

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



**ÖSTERREICHISCHER
PFLEGEGERICHT
2007**

**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



Österreichischer Pflegebericht

2007

Projektteam

Gabriele Riess
Ingrid Rottenhofer
Petra Winkler

unter Mitarbeit von:

Martin Busch
Petra Stangl

Wien, Mai 2007

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

ISBN: 3-85159-098-8

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG; A-1010 Wien, Stubenring 6, Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at, <http://www.goeg.at>; <http://www.oebig.org>

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Kennzahlen zur Personalausstattung

Der im Auftrag des BMGFJ erstellte Pflegebericht 2007 zeigt, dass tendenziell die Anzahl an Pflegepersonen in Krankenhäusern zunimmt (45.300 vollzeitbeschäftigte Pflegepersonen bzw. plus 13 %). Ebenso hält der Trend zu höherer Qualifikation beim Pflegepersonal (85 % diplomierte Pflegekräfte bzw. plus 7 %) an. Da sich jedoch die Belagsdauer pro stationären Aufenthalt verringerte, sank auch die Anzahl an Pflegepersonen pro stationären Aufenthalt trotz erhöhter Versorgungsdichte gemessen an Pflegepersonen pro 1.000 Einwohner: 2005 standen nur mehr 16,3 (vgl. 1994 17,9) diplomierte Pflegepersonen und 2,9 (vgl. 1994 5,0) Pflegehilfspersonen pro 1.000 stationäre Aufenthalte zur Verfügung.

Entwicklung eines Konzeptes zur Registrierung für Pflegeberufe

In Österreich soll eine verpflichtende Registrierung für Pflegeberufe erfolgen. Empfohlen wird die Registrierung von Daten zu Person, Berufsausbildung und Spezialisierung sowie Angaben zur Berufstätigkeit. Für die Erstregistrierung sollen dieselben Voraussetzungen wie für die Berufsberechtigung nach GuKG 1997 (§ 27) gelten. Auch Pflegehilfskräfte (inkl. Sozialbetreuungsberufe nach §15a B-VG) sollen registriert werden.

Kompetenzübertretungen sind gängige Praxis

Die nähere Analyse von Kompetenzübertretungen, welche im Pflegebericht 2006 festgestellt worden waren, zeigt, dass Pflegehilfskräfte mit längerer Praxis, häufiger ihre Kompetenzen überschreiten. Berufs-, dienst- und organisationsrechtliche Bestimmungen sind grundsätzlich gut aufeinander abgestimmt. Zumeist führen personenbezogene Ursachen, mangelnde Kenntnis in Bezug auf Berufs- und Dienstrecht seitens u. a. der Ärztinnen/Ärzte sowie Schwächen in der Ablauforganisation (z. B. fehlende permanente Verfügbarkeit von Ärztinnen/Ärzten) zu Kompetenzverletzungen.

Kennzahlen im Ausbildungsbereich

In den Jahren 2003 bis 2005 wurden rund 3.000 Absolventinnen und Absolventen pro Jahr an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen/Ausbildungsstätten sowie mehr als 2.000 Absolventinnen und Absolventen der Pflegehilfe registriert, die Ausbildungsabbruchrate beträgt 20 bis 30 Prozent. Vor allen anderen bilden die Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Personen aus anderen Bundesländern aus (> 40 %).

Zukünftige Pflegberichterstattung

Die Pflegeberichterstattung soll in Zukunft die vorliegenden Kennzahlen zu Praxis und Ausbildung der Pflege regelmäßig aktualisieren, Trendentwicklungen aufzeigen sowie mittels Fragebogenerhebung einzelne Schwerpunktthemen (u. a. illegale Pflege) kontinuierlich analysieren. Außerdem sollen Projekte zu empfohlenen Lösungsansätzen (u. a. bundesweite Harmonisierung der Personalschlüsselverordnung) umgesetzt werden.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung..... | 1 |
| 1.1 | Ausgangslage | 1 |
| 1.2 | Inhalte..... | 1 |
| 1.3 | Einsatzbereiche von Pflegepersonen | 2 |
| 1.4 | Datengrundlagen und Methoden | 3 |
| 1.4.1 | Quantitativer Teil des Pflegeberichts..... | 3 |
| 1.4.2 | Qualitativer Teil des Pflegeberichts | 4 |
| 1.5 | Öffentlichkeitsarbeit, Publikation des Pflegeberichtes 2006 und eines Fachartikels..... | 5 |
| 2 | Personalausstattung..... | 7 |
| 2.1 | Krankenhäuser..... | 7 |
| 2.2 | Alten- und Pflegeheime und Mobile Dienste..... | 11 |
| 3 | Registrierung | 13 |
| 3.1 | Ausgangssituation und Grundlagen..... | 13 |
| 3.2 | Registrierung im Vergleich | 14 |
| 3.2.1 | Ländervergleich Europa..... | 14 |
| 3.2.2 | Vergleich der Anmeldedaten (Europa – Österreich) | 16 |
| 3.3 | Datenbedarf für Gesundheits- und Angebotsplanung | 19 |
| 3.4 | Empfehlungen für die Registrierung | 19 |
| 3.4.1 | Voraussetzungen..... | 20 |
| 3.4.2 | Registerinhalte/Anmeldedaten..... | 21 |
| 3.4.3 | Registrierende Institution/Organisation | 22 |
| 4 | Befragungsergebnisse zur Pflegepraxis – Vertiefende Auswertung..... | 23 |
| 4.1 | Erfüllung des GuKG | 23 |
| 4.1.1 | Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegehelferinnen/ Pflegehelfer und Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuer | 24 |
| 4.1.2 | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegehelferinnen/ Pflegehelfer und Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuer | 29 |
| 4.1.3 | Zufriedenheit und Kompetenzüberschreitung..... | 34 |
| 4.1.4 | Exkurs: Kompetenzübertretung aus juristischer Perspektive | 35 |
| 4.1.5 | Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten durch den Gehobenen Dienst..... | 40 |
| 4.2 | Pflegesysteme und Verantwortungsaufteilung..... | 43 |
| 4.2.1 | Mangelnde Verantwortungsaufteilung | 44 |
| 4.2.2 | Verbreitung der Pflegesysteme in Österreich..... | 44 |
| 4.2.3 | Subjektives Belastungsgefühl und Pflegesystem | 47 |
| 5 | Ausbildung..... | 50 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 5.1 | Bildungswege für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe | 50 |
| 5.1.1 | Grundausbildung | 50 |
| 5.2 | Datensituation | 51 |
| 5.2.1 | Schülerinnen und Schüler..... | 53 |
| 5.2.2 | Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegesschulen | 58 |
| 5.3 | Befragungsergebnisse zur Ausbildung | 62 |
| 5.3.1 | Anzahl der zu unterrichtenden Fächer und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation..... | 62 |
| 5.3.2 | Dauer der Lehrtätigkeit und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation | 63 |
| 5.3.3 | Geschlecht und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation..... | 65 |
| 6 | Zusammenfassung und Ausblick | 67 |
| | Literatur- und Quellenverzeichnis | 75 |
| | Anhang | 79 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 2.1: | Fonds-Krankenhäuser – diplomierte Pflege- und Pflegehilfspersonen in VZÄ 1994 und 2005 sowie Veränderung 1994–2004 in Prozent nach Bundesländern | 11 |
| Tabelle 3.1: | Vergleich von Anmeldedaten europäischer Pflegeberuferegister und Hebammenliste Österreich | 17 |
| Tabelle 3.2: | Vergleich von Anmeldedaten europäischer Pflegeberuferegister und Hebammenliste Österreich (Fortsetzung)..... | 18 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----------------|--|----|
| Abbildung 1.1: | Pflegeorganisation und Bezeichnungen der unterschiedlichen Settings..... | 3 |
| Abbildung 2.1: | Fonds-Krankenhäuser – diplomierte Pflegepersonen und Pflegehilfspersonen in VZÄ 1994–2005 | 8 |
| Abbildung 2.2: | Pflegepersonal pro 1.000 stationäre Aufenthalte nach Bundesländern, 1994–2005 | 10 |
| Abbildung 4.1: | Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte nach Setting | 25 |
| Abbildung 4.2: | Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Bundesland und Setting | 26 |
| Abbildung 4.3: | Häufigkeit von Kompetenzüberschreitungen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfsdienste nach Dauer der Berufsausübung..... | 27 |
| Abbildung 4.4: | Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Tag | 28 |
| Abbildung 4.5: | Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Pflegesystem..... | 29 |
| Abbildung 4.6: | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Setting | 30 |
| Abbildung 4.7: | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte nach einzelnen Tätigkeiten | 31 |
| Abbildung 4.8: | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Bundesland und Setting | 32 |
| Abbildung 4.9: | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Tag | 33 |
| Abbildung 4.10: | Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte nach Pflegesystem | 34 |
| Abbildung 4.11: | Berufsfremde Tätigkeiten des Gehobenen Dienstes nach Berufsgruppen | 41 |
| Abbildung 4.12: | Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten und Dauer der Berufstätigkeit | 43 |
| Abbildung 4.13: | Unklare Aufteilung der Letztverantwortung nach Pflegeprozessschritten in Prozent..... | 44 |
| Abbildung 4.14: | Häufigkeit des Pflegesystems nach Setting | 46 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 4.15: Verbreitung der Pflegesysteme pro Bundesland | 46 |
| Abbildung 4.16: Vorteile der Bezugspflege bzgl. subjektiven Überforderungsgefühls | 48 |
| Abbildung 4.17: Nachteile der Gruppenpflege bzgl. subjektiven Überforderungsgefühls | 49 |
| Abbildung 5.1: Bildungspyramide der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe | 51 |
| Abbildung 5.2: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege nach Altersstufen, 2003–2005..... | 53 |
| Abbildung 5.3: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege nach Altersstufen, 1998–2005 | 54 |
| Abbildung 5.4: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege nach Altersstufen, 2003–2005..... | 55 |
| Abbildung 5.5: Anzahl Personen in Ausbildungsstätten für Pflegehilfe nach Altersstufen, 2003–2005 | 56 |
| Abbildung 5.6: Anzahl der Ausbildungsabschlüsse und -abbrüche in Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sowie in Ausbildungsstätten für Pflegehilfe, 2003–2005 | 56 |
| Abbildung 5.7: Anzahl der Ausbildungsabschlüsse und -abbrüche in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 2003–2005 | 57 |
| Abbildung 5.8: Wohnsitz der Schülerinnen und Schüler in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Anteile in Prozent, 2003 | 58 |
| Abbildung 5.9: Altersstruktur des Managements und des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005 | 59 |
| Abbildung 5.10: Verteilung der Lehrkräfte nach internen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und externen Vortragenden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2003–2005 | 60 |
| Abbildung 5.11: Beschäftigungsausmaß (pro Jahr) des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005 | 60 |
| Abbildung 5.12: Höchste abgeschlossene Ausbildung des Managements und des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005..... | 61 |
| Abbildung 5.13: Anzahl der unterrichteten Fächer in Prozent | 63 |
| Abbildung 5.14: Im Lehrberuf aktiv nach Jahren in Prozent..... | 64 |
| Abbildung 5.15: Dauer der Lehrtätigkeit in Jahren und subjektive Einschätzung der eigenen Lehrqualifikation pro Unterrichtsfach | 65 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| A | Österreich |
| AFB | Altenfachbetreuerin/-betreuer (=Hilfskräfte) |
| APH | Alten-/Pflegeheim |
| ARGE | Arbeitsgemeinschaft |
| BAG | Bundesarbeitsgemeinschaft |
| BGBI | Bundesgesetzblatt |
| B-VG | Vereinbarung gemäß Art. 15a zwischen dem Bund und den Ländern |
| BMGF | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen |
| BMGFJ | Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend |
| BMSG | Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen |
| CH | Schweiz |
| DGKP | diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (=Diplomierte) |
| DGKS/P | diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeschwester/-pfleger (= gehobener Dienst / Diplomierte) |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| EST | Estland |
| EU | Europäische Union |
| EW | Einwohner |
| F | Frankreich |
| FIN | Finnland |
| GB | Großbritannien |
| GS | Gesundheits- und Sozialberufe |
| GuK | Gesundheits- und Krankenpflege |
| GuKG | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz |
| GuK-AV | Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung |
| HHCC | Home Health Care Classification |
| HKP | Hauskrankenpflege |
| ICD | International Classification of Diseases |
| ICNP | International Classification for Nursing Practice |
| IRL | Irland |
| KA | Krankenanstalt |
| KAGES | Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. |
| KaKuG | Kranken- und Kuranstaltengesetz |
| KH | Krankenhaus |
| LEP | Leistungserfassung in der Pflege |
| LKF | Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung |
| LT | Litauen |
| LV | Lettland |
| M | Malta |
| MEL | Medizinische Einzelleistung |
| MP | Mobile Pflege (= Mobile Pflegedienste / Pflege zu Hause / Hauskrankenpflege) |
| MTD | Medizinisch-technische Dienste |
| N | Norwegen |
| NANDA | North American Nursing Diagnosis Association |

| | |
|---------|--|
| NL | Niederlande |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development |
| ÖP | Österreichischer Pflegebericht |
| ÖSG | Österreichischer Strukturplan Gesundheit |
| P | Portugal |
| PH | Pflegehilfe (= Hilfskräfte) |
| PLAISIR | Planification informatisé des soins infirmiers requis (Canada) |
| PL | Polen |
| PPR | PflegePersonalRegelung |
| PsychPV | Psychiatrie-Personalverordnung |
| RAI | Resident Assessment Instrument (USA) |
| SK | Slowakische Republik |
| SLO | Slowenien |
| SKA | Sonderkrankenanstalt |
| UF | Unterrichtsfach |
| VZÄ | Vollzeitäquivalent |
| WHO | World Health Organization |

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Der Arbeitsbereich Pflege umfasst in Österreich zwischen 60.000 und 80.000 Menschen, die in Spitälern, Ambulanzen, Heimen und privaten Haushalten ihrer Beschäftigung nachgehen. Genauere Angaben zu den Beschäftigten können nicht gemacht werden, weil zuverlässige und alle Bereiche umfassende Daten derzeit noch fehlen. Den berufsrechtlichen Rahmen bildet das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG).

Bis dato fehlt europaweit eine regelmäßige und umfassende Pflege-Berichterstattung (Weidner, Dörpinghaus 2003). Im Jahr 2006 sollte die vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen beauftragte und dem damaligen Fonds ÖBIG durchgeführte Studie *Österreichischer Pflegebericht* einen ersten Schritt zur systematischen Aufarbeitung bestehender und Erfassung neuer Datenbestände setzen.

Der Pflegebericht 2006 stellt die erste systematische und umfassende Bestandsaufnahme von quantitativ und qualitativ erfassbaren Aspekten der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der diesbezüglichen Personalversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen dar. Dazu wurden alle vorhandenen Daten und Informationen, zum Teil um Prognosen erweitert, zu den Themenbereichen Personalausstattung und -bedarf in den Settings Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim sowie Mobile Pflege gesammelt und die Umsetzung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sowie der Ausbildungsverordnung in den Arbeitsalltag untersucht. So konnte ein erster Schritt zur systematischen Erfassung und Aufbereitung von Daten zum Pflegewesen gesetzt und die Arbeitssituation praxiserfahrener Pflegepersonen ausführlich beleuchtet und reflektiert werden.

Vor diesem Hintergrund beauftragte das nunmehrige Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend die Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG mit der Erstellung des Pflegeberichtes 2007 (Folgebericht).

1.2 Inhalte

Die Inhalte der weiterführenden Arbeiten im Rahmen der Pflegeberichterstattung 2007 sind

- Information der Fach-Öffentlichkeit durch Verbreitung der im Pflegebericht 2006 enthaltenen Ergebnisse und Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Situation (z. B. Publikation des Pflegeberichtes 2006, Veröffentlichung von Ergebnissen in fachrelevanten Artikeln, Durchführung von weiterführenden Ergebnispräsentationen und Diskussionsveranstaltungen in der Fach-Öffentlichkeit sowie in Expertengremien).
- Fortsetzung und Ausweitung des Pflegemonitorings (Monitoring zu Kennzahlen im Pflegebereich): Die im Pflegebericht 2006 erhobenen Pflegepersonalzahlen im Kranken-

hausbereich werden aktualisiert und fortgeführt. Mit der Änderung des Bildungsdokumentationsgesetzes im Jahr 2002 (BGBl 169/2002) wurden Formulare für die Erhebung von Schülerinnen und Schülern sowie für das Personal von Krankenpflegesschulen verpflichtend, sodass im vorliegenden Bericht diesbezügliche Auswertungen für den Zeitraum 2003 bis 2005 möglich sind.

- Beurteilung des über das Bildungsdokumentationsgesetz hinausgehenden Bedarfs an der Vereinheitlichung der Datenerfassung im Ausbildungsbereich: Es wird untersucht, ob Bedarf besteht, weitere Daten im Ausbildungsbereich zu erfassen, um ggf. diesbezügliche Empfehlungen abzuleiten.
- Empfehlung eines inhaltlichen Konzeptes zur Registrierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich: Basierend auf Rechercheergebnissen, einer Fragebogenerhebung zu Registerinhalten im EU-Raum sowie von Interviews wird ein inhaltliches Konzept zur Registrierung erarbeitet, das in einem Workshop mit Vertreterinnen/Vertretern des Auftraggebers sowie Interessenvertreterinnen/-vertretern abgerundet wird.
- Vertiefende Ursachenanalyse: Auf Basis des vorhandenen Datenmaterials sollen Ursachen und Wechselwirkungen der als problematisch erkannten Ergebnisse zu Kompetenzverletzungen, nicht geklärt Letztverantwortung im Pflegeprozess und der Fachqualifikation Lehrender untersucht sowie zu anderen Faktoren der Pflege (wie z. B. Art des Pflegesystems, Einsatz von Primary Nursing) in Beziehung gesetzt werden. Weiters wird die Problematik der Kompetenzverletzungen aus juristischer Sicht aufgearbeitet und es werden daraus abgeleitete Lösungsansätze dargestellt.

1.3 Einsatzbereiche von Pflegepersonen

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen können ihre Dienstleistung intra- und extramural in einem Dienstverhältnis oder freiberuflich¹ anbieten. Pflege findet im Rahmen der Akutversorgung eines Krankenhauses, in Alten-/Pflegeheimen als Langzeitpflege und im Rahmen der Hauskranken- bzw. der mobilen Pflege statt. Im Pflegebericht wird daher differenziert nach den Settings

- Krankenhaus (Akutpflege),
- Alten-/Pflegeheim (Langzeitpflege) sowie
- Pflege zu Hause/Mobile Pflege (Hauskrankenpflege),

in denen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (plus Altenfachbetreuerinnen/-betreuer) als Basis- oder Führungskräfte mit zum Teil unterschiedlichen Bezeichnungen und unterschiedlichen Aufgaben tätig sind (vgl. Abbildung 1.1).

¹ Pflegehilfen ausgenommen

Abbildung 1.1: Pflegeorganisation und Bezeichnungen der unterschiedlichen Settings

| Krankenhaus | Alten-/Pfleheim | Mobile Pflege | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| Kollegiale Führung | Geschäftsführung/Heimleitung | Geschäftsführung | } Obere Führungsebene |
| Pflegedienstleitung | Pflegedienstleitung | Pflegedienstleitung | |
| Oberschwester/-pfleger Eventuell Bereichsleitung (z.B. KH Barmherzige Schwestern) Stationsschwester/-pfleger | ————— Stationsschwester/-pfleger | Bezirksleitung/Regionalleitung Stützpunktschwester/-pfleger | } Untere bis mittlere Führungsebene |
| Gehobener Dienst für GuK ————— Pflegehilfe | Gehobener Dienst für GuK Altenfachbetreuerin/-betreuer (AFB) Pflegehilfe | Gehobener Dienst für GuK AFB Pflegehilfe | |
| Stationärer Bereich | | Mobiler Bereich | } Basisdienste/ -personal |

Quelle: ÖBIG

1.4 Datengrundlagen und Methoden

1.4.1 Quantitativer Teil des Pflegeberichts

Für die Fortsetzung des Pflegeberichts 2006 wurden Datenquellen der amtlichen Statistik verwendet.

Quelle für die Personalausstattung in Krankenhäusern ist die Kostenstellenstatistik des BMGFJ. Daten zum Thema Personalausstattung im stationären und mobilen Bereich der Langzeitversorgung lagen für den Pflegebericht aus drei ÖBIG-Studien bzw. -Erhebungen aus den Jahren 2002/03 vor. Es gibt keine aktuelleren Erhebungen dazu, sodass für diesen Bereich nur eine kurze Zusammenfassung aus dem Pflegebericht 2006 gegeben wird.

Die Daten im Ausbildungsbereich (Schülerinnen und Schüler sowie Lehrpersonal) werden von Statistik Austria erhoben. Ein Teil davon wird in den Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik publiziert, ein Teil wurde für die vorliegende Studie eigens angekauft. Zur Bildung von Kennzahlen (Personalausstattung pro Einwohner und Personalausstattung pro Patient/Patientin (und stationären Aufenthalt) wurden außerdem Volkszählungsdaten von Statistik Austria und Daten aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser des BMGFJ verwendet.

1.4.2 Qualitativer Teil des Pflegeberichts

Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings der Personalausstattung (Registrierungskonzept)

Zum Aufbau eines kontinuierlichen Monitorings der Personalausstattung in allen Pflegebereichen wurden zunächst nationale¹ und internationale Registrierungskonzepte recherchiert und u. a. bezüglich Ziel und Zweck, Anmeldezeiten, Registrierungskosten bzw. -beiträge, registrierende Institutionen/Organisationen sowie Rechtsgrundlagen verglichen.

Die weiteren Erhebungsarbeiten wurden in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Registrierung nichtärztliche Gesundheitsberufe“ am ÖBIG (GÖG/ÖBIG 2007) durchgeführt und waren in drei Phasen untergliedert:

In einem ersten Schritt wurden die Gesundheits- und Sozialministerien der EU-25, der Schweiz und Norwegens schriftlich kontaktiert (vgl. Tabelle A 1). Sie wurden gebeten bekanntzugeben, welche gesundheitsbezogenen Berufe von offiziellen Registern erfasst werden und welche von diesen obligatorisch sind. Weiters wurden sie um Nennung von Kontaktpersonen bei den registerführenden Stellen ersucht. Insgesamt konnten 45 Registerführende Stellen in die Datenbank aufgenommen werden.

In der zweiten Phase wurde in enger Kooperation mit dem Auftraggeber ein Fragebogen entwickelt, der eine standardisierte und vergleichbare Abbildung der Ergebnisse in allen relevanten Dimensionen erlaubte (vgl. Tabelle A 2). Die Abstimmung mit dem Auftraggeber fand in einer Sitzung statt. Anschließend wurden die Fragebögen an die 45 Registerführenden Stellen verschickt. Nach Versendung der Fragebögen wurde bei allen angeschriebenen Stellen in Folge zumindest zwei Mal urgirt.

Um eine ausführliche Darstellung der Situation in Europa zu gewährleisten, wurde zur Ergänzung eine Internetrecherche durchgeführt. Informationen, die auf diesem Wege gesammelt wurden, sind im Bericht besonders gekennzeichnet.

Zusätzlich zur Fragebogenerhebung wurden bezüglich in Österreich geführter Listen von Gesundheitsberufen Fachleute interviewt (vgl. Anhang). Dazu wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, welcher sich inhaltlich in weiten Teilen am Aufbau des Fragebogens orientierte. Darüber hinaus wurden in dieser Phase Datenerfordernisse für Gesundheits- und Angebotsplanung in Erfahrung gebracht.

Das Registrierungskonzept wurde auf Basis der Erhebungsergebnisse im Rahmen eines Workshops mit Vertreterinnen/Vertretern des Auftraggebers und Interessenvertreterinnen/-vertretern der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (vgl. Anhang) gemeinsam erarbeitet.

¹ Für Österreich wurden die Ärzte-, Hebammen-, Kardiotechniker- und Psychologen- sowie Psychotherapeutenlisten verglichen.

Ursachenanalyse – Vertiefende Auswertung der Daten der Fragebogenerhebung

Im Jahr 2005 wurden insgesamt knapp 3.000 Fragebögen an Pflegepersonen aus der Führung und der Praxis in den Settings Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim (inkl. Geriatrisches Tageszentrum, Betreutes Wohnen) und in mobilen Pflegeeinrichtungen (inkl. Mobiler Pflegedienst, Hauskrankenpflege) versendet. Im Ausbildungsbereich wurden rund 600 Lehrkräfte in Schulen der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der Psychiatrischen Pflege befragt¹. Die umfangreichen Ergebnisse stellen den Ausgangspunkt der im folgenden Bericht durchgeführten vertiefenden Analysen dar.

Zur vertiefenden Untersuchung der ausgewählten Schwerpunktthemen

- Kompetenzverletzungen im Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes (Erfüllung des GuKG),
- ungeklärte Verantwortungsaufteilung im Pflegeprozess (Pflegesysteme und Verantwortungsaufteilung) sowie
- (subjektive) Lehrqualifikation (im Ausbildungsbereich)

wurden Hypothesen in Bezug auf verursachende Zusammenhänge gebildet und mittels deskriptiver Statistik dargestellt bzw. mittels statistischer Signifikanztests überprüft.

Ursachenanalyse aus juristischer Sicht

Zur näheren Beleuchtung und Interpretation von Kompetenzverletzungen nach Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, deren Ursachen und Auswirkungen wurden Experten und Expertinnen befragt. Es konnten ein Gruppeninterview, zwei Einzelinterviews und drei Telefoninterviews durchgeführt und ausgewertet werden (vgl. Anhang).

1.5 Öffentlichkeitsarbeit, Publikation des Pflegeberichtes 2006 und eines Fachartikels

Als Fortsetzung der konsequenten Einbindung der Fachöffentlichkeit (Pflegeexpertinnen und -experten), die bereits die Fragebogenerhebung (Fragebogenaussendung und -beantwortung) unterstützt haben, wurden im neuen Projektjahr die Ergebnisse an die wesentlichen Multiplikatoren rückgemeldet.

Die Präsentation der Ergebnisse des Pflegeberichtes 2006 erfolgte bei folgenden Arbeitsgemeinschaften bzw. Veranstaltungen:

- ARGE der Pflegedirektorinnen/-direktoren Österreichs in Bad Ischl (Dezember 2005)
- BAG Freie Wohlfahrt in Wien (Dezember 2005)

¹ Der Rücklauf war mit insgesamt 1.645 (=56 % in der Praxis) bzw. 212 (=34 % im Ausbildungsbereich) ausgefüllten und retournierten Fragebögen sehr hoch bzw. hoch. Die Ergebnisse repräsentieren die Sichtweise der befragten Pflegepersonen bzw. Lehrkräfte (vgl. Pflegebericht 2006).

- ARGE der Pflegedirektorinnen/-direktoren Oberösterreichs in Linz (März 2006)
- ARGE der Schuldirektorinnen/-direktoren Österreichs in Bad Tatzmannsdorf (Oktober 2006)
- Pflegekongress 2005 in Wien (November 2005)
- Nationale Konferenz der Weiterbildungsinstitute für basales und mittleres Management in Graz (Oktober 2006)

Ein weiterer Schritt im Sinne der Information der (Fach-) Öffentlichkeit und in Richtung Umsetzung der im Pflegebericht 2006 enthaltenen Lösungsvorschläge war die Publikation des Pflegeberichtes 2006. Dieser ist nun über die Bibliothek der Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG in der Druckversion zu beziehen bzw. steht auf der Website der GÖG/ÖBIG <http://www.oebig.org> (Publikationen) sowie auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend <http://www.bmgfj.gv.at> (Berichte) als Download zur Verfügung.

Außerdem wurde der Artikel „Pflegeausbildung am Messstand“ verfasst, der die wesentlichen Ergebnisse in Bezug auf die Ausbildungssituation darstellt. Der Artikel erschien in der „Österreichischen Pflegezeitschrift“ (Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes) in der Nummer 8/9 2006 (59. Jahrgang).

2 Personalausstattung

Wesentliche Ziele der Pflegeberichterstattung sind das systematische Zusammenführen und die Aufbereitung der verfügbaren Daten zur Personalausstattung im Pflegebereich. Im Folgenden wird der Personalstand im Krankenhausbereich aus dem Pflegebericht 2006 um das Jahr 2005 erweitert und somit für die Jahre 1994 bis 2005 dargestellt. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie der Mobilien Pflege stehen keine aktuelleren Daten als im Pflegebericht 2006 zur Verfügung. Es werden deshalb die Zahlen für diese beiden Bereiche aus dem Pflegebericht 2006 kurz zusammengefasst.

2.1 Krankenhäuser

Die folgende Analyse stützt sich auf die Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik in Bezug auf die Anzahl des Pflegepersonals der Fonds-Krankenhäuser, auf die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenhäuser hinsichtlich Anzahl der stationären Aufenthalte in diesen Krankenhäusern sowie auf die Volkszählungen 1991 und 2001 von Statistik Austria. Da in der Kostenstellenstatistik nicht zwischen Pflege- und Sanitätshilfsdienst unterschieden wird, wurde die Summe der gemeinsamen Rubrik um 30 Prozent reduziert, um zu einer Grobabschätzung der Anzahl der Pflegehelferinnen/-helfer zu kommen.

Der Personalanstieg seit 1994 hat sich 2004 und 2005 im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren noch etwas verstärkt, insgesamt waren im Jahr 2005 um rund 13 Prozent mehr Pflegepersonen in österreichischen Fonds-Krankenhäusern tätig als 1994:

- In den Fonds-Krankenhäusern gab es im Jahr 2005 rund 45.300 vollzeitbeschäftigte Pflegepersonen.¹

Auch der Trend zu mehr Qualifikation beim Pflegepersonal hat sich fortgesetzt. Der Anteil des diplomierten Pflegepersonals am Gesamtpersonal im Pflegebereich in Fonds-Krankenhäusern betrug im Jahr 2005 85 Prozent, 1994 betrug dieser Anteil nur 78 Prozent. Während die Anzahl der diplomierten Pflegepersonen stieg (stärkerer Anstieg bis 1997, von 1997 bis 2003 eher gleichbleibend, 2004 und 2005 wieder Anstieg), sank die Anzahl der Pflegehilfskräfte in Fonds-Krankenhäusern (in den letzten Jahren allerdings weniger als in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre).

- Im Jahr 2005 waren in österreichischen Fonds-Krankenhäusern rund 38.400 diplomierte Pflegepersonen und 6.900 Pflegehilfskräfte tätig (vgl. Abbildung 2.1):

Entsprechend dem Personalanstieg hat sich auch die Versorgungsdichte, gemessen an Pflegepersonen pro 1.000 EW, verbessert:

¹ Die im Folgenden angeführten Zahlen zu den Pflegepersonen beziehen sich auf Vollzeitäquivalente (VZÄ).

- Im Jahr 1994 standen 1.000 EW 5,1 Pflegepersonen zur Verfügung, im Jahr 2005 waren es 5,6 Pflegepersonen pro 1.000 EW.

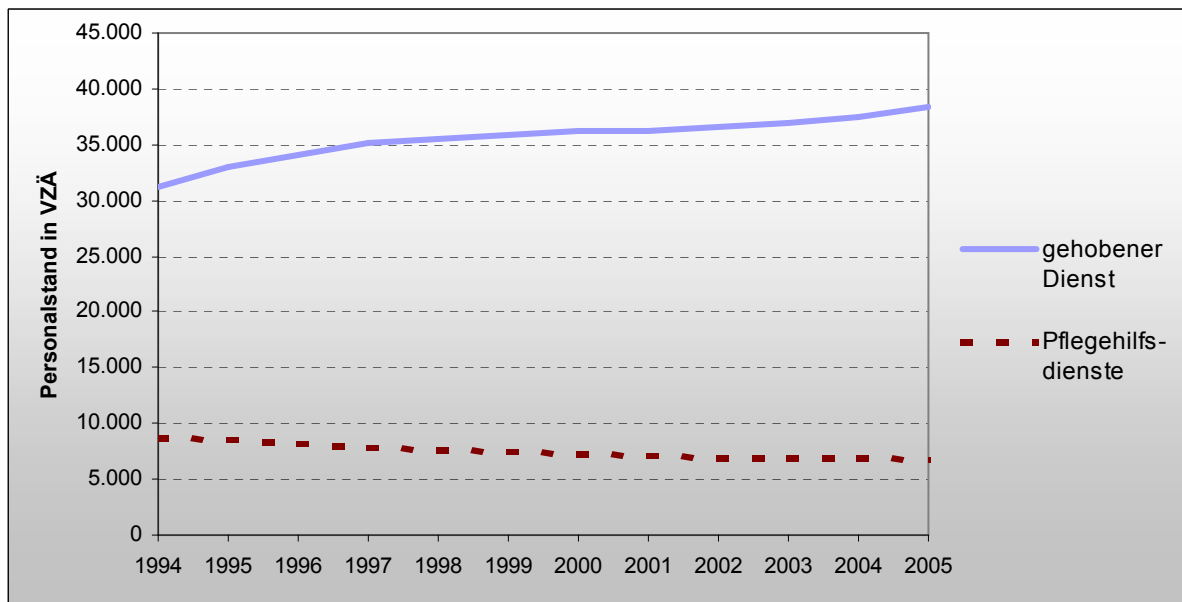
Der Trend zur Höherqualifikation zeigt sich auch hier:

- Während des Beobachtungszeitraumes hat sich die Zahl an diplomierten Pflegepersonen von 4,0 auf 4,7 pro 1.000 Einwohner erhöht und die Zahl an Pflegehilfspersonen von 1,1 auf 0,8 pro 1.000 Einwohner reduziert.

Der Arbeitsumfang bzw. die Belastung des Pflegepersonals in Fonds-Krankenhäusern ist in engem Zusammenhang mit der Anzahl der stationären Aufenthalte zu sehen, weil viele Pflegearbeiten pro Patient/Patientin (stationären Aufenthalt) einmalig zu leisten sind. Je höher die Fluktuation bzw. je kürzer die Aufenthaltsdauer ist, desto mehr Pflegearbeit ist zu leisten. Die Anzahl von Pflegepersonen pro stationären Aufenthalt ist deshalb ein aussagekräftigerer Indikator für die Belastung des Pflegepersonals als die Anzahl von Pflegepersonen pro Belagstag. Gemessen an der Zahl der stationären Aufenthalte hat sich die Pflegepersonalausstattung in beiden Berufsgruppen somit verringert.

- 1994 standen 17,9 diplomierte Pflegepersonen und 5,0 Pflegehilfspersonen pro 1.000 stationäre Aufenthalte zur Verfügung, im Jahr 2005 waren es nur mehr 16,3 diplomierte Kräfte und 2,9 Pflegehilfspersonen.

Abbildung 2.1: Fonds-Krankenhäuser – diplomierte Pflegepersonen und Pflegehilfspersonen in VZÄ 1994–2005



Quellen: Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994–2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Entwicklung des Personalstands an diplomierten Pflegepersonen verlief in allen Bundesländern ähnlich. Es war eine jährliche Zunahme zwischen 1,0 (Kärnten) und 2,7 Prozent (Niederösterreich) zu beobachten.

- Das entspricht einer Zunahme im gesamten Beobachtungszeitraum zwischen 11,6 Prozent in Kärnten und 33,9 Prozent in Niederösterreich. In Wien war die Zunahme bis 1997 stärker als in den anderen Bundesländern, stagniert allerdings seither weitgehend.

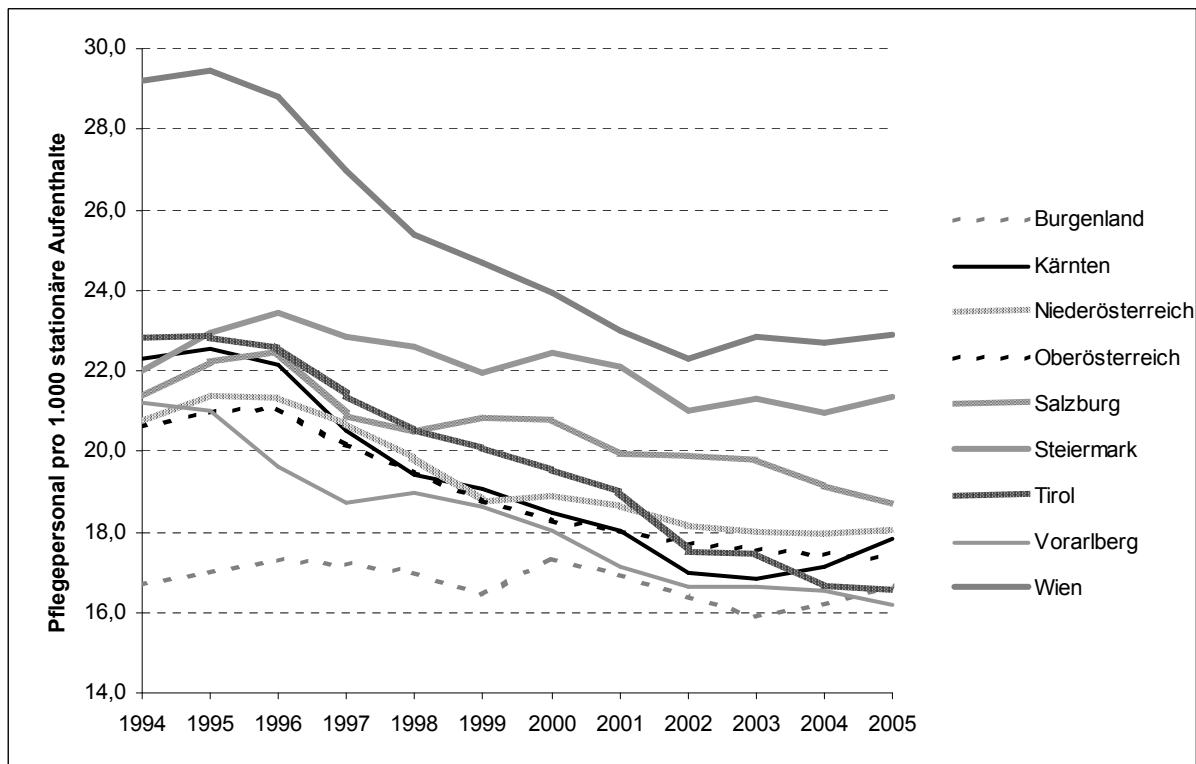
In den Bundesländern waren in der Entwicklung des Personalstands bei Pflegehilfskräften Unterschiede zu beobachten. In den meisten Bundesländern wurde der Personalstand deutlich reduziert.

