anders stellt sich die Berufsgruppenzusammensetzung im teil-/stationären Bereich der Langzeitpflege und –betreuung dar. In diesem Setting stellten die Pflegeassistentenberufe mit 59 Prozent den größten Anteil an den VZÄ, gefolgt von DGKP mit 32 Prozent und den Heimhilfen mit 9 Prozent. In den Krankenanstalten finden sich keine Heimhelfer/-innen, 86 Prozent der VZÄ haben die Ausbildung zur DGKP, der Rest sind Pflegeassistentenberufe.

Abbildung 4: Pflege- und Betreuungspersonal in Österreich, per 31.12.2017, nach Setting (in VZÄ)



Quellen: Erhebung bei den Bundesländern, Krankenanstaltenstatistik; Darstellung: GÖG

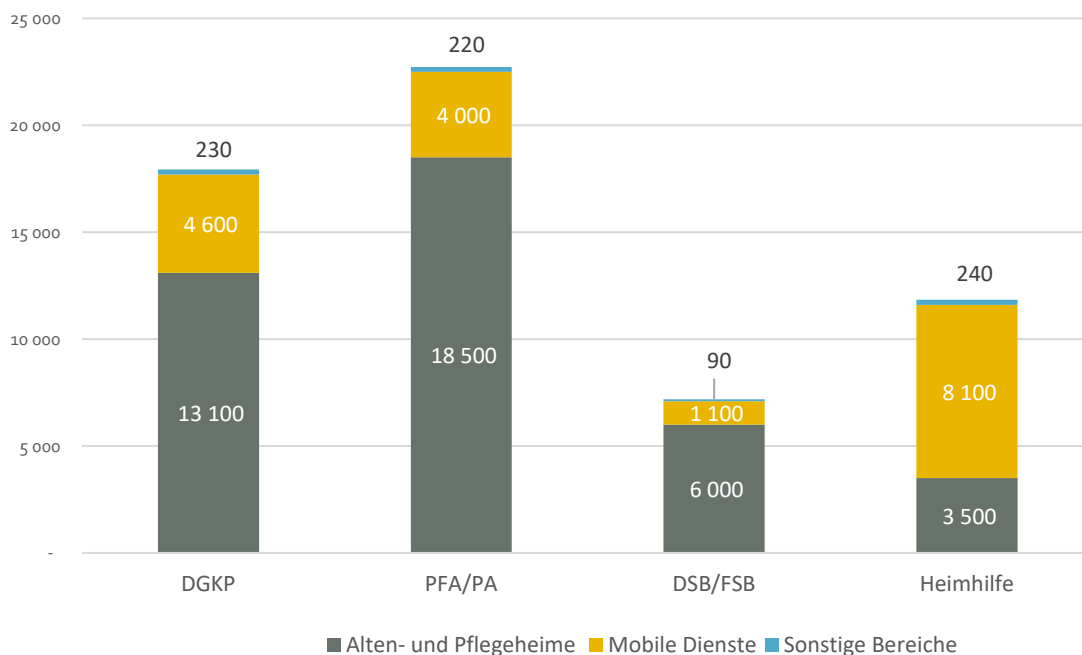
Die Arbeit in der Pflege und Betreuung ist durch Teilzeitbeschäftigung gekennzeichnet. Das Ausmaß ist in den einzelnen Settings unterschiedlich hoch, so war es bei den mobilen Diensten am höchsten und im Krankenhaus am geringsten. Um 10 Vollzeitstellen zu besetzen, waren 2017 bei den mobilen Diensten rund 15 Personen notwendig, in der stationären Pflege waren es 13 Personen und im Krankenhaus 12 Personen. Bezogen auf die Berufsgruppen arbeiteten insbesondere Heimhelfer/-innen Teilzeit. Für 10 Vollzeitstellen in

der Heimhilfe waren 15 Personen notwendig, bei der Pflegeassistenz waren es 13 und beim gehobenen Dienst 12 Personen.

Insgesamt entsprechen die rund 126.900 Personen 100.600 Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

Die **Detailanalyse zum Langzeitbereich** in Abbildung 5 zeigt die Aufschlüsselung der Pflege- und Betreuungspersonen mit Pflegeassistentenausbildung nach reiner Pflegeassistenz und Diplom- bzw. Fachsozialbetreuungsberufen, welche auch die Pflegeassistentenausbildung beinhalten. In dieser Abbildung wird die Kategorie „sonstige Bereiche“ eingeführt. Hier werden die teilstationären Einrichtungen und alternativen Wohnformen getrennt von den Alten- und Pflegeheimen ausgewiesen. In diesen „sonstigen Bereichen“ ist allerdings nur ein Prozent des gesamten Personals im Langzeitbereich beschäftigt (was auch der Grund für die ansonsten gemeinsame Darstellung mit den Alten- und Pflegeheimen ist).

Abbildung 5: Langzeitbereich - Verteilung der Berufsgruppen, per 31.12.2017 (in Personen)



Quellen: Erhebung bei den Bundesländern, Krankenanstaltenstatistik; Darstellung: GÖG

Zu den rund 59.700 Personen im Langzeitbereich wurde bei rund 12 Prozent angegeben, dass sie die Ausbildung als Diplom- oder Fachsozialbetreuung (welche Pflegeassistenz umfasst) aufweisen.

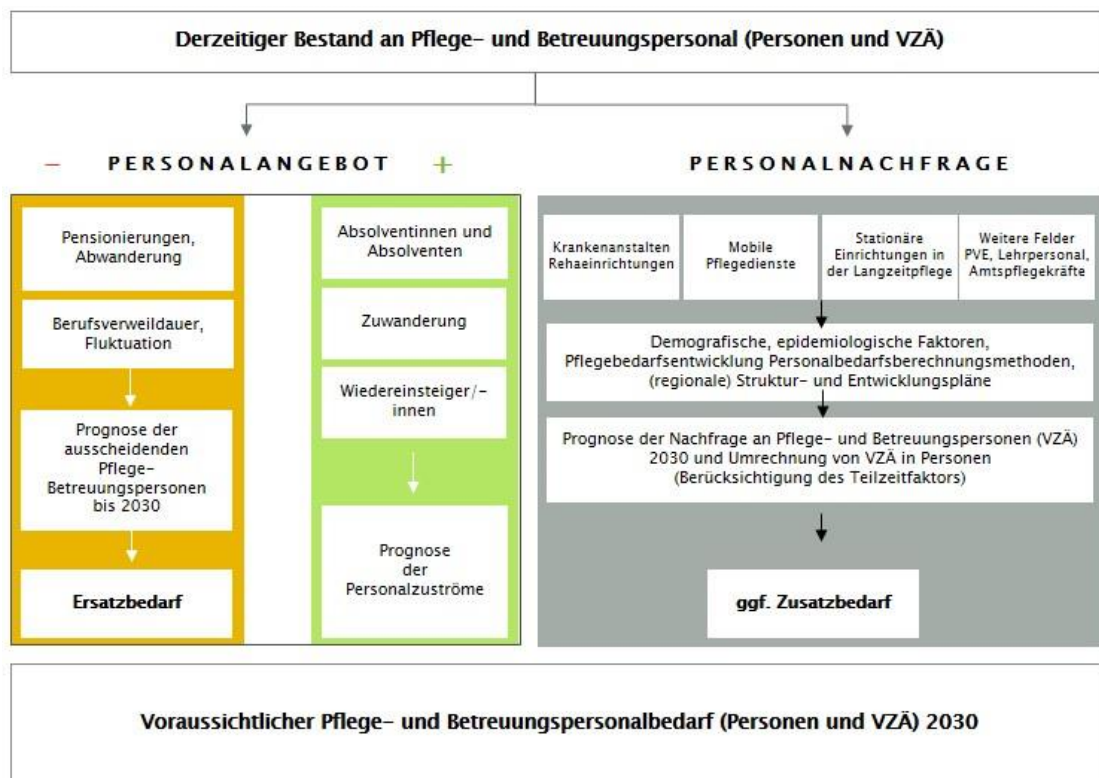
Der Anteil der Diplom- oder Fachsozialbetreuungsberufe in der Gruppe der Pflegeassistenz könnte allerdings noch höher sein, bedingt durch die gängige Anstellungspraxis, wonach Angehörige von Sozialbetreuungsberufen als Pflegeassistentinnen/-assistenten angestellt werden und der Quellberuf nicht erfasst ist.

3 Planungsgrundlagen

Die Schätzung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal bis zum Jahr 2030 erfolgt auf Basis des Iststands 2017. Die Daten zum akutstationären Bereich stammen aus der Krankenanstaltenstatistik, die Daten zum Langzeitbereich wurden bei den Ländern gesondert erhoben und mit den Daten der Pflegedienstleistungsstatistik (BMASGK 2018; Statistik Austria 2018) und des Gesundheitsberuferegisters validiert bzw. um diese ergänzt.

Das an der GÖG entwickelte Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung umfasst sowohl angebotsseitige als auch nachfrageseitige Einflussfaktoren. Welche dieser Einflussfaktoren berücksichtigt werden, hängt von den jeweils verfügbaren Daten ab. In Abbildung 6 werden die in der vorliegenden Prognose berücksichtigten Einflussfaktoren dargestellt und in der Folge beschrieben.

Abbildung 6: Prognosemodell zur Personalbedarfsplanung



Quelle und Darstellung: GÖG

Im Folgenden werden die in Abbildung 6 dargestellten Elemente des Prognosemodells beschrieben.

Derzeitiger Bestand an Pflege- und Betreuungspersonal

Ausgangslage für die Prognose ist der Iststand in den relevanten Berufen. Dieser wurde in Kapitel 2 beschrieben. Für die Prognose relevant ist auch die Frage, ob Qualität und vor allem Quantität der derzeitigen Personalausstattung ausreichend sind oder ob bereits jetzt von einem aktuellen Fehlbestand auszugehen ist. Österreichweit gibt es zu diesen Indikatoren keine verlässlichen Daten, da die Organisationen die offenen Stellen aus unterschiedlichen Gründen nicht an das Arbeitsmarktservice melden.

Mehrere Faktoren können aber als Hinweis darauf angesehen werden, dass eine Unterbesetzung besteht:

- Anzahl der offenen (aufgrund von Personalmangel nicht zu besetzenden) Stellen im System
- Summe von Urlaubsrückstellungen und nicht abbaubaren Stundenguthaben
- Entwicklung von Langzeitkrankenständen und Ausfällen durch Krankheit
- Sperre von Betten und/oder Operationssälen
- systematischer Einsatz von „Leasingpersonal“

Regionale Erhebungen und Informationen einzelner Träger zeigen, dass die Zahl der offenen Stellen in den letzten Jahren ansteigt und im Langzeitbereich (vermehrt im mobilen Bereich, aber auch im Bereich der Pflegeheime) zwischen 5 und 10 Prozent ausmachen könnte.

Personalangebot

Das aktuelle Personalangebot wird durch Abgänge reduziert und durch Zugänge von Absolventinnen und Absolventen einschlägiger Ausbildungen oder durch (berufliche bzw. regionale) Zuwanderungen erhöht. Im Prognosemodell wird die Abnahme des Personals durch die jährlich anfallenden Pensionierungen berücksichtigt (**Ersatzbedarf**). Der Ersatzbedarf wird in Personen dargestellt. Zu- und Abwanderungen können aufgrund fehlender Daten nicht berücksichtigt werden.

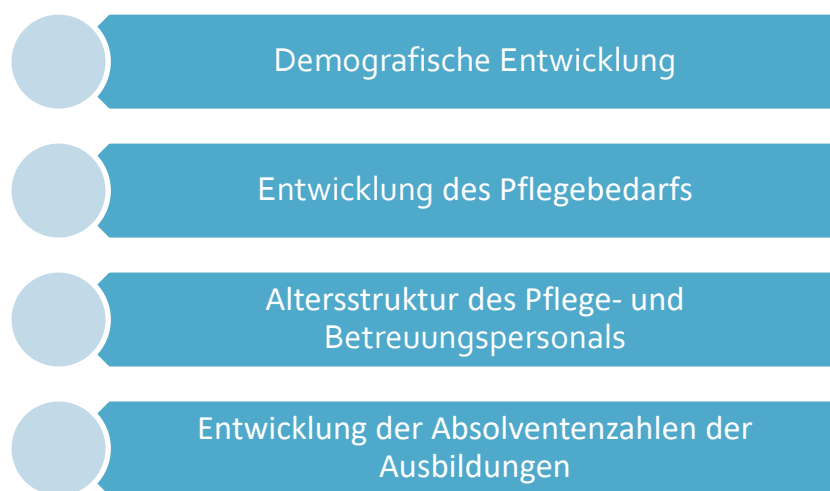
Personalnachfrage

Die jetzige Nachfrage nach Personal wird durch demografische Entwicklungen, Entwicklungen des Pflegebedarfs, strukturelle Entwicklungen und politische Entscheidungen

(z. B. Ausbau von Pflegeplätzen nach Entfall des Pflegeregresses) beeinflusst. Hier sprechen wir von einem anfallenden **Zusatzbedarf**.

In das Prognosemodell können nur jene Faktoren einfließen, die rechnerisch auch erfassbar sind. In Abbildung 7 sind die im Modell berücksichtigten Einflussfaktoren dargestellt. Sie werden im Folgenden beschrieben.

Abbildung 7: Berücksichtigte Faktoren für die Berechnung des Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonen



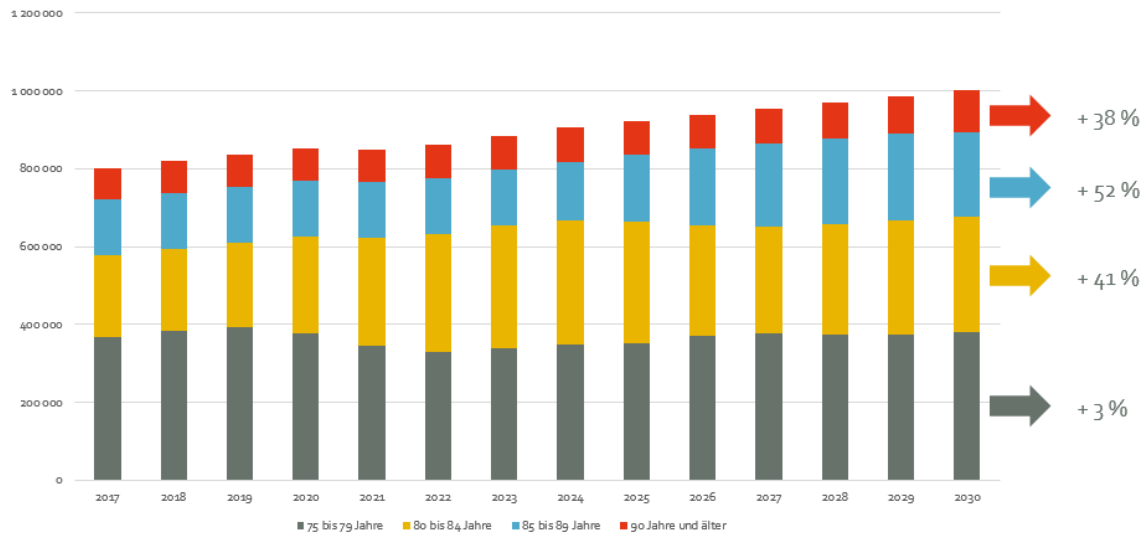
Quelle und Darstellung: GÖG

3.1 Demografische Entwicklung

Die Prognose im Basisfallszenario bis 2030 beruht auf der prognostizierten Entwicklung der Inanspruchnahme an Dienstleistungen (basierend auf der altersgruppenspezifischen Inanspruchnahme bis zum Jahr 2017) und der prognostizierten demografischen Entwicklung.

Während die österreichische Gesamtbevölkerung von 2017 bis 2030 insgesamt um rund 6 Prozent wachsen wird, wird die Bevölkerungszahl der Menschen im Alter von 75 Jahren und älter um rund 25 Prozent ansteigen. Dabei zeigen sich zwischen den Altersgruppen deutliche Unterschiede: Während die Zahl der 75- bis 79-Jährigen um rund drei Prozent ansteigen wird, wird die Bevölkerung im Alter zwischen 85 und 89 Jahren um mehr als 50 Prozent anwachsen (Abbildung 8).

Abbildung 8: Demografische Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter



Quelle: Statistik Austria 2019; Darstellung: GÖG

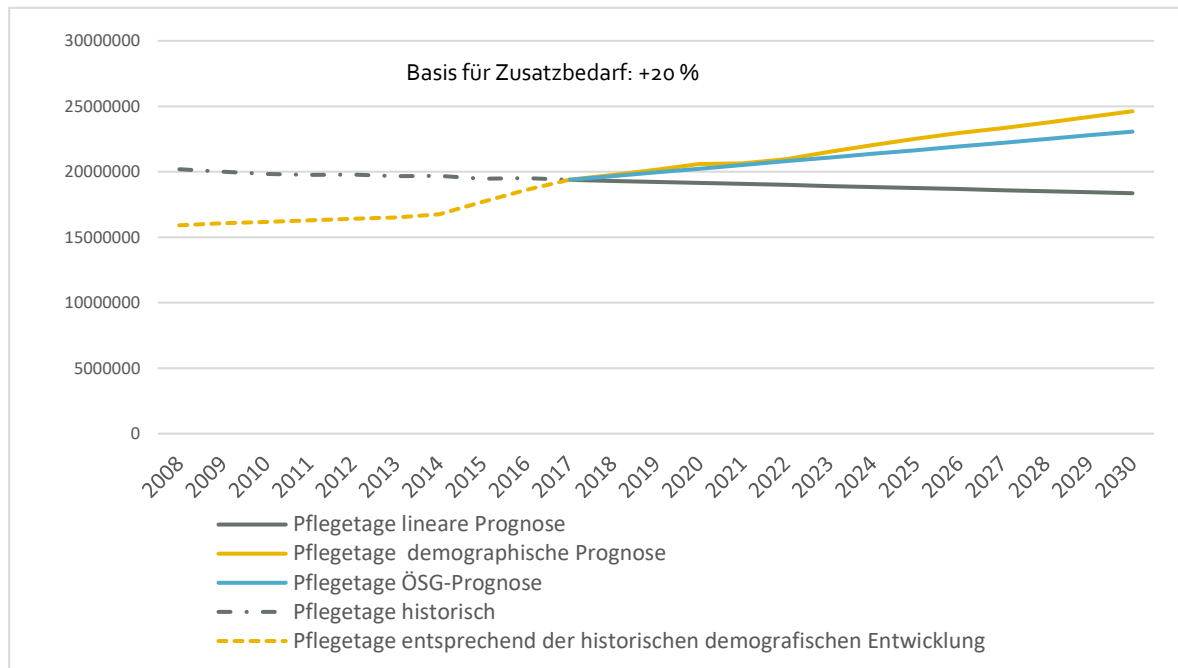
3.2 Entwicklung der Inanspruchnahme

Neben der demografischen Entwicklung ist die Entwicklung der Inanspruchnahme von Dienstleistungen der relevante Faktor für die Prognose des Zusatzbedarfs.

Akutstationärer Bereich

Die für Pflege relevante Inanspruchnahme im akutstationären Bereich wird mit sogenannten Pfl egetagen gemessen, die sich aus der Summe aller akutstationären Aufenthalte und der dabei anfallenden Belagstage ergeben, ergänzt um einen halben Tag pro Aufenthalt. Die Belagstage eines Aufenthalts entsprechen der Belagsdauer. Eine historische Zeitreihe der Jahre 2008 bis 2017 zeigt ein stetiges Fallen der Pfl egetage von rund 20.200.000 im Jahr 2008 auf rund 19.511.000 im Jahr 2016. Dies ist deshalb bemerkenswert, da in Hinblick auf die Demografie eine Steigerung zu erwarten gewesen wäre. Den demografischen Trend als alleinigen Treiber einer Entwicklung zu sehen, ist damit zumindest im akutstationären Bereich unzureichend, da es gleichzeitig auch andere Faktoren gibt, welche die Entwicklung der Pfl egetage steuern (und einen Anstieg entsprechend der Demografie hemmen). Für die Abschätzung des zukünftigen Bedarfs wurde die dem aktuellen ÖSG (Österreichischen Strukturplan Gesundheit) zugrunde liegende Entwicklung der Pfl egetage herangezogen (Abbildung 9).

