

# Evaluierung der GuKG–Novelle 2016

Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study

---

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



# Evaluierung der GuKG–Novelle 2016

Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study

Autorinnen:

Sabine Pleschberger  
Leonie Holzweber

Unter Mitarbeit von:

Doris Pfabigan  
Elisabeth Rappold

Fachliche Begleitung:

Kommission unter Vorsitz von DDr. Meinhild Hausreither, BMASGK

Projektassistenz:

Petra Groß

Wien, im Mai 2020

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

Zitiervorschlag: Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2020) Evaluierung der GuKG–Novelle 2016. Zwischenergebnisse Arbeitspaket 1: Explorative Case Study. 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](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

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

# Inhalt

Tabellen .....	IV
Abkürzungen.....	V
1 Einleitung .....	1
2 Methodisches Vorgehen, Datenbasis .....	1
3 Zwischenergebnisse und aktueller Handlungsbedarf.....	3
3.1 Ausreichend qualifiziertes Personal?.....	3
3.1.1 Kapazitäten im Bereich Ausbildung und Bewerberlage.....	4
3.1.2 Aspekte der Ausbildungsqualität .....	5
3.2 Erfahrungen mit modellhafter Umsetzung der Novelle .....	5
3.2.1 Einsatz von PFA.....	7
3.3 Rechtliche Barrieren und ungenutztes Potenzial.....	8
3.3.1 Settingspezifische Barrieren .....	8
3.3.2 Barrieren innerhalb des GuKG (2016).....	9
3.4 Zusammenfassende Einschätzung zum Handlungsbedarf .....	12
Literatur .....	15

# Tabellen

Tabelle 2.1:	Stichprobe Telefoninterviews Expertinnen und Experten (Stand 4. 5. 2020) .....	2
--------------	---	---

# Abkürzungen

ANP	Advanced Nursing Practice
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
DSB	Diplom-Sozialbetreuer/-in
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
FH	Fachhochschule
FH-GuK-AV	Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
FSB	Fach-Sozialbetreuer/-in
ggf.	gegebenenfalls
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschule
i. v.	intravenös
KH	Krankenhaus
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
LGRK	Landesgesundheitsreferent/inn/enkonferenz
LKF	Landeskrankenanstaltenfinanzierung
LZP	Langzeitpflege
o. g.	oben genannte(n)
OP	Operations-Dienst/-Bereich/-Saal
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
REHA	Rehabilitation
s. c.	subkutan
SOB	Sozialbetreuungsberufe



# 1 Einleitung

Die Evaluierung der Novelle des GuKG 2016 folgt in ihrer Zielsetzung dem gesetzlichen Auftrag. Zur Konkretisierung wurden Fragestellungen erarbeitet, für die jeweils angemessene methodische Bausteine zur Erhebung identifiziert wurden (vgl. Pleschberger/Holzweber 2019).

Eine zentrale Herausforderung für die Evaluierung besteht darin, dass der Zeitraum seit Inkrafttreten der GuKG–Novelle 2016 relativ kurz ist, und dass in manchen Bereichen die Umsetzung erst angelaufen ist. Weiters liegen zu den meisten im Rahmen der Evaluierung interessierenden Aspekten keine Referenzdaten vor, über die die aktuelle Situation mit der Ausgangslage vor Inkrafttreten der GuKG–Novelle 2016 verglichen werden könnte. Nach Durchführung einer Sekundärdatenanalyse zur Berufsbildungslandschaft zur Beschreibung der Ausgangslage sollte im Jahr 2020 mit qualitativen Case Studies untersucht werden, wie die Möglichkeiten, die sich aus der GuKG–Novelle 2016 ergeben, in der Praxis genutzt werden, und welche Herausforderungen es dabei gibt.

Bei den Recherchen und explorativen Vorerhebungen zur Ermittlung einer geeigneten Stichprobe für die Durchführung von Cases Studies wurde deutlich, dass die Umsetzung der Novelle in einigen Settings noch nicht ausreichend vorangeschritten ist, um geeignete Beispiele der modellhaften Umsetzung zu identifizieren. Insbesondere hinsichtlich des Einsatzes der neuen Berufsgruppe PFA konnten nicht in allen relevanten Settings Modelle der Umsetzung gefunden werden. In der 8. Sitzung der begleitenden Kommission vom 23. 1. 2020 wurde vor diesem Hintergrund beschlossen, dass weitere Experteninterviews geführt werden sollen. Ebenso sollten auf diesem Weg allfällige Barrieren in der Umsetzung und ggf. Bedarfe an Nachjustierungen zeitnah erfasst werden, um darauf aufbauend auch entsprechende Maßnahmen aufseiten der Länder, des Bundes und der Sozialversicherung setzen zu können. Vor dem Hintergrund der Regierungsvorlage interessierte zudem auch die Fragestellung in Bezug auf den Bedarf an Kompetenzerweiterungen für die Berufsgruppen DGKP sowie PFA/PA (vgl. Regierungsvorlage).

In diesem Arbeitspapier werden Zwischenergebnisse von Erhebungen im Rahmen des Bausteins Case Studies zu den o. g. Fragestellungen dargestellt. Sie wurden in der 9. Sitzung der begleitenden Kommission am 15.5.2020 diskutiert, nachfolgend wurden Anmerkungen eingearbeitet.

## 2 Methodisches Vorgehen, Datenbasis

In einer explorativen Vorphase wurden 18 telefonische Interviews geführt, im Anschluss daran wurden auf Basis eines Leitfadens weitere 31 Interviews mit Expertinnen und Experten aus den interessierenden Settings in ganz Österreich geführt. Aufgrund der Corona–Pandemie fanden auch letztere Gespräche ausnahmslos telefonisch statt. Die Themen des Leitfadens wurden mit den Mitgliedern der Kommission abgestimmt gemäß den Fragestellungen, die sich aus dem Auftrag ergeben. Für sämtliche Interviews wurde bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorab eine Zustimmung eingeholt und die Gespräche wurden schriftlich aufgezeichnet. Somit liegen Protokolle aus 49 Interviews für die Analyse vor.

