

Evaluierung der GuKG-Novelle 2016

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Evaluierung der GuKG-Novelle 2016

Endbericht zum Evaluationsvorhaben 2017–2023

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Petra Kozisnik
Elisabeth Rappold
Johanna Pilwarsch

Unter Mitarbeit von:

Leonie Holzweber
Sabine Pleschberger
Michael Gyimesi

Fachliche Begleitung:

GuKG-Evaluierungskommission unter Vorsitz von SC DDr.ⁱⁿ Meinhild Hausreither, BMSGPK

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Oktober 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Kozisnik, Petra; Rappold, Elisabeth; Pilwarsch, Johanna (2023): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/4/5075

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Die im Jahr 2016 in Kraft getretene Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle 2016) soll zu einer Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Gesundheitsreform beitragen. Da eine begleitende Evaluierung der Maßnahmen gesetzlich vorgesehen ist, wurde die GÖG vom damaligen BMSGK mit der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 für den Zeitraum von 2017 bis 2023 beauftragt. Der Evaluierungszeitraum sowie die Fragestellungen ergeben sich aus dem GuKG § 117 Abs. 21 selbst: „Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat bis 31. Dezember 2023 die Umsetzung der Bestimmungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, insbesondere hinsichtlich 1. der an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen ärztlichen Tätigkeiten, 2. der an die Pflegeassistentenberufe übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten, 3. der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung, 4. des settingspezifischen Skill-and-Grade-Mix der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, 5. der bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten, insbesondere im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge und in der Pflegefachassistenz (Anm.: Z 6 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 128/2022) unter Einbeziehung der Länder sowie der Träger der Langzeitpflegeeinrichtungen und der Berufsvertretungen zu evaluieren.“

Um dieser komplexen Fragestellung gerecht zu werden, wurde ein partizipativer Evaluationsansatz gewählt, dieser wurde mit der im GuKG § 117 Abs. 22 vorgesehenen Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986 vereinbart (im Folgenden „GuKG-Evaluierungskommission“).

Methoden

Auf Basis der gesetzlichen Grundlagen wurden Fragestellungen für die Evaluation und darauf aufbauend ein Evaluationsdesign entwickelt. Ein dialogisches Vorgehen zwischen Praxis und Wissenschaft unter Einbeziehung unterschiedlicher Wissensquellen wurde im Rahmen einer Ex-Post-Evaluation gewählt. Methodische Bausteine umfassten Case-Study-Analysen, die Fokusstudie Pflege sowie Sekundärdatenanalysen im Bereich der Berufsbildungslandschaft und des Grade-Mix in Krankenanstalten. Die Zwischenergebnisse wurden sowohl mit Stakeholdern als auch mit der GuKG-Evaluierungskommission besprochen und validiert. In einem programmtheoretischen Ansatz wurde basierend auf den Ergebnissen und im Abgleich mit der rezenten Literatur eine Programmtheorie zur Umsetzung der Maßnahmen aus der GuKG-Novelle 2016 und deren Wirkmechanismen modelliert. Die Ergebnisse und daraus abgeleitete Empfehlungen wurden mit dem BMSGPK abgestimmt und in weiterer Folge mit der GuKG-Evaluierungskommission validiert.

Ergebnisse

Voraussetzungen, damit Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 ihre Wirkung entfalten können, sind: ausreichend vorhandene Ausbildungsplätze und Bewerber:innen für die Pflegeausbil-

dungen, ausreichend zur Verfügung stehendes Pflegepersonal in Quantität und Qualität und die Bereitschaft der Stakeholder, an der Umsetzung mitzuwirken, die Bekanntheit der Berufsbilder und Kompetenzbereiche sowie die Anpassung relevanter Faktoren für die Umsetzung, wie z. B. Abrechnungsmöglichkeiten mit der Sozialversicherung.

Einerseits durch die Kompetenzorientierung und andererseits durch die Tertiärisierung der Ausbildung zur DGKP konnten vermehrt professionelle Handlungsspielräume geschaffen werden. Die Nutzung dieser Handlungsspielräume im Sinne einer Kompetenzorientierung fördert die Umsetzung eines an Versorgungsansprüchen orientierten Grade-Mix und trägt zu einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit bei, wodurch in weiterer Folge Versorgungskontinuität und Pflegequalität verbessert werden können.

Ein weiterer Wirkmechanismus, der identifiziert werden konnte, betrifft die erlebte Attraktivität des Aufgabenbereichs und insbesondere die der pflegerischen Kernkompetenzen. Bei ausreichend Handlungsspielräumen für die Nutzung vorhandener Kompetenzen kann diese zu einer Berufszufriedenheit und damit zu einer erhöhten Berufsverweildauer beitragen und die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal positiv beeinflussen. Durch die beiden identifizierten und sich reziprok beeinflussenden Wirkstränge kann ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung der intendierten Ziele – Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und verbesserte Versorgungssituation – geleistet werden.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

Das GuKG und insbesondere die Novelle 2016 leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gestaltung der Gesundheits- und Krankenpflege; die konkrete Umsetzung, die Ausgestaltung der Praxis sowie die Verteilung der Aufgaben und damit auch die Wirksamkeit in der Bevölkerung obliegen vielen Politikbereichen.

Es wird empfohlen, weiterhin an der Entwicklung des GuKG, der Praxisfelder und Versorgungsangebote sowie der Ausbildungsangebote zu arbeiten, um langfristig eine qualitätsvolle Versorgung sicherzustellen und Pflegeberufe als attraktive Berufswahl zu verankern.

Schlüsselwörter

GuKG–Novelle 2016, Evaluation

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	VII
Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	2
1.2 Zielsetzung.....	3
2 Evaluationsdesign	4
2.1 Evaluationsfragen	4
2.2 Methodisches Vorgehen	7
2.2.1 Methodische Bausteine des Evaluationsvorhabens.....	7
3 Evaluationsergebnisse.....	13
3.1 Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten	13
3.1.1 Entwicklung hinsichtlich Übertragung von Tätigkeiten	13
3.1.2 Einflussfaktoren auf Ausmaß und Organisation/Ablauf der Delegation ..	18
3.1.3 GuKG aus Perspektive der Praxis	23
3.1.4 Konsequenzen für zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen	25
3.1.5 Diskussion und Limitationen	27
3.2 Grade-Mix.....	27
3.2.1 Grade-Mix: Umsetzung und Erwartungen	28
3.2.2 Einflussfaktoren auf den Grade-Mix	31
3.2.3 Quantitative Entwicklungen insbesondere im Akutbereich.....	32
3.2.4 Einsatzbereiche der PFA	35
3.2.5 Diskussion und Limitationen	35
3.3 Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung	36
3.3.1 Sicherstellung der Qualität in der pflegerischen Versorgung	36
3.3.2 Ausübung der beruflichen Tätigkeit als DGKP	37
3.3.3 Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen	38
3.3.4 Berufliche Handlungsautonomie	40
3.3.5 Entwicklungen bei Personalangebot und -nachfrage.....	40
3.3.6 Diskussion und Limitationen	45
3.4 Bedarfsdeckende Ausbildungskapazitäten	46
3.4.1 Entwicklung der Anzahl der Ausbildungsplätze an Fachhochschulen und	
GuK-Schulen.....	48
3.4.2 Bewerberlage in GuK-Berufen.....	48
3.4.3 Berufseinstieg von Absolventinnen und Absolventen.....	49
3.4.4 Relevante Entwicklungen im Ausbildungsbereich	50
3.4.5 Ermittlung des Ausbildungsbedarfs auf Ebene der Länder	51
3.4.6 Diskussion und Limitationen	51
3.5 Einsatz von PA in Krankenanstalten	51
3.6 Programmtheorie zur Implementierung der GuKG-Novelle in die berufliche Praxis	
.....	52
3.6.1 Action Model.....	52
3.6.2 Change Model.....	58
4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	65

4.1	Empfehlungen	69
	Quellen- und Literaturverzeichnis.....	74
	Anhang	1
	Anhang 1	3
	Anhang 2	9

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Evaluationsdesign	9
Abbildung 2.2:	Timeline der Berichtslegung	10
Abbildung 2.3:	Konzeptueller Rahmen der Programmtheorie.....	12
Abbildung 3.1:	GuK-Berufe – Grade-Mix in ausgewählten Einsatzbereichen in Prozent und in absoluten Zahlen (n = 142.971, Mehrfachzuordnungen möglich)	34
Abbildung 3.2:	Entwicklung der VZÄ bei DGKP und Anzahl der Personen sowie die theoretische Entwicklung der PT und B auf Basis des Leistungsgeschehens 2021; alle indiziert auf Basis 2021 (100 % im Jahr 2021).....	42
Abbildung 3.3:	Kontinuum der Überführung der DGKP-Ausbildung in den hochschulischen Sektor	47
Abbildung 3.4:	Action und Change Model zur Wirksamkeit der Maßnahmen zur GuKG-Novelle 2016	64

Tabellen

Tabelle 1:	Entwicklung der Personen und VZÄ* nach Berufsgruppen 2011–2021 in österreichischen Akutkrankenanstalten	41
Tabelle 2:	Anzahl der Personen, die notwendig sind, um 10 VZÄ zu besetzen, nach Berufsgruppen	42
Tabelle 3:	VZÄ der DGKP/PFA/PA pro 1.000 Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich.....	43
Tabelle 4:	Verhältnis von VZÄ der DGKP zu Pflegetagen und spitalsambulanten Besuchen 2011–2021	44
Anhang Tabelle 5:	Forschungsfragen und -design im Überblick	5
Anhang Tabelle 6:	Mitglieder der GuKG-Evaluierungskommission gemäß § 117 Abs. 22 GuKG 11	
Anhang Tabelle 7:	Darstellung der Sitzungen der GuKG-Evaluierungskommission	12

Abkürzungen

ANOVA	Analysis of Variance
AP	Arbeitspaket
APN	Advanced Practice Nurse
B	Besuchstage
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson oder Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HD	Hauptdiagnosen
KA	Krankenanstalten
LKF-Modell	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, Modell 2023
MEL	Medizinische Einzelleistung nach dem LKF-Modell
MTD	gehobener medizinisch-technischer Dienst
NIC	Nursing Intervention Classification
NWI	Nursing Work Index
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
PT	Pflegetage
vgl.	vergleiche
VMMHG	Obergruppen der medizinischen Einzelleistung bzw. Hauptdiagnose in der Versorgungsmatrix des LKF-Modells 2023
VZÄ	Vollzeitäquivalent

1 Einleitung

Ausgehend von dem GuK-Reformkonzept der GÖG 2014 und dem Vorschlag der Bundesländer aus der Landesgesundheitsreferentenkonferenz am 14. November 2014 wurde ein Maßnahmenpaket vorgelegt, das schlussendlich in der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 mündete. Diese beinhaltet nachfolgende Maßnahmen:

- » Schaffung eines neuen, aktualisierten Berufsbildes sowie Ablösung der in der Praxis zu Anwendungsproblemen geführt habenden Tätigkeitsbereiche durch einen neu gestalteten Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der den Anforderungen der unterschiedlichen Settings Rechnung trägt und praxisorientiert gestaltet ist, sowie Ermöglichung neuer Spezialisierungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Berufs
- » Einführung der Pflegefachassistenz als weiteren Pflegeassistentenberuf, der mit einer aufbauenden, vertiefenden und erweiternden Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet
- » Beibehaltung des Berufsbildes der Pflegehilfe als Pflegeassistent, insbesondere im Hinblick auf die Kompatibilität mit den auf Landesebene geregelten Sozialbetreuungsberufen sowie auf die Erfordernisse der Erwachsenenbildung, einschließlich der Aktualisierung des Tätigkeitsbereichs
- » fachlich und organisatorisch angemessene Regelungen für das Setting Langzeitpflege und das Setting Behindertenarbeit und ihre settingspezifischen Versorgungserfordernisse, die auch den Vorgaben der UN-Behindertenkonvention entsprechen
- » Zugang zur Berufsreifeprüfung für die Pflegefachassistenz entsprechend der medizinischen Fachassistenz nach dem Medizinischen Assistenzberufe-Gesetz (MABG)
- » Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege
- » Auslaufen der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den im Sekundarbereich angesiedelten Gesundheits- und Krankenpflegesschulen und damit Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Ausbildungssektor im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist
- » Möglichkeit der Weiterführung der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen für die Ausbildungen in den Pflegeassistentenberufen
- » Liberalisierung der Berufsausübung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – vollständige Ablösung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben durch das bereits etablierte generelle Anerkennungssystem von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen in den Bereichen der Lehre und des Managements
- » Modernisierung der bisherigen Sonderausbildungen für Spezialaufgaben, neues, zeitgemäßes Ausbildungssystem für den Erwerb von Spezialqualifikationen (Kompetenzvertiefung und Befugnisweiterung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- » Festlegung weiterer Spezialisierungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend dem setting- und zielgruppenspezifischen Versorgungsbedarf (Regierungsvorlage GuKG-Novelle 2016: 1194 der Beilagen 25 GP)

1.1 Ausgangslage

Die im Jahr 2016 in Kraft getretene Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes hat die Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals zum Ziel und soll einen Beitrag zur verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) in den verschiedenen Settings leisten (Regierungsvorlage GuKG–Novelle 2016: 1194 der Beilagen 25 GP). Im Rahmen der GuKG-Novelle wurde hierzu unter § 117 Abs. 21 GuKG eine Evaluation der Auswirkungen der gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen:

Die Umsetzung der Bestimmungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, insbesondere hinsichtlich

1. der an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen ärztlichen Tätigkeiten,
2. der an die Pflegeassistentenberufe übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten,
3. der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung,
4. des settingspezifischen Skill-and-Grade-Mix der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe,
5. der bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten, insbesondere im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge und in der Pflegefachassistenz sowie
6. des Bedarfs des Einsatzes der Pflegeassistenten in Krankenanstalten

unter Einbeziehung der Länder (Z 1 bis 6) sowie der Träger der Langzeitpflegeeinrichtungen und der Berufsvertretungen (Z 1 bis 5) zu evaluieren.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde mit der Konzeption und Durchführung der Evaluation beauftragt.

Gemäß § 117 Abs. 22 GuKG wurde eine Kommission eingerichtet, welche die Evaluierung aus rechtlicher, fachlicher und finanzieller Sicht, insbesondere auch im Hinblick auf die Umsetzung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes im Bereich der Krankenanstalten, begleiten sowie ein Gutachten zum Bedarf des Einsatzes der Pflegeassistenten in Krankenanstalten erstellen soll.

Träger von Langzeitpflegeeinrichtungen, Ärztekammer und Berufsvertretungen wurden wie vorgesehen durch die Abhaltung von Stakeholderkonferenzen miteinbezogen.

Die oben genannte GuKG-Evaluierungskommission konstituierte sich in einer Auftaktsitzung am 27. Februar 2018 und begleitete in weiteren drei Sitzungen die Entwicklung dieses Arbeitsplans. Ebenso in die Entwicklung des Evaluationsdesigns einbezogen wurden GÖG-externe wissenschaftliche Fachexpertisen.

Eine zentrale Herausforderung bei der Realisierung der Evaluation stellte der zur Verfügung stehende Zeitraum des Evaluationsvorhabens von 2017 bis 2023 dar. Dieser Zeitraum erscheint berufspraktisch durchaus lange, ist jedoch hinsichtlich der Evaluation der Wirkung von vorgenommenen Änderungen und deren Evaluation relativ kurz anberaumt. Hinzu kommt, dass zu den

meisten Aspekten der Evaluation keine Referenzdaten zur Verfügung stehen, die einen Vergleich der Ausgangslage vor Inkrafttreten der Novelle mit den Evaluierungsergebnissen ermöglichen würden.

1.2 Zielsetzung

Ziele der Evaluation waren, die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 auf wissenschaftlicher Basis zu untersuchen, eine Entscheidungsgrundlage für den Einsatz von Pflegeassistenten in Krankenanstalten nach dem 1. Jänner 2025 zu erarbeiten, ein umfassendes Bild von der Entwicklung der Übertragung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, des Grade-Mix in den Pflegeberufen, der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu zeichnen und die Ausbildungskapazitäten an FH-Bachelorstudiengängen und PFA-Ausbildungsplätzen hinsichtlich ihrer ausreichenden Quantität zu prüfen, zu explorieren sowie aus den Ergebnissen, Empfehlungen abzuleiten.

Die Ergebnisse der Evaluation sollen insbesondere zu dem in § 117 Abs. 27 GuKG festgelegten Außerkrafttreten der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen eine Entscheidungsgrundlage bieten.

2 Evaluationsdesign

In der Entwicklung des Evaluationsdesigns sollte einerseits der Ausgangslage mit den fehlenden Referenzdaten und dem kurzen Evaluationszeitraum begegnet werden und andererseits sollten Kontextfaktoren über einen partizipativen Ansatz berücksichtigt werden. Die Umsetzung der mit der GuKG-Novelle 2016 einhergegangenen Änderungen in der berufspraktischen Landschaft sowie im Gesundheits- und Pflegesystem mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten stellt durchaus ein komplexes Unterfangen dar. Ein Unterfangen, das vielfältigen Einflussfaktoren unterliegt, die nur zum Teil steuer- und kontrollierbar sind, wie die COVID-19-Pandemie gezeigt hat, weshalb die mit der GuKG-Novelle 2016 intendierten Wirksamkeiten wie „*die Verbesserung von Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit eine verbesserte Versorgungssituation*“ (Regierungsvorlage GuKG-Novelle 2016: 1194 der Beilagen 25 GP) nicht einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen unterliegen können und das Evaluationsdesign dieser Komplexität Rechnung tragen muss.

Demzufolge wurde ein partizipativer Evaluationsansatz gewählt, indem sowohl Stakeholder als auch die gesetzlich eingesetzte GuKG-Evaluierungskommission als integraler Bestandteil des Evaluationsvorhabens zu betrachten sind. Im Zuge des partizipativen Vorgehens wurden, abgeleitet vom gesetzlichen Auftrag und in Abstimmung mit der GuKG-Evaluierungskommission, übergreifende Forschungsfragen definiert, die die Schwerpunkte der Evaluation festlegten und Grundlage für die weitere Entwicklung des methodischen Designs der Evaluierung darstellten (siehe Übersicht im Anhang 1, Tabelle 5). Aus aktuellen Entwicklungen resultierende und im Prozess an das BMGSPK herangetragene Fragestellungen (z. B. von der Volksanwaltschaft oder von Landesgesundheitsreferentinnen und -referenten) wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber und der GuKG-Evaluierungskommission aufgenommen.

Im gesamten Prozess wurden weitere Bezugsquellen herangezogen, die über das GuKG hinaus Orientierung bei der Planung, Datengewinnung, Datenauswertung und -interpretation ermöglichen. Dafür ausgewählte Bezugsdokumente umfassten:

- » Gesundheitsziele Österreich
- » Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene von 2017–2021 (Zielsteuerung-Gesundheit 2017) sowie jenen von 2022–2023 (Zielsteuerung-Gesundheit 2022)
- » Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

2.1 Evaluationsfragen

Ein zentrales Interesse der Evaluierung besteht darin, zu ermitteln, wie der durch die GuKG-Novelle 2016 geschaffene Gestaltungsspielraum in der Berufslandschaft der Praxis umgesetzt wird.

- » Welche Erfahrungen werden damit gemacht?
- » Sind Erfordernisse für gesetzliche Anpassungen erkennbar?

Die Formulierung von Fragestellungen sollte einen Konsens über die Untersuchung weiterführender Aspekte rund um die vorgegebenen Themen im Rahmen der Evaluierung ermöglichen. Gleichwohl diese entwickelten Fragen nicht isoliert voneinander zu betrachten sind. Es lassen sich daraus auch keine einfachen Ursache-Wirkungs-Beziehungen zur GuKG-Novelle 2016 ableiten.

Im Rahmen der dritten Kommissionssitzung wurden den Mitgliedern der GuKG-Evaluierungskommission die übergreifenden Forschungs- und Evaluationsfragen präsentiert, die in weiterer Folge gemeinsam abgestimmt wurden. Die übergreifenden Forschungs- und Evaluationsfragen sollen am Ende der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 beantwortet werden können. Auf Basis der nachfolgend ausgeführten übergreifenden Forschungs- und Evaluationsfragen wurden die methodischen Bausteine entwickelt (siehe 2.2).

Ad Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

1. Welche neuen Entwicklungen lassen sich in Bezug auf die Übertragung von Tätigkeiten nach Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 im Hinblick auf folgende Bereiche erkennen?
 - a) pflegerische Tätigkeiten an Pflegeassistent (PA) / Pflegefachassistent (PFA)
 - b) ärztliche Tätigkeiten an DGKP
 - c) ärztliche Tätigkeiten an PA/PFA
2. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen in unterschiedlichen Kontexten?
3. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation / den Ablauf
 - a) der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten gemäß §§ 15 und 15a GuKG bzw. gemäß § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG,
 - b) der Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten von DGKP gemäß § 82 Abs. 2 auf PFA bzw. PA?Welchen Stellenwert nimmt dabei die GuKG-Novelle 2016 ein?
4. Wie hilfreich ist die gesetzliche Ausgestaltung des GuKG in der Praxis aus Sicht der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure?

Ad Skill-and-Grade-Mix

5. Wie werden die Möglichkeiten des (Skill-and-)Grade-Mix¹ in unterschiedlichen Settings genutzt (unter Berücksichtigung aller Berufe, z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistentberufe, Sozialbetreuungsberufe, Abteilungssekretariat, Ärztinnen und Ärzte)?

¹

Grade-Mix sind die formalen Bildungsabschlüsse; Skill-Mix umfasst die beruflich entwickelten Kompetenzen im Sinne des Könnens und muss immer personenbezogen beurteilt werden.

6. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation / Abläufe in der Gestaltung des (Skill-and-)Grade-Mix und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der GuKG-Novelle 2016?
7. Welche quantitativen Entwicklungen lassen sich im Akutbereich in Bezug auf den (Skill-and-)Grade-Mix im Zeitverlauf erkennen?
8. In welchen Settings wird die PFA eingesetzt?

Ad Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

9. Wie schätzen Pflegepersonen in Österreich in allen Settings den Grad der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit ein?
10. Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten im Hinblick auf das Verhältnis der Tätigkeiten, die in § 14, § 15 und § 15a GuKG beschrieben sind (insbesondere im Hinblick auf Kontinuität in Versorgungsprozessen)?
11. Welche Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen lassen sich in unterschiedlichen Settings erkennen?
12. Welche Entwicklungen lassen sich seit der GuKG-Novelle 2016 in Bezug auf Personalangebot und -nachfrage erkennen?
Wie werden diese Entwicklungen von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?

Ad bedarfsdeckende Ausbildungskapazität

13. Wie hat sich die Anzahl der Studienplätze an Fachhochschulen seit Inkrafttreten der Novelle 2016 entwickelt?
14. Wie hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze für DGKP seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt?
15. Wie hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze für PA/PFA seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 entwickelt?
16. Wie gestaltet sich die Bewerberlage? (Wie viele Bewerber:innen und wie viele Beginner:innen sind zu verzeichnen?)
17. Wie hoch ist der Anteil der Absolventinnen und Absolventen, die in den Beruf einsteigen?
18. Wie werden die Entwicklungen im Ausbildungsbereich von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?
19. Welche Veränderungen in der Ermittlung des Ausbildungsbedarfs auf Ebene der Länder lassen sich seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 beobachten?

Ad Einsatz von PA in Krankenanstalten

20. Wie beurteilen die Länder den Bedarf an PA in Krankenanstalten zum definierten Zeitpunkt?²

2.2 Methodisches Vorgehen

Aus dem gesetzlichen Auftrag und den entwickelten Forschungs- und Evaluationsfragen resultierten Arbeitspakete, in denen unterschiedliche methodische Vorgangsweisen zum Tragen kamen. Deshalb wurden im weiteren Vorgehen die einzelnen thematischen Blöcke des Evaluationsvorhabens verschiedenen Arbeitspaketen zugeteilt. Die im Anhang 1 angefügte Anhang Tabelle 5 Forschungsfragen und -design im Überblick gibt einen Überblick darüber, welche Fragestellungen mit welchen Methoden bearbeitet worden sind. Die unterschiedlichen Arbeitspakete des Evaluationsvorhabens sind im Folgenden näher ausgeführt. Ergänzend sei an dieser Stelle angemerkt, dass im Sinne des partizipativen Vorgehens und des gesetzlichen Auftrages gemäß § 117 Abs. 21 GuKG das vorgesehene Einbeziehen der Länder (Z 1 bis 6) sowie der Träger der Langzeitpflegeeinrichtungen und der Berufsvertretungen (Z 1 bis 5) im Rahmen der Evaluation durch einen regelmäßigen Austausch der Ländervertreter:innen der gemäß § 117 Abs. 22 GuKG eingerichteten Kommission mit den Ländern gewährleistet wurde. Die nicht vertretenen Bundesländer wurden bilateral über die Expertinnen und Experten aus den vertretenen Bundesländern eingebunden, eine laufende Information erfolgte über die Verbindungsstelle der Bundesländer.

Zur Einbindung weiterer Stakeholder wurde am 9. April 2019 eine Auftaktveranstaltung durchgeführt („Stakeholderkonferenz“) sowie eine weitere Stakeholderkonferenz am 21. Oktober 2021. Dabei wurde umfassend über das Forschungsvorhaben und Zwischenergebnisse informiert. In der zweiten Stakeholderkonferenz wurde umfassend über die Ergebnisse aus der Case-Study-Analyse zur Implementierung der PFA im akutstationären Setting berichtet, ein breiter Diskussionsrahmen ermöglicht sowie über Aufbau und Durchführung der Fokusstudie Pflege berichtet. Weitere Gremien wurden bedarfsorientiert einbezogen bzw. wurden Konsultationen durchgeführt und dabei einzelne Fragestellungen der Evaluation mit Expertinnen und Experten bzw. Stakeholdern bearbeitet.

2.2.1 Methodische Bausteine des Evaluationsvorhabens

Grundsätzlich sind die methodischen Bausteine durch einzelne zu bearbeitende Evaluationsfragen und demnach Themenbereiche gekennzeichnet, aber auch durch die Anwendung unterschiedlicher wissenschaftlicher Methoden. So wurden sowohl qualitative und quantitative Erhebungsmethoden angewendet als auch Analysen bereits vorhandener (sekundärer) Datenquellen

2

Diese Frage wurde aufgrund der GuKG-Novelle 2022 aus dem Evaluationsvorhaben gestrichen (208/ME XXVII. GP-Ministerialentwurf – Erläuterungen, 2022).

durchgeführt. Das Evaluationsvorhaben gliedert sich in vier zeitlich aufeinander abgestimmte Arbeitspakete (AP), die nachfolgend kurz erläutert werden.

Case Studies (AP 1)

Im Jahr 2020 wurden die Erhebungen von Daten für die Case Studies zu Modellen der frühen Umsetzung der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016 im akutstationären Setting durchgeführt und abgeschlossen. Die Aufbereitung und systematische Analyse der qualitativen Daten erfolgten 2020 und 2021, die Ergebnisse mündeten in zwei Berichte. Sie umfassen neben einer Darstellung der Pilotprojekte/Cases vertiefende Ausführungen zur Arbeitsorganisation, Erfahrungen mit Grade-Mix und Personalausstattung, Delegationsvorgaben und -praxis sowie die Ausgestaltung der Berufsbilder, Rollen und Funktionen. Aus gegebenem Anlass wurde auch auf die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 im Kontext der COVID-19-Pandemie eingegangen.

- ☞ Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2020): *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study*. Gesundheit Österreich, Wien
- ☞ Pleschberger, Sabine; Kozisnik, Petra; Bajer, Marion; Holzweber, Leonie (2021): *Case Study zur Evaluation der GuKG-Novelle 2016 im akutstationären Setting*. Gesundheit Österreich, Wien

Fokusstudie Pflege (AP 2)

Um die Fragestellungen zur Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung mit Fokus auf die Aspekte des Berufsbilds und der Arbeitssituation Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) vor dem Hintergrund der rezenten Entwicklungen beleuchten zu können, wurde, wie im Arbeitsplan vorgesehen, eine schriftliche Befragung von DGKP settingübergreifend in ganz Österreich durchgeführt („Fokusstudie Pflege“). Ergebnisse und Hintergründe sind im Bericht zur Fokusstudie Pflege im Rahmen der Evaluation der GuKG-Novelle 2016 (Kozisnik/Pilwarsch 2023) angeführt.

- ☞ Kozisnik, Petra; Miksöva, Dominika (2023): Fokusstudie Pflege im Rahmen der Evaluation der GuKG-Novelle 2016. Gesundheit Österreich, Wien

Deskriptive Sekundärdatenanalyse (AP 3)

Mittels einer deskriptiven Sekundärdatenanalyse wurde im Jahr 2019 die Frage bearbeitet, ob voraussichtlich bedarfsdeckende Ausbildungskapazitäten gewährleistet sein werden, insbesondere im Hinblick auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an den FH und im Hinblick auf die Pflegefachassistenz an GuK-Schulen. Die diesbezüglichen Arbeiten im Jahr 2019 bilden die Ausgangslage (Zeitpunkt T0). Die Ergebnisse der Analysen zur Berufsbildungslandschaft (Datenanalyse und Expertenkonsultation mit Fokusgruppen) wurden im Jahr 2019 in einem **Fort-schrittsbericht an den Nationalrat** zusammengefasst.

- ☞ Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2019): *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Fortschrittsbericht*. Gesundheit Österreich, Wien

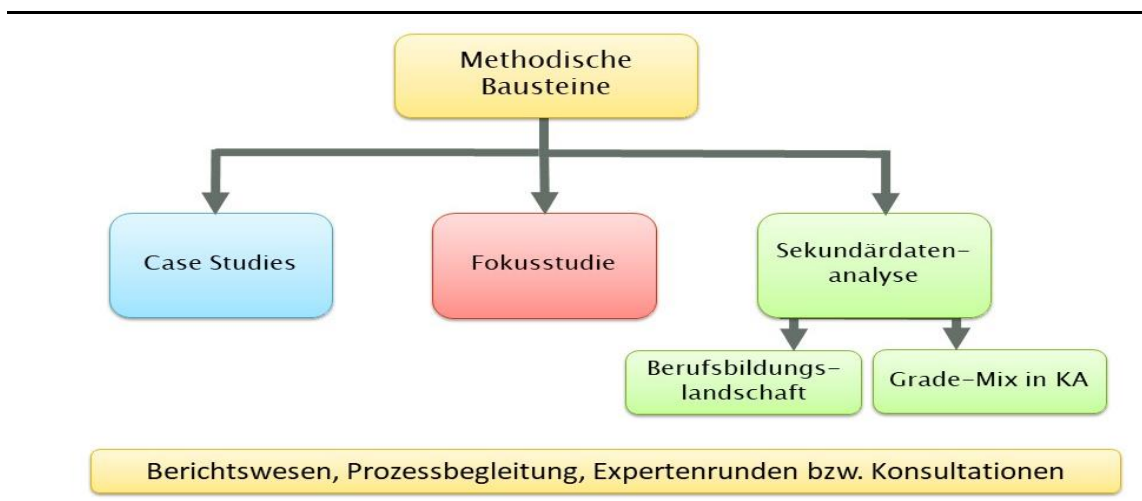
Im Laufe des Evaluierungsprojekts wurde 2023, einem weiteren Erhebungszeitpunkt (T1), die Fragestellung nach den bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten noch einmal aufgegriffen. Die Ergebnisse wurden mit jenen des Erhebungszeitpunkts T0 verglichen und schließlich im Juni 2023 veröffentlicht.