Abbildung 9: Historische Entwicklung und Prognose der Inanspruchnahme im akutstationären Bereich (in Pflegetagen)

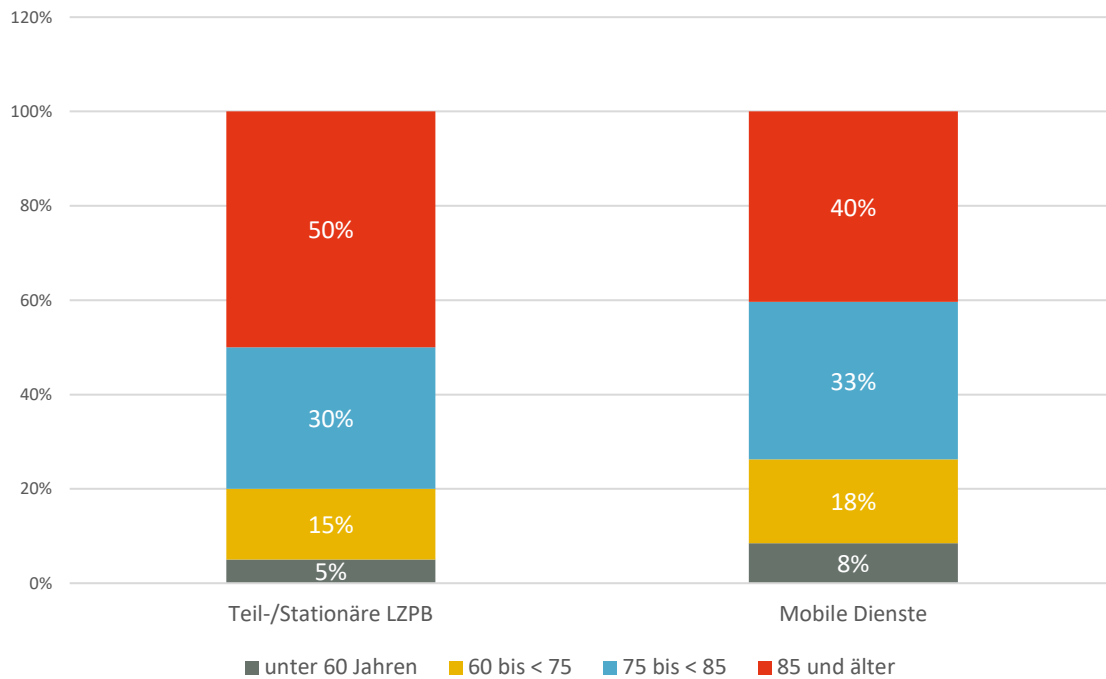


Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation des BMASGK 2008 bis 2017, Statistik Austria 2018; Darstellung: GÖG

Langzeitbereich

Im Jahr 2017 wurden 149.442 Personen von mobilen Diensten betreut, 82.485 lebten in stationären Einrichtungen, 7.928 Personen nahmen teilstationäre Dienste in Anspruch, 9.640 Personen Kurzzeitpflege und 3.395 Personen lebten in alternativen Wohnformen. Der Großteil der betreuten Personen ist 85 Jahre alt und älter, allerdings unterscheidet sich der Grad der Inanspruchnahme je nach Art der Dienstleistung: Die Klienten und Klientinnen der mobilen Dienste sind zu 60 Prozent unter 85 Jahre alt, die Hälfte der Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen sind 85 Jahre alt und älter (Abbildung 10).

Abbildung 10: Langzeitbereich - altersgruppenspezifische Inanspruchnahme der Dienstleistungen



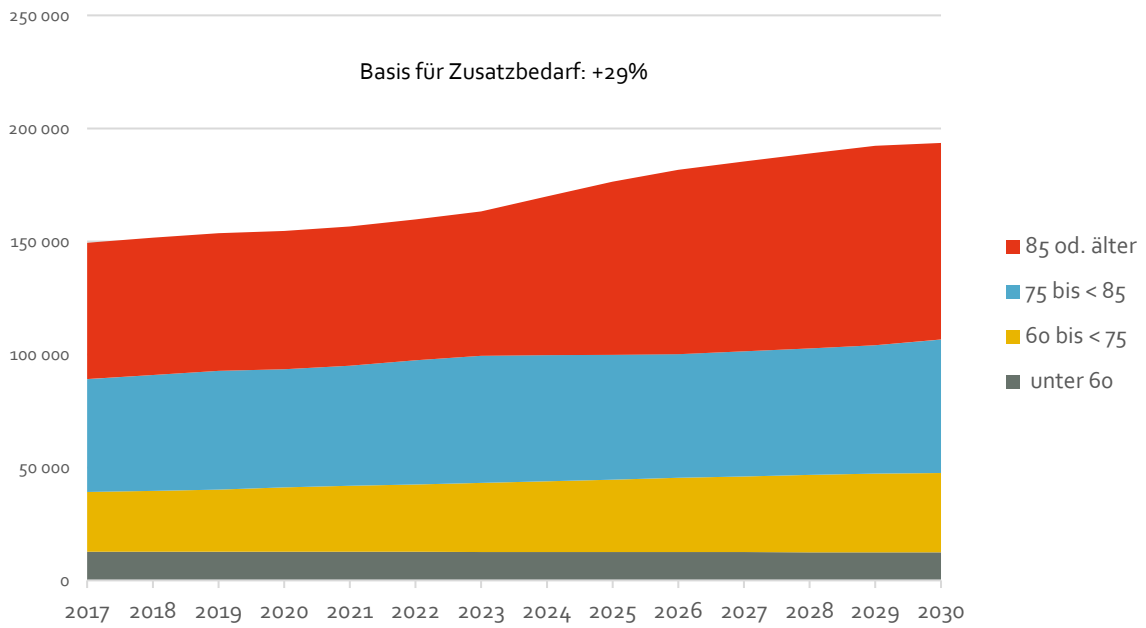
Quelle: Statistik Austria 2018; Darstellung: GÖG

Die altersspezifische Inanspruchnahme ist zwischen 2012 und 2017 relativ konstant geblieben, weshalb das Jahr 2017 als Grundlage für die Prognose der Inanspruchnahme herangezogen werden kann.

Im mobilen Bereich wird die Zahl der betreuten Personen entsprechend der demografischen Entwicklung (bei gleichbleibendem Grad der Inanspruchnahme bis zum Jahr 2030) von rund 150.000 Personen auf rund 194.000 Personen ansteigen (Abbildung 11), im stationären Bereich (inkl. teilstationären Einrichtungen, Kurzzeitpflege und innovativen Wohnformen) von insgesamt rund 103.500 auf rund 136.300 (Abbildung 12).

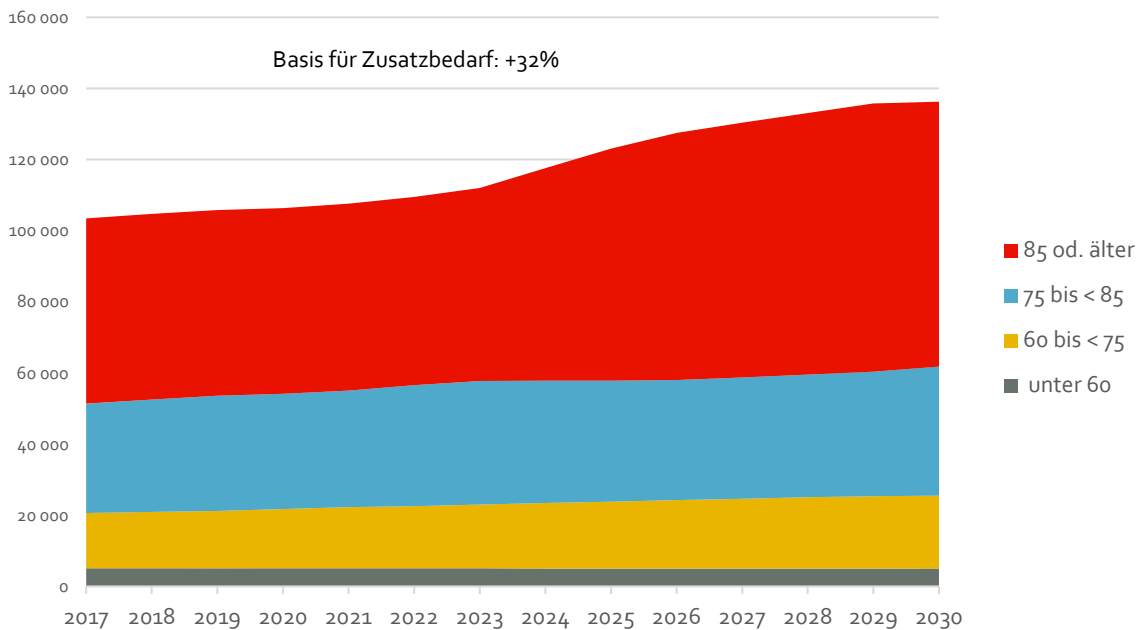
Die Entwicklung verläuft nicht linear, ab 2023 ist mit einem stärkeren Anstieg zu rechnen, der durch den prognostizierten stärkeren Anstieg der Bevölkerung im Alter von 85 Jahren und darüber ab dem Jahr 2023 bedingt ist.

Abbildung 11: Entwicklung der Inanspruchnahme von mobilen Diensten bis 2030



Quelle: Statistik Austria 2018; Darstellung: GÖG

Abbildung 12: Entwicklung der Inanspruchnahme von teilstationären und stationären Diensten im Langzeitbereich bis 2030

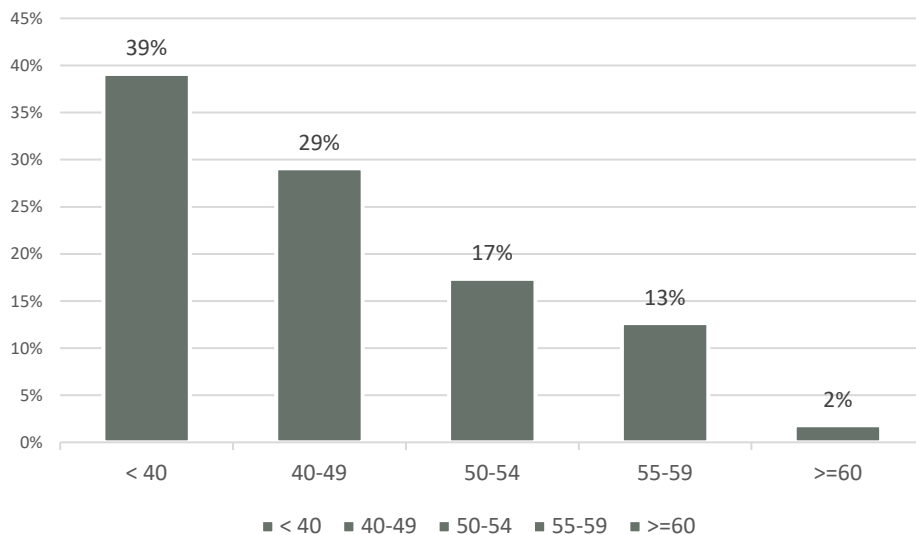


Quelle: Statistik Austria 2018; Darstellung: GÖG

3.3 Altersstruktur des Pflege- und Betreuungspersonals

Der maßgebliche Faktor für die Berechnung des Ersatzbedarfs bis zum Jahr 2030 ist die Zahl der jährlich anfallenden Pensionierungen, ausgehend von der gegenwärtigen Altersstruktur des Personals. Die Erhebungen und die Auswertung aus dem Gesundheitsberuferegister ergeben folgende Altersverteilung: Rund 1/3 der Beschäftigten ist 50 Jahre alt oder älter, rund 30 Prozent sind zwischen 40 und 49 Jahre alt und 39 Prozent sind jünger als 40 Jahre (Abbildung 13).

Abbildung 13: Altersverteilung der Pflege- und Betreuungspersonen im Jahr 2018



Quellen: Erhebung bei den Bundesländern, Gesundheitsberuferegister; Darstellung: GÖG

Hochgerechnet auf ganz Österreich kann davon ausgegangen werden, dass bis zum Jahr 2030 rund ein Drittel des jetzigen Personals in Pension sein wird, das bedeutet einen **Ersatzbedarf durch Pensionierungen von rund 41.500 Personen** bis 2030. Vermutlich ist der Ersatzbedarf damit unterschätzt, da die jetzt 46- bis 49-Jährigen nicht mitgezählt wurden (ein leichter Anstieg des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters von derzeit 60 Jahren wurde bereits einberechnet). Eine etwaige Unterschätzung kann teilweise kompensiert werden, wenn das Pensionsantrittsalter tatsächlich stärker ansteigen wird als hier angenommen. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Personen, die den Beruf vorzeitig dauerhaft verlassen, da dazu keine Informationen vorliegen. Ebenfalls nicht dargestellt werden können Wanderungen zwischen den Settings, da diese nicht dokumentiert sind.

Eventuell kann in den nächsten Jahren dazu aufgrund der im Gesundheitsberuferegister gesammelten Daten eine Aussage getroffen werden.

3.4 Ausbildung

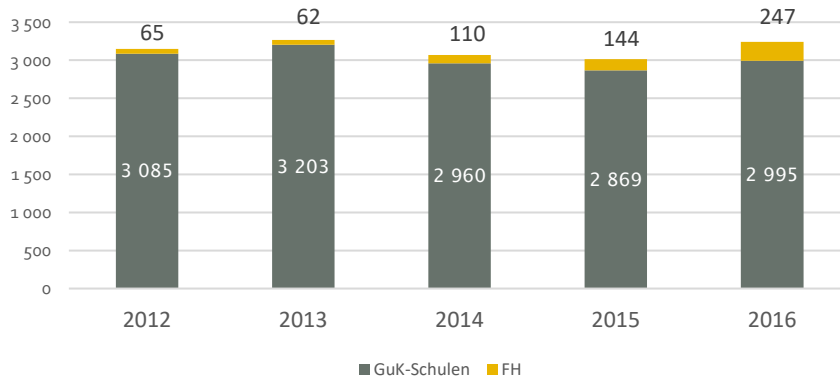
Eine wesentliche Größe zur Deckung von Zusatz- und Ersatzbedarf ist die Zahl und Entwicklung der Absolventen und Absolventinnen der Ausbildungen im Pflege- und Betreuungsbereich.

Die Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann zurzeit an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und an Fachhochschulen absolviert werden, die Ausbildung zur Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz wird an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen angeboten. Die Ausbildung an den Fachhochschulen ist seit dem Jahr 2008 möglich, die Ausbildung an GuK-Schulen wird 2024 auslaufen. Pflegeassistenz kann darüber hinaus in eigens eingerichteten Lehrgängen erlernt werden. Die Ausbildung zur Pflegefachassistenz wurde mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 eingeführt. Daher gibt es erst seit 2018 Absolventen und Absolventinnen. Zum Erhebungszeitpunkt lagen zu diesen allerdings noch keine Daten vor. Die Ausbildung für Sozialbetreuungsberufe erfolgt an den Schulen für Sozialbetreuungsberufe. Heimhelfer/-innen werden in Kursen ausgebildet.

Absolventinnen und Absolventen

Die Zahl der Absolventen und Absolventinnen zum gehobenen Dienst schwankt im Zeitraum 2012 bis 2016 zwischen 3.000 und 3.265 Personen jährlich. In den Jahren 2014 und 2015 kam es zu einem leichten Rückgang der Absolventen/Absolventinnen (Abbildung 14). Daten aus 2017 und 2018 lagen zum Erhebungszeitpunkt nicht vor.

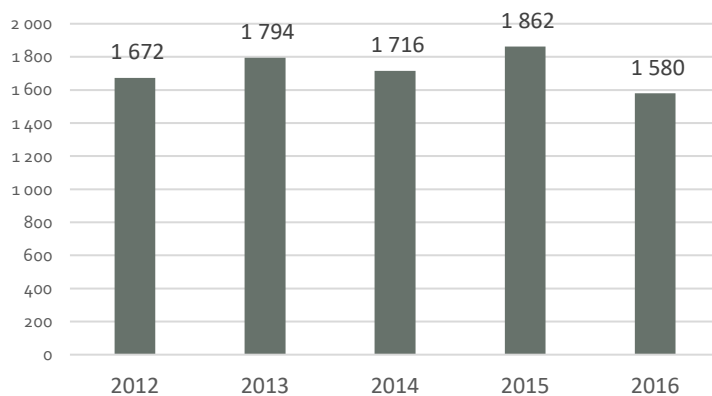
Abbildung 14: Entwicklung der Absolventenzahlen der Ausbildungen zum gehobenen Dienst 2012 bis 2016



Quellen: AQ Austria (2018), Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

Die Absolventenzahl der Pflegeassistentenausbildung bewegte sich zwischen 1.580 und 1.860 Personen pro Jahr. 2016 war sie mit 1.580 am geringsten (Abbildung 15).

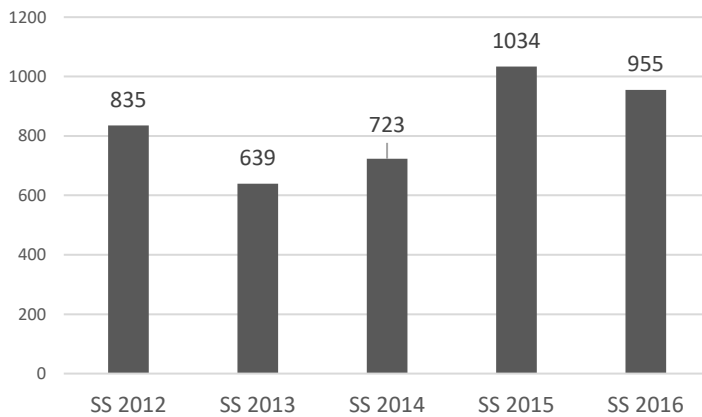
Abbildung 15: Entwicklung der Absolventenzahlen der Ausbildung zur Pflegeassistentenz 2012 bis 2016



Quellen: AQ Austria (2018), Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

Die Absolventenzahl der Sozialbetreuungsberufe mit Pflegekompetenz erreichte 2015 mit 1.034 Personen einen Höhepunkt, nahm aber im Jahr 2016 wieder ab (Abbildung 16).

Abbildung 16: Entwicklung der Absolventenzahlen von Sozialbetreuungsschulen mit Pflegeassistentenausbildung

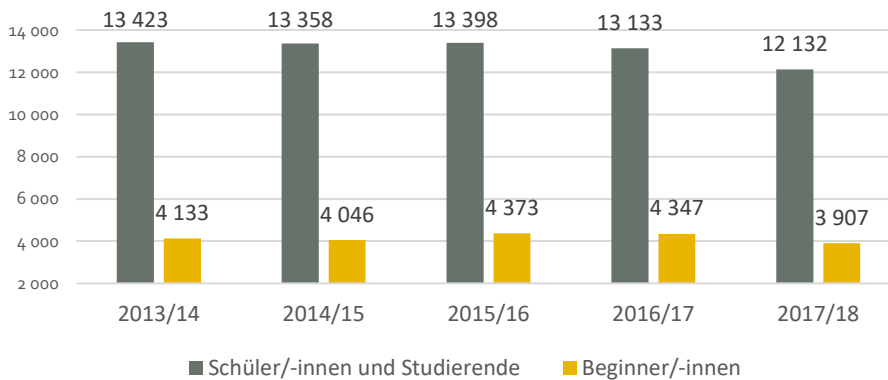


Quelle: Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

Beginner/-innen und Studierende, Schüler/-innen

Abbildung 17 stellt die Entwicklung der Studierenden bzw. Schüler/-innen an Fachhochschulen und Gesundheits- und Krankenpflegesschulen seit dem Schuljahr 2013/14 dar. Dabei fällt auf, dass im Schuljahr 2017/18, also nach Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016, weniger Beginner/-innen bzw. Schüler/-innen und Studierende in den Ausbildungen waren als die Jahre davor.

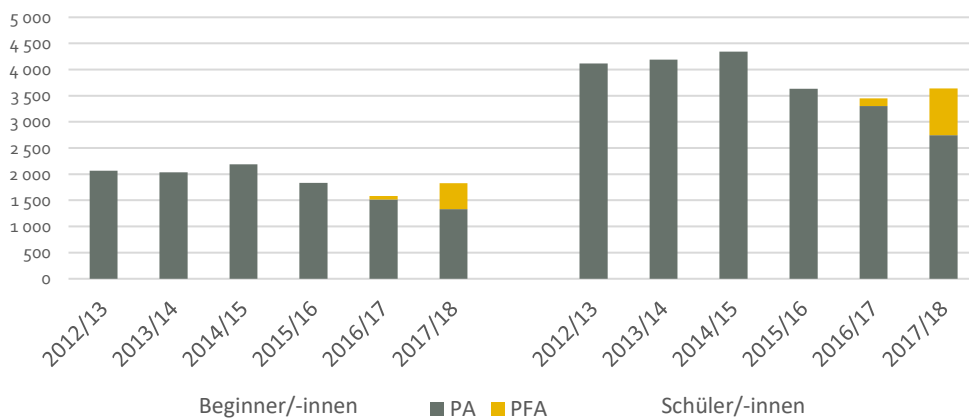
Abbildung 17: Gehobener Dienst – Entwicklung der Anzahl der Beginner/-innen, Schüler/-innen und Studierenden 2013/2014 bis 2017/2018 an GuKPS und FH



Quellen: AQ Austria (2018), Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

2014 waren 4.342 Schüler/-innen zur Pflegeassistentenausbildung erfasst, die Anzahl ist bis 2016 auf 3.448 Personen gesunken. Seit 2016 kann mit der Pflegefachassistentenausbildung begonnen werden, im Schuljahr 2016/17 begannen 67 und 2017/18 496 Personen mit dieser Ausbildung (Abbildung 18).