Die Stichprobe gestaltet sich hinsichtlich der Settings wie in Tabelle 2.1 angeführt. 14 Interviews wurden mit Personen geführt, die eine länderübergreifende, zum Teil bundesweite Perspektive eingenommen haben. Bei 35 Interviews lässt sich ein Bezug auf ein konkretes Bundesland herstellen, dabei entfallen auf jedes Bundesland mindestens zwei Interviews.

Ergänzend dazu wurden Dokumente und Materialien einbezogen, die aus der Stakeholderkonferenz im Rahmen des GÖG-Evaluierungsprojekts vom 7. 4. 2019 stammen sowie aus zwei Vernetzungstreffen mit Vertreterinnen und Vertretern des akutstationären Sektors zur Thematik „Erfahrungen mit Modellprojekten zur Implementierung der PFA“.<sup>1</sup> Schließlich wurden uns Stellungnahmen, Präsentationen und Berichte zum Thema von den Interviewpartnerinnen und -partnern zur Verfügung gestellt und einbezogen.

Tabelle 2.1:  
Stichprobe Telefoninterviews Expertinnen und Experten (Stand 4. 5. 2020)

Setting	Anzahl
Stationäre Langzeitpflege	15
Akutstationäre KH etc.	14
Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	5
Mobile Langzeitpflege	5
REHA-Einrichtungen	4
Aus- und Weiterbildungen	3
Sonstiges	3
<b>SUMME</b>	<b>49</b>

Quelle: GÖG

Sämtliche Unterlagen aus o. g. Datenquellen wurden zur Analyse in das Programm MAXQDA eingespeist und es wurde eine qualitative Datenauswertung mit Schwerpunkt auf die o. g. Fragestellung durchgeführt. Ergänzende Erhebungen sowie die weiteren Analysen der Daten sollen fortgeführt und noch in diesem Kalenderjahr abgeschlossen werden.

1

Die Vernetzungstreffen wurden von der Pflegedirektorin der SALK (F. Moser) sowie vom Pflegedirektor des LKH Klagenfurt (B. Rauter) organisiert und fanden 2019 und 2020 in Salzburg bzw. Klagenfurt statt. An diesen Treffen nahmen Personen aus dem mittleren bzw. höheren Pflegemanagement vorwiegend des akutstationären Sektors aus ganz Österreich teil, eine Mitarbeiterin der GÖG war ebenso vertreten.

## 3 Zwischenergebnisse und aktueller Handlungsbedarf

Was lässt sich hinsichtlich der Umsetzung bislang auf Basis der erhobenen Daten und des aktuellen Analysestands dieser Daten feststellen?

Eine wesentliche Änderung im Rahmen der Novelle war die Schaffung eines dritten Gesundheits- und Krankenpflegeberufs, der Pflegefachassistenz. Dadurch soll den Anforderungen des Gesundheitswesens und des Pflegebereichs zielgerichteter und bedarfsgerechter Rechnung getragen werden (Gasser/Hausreither 2017). Zweifelsohne hat die Novelle in vielen Settings und Organisationen bereits zu großen Veränderungen in der Ausgestaltung des Skill-Grade-Mix im Gesundheitswesen geführt, der Bildungssektor im Bereich der Pflegeberufe ist im Umbruch (Pleschberger/Holzweber 2019), und in allen Settings wird der neu geschaffene Rahmen hinsichtlich seiner Potenziale für die Ausgestaltung der Praxis geprüft.

Dennoch sind die Erfahrungen zum aktuellen Zeitpunkt schon aufgrund der quantitativen Situation begrenzt: Mit Stand 31. 12. 2019 waren in Österreich 994 Personen als Pflegefachassistenz registriert, im Vergleich zu 51.242 Personen in der Pflegeassistenz und 99.015 Personen im Bereich des gehobenen Dienstes für GuK (Quelle: GBR). Der Großteil der PFA ist im Bereich der Krankenanstalten tätig. Insbesondere der Einsatz in den verschiedenen Settings harrt noch einer umfassenden Erprobung, wobei neben der Anzahl von PFA allfällige weitere Barrieren hierfür identifiziert werden konnten (siehe Abschnitt 3.3).

Die vorliegenden Zwischenergebnisse machen deutlich, wie sehr die Umsetzung der gesetzlichen Reformen von **rückläufigen Personalkapazitäten im Gesundheits- und Sozialwesen** und einem **Druck nach Kostendämpfung** angesichts knapper Ressourcen geprägt ist. Im Spannungsfeld aus wachsenden Anforderungen und Bedarf an qualifiziertem Personal tritt die Frage, wie aktuell und künftig ausreichende Personalkapazitäten sichergestellt werden können, in den Vordergrund (vgl. Rappold/Juraszovich 2019). So überrascht es nicht, dass das Schaffen von Bedingungen zur Attraktivierung des Berufs, um einem (drohenden) Personalmangel begegnen zu können, als zentrale Zukunftsaufgabe nahezu aller Interviewpartnerinnen und -partner gesehen wird.

### 3.1 Ausreichend qualifiziertes Personal?

Das Vorhandensein ausreichender Ausbildungskapazitäten und einer entsprechenden Bewerberlage stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass zentrale Aspekte der Novelle, wie z. B. der Skill-Grade-Mix, überhaupt umgesetzt werden können. Ebenso sollte die Qualifikation des ausgebildeten Personals den Anforderungen hinreichend Rechnung tragen.

Im Bereich des gehobenen GuK-Dienstes bildet die Überführung der Grundausbildung in den tertiären Bereich (FH) einen zentralen Reformschritt im Rahmen der Novelle, mit einer Übergangsfrist

bis Ende 2023. Mittlerweile wurden in ganz Österreich entsprechende Studiengänge etabliert, womit auch in allen Bundesländern Praktikantinnen/Praktikanten aus FH-Studiengängen in der Praxis tätig sind, mitunter auch parallel zu Praktikantinnen/Praktikanten aus GuK-Schulen (vgl. Pleschberger/Holzweber 2019). In den Interviews wurde berichtet, dass ggf. vorhandene Skepsis bei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mit Eintreten von FH-Studierenden in die Praktika verschwanden. Manche benannten Unterschiede, wie etwa, dass die FH-Studierenden ein besseres Fallverständnis sowie höhere Reflexionskompetenz hätten. Insgesamt wird die Novelle in diesem Bereich als wesentlicher Meilenstein für die Entwicklung der Pflege gesehen.

