

# Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheits- und Sozialbereich

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung



# Prognose des Pflegepersonalbedarfs im Gesundheits- und Sozialbereich des Bundeslandes Salzburg

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Rottenhofer Ingrid

Zsifkovits Johannes

Schuchter Patrick

Projektassistenz:

Holzer Heike

Wien, im Februar 2013

Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

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

# Inhalt

Tabellen .....	III
Abkürzungen .....	IV
1 Einleitung .....	1
2 Prognoseergebnisse .....	2
3 Maßnahmenplanung .....	4
3.1 Handlungsfeld Personalanwerbung .....	4
3.2 Handlungsfeld Ausbildung .....	6
3.3 Handlungsfeld Personalbindung .....	10
3.4 Maßnahmenkatalog .....	13
Literatur .....	19

## Tabellen

Tabelle 2.1: Empfehlungen, die dem prognostizierten Personalmangel entgegenwirken .....	3
Tabelle 3.1: Prognose der Schüler-, Absolventenzahlen und des Bedarfs an Lehrpersonal .....	8
Tabelle 3.2: Planung des Maßnahmenpakets gemäß dem gewählten Szenario .....	15

# Abkürzungen

AGuKP	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Allgemeine Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
BMS	Berufsbildende mittlere Schule
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease / Chronische obstruktive Lungenerkrankung
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
d. h.	das heißt
dzt.	derzeit
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-BAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs- Ausbildungsverordnung
idgF	in der geltenden Fassung
HKP	Hauskrankenpflege
KiJP	Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. diplomierte Kinderkranken- schwester und -pfleger
MABG	Medizinische Assistenzberufe-Gesetz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PDL	Pflegedienstleitung
PH	Pflegehilfe bzw. Pflegehelfer/innen und Sozialbetreuer/innen mit Pflegehilfequalifikation
PsP	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester und -pfleger
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAGES	Salzburger Gesundheitsfonds
SOB	Sozialbetreuungsberufe
SPH	Seniorenpflegeheime
TZ	Tageszentren
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einleitung

Mit der von der Salzburger Landesrätin für Gesundheit und Soziales im Herbst 2010 gestarteten Pflegeoffensive will das Land dem schleichenden Pflegepersonalmangel und damit verbunden einem massiven Pflege- und Betreuungsproblem entgegenwirken.

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) analysierte dazu den Personalbestand des Landes im Gesundheits- und Sozialbereich, prognostizierte den Bedarf für das Jahr 2020 und referiert die mit dem Land konsensuell erarbeiteten Empfehlungen.

Das Personalangebot für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2020 wurde mit einem Individuen-basierten Modell berechnet. Die Ausgangsbasis dieser Modellrechnung war eine Ist-Stand-Erhebung im Land Salzburg. Dabei wurde ein sehr hoher Rücklauf erzielt, der eine solide Grundlage für die Berechnungen lieferte. (Rücklauf: zwischen rund 90 Prozent und 96 Prozent; Hochrechnung des nicht erhobenen Personals). Jede Person aus der Ist-Stand-Erhebung wurde mit Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Ausbildung usw. im Modell erfasst. Der Personalbedarf wurde anhand epidemiologischer und demografischer Prognosen auf Basis der derzeitigen Pflegelandschaft in Salzburg fortgeschrieben. Die Gegenüberstellung von prognostiziertem Personalangebot und -bedarf kann einen Überschuss oder Mangel im Personalstand aufzeigen.

Für die akutstationäre Versorgung stehen in Salzburg elf Einrichtungen (zehn Fonds-krankenanstalten und ein Unfallkrankenhaus) zur Verfügung, alle elf beteiligten sich an der Erhebung. Alle neun Rehabilitationszentren und sechs von den zehn in Salzburg betriebenen Privatkrankeanstalten und eine sonstige Einrichtung nahmen ebenfalls teil und repräsentieren damit den stationären Reha-Bereich. Bezogen auf die 4.972 tatsächlichen Betten, die in Salzburg insgesamt zur Verfügung stehen, wurden mit der Erhebung 4.770 oder rund 96 Prozent erfasst.

Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs stehen der Salzburger Bevölkerung landesweit und flächendeckend zur Verfügung. Das Angebot beinhaltet zum Erhebungszeitpunkt 73 Seniorenpflegeheime, 17 Tageszentren und 14 private Organisationen, die Hauskrankenpflege anbieten. Bezogen auf alle Pflegepersonen in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs wurden mit der Ist-Stand-Erhebung rund 90 Prozent erfasst.

Der in den Prognosen bis zum Jahr 2020 ausgewiesene Mehr- bzw. Zusatzbedarf an Pflegepersonal für Salzburg erscheint mit den vorgeschlagenen Maßnahmen(paketen) bewältigbar. Unabdingbar für das Gelingen sind die Kooperation und Koordination zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Die Gefahr besteht darin, zwischen Gesundheits- und Sozialbereich eine Konkurrenzsituation um das Pflegepersonal entstehen zu lassen. Die Chance darin, in einer gemeinsamen Vorgehensweise den Pflegeberuf und die Arbeitsbedingungen der Pflege in Salzburg attraktiv zu gestalten.

## 2 Prognoseergebnisse

In den **Krankenanstalten des Landes Salzburg** waren im Jahr 2010 insgesamt 4.478 Personen (Köpfe) bzw. 3.712 Vollzeitäquivalente (VZÄ) beschäftigt. 87 Prozent bzw. 3.886 Köpfe stellt das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP), 13 Prozent (592 Köpfe) sind Pflegehelfer/innen (PH).