- ☞ Kozisnik, Petra; Pilwarsch, Johanna; Harold, Barbara; Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2023): *Evaluierung der GuKG-Novelle 2016: Deskriptive Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege*. Gesundheit Österreich, Wien

Weitere Sekundärdatenanalysen zur Personalsituation insbesondere in Krankenanstalten (KA) wurden durchgeführt und finden sich sowohl im Case-Study-Bericht als auch im vorliegenden Endbericht (Kapitel 3.2).

Einen Überblick über die methodischen Bausteine und die daraus resultierenden Arbeitspakete bietet nachfolgende Abbildung 2.1 zum Evaluationsdesign.

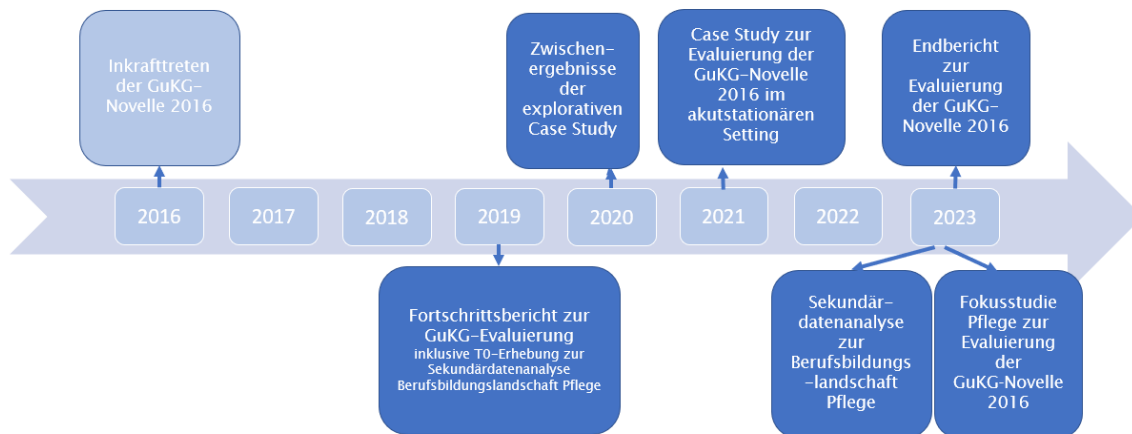
Abbildung 2.1:
Evaluationsdesign



Quelle: GÖG, eigene Darstellung

Die beschriebenen Arbeitspakete zu den methodischen Bausteinen wurden innerhalb des Evaluationszeitraums bearbeitet und die Ergebnisse mündeten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Berichte. Die nachfolgende Abbildung 2.2 zeigt den zeitlichen Verlauf seit der GuKG-Novelle 2016 mit den Jahren der Veröffentlichung der verschiedenen Ergebnisberichte.

Abbildung 2.2:
Timeline der Berichtslegung



Quelle: GÖG, eigene Darstellung

Der vorliegende Endbericht hat zum Ziel, die Ergebnisse und bereits finalisierten und/oder publizierten Schlussfolgerungen aus nachfolgenden Berichten zusammenzuführen:

- » Fortschrittsbericht an den Nationalrat (Pleschberger/Holzweber 2019)
- » Case Study 1 (Pleschberger/Holzweber 2020)
- » Case-Study-Bericht (Pleschberger et al. 2021)
- » Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege (Kozisnik et al. 2023a)
- » Fokusstudie Pflege (Kozisnik/Pilwarsch 2023)

In der Zusammenführung der Ergebnisse aus den unterschiedlichen methodischen Bausteinen soll die Komplexität des Vorhabens sichtbar werden, unterschiedliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, kontextuelle Faktoren wie auch die ausgewählten Strategien zur Umsetzung der Änderungen sollen aufgezeigt und beschrieben werden. Daraus beobachtete und resultierende Wirkungen sollen nicht verkürzt, sondern in deren Zusammenhängen dargestellt werden, weshalb für die Zusammenführung der Ergebnisse ein programmatischer Ansatz aus der sogenannten theoriebasierten Evaluation gewählt wurde.

Demnach kann durch eine theoriebasierte Evaluation mittels einer sogenannten Programmtheorie nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Wirkweise dargestellt werden, weshalb dieser Ansatz oftmals für die Evaluation sozialer Programme zur Lösung gesellschaftlicher Probleme herangezogen wird. Dadurch kann der Pfad von erfolgten Interventionen zur intendierten Veränderung theoretisch dargestellt werden (Funnell/Rogers 2011; Giel 2013). Diese sogenannte Programmtheorie ist die Konzeptualisierung und Visualisierung eines Programms oder einer Intervention und stellt damit das zentrale Merkmal und Instrument der theoriebasierten Evaluation dar.

Im Wesentlichen besteht eine Programmtheorie aus der Beschreibung der Programmumsetzung mit erklärenden Annahmen über die Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten des Programms und den erwarteten Ergebnissen (Rossi et al. 2004). Die Entwicklung einer Programmtheorie erfolgt unter Zugriff auf unterschiedliche Wissensquellen durch verschiedene methodische Vorgehensweisen (Coryn et al. 2011; Funnell/Rogers 2011; Haubrich 2009). Für das gegenständliche Evaluationsvorhaben wurde die Programmtheorie mittels der in Abbildung 2.1 dargestellten methodischen Bausteine entwickelt.

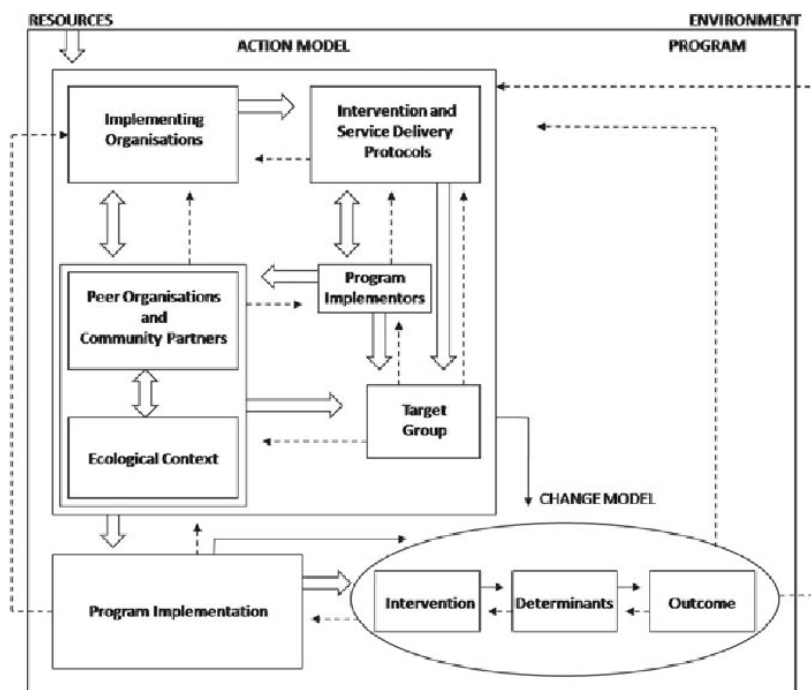
Bei der theoriebasierten Evaluation wird der Begriff Theorie in einem weiten Sinne verstanden. Er basiert nicht zwingend auf einer wissenschaftlichen Theorie, sondern kann auch auf theoretischen Annahmen von Programmentwicklerinnen und -entwicklern oder Programmdurchführenden beruhen (Coryn et al. 2011). Gleichwohl kann eine Programmtheorie auch auf bestehende wissenschaftliche Theorien zurückgreifen, um auf diese Weise die dem Programm zugrunde liegenden Annahmen theoretisch zu stärken (De Silva et al. 2014; Tilley 2000).

Eine Programmtheorie beinhaltet nach (Funnell/Rogers 2011) zwei Komponenten:

- » eine Theorie über die Intervention selbst (Theory of Action oder Action Model): Diese stellt eine detaillierte Beschreibung der Interventionskomponenten dar, welche Aussagen über die durchgeführten Aktivitäten, den Ressourceneinsatz, die Zielpopulation und den Kontext beinhaltet.
- » eine Theorie über den Veränderungsprozess der Intervention (Theory of Change oder Change Model): Diese beschreibt, welche Interventionskomponenten über welche Wirkmechanismen welche Ergebnisindikatoren verändern.

Das Zusammenspiel der beiden Komponenten einer Programmtheorie, wie in Abbildung 2.3 dargestellt, wird auch für die Darstellung des Action und Change Model für die Programmtheorie zur Implementierung der GuKG-Novelle 2016 angewendet und unter Kapitel 3.6 erläutert.

Abbildung 2.3:
Konzeptueller Rahmen der Programmtheorie



Quelle: (Chen 2012)

Für die Entwicklung der Programmtheorie wurde unter Einbindung der Mitarbeiterinnen der Abteilung Gesundheitsberufe an der GÖG, die an den unterschiedlichen methodischen Bausteinen der-Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 mitwirkten, ein Workshop abgehalten, in dem unter Einbezug aller Ergebnisse aus den Arbeitspaketen und nach Abgleich mit rezenter Literatur eine Programmtheorie modelliert wurde. Die Ergebnisse und daraus abgeleitete Empfehlungen wurden mit dem BMSGPK abgestimmt und in der 18. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission validiert. In weiterer Folge wurden die überarbeiteten Inhalte zur Finalisierung der Programmtheorie und der daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen in den Endbericht eingearbeitet.

3 Evaluationsergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der übergeordneten Themenfelder der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 und der darin enthaltenen Evaluationsfragen zusammengefasst. Dieser Bericht bezieht sich überwiegend auf die publizierten Ergebnisse aus den vorangegangenen Berichten und die daraus gewonnenen Ergebnisse, weshalb einzelne Textpassagen aus den bereits publizierten GuKG-Evaluierungsberichten übernommen wurden.

Für die Einordnung der Ergebnisse der einzelnen Evaluationsbausteine und deren Kontextualisierung wurde im Zuge der 17. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission beschlossen, die Ergebnisse anhand einer Programmtheorie mit einem sogenannten Action und Change Model darzustellen (Chen 2012). Das Action Model beschreibt das Zusammenspiel der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in Zusammenhang mit der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016, die verschiedene Maßnahmen durchführten und durchführen und dadurch Veränderungen bewirkten und bewirken. Diese (Ver-)Änderungen sollen im Zuge des Change Model beschrieben und deren Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung exploriert und auch grafisch dargestellt werden.

Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit werden zu Beginn jedes Unterkapitels der Evaluationsergebnisse die Fragestellung der Evaluierung und der Hinweis zum zugrunde liegenden Bericht mit den extrahierten Ergebnissen angeführt. Theoretische Implikationen aus nationalen und internationalen Befunden werden entsprechend der bereits publizierten Ergebnisse aus den Teilberichten direkt in den Unterkapiteln zu den Ergebnissen ergänzt. Abschließend zum Themenbereich werden Diskussion und Limitationen angeführt.

Die gesamthafte Zusammenführung der Ergebnisse zur Evaluation erfolgt im Kapitel 3.6 anhand der Programmtheorie mit dem Action und Change Model zur Umsetzung der GuKG-Novelle 2016.

3.1 Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Im Zuge des Evaluationsvorhabens wurde die Übertragung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten qualitativ in der explorativen Case-Study-Analyse und quantitativ in der Fokusstudie Pflege untersucht und analysiert. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse zu der jeweiligen Evaluationsfrage (die Kapitelüberschriften stellen die verkürzten Evaluationsfragen dar) zusammengeführt und sollen demnach eine umfassende Beantwortung ermöglichen.

3.1.1 Entwicklung hinsichtlich Übertragung von Tätigkeiten

Die Ergebnisse der explorativen Case-Study-Analyse (Pleschberger et al. 2021) verdeutlichten Erwartungen auf unterschiedlichen Ebenen, die mit der Delegation bzw. der Übertragung von

ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und damit einhergehenden Verantwortungszuschreibungen verbunden waren:

- » Aus Sicht der Trägerorganisationen betrafen diese die maximale Übernahme von delegierbaren ärztlichen Routinetätigkeiten durch Pflegekräfte zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte und insbesondere zur Verbesserung der praktischen Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten.
- » Aus Sicht **des mittleren und höheren Pflegemanagements** (Pflegedienstleitungen) und der ärztlichen Leitung (ärztlichen Abteilungsleitungen) tragen DGKP die Gesamtverantwortung für die Koordination und Steuerung stationärer Abläufe. Die DGKP sollen demnach in dieser Funktion Leistungen der stationären Versorgung koordinieren; dies umfasst insbesondere das Delegieren von Aufgaben und die Durchführung jener Aufgaben, die nicht delegierbar sind.
- » Vonseiten der **PFA** besteht die Erwartung, ihren Kompetenzbereich vielfältig und umfassend ausschöpfen zu können.
- » Aus Sicht **des ärztlichen Personals** hat die DGKP die Letztverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung ärztlicher Anordnungen und den funktionierenden, reibungslosen Ablauf stationärer Prozesse. Dies umfasst ebenfalls die Delegation an die jeweiligen Berufsgruppen unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Anforderungen.

Die Entscheidungen zur Übertragung von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten sind demnach nicht ausschließlich fachliche, sondern von den oben formulierten Zuschreibungen und damit einhergehenden Erwartungen beeinflusst.

Übertragung pflegerischer Tätigkeiten an PA/PFA

Bei der Übertragung pflegerischer Tätigkeiten durch die DGKP an PA und PFA zeigte sich die mit der GuKG-Novelle 2016 erfolgte Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche hin zu Kompetenzbereichen als herausfordernd für die Erfüllung der Erwartung einer maximalen, standardisierten Delegation. Nach der Pflegeethikerin Patricia Benner (Benner 1994) zeigt sich Kompetenz in der Handlungsfähigkeit einer Person, in einer Pflegesituation für sich selbst und auch für andere Verantwortung zu übernehmen. Kompetenz bezieht sich demnach auf die Fähigkeit einer Person, Wissen, Fertigkeiten, Verhaltensweisen und Urteilsvermögen anzuwenden, um erfolgreich in verschiedenen Situationen handeln zu können, und beinhaltet mehr als technisches Wissen und handwerkliche Fähigkeiten. Die GuKG-Novelle 2016 begegnet mit der Kompetenzorientierung den Anforderungen an die Qualifikation von Pflegepersonen, die sich aus dem praktischen Aufgabenfeld mit unterschiedlich konstituierenden Situationen ergeben. Wie jedoch die Ergebnisse der Case-Study-Analyse verdeutlichen, wurde die kompetenzorientierte Formulierung des § 14 GuKG für die Übertragung von Tätigkeiten als erschwerend erlebt. Dies trifft insbesondere die Übertragung pflegerischer Kernkompetenzen der DGKP an PA/PFA im Bereich § 14 GuKG, da sich diese kompetenzorientierten Formulierungen nur schwer bis kaum in standardisierte Delegationsvorgaben übertragen ließen und Einzelfallentscheidungen erfordern.

Delegation wurde im Berufspraktischen als Übertragung einzelner Tätigkeiten und Durchführung geplanter Pflegemaßnahmen interpretiert. Demzufolge entstanden Schwierigkeiten und unterschiedliche Auslegungen, was z. B. „**Mitwirkung**“ an der **Pflegeanamnese** bedeutet und umfasst.

Der Bogen, innerhalb dessen PFA miteinbezogen und in den Delegationsvorgaben berücksichtigt wurden, erstreckte sich von einer Mitwirkung bei laufenden Erhebungen bei bereits laufendem Pflegeprozess bis hin zu einer kompletten Übernahme von Erstgesprächen im Rahmen einer Aufnahme. Um standardisierte Delegationsvorgaben zu schaffen, wurden in den meisten Fällen Delegationsvorgaben der Organisationen in den untersuchten Cases erstellt, die nicht zwischen Erstanamnese, Beobachtung im Verlauf und Re-Assessment im Rahmen des Pflegeprozesses unterscheiden und somit keine kontextuellen Faktoren zum Einsatz berücksichtigen. Weitere Untersuchungen der Fokusstudie Pflege zur Häufigkeit der Delegation der Pflegeanamnese zeigten, dass vier Prozent der DGKP diese immer an PFA oder PA delegieren, zwölf Prozent oft, 27 Prozent manchmal und 50 Prozent nie. Für weitere sieben Prozent war diese Aufgabe im berufspraktischen Feld nicht relevant.

Statistisch konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der Häufigkeit der Delegation der Pflegeanamnese und dem Setting, dem Alter, der Berufserfahrung etc. identifiziert werden. Lediglich hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses neben der DGKP-Ausbildung zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Häufigkeit der Delegation der Pflegeanamnese. So delegierten diese jene DGKP, die neben der Ausbildung zur DGKP als höchsten Bildungsabschluss einen Lehrabschluss hatten, signifikant häufiger als DGKP mit einem allgemeinen Pflichtschulabschluss. Befunde internationaler Untersuchungen zeigen den Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss, Berufsqualifikation (Bachelorabschluss) und klinischer Entscheidungsfindung mit Patientenoutcomes. Ein höherer Anteil an DGKP mit Bachelorabschluss und auch ein höherer Anteil jener mit viel Berufserfahrung gehen mit weniger unerwünschten Patientenoutcomes einher (Aiken et al. 2011; Aiken et al. 2014).

Es zeigte sich hinsichtlich der Unterteilung der Kompetenzen von DGKP gemäß §§ 14 bis 16 GuKG eine erkennbare Differenzierung und Hierarchisierung von Grund- und Behandlungspflege (spezieller Pflege). Die Darstellung des Kompetenzbereichs im § 14 GuKG erfolgt jedoch prozessorientiert. Der Prozessschritt „Planung“ wurde der Verantwortung der DGKP zugeschrieben und der Prozessabschnitt der „Durchführung von Maßnahmen“ den Pflegeassistentenberufen. Die Durchführung der geplanten Maßnahmen erfolgt durch PFA eigenverantwortlich und durch PA unter Aufsicht. Erforderliche Kompetenzen, die der Mehrdimensionalität von Pflegesituationen, in denen Pflegeinterventionen durchgeführt werden, und deren Komplexität gerecht werden, treten dadurch in den Hintergrund und die pflegerische Kernkompetenz, insbesondere die Durchführung von Pflegeinterventionen, wird als basaler, an Assistenzberufe delegierbarer Bereich wahrgenommen (Schwarzmann 1999). Die an Tätigkeiten orientierte Aufzählung im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie in den §§ 15, 83 und 83a GuKG begünstigte diese Differenzierung von Pflege möglicherweise und wirkte einer Abwendung von einer Kompetenzorientierung in der Aufgabenverteilung zwischen den Pflegeberufen nicht entgegen.

Die Ergebnisse aus der Fokusstudie Pflege unterstreichen diese Hypothese einer Differenzierung in Grund- und Behandlungspflege bei der Durchführung von Pflegeinterventionen als standardisiert delegierbaren Bereich. So wurden Tätigkeiten wie die Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck zu 15 Prozent immer und zu 47 Prozent oft, die Durchführung der (Ganz-)Körperwaschung mit pflegetherapeutischem Zweck zu 22 Prozent immer und zu 43 Prozent oft und die Durchführung eines Realitätsorientierungstrainings bei akut verwirrten

Personen zu zehn Prozent immer und zu 30 Prozent oft delegiert. Dabei zeigten sich signifikante Zusammenhänge: DGKP, die antworteten, sich nicht mit der GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt zu haben, delegierten signifikant häufiger die Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck. DGKP im Setting des Krankenhauses delegierten die Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck deutlich weniger häufig als Kolleginnen und Kollegen in der Langzeitpflege ($p = 0$)³ oder bei den mobilen Diensten ($p = 0$). DGKP aus dem „sonstigen“ Bereich delegierten ebenfalls signifikant weniger häufig als DGKP in Langzeitpflegeeinrichtungen ($p = 0,001$) oder bei mobilen Diensten ($p = 0,001$). Ein identes Bild zeigte sich hinsichtlich der Häufigkeit der Delegation der (Ganz-)Körperwaschung mit pflegetherapeutischem Zweck.

Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an DGKP einschließlich der Weiterdelegation

Die Ergebnisse der Case-Study-Analyse zeigen, dass im Bereich der Kompetenzen in der medizinischen Diagnostik und Therapie die Tätigkeiten aus den §§ 15, 83 und 83a GuKG (Nennung der Tätigkeiten und deren Zuordnung der Zuständigkeiten für die Durchführung) zur Delegation übernommen werden. Zwischen den einzelnen Cases und Abteilungen zeigten sich allerdings deutliche **Unterschiede** im Muster der Übertragung **in Abhängigkeit von der Häufigkeit**, mit der „Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie“ während eines Tag- oder Nachtdienstes anfallen.

Tätigkeiten, die im **stationären Routinebetrieb** selten auftraten, wurden von der jeweiligen ärztlichen Leitung tendenziell nicht zur Delegation an die Pflegeberufe „freigegeben“. Aufgaben mit hoher Arbeitsdichte im stationären Routinebetrieb, wie Blutabnahmen, Infusionsmanagement und insbesondere intravenöse Antibiotikatherapien, diverse Spülungen etc., wurden standardmäßig an die GuK-Berufe delegiert bzw. von den Pflegeberufen zur Durchführung übernommen.

In allen Cases wurden in der täglichen Zusammenarbeit routinemäßig Blutabnahmen und Infusionstherapien von der Pflege übernommen. Damit zeigten sich sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die Pflegepersonen zufrieden. Insbesondere Prozesse rund um die medizinische Behandlung erfuhren durch die Übernahme der Durchführung von standardisierten Tests und Monitorings durch die Pflege eine Optimierung.

Auf der **Ebene der Stationen** wurden Unterschiede in den Vorgaben zur Delegation festgestellt, die mit den **Häufigkeiten** im Auftreten verschiedener Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie bzw. mit **spezifischen Anforderungen** in Zusammenhang stehen.

Stationsspezifische Zusammenhänge mit Delegationsentscheidungen oder -vorgaben entstehen unter anderem aufgrund hoher Komplexität und/oder Gefahrenneigung einer bestimmten Klientel,

3

p-Wert beschreibt das Signifikanzniveau und stellt den Schwellenwert dar, ob ein Unterschied zwischen Gruppen als signifikant angesehen wird. In der der Fokusstudie Pflege wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 verwendet. Dies bedeutet, dass ein p-Wert kleiner als 0,05 als signifikant angesehen wurde.

wie z. B. beim Setzen von nasogastralen Sonden bei onkologischen Erkrankungen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich auf einer Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung. Hier wurde diese Aufgabe nicht von den Pflegeberufen übernommen. Die Analyse der Ergebnisse aus den Cases zeigte, dass das Setzen einer nasogastralen Sonde beispielsweise auf der chirurgischen Abteilung nicht von den DGKP oder PFA übernommen wurde. Auf der neurologischen Abteilung hingegen wurde das Legen von nasogastralen Sonden von DGKP und PFA durchgeführt.

Die **Delegationen von Ärztinnen und Ärzten an DGKP** erfolgten überwiegend schriftlich über Fieberkurven und/oder direkt mündlich bei der Visite. Standard Operating Procedures (SOPs), wie insbesondere im GuKG in § 15 Abs. 4 Z 20 zur Anpassung von Schmerztherapie, Antikoagulationstherapie oder Insulintherapie angeführt, wurden ebenfalls über die Fieberkurve geregelt. Von weiteren SOPs wurde in keinem Case berichtet. Hinsichtlich der Aufnahme wurde jeweils auf Abteilungsebene geklärt, welche Berufsgruppe welche Routineaufgaben übernimmt.

Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an PA/PFA

Die Case-Study-Analyse zeigte, dass in den untersuchten Pilotstationen seitens der Ärztinnen und Ärzte kaum eine spezifische Auseinandersetzung mit den Projekten zur Implementierung eines neuen Personalmix in der Pflege stattfand. Beispielsweise waren die Unterschiede zwischen PFA und PA nicht durchgängig bekannt. Dennoch waren die Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten von einem Grundtenor geprägt, der eine hohe Wertschätzung gegenüber der Pflegekräfte ausdrückte. Abhängig von der Vorgehensweise zur Implementierung eines neuen Personalmix auf den Modellstationen und der Einbindung des ärztlichen Personals wurden in den täglichen Arbeiten Unsicherheiten über die Zuständigkeiten und die Kompetenzgrenzen seitens der Ärztin bzw. des Arztes sichtbar. Die DGKP fungiert (deshalb) als Ansprechperson für Ärztinnen und Ärzte (sowie für andere Gesundheitsberufe) und ist „Dreh- und Angelpunkt“ für die Kommunikation und den Kommunikationsfluss auf der Station.

Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten erfolgte ausschließlich über DGKP, welche in Folge über deren Weiterdelegation entschieden oder die übertragenen Tätigkeiten selbst durchführten. Die Ergebnisse aus den Case Studies machten deutlich, dass PFA die direkten Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten waren, der Informationsfluss rund um die Patientinnen und Patienten wurde allerdings über die DGKP aufrechterhalten und gesteuert.

DGKP, die an der Fokusstudie Pflege teilnahmen, antworteten, zu rund 15 Prozent immer und zu rund 30 Prozent häufig subkutane Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln oder Insulin an PFA und/oder PA zu delegieren. Das Ab- und Anschließen laufender Infusionen (ausgenommen mit Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut) wurde zu rund sechs Prozent immer und zu 18 Prozent oft an PFA und PA delegiert. Das Legen und Entfernen der nasogastralen und transoralen Magensonde wurde hingegen lediglich zu einem Prozent immer und oft delegiert. 63 Prozent antworteten, diese nie zu delegieren, und für weitere 31 Prozent war diese Tätigkeit im berufspraktischen Aufgabenfeld nicht relevant. Im Vergleich der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG zu jenen aus dem § 14 GuKG, antwortete ein höherer Anteil an DGKP, dass die Tätigkeiten nicht relevant für ihren Aufgabenbereich sei und deshalb nicht delegiert werden. Dies bekräftigt den Befund aus der Case-Study-Analyse, dass die Übernahme und Delegation von

ärztlichen Tätigkeiten von der Häufigkeit des Vorkommens auf den Abteilungen bzw. im Setting abhängig sind.

3.1.2 Einflussfaktoren auf Ausmaß und Organisation/Ablauf der Delegation

Im Themenbereich der Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten wurde im Zuge des Evaluationsvorhabens den Einflussfaktoren auf das Ausmaß und die Organisation von Delegation nachgegangen. Hierzu wurden zwei Fragestellungen mit Unterfragen definiert, die mittels Case-Study-Analyse und Fokusstudie Pflege beantwortet wurden:

1. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation / den Ablauf
 - a) der Übertragung und Weiterdelegation von ärztlichen Tätigkeiten,
 - b) der Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten von DGKP?
2. Welchen Stellenwert nimmt dabei die GuKG-Novelle 2016 ein?

Einflussnehmend auf das Ausmaß, die Organisation und Gestaltung der Abläufe hinsichtlich der Delegation und Übertragung von Tätigkeiten zeigten sich folgende Faktoren:

- » Fachbereich
- » Prinzip der maximalen Delegation
- » Personalausstattung
- » Organisationsform in der Pflege
- » Effizienz und Optimierung von Versorgungsprozessen

Fachbereich

Sowohl in der Case-Study-Analyse als auch in der Fokusstudie stand der klinische Fachbereich in zentralem Zusammenhang mit Delegationsentscheidungen. Die Ergebnisse der Fokusstudie Pflege wiesen aus, dass bei elf von 13 Tätigkeiten, die im Zuge des Frageblocks zur Häufigkeit der Delegation erhoben wurden, ein signifikanter Zusammenhang mit dem Setting bestand. Ausnahmen bildeten die Durchführung eines EKG, das Legen und Entfernen einer nasogastralen oder transoralen Magensonde und die Durchführung der Pflegeanamnese.

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 erläutert, zeigte sich insbesondere in den Beobachtungen der Case-Study-Analyse, dass aufgrund spezieller Ansprüche, Komplexität und Vulnerabilität von bestimmten Patientengruppen gesetzlich festgelegte Möglichkeiten zur Delegation von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie nicht voll ausgeschöpft wurden. Diese Unterschiede bestanden zwischen einzelnen Abteilungen und Stationen je nach Klientel und Häufigkeit anfallender Therapien und Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie.

Die Zuständigkeit für die Durchführung von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie wurde für Routinetätigkeiten im stationären Betrieb überwiegend durch sogenannte Delegationsmatrizen organisiert. Diese regeln die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege und auch zwischen den verschiedenen Pflegeberufen. Darin wurden zu delegierende Tätigkeiten aus dem stationären Routinebetrieb erfasst, angeführt und die Zuständigkeit für deren Durchführung einer Berufsgruppe zugeordnet. Mitunter wird in der Matrix auch zwischen Rollen differenziert, etwa zwischen Durchführungsverantwortung und Anordnungsverantwortung unterschieden. In anderen Matrizen werden auch Auszubildende angeführt, differenziert nach Berufsgruppe und Ausbildungsjahr. Bei diesen Instrumenten handelt es sich um mehr oder weniger komplexe Listen, die häufig auch Teil eines EDV-gesteuerten Dokumentationssystems sind. Ziel der Delegationsmatrizen war, Klarheit über Zuständigkeiten im stationären Betrieb zu schaffen und die Aufgabenfelder zwischen den Pflegeberufen klar abzugrenzen.

Prinzip der maximalen Delegation

Bei der Entwicklung von Delegationsmatrizen wurde in den beobachteten Cases die Prämisse verfolgt: Was rechtlich möglich ist, soll auch delegiert werden. Somit wurde in der übergreifenden Analyse der Cases das „Prinzip der maximalen Delegation“ als Maxime für den gewählten Qualifikationsmix aus Pflegeassistenzberufen und DGKP identifiziert. Seitens der Führungsebene war die Vorgabe, dass Aufgaben von der DGKP an die PFA maximal übertragen werden sollen. Sämtliche Arbeitsprozesse wurden daraufhin beleuchtet.

Vor diesem Hintergrund konnte eine umfangreiche Delegation im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen beobachtet werden. Die DGKP hatten hier, den gesetzlichen Festlegungen aus § 14 GuKG folgend, die Pflegediagnostik und die anschließende Planung der Pflegeziele und Maßnahmen inne. Die Mitwirkung der PFA am Pflegeprozess und am Assessment wurde „maximal ausgereizt“, so die Diktion. Das fortlaufende Assessment erfolgte gänzlich durch die PFA. Mitunter wurden gewisse Kernprozesse definiert, die ausschließlich von einer DGKP übernommen werden sollen. Inwieweit bei der maximalen Delegation auch die Komplexität der Patientensituation bzw. der interprofessionelle Grade-Mix berücksichtigt wird, konnte im Rahmen der Case Studies nicht beurteilt werden.

In der Case-Study-Untersuchung wurde ersichtlich, dass die DGKP im neuen Grade-Mix für die Koordination, Verteilung und Delegation von Aufgaben je Schicht entsprechend den Delegationsvorgaben verantwortlich ist. Wie in den Daten zum Ausdruck kam, erforderte dies von den DGKP viele Überlegungen im Hintergrund. Denn die Weiterdelegation und Delegation von Aufgaben bedarf der Berücksichtigung der jeweiligen Situation der Patientinnen bzw. Patienten, über die sich die DGKP zuerst ein Bild machen musste, was jedoch aufgrund der Priorität und des reduzierten bzw. punktuellen Patientenkontaktes oft nur schwer möglich war.