### 3.1.1 Kapazitäten im Bereich Ausbildung und Bewerberlage

Noch gibt es nach Ansicht der befragten Personen nicht in allen Bundesländern ausreichend Ausbildungskapazitäten für alle drei Pflegeberufe bzw. werden diese nicht überall ausreichend nachgefragt. Nach Ansicht der interviewten Expertinnen und Experten hat dies mit einer grundsätzlichen Attraktivität der Berufe zu tun (s. o.). Ergänzend dazu müssten folgende Aspekte aufgegriffen werden:

- » Fortbestehende Angebote zur Ausbildung im Bereich DGKP an GuKPS („**Parallelmodell**“) führen zu mangelnder Nachfrage nach PFA-Erstausbildung in derselben Region. Ebenso erschweren sie eine klare Kommunikation und Information über die Berufe und ihre Ausbildungsmöglichkeiten.
- » **Rahmenbedingungen der Ausbildungen sind zu wenig attraktiv.** Angebote zur Förderung und Unterstützung von FH-Studierenden in der Gesundheits- und Krankenpflege würden nach Ansicht vieler Interviewpartnerinnen/-partner dazu beitragen, Studierenden die Finanzierung ihres Studiums zu erleichtern. Diese fehlen derzeit noch überwiegend.
- » Die mit der Novelle geschaffene **Durchlässigkeit bei der Weiterqualifizierung von Pflegeberufen** auch praktisch umzusetzen, wird vor dem Hintergrund der Attraktivität als dringlich angesehen. Aktuell sei ein Rückgang von Kapazitäten im Bereich der verkürzten Ausbildung zur DGKP gemäß § 44 GuKG zu beobachten, was problematisch sei. Ebenso würden erst allmählich Angebote für PFA, FH-Studiengänge zur DGKP verkürzt besuchen zu können, geschaffen. Um Ressentiments innerhalb der Berufsgruppe des gehobenen Dienstes abzubauen, und eine Spaltung in zwei Gruppen zu vermeiden, wurde in Interviews auch das Erfordernis für eine Nachqualifizierung zu einem Bachelorabschluss für an GuK-Schulen ausgebildete DGKP angeführt.
- » Die vorliegenden **Erfahrungen mit Angeboten zur Aufschulung von PA zu PFA** ergeben ein vielfältiges Bild: Sie werden als wichtige Karriereperspektive für PA gesehen, wenngleich sich diese nach Absolvieren mitunter für ein anderes Setting oder eine andere Abteilung entscheiden, als vorgesehen war. Die in den Daten erkennbare Nachfrage nach Aufschulungen variiert stark, vermutlich auch in Abhängigkeit von der Unterstützung durch die Träger bzw. Arbeitgeber. Einhellig wird jedoch betont, dass eine Aufschulung von PA zu PFA für Mitarbeiter/-innen nebenberuflich sehr herausfordernd sei, es viele Drop-outs gebe und geeignete Fördermaßnahmen hier dringend geboten seien (z. B. Fachkräftestipendium besser als Bildungskarenz).

- » **Weiterbildungen** sollten flexibler gehandhabt werden, etwa indem die abschließende Aufzählung in der GuK-WV aufgehoben wird, bspw. insbesondere auch für PFA (z. B. würde aktuell der Palliativlehrgang für PA nicht als Weiterbildung angerechnet werden).

### 3.1.2 Aspekte der Ausbildungsqualität

Für die Umsetzung eines Skill-Grade-Mix ist nicht nur wesentlich, dass ausreichend Personal aller Berufsgruppen für den Einsatz zur Verfügung steht, sondern auch, dass dieses für den geplanten Einsatz ausreichend und gut ausgebildet/qualifiziert ist. Diese Frage ist nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Diskussion um Kompetenzerweiterungen relevant. Ergebnisse aus den Interviewanalysen mit einem konkreten Bezug zur Qualität der Ausbildungen werden nachfolgend kurz dargestellt:

- » Den GuK-Schulen wird in Bezug auf die PFA-Ausbildung ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. Sie würden ausgezeichnete Arbeit leisten und die Absolventinnen und Absolventen würden über **sehr gute theoretische Kenntnisse** verfügen, wenngleich der Ausbildungsumfang mitunter auch wenig Platz für Vertiefung ließe und sie keinesfalls weitere Inhalte aufnehmen könnten.
- » Durchaus kritische Aussagen finden sich zur **Qualität der praktischen Ausbildung**, die sich neben den Vorgaben betreffend Ausmaß und Dauer wohl auch auf die Organisation und die Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung beziehen. Die neue Ausdifferenzierung innerhalb der Pflegeberufe bringt zudem erhöhte Anforderungen für die Praxisanleitung mit sich. Dass diese in Zeiten angespannter personeller Ressourcen schwierig ist, liegt auf der Hand, Unterschiede zwischen Settings und Bundesländern sind auch hier erkennbar.
- » In Bezug auf die FH-Studiengänge für DGKP wird festgestellt, dass eine **Revision der GuK-FH-Ausbildungsverordnung (2008)** seit Inkrafttreten der Novelle nicht stattgefunden habe. Beispielsweise müssten Inhalte im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege vor dem Hintergrund der Schaffung einer generalistischen Grundausbildung dringend verstärkt Eingang finden.
- » Die **Erfordernisse einer guten Verankerung der Praxisanleitung** in allen Settings, die offene Frage der Finanzierung derselben sowie der Kompetenzen der Berufsgruppen in diesem Kontext zeigen in der Analyse der Interviews einen aktuellen Handlungsbedarf auf (siehe Abschnitt 3.3).