- Der Rückgang betrug in Wien, Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg 3,0 bis 4,1 Prozent jährlich bzw. 29,1 bis 37,6 im gesamten Zeitraum 1994 bis 2005.
- Im Burgenland und in der Steiermark am anderen Ende der Skala hat sich der Personalstand an Pflegehilfskräften hingegen nur geringfügig verändert (Rückgang von 3,1 bzw. 2,6 %).

Entsprechend der personellen Entwicklung hat sich in allen Bundesländern der Anteil von diplomiertem Personal an Pflegepersonen insgesamt erhöht.

- Im gesamten Beobachtungszeitraum war dieser Anteil in Kärnten (1994: 72,4 %, 2005: 77,2 %) und in der Steiermark (1994: 71,2 %, 2005: 75,7 %) am niedrigsten und in Wien am höchsten (1994: 83,5 %, 2005: 89,8 %).
- Die größten diesbezüglichen Aufholprozesse haben in Niederösterreich (1994: 75,9 %, 2005 85,7 %) und in Vorarlberg (1994: 77,6 %, 2005: 86,7 %) stattgefunden.
- Im Burgenland war der Trend zur Höherqualifizierung am geringsten (weitgehende Stagnation seit 1996). 1994 lag Burgenland bezüglich des Anteils des diplomierten Personals an Pflegepersonen insgesamt an zweiter Stelle im Vergleich zu den anderen Bundesländern, 2005 nur mehr an sechster Stelle.

Abbildung 2.2: Pflegepersonal pro 1.000 stationäre Aufenthalte nach Bundesländern, 1994–2005



Quellen: Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994–2005; Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1994–2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Versorgungsdichte gemessen am Pflegepersonal pro 1.000 EW ist entsprechend dem Trend seit 1994 auch im Jahr 2005 wieder leicht gestiegen. In der Steiermark und in Oberösterreich verbesserte sich die Versorgungsdichte (bedingt primär durch den Bevölkerungsrückgang), in Vorarlberg blieb sie annähernd gleich.

In Wien stand pro stationären Aufenthalt bzw. Patient am meisten Pflegepersonal zur Verfügung, während hier im Beobachtungszeitraum eine starke Angleichung an die anderen Bundesländer stattgefunden hat. 1994 standen 1.000 Patienten in Wien 29,2 Pflegepersonen zur Verfügung, 2002 waren es nur mehr 22,9. Am niedrigsten war diese Kennzahl im Burgenland (1994: 16,7, 2005: 16,6), in Vorarlberg (1994: 21,2, 2005: 16,2) und in Tirol (1994: 22,8, 2005: 16,6; vgl. Abbildung 2.2).

Tabelle 2.1: Fonds-Krankenhäuser – diplomierte Pflege- und Pflegehilfspersonen in VZÄ 1994 und 2005 sowie Veränderung 1994–2004 in Prozent nach Bundesländern

| Bundesland | Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal | | | Pflegehilfe ¹ | | | Pflegepersonal gesamt | | |
|----------------------|---|---------------|------------------|--------------------------|--------------|------------------|-----------------------|---------------|------------------|
| | 1994 (VZÄ) | 2005 (VZÄ) | Veränderung in % | 1994 (VZÄ) | 2005 (VZÄ) | Veränderung in % | 1994 (VZÄ) | 2005 (VZÄ) | Veränderung in % |
| Burgenland | 726 | 896 | 23,5 | 164 | 159 | -3,1 | 889 | 1.055 | 18,6 |
| Kärnten ² | 2.145 | 2.394 | 11,6 | 819 | 707 | -13,6 | 2.963 | 3.101 | 4,7 |
| Niederösterreich | 4.526 | 5.912 | 33,9 | 1.398 | 990 | -29,1 | 5.924 | 6.902 | 18,8 |
| Oberösterreich | 4.983 | 6.294 | 26,3 | 1.494 | 1.186 | -20,7 | 6.477 | 7.480 | 15,5 |
| Salzburg | 1.987 | 2.560 | 28,8 | 533 | 413 | -22,4 | 2.520 | 2.973 | 18,0 |
| Steiermark | 3.952 | 4.870 | 23,2 | 1602 | 1.561 | -2,6 | 5.554 | 6.431 | 15,8 |
| Tirol | 2.786 | 3.482 | 25,0 | 661 | 463 | -29,9 | 3.447 | 3.945 | 14,4 |
| Vorarlberg | 1.169 | 1.369 | 17,1 | 337 | 210 | -37,6 | 1.506 | 1.579 | 4,9 |
| Wien | 9.060 | 10.656 | 17,6 | 1.791 | 1.211 | -32,4 | 10.852 | 11.868 | 9,4 |
| Österreich | 31.222 | 38.433 | 23,1 | 8.798 | 6.902 | -21,6 | 40.020 | 45.335 | 13,3 |

¹ Die Angaben in der Kategorie „Pflegehilfe und Sanitätshilfsdienste“ in der KA-Kostenstellenstatistik wurde um 30 Prozent reduziert, um zu einer Grobabschätzung der VZÄ in Bezug auf Pflegehelferinnen/-helfer zu kommen (das Sanitätshilfspersonal wurde also zum Abzug gebracht)

² Die Abweichung von den Angaben im Pflegebericht 2006 resultieren aus einer im Zusammenhang mit der ÖSG-Revision 2006 erfolgten Neutypisierung der Gailtalklinik Hermagor als Rehabilitationskrankenhaus anstatt Fonds-Krankenhaus.

VZÄ=Vollzeitäquivalente (Basis: 40 Stunden-Beschäftigung)

Quellen: Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 1994–2005; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

2.2 Alten- und Pflegeheime und Mobile Dienste

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie der Mobilen Dienste kann der Personalstand aus dem Pflegebericht 2006 noch nicht aktualisiert werden. Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG erhebt allerdings im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen neuerlich die Beschäftigten im Alten- und Behindertenbereich (Aktualisierung der Studie aus dem Jahr 2005). Die Online-Erhebung mit Stichtag 31. 12. 2006 wurde bereits durchgeführt, die Ergebnisse sind im Herbst 2007 zu erwarten.

Die Darstellung des Ist-Standes der personellen Ausstattung in Alten- und Pflegeheimen sowie bei den Mobilen Diensten beruht auf drei ÖBIG Studien bzw. Erhebungen aus dem Jahr 2002/03 („Erhebung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe“ 2004, „Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich 2005“ BMSG/ÖBIG 2005) sowie aus dem Jahr 2002 „Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz“ BMSG/ÖBIG 2004). Für die Alten- und Pflegeheime war daher im Pflegebericht 2006 die Darstellung der personellen Ausstattung nur eingeschränkt möglich, da sich unter anderem die Erhebungszeitpunkte in mehreren Bundesländern auf unterschiedliche Zeiträume beziehen:

- In den Alten- und Pflegeheimen gab es im Jahr 2002 rund 17.000 vollzeitbeschäftigte Pflegepersonen (ohne die Gruppe der Althelferinnen/Althelfer, Pflegehelferinnen/Pflegehelfer und Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuer). Im Zeitraum zwischen 1995/96/97 und 2002 erhöhte sich die Personalausstattung in den Alten- und Pflegeheimen (unter Außerachtlassung von Niederösterreich und Wien) um rund 60 Prozent oder 3.600 Vollzeitäquivalente. Die Versorgungsdichte nahm österreichweit im gleichen Zeitraum um sieben Personen pro 1.000 EW ab 75 Jahren (ohne Niederösterreich und Wien) zu.

Der Schwerpunkt der Entwicklung des Angebots in der Langzeitbetreuung lag österreichweit bei der Schaffung zusätzlicher Angebote im Bereich der Mobilen Dienste. Das Personalangebot in der Mobilen Pflege weitete sich dementsprechend aus und zwar sowohl in Hinblick auf die Anzahl der eingesetzten vollzeitbeschäftigten Personen als auch auf die Versorgungsdichte.

- Derzeit sind Personen im Ausmaß von rund 3.400 Vollzeitäquivalenten tätig, wobei sich die Vollzeitäquivalente Mitte der neunziger Jahre um rund 80 Prozent erhöhten (ohne Kärnten und Wien). Die Versorgungsdichte stieg im gleichen Zeitraum um 2,3 Personen pro 1.000 EW ab 75 Jahren (2002: 6,4 VZÄ; 1995/96/97: 4,1 VZÄ, ohne Kärnten und Wien).

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie der Mobilen Dienste werden derzeit die Beschäftigtenstände mit Stichtag 31. 12. 2006 neu erhoben. Die Ergebnisse sind im Herbst 2007 zu erwarten. Eine Aktualisierung der Daten aus dem Pflegebericht 2006 ist deshalb noch nicht möglich.

3 Registrierung

3.1 Ausgangssituation und Grundlagen

Im Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) / Geschäftsbereich ÖBIG ist die "Führung von Verzeichnissen der zur Ausübung nichtärztlicher Gesundheitsberufe Berechtigten nach Maßgabe besonderer gesetzlicher Bestimmungen" als Aufgabe des Geschäftsbereiches ÖBIG angeführt (§ 4 (1) Punkt 9).

Der erste Österreichische Pflegebericht (ÖBIG 2006) und die Arbeit zur Berichterstattung über nichtärztliche Gesundheitsberufe (ÖBIG 2006) zeigen auf, dass die zur Verfügung stehenden Zahlen zur Beschäftigungssituation von Pflegepersonen in Alten-/Pflegeheimen und der Mobilien Pflege – im Gegensatz zum Krankenhausbereich¹ – nicht vollständig und nicht zuverlässig sind. Die freiberuflich tätigen diplomierten Pflegepersonen werden zwar vom Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bezirksebene erfasst, die Zahlen fließen jedoch in kein zentrales Register ein.

Demgegenüber ist die verpflichtende Registrierung von Pflegekräften in vielen Ländern bereits obligatorisch (Punkt 3.2.1). Der steigende Pflegebedarf fördert die – vorwiegend wirtschaftlich motivierte – berufliche Migration, die wiederum Fragen der Qualitätssicherung innerhalb der EU nach sich zieht. Dementsprechend werden in Ländern mit Registrierungssystem ausländische Pflegepersonen nach der im Herkunftsland formal gültigen Berufsbezeichnung gefragt.

Aus diesem Grund wird in beiden ÖBIG-Berichten die Einrichtung eines zuverlässigen Melde- bzw. Erfassungssystems zur verpflichtenden Registrierung von Pflegekräften (wie etwa bei Ärzten, Hebammen oder Kardio-technikern) empfohlen.

Dies unterstützt auch die Richtlinie des Europäischen Parlaments und Rates (vgl. Richtlinie 2005/36/EG). Absatz 32 (Seite L 255/26) besagt: "Mit der Einführung von Berufsausweisen auf europäischer Ebene durch Berufsverbände und -organisationen kann sich die Mobilität von Berufsangehörigen erhöhen, insbesondere durch Beschleunigung des Austausches von Informationen zwischen dem Aufnahmemitgliedstaat und dem Herkunftsmitgliedstaat. Diese Berufsausweise sollen es ermöglichen, den beruflichen Werdegang von Berufsangehörigen zu verfolgen, die sich in verschiedenen Mitgliedstaaten niederlassen. Die Ausweise könnten unter voller Einhaltung der Datenschutzvorschriften Informationen über die beruflichen Qualifikationen des Berufsangehörigen (Universität bzw. Bildungseinrichtungen, Qualifikationen, Berufserfahrungen), seine Niederlassung und die gegen ihn verhängten berufsbezogenen Sanktionen sowie Einzelangaben der zuständigen Behörde umfassen."

¹ Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik: Personal in Vollzeitäquivalenten, das der jeweiligen Kostenstelle zugeordnet ist; diese Zahlen liegen differenziert nach Berufsgruppen wie z. B. Ärzte, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegehilfpersonal (wobei hier nicht zwischen Pflege- und Sanitätshilfsdienst unterschieden wird) und medizinisch-technisches Dienstpersonal vor.

Um den Austausch von Informationen zwischen Aufnahmemitgliedstaat und Herkunftsmitgliedstaat zu beschleunigen, erscheint es zweckdienlich, ein auf Internettechnologie basierendes Register über Pflegeberufe in Österreich zu führen.

Bisher existieren in Österreich die Ärzteliste, Zahnärzteliste, Apothekerliste, Hebammenliste, Kardiotechnikerliste, Klinische Psychologen- und Psychotherapeutenliste zur obligatorischen Registrierung dieser Gesundheitsberufe. Die Daten werden zu unterschiedlichen Zwecken genutzt (u. a. im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheits- und Angebotsplanung). Die registrierenden/erfassenden Institutionen/Organisationen sind unterschiedlich. Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerin/Apotheker und Hebammen werden von der gesetzlich definierten Interessenvertretung (Kammern bzw. Gremium), Kardiotechnikerinnen/Kardiotechniker, Klinische Psychologinnen/Klinische Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten vom BMGFJ erfasst.

3.2 Registrierung im Vergleich

Als Grundlagenarbeit für das Vorhaben „Registrierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich“ wurden nationale und internationale Registrierungskonzepte recherchiert und verglichen. Zu diesem Zweck wurden 27 europäische Gesundheitsministerien angeschrieben. 21 der 27 angeschriebenen Ministerien reagierten auf das Schreiben und stellten zumindest teilweise Antworten sowie 45 Kontaktadressen registrierender Institutionen/Organisationen zur Verfügung. Trotz zweimaliger Urgenz bei den 45 registerführenden Stellen, die einen Fragebogen erhalten hatten, kamen insgesamt elf ausgefüllte Fragebögen aus acht Ländern zurück. Aufgrund einer die Erhebung ergänzenden Internetrecherche können im Folgenden nunmehr insgesamt 15 registerführende Länder – leider nicht in Bezug auf alle Fragestellungen – verglichen werden.

3.2.1 Ländervergleich Europa

In den europäischen Staaten Estland, Slowenien, Malta, Schweiz, Finnland, Großbritannien, die Niederlande, Frankreich, Lettland, Norwegen, Polen, Portugal, Irland, Slowakei, Litauen und Deutschland müssen oder können sich die Pflegeberufe – neben anderen Gesundheitsberufen – registrieren lassen (vgl. Tabelle A 3).

Zehn der genannten Länder geben die Registrierung als obligatorisch (EST, SLO, M, IRL, NL, F, LV, P, SK, LT), zumeist auf gesetzlicher Basis an (EST, SLO, M, FIN, GB, NL, LV, N). Die Erlaubnis zur Berufsausübung ist überwiegend an die Registrierung gekoppelt (EST, SLO, M, FIN, GB, NL, N), da sie als Maßnahme der Qualitätssicherung (EST, SLO, M, GB, N) bzw. Supervision (FIN, LV) im Gesundheitsbereich eingesetzt wird.

Als Voraussetzung für die Registrierung werden unterschiedlichste Bedingungen angegeben (EST, SLO, M, FIN, GB, LV). Sie reichen von dreijähriger Ausbildung, Diplom und Berufserfahrung bis zu postgradueller Ausbildung in den letzten fünf Jahren, wenn es sich primär um eine sekundär angesiedelte Ausbildung handelt. Darüber hinaus werden z. B. in Irland auch

die in Ausbildung befindlichen Krankenschwestern/-pfleger in einem sogenannten Kandidatenregister als „student nurses“ eintragen. Nach Abschluss der Ausbildung wird per Antrag die Absolventin/der Absolvent im Register erfasst („registered nurse“).

Für Registrierungserber/innen aus nicht EEA-Staaten¹ werden die Voraussetzungen im jeweiligen Land festgelegt. In Großbritannien zum Beispiel sind zehn erfolgreich abgeschlossene Schuljahre vor dem Besuch einer postsekundär angesiedelten Pflegeausbildung vorausgesetzt, womit die Antragsteller/innen bei Eintritt in die Pflegeausbildung nicht jünger als 17,5 Jahre² alt sein dürfen. Zusätzlich muss die Werberin/der Werber eine zwölfmonatige „registrierte“ Berufstätigkeit – nach Abschluss der Ausbildung – nachweisen. Liegt der Erwerb des Diploms mehr als ein bis fünf Jahre zurück, sind 450 Stunden Berufspraxis nachzuweisen. Der Nachweis der erforderlichen Sprachkenntnisse (Englisch in Wort und Schrift) – im Rahmen eines Testverfahrens³ – ist bereits vor Antragstellung verpflichtend. Können die Voraussetzungen für die Registrierung nicht erfüllt werden, bietet Großbritannien ein spezielles „Overseas Nurses Programme“ zur Aufschulung an.

Für die Verlängerung der Registrierung gelten in allen genannten Staaten dieselben Bedingungen wie für die Erstregistrierung. Nur Großbritannien verlangt darüber hinaus zusätzlich den Nachweis von 450 Stunden Berufspraxis und 35 Stunden Fortbildung in den letzten drei Jahren.

In sieben der verglichenen Länder sind die Register öffentlich, über Internet und/oder über Kontakt mit der registerführenden Stelle zugänglich (EST, SLO, M, IRL, FIN, GB, LV, N). Allerdings können nicht alle Anmeldedaten, sondern nur ein bestimmter Teil der Daten wie z. B. Name, Qualifikation, Berufsberechtigung, Registrierungsstatus, -typ und -nummer sowie Spezialisierung öffentlich eingesehen bzw. in Erfahrung gebracht werden. Uneingeschränkter Zugang haben nahezu in allen Ländern nur die Gesundheitsbehörden.

Die Vergabe von Berufsausweisen ist überwiegend an die Registrierung gekoppelt (EST, SLO, M, FIN, GB, NL, N) und die Registrierung muss in regelmäßigen Abständen verlängert werden (u. a. jährlich in GB, alle fünf Jahre in der NL und LV, alle sieben Jahre in SLO). Werden die Verlängerungsvoraussetzungen nicht erfüllt, kann der jeweiligen Pflegeperson, zumeist sogar durch die registerführende Stelle, das Recht auf Berufsausübung entzogen werden (EST, SLO, M, FIN, GB). In Lettland und Norwegen besitzt die registerführende Stelle dieses Recht nicht.

Keine Registrierungsgebühren für Antragsteller/innen fallen lt. Angabe in Estland, Slowenien, Malta und Lettland an, da diese vom Staat übernommen werden. In den anderen Ländern, heben die Registrierungsstellen sowohl bei Erstregistrierung (von elf Euro in SLO bis 150 Euro in IRL) als auch bei Verlängerung (von elf Euro in SLO bis 150 Euro in IRL) Gebühren⁴ ein.

¹ European Economic Area: Länder der EU plus Island, Liechtenstein und Norwegen

² War eine Antragstellerin/ein Antragsteller zu Beginn der Pflegeausbildung jünger, dann ist es unwahrscheinlich, dass der Antrag – ohne Aufschulung – erfolgreich behandelt wird.

³ International English Language Testing System (IELTS)

⁴ In Deutschland können sich Pflegepersonen bei einer unabhängigen Registrierungsstelle in Potsdam freiwillig für 15 Euro registrieren lassen. Die zweijährlich nötige Verlängerung kostet jedes Mal 60 Euro.

Als Zeiträume für die Einführung der Registrierung wurden sechs Monate bis fünf Jahre angegeben (6 Monate SLO, 1 Jahr FIN, 3 Jahre EST, 5 Jahre GB). Eine Rückerfassung hat lt. Angabe nur in Slowenien, Finnland, Großbritannien und Lettland stattgefunden.

In der Einführungsphase wurden die Registrierungsstellen von den Berufsverbänden unterstützt, sofern sie nicht selbst die registrierende Stelle darstellten. Zur Information der zu registrierenden Personen wurden unterschiedlichste Wege gewählt (u. a. Medien wie Radio, Fernsehen, Zeitschriften, Internet, Institutionen der Ausbildung, Fachgesellschaften, Aushang in Krankenhäusern).

Der personelle Aufwand für die Registrierung ist ebenfalls unterschiedlich und aus den Antworten der befragten Institutionen für die Pflegeberufe nicht herausrechenbar, da die registrierenden Stellen unterschiedlich viele Berufsgruppen bearbeiten. Die Angaben reichen von einem Vollzeitäquivalent (SLO, M) bis rd. 58 VZÄ = 2.340 Stunden pro Woche (GB).

3.2.2 Vergleich der Anmelddaten (Europa – Österreich)

Als Ausgangsbasis zur Festlegung von Anmelddaten bzw. Registerinhalten für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich wurden Anmelddaten europäischer Register erhoben und verglichen (Tabelle 3.1). Für Österreich wurde dafür die Hebammenliste herangezogen.

Es wird ersichtlich, dass die Anmelddaten insgesamt unterschiedlich sind und folgende Punkte

- Angaben zur Person,
- Angaben zur Qualifikation,
- Angaben zur Berufstätigkeit,
- Status der Registrierung (Erstregistrierung bzw. Verlängerung),
- Angaben zum Berufsausweis und
- Zusatzinformationen

beinhalten. Bemerkenswert ist, dass sich lediglich die Fragen nach Angaben zur Person und zur Qualifikation: Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit/Nationalität, Privat-/ Wohnadresse und Datum des Qualifikationsdokumentes (Diplom) zu mehr als 50 Prozent decken.

Der Vergleich von Anmelddaten der in Österreich bereits registrierten Gesundheitsberufe ergibt ein ähnliches Bild. Nur hinsichtlich Berufstätigkeit (u. zw. Arbeitsplatz und Berufssitz) decken sich die Fragestellungen (vgl. Tabelle A 5).

Tabelle 3.1: Vergleich von Anmeldedaten europäischer Pflegeberuferegister und Hebammenliste Österreich

| Anmeldedaten/Registerinhalte | A | GB | CH | NL | EST | IRL | F | N | SLO | M | FIN | LV |
|--|---|----|----|----|-----|-----|---|---|-----|---|-----|----|
| Angaben zur Person | | | | | | | | | | | | |
| Pers. Identifikationscode | | | | | x | | | | | | | x |
| Familiename | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Vorname | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 2. Vorname | x | | | | | | | | | | | |
| Geburtsname / früherere Namen | x | | | | x | x | | | | | | |
| Datum der Verehelichung | | | | | | x | | | | | | |
| Geschlecht | | | | x | x | x | | x | | | | x |
| Akademischer Grad/(Berufs-)Titel/Anrede | x | | x | | | | x | | x | | | |
| Geburtsdatum | x | x | x | x | x | x | | x | x | | x | |
| Geburtsort | x | | | | | | x | | x | | | |
| Staatsangehörigkeit/Nationalität | x | | x | x | | x | x | x | x | | | |
| Privatadresse/Wohnadresse | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Telefonnummern Privat | x | | | | x | x | x | | | | x | |
| Fax Privat | x | | | | x | | | | | | | |
| E-Mail | x | | | | x | x | | | | | | |
| Heimatort | x | | x | | | | | | | | | |
| Letztgültige Adresse | x | | | | | | | | | | | |
| Muttersprache | | | | | | | | | | | x | |
| Angaben zur Qualifikation | | | | | | | | | | | | |
| Qualifikation: ja | | x | | x | | | | | | x | | |
| Ausbildungsstätte/Ort | x | | x | | x | | x | | | | x | |
| Disziplin/Sparte/Berufsausbildung | | | | | | x | x | x | | | x | |
| Ausbildungsstatus | | | | | | | | | | | x | |
| Diplomdatum(= Qualifikationsdokumentsd.) | x | | x | | x | | x | x | x | | x | |
| Nummer des Qualifikationsdokumentes | | | | | x | | | | x | | | |
| EWR-Notrifizierungsort | x | | | | | | x | | | | | |
| EWR-Notrifizierungsdatum | x | | | | | | x | | | | | |
| Spezialisierungen | | | | | | | x | x | x | | | x |
| Fortbildungen | x | | | | | | | | x | | | |
| Postgraduelle Ausbildung | | | | | | | | | | | | x |
| Sprachen | | | | | | | x | | | | | |
| Rezeptverschreibungserlaubnis | | | | | | | | x | | | | |

A=Österreich; CH=Schweiz; EST=Estland; F=Frankreich; FIN=Finnland; GB=Großbritannien; IRL=Irland; LV=Lettland; M=Malta; N=Norwegen; NL=Niederlande; SLO=Slowenien

Quelle: GÖG/ÖBIG 2007

Tabelle 3.2: Vergleich von Anmeldedaten europäischer Pflegeberuferegister und Hebammenliste Österreich (Fortsetzung)

| Anmeldedaten/Registrierinhalte | A | GB | CH | NL | EST | IRL | F | N | SLO | M | FIN | LV |
|--|---|----|----|----|-----|-----|---|---|-----|---|-----|----|
| Angaben zur Berufstätigkeit | | | | | | | | | | | | |
| Berufstätigkeit: ja | | x | | | | | | | | | | |
| Aktivitätsstatus/Arbeitssituation | x | | | | | x | x | | | | | |
| Tätigkeitsform | x | | | | | | x | | | | | |
| Erste Berufstätigkeit post Ausb. | | | | | | | x | | | | | |
| Arbeitsplatz (Bezeichnung) | | | | | x | x | | | x | | | x |
| Adresse, Tel., Fax, E-Mail-Adresse | x | | | | x | | x | | x | | | x |
| Berufstätigkeit seit | | | | | | | | | | | | |
| Freiberuflichkeit Meldung (AB-)Meldung | x | | | | | | x | | x | | | x |
| Adresse der freiberuflichen Tätigkeit | | | | | | | x | | | | | |
| Angebote Leistungen (u.a.Hausbesuch) | x | | | | | | | | | | | |
| Position | | | | | | | | | | | | x |
| Kassenvertrag Laufzeit | x | | | | | | | | | | | |
| Haft- und/oder Rechtsschutzversicherung | x | | | | | | | | | | | |
| Karenzierungsdaten | x | | | | | | | | | | | |
| Folder, Internetauftritt | x | | | | | | | | | | | |
| (Gesundheits-)Personalnummer | x | | | | | | | x | | | | |
| Status der Registrierung | | | | | | | | | | | | |
| Registrierung: ja/nein | | x | | | | | | | | | | |
| Erstregistrierung/Verlängerung | | | | | | | | | x | | | |
| Datum der Eintragung | x | | | x | | | | | | x | | |
| Registrierungsnummer | | | | x | x | | | | | x | | |
| Datum der letzten Änderung | x | | | | | | | | x | | | |
| Ausweisnummer | | | | | | | | | | x | | |
| Registrierungsdauer | | | | | x | | | | | | | |
| Angaben zum Berufsausweis | | | | | | | | | | | | |
| Berufsausweis: ja/nein | | x | | | | | | | | | | |
| Ausweisnummer | x | | | | | | | | | | | x |
| Ausweisdatum | x | | | | | | | | | | | |
| Gültigkeitsdauer | | | | | | | | | | | | x |
| Berufsausweis Ausstellungsdatum | x | | | | | | | | | | | |
| Eventuelle Zusatzinformationen | | | | | | | | | | | | |
| Berufsverbandsfunktionen | x | | | | | | | | | | | |
| Etwaige Restriktionen | | | | x | | | | | x | | | |
| Erste Sprache im Geburtsland | | | | | | x | | | | | | |
| Passnummer | | | | | | x | | | | | | |
| Heimantadresse inkl. Tel. + E-Mail-Adresse | | | | | | x | | | | | | |
| Anderweitige Registrierung (Ort) | | | | | | x | | | | | | |

A=Österreich; CH=Schweiz; EST=Estland; F=Frankreich; FIN=Finnland; GB=Großbritannien; IRL=Irland; LV=Lettland; M=Malta; N=Norwegen; NL=Niederlande; SLO=Slowenien

Quelle: GÖG/ÖBIG 2007

3.3 Datenbedarf für Gesundheits- und Angebotsplanung

Um dem steigenden Bedarf an Pflegekräften mit einer überregionalen Planung von Ausbildungsplätzen begegnen zu können, bedarf es valider Datengrundlagen zum Personalangebot im Pflegebereich. Die verpflichtende Registrierung in Österreich soll daher der Gesundheits- und Angebotsplanung folgende Daten und Informationen – in anonymisierter Form – zur Verfügung stellen können:

- Persönliche Daten (Alter, Geschlecht, Identifikationscode)
- Beruf und Spezialisierungen (Pflegehilfe, Kinder- und Jugendlichenpflege / Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege / Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Sonderausbildungen lt. GuKG wie Spezial- sowie Lehr- und Führungsaufgaben)
- Angaben zur Berufstätigkeit (Ausmaß der Beschäftigung – Vollzeitäquivalent/VZÄ bis nicht tätig, Arbeitsort mit Gemeindecodex/PLZ, Einsatzregion bei mobiler Pflegetätigkeit mit Bezirkscode, Dienstgeber mit Institution/Organisation, Dienstverhältnis und/oder freiberufliche Tätigkeit – ja mit Angabe zum Ausmaß / nein)

Die Registrierung von Hilfskräften¹ im Bereich Pflege ist auf europäischer Ebene nicht obligat und auch nicht üblich. Eine Gesundheits- und Angebotsplanung ohne Berücksichtigung der Hilfskräfte ist lt. Planungsexperten jedoch nur bedingt sinnvoll, da der gesamte Personalbedarf für die Zukunft berechnet werden soll. Die Krankenhäuser, die Alten-/ Pflegeheime und die Mobile Pflege werden immer auf einen qualitativ vertretbaren sowie leistbaren Skillmix aus Professionisten und Hilfskräften angewiesen sein.

Durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe (2004) wurden Ausbildung und Berufsbild von Sozialberufen wie u. a. Altenhelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen, Familienhelfer/innen, Behindertenbetreuer/innen und -pädagoginnen/pädagogen sowie Heimhilfen auf Bundesebene zusammengeführt und einheitlich geregelt. Alle in dieser Vereinbarung geregelten Berufe, ausgenommen Behindertenbetreuerinnen/Behindertenbetreuer, werden ab Herbst 2007 neben der Ausbildung in einem in dieser Vereinbarung definierten Sozialbetreuungsberuf auch eine nach GuKG 1997 geregelte Pflegehilfeausbildung mitbringen. Nachdem diese Berufsgruppen überwiegend in der Alten- und Behindertenpflege eingesetzt werden, sind sie als Personalangebot im Rahmen einer integrierten Gesundheits- und Angebotsplanung ebenfalls zu berücksichtigen und demnach zu registrieren.

3.4 Empfehlungen für die Registrierung

Als Grundlage für die Registrierung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wurden die dafür erforderlichen Anmelde- und Registerinhalte sowie Registrierungsvoraussetzungen in

¹ Hilfskräfte bezeichnen im vorliegenden Bericht immer Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Altenfachbetreuerinnen und Altenfachbetreuer (siehe auch Abkürzungsverzeichnis).

einer Arbeitssitzung mit Vertreterinnen und Vertretern des BMGFJ und mit den Interessenvertretungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe abgestimmt.

Ziel und Zweck der Registrierung von Pflegeberufen in Österreich sind wie in anderen Ländern auch die Qualitätssicherung und die Erreichbarkeit im Katastrophenfall. Damit einhergehend soll eine valide Datengrundlage für Gesundheits- und Angebotsplanung geschaffen werden. Um die Registerdaten als Grundlage für Angebots- und Bedarfsplanung heranziehen zu können, ist die Einführung der konstitutiven Registrierung erforderlich. Nur bei dieser ist die Berechtigung zur Berufsausübung an die Eintragung ins Register gebunden. Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe¹ können somit erst ab dem Eintrag in dieses Register im Berufsfeld Pflege tätig werden.

3.4.1 Voraussetzungen

Für die Erstregistrierung müssen dieselben Voraussetzungen gelten, wie sie derzeit auch für die Berufsberechtigung nach GuKG 1997 (§ 27) wie folgt festgelegt sind:

- Eigenberechtigung (18. Lebensjahr),
- Erforderliche gesundheitliche Eignung,
- Vertrauenswürdigkeit und der
- Qualifikationsnachweis (Diplom und EWR-Notrifikationen, §§ 28 bis 31).

Darüber hinaus sollen

- Kenntnisse der deutschen Sprache für Antragsteller/innen mit nichtdeutscher Muttersprache als Registrierungsbedingungen festgelegt werden. Da die EU Sprachkenntnisse des Gastlandes voraussetzt, ist ein Mitgliedstaat nicht berechtigt, für die Ausübung des Berufes den Nachweis einer erfolgreich abgelegten Prüfung oder eines Sprachtests zu verlangen. Dennoch ist für eine qualitätssichernde Registrierung von Gesundheitsberufen der Nachweis von Sprachkenntnissen erforderlich. Mit dem Europass Sprachpass steht dafür eine europaweit einheitliche Vorlage zur Überprüfung der Sprachkenntnisse zur Verfügung, die alle erforderlichen Fähigkeiten und Kompetenzen im Sprachbereich berücksichtigt.²

Die Berufstätigkeit kann bei konstitutiver Registrierung erst nach erfolgtem Eintrag im Register aufgenommen werden. Für die Berufstätigkeit im Pflegebereich ist der Erstantrag vor Aufnahme der Tätigkeit – u. a. unmittelbar nach der Diplomierung – bei der registrierenden

¹ Für Gesundheits- und Angebotsplanung wäre die Registrierung aller Gesundheits- und Krankenpflegeberufe erforderlich d. h. auch Pflegehilfen und Sozialbetreuungsberufe (SBB) mit integrierter Pflegehilfeausbildung sowie möglicherweise sogar SBB mit absolviertem Modul „Basisversorgung“ (wie z. B. Heimhilfen)

² Im Rahmen der Erstregistrierung ist auch zumindest ein direkter Kontakt (face to face) zwischen Registrierungsstelle und Antragsteller/in sinnvoll, um einen Gesamteindruck der Person zu erhalten und die Angaben der Bewerbungsunterlagen zu überprüfen. Kriterien zur Objektivierung eines solchen Bewerbungsgesprächs für die Registrierung wären noch näher zu definieren.

Stelle einzureichen. Bis zur Ausstellung der definitiven Registrierungskarte/des Berufsausweises kann – falls erforderlich – von der Registrierungsstelle (bis spätestens drei bis sieben Tage nach Antrag) eine formlose Bestätigung ausgestellt werden, wie es beispielsweise bei der EWR-Zulassung oder der Vergabe von Führerscheinen der Fall ist. Dies ist sinnvoll, damit die Aufnahme der Berufstätigkeit bzw. eine Anstellung in einer Gesundheitseinrichtung unmittelbar nach der Diplomierung bzw. nach dem Wiedereinstieg in den Beruf nicht unnötig verzögert wird.

Nach fünf Jahren soll die Berufsberechtigung automatisch auslaufen und ein Verlängerungsantrag zum Wiedererhalt nötig sein. In diesem Zusammenhang soll im Sinne der Qualitätssicherung überprüft werden, ob die lt. GuKG vorgesehenen Fortbildungsstunden im Ausmaß von insgesamt 40 Stunden absolviert werden. Darüber hinaus ist die Festlegung einer Mindestanforderung an Berufstätigkeit in den letzten fünf Jahren – wie es u. a. in Großbritannien der Fall ist (450 Stunden) – für die Verlängerung der Berufsberechtigung zu überlegen. Hierbei sind allerdings u. a. Karenzierungen und Grundwehrdienst zu berücksichtigen.

3.4.2 Registerinhalte/Anmeldedaten

Es wurde die Zahnärzteliste, die den Letztstand der Erfahrungen im Zusammenhang mit Registrierung darstellt, als Vorbild herangezogen. Dementsprechend wurden folgende Informationen und Daten zur Registrierung von Pflegeberufen vorgeschlagen:

Persönliche Daten

1. Eintragsnummer/Identifikationsnummer
2. Vor- und Zunahmen, gegebenenfalls Geburtsname
3. Geschlecht
4. Geburtsdatum und Geburtsort
5. Staatsangehörigkeit
6. Nachweis der abgeschlossen Ausbildung (Diplom, EWR-Notrifikation)
7. Hauptwohnsitz bzw. Aufenthaltsadresse
8. Zustelladresse

Beruf und Spezialisierungen

9. Berufs- und Ausbildungsbezeichnungen inkl. Zusatzbezeichnungen von Sonderaus- und Weiterbildungen
10. Amtstitel, verliehene Titel und ausländische Titel und Würden samt Nachweis der Berechtigung zu deren Führung
11. Absolvierung einer Fortbildung (inkl. Stundenausmaß)
12. Zusätzliche Sprachkenntnisse und Qualifikationen (fakultativ)

Angaben zur Berufstätigkeit

13. Berufssitze, Dienstorte, Firmensitz (Gemeinde/PLZ bzw. Bezirkscode bei mobiler Tätigkeit)
14. Telefonnummer und E-Mail-Adresse (fakultativ)
15. Beginn und Ende der pflegerischen Tätigkeit (Meldepflicht von Berufseinstellung oder Unterbrechung durch u. a. Karenz)
16. Verträge mit Sozialversicherungsträgern (als langfristige Perspektive)
17. Einstellung, Unterbrechung, Entziehung und Wiederaufnahme der Berufsausübung (Untersagung und Einschränkung der Berufsausübung derzeit rechtlich nicht vorgesehen)
18. Eröffnung, Erweiterung und Schließung von Gruppenpraxen sowie Beginn und Ende der Beteiligung an einer solchen (rechtlich derzeit nicht möglich, aber für die Vertreter/innen der Pflege durchaus denkbar)
19. Ausmaß der Beschäftigung / pflegerischen Tätigkeit (Vollzeitäquivalent)
20. Art der Berufsausübung (Dienstverhältnis/Freiberuflichkeit oder kombinierte Berufstätigkeit)

Wie in der Zahnärzteliste wurden die Ziffern 1-3 und 9-20 als öffentlich zugängliche Daten und Informationen qualifiziert, wobei die Freigabe fakultativ gekennzeichnete Daten der/die Antragsteller/in entscheiden soll.