Personalausstattung

Am Prinzip der maximalen Delegation ausgerichtete Berechnungen des Pflegepersonals reduzieren die Spielräume für individuelle und situationsangepasste Delegationsentscheidungen. Bei der

Implementierung der PFA auf den untersuchten Modellstationen zeigte sich überwiegend das Bild einer Reduktion des Anteils an gehobenem Dienst für GuK in der Gestaltung eines neuen Personalmix. Aufseiten der Medizin kam es aus anderen Gründen zu einer rückläufigen Entwicklung beim Anteil von Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung sowie teilweise auch bei der Präsenz von Fachärztinnen und Fachärzten auf den Stationen im akutstationären Setting. Dieser Umstand wirkt sich erschwerend auf die Kommunikation aus, da die Verfügbarkeit auf beiden Seiten im Fall von Delegation, Rückfragen etc. nicht mehr im selben Ausmaß gegeben ist.

In den Cases, in denen der Umbau im Grade-Mix eher durch Integration der PFA erfolgte, wurden die gesetzlich festgelegten Kompetenzen für die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Pflege eher als Möglichkeiten zur Delegation ausgelegt, bei denen die anordnende Berufsgruppe nach Einschätzung der individuellen Situation die Delegationsentscheidung trifft. Im Vordergrund stand bei den Delegationsentscheidungen die Einschätzung der Situation und des Gesundheitsstatus der zu behandelnden Person. Zentrale Prozesse auf den Abteilungen, wie z. B. die Aufnahme, wurden geregelt und Zuständigkeiten je nach Berufsqualifikation festgelegt.

Die reduzierte Verfügbarkeit von DGKP und ärztlichem Personal im stationären innerklinischen Bereich sowie reduzierte Spielräume für situationsbezogene, fachlich fundierte Delegationsentscheidungen bergen hohe Risiken hinsichtlich der Pflegequalität und Patientensicherheit, wie auch andere Studienergebnisse, unter anderem von (Aiken et al. 2016; Cartaxo et al. 2022c), aufzeigen.

Organisationsformen in der Pflege

Insbesondere die Ergebnisse der Case-Study-Analyse kehren den Einfluss der Organisationsform von Pflege auf den Abteilungen auf die Delegationsvorgaben und Delegationsentscheidungen hervor. In einer an **Primary Nursing** orientierten Arbeitsorganisation erfolgt Delegation eher nach fallbezogener Einschätzung und entsprechend der vorliegenden Pflegesituation. Dies wiederum ist nur bei einer ausreichenden Verfügbarkeit von DGKP möglich; standardisierte, an Tätigkeiten orientierte Delegationsvorgaben können nicht umgesetzt werden. Die Erwartung der PFA, den Kompetenzbereich maximal durch die Übernahme von Tätigkeiten auszuschöpfen, führte allerdings zu Spannungen, indem sich DGKP zur Delegation gedrängt fühlten. Angehörige der PFA in dieser Arbeitsorganisation äußerten wiederum, mehr routinemäßige Arbeiten übernehmen und bevorzugterweise selbstständiger arbeiten zu wollen.

Im Modell der **Gruppen- oder Bereichspflege** übernehmen DGKP die Arbeitsorganisation und Verantwortung für die Versorgung einer Gruppe von Patientinnen und Patienten pro Schicht. Die Zuteilung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erfolgt nach vorhandenen Kompetenzen und Skills. Eine DGKP im sogenannten Hauptdienst ist zuständig für die Umsetzung von delegierten Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie. Durch Einsatz verschiedener Qualifikationsniveaus in der Pflege und die Intention eines effizienteren Personaleinsatzes konnte eine Adaptierung dieser Organisationsform beobachtet werden, indem eine standardisierte Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten je nach Berufsgruppe festgelegt wurde. Dementsprechend kam es zur Änderung von der Verantwortlichkeit für Patientinnen und Patienten hin zur Verantwortlichkeit für die Durchführung einzelner Aufgaben und Tätigkeiten und zu standardisierten Delegationsvorgaben, an denen sich Personalberechnungen orientieren. Eine zunehmende

Funktionsorientierung war zu beobachten. Konkret kam es zu einzelnen, neu geschaffenen Dienstformen, die sich an Tätigkeiten orientierten, wie z. B. der Blutabnahme und Infusionstherapie.

Effizienz und Optimierung von Versorgungsprozessen

Veränderungen hin zu stärker funktionsorientierten Ausrichtungen erlebten die Mitarbeiter:innen als einen starken Druck bezüglich Arbeitsteiligkeit im Sinne von Effizienz.

Die Übertragung von Tätigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie auf PA und PFA erfolgt in der beruflichen Praxis der Pflegepersonen häufig auf Basis von Delegationsmatrizen, wodurch eine Abwägung und Einschätzung der Anordnung in jedem einzelnen Übertragungsfall sowohl durch ärztliches Personal als auch durch DGKP häufig in den Hintergrund rücken. Eine zentrale Kompetenz der PFA ist die der Beobachtung und Weiterleitung von relevanten Informationen an DGKP. Das setzt ein **gutes Vertrauensverhältnis** und eine funktionierende Kommunikation voraus. Aufgrund der großen Verantwortung, die der PFA dabei zukommt, erleben PFA eine gewisse Widersprüchlichkeit, wenn es darum geht, im Zuge eines Handlungsablaufes für ganz bestimmte Tätigkeiten (z. B. das Anhängen von bereits im Patientenzimmer befindlichen Infusionen) eine DGKP hinzuziehen zu müssen.

Durch die verstärkte Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie durch Angehörige der GuK-Berufe auf Anordnung von Ärztinnen und Ärzten (§§ 15 und 15a GuKG bzw. § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG) kam es zu einer Optimierung von Prozessen für die Patientinnen und Patienten. Pflegepersonen können Arbeitsprozesse, die vorher an der Schnittstelle zwischen Medizin und Pflege lagen, zeitnah einleiten und durchführen. Die Übernahme von Tätigkeiten, die dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie zugeordnet werden, begünstigt auch die unmittelbare Einleitung von Pflegemaßnahmen. In diesem Sinne haben gesetzlicher Rahmen und die Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen in den verschiedenen Pilotprojekten wohl zu einer optimierten Versorgung – auch im Sinne der Kontinuität – beigetragen.

Wurden einerseits Versorgungsprozesse wie oben beschrieben optimiert, kommt es andererseits an einer anderen Stelle zu Versorgungsbrüchen, nämlich dort, wo die Grenze zwischen DGKP und PFA bzw. zwischen den Pflegeassistentenberufen gezogen wurde. Unter dem Begriff Versorgungsbruch wurde insbesondere in der Case-Study-Analyse, aber auch in den begleitenden Diskussionen der Stakeholder, die Unterbrechung der Durchführung von Tätigkeiten an Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Bewohnerinnen und Bewohnern verstanden, da ein Hinzuholen einer höherqualifizierten Berufsgruppe erforderlich wurde. In der Case Study erfolgte die Diskussion insbesondere über das Aufgabenfeld des Infusionsmanagements, was 2022 und 2023 zu einer Novellierung des GuKG mit der Erweiterung der Möglichkeiten zur Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie führte. Damit sollten die Einsatzmöglichkeiten von Pflegeassistentenberufen erweitert werden.

Die Argumentation rund um Versorgungsbrüche verdeutlicht nochmals die Entwicklung hin zu einer funktionsorientierten und an Tätigkeiten orientierten Arbeitsorganisation mit optimierten

Handlungsabläufen. Die Aufgabenverteilung erfolgt je nach durchzuführender Tätigkeit und unter Priorisierung medizinischer Behandlungsprozesse, die häufig von den Sollvorgaben zur maximalen Delegation geprägt sind. Patienten- und Kompetenzorientierung treten dadurch in den Hintergrund. Wie bereits erläutert, geht Kompetenz über die Beherrschung von Fertigkeiten hinaus, erfordert eine kritisch-reflexive Haltung, Wissen und die Möglichkeit, verschiedene Aspekte und Perspektiven in die Überlegungen miteinzubeziehen (Benner 1994). Die zu beobachtende Reduzierung von Kompetenz auf Tätigkeit sowohl im beruflichen Alltag als auch im § 15 GuKG steht Ansprüchen einer zunehmend komplexen Klientel in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gegenüber. Es ist kritisch zu hinterfragen und evaluieren, ob diese Entwicklung im Hinblick auf Patientensicherheit, Versorgungs- und Pflegequalität und schließlich auch Effizienz im Sinne von Personaleinsatz und Kosten förderlich ist. Internationale und nationale Studienergebnisse verweisen auf die Problematik von vermehrt auftretenden unerwünschten und vermeidbaren Ereignissen und Komplikationen wie z. B. Delir, Infektionen etc. mit erhöhten Behandlungskosten und vermeidbaren Wiederaufnahmen bei Reduktion von DGKP im Grade-Mix und Erhöhung von Assistenzberufen hin (Aiken et al. 2014; Cartaxo et al. 2022c; Lasater, Karen B et al. 2021).

Hinsichtlich der Pflegequalität zeigen Befunde aus der Case Study, dass fehlende Betreuungskontinuität im Hinblick auf fachliche Führung und Zuständigkeit auf Basis einer professionellen Beziehung als problematisch eingeschätzt wird. Die Befunde aus der Fokusstudie Pflege verdeutlichen insbesondere für das Setting Krankenhaus, dass die Arbeitsorganisation und -einteilung die Betreuungskontinuität nicht fördern. 39 Prozent der DGKP im Krankenhaus verneinten, dass die Arbeitsorganisation und -einteilung die Betreuungskontinuität unterstützen würde. Im Setting der mobilen Dienste (26 %) und der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (23 %) ist dieser Anteil beträchtlich geringer. Im Setting der Langzeitpflege gaben 32 Prozent der DGKP an, dass die Arbeitsorganisation und -einteilung die Betreuungskontinuität nicht unterstützen würden.

(Leoni–Scheiber/Müller–Staub 2018) untersuchte die Bedeutung der Betreuungskontinuität (Surveillance) im Sinne von fortlaufender Beobachtung von Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten und das damit einhergehende Erkennen von Zusammenhängen im Kontext einer Situation und die entsprechende Einleitung fachlich angemessener Pflegeintervention durch DGKP sowohl in Österreich als auch in der Schweiz (Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann) in Zusammenhang mit Patientenoutcomes. Ergebnisse daraus verweisen auf den Zusammenhang zwischen der fortlaufenden pflegerischen Beobachtung und positiven Patientenoutcomes bzw. erhöhten Komplikationsraten bei Fehlen oder Reduktion kontinuierlicher pflegerischer Beobachtung durch DGKP aufgrund veränderter Personalzusammensetzungen. Sowohl diese als auch weitere internationale Untersuchungen fordern die Berücksichtigung von Surveillance in der Personalausstattung und im Grade-Mix zur Vermeidung erhöhter Komplikationsraten und unerwünschter Ereignisse bei Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten. Der zu beobachtende, durch die Case-Study-Analyse und Fokusstudie Pflege bestätigte Trend zur Ausrichtung der Personalausstattung an der Prämisse der maximalen Delegation und die damit einhergehende Reduktion des Anteils an DGKP sind angesichts der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Befunde kritisch zu betrachten. Die geführte Diskussion über eine Ausweitung der Kompetenzbereiche der Pflegeassistentenberufe auf Basis von Tätigkeiten befeuert diese Entwicklung. Kritisch angemerkt wird, dass in Österreich systematisch erhobene und zur Verfügung stehende Daten fehlen, um Entwicklungen hinsichtlich der Patientenoutcomes zu evaluieren.

3.1.3 GuKG aus Perspektive der Praxis

Im Zuge der Case-Study-Analyse erfolgte die Datenauswertung auch hinsichtlich der Indikatoren und Hinweise für die zielgerichtete Ausgestaltung des GuKG in der Praxis. Nachfolgende Ergebnisse konnten dadurch identifiziert werden:

Einschätzung der Kompetenzprofile

Wesentliches Merkmal des Kompetenzprofils der PFA ist, dass die Berufsgruppe pflegerisch-medizinische Aufgaben ausschließlich auf Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder von Ärztinnen bzw. Ärzten übernimmt, aber bei der Durchführung eigenverantwortlich agiert. PA arbeiten ebenfalls auf Anordnung, aber ausschließlich unter Aufsicht bzw. unter bestimmten Voraussetzungen und unter begleitender Kontrolle. Darüber hinaus umfasst der Tätigkeitsbereich der PFA im Vergleich zur PA erweiterte Aufgaben insbesondere im Rahmen der Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie.

Aus Erhebungen im Rahmen der Case Study wurde deutlich, dass sich die Tatsache, dass PA an sie übertragene Tätigkeiten nur unter Aufsicht übernehmen dürfen, in der Praxis des akutstationären Settings nicht so deutlich niederschlägt, wie dies etwa in Interviews mit Stakeholdern diverser Settings sichtbar wurde (Pleschberger/Holzweber 2020). Im Akutkrankenhaus müssen Handlungsabläufe von PFA im Unterschied zu PA nicht grundlegend anders geplant werden. Was darauf zurückzuführen ist, dass hier praktisch kontinuierlich eine Aufsicht führende DGKP bzw. eine Ärztin oder ein Arzt zur Verfügung steht und regelmäßige begleitende Kontrollen gemäß § 83 Abs. 5 GuKG routinemäßig erfolgen. Der Einsatzbereich von PA und PFA unterscheidet sich insbesondere dann wenig, wenn auf Abteilungen berufserfahrene PA tätig sind. Hier kommen die vorhandenen Skills durch Berufserfahrung zum Tragen, die in einem Grade-Mix nicht deutlich werden können.

Ein Ergebnis der Fokusstudie Pflege war, dass DGKP ihr Aufgabenfeld und insbesondere die pflegerischen Kernkompetenzen über alle Settings hinweg als attraktiv beurteilen. Die Attraktivität hängt jedoch insbesondere mit der erlebten beruflichen Autonomie und der Kontrolle über die berufliche Praxis zusammen, die in den Settings unterschiedlich eingeschätzt und beurteilt wurden.

Herausforderungen im Kontext der Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie

Im Spannungsfeld zwischen Tätigkeitsorientierung und Kompetenzorientierung verdeutlichten die Ergebnisse der Case-Study-Analyse die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen hinsichtlich der Dispensierung und Verabreichung von Medikamenten und des Infusionsmanagements. Im Zuge der GuKG-Novellen 2022 und 2023 wurden zum verbesserten Einsatz von Pflegeassistentenberufen nachfolgende Tätigkeiten in deren Kompetenzbereich – § 83a Abs. 2 GuKG für PFA und § 83 Abs. 4 GuKG für PA – übernommen:

- » Ab- und Anschluss laufender Infusionen. Erläuternd sei hierzu angeführt, dass sich diese Tätigkeit auf eine kurzfristige Unterbrechung einer in Verabreichung befindlichen laufenden Infusion, z. B. zum Zweck des Toilettengangs, von pflegerischen Maßnahmen und Untersuchungen, bezieht. Weiterhin nicht umfasst sind die Zubereitung und erstmalige Verabreichung von Infusionen; eine Delegation ist demnach nicht möglich.
- » Legen, Wechsel und Entfernung von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen wurden für die Pflegefachassistenz ermöglicht, da mit der GuKG-Novelle 2016 der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz bereits die Punktion der Vene zum Zwecke der Blutentnahme (ausgenommen bei Kindern) umfasste und das Legen einer periphervenösen Verweilkanüle (z. B. Venflon) im Hinblick auf die Gefahren- und Risikogeneigntheit mit der venösen Punktion zur Blutentnahme vergleichbar ist.

Somit wurden bereits vor Ende des Evaluationsvorhabens Adaptionen hinsichtlich wahrgenommener Schwierigkeiten in der Umsetzung des GuKG im Bereich der Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie durch Pflegeassistenzberufe vorgenommen und es wurde gesundheitspolitischen Forderungen der Bundesländer und Stakeholder nachgekommen.

Pflegerische Kernkompetenzen und „übertragene“ pflegerische Maßnahmen

Pflegemaßnahmen bzw. Maßnahmen im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen zeigen sich, wie bereits erläutert, aufgrund der kompetenzorientierten Formulierungen im GuKG schwer für die Anwendung in Delegationsmatrizen fassbar. An dieser Stelle sei nochmal ein Zitat einer DGKP aus der Case-Study-Analyse angeführt, das diese Thematik anschaulich illustriert:

„Das klingt sehr schön, das sind alles schöne Formulierungen. Aber was machen wir da jetzt wirklich? Ich will da jetzt nichts Falsches sagen, aber solche Sachen, das sind alles so allgemeine Formulierungen, die auch im Aufgabenbereich der PFA zum Teil drinnen stehen. Wissen S', das sind für mich oft so a bisschen schwammige Formulierungen. Ich meine, das ist doch ganz klar, dass ich den gesundheitlich berate und dass ich empathisch bin und dass ich Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, ich meine, das brauche ich für mich nicht extra nochmal aufschreiben. Das muss der PA tun, der PFA tun und auch der Diplomierte, also das sind für mich [...], mir fehlt da einfach etwas Griffiges, was Konkretes.“ (Pleschberger et al. 2021)

Diese Schwierigkeiten kamen insbesondere bei den Aspekten Beratung und Mitwirkung bei der Pflegeanamnese und dem Pflegeassessment zum Tragen. Eine Abgrenzung und Entscheidung zur Delegation sind in diesen Aspekten vorwiegend über fachliche Kriterien zu treffen, weshalb eine standardisierte Delegation nicht möglich ist. Diese Diskussion verdeutlicht die Grenzen gesetzlicher Bestimmungen. Delegationsentscheidungen sind auf Basis der Fachkompetenz und deren Einschätzung zu treffen und können nicht über gesetzliche Bestimmungen ausformuliert werden. Hier benötigt es einen professionsspezifischen Diskurs und eine Auseinandersetzung mit dem Berufsbild. Wie (Kutney-Lee et al. 2009) ausführen und auch dahin gehende Befunde der Case-Study-Analyse zeigen, sind DGKP in einem hohen Ausmaß damit konfrontiert, ihren Aufgabenbereich argumentieren zu müssen. Gegenüber einem medizinorientierten System, das medizinische

Versorgungsprozesse priorisiert und die Arbeitsorganisation dementsprechend ausrichtet, und gegenüber dem Management, das für die Durchführung von Pflegeinterventionen die Fachkompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfordert. Dieses Phänomen kommt auch in den Bestrebungen rund um die Kompetenzerweiterungen und standardisierten Delegationsvorgaben zum Tragen.

3.1.4 Konsequenzen für zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen

Weiterbildung für Pflegeassistentenberufe

Mit der GuKG-Novelle 2022 wurde eine Änderung der Verordnungsermächtigung von der bisherigen taxativen Aufzählung der Weiterbildungen, die für die PA und PFA zugänglich waren, hin zu einer demonstrativen Aufzählung herbeigeführt. Wie erste Ergebnisse der Case-Study-Analyse bereits aufzeigten, war der berufspraktische Bedarf an Weiterbildungen für die Pflegeassistentenberufe nicht von der taxativen Aufzählung erfasst.

Fort- und Weiterbildungsbedarf durch neue Rollen im Grade-Mix

Charakteristisch für alle Pilotprojekte war die Definition einer „neuen Funktion“ für die DGKP – durch die Übernahme der Gesamtverantwortung, an die unterschiedliche Rollen(-erwartungen) geknüpft wurden. Die Übernahme von Verantwortung gab es grundsätzlich bereits vor der Umsetzung der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016, die Betonung bei der Neuerung liegt daher auf dem Aspekt der „Gesamtverantwortung“.

Im Kontext einer Personalausstattung mit unterschiedlich qualifiziertem Personal in der Pflege wird das Thema der „fachlichen Führung“ auf einer Station, wie (Ludwig/Schäfer 2011) betonen, wichtiger. Die Etablierung dieser neuen Funktion mit Gesamtverantwortung war daher ein fester Baustein in den Pilotprojekten. Die Neuausrichtung des beruflichen Handelns von DGKP, bei der die Delegation von Aufgaben in den Mittelpunkt gerückt wurde, stand im Zentrum der Pilotprojekte zur Implementierung der PFA. Dies war in eine Arbeitsorganisation eingebettet, in der den DGKP die fachliche Führung, die Koordination der Versorgung und die „Steuerung“ des Pflegeprozesses zugewiesen wurden. Die Assistentenberufe führen in diesen Modellen die pflegerischen Interventionen an den Patientinnen und Patienten bzw. an den Klientinnen und Klienten durch und erfüllen die Aufgaben im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie im Ausmaß ihrer gesetzlichen Berechtigung.

Zwei Aspekte der oben beschriebenen Entwicklung der Rollen der DGKP und PFA erscheinen angesichts der Qualifikation und Kompetenzentwicklung besonders kritisch. (Kelly-Heidenthal/Marthaler 2008) betonen in ihrer Abhandlung zu „Pflege delegieren“ (2005) die Wichtigkeit von kritischem Denk-, Reflexions- und Problemlösungsvermögen. Eine kritisch denkende Person ist in der Lage, Entscheidungen unter Berücksichtigung aller Blickwinkel und Standpunkte zu treffen und diese auch einzubeziehen. Die die Implementierung begleitenden

Fortbildungsangebote betrafen jedoch nicht die Förderung von kritisch-reflexivem Denken, sondern überwiegend Fähigkeiten und Fertigkeiten für die erweiterten Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG. Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die berufliche Entwicklung von DGKP zu Expertinnen bzw. Experten. Wie (Benner 1994) betont, erfolgt die Entwicklung von Expertentum aufgrund von Erfahrungslernen in Pflegesituationen bzw. auf Basis einer professionellen Beziehung zu Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern. Werden DGKP jedoch für patientenferne Aufgaben wie die Koordination herangezogen und reduziert sich dadurch der direkte Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern, wie beschrieben, auf punktuelle Kontakte zur Verrichtung von Tätigkeiten, die nicht delegiert werden können, dann können DGKP keine berufliche Expertise entwickeln. Des Weiteren bekräftigen (Kutney-Lee et al. 2009) die Forschungsergebnisse, dass eine fehlende oder reduzierte fortlaufende Beobachtung und ein reduzierter Kontakt der DGKP (sogenannte „registered Nurses“ im internationalen Kontext) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gehäuft auftretenden vermeidbaren Komplikationen wie Stürzen, nosokomialen Infektionen etc. führen.

Für gegenwärtige und zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen ist auf eine ausreichende Ausbildung von DGKP und auf deren Möglichkeiten zur Entwicklung von pflegerischem Expertenwissen in der beruflichen Praxis zu achten.

Advanced Practice Nurses (APN)

Der Einsatz von weiterqualifizierten DGKP im Sinne von **Advanced Practice Nurses (APN)** wurde in einem Case als wichtiger Schritt in der Entwicklung von Expertinnen und Experten im Praxisfeld gesehen und somit auch als Baustein in der Implementierung der GuKG-Novelle 2016. In anderen Cases gab es konkrete Pläne zur Implementierung von APN mit dem Ziel, dass diese Rolle die Lücken im Bereich der spezifischen Pflege von besonderen Gruppen schließen sollte.

Weiterqualifizierung von PA zu PFA

Die Ergebnisse der Case-Study-Analyse zeigten insbesondere Bestrebungen, die PA zu motivieren, sich zu PFA weiterzuqualifizieren. Diese Bestrebungen waren abhängig davon, ob ein Zwei-Grade-Mix (DGKP und PFA oder PA oder zwei Assistenzberufe) oder ein Drei-Grade-Mix (DGKP und PFA und PA) vorherrschte (Details dazu siehe (Pleschberger et al. 2021), Seite 24. Im Rahmen der Evaluierung konnte dies nicht vertiefend und systematisch verglichen werden, da sich die angebotenen Rahmenbedingungen für die Weiterqualifizierung länder- und trägerseitig unterschiedlich darstellten und auch der individuelle Spielraum, den Mitarbeiter:innen für diese Entscheidung haben, unterschiedlich ausgelegt wurde.

Eine Strategie bestand darin, Mitarbeiter:innen der Berufsgruppe PA zur Weiterqualifizierung zu animieren, indem auf Länderebene und seitens der Trägerorganisationen Förderungen angeboten wurden, die einen einjährigen Verdienstentgang oder -einschränkungen überbrücken bzw. die Vereinbarkeit von Familie und Weiterbildung (z. B. Teilzeitausbildungen) ermöglichen sollten.

Aus den Daten der Case-Study-Analyse geht hervor, dass sowohl PA als auch PFA prinzipiell an einer Höherqualifizierung und Weiterbildung interessiert sind. Allerdings herrschte Unklarheit darüber, ob und in welcher Form bzw. unter welchen Umständen die Weiterqualifizierung aufgrund gesetzlicher Bestimmungen möglich sei. In erster Linie betrafen die Unklarheiten die Möglichkeit der Weiterqualifizierung von PA zur PFA und von PFA zur DGKP. Insbesondere die Rahmenbedingungen der Weiterqualifizierung von PA zu PFA wurden von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit ihrer privaten Situation bzw. Berufsbiografie als nicht vereinbar erlebt.

Andererseits wurde auch deutlich, dass nicht alle PA die Weiterqualifizierung zur PFA absolvieren wollten. In vielen Fällen handelte es sich um sehr erfahrene Mitarbeiter:innen, die man ebenfalls weiter beschäftigen wollte. Jedenfalls wurde dies vor dem Hintergrund eines Personalmangels eingebracht.

3.1.5 Diskussion und Limitationen

Grundsätzlich scheint unabhängig vom Grade-Mix gelingen zu sein, Aufgaben und Tätigkeiten in hohem Ausmaß an Pflegeassistentenberufe zu delegieren. Als herausfordernd wird in diesem Bereich die Kompetenzorientierung im § 14 GuKG und die Tätigkeitsorientierung im § 15 GuKG erlebt. Problematisch erscheint die Prämisse der maximalen Delegation dann, wenn die daran orientierte Personalausstattung keine Spielräume für die Berücksichtigung der Komplexität einer Situation ermöglicht. Limitierend sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Case-Study-Analyse ausschließlich im akutstationären und rehabilitativen Bereich der Krankenanstalten durchgeführt wurde und zum Zeitpunkt der Untersuchung noch kein systematischer Einsatz von PFA in der Langzeitpflege und in der mobilen Pflege vorhanden war bzw. erprobt wurde.

3.2 Grade-Mix

Im Zuge der GuKG-Novelle 2016 erfolgte die Einführung der Berufsgruppe der PFA, um u. a. auch einen flexiblen Personaleinsatz zu ermöglichen und zu fördern. Dies sollte dazu beitragen, den spezifischen Anforderungen des Gesundheitswesens und des Pflegesektors in einer zielgerichteten und bedarfsgerechten Weise gerecht zu werden (Gasser/Hausreither 2017). Im Kontext der Evaluation ist daher von Interesse, ob und inwiefern das gelungen ist. Dies sollte über die Beantwortung nachfolgender Fragestellungen bewertet werden:

- » Wie werden die Möglichkeiten zum (Skill-and-)Grade-Mix in unterschiedlichen Settings genutzt (unter Berücksichtigung aller Berufe, z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistentenberufe, Sozialbetreuungsberufe, Abteilungssekretariat, Ärztinnen und Ärzte ...)?
- » Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation / den Ablauf in der Gestaltung des (Skill-and-)Grade-Mix und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der GuKG-Novelle 2016?
- » Welche quantitativen Entwicklungen lassen sich im Akutbereich in Bezug auf den (Skill-and-)Grade-Mix im Zeitverlauf erkennen?

- » In welchen Settings wird die PFA eingesetzt?

3.2.1 Grade-Mix: Umsetzung und Erwartungen

Vor dem Hintergrund des durch die GuKG-Novelle 2016 neu geschaffenen Berufsbildes der PFA wurden im Zuge der Case-Study-Analyse Pilotprojekte untersucht, deren zentrales Anliegen war, den neuen Grade-Mix mit PFA entweder als **Zwei-Grade-Mix (DGKP & PFA)** oder **Drei-Grade-Mix (DGKP, PFA & PA)** zu erproben. Darüber hinaus wurde die Zusammenarbeit insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit Service-Kräften beleuchtet.

Mit der Etablierung der PFA gingen Rollenveränderungen einher, die neben den veränderten Qualifikationsniveaus durch weitere Veränderungen beeinflusst waren:

- » vermehrte Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten
- » vermehrte Übernahme von Koordinations- und Führungsaufgaben im stationären Tagesablauf
- » Auslagerung von hauswirtschaftlichen und administrativen Aufgaben

Hinsichtlich der Nutzung des Grade-Mix zeigten sich nachfolgende Beobachtungen:

Zwei-Grade-Mix in Pflegeberufen

Mit dem Berufsbild der PFA wurde gegenüber der Pflegeassistenz (ehemals Pflegehilfe) ein Pflegeassistenzberuf mit umfassenderer Ausbildung und erweiterten Kompetenzen geschaffen, der insbesondere für den Einsatz in Krankenanstalten konzipiert war. Unter der Implementierung eines Zwei-Grade-Mix ist demnach zu verstehen, dass auf einer Abteilung bzw. in einer Organisationseinheit neben dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Berufsangehörige nur eines der beiden Pflegeassistenzberufe überwiegend PFA und keine PA zum Einsatz kommen. Im Rahmen der GuKG-Novelle 2016 wurde festgelegt, dass der Einsatz von PA in Krankenanstalten gemäß bis 31. Dezember 2024 befristet sein sollte. Die Frage des Bedarfs am Einsatz von PA in Krankenanstalten sollte als Teil des Evaluationsvorhabens untersucht werden. Durch die GuKG-Novelle 2022 wurde diese Befristung gestrichen, sodass ein weiterer Einsatz von PA in Krankenanstalten auch nach dem 31.12.2024 möglich sein wird.

Für die Herausforderung, den Zwei-Grade-Mix mit DGKP und PFA in bereits bestehenden Teams zu etablieren, wurden unterschiedliche Wege beschritten. Zum Teil konnten Mitarbeiter:innen der Berufsgruppe der PA zur Weiterqualifizierung durch unterschiedliche Anreize/Förderungen animiert werden, zum Teil (wenn Weiterqualifizierung keine Option darstellte) wurden den PA alternative Einsatzbereiche angeboten. Fallweise kam es zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes, was mit einem Verlust von erfahrenen Arbeitskräften bzw. damit einhergehenden sozialen Belastungen innerhalb der Teams verbunden war.

Drei-Grade-Mix in Pflegeberufen

Unter einem Drei-Grade-Mix ist zu verstehen, dass in einer Organisationseinheit alle drei Pflegeberufe (DGKP, PFA und PA) arbeiten. Abteilungen oder Organisationseinheiten, die einen Zwei-Grade-Mix nicht durch personelle Umstrukturierungen hervorrufen wollten, integrierten PFA in bestehende Teams über sogenannte natürliche Abgänge (wie Pensionierungen oder Karenzierung) im Team. Diese Vorgehensweise wurde unter anderem angesichts vorherrschender Personalengpässe bevorzugt. Befürchtet wurde, dass die kategorische Umsetzung eines Zwei-Grade-Mix von DGKP und PFA angesichts der personellen Engpässe rasch an Grenzen stoßen könnte.