## 3.2 Erfahrungen mit modellhafter Umsetzung der Novelle

Ob nun bei der Entwicklung eines neuen Grade-Mix die Verbesserung der Qualität oder aber die Senkung der Kosten (bei möglichst gleichbleibender Qualität) als **Intention** im Vordergrund steht, spielt eine wesentliche Rolle für die Ausgestaltung der Modellprojekte und auch für deren Akzeptanz bei den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren. Hinzu kommen sehr **unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen** für durchaus ähnliche Umsetzungsmaßnahmen aufgrund der Ausgestaltung von Rahmenbedingungen in den Bundesländern sowie zwischen den einzelnen Settings.

Dies erschwert eine einfache Darstellung oder Einschätzung der Erfahrungen mit modellhafter Umsetzung der Novelle, auch und gerade in Hinblick auf einen Änderungsbedarf.

Mit Reformschritten wie der Schaffung der neuen Berufsgruppe PFA, der Ausweitung der Delegierbarkeit pflegerischer Tätigkeiten (§ 83 Abs. 2 GuKG) sowie der Orientierung an Kompetenzen anstatt wie bisher an Aufgaben und Tätigkeiten im Bereich des gehobenen GuK-Dienstes waren für das Pflegemanagement grundsätzliche Auseinandersetzungen mit den **Kompetenzbereichen** der (drei) GuK-Berufe verbunden. Zudem wurden **Organisationsabläufe** hinterfragt und ggf. adaptiert. Insbesondere hat die Novelle zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema „**Delegation**“ geführt – Qualifikationsmaßnahmen hierzu gehören etwa zum festen Bestandteil von Modellprojekten zur Implementierung von PFA in Organisationen und Diensten.

Was verstehen die interviewten Personen konkret unter „Umsetzung der Novelle“? Die offene Frage nach dem Stand der Umsetzung der Novelle wurde in den Interviews meist mit einem Hinweis auf die **Umsetzung des § 15 GuKG bzw. von § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG** beantwortet, insbesondere im akutstationären Setting. Dies steht zweifelsohne im Zusammenhang mit den Kapazitäten im ärztlichen Bereich und Veränderungen ärztlicher Präsenz in Folge des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG). Bei manchen Trägern gab es hier konkrete Erwartungshaltungen an die Novelle, die nach Inkrafttreten auch prioritär eingelöst wurden. Qualifizierungsmaßnahmen wurden eingeleitet, damit alle Berufsgruppen hierfür erforderliche Kompetenzen auffrischen bzw. erwerben konnten<sup>2</sup>.

Welche Tätigkeiten und Aufgaben an die Pflegeberufe delegiert werden, unterscheidet sich nach Kontext und Anforderungen, aber auch nach vorhandenen Personalressourcen, denn nicht immer gingen die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Delegation auch mit zusätzlichen Ressourcen für die Pflege bzw. Entlastungen z. B. im Servicebereich einher.

In den Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner lässt sich immer wieder auch eine **Hierarchisierung von Tätigkeiten und Aufgaben** erkennen, die aus pflegewissenschaftlicher Sicht problematisch ist und auch von manchen Interviewpartnerinnen/-partnern problematisiert wurde. Es bleiben Kompetenzen zur Stärkung der Ressourcen von Patientinnen und Patienten ungenutzt, gesundheitsförderliche Aspekte durch professionelle Pflege, die im Rahmen von § 14 GuKG konkretisiert wurden, stehen aktuell in der Wahrnehmung der interviewten Personen noch stark im Hintergrund. Im akutstationären Setting wird hierbei auf die schwierigen Rahmenbedingungen aufgrund verkürzter Verweildauern und hoher Arbeitsverdichtung verwiesen. In anderen Settings entsteht das Bild, dass die **Kompetenzen im Rahmen des § 14 GuKG** in dessen Vollumfänglichkeit noch nicht in das berufliche Selbstverständnis respektive die tägliche Praxis aufgenommen wurden.

---

2

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die in § 15 angeführten Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie demonstrativen Charakter haben und es sich dabei im Vergleich zum GuKG 1997 v. a. um eine rechtliche Klarstellung handelte.

### 3.2.1 Einsatz von PFA

Modellhafte Umsetzungen zur Erprobung des Einsatzes von PFA sind derzeit in ganz Österreich im Gange, vorrangig im **akutstationären Bereich** und teilweise auch in der stationären Langzeitpflege. Während mancherorts bereits eine einjährige Modellphase abgeschlossen und intern evaluiert wurde, warten andere noch auf die ersten Absolventinnen/Absolventen der PFA-Ausbildungen, um ihre Konzepte in der Praxis zu erproben. Deutlich wurde schon jetzt, dass die Implementierung der PFA mit einer **umfassenden Neuorganisation der Pflege** einhergeht. Dieser Prozess hat auch Auswirkungen auf die Organisation und Durchführung von administrativen sowie hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Jedenfalls würden Modellprojekte mindestens ein Jahr in Anspruch nehmen.

Bei Modellprojekten zur Implementierung von PFA gibt es **unterschiedliche Ansätze**:

- » Soll mit dem Einsatz von PFA die PA ersetzt werden und/oder soll der Anteil der DKGP reduziert werden?
- » Sehen die Projekte einen 2er-Mix (PA oder PFA und DGKP) vor oder den Einsatz aller 3 Pflegeberufe (PA, PFA und DGKP)?
- » Soll das Spektrum und Tätigkeitsfeld der PFA möglichst weit gefasst und der gesetzliche Rahmen „maximal ausgereizt“ werden? Beispielsweise übernehmen die PFA auf solchen Stationen auch die Begleitung der Visite einschließlich der Ausarbeitung; das Dispensieren von Medikamenten oder auch Verbandswechsel gehören in Modellprojekten ebenso zum Tätigkeitsspektrum der PFA. Argumentiert wird dies u. a. auch damit, dass die Rolle auch attraktiv sein soll. Der Einsatz der PFA im Nachtdienst wird von manchen an die Erweiterung des Kompetenzprofils geknüpft, während andere, die PFA bereits im Nachtdienst einsetzen, hier keinen Bedarf verorten.