3.4.3 Registrierende Institution/Organisation

Grundsätzlich konnte in der Sitzung keine Übereinstimmung zur Frage, wer die registrierende Institution/Organisation sein soll, erlangt werden. Aus der Forderung nach persönlicher Kontaktaufnahme von Seiten der Antragstellerin/des Antragstellers mit der registrierenden Stelle ist jedoch abzuleiten, dass es nicht nur eine Stelle auf Bundesebene sein kann, sondern dass eine Organisation erforderlich ist, die auf Bundes- wie auf Landesebene organisiert und zugänglich ist.

Als Vorschläge für potenzielle registerführende Stellen wurden eingebracht:

- Arbeiterkammer
- Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- Pflegekammer (als neu zu gründende Körperschaft öffentlichen Rechts)

Die Vertreter/innen des BMGFJ sehen dies als eine politische Entscheidung – mit dem Vermerk, dass Registrierung grundsätzlich eine hoheitliche Aufgabe sei – an. Hoheitliche Aufgaben können aber ausgelagert werden. Eine Entscheidung dazu muss jedenfalls erst getroffen werden.

4 Befragungsergebnisse zur Pflegepraxis – Vertiefende Auswertung

Basierend auf den Ergebnissen des Pflegeberichtes 2006¹ wurden folgende Schwerpunktthemen zur vertiefenden Auswertung ausgewählt:

- Erfüllung des GuKG
- Pflegesysteme und Verantwortungsaufteilung

Die vertiefende Auswertung stellt im Rahmen des Abschnittes *Erfüllung des GuKG* dar, welches Ausmaß an Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes durch Hilfsdienste vorliegt und überprüft mittels statistischer Signifikanztests Zusammenhänge zu verschiedenen Einflussfaktoren zur Kompetenzüberschreitung wie u. a. Bundesland, Dauer der Berufsausübung, Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag und Pflegesystem.

Im Rahmen des Abschnittes *Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten* wird untersucht, in welchem Ausmaß der Gehobene Dienst Tätigkeiten aus dem Tätigkeitsbereich der Hilfsdienste – wie z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten – sowie Tätigkeiten außerhalb des im GuKG definierten Rahmens – wie z. B. organisationsbezogene und administrative Tätigkeiten – durchführt und ob auf das Ausmaß der Durchführung dieser Tätigkeiten die Dauer der Berufsausübung oder das Geschlecht einen Einfluss haben. Weiters wird untersucht, welche Auswirkungen auf die allgemeine Zufriedenheit sowie das subjektive Belastungsgefühl bzw. das Überforderungsgefühl das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung nach sich zieht.

Im Abschnitt *Pflegesysteme und Verantwortungsaufteilung* werden theoretische Aspekte zu den Pflegesystemen sowie Vorteile der Bezugspflege hinsichtlich der ungeklärten Letztverantwortung erörtert. Anschließend wird gezeigt, welche Pflegesysteme in welchen Settings und in welchen Bundesländern angewandt werden und wie sich das Pflegesystem auf das subjektive Belastungsgefühl bzw. das Überforderungsgefühl auswirkt.

4.1 Erfüllung des GuKG

Zur Sicherstellung der Pflege- und Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten sowie um Pflegepersonen rechtlich abzusichern, besagt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, wer wem unter welchen Bedingungen etwas anordnen darf, was wer selbst durch-

¹ Im Jahr 2005 wurden insgesamt knapp 3.000 Fragebögen an Pflegepersonen aus der Führung und der Praxis versendet in den Settings Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim (inkl. Geriatrisches Tageszentrum, Betreutes Wohnen) und in mobilen Pflegeeinrichtungen (inkl. Mobiler Pflegedienst, Hauskrankenpflege). Der Rücklauf war mit insgesamt 1.645 ausgefüllten und retournierten Fragebögen sehr hoch. Die Ergebnisse repräsentieren die Sichtweise der befragten Pflegepersonen (vgl. Pflegebericht 2006, S. 33).

zuführen hat und wer in diesem Anordnungs- und Durchführungsrahmen die Aufsichtspflicht wahrzunehmen hat.

Wie der Pflegebericht 2006 zeigt, sind im Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes (GuKG 1997) allerdings nicht nur der gehobene Dienst, sondern vielfach auch Personen der Pflegehilfe und der Altenfachbetreuung aktiv (vgl. Pflegebericht 2006). Dieses Ergebnis verdeutlicht die vor allem in den Settings Krankenhaus und Alten-/Pflegeheim geübte Praxis sowohl „angeordneter“ als auch dem „Sachzwang folgender selbstständiger“ Kompetenzübertretung.

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich daher mit den Kompetenzübertretung der Hilfskräfte (Pflegehilfe und Altenfachbetreuerinnen/-betreuer). Es wird detailliert untersucht, erstens wie häufig die für den Gehobenen Dienst charakteristischen und diesem vorbehaltenen vier Pflegeprozessschritte (Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung und Pflegeevaluation) und zweitens wie häufig acht typische Pflegemaßnahmen des mitverantwortlichen Bereiches auch von den Hilfskräften durchgeführt werden (vgl. Punkt 4.1.1 und 4.1.2) sowie welche Einflussfaktoren hierbei eine Rolle spielen.

4.1.1 Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegehelferinnen/Pflegehelfer und Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuer

Werden aus den zahlreichen laut GuKG definierten Tätigkeiten des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches des Gehobenen Dienstes jene vier ausgewählt, die für letzteren am typischsten sind – nämlich die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegeevaluation – zeigt sich, dass 79 Prozent der befragten Hilfskräfte eine Kompetenzverletzung angeben: nur insgesamt 21 Prozent führen keinen der vier dem gehobenen Dienst vorbehaltenen Pflegeprozessschritte durch, 32 Prozent der Hilfskräfte führen sogar alle vier, 17 Prozent führen drei, 13 Prozent führen immerhin zwei Pflegeprozessschritte und 17 Prozent führen einen Pflegeprozessschritt durch.¹

Die Kompetenzüberschreitung ist signifikant am höchsten im Alten-/Pflegeheim². Insgesamt 87 Prozent der befragten Hilfskräfte im Alten-/Pflegeheim geben eine Kompetenzüberschreitung an. Hier wird auch durchschnittlich ein dem Gehobenen Dienst vorbehaltene Pflegeprozessschritt mehr als im Krankenhaus und in der Mobilen Pflege ausgeführt. Rund die Hälfte führt sogar alle vier Pflegeprozessschritte³ durch. Im Krankenhaus und in der Mobilen Pflege

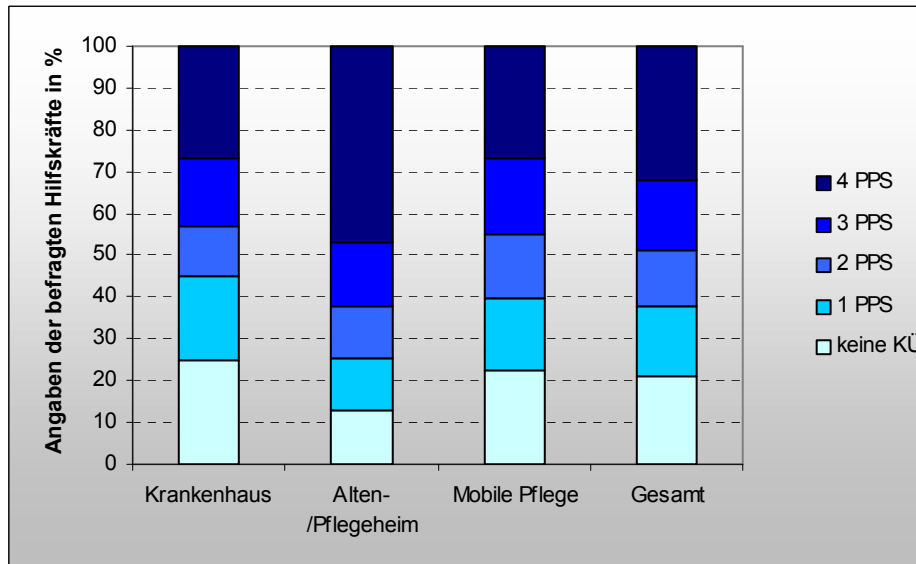
¹ Der Score zur Messung der Kompetenzüberschreitung seitens der Hilfskräfte wurde durch die Zusammenfassung aller dichotomisierten, zustimmenden („selten“, „gelegentlich“ und „häufig“ vs. „nie“) Angaben zur Durchführung einer der vier Pflegeprozessschritte (Anamnese, Diagnose, Planung und/oder Evaluation) gebildet. Außerdem wurden fehlende Angaben bei Beantwortung von zumindest einer der abgefragten Pflegeschritte durch eine Umwandlung auf „nie“ korrigiert.

² Die einfaktorielle univariate Varianzanalyse zeigt eine Signifikanz von 0,000.

³ Der Chi Quadrat nach Pearson zeigt eine Signifikanz von 0,005.

führen 27 Prozent der Hilfskräfte alle vier Pflegeprozessschritte des Gehobenen Dienstes durch¹ (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1: Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten² durch Hilfskräfte nach Setting



PPS=durchgeführte Pflegeprozessschritt(e); KÜ=Kompetenzüberschreitung

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Einflussfaktoren für die Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfsdienste³

In weiterer Folge werden Einflussfaktoren auf Kompetenzüberschreitung wie Bundesland, Dauer der Berufsausübung, Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag, Pflegesystem u. a. mittels statistischer Signifikanztests untersucht.

Bundesland und Kompetenzüberschreitung

Die Kompetenzüberschreitung seitens der Hilfskräfte ist besonders hoch in Wien, wo 81 Prozent⁴ der befragten Hilfsdienste angeben, zwischen zwei und vier Pflegeprozessschritte¹

¹ Im Vergleich zum Pflegebericht 2006 wurde eine engere Grenzsetzung pro einzelnen Pflegeprozessschritt vorgenommen. Außerdem wurden zunächst als fehlend eingestufte Angaben mitgewertet d. h. Angaben zu Anordnung und Aufsicht wurden zur Frage nach der prinzipiellen Durchführung der Tätigkeit mitgerechnet.

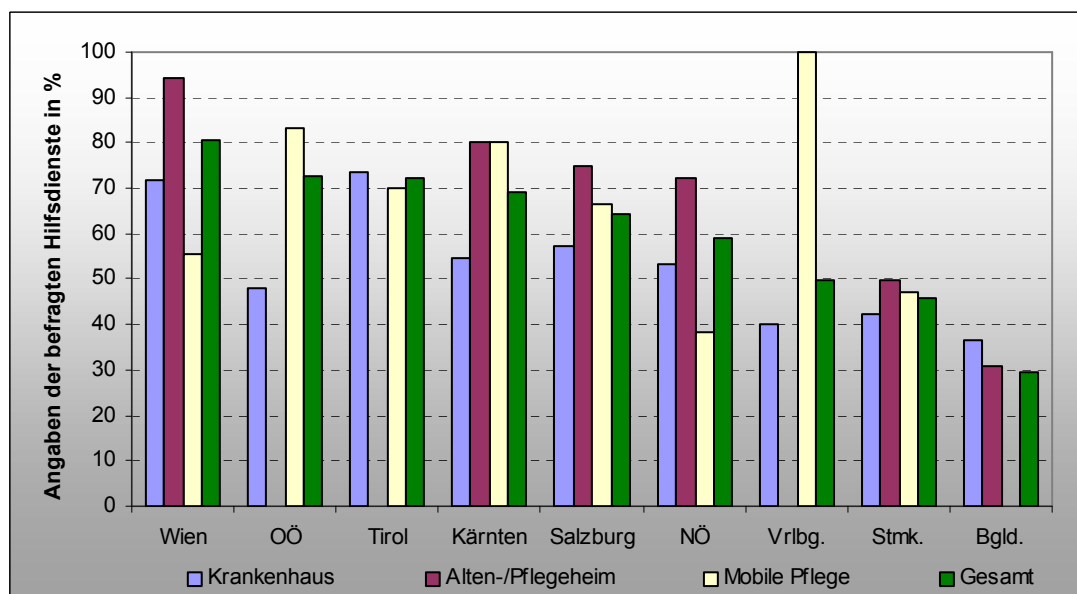
² Unter „Diplomierte“ werden im vorliegenden Bericht Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) verstanden (siehe auch Abkürzungsverzeichnis).

³ Hilfskräfte bezeichnen im vorliegenden Bericht immer Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Altenfachbetreuerinnen und Altenfachbetreuer (siehe auch Abkürzungsverzeichnis).

⁴ Standardisierte Residuen 2,0; Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

(= Kompetenzüberschreitung) durchzuführen². In allen Bundesländern überwiegt die Anzahl der Personen, die Kompetenzen überschreiten. Nur in den Bundesländern Steiermark und Burgenland³ gibt weniger als die Hälfte der befragten Hilfskräfte an, zwei oder mehr Pflegeprozessschritte durchzuführen (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2: Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Bundesland und Setting⁴



Kompetenzüberschreitung= mehr als eine durchgeführter Pflegeprozessschritt (PPS)

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Dauer der Berufsausübung und Kompetenzüberschreitung

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufsausübung und einerseits der Anzahl⁵ sowie andererseits der (zeitmäßigen) Häufigkeit⁶ der durchgeführten Pflegeprozessschritte durch Hilfskräfte. D. h. je länger Hilfskräfte ihren Beruf ausüben, desto häufiger und desto mehr Pflegeprozessschritte führen sie durch.

¹ Bereits die Durchführung eines der vier Pflegeprozessschritte stellt bei exakter Auslegung des GuKG eine Kompetenzüberschreitung dar. Die Grenze wurde hier mit einem Pflegeprozessschritt (PPS) als Toleranzwert gezogen.

² Standardisierte Residuen 2,0; Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

³ Steiermark und Burgenland: Standardisierte Residuen -2,2; Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

⁴ Die Bundesländer wurden nach der Größe des Gesamtwertes gereiht.

⁵ Bivariate Korrelation=0,093; Signifikanz 2-seitig=0,047. Basiert auf der Berechnung der dichotomisierten Angaben „wird durchgeführt“ vs. „wird nie durchgeführt“.

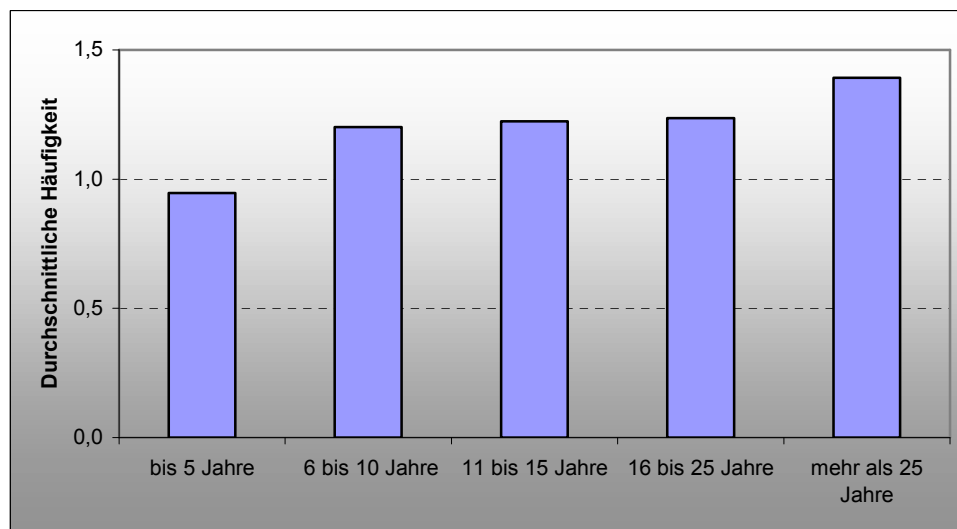
⁶ Bivariate Korrelation=0,124; Signifikanz 2-seitig=0,008. Hier wurde der Mittelwert der Angaben „häufig, gelegentlich, selten und nie“ berechnet.

Abbildung 4.3 zeigt, dass Berufsangehörige, die weniger als fünf Jahre im Beruf tätig sind, fast nie (MW=0,9)¹ ihre Kompetenzen überschreiten, während Personen, die mehr als fünf Jahre im Beruf tätig sind, dies signifikant häufiger tun (MW=1,5).

Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit zunehmender Berufserfahrung die Sicherheit entsteht, auch jene Tätigkeiten auszuüben, die ursprünglich nicht in der Ausbildung erlernt wurden (vgl. Punkt 4.1.4).

Möglicherweise ist dies ein Hinweis auf einen „Generationeneffekt“ d. h. jene Hilfskräfte, die bereits vor der Einführung des GuKG (1997) in ihrem Beruf tätig waren, halten sich aufgrund der mangelnden Kenntnis der rechtlichen Bestimmungen des GuKG weniger an die vorgeschriebene Kompetenzaufteilung.

Abbildung 4.3: Häufigkeit von Kompetenzüberschreitungen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfsdienste nach Dauer der Berufsausübung



Häufigkeit: 0=nie; 1=selten; 2=gelegentlich; 3=häufig

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Es ist zu unterstreichen, dass zwar viele Befragte Kompetenzüberschreitungen angeben, sie Kompetenzen zeitlich gesehen aber nur gelegentlich und nicht tagtäglich überschreiten. Die feststellbaren Unterschiede sind auch gering. Dennoch ist das Phänomen ernst zu nehmen und ihm sollte mit zu entwickelnden Lösungsstrategien und Steuerungsmaßnahmen entgegengewirkt werden.²

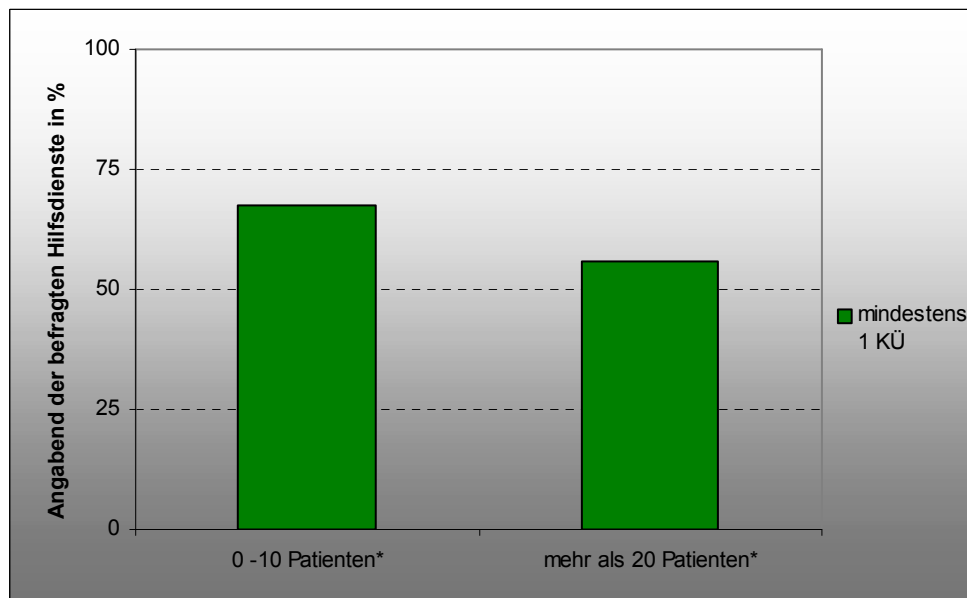
¹ Einfaktorielle univariate Varianzanalyse: Signifikanz=0,06. Basiert auf dem Mittelwert der Angaben 3=häufig, 2=gelegentlich, 1=selten und 0=nie.

² Gründe, weshalb die im Zuge der vorliegenden Untersuchung berechenbaren Unterschiede eher gering sind, sind auf Basis des vorliegenden Datenmaterials nicht genau bestimmbar. Ursachen liegen möglicherweise in Faktoren und (finanziellen) Rahmenbedingungen, welche in einer neuen Erhebung näher untersucht werden müssten.

Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag und Kompetenzüberschreitung

Die Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag hat einen signifikanten¹ Einfluss auf das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung durch Hilfsdienste im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten: werden bis zu zehn Patientinnen/Patienten pro Tag betreut, geben 68 Prozent an, zumindest einen der vier Pflegeprozessschritte durchzuführen und damit ihre Kompetenz zu überschreiten. Auffallend ist, dass bei einer höheren Anzahl zu Betreuender die Kompetenzüberschreitung auf 56 Prozent der Antwortenden abnimmt.² D. h., dass in Einrichtungen mit weniger Patienten und Patientinnen Hilfsdienste eher bei der Durchführung der Pflegeprozessschritte aktiv werden.

Abbildung 4.4: Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Tag



mind. 1 KÜ=mindestens 1 Kompetenzüberschreitung (=1 Pflegeprozessschritt);

*zu betreuende Patientinnen/Patienten pro Tag

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Pflegesystem und Kompetenzüberschreitung

Die Frage, ob das Pflegesystem Einfluss auf das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung hat, muss für drei der vier Pflegesysteme (Funktionspflege, Zimmerpflege, Gruppenpflege oder Bezugspflege) verneint werden.³ Lediglich bei der Zimmerpflege ist ein tendenziell signifikanter Zusammenhang mit Kompetenzüberschreitungen festzustellen: wird dieses Pflegesystem

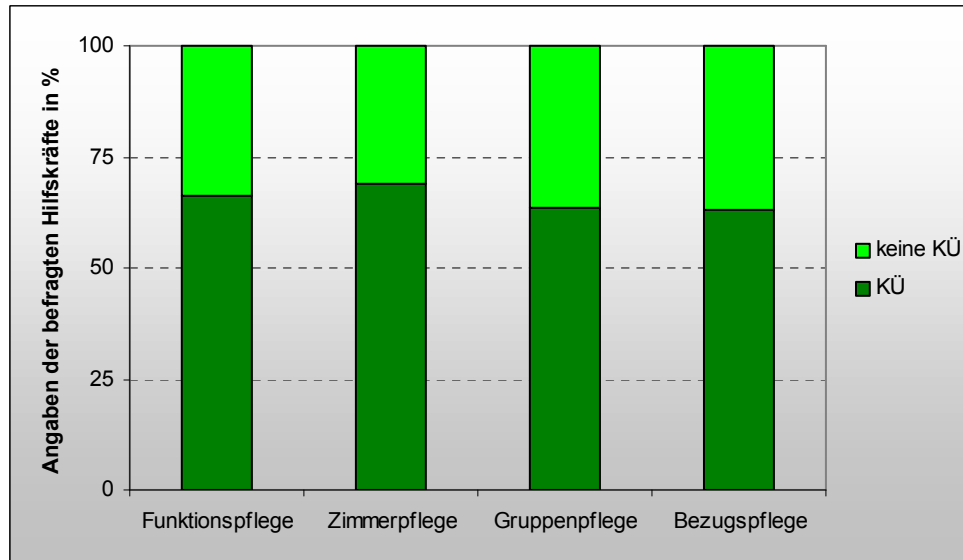
¹ Chi Quadrat Test zeigt eine Signifikanz von 0,01.

² Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist es umgekehrt (vgl. Punkt 4.1.2).

³ Weder der Chi Quadrat Test noch die bivariate Korrelation zeigen einen signifikanten Zusammenhang.

praktiziert, nehmen Kompetenzüberschreitungen etwas zu¹. In der Bezugspflege werden Kompetenzen im geringsten Ausmaß überschritten.

Abbildung 4.5: Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Pflegesystem



KÜ=Kompetenzüberschreitung (mehr als 1 Tätigkeit aus dem Tätigkeitsbereich der Diplomierten)

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Weitere mögliche Einflussfaktoren

Die Einrichtungsgröße der Betreuungsinstitutionen hat keinen Einfluss auf Kompetenzüberschreitungen². Ebenso wenig wirkt sich das Geschlecht auf Kompetenzüberschreitungen aus³.

4.1.2 Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch Pflegehelferinnen/ Pflegehelfer und Altenfachbetreuerinnen/Altenfachbetreuer

Im folgenden Abschnitt werden Kompetenzüberschreitungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte untersucht. Es wird detailliert dargestellt, wie häufig die acht ausgewählten Tätigkeiten (Vorbereitung von Injektionen, Verabreichung von

¹ Der Chi Quadrat Test zeigt eine tendenzielle Signifikanz von 0,08.

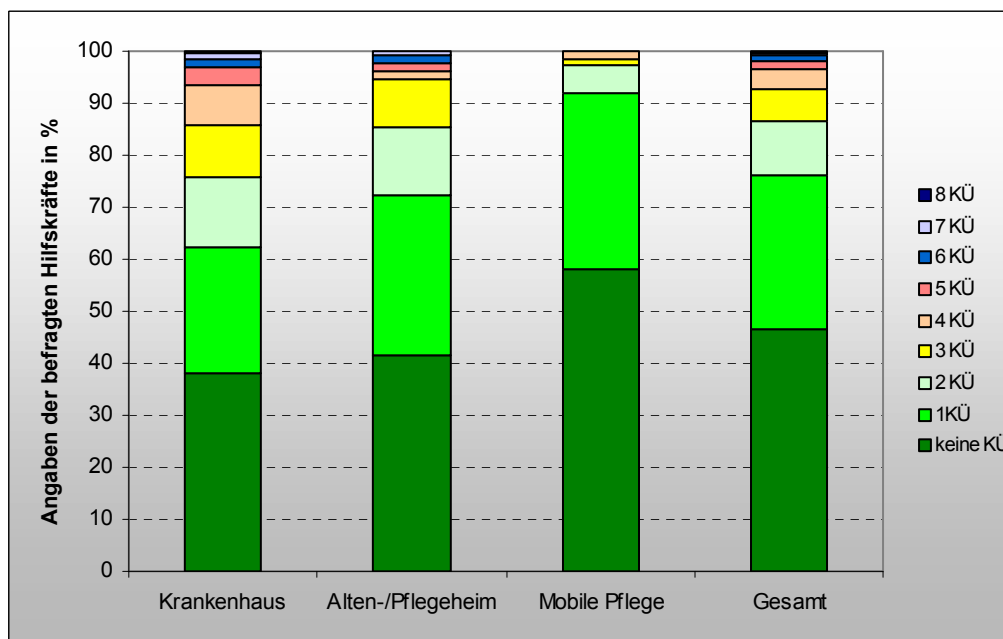
² Weder der Chi Quadrat Test noch die bivariate Korrelation zeigen einen signifikanten Zusammenhang.

³ Weder der Chi Quadrat Test noch die bivariate Korrelation zeigen einen signifikanten Zusammenhang.

intramuskulären Injektionen, Verabreichung von intravenösen Injektionen, Vorbereitung von Infusionen, Anschluss von Infusionen, Blutentnahme aus der Vene, Setzen von transurethralen Blasenkathetern, Durchführung von Darmeinläufen), die ausschließlich der Gehobene Dienst verrichten darf, auch von den Hilfsdiensten durchgeführt werden und welche Einflussfaktoren hierbei eine Rolle spielen.

Insgesamt nur knapp die Hälfte der Hilfskräfte übertritt *keine* Kompetenzen, immerhin 30 Prozent üben eine, zehn Prozent üben zwei der laut GuKG den Diplomierten vorbehaltenen Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs aus. Werden die einzelnen Settings separat betrachtet, zeigt sich, dass im Krankenhaus und im Heim der Anteil jener Hilfskräfte, die keine Kompetenzen überschreiten, nur rund 40 Prozent beträgt. Am wenigsten werden in der Mobilen Pflege Kompetenzen im mitverantwortlichen Bereich übertreten: 34 Prozent überschritten eine Kompetenz, rund 60 Prozent keine (vgl. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6: Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Setting

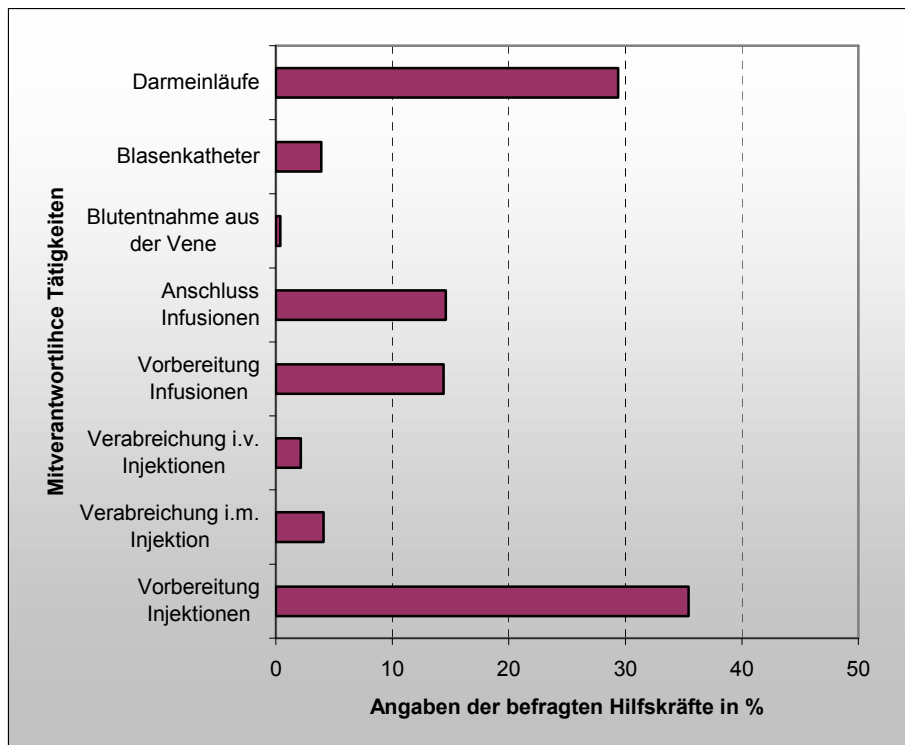


1 bis 8 KÜ=1 bis 8 Kompetenzüberschreitung/en d. h. Tätigkeit/en aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten wird/werden durchgeführt.

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die detaillierte Darstellung der einzelnen Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zeigt, dass v. a. die Vorbereitung von Injektionen (35 % aller befragten Hilfskräfte) und Durchführung von Darmeinläufen (30 % aller befragten Hilfskräfte) von den Hilfsdiensten durchgeführt werden, obwohl sie laut GuKG dem Gehobenen Dienst vorbehalten sind. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen rangieren auf Platz drei und vier, d. h. sie werden zu je rund 14 Prozent von den Hilfskräften durchgeführt. Lediglich die Blutentnahme aus der Vene wird von den Hilfskräften nicht durchgeführt (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7: Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte nach einzelnen Tätigkeiten



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Hausinterne Vereinbarungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich

Kompetenzüberschreitungen im mitverantwortlichen Bereich der Diplomierten gehören zur alltäglichen Praxis und stehen damit dem GuKG entgegen. Hausinterne Vereinbarungen sind übliche Praxis, um das Gesetz zu umgehen und Hilfskräfte in nicht ausschließlich für sie vorgesehenen Bereichen einzusetzen. Hausinterne Vereinbarungen beinhalten quasi Anordnungen für Kompetenzübertretungen.

Basierend auf hausinternen Vereinbarungen (vgl. Punkt 4.1.4) werden wiederholt die Tätigkeiten Anschluss von Infusionen (10 % der befragten Hilfskräfte), Vorbereitung von Infusionen (6 % der befragten Hilfskräfte), Setzen von transurethralen Blasenkathetern (7 % der befragten Hilfskräfte) und Durchführung von Darminläufen (8 % der befragten Hilfskräfte) durchgeführt.

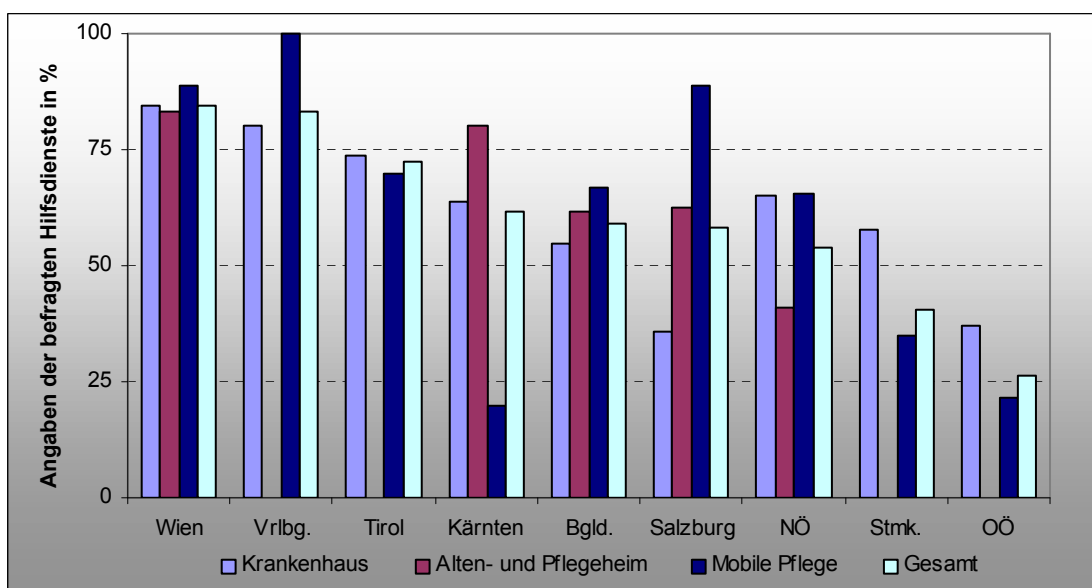
Einflussfaktoren für die Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfsdienste

In weiterer Folge werden mögliche Einflussfaktoren auf Kompetenzüberschreitungen wie Bundesland, Dauer der Berufsausübung, Anzahl der zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag, Pflegesystem u. a. mittels statistischer Signifikanztests untersucht.

Bundesland und Kompetenzüberschreitung

Der Bundesländervergleich zeigt, dass Kompetenzüberschreitungen der Hilfskräfte im mitverantwortlichen Bereich besonders häufig in Wien und Vorarlberg (je rund 85 % der befragten Hilfskräfte) vorkommen, gefolgt von Tirol (72 % der befragten Hilfskräfte). Im Mittelfeld liegen Kärnten und Salzburg (je rund 60 %) und im geringsten Ausmaß werden Kompetenzen im mitverantwortlichen Bereich in der Steiermark (40 % der befragten Hilfskräfte) und in Oberösterreich (26 % der befragten Hilfskräfte) überschritten (vgl. Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8: Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte pro Bundesland und Setting¹



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Dauer der Berufsausübung und Kompetenzüberschreitung

Die Dauer der Berufsausübung beeinflusst das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung zwar signifikant, wenngleich auch nur geringfügig: jene Personen, die erst bis zu fünf Jahren im Beruf aktiv sind, überschreiten etwas seltener Kompetenzen (MW=0,2) als jene, die bereits über 25 Jahre aktiv sind (MW=0,3)².

Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Tag und Kompetenzüberschreitung

Eine geringe Anzahl an zu betreuenden Patientinnen und Patienten pro Tag verringert Kompetenzüberschreitungen³. Bei zehn oder weniger Patientinnen und Patienten, die täglich

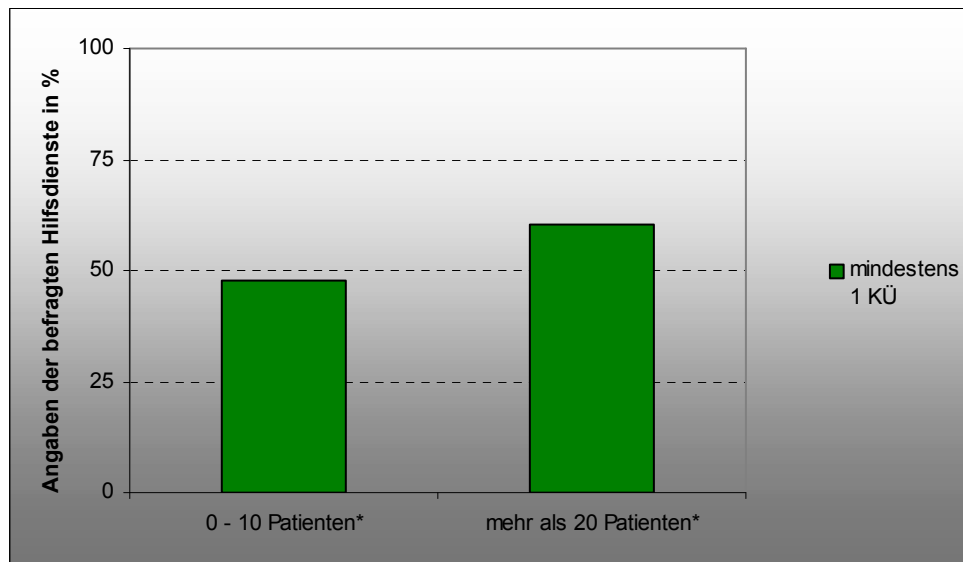
¹ Die Bundesländer wurden nach der Größe des Gesamtwertes gereiht.

² Bivariate Korrelation=0,11. Signifikanz=0,02. Die Mittelwerte wurden extra berechnet.

³ Der Chi Quadrat nach Pearson zeigt eine Signifikanz von (0,03).

betreut werden müssen, gibt die Mehrheit der befragten Hilfskräfte keine Kompetenzüberschreitung an, bei über 20 Patientinnen und Patienten pro Tag übertreten bereits rund zwei Drittel ihre Kompetenzen (vgl. Abbildung 4.9).