Im Jahr 2020 werden **599 Pflegepersonen fehlen** (535 DGKP, 64 PH). Das entspricht einem Defizit von rund 13 Prozent. Ausschlaggebend dafür sind in erster Linie der steigende Bedarf und der Verlust des Personals hauptsächlich durch Pensionierungen.

Die **Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs** im Land Salzburg beschäftigen insgesamt 2.881 Personen (Köpfe) bzw. 2.094 VZÄ, davon sind 62 Prozent (1.790 Köpfe) PH und 38 Prozent (1.091 Köpfe) DGKP.

Im Jahr 2020 werden **311 Pflegepersonen fehlen** (93 DGKP, 218 PH). Hier kommt es zu einem Defizit von rund 10 Prozent auf Grund derselben Fakten wie im Gesundheitsbereich.

Die Mitarbeiterstruktur in den untersuchten Einrichtungen zeigt im Vergleich zwischen Gesundheits- und Sozialbereich im Land Salzburg ein sehr ausgeglichenes Bild (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Auslastung usw.). Einzig auffälliger Unterschied zwischen Gesundheits- und Sozialbereich ist das Verhältnis DGKP zu PH.

Sowohl beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als auch bei der Pflegehilfe sind die Berufsangehörigen zu 85 Prozent weiblich und zu 15 Prozent männlich.

Insgesamt werden in Salzburg im Jahr 2020 laut angewandter Modellrechnung **910 Pflegepersonen** oder rund 12 Prozent des Pflegepersonals **fehlen**, davon rund 626 DGKP und rund 282 PH. Entsprechend der unterschiedlichen Personalzusammensetzung wird der Mangel an DGKP im Gesundheits- und der Mangel an PH im Sozialbereich schlagend. *(Anmerkung: In der Modellrechnung wird von einem konstanten faktischen Pensionierungsalter von rund 58 Jahren bis zum Jahr 2020 ausgegangen. Es ist nicht auszuschließen, dass das faktische Pensionierungsalter in den nächsten Jahren angehoben wird.)*

Um dem prognostizierten Personalmangel entgegenzuwirken, wurden zwei Empfehlungen erarbeitet, die sich aus mehreren Maßnahmen(paketen) zusammensetzen (vgl. Tabelle 2.1). Obwohl die Maßnahmen beider Empfehlungen theoretisch umgesetzt

werden könnten, wird die Verwirklichung der Vorschläge aus der zweiten Empfehlung als unwahrscheinlich eingestuft.

Tabelle 2.1:  
Empfehlungen, die dem prognostizierten Personalmangel entgegenwirken

Empfehlung	Maßnahmen(pakete)	Ausmaß
1, Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl	Stärkere Personalbindung und Anwerbung	Bei gleichbleibender geografischer Zuwanderung muss die geografische Abwanderung im Krankenanstaltenbereich bei AGuKP um 50 Prozent, bei KJP, PsP und PH um 25 Prozent reduziert werden.
		Die Abwanderung in einen anderen Beruf muss in Krankenanstalten bei allen Gruppen um 20 Prozent, im Sozialbereich um 10 Prozent reduziert werden.
	Höhere Absolventenzahl	Die Absolventenzahl muss ab 2016 jährlich bei AGuKP um 20 Prozent, bei PH um 5 Prozent erhöht werden.
2, Mix aus verstärkter Personalbindung und Anwerbung	Verstärkte Personalbindung und Anwerbung	Bei gleichbleibender geografischer Zuwanderung muss die geografische Abwanderung im Krankenanstaltenbereich bei allen Gruppen um 50 Prozent, im Sozialbereich um 20 Prozent reduziert werden.
		Die Abwanderung in einen anderen Beruf muss in Krankenanstalten bei DGKP um 40 Prozent, bei PH um 30 Prozent reduziert werden. Im Sozialbereich muss die Abwanderung bei allen Gruppen um rund 20 Prozent reduziert werden.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

## 3 Maßnahmenplanung

Auf Basis der von der GÖ FP vorgeschlagenen Maßnahmenpalette (Rottenhofer et al. 2012; Zsifkovits et al. 2012) entschied sich der Auftraggeber für die Empfehlung 1. Er geht davon aus, dass das Erhöhen der Absolventenzahl mit kurzfristigen Maßnahmen zu erreichen ist und andere Maßnahmen zwar kurzfristig einzuleiten sind, aber erst mittel- bis langfristig wirksam werden. Folgende Leitziele waren und sind für die Planung und Umsetzung der Maßnahmen(pakete) richtungsweisend.

### **Leitziele:**

- » Ausbildungsplätze und die Ausbildungsqualität erhöhen
- » Attraktivität des Pflegeberufs steigern
- » Personalbindung erhöhen
- » Effizienz der Gesundheits- und Pflegeversorgung durch kompetenzorientierte Analysen und darauf aufbauende Um- bzw. Neugestaltung des (Pflege-)Personaleinsatzes steigern

Um alle grundsätzlich ineinandergreifenden und sich aufeinander auswirkenden Maßnahmen(pakete) übersichtlich darstellen und beschreiben zu können, werden sie je nach Ausrichtung den Handlungsfeldern Personalanwerbung, Ausbildung und Personalbindung (inkl. Effizienzsteigerung) zugeordnet.