Abbildung 18: Pflegeassistentenz und Pflegefachassistentenz – Entwicklung der Anzahl der Schüler/-innen 2012/2013 bis 2017/2018



Quelle: Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

Tabelle 1: Schüler/-innen / Studierende und Beginner/-innen aus FH-Studiengängen, GuKPS sowie PFA- und PA-Lehrgängen 2013 bis 2018

Schuljahr	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Schüler/-innen / Studierende	17.613	17.700	17.034	16.581	15.774
Beginner/-innen	6.166	6.235	6.204	5.931	5.737

Quelle: Statistik Austria (2018a); Darstellung: GÖG

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass sowohl die Zahl der Schüler/-innen und Studierenden als auch die der Beginner/-innen nach Inkrafttreten der GuKG-Novelle zurückgegangen ist. Zudem ist nicht bekannt, ob alle Absolventinnen und Absolventen tatsächlich in den Beruf eintreten. Darüber hinaus stellt die Ausbildung der PFA für Pflegeassistentinnen/-assistenten eine attraktive Möglichkeit zur Weiterqualifizierung dar. Daher können Personen, die die PFA-Ausbildung abschließen, nicht mehr der Pflegeassistentenz zugezählt werden. Der Beruf verliert für Jugendliche offenbar zunehmend an Attraktivität, was die Gefahr eines weiteren Rückgangs der Zahl der Studierenden und Schüler/-innen birgt (Rappold et al. 2018). Aus

Interviews mit Verantwortlichen der Ausbildungseinrichtungen geht hervor, dass die Anzahl der Bewerber/-innen für die Ausbildungen sinkt und dass gleichzeitig auch die Anforderungen für die Aufnahme nicht erfüllt werden können. Auch ist die Drop-out-Rate bei den Ausbildungen, insbesondere im ersten Ausbildungsjahr, im Steigen. Für die Prognose der Entwicklung der Zahl der zukünftigen Absolventinnen und Absolventen liegt hier ein weiterer Unsicherheitsfaktor.

In der Praxis noch wenig eingesetzt, aber mit großem Potenzial für einen zukünftigen Einsatz in der Pflege sind die Sozialbetreuungsberufe mit Pflegeassistenten-Ausbildung. Das Potenzial der Diplom- und Fachsozialbetreuungsberufe Altenarbeit wird in die Berechnungen zum Personalschlüssel in den Bundesländern nicht ausreichend berücksichtigt (mit Ausnahme von Oberösterreich). Häufig werden diese „nur“ als Pflegeassistentinnen/-assistenten angestellt und eingesetzt. Damit wird eine wichtige Kompetenz in der Pflege und Betreuung nicht genutzt.

Die Ergebnisse der Analyse im Bereich der Berufsbildungslandschaft zeigen, dass bei unterschiedlicher Ausgangslage der Ausbau von Studienplätzen an den Fachhochschulen seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 voranschreitet. Allerdings zeigt sich auch, dass die Zahl der Beginner/-innen, Schüler/-innen und Studierenden zwischen 2013/2014 und 2017/2018 an GuKPS und FH abgenommen hat (vgl. Abbildung 17). Aufgrund der bisher noch niedrigen Absolventenzahlen der PFA-Ausbildung sind über Entwicklungen in diesem Bereich zum aktuellen Zeitpunkt keine fundierten Aussagen möglich. Die Entwicklung der Anzahl der Schüler/-innen in der Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten von 2012/2013 bis 2017/2018 zeigt zunächst eine abnehmende Tendenz, um nach der GuKG-Novelle wieder zu steigen. Allerdings sind diese Steigerungsraten vor dem Hintergrund möglicher Höherqualifikationen von PA zu PFA vorsichtig zu interpretieren (in diesem Fall handelt es sich um Personen, die vormals als PA und nach der Ausbildung als PFA tätig und somit doppelt erfasst sind).

Berufsanerkennung und Nostrifikation

Eine relevante Gruppe zur Deckung des Personalbedarfs sind Berufsangehörige aus dem Ausland. Um in Österreich arbeiten zu dürfen, müssen die Ausbildungen anerkannt werden. Für Anerkennungsansuchen von Personen aus EU-Mitgliedstaaten, eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweiz ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zuständig. 2017 und 2018 wurden pro Jahr durchschnittlich 530 Berufsanerkennungen für DGKP erteilt. Knapp ein Drittel der Antragsteller/-innen kam aus Deutschland. Deutlich weniger Berufsanerkennungen gab es im Bereich der Pflegeassistenten mit durchschnittlich 220 pro Jahr. Zwei Drittel der Berufsanerkennungen waren für Personen aus Slowenien. Pflegefachassistentinnen/-assistenten wurden pro Jahr 80 anerkannt. Für die

Feststellung der Gleichwertigkeit von Ausbildungsabschlüssen außerhalb der oben genannten Staaten sind die Ämter der Landesregierungen zuständig, diese sind in oben genannten Zahlen nicht erfasst.

Derzeit liegen keine verlässlichen Informationen dazu vor, wie viele der aus dem Ausland anerkannten Personen tatsächlich im jeweiligen Beruf eine Arbeit aufnehmen. Es kann jedoch von der Annahme ausgegangen werden, dass der Großteil jener Berufsangehörigen, die ein Anerkennungsverfahren erfolgreich durchlaufen, dies mit dem Ziel durchführt, den Beruf auch tatsächlich in Österreich auszuüben. Nachdem weder für die berufliche Zuwanderung noch für die berufliche Abwanderung ausreichend Informationen vorliegen, wird in diesem Szenario davon ausgegangen, dass sich beide ausgleichen.

Planungsgrundlagen

Für die Berechnung des Bedarfs in der Zukunft wird auf verschiedene Datenquellen und – wo diese nicht vorliegen – auf Expertenmeinungen zurückgegriffen. Nachfrageseitig sind insbesondere die demografische Entwicklung und die Ausbaupläne der Länder von Bedeutung. Angebotsseitig liegen wichtige Informationen in guter Datenqualität vor (Anzahl, Qualifikation oder Alter der Pflege- und Betreuungspersonen), andere wie z. B. Informationen zum Berufseintritt von Absolventinnen/Absolventen oder zu Berufsaussteigerinnen/-aussteigern sowie Migration sind noch nicht systematisch erfasst. Auswirkungen von Veränderungen, welche sich aufgrund der Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für GuK an Fachhochschulen und der Einführung der Pflegefachassistenz ergeben, werden sich erst in Zukunft zeigen.

Im Zusammenhang mit der Abschätzung des zukünftigen Pflegepersonalbedarfs werden empirische Forschungen zu folgenden Themen relevant sein: Akzeptanz der Ausbildung und Entwicklung der Absolventenzahlen, Evidenz zu Drop-out-Raten, Anzahl von Absolventinnen und Absolventen, die unmittelbar nach der Ausbildung in den Beruf einsteigen (insbesondere aus Fachhochschulen), Entwicklung der Anzahl und des Einsatzes der Pflegefachassistenz.

4 Bedarfsprognose

4.1 Basisfallszenario

Das Basisfallszenario berechnet den Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen für das Jahr 2030 nach Berufsgruppen und Setting auf der Basis der gegenwärtigen altersspezifischen Inanspruchnahme der Dienstleistungen und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung.

Es versucht damit die Frage zu beantworten, wie sich aufgrund der demografischen Prognose der Pflegepersonalbedarf entwickelt, wenn keine sonstigen Maßnahmen (zum Beispiel Ausbau von Angeboten im Langzeitbereich) gesetzt werden. In einem ersten Schritt wird auch bei der Berufsgruppenzusammensetzung vom Status-Quo ausgegangen. Ein mögliches Verschiebungspotenzial von der DGKP bzw. der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz sowie der Einsatz der Sozialbetreuungsberufe bzw. der Heimhilfe werden in Kapitel 5 dargestellt.

Aufbauend auf dem Basisfallszenario werden in der Folge Alternativszenarien berechnet. Diese getrennte Betrachtung von Basisfall- und Alternativszenario ermöglicht die Darstellung der Auswirkungen einzelner Maßnahmen auf die zukünftige Entwicklung.

Ergebnis: Basisfall

Es ist davon auszugehen, dass allein aufgrund der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 im akutstationären und im Langzeitbereich ein zusätzlicher Bedarf von rund 24.700 Vollzeitäquivalenten entstehen wird. Unter der Annahme der jetzigen Teilzeitquoten ergibt dies einen Zusatzbedarf von mindestens 31.400 Pflege- und Betreuungspersonen. Aufgrund von Pensionierungen ist darüber hinaus bis 2030 mit einem Ersatzbedarf von rund 41.500 Personen zusätzlich zu rechnen. Insgesamt ergibt sich daraus eine Summe aus Zusatz- und Ersatzbedarf von rund 72.900 Personen bis zum Jahr 2030 für alle Berufsgruppen. Dabei sind strukturelle Veränderungen wie der Ausbau von Dienstleistungen oder neue Dienste / Einrichtungen bzw. Änderungen im Pflege- und Betreuungsbedarf noch nicht mitberücksichtigt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt den Bedarf getrennt nach Berufsgruppen und Settings (Tabelle 2). Dabei wird allerdings vom Status-Quo beim Grade-Mix ausgegangen, das heißt, die Berufsgruppe der Pflegefachassistenz wird hier nicht getrennt berücksichtigt. Das mögliche Verschiebungspotenzial von einzelnen Berufsgruppen hin zur Pflegefachassistenz wird in weiterer Folge dargestellt.

Tabelle 2: Personalbedarfsprognose 2030 – Ergebnisse Basisfallszenario (gerundet) bei gleichbleibendem Grade-Mix

BASISFALL	DGKP	PA/PFA/SBB	Heimhilfe	Gesamt
Iststand Personen 2017	76.100	39.000	11.800	126.900
Iststand VZÄ 2017	61.800	30.700	8.100	100.600
Bedarf bis 2030 aufgrund der demografischen Entwicklung (im Vergleich zu 2017) in VZÄ				
Zusatzbedarf in VZÄ	13.500	8.800	2.400	24.700
Krankenanstalten	9.150	1.400		10.550
(Teil-)Stationäre LZPB	3.500	6.400	800	10.700
Mobile Dienste	850	1.000	1.600	3.450
Sollstand an VZÄ 2030³	75.300	39.600	10.400	125.300
Krankenanstalten	57.300	8.900		66.200
(Teil-)Stationäre LZPB	14.300	26.300	3.400	44.000
Mobile Dienste	3.700	4.400	7.000	15.100
Summe aus Zusatz- und Ersatzbedarf bis 2030 (im Vergleich zu 2017) in Personen				
Zusatzbedarf in Personen	16.700	11.200	3.500	31.400
Ersatzbedarf in Personen aufgrund von Pensionierungen	24.400	13.200	3.900	41.500
Zusatz- und Ersatzbedarf in Personen gesamt	41.100	24.400	7.400	72.900

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

PA/PFA/SBB = Pflegeassistenz / Pflegefachassistenz / Sozialbetreuungsberufe – Zusammensetzung Status Quo

(Teil-)Stationäre LZPB = Teilstationäre und stationäre Langzeitpflege und –betreuung inklusive innovative Wohnformen, Kurzzeitpflege

Quelle und Darstellung: GÖG

³ Der Sollstand berechnet sich folgendermaßen: Iststand VZÄ 2017 + Zusatzbedarf in VZÄ.

Zusatzbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung

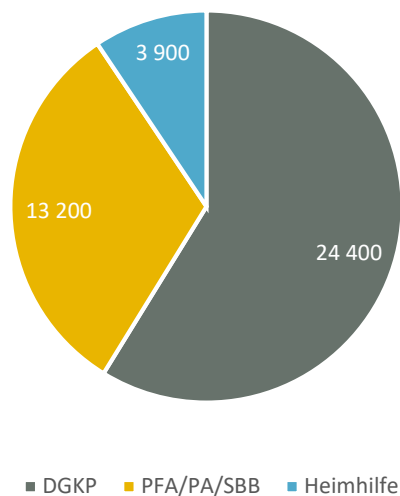
Aufgrund der demografischen Entwicklung und unter der Annahme einer gleichbleibenden altersspezifischen Inanspruchnahme wird im Jahr 2030 von einem voraussichtlichen Sollstand an Pflege- und Betreuungspersonal von rund 125.300 Vollzeitäquivalenten bzw. 158.300 Personen ausgegangen, was bei gleichbleibender Teilzeitquote einem Zusatzbedarf von insgesamt 24.700 Vollzeitäquivalenten bzw. 31.400 Personen im Vergleich zum Iststand 2017 entspricht.

Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen

Aufgrund der von der GÖG durchgeführten Erhebung zur Altersstruktur des Personals und der Daten des Gesundheitsberuferegisters kann der Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen für alle Settings gemeinsam berechnet werden. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter wird mit 60 Jahren festgesetzt, wobei von einem leichten Anstieg des Pensionsantrittsalters von 2018 bis 2030 ausgegangen wird.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass bis zum Jahr 2030 rund 41.500 Personen in Pension gehen werden (die somit den Ersatzbedarf darstellen), der Großteil davon aus der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für GuK (Abbildung 19).

Abbildung 19: Ersatzbedarf aufgrund von Pensionierungen bis zum Jahr 2030, absolute Zahlen



Quelle und Darstellung: GÖG

Gesamtbedarf

Die Summe aus dem Ersatzbedarf und dem Zusatzbedarf führt also dazu, dass bis 2030 rund 72.900 Personen mehr benötigt werden als im Referenzjahr 2017.

4.2 Alternativszenario Ausbau mobile Dienste

Das Basisfallszenario zeigt die Entwicklung des Bedarfs allein aufgrund der demografischen Entwicklung. In einem weiteren Szenario wird dargestellt, wie sich der Bedarf verändert, wenn Pläne der Bundesländer mit einbezogen werden.

Grundlage für die Berechnung dieses Alternativszenarios sind die aktuellen Bedarfs- und Entwicklungspläne und die vorliegenden Personalbedarfspläne der Bundesländer. Diese wurden systematisch auf jährliche Steigerungsraten im (teil-)stationären sowie mobilen Setting hin analysiert und es wurde ein Durchschnittswert aller Angaben ermittelt. Im (teil-)stationären Bereich erwarten die Bundesländer eine jährliche Steigerung von gut 2,4 Prozentpunkten, die in etwa der demografischen Entwicklung entspricht. Bei den mobilen Diensten erwarten die Bundesländer eine deutlich höhere jährliche Steigerung der Inanspruchnahme, als es die demografische Prognose ergeben würde (3,44 % statt 2,2 %).

Ergebnis: Alternativszenario Ausbau mobile Dienste

Im Alternativszenario wird daher – analog zu den Plänen der Bundesländer – von einem Ausbau der mobilen Dienste ausgegangen, der über der Steigerung der demografischen Prognose nach Altersgruppen liegt. Dies führt bis 2030 zu einem Zusatzbedarf von insgesamt rund 26.500 Vollzeitäquivalenten bzw. 34.200 Personen. Ergänzt um den Ersatzbedarf, der durch Pensionierungen anfällt, werden bis 2030 um 75.700 Personen mehr benötigt als 2017.

Der Ersatzbedarf entspricht der im Basisfallszenario errechneten Anzahl an Personen.

Tabelle 3: Personalbedarfsprognose 2030 – Ergebnisse Alternativszenario (gerundet) bei gleichbleibendem Grade-Mix

ALTERNATIVSZENARIO	DGKP	PA/PFA/SBB	Heimhilfe	Gesamt
Iststand Personen 2017	76.100	39.000	11.800	126.900
Iststand VZÄ 2017	61.800	30.700	8.100	100.600
Bedarf bis 2030 aufgrund der demografischen Entwicklung (im Vergleich zu 2017) in VZÄ				
Zusatzbedarf in VZÄ	13.950	9.300	3.250	26.500
Krankenanstalten	9.150	1.400		10.550
(Teil-)Stationäre LZPB	3.500	6.400	800	10.700
Mobile Dienste	1.300	1.500	2.450	5.250
Sollstand an VZÄ 2030	75.750	40.000	11.350	127.100
Krankenanstalten	57.300	8.900		66.200
(Teil-)Stationäre LZPB	14.300	26.300	3.400	44.000
Mobile Dienste	4.150	4.800	7.950	16.900
Summe aus Zusatz- und Ersatzbedarf bis 2030 (im Vergleich zu 2017) in Personen				
Zusatzbedarf in Personen	17.400	12.000	4.800	34.200
Ersatzbedarf in Personen aufgrund von Pensionierungen	24.400	13.200	3.900	41.500
Zusatz- und Ersatzbedarf in Personen gesamt	41.800	25.200	8.700	75.700

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

PA/PFA/SBB = Pflegeassistenz / Pflegefachassistenz / Sozialbetreuungsberufe – Zusammensetzung Status Quo Grade-Mix

Krankenanstalten: abgestimmte Variante

(Teil-)Stationäre LZPB = Teilstationäre und stationäre Langzeitpflege und –betreuung inklusive innovative Wohnformen, Kurzzeitpflege

Quelle und Darstellung: GÖG

4.3 Gesamtdarstellung aller Szenarien

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse der beiden Szenarien zusammengefasst dargestellt und um den Aspekt einer möglichen Personallücke erweitert.

Eine wesentliche Frage für die Planung ist jene, ob derzeit ein Personalmangel vorliegt oder nicht. Aufgrund der erhobenen Daten allein kann nicht auf einen Personalmangel geschlossen werden, da diese zwar den Iststand abbilden, jedoch keine Informationen über die im Sinne einer gewünschten Betreuungsqualität erforderliche Personalsituation umfassen. Allerdings zeigen die Erhebungen in Wien, Salzburg und Vorarlberg, dass bereits zum aktuellen Zeitpunkt eine Pflegepersonallücke bei den Diplomkräften und den Pflegeassistenzkräften insbesondere im Langzeitbereich besteht. Diese zeigt sich in der Praxis dadurch, dass offenen Stellen nicht nachbesetzt werden können und gleichzeitig der Stand der Urlaubsrückstellungen und Zeitguthaben des bestehenden Personals ständig steigt, wodurch die Lücken teilweise abgedeckt werden können. Je nach Berufsgruppe und Setting liegt die Personallücke zwischen fünf und zehn Prozent. Rechnet man mit fünf Prozent der zurzeit in der Langzeitpflege beschäftigten DGKP und PA, wäre dies ein Fehlbestand von rund 2.500 Personen. Unabhängig von den Daten lässt sich jedoch auch aufgrund von Berichten, Erfahrungen sowie Erhebungen (Pleschberger/Rappold 2018; Rappold et al. 2017; Rappold/Rottenhofer 2017) die Lücke im Langzeitbereich (stationär und mobil) bestätigen. Darüber hinaus finden sich Hinweise, dass auch in der akutstationären Versorgung (dort insbesondere im Operationsaal) Lücken vorliegen. Einerseits bleiben Stellen länger als gewöhnlich unbesetzt bzw. wird durch den Einsatz von Leasingpersonal kompensiert. Andererseits wird über zunehmende Probleme berichtet, fachlich geeignete Personen für offene Stellen zu finden.

Insbesondere in der Langzeitpflege gibt es somit Hinweise darauf, dass derzeit eine Unterbesetzung beim gehobenen Dienst für GuK vorliegt (Rappold et al. 2017). Die Gründe dafür sind vielschichtig, eine Ursache liegt vermutlich in der geringen Attraktivität dieses Settings für DGKP. Aus Studien geht hervor, dass insbesondere aufgrund der zunehmenden Arbeitsintensität (erhöhter Betreuungsaufwand durch Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen) und vermehrten Administration bei gleichbleibendem Personalaufkommen ein Mangel entsteht. Wichtige Leistungen können nicht mehr erbracht werden, was wiederum zu Belastungen und Arbeitsunzufriedenheit führt (Glaser/Seubert 2018). Subjektiv erleben die Berufsangehörigen, dass sich die Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren in der Langzeitpflege verschlechtert haben, was sich maßgeblich auf den Verbleib in den Einrichtungen auswirkt (Bauer et al. 2018).

Eine Differenzierung, in welcher Berufsgruppe wie viele Personen fehlen, kann derzeit nicht erfolgen, insbesondere auch deshalb, da Pflegefachassistentinnen/-assistenten erst ausgebildet werden und noch nicht systematisch zum Einsatz kommen.

Tabelle 4: Zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 (in Köpfen) im Vergleich zu 2017 bei gleichbleibendem Grade-Mix

	DGKP Pflegeassistenzkräfte	Heimhilfe	Gesamt
Iststand Personen 2017	115.100	11.800	126.900
zusätzlicher Bedarf durch Pensionierungen			
Ersatzbedarf	37.600	3.900	41.500
Basisfallszenario: zusätzlicher Bedarf bis 2030 aufgrund der demografischen Entwicklung			
Sollstand Personen 2030	143.000	15.300	158.300
Zusatzbedarf	27.900	3.500	31.400
Krankenanstalten	12.700		12.700
(Teil-)Stationäre LZPB	12.300	1.100	13.400
Mobile Dienste	2.900	2.400	5.300
Summe aus Ersatz- und Zusatzbedarf	65.500	7.400	72.900
Alternativszenario: zusätzlicher Bedarf bei einem Ausbau der mobilen Dienste			
Sollstand Personen 2030	144.500	16.600	161.100
Zusatzbedarf	29.400	4.800	34.200
Krankenanstalten	12.700		12.700
(Teil-)Stationäre LZPB	12.400	1.100	13.500
Mobile Dienste	4.300	3.700	8.000
Summe aus Ersatz- und Zusatzbedarf	67.000	8.700	75.700
Anpassung an derzeit vakante Stellen LZPB			
			2.400

(Teil-)Stationäre LZPB = Teilstationäre und stationäre Langzeitpflege und –betreuung inklusive innovative Wohnformen, Kurzzeitpflege

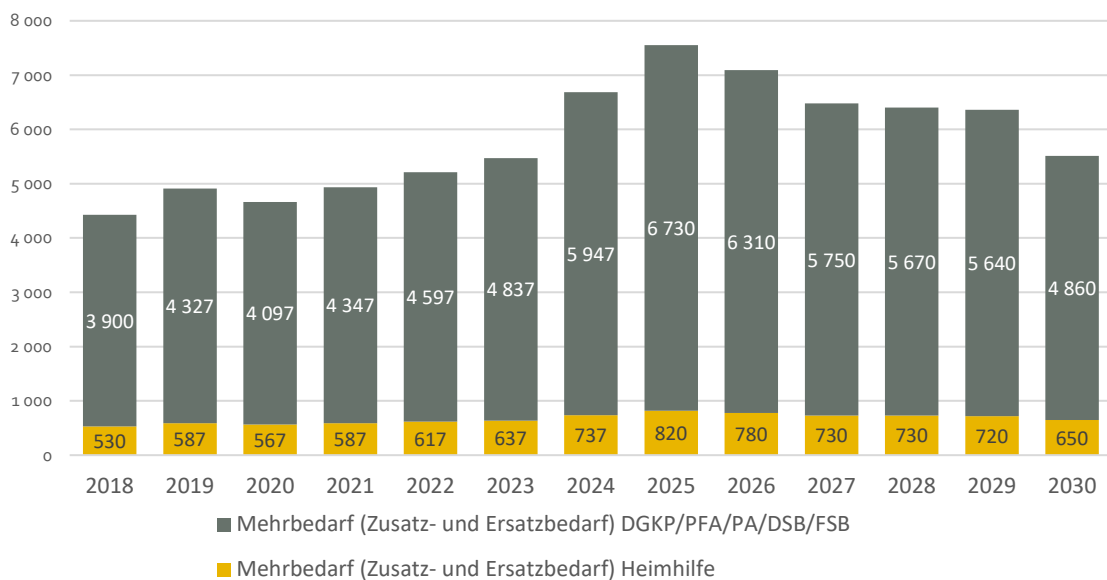
Quelle: GÖG

Ergebnisse

- Der **Ersatzbedarf** aufgrund von Pensionierungen liegt im Jahr 2030 bei rund **41.500 zusätzlich benötigten Pflege- und Betreuungspersonen**.
- Der **Zusatzbedarf** aufgrund der demografischen Entwicklung und unter Berücksichtigung eines Ausbaus mobiler Dienste liegt im Jahr 2030 bei rund **34.200 zusätzlich benötigten Personen**. Davon werden rund 12.700 Personen im Krankenanstaltenbereich und rund 21.500 im Langzeitbereich benötigt.
- Die **Gesamtsumme aus Zusatzbedarf und Ersatzbedarf liegt somit bei rund 75.700 zusätzlich benötigten Personen in der Pflege im Zeitraum von 2017 bis 2030**.