Eine (zu) starke Verschiebung des Grade-Mix im Personalschlüssel von DGKP in Richtung PFA führt zweifelsohne auch zu einer Veränderung der Rolle der DGKP. Während dies von manchen im Zusammenhang mit der Tertiärisierung auch als folgerichtig angesehen wird, wiesen andere auf Vorbehalte hin, die es innerhalb der Berufsgruppe gegenüber der Übernahme von (zu viel) Verantwortung gebe. Auch die Sorge, dass diese Arbeitskontexte für DGKP immer weniger attraktiv erscheinen und dass damit eine Abwärtsspirale eingeleitet werde, wurde in dem Zusammenhang geäußert.

Was genau die PFA ist und wofür sie im Reigen der Gesundheitsberufe stehen soll, ist drei Jahre nach Inkrafttreten der Novelle noch ein offenes und kontrovers diskutiertes Thema. Dies überrascht auch nicht, zumal die ersten Absolventinnen und Absolventen erst sukzessive in die Praxisfelder treten (s. o.). So sind auch Unsicherheiten in Bezug auf das, was PFA dürfen, noch immer nicht ausgeräumt. Sie entstehen u. a. im Bereich des Medikamenten- und Infusionsmanagements oder wenn es um die Rolle der PFA im Pflegeprozess geht („Mitwirkung beim Erstassessment“).

## 3.3 Rechtliche Barrieren und ungenutztes Potenzial

Die Ergebnisse fördern einige Barrieren zutage, die mit rechtlichen Vorgaben zusammenhängen. Sei es, dass diese im GuKG selbst verortet werden oder dass sie sich aus settingspezifischen Regelungen ergeben. So wurde deutlich, dass es in Österreich noch keine durchgängige bzw. systematische Berücksichtigung der PFA in landesgesetzlichen Regelungen wie z. B. Heimverordnungen oder der Finanzierung/Stundensätze im Bereich der mobilen Pflege gibt. Ebenso bedarf es punktueller Anpassungen im ASVG, um die PFA als Berufsgruppe aufzunehmen (s. u.), oder aber auch Adaptierungen seitens der SV, um in der Novelle geschaffene Rahmenbedingungen auch in der Praxis zum Leben zu erwecken.

Es ist jeweils unklar, weshalb die Verordnungen (noch) nicht angepasst wurden, mitunter lassen einzelne Aussagen in Interviews darauf schließen, dass Klärungen in Bezug auf einen geeigneten Personalmix abgewartet werden oder auf Länderebene grundsätzliche Diskussionen um Stellenwert und Ausrichtung der PFA zu führen wären.

### 3.3.1 Settingspezifische Barrieren

#### Stationäre Langzeitpflege

- » Unter jenen Bundesländern, in denen die gesetzlichen Bestimmungen explizite Personalschlüssel vorgeben, ist derzeit lediglich in Oberösterreich und im Burgenland die Pflegefachassistenz als Berufsgruppe explizit aufgenommen und vorgesehen. In den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Wien fehlt die PFA in der Aufschlüsselung des einzusetzenden Personals. In den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg finden sich nur qualitative Vorgaben in Bezug auf die Personalzusammensetzung, ohne explizite Erwähnung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus. Letzteres stellt in der Praxis keine Barriere für den Einsatz der PFA dar.
- » So wie die Personalschlüssel zwischen den Bundesländern stark variieren, wird darin auch der Stellenwert der PFA in der Einordnung der Berufsgruppen unterschiedlich gesehen. Im einen Fall wird sie mit DGKP in einer Gruppe zusammengefasst, im anderen Fall ist sie gemeinsam mit den Berufsgruppen PA und DSB/FSB angeführt.

#### Mobile Pflege

- » Die Finanzierung der mobilen Pflege ist in Österreich auf Bundesländerebene geregelt und ausgesprochen komplex. Basis sind meist Vereinbarungen zwischen Anbietern und den Kostenträgern, in denen Tätigkeits- und Leistungskataloge, mit Stundensätzen versehen und zumeist auch definiert nach Berufsgruppen, die zentrale Referenz darstellen. Bis dato wurden die Änderungen im Zuge der Novelle noch nicht systematisch in diese Vereinbarungen aufgenommen.

- » In der medizinischen Hauskrankenpflege ist die PFA (noch) nicht berücksichtigt. Aufgrund der Bestimmungen des § 151 ASVG können nur jene Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege von den SV refundiert werden, die von einer DGKP erbracht werden. Auch wenn dies in der Versorgungspraxis nur einen kleinen Anteil aller Leistungen der mobilen Pflege umfasst, wäre es im Sinne der Umsetzung der Novelle wichtig, auch Leistungen anzuerkennen, die von PFA im Rahmen der Delegation gemäß § 15 GuKG erbracht werden.
- » Als weitere Barriere in diesem Kontext wird schließlich auch die fehlende praktische Umsetzung des § 15a GuKG gesehen.

## **Rehabilitation**

In Einrichtungen der Rehabilitation gestalten sich die Rahmenbedingungen sehr heterogen. Rahmengebend ist für viele Einrichtungen eine Leistungsmatrix mit Zuordnung zu Berufsgruppen, in der die PFA allerdings (noch) nicht aufgenommen ist. Für die Personalausstattung – etwa im Nachtdienst – gebe es für REHA-Zentren Vorgaben der Landessanitätsdirektionen, in denen die PFA ebenso nicht berücksichtigt ist. Dies wird allerdings nicht von allen Interviewpartnerinnen und -partnern in diesem Setting problematisiert, zumal das Potenzial eines Einsatzes von PFA hier unterschiedlich eingeschätzt wird. In Abteilungen, die der Akutrehabilitation (Phase C) zugerechnet und deren Leistungen im Rahmen der LKF abgerechnet werden, gibt es hingegen bereits Modellprojekte zum Einsatz der PFA.