### 3.1 Handlungsfeld Personalanwerbung

#### **Ausgangssituation** (kurz gefasst):

Die Pflege gilt als wertvoller und zukunftssicherer Beruf, dennoch ist der konkrete Wunsch, den Beruf auszuüben, ausgesprochen gering ausgeprägt (Austrian Nurse Directors Association / Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2010; Bomball et al. 2010; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2012; Kemetmüller et al. 2005). Um (junge) Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, gilt es deshalb, Interessenten und Interessentinnen möglichst praxisnahe Einblicke zu vermitteln und den Einstieg in den Pflegeberuf bzw. die Ausbildung zu erleichtern.

## **Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen:**

### *Unterstützung von Initiativen, die die Pflege sichtbar und populärer machen*

Initiativen, die (bereits) den Pflegeberuf öffentlich sichtbar machen (z. B. Salzburger Pflageetage, [www.pflege-salzburg.at](http://www.pflege-salzburg.at), „Junge Pflege“ etc.), sollen unterstützt und gefördert werden. Dabei gilt es, Vernetzung und Kooperation von Einrichtungen des Gesundheits- und des Sozialwesens zu gewährleisten. Die Pflege von alten Menschen sollte speziell hervorgehoben positioniert werden. Leistungen und Leistungsträger/innen der Pflege sollten für die Bevölkerung (z. B. auf Homepages, in Berichten) wahrnehmbar gemacht werden.

### *Aufsuchende Berufsberatung*

Persönliche Kontakte sind im Zuge der Berufswahl von großer Bedeutung (Bomball et al. 2010; Buresh/Gordon 2006; Lachmayr 2012). „Pflege-Botschafter/innen“ sollten aufsuchend realistische Informationen (prägende Geschichten, Verantwortung und Folgen pflegerischen Handelns etc.) und ihre „Leidenschaft“ Schülern und Schülerinnen allgemeinbildender und berufsbildender Schulen vermitteln. Als Voraussetzung dafür sind die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens mit Schulen sowie mit Institutionen der Berufsberatung zu vernetzen und es sind dafür besonders geeignete Pflegepersonen (als „Role Models“) auszuwählen und auf diese Aufgabe vorzubereiten.

### *Berufs-Orientierungspraktika*

Weniger die primäre Wahrnehmung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten, sondern erst das Erleben von zwischenmenschlichen Beziehungen macht die konkreten Tätigkeiten in der Pflege und Sozialbetreuung sinnstiftend. Dafür braucht es Zeit d. h. in diesem Fall längere Praktikumsmöglichkeiten, die in den Alltag und das Originäre der Pflege einführen bzw. ausreichend Einblick ermöglichen. Stunden- oder tageweise Kontakte mit dem Pflegealltag bzw. Schnupperpraktika reichen dazu nicht aus, sie sind dafür ungenügend und eher kontraproduktiv. Für längere Praktika sind eine unkomplizierte Administration und die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Praktikanten und Praktikantinnen dafür allerdings Voraussetzung. Entsprechende Regelungen diesbezüglich sind anzustreben.

### *Kurzfristige wirksame und transparent geregelte Übergangslösungen für erleichterte Zugangswege in die Pflege und entsprechende Anreize, die dafür zu schaffen sind*

Mit der Einrichtung der Implacementstiftung Pflege gibt es in Salzburg bereits ein Instrument der Unterstützung, das weitergeführt werden sollte. Zukünftig soll zusätz-

lich ein eigenes Instrument für Berufsumsteiger/innen entsprechend den Beschlüssen der Landeshauptleute- und Landessozialreferentenkonferenz geschaffen werden mit dem Ziel, neben den Ausbildungskosten Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhaltes zur Verfügung zu stellen (z. B. analog der Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes / DLU). Das Ausbildungsentgelt für Krankenpflegeschüler/innen („Taschengeld“) sollte konkurrenzfähig gegenüber dem Ausbildungsentgelt in anderen Berufen sein. Im Rahmen der Erwachsenenbildung ist entweder für eine Kompensation des Verdienstentganges während der Ausbildung zu sorgen oder sind berufsbegleitende Ausbildungen vermehrt anzubieten. Professionelle Entwicklungsperspektiven sollten geboten werden. Insbesondere ist hierbei an das Ermöglichen von Fachkarrieren für Pflegehelferinnen und -helfer zu denken. Analog den Reformansätzen zur Diplompflegeausbildung (vgl. Rappold et al. 2011) sollte es auch für Pflegehelfer/innen die Möglichkeit einer Kompetenzerweiterung durch eine GuKG-Ausbildungsreform geben. Eine solche Kompetenzerweiterung soll bei einer eventuellen Aufschulung auf das Diplom angerechnet werden.