Abbildung 4.9: Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte und Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Tag



mind. 1 KÜ=mindestens 1 Kompetenzüberschreitung (=1 Pflegeprozessschritt);

*zu betreuende Patientinnen/Patienten pro Tag

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

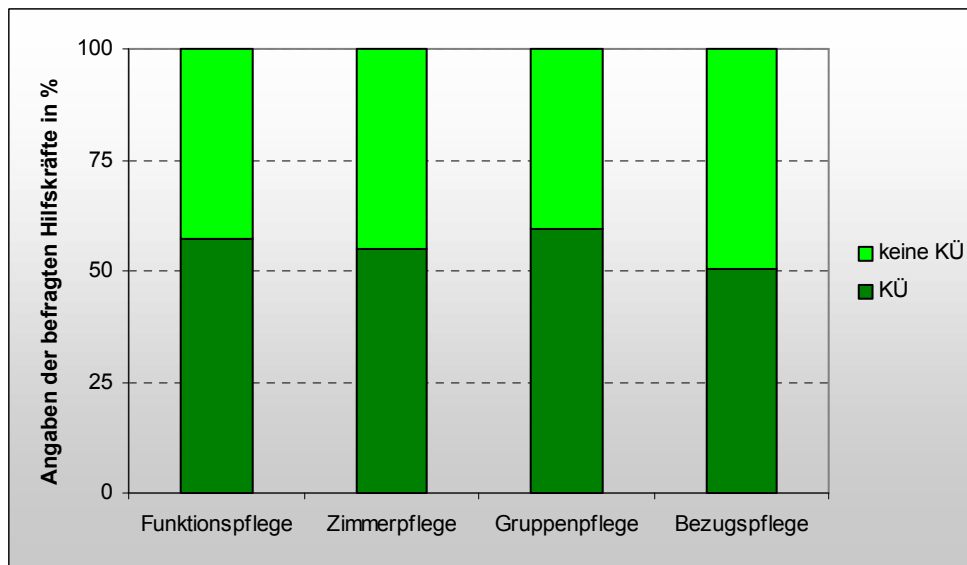
Pflegesystem und Kompetenzüberschreitung

Wird untersucht, inwieweit das Pflegesystem¹ einen Einfluss auf die Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Bereich hat, zeigt sich ein signifikanter² Unterschied nur bei der Gruppenpflege: bei diesem Pflegesystem übertreten knapp zwei Drittel der befragten Hilfskräfte ihre Kompetenzen. Bei der Zimmerpflege und Funktionspflege gibt die überwiegende Mehrheit mindestens eine Kompetenzübertretung an. Der geringste Anteil an Kompetenzverletzungen ist bei der Bezugspflege zu finden (weniger als die Hälfte gibt hier Kompetenzübertretungen an). Es ist allerdings anzumerken, dass die Unterschiede insgesamt sehr gering sind (vgl. Abbildung 4.10).

¹ Mehrfachnennungen waren möglich, da in der Praxis offensichtlich mit mehreren Pflegesystemen gleichzeitig gearbeitet wird.

² Chi Quadrat Test = 0,05.

Abbildung 4.10: Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch Hilfskräfte nach Pflegesystem



KÜ=Kompetenzüberschreitung (mind. 1 Tätigkeit aus dem Tätigkeitsbereich der Diplomierten)

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Weitere mögliche Einflussfaktoren

Einrichtungsgröße und Ausmaß an Kompetenzüberschreitung zeigen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang, ebensowenig Geschlecht und Grad an Kompetenzüberschreitung¹.

4.1.3 Zufriedenheit und Kompetenzüberschreitung

Im Folgenden werden Auswirkungen der Kompetenzüberschreitung auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Beruf bzw. mit der Bezahlung sowie auf das subjektive Belastungsgefühl bzw. Überforderungsgefühle dargestellt.

Jene Hilfskräfte, die mehr Kompetenzen überschreiten (drei oder vier Pflegeprozessschritte) sind signifikant unzufriedener als jene, die wenige(r) Kompetenzen überschreiten.² Obwohl insgesamt weit über die Hälfte der befragten Hilfskräfte (60 %) mit der Bezahlung (sehr) zufrieden ist, geben jene Personen, die verstärkt Kompetenzen übertreten, an, unzufrieden³ mit der Bezahlung zu sein, d. h. sie schätzen die Bezahlung für die (ihren Kompetenzbereich bereits überschreitenden) Tätigkeiten, als unzureichend ein.

¹ Weder der Chi Quadrat Test noch die bivariate Korrelation zeigen einen signifikanten Zusammenhang.

² Chi Quadrat Test nach Pearson zeigt eine Signifikanz von 0,03.

³ Chi Quadrat Test nach Pearson zeigt eine Signifikanz von 0,08.

Gibt es weitere Auswirkungen von Kompetenzüberschreitung auf die Berufszufriedenheit? Jene Hilfskräfte, die im hohen Ausmaß Kompetenzen überschreiten, zeigen ein tendenziell höheres Ausmaß¹ an subjektivem Belastungsgefühl, d. h. jene Personen, die drei und mehr Pflegeprozessschritte durchführen, fühlen sich durchschnittlich ein oder ein paar mal pro Monat (MW=1,1)² müde, körperlich/emotional erschöpft, ausgelaugt, schwach, krankheitsanfällig und denken sich „Ich kann nicht mehr“. Jene, die keine bzw. kaum Kompetenzen überschreiten, äußern etwas seltener³ Gedanken, die auf Überlastung hindeuten. Außerdem geben jene Hilfskräfte, die ein hohes Ausmaß an Kompetenzüberschreitung ausweisen, auch zu 21 Prozent an, sich emotional überfordert zu fühlen, während dies nur 17 Prozent jener Gruppe angeben, die (quasi) keine Kompetenzen überschreiten.⁴

Der Zusammenhang der Kompetenzüberschreitung mit der allgemeinen Unzufriedenheit bzw. der Unzufriedenheit mit der Bezahlung sowie mit subjektiven Belastungs- und Überforderungsgefühlen deutet darauf hin, dass die Kompetenzübertretungen nicht freiwillig passieren. Dies zeigt, dass den (bereits länger im Beruf tätigen) Hilfskräften aufgrund der Dauer ihrer Berufsausübung (von Führungskräften und anderen Verantwortlichen) einfach mehr zugemutet wird, ohne dass diese Mehrleistung abgegolten wird, da sie ja dem GuKG nicht entspricht.

4.1.4 Exkurs: Kompetenzübertretung aus juristischer Perspektive

Die Vielzahl der Kompetenzüber- und Kompetenzunterschreitungen führte zur Hypothese, dass sich berufs-, dienst- und organisationsrechtliche Bestimmungen konterkarieren und dadurch Kompetenzverletzungen induziert bzw. gefördert werden. Dazu wurden Expertinnen und Experten befragt, die z. T. pflegerische und juristische Kompetenzen in einer Person vereinen und damit das Zusammenspiel von Berufs-, Dienst- und Organisationsrecht fachkundig beurteilen können.

Die Gespräche mit den Fachleuten (vgl. Anhang) bestätigten die Ausgangshypothese nicht. Die Expertinnen und Experten stellten fest, dass berufs-, dienst- und organisationsrechtliche Bestimmungen gut aufeinander abgestimmt sind. Das Ergebnis der Interviews ist vielmehr eine drastische Kritik an den Rahmenbedingungen der Pflege.

Der folgende Beitrag fasst die Eckpunkte dieser Kritik zusammen und ergänzt mit Beispielen – u. a. einschlägigen Gerichtsurteilen – die dazu dienen, die gelebte Praxis transparent zu machen.

¹ T-Test zeigt einen tendenziell signifikanten Zusammenhang (0,098).

² Die im Fragebogen verwendeten Kategorien waren: 0=(fast) nie, 1=ein oder ein paar mal pro Monat, 2=ein- oder zweimal pro Woche, 3=drei- bis fünfmal pro Woche, 4=(fast) jeden Tag.

³ Mittelwert=0,98.

⁴ Chi Quadrat Test nach Pearson zeigt eine tendenziell signifikanten Unterschied (0,059).

Ursachen von Kompetenzverletzungen

Persönlichkeit und Haltung

Die befragten Expertinnen und Experten nennen zwar mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen als Hauptursachen von Fehlverhalten, führen aber durchaus auch die persönliche Verantwortlichkeit jeder einzelnen Pflegekraft ins Treffen. So sehen sie mangelndes Verantwortungsbewusstsein, Bequemlichkeit, Begehrlichkeiten der Pflege nach höherwertigen Tätigkeiten (z. B. Transfusionen anhängen) und Angst vor Repressalien als kompetenzverletzungsfördernde Faktoren. Zum Beispiel hätten manche Pflegepersonen Hemmungen, schriftliche Anordnungen einzufordern bzw. Ärzte in der Nacht zu wecken, da unwirsche Reaktionen von Seiten dieser keine Seltenheit seien. Bestätigt wird diese Aussage, im Falle der Verurteilung einer Pflegeperson wegen Medikamentenverabreichung ohne ärztliche Anordnung. Das Oberlandesgericht Linz stellte fest, dass die im Krankenhaus tätigen Anästhesieärztinnen/-ärzte teilweise „genervt“ reagiert hätten, wenn sie um Weisungen betreffend Medikamentenverabreichung kontaktiert wurden.

Qualifikation

Einig waren sich die Fachleute hinsichtlich der mangelnden Kenntnisse in Bezug auf das Berufs- und Dienstrecht seitens Führungspersonen bzw. Ärztinnen/Ärzte. Das Berufsrecht kann dienstrechtlich (z. B. in Dienstverträgen und Stellenbeschreibungen) zwar unterschritten bzw. eingeschränkt, aber niemals überschritten, das heißt erweitert werden. Unwissenheit führt aber im Alltag u. a. zu dienstrechtlichen Weisungen von unmittelbar Vorgesetzten bzw. von Ärztinnen/Ärzten, die damit die berufsrechtlichen Regelungen überschreiten¹. Was dazu führt, dass Pflegehilfen u. a. Infusionen vorbereiten und anschließen (vgl. Abbildung 4.7 und Abbildung 4.8) oder Pflegeanamnesen erheben (vgl. Abbildung 4.1). Andererseits werden Anordnungen unterlassen, weil Ärztinnen/Ärzte bzw. Pflegepersonen nicht wissen, welche Tätigkeiten in den eigenverantwortlichen und welche in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen. Darüber hinaus wissen Pflegepersonen oft nicht, welche Tätigkeiten für Diplomierte und welche für Pflegehilfen vorgesehen sind.

Im Experteninterview wurde der sensible Bereich der Freiheitsbeschränkung thematisiert. Laut Europaratausschuss zur Verhütung von Folter sei erwiesen, dass Personen ohne gute Ausbildung, eher zu unzulässigen Freiheitsbeschränkungen neigen als höher Qualifizierte. Gerade hier ist die Anordnung durch die Ärztin/den Arzt bzw. die Durchführung diesbzgl. Maßnahmen durch diplomiertes Personal unerlässlich, wie ein Gerichtsurteil zur eigenmächtigen freiheitsbeschränkenden Maßnahme durch eine Pflegehilfe mit tödlichem Ausgang für

¹ Ärztinnen/Ärzte muss(t)en sich bei der Zusammenarbeit mit den Pflegeberufen an die Bestimmungen des GuKG § 15 und § 84 Absatz (4) halten.

den betroffenen Heimbewohner zeigt.¹ Obwohl seit 1. 7. 2005 das Heimaufenthaltsgesetz die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen klar regelt, werden auch hier – aus besagten Gründen – nach wie vor Kompetenzen überschritten.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Für alle befragten Expertinnen und Experten sind Kompetenzüberschreitungen vor allem auf Struktur- und Organisationsmängel zurückzuführen. Zu wenig, vor allem diplomiertes Pflegepersonal, und/oder vor Ort nicht vorhandenes Personal spielen hier eine bedeutsame Rolle.

Die signifikant höhere Kompetenzüberschreitung von Pflegehilfen in Alten-/ Pflegeheimen ist für die Fachleute vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Personalschlüsselverordnungen der Länder (vgl. §15a Vereinbarung bzw. deren länderspezifische Ausführungsgesetze)² – unabhängig von der Besetzbarkeit der Planstellen – nicht verwunderlich. Wie bereits erwähnt kann zum Teil der Pflegebetrieb ohne Kompetenzüberschreitungen der Pflegehilfen nicht aufrecht erhalten werden. Ein Beispiel soll die teilweise geübte Praxis im Langzeitpflegebereich skizzieren:

- Im Stellenplan eines Pflegeheimes befindet sich nur eine diplomierte Pflegefachkraft und das ist die Pflegedienstleitung. Um den Pflegebedarf qualitätsgesichert und gemäß GuKG zu decken, wären jedoch sechs diplomierte Pflegepersonen nötig. Dem Pflegeheimbetreiber (Rechtsträger) ist dies durchaus bewusst, er entscheidet jedoch – im Falle einer zivilrechtlichen Klage – lieber zu bezahlen (Regress) als sechs diplomierte Pflegepersonen zu beschäftigen. Die Bezirkshauptmannschaft, als Aufsichtsbehörde übt ihre Kontrolltätigkeit zwar aus, aufgrund fehlender Sanktionen werden deren Vorgaben hinsichtlich Strukturqualität aber weiter ignoriert.

Exemplarisch wurde auf mögliche Konsequenzen für Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohner hingewiesen: Soll bei einer Bewohnerin/einem Bewohner im Pflegeheim eine Bedarfsmedikation³ wie Aspirin bei Kopfschmerzen verabreicht werden, dann wird die Pflegehilfe dieses

¹ Eine Pflegehilfskraft fixierte einen Heimbewohner mit einem Dreipunktgurt im Bett, von dem sie nicht wusste wie er funktioniert und sich auch die Gebrauchsanweisung nicht zu Hilfe nahm. Trotz zweimaliger nächtlicher Kontrollen erdrosselte sich der Bewohner, da er versucht hatte, sich aus dem Dreipunktgurt herauszuwinden. Im Strafgerichtsverfahren stellte sich heraus, dass weder Pflegedienstleitung noch Pflegepersonal in der Anwendung des Gurtes adäquat geschult waren und es sich darüber hinaus bei diesem Gurt um ein Medizinprodukt handelte, das der Arzt hätte anordnen müssen.

² Zwischen 20 bis 50 Prozent diplomiertes Pflegepersonal im Verhältnis zu Altenfachbetreuerinnen/-betreuern und Pflegehelferinnen/-helfern ist (vgl. Tabelle A 1)

³ Im Durchführungserlass zu § 15 GuKG (GZ: 21.251/5-VIII/D/13/00, vom 14.2.2001) des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen wird klargestellt, dass eine Bedarfsmedikation ausnahmsweise zulässig ist. So kann es in Einzelfällen zulässig sein, dass der Arzt Anordnungen an die Krankenpflegeberufe erteilt, die sich zwar nicht auf objektiv messbare Parameter stützen, aber aufgrund anderer klarer Vorgaben eindeutig, zweifelsfrei und nachvollziehbar sind. Als Beispiele werden die Äußerung des Patienten über Kopfschmerzen und Einschlafschwierigkeiten angeführt (Mag. Johannes Pritz). http://www.geronto.at/Artikel/Themen_des_Rechts_in_der_Pfleg/Verabreichung_von_Arzneimittel/hauptteil_verabreichung_von_arzneimittel.html

Medikament der Bewohnerin/dem Bewohner geben¹, auch wenn bei dieser/diesem eine Blutverdünnungstherapie angesetzt ist. Die Pflegehilfe muss nicht wissen, dass das Aspirin möglicherweise kontraindiziert ist. Eine diplomierte Pflegeperson müsste in diesem Fall nachfragen, ob das Medikament trotzdem gegeben werden oder auf ein anderes Medikament ausgewichen werden soll. Die Durchführungsverantwortung schließt bei der Diplomierten – aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung – das Nachfragen mit ein.

Diese Situation ist für Pflegehilfen nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich problematisch. In Zukunft ist bei hohen Schadenssummen und grober Fahrlässigkeit ein genereller Regress auch gegenüber Pflegepersonen angedacht, was die Situation zum Nachteil der Beschäftigten verschärfen würde.

Ablauforganisation im Krankenhaus

Hinsichtlich Akutbereich sehen die Expertinnen/Experten Mängel in der Ablauforganisation, die zu Kompetenzüber- und Kompetenzunterschreitungen führen können. Beispiele dafür sind die Abwesenheit einer Ärztin/eines Arztes auf der Station, weil diese/dieser im Operationssaal benötigt wird oder die (dienstrechtliche) Verpflichtung zur Visitenbegleitung, vor allem bei bestehendem Personalengpass. Das führt dazu, dass notwendige Anordnungen nicht in definierter Form getroffen und erforderliche Pflege nicht unter Einhaltung der gesetzlichen Bedingungen geleistet wird.

Häufig ersetzen mündliche hausinterne Vereinbarungen die lt. GuKG erforderliche Anordnung der Ärztin/des Arztes. Generell wären diesbzgl. standardisierte medizinische Behandlungsabläufe – sogenannte Regelfallstandards² (vor allem für die Notfallbehandlung) – durchaus denkbar, vorausgesetzt diese bewegen sich im Rahmen des Ärztegesetzes und sind vom Abteilungsvorstand mittels dienstrechtlicher Weisung in Kraft gesetzt.

Darüber hinaus wurde die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus angesprochen, die den Tätigkeitsschwerpunkt der Diplomierten in Richtung mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bzw. ärztliche Assistenz verschiebt und zur Vernachlässigung der originären Pflegeaufgaben (z. B. Pflegeanamnese, Körperpflege in komplexeren Pflegesituationen, Risikoassessment und Durchführung von Prophylaxen) sowie zur Vernachlässigung ihrer Anordnungs- und Aufsichtsverantwortung führt.

Als weitere Ursachen von Kompetenzverletzungen nannten Expertinnen und Experten zu wenige bis keine Kontrollen von Seiten der Aufsichtsbehörden wie auch von Seiten des Managements und fehlende Sanktionen sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim.

¹ Die Verabreichung von Arzneimitteln kann im Einzelfall an die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe delegiert werden. Der Arzt hat dabei klar zum Ausdruck zu bringen, an welche Person (DGKS Maier, Pflegehelfer Müller) oder an welche Berufsgruppe (Pflegehelfer und/oder DGKS) er die Delegation erteilt.

² Medizinische Behandlungsstandards (XY) könnten schriftlich festgelegt und verordnet werden u. a.:

- XY wird bei jedem Patienten in diesem Bereich gemacht
- XY plus individuelle Situation ergibt für den Patienten Mayer „Z“
- Es gibt z. B. 3 Standards für die Schmerztherapie und der Arzt ordnet bei Patient Mayer den Standard A an.

Pflegefehler und Komplikationen als mögliche Folge von Kompetenzverletzung

Keine oder unter Umständen falsche Pflegeinterventionen haben beträchtliche Auswirkungen auf die Betroffenen mit negativen Folgen für die Gesundheit der Behandelten (bei Kompetenzunterschreitung, weil die DGKPP ihre Aufgabe nicht wahrnimmt; bei Kompetenzüberschreitung, da die Pflegehilfe dafür nicht ausreichend qualifiziert ist): Druck- und Liegegeschwüre (Dekubiti), Stürze und deren Verletzungsfolgen sowie negative Auswirkungen nach freiheitseinschränkenden Maßnahmen sind häufige Themen von gerichtlich beeideten Sachverständigen für Gesundheits- und Krankenpflege. Oft muss ein Organisationsversagen festgestellt werden. Wird allerdings ein individuelles, schuldhaftes Handeln (etwa grobe Fahrlässigkeit durch Missachtung allgemein akzeptierter Handlungsvorgaben wie z. B. fehlendes oder inkompetentes Risikoassessment) nachgewiesen, kann das für betroffene Pflegepersonen nicht zuletzt strafrechtliche oder zivilrechtliche (Schadenersatz und Schmerzensgeldforderung) Konsequenzen nach sich ziehen.

Lösungsvorschläge

Das am 1. 1. 2006 in Kraft getretene Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG¹), das die Strafbarkeit juristischer Personen sicherstellen soll, ist ein wichtiger Schritt zur Lösung des Problems „Organisationsverschulden“. Es normiert – im Gegensatz zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit von Einzelpersonen – eine generelle Verantwortlichkeit für juristische Personen. Nach dem VbVG können Gerichte jetzt auch Strafen gegen Unternehmen (Verbände) verhängen, wenn ihnen strafbares Verhalten zugerechnet werden kann. Aus Sicht der befragten Expertinnen/Experten wird das neue VbVG voraussichtlich primär präventive Wirkung entfalten und Riskmanagement hoffentlich zur Routine werden lassen.

Rechtsgrundlagen und formale Rahmenbedingungen für das berufliche Handeln von Pflegepersonen und Ärztinnen/Ärzten sind sowohl berufsgruppenintern als auch berufsgruppenübergreifend zu wenig bekannt. Das GuKG muss verstanden und im gegebenen organisations- und dienstrechtlichen Rahmen umgesetzt werden können. Zur Behebung diesbezüglicher Wissenslücken wurde neben der Integration von Rechtswissen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen, die Abhaltung von „Dilemmakonferenzen“ vorgeschlagen. Anhand von Handlungssituationen (Fallbeispielen) mit rechtlichem Problemgehalt sollen relevante Bestimmungen berufsgruppenintern sowie -übergreifend diskutiert und bearbeitet werden.

Die Personalschlüsselverordnungen sind auf Bundesebene zu harmonisieren. So sollten in Pflegeheimen Dienstleitungen möglich werden, in denen ausreichend Diplompflegekräfte – auch in der Nacht – zur Verfügung stehen. Häufigere stichprobenartige Kontrollen inkl. entsprechender Sanktionen würden automatisch zu einer Verbesserung der Situation führen, so die Expertinnen/Experten.

Damit sollen Folgekosten bei Präventions- oder Prophylaxever sagen vermieden werden. Ein Dekubitus kann bis zur plastischen Deckung 296 Behandlungstage induzieren. Der Tagsatz beträgt rd. 300,-- Euro, was einen zusätzlichen Kostenaufwand von insgesamt 88.800,--

¹ Ein Verband ist grundsätzlich dann für die Straftat verantwortlich, wenn entweder „die Tat zu seinen Gunsten begangen worden ist“ oder „durch die Tat Pflichten verletzt worden sind, die den Verband treffen (§ 3 Abs 1 VbBG; Brandstetter 2006)

Euro ergibt. Im Gegensatz dazu beträgt der finanzielle Aufwand für Prävention nur rund 6.500,- Euro. Prävention gehört zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, beinhaltet das Risikoassessment und den Kontakt zur Ärztin/zum Arzt, um Kontraindikationen auszuschließen und Maßnahmen setzen zu können.

4.1.5 Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten durch den Gehobenen Dienst

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob und wie häufig der Gehobene Dienst Tätigkeiten aus dem Tätigkeitsbereich der Hilfsdienste – wie z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten – sowie Tätigkeiten außerhalb des im GuKG definierten Rahmens – wie z. B. organisationsbezogene und administrative Tätigkeiten – durchführt, und ob die Dauer der Berufsausübung oder das Geschlecht damit im Zusammenhang stehen.

Der Gehobene Dienst ist im Tätigkeitsbereich der Hilfsdienste aktiv – zumal sich die beiden Tätigkeitsbereiche überschneiden – obwohl er diese Tätigkeiten prinzipiell delegieren darf bzw. soll (vgl. Pflegebericht 2006). Die Komplexität der Pflegesituation lässt ein Delegieren an eine andere Berufsgruppe aber nicht immer zu, da Patientinnen/Patienten mit einer zu hohen Anzahl an wechselnden Pflegepersonen, die jeweils eine Einzelmaßnahme durchführen, konfrontiert würden bzw. der reibungslose organisatorische Ablauf im Einrichtungsalltag nicht mehr möglich wäre.

Weiters erfordert der Alltag der Pflegepraxis eine Vielzahl an (dezidiert) berufsfremden Tätigkeiten, die das GuKG nicht berücksichtigt, die allerdings viel Zeit in Anspruch nehmen.

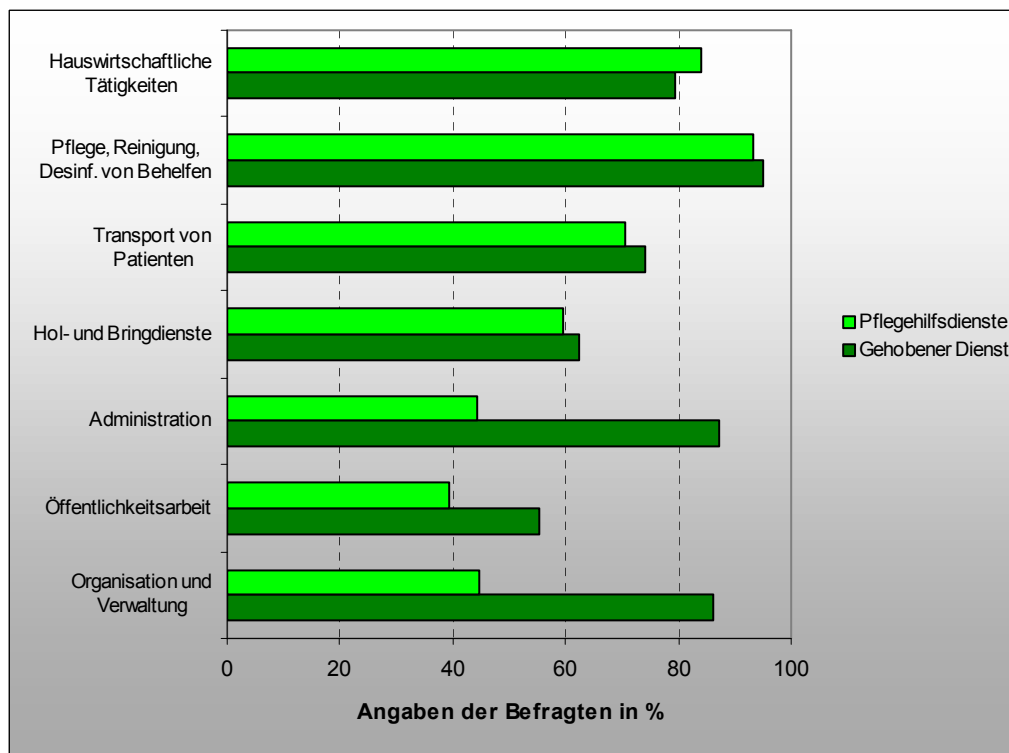
Im Folgenden werden daher nur die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten und die Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen aus dem Tätigkeitsbereich der Hilfsdienste sowie einzelne berufsfremde organisationsbezogene Tätigkeiten (Transport von Patienten, Hol- und Bringdienste sowie Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation und Verwaltung) der Fragebogenuntersuchung ausgewählt, bei welchen eine Auslagerung dieser Tätigkeiten an andere Berufsgruppen – wie z. B. die Hilfskräfte oder aber auch an Sekretariatskräfte u. ä. sinnvoll erscheint bzw. eine entsprechende Berücksichtigung in der Ressourcenplanung erfahren sollte. Diese Tätigkeiten werden hinsichtlich der Frage beleuchtet, wie häufig sie jeweils vom Gehobenen Dienst bzw. von den Hilfskräften geleistet werden und ob es einen Unterschied nach Geschlecht und Dauer der Berufstätigkeit gibt.

Die Ergebnisse zeigen, dass einzig die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten häufiger von den Hilfskräften durchgeführt werden. Die Tätigkeiten Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen, Transport von Patienten sowie Hol- und Bringdienste werden von beiden Berufsgruppen annähernd gleich häufig erledigt – mit einem Unterschied von rund drei Prozentpunkten liegen dabei sogar die Diplomierten noch vor den Hilfskräften. Diplomierte verrichten also in einem etwas höheren Ausmaß Tätigkeiten, die ohne jeden Qualitätsverlust in der Patientenbetreuung delegiert werden können. Dieser Umstand ist im Sinne eines effizienten Ressourceneinsatzes nicht wünschenswert.

Bei den Tätigkeiten Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation und Verwaltung ist es hingegen deutlich, dass diese vorwiegend von den Diplomierten durchgeführt werden. Die Unterschiede betragen zwischen 16 (Öffentlichkeitsarbeit) und 43 (Administration) Prozentpunkte. Obwohl diese Tätigkeiten im GukG nicht dezidiert für den Gehobenen Dienst ausgewiesen werden, ist es nachvollziehbar, dass vorwiegend Diplomierte diese organisationsbezogenen Tätigkeiten verrichten, da diese mit einer hohen Verantwortlichkeit verbunden sind.

Eine vorrangige Delegation an andere Berufsgruppen ist bei diesen Tätigkeiten daher auch in Zukunft eher nicht empfehlenswert, während eine Verringerung des administrativen Aufwandes – etwa durch die Vereinheitlichung der Pflegedokumentation – eine von der Kompetenzregelung unabhängige wichtige Entlastungsmaßnahme für die Pflegekräfte darstellen kann (vgl. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11: Berufsfremde Tätigkeiten des Gehobenen Dienstes nach Berufsgruppen



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten nach Geschlecht

Die Untersuchung nach Berufsgruppe und Geschlecht zeigt, dass beispielsweise der Transport von Patientinnen und Patienten in beiden Berufsgruppen (Gehobener Dienst und Hilfsdienste) eher von Männern (je rund 80 % vs. je rund 70 %) durchgeführt wird.¹ Hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden vorwiegend von Pflegehelferinnen bzw. Altenfachbetreuerinnen verrichtet (rund 85 %). Bei der Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen liegen

¹ Eine Ausnahme stellt das Setting Krankenhaus dar, in dem mit einer tendenziellen Signifikanz von 0,1 weibliche Berufsangehörige den Transport von Patienten häufiger durchführen.

die Pflegehelfer bzw. Altenfachbetreuer mit 99 Prozent vor den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Diese geschlechtsspezifische Aufgabenverteilung innerhalb der Pflegekräfte wird möglicherweise durch den erforderlichen physischen Kraftaufwand (Transport von Patienten), geschlechtsstereotype Aufgabenverteilungsmuster (hauswirtschaftliche Tätigkeiten) und ein geschlechtsspezifisches Interesse an technischen Geräten begünstigt (Pflege und Reinigung von Behelfen).¹

Die Aufgabenbereiche Administration sowie Organisation und Verwaltung nehmen vorwiegend Männer (des Gehobenen Dienstes) wahr (die Unterschiede erreichen bis zu 12 Prozentpunkte). Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit rangieren hingegen Frauen (des Gehobenen Dienstes) an erster Stelle (52 % Männer zu 55 % Frauen²; vgl. Abbildung A 1).

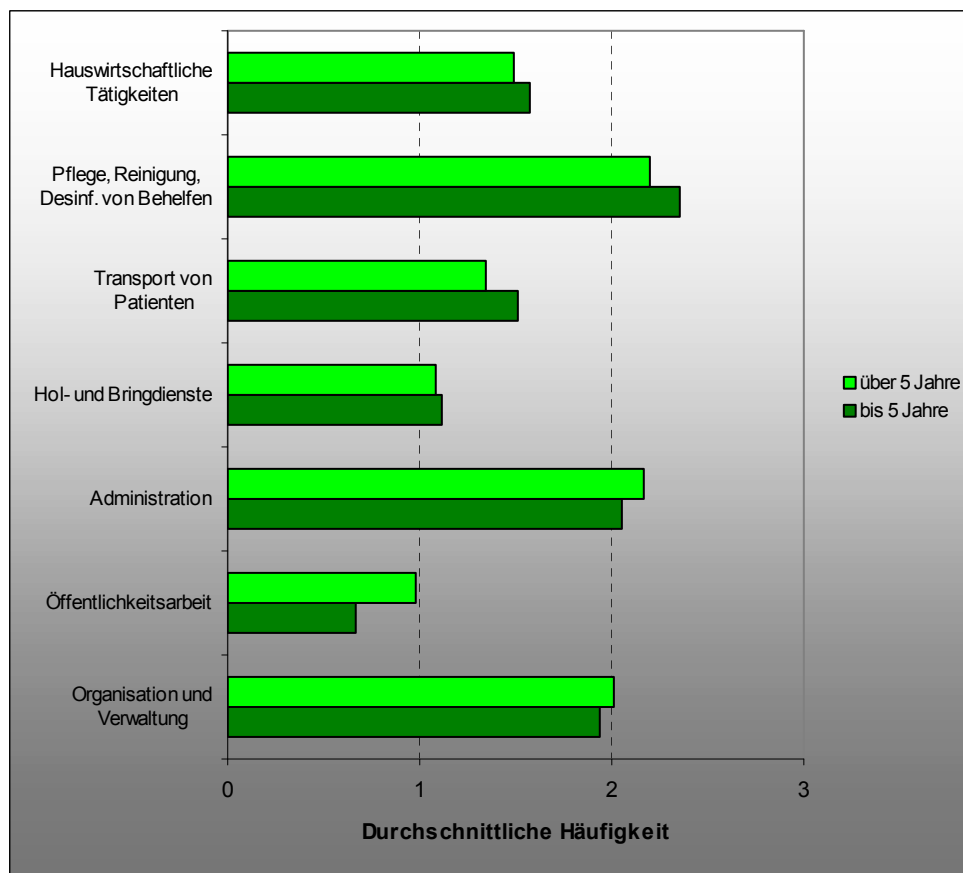
Dauer der Berufsausübung und Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten

Im Folgenden wird untersucht, ob die Dauer der Berufstätigkeit einen Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung bestimmter Tätigkeiten hat. Die Bereiche Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation und Verwaltung werden etwas häufiger von jenen Berufsangehörigen ausgeübt, die länger als fünf Jahre in ihrem Beruf tätig sind (vgl. Abbildung 4.12). Für die Bereiche Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen, Hol- und Bringdienste, Transport von Patienten und hauswirtschaftliche Tätigkeiten ist es umgekehrt.

¹ Es wurden auch (berufsgruppenunabhängige) settingspezifische Schwankungen bzw. der Mittelwert des zeitlichen Ausmaßes untersucht: im KH geben Frauen ein leicht höheres zeitliches Ausmaß für diese Tätigkeiten an als Männer, im Heim tun sie dies zumindest für die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten und Hol- und Bringdienste.

² Berufsgruppenunabhängige settingspezifische Unterschiede (bzgl. des bzw. der Mittelwert des zeitlichen Ausmaßes) spielen hier keine Rolle. Die Hilfsdienste weisen hingegen dieselbe geschlechtsspezifische Aufgabenverteilung bei diesen Tätigkeiten auf.

Abbildung 4.12: Verrichtung berufsfremder Tätigkeiten und Dauer der Berufstätigkeit



0=nie; 1=selten; 2=gelegentlich; 3=häufig

Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

4.2 Pflegesysteme und Verantwortungsaufteilung

Eine klare Verantwortungsaufteilung in Bezug auf die Kontrolle, ob Pflegeprozessschritte tatsächlich durchgeführt wurden, gilt als wichtiger Qualitätsindikator in der Pflege. Ist die Verantwortungsaufteilung insgesamt unklar, d. h. Personen (zu) vieler verschiedener Hierarchieebenen einer Institution sind letztverantwortlich für die Kontrolle der Pflegeprozessschritte, kann dies den organisatorischen Ablauf des Pflegeprozesses ungünstig beeinflussen.

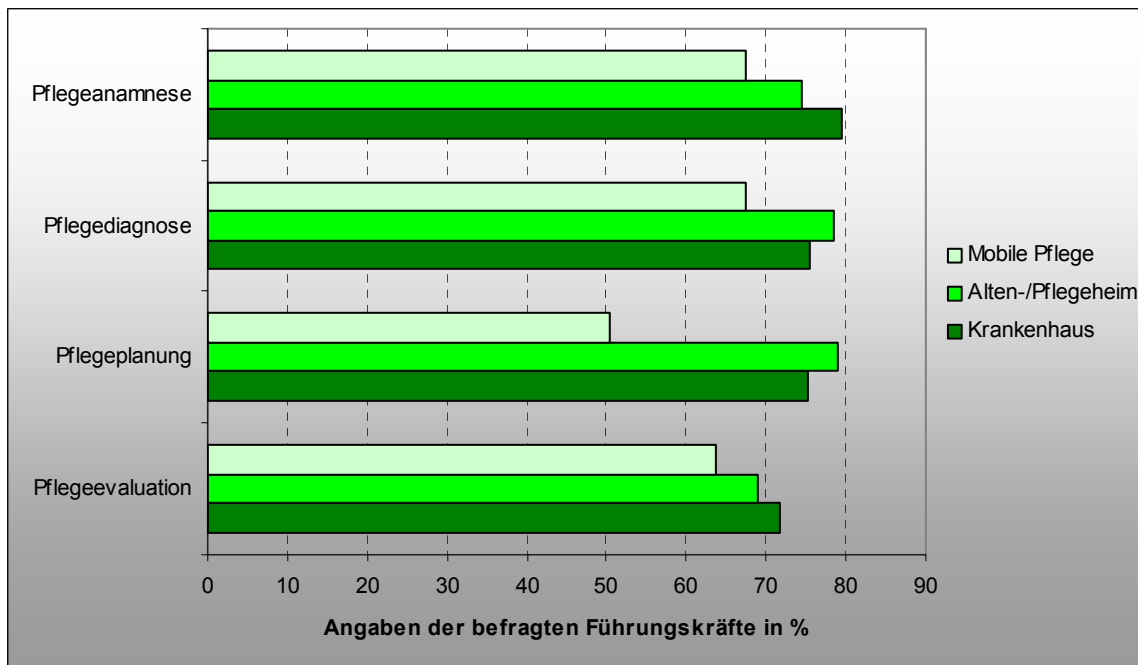
Im folgenden Abschnitt wird daher das Ausmaß der ungeklärten Letztverantwortung anhand eines festgelegten Indikators (vgl. Punkt 4.2.1) dargestellt. Anschließend wird untersucht, welche Pflegesysteme in welchen Settings und in welchen Bundesländern angewandt werden und in welchen Settings und Bundesländern in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege – die als ein vielversprechender Lösungsansatz zur Klärung der Verantwortungsaufteilung (vgl. Pflegebericht 2006) gilt – ein Optimierungsbedarf gegeben ist.

4.2.1 Mangelnde Verantwortungsaufteilung

Zur vertiefenden Untersuchung der Fragestellung, wer in welchen Settings die Durchführung der Pflegeprozessschritte (Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung, Pflegeevaluation) kontrolliert, wurde ein Indikator erstellt, der Letztverantwortung dann als unklar definiert, wenn entweder niemand, mehr als zwei Personen, jede diplomierte Pflegeperson oder die Hilfsdienste für den jeweiligen Pflegeprozessschritt als verantwortlich angegeben wurden.