## **Einrichtungen und Angebote für Menschen mit Behinderungen**

Trotz umfassender Recherchen konnten noch keine Einrichtungen identifiziert werden, in denen PFA beschäftigt werden. In diesem Setting wurden auch Unsicherheiten in Bezug auf die Kompetenzen der Berufsgruppe PFA (insb. die eigenverantwortliche Durchführung) erkennbar. Auch Fragen der Delegation an SOB würden immer wieder auftreten. Zudem nähren Kostengründe die vorherrschende skeptische Haltung gegenüber einem Einsatz von PFA, die in Stellungnahmen und aus Interviews mit Vertreterinnen/Vertretern aus diesem Setting erkennbar ist.

Ein Bedarf nach Abbau rechtlicher Barrieren wird insbesondere in einer Änderung der gesetzlichen Regelung „Unterstützung bei der Basisversorgung“ (§ 3a, Abs. 3 GuKG; in diesem Zusammenhang auch § 50a, Abs. 1, 3 ÄrzteG) gesehen. Die Gesetzeslage sieht vor, dass der berechtigte Personenkreis zur Durchführung unterstützender Tätigkeiten bei der Basisversorgung, nur für Settings mit Gruppen von höchstens zwölf behinderten Menschen gilt. Aus Sicht der Praxis sollte das leitende Kriterium nicht die bloße Anzahl sein sondern das Ausmaß des Pflegebedarfs der behinderten Menschen in einer Gruppe bzw. einem Setting.

### **3.3.2 Barrieren innerhalb des GuKG (2016)**

Im Kontext der Umsetzung der Novelle werden seit Inkrafttreten von verschiedenen Seiten Versorgungsbrüche angeführt, die aufgrund der Definition der Kompetenzprofile, insbesondere im

Einsatz von PA und PFA, entstehen würden. In diesem Zusammenhang ist auch der Beschluss der LGRK vom 10. 5. 2019 zu sehen, in dem einzelne Kompetenzerweiterungen für PA, PFA und DGKP gefordert wird, im Regierungsprogramm wurde diese Thematik erneut genannt. In den Interviews wurde daher konkret nach Versorgungsbrüchen gefragt. Die Ergebnisse liefern ein heterogenes Bild. Im Wesentlichen entsprechen sie den Forderungen der LGRK, sie sind jedoch nicht deckungsgleich mit diesen und tw. fachlich ausdifferenzierter.

### Kompetenzprofil PFA und PA – Infusionsmanagement

Das Infusionsmanagement wird grundsätzlich in den Händen der DGKP gesehen, wenngleich es in manchen Kontexten und Abläufen notwendig erscheint, dass die Pflegeassistenten hier mehr Kompetenzen bekommen, als dies gegenwärtig der Fall ist, um die erwarteten Synergieeffekte zu erzielen. Insbesondere folgende Kompetenzerweiterungen zu den § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG angeführten Tätigkeiten wurden in den Interviews thematisiert:

- » **Abhängen von Infusionen und Entfernen von peripheren Verweilkanülen durch PA und PFA** – die Gefahr sei hier nicht größer als beim Blutabnehmen, aufgrund fehlender Logik führt diese Regelung immer wieder zu Unverständnis und ruft Kritik hervor.
- » **Abhängen von Infusionen bei verbleibender Verweilkanüle durch PA und PFA** – das Durchspülen der Zugänge hat hier viele Fragen aufgeworfen; Spülen mit 0,9%-iger NaCl-Lösung wird als wichtig gesehen; kontrovers ist die Haltung, wonach das „Aufziehen“ als eigener Schritt wieder ein Risiko darstellt; eine Lösung wird hier in Einmal-/Fertigspritzen gesehen, während andere das Aufziehen von NaCl-Spritzen als wenig problematisch sehen, wenn das Prinzip „alles aus einer Hand“ eingehalten wird.
- » **Legen von peripheren Verweilkanülen durch PFA** – wird v. a. im akutstationären Sektor gefordert, um Abläufe nicht zu unterbrechen; so sollten z. B. präoperative Infusionen (ohne Zusätze) im Zuge der Aufnahme von Patientinnen/Patienten mit Routinebehandlungen bzw. in Routinesituationen bereits von PFA durchgeführt und hierfür auch der Zugang gelegt werden dürfen. Einwände bestehen in diesem Punkt dahingehend, dass die Schwelle zur Verabreichung von Medikamenten i. v. dadurch neuerlich gesenkt würde („Dammbruchargument“) und die Gefahr einer Überforderung der PFA gesehen wird.
- » **Anhängen von Infusionen i. v. ohne Zusatz durch PFA** – z. B. in der Vorbereitung von OPs, bei elektiven Eingriffen, in der Wochenbettstation etc. (s. o.); das Verabreichen von Infusionen i. v. mit medikamentösen Zusätzen wird nahezu einhellig von den Interviewpartnerinnen und -partnern aller Settings abgelehnt.
- » **An- und Abhängen von Flüssigkeiten s. c. durch PFA** – diese Möglichkeit wird in der mobilen Pflege sowie in der stationären Langzeitpflege gefordert, vor allem für das Flüssigkeitsmanagement, es handelt sich hierbei um Flüssigkeiten ohne medikamentöse Zusätze.
- » **Verabreichen von medikamentösen Zusätzen s. c. (Injektionen bzw. Infusionen) im Rahmen der Schmerztherapie durch PFA** – die Notwendigkeit hierfür wird v.a. im palliativen Setting gesehen; während manche Interviewpartnerinnen und -partner Parallelen zur Insulingabe ziehen und sich auf das Risikomanagement beschränken, verweisen andere auf die generelle Komplexität von Situationen in der palliativen Versorgung, die auch entsprechend qualifizierter Mitarbeiter/-innen bedürfen (z.B. Spezialisierung in Palliative Care). Auch im stationären LZP-Setting wird dies für stabile Situationen im Falle dauerhafter Anwendung oder in

palliativen Situationen gefordert. Zielsetzung wäre hier vor allem, (unnötige und) belastende Krankenhaus-Einweisungen zu verhindern.