## 3.2 Handlungsfeld Ausbildung

### **Ausgangssituation** (kurz gefasst):

Die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe schneidet im Rahmen der GuKG-Evaluierung wesentlich schlechter ab als die theoretische. Es bestehen Defizite in der Ausbildung bei Themen wie Delegation und fachlicher Supervision, bei der Zielgruppenorientierung (u. a. chronische, demenzielle und gerontopsychiatrische Erkrankungen, Migrantinnen/Migranten und multikulturelle Orientierung, Menschen mit Behinderungen), im medizinischen Bereich und bei der Bewältigung gehobener Aufgaben (u. a. Pflegediagnostik). Trotz umfassenden Kompetenzzuwachses seit dem KrpflG 1961 ist gemäß GuKG 1997 die Ausbildung zur DGKP im Wesentlichen gleich geblieben, insbesondere die Verortung im Bildungssystem (Rappold et al. 2011; Rottenhofer et al. 2009). Auf EU-Ebene wird die Anhebung der Zugangsvoraussetzung bei Diplompflegeausbildungen von zehn auf zwölf Jahre ins Auge gefasst (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Für Österreich muss die Konkurrenzfähigkeit der Pflegeausbildungen (insbesondere zur DGKP) im Kanon der berufsbildenden Ausbildungen bezweifelt werden. Einerseits aufgrund des steigenden Konkurrenzdruckes am Bildungsmarkt sowie des fehlenden Lückenschlusses zur Pflichtschule (Rappold et al. 2011; Rottenhofer et al. 2009). Andererseits aus Attraktivitäts- und Imagegründen bezüglich Ausbildung und Berufstätigkeit (Austrian Nurse Directors Association / Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2010; Bomball et al. 2010; Schwaiger 2010; Stabentheiner 2011). Darüber hinaus wird für die nächsten Jahrzehnte – aufgrund der demografischen Entwicklung – ein nicht

unbedeutender Mehr- und Zusatzbedarf an Pflegekräften prognostiziert (Ruedin/Weaver 2009; Zsifkovits et al. 2012).

**Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen:**

*Aufstockung der Anzahl an Ausbildungsplätzen*

Die Absolventenzahl muss ab dem Jahr 2016 bei der AGuKP um rund 20 Prozent und bei der PH um rund 10 Prozent erhöht werden. Um die höheren Absolventenzahlen zeitgerecht zu erreichen, müssen die Ausbildungsplätze ab dem Jahr 2013 aufgestockt werden. Mit der Aufstockung der Ausbildungsplätze muss auch eine Aufstockung des Lehrpersonals einhergehen.

Tabelle 3.1 zeigt eine Prognose künftiger Schüler- und Absolventenzahlen auf Basis von Vergangenheitswerten. Diese Prognose soll zur Abschätzung der Größenordnung dienen, kann aber nicht als genaue Vorgabe verstanden werden. Die Einschätzung dieser Größen muss auf jeden Fall von den Verantwortlichen der Bildungseinrichtungen in Zusammenarbeit mit dem Land erfolgen. Um die gewünschten Absolventenzahlen für das Jahr 2016 zu erreichen, muss bei einer Drop-out-Rate von rund 13 Prozent im ersten und wenigen Abbrüchen in den Folgejahren die Schülerzahl pro Jahrgang (PH und DGKP) ab dem Jahr 2013 rund 470 betragen. Das fix angestellte Lehrpersonal muss – bei Beibehaltung des Verhältnisses von angestellten Lehrkräften zu Honorarkräften – ab dem Jahr 2013 von derzeit 83 (ohne Lehrkraft in Elternkarenz) auf 94 Lehrkräfte aufgestockt werden.

Tabelle 3.1:

Prognose der Schüler-, Absolventenzahlen und des Bedarfs an Lehrpersonal

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Schüler/innen pro Jahrgang</b>								
DGKP	250	250	250	250	250	250	250	250
AGuKP	206	206	206	206	206	206	206	206
PsP	20	20	20	20	20	20	20	20
KiJP	24	24	24	24	24	24	24	24
PH	195	195	220	220	220	220	220	220
Gesamt	445	445	470	470	470	470	470	470
<b>Lehrpersonal</b>								
	94	94	94	94	94	94	94	94
<b>Absolventenzahl</b>								
DGKP	177	177	177	206	206	206	211	221
AGuKP	146	146	146	175	175	175	180	190
PsP	14	14	14	14	14	14	14	14
KiJP	17	17	17	17	17	17	17	17
PH*	171	171	171	192	192	192	192	192
Gesamt	348	348	348	398	398	398	403	413

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

AGuKP = Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Allgemeine Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger

PsP = Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger

KiJP = Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. diplomierte Kinderkranken-schwester und -pfleger

PH = Pflegehilfe bzw. Pflegehelfer/innen und Sozialbetreuer/innen mit Pflegehilfe mit Pflegehilfequalifikation

\*Nicht alle Absolventen der SOB-Schulen werden in den für das Projekt definierten Einrichtungen tätig.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

*Ausbildung von zusätzlichen Gesundheits- und Krankenpflegelehrerinnen und -lehrern*

Die Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege wird berufsbegleitend im Rahmen eines Hochschullehrganges angeboten. Der nächste Universitätslehrgang für Lehrerinnen und Lehrer in Gesundheits- und Pflegeberufen (Master of Health Professional Education) wird in Salzburg erst voraussichtlich im Frühjahr 2015 beginnen. Aufgrund des Zusatzbedarfs an Lehrerinnen und Lehrern müsste der Beginn der nächsten Ausbildung allerdings schon für das Jahr 2013 anvisiert werden. Ist das nicht möglich bzw. in Ergänzung dazu könnte der Weg über die individuelle Gleichhaltung (GuKG, 1997 idGF § 65b) von einschlägigen Studiengängen diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beschritten werden. Das heißt, dass in Erfahrung gebracht werden muss, welche Pflegepersonen im Gesund-

heits- und Sozialbereich dafür in Frage kämen und aktiv für die Lehrtätigkeit angeworben werden müssten. Darüber hinaus sollten nicht nur DGKP angesprochen werden, die ein einschlägiges Studium absolviert haben, sondern auch Lehrerinnen und Lehrer die bereits eine Sonderausbildung abgeschlossen haben, jedoch nicht mehr als Lehrkraft tätig sind. Als potenzielle Lehrkraft auch in Frage kommen Lehrerinnen und Lehrer, die gem. § 109 GuKG vor 1. 1. 1997 bereits als Lehrerin/Lehrer tätig waren und daher keine Sonderausbildung für Lehraufgaben benötigen. Das heißt, der Zusatzbedarf kann mit bereits ausgebildeten inaktiven Lehrkräften, mit Lehrkräften, die ein einschlägiges Studium absolviert haben und um Gleichhaltung ansuchen, oder solchen, die in die Übergangsregelung nach § 109 GuKG hineinfallen, abgedeckt werden.