Die Implementierung der PFA und die damit einhergehende Änderung in der Personalzusammensetzung führten zu personellen Umstrukturierungen in den Teams und hatten veränderte Zusammensetzungen hinsichtlich der Qualifikationsniveaus auch in den jeweiligen Schichten zur Folge.

Servicedienste

Vorbereitend zu den Umstrukturierungen in Zusammenhang mit der Implementierung des neuen Pflegeassistentenberufes wurden vorab Prozesse in Richtung einer neuen Zuordnung von Aufgaben, die nicht in den Aufgabenbereich der Pflegeberufe fallen, eingeleitet: So wurden hauswirtschaftliche Tätigkeiten vollständig an „Servicekräfte“ ausgelagert. Administrative Aufgaben wurden teilweise an Stationssekretariate ausgelagert.

Ärztliche Tätigkeiten

Im Anschluss an die Überarbeitung der Verordnung für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2015, welche das Ziel einer qualitativ verbesserten Ärzteausbildung verfolgte, wurden zwischen Krankenhäusern und der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) Vereinbarungen über Ausbildungsplätze getroffen. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Vereinbarungen war und ist die Zusicherung seitens der Einrichtung, dass die Pflegefachkräfte die Übernahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gemäß ärztlicher Anordnung (§ 15 Abs. 4 GuKG und § 49 Abs. 3 Ärztegesetz) gewährleisten. Dieser Schritt sollte dazu dienen, Ärztinnen und Ärzte während ihrer praktischen Ausbildung bei bestimmten Tätigkeiten zu entlasten, indem Pflegepersonen Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie übernehmen.

Veränderte Rollen im neuen Grade-Mix

Wie die Ergebnisse der Case-Study-Analyse zeigen, gingen die Veränderungen im Grade-Mix insbesondere mit Rollenveränderungen für die DGKP einher. Charakteristisches Merkmal in der Rollenveränderung für die DGKP ist die Übernahme der „Gesamtverantwortung“, an die unterschiedliche Rollen(-erwartungen) geknüpft sind. Die Übernahme von Verantwortung gab es bereits vor der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016, die wesentliche Veränderung liegt im Aspekt der „**Gesamtverantwortung**“.

Seitens des Pflegemanagements wurden mit der Gesamtverantwortung die **Koordination und Steuerung der Abläufe** verbunden. DGKP sollen in dieser Funktion die Leistungen der Versorgung koordinieren. Dies umfasst das Delegieren von Aufgaben und die Durchführung jener Aufgaben, die nicht delegierbar sind. Dabei haben DGKP die Delegationsentscheidungen so zu treffen, dass die Pflegeassistentenberufe ihren Kompetenzbereich vielfältig und umfassend ausschöpfen können.

Aus Sicht des ärztlichen Personals haben die DGKP die **Letztverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung ärztlicher Anordnungen** und den funktionierenden, reibungslosen Ablauf stationärer Prozesse. Zudem übernehmen DGKP **Routineaufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie**. Dabei werden von den DGKP vorrangig jene Aufgaben übernommen, für die ausschließlich sie per Gesetz legitimiert sind. Die Weiterdelegation von Tätigkeiten, die gemäß den §§ 83 und 83a GuKG von Pflegeassistentenberufen durchgeführt werden dürfen, erfolgt durch die DGKP. Die Übernahme der stationären Routinetätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie nimmt aufgrund der hohen Dichte im akutstationären Bereich die größten Zeitressourcen im Dienst einer DGKP in Anspruch.

Das **Planen und Steuern von Prozessen** wird als Kernaufgabe der DGKP gesehen. Planung und Durchführung von Pflege wurden voneinander getrennt und die DGKP übernimmt in dem neuen Rollenverständnis die Verantwortung für die Planung von Pflege. Die Durchführung der Pflege wird zum größten Teil an die Pflegeassistentenberufe delegiert. Eines der Ziele, an die die Erwartungen an die DGKP geknüpft wurden, war die **Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs**.

PFA werden aufgrund ihres hohen Anteils an Tätigkeiten in der direkten Patienten-, Klienten- und Bewohnerversorgung als deren Ansprechpersonen gesehen. Eine damit einhergehende weiterführende Aufgabe ist die Berichterstattung an die DGKP. Im beruflichen Alltag übernehmen sie überwiegend Aufgaben in der sogenannten „Grundpflege“ und die pflegerische Beobachtung. PFA nehmen eine bedeutende Rolle bei der Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie ein. Die Erwartungen seitens des Pflegemanagements und der DGKP an die PFA umfassen ein flexibles Verhalten, das sich am vorherrschenden Grade-Mix je Schicht orientiert.

Auf Ebene der einzelnen Einrichtungen wurde deutlich, dass die zweijährig qualifizierte PFA ein hohes Potenzial zur Entspannung der Personalsituation birgt, etwa dadurch, dass sich die Delegationsmöglichkeiten vermehrt haben: Der zentrale Unterschied zur PA besteht in der gesetzlich eingeräumten Kompetenz der PFA zur „eigenverantwortlichen Durchführung“ der ihnen übertragenen pflegerischen oder ärztlichen Aufgaben ohne Aufsicht (vgl. (Weiss/Lust 2021, §83a Anm.2). Wie bereits bei den Ergebnissen zur Übertragung von Tätigkeiten erläutert, kommen die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von PFA und PA bei umfangreicher Berufserfahrung der PA im akutstationären Setting weniger zum Tragen. Dies ist laut den Ergebnissen aus der Case-Study-Analyse auf den Umstand zurückzuführen, dass bei einer langjährigen Zusammenarbeit bekannt ist, welche Skills und Kompetenzen PA mitbringen, und demzufolge keine unmittelbare Auf- und Draufsicht erforderlich sei. Eine Berücksichtigung von Skills erscheint angesichts dieses Umstandes in der Diskussion rund um den Grade-Mix wesentlich, insbesondere hinsichtlich des gestiegenen Bedarfs- und Komplexitätsgrades der Patientinnen und Patienten.

3.2.2 Einflussfaktoren auf den Grade-Mix

Auf das Ausmaß und die Organisation / den Ablauf in der Gestaltung des (Skill-and-)Grade-Mix einflussnehmend zeigten sich Faktoren wie die Verfügbarkeit von Pflegepersonal und Befürchtungen vor etwaigen Personalengpässen, Erwartungen an eine Kostendämpfung, Möglichkeit zur Etablierung professioneller Pflegemodelle und die Organisationskultur. In welchem konkreten Zusammenhang diese Faktoren mit der Umsetzung der Maßnahmen aus der GuKG-Novelle 2016 stehen, wird nachfolgend erläutert:

Verfügbarkeit von Pflegepersonal und Kompensation von aktuellen und zu erwartenden Personalengpässen

Die Verfügbarkeit von Pflegepersonal beeinflusste auf zwei unterschiedlichen Ebenen den Grade-Mix. Einerseits durch vorhandene oder in naher Zukunft erwartete Personalknappheit. Diese nahm eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung von Strategien und Herangehensweisen für die Einführung der PFA ein. Andererseits wurde die Attraktivität als Arbeitgeber (insbesondere der Standort) als beeinflussender Faktor für die Rekrutierung von Personal genannt, die auch geografische und regionale Aspekte umfasst.

Die Verfügbarkeit von Personal nahm auf Mikroebene Einfluss auf die Arbeitsabläufe innerhalb der Organisationseinheiten. Bei der Umsetzung neuer Qualifikationsniveaus in den Organisationseinheiten kam es zu personellen Umstrukturierungen. Überwiegend kam es durch die Implementierung von PFA zur Reduktion von DGKP. Die Ergebnisse aus der Case-Study-Analyse zeigten in den sogenannten Pilotprojekten zur Implementierung von PFA ein Verhältnis von ca. 50 Prozent DGKP und 50 Prozent Pflegeassistentenberufen oder je nach Dienstzusammensetzung im Drei-Grade-Mix auch weniger DGKP. Im Zwei-Grade-Mix der Berufsgruppen kam es zu konstanten Besetzungen der Dienste hinsichtlich der Qualifikation. Im Drei-Grade-Mix hingegen variierten die Qualifikationsstufen im Dienst je nach Verfügbarkeit. Als Mindestvorgabe galt das Vorhandensein einer DGKP im Zwölf-Stunden-Tagdienst. Aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte führte die Reduktion von DGKP in den jeweiligen Schichten zu einer erschwerten Verfügbarkeit von Ansprechpersonen im stationären Betrieb. Dies wirkte sich aus deren Sicht verzögernd auf die Abläufe aus.

Erwartungen an Kostendämpfung

Aus den qualitativen Daten der Case-Study-Analyse wurden Argumente deutlich, die auf die Notwendigkeit hinwiesen, dem gestiegenen Bedarf einer älteren Gesellschaft mit vermehrten chronischen Erkrankungen möglichst kosteneffizient zu begegnen. In einigen untersuchten Cases wurde seitens der Führungskräfte eingeräumt, dass im Zuge der Implementierung der PFA als neue Berufsgruppe die Überlegungen angestellt wurden, die Neugestaltung des Grade-Mix mit einer Kosteneinsparung zu verbinden. Diese eingesparten Ressourcen könnten dann entweder für andere strategische Ziele genutzt werden (wie die Einführung von APN) oder auch dazu dienen, dem gestiegenen Bedarf möglichst kostenneutral zu begegnen. In bestimmten Fällen konnten klinikweite

Vorgaben und Bemühungen zur Reduzierung von Pflegepersonalkosten beobachtet werden, wobei die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung dieser Maßnahmen dem Pflegemanagement oblagen.

Etablierung professioneller Pflegemodelle

Die Differenzierung der Pflegerollen wurde als bedeutender Schritt in Richtung international orientierter, professioneller Pflegepraxis verstanden. Darunter wurden insbesondere die verschiedenen Qualifikationsniveaus verstanden, die sowohl hoch qualifizierte Fachkräfte einschließen als auch qualifizierte Assistenzkräfte und spezialisierte Pflegeexpertinnen und -experten. Zusätzlich zu den im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegten Berufsgruppen wurde in einigen Fällen auch die Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) erwähnt, deren Umsetzung als wichtige Weiterentwicklung des GuKG betrachtet wurde. Vor diesem Hintergrund wurde die Einführung der neuen Berufsgruppe der PFA als Teil eines umfassenden Prozesses zur Professionalisierung der Pflege betrachtet, in dem die Implementierung der PFA lediglich den ersten Schritt darstelle und weitere Maßnahmen zur Einführung von APN unternommen werden. In anderen Cases gab es konkrete Pläne zur Implementierung von APN mit dem Ziel, dass diese Rolle die Lücken im Bereich der spezifischen Pflege von besonderen Gruppen schließen soll. Theoretische wie praktische Vorarbeiten und Pilotprojekte wurden bei internationalen Beispielen bereits geleistet (Bauer, 2020). Für die DGKP würde das eine attraktive Karriereperspektive darstellen. Details zur Rolle der APN können unter anderem bei Neumann-Ponesch und Leonie-Scheiber (Neumann-Ponesch/Leonie-Scheiber 2020) nachgelesen werden.

Organisationskultur

In einigen Erhebungen im Zuge der Case-Study-Analyse wurde darauf hingewiesen, dass die Implementierung von PFA nur ein Projekt unter vielen wäre und die Mitarbeiter:innen laufende Veränderungen gewohnt seien. Die Bereitschaft, gewisse Kompromisse für die Erreichung von Projektzielen einzugehen, war auch vom Umgang mit personellen Veränderungen abhängig.

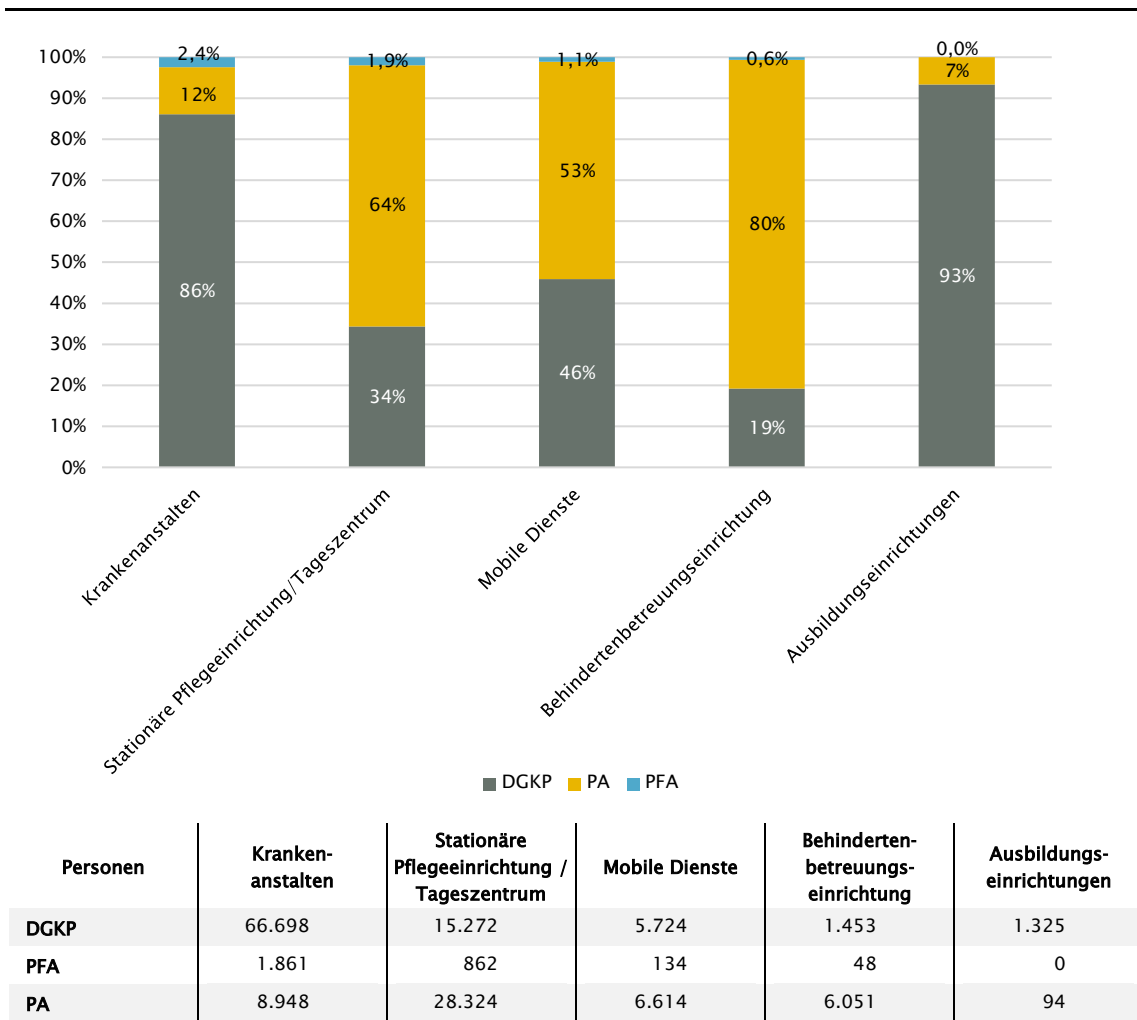
3.2.3 Quantitative Entwicklungen insbesondere im Akutbereich

Im Bereich der Sekundärdatenanalyse wurden zur Beurteilung der quantitativen Personalentwicklung im akutstationären Bereich Daten aus dem Gesundheitsberuferegister genutzt. Die Analysen zeigen, dass zum Stichtag 31. Dezember 2022 in Österreich 172.507 Personen in den GuK-Berufen im Gesundheitsberuferegister erfasst waren. Davon waren 108.804 Personen DGKP, 4.803 Personen PFA und 58.900 Personen PA. In Bezug auf die prozentuelle Entwicklung der GuK-Berufe ergab sich für das Jahr 2022 im Vergleich zu 2021 folgendes Bild: Die Gruppe der DGKP 2022 verzeichnete eine 2,7-prozentige Zunahme, während bei der PFA eine Zunahme von etwa 44 Prozent (von 3.340 auf 4.803 Personen) und bei den PA von etwa fünf Prozent festzustellen war (Pilwarsch et al. 2023).

Im Jahresbericht zum Gesundheitsberuferegister 2022 wurden wesentliche Einsatzbereiche angestellter Angehöriger der GuK-Berufe ausgewertet. Hier zeigt sich eine erhebliche Differenz im Qualifikationsmix (Grade-Mix) in den unterschiedlichen Einsatzbereichen. In Krankenanstalten dominieren mit 86 Prozent die DGKP, in den stationären Pflegeeinrichtungen / Tageszentren, mobilen Diensten sowie Behinderteneinrichtungen sind es die PA mit 64 Prozent, 53 Prozent bzw. 80 Prozent der Pflegeberufe. Der Anteil der Pflegefachassistenz ist in allen Settings noch gering (2,4 % in Krankenanstalten, 1,1 % in der mobilen Pflege, 1,9 % in der stationären Langzeitpflege und 0,6 % in Behindertenbetreuungseinrichtungen) (vgl. Abbildung 3.1). Zur Personalausstattung in akutstationären Einrichtungen vgl. Abbildung 3.1 (Pilwarsch et al. 2023).

Abbildung 3.1:

GuK-Berufe – Grade-Mix in ausgewählten Einsatzbereichen in Prozent und in absoluten Zahlen (n = 142.971, Mehrfachzuordnungen möglich) ⁴



Quelle: Gesundheitsberuferegister (GBR); Darstellung: GÖG

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine fortlaufende prozentuale Steigerung bei den Pflegeberufen zu verzeichnen ist, insbesondere eine deutliche Steigerung bei den Registrierungen von PFA. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass vermutlich eine Unterschätzung der Pensionsantritte vorliegt. Mit der Verlängerung der Registrierung erfolgt gleichzeitig eine Aktualisierung der Daten. Weitere Analysen von Sekundärdaten zur quantitativen Entwicklung des

⁴

Aufgrund der Rundung ergeben die Summen je Einsatzbereich nicht hundert Prozent. Weshalb die prozentuelle Darstellung von PFA im GuK-Berufe – Grade-Mix zur besseren Nachvollziehbarkeit mit einer Dezimalstelle ausgewiesen wird.

Pflegepersonals wurden zum Themenbereich Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung durchgeführt; die Ergebnisse dazu finden sich unter Kapitel 3.3.1.

3.2.4 Einsatzbereiche der PFA

PFA stellt im Gesundheitsberuferegister jene Berufsgruppe dar, die das stärkste Wachstum verzeichnet, was auf die erst kürzliche Neuschaffung des Berufes zurückzuführen ist. Dennoch ist der Einsatz von Pflegefachassistenz in sämtlichen Einsatzbereichen noch vergleichsweise gering (2,4 % in Krankenanstalten, 1,1 % in den mobilen Diensten, 1,9 % in der stationären Langzeitpflege und 0,6 % in Behindertenbetreuungseinrichtungen).

Zentral ist als Kriterium für die Unterscheidung, ob die PFA als zusätzliche Ressource in einem Team eingeführt wird oder aber als Ersatz angesehen wird. In letzterem Fall stellt sich die Frage, ob mit der PFA die PA ersetzt werden soll und/oder ob mit der PFA auch Stellen für die DGKP im Sinne eines neuen Personalmix substituiert werden (Pilwarsch et al. 2023).

3.2.5 Diskussion und Limitationen

Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde eine Möglichkeit geschaffen, die Aufgaben und Tätigkeiten in der Pflege zwischen den Berufen neu zu verteilen. Dabei ist zu beachten, dass im Beobachtungszeitraum des Evaluationsvorhabens noch wenige PFA im Einsatz waren und die Erfahrungen aus den Case Studies nicht generalisierbar sind. Es zeigte sich jedoch, dass die Herangehensweise sowohl über einen Zwei-Grade-Mix (DGKP & PFA) als auch über einen Drei-Grade-Mix (DGKP, PFA und PA) gelingen kann. Allerdings ist notwendig, das Zusammenspiel in der Arbeit neu zu organisieren. Offen bleibt, wie beruflich erworbene Skills gut genutzt werden können, wenn die formalen Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Als wesentliches Ziel seitens des Managements und der Trägerorganisationen wird die Kostendämpfung/Kostenneutralität formuliert; es wird meist mit Gehaltseinsparungen durch die Einführung der PFA argumentiert. Ob durch die Einführung der PFA auch qualitativ nachteilige und kostenerhöhende Effekte eingetreten sind, konnte im Rahmen des Evaluationsvorhabens nicht untersucht und beurteilt werden. Langfristig stellt sich die Frage, inwieweit eine Kostenneutralität durch günstigeres Personal überhaupt möglich ist, da der bevölkerungsbezogene Bedarf steigen wird (Rappold/Juraszovich 2019).

In den Erläuterungen zu den letzten GuKG-Novellen wurden die Grundlagen für die Etablierung der APN erst angekündigt, daher konnten neben der Implementierung der PFA keine weiteren Maßnahmen zur Einführung von APN untersucht werden, obwohl eine der teilnehmenden Organisationen den Einsatz von **Advanced Practice Nursing (APN)** als wichtigen Schritt in der Entwicklung von Expertinnen und Experten im Praxisfeld sieht und somit auch zum Teil in der Implementierung der GuKG-Novelle 2016 umgesetzt hat. Inwieweit tatsächlich eine flächendeckende Etablierung der APN-Rollen erfolgen wird, ist derzeit noch offen.

Ebenfalls unbearbeitet bleiben die im Berufsbild beschriebene Schulgesundheitspflege sowie die gemeinde- und bevölkerungsorientierte Pflege (§ 12 Abs. 5 GuKG), die insbesondere bei chronischen Krankheiten wirksam werden können (Woo et al. 2017).

3.3 Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung

Im Zuge der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 sollte auch die Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung über die Untersuchung nachfolgender Fragestellungen evaluiert werden:

- » Wie schätzen Pflegepersonen in Österreich in allen Settings den Grad der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf die Qualität und Patientensicherheit ein?
- » Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten im Hinblick auf das Verhältnis der § 14- und §§ 15- und 15a-GuKG-Tätigkeiten (insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität in Versorgungsprozessen)?
- » Welche Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen lassen sich in unterschiedlichen Settings erkennen?
- » Welche Entwicklungen lassen sich seit der GuKG-Novelle 2016 in Bezug auf Personalangebot und -nachfrage erkennen?
- » Wie werden diese Entwicklungen von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?

Im Rahmen der umfassenden Onlinebefragung für die Fokusstudie Pflege wurden zur Evaluierung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung 3.390 DGKP zu den Aspekten der Qualität und Patientensicherheit befragt (Kozisnik/Pilwarsch 2023). Während in der Case-Study-Analyse der akutstationäre Bereich im Zentrum stand, wurden mittels der Fokusstudie Pflege alle Einsatzbereiche und Settings untersucht.

3.3.1 Sicherstellung der Qualität in der pflegerischen Versorgung

Die Fokusstudie Pflege zeigte hinsichtlich der Sicherstellung der Qualität in der pflegerischen Versorgung mit rund 80 Prozent einen hohen Anteil an DGKP in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen auf, die die **Personalbesetzung für die Bewältigung der Pflegearbeit** als unzureichend bewerteten. Noch immer hoch, aber etwas reduzierter erwies sich dieser Anteil bei den mobilen Diensten (65 %), in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (60 %) und in der Primärversorgung (58 %).

Hinsichtlich der Personalausstattung für die Gewährleistung qualitativ guter Pflege zeigt sich ein ähnliches Bild. Wiederum waren die Settings der Krankenhäuser und Langzeitpflege jene Bereiche, in denen die befragten DGKP am häufigsten antworteten, dass die **Personalausstattung** nicht oder eher nicht ausreichend für **gute Pflege** sei. Die Anteile betragen 78 Prozent in den Krankenhäusern und 75 Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen. Im Bereich der mobilen Dienste belief sich

dieser Anteil auf 64 Prozent, in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen auf 57 Prozent und in der Primärversorgung auf 56 Prozent.

Für eine **Besprechung vorherrschender Pflegeprobleme** mit anderen DGKP bleibt laut Ergebnissen der Fokusstudie Pflege kaum Zeit. Rund 60 Prozent der im Krankenhaus, in der Langzeitpflege und in der Primärversorgung tätigen DGKP berichteten, keine oder eher keine Zeit für einen fachlichen Austausch über vorherrschende Pflegeprobleme zu haben. Im Setting der mobilen Dienste sowie der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen berichteten deutlich weniger DGKP, zu wenig bzw. eher zu wenig Zeit für einen fachlichen Austausch über Pflegeprobleme zu haben. Hier lag der Anteil bei den mobilen Diensten bei 41 Prozent und in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen bei 34 Prozent.

Die **Umsetzung eines Programmes zur Qualitätssicherung** wird von den befragten DGKP unterschiedlich erlebt. So geben in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen 81 Prozent an, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird. Bei den mobilen Diensten beläuft sich dieser Anteil noch auf 68 Prozent und in den Primärversorgungseinheiten auf 62 Prozent. Im Setting Krankenhaus haben 57 Prozent der DGKP angegeben, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird.

3.3.2 Ausübung der beruflichen Tätigkeit als DGKP

Zur Prüfung der Evaluationsfrage „Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten im Hinblick auf das Verhältnis der § 14 und der §§ 15 und 15a-GuKG (insbesondere im Hinblick auf Kontinuität in Versorgungsprozessen)?“ wurde im Zuge der Fokusstudie Pflege die erlebte Attraktivität im Hinblick auf die beruflichen Tätigkeiten von DGKP in verschiedenen Settings untersucht.

Fragen zur Attraktivität des Aufgabenbereiches wurden nach den unterschiedlichen Settings deskriptiv ausgewertet und Zusammenhänge der Attraktivität mit einzelnen Aspekten wie den pflegerischen Kernkompetenzen, den Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, dem Anteil in der direkten Patientenversorgung und dem generellen gegenwärtigen Aufgabenbereich untersucht. Die Zufriedenheit mit dem Anteil der direkten Versorgungstätigkeiten an den Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Bewohnerinnen und Bewohnern im Verhältnis zu den Gesamtaufgaben variiert deutlich zwischen den Settings. Besonders in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen herrscht hohe Zufriedenheit mit dem Anteil der Aufgaben in der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten (89 %), während im Krankenhaus nur 46 Prozent Zufriedenheit mit dem Anteil der direkten Versorgungsaufgaben an den Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu den Gesamtaufgaben äußerten.

Die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie wird im unterschiedlichen Ausmaß als berufliche Aufwertung empfunden. DGKP im mobilen Bereich und in der Primärversorgung erleben die Übernahme eher als aufwertend als DGKP im Krankenhaus und in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Bedeutsame und statistisch signifikante Zusammenhänge und Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität und Betreuungskontinuität nach Setting umfassen:

- » **mobile Dienste:** DGKP in den mobilen Diensten bewerten den pflegerischen Aufgabenbereich signifikant attraktiver als DGKP in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und Kur- und Rehabilitationseinrichtungen. Des Weiteren stellt der Bereich der mobilen Dienste jenes Setting mit der höchsten Zustimmung (72 %) zur Aussage, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität fördern würden, dar.
- » **Krankenhaus:** DGKP im Krankenhaus stimmten im Allgemeinen zu einem geringeren Prozentsatz der Attraktivität des Aufgabenbereichs zum Zeitpunkt der Befragung zu (27 %). Dieser liegt jedoch etwas höher als jener in den Settings der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und der mobilen Dienste. Ein beträchtlicher Anteil von 49 Prozent gab an, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität NICHT fördern würden.
- » **Langzeitpflegeeinrichtung:** Ähnlich wie im Setting Krankenhaus zeigte sich in den Einrichtungen der Langzeitpflege im Vergleich zu anderen Settings eine niedrigere Zustimmung hinsichtlich der Attraktivität des Aufgabenbereichs. 32 Prozent gaben an, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität NICHT fördern würden.
- » **Kur- und Rehabilitationseinrichtungen:** Mit 89 Prozent konnte die höchste Zustimmungsrate hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten zu den Gesamtaufgaben in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen erzielt werden. Eine hohe Zustimmung konnte ebenso hinsichtlich der Attraktivität des Aufgabenbereichs erzielt werden (70 %). Mit ebenfalls 70 Prozent erfolgte im Vergleich der Settings in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen die zweithöchste Zustimmung, dass die Arbeitsorganisation die Betreuungskontinuität fördern würde.
- » **Primärversorgung:** DGKP in der Primärversorgung bewerteten den Aufgabenbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie insgesamt attraktiver. Hinsichtlich der Arbeitsorganisation gab ein hoher Anteil von 39 Prozent an, dass die Arbeitsorganisation die Betreuungskontinuität nicht fördern würde.

Über das Setting hinausgehende statistische Berechnungen mittels ANOVA zeigten, dass ältere weibliche DGKP den Aufgabenbereich signifikant besser bewerten als jüngere Kolleginnen und insbesondere Kollegen. Generell beurteilen DGKP ihre Aufgaben als attraktiv. Wurden pflegerische Kernkompetenzen den anderen Aufgabenfeldern gegenübergestellt, wurden die Kernkompetenzen als besonders attraktiv bewertet.

3.3.3 Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen

Die Schaffung eines neuen Pflegeberufes mit der Novellierung des GuKG im Jahr 2016 sollte auch eine Entlastung der DGKP durch einen qualifizierten Assistenzberuf ermöglichen. Die Aktualisierung der Tätigkeitsbereiche und die Kompetenzorientierung haben ebenfalls Neuerungen mit sich gebracht, die es hinsichtlich der möglicherweise entstandenen Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen im Rahmen der Evaluierung zu prüfen galt.

Einerseits erfolgte dies über die qualitative Case Study und andererseits über die quantitative Untersuchung mittels der Fokusstudie Pflege.

Prinzip der maximalen Delegation

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel 3.3.2 angeführt, werden die pflegerischen Kernkompetenzen von DGKP als attraktives Tätigkeitsfeld bewertet. Wie jedoch aus den Ergebnissen der Case-Study-Analyse deutlich wurde, führen Delegationsvorgaben, orientiert an der Prämisse, alle Tätigkeiten, die unter den gesetzlichen Bestimmungen erlaubt sind, zu delegieren, zu einer standardisierten Delegation an jene Berufsgruppe, die dafür die Mindestqualifikation mitbringt. Eine daran geknüpfte Personalbemessung ermöglicht kaum Spielräume für individuelle Entscheidungen, was gegen eine Delegation von grundsätzlich delegierbaren oder weiterdelegierbaren Tätigkeiten spricht. Da pflegerische Maßnahmen in der Durchführung nahezu vollständig an Assistenzberufe delegierbar sind, befinden sich DGKP in einem permanenten Rechtfertigungsprozess bzw. empfinden ständigen Erklärungsbedarf hinsichtlich ihrer Aufgaben in den pflegerischen Kernkompetenzen. Im Falle einer zu knappen Personalausstattung bzw. bei zu hohen Fallzahlen pro DGKP bzw. in einem Regime „maximaler Delegationsvorgaben“ besteht die Gefahr, dass die fachliche Einschätzung in den Hintergrund gerät. Wo maximale Delegation „zur Norm“ wird, können Überlastungserscheinungen leicht als individualisiertes Problem betrachtet werden.