Abbildung 20 stellt den jährlichen Mehrbedarf nach Berufsgruppen in Personen dar, der sich einerseits aufgrund der demografischen Entwicklung und andererseits aufgrund der Pensionierungen ergibt. Die Entwicklung der Pensionierungen kann nur hochgerechnet werden, da das Alter in Altersgruppen von 5 Jahren erhoben wurde.

Abbildung 20: Schätzung des jährlich zu deckenden Mehrbedarfs nach Berufsgruppen auf Basis des Alternativszenarios



Quelle: GÖG

Für Pflegefachkräfte (DGKP, PFA und PA) entspricht dies einem jährlichen Bedarf von 3.900 bis 6.700 zusätzlichen Personen (in Abhängigkeit von der demografischen Entwicklung).

Dem gegenüber stehen im Jahr 2016 rund 4.800 Absolventinnen und Absolventen von FH, GuKG-Schulen und PA-Lehrgängen sowie 955 Absolventinnen und Absolventen von SOB-Schulen. Aufgrund sinkender Schülerzahlen ist voraussichtlich mit einem Rückgang der Absolventenzahlen zu rechnen (vgl. Tabelle 1, Abbildung 17 sowie Abbildung 18).

5 Verschiebungspotenzial – Grade-Mix

Bislang wurde von einem gleichbleibenden Berufsgruppenmix (wie in Kapitel 2 ausgeführt) ausgegangen, da der zukünftige Einsatz der Pflegefachassistenz sowie der Bedarf des Einsatzes der Pflegeassistenz nach 2024 in Krankenanstalten noch nicht prognostiziert werden kann. Aufgrund fehlender empirischer Daten und Analysen kann auch kein optimaler Grade-Mix angegeben werden. Im Folgenden wird jedoch ein realistisches Verschiebungspotenzial zwischen den Berufen dargestellt, welches sich aus einer Umfrage in den Bundesländern bzw. in den Krankenanstalten über deren zukünftige Pläne ergibt. In diese Überlegungen einbezogen wurden einerseits bereits ausformulierte legislative Vorgaben in den Bundesländern, andererseits aber auch Annahmen zur realistischen Umsetzung in Bezug auf Ausbildungskapazitäten in der Pflegefachassistenz. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass im Zuge der Evaluierung der GuKG-Novelle mögliche Veränderungen evaluiert werden. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, da in der Praxis immer wieder argumentiert wird, die DGKP werde in erster Linie zu organisatorischen anstelle von pflegerischen Tätigkeiten eingesetzt⁴. Dies war nicht die Intention des Gesetzgebers. Der gehobene Dienst für GuK ist ein Pflegeberuf, der sich durch die Beziehung zur Patientin/zum Patienten auszeichnet und besonders für komplexe und instabile Pflegesituationen kompetent ist. Zudem sind Pflege- und Betreuungsberufe nicht losgelöst von all den anderen Gesundheitsberufen zu sehen. So werden letztendlich das Zusammenspiel und die angemessene Personalausstattung im interprofessionellen Team darüber entscheiden, ob Menschen in ausreichender Qualität betreut und versorgt werden.

Die nachfolgenden Grafiken zeigen, wie sich der Soll-Stand im Jahr 2030 (berechnet im Alternativszenario lt. Plänen der Bundesländer) unter Berücksichtigung eines realistisch zu erwartenden Grade-Mix von der jetzigen Berufsgruppenverteilung hin zur zu erwartenden Verteilung verschiebt.

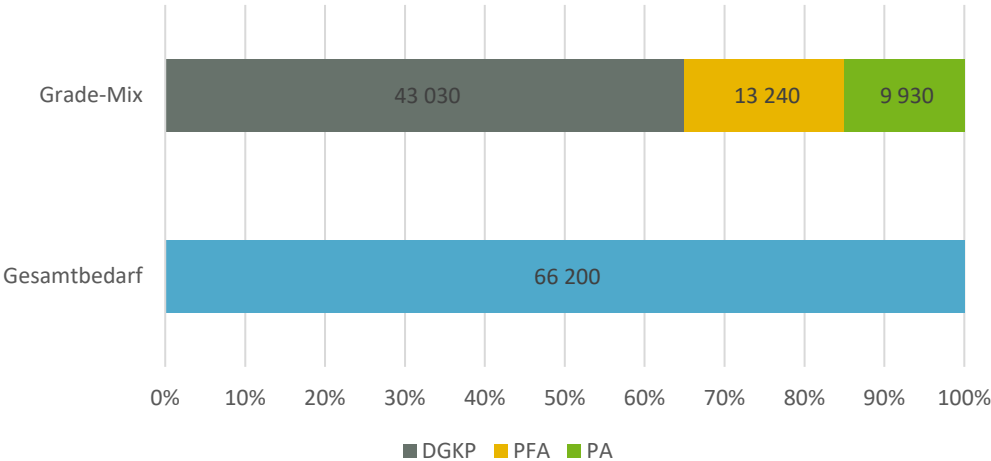
5.1 Krankenanstalten

Die in Abbildung 21 dargestellten Verschiebungen zwischen den Pflegeberufen im akutstationären Bereich basieren einerseits auf der Annahme des Gesetzgebers, dass es

⁴ https://wien.arbeiterkammer.at/service/studien/Sozialpolitik/Arbeit_in_der_Langzeitpflege.pdf

durch den Einsatz der Pflegefachassistenz in allen Settings zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung kommt⁵. Andererseits wurden Erhebungen bei Krankenanstaltenträgern über deren Pläne hinsichtlich des Grade-Mix durchgeführt. Das im Folgenden vorgestellte Verschiebungspotenzial gibt den gewichteten Mittelwert des angestrebten Grade-Mix wieder, welcher bei den Krankenanstaltenträgern ermittelt wurde, und geht von folgenden Annahmen aus: Die Pflegeberufe, insbesondere der gehobene Dienst für GuK, wurden von hauswirtschaftlichen, administrativen und sonstigen nicht vom Berufsgesetz umfassten Tätigkeiten freigespielt. Die Übertragung von Tätigkeiten im Rahmen medizinischer Diagnostik und Therapie entspricht dem Status Quo. Weiters wird angenommen, dass ausreichend Pflegefachassistentinnen/-assistenten ausgebildet werden können und dass Pflegeassistentinnen/-assistenten nach 2024 weiterhin im Krankenhaus eingesetzt werden. Unter diesen Annahmen werden im Jahr 2030 rund 43.000 VZÄ beim diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal benötigt, bei der Pflegefachassistenz rund 13.200 VZÄ und bei der Pflegeassistenz rund 9.000 VZÄ. Derzeit wird die GuKG-Novelle von 2016 evaluiert. Ein Aspekt umfasst auch die Prüfung, ob der Einsatz der Pflegeassistenz nach 2024 in Krankenanstalten durch eine Verordnung des BMASGK weiterhin ermöglicht werden soll (vgl. GuKG § 117 Abs. 23). Nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse und einer entsprechenden Entscheidung seitens des BMASGK wäre es zielführend, die Personalbedarfsprognose entsprechend neu zu bewerten.

Abbildung 21: Berufsgruppen - Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im akutstationären Bereich im Jahr 2030 (in VZÄ)



Quelle und Darstellung: GÖG

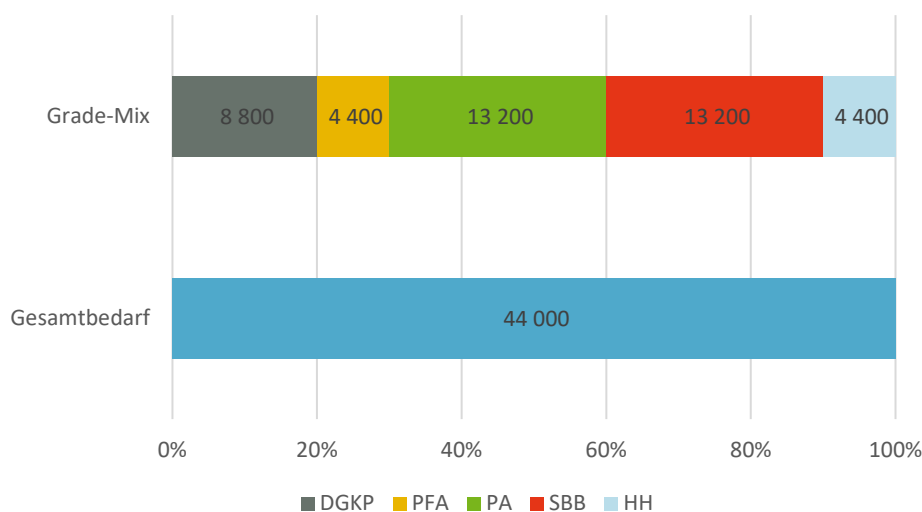
⁵ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01194/fname_538959.pdf (Seite 2)

Ergibt das Gutachten aus der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016, dass 2024 keine Pflegeassistentinnen/-assistenten in den Krankenanstalten eingesetzt werden, kann man davon ausgehen, dass 2030 noch rund 6.000 VZÄ Pflegeassistentinnen/-assistenten beschäftigt sein werden. Nachbesetzt würden in diesem Fall ausschließlich PFA werden.

5.2 (Teil-)Stationärer Langzeitbereich

Der Berufsgruppenmix ist im stationären und teilstationären Langzeitbereich grundsätzlich vielfältiger als in Krankenanstalten (vgl. Kapitel 2). Er variiert auch zwischen den Bundesländern deutlich. Um den künftigen Anforderungen gerecht zu werden, gehen wir auch in diesem Bereich von einer Verschiebung des Grade-Mix aus. Dies basiert auf der Annahme, dass der Anteil an Pflegeassistentenberufen – insbesondere der Sozialbetreuungsberufe Altenarbeit – erhöht und die Pflegefachassistenten als Beruf eingeführt werden wird. Erst dadurch ergibt sich eine Reduktion des Personals im gehobenen Dienst für GuK. Der Anteil an Heimhilfen könnte ebenfalls leicht erhöht werden. Auch in diesem Setting gilt: Der Status Quo der übertragenen ärztlichen Aufgaben bleibt konstant, alle Pflegeberufe werden von hauswirtschaftlichen, administrativen und sonstigen nicht von den Berufsgesetzen umfassten Aufgaben freigespielt. Die folgende Darstellung basiert auf den Ergebnissen eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Länder; sie stellt wieder einen Durchschnitt dar (Abbildung 22).

Abbildung 22: Berufsgruppen: Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im (teil-)stationären Langzeitbereich im Jahr 2030 (in VZÄ)

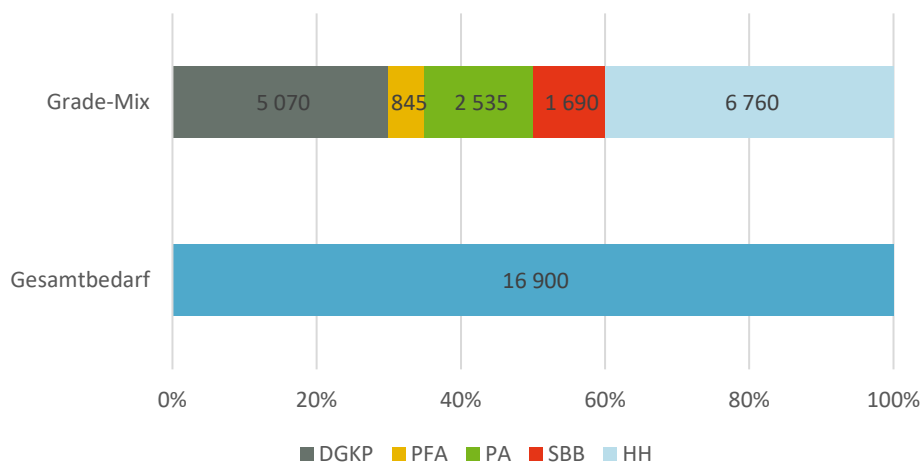


Quelle und Darstellung: GÖG

5.3 Mobile Dienste

Im Bereich der mobilen Dienste wird – anders als bei den anderen beiden Bereichen (teil-/stationärer Langzeitbereich und Krankenanstalten) – von einer Erhöhung des Anteils des gehobenen Dienstes ausgegangen, ergänzt um einen kleinen Anteil an Pflegefachassistenz-Stellen. Auch im mobilen Bereich können Sozialbetreuungsberufe vermehrt zum Einsatz kommen, der Anteil der Heimhilfen kann ebenfalls angehoben werden. Die Annahmen dahinter sind, dass die Komplexität in der Pflege zu Hause steigen wird und dass ein vermehrter Einsatz von DGKP notwendig werden wird. Menschen, die zu Hause leben und Pflege brauchen, benötigen häufig auch Hilfestellungen in den Bereichen Normalisierung der Lebensbedingungen, Integration und Selbstbestimmung, daher sollte der Einsatz von Sozialbetreuungsberufen in Zukunft an Bedeutung gewinnen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Berufsgruppen: Verschiebungspotenzial zwischen den Berufsgruppen im mobilen Bereich im Jahr 2030 (in VZÄ) – Alternativszenario Ausbau mobile Dienste



Quelle und Darstellung: GÖG

5.4 Gesamtbetrachtung 2030

Unter Berücksichtigung der Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen ergibt sich schließlich für die Berufsgruppenzusammensetzung 2030 folgendes Bild (Tabelle 5):

Tabelle 5: Zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 (in Köpfen) im Vergleich zu 2017 unter Berücksichtigung der Pläne der Bundesländer (Alternativszenario) und eines realistisch zu erwartenden Grade-Mix

	DGKP	PFA	PA	SBB	HH	Gesamt
Iststand 2017	76.100		31.800	7.200	11.800	126.900
zu erwartende Pensionierungen (Ersatzbedarf)	24.400	0	10.500	2.700	3.900	41.500
zusätzlicher Bedarf durch demografische Entwicklung bei gleichzeitigem Ausbau der mobilen Dienste, Pensionierungen und Änderung Grade-Mix bis 2030						
zusätzlicher Bedarf	19.100	22.800	8.400	14.700	10.700	75.700
Sollstand 2030	70.800	22.800	29.700	19.200	18.600	161.100

DGKP = Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal; PFA = Pflegefachassistenz; PA = Pflegeassistenz; SBB = Sozialbetreuungsberufe; HH = Heimhilfe

Quelle und Darstellung: GÖG

Basierend auf den in diesem Kapitel vorgestellten Veränderungen, Annahmen und Verschiebungen ist bis 2030 ein zusätzlicher Bedarf von rund 19.100 DGKP, 22.800 PFA, 8.400 PA, 14.700 SBB und 10.700 HH gegeben.

6 Handlungsempfehlungen

Die Menschen bewerben sich nicht bei der Organisation, die Organisation bewirbt sich bei den Menschen. Perspektiven, Erwartungen und Herangehensweisen von Menschen an die Erwerbsarbeit haben sich geändert: Es geht nicht mehr nur um die Sicherheit des Arbeitsplatzes, es geht vielmehr darum, dass die Philosophie des Arbeitgebers mit der Erwartung, Einstellung und Haltung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin zusammenpasst. Gut ausgebildete Pflege- und Betreuungspersonen werden am Arbeitsmarkt nachgefragt, daher können sie ihre Ansprüche auch entsprechend hoch ansetzen.

Um dem künftigen Bedarf im Pflegebereich gerecht werden zu können und ausreichend Pflege- und Betreuungspersonen zu finden, sind daher verschiedenste Maßnahmen zu treffen. Diese setzen auf unterschiedlichen Ebenen an und dienen letztendlich dazu, ausreichend qualifizierte Pflegekräfte in allen Settings des Gesundheits- und Pflegewesens zur Verfügung zu haben.

6.1 Hintergrund

Mangel in Gesundheitsberufen und insbesondere beim Pflegepersonal ist ein globales Thema und wird in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und Berichten u. a. der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission oder der OECD aufgegriffen (Dubois et al. 2006; ICN 2008; OECD 2008b; Ostwald et al. 2010; Rechel et al. 2006; Ruedin/Weaver 2009; Simoens et al. 2005; Wiskow et al. 2010). Dazu wurden zum Beispiel das Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa publiziert (Europäische Kommission 2008) oder das SEPEN-Netzwerk⁶ gegründet mit dem Ziel, auf den bevorstehenden Mehrbedarf und die damit verbundenen Herausforderungen aufmerksam zu machen (z. B. anstehende Pensionierungen, zunehmende Arbeitsmigration, geringes Interesse an den Berufen bei Jüngeren usw.) und nach Lösungen zu suchen. Vor dem Hintergrund dieses globalen Mangels entwickelte die WHO einen Verhaltenskodex zur Deckung des Personalbedarfs durch aktive Personalbeschaffung von im Ausland ausgebildeten Personen (WHO Code 2010) mit der Empfehlung, auf die Rekrutierung aus

⁶ <http://healthworkforce.eu/>: Es handelt sich um eine länderübergreifende Arbeitsgruppe, die zum Ziel hat, Instrumente, Planungsprozesse bzw. –strategien hinsichtlich des Bedarfs von Gesundheitspersonal effizienter zu gestalten.

bestimmten Ländern zu verzichten, gleichzeitig aber das Recht der Fachkräfte auf internationale Mobilität nicht zu beschränken.

Mit der Diskussion rund um den Mangel an Pflegepersonen rücken auch ethische Aspekte in den Vordergrund, die bei der Frage nach dem gesellschaftspolitischen Auftrag der Pflege ansetzen. Aus der Perspektive der Care-Ethik (Ethik der Fürsorge, (Kohlen 2008)) bemisst sich die Qualität einer Gesellschaft zentral daran, in welchem Maß jene Mitglieder einer Gesellschaft Fürsorge erfahren, die ihrer bedürfen. Die Herausforderung Pflegepersonalbedarf hat damit nicht nur eine finanzielle Komponente und einen Aspekt der Personalbereitstellung, sondern auch eine ethische Dimension.

Im folgenden Kapitel werden Maßnahmen vorgestellt, die auf unterschiedlichen Ebenen dazu beitragen, die Personalsituation im Pflege- und Gesundheitswesen zu entspannen.

6.2 Methodisches Vorgehen

Mit den Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit, der Verdichtung der Arbeit und der damit verbundenen Belastung setzen sich zahlreiche Studien auseinander (Bauer et al. 2018; Drupp/Meyer 2019; Schmucker 2019; Staflinger 2019). Daher wurde eine Literaturrecherche mit folgender Fragestellung durchgeführt: „Welche Strategien und Maßnahmen werden bei einem drohenden oder aktuellen Pflegepersonalmangel bzw. bei steigendem Pflegepersonalbedarf geplant bzw. ergriffen?“

Ziel der Literaturarbeit war es, durch einen Rückgriff auf internationale und nationale Erfahrungen und Expertisen eine valide Grundlage für entsprechende Handlungsempfehlungen angesichts des steigenden Pflegepersonalbedarfs in den kommenden Jahren zu schaffen. Dabei wurde in einem dreistufigen Prozess vorgegangen:

- Ausgehend von der Forschungsfrage wurde nationale und internationale Literatur gesammelt und gesichtet. Dabei zeigte sich, dass die Dringlichkeit des Themas nicht neu ist, im Gegenteil: Die Diskussion über potenzielle Engpässe beim Pflegepersonal reicht weit zurück. Gleichzeitig ist der Fachkräftemangel ein internationales Thema.
- Die gefundenen Strategien und Maßnahmen wurden geordnet und systematisiert, mit dem Ergebnis, dass die Maßnahmen zu drei strategisch bedeutenden Themenbereichen gebündelt werden können:
 - Personalanwerbung,
 - Personalbindung und
 - Effizienz.