Das Ergebnis zeigt, dass nach diesen Kriterien bis zu 80 Prozent der Führungskräfte eine unklare Letztverantwortung für alle vier Pflegeprozessschritte angeben. In der Mobilen Pflege ist das Ausmaß an unklarer Letztverantwortung am geringsten (vgl. Abbildung 4.13).

Abbildung 4.13: Unklare Aufteilung der Letztverantwortung nach Pflegeprozessschritten in Prozent



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

4.2.2 Verbreitung der Pflegesysteme in Österreich

Die Pflegesysteme sind wichtige handlungsanleitende Konzepte, welche die Arbeitsablauforganisation in der Pflege planmäßig, systematisch und methodisch strukturieren und somit auf die Qualität der Pflege einen hohen Einfluss haben. Es gibt vier verschiedene Pflegesysteme: die Funktionspflege, die Zimmerpflege, die Gruppenpflege und die Bezugspflege. Die

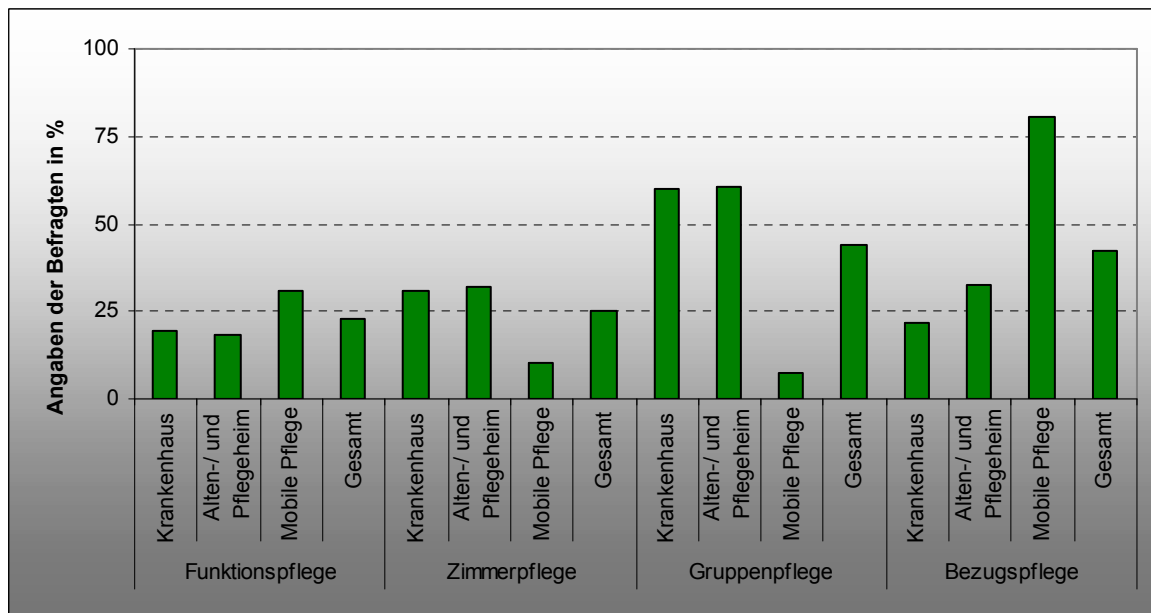
Bezugspflege (bzw. Primary Nursing)¹ gilt als ein modernes Pflegesystem, bei dem je eine hauptverantwortliche Bezugspflegeperson für die Koordination bzw. Durchführung aller notwendigen Pflegeprozessschritte bei jeweils einer Patientin/einem Patienten zuständig ist. Die zuständige Bezugspflegeperson trägt die unmittelbare patientenbezogene Hauptverantwortung für je eine Patientin/einen Patienten im Sinne einer ganzheitlichen Patientenversorgung. Dies hat den Vorteil, dass die für einen qualitativ hochwertigen Pflegeprozess notwendigen Pflegeprozessschritte optimalerweise kontinuierlich von einer Person durchgeführt bzw. kontrolliert werden und die diplomierte Bezugspflegeperson laufend in direktem Kontakt mit der Patientin/dem Patienten steht.

Demgegenüber sieht die Funktionspflege vor, einen bestimmten Pflegeschritt (z. B. Mundhygiene) von einer Pflegeperson an mehreren Patientinnen/Patienten durchführen zu lassen. Die anfallenden Tätigkeiten werden in Einzeltätigkeiten zergliedert. Nachteilig bei diesem Pflegesystem ist, dass die Gesamtübersicht über die Pflege einer Patientin/eines Patienten verloren gehen kann sowie, dass diese/r mit häufig wechselnden Pflegepersonen konfrontiert wird. Die Zimmer- und Gruppenpflege folgen einem ähnlichen Prinzip: die Pflegeperson ist mit Kolleginnen/Kollegen für ein Zimmer oder eine bestimmte Patientengruppe zuständig und diese teilen sich die Tätigkeiten untereinander auf.

Die folgende Abbildung zeigt die Häufigkeit des angewandten Pflegesystems pro Setting in Prozent. Die befragten Pflegepersonen führen insgesamt Funktionspflege zu 23 Prozent, Zimmerpflege zu 25 Prozent, Gruppenpflege zu 44 Prozent und Bezugspflege zu 42 Prozent durch. Die Verteilung der Pflegesysteme pro Setting zeigt, dass im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim vorwiegend die Gruppenpflege, in der Mobilen Pflege vorwiegend die Bezugspflege angewandt wird. Die Funktionspflege sowie die Zimmerpflege spielen in allen Settings eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 4.14).

¹ Die Bezugspflege geht auf das in den 1960er Jahren in den USA entwickelte Primary Nursing Konzept zurück, das sich an der Arbeit von sehr autonom – oft institutionenunabhängig bzw. extramural – arbeitenden Pflegekräften orientiert. Im Rahmen des GuKG kann der Ansatz des Primary Nursing v. a. in Bezug auf die uneingeschränkte Letztverantwortung nur eingeschränkt praktiziert werden. Auch die kontinuierliche Verantwortung wird in einer Institution aufgrund wechselnder Dienstpläne/Schichten im Team wechseln.

Abbildung 4.14: Häufigkeit des Pflegesystems nach Setting



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die nächste Abbildung zeigt die Verbreitung der Pflegesysteme pro Bundesland. Die Funktionspflege kommt in Österreich generell seltener vor, am ehesten noch in Vorarlberg (33 %)¹. Die Zimmerpflege wird vorwiegend im Westen Österreichs d. h. in Tirol (50 %²) und in Vorarlberg (37 %), aber auch im Burgenland (36 %³) durchgeführt. Die Gruppenpflege überwiegt in Wien (63 %⁴), Salzburg (58 %⁵) und Niederösterreich (52 %⁶), kommt aber auch im Burgenland noch relativ häufig vor (48 %), dominiert also eher im Osten von Österreich. Die Bezugspflege kommt überrepräsentativ häufig in der Steiermark (67 %⁷) und in Kärnten (63 %⁸), also im Süden Österreichs vor (vgl. Abbildung 4.15).

¹ Die Prozentwerte markieren keine signifikanten Unterschiede.

² Standardisierte Residuen 6,0. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

³ Standardisierte Residuen 1,5. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

⁴ Standardisierte Residuen 4,0. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

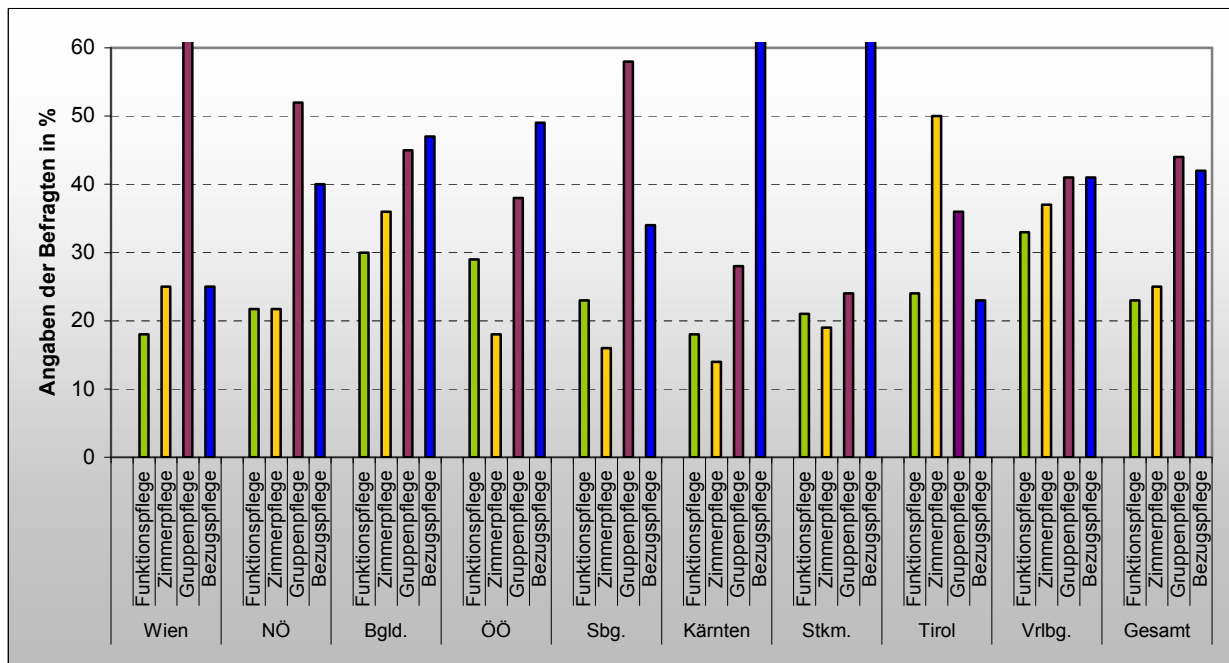
⁵ Standardisierte Residuen 1,7 Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

⁶ Standardisierte Residuen 2,0. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

⁷ Standardisierte Residuen 5,3. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

⁸ Standardisierte Residuen 2,4. Chi Quadrat nach Pearson 0,000.

Abbildung 4.15: Verbreitung der Pflegesysteme pro Bundesland



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Da die Bezugspflege theoretisch wichtige Vorteile im Sinne einer qualitativ hochwertigen Pflege v. a. hinsichtlich einer klaren Verantwortungsaufteilung bietet¹, wäre es wünschenswert, die Verbreitung der Bezugspflege im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim zu erhöhen. Die Mobilien Pflegedienste übernimmt diesbezüglich eine Vorreiterrolle. Bezogen auf die Verteilung der Pflegesysteme in den Bundesländern kann in Wien, Salzburg und Tirol ein Optimierungsbedarf in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege (derzeit < 40 %) festgestellt werden. Die Funktionspflege sollte im Sinne einer Modernisierung der Pflegekonzepte in allen Settings bzw. Bundesländern reduziert werden.

Darüber hinaus zeigt der folgende Abschnitt weitere Vorteile der Bezugspflege hinsichtlich positiver Auswirkungen auf das subjektive Belastungsgefühl bzw. Überforderungsgefühl.

4.2.3 Subjektives Belastungsgefühl und Pflegesystem

Die Bezugspflege vermindert das subjektive Belastungsgefühl signifikant²: Pflegepersonen, die Bezugspflege ausüben, geben etwas seltener an (MW=1), sich müde, körperlich/emotional erschöpft, ausgelaugt, schwach und krankheitsanfällig zu fühlen bzw. denken sich seltener „Ich kann nicht mehr“, als jene, die keine Bezugspflege praktizieren (MW=1,1).

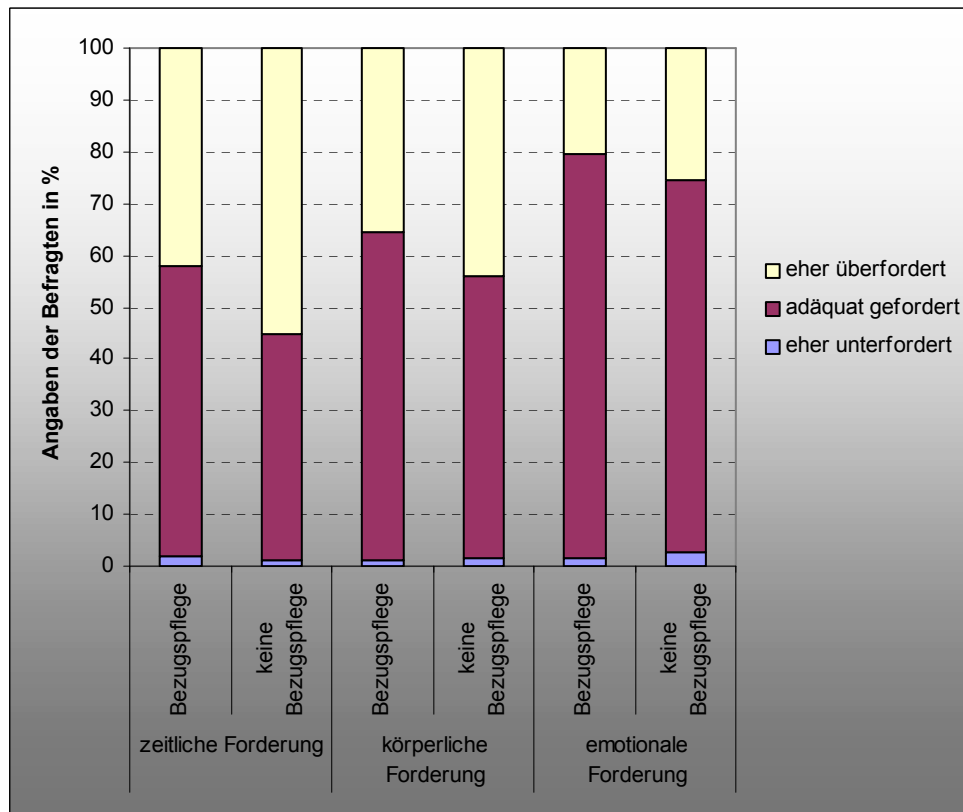
¹ Das Maß an Kompetenzüberschreitung ist bei Anwendung des Pflegesystems Bezugspflege leicht reduziert, wenn auch nicht signifikant. Umgekehrt häufen sich Kompetenzüberschreitungen in anderen Pflegesystemen (Gruppenpflege und Zimmerpflege).

² Zweiseitige Signifikanz=0,0. Der Unterschied der Mittelwert ist allerdings gering.

Bezugspflege wirkt sich auch in Bezug auf subjektive Überforderungsgefühle positiv aus: Pflegekräfte geben seltener an, sich zeitlich (42 % vs. 55 %), körperlich (36 % vs. 44 %) und emotional (20 % vs. 26 %) überfordert zu fühlen, als jene die keine Bezugspflege ausüben¹ (vgl. Abbildung 4.16).

Sich fachlich über-/unterfordert oder adäquat gefordert zu fühlen, wird vom Pflegesystem nicht beeinflusst.

Abbildung 4.16: Vorteile der Bezugspflege bzgl. subjektiven Überforderungsgefühls



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

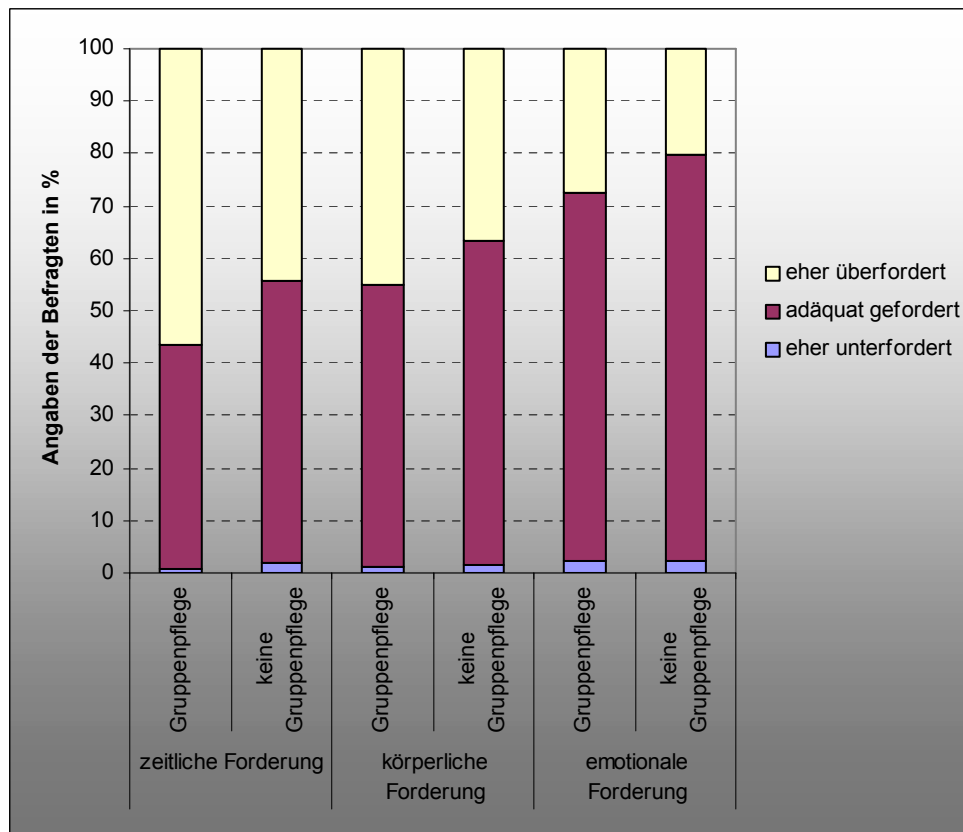
Das subjektive Belastungsgefühl ist in der Gruppenpflege etwas höher (MW=1,2), als in der Gruppe jener Pflegepersonen, die keine Gruppenpflege ausüben (MW=1)².

Auch die körperliche, emotionale und zeitliche Überforderung ist signifikant höher in der Gruppenpflege: der Unterschied beträgt zwischen sieben und zwölf Prozentpunkte (vgl. Abbildung 4.17). Ein Zusammenhang zwischen Pflegesystem und fachlicher Überforderung ist nicht feststellbar.

¹ Chi-Quadrat nach Pearson=0,0; Standardisierte Residuen=-2,4 (zeitliche Überforderung) bzw. 0,01; Standardisierte Residuen=-1,7 (körperliche Überforderung) bzw. 0,03; Standardisierte Residuen=-1,4 (emotionale Überforderung).

² Zweiseitige Signifikanz=0,0.

Abbildung 4.17: Nachteile der Gruppenpflege bzgl. subjektivem Überforderungsgefühl



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Zimmerpflege sowie die Funktionspflege zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen subjektivem Belastungsgefühl bzw. Gefühlen körperlicher, emotionaler, fachlicher oder zeitlicher Überforderung.

5 Ausbildung

In diesem Kapitel sind die verfügbaren Daten zur Ausbildung und Befragungsergebnisse zur Umsetzung der Ausbildungsverordnung dargestellt.

5.1 Bildungswege für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

5.1.1 Grundausbildung

Die Ausbildung¹ in einer der drei Sparten² des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dauert mindestens drei Jahre und umfasst mindestens 4.600 Stunden, welche sich aus

- mindestens 2.000 Stunden theoretischer Ausbildung,
- mindestens 2.480 Stunden praktischer Ausbildung plus
- 120 Stunden vertiefendem oder erweiterndem Unterricht – als schulautonomen Schwerpunkt – ergeben.

Die im Gesundheitswesen, überwiegend an Krankenhäusern angesiedelte Gesundheits- und Krankenpflegeschule entspricht einer berufsbildenden mittleren Schule, die mit einer Diplomprüfung und dem Erhalt des Diploms abschließt. Mit dem Diplom ist es der Absolventin/dem Absolventen erlaubt, die Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“³ zu führen (vgl. Pflegebericht 2006).

Die Ausbildung zur Pflegehilfe dauert mindestens ein Jahr und umfasst mindestens 1.600 Stunden, welche sich aus

- mindestens 800 Stunden theoretischer Ausbildung und
- mindestens 800 Stunden praktischer Ausbildung zusammensetzt.

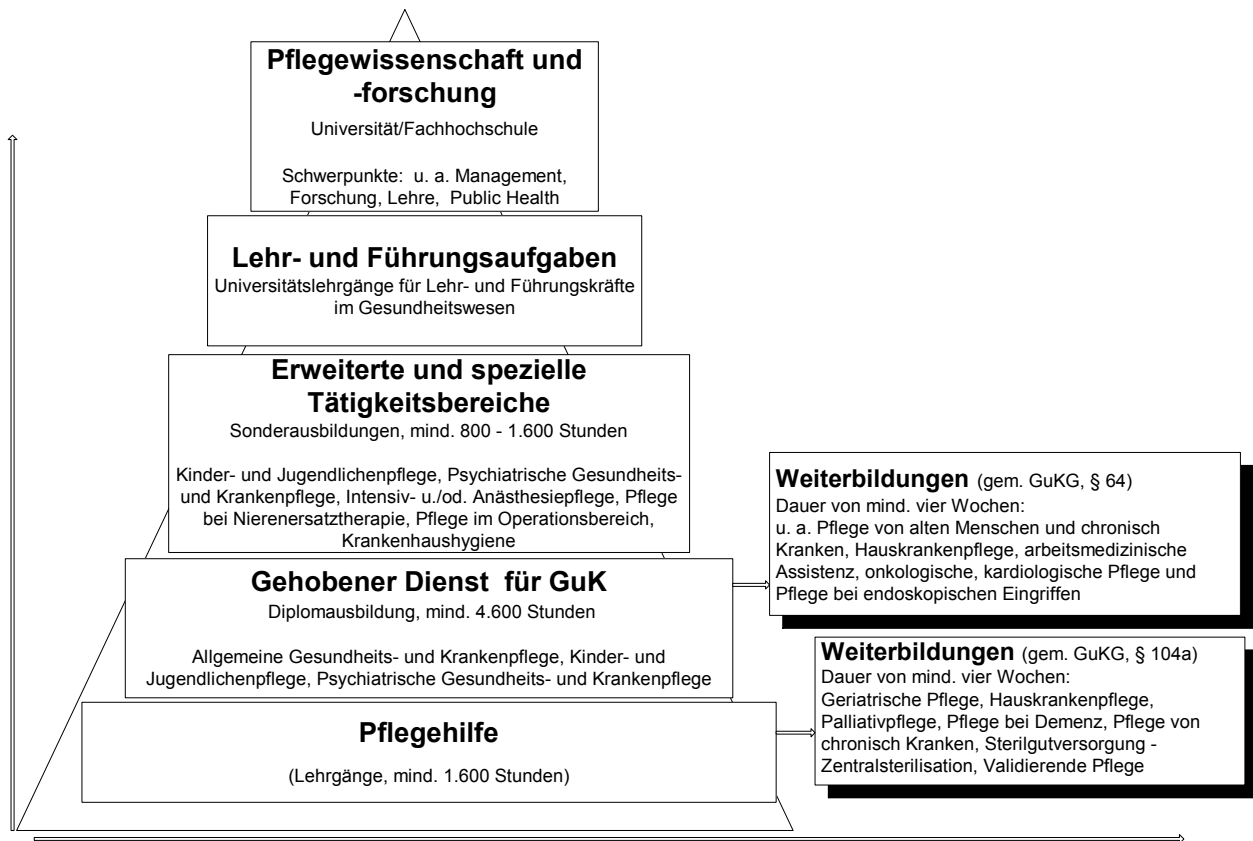
¹ Die Rechtsgrundlage für Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen ist das GuKG 1997 mit den darauf aufbauenden Verordnungen (u. a. GuK-AV 1999)

² Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege

³ Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester/Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger oder Diplomierte Kinderkrankenschwester/Diplomierter Kinderkrankenpfleger

Die Abbildung 5.1 zeigt die derzeit gültige Bildungspyramide für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

Abbildung 5.1: Bildungspyramide der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe



Quelle: ÖBIG

5.2 Datensituation

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Bildungswesen (Bildungsdokumentationsgesetz) aus dem Jahr 2002 verpflichtet Statistik Austria, jährlich eine „Bundesstatistik zum Bildungswesen in regionaler Gliederung zu erstellen“. Es ist genau festgelegt, welche Daten zu den in Bildungseinrichtungen beschäftigten Personen und zu den Schülerinnen und Schülern zu erheben sind. Es ist deshalb möglich, seit 2003 bestimmte Auswertungen zu Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, im Folgenden differenziert nach Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie Pflegehilfeausbildung, durchzuführen.

Bis 2002 wurden für Österreich deutlich weniger flächendeckende Daten zu den Schülerinnen und Schülern und gar keine Daten zum Personalstand erhoben. Ebenso wenig wurden vor 2002 private Schulträger erfasst. Nunmehr sind auch private Schulträger zur Datenmel-

dung verpflichtet, und es werden alle Schülerinnen/Schüler erfasst, die sich im Laufe eines Schuljahres in Ausbildung befinden.

Folgende Daten sind im Schülerblatt auszufüllen:

- Sozialversicherungsnummer oder Ersatzkennzeichen
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Staatsangehörigkeit
- Postleitzahl und Heimatort
- Schulform
- Datum des Beginns und der Beendigung der Ausbildung
- Art der Beendigung der Ausbildung (Prüfung erfolgreich abgeschlossen, Prüfung noch nicht abgelegt, Abbruch der Ausbildung).

Daten zum Personalstand in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen liegen seit Inkrafttreten des Bildungsdokumentationsgesetzes vor. Die Ausbildungseinrichtungen geben seit 2003 jährlich folgende Merkmale zu ihrem Personal bekannt:

- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Ausbildung, differenziert nach Universitäts- oder Fachhochschulabschluss, Diplom einer medizinisch-technischen Akademie oder Hebammenakademie, Diplom in der Gesundheits- und Krankenpflege, Diplom im medizinisch-technischen Fachdienst, Abschluss einer höheren Schule (auf Maturaniveau), andere Ausbildung
- Verwendung, differenziert nach interner Mitarbeiterin/internem Mitarbeiter und externer Vortragender/externem Vortragendem
- Funktion, differenziert nach Management, Lehrkraft für den theoretischen Unterricht, Lehrkraft für den rein praktischen Unterricht, Verwaltung, andere Funktion (z. B. Reinigung)
- Beschäftigungsart, differenziert nach öffentlich-rechtlichem, unbefristetem privatrechtlichem, befristetem privatrechtlichem Dienstverhältnis und anderem Beschäftigungsverhältnis
- Beschäftigungsausmaß: Gesamtstunden während des laufenden Ausbildungsjahres

Wenn mehrere Ausbildungseinrichtungen an einem Standort angeboten werden, wird allerdings häufig nur eine gemeinsame Personalmeldung abgegeben, insbesondere dann, wenn diese Ausbildungseinrichtungen von einem Träger geführt werden. Der Forderung, pro Personalblatt eine Schulkennzahl anzugeben, wird also (noch) nicht überall nachgekommen. Deshalb kann bei den Personaldaten nicht nach Schultypen differenziert werden; teilweise sind auch GS-Akademien und Ausbildungen im Sanitätshilfsdienst enthalten. Eine Vergleichbarkeit mit Personaldaten aus dem Pflegebericht 2006 ist deshalb nicht gegeben. In

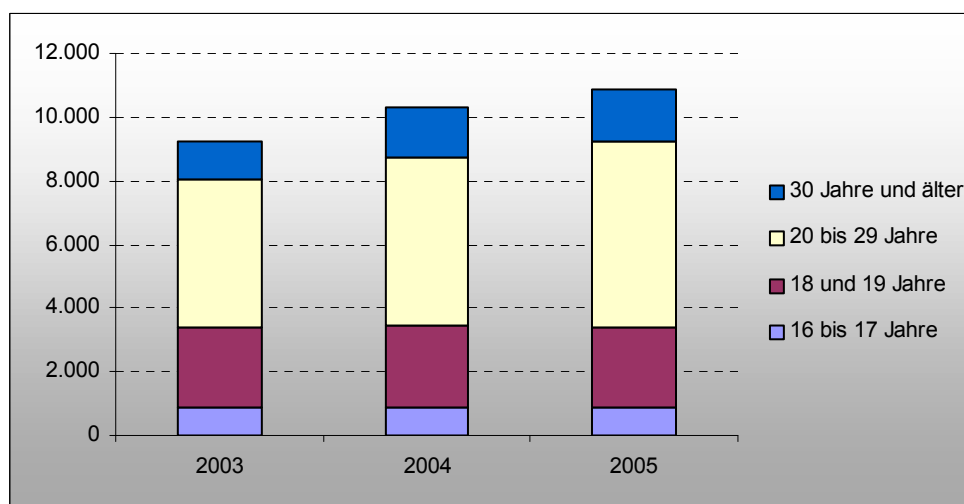
Punkt 5.2.2 werden Lehrpersonal und Management anhand verschiedener Kriterien beschrieben, auf die Angabe von Absolutzahlen wird aber aufgrund dieser Datenmängel weitgehend verzichtet.

5.2.1 Schülerinnen und Schüler

In diesem Abschnitt werden die Schülerinnen und Schüler anhand ausgewählter Kriterien beschrieben. Im Vergleich zum Pflegebericht 2006 ist insbesondere die Fortschreibung der Anzahl der Schülerinnen/Schüler und Absolventinnen/Absolventen sowie eine Beleuchtung der neu erhobenen Merkmale – die Herkunft nach Bundesländern und die Anzahl der Ausbildungsabbrüche – von Interesse.

In den Jahren 2003 bis 2005 wurden an 62 bis 64 österreichischen Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege in drei Jahrgängen insgesamt 9.200 bis 10.900 Schülerinnen und Schüler – mit steigender Tendenz – unterrichtet. Die Zunahme in diesen drei Jahren ist primär auf die Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen und zu einem kleineren Teil auf die über 29-Jährigen zurückzuführen. In den Jahren davor wurden jährlich zwischen 6.000 und 7.000 Schülerinnen und Schüler gezählt. Der sprunghafte Anstieg in der Statistik von 2002 auf 2003 liegt darin begründet, dass nunmehr auch die Daten von privaten Schulträgern erhoben werden.

Abbildung 5.2: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege nach Altersstufen, 2003–2005



Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

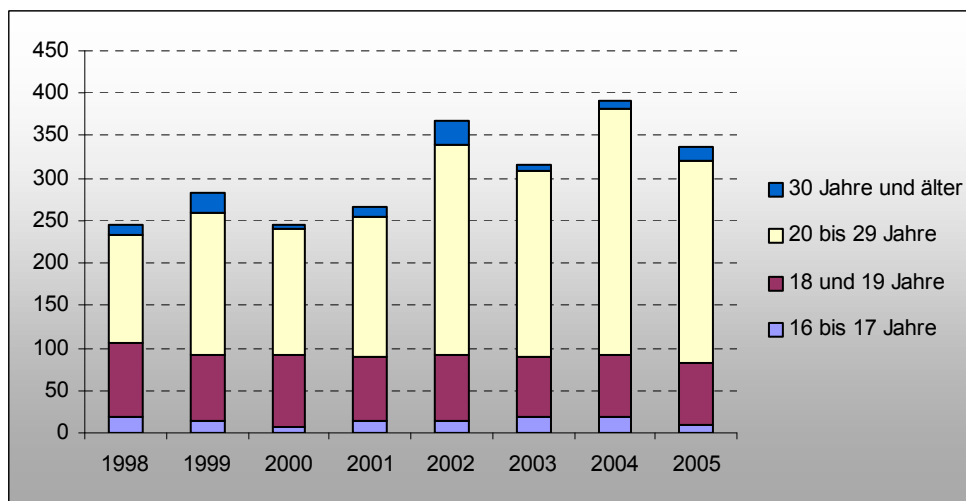
Ab dem Jahr 2003 geben die Schulträger auch die Art der Beendigung der Ausbildung an. Es liegen somit nicht nur Zahlen über Absolventinnen und Absolventen (wie bereits vor 2003), sondern auch über Ausbildungsabbrüche und über die Anzahl derer, die voraussichtlich noch eine Prüfung ablegen werden, vor. Letztere sind allerdings eine vernachlässigbare Größe. 2004 beendeten rund 2.500 Personen ihre dreijährige Ausbildung für allgemeine

Gesundheits- und Krankenpflege erfolgreich, 2005 waren es rund 2.800. Die Drop-out-Rate liegt bei je rund einem Fünftel der Absolventinnen/Absolventen (530 bis 560).

Die Zeitreihe der Schülerzahlen in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege über den Jahreswechsel 2002/2003 zeigt trotz Änderung des Erhebungsmodus keinen Knick. Vermutlich wird Kinder- und Jugendlichenpflege von keinem privaten Schulträger angeboten. Einschneidender war hier (ebenso wie bei der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege) die Einführung der Möglichkeit einer einjährigen Sonderausbildung im Jahr 1997.

In der ersten Hälfte der 1990er Jahre befanden sich in Österreich pro Jahr 650 bis 800 Schülerinnen und Schüler in einer Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpflege. Ab 1998 waren es nur mehr 250 bis 300, die die dreijährige Ausbildung besuchten, aber ab dem Jahr 2002 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, wobei die Zahl der unter 20-Jährigen über den gesamten Zeitverlauf (vgl. Abbildung 5.3) relativ konstant ist. Zuletzt (2005) wurden in der amtlichen Statistik rund 340 Schülerinnen und Schüler in fünf Schulen registriert. Rund 130 Personen konnten im Jahr 2004 und rund 100 im Jahr 2005 ihre Ausbildung erfolgreich abschließen, 23 bzw. 35 vorzeitige Abgänge wurden registriert.

Abbildung 5.3: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege nach Altersstufen, 1998–2005

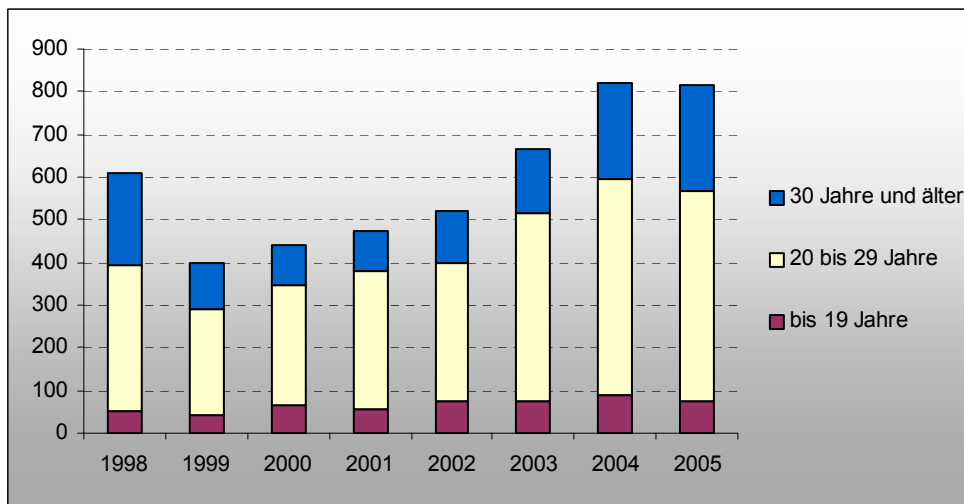


Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Auch in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege trug die Einführung der einjährigen Sonderausbildung zu einem Einbruch bei den Schülerzahlen in der dreijährigen Ausbildung bei, wenngleich hier der Tiefpunkt erst im Jahr 1999 erreicht wurde. Seither ist wieder ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. 1993/1994 besuchten jährlich rund 850 Personen Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 1999 waren es nur rund 400, im Jahr 2005 war der bisherige Zenit wieder nahezu erreicht: In neun Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege wurden 820 Schülerinnen und Schüler unterrichtet. Auffallend ist der steigende Anteil der über 30-Jährigen in den letzten beiden Beobachtungsjahren; er lag 2001 bei 20 Prozent und betrug 2005 bereits 30 Prozent.

250 Personen legten im Jahr 2004 und rund 200 im Jahr 2005 erfolgreich ihre Diplomprüfung für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege ab. Die Zahl der Ausbildungsabbrüche ist – in Relation zu den Absolventenzahlen – in diesem Bereich relativ hoch: 48 (2004, ein Fünftel der Absolventen) bzw. 66 (2005, ein Drittel der Absolventen) Personen brachen ihre Ausbildung ab.