Mehrdimensionales Handeln in der Pflege im Widerspruch zur routinemäßigen Delegationspraxis

Die spezifische Pflegepersonalzusammensetzung auf den in der Case-Study-Analyse untersuchten Abteilungen mit umfassenden Maßnahmen der Reorganisation erfolgte gemäß den anfallenden Tätigkeiten im Stationsalltag und der Zuordnung nach Qualifikationsniveau, welches gesetzlich „mindestens“ erforderlich war. So wurde z. B. die körperliche Mobilisation von Patientinnen und Patienten unter den Aufgaben gemäß § 14 GuKG grundsätzlich an PFA delegiert. Solche Tätigkeiten wurden tendenziell als isolierte Handlungen betrachtet und ihre Mehrdimensionalität wurde ausgeblendet, womit auch das „pflegetherapeutische Potenzial“ weitgehend unerkannt bleiben würde (Leoni-Scheiber/Müller-Staub 2018). Gerade in der vermeintlich einfachen Tätigkeit „Mobilisation“ kommt eine Fülle an fachlichen Kompetenzen zum Tragen, wenn sie denn entsprechend umfassend genutzt wird: klinische Entscheidungsfindung, Erkennen von Zusammenhängen zwischen Wohlergehen der Patientin bzw. des Patienten und den zugrunde liegenden Krankheitsbildern, Pflegediagnosen und das Anpassen der Handlungen an den Anspruch einer situativen, individuellen Pflege. Aus fachlicher Sicht bleibt die Pflege bei einer reduzierten Betrachtung der Tätigkeit deutlich unter ihrem Wirkungspotenzial.

Ob und bei wem in welcher Situation Maßnahmen an PFA delegiert werden können und sollen, wäre vor dem Hintergrund der Bestimmungen der GuKG-Novelle 2016 weiterhin die Entscheidung der DGKP, die diese im Zusammenhang mit oben genannten Potenzialen zu prüfen hätte. Das steht im Widerspruch zu den Befunden einer routinemäßigen Delegation auf Basis von Matrizen in den Pilotprojekten und es braucht darüber hinaus entsprechende personelle Ressourcen bzw. Spielräume.

3.3.4 Berufliche Handlungsautonomie

Die Ergebnisse aus der Fokusstudie Pflege zeigten: Je höher die erlebte berufliche Autonomie und Kontrolle über die berufliche Praxis ist, desto höher wird die Attraktivität des Aufgabenbereichs bewertet. Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen „Attraktivität“ und der erlebten „Kontrolle über die berufliche Praxis“ ($p = 0$), der „beruflichen Autonomie“ ($p = 0$) und ausreichender Personalausstattung „zur Gewährleistung guter Pflege“ ($p = 0,001$) und „zur Bewältigung der Pflegearbeit“ ($p = 0$). Die Zusammenhänge sind durchwegs von mittlerer Stärke und positiv gerichtet. Diese Zusammenhänge sind einerseits statistisch hochsignifikant und besonders kritisch zu bewerten, da die Kontrolle über die berufliche Praxis mit einer ausreichenden Personalausstattung einhergeht und diese durchwegs als nicht ausreichend beurteilt wurde.

Dennoch zeigten sich in den verschiedenen Settings unterschiedliche Ausprägungen. Die ergänzend durchgeführte Varianzanalyse zur Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen der erlebten „Kontrolle über die berufliche Praxis“ und dem Setting zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen dem Setting Krankenhaus und den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ($p = 0$) sowie den mobilen Diensten ($p = 0$). DGKP im Krankenhaus bewerteten die Kontrolle über die berufliche Praxis geringer als jene in anderen Settings. DGKP im Setting der Langzeitpflege bewerteten die Kontrolle über die berufliche Praxis ebenfalls signifikant geringer als DGKP in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ($p = 0$) sowie jene aus dem Bereich „Sonstiges“ ($p = 0,001$). Im Bereich der mobilen Dienste wurde die Kontrolle über die berufliche Praxis signifikant höher bewertet als in den Langzeitpflegeeinrichtungen ($p = 0$) und dem Bereich „Sonstiges“ ($p = 0$). Dies bestätigt bereits bestehende Studienergebnisse, dass die berufliche Autonomie in pflegedominanten Settings höher ist als in medizinorientierten Settings.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen „beruflicher Autonomie“ und dem Setting zeigten sich in den Ergebnissen der Varianzanalyse ähnliche Befunde wie zur „Kontrolle über die berufliche Praxis“ und dem Setting. DGKP im Krankenhaus antworteten im Unterschied zu jenen aus dem Bereich der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ($p = 0$), der Langzeitpflegeeinrichtungen ($p = 0$), der mobilen Dienste ($p = 0$) und aus dem „sonstigen Bereich“ ($p = 0,027$), signifikant weniger „berufliche Autonomie“ zu erfahren. Des Weiteren zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen der erlebten beruflichen Autonomie in den mobilen Diensten, in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ($0,028$) sowie im „sonstigen Bereich“ ($p = 0$). Hier geben DGKP aus den mobilen Diensten eine signifikant höhere berufliche Autonomie an. Im Bereich der „sonstigen“ Settings wird berufliche Autonomie ebenfalls als signifikant geringer eingeschätzt als in den Langzeitpflegeeinrichtungen.

3.3.5 Entwicklungen bei Personalangebot und -nachfrage

Zur Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs werden in den verschiedenen Settings, abhängig von den dort vorherrschenden Kernaufgaben, Gesundheitsberufe in unterschiedlichem Ausmaß

beschäftigt. Im Folgenden wird auf die Situation des Personals in akutstationären Einrichtungen (Akutkrankenanstalten) auf Basis einer Sekundärdatenanalyse der Krankenanstaltenstatistik eingegangen. Dargestellt werden die Entwicklung der Pflegeberufe nach Personenanzahl und Vollzeitäquivalenz (VZÄ) sowie die Gegenüberstellung mit dem Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten. Da sich dieses über die letzten Jahre zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert hat, sich damit auch die Dokumentation von Kurzaufenthalten in den Krankenanstalten verändert hat, wird für das Leistungsgeschehen die Summe aus stationären Pflegetagen (PT) und den ambulanten Besuchen (B) mit VMMHG⁵ im jeweiligen Aufnahmejahr herangezogen (siehe Abbildung 3.2). Eine Darstellung für mobile Dienste bzw. den langzeitstationären Bereich kann aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht in gleicher Qualität gewährleistet werden, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird.

Die nachfolgende Tabelle 1 stellt die Entwicklung der Pflegeberufe zwischen 2011 und 2021 dar. Es fällt auf, dass es insgesamt zu einer Zunahme sowohl im Bereich der VZÄ als auch der Personenanzahl kam.

Tabelle 1

Entwicklung der Personen und VZÄ* nach Berufsgruppen 2011–2021 in österreichischen Akutkrankenanstalten

	DGKP		Pflegefachassistenz		Pflegeassistenz		Gesamt	
	VZÄ	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ	Personen	VZÄ	Personen
2011	46.706	54.241			7.483	8.524	54.188	62.765
2012	46.903	54.694			7.564	8.741	54.467	63.435
2013	47.402	55.271			7.555	8.718	54.957	63.989
2014	47.569	56.282			7.506	8.910	55.075	65.192
2015	47.839	56.488			7.546	9.074	55.385	65.562
2016	47.993	57.068			7.619	9.076	55.612	66.144
2017	48.175	58.100			7.442	9.113	55.660	67.252
2018	48.579	58.443	**	**	7.430	8.831	56.040	67.386
2019	48.885	59.589	237	472	7.227	8.648	56.348	68.709
2020	48.973	60.023	1.083	1.220	6.618	8.335	56.674	69.578
2021	49.136	59.479	1.499	1.948	6.603	8.007	57.239	69.434

* Hierzu zählt auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes in Karenz- und Mutterschaftsurlaub, sowie im Zivil- und Präsenzdienst.

**Die PFA wird ab 2019 dargestellt.

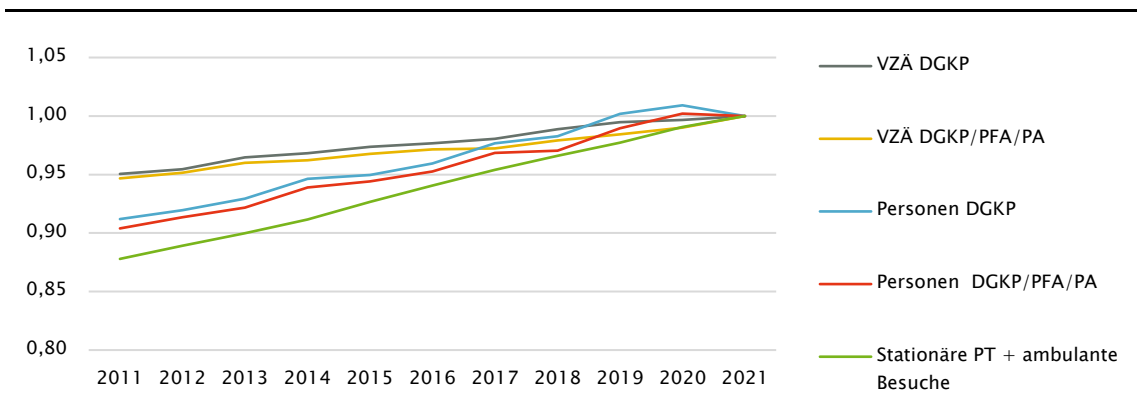
Quelle: Krankenanstaltenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

5

VMMHG sind in der Versorgungsmatrix (VM) verwendete homogene Obergruppen der Medizinischen Einzelleistungen (MEL) und Hauptdiagnosegruppen (HD) nach dem LKF-Modell vgl. Methodenband zum ÖSG 2017 (https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_MB_final.pdf, [Zugriff am 11.09.2023])

Abbildung 3.2:

Entwicklung der VZÄ bei DGKP und Anzahl der Personen sowie die theoretische Entwicklung der PT und B auf Basis des Leistungsgeschehens 2021; alle indiziert auf Basis 2021 (100 % im Jahr 2021)



Quelle: Krankenanstaltenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aus Abbildung 3.2 geht hervor, dass zwar Köpfe/VZÄ gestiegen sind, aber nicht im gleichen Ausmaß wie das Leistungsvolumen. Die Arbeitsdichte pro VZÄ/Kopf ist 2021 höher als in den vorangegangenen Jahren.

Aufgrund der Diskussionen über die hohen Teilzeitbeschäftigungen im Pflegebereich und der Möglichkeit der Einschätzung der Personenanzahl wurde eine Auswertung vorgenommen, die zeigt, wie viele Personen erforderlich sind, um 10 VZÄ zu besetzen. Diese Informationen finden sich in Tabelle 2 und weisen auf den Trend der Teilzeitbeschäftigung hin.

Tabelle 2

Anzahl der Personen, die notwendig sind, um 10 VZÄ zu besetzen, nach Berufsgruppen

Jahr	DGKP	Pflegefachassistenz	Pflegeassistenz
2011	11,6		11,4
2012	11,7		11,6
2013	11,7		11,5
2014	11,8		11,9
2015	11,8		12,0
2016	11,9		11,9
2017	12,1		12,2
2018	12,0		11,9
2019	12,2	19,9	12,0
2020	12,3	11,3	12,6
2021	12,1	13,0	12,1

Quelle: Krankenanstaltenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl der stationären Aufenthalte in Akutkrankenanstalten schwankte im Beobachtungszeitraum 2011 bis 2021 zwischen 2,71 Millionen im Jahr 2016 und 1,97 Millionen im Jahr 2020. Diese Zahlen entstammen der Krankenanstaltenstatistik des BMSGPK und bilden auch die Zeit der COVID-19-Pandemie ab. Das anteilige Verhältnis von VZÄ der verschiedenen Pflegeberufe zu der Anzahl der Aufenthalte nahm im Beobachtungszeitraum trotz Schwankungsbreiten zu. Allerdings ist diese Kennzahl vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie sowie der Verschiebung des Leistungsangebots in den spitalsambulanten Bereich schwer zu interpretieren (siehe Tabelle 3).

Dem gegenüber stehen Befunde aus der Fokusstudie Pflege, welche jene aus den Berichten und Publikationen zur Personalknappheit und zu unzureichenden Personalressourcen in der Pflege untermauern (Cartaxo et al. 2022a; Perkins 2021). Über alle Settings hinweg berichteten DGKP im Zuge der Fokusstudie Pflege zu großen und überwiegenden Anteilen, dass die Personalausstattung nicht ausreichend ist, um die Pflegearbeit zu bewältigen, bzw. die Personalbesetzung nicht oder eher nicht ausreichend ist, um gute Pflege zu gewährleisten. In der Ausprägung dieser als unzureichend erlebten Personalausstattung zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Settings (Kozisnik, 2023).

Für eine präzisiertere Dateninterpretation wurden vertiefende Analysen durchgeführt. Das altersgeschichtete Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten im Jahr 2021 wurde als Ausgangsbasis für die Überlegungen genommen und entsprechend der realen österreichischen Bevölkerungsentwicklung in die Vergangenheit projiziert, also eine Modellberechnung angestellt.

Tabelle 3

VZÄ der DGKP/PFA/PA pro 1.000 Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich

Jahr	DGKP	PFA	PA
2011	16,97		2,70
2012	17,06		2,75
2013	17,27		2,74
2014	17,22		2,70
2015	17,46		2,73
2016	17,18		2,72
2017	17,52		2,69
2018	18,56		2,84
2019	19,83	0,10	2,90
2020	24,05	0,54	3,23
2021	23,04	0,72	3,06

Quelle: Krankenanstaltenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aufgrund der Leistungsverschiebung in den spitalsambulanten Bereich wurden die Leistungen aus dem spitalsambulanten Bereich sowie die Pfl egetage gemeinsam betrachtet und dem Pflegepersonal gegenübergestellt. Dabei zeigt sich (siehe Tabelle 4

), dass sich seit 2011 die Anzahl der VZÄ um etwas weniger als zehn Prozent reduziert hat, was auf eine Arbeitsverdichtung hinweist. Dieser Effekt wurde in den Jahren der COVID-19-Pandemie nur geringfügig schwächer. Damit kann möglicherweise auch die erhöhte Belastung, welche aus den Ergebnissen der Fokusstudie Pflege hervorgeht, bestätigt werden.

Tabelle 4

Verhältnis von VZÄ der DGKP zu Pflegetagen und spitalsambulanten Besuchen 2011–2021

Jahr	VZÄ gesamt / (Pflegetage + spitalsambulante Besuche)	Indiziert
2011	3,70	108 %
2012	3,67	107 %
2013	3,66	107 %
2014	3,62	106 %
2015	3,58	104 %
2016	3,54	103 %
2017	3,49	102 %
2018	3,47	101 %
2019	3,45	101 %
2020	3,43	100 %
2021	3,43	100 %

Quelle: Krankenanstaltenstatistik; Berechnung und Darstellung: GÖG

Des Weiteren zeigen aktuelle Untersuchungen der GÖG für die aktualisierte Personalbedarfsprognose aufgrund der demografischen Entwicklung einen Bedarf⁶ an Erhöhung der Anzahl von Pflegepersonen (DGKP, PFA, PA) in den Krankenanstalten und im Langzeitbereich von 120.800 auf 143.200 im Jahr 2030, auf rund 163.500 im Jahr 2040 und auf 190.700 Pflegepersonen im Jahr 2050 zur Aufrechterhaltung des Versorgungsstandes im Jahr 2019.

Des Weiteren braucht es im Langzeitbereich zusätzliches Personal wie zum Beispiel Heimhilfen, Alltagsbegleiter:innen oder therapeutische Berufe der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) – deren Anzahl muss aufgrund der demografischen Entwicklung von rund 18.200 Personen auf 36.500 ansteigen, um die aktuelle Betreuungssituation aufrechterhalten zu können.

Gleichzeitig muss jenes Pflegepersonal, welches in Pension gehen wird, laufend nachbesetzt werden. Insgesamt sind dies bis zum Jahr 2030 rund 20.600 Pflegepersonen, bis zum Jahr 2040 werden 57.300 der aktuell beschäftigten Personen in Pension gehen und bis zum Jahr 2050 sind dies 92.100 Personen. Eine Schätzung zum sonstigen Betreuungspersonal ergibt einen Ersatzbedarf von rund 16.200 Personen.

Dies bedeutet: Um die gegenwärtige Versorgungs- und Betreuungssituation aufrechterhalten zu können, müssen

- » bis zum Jahr 2030 rund 43.200 Pflegepersonen nach- bzw. Stellen neu besetzt werden,

⁶ zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Endberichts zur GuKG-Evaluierung noch nicht veröffentlicht

- » bis zum Jahr 2040 rund 100.100 Pflegepersonen und
- » bis zum Jahr 2050 rund 162.100 Pflegepersonen.

Darüber hinaus braucht es im Langzeitbereich ergänzend mindestens 34.400 Personen aus dem Bereich des Betreuungs- und sonstigen Personals, das nicht aus dem Gesundheitsbereich stammt.

Betrachtet man den jährlichen Mehrbedarf an Pflegepersonen, so wird sich dieser in den nächsten Jahren für den akutstationären Bereich und für den Langzeitbereich zumindest zwischen 5.000 und 6.600 Pflegepersonen (DGKP, PFA, PA) pro Jahr bewegen. Dabei ist – wie bereits erwähnt – einerseits der Abgang von Pflegepersonen aufgrund von Pensionierungen und andererseits der zusätzliche Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung bei gleichbleibender Inanspruchnahme berücksichtigt. Nicht mitberechnet sind Personen, die den Beruf verlassen, ohne das Pensionierungsalter erreicht zu haben, und ein erhöhter Bedarf aufgrund von Strukturänderungen. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind allfällige Fehlbestände im Jahr 2023. Somit handelt es sich bei diesen Zahlen um eine absolute Untergrenze.

3.3.6 Diskussion und Limitationen

Limitierend sei an dieser Stelle angemerkt, dass im Zuge des Evaluationsvorhabens zur Beurteilung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf die Qualität und Patientensicherheit lediglich die Befragung von Pflegepersonen vorgesehen war. Eine standardisierte, bundesweite Erhebung von pflegesensitiven Ergebnisparametern hinsichtlich der Qualität und Patientensicherheit ist gegenwärtig nicht etabliert und dementsprechend sind keine Ergebnisse verfügbar. Dennoch erscheinen die Angaben aus der Fokusstudie Pflege hinsichtlich der Personalausstattung besorgniserregend und wurden auch in der Case-Study-Analyse aus dem ärztlichen Bereich bestätigt, wie nachfolgendes Zitat eines Arztes aus dem Case-Study-Bericht nochmals unterstreicht:

*„[...] und ich weiß jetzt nicht, ob das eine gute Idee ist, die Pflegepersonen an die Grenzen gehen zu lassen. Und ich habe das Gefühl, [...] sie gehen massiv an die Grenzen. Man muss sich vorstellen, es sind 19 schwer kranke Patienten und eine Diplom-Pflegeperson.“
(Pleschberger et al. 2021, S.67)*

Bereits bei den Ergebnissen des Case-Study-Berichts (Pleschberger et al. 2021) wurde die Bedeutung der Umsetzung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 in einen Gesamtkontext betont, der mit wachsenden Herausforderungen und nicht hinreichenden Ressourcen einhergeht.

Demgegenüber stehen Zahlen aus der Krankenhausstatistik, die auf eine Zunahme des Gesundheitspersonals hinweisen. Gleichzeitig musste während der COVID-19-Pandemie unter erschwerten Bedingungen gearbeitet werden, sodass von einer emotionalen Erschöpfung beim Personal auszugehen ist (Dingens 2020). Den Belastungsfaktoren ist jedenfalls noch konkreter auf den Grund zu gehen und angemessene Entlastungsstrategien sind zu planen. Die Belastung resultiert vermutlich auch aus der Zunahme an Auszubildenden, welche in die Routineabläufe zu integrieren sind. Ebenfalls bedarf es einer vertieften Analyse zur Ausweitung der Tätigkeiten aus

dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, die sich über die letzten Jahre intensiviert zu haben scheint. Die Zusammenführung der drei Grundausbildungen in eine generalistische Ausbildung zur DGKP wurde im Evaluationsvorhaben nicht untersucht. Aus den Praxisfeldern wird über Probleme mit der Stellenbesetzung berichtet. In einzelnen Bundesländern werden Qualifikationsmaßnahmen auf Landesebene gesetzt. Auch diese Fragestellung bedarf einer weiteren vertieften Untersuchung.

Zahlreiche Strategien und Ansätze, das Personal im Beruf zu halten, finden sich in den Pflegepersonalbedarfsprognosen der GÖG (Juraszovich et al. 2021; Rappold/Mathis-Edenhofer 2020; Rappold et al. 2021a)

3.4 Bedarfsdeckende Ausbildungskapazitäten

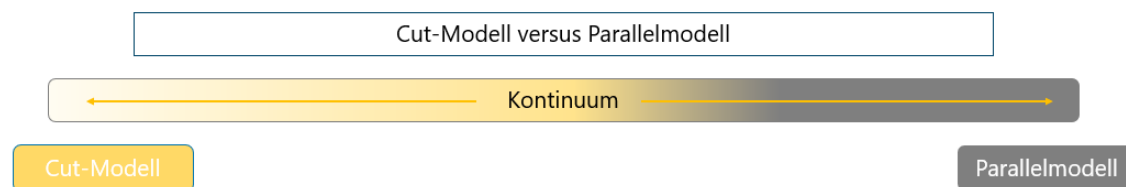
Im Arbeitspaket der deskriptiven Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen, die zu zwei Erhebungszeitpunkten (T0 = 2019 und T1 = 2023) beantwortet wurden:

- » Wie hat sich die Anzahl der einschlägigen Studienplätze an Fachhochschulen vor und seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 entwickelt?
- » Wie hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) vor und seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt?
- » Wie hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze für Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz (PA/PFA) vor und seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 entwickelt?
- » Wie gestaltet sich die Bewerberlage in allen GuK-Berufen?
- » Wie hoch ist der Anteil der Absolventinnen und Absolventen, die in den Beruf einsteigen?
- » Wie werden die Entwicklungen im Ausbildungsbereich von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?
- » Welche Veränderungen in der Ermittlung des Ausbildungsbedarfs auf Ebene der Länder lassen sich seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 beobachten?

Für das Verständnis der zusammengefassten Ergebnisse wird im Folgenden das „Kontinuum der Überführung der DGKP-Ausbildung in den hochschulischen Sektor“ beschrieben.

Abbildung 3.3:

Kontinuum der Überführung der DGKP-Ausbildung in den hochschulischen Sektor



Quelle und Darstellung: GÖG (2023)

Die Evaluierung umfasste den Auftrag, die Situation für Gesamtösterreich zu beschreiben. Für die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 wählten die einzelnen Bundesländer jedoch unterschiedliche Vorgangsweisen, die sich in dem Kontinuum von „Cut-Modell“ und „Parallelmodell“ siehe Abbildung 3.3 einordnen und für die Interpretation der quantitativen Daten ausschlaggebend waren. In Bezug auf die Überführung der DGKP-Ausbildung in den tertiären Ausbildungsbereich gab es Bundesländer wie zum Beispiel Wien⁷, das *früh* (die letzten beiden DGKP-Ausbildungen an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege starteten 2017) die Ausbildung vollständig übergeführt hatte. Dieses Bundesland gilt also im Modell als idealtypisches „Cut-Modell“. Auch Kärnten begann 2018 mit einer vollständigen Überführung an die FH, darauf folgten Niederösterreich⁸ und Oberösterreich⁹.

Das bedeutet, dass in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien an den von den Bundesländern geführten GuK-Schulen ausschließlich die Ausbildungen zur PA und PFA als Grundausbildungen in der Pflege angeboten werden und die Ausbildung zur DGKP ausschließlich an den FH stattfindet.

In Tirol sind die Ausbaurbeiten an den FH zügig und stetig vorangeschritten und es ist nach Angabe der Ländervertreterin ein klares Bekenntnis zur vollständigen Überführung vorhanden. Dennoch gibt es noch GuK-Schulen, an denen im gesetzlichen Rahmen noch Ausbildungen zur DGKP angeboten werden. Auch in Salzburg werden die Plätze an den FH kontinuierlich ausgebaut. Am Bundesförderungsinstitut (BFI) Salzburg und am Standort Tauernklinikum werden jedoch auch noch DGKP-Ausbildungen an einer GuK-Schule angeboten, weshalb diese beiden Bundesländer am Kontinuum zwischen Cut- und Parallelmodell zu verorten sind.

7

mit einziger Ausnahme der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Österreichischen Bundesheeres

8

Seit 2021 gibt es in NÖ keine Neustarts an GuK-Schulen mehr.

9

Aktuell werden nur noch über das BFI (Berufsförderungsinstitut) in Oberösterreich Sekundarausbildungen finanziert.

Am anderen Ende des Kontinuums steht das „Parallelmodell“. Bundesländer wie das Burgenland, die Steiermark und Vorarlberg haben sich in der Umsetzung der GuKG-Novelle für ein Parallelangebot der DGKP-Ausbildung, an den FH und an den GuK-Schulen, entschieden. Das bedeutet, dass in diesen Bundesländern über die gesamte Übergangsfrist auf Sekundarniveau Ausbildungen für alle drei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe angeboten werden. Nach Angaben der Ländervertreter:innen sei bis Ende 2023 genügend Kapazität vorhanden, um die Diplomausbildungen vollständig an die FH zu überführen.

Die Sekundarausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege läuft mit 31. Dezember 2023 aus (GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 120/2016). Zu diesem Zeitpunkt laufende Ausbildungen können noch nach bisheriger Rechtslage (§ 117 Abs. 27 GuKG) abgeschlossen werden. Vor dem letztmöglichen Start der DGKP-Sekundarausbildungen wurden im Sommer 2023 durch die GuKG-Novelle 2023, BGBl. I Nr. 108/2023, noch Erleichterungen betreffend den Zugang für PA und PFA zur verkürzten DGKP-Sekundarausbildung gemäß § 44 GuKG geschaffen, um für diese neben den bestehenden Ausbildungsmöglichkeiten an Fachhochschulen den Abschluss der DGKP-Sekundarausbildung noch zu ermöglichen. Nach den Informationen aus den Bundesländern wird diese Möglichkeit in fast allen Bundesländern genutzt, teilweise auch in jenen, die bereits keine dreijährige DGKP-Ausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen anbieten.

3.4.1 Entwicklung der Anzahl der Ausbildungsplätze an Fachhochschulen und GuK-Schulen

Hinsichtlich der Anzahl der DGKP-Ausbildungsplätze kann festgehalten werden, dass sich bei stark steigender Zahl an Studienplätzen an FH gleichzeitig die Anzahl an Ausbildungsplätzen für DGKP an GuK-Schulen seit 2016 stark verringert hat. Im Abschlussjahr 2022 haben erstmalig mehr DGKP ihren Abschluss an einer Fachhochschule als an einer GuK-Schule gemacht. Österreichweit hat sich die Zahl akkreditierter Gesamtplätze an FH in sieben Jahren verfünffacht. Die Zahl der Absolvierenden und Absolventen an FH hat sich seit 2016 beinahe verzehnfacht.

Insgesamt zeigt sich im für die Evaluierung beobachteten Zeitraum ein Trend zur Reduktion des Anteils an Ausbildungsplätzen für DGKP im Verhältnis zur Gesamtanzahl aller Ausbildungsplätze für GuK-Berufe. Aufgrund der hohen Intensität bzw. angesichts von Verzögerungen bei der Überführung der DGKP-Ausbildung in den tertiären Bildungsbereich in manchen Bundesländern sollte dieses Phänomen weiterhin engmaschig beobachtet und in Zusammenhang mit der Versorgungsqualität evaluiert werden.

3.4.2 Bewerberlage in GuK-Berufen

Eine wichtige Erkenntnis aus den Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten ist, dass, auch wenn die meisten verfügbaren Plätze an FH belegt werden können, die Bewerberlage hierfür in einzelnen Bundesländern als unzureichend eingeschätzt wird. Nach Angaben der Expertinnen und Experten gibt es vielfältige Gründe für die unzureichende Bewerberlage. Negative Berichterstattung in der

Öffentlichkeit, steigender Wettbewerb zwischen den Gesundheitsberufen aufgrund von Aufstockung von allen Studienplätzen und das Aufrechterhalten von zwei Zugangswegen zur DGKP sind hier anzuführen. Mit der Sekundärdatenanalyse konnte zumindest letztere Begründung auch wissenschaftlich bestätigt werden. Wie oben beschrieben, verzeichnen jene Bundesländer, die für die Überführung zum Cut-Modell tendiert haben, mehr Beginner:innen als die Bundesländer, die das Parallelmodell gewählt haben. Ähnliches wurde auch schon im Fortschrittsbericht zum Zeitpunkt T0 (Pleschberger/Holzweber 2019) beschrieben und kann mit der abermaligen Erhebung zum Zeitpunkt T1 bestätigt werden. Das Aufrechterhalten von zwei Zugangswegen zur DGKP hat auch ungünstige Auswirkungen auf die Bewerberzahlen der PFA.

Für die Nachfrage nach der Ausbildung zur PA wurde in der Fokusgruppe von den Expertinnen und Experten besonders die Bedeutung der finanziellen Förderung als Faktor hervorgehoben, da in dieser Zielgruppe verstärkt Personen wären, die schon Berufs- und Lebenserfahrung mitbringen und häufig auch finanzielle Verpflichtungen hätten.

3.4.3 Berufseinstieg von Absolventinnen und Absolventen

Im Zusammenhang mit der Tertiärisierung wurde in der Vergangenheit immer wieder die Sorge geäußert, dass die FH-Absolventinnen und -Absolventen gar nicht direkt in die Praxis der Pflege gehen würden, weshalb im Rahmen der Evaluierung auf diesen Aspekt eingegangen wurde. Es zeigt sich, dass nur wenige FH-Absolventinnen und -Absolventen (< 10 %) direkt nach dem Abschluss der Ausbildung eine Spezialisierung oder ein Masterstudium anschließen (Mogg/Engel 2022).

Quantitative Ergebnisse aus der Berufseinstiegsstudie von (Mogg/Engel 2022) zeigen, dass in den letzten fünf Jahren 93–98 Prozent der befragten Studierenden in Wien innerhalb der ersten drei Monate nach Studienabschluss ihre Berufstätigkeit in der Pflege aufnehmen. Diese Ergebnisse wurden in der Fokusgruppe validiert und auch für andere Bundesländer bestätigt. Eine Befragung von Absolventinnen und Absolventen in Vorarlberg zeigt, dass ein Großteil der Befragten innerhalb der ersten drei Monate nach Ende der Ausbildung den Beruf aufnehmen wollte; kaum jemand konnte sich vorstellen, gar nicht in der Pflege zu arbeiten (Rappold et al. 2021b).

Expertinnen und Experten der Fokusgruppe wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Verbleib im Beruf schon kurz nach dem Abschluss der Ausbildung gefährdet wäre, da die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis häufig zu Frustration bei Absolventinnen und Absolventen führe. Die Einschätzung der Expertinnen und Experten wird unter anderem von den Studienergebnissen von (Himml/Kerres 2021) untermauert, die die Belastungen und Spannungszustände auf die Differenz zwischen dem pflegerisch erforderlichen Handeln und der tatsächlich ausübbarer Tätigkeit zurückführen. Eine vermehrte Aufmerksamkeit in der praktischen Ausbildung auf die Förderung des reflexiven Denkens könne nach (Himml/Kerres 2021) zur Bewältigung der Belastungen beitragen, womit frühzeitige Berufsausstiege verhindert werden könnten. (Köstler et al. 2022) verweisen ergänzend in einer Querschnittsuntersuchung auf den positiven Zusammenhang zwischen der Bereitschaft zur beruflichen Weiterentwicklung und dem Verbleib im Pflegeberuf.