Die Problematik, dass die Rahmenbedingungen in den verschiedenen Settings eben auch einen unterschiedlichen Support bzw. Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe nahelegen, wird im Zusammenhang mit diesen Überlegungen angesprochen. Ein Lösungsansatz wird auch darin gesehen, die Regelungen so zu treffen, dass es der fachlichen Einschätzung der DGKP obliegt, ob in einer Situation das Anhängen einer Infusion oder die s. c.-Injektion von PFA durchgeführt werden soll/kann.

### Weitere Forderungen nach Erweiterung Kompetenzprofil PFA und PA

- » **Legen und Entfernen von transurethralen Kathetern bei beiden Geschlechtern durch PFA;** dies erscheint allerdings nur in jenen Kontexten sinnvoll, wo dies auch routinemäßig durchgeführt werden kann; erwähnt sei auch, dass dies in manchen Praxisfeldern aktuell auch nicht von DGKP durchgeführt wird;
- » **EKG-Schreiben** wird als wichtige Aufgabe der PFA gesehen, eine Verlagerung zur PA wurde von den Interviewpartnerinnen/-partnern als nicht erforderlich gesehen.
- » Schließlich gibt es auch Forderungen, wonach die **PFA in der Praxisanleitung** besser verantwortet und eingesetzt werden sollen. So müsste im Gesetz neben der Anleitung und Unterweisung auch der Aspekt „Beurteilung“ aufgenommen werden; auch für andere Berufsgruppen wie z. B. Heimhelfer/-innen oder FSB sollten PFA nach entsprechender Qualifizierung in der Praxisanleitung tätig sein dürfen. Andere Stimmen fordern wiederum die Letztverantwortung der DGKP im Kontext der Ausbildung ein.

### Kompetenzprofil DGKP

In Bezug auf die DGKP wurden nur sehr wenige konkrete Hinweise auf die Notwendigkeit einer Kompetenzerweiterung gegeben, wenngleich sich bezüglich dieser jedoch ein hoher Konsens erkennen ließ.

- » **Erstverordnung von jenen Medizinprodukten,** die mit der Novelle 2016 im Rahmen der Weiterverordnung (§ 15a) angegeben sind; insbesondere in den Settings der mobilen Pflege sowie der stationären Langzeitpflege führt die aktuelle Gesetzgebung häufig zu Versorgungsbrüchen, u. a. weil die Abhängigkeit von der ärztlichen Verordnung zu zeitlichen Verzögerungen führt. Im stationären Kontext könnte Kontinuität für Patientinnen und Patienten gewährleistet werden, wenn diese Produkte bereits als Teil des Entlassungsmanagements durch DGKP verordnet werden dürften. Zudem wird argumentiert, dass die Ärztinnen und Ärzte in der Regel ohnehin nur das schriftlich verordnen würden, was die Pflege empfiehlt, deren Expertise in diesem Bereich nicht zuletzt aufgrund von Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement mittlerweile anerkannt sei.
- » **Weiterverordnung von Medikamenten in stabilen Situationen** wird als Kompetenzerweiterung vor allem im mobilen Setting eingefordert; auch hier komme es derzeit zu unnötigen Wegen für die Betroffenen, weil sie z. B. nur für das Rezept den Hausarzt / die Hausärztin aufsuchen müssten; insbesondere dort, wo die Dichte an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gering sei, gelte es, über eine Stärkung der Rolle der DGKP nachzudenken.

- » Insgesamt werden den Regelungen im § 14 GuKG eine gute Passung bescheinigt. Aspekte, wie die explizite Erwähnung von **Beratungsaufgaben im Rahmen des § 14**, werden insbesondere im Kontext der mobilen Pflege positiv erwähnt, weil dies einem modernen Berufsbild entspricht. Kritisiert werden hier aber Vorbehalte, wie etwa der Ausschluss von Tätigkeiten im Bereich der Trainingsüberwachung oder aber auch der Ernährungsberatung durch DGKP<sup>3</sup>.
- » Schließlich wird die **Etablierung von ANP** von Interviewpartnerinnen/-partnern aller Settings angeführt, wenn es um Kompetenzerweiterungen geht. ANP wird als wichtiger Schritt gesehen, um den DGKP Perspektiven für Fachkarrieren zu geben. Die Schaffung neuer Spezialisierungen wie School Nurse oder Community Health Nursing, wie im Regierungsprogramm vorgesehen, wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern in diesem Zuge ebenso gefordert.

### 3.4 Zusammenfassende Einschätzung zum Handlungsbedarf

Aus den Ergebnissen ergibt sich aktuell ein Handlungsbedarf vor allem in jener Hinsicht, wonach eine modellhafte Umsetzung der Novelle erschwert bzw. verhindert wird sowie auch das Potenzial der Novelle nicht hinreichend ausgeschöpft werden kann. Dies bezieht sich etwa auf **rechtliche Barrieren sowie formale Vorgaben**, die seit Inkrafttreten der Novelle nicht angepasst wurden. Damit im Evaluationszeitraum jedoch möglichst umfassende Erfahrungen gesammelt und somit auch im Sinne des gesetzlichen Auftrags evaluiert werden können, wäre es wichtig, solche Barrieren rasch abzubauen. Das Entstehen von Versorgungsbrüchen kann auf Basis der Ergebnisse nicht per se generalisiert werden, zu groß erscheinen die Unterschiede zwischen den Settings und Kontexten sowie den Bundesländern, zumal erst wenige Erfahrungen mit dem Einsatz der neuen Berufsgruppe PFA gesammelt werden konnten.

Die Forderungen nach **Erweiterungen der Kompetenzprofile** der Berufsgruppen sind sowohl in Hinblick auf die Versorgungsqualität als auch auf die Attraktivität sorgfältig abzuwägen. Wie bereits erwähnt, ist die Frage eng verbunden mit der Ausgestaltung des Personalmix und den Anforderungen im jeweiligen Setting und Kontext: So können Erweiterungen der Kompetenzen in einem Setting in Hinblick auf das Vermeiden von Versorgungsbrüchen zielführend sein, in einem anderen jedoch die Patientensicherheit gefährden, etwa weil im Notfall die Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe nicht in gleichem Maße gegeben ist oder die Unterstützung durch eine DGKP fehlt.