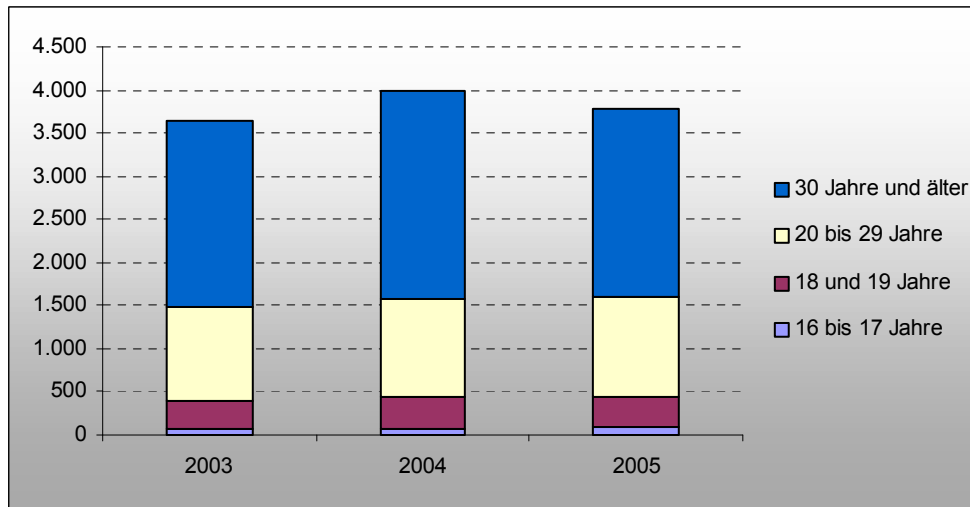
Abbildung 5.4: Anzahl der Schülerinnen/Schüler in Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege nach Altersstufen, 2003–2005



Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

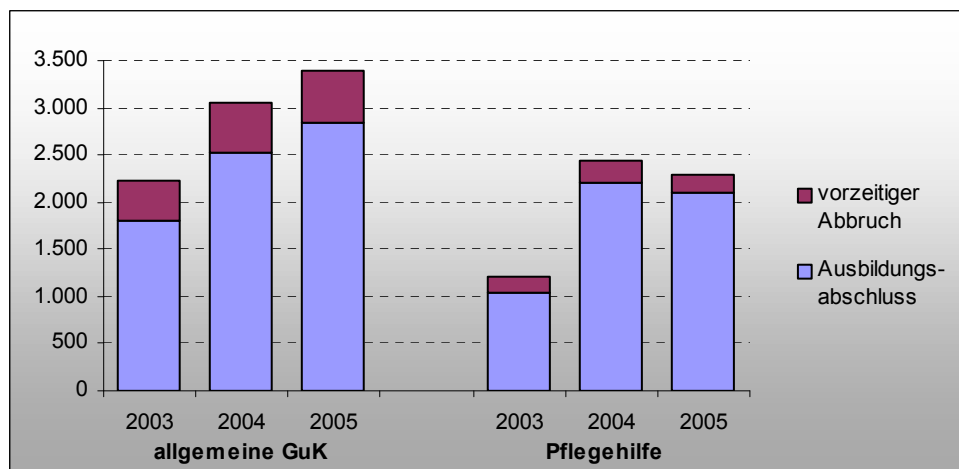
Die Ausbildung zur Pflegehilfe wird zum überwiegenden Teil von privaten Trägern angeboten. Deshalb wies im Jahr 2002 die amtliche Statistik rund 1.200 Schülerinnen und Schüler in 30 Ausbildungsstätten aus (in den Jahren davor war das Niveau ähnlich hoch), ab dem Jahr 2003 sind allerdings zwischen 3.500 und 4.000 Personen in 68 bis 75 Ausbildungsstätten angegeben. Rund 60 Prozent dieser Personen sind älter als 30 Jahre, der Anteil der unter 20-Jährigen liegt bei rund zehn Prozent. Rund 2.200 bzw. 2.100 Personen schlossen in den Jahren 2004 und 2005 ihre Pflegehilfeausbildung ab, vorzeitig abgebrochen wurde die Ausbildung von 225 bzw. 190 Personen.

Abbildung 5.5: Anzahl Personen in Ausbildungsstätten für Pflegehilfe nach Altersstufen, 2003–2005



Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

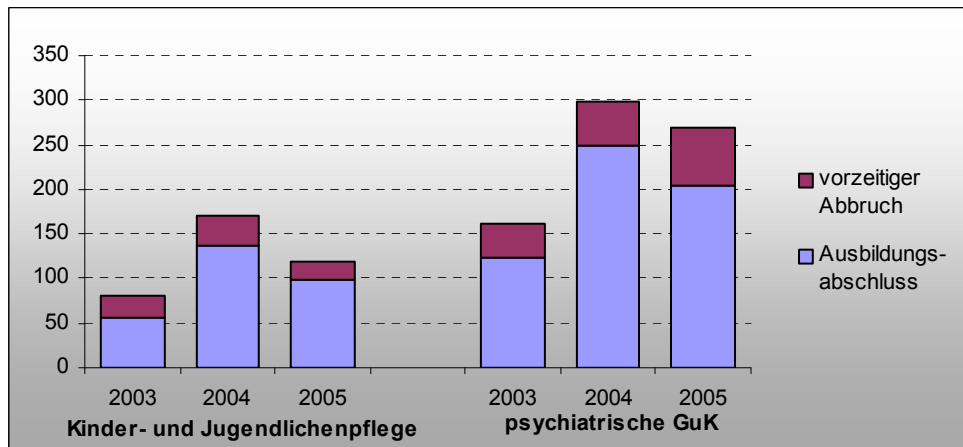
Abbildung 5.6: Anzahl der Ausbildungsabschlüsse und -abbrüche in Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sowie in Ausbildungsstätten für Pflegehilfe, 2003–2005



GuK=Gesundheits- und Krankenpflege

Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 5.7: Anzahl der Ausbildungsabschlüsse und -abbrüche in Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, 2003–2005



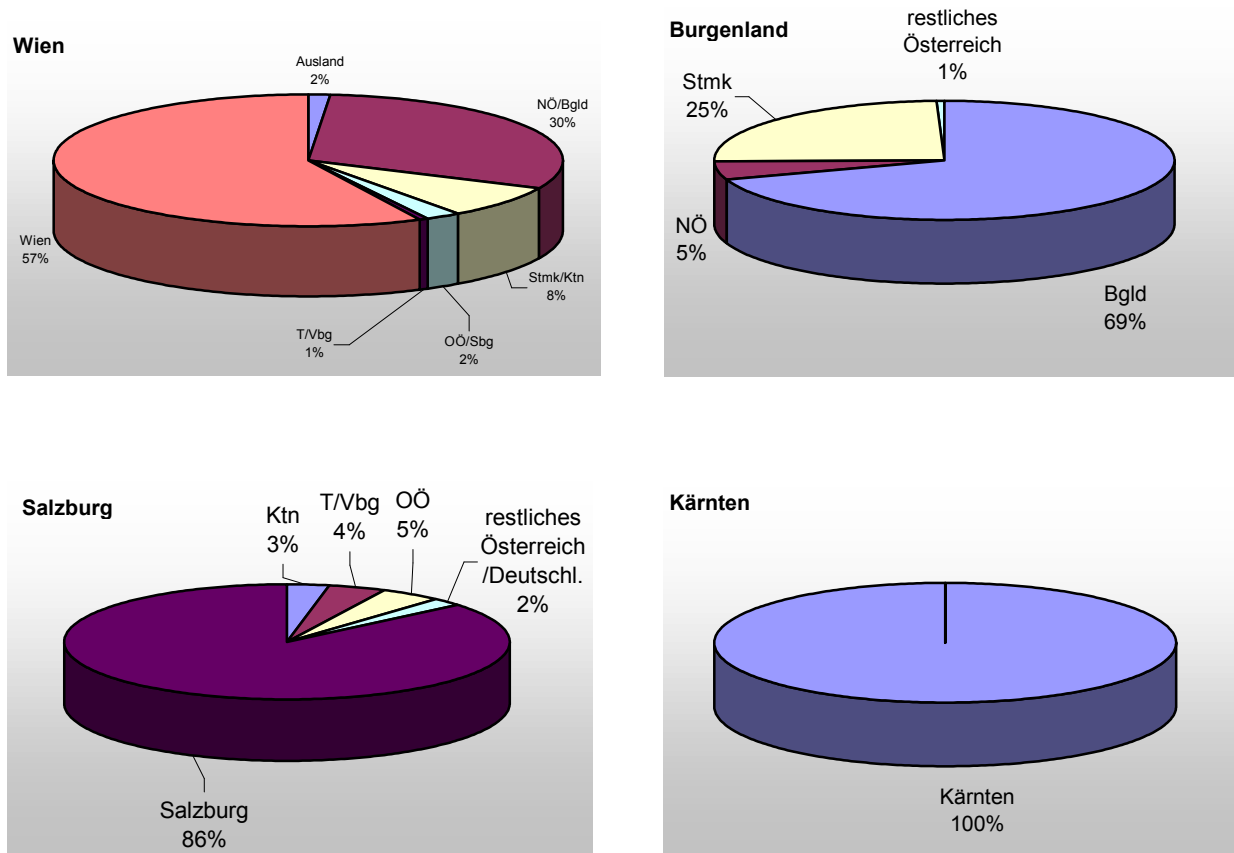
GuK=Gesundheits- und Krankenpflege

Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Neu in der Erhebung der Schülerdaten von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ist die Rubrik des Wohnorts. Es ist nunmehr für jede Schule nachzuvollziehen, aus welchem Bundesland die Schülerinnen und Schüler stammen. Die folgende Auswertung bezieht sich auf die Summe der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, der Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege, der Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ausbildungsstätten zur Pflegehilfe.

Am meisten „Gastschülerinnen/-schüler“ (Hauptwohnsitz in einem anderen Bundesland oder im Ausland) werden in Wien ausgebildet (mehr als 40 %), gefolgt vom Burgenland mit rund 30 Prozent. In Kärnten am anderen Ende der Skala wurden im Jahr 2003 nur Kärntnerinnen und Kärntner registriert. In Abbildung 5.8 sind vier ausgewählte Bundesländer dargestellt.

Abbildung 5.8: Wohnsitz der Schülerinnen und Schüler in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, Anteile in Prozent, 2003



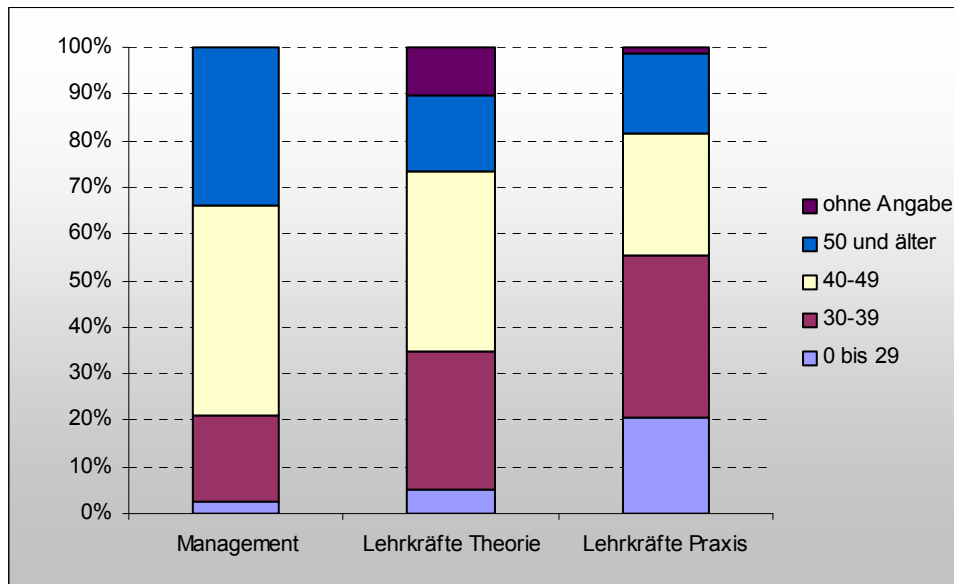
Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

5.2.2 Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen

Dieses Kapitel beschreibt verschiedene Merkmale der Lehrkräfte an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Da auch im Management zum Teil Lehraufgaben wahrgenommen werden, werden drei Kategorien analysiert: Lehrkräfte für theoretische Fächer, Lehrkräfte für praktische Fächer (für das angeleitete Praktikum) sowie Management. Erfasst sind in dieser Statistik – wie eingangs beschrieben – zum Teil auch GS-Akademien und Ausbildungseinrichtungen im Sanitätshilfsdienst, ein Herausrechnen des Anteils der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ist nicht möglich. Die folgende Analyse bezieht sich auf rund 8.600 Personen, die einer (zum Teil nur sehr geringen) Lehrverpflichtung nachkommen oder im Management der erfassten Schulen tätig sind. Diese 8.600 Personen sind im Ausmaß von insgesamt knapp 1.100 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) beschäftigt. Die weitaus meisten Lehrerinnen und Lehrer unterrichten theoretische Fächer (rund 8.100 Personen oder 880 VZÄ im Jahr 2005 in Österreich). Rund 240 Personen (40 VZÄ) standen 2005 für den (ausschließlichen) Praxisunterricht zur Verfügung, im Management von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen waren 250 Personen (160 VZÄ) tätig. Der geringe Anteil an Lehrkräften für die praktischen Fächer und an Personen im Management erlaubt in der folgenden Beschreibung

keine sinnvolle Differenzierung nach Bundesländern; eine bundesländerweise Darstellung wird deshalb nur für die Lehrkräfte für theoretische Fächer vorgenommen.

Abbildung 5.9: Altersstruktur des Managements und des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005



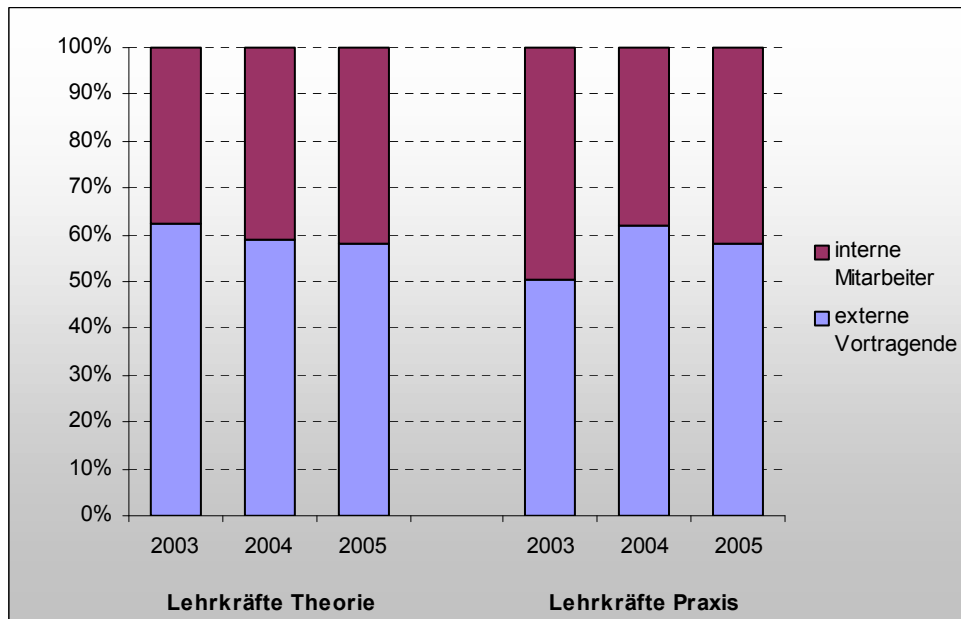
Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Etwas mehr als die Hälfte des Lehr- und Managementpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ist weiblich; dies gilt in allen drei Kategorien gleichermaßen. Mehr als die Hälfte der Lehrkräfte für die praktischen Fächer ist jünger als 40 Jahre (ein Fünftel ist sogar unter 30); sie sind damit deutlich jünger als jene für die theoretischen Fächer. Das höchste Durchschnittsalter zeigt sich erwartungsgemäß im Management. Wesentliche Altersunterschiede zwischen Lehrpersonen für theoretische Fächer in den einzelnen Bundesländern gibt es nicht, in Oberösterreich und in der Steiermark ist allerdings der Anteil an Personen, zu denen keine Altersangabe gemacht wurde bzw. gemacht werden konnte, deutlich höher als in den anderen Bundesländern (23 bzw. 17 %).

Mehr als die Hälfte der Lehrerinnen und Lehrer sind externe Vortragende, die kein Dienstverhältnis mit der Schule, an der sie unterrichten, haben. Das betrifft sowohl die Lehrkräfte für die theoretischen wie für die praktischen Fächer. Im Pflegebericht 2006 wurde im Zeitraum 1993 bis 2004 eine steigende Tendenz von rund 30 auf 50 Prozent bezüglich des Anteils der externen Vortragenden in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen festgestellt. Dieser Trend setzt sich laut der neuen Statistik nun nicht mehr fort. In den Jahren 2003 bis 2005 lag der Anteil der externen Vortragenden schwankend zwischen 50 und 60 Prozent.

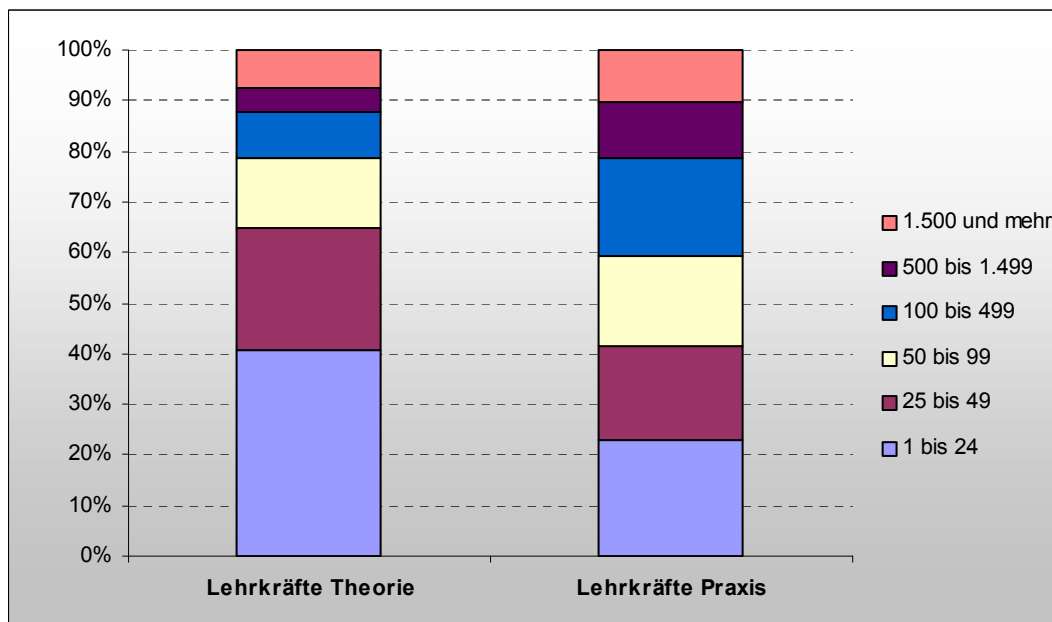
Die Heranziehung von externen Vortragenden für den Unterricht wird in den Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt. Im Burgenland, in Tirol und in Vorarlberg sind jeweils mehr als 70 Prozent der Lehrkräfte externe Vortragende, während in Salzburg am anderen Ende der Skala nur rund ein Drittel der Lehrkräfte externe Vortragende sind.

Abbildung 5.10: Verteilung der Lehrkräfte nach internen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und externen Vortragenden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2003–2005



Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 5.11: Beschäftigungsausmaß (pro Jahr) des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005

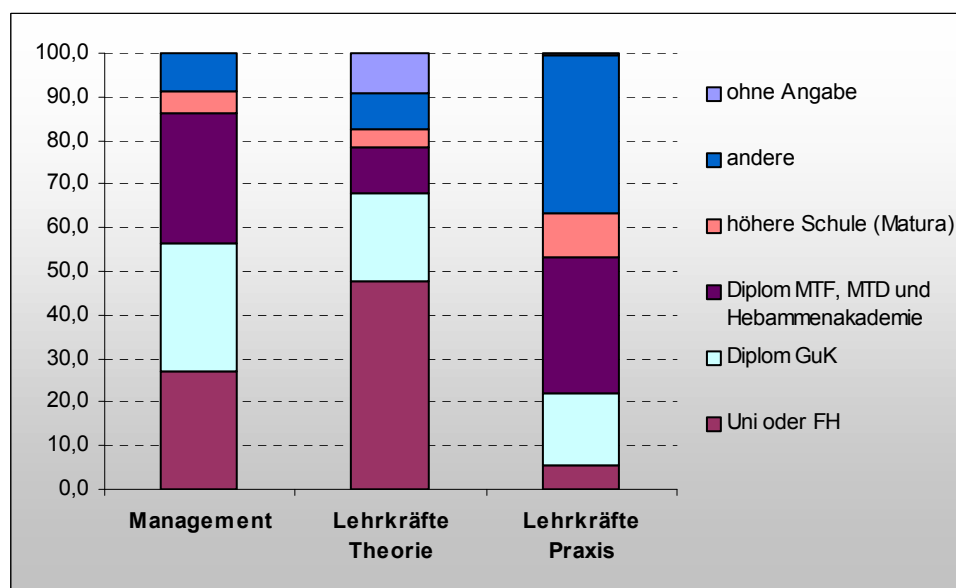


Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Ein großer Anteil der Lehrkräfte ist nur zu einem sehr geringen Stundenausmaß in der Schule beschäftigt. Rund 80 Prozent der Lehrerinnen/Lehrer für theoretische und rund 60 Prozent der Lehrerinnen/Lehrer für praktische Fächer sind pro Schuljahr weniger als 100 Stunden mit der Lehre beschäftigt. Bei 40 (Theorie) bzw. rund 20 Prozent (Praxis) beträgt das Jahres-Beschäftigungsausmaß sogar weniger als 25 Stunden. Nur bis zu zehn Prozent der Lehrkräfte sind 1.500 Stunden (das entspricht etwa drei Viertel eines Vollzeitäquivalents) oder mehr in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen beschäftigt. Wesentliche Unterschiede nach Bundesländern gibt es nicht, in Tirol ist der Anteil der sehr gering Beschäftigten kleiner als in den anderen Bundesländern.

Die höchste abgeschlossene Ausbildung der Beschäftigten im Management und in der Lehre von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen unterscheidet sich deutlich. Die Lehrkräfte für Theorie weisen den höchsten Bildungsgrad auf, rund die Hälfte hat entweder einen Universitäts- oder einen Fachhochschulabschluss, etwa ein Fünftel dieser Lehrkräfte hat ein Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege. Die Lehrkräfte für die Praxis haben zum überwiegenden Teil ein Diplom einer medizinisch-technischen Akademie oder der Hebammenakademie bzw. eine andere, nicht im Fragebogen enthaltene Ausbildung. Im Management halten sich die Ausbildungsabschlüsse „Universität/Fachhochschule“, „Diplom GuK“ und „Diplom MTD/MTF/Hebammen“ mit jeweils knapp 30 Prozent die Waage.

Abbildung 5.12: Höchste abgeschlossene Ausbildung des Managements und des Lehrpersonals an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, 2005



Quellen: ST.AT; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

5.3 Befragungsergebnisse zur Ausbildung

Mit der Fragebogenerhebung 2005 (vgl. Pflegebericht 2006) zur Ausbildungspraxis wurden Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Direktorinnen/Direktoren der Grundausbildung für den gehobenen Dienst u. a. zu Aspekten der Ausbildungsverordnung (GuK-AV 1999) befragt. Laut GuKG ist es möglich, dass Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege vier bis 18¹ verschiedene Fächer unterrichten. Diese Regelung birgt die Gefahr, dass der Personaleinsatz eher nach ökonomischen/quantitativen Gesichtspunkten und weniger nach qualitativen Erfordernissen für den Unterricht getroffen wird. Zusätzlich nehmen der Umfang des pflegerelevanten Lehrstoffs und die damit verbundenen Anforderungen an Lehrerinnen und Lehrer ständig zu. Deshalb wurde im Pflegebericht 2006 untersucht, für welche Unterrichtsfächer sich die Befragten adäquat ausgebildet fühlen und für welche nicht.

Die Ergebnisse zeigen, dass Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege sich in manchen von ihnen unterrichteten Fächern nicht adäquat ausgebildet fühlen. Beispielsweise in Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung sowie Hauskrankenpflege, aber auch in Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege/Arbeitsmedizin, Kommunikation/Konfliktbewältigung/Supervision/Kreativitätstraining, Hauskrankenpflege, Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens/Organisationslehre, Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit.

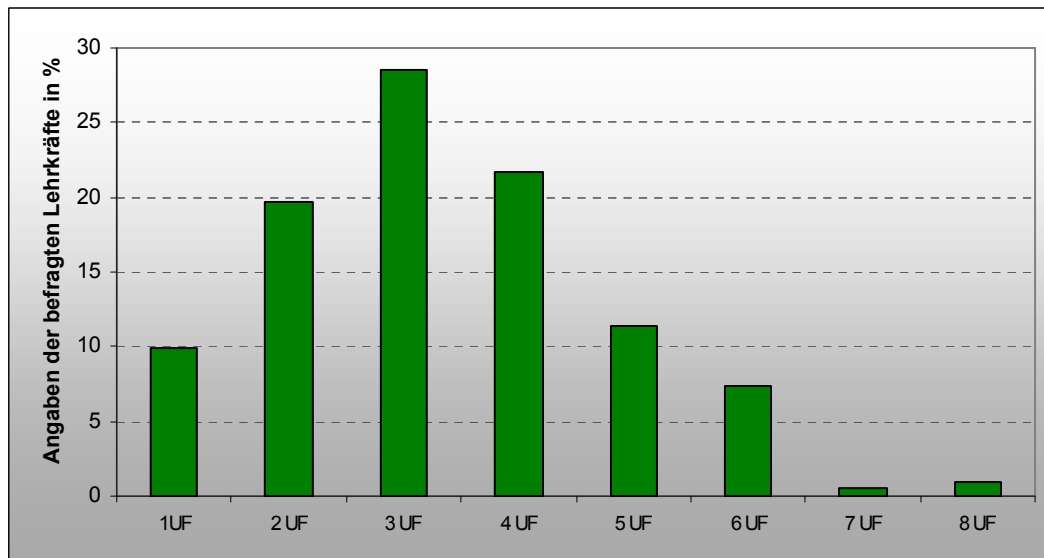
In diesem Abschnitt wird daher untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der (subjektiven) Einschätzung der eigenen Lehrqualifikation und verschiedenen Einflussfaktoren wie Anzahl der zu unterrichtenden Fächer, Ausmaß der Wochenstundenverpflichtung, Dauer der Lehrtätigkeit und Geschlecht besteht.

5.3.1 Anzahl der zu unterrichtenden Fächer und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation

Zuerst wird untersucht, ob jene Lehrerinnen und Lehrer, die viele Fächer unterrichten, sich – aufgrund des damit verbundenen großen Umfangs an pflegerelevantem Lehrstoff bzw. einer ev. fachlichen Überforderung – auch ungenügend ausgebildet fühlen. Abbildung 5.13 zeigt zunächst die durchschnittliche Anzahl der zu unterrichtenden Fächer: insgesamt über zwei Drittel aller Antwortenden unterrichten entweder zwei, drei oder vier Unterrichtsfächer, weitere 20 Prozent unterrichten fünf oder sechs Fächer. Nur zehn Prozent unterrichten ausschließlich ein Fach.

¹ Vier Unterrichtsfächer dürfen ausschließlich von Lehrkräften für GuK unterrichtet werden, 18 Unterrichtsfächer können auch von diesen unterrichtet werden. Nur drei Fächer (*Recht, Pathologie und Pharmakologie*) dürfen nicht von diesen unterrichtet werden.

Abbildung 5.13: Anzahl der unterrichteten Fächer in Prozent



1 UF=ein zu unterrichtendes Fach; 2 UF=zwei zu unterrichtende Fächer usw.

Quellen: Fragebogenerhebung bei Lehrkräften für Gesundheits- und Krankenpflege 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Der T-Test zeigt *keinen* signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der zu unterrichtenden Fächer und dem Gefühl adäquat ausgebildet zu sein. Die Gruppe jener Personen, die sich adäquat ausgebildet fühlt, weist prozentual auch eine größere Anzahl an zu unterrichtenden Fächern auf.

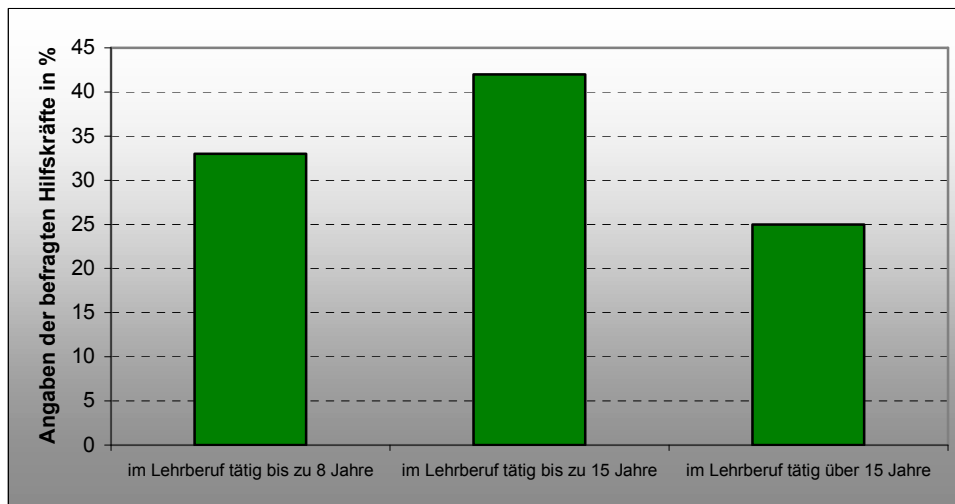
5.3.2 Dauer der Lehrtätigkeit und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation

Insgesamt ein Drittel der befragten Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege ist bis zu acht Jahren im Lehrberuf tätig, 42 Prozent sind bis zu 15 Jahren und ein Viertel über 15 Jahre aktiv lehrend (vgl. Abbildung 5.14). Nahezu alle befragten Lehrkräfte waren außerdem in einem unterschiedlichen Ausmaß auch aktiv in der Pflege tätig: bis zu fünf Jahren waren 23 Prozent, bis zu zehn Jahren 33 Prozent, weitere 23 Prozent bis zu 15 Jahren und 15 Prozent geben an über 15 Jahre im Pflegeberuf tätig (gewesen) zu sein. Werden die Lehrerinnen und Lehrer danach befragt, ob sie derzeit im Pflegeberuf aktiv tätig sind, bejahen das 17 Prozent, 83 Prozent sind ausschließlich in der Pflegeausbildung tätig.

Interessant ist auch die Dauer der Aktivität im Lehrberuf und ein möglicher Zusammenhang mit dem Gefühl adäquat ausgebildet zu sein.

Da einerseits mit zunehmender Berufserfahrung die Sicherheit im Fach steigen müsste, andererseits durch das Hinzukommen neuer Wissensinhalte das subjektive Unsicherheitsgefühl zunehmen kann, stellt sich die Frage, inwieweit sich die Dauer der Lehrtätigkeit auf die selbsteingeschätzte Qualifikation auswirkt.

Abbildung 5.14: Im Lehrberuf aktiv nach Jahren in Prozent



Quellen: Fragebogenerhebung bei Lehrkräften für Gesundheits- und Krankenpflege 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Untersuchung zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Lehrtätigkeit und sich adäquat ausgebildet zu fühlen *in je unterschiedlicher Richtung für verschiedene Fächer* besteht:

Jene Gruppe an Lehrerinnen und Lehrern für Gesundheits- und Krankenpflege, die sich für die Fächer Berufskunde und Berufsethik¹ sowie Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining² adäquat ausgebildet fühlen, ist signifikant länger in der Lehrtätigkeit aktiv als jene, die angibt, sich nicht adäquat ausgebildet zu fühlen. Auch für die Fächer Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege/Arbeitsmedizin sowie für Berufsspezifische Ergonomie und Strukturen/Einrichtungen des Gesundheitswesens/Organisationslehre ist in der Gruppe jener, die sich adäquat ausgebildet fühlen, die durchschnittliche Anzahl an Jahren im Lehrberuf höher.³

Umgekehrt ist dies allerdings für die Fächer Hauskrankenpflege und Gerontologie/Geriatrie/Gerontopsychiatrie der Fall: hier weist die Gruppe jener, die sich adäquat ausgebildet fühlen, eine durchschnittlich geringere Anzahl an aktiven Jahren im Lehrberuf auf (vgl. Abbildung 5.15).⁴

Der Grund für die unterschiedlichen Zusammenhänge ist vermutlich, dass die zuletzt genannten Unterrichtsfächer erst seit kurzer Zeit in den Fächerkanon aufgenommen wurden und sich für diese Fächer daher eher (an Berufsjahren) jüngere Lehrerinnen und Lehrer kompetent ausgebildet fühlen. Umgekehrt beinhalten v. a. die Fächer Berufskunde und Berufsethik sowie Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining Wissen, das an ein hohes Ausmaß an Berufserfahrung gebunden ist.

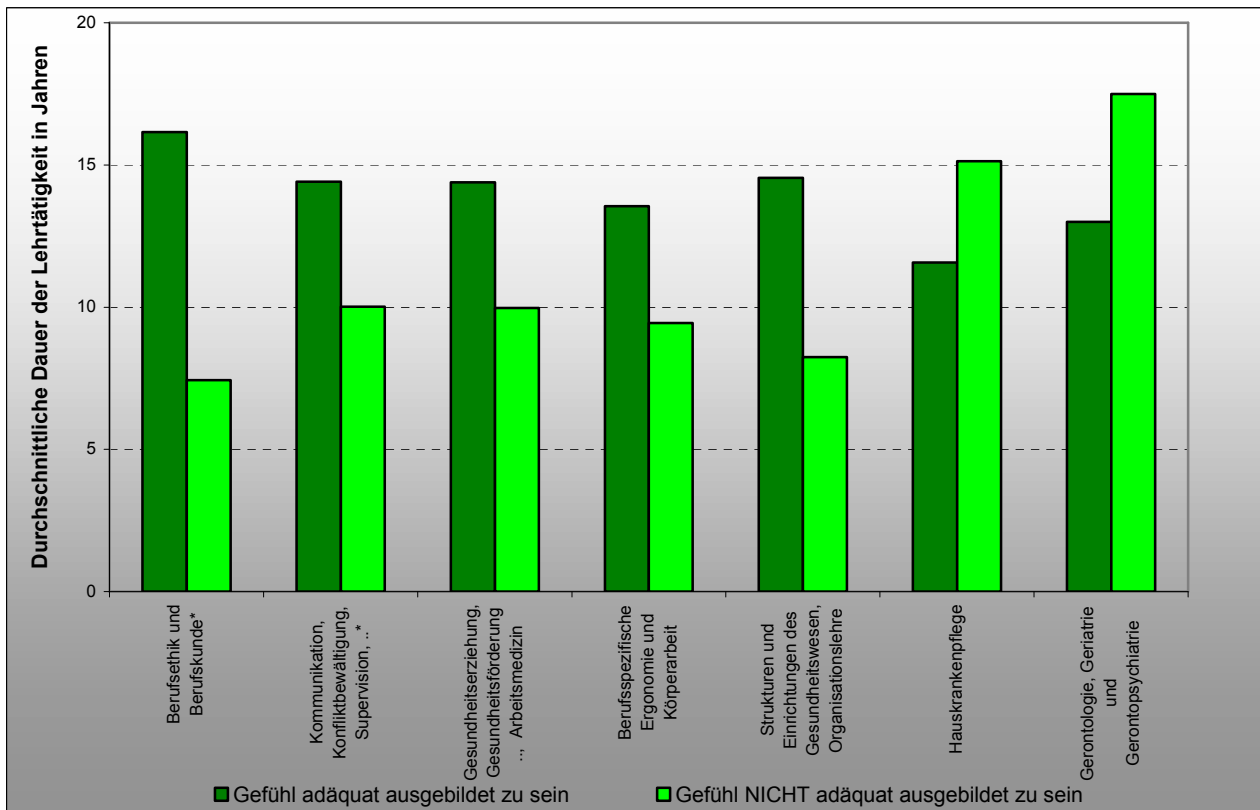
¹ Der T-Test zeigt eine Signifikanz von 0,007.

² Der T-Test zeigt eine Signifikanz von Signifikanz=0,05.

³ Der T-Test zeigt je eine tendenzielle Signifikanz von 0,08 bis 0,1.

⁴ Der T-Test ist allerdings nicht signifikant.

Abbildung 5.15: Dauer der Lehrtätigkeit in Jahren und subjektive Einschätzung der eigenen Lehrqualifikation pro Unterrichtsfach



*(tendenziell) signifikant

Quellen: Fragebogenerhebung bei Lehrkräften für Gesundheits- und Krankenpflege 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

5.3.3 Geschlecht und Selbsteinschätzung der Lehrqualifikation

Zuletzt wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Sich-adäquat-ausgebildet-Fühlen, gibt. Hintergrund dieser Fragestellung ist die Annahme, dass Frauen dazu neigen, aufgrund eines möglicherweise geringeren Selbstwertes sich eher als inadäquat ausgebildet zu erleben.

Es kann gezeigt werden, dass sich männliche Lehrer für zehn der vierzehn näher untersuchten Unterrichtsfächer häufiger *nicht* adäquat ausgebildet fühlen als die befragten Frauen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht diesbzgl. für die Fächer Pflege alter Menschen und Erste Hilfe / Katastrophen- und Strahlenschutz. Für die vier Fächer Berufskunde/Berufsethik, Grundlagen der Pflegewissenschaft / Pflegeforschung, Palliativpflege sowie Strukturen / Einrichtungen des Gesundheitswesens / Organisationslehre fühlen sich hingegen Frauen häufiger *nicht* adäquat ausgebildet (vgl. Abbildung A 2).

Es kann nicht bestätigt werden, dass sich weibliche Lehrpersonen generell inadäquat ausgebildet fühlen. Männer und Frauen fühlen sich vielmehr für unterschiedliche Fächer kompetent.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Aufgaben des diesjährigen Pflegeberichtes sind

- das Monitoring von Kennzahlen im Pflegebereich (aktuelle Zahlen zur Personalausstattung in der Praxis und in der Ausbildung inkl. Schülerzahlen bzw. Absolventenzahlen) und die Beurteilung der derzeitigen Datensituation bzw. eine diesbezügliche Empfehlung,
- das Erarbeiten eines inhaltlichen Konzeptes zur Registrierung von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Österreich sowie
- eine vertiefende Analyse zu Kompetenzverletzungen und Selbsteinschätzung der Qualifikation von Lehrerinnen und Lehrern.

Aktuelle Zahlen zur Personalausstattung in Krankenhäusern

Der Trend des Zuwachs an Pflegepersonal in Krankenhäusern setzte sich 2004 und 2005 fort, ebenso wie der Trend zu mehr Qualifikation beim Pflegepersonal. 2005 arbeiteten mehr diplomierte Pflegekräfte, aber weniger Pflegehilfskräfte in österreichischen Fonds-Krankenhäusern als in den Jahren davor. Dementsprechend erhöhte sich auch die Versorgungsdichte, gemessen an Pflegepersonen pro 1.000 EW. Da sich jedoch in erheblichem Ausmaß die Belagsdauer pro stationären Aufenthalt verringerte, sank auch die Anzahl an Pflegepersonen pro stationären Aufenthalt. Als Indikator für die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals war diese Kenngröße im Jahr 2005 bundesländerweise sehr unterschiedlich (zwischen 16 und 23 Pflegepersonen pro stationären Aufenthalt), obwohl im gesamten Beobachtungszeitraum bereits eine Angleichung (starke Reduktion in Wien) stattgefunden hat.