3.4.4 Relevante Entwicklungen im Ausbildungsbereich

Von den Expertinnen und Experten der Fokusgruppen wurde ein zunehmender Druck zur maximalen Auslastung der Ausbildungsplätze angesprochen, der mit dem bestehenden Pflegepersonalmangel zusammenhänge. Dies führe zu einer Herabsetzung der qualifikatorischen sowie persönlichen Anforderungen für die Aufnahme in eine Ausbildung. In der Folge ergäben sich massive Herausforderungen in der Ausbildung selbst, da Defizite im Rahmen der ohnehin als knapp erlebten Ausbildungs- bzw. Studienzeit kompensiert werden müssten. Bei PA und PFA wären insbesondere die Überwindung von Lernschwierigkeiten und Sprachbarrieren zentrale Aufgaben. Seitens der Expertinnen und Experten aus den Fokusgruppen werden begleitende und ergänzende Maßnahmen zur Reduktion des Drucks in Bezug auf maximale Auslastung gefordert sowie Ressourcen für begleitende Maßnahmen wie Lerncoaching und Sprachkurse zur Überwindung von Lern- und Sprachschwierigkeiten.

Hinsichtlich der praktischen Ausbildung werden Engpässe in der Verfügbarkeit von Praktikumsplätzen wahrgenommen und die Qualität der praktischen Ausbildung wird von den Expertinnen und Experten aus den Fokusgruppen als gefährdet eingeschätzt. Fehlende personelle Ressourcen bei den Praktikumsstellen erschweren eine qualitätsvolle praktische Ausbildung.

Ergänzende Erhebung zu zielgruppenspezifischen Bachelorstudiengängen in der Gesundheits- und Krankenpflege

In der 17. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission im Juni 2023 wurde eine ergänzende Erhebung zu zielgruppenspezifischen Bachelorstudiengängen für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich beschlossen. Die Expertinnen der Bundesländer in der Evaluierungskommission leiteten Fragestellungen an die Bundesländer weiter und übermittelten die Ergebnisse der Befragung an die GÖG.

Zielgruppenspezifische Studienplätze sind konkret für PA/PFA konzipierte Plätze in Bachelorstudienprogrammen für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ergebnisse der Befragung in den Bundesländern zeigen, dass grundsätzlich keine zielgruppenspezifischen Studienprogramme für Gesundheits- und Krankenpflege akkreditiert sind. Studienplätze für PA und PFA werden nach Prüfung der Eignung über Individualanrechnung vergeben und freie Studienplätze befüllt. Die Anzahl der PA und PFA, die einen Studienplatz erhalten, variiert nach den freien Kapazitäten. Wie viele PA und PFA bereits ein Bachelorstudium in der Gesundheits- und Krankenpflege abgeschlossen haben, konnte nicht erhoben werden. Die Anzahl an PA und PFA in Bachelorstudiengängen für Gesundheits- und Krankenpflege pro Semester variiert zwischen null und 16.

In Oberösterreich wird mit Sommersemester 2024 ein Micro-Credential „PFA-Modul“ angeboten. Dieses ist für Auszubildende der PFA ab dem 2. Ausbildungsjahr zugänglich. Nach Absolvierung dieses Moduls wird ein Einstieg in das 3. Semester des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Krankenpflege ermöglicht. Das angebotene Micro-Credential „PFA-Modul“ beinhaltet ergänzende Lehrveranstaltungen aus dem 1. und 2. Semester des Bachelorstudienganges Gesundheits- und Krankenpflege. Durch dieses Vorgehen wird ein Abschluss der PFA-Ausbildung und der DGKP-

Ausbildung innerhalb von gesamt vier Jahren (zwei Jahre PFA und weitere zwei Jahre Bachelor mit 3. bis 6. Semester) ermöglicht.

In Wien, Vorarlberg und Tirol sind berufsbegleitende Bachelorprogramme für Gesundheits- und Krankenpflege in Planung. Der Start ist mit Sommersemester 2024 bzw. für das Studienjahr 2025/26 vorgesehen.

3.4.5 Ermittlung des Ausbildungsbedarfs auf Ebene der Länder

Die Ermittlung des Ausbildungsbedarfs für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe liegt im Verantwortungsbereich der Bundesländer. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Bundesländer zur Planung von Ausbildungskapazitäten meist externe Institute oder Unternehmen mit Personalbedarfsprognosen beauftragen. Einige Bundesländer planen die Ausbildungskapazität auf Basis eigener Erhebungen. Die Bundesländer wählen hier unterschiedliche Herangehensweisen, was Intervall und berücksichtigte Faktoren betrifft. Dies ist ein Trend, der sich bereits vor der GuKG-Novelle 2016 beobachten ließ.

3.4.6 Diskussion und Limitationen

Die Analyse der Ausbildungskapazitäten zeigt einen Trend zur Reduktion des Anteils an Ausbildungsplätzen für DGKP im Verhältnis zur Gesamtanzahl aller Ausbildungsplätze für GuK-Berufe. Dies ist vor dem Hintergrund der Befunde aus der Case-Study-Analyse zur abnehmenden ärztlichen Präsenz in Krankenanstalten sowie der zunehmenden Komplexität bei Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern kritisch zu beobachten (Kozisnik et al. 2023b).

Die Verweildauer im Beruf wurde im Rahmen der Evaluierung nicht erhoben. Forschungsergebnisse dazu sind für Österreich nicht vorliegend. Informationen darüber, wie lange die Ausgebildeten in der Pflege verbleiben, liegen ebenfalls keine vor. Darüber könnte eine Analyse der Daten aus dem Gesundheitsberuferegister möglicherweise Aufschluss geben.

3.5 Einsatz von PA in Krankenanstalten

Durch die GuKG-Novelle 2016 wurde festgelegt, dass mit 1. Jänner 2025 die Berufsausübung der Pflegeassistenz in Krankenanstalten nur mehr für jene Angehörige der Pflegeassistenz möglich ist, deren Ausbildungsabschluss bis 31. Dezember 2024 erfolgt. Die weitere Berufsausübung konnte gemäß § 117 Abs. 23 GuKG durch eine Verordnung des BMSGPK festgelegt werden, sofern

1. die Evaluierung gemäß Abs. 21 Z 6 unter Bedachtnahme auf ein einstimmiges Gutachten der Kommission gemäß Abs. 22 ergibt, dass zur Sicherung der pflegerischen und medizinischen Versorgung ein Bedarf, Pflegeassistenz in Krankenanstalten einzusetzen, über den 1. Jänner 2025 hinaus besteht, oder
2. die im Rahmen der Evaluierung gemäß Abs. 21 Z 6 durch die Länder durchgeführte Erhebung ergibt, dass ein Bedarf, Pflegeassistenz in Krankenanstalten einzusetzen, in mindestens drei Bundesländern über den 1. Jänner 2025 hinaus besteht, oder
3. das einstimmige Gutachten der Kommission gemäß Abs. 22 ergibt, dass erhebliche Mehrkosten in mindestens drei Bundesländern entstehen.

Wie bereits unter Kapitel 3.2.1 angeführt hat sich seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 bereits vor Abschluss der GuKG-Evaluierungsstudie eindeutig gezeigt, dass aufgrund des hohen Pflegepersonalbedarfs das in § 117 Abs. 23 GuKG vorgesehene Auslaufen der Tätigkeit von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Krankenanstalten ab 1.1.2025 nicht zielführend ist. Daher wurde im Rahmen der GuKG-Novelle 2022 die Befristung betreffend die Möglichkeit des Einsatzes von PA in Krankenanstalten gestrichen. Eine weitere Evaluierung im Rahmen der GuKG-Evaluierungsstudie war daher nicht mehr erforderlich., weshalb hierzu im Endbericht keine weiteren Erläuterungen enthalten sind.

3.6 Programmtheorie zur Implementierung der GuKG-Novelle in die berufliche Praxis

Die Zusammenführung der Ergebnisse im Sinne eines Action Model zur Umsetzung der Implementierung und damit einhergehender Kontextfaktoren und deren Wirkebenen (Change Model mit erwirkten Ebenen der Veränderungen) soll eine Einordnung der jeweiligen Antworten zu den einzelnen Evaluationsfragen in einen Gesamtkontext ermöglichen.

3.6.1 Action Model

Akteurinnen und Akteure kennzeichnen sich durch Umsetzung verschiedener Maßnahmen in die Berufspraxis. Im ersten Schritt wird im sogenannten Action Model das Zusammenspiel der verschiedenen Akteurinnen und Akteure bei der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 beschrieben. Das Action Model setzt sich in Anlehnung an (Chen 2012) aus dem bzw. der Auftraggeber:in, der Zielpopulation, denjenigen, die die Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 umsetzen, also den umsetzenden Organisationen und Stakeholdern, den Maßnahmen zur Umsetzung (den durchgeführten Interventionen) sowie aus den Kontextfaktoren Ressourcen und Umwelten zusammen (siehe auch Abbildung 3.4).

Auftraggeber

Die implementierende Organisation ist das BMSGPK, das für die Vorbereitung der GuKG-Novelle 2016 verantwortlich ist. Gemäß GuKG § 117 Abs. 21 hat der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz die Umsetzung der Bestimmungen aus der GuKG-Novelle 2016 zu evaluieren. Dies erfolgt unter Begleitung der gemäß § 117 Abs. 22 GuKG eingerichteten Kommission aus Expertinnen und Experten des BMSGPK, den Bundesländern und dem BMF.

Die Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 beinhaltet – wie bereits in der Einleitung beschrieben und hier nochmals als Maßnahmen der Veränderung angeführt – folgende Maßnahmen (Parlament Österreich, S-2).

- » neues, aktualisiertes Berufsbild sowie Ablösung der in der Praxis zu Anwendungsproblemen geführt habenden Tätigkeitsbereiche durch einen neu gestalteten Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der den Anforderungen der unterschiedlichen Settings Rechnung trägt und praxisorientiert gestaltet ist, sowie Ermöglichung neuer Spezialisierungen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Berufs
- » Einführung der Pflegefachassistenz als weiteren Pflegeassistentenberuf, der mit einer aufbauenden, vertiefenden und erweiternden Qualifikation eine weitergehende Delegationsmöglichkeit ohne verpflichtende Aufsicht eröffnet
- » Beibehaltung des Berufsbildes der Pflegehilfe als Pflegeassistent, insbesondere im Hinblick auf die Kompatibilität mit den auf Landesebene geregelten Sozialbetreuungsberufen sowie auf die Erfordernisse der Erwachsenenbildung, einschließlich der Aktualisierung des Tätigkeitsbereichs
- » fachlich und organisatorisch angemessene Regelungen für das Setting Langzeitpflege und das Setting Behindertenarbeit und ihre settingspezifischen Versorgungserfordernisse, die auch den Vorgaben der UN-Behindertenkonvention entsprechen
- » Zugang zur Berufsreifeprüfung für die Pflegefachassistenz entsprechend der medizinischen Fachassistenz nach dem Medizinischen Assistenzberufe-Gesetz (MABG)
- » Auslaufen der speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege
- » Auslaufen der Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an den im Sekundarbereich angesiedelten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und damit Überführung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Ausbildungssektor im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist
- » Möglichkeit der Weiterführung der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen für die Ausbildungen in den Pflegeassistentenberufen
- » Liberalisierung der Berufsausübung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – vollständige Ablösung der Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben durch das bereits etablierte generelle Anerkennungssystem von Universitäts- und Fachhochschulausbildungen in den Bereichen der Lehre und des Managements
- » Modernisierung der bisherigen Sonderausbildungen für Spezialaufgaben, neues, zeitgemäßes Ausbildungssystem für den Erwerb von Spezialqualifikationen (Kompetenzvertiefung und Befugnisserweiterung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

- » Festlegung weiterer Spezialisierungen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entsprechend dem setting- und zielgruppenspezifischen Versorgungsbedarf (Parlament Österreich, S. 2)

Zielpopulation

Die Zielgruppen, die von den getroffenen Maßnahmen betroffen sind, sind demnach jene der Pflegeberufe (DGKP, PFA und PA), aber auch die Organisationen und Einrichtungen auf allen Versorgungsebenen, in denen diese tätig werden.

Umsetzer:innen

Die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich erfolgt auf Bundesebene und wird in der Regel vom Bundesministerium für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz (BMGSPK) initiiert. Auf Ebene der Bundesländer verantworten nach der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die neun Bundesländer die strategische Planung und Finanzierung und stellen demzufolge Rahmenbedingungen, strategische Vorgaben und finanzielle Ressourcen zur Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 auf. Diese Zuständigkeit besteht auch für die Bereiche Langzeitpflege und mobile Pflege, wenn auch in diesen Bereichen andere Finanzierungs- und Planungslogiken gelten. Die Ebene der Trägerorganisationen setzt Vorgaben um und trifft Maßnahmen zur konkreten Implementierung in Einrichtungen und Abteilungen zur Patientenversorgung sowie in den Ausbildungseinrichtungen. Die Sozialversicherungen spielen als Zielsteuerungspartner insbesondere in der Finanzierung eine Rolle sowie in der Umsetzung des § 15a GuKG. Nachfolgend werden die in der GuKG-Evaluierung identifizierten Interventionen seitens der Bundesländer und Trägerorganisationen erläutert:

Identifizierte Interventionen auf Ebene der Bundesländer und Trägerorganisationen

- a) Systematische Erhebung von Ausbildungsbedarf

Die Bundesländer beauftragen für die Erhebung und Planung von Ausbildungskapazitäten in den Pflege- und Gesundheitsberufen meist externe Institute oder Unternehmen mit Personalbedarfsprognosen. Vereinzelt planen Bundesländer Ausbildungskapazitäten auf Grundlage eigener Erhebungen. Intervall und Methode wie auch in der Prognose berücksichtigte Faktoren variieren zwischen den Bundesländern. Methoden zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs wurden jedoch in allen neun Bundesländern als Grundlage für die Bedarfsplanung von Ausbildungsplätzen eingesetzt.

- b) Schaffung von Ausbildungskapazitäten

Auf Basis der Bedarfsberechnungen wurden Ausbildungskapazitäten in quantitativer Hinsicht geschaffen, sowie neue Wege und Möglichkeiten der Ausbildung für die Pflegeberufe. Diese quantitativen Erweiterungen von Ausbildungskapazitäten betraf insbesondere

den Ausbau von Bachelorstudienplätzen an FH-Standorten und die Schaffung von Ausbildungsplätzen für PFA.

Hinsichtlich der Ausbildungswege für Pflegeberufe wurde in den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Wien das sogenannte Cut-Modell vollzogen. Die DGKP-Ausbildung an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege in landesgeführten Einrichtungen wurde eingestellt und ausschließlich an Fachhochschulen angeboten. Die Bundesländer Burgenland, Steiermark, Salzburg, Tirol und Vorarlberg boten die Ausbildungen zur DGKP bis zum Ende der Übergangsfrist am 31. Dezember 2023 parallellaufend an. Ausbildungskapazitäten und deren Finanzierung wurden für die PFA-Ausbildung in Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege bereitgestellt. Im berufsbildenden Schulwesen wurden neue Schulformen geschaffen (z. B. an Höheren Lehranstalten für Pflege- und Sozialbetreuung Ausbildungen zur Pflegeassistenz und/oder Pflegefachassistenz). Mit 2023 wurde auch der Weg für Lehrberufe in der Pflege geebnet (PFA, PA), diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Berichts.

c) Schaffung finanzieller Anreizsysteme

Das vom BMSGPK initiierte Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz (PAusbZG) wurde zur finanziellen Unterstützung von Menschen in Ausbildung im Bereich der Pflege und Betreuung geschaffen. Personen, die keine existenzsichernden Leistungen vom AMS bekommen, erhalten monatlich einen Ausbildungsbeitrag von mindestens 600 Euro (BMSGPK 2023). Diese Maßnahme, die seitens des BMSGPK getroffen wurde, kommt in den Bundesländern zur Anwendung und wird zum Teil durch Unterstützungsleistungen auf Landesebene ergänzt.

Zusätzlich zum Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz wurde im Zuge des Pflegereformpakets beschlossen, ein Pflegestipendium einzuführen. Dieses soll Personen, die erst später in den Pflegeberuf einsteigen oder wiedereinsteigen wollen, bei der Ausbildung unterstützen (BMSGPK 2023).

d) Anwendung neuer Curricula in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Umsetzung, des im Jahr 2020 publizierte Curriculum zur PA- und PFA-Ausbildung (Pfabigan et al. 2020) in den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege ist geplant und in Vorbereitung.

e) Umbau im Grade-Mix

Wie im Case-Study-Bericht ausgeführt, kam es im Zuge der Implementierung der neuen Pflegeberufsgruppe PFA in sogenannten Re-Organisationsmodellen, Integrationsmodellen oder Add-on-Modellen zum Umbau in der Organisation von Pflege, insbesondere in der Personalzusammensetzung. Der Umbau im Grade-Mix erfolgte im Rahmen der strategischen Vorgaben der Bundesländer oder auch der Trägerorganisationen selbst sowie der vorherrschenden Bedingungen bezüglich Verfügbarkeit von Pflegepersonal am Arbeitsmarkt.

Zum überwiegenden Teil konnten im Zuge der Evaluation sogenannte Re-Organisationsmodelle ausfindig gemacht werden, die mit einer Zusammenlegung von Abteilungen und daraus resultierend mit vergrößerten Organisationseinheiten einhergingen und in denen die Implementierung von PFA tendenziell über einen Ersatz von DGKP erfolgte. In diesen Umstrukturierungen wurden zum Teil klare Vorgaben im Grade-Mix mit Top-down-Ansatz getroffen, die es zu erreichen galt. Andere Einrichtungen wiederum bevorzugten ein sogenanntes Integrationsmodell, bei dem natürliche Abgänge durch Pensionen oder Karenzierungen genutzt wurden, um PFA zu implementieren. Das Ausmaß der Re-Organisation in diesen Abteilungen war in diesem Fall deutlich geringer und es wurden keine gezielt getroffenen Personalumstrukturierungen im Top-down-Ansatz wie im Re-Organisationsmodell vorgenommen.

Im Zuge des Evaluationsvorhabens konnte eine Einrichtung ermittelt werden, welche für die Implementierung der PFA zusätzliche Dienstposten zur Verfügung stellte und versuchte, eine Entlastung des Pflegepersonals und Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber herbeizuführen. Auch bei diesem Umbau im Grade-Mix war der Aufwand in der Organisationsentwicklung im Vergleich zum Re-Organisationsmodell geringer. Personelle Umstrukturierungen vorhandener Pflegepersonen wurden nicht vorgenommen.

Des Weiteren wurden nach der PFA vereinzelt auch Advanced Practice Nurses implementiert, die der erhöhten Komplexität der Klientel Rechnung tragen sollen.

f) Erstellung von Delegationsvorgaben

Wie bereits ausführlich im Case-Study-Bericht von (Pleschberger et al. 2021) ausgeführt und im gegenständigen Ergebnisbericht zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 erwähnt, kam es insbesondere in den sogenannten Re-Organisationsmodellen zu standardisierten Delegationsvorgaben bzw. wurden Delegationsmatrizen in den Trägereinrichtungen entwickelt, die auf Ebene der Abteilungen bzw. Fachabteilungen gemeinsam von der ärztlichen und pflegerischen Leitung präzisiert wurden. Jedenfalls wurden seitens der Trägereinrichtungen Vorgaben zur Delegation erstellt und durch die Organisationsform der Pflege und die personelle Ausstattung Spielräume für individuelle Delegationsentscheidungen geschaffen. Begleitende Fortbildungen und Teamschulungen wurden angeboten.

g) Adaptierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogrammen

Fortbildungsmaßnahmen zur Bekanntmachung der mit der GuKG-Novelle 2016 einhergehenden Änderungen für die Pflegepersonen wurden getroffen. Insbesondere zu den Erweiterungen des Aufgabengebiets hinsichtlich der Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie wurden Schulungen und Fortbildungen angeboten.

Die Weiterqualifizierung von PA zu PFA wurde aktiv in den Einrichtungen beworben und deren Ermöglichung unterstützt.

Die in der Case Study nachdrücklich seitens der PFA und des Pflegemanagements geforderte Möglichkeit zur Weiterqualifizierung von PFA zu DGKP wird einerseits über Individualanrechnungen an Fachhochschulen ermöglicht und andererseits, wie die ergänzende

Erhebung zu zielgruppenspezifischen Studiengängen für PFA zeigt, über gesonderte Berücksichtigung in FH-Studiengängen.

Die durchgeführten Interventionen zur Umsetzung unterscheiden sich je nach vorab getroffener Strategie, den vorliegenden Rahmenbedingungen in den Bundesländern und den zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln bzw. deren Verteilung und führen auf Ebene der Trägerorganisationen (wie die Ergebnisse der Evaluation zeigten) zu unterschiedlichen Ausgestaltungen.

Kontextfaktoren

Parallel zur GuKG-Novelle 2016 fanden weitere Initiativen, Maßnahmen und gesundheitssystemische Veränderungen statt, die zwar nicht unmittelbar in Zusammenhang mit den Maßnahmen der GuKG-Novelle stehen, jedoch kontextuell ebenfalls auf die pflegerische und gesundheitliche Versorgung in Österreich Einfluss nehmen. Nachfolgend sollen einige in den Ergebnissen der Evaluation ersichtliche Kontextfaktoren auf Makroebene angeführt werden. Limitierend sei an dieser Stelle ergänzt, dass es sich bei den angeführten kontextuellen Faktoren um keine abschließende Aufzählung handelt, sondern um Faktoren, die aus den Ergebnissen zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 hervorgingen.

So sieht das aktuelle Regierungsprogramm 2020–2024 (Bundeskanzleramt 2020) Maßnahmen wie die Umsetzung der Pilotprojekte zu Community Nursing vor sowie andere Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation. Mit dem Prozess der Taskforce Pflege (Rappold et al. 2021c) wurden unter einem breiten Beteiligungsprozess Themenfelder für die strategische Weiterentwicklung der Pflegeversorgung beschrieben, was in unterschiedliche Vorhaben mündete. Beispielsweise wurden das Pflegeausbildungs-Zweckzuschussgesetz (PAusbZG) und die Erleichterung des Berufseinstiegs für ausländisches Personal (Nostrifikation) während des Evaluationszeitraums umgesetzt und tangieren die Umsetzung der Änderungen aus der GuKG-Novelle 2016, weshalb bereits weitere Novellierungen des GuKG 2022 und 2023 vorgenommen wurden. Die Maßnahmen rund um die Schaffung von Anreizsystemen, wie die Förderung von Auszubildenden für Pflegeberufe gemäß PAusbZG, wurden deshalb in das Action Model unter Interventionen zur Umsetzung aufgenommen.

Im Hinblick auf den prognostizierten steigenden Pflegebedarf aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme chronischer Erkrankungen wird der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften ebenso steigen (Rappold/Juraszovich 2019). Gleichzeitig werden vermehrte Berufsaustritte, auch befeuert durch die COVID-19-Pandemie, beschrieben. 45 Prozent der österreichischen Pflegefachkräfte im Akutbereich denken laut einer repräsentativen Onlineumfrage regelmäßig an einen Berufsausstieg (Gferer/Gfere 2021) oder über einen beruflichen Umstieg nach (Them et al. 2009). Diese Entwicklungen spiegeln sich jedoch im Gesundheitsberuferegister nicht wider, dort sind die Zahlen tendenziell steigend. Dies mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass sich Pflegepersonen nach einem Berufsaus- oder -umstieg nicht aus dem Gesundheitsberuferegister austragen oder umschreiben lassen. Zugleich kommt es zu negativen Berichterstattungen bezüglich Personalmangel und belastender Faktoren in den Medien ohne die Darstellung der gesellschaftlichen Bedeutung und Wirksamkeit von Gesundheits- und Krankenpflege, die damit das Image der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit beeinflussen. Die hohe Zahl an Berufsausstiegen und

die negative Berichterstattung stellen ein internationales Problem und Phänomen dar, weshalb die WHO in Zusammenarbeit mit dem International Council of Nursing 2021 einen weltweiten Aufruf an die nationale Gesundheitspolitik startete, in die Pflegeversorgung und das Pflegepersonal zu investieren, und das Jahr 2020 zum offiziellen Jahr der Pflege und Hebammen ausrief (WHO 2020).

Aufgrund sinkender Geburtenraten und des erhöhten Bedarfs kommt es in allen Gesundheitsberufen zu personellen Engpässen. Dieser zeigt sich bereits bei der Befüllung von Ausbildungsplätzen, was zu einer gewissen Konkurrenzsituation zwischen den Gesundheitsberufen und auch den Settings führt. Insgesamt zeigt sich die Auswirkung der demografischen Entwicklung sowohl beim Personalmangel als auch beim erhöhten Pflegebedarf älterer Personen. Des Weiteren nehmen Altersbilder und der Stellenwert des alten Menschen in der Gesellschaft Einfluss auf die Berufswahl, insbesondere die Pflegeberufe betreffend (Riemer 2013).

In Österreich sind die Zuständigkeiten im Gesundheits- und Pflegesystem fragmentiert. Datenübertragungen und Nutzung für österreichweite Forecastings, Planung und Qualitätsmessungen sind dadurch nur eingeschränkt und unter vermehrten Aufwand möglich. Elektronische Lösungen werden gegenwärtig forciert und die Digitalisierung wird über die nationale Kompetenzstelle für Digitalisierung vorangetrieben (Rappold et al. 2021c).

Stakeholder / sonstige relevante Player

Relevante Stakeholder und Player ergeben sich durch Aufbau und Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems in Österreich. Hier sind über die Bundes-Zielsteuerungsvereinbarung insbesondere die Träger der Sozialversicherungen anzuführen sowie die Sozialpartner. Auf landespolitischer Ebene sind dies die Landessozialreferentenkonferenz (LSRK) und die Landesgesundheitsreferentenkonferenz (LGRK) sowie andere Bundesministerien und Berufsvertretungen, insbesondere der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband und die Österreichische Ärztekammer.

3.6.2 Change Model

Das Change Model beschreibt, wie und warum die Maßnahmen zur GuKG-Novelle 2016 zur Wirkung kommen und welche Ergebnisse dadurch erreicht werden können. Das Change Model umfasst als Hauptkomponenten erstens den Kontext mit den Voraussetzungen und Bedingungen für eine Wirkungsentfaltung, zweitens die Wirkebenen und -stränge, drittens die mediierenden Einflussfaktoren und viertens den Endpunkt, das intendierte Ergebnis.

Voraussetzungen und Bedingungen für die Wirkung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016

Voraussetzungen und Bedingungen sind entscheidend dafür, ob Wirkmechanismen aktiviert werden können und sich in weiterer Folge eine Wirkung entfalten kann. Aus den Ergebnissen der

methodischen Bausteine zur Evaluierung konnten nachfolgende Aspekte aufgezeigt werden, die als Voraussetzung gegeben sein mussten, um Maßnahmen in die Umsetzung bringen zu können.

- » ausreichende und bedarfsdeckende Ausbildungsplätze und -kapazitäten (siehe Endbericht zur „Deskriptiven Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege“)
- » ausreichende Personalausstattung für gute und qualitätsvolle Pflege (siehe Endbericht Teil B zur Fokusstudie Pflege und Case-Study-Bericht)
- » Anpassung relevanter Gesetze für die Umsetzung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 wie des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) oder abrechnungsrelevanter Regelungen etwa zur Finanzierung von Leistungen der mobilen Hauskrankenpflege etc.
- » Bereitschaft der Stakeholder, an der Umsetzung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 mitzuwirken
- » Bekanntheit des Berufsbildes und der Kompetenzbereiche der Pflegeberufe

Wirkebenen und -stränge

Unter vorherrschen, der im vorangegangenen Kapitel 3.6.2 beschriebenen Voraussetzungen, konnten in den Ergebnissen der methodischen Bausteine der Evaluation unterschiedliche Wirkungen und Wirkweisen identifizieren werden. Die Wirkstränge und -mechanismen werden in Abbildung 3.4 dargestellt. Wesentlich in der Interpretation der Abbildung ist, dass die Wirkebenen von links nach rechts zu lesen sind und kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse darstellen und sich dabei in zwei Wirkstränge ausdifferenzieren.

Der obere **1. Wirkstrang** in Abbildung 3.4 umfasst die **professionelle Ausschöpfung gegebener Handlungsspielräume**. Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde durch die Kompetenzorientierung und unter Hinzuziehung eines weiteren Pflegeassistentenberufes die Schaffung von Handlungsspielräumen für die Pflegeberufe ermöglicht. Die Ergebnisse der Evaluierung zeigen unterschiedliche Herangehensweisen zur **Schaffung und Nutzung** dieser **Spielräume**. Die Ergebnisse der GuKG-Evaluierung haben aufgezeigt, dass unter Rahmenbedingungen, die sich an den Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten sowie an den Bewohnerinnen und Bewohnern orientieren (person-centered care), situationsangemessene Entscheidungen durch qualifiziertes Pflegepersonal getroffen werden und basierend darauf die Aufgaben kompetenzorientiert verteilt werden. Wodurch in weiterer Folge (mittelfristig) ein an den **Versorgungsansprüchen orientierter Grade-Mix** und eine **funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit** ermöglicht werden kann. Wesentlich hierfür ist ein sich an Kompetenzen orientierender Grade-Mix. Langfristig können dadurch Versorgungskontinuität und Pflegequalität sowohl in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung erreicht werden und in weiterer Folge einen Beitrag zur Überwindung von Schnittstellen im Versorgungssystem leisten.

Aus den Ergebnissen der unterschiedlichen methodischen Bausteine der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 konnte ein **2. Wirkstrang** (unterer Wirkstrang) destilliert werden (siehe Abbildung 3.4). Im ersten Schritt zeigte sich, dass unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen und Bedingungen die Berufsangehörigen den Aufgabenbereich und insbesondere die pflegerischen Kernkompetenzen als **attraktiv** beschreiben. Wie die Ergebnisse der Fokusstudie Pflege zeigten, hängt die Attraktivität signifikant mit der erlebten Kontrolle über die berufliche Praxis, der vorhandenen

Personalausstattung und der beruflichen Autonomie zusammen. Die wissenschaftlichen Befunde (Aiken/Fagin 2018; Cartaxo et al. 2022c; Kramer et al. 2008; Kutney-Lee et al. 2009) zeigten den Zusammenhang zwischen erlebter beruflicher Autonomie und Kontrolle über die berufliche Praxis und der Berufszufriedenheit, weshalb die Zunahme an Berufszufriedenheit und Berufsverweildauer als mittelfristiges Ergebnis in das Change Model aufgenommen wurde.

Bei gesteigerter oder vorhandener Berufszufriedenheit können frühzeitige Berufsaustritte verhindert und/oder reduziert werden, was einen Beitrag zur Erreichung einer als ausreichend empfundenen Verfügbarkeit von qualifiziertem Pflegepersonal leisten kann.

Beide Wirkstränge können demnach zum übergeordneten Ziel der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch verbesserte Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals beitragen.