#### *Mindeststandards für Bewerber/innen und koordiniertes Aufnahmeassessment*

Um einheitliche (Mindest-)Standards für die Aufnahme, vor allem für den gehobenen Dienst in Gesundheits- und Krankenpflege (Ausbildung zum Diplom) zu schaffen, soll ein landesweit koordiniertes Aufnahmeassessment entwickelt und eingeführt werden. In Zukunft sollen zielsichere Aufnahmen durch die Verwendung einheitlicher Kriterien möglich sein. Unterscheidungen hinsichtlich u. a. Alter, Berufstätigkeit, Wohnsitz sind denkbar.

#### *Dritter Lernort für Sozialbetreuungsberufeschulen und Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Krankenanstalten und Seniorenpflegeheimen*

Praxisnahes Lernen und Trainieren sollen durch die Einführung des sogenannten dritten Lernortes (Skillslab, Praxiswerkstatt etc.), neben dem ersten (Schule) und dem zweiten (Praxis), optimal ergänzt werden. Dieser dritte Lernort soll Schülern und Studierenden, aber auch z. B. Wiedereinsteigerinnen und -steigern der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Sozialbetreuungsberufe zur Verfügung stehen. Je nach Schwerpunktsetzung kann dieser dritte Lernort entweder mit u. a. (anatomischen) Modellen, medizinsich-pflegerischen Geräten und Pflegeutensilien ausgestattet oder aber eher auf Simulationsverfahren mit und ohne Zielgruppenkontakt (Patienten, Bewohner) ausgerichtet sein. Es können motorische, kommunikative und kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten in verschiedenen Lernarrangements praxisnah ausgebildet, trainiert und evaluiert werden. Didaktisch vorbereitete und durchgeführte Fertigkeitentrainings und Simulationsverfahren sichern den Transfer des in der Schule Gelernten in den realen Kontext (d. h. Seniorenpflegeheim, Krankenhaus) und heben die Qualität der praktischen Ausbildung. Durch das Etablieren von u. a. Skillslabs in Krankenhäusern (z. B. in GuK-Schulen) und Seniorenpflegeheimen kann nicht nur der Theorie-Praxis-Transfer gesichert, die Patienten-/Bewohnerinnensicherheit gewährleistet und die Qualität der praktischen Ausbildung gehoben, sondern auch positiver Einfluss auf das Image der Ausbildung, die Einrichtung und den Beruf insgesamt genommen werden.

### *Lückenschluss mit fachspezifischen (human- oder sozialberuflichen) Schulen im Regelschulwesen forcieren*

Da derzeit eine Pflegeausbildung frühestens entweder nach erfolgreich beendeter zehnter Schulstufe (gehobener Dienst) oder mit dem 17. Lebensjahr (Pflegehilfe) begonnen werden kann, sind interessierte Absolventen/Absolventinnen fachspezifischer Pflichtschulen gezwungen, entweder eine andere Berufs-/Ausbildungswahl zu treffen oder eine Fachschule zu besuchen, die keine Anrechnungsmöglichkeiten für die Pflegehilfeausbildung bietet (vgl. Rappold et al. 2011). Um die fachlichen Weichen in einen Pflegeberuf frühzeitig zu stellen, ist es daher notwendig, den Lückenschluss mit fachspezifischen (human- oder sozialberuflichen) Schulen zu forcieren. In diesem Zusammenhang ist allerdings sicherzustellen, dass pflegespezifische Inhalte von Gesundheits- und Krankenpflegelehrern/-lehrerinnen unterrichtet werden. Die Maßnahmenempfehlung in diesem Zusammenhang beschränkt sich auf das Einbringen dieses Ansinnens in diesbezügliche Entwicklungsarbeiten (in Gremien und Plattformen) auf Landes- und Bundesebene.

## 3.3 Handlungsfeld Personalbindung

### **Ausgangssituation** (kurz gefasst):

Neuere Studien (Löffler 2011; Statistik Austria 2012; Them 2007a; Them 2007b; Zsifkovits et al. 2012) widerlegen die kolportiert kurze Verweildauer in den Pflegeberufen, dafür weisen Pflegepersonalbedarfsprognosen (Rottenhofer et al. 2012; Ruedin/Weaver 2009; Zsifkovits et al. 2012) hauptsächlich bedingt durch die Pensionierungswelle(n) der „Babyboomer“generation, für die nächsten Jahrzehnte einen ins Gewicht fallenden Zusatzbedarf an Pflegekräften aus. Die demografische Alterung betrifft also auch die Pflegekräfte selbst. Durch die sinkende Fertilitätsrate und die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufs in Österreich ist mit vermehrtem Pflege-Nachwuchs nur bedingt zu rechnen. Darüber hinaus ist für den ohnehin mit schweren Belastungen verknüpften Pflegeberuf (z. B. Bobens et al. 2011) im letzten Jahrzehnt, durch die sinkende Verweildauer in den Krankenanstalten, eine Intensivierung der Arbeitslast bzw. eine Arbeitsverdichtung feststellbar (Rottenhofer et al. 2009; Winkler et al. 2006). Damit Menschen im Pflegeberuf (gesund) alt werden können, die Berufsverweildauer noch erhöht werden kann und Pflegepersonen nicht in andere Berufe abwandern, gilt es, Maßnahmen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu setzen.