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime sowie der mobilen Dienste werden derzeit die Beschäftigtenstände mit Stichtag 31. 12. 2006 neu erhoben. Die Ergebnisse sind im Herbst 2007 zu erwarten. Eine Aktualisierung der Daten aus dem Pflegebericht 2006 ist deshalb noch nicht möglich.

Grundlagenarbeit für Registrierung

Die Registrierung von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen ist in vielen europäischen Ländern bereits obligat und dient vor allem der Qualitätssicherung, weil mit der Registrierung überprüft wird, ob ausländische Pflegekräfte in ihrem Herkunftsland eine Berufsberechtigung besitzen. Registrierende Länder können so bei beruflicher Mobilität von Pflegekräften – gerade auch von freiberuflich Tätigen – auf Informationen des jeweiligen Herkunftslandes zurückgreifen (Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen).

Ziele der verpflichtenden Registrierung für Pflegeberufe in Österreich¹ sind neben der Umsetzung der EU Richtlinie die Etablierung einer validen Datengrundlage für die Angebotsplanung, die Überprüfung der Berufsqualifikation und die Erreichbarkeit im Katastrophenfall. Expertinnen und Experten einigten sich daher – basierend auf den Rechercheergebnissen und Vorarbeiten – darauf, dass Daten zu Person (u. a. Name, Erreichbarkeit, ...), Berufsausbildung und Spezialisierung (u. a. Berufs- und Ausbildungsbezeichnung inkl. Zusatzbezeichnung, Fortbildung, Sprachkenntnisse,...) sowie Angaben zur Berufstätigkeit (Beginn/Unterbrechung/Ende der pflegerischen Tätigkeit, Art der Berufsausübung) registriert werden. Für die Erstregistrierung sollen dieselben Voraussetzungen wie für die Berufsberechtigung nach GuKG 1997 (§ 27) gelten. Darüber hinaus sollen Kenntnisse der deutschen Sprache überprüft werden und zumindest ein einmaliger direkter Kontakt (face to face) zwischen Registrierungsstelle und Antragsteller/in erforderlich sein. Nach fünf Jahren soll die Berufsberechtigung automatisch auslaufen und ein Verlängerungsantrag nötig sein, der einen Nachweis von Fortbildungsstunden sowie ein Mindeststundenausmaß an geleisteter Berufstätigkeit fordert. Auch Pflegehilfskräfte (inkl. Sozialbetreuungsberufe nach §15a B-VG) sollen registriert werden.

Die Registrierung wird grundsätzlich als hoheitliche Aufgabe gesehen, die an unterschiedliche Institutionen bzw. Organisationen wie z. B. die Arbeiterkammer, die Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, den Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband oder eine Pflegekammer – als neu zu gründende Körperschaft öffentlichen Rechts – ausgelagert werden kann. Als nächste Schritte sind die erforderlichen Rechtsgrundlagen vom BMGFJ zu schaffen und eine entsprechende Institution mit den Vorbereitungsarbeiten für dieses im Regierungsprogramm verankerte Vorhaben zu betrauen.

Analyse von Kompetenzübertretungen

Hilfskräfte überschreiten ihre Kompetenzen im Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes in beachtlichem Ausmaß: 80 Prozent und mehr der befragten Hilfskräfte führen einen oder mehr Pflegeprozessschritte aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten durch (am häufigsten im Alten- und Pflegeheim) und mehr als die Hälfte der befragten Hilfskräfte übernehmen Aufgaben aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (v. a. die Vorbereitung von Injektionen und Darmeinläufe) – am häufigsten im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim. Besonders häufig passiert das in Wien. Kompetenzübertretungen sind somit gängige Praxis d. h. die Bestimmungen des GuKG werden regelmäßig umgangen.

Einflussfaktoren und Wechselwirkungen mit dem Problem der Kompetenzübertretung sind mittels der vertiefenden Analyse feststellbar: Die Dauer der Berufsausübung steht in signifikantem Zusammenhang mit Kompetenzüberschreitungen: jene Hilfskräfte, die bereits sehr lange ihren Beruf ausüben, überschreiten mehr und zeitlich häufiger Kompetenzen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass mit zunehmender Berufserfahrung Sicherheit entsteht und Hilfskräfte auch jene Tätigkeiten ausüben, die ursprünglich nicht in der Ausbildung erlernt wurden.

¹ In Österreich gibt es derzeit nur für acht Gesundheitsberufe eine verpflichtende Registrierung: Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Hebammen, Kardiotechnikerinnen/Kardiotechniker, Klinische Psychologinnen/Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten.

Die Aufwertung bzw. Ausweitung der eigenen Tätigkeitsfelder wird allerdings kaum positiv empfunden: Kompetenzüberschreitungen wirken sich auf die allgemeine Zufriedenheit sowie die Zufriedenheit mit der Bezahlung *negativ* aus. Auch das subjektive Belastungsgefühl und die emotionale Überforderung nehmen mit der Überschreitung der Kompetenz zu. Dies zeigt, dass die betroffenen Hilfskräfte Kompetenzen nicht unbedingt freiwillig überschreiten bzw. diese unter Bedingungen wahrnehmen, mit denen sie nicht einverstanden sind. Hilfskräften, die bereits länger im Beruf tätig sind, wird aufgrund der Dauer ihrer Berufsausübung (von Führungskräften und anderen Verantwortlichen) mehr zugemutet, ohne dass diese Mehrleistung finanziell abgegolten wird, da sie dem GuKG nicht entspricht.

Es ist daher wichtig, im Rahmen von Ausbildungskonzepten – etwa im Sinne der Bildungspyramide – die Durchlässigkeit für Hilfskräfte im Ausbildungsbereich zu erhöhen und damit adäquate Aufstiegsmöglichkeiten zu fördern. Zusätzlich sollte ein Verfahren entwickelt werden, das es ermöglicht, durch Berufserfahrung erworbene Kompetenzen in bestehenden Bildungssystemen zu akkreditieren.

Eine geringere Anzahl an zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag verringert das durchschnittliche Ausmaß an Kompetenzüberschreitungen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich nicht. Anzunehmen ist, dass in Einrichtungen mit weniger Patienten und Patientinnen bzw. geringen Personalressourcen Hilfskräfte für die Durchführung von Pflegeprozessschritten des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches der Diplomierten herangezogen werden. Das Ausmaß an Kompetenzüberschreitungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Diplomierten nimmt hingegen bei über 20 zu betreuenden Patientinnen/Patienten pro Tag zu. Grund hierfür ist vermutlich der bei einer höheren Patientenzahl bzw. höheren Patientenfluktuation verstärkte Bedarf an diagnostisch-therapeutischen Tätigkeiten (erfordert Pflorgetätigkeiten des mitverantwortlichen Bereiches).

In der Praxis weisen zwei der vier untersuchten Pflegesysteme auf einen Zusammenhang mit Kompetenzüberschreitungen hin: wird Zimmerpflege praktiziert, steigt das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich, bei Gruppenpflege, steigt das Ausmaß der Kompetenzüberschreitung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich leicht an.

Die Untersuchung bestätigt, dass Bezugspflege Kompetenzübertretungen zumindest etwas reduziert, während andere Pflegesysteme Kompetenzübertretungen eher fördern. Darüber hinaus geben signifikant weniger Befragte in der Bezugspflege an, sich subjektiv belastet zu fühlen bzw. an Überforderungsgefühlen zu leiden. Im Gegensatz dazu steigen diese Belastungsgefühle bei der Gruppenpflege.

Um die positiven Auswirkungen der Bezugspflege generell zu nutzen, sollte Bezugspflege v. a. im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim vermehrt zum Einsatz kommen. Die Mobile Pflege übernimmt diesbezüglich bereits eine Vorreiterrolle. In Wien, Salzburg und Tirol kann ein Optimierungsbedarf in Bezug auf die Einführung der Bezugspflege (derzeit < 40 %) festgestellt werden. Die Funktionspflege sollte im Sinne einer Modernisierung der Pflegesysteme in allen Settings bzw. Bundesländern reduziert werden.

In Bezug auf die Verrichtung berufsfremder und gesetzlich nicht reglementierter Tätigkeiten durch Diplomierte spielt das Geschlecht eine gewisse Rolle bei der Aufgabenverteilung:

männliche Diplomierte sind verstärkt in Führungstätigkeiten anzutreffen, Frauen sind in der meist repräsentativen Öffentlichkeitsarbeit der Pflege gut vertreten. Außerdem werden führungsnahe und mit höherem sozialen Prestige versehene Tätigkeiten von jenen Berufsangehörigen ausgeübt, die bereits über eine umfangreiche Berufserfahrung verfügen.

Kompetenzverletzungen – eine juristische Perspektive

Grundsätzlich sind berufs-, dienst- und organisationsrechtliche Bestimmungen laut befragten Expertinnen/Experten gut aufeinander abgestimmt. Gründe, weswegen es dennoch zu Kompetenzübertretungen und in der Folge zu Pflegefehlern etwa im Sinne eines Prophylaxeversagens kommt, sind häufig in den organisatorischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen zu finden: v. a. unterschiedliche Personalschlüsselverordnungen der Länder bedingen unterschiedliche Strukturvorgaben z. B. in Alten- und Pflegeheimen. Personenbezogene Ursachen für Kompetenzübertretungen können im mangelnden Verantwortungsbewusstsein, in der Bequemlichkeit, bei Begehrlichkeiten nach höherwertigen Tätigkeiten und in der Angst vor Repressalien von Berufsangehörigen der Pflege liegen. Die mangelnde Kenntnis in Bezug auf Berufs- und Dienstrecht seitens Führungspersonen, Ärztinnen/Ärzten sowie Pflegepersonen und der damit verbundenen unkorrekten Anwendung des GuKG sind ebenfalls für Kompetenzverletzungen (bzw. unterlassene Anordnungen) verantwortlich. Darüber hinaus wurden Schwächen in der Ablauforganisation als Grund für Kompetenzverletzungen angeführt – wie etwa die fehlende permanente Verfügbarkeit von Ärztinnen/Ärzten.

Lösungsvorschläge beziehen sich auf die neu geschaffenen Sanktionsmöglichkeiten gegen juristische Personen (Verbände) – wie sie das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz eröffnet. Organisationsabläufe sollen durch Riskmanagement-Konzepte optimiert werden. Qualifikationsmängeln in Bezug auf rechtliche Kenntnisse (v. a. GuKG) kann mit Dilemmakonferenzen begegnet werden. Eine wichtige bundesweite Maßnahme stellt die Harmonisierung der Personalschlüsselverordnungen dar.

Um das Problem der hausinternen Vereinbarungen zu reduzieren, könnten schriftlich fixierte und dienstrechtlich in Kraft gesetzte Behandlungsstandards eingeführt werden (z. B. in der Notfallbehandlung und Schmerztherapie).

Kompetenzverletzungen könnten außerdem durch die wissenschaftsbasierte Standardisierung von Pflegeabläufen und -maßnahmen weitgehend reduziert werden. Pflegequalität könnte so gesichert werden, weil dadurch die Pflegekernaufgaben – die im GuKG weniger ausführlich beschrieben sind – näher definiert werden.

Zahlen zur Ausbildungssituation

In den Jahren 2003 bis 2005 beendeten an österreichischen Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege zwischen 2.500 und 2.800 Schülerinnen und Schüler pro Jahr ihre Ausbildung. An Schulen für Kinder- und Jugendlichenpflege wurden jährlich rund 110 Absolventinnen und Absolventen registriert, in den psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegeschoolen waren es 200 bis 250. Die Ausbildungsabbrüche betragen 20 bis 30 Prozent der erfolgreichen Abschlüsse. In der Pflegehilfe schlossen mehr als 2.000 Personen jährlich ihre Ausbildung ab.

In Wiener Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden am meisten Personen aus anderen Bundesländern ausgebildet: Mehr als 40 Prozent haben ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien, sondern vor allem in Niederösterreich, in der Steiermark, im Burgenland und in Kärnten. Im Burgenland gibt es rund 30 Prozent „Gastschüler“, in Kärnten gar keine.

In der derzeitigen Personalstatistik sind rund 8.600 Personen mit insgesamt knapp 1.100 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) erfasst, die in österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen/Ausbildungsstätten entweder im Management oder in der Lehre beschäftigt sind. Die meisten davon – 8.100 – unterrichten theoretische Fächer. Mehr als die Hälfte der Lehrerinnen und Lehrer sind externe Vortragende, die kein Dienstverhältnis mit der Schule haben. Ein großer Anteil an Lehrkräften ist nur zu einem sehr geringen Stundenausmaß (weniger als 100 Stunden pro Jahr) an der Schule beschäftigt. Rund die Hälfte der Lehrkräfte hat entweder einen Universitäts- oder einen Fachhochschulabschluss, wobei Lehrkräfte der theoretischen Fächer den höchsten Bildungsgrad aufweisen.

Die Datenerhebung im Ausbildungsbereich hat sich durch das Bildungsdokumentationsgesetz¹ aus dem Jahr 2002 wesentlich verbessert. Ein darüber hinausgehender Bedarf an Vereinheitlichung ist nicht gegeben. Es ist allerdings dringend erforderlich, die Datenmeldung so weit zu optimieren, dass eine Differenzierung nach Schultyp – so wie im amtlichen Erhebungsblatt vorgesehen – in Zukunft möglich ist. Empfehlenswert ist eine Überprüfung der Datenmeldung der Ausbildungsstätten an Statistik Austria durch die Länder. Dadurch würde die Datenqualität insgesamt zuverlässiger.

Selbsteinschätzung der Qualifikation von Lehrerinnen und Lehrer

Die vertiefende Analyse zu Einflussfaktoren der Selbsteinschätzung der Qualifikation von Lehrerinnen und Lehrern zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an zu unterrichtenden Fächern und dem Sich-adäquat-ausgebildet-Fühlen. Im Gegenteil, weist die Gruppe jener Personen, die sich adäquat ausgebildet fühlt, prozentual eine größere Anzahl an zu unterrichtenden Fächern auf.

Die Untersuchung zeigt weiters, dass Lehrende, die erst kurze Zeit ihren Beruf ausüben, sich für jene Fächer adäquat ausgebildet fühlen, die erst später in den Fächerkanon aufgenommen wurden (wie etwa Hauskrankenpflege und Gerontologie). Außerdem sind geschlechtsspezifische Kompetenzüberzeugungen für je unterschiedliche Fächer zu verzeichnen: Lehrerinnen fühlen sich etwa für die Fächer Pflege alter Menschen und Erste Hilfe kompetenter als ihre männlichen Kollegen.

Vorschläge für eine zukünftige Pflegeberichterstattung

Der Pflegebericht 2007 setzt einen ersten Schritt in Richtung einer kontinuierlichen Pflegeberichterstattung. Mit Einverständnis des Auftraggebers (BMGFJ, Fachabteilung für Nichtärztliche Gesundheitsberufe) soll als nächster Schritt mit ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern des BMGFJ und der Bundesländer ein Konzept für die zukünftige Pflegeberichterstat-

¹ Es werden nun auch private Schulträger erfasst, die Erhebung bei den Schülerinnen und Schülern wurde um einige Kriterien erweitert (z. B. Wohnpostleitzahl, Art der Beendigung der Ausbildung) und es gibt eine Erhebung zum Personal in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen.

tung in Österreich erarbeitet werden. Die im Folgenden skizzierten Ideen dienen dabei als Input für diese Diskussion. Die Pflegeberichterstattung könnte zwei Aspekte aufweisen:

Erstens sollten in einem Abstand von fünf Jahren die wesentlichen Elemente des Pflegeberichts 2006 aktualisiert und Trendentwicklungen bzw. Veränderungen aufgezeigt werden. Das betrifft einerseits

- die statistischen Daten, wie Personalstand in den drei Settings, die Ausbildungskapazität oder Absolventenzahlen, differenziert nach Bundesländern,

andererseits sollen

- die wesentlichen Elemente der Fragebogenerhebungen wiederholt werden, um diesbezüglich Veränderungen feststellen zu können.

Es ist allerdings auf Grund des relativ großen Aufwandes für eine Befragung eine Trennung zwischen Praxis und Ausbildung zu empfehlen. Vorgeschlagen wird ein Bericht zur Pflegepraxis im Jahr 2010 und einer zur Ausbildung im Jahr 2011.

Zweitens sollten in Ergänzung dazu Spezialthemen aufgegriffen werden, die von besonderem Interesse sind. Denkbar sind unter anderem folgende Themen:

- Untersuchung der Pflegequalität in Alten- und Pflegeheimen
- Analyse der Beschäftigungs- und Arbeitssituation in der Mobilen Pflege
- Vergleich der Personalschlüssel verschiedener Träger bzw. Harmonisierung der Personalschlüsselverordnungen auf Bundesebene.
- Untersuchung der 24-Stunden Betreuung zu Hause, die vor allem von ehemals „illegalen Pflegekräften“ (ab Juli 2007 durch das neue Hausbetreuungsgesetz geregelt) geleistet wird. Es geht dabei um die Erfassung des Bedarfs der Leistungsempfänger, des Tätigkeitsprofils der Leistungserbringer, der Anzahl der Betreuungskräfte sowie deren Ausbildung und Finanzierung. Bis dato wurde dieser Bereich kaum einer näheren Betrachtung unterzogen.
- Erhebung, ob, wie und bei welchen Gefährdungen Risikoassessments in der Pflege durchgeführt werden. Beispielsweise sind Druck- und Liegegeschwüre (Dekubitus) aufgrund ihrer Häufigkeit und Folgekosten mittlerweile auch ein Thema in der Gesundheitsberichterstattung.
- Aufzeigen weiterer Tätigkeitsfelder der Pflege wie Entlassungsmanagement und Case- und-Care-Management.
- Studie zu qualitativen Aspekten der Pflegedokumentation. Im Zuge der Recherchen zu den Pflegeberichten 2006 und 2007 wurde in der Literatur und von Expertinnen/Experten häufig die mangelnde Qualität der Pflegedokumentation thematisiert.
- Untersuchung der Auswirkungen der Vorbehaltstätigkeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten / Klientinnen und Klienten / Bewohnerinnen und Bewohner.

Neben der Pflegeberichterstattung ist die Bearbeitung der folgenden drei Themen wichtig:

- Erhebung des Kernleistungsangebotes der Pflege (Kernkompetenz) zur detaillierten Beschreibung und Abgrenzung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GukG)
- Aufbauend auf der oben vorgeschlagenen Untersuchung zur Qualität der Pflegedokumentation soll ein Konzept zur Vereinheitlichung der Pflegedokumentation in Österreich erarbeitet werden.
- Entwicklung eines Curriculums zur Spezialisierung von Pflegekräften für den Langzeitpflegebereich (z. B. für eine Sonderausbildung analog des Curriculums für den Intensivpflegebereich).

Literatur- und Quellenverzeichnis

Abt-Zegelin, A. et al.: Brennpunkt: Pflegedokumentation. In.: Die Schwester Der Pfleger, 42. Jahrgang 4/03, S. 296–300

Allmer, F.: Stellungnahme des BoeGK – Wozu? In: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ), 45. JG, 06/2004, S.17

Andersen: Analyse des Leistungsangebotes der Stadt Wien für Senioren. Endbericht, August 2002

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflege BGBl I 1997/108, Erscheinungsort Wien

Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (BGBl I 2005/126 zuletzt geändert durch BGBl I 2006/80): Zahnärztegesetz – ZÄG, [CELEX-Nr.: 31978L0686, 31978L0687]

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, Wien 1999

Baumberger, D. et al.: Pflege sichtbar machen. Das Projekt NURSING data in der Schweiz. In: Pflegezeitschrift 2/2004 S. 117–120

Baumer, E.-M.: MedTogether: Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2/03, S. 37

BMSG/ÖBIG: Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich. Wien 2005

BMSG/ÖBIG: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Zwischenbilanz, Wien 2004

Bundesgesetz vom 22. März 1961, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl 1961/102

Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2002: Situation des Pflegepersonals. Wien

Eberl, J.: Bedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung der Pflegediagnosen (PD). In: Österreichische Krankenhauszeitung 6/99, S. 60–61

Ecker, Ch.: Infusionen – Abgrenzung der Zuständigkeiten. Stellungnahme des ÖGKV. In: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ), 45. Jg. 2004, 05 S.20–21

eHealth-Verzeichnisdienst des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
<http://www.ehvd.at/>

Flemmich, G., Nöstlinger, W.: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Gesetze und Kommentare. Verlag des ÖGB GmbH, Wien 2004

Furlan, P. et al.: Pflegeplanung und -dokumentation nach dem Modell von Nancy Roper. In: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 01/97, S. 22–24

Gepart, Ch.: Berufsrechtlicher Pflichtenkreis und Handlungsrahmen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Dissertation, Wien 2003

Gepart, Ch.: Medikamentengabe ohne Anordnung – Haftungsfälle für Pflegepersonen. pflegenetz.coverstory, pflegenetz.02/06, S. 4–7

Gepart, Ch., Kunz, P.: Spitäler auf die Anklagebank? Unternehmensstrafrecht. ÖKZ, 47. Jahrgang, 03/06, S. 5–7

Gruber, E., Kastner, M.: Gesundheit und Pflege an die Fachhochschule? Studie zu Status quo und Trends im Berufsfeld und in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheits- und Pflegewesen. Schriftenreihe des Fachhochschulrates, Band 11, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV 2005

Häußle, A.: Auswirkungen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung auf den Pflegedienst. In: Österreichische Krankenhauszeitung/ÖKZ 39. Jahrgang 5/98 S. 36–38

Hofmarcher, M., Riedl, M.: Pflege – quo vadis? In: Österreichische Pflegezeitschrift 03/04, S. 8–15

Hübner, U.: Pflegedokumentation und Informationstechnologie Chancen und Grenzen. In: PR-INTERNET 4/04, S. 231–233

Hufnagl, R.: Möglichkeiten für eine Implementierung der Ausbildung (Grundausbildung) des gehobenen Dienstes im tertiären Bildungssystem. Unveröffentlichtes Arbeitspapier als Vorschlag für die nächste GuK-Novelle, Salzburg 2005

Kemetmüller, E. (Hrsg.): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems, Facultas Universitätsverlag 2005

Krajic, K., Nowak P.: Pflegenotstand in Österreich. Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Gutachten des Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag der Fachgruppe für Gesundheitsberufe des ÖGB, 2003

Krajic, K. et al.: Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Endbericht, Wissenschaftliches Gutachten des Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, 2005

Krechler, R.: Risiko oder Chance? Arbeitskräfteüberlassung im Pflegebereich. In: Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ), 46. Jg. 07/08, 2005, S. 44–45

Land Oberösterreich und InoVato Strategische Personal und Organisationsarbeit GmbH: Zukunft des Berufsfelds Pflege. Zukunft der Pflege in Oberösterreich. Bestandaufnahme und Ergebnisse einer umfassenden Motivforschung, 2003

Leitner, K.: Wohin mit den Pflegefällen. Ein Bericht zum Lainzer Pflegekandal. In: Arztzeitung 19 10/2003, S. 10–11

ÖBIG: Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF), November 2003

ÖBIG: MTD Qualitätssicherung, Entwicklung von Grundlagen für Qualitätssicherung im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Unveröffentlichter Endbericht, 2004

ÖBIG: Berichterstattung nichtärztliche Gesundheitsberufe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien 2006

ÖBIG: Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien Mai 2006

Oelke, U.: Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern im Pflegebereich. Referat. In: Schwarz-Govaers, R. (Hrsg.): Standortbestimmung Pflegedidaktik. Referate zum 1. Internationalen Kongress zur Didaktik der Pflege, Verlag Kaderschule für die Krankenpflege Aarau 1994

ORF: Lebendig begraben? Wie gehen wir mit unseren Alten um? Zusammenfassung der Sendung „help tv spezial“ vom 9. April 2003
In: <http://kundendienst.orf.at/sendungsinfos/helptv/30409.html>

Österreichische Ärztezeitung: Geteilte Verantwortung. In: Österreichische Ärztezeitung 9/1997, S. 15

Pagitz, M.: EDV-gestützte Pflegedokumentation im Ambulanzbereich: Praktischer Erfahrungsbericht. In: Österreichische Pflegezeitschrift 1/05, S. 34

Peter, M.: Die Begründung aus dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit im Rahmen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Kemetmüller, E. (Hrsg.): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems, Facultas Universitätsverlag 2005

Pritz, Johannes: Zivil- und strafrechtliche Haftung von Arbeitnehmern in Pflegeheimen und die arbeitsrechtlichen Aspekte, Unterlagen eines Referates am 1.6.2006

RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen; L 255/22, DE, Amtsblatt der Europäischen Union, 30. 9. 2005

- Rehm, M.: „Pflegetechnologie Computer – Wo gibt’s denn so was?“ In: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 2/98, S. 11–13
- Resetarics, P. et al.: Ursachen und Wirkungen eines Pflegenotstandes. Seminararbeit, VOSE Medizin- und Gesundheitssoziologie. Universität Wien 2003
- Scheiwein, V.: Aufgaben der DGKS in der Altenpflege. In: Österreichische Krankenpflege-Zeitschrift 5/99, S. 22–24
- Schwamberger, H.: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). 3. aktualisierte Auflage, Wien 2004
- Stefan, H. et al.: Praxis der Pflegediagnosen. Zweite, erweiterte und überarbeitete Auflage, SpringerWienNewYork Verlag 2000
- Steyrer, J.: Prozessmanagement im Krankenhaus. Bericht über neues Berufsverständnis in der Pflege. In: ÖKZ 9/2001, S. 20–23
- Untner, S.: Abschlussniveau der Krankenpflegeausbildung im europäischen Vergleich. Arbeit im Rahmen des FH-Diplomstudienganges für Soziale Arbeit in Salzburg, Jänner 2004
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe (September 2004)
- Verworner, H.: ICNP – die Basis für Entwicklung. In: Österreichische Pflege-Zeitschrift, 6–7/01, S. 18–20
- Wegleitner, K.J., Wild, M.: EQUAL Modul II Berufsbilder – Berufsbilder und Ausbildungen in den Gesundheits- und Sozialen Diensten EP 3-01/68. Endbericht des Österreichischen Roten Kreuzes, Juni 2005
- Weidner, F., Dörpinghaus, S.: Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflege-daten im In- und Ausland, Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegefor-schung e.V. (Hrsg.), Hannover 2003
- Wenderlein, F.U., Schochat, T.: Betriebsbedingte Belastungen bei Pflegekräften – Auswir-kungen auf Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten. In: Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin, Heft 38. 5, 2003, S. 262–269
- Werner, M.: Das Pflegeverständnis als eine Grundlage zur Entwicklung der Pflegepraxis. In: Pflege, Verlag Hans Huber Bern 1997, 1997:10, S 138–143
- Wild, M.: Pflegediagnostik in der mobilen Pflege. In: Österreichische Pflege-Zeitschrift, 04/05, S. 14–18

Anhang

Tabellenanhang

Abbildungsanhang

Liste der Workshopteilnehmer „Registrierung von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Österreich

Liste der interviewten Personen (juristische Perspektive und Registrierung)

Interviewleitfaden (juristische Perspektive)

Interviewleitfaden (Registrierung)

Tabellenanhang

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle A 1: | Gesundheitsministerien in Europa..... | 1 |
| Tabelle A 2: | Fragebogen zu Registern von Gesundheitsberufen..... | 2 |
| Tabelle A 3: | Registrierung von Pflegeberufen in Europa (Überblick) | 1 |
| Tabelle A 4: | Registrierung von Pflegeberufen in Europa (Überblick) – (Fortsetzung)..... | 8 |
| Tabelle A 5: | Anmeldedaten/Inhalte der in Österreich geführten Listen/Verzeichnisse von Gesundheitsberufen | 15 |
| Tabelle A 6: | Alten- und Pflegeheime in Österreich – Schlüssel zur Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal von in den Bundesländern..... | 17 |

Tabelle A 1: Gesundheitsministerien in Europa

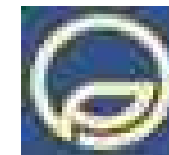
| Land | Organisation | Straße | Ort |
|--------------|---|--|---------------------|
| BELGIEN | Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement Eurostation, Bloc 2 | Place Victor Horta 40,B.10 – Room 9D34 | 1060 Bruxelles |
| DEUTSCHLAND | Bundesministerium für Gesundheit | Friedrichstr. 108 | 10117 Berlin |
| DÄNEMARK | Ministry of the Interior and Health | Slotsholmsgade 10–12 | 1216 Kopenhagen |
| ESTLAND | Ministry of Social Affairs | Gonsiori str. 29 | 15027 Tallinn |
| FINNLAND | Ministry of Social Affaire and Health | P.O. Box 33 | 00023 Government |
| FINNLAND | National Authority for Medicolegal Affairs | Lintulah denteatu 10 | 00500 Helsinki |
| FRANKREICH | Ministère de la santé et des solidarités | 14 avenue Duquesnes | 75350 Paris |
| GRIECHENLAND | Ministry of Health and Social Solidarity | 17, Aristotelous Street | 10187 Athens |
| IRLAND | Ministry of Health and Children | Hawkins House – Hawkins Street | Dublin 2 |
| ITALIEN | Ministry of Health | Lungotevere Ripa 1 | 00153 Rome |
| LETTLAND | Ministry of Health of Latvia | 72 Brivibas Str. | 1011 Riga |
| LITAUEN | Ministry of Health | Vilniaus str. 33 | 01119 Vilnius |
| LUXEMBURG | Ministère de la Santé | Allée Marconi - Villa Louvigny | 2120 Luxembourg |
| MALTA | Ministry of Health, the Elderly and Community Care | Palazuzo Castellania, 15, Merchants Street | Valletta CMR 02 |
| NIEDERLANDE | Ministry of Health, Welfare and Sport | P.O. Box 20350 | 2500 EJ The Hague |
| NORWEGEN | Ministry of Health and Care Services | Einar Gerharsens Plass 3 | 0030 Oslo |
| POLEN | Ministry of Health | Miodowa 15 | 00952 Warsaw |
| PORTUGAL | Ministerio da Saude | Av. Joao Crisostomo, 9-6th | 1049-062 Lisboa |
| SCHWEDEN | National Board of Health and Welfare | | SE 106 30 Stockholm |
| SCHWEIZ | Bundesamt für Gesundheit | Postfach 2644 | 3003 Bern |
| SLOWAKEI | Ministry of Health | Limbova 2, P.O. Box 52 | 83752 Bratislava 37 |
| SLOWENIEN | Ministry of Health of the Republic of Slovenia | Stefanova 5 | 1000 Ljubljana |
| SPANIEN | Ministry of Health and Consumer Affaire | Paseo del Prado 18-20 | 28071 Madrid |
| TSCHECHIEN | Ministry of Health of the Czech Republic | P.O. Box 81 - Palackého nám 4 | 128 01 Prague 2 |
| UNGARN | Ministry of Health | Arany Lános u. 6–8 | 1245 Budapest |
| UK | Department of Health | Richmond House, 79 Whitehall | London SW1A 2NS |
| ZYPERN | Ministry of Health | 10 Markou Drakoy Street | 1448 Nicosia |

Quelle: GÖG/ÖBIG; Registrierung nichtärztliche Gesundheitsberufe 2006/2007

Tabelle A 2: Fragebogen zu Registern von Gesundheitsberufen

Survey on allied health profession registers

Gesundheit Österreich GmbH
 Geschäftsbereich ÖBIG
 Stubenring 6
 A-1010 Wien



In the case of uncertainties concerning the questions below please don't hesitate to contact Mag. Johann Kerschbaum.
 Mail: kerschbaum@oebig.at Telephone: +43/1/515 61-218

| | Question | PLEASE FILL IN THE ANSWER HERE |
|-----|---|--------------------------------|
| 1.1 | Name of the register (If you are conducting registers for several different professions, please fill in one form for each profession) | |
| 1.2 | Name of the institution responsible for the register | |
| 1.3 | Country | |
| 1.4 | Contact person | |
| 1.5 | E-mail of contact person | |
| 1.6 | Which allied health professions are subject to your register? | |
| 1.7 | This file contains data concerning which profession? (e.g. midwifery, physiotherapists, ...) | |
| 2.1 | Which data are collected and included in your register? (e.g. name, address, certificates, ...) | |
| 2.2 | Is there a special annotation for free-lancers in the register? | |
| 2.3 | Who has access to the register? (e.g. general public, certain organisations,...) | |
| 2.4 | What kind of information can be viewed by the public? | |
| 2.5 | How is the access possible (e.g. by contacting the register agency; by internet, etc.)? | |
| 2.6 | If access via internet is possible, what is the URL (internet address)? | |

| | | |
|------|---|--|
| 3.1 | What is the aim and purpose of the register? (e.g. certification of qualifications of allied health professionals, supervision of further training, vocational migration) | |
| 3.2 | What is the legal basis of the register? | |
| 3.3 | Is the accreditation of professionalism bound to the registration? (Yes or No) | |
| 3.4 | Are free-lancers only registered in your register? (Yes or No) | |
| 3.5 | What are the legal effects of a registration? | |
| 3.6 | What are the legal options (e.g. to appeal against decisions of the register) and who are the accordant authorities? | |
| 3.7 | Is the registration combined with the issuing of professional identification cards? | |
| 3.8 | Has the register agency the authority to revoke the right to practice? If not, who has the authority to revoke? | |
| 3.9 | What kind of qualifications are compulsory for registration? (e.g. training, working experience,...) | |
| 3.10 | What are the requirements to prolongate the registration? | |
| 3.11 | After which period of time is a prolongation necessary? | |
| 3.12 | What is the registration fee for the first time registration? | |
| 3.13 | What is the prolongation fee? | |
| 4.1 | If the registration is obligatory: Has there been an introduction period within persons had to get registered? How long was this introduction period? | |
| 4.2 | How were the people informed about the need to sign on in the register? | |
| 4.3 | Did you carry out a revertive registration of professionals, who have already been working in this specific field when the register has been established? | |
| 4.4 | What were the main problems within the introduction period? | |
| 4.5 | How were existing professional associations involved, when implementing the register? | |

| | | |
|-----|---|--|
| 5.1 | In which year was the register implemented? | |
| 5.2 | How many members of the concerning profession are currently registered? | |
| | If you could provide us informations concerning the following questions also, this would be greatly appreciated. | |
| 6.1 | How many persons are working for the register? | |
| 6.2 | How many person working hours per week are worked for the register? | |
| 6.3 | Which Hard- and Software is in use for the register? (e.g. number of workstations, servers; software as SQL-server or special databases) | |
| 6.4 | How is the register financed? | |
| 6.5 | Please give an estimate of the implementation costs of the register. | |
| 6.6 | What are the current costs of the register per year? | |
| 7.1 | Which other allied health professions are registered in your country? | |
| 7.2 | Which of those allied health professions are registered obligatory? Who operates these registers? Please provide names of the institutions in charge, contact persons and contact data. | |

Quelle: GÖG/ÖBIG; Registrierung nichtärztliche Gesundheitsberufe 2006/2007

Tabelle A 3: Registrierung von Pflegeberufen in Europa (Überblick)