- Die erarbeiteten Strategien und Maßnahmen wurden schließlich mit den Auftraggebern diskutiert und finalisiert.

Die konkreten Handlungsempfehlungen / Maßnahmenbündel basieren somit auf internationaler und nationaler Literatur sowie Expertisen. Abbildung 24 ordnet die selektierten Maßnahmen den drei Themenbereichen zu. Der Pflegereport als Beobachtungsinstrument behält Veränderungen im Auge.

Abbildung 24: Strategische Themen, Ziele und Maßnahmen

Personalanwerbung	Personalbindung	Effizienz
Ziel: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Es stehen ausreichend Personen für Ausbildungen und Praxisbereiche zur Verfügung. 	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auszubildende schließen die Ausbildungen ab. ➤ Berufsangehörige verbleiben im Beruf. 	Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pflege- und Betreuungspersonal wird kompetenzorientiert eingesetzt. ➤ Die Chancen neuer Technologien werden genutzt. ➤ Die Kooperation zwischen Settings und Sektoren ist verbessert.
Maßnahmen	Maßnahmen	Maßnahmen
ausreichend Ausbildungsplätze innovativ planen und vorhalten	Drop-out-Raten während der Ausbildung senken	GuKG-Novelle umsetzen und evaluieren
Pflege- und Betreuungsberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern	lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen durch Kompetenz- und Karriereentwicklung	vertiefte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals
unterschiedliche Zielgruppen konkret ansprechen und während der Ausbildung unterstützen	Führungskräfteentwicklung und Generationenmanagement einführen	Vernetzung und (über-)regionalen Austausch fördern
Informationsveranstaltungen, Praktika und Schnuppertage nachhaltig gestalten	gesellschaftliche Wertschätzung und wertschätzende Unternehmenskultur fördern	Potenziale einer interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit ausloten und nutzen
ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern	Gesamtkonzepte und Strukturen in Einrichtungen (weiter-)entwickeln	neue Betreuungs- und Versorgungsarrangements entwickeln
Pflegereport		

Darstellung: GÖG

Bezüglich der Maßnahmen in diesen Bereichen konnten in der wissenschaftlichen Literatur Hauptakzente, das sind in wiederkehrender Weise besonders diskutierte zentrale Themen, ausgemacht werden. Das eingeschätzte Potenzial, einem Pflegepersonalmangel vorzubeugen oder diesen abzufedern, unterscheidet sich bei den verschiedenen Maßnahmen und wird unterschiedlich gewichtet. Einzelne Maßnahmen wirken auf mehreren Ebenen, die hier vorgenommene Zuteilung dient der Orientierung.

Beispiel

Beispielsweise könnte die Einführung flexibler Arbeitszeiten nicht nur ältere Pflege- und Betreuungspersonen länger im Beruf halten (Personalbindung), sondern auch Wiedereinsteigern/-einstiegerinnen die Rückkehr erleichtern (Personalanwerbung) oder überhaupt einem vorläufigen Ausstieg vorbeugen (Personalbindung), da Beruf und Familie sich so besser vereinbaren lassen. Auch könnte es sein, dass ein flexibles Arbeitszeitmodell (mit hohen Selbstbestimmungsrechten bei der Dienstplanerstellung) den guten Ruf einer Einrichtung oder gar des Pflegeberufs begünstigt, sodass es jungen Menschen attraktiv scheint, den Pflegeberuf zu ergreifen. Kritisch sollte in diesem Beispiel allerdings bedacht und diskutiert werden, ob flexible Arbeitszeiten nicht (durch Erhöhung der Schnittstellen, Verminderung der Versorgungskontinuität) die Effizienz der Arbeitsleistung mindern.

6.3 Umsetzungsverantwortung

Die Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen liegt in der Verantwortung zahlreicher Akteure. Dies beginnt beim Bund, je nach Zuständigkeit in den verschiedenen Ministerien, und setzt sich auf Länderebene fort. Aber auch Gemeinden, Sozialpartner, Berufs- und Interessenvertretungen, Trägereinrichtungen, Ausbildungsstätten, Forschungseinrichtungen, ja sogar Pflege- und Betreuungspersonen selbst tragen Verantwortung dafür, dass die Umsetzung der Maßnahmen erfolgreich verläuft. Die Gesetzgebung, Bundes- und Landesbehörden sind für die Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen verantwortlich. Dazu zählen u. a. die Weiterentwicklung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, die Etablierung bedarfsorientierter Pflege- und Betreuungsarrangements, die Anpassung in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie die Förderung der Qualitätsentwicklung. Umgekehrt bedarf es der Beteiligung der Trägerorganisationen, der Berufs- und Interessenvertretungen usw., um im Austausch mit der Gesetzgebung bzw. den Bundes- und Landesbehörden die Bedarfe zu konkretisieren. Insbesondere die Auseinandersetzung mit der Definition qualitätsvoller Versorgung sowie mit den Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung liegt in der Verantwortung der Trägerorganisationen. Auch das Herstellen der Kongruenz zwischen Leitbild und Realität, die

Umsetzung von Maßnahmen, die dazu beitragen, ein attraktiver Arbeitgeber zu sein, sowie ein lösungsorientierter Umgang mit den Sorgen, Nöten und Ängsten der Mitarbeiter/-innen liegen in ihrem Verantwortungsbereich. Wenn es darum geht, die Interessen der Arbeitnehmer/-innen zu vertreten, kommen die Berufs- und Interessenverbände ins Spiel. Ihre Aufgabe ist es, wichtige Themen auf den Tisch zu bringen und diese kollektiv zum Wohle der Arbeitnehmer/-innen zu vertreten. Eine wesentliche Rolle spielen aber die Berufsangehörigen selbst. Es liegt in ihrer Verantwortung, sich fachlich weiterzuentwickeln, um den wachsenden Anforderungen im Beruf kompetent zu begegnen. Das bedeutet auch, anwaltschaftlich zu handeln, gegebenenfalls Grenzen aufzuzeigen und sich entsprechend zu engagieren. Es liegt in der Verantwortung jeder einzelnen Pflege- und Betreuungsperson, insbesondere die schönen und erfüllenden Seiten des Berufs zu kommunizieren und so ein positives Bild in der Öffentlichkeit zu vermitteln.

6.4 Maßnahmen zur Personalanwerbung

Ziel: Es stehen ausreichend Personen für Ausbildungen und Praxisbereich zur Verfügung.

Wichtig ist es, mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen (Personalanwerbung). Vier Zielgruppen lassen sich identifizieren: der **Nachwuchs**, also junge Menschen, die in die Ausbildungen und in Folge in das Berufsleben einsteigen, die Gruppe der **Quereinsteiger/-innen**, die aus unterschiedlichen Gründen beruflich umsatteln bzw. aus der Arbeitslosigkeit in die Pflege kommen, die **Wiedereinsteiger/-innen**, die ihre Berufstätigkeit unterbrochen haben und sie nun wieder aufnehmen möchten, und die **Berufsumsteiger/-innen** – also Personen, die zwar einen Pflege- oder Betreuungsberuf erlernt haben, aber in einen anderen Beruf wechseln möchten. Ebenfalls von Relevanz sind Arbeitskräfte aus anderen Ländern. Um die unterschiedlichen Zielgruppen anzusprechen, bedarf es zielgruppenspezifischer Strategien. Die Angebote müssen so vielfältig sein wie die Lebensentwürfe der Interessierten. Im Folgenden werden einige Vorschläge unterbreitet, die dazu beitragen können, mehr Personen für den Beruf zu gewinnen.

Ausreichend Ausbildungsplätze innovativ planen und vorhalten

Um den ermittelten Bedarf von rund 75.700 Personen bis zum Jahr 2030 decken zu können, sind ausreichend Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen. Allerdings bedarf es für die konkrete Ausbildungsplatzdimensionierung **regionaler Pläne** auf der Basis von **Absolventenstromanalysen** und der **Beobachtung der konkreten Nachfrage** bzw. des **konkreten Einsatzes der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen**. Nur in Zusammenarbeit von Ausbildungseinrichtungen, Trägereinrichtungen im akutstationären

und im Langzeitbereich und Entscheidungsträgern kann zielgerichtet geplant werden. Die konkrete Ausbildungsplanung muss regional und auf die tatsächliche Nachfrage abgestimmt erfolgen. Zudem muss auf neue Ausbildungsformen abgestellt werden, da aufgrund der rückläufigen Zahl von Beginnerinnen/Beginnern in den bestehenden Angeboten diese allein die Personallücke nicht schließen können.

So gilt es proaktiv neue Angebote z. B. im schulischen Bereich zu konzipieren und umzusetzen, z. B. als höhere Lehranstalt (HLA) für Sozialbetreuung und Pflege, um einerseits die Lücke zwischen der 8. Schulstufe und dem Hochschulzugang zu schließen, andererseits aber auch, um mit vielfältigeren Ausbildungswegen mehrere Perspektiven anzubieten.

Pflege- und Betreuungsberufe bekannt machen, ihr Image verbessern und ihre Attraktivität steigern

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Pflege zwar ein gesellschaftlich anerkannter Beruf ist, dessen Attraktivität allerdings wenig dazu beiträgt, dass Berufssuchende sich für diese Berufe entscheiden (Bomball et al. 2010; Rappold et al. 2018; Schwaiger 2010). Allein schon aus dieser durchaus ambivalenten Wahrnehmung der Pflegeberufe (respektable Verantwortung, gesellschaftlich-humaner Wert, gesundheitliche Bedeutung, aber Ausübung dennoch nicht erstrebenswert) in der Bevölkerung lässt sich ein Anwerbungsproblem ablesen. Warum sollten junge Menschen (oder auch Menschen, die beruflich „umsatteln“ wollen) den Pflegeberuf ergreifen – noch dazu, wenn einiges dafür spricht, dass die Arbeitsbelastung nicht sinken wird? Wie kann also der Pflegeberuf gegenüber anderen Karrieremöglichkeiten konkurrenzfähig sein?

Es geht darum, **umfassende Informationen über die Vielfältigkeit des Berufs** und die damit verbundenen Karrieremöglichkeiten, z. B. die Ausdifferenzierung der drei Berufsgruppen von der Pflegeassistenz bis zum gehobenen Dienst, die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten vom Krankenhaus bis zur mobilen Pflege oder auch die unterschiedlichen Aufgabenbereiche (von der Gesundheitsförderung bis hin zur Lehrtätigkeit) in der Öffentlichkeit zu verbreiten.

Wenn Pflegeberufe nur als durchschnittlich angesehen gelten, so ist das auch darauf zurückzuführen, dass die attraktiven Karrieremöglichkeiten, die propagiert werden, in der beruflichen Realität nur wenig oder gar nicht gelebt werden. Hier gilt es, Rollen und Aufgabenfelder der Pflege zu erschließen und erworbene bzw. erwerbbar Kompetenzen mit Verantwortung und Vollmacht zu verbinden, sodass Karrieremöglichkeiten und Vielseitigkeit des Berufs nicht nur informelle Kategorien darstellen, sondern formelle und sichtbare.

Im Mittelpunkt steht somit die **Vermittlung realitäts- und praxisnaher Informationen**. Ziel ist es, ein **Gesamtpaket** zu schnüren, welches Pflegeberufe attraktiv und realitätsnah

bekannt macht, um so in die Wahrnehmung potenzieller Auszubildender (Schüler/-innen oder Berufsumsteiger/-innen) zu rücken. Aufgrund der Vielfalt potenziell Interessierter sind dazu zielgruppenspezifische Strategien zu verfolgen (Männer, Migrantinnen/Migranten, ältere Quereinsteiger/-innen, Maturantinnen/Maturanten usw.) (Buresh/Gordon 2006; Colombo et al. 2011).

An dieser Stelle ist es notwendig, (tatsächliche) „Attraktivität“ und „Image“ (Wahrnehmung in der Bevölkerung) zu unterscheiden. Zum einen ist der Pflegeberuf in einer Weise gestaltet und organisiert (hinsichtlich Arbeitsbedingungen, Bezahlung, Karrieremöglichkeiten usw.), die vielen Menschen nicht attraktiv zu sein scheint; zum anderen besteht auch das Problem, dass das, was für viele in der Pflege tätige Menschen (trotzdem) attraktiv und „schön“ an dem Beruf ist, ungenügend kommuniziert wird. Insbesondere das Angleichen der Gehälter zwischen den Settings (unter Berücksichtigung des Zulagensystems) würde die Attraktivität insbesondere in der Langzeitpflege steigern.

Zwei Bedingungen müssen erfüllt werden, damit eine authentische Kommunikation möglich ist:

- Der Pflegeberuf muss attraktiv sein (hinsichtlich Bezahlung, Bedingungen, Entwicklungsmöglichkeiten u. dgl.), und dies in allen Settings, was eine **Angleichung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen zwischen den Settings** (mobil und stationär) notwendig macht.
- Das „Schöne“ bzw. Erstrebenswerte in dem Beruf muss adäquat kommuniziert werden, um der Bevölkerung, insbesondere jungen Menschen, als ein gangbarer Berufsweg zu erscheinen.

Unterschiedliche Zielgruppen konkret ansprechen und während der Ausbildung unterstützen

Zielgruppen sind einerseits junge Menschen, die sich noch nicht für eine bestimmte Berufsausbildung entschieden haben, andererseits aber auch Berufsum- und Quereinsteiger/-innen, die aus anderen Berufen kommen und sich in einem zweiten Bildungsweg für den Pflegeberuf entscheiden.

Möchte man **junge Menschen für eine Pflegeausbildung gewinnen**, sollten die ersten Kontakte bereits früh, also in der Unterstufe der Schulausbildung stattfinden, um die Vielfalt der Berufe und die Vielfältigkeit der Einsatzbereiche bekannt zu machen. Dabei reicht der Rahmen von reinen Berufsinformationsveranstaltungen bis hin zu Kooperationen mit Schulen in Form von Praktika oder Projekttagen in Krankenanstalten oder anderen Pflegediensten.

Die Teilnahme an Berufsinformationstagen ist eine wichtige Kommunikationsmaßnahme, mit der berufsunentschlossene junge Menschen über **Messepräsenz** erreicht werden können (Kämmer 2015; Roedenbeck Schäfer 2014; Rottmann/Witte 2019). Wichtig beim Betreiben eines Messestandes ist unter anderem, *wer* hier das Unternehmen präsentiert, es braucht authentische, begeisterte Personen, welchen es gelingt, das Besondere des Berufs hervorzuheben, ohne ihn zu verklären. Auch originelle Give-aways sind Instrumente, um potenziellen Bewerberinnen/Bewerbern im Gedächtnis zu bleiben. Werbung in lokalen Medien und Onlinemedien mit gezielter Pressearbeit (Informationen für lokale, regionale Medien über die Ausbildungsaktivitäten) sind weitere mögliche Informationskanäle.

Aktiver und gezielter kann – neben der allgemeinen Information auf einer Berufsmesse – durch Informationstage und Tage der offenen Tür von Unternehmen geworben werden. Praktika in Gesundheitseinrichtungen sind eine gute Möglichkeit, um durch eigene Erfahrungen und Gespräche mit Pflege- und Betreuungspersonen einen besseren Einblick in den Beruf zu erhalten (Pusch 2015).

Um junge Menschen anzusprechen, sollen v. a. zeitgemäße Medien und Maßnahmen genutzt werden, wie Auszubildenden-Speed-Dating, Schulkooperationen, Betriebserkundungen (Schülerexkursion mit Aufgaben im Unternehmen und anschließender Auswertung) und das Nutzen sozialer Medien wie Instagram oder Blogs. Aktionen wie der Girls' Day / Boys' Day (Aktionstag mit Zielgruppenfokus) oder Unternehmens-Castings und das Einsetzen von Ausbildungsbotschafterinnen/-botschaftern (eigene Auszubildende als „Botschafter/-innen“ in der Schule) können genutzt werden.

Berufsumsteiger/-innen, die von einem Gesundheitsberuf in einen anderen wechseln, und **Quereinsteiger/-innen**, die aus einer anderen Branche kommen, benötigen spezielle Anreize, um in eine Pflegeausbildung einzusteigen, insbesondere finanzielle Unterstützungen zur Sicherung des Lebensunterhalts, Maßnahmen wie Förderungen, Selbsterhalterstipendien oder die Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen für arbeitslose Menschen (Freiling 2009; Mennicken/Augurzky 2013; Rappold et al. 2018; Schmidt, Michael 2012). Als potenzielle Zielgruppen werden vor allem Männer, etwas ältere Menschen sowie Migrantinnen und Migranten (Freiling 2009; Klöppner et al. 2017; Ulatowski 2013) identifiziert.

Seitens des AMS (Arbeitsmarktservice) stehen dafür zahlreiche Unterstützungsleistungen zur Verfügung, wie zum Beispiel das Fachkräftestipendium für die Ausbildung in einem definierten Mangelberuf oder diverse Aus- und Weiterbildungshilfen für arbeitslose Personen, die einen Kurs besuchen wollen. Arbeitsplatznahe Förderungsmodelle, wie die Implacementstiftungen und die arbeitsplatznahe Qualifizierung, ermöglichen

bedarfsgerechte und beschäftigungswirksame „Qualifizierungen on demand“. Im Rahmen von Implacementstiftungen erfolgt in Zusammenarbeit mit personalsuchenden Einrichtungen die Ausbildung von Fachkräften, welche darauf bauen können, dass sie nach Ende der Ausbildung auch in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden⁷. Die arbeitsplatznahe Qualifizierung sichert die Existenz von arbeitssuchenden Personen, welche eine zertifizierte Ausbildung absolvieren möchten⁸.

Auf eine spezielle Zielgruppe, nämlich Migrantinnen und Migranten, ist die Initiative „migrants care“ ausgerichtet, ein Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) in Kooperation mit dem Österreichischen Integrationsfonds. Angeboten werden Informationen und Kurse für an Pflege- und Betreuungsberufen interessierte Migrantinnen/Migranten. Diese erhalten neben einer umfassenden Beratung eine fachliche Vorbereitung auf Ausbildungen im Bereich Pflege und Betreuung⁹.

Hier gilt es, diese Angebote bekannt zu machen, zu evaluieren und bei Bedarf auszuweiten.

Informationsveranstaltungen, Praktika und Schnuppertage nachhaltig gestalten

Insbesondere für Absolventinnen und Absolventen gibt es zahlreiche Vorschläge aus der Literatur, wie diese für die eigene Einrichtung gewonnen werden können. Unter dem Stichwort „employer branding“ geht es darum, die eigene Einrichtung vorteilhaft bekannt zu machen. Dazu eignen sich Vorträge, Aushänge und Infokampagnen, Tage der offenen Tür und Schnuppertage oder Praktikumsprogramme, Studentenjobs bzw. Trainee-Programme für Hochschulabsolventinnen/Hochschulabsolventen (vgl. u. a. (Loffing/Loffing 2010)). Wichtig ist dabei, die **Bedürfnisse der Bewerberzielgruppe** zu kennen (Rottmann/Witte 2019).

Besondere Bedeutung haben Praktika während der Ausbildung. Vom Gelingen der Praktika hängt nicht nur der Verbleib in den Ausbildungen ab, ein gelungenes Praktikum ist auch die beste Personalwerbungsmaßnahme für die Einrichtung. Studierende und Schüler/-innen möchten in den Praktika ausbildungsrelevante Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen, jedoch keine Hilfsdienste, die womöglich noch patientenfern sind. Sie möchten sich nicht als Störfaktor fühlen und „so bleiben, wie sie sind“ (auch in Bezug auf das eigene Aussehen, z. B. wollen sie sich auch mit grünen Haaren und Tattoos akzeptiert fühlen (Roedenbeck Schäfer

⁷ <https://www.ams.at/unternehmen/personal--und-organisationsentwicklung/implacementstiftung> [Zugriff am 5.11.2019]

⁸ <https://www.ams.at/arbeitsuchende/aus-und-weiterbildung/> [Zugriff am 24.9.2019]

⁹ <https://www.rotekreuz.at/wien/kurse-aus-weiterbildung/migrants-care/> [Zugriff am 24.9.2019]

2014)). Somit kommt einem gut vorbereiteten und gelungenen Praktikum eine wichtige Rolle zu. **Praxisanleiter/-innen**, Peer-Mentoring oder spezielle Praxisreflexionen können dazu einen wertvollen Beitrag leisten.

Um generell **auf eine Organisation aufmerksam zu machen**, können z. B. Beiträge in der Fachpresse verfasst werden oder öffentlich zugängliche Veranstaltungen (z. B. Sommerfest) in der Einrichtung organisiert werden (Heil 2013). Ein weiteres nicht zu unterschätzendes Instrument im externen Personalmarketing sind die bereits im Unternehmen tätigen **Mitarbeiter/-innen**. Diese können als **Markenbotschafter/-innen** fungieren, sie bewerben nicht nur die Organisation, sondern auch die Berufe an sich (Buresh/Gordon 2006; Klöppner et al. 2017). Sind Mitarbeiter/-innen in der Anwerbung erfolgreich, können sie z. B. durch Prämienzahlungen belohnt werden (Krüger 2018; Preiß et al. 2018). Für junge Menschen, die **bereits in Ausbildung oder auf Jobsuche** sind, wird empfohlen, sie dort abzuholen, wo sie sich Infos besorgen – im Internet, auf der Unternehmenswebsite, in diversen sozialen Medien und Plattformen oder auf Arbeitgeberbewertungsportalen (Heil 2013; Kämmer 2015; Roedenbeck Schäfer 2014).