Mediierende Faktoren auf Wirkmechanismen

(von Werthern 2020) erläutert, dass bestimmte Faktoren (mediierende Faktoren) einerseits Einfluss auf das Programm (also auf die mit der GuKG-Novelle 2016 einhergehenden Wirkungen) nehmen können, aber andererseits auch vom Programm beeinflusst bzw. von diesem aktiviert werden können. Drei dieser mediierenden Faktoren konnten aus den Ergebnissen der methodischen Bausteine zur GuKG-Evaluierung identifiziert werden.

Rahmenbedingungen

Ausgehend von der Forschung rund um sogenannte Magnetkrankenhäuser wurden international Rahmenbedingungen für die Ausübung von Pflege untersucht. Im Fokus dieser Untersuchungen standen die Zusammenhänge zwischen den Rahmenbedingungen und Patientenoutcomes, insbesondere Komplikationsraten und Mortalität, Berufszufriedenheit und Burn-out. In den Forschungsergebnissen konnten 14 Faktoren identifiziert werden, die zu positiven Rahmenbedingungen für die Ausübung einer qualitätsvollen Gesundheits- und Krankenpflege beitragen:

- » Die Qualität der Pflegeführung drückt sich in der Fürsorglichkeit gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten aus.
- » flache, dynamische Organisationsstruktur, die Veränderungen gegenüber flexibel agieren kann
- » Der Managementstil sorgt für ein Umfeld, das Partizipation unterstützt. Feedback auf allen Ebenen der Organisation ist erwünscht.
- » partizipative Personalpolitik, wettbewerbsfähige Entlohnung und Sozialleistungen. Der Skill-Mix soll zu einer gesunden und sicheren Arbeitsumgebung beitragen und hochwertige Versorgung sicherstellen.
- » Anwendung fachlicher Pflegemodelle, in denen Pflegende für die eigene Praxis und Koordination der Pflegearbeit verantwortlich sind
- » Versorgungsqualität und Pflegequalität stehen im Fokus.
- » Qualitätsverbesserung ist die Grundlage für Strukturen und Prozesse.
- » Adäquate Ressourcen und Unterstützung seitens der Organisation werden geboten.

- » Die berufliche Autonomie ist gegeben und die Pflegekräfte arbeiten autonom nach professionellen Standards.
- » Gemeinschaft und Allianzen zwischen Gesundheitseinrichtungen werden gefördert.
- » Pflegekräfte sind in die Bildungsaktivitäten innerhalb der Einrichtung eingebunden, Mentoring- und Entwicklungsprogramme für Mitarbeiter:innen sind etabliert.
- » Leistungen der Pflege werden von anderen Berufsgruppen als essenziell angesehen und sind für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten unverzichtbar.
- » Interdisziplinäre Beziehungen werden wertgeschätzt und Strategien für Konfliktmanagement können bei Bedarf genutzt werden (Wiskow et al. 2010).

Diese Komponenten schaffen Rahmenbedingungen, innerhalb deren eine qualitätsvolle Ausübung von Gesundheits- und Krankenpflege möglich und demnach die Arbeitszufriedenheit hoch ist sowie die Komplikationsraten bzw. Mortalität niedrig gehalten werden können (Aiken et al. 2002).

Aktuelle Studien untersuchen den Zusammenhang von mangelhaften Rahmendbedingungen und pflegesensitiver Outcomes im österreichischen Kontext unter anderen (Cartaxo et al. 2022c). Durch die sogenannte MISSCARE-Austria-Studie konnten (Cartaxo et al. 2022c) aufzeigen, *„dass potenziell ineffiziente Arbeitsprozesse (wie durch Multitasking oder wiederholte Unterbrechungen) in Verbindung mit Personalmangel, erhöhtem Versorgungsaufwand und gesteigerter Aufnahme- und Entlassungsdynamik, Erschöpfung des Pflegepersonals und mangelnder Unterstützung seitens der direkten Führung“* besondere wichtige Einflussfaktoren bezüglich unterlassener Pflegeleistungen und damit einhergehender Komplikationsraten darstellen (Cartaxo et al. 2022c, S. 63).

Negative Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten durch unterlassene Pflegeleistungen sind umfangreich beforscht. Unter anderem zählen dazu Stürze mit schweren Verletzungen, nosokomiale Infektionen, Medikationsfehler oder Dekubitusentstehung (Kalánková et al. 2020). Auch auf das Pflegepersonal haben unterlassene Pflegeleistungen Einfluss, dazu zählen u. a. eine geringe Berufszufriedenheit und Überlegungen, den Beruf zu verlassen (Bragadóttir 2022; Jones et al. 2015).

Rahmenbedingungen beeinflussen somit die professionellen Handlungsspielräume und Autonomie. Einerseits wurden aufgrund bereits vorherrschender Rahmenbedingungen gewisse Umsetzungsstrategien verfolgt, wie z. B. die Entwicklung zu einer vermehrten Funktionsorientierung unter der Prämisse der maximalen Delegation. Andererseits können durch eine zusätzlich qualifizierte pflegerische Fachassistenz im Grade-Mix auch andere Rahmenbedingungen und positive, attraktive Berufsbilder geschaffen werden, wie z. B. das Add-on-Modell zur Implementierung der PFA zeigte. Die Prüfung von Rahmenbedingungen und deren Gestaltung erscheint für die Ermöglichung beruflicher Autonomie mit Handlungsspielräumen für professionelle Gesundheits- und Krankenpflege wesentlich. Hierzu kann die Forschung rund um die Magnetpitäler und deren Rahmenbedingungen positive Anhaltspunkte geben (Aiken et al. 2002; Aiken et al. 2009), insbesondere hinsichtlich der Erreichung von Berufszufriedenheit und Versorgungskontinuität.

Haltung und Philosophie der Pflege

Donaldson und Crowley definierten 1978 professionelle Disziplinen, ihre Charakteristika und konstituierenden Merkmale, unter anderem auch jene der Disziplin der Gesundheits- und Krankenpflege (Nursing) (Donaldson/Crowley 1978). Jede Disziplin hat einen einzigartigen Fokus, aus dem ein gesellschaftlicher Auftrag hervorgeht. Jener der Gesundheits- und Krankenpflege ist, den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten, ihn zu begleiten und seinen Gesundheitszustand verbessern. Die Verbesserung des Gesundheitsstatus erfolgt durch die Gestaltung der Umwelt unter Berücksichtigung sozialer, psychischer, physischer und spiritueller Bedürfnisse und Symptome.

Die Domänen der Disziplin der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Umwelt, der Mensch, die Gesundheit und das Caring. Die Domäne der Umwelt betrachtet die individuellen (Lebens-)Situations der Menschen. Der Begriff Mensch umfasst alle Altersgruppen, Familienverbände und Communities. Der Begriff Gesundheit geht auf einen salutogenetischen Ansatz zurück und inkludiert demnach kranke und sterbende Menschen sowie jene mit Behinderungen. Caring geht von einem Fürsorgebegriff aus, der die Wahrnehmung von Interessen und Bedürfnissen der begleiteten Menschen im Rahmen einer professionellen Beziehungsarbeit in den Mittelpunkt rückt (Smith/Gullett 2020).

Können Vertreter:innen der Disziplin der Gesundheits- und Krankenpflege ihrem gesellschaftlichen Auftrag nicht nachkommen, fehlt ein wesentlicher Bestandteil in der Gesundheitsversorgung. Pflege als Disziplin ermöglicht durch die ganzheitliche Perspektive auf die Gesundheit eine Lebensgestaltung mit Wohlbefinden und kann dadurch insbesondere in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen zu einem verbesserten Gesundheitsstatus beitragen.

Studien rund um Missed Nursing Care (wie bereits bei den Rahmenbedingungen erläutert) zeigen die Problematik von unterlassenen Pflegeleistungen und deren Folgen für die Patientinnen und Patienten sowie die Klientinnen und Klienten, jedoch auch für die Pflegepersonen selbst (Cartaxo et al. 2022c). Moralischer Stress entsteht vor allem in Situationen, in denen Pflegepersonen an moralisch korrektem Handeln gehindert werden (wie z. B. durch Rahmenbedingungen oder Zeitdruck). Stehen nicht genügend Handlungsspielräume zur Verfügung, kann die pflegerische Haltung und Professionalität ihre Wirkung nicht entfalten. Studien belegen das erhöhte Risiko für Berufsunzufriedenheit, Berufsaustritt und Burn-out bei moralischem Stress (Kada 2019). Andererseits können in der Gesellschaft als attraktiv wahrgenommene Berufsbilder und Kompetenzbereiche positiv auf die professionelle Entwicklung der Fachdisziplin Einfluss nehmen. Sind Wirkung und gesellschaftlicher Auftrag sowie die Einzigartigkeit der Disziplin in der Gesellschaft sichtbar, kann dies zu einem positiven Image in der Gesellschaft beitragen (Smith 2019).

Integrierte Versorgung

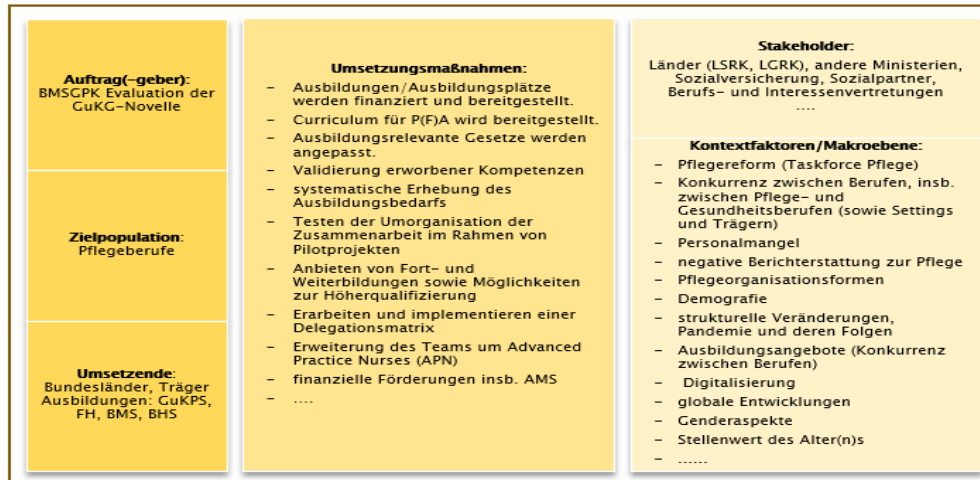
Wie bei den Rahmenbedingungen bereits erläutert, ist das Gesundheits- und Pflegesystem in Österreich fragmentiert (Bachner et al. 2019). Versorgungsbrüche, wie in der Evaluation zur GuKG-Novelle 2016 diskutiert, entstehen demnach nicht nur in innerorganisatorischen Abläufen, sondern insbesondere an den Schnittstellen zwischen Einrichtungen, Organisationen und Zuständigkeiten. Ansätze der integrierten Versorgung sollen diese Schnittstellen überwinden und eine

Kontinuität in der Versorgung insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder multiplen Krankheitsbildern ermöglichen.

Im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung sind zusätzlich Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft notwendig. Eine personenzentrierte Ausrichtung und Kontinuität mit zuständigen, fachlich qualifizierten Ansprechpersonen in der Pflege können eine über die Grenzen der eigenen Einrichtung hinausgehende Zusammenarbeit positiv beeinflussen und Schnittstellen überwinden. Der Diskurs zu den Versorgungsbrüchen wurde überwiegend anhand von innerklinischen Arbeitsabläufen diskutiert. Eine Erweiterung der Diskussion hin zur integrierten Versorgung mit einer personenzentrierten Ausrichtung erscheint angesichts der Ergebnisse der GuKG-Evaluierung wesentlich.

Initiativen zur integrierten Versorgung können bei bestehender Betreuungskontinuität in der Gesundheits- und Krankenpflege Anknüpfungspunkte finden und zu deren Verbesserung beitragen. Umgekehrt wiederum können eine bestehende Betreuungskontinuität und konkrete Ansprechpersonen zur integrierten Versorgung über Einrichtungsgrenzen hinweg beitragen (Rüegg-Stürm et al. 2008).

Abbildung 3.4:
Action und Change Model zur Wirksamkeit der Maßnahmen zur GuKG-Novelle 2016



Quelle und Darstellung: GÖG

4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Forschungsergebnisse wie auch die programmtheoretischen Auseinandersetzungen zeigen, dass sich neben dem GuKG zahlreiche andere Faktoren auf das Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege auswirken.

Die Programmtheorie wurde auf Basis der Ergebnisse der einzelnen methodischen Bausteine der Evaluierung entwickelt. Diese umfassen die Ergebnisse der Case-Study-Analyse, der Sekundärdatenanalyse insbesondere zur Berufsbildungslandschaft Pflege und der Fokusstudie Pflege. Ausgehend von den Evaluationsfragen werden in weiterer Folge die Schlussfolgerungen dargestellt. Die davon abgeleiteten Empfehlungen basieren auf dem Ergebnis der Programmtheorie.

Limitierend ist an dieser Stelle festzuhalten, dass sich die Erkenntnisse aus den Case Studies und der Fokusstudie ableiten – gerade in den Case Studies wurde nur der akutstationäre Bereich berücksichtigt, Informationen aus anderen Settings fehlen.

Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

In der beruflichen Praxis findet Delegation an Pflegeassistentenberufe statt. Die Befunde aus den Case Studies weisen darauf hin, dass die Delegationspraxis heterogen gelebt wird. Das Spannungsfeld liegt zwischen maximaler Delegation (auf Basis von Delegationsmatrizen) und situationsangepasster Fallentscheidung hinsichtlich der Delegation. Vor dem Hintergrund, dass die Delegation von Tätigkeiten und Maßnahmen ein komplexer Vorgang ist, der immer Risiko und die Bekanntheit einer Situation berücksichtigen soll, scheinen systematische Matrizen, welche auf Basis von Tätigkeiten erarbeitet worden sind und damit keine individuelle Beurteilung der Situation berücksichtigen, problematisch. Es fällt auf, dass auch Aufgaben aus dem § 14 GuKG delegiert werden, die aufgrund der Komplexität und erforderlichen Kompetenz zunächst aus fachlicher Sicht nicht darauf schließen lassen, dass diese delegierbar sind, z. B. die Durchführung der Pflegeanamnese und/oder einer Beratung bei vorherrschenden Symptomen. Hier bräuchte es eine vertiefte Analyse und Klärung, ob die gesamte Aufgabe oder nur einzelne Aspekte davon delegiert werden. Der gehobene Dienst für GuK trägt für den Pflegeprozess jedenfalls die Gesamtverantwortung. *„Inhalt und Umfang der/des ersten Informationssammlung/Erstassessments orientieren sich am individuellen/persönlichen Gesundheitszustand und/oder auch an der medizinischen Situation“* (Rappold/Aistleithner 2017, S. 10); vor dem Hintergrund scheint eine generelle Delegation von einzelnen Prozessschritten fachlich problematisch.

Im Rahmen der Delegation werden die kompetenzorientierte Beschreibung in den §§ 14 und 16 GuKG und die tätigkeitsorientierte Beschreibung in den §§ 15 und 15a GuKG in der Umsetzung als herausfordernd erlebt. Es scheint leichter zu sein, einzelne ärztliche Tätigkeiten entsprechend dem GuKG zu delegieren, da diese als konkrete Tätigkeiten beschrieben sind, während Aufgaben aus dem § 14 GuKG erst durch die Konkretisierung im Pflegeplan ersichtlich werden – konkrete Tätigkeitsbeschreibungen sind daher nicht einfach aus den gesetzlichen Vorgaben abzuleiten.

Verstärkte Delegation ging in den Pilotprojekten mit Veränderungen in der Teamstruktur sowie mit begleitenden Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen einher. Offen bleibt, wie sich die Delegationskultur nach Pilotprojektende weiterentwickeln wird. Ebenfalls unklar ist, ob eine maximale Delegation zu einer reibungsloseren Versorgung beiträgt und ob die DGKP noch ausreichend Zeit bei den Patientinnen und Patienten verbringt, um medizinisch pflegerelevante Veränderungen erkennen und entsprechend handeln zu können. Wie beispielsweise: „Über die Qualität, Art und Weise der Kommunikation von Krankenbeobachtungen hinaus empfehlen, diskutieren, initiieren Pflegepersonen häufig Verschreibungen von Medikamenten.“ (Stewig et al. 2013, S. 65)

Skill-and-Grade-Mix

Die Evaluation zeigte, dass es primär zur Umsetzung eines Grade-Mix kam. Hinsichtlich der Berücksichtigung individuell erworbener und vorhandener Skills konnten in den Untersuchungen zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 kaum Befunde erschlossen werden. Im Rahmen der Case-Study-Analyse wurde jedoch deutlich, dass DGKP bei der Delegation von Aufgaben an PA mit hoher Berufserfahrung diesen viel Vertrauen entgegenbringen. Dies zeigte sich unter anderem darin, dass von den DGKP eine gelockerte Aufsicht bei der Durchführung delegierter Maßnahmen und Aufgaben beschrieben wurde. Hingegen würde es bei Berufsanfängerinnen und -anfängern der PFA zu einer Auf- und/oder Draufsicht kommen, auch wenn diese berufsgesetzlich nicht erforderlich sei(-en). Denn in diesem Fall vergewissern sich die DGKP der Kompetenzen der PFA. Als wesentliches Entscheidungskriterium für die Delegation und Aufsicht wurde von den DGKP das Vertrauen in die Kompetenz und in die Person genannt, das untrennbar mit der Berufserfahrung verbunden sei. Demzufolge zeigt sich ein Skill-Mix in der praktischen Ausgestaltung von Pflegesituationen und nimmt darin eine bedeutende Rolle ein.

Die Entscheidungsfindung basiert jedoch auf einer individuellen fachlichen und persönlichen Einschätzung der DGKP. Auf organisatorischer und berufsgesetzlicher Ebene kann ein Skill-Mix allerdings kaum berücksichtigt werden, denn Pflegeassistentenberufen steht rechtlich ein festgelegter Handlungsspielraum zur Verfügung. So kann zum Beispiel eine erfahrene PA im Sinn des Kompetenzmodells von (Benner 2022) in ihrem Bereich Expertin sein, darf jedoch aufgrund des GuKG keine Aufgaben aus dem Bereich der PFA übernehmen, ohne die formale Qualifikation zu haben, wie nachfolgendes Beispiel verdeutlichen soll: Eine PA mit jahrelanger Berufserfahrung auf einer neurochirurgischen Abteilung kann Personen mit Wirbelkörperverletzungen unter anderem sowohl aufgrund des täglichen Handlings als auch aufgrund vertiefender Fort- und Weiterbildungen in Kinästhetik hochkompetent mobilisieren. Ein Anlegen von Miedern zur Mobilisation in eine Sitzposition darf jedoch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nicht an die PA delegiert werden. Dabei besitzt die PA mit Berufserfahrung vielleicht mehr Kompetenzen hinsichtlich der Mobilisation und Bewegungsphysiologie als eine Berufsanfängerin bzw. ein Berufsanfänger der PFA. Eine Delegation an die PFA könnte entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ohne Aufsicht hinsichtlich der Durchführung erfolgen.

Kommen Pflegeorganisationsformen wie Primary Nursing zur Anwendung, zeigt sich, dass die maximale Ausschöpfung der Delegation hinsichtlich der gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten durchaus schwierig ist. In diesem Fall wird situationsbezogen delegiert und nicht tätigkeitsbezogen. Das bedeutet, dass in komplexen Situationen scheinbar einfache Tätigkeiten von DGKP

durchgeführt werden, was wiederum zu Enttäuschungen bei der PFA führt, weil sie ihren Kompetenzbereich nicht maximal nutzen kann. Aus den Daten des Gesundheitsberuferegisters (GBR) geht hervor, dass der Anteil der PFA derzeit noch insgesamt im einstelligen Prozentbereich liegt, daher können noch keine systematischen Aussagen getroffen werden. Der Einsatz ist derzeit noch auf den akutstationären Bereich fokussiert, aber langsam halten sie auch in alle anderen Settings Einzug.

Der gewählte Grade-Mix wird vom gewählten Umsetzungsmodell, dem Komplexitätsgrad der Patientinnen und Patienten, Bewohner:innen sowie der Klientinnen und Klienten beeinflusst.

Obwohl im GuKG nicht explizit geregelt, konnte beobachtet werden, dass APNs in den Einrichtungen anzutreffen sind. Diese Pflegerolle wurde international bereits mit Erfolg eingeführt (Schrems 2020). In Österreich gibt es zwar Ausbildungen für diese Weiterqualifizierung der Pflege, aber wenig systematische Einbindung in die Pflegeversorgung.

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Die Ergebnisse der Fokusstudie Pflege stehen im Einklang mit internationalen Befunden (Cartaxo et al. 2022b) in der Gesundheits- und Krankenpflege. Pflegepersonen schätzen den Grad an Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit als eher problematisch ein. Dies wirkt sich auf deren Berufszufriedenheit und vermutlich auf den Verbleib im Beruf aus (Pfabigan/Rappold 2021). Fehlende Bewerber:innen und Abgänge durch Pensionierungen sowie die COVID-19-Pandemie erschweren Personalbesetzungen. Sowohl die Case Studies als auch die Fokusstudie weisen auf eine Überlastung des Pflegepersonals hin, wenngleich es zwischen den Settings Unterschiede gibt.

Insbesondere bestünde zu wenig Zeit, um die Aufgaben zu bewältigen, im Besonderen jene aus dem § 14 qualitativ umzusetzen oder Probleme mit Kolleginnen und Kollegen zu besprechen. Die Übernahme von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG wird durchaus als Aufwertung erlebt und die Gestaltung der Abläufe im täglichen Routinebetrieb würde dadurch erleichtert. Pflegerische Kernkompetenzen an sich machen den Beruf attraktiv, wenngleich kein Zusammenhang zwischen der GuKG-Novelle 2016 und den Berufsbildern hergestellt wird. Für Pflegepersonen wichtig und sinnstiftend ist der direkte Kontakt mit Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern. Ebenso werden Autonomie und Handlungsspielräume sowie ausreichend Personal, um pflegerische Kernkompetenzen umzusetzen, positiv wahrgenommen und stehen im Zusammenhang mit der Attraktivität und Berufszufriedenheit.

Parallel dazu zeigt sich, dass im akutstationären Setting die Zahl der Berufsangehörigen (in allen Gesundheitsberufen) gestiegen ist. Vor dem Hintergrund der subjektiv beschriebenen Belastungen bedarf es jedenfalls weiterer Analysen, um die belastenden Faktoren zu isolieren und konkrete Maßnahmen zu setzen.

Bedarfsdeckende Ausbildungskapazitäten

Die Tertiärisierung der Ausbildung zur DGKP stellt eine wesentliche Maßnahme zur Anpassung der Berufsqualifikation an internationale Standards dar und soll einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung insbesondere bei steigender Komplexität in der Versorgung von multimorbiden und chronisch kranken Menschen leisten. So zeigen internationale wissenschaftliche Befunde den Zusammenhang zwischen dem Anteil an DGKP auf Bachelor- und auch Masterniveau und verringerten Komplikations- und Fehlerraten gegenüber den Ausbildungen auf sekundärem Bildungsniveau (Aiken et al. 2003; Lasater, Karen B. et al. 2021; Rizany et al. 2019) Unterschiedliche Modalitäten (Cut-/Parallelmodell) bei der Überführung der Ausbildung zur DGKP in den tertiären Sektor innerhalb der Übergangsfrist zeigen wesentliche Auswirkungen auf eine erfolgreiche Umsetzung der GuKG-Novelle 2016. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass das Aufrechterhalten beider Zugangswege zur DGKP (Parallelmodell) für die Etablierung von **drei GuK-Berufen** hinderlich ist. Dies betrifft insbesondere die neue Berufsgruppe der PFA und Beginner:innen der DGKP-Ausbildung an Fachhochschulen.

Die Evaluierungsfrage nach dem „aktuellen Stand und den weiteren Perspektiven in Bezug auf die Überführung der Ausbildung zur DGKP in den tertiären Ausbildungssektor“ konnte auf Grundlage bundesländerspezifischer Personalbedarfsprognosen sowie Rückmeldungen der Ländervertretungen aus der GuKG-Evaluierungskommission in quantitativer Hinsicht dahin gehend beantwortet werden, dass ein Auslaufen der Sekundarausbildungen für DGKP innerhalb der Übergangsfrist zu befürworten ist. Die Ausbildungskapazitäten in den Bundesländern wurden gemäß den Länderberichten in der GuKG-Evaluierungskommission als ausreichend bewertet bzw. würde dafür Sorge getragen, zum Zeitpunkt des vorgesehenen Auslaufens ausreichend Kapazitäten zur Verfügung zu haben. Abschließend kann hinsichtlich der zentralen Fragestellung nach der Sicherstellung bedarfsdeckender Ausbildungskapazitäten bis zum Zeitpunkt der vollständigen Überführung der DGKP-Ausbildung in den tertiären Bereich Ende 2023 auf die Ergebnisse des Berichts zur deskriptiven Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege verwiesen werden. Mit einer Anzahl von 74,6 akkreditierten Gesamtstudienplätzen pro 100.000 Einwohner:innen standen im Studienjahr 2022/23 bereits siebenmal mehr Studienplätze zur Verfügung als zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Novelle 2016. Für die mit der GuKG-Novelle 2016 neu eingeführte PFA-Ausbildung lässt sich ein rasches Ansteigen feststellen; bereits 2021 hat es 2.000 Beginner:innen gegeben und die Zahl der jährlichen Registrierungen im Gesundheitsberuferegister (GBR) hat sich von 2018 auf 2022 versechsfacht.

Vor dem Hintergrund des starken Ausbaus der akkreditierten Gesamtstudienplätze für Gesundheits- und Krankenpflege durch FH-Bachelorstudiengänge, auf Basis der vorliegenden Datenlage aus dem Bericht zur Berufsbildungslandschaft Pflege sowie nach Einschätzung von Expertinnen und Experten aus dem Bildungsbereich kann insgesamt von ausreichend Ausbildungskapazitäten an den FH für die vollständige Überführung in den tertiären Bereich ausgegangen werden (Kozisnik et al. 2023b).

Hinsichtlich der praktischen Ausbildung ist ein Zusammenhang zwischen der empfundenen Überlastung in der beruflichen Praxis mit der praktischen Ausbildung von Auszubildenden und deren Anleitung kritisch zu evaluieren. Bis zu 50 Prozent der Ausbildung erfolgt in der Praxis –

abgestimmte und österreichweit einheitliche Praxiscurricula liegen nicht vor und auch Praxisanleiter:innen werden nicht systematisch angestellt, obwohl dies eine Forderung ist, die schon sehr lange auf dem Tisch liegt und im Rahmen der Taskforce Pflege neuerlich gefordert worden ist (Rappold et al. 2021c).

4.1 Empfehlungen

Wie oben dargestellt, spielt das GuKG als Rahmen der beruflichen Handlungsautonomie für Pflege zwar eine wesentliche Rolle, für die Umsetzung und praktische Anwendung der Inhalte kommen zahlreiche andere Player ins Spiel. So besteht zwischen den für die Gesetzgebung Verantwortlichen und den Umsetzungspartnerinnen und -partnern sowie den Pflegepersonen ein ständiger Austausch, der ermöglicht, Gesetze zu reformieren und anzupassen. Die GuKG-Novelle 2016 entstand aus einem Reformbedarf heraus und hatte zum Ziel, die Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals zu verbessern und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung beizutragen. Auf die Versorgungssituation selbst hat das GuKG jedoch nur bedingt Einfluss, denn für diese ist eine Vielzahl an Stakeholdern zuständig und sind viele Faktoren ausschlaggebend. Unten vorgestellte Empfehlungen sind deshalb für alle Systempartner:innen inklusive Pflegepersonal bedeutsam. So können die Empfehlungen frei nach Arik Brauer verstanden werden: *Die Empfehlungen richten sich nicht an eine bestimmte Gruppe, sondern an jede:n, die bzw. der sich betroffen fühlt – auch an mich selbst.*

Um ein zukunftsfitte Gesundheits- und Pflegesystem in Österreich zu etablieren, sind Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu verankern. Der generelle Befund zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 hat gezeigt, dass alle Systempartner:innen in verschiedenen Funktionen begonnen haben, Veränderungen einzuleiten. Diese Veränderungen sind jedoch eingebettet in herausfordernde Zeiten (insbesondere die COVID-19-Pandemie) und eine allgemein bestehende Personalnot. Es gibt kaum einen Bereich, welcher nicht davon betroffen ist. Hinzu kommen Krisen (Klimakrise sowie Ukrainekrieg), welche zur allgemeinen Belastung beitragen. Nichtsdestotrotz soll versucht werden, Empfehlungen abzuleiten, welche dazu beitragen, langfristig die Pflege und Betreuung in Österreich qualitativ zu ermöglichen.

Die Empfehlungen wurden auf Basis der Ergebnisse der Evaluation abgegeben und mit der GuKG-Evaluierungskommission und weiteren Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer validiert.

Empfehlungen zu den bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten

Vor dem Hintergrund des starken Ausbaus der akkreditierten Gesamtstudienplätze für Gesundheits- und Krankenpflege durch FH-Bachelorstudiengänge, auf Basis der vorliegenden Datenlage sowie nach Einschätzung von Expertinnen und Experten aus dem Bildungsbereich kann hier insgesamt aktuell von ausreichend Ausbildungskapazitäten an den FH für die vollständige Überführung in den tertiären Bereich ausgegangen werden. **Eine Verlängerung der Übergangsfrist gemäß § 117 Abs. 27 GuKG ist auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse aus der Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege nicht erforderlich.**

Wenngleich die Umsetzung der in der GuKG-Novelle 2016 vorgenommenen Änderungen im Bildungsbereich in vielen Bereichen weit vorangeschritten ist, kann diese nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Insbesondere die weitere Beobachtung der Ausbildungszahlen und kontextuellen Faktoren, die auf die Implementierung der GuKG-Novelle 2016 beeinflussend wirken, erscheint wesentlich für eine dem Bedarf und der Qualität entsprechende Berufsbildungslandschaft in der Gesundheits- und Krankenpflege. Für gegenwärtige und zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen ist auf ausreichend Quantität und Qualität in der Ausbildung von DGKP und deren Möglichkeiten zur Entwicklung von pflegerischem Expertenwissen in der beruflichen Praxis zu achten.

Demnach ist eine Verlängerung der Übergangsfrist gemäß § 117 Abs. 27 GuKG nicht erforderlich und würde einer Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 und der Weiterentwicklung der GuK-Berufe entgegenstehen.

Maßnahmen zur Implementierung der GuKG-Novelle 2016

Im Rahmen der Pflegereform wurden bereits wichtige Schritte gesetzt, um die GuKG-Novelle umzusetzen und weiterzuentwickeln und mehr Personal für die Pflegeberufe zu gewinnen (z. B. Ausbildungsfonds, [AMS-]Pflegestipendium, Entfristung der Beschäftigung von Pflegeassistenten in KA, Kompetenzerweiterungen, Lehre für Assistenzberufe in der Pflege, Überführung der Schulversuche zur PA/PFA ins Regelschulwesen, Erleichterungen bei der Nostrifikation). In den nächsten Jahren gilt es nun, weiterhin zu beobachten, ob ausreichend Ausbildungsplätze und ausreichend Personal (qualitativ und quantitativ) vorhanden sind, gegebenenfalls nachzujustieren und Plätze zu finanzieren. Weiterhin sind gesetzte Maßnahmen, und jene die erforderlich sind, um die im GuKG beschriebenen Kompetenzen zum Leben zu erwecken (z. B. Anpassung tangierender Gesetze oder Regeln mit der Sozialversicherung zur Umsetzung des § 15a GuKG) zu begleiten. Wesentlich ist, in einem systematischen Austausch mit Stakeholdern zu bleiben, um die Umsetzung weiter voranzutreiben.