## **Folgende Maßnahmen sind zu ergreifen:**

### *Strategieentwicklung zur systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen*

Einzelmaßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sollten jedenfalls Partizipation und Individualität bei der Dienstplannerstellung, betriebliche Gesundheitsförderung und die Entwicklung altersgerechter Rollen (Entlastung einerseits, Nutzen der Berufs- und Lebenserfahrung andererseits) anvisieren (Berger/Zimber 2004; Bobens et al. 2011; Freiling 2009; Gröning et al. 2009; Hayes et al. 2010; Krajic et al. 2003; Wiskow et al. 2010). Als nachhaltige und systematische Strategie sollten die Erkenntnisse der Magnetkrankenhaus-Studien für alle Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Land Salzburg interpretiert und umgesetzt werden. Magnet-Organisationen sind u. a. durch flache Hierarchien, Interdisziplinarität, starke Pflegeführung sowie Möglichkeiten beruflicher Entwicklung charakterisiert und erweisen sich als besonders erfolgreich in der „Anziehung“ und im Halten von Pflegepersonal (Aiken et al. 2008; Buchan 1999; Gattig 2009; Upenieks 2005; Wagner 2010). Die Eigenschaften von Magnet-Organisationen können als „Checkliste“ für Organisationsdiagnose und Zielerreichung dienen (vgl. Rottenhofer et al. 2012; Zsifkovits et al. 2012). Im Rahmen einer landesweiten Strategie ist die Vernetzung der Einrichtungen und vor allem der Führungskräfte (aller Ebenen) anzustreben.

### *Flexibilisierung in der Leistungserbringung zwischen intra- und extramuralen Pflegeangeboten/-einrichtungen im Sozialbereich*

Im Sozialbereich sollten Pflegepersonen Pflege- und Betreuungsleistungen sowohl im Seniorenpflegeheim als auch in der Hauskrankenpflege oder in Tageszentren erbringen können. Eine solche Flexibilisierung der Leistungserbringung bringt größere Abwechslung im Arbeitsalltag mit sich (z. B. Wechsel von palliativer und kurativer Pflege), eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung, Phasen höherer Selbständigkeit und ermöglicht ganzheitliche, lebensweltlich und im sozialen Netz der Patienten/Patientinnen verankerte Pflege - und Betreuungsverläufe. Vorteile für Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen ergeben sich aus einer verbesserten Kontinuität in Pflege und Betreuung über Naht- bzw. Schnittstellen hinweg. Eine solche flexibilisierte Leistungserbringung kann durch Vernetzung unterschiedlicher Einrichtungen/Träger erfolgen oder über Einrichtungen/Träger, die sowohl stationäre als auch ambulante Pflege anbieten.

### *Investition(en) in die Qualität/Kompetenz der unteren/mittleren Führungsebene*

Stationsschwestern/-pfleger, Oberschwester/-pfleger, Bereichsleiter/innen sind Schlüsselkräfte zwischen den höheren Managementebenen und der konkreten Arbeit

im Team. Mit der Führung „steht und fällt die Lern- und Motivationskultur“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2012, 13). Die Besetzung von Stationsleitungen sollte auf Basis möglichst anforderungsgerechter Qualifikationen erfolgen, die in den Strukturqualitätskriterien (ÖSG, RSG) sowie gesetzlich verankert sind. Darüber hinaus ist insbesondere die *fachliche* Leadershipfunktion der unteren und mittleren Führungsebene auszubauen.

#### *Leistungen der Pflege nach „innen“ sichtbar machen und Kultur der Wertschätzung erhalten bzw. schaffen*

Die Wahrnehmung und Anerkennung der Wirksamkeit des eigenen Handelns sind bedeutsam für Motivation und Berufszufriedenheit. Die Wirkungen pflegerischen Handelns sind dabei oft nicht nur nach „außen“, sondern auch für Pflegekräfte selbst nicht ausreichend sichtbar (Büssing/Glaser 2001; Kumbruck et al. 2011). Deshalb sollten im Rahmen des pflegerischen Qualitätsmanagements Bemühungen zum Thema Pflege-Ergebnisindikatoren (verstärkt) angestellt werden. Hier sollte der Akzent nicht auf negative Ergebnisse, sondern auf die Wirksamkeit des Tuns sowie auf Ergebnis- und Qualitätsorientierung in der Arbeit gesetzt werden. Solche Maßnahmen des pflegerischen Qualitätsmanagements sind jedenfalls in den Rahmen der Entwicklung oder der Erhaltung einer Kultur der Wertschätzung zu stellen, da das Ethos fürsorglicher, wertschätzender Praxis das Herz jeglicher Pflege- und Betreuungskultur darstellt (Käppeli 2005; Kohlen 2008; Krobath/Heller 2010; Wettreck 2001). Die Anerkennung der Leistungen von Pflegepersonen ist insbesondere in gesellschaftlich marginalisierten Bereichen wie der Langzeitpflege und der Sorge um alte Menschen unabdingbar (Colombo et al. 2011; Duisberg/Wappenschmidt-Krommus 2012; Moseley et al. 2008; Schnabl 2005).