Ausländischem Personal den Berufseinstieg erleichtern

Viel, jedoch kontrovers diskutiert, ist die **Rekrutierung von Personal aus dem Ausland** (Buchan et al. 2018; Schmidt, Michael 2012). Gezielte Zuwanderung von ausgebildeten Pflegepersonen mit Vereinfachung der Berufsankennung steht hier im Fokus. Dazu wird zwischen "Anerkennung" (für die EU und EWR-Vertragsstaaten sowie die Schweiz) und "Nostrifikation" (Gleichwertigkeitsfeststellung für Länder außerhalb der EU, sowie der EWR-Vertragsstaaten und der Schweiz) unterschieden. Ziel ist die inhaltliche Prüfung der Qualifikation, welche insbesondere der Sicherheit der Patientinnen und Patienten dient. Mit dem "verkürzten" Anerkennungsverfahren („One-Stop“) kann die Berufsankennung binnen einer halben Stunde im Gesundheitsministerium erledigt werden. Für Nostrifikationen sind die Bundesländer zuständig. Mit einfach verständlichen Informationen, einem Wegweiser durch das österreichische Behördensystem¹⁰, dem Bereitstellen von „Buddies“, die bei Behördengängen unterstützen, könnte ausländischen Pflegepersonen dieser Weg erleichtert werden. Aber auch die Integration in das Berufs- und Sozialleben kann durch unterschiedliche Angebote (z. B. Kurse, die praktische Informationen über die verschiedenen Gepflogenheiten

¹⁰ Im Bereich der Anerkennung sei auf das bereits im Jahr 2016 durch das Anerkennungs- und Bewertungsgesetz geschaffene Anerkennungsportal verwiesen, das vom Österreichischen Integrationsfonds zu Informations-, Orientierungs- und Transparenzzwecken für Berufsangehörige, die ihre im Ausland erworbene Berufsqualifikation anerkennen bzw. bewerten lassen wollen, eingerichtet wurde.

des Lebens und Arbeitens in Österreich bieten) begleitet und erleichtert werden (Rappold et al. 2019).

Eine aktive Personalanwerbung in anderen Ländern kann mittels verschiedener Maßnahmen erfolgen, Beispiele dazu finden sich u. a. in Deutschland, wo z. B. ausgebildete Pflegekräfte aus Vietnam angeworben und in Deutschland in verkürzter Form in der Altenpflege ausgebildet wurden (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) 2016). Es werden Bildungsk Kooperationen und Austauschprogramme mit ausländischen Pflegeschulen eingegangen. Über diese Austauschprogramme lernen die Schüler/-innen Deutsch und können sich nach Ausbildungsende bewerben (Teigeler 2010). Der deutsche Bundesgesundheitsminister hat mit Mexiko eine Absichtserklärung unterschrieben, nach dieser sollen mexikanische Pflegepersonen ein beschleunigtes Visa- und Anerkennungsverfahren durchlaufen¹¹. Kennenlernen via Videotelefonie, Bewerbungsgespräche oder spezielle Vorbereitungskurse in den Herkunftsländern für potenzielle Mitarbeiter/-innen können als Maßnahmen gesetzt werden.

Aktive Personalanwerbung in anderen Ländern ist nicht unproblematisch. Neben den Problemen, die durch Sprachbarrieren, ein anderes Pflegeverständnis, kulturell-religiöse Aspekte z. B. bei der Körperpflege bei Männern und Vorurteile seitens der Pflegebedürftigen (Buchan et al. 2014) entstehen, gibt es auch eine moralische Dimension. In vielen der Herkunftsländer ausländischer Pflegekräfte herrscht ebenso ein Mangel an Personal und es entstehen dort weitere Versorgungslücken. Vor dem Hintergrund des globalen Mangels an Personen in den Gesundheitsberufen entwickelte die WHO einen Verhaltenskodex zur Deckung des Personalbedarfs durch aktive Personalbeschaffung im Ausland (WHO 2010). Dieser sollte bei Anwerbungsstrategien mit berücksichtigt werden.

6.5 Maßnahmen zur Personalbindung

Personalbindung setzt bei verschiedenen Zielgruppen an. Die erste sind Auszubildende, es gilt, diese in der Ausbildung zu halten und den Drop-out zu reduzieren. Die zweite Zielgruppe sind Berufstätige. Diese brauchen – entsprechend ihrer individuellen Lebensphase – Rahmenbedingungen und Angebote, welche es ihnen ermöglichen, den Beruf dauerhaft auszuüben. Die in der Literatur beschriebenen Faktoren können in „Push-Faktoren“, also solche, die Personal dazu bewegen, die Organisation / den Beruf zu verlassen, und „Pull-

¹¹ <https://www.welt.de/politik/deutschland/article200683488/Jens-Spahn-Gesundheitsminister-wirbt-im-Mexiko-um-Pflegekraefte.html> [Zugriff am 10.10.2019]

Faktoren“, also jene, die Personal dazu bewegen, in den Organisationen / dem Beruf zu verweilen, unterteilt werden.

Grundlegend unterschieden werden müssen finanzielle (Bezahlung) von nicht-finanziellen Faktoren. Untersuchungen zeigen, dass unzureichende oder zu geringe Bezahlung nicht der entscheidende Faktor für einen Berufsausstieg ist. Gute Arbeitsbedingungen stellen eine wichtigere Einflussgröße auf Zufriedenheit und Verweildauer dar als (nur) das Geld (Bobens et al. 2011; Borchart et al. 2011; OECD 2008a; Wiskow et al. 2010).

Im Folgenden wird auf Maßnahmen eingegangen, die den Verbleib in den Ausbildungen und den Verbleib im Beruf fördern.

Ziel: Auszubildende schließen die Ausbildungen ab.

Zentral für die Deckung des Bedarfs im Pflegebereich ist, die Menschen, die sich für einen Pflegeberuf entschieden haben, auch in der Ausbildung / im Studium zu halten. Durch einen vorzeitigen Ausbildungsabbruch gehen in Österreich etwas 20 bis 30 Prozent der Auszubildenden für den Bereich verloren. Ein Großteil scheidet bereits im ersten Jahr aus (Riess et al. 2007; Rottenhofer et al. 2012). Dies ist kein rein österreichisches Problem, es findet sich auch in anderen Ländern (Paton 2018).

Drop-out-Raten während der Ausbildung senken

Um dem Ausscheiden während der Ausbildung entgegenzuwirken, kann an zwei Aspekten angesetzt werden: einerseits gilt es der Überforderung mit dem Lehrstoff entgegenzuwirken und andererseits den Praxiseinsatz so zu gestalten, dass dieser als positiv erlebt wird.

Als eine der häufigsten Drop-out-Ursachen wird sowohl seitens der Lehrenden als auch der Schüler/-innen die Überforderung mit dem Lernstoff genannt (SÖSTRA 2016). Zwar kann Überforderung in den Personen selbst begründet sein, allerdings kann diese auch systemimmanent sein. Ein Hinweis auf letzteres findet sich in den Gutachten der Sachverständigen zur Genehmigung der FH-Studiengänge. Hier wird darauf hingewiesen, dass es nicht möglich erscheint, die Pflegestudiengänge in der vorgegebenen Zeit zu absolvieren. Die Gutachten plädieren für eine vierjährige Ausbildung, auch um der

Überforderung der Studierenden entgegenzuwirken¹², um so den Studierenden und Schülerinnen/Schülern die Bewältigung der Lehrstoffe zu ermöglichen.

Weitere Möglichkeiten, die Drop-out-Raten zu senken, sind Maßnahmen, die bei den Unterrichtsmethoden ansetzen wie: Lernen lernen, Lernen mit allen Sinnen, Methodenvielfalt nutzen, Klarheit über die Lernziele vermitteln oder auch Methoden, die im Schul- und Klassenklima ansetzen. Wesentlicher Erfolgsfaktor ist gut qualifiziertes Lehrpersonal (Linde/Linde-Leimer 2013).

Einen überaus hohen Stellenwert hat die praktische Ausbildung. Meist erkennen Auszubildende erst nach ihrem ersten Praxiseinsatz, was es bedeutet, einen Pflegeberuf auszuüben. Einige erkennen erst dann, dass ihre Erwartungen unrealistisch waren und sie scheiden, auch bei fortgeschrittener Ausbildung, aus der Ausbildung aus (Bakker et al. 2019).

Daher kommt einem **gelingenen Praxiseinsatz** eine hohe Bedeutung zu. Damit dies erzielt wird, ist es notwendig, Praxiseinsätze vorzubereiten, zu begleiten und zu reflektieren. Seitens der Ausbildungseinrichtungen braucht es Lehrende, die diese Aufgaben übernehmen. In den Praxisfeldern braucht es Praxisanleiter/-innen, die ausreichend qualifiziert und mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen ausgestattet sind (Braun 2011; Buchan et al. 2018; Lücke 2019). Sie begleiten Auszubildende (oder auch Praktikantinnen/Praktikanten) im Theorie-Praxis-Transfer, führen diese in organisatorische Rahmenbedingungen und Abläufe ein und geben ihnen die notwendige Sicherheit. Um den Auszubildenden ein realistisches Bild zu vermitteln, ist es notwendig, dass diese alle Dienstvarianten (Tag-, Wochenend-, Nacht-, Schichtdienst oder auch geteilte Dienste) kennenlernen, im Idealfall gemeinsam mit der Praxisanleiterin/dem Praxisanleiter. Dazu braucht es Zeit, die entsprechende Qualifikation und ausreichend Ressourcen.

Ziel: Berufsangehörige verbleiben im Beruf.

Die Gestaltung arbeitnehmerfreundlicher Arbeitsbedingungen gilt als einer der Hauptfaktoren, um

- Pflege- und Betreuungspersonal in der Organisation / im Beruf zu halten,
- Pflege- und Betreuungspersonal-Nachwuchs anzuziehen und in den Beruf zu holen und
- eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

¹² https://www.aq.ac.at/de/akkreditierte-hochschulen-studien/dokumente-entscheidungen-fh/FHBurgenland_GuK_A0761_Gutachten.pdf?m=1446129912 [Zugriff am 10.10.2019]
https://www.aq.ac.at/de/akkreditierte-hochschulen-studien/dokumente-entscheidungen-fh/Erh013_Gutachten_A0784_GuK.pdf?m=1446134176 [Zugriff am 10.10.2019]

Es können einzelne Faktoren, die zur Erhöhung der Verweildauer und der Arbeitszufriedenheit beitragen, identifiziert werden und es gibt übergreifende Konzepte, die in einem integrativen Ansatz verschiedene Maßnahmen kohärent bündeln. Ein wichtiger Ansatz ist das Konzept „Magnet-Krankenhaus“ (siehe unten).

Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass Pflege- und Betreuungspersonen unabhängig von Alter, Lebensentwürfen, Geschlecht oder anderen Merkmalen eine Möglichkeit finden, Erwerbsarbeit mit dem Privatleben zu vereinbaren und dass so der Verbleib im Beruf gefördert wird. Dabei ist zu beachten, dass die Herausforderungen in der mobilen Pflege durchaus andere sein können als in Krankenanstalten und dass sie sich auch zwischen ländlichen und städtischen Regionen unterscheiden.

Lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen durch Kompetenz- und Karriereentwicklung

Eine große Herausforderung besteht darin, zu vermeiden, dass immer weniger, aber ältere Pflegekräfte immer mehr, ebenfalls ältere Patientinnen und Patienten zu versorgen haben. Maßnahmen müssen auf die einzelnen Lebensphasen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgestimmt sein und lebensphasengerechtes Arbeiten ermöglichen. Personalentwicklung beginnt am ersten Arbeitstag. Beschäftigte wollen die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen anwenden, aber auch in der Praxis erproben und weiterentwickeln. Dies bildet die Grundlage für Karriereentwicklung, die sowohl hierarchisch als auch fachlich zu verstehen ist.

Die **Kompetenzentwicklung** beginnt mit der **Einarbeitungsphase**. Diese stellt eine sehr vulnerable Zeit dar und zählt zu den wichtigsten Faktoren der Personalbindung (Becke 2016; Frodl 2011). Neue Mitarbeiter/-innen sind sowohl über Abläufe als auch fachliche Besonderheiten der Einrichtung nicht informiert (Benner 1994), daher kommt einem systematischen Einarbeitungsprozess hohe Bedeutung zu (Frodl 2011; Ipkovich 2018; Loffing/Loffing 2010; Tewes/Stockinger). Zwar müssen logistisch-organisatorische Abläufe am ersten Arbeitstag funktionieren (Dienstkleidung liegt vor, Spint steht bereit, Mitarbeiterkarte ist gedruckt, Teamkolleginnen/-kollegen sind informiert usw. (Heil 2013; Trenkwalder 2014)), die fachliche Einarbeitung erstreckt sich jedoch über mehrere Monate. Exemplarisch sei an dieser Stelle das Programm „Flying Start“ des National Health Service in Schottland³³ genannt. Es handelt sich dabei um ein schottlandweit eingesetztes Einarbeitungsprogramm, das Berufsneulingen den Eintritt in das Berufsleben erleichtern und sie zu kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickeln soll. Das Programm,

³³ <https://learn.nes.nhs.scot/735/flying-start-nhs> [Zugriff am 10.10.2019]

welches aus Fallbesprechungen, konkreten Aufgaben, E-Learning-Modulen sowie einem persönlichen Mentoring besteht, erstreckt sich über das erste Arbeitsjahr. Auch im Universitätsspital Zürich startet das Laufbahnmodell (welches acht Stufen umfasst) mit einem definierten Einführungs- / Traineeprogramm, das 6 bis 12 Monate dauert¹⁴.

Die Möglichkeit zu **professioneller Weiterentwicklung oder Karriereentwicklung** und einem darauf aufbauenden **kompetenzorientierten Personaleinsatz** ist für Pflegekräfte bedeutsam. In diesem Kontext geht es um vertikale (in der Hierarchie) und horizontale (fachliche) Karrieremöglichkeiten für alle Berufsgruppen. Die Entwicklung der Pflegekräfte beginnt schon mit Aufnahme der Berufstätigkeit und begleitet diese über den gesamten Berufsweg. Aus der Literatur geht eindeutig hervor, dass die gezielte Karriereplanung, das Talentemanagement, Aufstiegsmöglichkeiten oder Entwicklungsmöglichkeiten zu den wichtigsten Personalbindungsmaßnahmen zählen (Behr 2012; Hornung 2013; Schuhmacher 2012; Teigeler 2010). Insbesondere für die DGKP bieten sich viele Möglichkeiten der fachlichen Spezialisierung als Grundlage für Fachkarrieremodelle¹⁵. Ziel dieser Fachlaufbahnen ist es, durch Spezialisierungen auf bestimmte Pflegeverfahren, Krankheitsbilder (z. B. Diabetes, Demenz, Krebserkrankungen) oder Zielgruppen (z. B. Familien, Gemeinden, Schulen) auch eine Alternative zu hierarchischen Aufstiegsmöglichkeiten (Führungsaufgaben) zu haben. Der Bereich der Karriereplanung und der Fort- und Weiterbildung ist ein zentraler Ansatzpunkt nachhaltiger Mitarbeiterbindung und ein wichtiges internes Marketinginstrument. Es gilt, Potenziale und Bedarfe individuell zu erkennen und individuell zu fördern, sei dies über finanzielle Unterstützung oder über die Zurverfügungstellung von Betriebsmitteln oder von Zeit (Hornung 2013; Rammler 2017; Zängl 2015). Dazu zählt auch, DGKP, die noch an Sekundarschulen ausgebildet wurden, zu ermöglichen, einen Bachelor-Abschluss zu erwerben.

Kleinere Träger und Anbieter könnten sich zusammenschließen, Fachexpertinnen/-experten teilen und so **trägerübergreifende Karrieremöglichkeiten** schaffen.

Führungskräfteentwicklung und Generationenmanagement einführen

Führungskräften kommt eine der wichtigsten Rollen zu, wenn es darum geht, aktiv an der Mitarbeiterbindung zu arbeiten. Sie sind für die Beziehungspflege zwischen Personen des Managements und Pflegekräften verantwortlich. Insbesondere durch befähigendes Führen

¹⁴ http://www.usz.ch/jobs/Documents/Laufbahnmodelle_Pflege_Hebammen.pdf [Zugriff am 10.10.2019]

¹⁵ https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.getDocument?pThesisNr=46257&pAutorNr=&pOrgNr=1 oder <https://salk.at/11833.html> [Zugriff am 10.10.2019]

wird die Mitarbeiterzufriedenheit gefördert, das Miteinander im Team entwickelt und der Fokus auf professionelle und kreative Beziehungen gelenkt.

Die **Partizipation** der Mitarbeiter/-innen in Entscheidungs-, Veränderungs- und Verbesserungsprozessen sowie in Projekten sollte eine Selbstverständlichkeit sein (Hornung 2013; Rottmann/Witte 2019; Schmidt, Michael 2012; Teigeler 2010).

Pflegeteams bestehen aus Personen unterschiedlichen Alters mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Neben der individuellen Gestaltung von Arbeitszeiten gilt daher, auch andere alters- und **lebensphasenbezogene Umstände** zu berücksichtigen und insbesondere im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung umzusetzen (Fuchs-Frohnhofen 2019).

Die **Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf** trägt wesentlich zur Attraktivität von Berufen bei. Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienste, Zwölf-Stunden-Dienste, Einspringen in der Freizeit – all das ist üblich, wenn man in der Pflege tätig ist. Auf das Privatleben kann sich das belastend auswirken. Daher wird in der Literatur immer wieder die Relevanz einer ausgeglichenen Work-Life-Balance betont, freie Dienstenteilung sowie Dienstplansicherheit fördern dies (Braun 2011; Freiling 2009).

Mehrleistungs- bzw. Überstunden sind so niedrig wie möglich zu halten. Dazu bedarf es – neben einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Personen – eines systematischen **Fehlzeitenmanagements**. Beispielsweise wurde in einem Projekt in der Hauskrankenpflege ein sogenannter „Sternchendienst“ eingeführt, also Personen, die bei unvorhergesehenen Personalausfällen als Ersatz definiert sind. So wird das Einspringen gleichmäßig verteilt und es gibt keine Anrufe an freien Tagen (Bleses/Jahns 2014).

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind in einer Branche mit hohem Frauenanteil unabdingbar. Sorgepflichten müssen mit der Berufstätigkeit vereinbart werden können. Familien kann das durch einen betriebseigenen Kindergarten ermöglicht werden, ein solcher kann an die lokalen Bedürfnisse angepasst werden und auch an Wochenenden oder während der Nacht eine Betreuung anbieten (Hornung 2013; Lauxen et al. 2018; Rupp 2018). Sowohl für Mütter / Väter und pflegende Angehörige als auch für Arbeitnehmer/-innen ohne Sorgepflichten sind individuelle **Arbeitszeitmodelle** interessant (Fuchs-Frohnhofen 2019). Flexible Arbeitszeiten, zum Beispiel in Form von Gleitzeit oder Arbeitszeitkonten, können angeboten werden (Bono 2013; Rappold et al. 2018; Rupp 2015). Die flexible Gestaltung von Arbeitszeiten ist also sowohl für die Lebensphase der Familiengründung als auch für ältere Arbeitskräfte von Bedeutung. Allerdings zeigen sich beim Thema Flexibilität der Arbeitszeiten widersprüchliche Sichtweisen: Einerseits sei aus arbeits- bzw. gesundheitswissenschaftlicher Sicht von 12,5-Stunden-Diensten eher abzuraten (Blasche et

al. 2017; Lockley et al. 2007), andererseits erfreuen sich diese bei den Pflegepersonen großer Beliebtheit.

Jobsharing ist eine weitere Möglichkeit, um einerseits speziell für ältere Mitarbeitende Altersteilzeitmodelle anbieten zu können (Ulatowski 2013). Unabhängig vom Alter der Angestellten sind aber auch Sabbaticals attraktiv, ebenso wie die Möglichkeit einer flexiblen, auch kurzfristigen Urlaubsplanung (Heil 2013).

Letztendlich bedarf es ausreichender zeitlicher Ressourcen, verbindlicher Personalberechnungsmodelle und transparenter, treffsicherer Stellenpläne, die als **positive Rahmenbedingungen** (Staflinger 2019) den Verbleib in den Einrichtungen und im Beruf fördern.

Gesellschaftliche Wertschätzung und wertschätzende Unternehmenskultur fördern

Grundlage für ein positives Betriebsklima ist die Entwicklung und Förderung der **Unternehmenskultur** in Richtung Wertschätzung der Mitarbeitenden und ihrer Kompetenzen. Mitarbeitende aller Altersstufen sollen sich mit der Unternehmenskultur identifizieren können, eine Wertekongruenz zwischen ihnen und der Organisation soll gefördert werden. Diese gemeinsame Vision gilt es zu schaffen und umzusetzen. Innerhalb dieser kann sich das Personal weiterentwickeln und entfalten. Die Möglichkeiten dazu reichen von der Einführungsphase, laufenden ethischen Fallbesprechungen über Klausuren bis hin zu diversen Maßnahmen der Organisationsentwicklung (Behr 2012; Freiling 2009; Lauxen et al. 2018; Loffing/Loffing 2010).