Maßnahmen, die zur verbesserten Versorgungssituation beitragen

Die GuKG-Novelle 2016 leistet einen Beitrag zur qualitätsvollen Versorgung der Bevölkerung, um auch dem Grundproblem der demografischen Entwicklung zu begegnen. Daher sind insbesondere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, welche dazu beitragen, die Gesellschaft gesund zu halten und in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen, wesentlich. Im Sinn von Health in all Policies sei an dieser Stelle auf die Gesundheitsziele Österreich (BMGF 2017) hingewiesen, die von großer Bedeutung sind, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Die fachliche Domäne der Gesundheits- und Krankenpflege ist unter anderem die Gesundheit (Smith/Gullett 2020). Dieses Potenzial soll für die weitere Etablierung gesundheitsfördernder und präventiver Ansätze in der Gesundheitsversorgung genutzt werden, wie es bereits erste Initiativen und Projekte demonstrieren, die in der Lebenswelt der Menschen ansetzen, wie z. B. die Implementierung von School Nurses, Maßnahmen im Bereich der Pädagogik wie Bewegungskindergärten etc. Im GuKG wurde die Grundlage für School Nurses bereits skizziert, nun gilt es, diese auszubilden und einzuführen.

Wohnortnahe und niederschwellige Konzepte zur kommunalen Gesundheitsversorgung und -förderung wie Community (Health) Nursing sind flächendeckend umzusetzen und voranzutreiben, um insbesondere die Selbstpflegefähigkeiten, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung der älteren Bevölkerung und Familien zu stärken, soziale Phänomene der Isolation und Einsamkeit zu minimieren und Teilhabe zu ermöglichen. Die Verankerung freiberuflicher/niedergelassener Gesundheits- und Krankenpflege zur wohnortnahen Versorgung chronisch kranker Menschen und die Verankerung der APNs in Krankenanstalten, Pflegeheimen und mobilen Diensten sind weitere Möglichkeiten, um die Potenziale des Berufsbildes für die gesellschaftliche Gesundheitsversorgung zu nutzen. Dazu sind auch organisationsübergreifende Maßnahmen anzudenken. Für eine erfolgreiche Nutzung dieser Potenziale ist notwendig, Gesetze, Vorgaben und Finanzierungsprozesse zu prüfen und anzupassen. Für DGKP würden diese Entwicklungen eine attraktive Karriereperspektive darstellen und der erhöhten Komplexität der Klientel entsprechen.

Empfehlungen im Bereich professioneller Handlungsspielräume

Seitens des Gesetzgebers wurden mit der GuKG-Novelle 2016 erste Schritte für die Schaffung professioneller Handlungsspielräume gesetzt. Rahmenbedingungen in der unmittelbaren Arbeitsumgebung beeinflussen die Möglichkeit, diese auch nutzen zu können. Damit Gesundheits- und Krankenpflege ihre gesellschaftliche und pflegerische Wirkung am Menschen entfalten kann, müssen professionelle Handlungsspielräume für den Einsatz vorhandener Kompetenzen genutzt werden. Anpassungen in der Gestaltung der Arbeitsumgebung sind dafür vorzunehmen und qualifizierte, kompetente und wertorientierte Führungspersonen im Pflegemanagement, die für eine qualitätsvolle Pflegeversorgung einstehen, sind aus- und fortzubilden bzw. zu fördern.

Hinsichtlich der Schaffung professioneller Handlungsspielräume sind weitere gesetzliche Anpassungen auf Basis theoretischer Grundlagen zu prüfen. So stellen aus theoretischer Perspektive Pflegediagnosen mit den dahinterliegenden theoretischen Konstrukten das Aufgabenfeld der Gesundheits- und Krankenpflege dar. Wissenschaftlich geprüfte und international etablierte Pflegeinterventionsklassifikationen wie die Nursing Intervention Classification (NIC) zeigen den professionellen Handlungsspielraum auf, den Pflegepersonen haben, um auf Pflegediagnosen einwirken zu können. Zu prüfen gilt, ob diese international geprüften und wissenschaftlich fundierten Pflegeinterventionen im rechtlich festgelegten Kompetenzrahmen in Österreich gedeckt sind. Des Weiteren gilt es, Kompetenzerweiterungen für APNs und andere Spezialisierungen der Gesundheits- und Krankenpflege zu prüfen. Im Vorfeld sind dazu fachliche Grundlagen zu erarbeiten und auch eine Aufnahme in den Leistungskatalog der Sozialversicherung ist erforderlich.

Das Ausschöpfen professioneller Handlungsspielräume setzt auch voraus, dass sich Pflegepersonen in allen Bereichen damit auseinandersetzen und entsprechend fortbilden sowie bereit sind, die berufliche Handlungskompetenz weiterzuentwickeln. Entscheidend ist der konsequente Einsatz von Unterstützungs- und Hilfskräften, welche den Pflegeberufen berufsfremde Tätigkeiten abnehmen. Dies kann Zeitressourcen für die Fokussierung auf pflegerische Kernaufgaben ermöglichen. Die Arbeitsaufteilung nach Kompetenzen zwischen den unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls relevant. Kompetenzen sind zum Teil berufsgruppenübergreifend vorhanden, können und sollen im Sinne eines Best Point of Service genutzt werden. Vorbehaltstätigkeiten sollen einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

Empfehlungen im Bereich des an Versorgungsansprüchen orientierten Grade-Mix und der funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit

Spezialisierungen und Vertiefungen in den verschiedenen Bereichen der GuK ermöglichen, Teams heterogen und auf Basis der jeweiligen Schwerpunkte zusammenzustellen. Auf Basis der Qualitätsdefinition (Weißenhofer et al. 2023) soll die pflegerische Versorgung weiterbeobachtet werden. Eine periodische Wiederholung der Fokusstudie Pflege wird für die Beobachtung der Arbeitsumgebung und deren Entwicklung, der Ausgestaltung der pflegerischen Praxis sowie für die Herstellung internationaler Vergleiche als sinnvoll erachtet. Der reduzierte Anteil von DGKP im Grade-Mix ist zu beobachten und im Zusammenhang mit den Berichten über unzureichende Personalausstattung und -besetzung erscheint die Umsetzung von Programmen zur Qualitätssicherung von hoher Relevanz, wie auch die Erhebung von Indikatoren zur Pflegequalität.

Empfohlen wird auch eine vertiefende Analyse der Situation in den verschiedenen Settings, um eine konkrete Erklärung für die Arbeitsbelastung zu erhalten. Wissenschaftliche Untersuchungen von Zusammenhängen zwischen Personalausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht sowie dem Arbeitsumfeld / den Rahmenbedingungen und Qualitätsindikatoren wie Komplikationsraten und Mortalitätsraten etc. sind analog internationaler Untersuchungen anzustreben. Trägerorganisationen werden angehalten, auf Basis individueller Herausforderungen maßgeschneiderte Lösungen zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes und der Rahmenbedingungen anzubieten. Finanzierungsmodelle sind hinsichtlich einer ausreichenden Berücksichtigung von Pflegepersonal zu evaluieren (z. B. LKF-Modell).

Interprofessionelle Zusammenarbeit unter Nutzung des Kompetenzrahmens in allen Settings kann in Zeiten knapper Personalressourcen ein Beitrag zur Begegnung von bestehenden Versorgungsansprüchen sein, weshalb Vorbehaltsbereiche hinsichtlich der Ermöglichung einer integrierten Versorgung zu evaluieren sind. Wie auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2022–2023 festgehalten, ist qualifiziertes Personal in angemessenem Umfang zur Verfügung zu stellen und die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe weiter voranzutreiben (Bundes-Zielsteuerung 2022). Pflegepersonen in den Praxisfeldern sind gefordert, sich den Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen zu stellen und durch entsprechende berufliche Weiterentwicklung sicherzustellen, dass sie Pflege auf dem Stand der aktuellen Erkenntnisse umsetzen. Das bedeutet auch, sich mit den Rechten und Pflichten des jeweiligen Berufs auseinanderzusetzen und Grenzen anzuerkennen.

Empfehlungen zur Versorgungskontinuität und Pflegequalität

Unterbrechungen in der Versorgungskontinuität erhöhen den administrativen Aufwand für das Pflegepersonal und stellen für Patientinnen und Patienten, Bewohner:innen sowie Klientinnen und Klienten eine hohe Belastung dar. Entsprechend sind Maßnahmen zu setzen, die eine umfassende pflegerische Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim zulassen (z. B. konsequente Umsetzung der diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen durch DGKP wie z. B. den Wechsel von transurethralen Dauerkathetern). Die dafür notwendigen rechtlichen und finanziellen Regelungen sind von den dafür zuständigen Stellen zu veranlassen und im Allgemeinen Sozialversicherungsrecht zu berücksichtigen. Seitens des Pflegepersonals sind die dafür notwendigen Kompetenzen

zu erwerben und die entsprechenden Fort- und Weiterbildungen zu absolvieren. Auch zu überlegen ist, ob es zu einer Transferierung von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG in den § 14 GuKG kommen soll, insbesondere wenn Tätigkeiten zur Behandlung von Pflegeproblemen (Pflegediagnosen) theoretisch indiziert sind. Dabei werden auch die möglichen Implikationen für die finanzielle Abgeltung zu berücksichtigen sein.

Darüber hinaus ist eine funktionierende integrierte Versorgung zwingende Voraussetzung für die Versorgungskontinuität, begleitet von digitalen Angeboten zur lückenlosen Informationsübermittlung und Reduktion von Doppelgleisigkeiten.

In den Einrichtungen kann durch die konsequente Umsetzung von person-centered care Sinnstiftung in der Arbeit sichtbar und erlebbar werden. Qualitätsindikatoren zur Sichtbarkeit von person-centered care und pflegesensitiven Outcomes sollen erarbeitet, regelmäßig erhoben und kommuniziert werden.

Empfehlungen im Bereich Berufszufriedenheit und Berufsverweildauer

Im Rahmen der Bemühungen rund um eine Pflegereform wurden bereits zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheits- und Pflegewesens sowie zur Steigerung der Berufsverweildauer und Berufszufriedenheit vorgeschlagen. Diese sind von allen Stakeholdern umzusetzen und zu evaluieren. Details dazu finden sich u. a. in folgenden Dokumenten: (EPIC; 2023; Pfabigan/Rappold 2021; Rappold et al. 2021c; Rappold et al. 2021b; Rechnungshof 2020). Die Maßnahmen dienen dazu, die Berufsverweildauer zu erhöhen, mehr Personen für die Pflegeberufe zu gewinnen und die Effizienz zu steigern. Diese hängen wieder mit den zuvor beschriebenen Wirkdimensionen zusammen und tragen dazu bei, dass genügend qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht und letztendlich auch die Berufsbilder der Pflege attraktiv sind.

Insbesondere Pflegepersonen können durch die Gestaltung der eigenen Arbeit Wirksamkeit erleben, sie können diese Wirksamkeit kommunizieren und so aktiv zur Steigerung der Attraktivität beitragen (Buresh/Gordon 2006).

Quellen- und Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H.; Fagin, C. M. (2018): Evidence-based Nurse Staffing: ICN's New Position Statement. In: *International nursing review* 65/4:469–471
- Aiken, Linda H; Clarke, Sean P; Cheung, Robyn B; Sloane, Douglas M; Silber, Jeffrey H (2003): Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. In: *JAMA* 290/12:1617–1623
- Aiken, Linda H; Clarke, Sean P; Sloane, Douglas M; Lake, Eileen T; Cheney, Timothy (2009): Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. In: *JONA: The Journal of Nursing Administration* 39/7/8:S45–S51
- Aiken, Linda H.; Cimiotti, Jeannie P.; Sloane, Douglas M.; Smith, Herbert L.; Flynn, Linda; Neff, Donna F. (2011): Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. In: *Med Care* 49/12:1053–1047
- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas. M.; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: *JAMA* 288/16:1987–1993
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Griffiths, Peter; Busse, Reinhard; Diomidous, Marianna; Kinnunen, Juha; Kozka, Maria; Lesaffre, Emmanuel; McHugh, Matthew; Moreno-Casbas, Maria; Rafferty, Anne Marie; Schwendimann, Rene; Scott, Anne; Tishelman, Carol; van Achterberg, Theo; Sermeus, Walter (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet* 383/9931:1824–1830
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia; Moreno-Casbas, Teresa; Ball, Jane; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016): Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. Bd. 26.
- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2019): *Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen*. Hg. v. World Health Organization
- Benner, Patricia (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. 2. vollständig überarbeitete und ergänzte Aufl.*, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Benner, Patricia (2022): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Hogrefe,
- BMGF (2017): *Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Bragadóttir, Helga (2022): Nurses and midwives as global and glocal leaders. In: *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 13/1:569–570

- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020–2024 [online]. Bundeskanzleramt Österreich. Wien
- Buresh, Bernice; Gordon, Suzanne (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. Hg. v. March Britta; Zegelin Angelika; Büscher Andreas. Huber, Bern
- Cartaxo, Ana; Eberl, Inge; Mayer, Hanna (2022a): Die MISSCARE–Austria–Studie – Teil II. In: HeilberufeSCIENCE 13/2:43–60
- Cartaxo, Ana; Eberl, Inge; Mayer, Hanna (2022b): Die MISSCARE–Austria–Studie – Teil III. In: HeilberufeSCIENCE 13/2:61–78
- Cartaxo, Ana; Eberl, Inge; Mayer, Hanna (2022c): Die MISSCARE–Austria–Studie – Teil III. In: HeilberufeSCIENCE 13/2:61–78
- Chen, Huey T (2012): Theory–driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. In: Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur. Hg. v. Strobl, Rainer; Lobermeier, Olaf; Heitmeyer, Wilhelm. Springer Wiesbaden. S. 17–S. 40
- Coryn, Chris L. S.; Noakes, Lindsay A.; Westine, Carl D.; Schröter, Daniela C. (2011): A Systematic Review of Theory–Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009. In: American Journal of Evaluation 32/2:199–226
- De Silva, Mary J.; Breuer, Erica; Lee, Lucy; Asher, Laura; Chowdhary, Neerja; Lund, Crick; Patel, Vikram (2014): Theory of Change: a theory–driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. In: Trials 15/1:267
- Dingens, Stefan (2020): Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich? In: Die Corona–Pandemie – Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, Band 10. Hg. v. Kröl, Wolfgang et al. Nomos
- Donaldson, S. K.; Crowley, D. M. (1978): The discipline of nursing. In: Nurs Outlook 26/2:113–120
- EPIG; (2023): Pflegepersonalbedarfsprognose 2030 für die Steiermark – Endbericht zu Teil 2: Soll–Prognose des Personalbedarfs, Version 1.1. Graz
- Funnell, Sue; Rogers, Patricia (2011): Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models. Jossey–Bass, Wiley, San Francisco
- Gasser, Ludmilla; Hausreither, Meinhild (2017): Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen. Verlag Österreich, Wien
- Gferer, Alexandra; Gfere, Natali (2021): Arbeitssituation und Gedanken an einen Berufsausstieg. In: ProCare 26/6–7:50–52

- Giel, Susanne (2013): Theoriebasierte Evaluation: Konzepte und methodische Umsetzungen. Waxmann Verlag,
- GuKG-Novelle 2016 (1194 d.B.). Regierungsvorlage: Bundes(verfassungs)gesetz, Erläuterungen [online]. Republik Österreich Parlamentsdirektion. <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXV/I/1194> [Zugriff am 23.10.2023]
- GQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung
- Haubrich, Karin (2009): Sozialpolitische Innovation ermöglichen – Die Entwicklung der rekonstruktiven Programmtheorie-Evaluation am Beispiel der Modellförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Waxmann Verlag GmbH,
- Himml, Luisa-Maria; Kerres, Andrea (2021): Reflexionsfähigkeit stärken. In: PADUA 16/1:35–39
- Jones, T. L.; Hamilton, P.; Murry, N. (2015): Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. In: International Journal of Nursing Studies 52/6:1121–1137
- Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth; Mathis-Edenhofer, Stefan (2021): Personalbedarfsprognose für Kärnten für MTD und Pflege. Gesundheit Österreich, Wien
- Kada, Olivia (2019): Moral Distress in der Arbeit mit geriatrischen Patienten. In: Ethische Herausforderungen des Alters. Hg. v. Likar, Rudolf et al. Kohlhammer, Stuttgart. S. 212–S. 221
- Kalánková, D.; Kirwan, M.; Bartoníčková, D.; Cubelo, F.; Žiaková, K.; Kurucová, R. (2020): Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. In: Journal of Nursing Management 28/8:1783–1797
- Kelly-Heidenthal, Patricia; Marthaler, Maureen T. (2008): Pflege delegieren. Huber, Bern
- Köstler, Cornelia; Kuhlmeier, Adelheid; Scupin, Olaf (2022): Aus-, Fort- und Weiterbildung beeinflussen den Verbleib im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf. In: Pflege 36/5:
- Kozisnik, Petra; Pilwarsch, Johanna (2023): Fokusstudie Pflege zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Gesundheit Österreich, Wien
- Kozisnik, Petra; Pilwarsch, Johanna; Barbara, Harold; Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2023a): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 Deskriptive Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege. Gesundheit Österreich, Wien
- Kozisnik, Petra; Pilwarsch, Johanna; Barbara, Harold; Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2023b): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Deskriptive Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft Pflege. Gesundheit Österreich, Wien
- Kramer, Marlene; Schmalenberg, Claudia; Maguire, Patricia; Brewer, Barbara B.; Burke, Rebecca; Chmielewski, Linda; Cox, Karen; Kishner, Janice; Krugman, Mary; Meeks-Sjostrom, Diana;

- Waldo, Mary (2008): Structures and Practices Enabling Staff Nurses to Control Their Practice. In: *Western journal of nursing research* 30/5:539–559
- Kutney–Lee, Ann; Lake, Eileen. T.; Aiken, Linda. H. (2009): Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile. In: *Research in nursing & health* 32/2:217–218
- Lasater, Karen B; Aiken, Linda H; Sloane, Douglas M; French, Rachel; Martin, Brendan; Reneau, Kyrani; Alexander, Maryann; McHugh, Matthew D (2021): Chronic hospital nurse understaffing meets COVID–19: an observational study. In: *BMJ quality & safety* 30/8:639–647
- Lasater, Karen B.; Sloane, Douglas M.; McHugh, Matthew D.; Porat–Dahlerbruch, Joshua; Aiken, Linda H. (2021): Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. In: *Research in nursing & health* 44/5:787–795
- Leoni–Scheiber, Claudia; Müller–Staub, Maria (2018): "Nurse–to–patient ratio" und Skill– und Grade–Mix: Folgen des Pflegefachperson/Patienten–Verhältnisses und der Personalzusammensetzung. In: *Pflegerecht* 4/:234–242
- Ludwig, Iris; Schäfer, Monika (2011): Die Differenzierung beruflicher Funktionen in der Pflege als Herausforderung und Chance. In: *Pflegewissenschaft in der Praxis Eine kritische Reflexion*. Hg. v. Käppeli, Silvia Hogrefe–Verlag, Bern. S. 41–S. 24
- Mogg, Christina; Engel, Roswitha (2022): Berufseinstiegsstudie: AbsolventInnenbefragung Department Angewandte Pflegewissenschaft / Bachelorstudium Gesundheits– und Krankenpflege unveröffentlicht
- Neumann–Ponesch, Silvia; Leoni–Scheiber, Claudia (2020): *Advanced Nursing Practice verstehen – anwenden – umsetzen*. Facultas, Wien
- Perkins, Amanda (2021): Nursing shortage: Consequences and solutions. In: *Nursing Made Incredibly Easy* 19/5:49–54
- Pfabigan, Doris; Rappold, Elisabeth (2021): Who cares? – Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In: *Pflege im Fokus – Herausforderungen und Perspektiven – warum Applaus alleine nicht reicht*. Hg. v. Sailer, Gerda. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 47–S. 63
- Pilwarsch, Johanna; Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis–Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander (2023): *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2022*. Gesundheit Österreich, Wien
- Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2019): *Evaluierung der GuKG–Novelle 2016. Fortschrittsbericht*. Hg. v. Gesundheit Österreich, GmbH, Wien
- Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2020): *Evaluierung der GuKG–Novelle 2016. Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study*. Gesundheit Österreich, Wien

- Pleschberger, Sabine; Kozisnik, Petra; Bajer, Marion; Holzweber, Leonie (2021): Case Study zur Evaluation der GuKG–Novelle 2016 im akutstationären Setting. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Aistleithner, Regina (2017): Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 3. überarbeitete Aufl., Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael; Feuerstein, Veronika (2021a): Aktualisierung der Pflegepersonalprognose Vorarlberg – inklusive des dritten Monitoringberichts. Hg. v. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Rappold, Elisabeth; Gyimesi, Michael; Feuerstein, Veronika (2021b): Aktualisierung der Pflegepersonalprognose Vorarlberg – inklusive des dritten Monitoringberichts. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal–Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021c): Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Mathis–Edenhofer, Stefan (2020): MTD–Personalprognose für Österreich bis 2030. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Rechnungshof (2020): Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes, Wien
- Riemer, Susanne (2013): Weil ich schon immer Menschen helfen wollte: Motive zur Ergreifung des Berufes der diplomierten Gesundheits–und Krankenpflegperson/vorgelegt von: Susanne Riemer. Graz
- Rizany, Ichsan; Hariyati, Rr. Tutik Sri; Afifah, Efy; Rusdiyansyah (2019): The Impact of Nurse Scheduling Management on Nurses' Job Satisfaction in Army Hospital: A Cross–Sectional Research. In: SAGE Open 9/2:2158244019856189
- Rossi, Peter H.; Lipsey, Mark W; Freeman, Howard E. (2004): Evaluation: A systematic approach. Sage publications,
- Rüegg–Stürm, Johannes; Tuckermann, Harald; Bucher, Silke; Arx, Widar (2008): Management komplexer Wertschöpfungsprozesse im Gesundheitswesen: Vernetzung beginnt in der Organisation. In. S. 181–S. 210
- Schrems, Berta (2020): Vulnerabilität in der Pflege. Beltz, Weinheim
- Schwarzmann, Beate (1999): Grund–und Behandlungspflege–Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 12/2:118–124
- Smith, Marlaine C (2019): Nursing theories and nursing practice. FA Davis,

- Smith, Marlaine C.; Gullett, Diane L. (2020): Nursing theories and nursing practice. Fifth edition Aufl., F.A. Davis Company Philadelphia, PA, Philadelphia, PA
- Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte; Breyer, Elisabeth (2013): Pflege-Ergebnisqualität. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Them, Christa; Them, Karl-Heinz; Fritz, Elfriede; Günter, Bernhard; Schulc, Eva (2009): Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. In: HeilberufeSCIENCE1:27-33
- Tilley, Nick (2000): Realistic Evaluation: An Overview. Paper presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society
- von Werthern, Anna (2020): Theoriebasierte Evaluation. Entwicklung und Anwendung eines Verfahrensmodells zur Programmtheoriekonstruktion. Springer VS, Wiesbaden
- Weiss, Susanne; Lust, Alexandra (2021): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG. 9. Aufl., Manz, Wien
- Weißenhofer, Sabine; Sackl, Anita; Rappold, Elisabeth; Stulik, Barbara; Domittner, Brigitte (2023): Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- WHO (2020): State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. WHO, Geneva
- Woo, B. F. Y.; Lee, J. X. Y.; Tam, W. W. S. (2017): The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. In: Hum Resour Health 15/1:63
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021

Anhang

Anhang 1: Forschungsfragen und -design im Überblick

Anhang 2: Mitglieder GuKG-Evaluierungskommission

Anhang 1

Forschungsfragen und -design im Überblick

Anhang Tabelle 5
Forschungsfragen und -design im Überblick

Themenstellungen mit konkreten Fragestellungen	Case Studies	Fokusstudie Pflegepersonal	Sekundärdaten-analyse	Expertenrunden/ Konsultationen
Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten				
1. Welche neuen Entwicklungen lassen sich in Bezug auf die Übertragung von Tätigkeiten nach der GuKG-Novelle 2016 im Hinblick auf folgende Bereiche erkennen? a) pflegerische Tätigkeiten an PA/PFA b) ärztliche Tätigkeiten an DGKP c) ärztliche Tätigkeiten an PA/PFA	X	(X)		
2. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für zukünftige Qualifizierungsmaßnahmen in unterschiedlichen Kontexten?				X
3. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation/Abläufe a) der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten gemäß den §§ 15 und 15a GuKG bzw. gemäß § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG, b) der Übertragung von pflegerischen Tätigkeiten von DGKP gemäß § 82 Abs. 2 auf PFA bzw. PA? Welchen Stellenwert nimmt dabei die GuKG-Novelle 2016 ein?	X	(X)		
4. Wie hilfreich ist die gesetzliche Ausgestaltung des GuKG in der Praxis aus Sicht der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure?	X			X
Skill-and-Grade-Mix				
5. Wie werden die Möglichkeiten zum (Skill-and-)Grade-Mix in unterschiedlichen Settings genutzt (unter Berücksichtigung aller Berufe, z. B. Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistentenberufe, Sozialbetreuungsberufe, Abteilungssekretariat, Ärztinnen und Ärzte ...)?	X			
6. Welche Faktoren beeinflussen das Ausmaß und die Organisation / Abläufe in der Gestaltung des (Skill-and-)Grade-Mix und in welchem Zusammenhang stehen diese mit der GuKG-Novelle 2016?	X			X
7. Welche quantitativen Entwicklungen lassen sich im Akutbereich in Bezug auf den (Skill-and-)Grade-Mix im Zeitverlauf erkennen?			X	
8. In welchen Settings wird die PFA eingesetzt?			X	X

Themenstellungen mit konkreten Fragestellungen	Case Studies	Fokusstudie Pflegepersonal	Sekundärdaten-analyse	Expertenrunden/ Konsultationen
Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung				
9. Wie schätzen Pflegepersonen in Österreich in allen Settings den Grad an Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit ein?		X		
10. Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten im Hinblick auf das Verhältnis der § 14- und §§ 15- und 15a-GuKG-Tätigkeiten (insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität in Versorgungsprozessen)?		X		X
11. Welche Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen lassen sich in unterschiedlichen Settings erkennen?		X		
12. Welche Entwicklungen lassen sich seit der GuKG-Novelle 2016 in Bezug auf Personalangebot und -nachfrage erkennen? Wie werden diese Entwicklungen von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?			X	X
Bedarfsdeckende Ausbildungskapazitäten				
13. Wie hat sich die Anzahl an Studienplätzen an Fachhochschulen seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 entwickelt?			X	
14. Wie hat sich die Zahl an Ausbildungsplätzen für DGKP seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt?			X	
15. Wie hat sich die Zahl an Ausbildungsplätzen für PA/PFA seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 entwickelt?			X	
16. Wie gestaltet sich die Bewerberlage? (Wie viele Bewerber:innen sind zu verzeichnen?)			X	X
17. Wie hoch ist der Anteil an Absolventinnen und Absolventen, die in den Beruf einsteigen?			X	
18. Wie werden die Entwicklungen im Ausbildungsbereich von relevanten Akteurinnen und Akteuren eingeschätzt?				X
19. Welche Veränderungen in der Ermittlung des Ausbildungsbedarfs auf Ebene der Länder lassen sich seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 beobachten?				X

Themenstellungen mit konkreten Fragestellungen	Case Studies	Fokusstudie Pflegepersonal	Sekundärdaten-analyse	Expertenrunden/ Konsultationen
Einsatz von PA in Krankenanstalten				
20. Wie beurteilen die Länder den Bedarf an PA in Krankenanstalten zum definierten Zeitpunkt?			X	

Anhang 2

Begleitung der Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 durch die Mitglieder der GuKG-Evaluierungskommission

GuKG-Evaluierungskommission

In insgesamt 18 Sitzungen begleitete die gemäß § 117 Abs. 22 GuKG konstituierte GuKG-Evaluierungskommission das Evaluationsvorhaben zur GuKG-Novelle 2016 über fünf Jahre hinweg. Die erste Sitzung fand am 27. Februar 2018 statt und die finale Sitzung am 12. September 2023. Seitens der Expertinnen und Experten der Bundesländer kam es zu Veränderungen in den Zuständigkeiten. In der nachfolgenden Tabelle 2 werden die Mitglieder der GuKG-Evaluierungskommission namentlich angeführt.

Anhang Tabelle 6

Mitglieder der GuKG-Evaluierungskommission gemäß § 117 Abs. 22 GuKG

Expertinnen und Experte des BMSGPK	SC DDr. ⁱⁿ Meinhild Hausreither (Vorsitzende)
	MMag. ^a Ludmilla Gasser
	Mag. ^a Alexandra Lust
	Mag. PhDr. Paul Resetarics, MSc.
Vertreterin des BMF	Mag. ^a Gabriela Offner
Expertin und Experte des Bundeslandes Kärnten	Dalibor Müller, Bakk., MScN (bis 1. 9. 2020)
	Mag. ^a Beate Wanke (ab 1. 9. 2020)
Expertin des Bundeslandes Steiermark	Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Karin Pesl-Ulm
Expertin des Bundeslandes Tirol	Mag. ^a Margit Führer
Expertinnen des Bundeslandes Wien	Gabriele Fuch-Hlinka, MSc (bis 31. 1. 2020)
	Mag. ^a Angelika Obermayer (ab 1. 2. 2020)
Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH	Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Sabine Pleschberger, MPH
	MMag. ^a Dr. ⁱⁿ Elisabeth Rappold
	Leonie Holzweber, MPH, BScN
	Petra Kozisnik, BSc.
	Johanna Pilwarsch, BSc, MPH

Quelle und Darstellung: GÖG

Insgesamt fanden im Zeitraum 2017 bis 2023 18 Sitzungen der GuKG-Evaluierungskommission statt sowie drei gesonderte Sitzungen, die unter anderem die Vorbereitung der Stakeholderkonferenz und die Mitwirkung an der Fokusstudie Pflege beinhalteten. Sie finden in nachfolgender Tabelle 3 alle Sitzungen der GuKG-Evaluierungskommission mit Datum angeführt sowie die gesonderten Sitzungen.

Anhang Tabelle 7

Darstellung der Sitzungen der GuKG-Evaluierungskommission

Kommissionssitzung	Datum
1. Sitzung	27. 2. 2018
2. Sitzung	16. 5. 2018
3. Sitzung	10. 10. 2018
4. Sitzung	19. 11. 2018
5. Sitzung	5. 3. 2019
6. Sitzung	25. 6. 2019
7. Sitzung	17. 9. 2019
8. Sitzung	23. 1. 2020
9. Sitzung	15. 5. 2020
gesonderte Sitzung	25. 6. 2020
10. Sitzung	12. 11. 2020
11. Sitzung	23. 2. 2021
12. Sitzung	6. 5. 2021
gesonderte Sitzung	30. 9. 2021
13. Sitzung	18. 11. 2021
14. Sitzung	2. 6. 2022
15. Sitzung	22. 11. 2022
16. Sitzung	29. 3. 2023
17. Sitzung	23. 6. 2023
18. Sitzung	23. 9. 2023

Darstellung: GÖG