#### *Unterstützung der Einrichtungen bei der bedarfs- und kompetenzorientierten Modifikation des Skill- und Grade-Mix*

Internationale Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Pflegekapazität (Anzahl und Zusammensetzung des Pflegepersonals pro Patient oder Station/Einheit oder Krankenhaus) und Ergebnisqualität hin. Belegt wird dies derzeit anhand der Zielgrößen Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall, Verweildauer der Patienten und Auftreten von Pneumonien/Lungenentzündungen (vgl. z. B. Aiken 2011; Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2006). Demgegenüber ist bekannt, dass Pflegepersonen aus unterschiedlichen Gründen ihre Kompetenzen (Befugnisse) einerseits überschreiten (Pflegehilfen), und andererseits dazu neigen, einfache und weniger komplexe Aufgaben/Tätigkeiten zu übernehmen (diplomierte Pflegekräfte) (vgl. Winkler et al. 2006). Der zunehmende Kostendruck im Gesundheits- und Sozialwesen führt dazu, dass die Einrichtungen (u. a. Krankenanstalten) Skill- und Grade-Mix-Projekte, mit dem Ziel der Effizienzsteigerung in der Leistungserbringung,

aufsetzen. In diesen Projekten soll auf Basis von kompetenzorientierten Aufgaben- und Tätigkeitsanalysen (über alle Berufsgruppen hinweg) herausgefunden werden, welche Aufgaben/Tätigkeiten

- » an andere Berufsgruppen übertragbar sind (u. a. ärztliche Aufgaben/Tätigkeiten an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Tätigkeiten/Aufgaben des gehobenen Dienstes an die Pflegehilfe);
- » welche Berufsgruppen – vor dem Hintergrund des jeweiligen Bedarfes – durch anders ausgebildete ersetzt werden können (u. a. Pflegepersonen durch Alltagsbetreuer/innen im Hausgemeinschaftsmodell oder durch Servicekräfte bei der Essensvergabe);
- » das Einführen eines neuen Typus von Beschäftigten erfordert, wie z. B. wissenschaftlich qualifizierte Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten in Form der (international bereits etablierten) „Advanced Nurse Practitioners“ für z. B. COPD oder Diabetes. Voraussetzung dafür sind Befugnisserweiterungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (GuKG 1997, idgF § 15), die über die derzeitige Regelung hinausgehen. Entscheidend ist, dass dieser neue Typus von Pflegepersonen in der direkten Versorgung der jeweiligen Zielgruppen (Patienten/Patientinnen, Familien etc.) zum Einsatz kommt und
- » im Sinne der Rollenerweiterung übernommen werden können (z. B. von der Hauskrankenpflege zur Familiengesundheitspflege).

Zu beachten ist, dass nicht nur einzelne (unzusammenhängende) Tätigkeiten hin oder her verschoben werden, sondern sinnvolle, ganzheitliche Arbeitsfelder durch die jeweils angemessene Expertise ausgefüllt werden. Nachdem Projekte dieser Art alle auf Mikroebene (Stations-, Abteilungs- und Organisationsebene) ansetzen und auch ansetzen sollen, wäre eine Vernetzung auf Landesebene (Mesoebene) sinnvoll, um einerseits Synergieeffekte zu erzielen, und andererseits eine pflegesensitive Datenbasis zu schaffen, die langfristig eine Beurteilung der Ergebnisqualität möglich macht. Für den Sozialbereich kann der Skill- und Grade-Mix durch das Hausgemeinschaftsmodell verbessert werden. Es werden Tätigkeitsfelder verschoben und dadurch eine Entlastung des Pflegepersonals herbeigeführt. Durch diese Organisationsform der stationären Pflege wird bei gleichzeitiger Entlastung der Pflegepersonen durch den Einsatz von Alltagsmanager/innen für die Pflegebedürftigen eine höhere Lebensqualität im Alltag erzielt und es werden die knappen Personalressourcen der Pflege gezielter eingesetzt.

## 3.4 Maßnahmenkatalog

Der Maßnahmenkatalog für Salzburg ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst und anhand der Eckpunkte Handlungsfeld, Maßnahme, Zielsetzung, mögliche Umsetzungspartner und Koordination dargestellt (vgl. Tabelle 3.2). Die Maßnahmen sind

dabei als Umsetzungsvorschläge zu sehen, die budgetäre und inhaltliche Rahmenbedingungen voraussetzen sowie einer politischen Entscheidung bedürfen.