Dienlich zur Förderung der Unternehmenskultur ist ein wertschätzender **Führungsstil**, der die Mitarbeiterzufriedenheit, Wohlbefinden und Motivation priorisiert und die Kongruenz zwischen Erwartungen und Realität sicherstellt (Buchan et al. 2018). Insbesondere Pflege- und Betreuungspersonen legen Wert auf die Bestätigung, gute Fürsorgearbeit geleistet zu haben. Das kann Lob und Anerkennung von Betroffenen oder deren Angehörigen sein, realisiert sich aber auch aus den Verhältnissen und Beziehungen der Pflege- und Betreuungspersonen untereinander. Ein „gutes Team“ kann ein Grund sein, auch „trotz allem“ in der Organisation zu verbleiben. Zur Teamentwicklung stehen mittlerweile unzählige Maßnahmen zur Verfügung, diese gilt es entsprechend der Bedarfe der Teams anzuwenden und anzupassen (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) 2016; Kämmer 2015; Klöppner et al. 2017). Auch die **Qualität der Beziehung** im interprofessionellen Team, insbesondere zu den Ärzten und Ärztinnen hat viel mit der Wahrnehmung der professionellen Rolle zu tun. Wertschätzender Umgang bedeutet auch, in den Entscheidungs- und

Leistungsprozessen als Partner/-in gleichberechtigt zu sein und nicht nur eine nachgeordnete Assistenzrolle einzunehmen.

Wertschätzung durch Führungskräfte ist ein zentraler Punkt. Die gebotene und erlebte Wertschätzung muss als echt empfunden werden und in der Unternehmenskultur strukturell verankert sein. Möglichkeiten, wertschätzend zu agieren, sind vielfältig; Loben, Mitarbeiter/-innen um fachlichen Rat bitten, sie in schwierigen Situationen unterstützen, Meinungen einholen und diese berücksichtigen ist ebenso wirksam wie das Feiern von Geburtstagen, Jubiläen oder das Teilen von „Happy News“ am Ende jedes Jour Fixe (Loffing/Loffing 2010; Mohr et al. 2018; Rupp 2015; Zängl 2015).

Um sich ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als attraktiver Arbeitgeber zu präsentieren, kann eine Organisation **Anreizsysteme** einsetzen. Diese können materiell und immateriell sein. Zu den monetären Anreizen gehört v. a. das **Gehalt**. Für Pflegende ist es motivierend, wenn sie ihre Entlohnung als „gerecht“ empfinden, insbesondere auch im Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen (Klöppler et al. 2017; Lauxen et al. 2018; Schuhmacher 2012). Ebenfalls relevant ist die Honorierung von Zusatzaufgaben, wie zum Beispiel die Praxisanleitung für Studierende und Auszubildende oder im Zuge von Karrieremodellen die Weiterentwicklung in einem Spezialbereich (Braun 2011; Rammler 2017; Schmidt, Bernhard; Tippelt, Rudolf 2009).

Anreizsysteme, die nicht direkt mit der Ausbezahlung von Geld verbunden sind, aber das Engagement der Mitarbeiter/-innen anerkennen, sind ebenso bedeutsam. So kann die Organisation ihren Mitarbeitenden beispielsweise Hospitationsmöglichkeiten in anderen Unternehmen bieten. Aber auch Angebote wie Mitarbeiterdarlehen, Altersvorsorge, kostenlose Mitarbeiter-Parkplätze, Shuttle-Services oder Dienstfahrzeuge, ein eigenes Büro, freie Verpflegung oder eine Auswahlmöglichkeit bei der Dienstkleidung sind wichtige Möglichkeiten (Heil 2013).

Wertschätzung muss aber auch auf gesellschaftlicher Ebene ansetzen und auch durch Länder bzw. den Bund erfolgen. Dies beginnt bei rechtlichen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf Gehalt, Personalberechnung, Ausbildung und Einsatzmöglichkeiten in der beruflichen Praxis haben. Aber auch Rahmenbedingungen wie z. B. eine **Auszeichnungsmöglichkeit** für Pflege- und Betreuungspersonal, vergleichbar mit jenen für Medizinalräte/-rätinnen, kann geschaffen und an verdiente Pflege- und Betreuungspersonen verliehen werden.

Eine wesentliche Komponente von Wertschätzung ist es, fachliche Kompetenzen und Qualifikationen anzuerkennen. Pflege als qualifizierte Tätigkeit ist nicht nur in

Imagekampagnen hervorzuheben, sie muss von den Pflege- und Betreuungspersonen auch – entsprechend der erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen – gelebt werden können.

Pflege ist nicht auf die pflegerischen Tätigkeiten zu reduzieren, sie ist als Beziehungsprozess (Pflege als „Caring“/Fürsorge) zu sehen, der notwendig ist, um komplexe Situationen auch erfassen zu können und so die richtigen Handlungen zu setzen. Eine gute Fürsorgebeziehung gilt beispielsweise als wichtiger Faktor für die Bewältigung der existenziellen Leidenssituation, die Krankheit mit sich bringt, und ist auch ein bedeutender Wert in sich (Maio 2017; Pfabigan/Rappold 2018). Dieser Aspekt ist vor allem vor dem Hintergrund erlebter Belastungsfaktoren von Pflege- und Betreuungspersonen von Bedeutung. Pflege- und Betreuungspersonen nehmen die eigene Arbeit als anspruchsvoll und gesellschaftlich wichtig wahr (Jacobs et al. 2016) und verfügen über ein hohes Berufsethos. Können Pflege- und Betreuungspersonen diesem Berufsethos nicht mehr gerecht werden, z. B. durch mangelnde Ressourcen, fehlende Gesprächszeiten, Delegation nach unten oder mangelnde Zeiten für Beziehungsarbeit, werden sie am moralisch korrekten Handeln behindert. Sie können grundlegende berufliche Prinzipien nicht erfüllen, sie erleben eine Kluft zwischen berufsethischem Anspruch, der Pflegephilosophie einer Einrichtung und der Realität. Das Nicht-Erreichen oder systematische Nicht-Anwenden-Können berufsethischer Grundprinzipien führt zu moralischem Stress bis hin zur (inneren) Kündigung (Aiken et al. 2013; Kleinknecht et al. 2017; Rappold et al. 2018).

Das Aufrechterhalten der beruflichen Identität, die Kongruenz zwischen Leitbild oder zugrunde liegender Philosophie und der Arbeitsrealität ist wesentlich dafür, dass Mitarbeiter/-innen Arbeit als qualitativ erleben. Nicht nur die Qualität der manuell erbrachten pflegerischen Leistung, sondern auch die der „Care“ bzw. der „Fürsorge“ steht für die Qualität der Beziehung zum Patienten/zur Patientin und dafür, dass es als sinnvoll, erfüllend und befriedigend erfahren werden kann, für andere zu sorgen sowie Fürsprache für jene zu leisten, die aufgrund von Krankheit oder mangelndem Wissen dazu nicht in der Lage sind (Hayes et al. 2010). Pflegenden kommt hier eine Vermittlungsfunktion zwischen Alltags- und Lebenswelt der Patientinnen und Patienten und der Medizin bzw. dem therapeutischen Betrieb zu. Die für den Pflegeberuf typische Art des Empfindens von Sinn, das Erleben, etwas Wertvolles geleistet zu haben, für den anderen Menschen „einen Unterschied gemacht zu haben“, für jemanden „da“ zu sein, ist eine „Care-“/Fürsorge-Erfahrung, die maßgeblich zur Arbeitszufriedenheit beiträgt (Wettreck 2001).

Gesamtkonzepte und Strukturen in Einrichtungen (weiter-)entwickeln

Statt Fokussierung auf einzelne Faktoren ist in den Organisationen im akutstationären und Langzeitbereich eine integrative Strategie zu entwickeln, ein Gesamtkonzept, das viele

Maßnahmen im Sinne der Entwicklung einer personalfreundlichen Organisationskultur umfasst.

Ideengebend kann dabei das Konzept des Magnet-Krankenhauses sein. Es wurde ursprünglich in den 1980er-Jahren in den USA durch die *American Academy of Nursing* (Amerikanische Krankenpflegeakademie) entwickelt und beschreibt Krankenhäuser, denen es im Gegensatz zu anderen Häusern trotz eines landesweiten Pflegepersonal mangels gelang, Pflegepersonal zu binden und anzuziehen. Der Begriff „Magnet“ bezeichnet jene Charakteristika dieser Krankenanstalten, die dazu geführt haben, Personalanziehung und Personalbindung zu erhöhen. Insgesamt konnten 14 Merkmale identifiziert werden, die besonders zum Erfolg der Anwerbung, Bindung und Motivation von Pflegepersonal beitragen. Das Konzept ist mittlerweile international verbreitet, Magnet-Institutionen werden von einer eigenen Organisation zertifiziert, derzeit tragen 498 einen Magnet-Status. In Europa befindet sich die einzig zertifizierte Einrichtung in Belgien¹⁶.

Der Erwerb eines Magnet-Status ist nicht nur eine Marke für einen werbewirksamen Exzellenz-Status, sondern er soll zu einer Verbesserung der beruflichen Autonomie und der Berufszufriedenheit und schließlich auch der Qualität der Versorgung beitragen. Empfehlenswert scheint es, **Organisationsentwicklungsprozesse** in den Einrichtungen zu initiieren, zu fördern und zu unterstützen, die im Sinne der Magnet-Krankenhaus-Strategie sind. Die Übertragbarkeit der US-Standards auf Österreich ist kritisch zu hinterfragen, aber auf der Basis der dort gewonnenen Erkenntnisse sollte in Österreich erhoben werden, was es braucht, um die 14 „Kräfte des Magnetismus“ in allen Settings, nicht nur im Krankenhaus zu etablieren und umzusetzen, und welche Konsequenzen dies auf Personal und Bevölkerung hat.

6.6 Maßnahmen zur Effizienzverbesserung

Die nachfolgend beschriebenen Maßnahmen zielen darauf ab, Systeme effizienter zu gestalten, nicht zuletzt, um Arbeit als sinnstiftend erleben zu können. Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz zielen insbesondere auf die Koordination und Reduktion von Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem, den kompetenten Umgang mit Menschen mit speziellen Bedürfnissen in den jeweiligen Einrichtungen, dem verstärkten Einsatz von Kommunikationstechnologien in der Pflege (Telenursing) oder die Nutzung

¹⁶ <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-facility/>;
<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/> [Zugriff am 10.10.2019]

digitaler Technologien ab. Aber auch durch stärkere Koordinierung über Systemgrenzen und die Entwicklung neuer Betreuungs- und Versorgungsarrangements kann Systemeffizienz gesteigert werden.

Im Folgenden werden nun Maßnahmen angeführt, die die Effizienz in verschiedenen Bereichen positiv beeinflussen können.

Ziel: Pflege- und Betreuungspersonal wird kompetenzorientiert eingesetzt.

GuKG-Novelle umsetzen und evaluieren

Der Gesetzgeber hat mit der GuKG-Novelle 2016 zahlreiche Vorkehrungen getroffen, um Pflege- und Betreuungspersonal kompetenzorientiert einzusetzen. Beispielsweise wurde im Bereich der Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a GuKG) die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass DGKP diese auf Anordnung des Arztes/der Ärztin weiterverordnen dürfen. Diese Regelungen gilt es nun umzusetzen. Auch mit der Einführung der Pflegefachassistenz soll den Bedarfen in der Praxis Rechnung getragen und ein Beruf zur Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, aber auch von Ärzten und Ärztinnen geschaffen werden. Die 2008 begonnene Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für GuK an Fachhochschulen soll bis spätestens 2024 abgeschlossen sein. Um durch diese Veränderung keine Personalengpässe zu erzeugen und damit die Versorgung der Bevölkerung nicht zu gefährden, wurden lange Übergangsfristen festgesetzt.¹⁷

Ein passender Qualifikationsmix dient der Vermeidung von Unter- und Überforderung (Kämmer 2015). Klare Aufgabenverteilung und der Einsatz von Hilfspersonal (z. B. für Tätigkeiten in der Hauswirtschaft) sind weitere zentrale Aspekte. Zahlreiche im Tagesablauf anfallende Tätigkeiten sind weder nach ihrer Gefahreneignetheit noch aufgrund ihrer Komplexität Tätigkeiten, die von ausgebildeten Pflegekräften wahrgenommen werden müssen. Daher würde die systematische Integration von Service- oder Logistikkraften zu einer Entlastung des Pflege- und Betreuungspersonals führen. Durch Schnittstellen- und Aufgabenanalysen können diese Tätigkeiten extrahiert und an entsprechendes Personal delegiert werden (Behr 2012; Rappold et al. 2017). Um hier das richtige Verhältnis auszuloten, müssen Arbeitsprozesse wiederkehrend auf Effizienz und Effektivität überprüft werden sowie

¹⁷ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01194/fname_538959.pdf; 1194 der Beilagen XXV. GP - Regierungsvorlage – Erläuterungen [Zugriff am 10.10.2019]

Schnittstellen- und Aufgabenanalysen in verschiedenen Fachbereichen stattfinden (z. B. Medizin und Pflege (Freiling 2009; Klöppner et al. 2017)).

Ziel: Die Chancen neuer Technologien werden genutzt.

Digitalisierung spielt im Gesundheits- und Pflegewesen eine zunehmend bedeutende Rolle. Elektronische Pflegedokumentation, elektronische Dienstplanerstellung, elektronische Routenplanung haben sich bereits über weite Strecken durchgesetzt. Die verschiedenen Pflegebereiche unterscheiden sich hinsichtlich Techniknähe bzw. –intensität deutlich voneinander. So gehört Telemonitoring in der Intensivpflege zum State of the Art, während dieser Bereich in den mobilen Diensten noch ausbaufähig ist. In den Bereichen Telecare, technische Assistenz und Robotik ist die Entwicklung und Verbreitung noch nicht so weit fortgeschritten (Daum 2017).

Vertiefte Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals

Die Herausforderungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten liegen in der sinnvollen Integration bewohner- bzw. klientennaher technischer Assistenzsysteme, künstlicher Intelligenz (maschinelles Lernen) und Robotik (Rösler et al. 2018) in die verschiedenen pflegerischen Settings.

Zu untersuchen ist, inwieweit sich der Einsatz intelligenter Technologien auf das Pflege- und Betreuungspersonal auswirkt. Einerseits können diese Technologien Entlastungen bringen und dazu führen, dass Pflege- und Betreuungspersonen mehr Zeit haben, um Beziehungsarbeit zu leisten. Andererseits bedeutet die Integration dieser Anwendungen / Geräte auch, dass ein Schulungs- und Wartungsaufwand entsteht, der gedeckt werden muss – allerdings nicht unbedingt nur vom pflegerischen Personal. Darüber hinaus entstehen durch Telemonitoring oder den Einsatz von z. B. Virtual-Reality-Brillen oder Exoskeletten zusätzliche Angebote, welche auch mit einem personellen Aufwand einhergehen. Jedenfalls muss das Personal durch entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Anwendung qualifiziert werden.

Ziel: Die Kooperation zwischen Settings und Sektoren ist verbessert.

An Systemgrenzen oder Schnittstellen gehen Ressourcen verloren, was Zusatzaufwand verursacht. Neben dem Ausbau der integrierten Versorgung sind neue Varianten setting- und sektorenübergreifender Zusammenarbeit und Bürokratieabbau hilfreich, um Schnittstellen zu reduzieren.

Vernetzung und (über-)regionalen Austausch fördern

(Über-)regionale Vernetzung kann schon in der Ausbildung ansetzen. Durch **überregionale Austauschprozesse**, die bereits **in der Ausbildung** beginnen (Praktika, Hospitationen) könnten Pflegearbeitsmärkte harmonisiert, Systemunterschiede abgebaut und neue Netzwerke geschaffen werden (Braun 2011). Auch in Bezug auf Personaleinsatz kann eine Effizienzsteigerung durch Vernetzung erreicht werden. Beispielsweise kann eine **Koordination von speziellen Pflegeangeboten** (z. B. beatmungspflichtige Menschen, Wundmanagement) inklusive „Springerangebot“ dazu beitragen, Personalengpässe zu vermeiden und auch kleinen Organisationen kompetentes Personal zur Verfügung zu stellen. Durch **organisatorische Vernetzung** (auch durch Telecare) zwischen Krankenhäusern und mobilen Pflegediensten oder Pflegeheimen kann fachliche Kompetenz gut ausgetauscht werden (Klöppner et al. 2017).

Potenziale einer interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit ausloten und nutzen

Das österreichische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine wachsende Komplexität und eine Fragmentierung von Versorgungsstrukturen. Paralleles Wirken von Gesundheitsberufen und geringe Kenntnisse über das Wissen und die Kompetenzen anderer am Versorgungsprozess beteiligter Professionen sowie fehlende Abstimmung im Behandlungsprozess sind nur einige der Auswirkungen von steigender Komplexität und einer Fragmentierung von Versorgung. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist schwach ausgeprägt, die Konkurrenz hoch, wodurch Kooperation und Vernetzung schwierig sind. Um die Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln und zu stärken, kann der **Ausbau der interprofessionellen Kooperation** ein zentraler Ansatzpunkt sein (Sottas 2013).

Interprofessionelle Kooperation lässt sich zum einen durch interprofessionelle Ausbildung fördern: Durch eine Zusammenarbeit in der Entwicklung von gemeinsamen Ansätzen / Modulen sowie durch interprofessionelle Ausbildungsmodule selbst. Interprofessionelles Lernen und Arbeiten fördert sowohl die gemeinsame Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess als auch das Verständnis für andere Gesundheitsberufe und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zu einem zielgerichteten Einsatz der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung (Sottas et al. 2014; Walkenhorst et al. 2015). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Thema und die Erprobung in der Praxis können wesentlich zur Erhöhung der Berufszufriedenheit beitragen (Behrend et al. 2019; Ewers et al. 2019).

Neue Betreuungs- und Versorgungsarrangements entwickeln

Wie der Bericht zeigt, leben pflegebedürftige Menschen derzeit hauptsächlich zu Hause, nehmen Leistungen der teilstationären Einrichtungen an, nur ein geringer Anteil lebt in Pflegeheimen. Die Wohnbedürfnisse und –vorstellungen sind jedoch so heterogen wie die Lebensentwürfe. Daher ist es notwendig, sich mit neuen bzw. alternativen Versorgungs- und Wohnformen auseinanderzusetzen. Unterstützungs- und Entlastungsangebote (auch für Angehörige), die auf die sich ändernden Lebensstile Rücksicht nehmen, sind zu entwickeln. Letztendlich wird es notwendig sein, sich mit den Themen active aging, Gesundheitsförderung und Prävention sowie mit den dafür notwendigen personellen und finanziellen Implikationen auseinanderzusetzen (Brettschneider 2019; Hilbert et al. 2019; Tsiasioti et al. 2019). Hier wiederum findet sich für Pflege- und Betreuungspersonal ein erweitertes Tätigkeitsfeld.

6.7 Pflegereport

Pflege unterliegt einem ständigen Wandel, bedingt durch verschiedenste Einflüsse. Diese Einflüsse wirken sich auch auf das Pflegesystem aus, wobei sich drei zentrale Aspekte ableiten lassen, die in regelmäßigen Reports abgebildet werden können.

- **Beschreibung der Anzahl und der Struktur des Personals:** Aus den Daten kann ein quantitativer Mangel (zum Beispiel können offene Stellen nicht besetzt werden) und auch ein qualitativer Mangel an Personal (es gibt zwar Personal, aber nicht mit der richtigen Qualifikation) abgeleitet und beschrieben werden.
- **Analysen zu den Auswirkungen eines Pflegepersonalmangels auf die Bevölkerung:** Personelle Engpässe wirken sich auf die Dienstleistung Pflege aus. Aus Studien ist bekannt, dass ein Zusammenhang zwischen impliziter Rationierung von Pflegeleistungen und Personalbesetzungen besteht und die Qualität der erbrachten Leistung leidet (Ausserhofer et al. 2014; Schubert et al. 2013).
- **Analysen zu den Auswirkungen eines Personalmangels auf das Pflege- und Betreuungspersonal:** Personalmangel und damit verbundene implizite Rationierung von Pflegeleistungen führen dazu, dass sich das Pflege- und Betreuungspersonal „in Not“ befindet, d. h. es kann berufsethischen Anforderungen nicht gerecht werden, was letztendlich zu moralischem Stress und in Folge zur (inneren) Kündigung führt (Krajic et al. 2003; Krajic et al. 2005).

Im Fokus der jeweiligen Berichte sollten diese drei Dimensionen stehen. Ziel ist es, die Entwicklungen im Gesundheits- und Pflegewesen hinsichtlich Relevanz für die Pflege zu

beobachten. Themen wie Pflegequalitätsindikatoren, die Entwicklung und Situation des Pflege- und Betreuungspersonals sowie Rahmenbedingungen beruflicher Pflege und der Praxisalltag können beleuchtet werden. Eine periodisch und systematisch durchgeführte Analyse ist ein wesentliches Instrument für die Planung und Lenkung der pflegerischen Versorgung. Ein Konzept für den Pflegereport ist zu entwickeln.

Datengrundlagen

Die Qualität des Pflegereports hängt wesentlich von den zur Verfügung stehenden Daten ab. Zur **Beschreibung der Anzahl und der Struktur des Personals** können Daten aus dem Gesundheitsberuferegister sowie aus der Pflegedienstleistungsstatistik bzw. der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz herangezogen werden. Um tatsächlich umfangreiche Daten zur Verfügung zu haben, wird vorgeschlagen, in der Pflegedienstleistungsstatistik die Anzahl der Pflege- und Betreuungspersonen je Leistungserbringer zum Stichtag nach Geschlecht in Köpfen und in Vollzeitäquivalenten auch zusätzlich **nach Berufen** zu erfassen. Um die Abgrenzung zum Behindertenbereich besser durchführen zu können, wird eine gesonderte Erhebung und Darstellung von Personal- und Leistungsdaten aus dem Behindertenbereich als sinnvoll erachtet. Um **Analysen zu den Auswirkungen eines Pflegepersonalmanagements auf die Bevölkerung sowie auf das Pflege- und Betreuungspersonal selbst** systematisch abbilden zu können, wird vorgeschlagen, das Thema der Pflegequalitätsindikatoren aufzugreifen und eine systematische Erfassung zu prüfen.