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|--|--|--|---|---|---|---|--|
| Institution | National Authority for Medicolegal Affairs | Nursing & Midwifery Council (NMC) | | | Health Statistics and Medical Technologies State Agency | Norwegian Registration Authority for Health Personnel (SAFH) | Health Care Board |
| Homepage | www.teo.fi/index.html | www.nmc-uk.org | www.bigregister.nl | www.sante.gouv.fr/cerfa/#professions | www.vsmtva.gov.lv | www.safh.no | www.tervishoiuamet.ee |
| Berufe, die Inhalt des Registers sind | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Krankenschwestern, Hebammen & Spezialisten Community Public Health Nurses | Arzt, Zahnarzt, Apotheker, Geburtshelfer, Krankenschwester, Physiotherapeut, Psychotherapeut, Gesundheitspsychologen | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern, Hebammen |
| Ist die Registrierung obligatorisch? | | | Ja | Ja | Ja | | Ja |
| Anmeldedaten – Angaben zur Person | Name, Geburtsdatum, Adresse, Muttersprache*, Telefon | Name, Adresse, Geburtsdatum, Status der Registrierung | <i>Vollständiger Name*, Geschlecht, Geburtsdatum, Nationalität, Adresse, Nummer und Datum der Eintragung, etwaige Restriktionen, Spezialisierungen bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern</i> | <i>Für Psychologen: Nachname, Vorname, Geburtsort, Wohnort, Nationalität, Sprachen. Für Hebammen: Nachname, Vorname, Anrede, Geburtsort, Wohnort, Nationalität, Sprachen, Telefon</i> | Nachname, Vorname, Personal identity code, Geschlecht, | Name, Geburtsdatum, Adresse, Personal-nummer, Gesundheitspersonalnummer, Nationalität, Geschlecht | Nachname, Vorname, frühere Namen, persönlicher Identification Code (oder Geburtsjahr – Monat – Tag), Geschlecht, Wohnadresse, Telefon, Fax, E-Mail, Name und Nummer des Ausweisdokuments |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|---|---|---------------------------------|-------------|---|---|---|---|
| Anmeldedaten – Angaben zur Qualifikation | Berufsausbildung und Status, <i>Datum des Abschlusses, Ausbildungsstelle</i> | Qualifikationen | | <i>Art des Diploms, Ausstellungsdatum und Ort, Spezialisierung</i> | Medizinische Ausbildung, postgraduelle Ausbildung, | Ausbildung, Approbation, Approbation als Spezialist, Rezeptverschreibungs-Erlaubnis | Ausbildungsstelle, Ausstellungsdatum und Nummer des Dokuments |
| Anmeldedaten – Angaben zur Berufstätigkeit | | Arbeitsbedingungen | | <i>Arbeitssituation, Art des Arbeitsverhältnisses [angestellt (Firma, Adresse), andere bezahlte Tätigkeiten (Firma, Adresse)]</i> | Arbeitsplatz, Spezialisierung, Position, Berufszertifikate, Gültigkeitsdauer und Nummer des Zertifikats | | Details zum Arbeitsplatz (Adresse, Telefon, Fax, E-Mail), Name des Arbeitsplatzes und Registrierungsnummer, Dauer der Gültigkeit der Lizenz zur Berufsausübung des Arbeitgebers |
| Eigener Vermerk für freiberuflich Tätige | Nein | Nein | | | Ja | Nein | Nein |
| Wer hat Zugang zum Register und wie (URL) | Nutzer der Gesundheitservices und Öffentlichkeit über: Kontaktieren der registrierenden Stelle (nicht via Internet möglich) | Öffentlichkeit (www.nmc-uk.org) | | | Öffentlichkeit via Internet, (www.vsmmtva.gov.lv/v/lv/datubazes/datubzes/personas/index.aspx) | Voller Zugang für Gesundheitsbehörden, limitierter Zugang via Internet für Öffentlichkeit | Öffentlichkeit (nur Einsicht) via Internet; Ministry of Social Affairs |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|--|---|--|--|---|--|---|--|
| Inhalt (was ist von der Öffentlichkeit einsehbar) | Das Recht, einen Beruf auszuüben und Registrierung als Angehöriger eines Gesundheitsberufes | Name, Adresse, Geburtsdatum, Qualifikationen, Status der Registrierung, Arbeitsbedingungen | <i>Ob eine Person registriert ist und in welchem Grundberuf, Spezialisierungen, Suspension und Begrenzung der Berufsberechtigung, spezielle Konditionen der Berufsberechtigung (Art und Dauer)</i> | Arbeitssituation, ausgeübte Tätigkeiten | Nachname, Vorname, Spezialisierung, Hauptarbeitsplatz, Zertifikate; registrierte User können auch Informationen über zusätzliche Arbeitsplätze und Gültigkeitsdauer der Zertifikate einsehen | Name, Gesundheitspersonalnummer, Beruf, Approbation | Beruflicher Identifikator, Name, Beruf, Spezialisierung |
| Ziel und Zweck des Registers | Supervision | Qualitätssicherung (Bindung der Erlaubnis zur Berufsausübung) | | | Angebot von Informationen zur Supervision des medizinischen Sektors | Qualitätssicherung (Bindung der Erlaubnis zur Berufsausübung) | Qualitätssicherung (Bindung der Erlaubnis zur Berufsausübung) |
| Rechtsgrundlage des Registers | The Act on Health Care Professionals (559/1994) | The Nursing & Midwifery Order 2001 | <i>The Individual Health Care Professions Act 2001</i> | | „Law of Medicine“; Rules No.760 “About establishment, updating and maintenance of the Register of Medical Persons” adopted by the Cabinet of Ministers on October 11, 2005 | <i>The Health Personnel Act*</i> | Government of the Republic Regulation No. 8 of 10 January 2002 |
| Ist die Erlaubnis zur Berufsausübung an die Registrierung gebunden? | Ja | Ja | Ja | | Nein | Ja | Ja |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|---|--|--|--|------------|--|--|--|
| Sind nur freiberuflich Tätige registriert? | Nein | Nein | | | Ja | Nein | Nein |
| Rechtliche Möglichkeiten (Berufung), wer sind die zuständigen Stellen? | Berufung gegen Entscheidungen des Registers, gegen die Verwaltungsgerichtsentscheidung | Berufung gegen die Entscheidung des NMC Councils und des Gerichts zu berufen | <i>Berufung innerhalb von 6 Wochen möglich</i> | | Gesetz No. 760 „About establishment, updating and maintenance of the Register of Medical Persons“ of the Cabinet of Ministers sorgen nicht für diesen Fall vor | SAFH entscheidet, wer registriert wird. Gegen Entscheidungen kann beim „Norwegian Board for Health Personnel“ berufen werden | Eine Person kann gegen eine Entscheidung beim „Ministry of Social Affairs“ berufen sowie beim Verwaltungsgericht |
| Werden mit der Registrierung Berufsausweise vergeben? | Nein | Ja | | | Ja | Nein. SAFH verteilt nur die Approbationsurkunde | Nein |
| Darf die registerführende Stelle das Recht auf Berufsausübung entziehen? Welche Stelle hat dieses Recht? | Ja | Ja | | | Nein. Berechtigung hat „Latvian Physicians Society and Medical Care and Labour Capacity Expertise Quality Control Inspectorate“ | Statens helsetilsyn | Ja |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|---|------------------------|--|---------------|------------|---|-------------------------------------|---|
| Welche Qualifikationen sind Voraussetzung für die Registrierung? | Ausbildung | 3-jährige Ausbildung in einem spezifischen Feld | | | Bei höherer medizinischer Qualifikation: Diplome der medizinischen Ausbildung; bei sekundärer medizinischer Ausbildung postgraduelle Ausbildung in den letzten 5 Jahren | | Für Personen, die ihre Qualifikationen innerhalb der letzten 3 Jahre erworben haben: nur Ausbildung. Für andere: Ausbildung und Berufserfahrung |
| Voraussetzungen für eine Verlängerung der Registrierung | | Nachweis von 450 Std. Praxis für die letzten 3 Jahre und von 35 Stunden Fortbildung; Entrichtung der Verlängerungsgebühren | | | Dieselben wie bei der Registrierung | Psychische und physische Gesundheit | Registrierung gilt lebenslang |
| Nach welchem Zeitraum muss die Registrierung verlängert werden? | | Jährlich | Alle 5 Jahren | | Alle 5 Jahre | | |
| Gebühren für die Erstregistrierung/ Verlängerungsgebühren | 35 € (Liste) oder 68 € | 64 € (43 Pfund)/ 64 € (43 Pfund) | | | Keine | Verlängerungsgebühr: ca. 80 € | Keine |
| Gab es bei Einführung des Registers eine Einführungszeit? | 1 Jahr Einführungszeit | 5 Jahre | | | | | 3 Jahre |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|---|-------------------------------|---|-------------|------------|--|-----------------------------------|---|
| Wie wurden die zu registrierenden Personen darüber informiert? | Verschiedene Informationswege | In der Ausbildung | | | Information durch "Health Statistics and Medical Technologies State Agency" in Zusammenarbeit mit der "Latvian Physicians Society" sowie Berufsvereinigungen der Mediziner | | Via Internet, Radio, Fernsehen und in den Krankenhäusern usw. |
| Gab es eine Rückfassung von bereits vor Einführung des Registers arbeitenden Personen? | Ja | Ja | | | Ja | | Nein |
| Hauptprobleme in der Einführungsphase? | | Wurde von einer mittlerweile nicht mehr existierenden Organisation durchgeführt | | | Keine | | |
| Wie wurden vorhandene Berufsvereinigungen involviert, als das Register eingeführt wurde? | | Wurde von einer mittlerweile nicht mehr existierenden Organisation durchgeführt | | | Berufsverbände von Medizinern wurden über Newsletter via E-Mail informiert | | Spezialisten von Berufsvereinigungen wurden als Experten involviert |
| Jahr der Einführung des Registers | 1994 | Wurde von einer mittlerweile nicht mehr existierenden Organisation durchgeführt | | | 1993 | Elektronisches Register seit 1974 | 2002 |

| Rubrik | Finnland | Großbritannien | Niederlande | Frankreich | Lettland | Norwegen | Estland |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------|------------|-----------------|--|--|
| Wieviele Personen sind momentan registriert? | 330.000 Personen aus 39 Berufsgruppen | 685.000 Personen | | | 39.204 Personen | 345.319 Personen | 5.333 Ärzte, 1.386 Zahnärzte, 10.232 Krankenschwestern, 517 Hebammen |
| Wieviele Personen arbeiten für das Register/Personenwochenstunden? | | 65/65x36=2.340 Std. wöchentlich | | | 4/160 | Ca. 27/ca. 37,5 Std. pro Person =1.012,5Std. | 3/120 |
| Finanzierung des Registers+ | | Gebühren der registrierten Personen | | | Staatsbudget | | Staatsbudget |

Text kursiv: Internetinformation

Leere Felder=keine Antwort

Quelle: GÖG/ÖBIG eigene Erhebung 2007

Tabelle A 4: Registrierung von Pflegeberufen in Europa (Überblick) – (Fortsetzung)

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|--|---|---|--|--|--|-------------------------------|--|--|
| Institution | Zbornica zdravstvene in babiske nege Slovenije – Zveza drustev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov | Council for Nurses & Midwives | Rotes Kreuz | | | | | |
| Homepage | (peter.pozun@mf.uni-lj.si) | http://docs.justice.gov.mt/lom/Legislation/English/Leg/VOL_14/Chapter464.PDF | www.redcross.ch/activities/health/hoc/index-de.php | www.oasis.gov.ie/health/registration_of_health_and_socialcare_professionals.html | | | | |
| Berufe, die Inhalt des Registers sind | Krankenschwestern, Hebammen, auxiliary nurse – nurse assistant | Krankenpfleger | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen, Zahnärzte, Pharmazeuten, Optiker | Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Pharmazeuten, Labordiagnostiker | Nahezu alle Gesundheitsberufe | Ärzte, Arzt für Mundheilkunde, Krankenschwestern, andere Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Physiotherapeuten) | Ärzte, Krankenschwestern, Zahnärzte, Hebammen, Mundhygieniker, Zahntechniker, Zahnarztassistenten, Pharmazeuten, Pharmacotechnicians |
| Ist die Registrierung obligatorisch? | Ja | Ja | | Ja | Ja | | Ja | Ja |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|--|---|--|--|--|-------|----------|----------|---------|
| Anmeldedaten – Angaben zur Person | Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, permanente oder temporäre Adresse, Staatsbürger- schaft, | Name, Adresse, Qualifikation, Registrierungs- datum, Regist- rierungsnum- mer, Ausweis- nummer | Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Nationalität, Heimatort, aktuelle Wohnadresse, Berufstitel | <i>Nachname, Vorname, Mädchenname, Geschlecht, Geburtsdatum, Hochzeitsda- tum, Heimad- resse, Telefon- nummer, E-Mail, Nationalität Für Migrantin- nen: Nachname, Vornamen, Anrede (Herr/Frau), Mädchenname, Geschlecht, Geburtsdatum, Nationalität, erste Sprache im Geburtsland, Passnummer, Heimadresse, Telefonnummer, E-Mail, Ort allfälliger bereits bestehender Registrierungen</i> | | | | |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|---|---|-------|-------------------------------------|--|-------|----------|----------|---------|
| Anmeldedaten – Angaben zur Qualifi- kation | Zertifikat, Diplomprüfung (Nummer und Datum), professioneller Titel, Daten zur Spezialisierung, Daten zu zusätzlich erworbenem Wissen und Qualifikation; Datum und Feld der erworbenen akademischen und pädagogi- schen Titel | | Ausbildungsstät- te, Diplomdatum | | | | | |
| Anmeldedaten – Angaben zur Berufs- tätigkeit | Arbeitsstelle; Maßnahmen bezüglich Verletzung des ethischen Codes für Krankenschwes- tern und Gesundheits- technische Berufe oder des internationalen ethischen Codes für Hebammen | | | <i>Arbeitsplatz (Bezeichnung), Graduierung, Disziplin (Allgemeine Krankenschwes- ter, Psychiatri- sche Kranken- schwester, Kinderkranken- schwester), beschäftigt oder nicht beschäftigt</i> | | | | |
| Eigener Vermerk für freiberuflich Tätige | Ja | Nein | | | | | | |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|--|---|--|---------|--|-------|----------|----------|---------|
| Wer hat Zugang zum Register und wie (URL) | Öffentlichkeit (zu ausgewählten Daten) durch kontaktieren der registrierführenden Stelle (per Internet erst ab 2007) | Zugang für die Öffentlichkeit durch Kontaktieren des Büros des Councils (nicht via Internet möglich) | | | | | | |
| Inhalt (was ist von der Öffentlichkeit einsehbar) | Die Daten des Registers sind nicht für die Öffentlichkeit einsehbar. Jede Person hat das Recht zu überprüfen, ob eine Person in das Register eingetragen ist oder nicht | Name, Adresse, Qualifikation, Registrierungsdatum, Registrierungsnummer, Ausweisnummer | | <i>Registrierungsnummer, Name, Adresse, Geschlecht, Registrierungsdatum, Registrierungstyp (volle Registrierung – volle Berufsausübung oder Internship), Qualifikationen (Ausbildungen, Universität)</i> | | | | |
| Ziel und Zweck des Registers | Qualitätssicherung (Bindung der Erlaubnis zur Berufsausübung) | Qualitätssicherung (Bindung der Erlaubnis zur Berufsausübung) | | | | | | |
| Rechtsgrundlage des Registers | Zakon o zdravstevni dejavnosti – Health law | Health Care Professions Act Chapter 464 | | | | | | |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|--|---|---|---------|--------|-------|----------|----------|---------|
| Ist die Erlaubnis zur Berufsausübung an die Registrierung gebunden? | Ja | Ja | | | | | | |
| Sind nur freiberuflich Tätige registriert? | Nein | Nein | | | | | | |
| Rechtliche Möglichkeiten (Berufung), wer sind die zuständigen Stellen? | Berufung gegen Eintragung ins Register oder Löschung innerhalb von 15 Tagen nach der Entscheidung möglich; Gesundheitsministerium | Man kann gegen Entscheidungen des Councils berufen. Zuständige Stelle ist das Health Care Professions Appeals Committee | | | | | | |
| Werden mit der Registrierung Berufsausweise vergeben? | Nein | Nein | | | | | | |
| Darf die registerführende Stelle das Recht auf Berufsausübung entziehen? Welche Stelle hat dieses Recht? | Ja | Ja | | | | | | |
| Welche Qualifikationen sind Voraussetzung für die Registrierung? | Qualifikation (Diplom für Krankenpflege und Hebammen) | Gemäß dem Health Care Professions Act | | | | | | |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|--|--|--|--------------------|--------|-------|----------|----------|---------|
| Voraussetzungen für eine Verlängerung der Registrierung | Lizenz | | | | | | | |
| Nach welchem Zeitraum muss die Registrierung verlängert werden? | Alle 7 Jahre | | | | | | | |
| Gebühren für die Erstregistrierung/ Verlängerungsgebühren | 11 € / 11 € | | 181 € (280 CHF) | 150 € | | | | |
| Gab es bei Einführung des Registers eine Einführungszeit? | 6 Monate | | | | | | | |
| Wie wurden die zu registrierenden Personen darüber informiert? | Newsletter und Information der Arbeitgeber | Über ein Anmeldeformular, das verteilt wurde | | | | | | |
| Gab es eine Rückfassung von bereits vor Einführung des Registers arbeitenden Personen? | Ja | | | | | | | |
| Hauptprobleme in der Einführungsphase? | Es wird 2007 eingeführt | | | | | | | |
| Wie wurden vorhandene Berufsvereinigungen involviert, als das Register eingeführt wurde? | Es wird durch Berufsverbände unterstützt | | | | | | | |

| Rubrik | Slowenien | Malta | Schweiz | Irland | Polen | Portugal | Slowakei | Litauen |
|---|------------------|---|---------|--------|-------|----------|----------|---------|
| Jahr der Einführung des Registers | 2007 | 1945 | | | | | | |
| Wieviele Personen sind momentan registriert? | 14.000 Personen | 2.861 first level nurses, 2.405 second level nurses, 145 nurses | | | | | | |
| Wieviele Personen arbeiten für das Register/Personenwochenstunden? | 1/40 Stunden | 1 Person Vollzeit; ca. 40 Personenwochenstunden | | | | | | |
| Finanzierung des Registers | Öffentliche Hand | Öffentliche Hand | | | | | | |

Text kursiv: Internetinformation

Leere Felder=keine Antwort

Quelle: GÖG/ÖBIG eigene Erhebung 2007

Tabelle A 5: Anmeldedaten/Inhalte der in Österreich geführten Listen/Verzeichnisse von Gesundheitsberufen

| Anmeldedaten | HA | KP + GP | PT | KT | A |
|---|-----------|----------------|-----------|-----------|----------|
| Datensatznummer-Primärschlüssel | | | | | x |
| Angaben zur Person | | | | | |
| Name | x | x | x | x | x |
| Vorname | x | x | x | x | x |
| 2. Vorname | x | | | | |
| Akademischer Grad / Doktorgrade | x | | | | x |
| Titel | | x | x | | x |
| Geschlecht | | x | x | | x |
| Geburtsname | x | | | | |
| Geburtsdatum | x | | | x | x |
| Geburtsort | x | | | | |
| Geburtsort-Ausland | x | | | | |
| Staat/Nationalität | x | | | | |
| Privatadresse (Strasse, PLZ, Ort, Land) | x | | | | |
| Telefon (Privat, Dienst, Handy) | x | | | | |
| Fax (Privat, Dienst) | x | | | | |
| E-Mail | x | | | | |
| Letztgültige Adresse | x | | | | |
| Angaben zur Berufstätigkeit | | | | | |
| Fachnummerncode des hs. ausgeübten Faches | | | | | x |
| Bezirks(code) – lt. ST.AT/Bezirk | x | | | | x |
| Gemeindecodex – lt. ST.AT | | | | | x |
| Aktivitätsstatus | x | | | | |
| Hebammennummer/Arztnummer | x | | | | x |
| Tätigkeit | x | | | | |
| Freiberuflichkeit/Anstellung | | x | x | | |
| Arbeitsplatz/Berufssitz 1/Ordination | x | x | x | x | x |
| Arb/Ord.Plz (Strasse, PLZ, Ort) | x | x | x | x | x |
| Arb/Ord.Plz Bundesland(code) | | x | x | x | x |
| Bezirks- + Gemeindecodex lt. ST.AT | | | | | x |
| Arbeitsplatz Telefonnummer | | x | x | | |
| Berufssitz 2,3,.../Zweitordination | | x | x | | x |
| Adressen Berufssitze/Zweitordination | | x | x | | x |
| Teil/Voll-Praxis | x | | | | |
| Wohnsitzarzt ja/nein | | | | | x |
| Niederlassung | | | | | x |
| Niederlassung zurückgelegt | x | | | | |
| Zurücklegungsgrund | x | | | | |
| Krankenkasse(n)vertrag (ja+welche/nein) | x | | | | x |
| KK Vertrag seit + bis | x | | | | |
| ggf. Name + Adresse Dienstgeber 1, 2, ... | | x | x | | x |
| Arbeitsplatz (Plz) seit: | x | | | | |

| Anmeldetaten | HA | KP + GP | PT | KT | A |
|--|-----------|----------------|-----------|-----------|----------|
| karenziert ja/nein | x | | | | |
| Karenz seit + bis | x | | | | |
| Haft- und/oder Rechtsschutzversicherung | x | | | | |
| geringfügig beschäftigt ja/nein | x | | | | |
| Hausbesuch ja/nein | x | | | | |
| Angaben zur Ausbildung | | | | | |
| Beruf/Therapierichtung/Medizinische Fachrichtung | | x | x | | x |
| Ausbildungsstätte | x | | | | |
| Diplomdatum | x | | | | |
| EWR-Nostrifikation Ort | x | | | | |
| EWR-Nostrifikation Dat | x | | | | |
| Registrierung + Berufsausweis | | | | | |
| Bundesland-Kammermitgliedschaft | | | | | x |
| Eintragungsdatum | x | x | x | x | |
| Eintragsnummer | | x | x | | |
| Datum der letzten Änderung | x | | | | |
| Ausweis ja/nein | x | | | | |
| Ausweisdublikat-Datum | x | | | | |
| Ausweisdatum | x | | | | |
| Zusatzinformationen | | | | | |
| Fortbildungen | x | | | | |
| angebotene Leistungen | x | | | | |
| Berufsverbandsfunktionen | x | | | | |
| Folder | x | | | | |

HA=Hebamme; KP=Klinische Psychologen; GP=Gesundheitspsychologen; PT=Psychotherapeuten; A=Ärzte

Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 6: Alten- und Pflegeheime in Österreich – Schlüssel zur Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal von in den Bundesländern

| Bundesland: Quelle | Personalschlüssel und -struktur | Pflegebereich | Wohnbereich |
|---|------------------------------------|---|---|
| Burgenland: Altenwohn- und PflegeheimVO: | Personalschlüssel | Eigenes Berechnungsmodell. Indikatoren: Zwischen 20 und 80 Pflegeeinheiten/Tag, belegte Plätze, Wochennettoarbeitszeit, Tag- und Nachtdienst unterschiedliche Berechnung | |
| | Personalstruktur | 50 % DGKP : 50 % PH (in Heimen mit überwiegend pflegeintensiven Patienten) | |
| Kärnten: BEP | Personalschlüssel | 1 VZÄ : 3 Bewohner | 1 VZÄ : 12 Bewohner |
| | Personalstruktur | 30 % DGKP : 60 % PH : 10 % Hilfsdienst | Mindestens 2 DGKP; 60 % PH : 40 % Hilfspersonal |
| Entwurf zur VO | Personalschlüssel | 1 VZÄ : 2,4 Bewohner | Gleich wie oben |
| | Personalstruktur | 40 % DGKP : 50 % PH : 10 % in Ausbildung zum PH/AFB | |
| Niederösterreich: BEP | Personalschlüssel ¹ | Abhängig von Pflegegeldstufen der Bewohner: PS 1 = 1 : 20; PS 2 = 1 : 13,8; PS 3 = 1 : 10; PS 4 = 1 : 3,7; PS 5 = 1 : 2,4; PS 6 = 1 : 1,9; PS 7 = 1 : 1,4; Intensivpflege = 1 : 1 | – |
| | Personalstruktur | 45 % DGKP : 55 % PH | – |
| Oberösterreich ² : Alten- und Pflege- heimVO | Personalschlüssel | Abhängig von Pflegegeldstufen der Bewohner: PS 0 = 1 : 24; PS 1 = 1 : 12; PS 2 = 1 : 7,5; PS 3 = 1 : 4; PS 4 = 1 : 2,5; PS 5 = 1 : 2; PS 6 = 1 : 1,5; PS 7 = 1 : 1,5 | |
| | Personalstruktur | 20 % DGKP, 50 % Altenfachbetreuer, 30 % Altenbetreuer | |
| Salzburg: BEP | Personalstruktur | DGKP, PH, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, sonstiges Fachperso- nal, soweit durch Rechtsvorschriften des Bundes anerkannt; fachlich adäquater Anteil an DKP | Sozialarbeiter, Koch, sonstiges Fachpersonal, soweit durch Rechtsvorschriften des Bundes anerkannt |
| Steiermark: Personalschlüssel- VO | Personalschlüssel | Abhängig von Pflegegeldstufen der Bewohner: PS 1 = 1 : 12; PS 2 = 1 : 6; PS 3 = 1 : 4; PS 4 = 1 : 3; PS 5 = 2,8; PS 6 = 1 : 2,5; PS 7 = 1 : 2 (10 % Unterschreitung ist zulässig) | |
| | Personalstruktur | 20 % DGKP : 60 % PH/AFB : 20 % Sonstige | |
| Tirol: Modell Tirol ³ | Personalschlüssel | Tagdienst: Abhängig von Pflegegeldstufen der Bewohner: PS 1 = 1 : 10, PS 2 = 1 : 6, PS 3 = 1 : 3, PS 4 = 2,4, PS 5 - 7 = 1 : 1,9 Nachtdienst: Pro 30 BW ab PS 3 = 2,75 bis 3,2 Beschäftigte | 1 VZÄ : 50 Bewohner |
| Wien: Durchfüh- rungsverordnung zum WWPG | Personalschlüssel | Für Pflegeheime und Pflegestationen: Abhängig von Pflegegeldstufen der Bewohner: PS 0 = 1 : 20, PS 1 = 1 : 20, PS 2 = 1 : 7, PS 3 = 1 : 2, PS 4 = 1 : 1,75, PS 5 = 1 : 1,5, PS 6 = 1 : 1,25, PS 7 = 1 : 1 (10 % Unterschreitung ist zulässig) | – |
| | | 40 % DGKP : 45 % PH : 15 % HH | |

AFB=Altenfachbetreuer/innen; BW=Bewohner; DGKP=diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson; PH=Pflegehelfer/innen; PS=Pflegegeldstufe; VO=Verordnung; VZÄ=Vollzeitäquivalent (40-Stunden-Beschäftigung); WWPG=Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz; – =keine Angabe

¹ ohne Leitungskräfte (Oberschwester, Stationsschwestern)

² In Oberösterreich wird nicht zwischen Pflege- und Wohnbereich differenziert.

³ Das Minutenmodell wurde in Personalschlüssel umgerechnet (Basis: Jahresnettoarbeitszeit 1.600 Stunden).

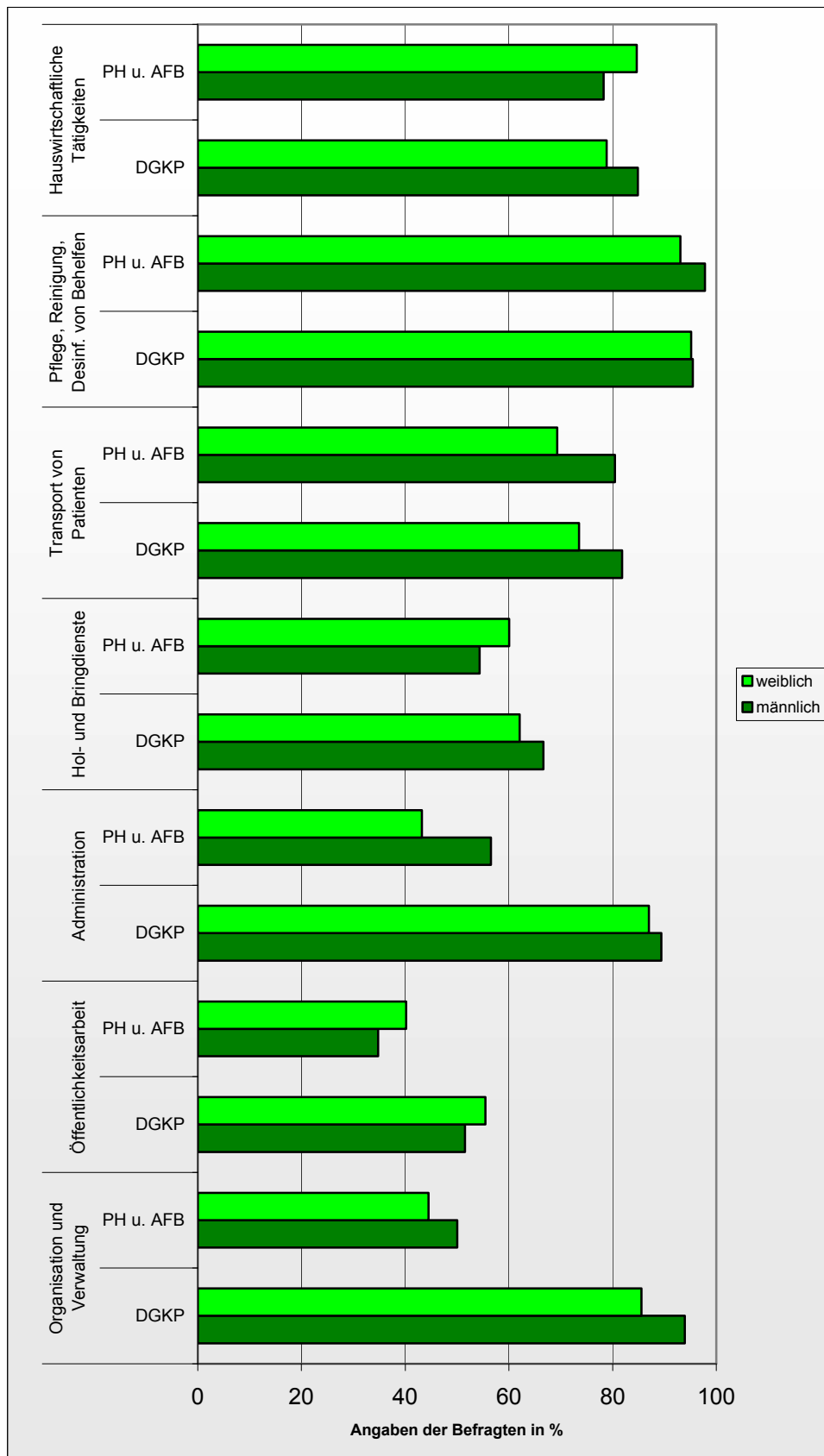
Quelle: Verordnungen sowie Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

Abbildungsanhang

Abbildung A 1: Kompetenzunterschreitung nach Geschlecht und Berufsgruppe1

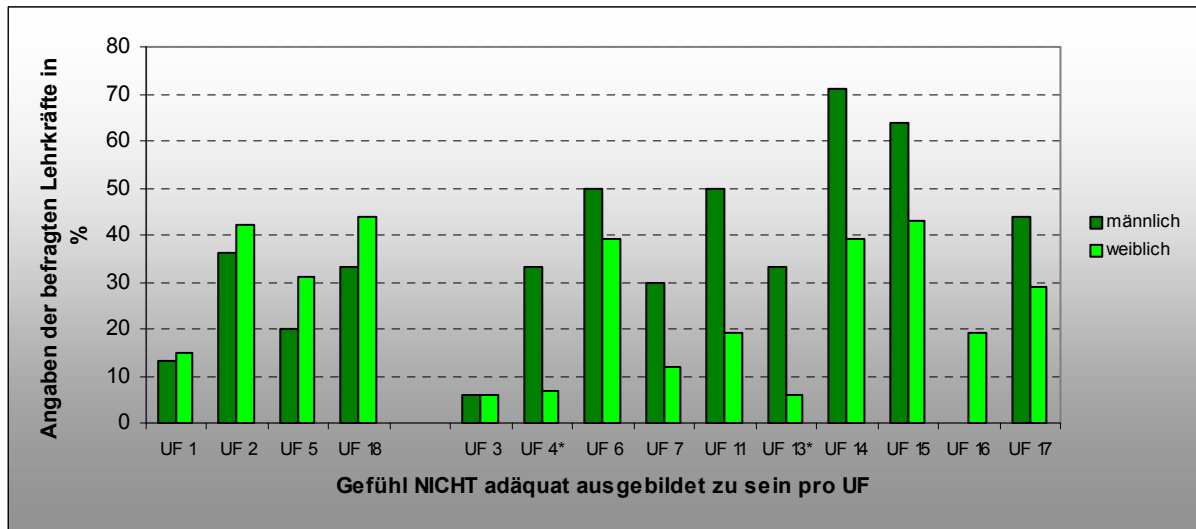
Abbildung A 2: Gefühl nicht adäquat ausgebildet zu sein pro Unterrichtsfach nach Geschlecht2

Abbildung A 1: Kompetenzunterschreitung nach Geschlecht und Berufsgruppe



Quellen: Fragebogenerhebung der Basiskräfte 2005; ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung A 2: Gefühl nicht adäquat ausgebildet zu sein pro Unterrichtsfach nach Geschlecht



UF=Unterrichtsfach 1 (Berufsethik und Berufskunde), 2 (Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung), 5 (Palliativpflege), 18 (Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, Organisationslehre), 3 (Gesundheits- und Krankenpflege), 4 (Pflege von alten Menschen), 6 (Hauskrankenpflege), 7 (Hygiene und Infektionslehre), 11 (Gerontologie / Geriatrie und Gerontopsychiatrie), 13 (Erste Hilfe / Katastrophen- und Strahlenschutz), 14 (Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege / Arbeitsmedizin), 15 (Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit) 16 (Soziologie / Psychologie / Pädagogik und Sozialhygiene), 17 (Kommunikation / Konfliktbewältigung / Supervision und Kreativitätstraining).

Quellen: Fragebogenerhebung bei Lehrkräften für Gesundheits- und Krankenpflege 2005;ÖBIG-eigene Berechnungen

Liste der Workshopteilnehmer „Registrierung von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen in Österreich

Präsident Franz Allmer, Berufsverband österr. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Josef Baumgartner, BMGFJ Sektion III/B/4, Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Dir. Josef Bruckmüller, Schule für psychiatrische GuK Landesiklinikum Mostviertel, Mauer

Präsidentin Christine Ecker, Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Gabriele Dorninger, BMGFJ Sektion III/B/4, Nichtärztliche Gesundheitsberufe

MAS Johanna Ehmsen-Höhl, BMGFJ Sektion III/B/4, Nichtärztliche Gesundheitsberufe

MMag. Ludmilla Gasser, BMGFJ Sektion I/B/6, Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten

Dir. Johann Hable, ÖGB – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe

Dr. Meinhild Hausreither, BMGFJ Sektion I/B/6, Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten

Präsidentin Maria Jesse, Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ), Österr. Pflegekonferenz und St. Anna Kinderspital

Mag. Alexandra Lust, BMGFJ Sektion I/B/6, Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten

Gerda Mostbauer, ÖGB – Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe

Dr. Susanne Weiss, BMGFJ Sektion III/B/4, Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Liste der interviewten Personen (juristische Perspektive und Registrierung)

Mag. Maria Buchegger-Finster, DGKS und Juristin, Verein W.I.R. Hall i. Tirol

Josef Eberl, DGKP, Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, akademisch geprüfter Pflegemanager, allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Gesundheits- und Krankenpflege, Wien

Liselotte Egger, DGKS: stellvertretende Referatsleiterin Gesundheitsberufe – Schulen und Akademien der Fachabteilung 8 A, Amt der Steiermärkischen Landesregierung

Mag. Dr. Christian Gepar, DGKP und Rechtsanwalt, Wien

Dr. Johannes Pritz, Jurist, Leiter des Referates Krankenanstalten und Kuranstalten beim Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8A

Mag. Thomas Russegger: Patientenanwalt – Patientenvertretung – Sachbearbeiter in der Abteilung 9, Gesundheitswesen und Landesanstalten, Land Salzburg

Renate Schreiner, DKGS: Mitarbeiterin in der Patient/innen- und Pflegeombudsschaft, Fachabteilung 8A, Amt der Steiermärkischen Landesregierung

Mag. Alexander Wolf, Patientenanwalt für das Land Vorarlberg, Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten (Patientenschutzverein)

sowie

Dr. Waltraud Bednar, Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Alten-/ Langzeit- und Psychosoziale Versorgung, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Renate Grossbichler-Ulrich, Präsidentin des Österreichischen Hebammengremiums

Mag. Stephan Kanhäuser, BMGFJ Sektion I/B/6, Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten

Interviewleitfaden für Expertinnen und Experten (juristische Perspektive)

- 1 Warum kommt es Ihrer Meinung nach zu diesen, doch häufigen Kompetenzverletzungen (vgl. Österreichischer Pflegebericht 2006)?
 - Durchführung von eigenverantwortlichen, dem gehobenen Dienst vorbehaltenen Pflegeleistungen wie Pflegeanamnese, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegeevaluation durch Pflegehilfsdienste (vgl. ÖP 2006, Abbildung 5.12)
 - Durchführung von eigenverantwortlichen Pflegeleistungen des gehobenen Dienstes bzw. pflegerischen Maßnahmen der Pflegehilfe durch Pflegehilfsdienste ohne Anordnung bzw. auf Basis hausinterner Vereinbarung (vgl. ÖP 2006, Abbildungen 5.13, 5.14 bzw. 5.17, 5.18)
 - Durchführung von mitverantwortlichen (ärztlichen) Tätigkeiten bzw. Mitarbeit bei therapeutischen Verrichtungen der Pflegehilfe ohne Anordnung sowie auf Basis hausinterner Vereinbarung/Organisationsvereinbarung durch den gehobenen Dienst und die Pflegehilfsdienste (vgl. ÖP 2006, Abbildungen 5.15 und 5.20)
 - Ursachen für fehlende schriftliche Anordnung (vgl. ÖP 2006, Abbildung 5.21)

- 2 Welche gesetzlichen/formalen Bestimmungen (Gesetze, Verordnungen, Erlässe etc.) des Bundes und/oder der Länder
 - erschweren die Umsetzung des GuKG in der Pflegepraxis?
 - fördern Kompetenzverletzungen?
 - konterkarieren einander?

- 3 Können Pflegefehler auch als Resultat von Kompetenzverletzungen gesehen werden (wenn ja bitte begründen bzw. genauer ausführen)?

- 4 Welche Lösungsmöglichkeiten sehen Sie?

Interviewleitfaden (Registrierung)

1. Welche Daten werden bei der Anmeldung aufgenommen?
 - 1.1. Eigener Vermerk für freiberufliche Tätigkeit?
 - 1.2. Wer hat Zugang zum Register?
 - 1.3. Welche Informationen können eingesehen werden/scheinen auf? Von der Öffentlichkeit?

2. Zweck des Registers? (z.B. Nachweis von Qualifikationen, Überprüfung von Weiterbildung)
 - 2.1. Rechtsgrundlagen?
 - 2.2. Ist die Erlaubnis zur Berufsausübung an die Registrierung gebunden?
 - 2.3. Rechtliche Möglichkeiten? (z.B. Berufung)
 - 2.4. Werden bei der Registrierung Berufsausweise verteilt?
 - 2.5. Darf die registerführende Stelle das Recht auf Berufsausübung entziehen?
 - 2.6. Voraussetzungen für die Registrierung (Ausbildung)?
 - 2.7. Wie lange ist die Registrierung gültig? Erfordernisse für eine Verlängerung (Nachweise von Kursen, etc.)?
 - 2.8. Registrierungsgebühren? Verlängerungsgebühren?

3. Bei Einführung des Registers: gab es damals eine Einführungszeit innerhalb derer sich die Personen registrieren mussten? Wie lang war diese? Wie wurden die Personen darüber informiert? Rückerfassung?

4. Hauptprobleme in der Einführungsphase?
 - 4.1. Involvierung der Berufsverbände bei Einführung des Registers?
 - 4.2. Wieviele Mitglieder der Berufsgruppe sind derzeit registriert?

5. Wieviele Personen arbeiten für das Register? (Stunden / Woche)
 - 5.1. Hard- und Softwareausstattung (Anzahl der Computerarbeitsplätze, Server, Software wie SQL-Server oder spezielle Datenbanken)?
 - 5.2. Finanzierung des Registers?
 - 5.3. Instandsetzungskosten?
 - 5.4. Laufende Kosten pro Jahr?

Welche Erfordernisse in Bezug auf die Registrierung gibt es aus der Sicht des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)?

Wie ist die Bedeutung der Verfügbarkeit eines Registers für die Gesundheitsplanung generell?

ISBN: 3-85159-098-8