Vor allem gilt es der Gefahr vorzubeugen, dass Personalschlüssel auf der Basis von Tätigkeits- und Kompetenzprofilen nach unten nivelliert werden. Insbesondere in Bereichen, deren Attraktivität bereits jetzt aus Sicht der DGKP relativ gering ist (stationäre Langzeitpflege sowie mobile

---

3

Letzteres Anliegen betrifft die Kompetenzabgrenzung zwischen der Diätologie einerseits und der Gesundheits- und Krankenpflege andererseits (vgl. Weiss/Lust 2017, § 14 Anm. 8). In Interviews wurden hier eine andere Rechtsauslegung bzw. erweiterte Kompetenzen für DGKP eingemahnt, zumal diese häufig auch Weiterbildungen in diesem Bereich absolvieren, und in Settings, wie z. B. der Langzeitpflege, ein Mangel an Diätologinnen/Diätologen bestehe (vgl. Gepart 2019). Entsprechendes gilt in Bezug auf die Trainingsüberwachung gegenüber den Tätigkeitsvorbehalten der Trainings- bzw. Physiotherapeutinnen / -therapeuten.

Pflege), gilt es sicherzustellen, dass DGKP ihre Kernkompetenzen in der Praxis umsetzen können und die ihnen übertragene Verantwortung auch übernehmen können, weil die Voraussetzungen dafür gegeben sind (z. B. überschaubare Anzahl Patientinnen/Patienten, Möglichkeit zum kollegialen Austausch etc.).

Freilich kann die Anpassung der Kompetenzprofile – insbesondere im Bereich PA und PFA – auch als Maßnahme gesehen werden, um einer grundsätzlichen Skepsis gegenüber einem Einsatz zu begegnen und so die Entwicklung von Modellprojekten in diesem Bereich zu forcieren. Jedenfalls sollte die Sicherstellung von Rahmenbedingungen zur Gewährleistung von Patientensicherheit und einer guten Versorgungsqualität weiterhin alle Überlegungen zur Umsetzung der Novelle leiten.

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass einseitige Kompetenzerweiterungen aufseiten von PA und PFA so verstanden werden könnten, dass sie die mit der Novelle beförderte Professionalisierung der Pflege konterkarieren. Deshalb sollte auch den Forderungen nach **Kompetenzerweiterung aufseiten der DGKP** entsprechend Rechnung getragen werden, zumindest dort, wo die Umsetzung der Novelle aktuell an Grenzen stößt (§ 15a GuKG).

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wäre es zudem wünschenswert, wenn im Gesamtkontext der Umsetzung der GuKG–Novelle 2016 auch eine verstärkte Auseinandersetzung mit einer **modellhaften Umsetzung der pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14 GuKG)** sowie der **erweiterten Delegationsmöglichkeiten pflegerischer Maßnahmen (§ 82 Abs. 2 sowie § 83a GuKG)** erfolgen würde. Die vorliegenden Zwischenergebnisse weisen in Relation zur Aufmerksamkeit, die den § 15 GuKG sowie § 83 Abs. 4 und § 83a Abs. 2 GuKG geschenkt wird, auf eine problematische Entwicklung (Hierarchisierung von Aufgaben) hin, die es im weiteren Verlauf der Evaluierung noch näher zu untersuchen gilt.

In der Zusammenschau der Ergebnisse aus den Interviews ergibt sich ein Widerspruch in Bezug auf die Forderung nach Kompetenzerweiterungen – die eine entsprechende Qualifizierung voraussetzen – und dem Befund, dass einer **Aufnahme weiterer Inhalte in die Ausbildungen** unter Beibehaltung der Ausbildungsdauer Grenzen gesetzt sind. In den PA/PFA–Ausbildungen erscheinen diese jedoch weniger eng als in der FH–GuK–Ausbildung. Im Bereich DGKP erscheint hingegen eine Erweiterung auf weitere Inhalte im Rahmen der dreijährigen Grundausbildung schwer realisierbar. Es ergeben sich diesbezüglich bspw. eher Möglichkeiten im Rahmen der Spezialisierungen bzw. von weiterführenden Ausbildungen. Jedenfalls ergibt sich daraus ein Bedarf an einer sorgfältigen fachlichen Prüfung hinsichtlich der Aspekte Versorgungsbrüche, Patientensicherheit, Vermittlung in Ausbildung etc.

Handlungsbedarf ergibt sich schließlich auch im **Zusammenspiel von Ausbildungskapazitäten** und einer guten Bewerberlage. In Hinblick auf die Ausbildungsqualität erscheinen eine **Revision der FH–GuK–AV (2008)** sowie der Bereich der **Praxisanleitung** – v. a. hinsichtlich einer Sicherstellung von Ressourcen zur Umsetzung bereits vorhandener Konzepte – vordringlich zu bearbeiten, zumal hier aktuell Defizite erkennbar sind.

Mit dem Ziel einer „Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung in allen Settings“ sind hohe Erwartungen verbunden, die selbst mit einem modernen Berufsgesetz kaum einzulösen sind. Die Ursachen und Wirkfaktoren rund um den (drohenden) Personalmangel im Gesundheitswesen

sind vielfältig und komplex, und um ihnen zu begegnen, bedarf es umfassender Maßnahmen, die insbesondere auch die Rahmenbedingungen einschließen (vgl. Rappold/Juraszovich 2019).

# Literatur

Gasser, Ludmilla; Hausreither, Meinhild (2017): Ausbildung in den Pflegeassistentenberufen. Verlag Österreich, Wien

Gepart, Christian (2019): Ernährungsmanagement in der Langzeitpflege. In: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht 5:134–138

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

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

Weiss, Susanne; Lust, Alexandra (2017): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 8. Aufl., Manz, Wien