7 Quellen

- Aiken, Linda H; Sloane, Douglas M; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter; Consortium, RN4CAST (2013): **Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe**. In: International Journal of Nursing Studies 50/2:143-153.
- Ausserhofer, Dietmar; Zander, Britta; Busse, Reinhard; Schubert, Maria; De Geest, Sabina; Rafferty, Anne Marie; Ball, Jane; Scott, Anne; Kinnunen, Juha; Heinen, Maud (2014): **Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study**. In: BMJ quality & safety 23/2:126-135.
- Bakker, Ellen J.M.; Verhaegh, Kom J.; Kox, Jos H. A.M.; van der Bek, Allard J.; Boot, Cecile R.L.; Roelofs, Pepijn D.D.M.; Francke, Anneke L. (2019): **Late dropout from nursing education: An interview study of nursing students' experiences and reasons**. In: Nurse Education in Practice 39/August:17-25.
- Bauer, Gudrun; Rodrigues, Ricardo; Leichsenring, Kai (2018): **Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich**. Hg. v. AK. Wien.
- Becke, Guido (2016): **Zusammen - Arbeit - Gestalten, Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen**. Hg. v. Becke, Guido et al. Wiesbaden: Springer VS.
- Behr, Thomas (2012): **Nachhaltige Strategien der Personalbindung und Personalfindung im Überblick**. In: Fachkräftemangel in der Pflege Konzepte, Strategien, Lösungen. Hg. v. Rettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. S. 295-306.
- Behrend, Ronja; Maaz, Asja; Sepke, Maria; Peters, Harm (2019): **Interprofessionelle Teams in der Versorgung**. In: Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 201-209.
- Benner, Patricia (1994): **Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert**. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Blasche, Gerhard; Bauböck, Verena-Maria; Haluza, Daniela (2017): **Work-related self-assessed fatigue and recovery among nurses**. In: International Archives of Occupational and Environmental Health 90/2:197-205.
- Bleses, Peter / Jahns, Kristin (2014): **Neugestaltung der Koordination und Interaktion in der ambulanten Pflege: Chancen und Anforderungen für Führungs- und Pflegekräfte**. In: Interaktion und Koordination. Hg. v. Becke, Guido; Bleses, Peter. Wiesbaden: Springer S. 53-70.
- BMASGK (2018): **Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017**. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- Bobens, Claudia; Brunner, Andrea; Bürg, Tanja Maria; Schmid, Tom; Troy, Christian-Diedo; Wagner, Anna (2011): **Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in NÖ. Im Auftrag von AK-Wien, AK-Niederösterreich, NÖ Ärztekammer. Teil 1: Endbericht**. Wien.
- Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Schmitt, Svenja; Stöver, Martina; Zimmermann, Markus; Görres, Stefan (2010): **Beruf oder Berufung - der Weg in die Pflege**. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online18.
- Bono, Maria Laura (2013): **Personalpolitik in der Pflege: Mit welchen Erwartungen des Pflegenotstandes ist zu rechnen?** In: Pflegenetz 2013/4:32-33.

- Borchart, Daniela; Galatsch, Michael; Dichter, Martin; Schmidt, Sascha; Hasselhorn, Hans Martin (2011): **Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen - Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie**. Universität Wuppertal.
- Braun, Bernard (2011): **Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus**. In: Pflege & Gesellschaft 16/4:303-322.
- Brettschneider, Antonio (2019): **Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik**. In: Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 219-239.
- Buchan, James; Glinos, Irene A.; Wismar, Matthias (2014): **Introduction to health professional mobility in a changing Europe**. In: Health Professional Mobility in a Changing Europe. Hg. v. Buchan, James et al. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. S. 16-3.
- Buchan, James; Shaffer, Franklin; Catton, Howard (2018): **Strategiepapier: Mitarbeiterbindung in der Pflege**.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) (2016): **Handlungsempfehlungen für die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege**. Berlin.
- Buresh, Bernice / Gordon, Suzanne (2006): **Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen**. Hg. v. March Britta; Zegelin Angelika; Büscher Andreas. Bern: Huber.
- Colombo, Francesca; Llena-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme; Tjadens, Frits (2011): **Help wanted? Providing and Paying for Long-Term-Care**. OECD Health Policy Studies OECD Publishing.
- Daum, Mario (2017): **Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung**. Hg. v. Beruf, DAA-Stiftung Bildung und. Hamburg.
- Drupp, Michael / Meyer, Markus (2019): **Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements**. In: Pflege-Report 2019. Hg. v. Jacobs, K. et al. Berlin: Springer. S. 23-48.
- Dubois, C.A.; McKee, M.; Nolte, E. (2006): **Human resources for health in Europe**. Open University Press.
- Europäische Kommission (2008): **Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa**. [Online]. Europäische Kommission. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52008DC0725:DE:NOT> [Zugriff am 08. 03. 2012].
- Ewers, Michael; Paradis, Elise; Herinek, Doreen (Hg.) (2019): **Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis**. Beltz, Weinheim.
- Freiling, Thomas (2009): **Älter werden in der Krankenhauspflege - Studienergebnisse zur Bedarfslage und Handlungsoptionen einer demografiefesten Personalpolitik**. Nürnberg: Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb).
- Frodl, Andreas (2011): **Personalmanagement im Gesundheitsbetrieb Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen**. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien.
- Fuchs-Frohnhofen, Paul ; Scheen, Sarah; Metzen, Dorothea; Bessin, Claudia; Hammann, Georg; Palm, Gerd; Bogert, Bernd ; (2019): **Handlungsanregung für eine gelingende Verhältnisprävention in der stationären Altenpflege: „Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen“**. Würselen: der MA&T Sell & Partner GmbH.
- Glaser, Jürgen / Seubert, Christian (2018): **Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung**. Projektbericht. Universität Innsbruck.

- Hayes, Bronwyn; Bonner, A. N. N.; Pryor, Julie (2010): **Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature.** In: Journal of Nursing Management 18/7:804-814.
- Heil, Uwe (2013): **Zwischen Pragmatismus und Strategieorientierung – aktives Personalmarketing in Gesundheitsinstitutionen.** In: Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hilbert, Josef; Merkel, Sebastian; Naegele, Gerhard (2019): **„Active Ageing“ braucht mehr konzeptionelle Umsetzung und eine darauf bezogene berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung.** In: Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 189-200.
- Hornung, Julia (2013): **Nachhaltiges Personalmanagement in der Pflege – Das 5-Säulen Konzept.** Gelsenkirchen: Springer.
- ICN (2008): **Guidelines: Incentives for Health Professionals.** Pre-publication Copy. [Online]. International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association.
http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf
[Zugriff am 05.07.2012].
- Ipkovich, Sabine (2018): **MitarbeiterInnenmotivation aus der Perspektive der Generation Z. Implikationen für das Pflegemanagement am Beispiel von Privatkrankenanstalten.** Master of Science. Fachhochschule FH Campus Wien, Wien.
- Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2016): **Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus.** Stuttgart: Schattauer.
- Kämmer, Klara (Hg.) (2015): **Personalentwicklung Von wertschätzender Haltung zu wertschöpfender Entwicklung.** Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.
- Kleinknecht, Michael; Staudacher, Diana; Spirig, Rebecca (2017): **Der Patient soll nicht zu Schaden kommen.** In: Moralischer Stress in der Pflege. Hg. v. Eisele, Colombine. Wien: Facultas. S. 49-63.
- Klöpffner, Matthias; Kuchenbuch, Max; Schumacher, Lutz (Hg.) (2017): **Fachkräftemangel im Pflegesektor.** Springer.
- Kohlen, Helen; Kumbrock, Christel (2008): **Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper Nr. 151.** Online: http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_151.pdf: artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Bremen.
- Krajic, Karl; Nowak, Peter; Rappold, Elisabeth (2005): **Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten.** Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): **Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB.** Wien: Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Krüger, Kathy (2018): **Herausforderung Fachkräftemangel Erfahrungen, Diagnosen und Vorschläge für die effektive Personalrekrutierung.** Berlin: Springer.
- Lauxen, Oliver; Larsen, Christa; Schwarz, Laura; Hohmann, Ulrike (2018): **Personal sichern: Wie können Arbeitgeber Einfluss nehmen?** In: Pflegezeitschrift 2018/71:59-62.
- Linde, Susanne / Linde-Leimer, Klaus (2013): **"... damit niemand rausfällt!". Grundlagen, Methoden und Werkzeuge für Schulen zur Verhinderung von frühzeitigem (Aus-) Bildungsabbruch.** Hg. v. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien.
- Lockley, Steven W. ; Barger, Laura K.; Ayas, Najib T. ; Rothschild, Jeffrey M. ; Czeisler, Charles A. ; Landrigan, Christopher P. (2007): **Effects of Health Care Provider Work Hours and Sleep**

- Deprivation on Safety and Performance.** In: The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33/11.
- Loffing, Dina / Loffing, Christian (2010): **Mitarbeiterbindung ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen.**Essen: Springer.
- Lücke, Stephan (2019): **Wir haben dem Pflegenotstand ein Gesicht gegeben.** In: Die Schwester Der Pfleger 58/5:30-32.
- Maio, Giovanni (2017): **Mittelpunkt Mensch - Lehrbuch der Ethik in der Medizin.**Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Mennicken, Roman / Augurzky, Boris (2013): **Der demografische Wandel und die Pflege - Die Herausforderungen der Zukunft.** In: Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels Herausforderungen und Lösungsansätze. Hg. v. Göke, Michael; Heupel, THomas.Wiesbaden: Springer Gabler. S. 193-206.
- Mohr, Jutta; Lämmel, Nora; Sandow, Brigita; Müller, Dorothee; Fischer, Gabriele (2018): **Raus aus der Endlosschleife!? Eine anwendungsorientierte Forschungsperspektive auf den Fachkräftebedarf.** In: Pflegewissenschaft 2018/7/8:304-310.
- OECD, Health Policy Studies (2008a): **The Looming Crisis in the Health Workforce.** How can OECD Countries respond? [Online].
http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf.
- OECD, Health Policy Studies (2008b): **The Looming Crisis in the Health Workforce.** How can OECD Countries respond? [Online].
http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf [Zugriff am 05.07.2012].
- Ostwald, Dennis A.; Ehrhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Friedrich; Friedl, Friedrich; PWC (2010): **Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030.** Hg. v. Price Waterhouse Coopers. Von Dennis A. Ostwald, Tobias Ehrhard, Friedrich Bruntsch, Harald Schmidt und Corinna Friedl.Frankfurt am Main.
- Paton, Frieda (2018): **High Nursing Student Dropout Rates Are a Global Concern.** In: Nurseslabs25.9.2019:<https://nurseslabs.com/high-nursing-student-dropout-rates-are-a-globe-concern>.
- Pfabigan, Doris / Rappold, Elisabeth (2018): **Quo vadis? – Pflege zwischen Vision und Wirklichkeit.** In: Pflege professionell15:83-92.
- Pleschberger, Sabine / Rappold, Elisabeth (2018): **Operationstechnische Assistenz (OTA) - Grundlagenarbeiten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.** Gesundheit Österreich GmbH. Unveröffentlicht.
- Preiß, Franziska; Boscher, Claudia; Winter, Maik H.-J. (2018): **Gewinnung von Pflegefachkräften im ländlichen Raum. Erste Ergebnisse einer explorativ-qualitativen Studie zum pflegerischen Fachkräftemangel in der Region Bodensee-Oberschwaben.** In: Pflegewissenschaft 2018/11/12:480-490.
- Pusch, Bruno (2015): **Vom Du zum Wir. Jugendliche aktiv ansprechen und für eine Ausbildung gewinnen. Leitfaden 2.** Eschborn: RKW. Kompetenzzentrum.
- Rammler, Nina (2017): **Sind wir noch zu retten?** In: intensiv 2017/25:285-292.
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2017): **Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg. Im Auftrags des Amtes der Vorarlberger Landesregierung.** Wien: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2019): **Pflegepersonalbedarfsprognose Langzeitpflege Wien - unter Berücksichtigung einiger Einrichtungen aus dem Bereich des vollbetreuten Wohnens im Behindertenbereich.** Gesundheit Österreich GmbH. Unveröffentlicht.
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Zsifkovits, Johannes (2014): **Prognose des Pflegepersonalbedarfs für den Gesundheitsbereich im Land Kärnten. Im Auftrag des**

- Amtes der Kärntner Landesregierung.** Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien. Unveröffentlicht.
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Brauneis, Carina (2018): **Fachkräftemangel in der Pflege: Mehr vom Gleichen wird nicht helfen.** In: Pflege professionell 17/2018:43-53.
- Rappold, Elisabeth / Rottenhofer, Ingrid (2017): **Vorbereitung der rechtlichen Grundlage für die qualifizierte operationstechnische Assistenz (OTA). Zwischenbericht.** Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Gesundheit Österreich GmbH. Unveröffentlicht.
- Rechel, Bernd; Dubois, Carl-Ardy; McKee, Martin (2006): **Health care workforce in Europe: learning from experience.** Hg. v. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: The Cromwell Press, Trowbridge, Wilts.
- Riess, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Winkler, Petra (2007): **Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.** Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.
- Roedenbeck Schäfer, Maja (2014): **Zeitgemäßes Personalmarketing in der Pflege.** In: Personalgewinnung in der Pflege Innovative Ideen - einfach umgesetzt. Hg. v. Roedenbeck Schäfer, Maja: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH S. 4-1.
- Rösler, Ulrike; Merda, Meiko; Melzer, Marlen (2018): **Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern.** Hg. v. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.
- Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2012): **Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.** Bd. I von II. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.
- Rottmann, Lukas / Witte, Daniel (2019): **Mitarbeiter (ein)binden und gewinnen. Nachhaltige Strukturen für Seniorenheime zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität.** Wiesbaden: Springer.
- Ruedin, Hélène Jaccard / Weaver, France (2009): **Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?** Careum Working Paper 1. Zürich: Careum und Obsan - Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rupp, Bernhard (2015): **Welche Möglichkeiten stehen zur Verfügung, die Verweildauer in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen zu erhöhen und Belastungen zu senken?** In: Österreichische Pflegezeitschrift 2015/1:16-17.
- Rupp, Bernhard (2018): **Überlegungen zur Steigerung der Attraktivität der Pflege.** In: Pflegenetz 2018/5:32-33.
- Schmidt, Bernhard; Tippelt, Rudolf (2009): **Bildung Älterer und intergenerationelles Lernen.** In: Zeitschrift für Pädagogik 55/2009/1:73-90.
- Schmidt, Michael (2012): **Personalentwicklung gegen Fachkräftemangel. Innovative Konzepte, unternehmerische Strategien und bewährte betriebliche Instrumente.** In: Fachkräftemangel in der Pflege Konzepte, Strategien, Lösungen. Hg. v. Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland: medhochzwei. S. 181-198.
- Schmucker, Rolf (2019): **Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen.** In: Pflege-Report 2019. Hg. v. Jacobs, Klaus et al.: Springer. S. 49-57.
- Schubert, Maria; Ausserhofer, Dietmar; Desmedt, Mario; Schwendimann, René; Lesaffre, Emmanuel; Li, Baoyue; De Geest, Sabina (2013): **Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—A cross sectional study.** In: International Journal of Nursing Studies 50/2:230-239.
- Schuhmacher, H. (2012): **Gewinnung und Bindung leistungsstarker Mitarbieter - Stand der Forschung und erfolgreiche Strategien der Praxis.** In: Fachkräftemangel in der Pflege

- Konzepte, Strategien Lösungen. Hg. v. Böttig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. S. 344-331.
- Schwaiger, Karl (2010): **Zukunft - Pflege - Österreich. Mit positivem Pflege-Image und positiver Image-Pflege dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnen.** In: PflegeNetz 4/10:4-7.
- Simoens, Steven; Mike, Villeneuve; Jeremy, Hurst (2005): **Tackling Nurse Shortages in OECD Countries.** OECD Health Working Papers Nr 19. Paris: OECD.
- SÖSTRA, Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen; (2016): **Berichte aus der Pflege. Nr. 28.** Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz.
- Sottas, Beat (2013): **Interprofessionelle Zusammenarbeit, Herausforderung für die Gesundheitsberufe. Die Zukunft der Biomedizinischen Analytik.** In: BioMed:24-26.
- Sottas, Beat; Ilona, Kickbusch; Scherrer, Adrian (2014): Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Innovation in der Gesundheitsbildungspolitik stärken. Careum Dialog 2014. Zürich.
- Staflinger, Heidemarie (2019): **Personalbedarf und -einsatz in den OÖ. Krankenhäusern. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf.** Hg. v. Arbeiterkammer, Oberösterreich. Linz.
- Statistik Austria (2018): **Pflegedienstleistungsstatistik 2017.** [Online]. Statistik Austria Wien. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html.
- Teigeler, Brigitte (2010): **Mehr Ärzte im Pflegeheim. Integrierte Versorgung.** In: Die Schwester, der Pfleger : die Fachzeitschrift für Pflegeberufe 49/4:386-388.
- Tewes, Renate / Stockinger, Alfred (Hg.) **Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland.** Springer, Berlin/Heidelberg.
- Trenkwalder, Claudia (2014): **Wer will in der stationären Altenpflege arbeiten?** In: Österreichische Pflegezeitschrift 2014/:33-35.
- Tsiasioti, Chrysanthi; Behrendt, Susann; Jürchott, Katrin; Schwinger, Ante (2019): **Pflegebedürftigkeit in Deutschland.** In: Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 257-311.
- Ulatowski, Heike (2013): **Zukunftsorientiertes Personalmanagement in der ambulanten (Alten-)Pflege. Projektmanagement – Retention Management – Mitarbeiterorientierung.** Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Walkenhorst, Ursula; Mahler, Cornelia; Aistleithner, Regina; Hahn, Eckhart G; Kaap-Fröhlich, Sylvia; Karstens, Sven; Reiber, Karin; Stock-Schröer, Beate; Sottas, Beat (2015): **Position statement GMA Committee–“Interprofessional Education for the Health Care Professions”.** In: GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung 32/2.
- Wettreck, Rainer (2001): **"Am Bett ist alles anders ..." - Perspektiven professioneller Pflegeethik.** Münster - Hamburg - London: LIT Verlag.
- WHO (2010): **WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.** [Online]. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [Zugriff am 22.10.2014].
- WHO Code (2010): **WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly.** . WHA6316. [Online]. World Health Organization. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [Zugriff am 08. 03. 2012].
- Wiskow, Christiane; Albrecht, Tit; de Pietro, Carlo (2010): **Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen?** Grundsatzpapier 15 08. 03. 2012. Grundsatzpapier. Kopenhagen: WHO im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

- Zängl, Peter (Hg.) (2015): **Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege.** Springer, Olten, Schweiz.
- Zsifkovits, Johannes; Rappold, Elisabeth; Schuchter, Patrick; Rottenhofer, Ingrid (2013): **Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheitsbereich. Prognose des Pflegepersonalbedarfs in den Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung.** Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.

Zusätzliche Literatur

- AQ Austria (2018): **Jährlicher Bericht an die Bundesministerin für Gesundheit über den Stand der Entwicklungen betreffend Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten und Ausbildungen zur Hebamme im Fachhochschulbereich im abgelaufenen Kalenderjahr einschließlich Informationen über die einzelnen Studienbetriebe und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf 2018.** Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria, Wien
- Bedarf an Pflegepersonal für die Steiermark bis 2025. Prognose nach der GuKG-Novelle 2016.** Endbericht. EPIG Entwicklungs- und Planungsinstitut Gesundheit. Graz 2019
- Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege – Kärnten 2030.** Endbericht. EPIG Entwicklungs- und Planungsinstitut Gesundheit. Graz 2018
- BMASGK (2018): **Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.** Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf (S. 9)
- https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01194/fname_538959.pdf (Seite 2)
- Kolland Franz; Richter, Lukas; Bischof, Christian. **Altwerden in Niederösterreich.** Altersalmanach 2018. Krems 2019
- Plattform Pflege.** Ergebnisbericht. Land Salzburg. Juli 2019
- Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen und Ausbauszenario ambulanter Angebote 2019 – 2025.** Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz 2018
- Statistik Austria (2018a): **Ausbildungsstatistik.** Statistik Austria Wien
- Statistik Austria (2019): **Statistik des Bevölkerungsstandes** [Online]. Statistik Austria.
http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_zu_jahres-_quartalsanfang/index.html
[Zugriff am 10.10.2019]
- Strukturplan Pflege 2012 – 2022.** Evaluierungsbericht 2017. Amt der Tiroler Landesregierung. Innsbruck 2019
- Zukunftsplan Pflege, Bedarfs- und Entwicklungsplanung 2018 – 2030,** Land Burgenland in Zusammenarbeit mit FH Burgenland. Eisenstadt 2019

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)

Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen: Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte

Unter Mitarbeit von: Gyimesi, Michael; Edtmayer, Alice; Pochobradsky, Elisabeth

Wien, 2019

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten ist als Quelle anzugeben:

Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

Es wird darauf hingewiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGK und der Autorinnen ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

**Bundesministerium für
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)