Tabelle 3.2:  
Planung des Maßnahmenpakets gemäß dem gewählten Szenario

Handlungsfeld	Maßnahme(n)	Ziel	Mögliche Umsetzungspartner	Mögliche Koordination <sup>1</sup>
Personal- anwerbung zur Steigerung der Anzahl an Berufseinsteigerin- nen/-einstiegern	Unterstützung von Initiativen, die die Pflege sichtbar und populärer machen (Öffentlichkeitsarbeit): – Bestehende Initiativen unterstützen – Neue Initiativen setzen – Vernetzung/Kooperation Gesund- heit-Soziales	Pflege in der Öffentlichkeit sichtbar machen	Land Salzburg (Gesundheit, Soziales) Bestehende Initiativen Berufsberatungsinstitutionen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs Ausbildungseinrichtungen Schülervertretungen Berufs- und Interessenvertretungen [...]	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales
	Aufsuchende Berufsberatung: – „Pflege- Botschafterinnen/Botschafter“ aus- wählen und vorbereiten – Vernetzung Gesundheit- und Sozialwesen mit Regelschulwesen und Berufsberatung	Realitätsnahe Information vermitteln	Land Salzburg (Gesundheit, Soziales, Bildung) Engagierte Pflegepersonen Pflegedienstleitungen Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Vertreter/innen der Schulen (GuK, SOB, Regelschulwesen) Berufs- und Interessenvertretungen AMS Berufsberatungsinstitutionen [...]	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales
	Berufsorientierungspraktika: – Einrichtungen gewinnen – Administration und sozialversiche- rungsrechtliche Absicherung klären	Realitätsnahe Einblicke ermöglichen / Einstieg in den Pflegeberuf erleichtern	Land Salzburg Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Berufsberatungsinstitutionen Allgemeinbildende und berufsbildende Schulen Sozialversicherung [...]	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales

Fortsetzung nächste Seite

<sup>1</sup>

„Koordination“ ist von „Umsetzung“ zu unterscheiden. Umsetzung und Ergebnisverantwortung liegen bei denjenigen, die das Ergebnis herbeiführen können.

Handlungsfeld	Maßnahme(n)	Ziel	Mögliche Umsetzungspartner	Koordination <sup>1</sup>
	<p>Erleichterte Zugangswege in die Pflege und entsprechende Anreize</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implacemestiftung weiterführen</li> <li>- Unterstützungsinstrument für Berufsumsteiger/innen: Ausbildungskosten und Bestreitung des Lebensunterhaltes</li> <li>- Konkurrenzfähiges Ausbildungsentgelt</li> <li>- Fachkarrieren für Pflegehilfen</li> </ul>	Einstieg in den Pflegeberuf erleichtern und berufliche Perspektiven bieten	<p>Land Salzburg (Gesundheit, Soziales) AMS Berufsberatungsinstitutionen Schulen (GuK, SOB) BMG BMASK [...]</p>	Land Salzburg: Abteilung Soziales
<b>Erhöhen der Absolventenzahlen</b>	Erhöhen der Ausbildungsplätze ab 2013 jährlich auf 250 (DGKP) und 220 (PH)	Rund 210 (DGKP) und 190 (PH) Absolventen/Absolventinnen pro Jahr.	<p>Land Salzburg (Gesundheit, Soziales, Finanzen) Schulen (GuK, SOB) Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen, die Praktikumsplätze anbieten Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) [...]</p>	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport
	Ausbildung/Gleichhaltung von zusätzlichen Gesundheits- und Krankenpflegelehrerinnen und -lehrern	2013 sind an Salzburgs GuK- und Sozialbetreuungsberufeschulen 11 zusätzliche GuK-Lehrer/innen beschäftigt	<p>Bildungszentrum SALK Paris-Lodron Universität Salzburg (Fachbereich Erziehungswissenschaft) Führungskräfte der Einrichtungen Schulen (GuK, SOB) [...]</p>	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport

Fortsetzung nächste Seite

<sup>1</sup>

„Koordination“ ist von „Umsetzung“ zu unterscheiden. Umsetzung und Ergebnisverantwortung liegen bei denjenigen, die das Ergebnis herbeiführen können.

Handlungsfeld	Maßnahme(n)	Ziel	Mögliche Umsetzungspartner	Koordination <sup>1</sup>
	<p>„Dritten Lernort“ im Gesundheits- und Sozialbereich schaffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Skillslabs in GuK-Schulen und Seniorenpflegeheimen</li> <li>– Praxiswerkstätten, Schulstationen in Krankenanstalten und Seniorenpflegeheimen</li> </ul> <p>Lückenschluss mit human- und sozialberuflichen Schulen im Regelschulwesen forcieren</p>	<p>Ausbildungsqualität durch Fertigkeitentraining und Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers heben</p> <p>Frühzeitige Weichenstellung für den Pflegeberuf</p>	<p>Schulen (GuK, SOB) Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Land Salzburg [...]</p> <p>Land Salzburg (Gesundheit, Soziales) BMG Bildungsressort (Bund, Land) [...]</p>	<p>Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales</p>
<b>Personalbindung</b> zur Reduktion der (beruflichen und geografischen) Abwanderung von Pflegepersonen	<p>Strategieentwicklung (inkl. Anreize) zur systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Partizipation</li> <li>– Altersgerechtes Arbeiten</li> <li>– Betriebliche Gesundheitsförderung</li> <li>– Strategie Magnet-Organisationen</li> </ul>	<p>Verweildauer im Pflegeberuf durch Steigerung der Berufszufriedenheit erhöhen</p>	<p>Land Salzburg (Gesundheit, Soziales) Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Berufs- und Interessenvertretungen Andere Berufsgruppen (v. a. Ärzte/Ärztinnen) Forschungseinrichtungen Fonds Gesundes Österreich [...]</p>	<p>Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales für den jeweils eigenen Bereich</p>
	<p>Flexibilisierung der Leistungserbringung zwischen SPH, TZ und HKP</p>	<p>Steigerung der Berufszufriedenheit und der Versorgungskontinuität</p>	<p>Land Salzburg (Soziales) Führungskräfte der Einrichtungen und Rechtsträger Kostenträger (u. a. Sozialversicherung) [...]</p>	<p>Land Salzburg: Abteilung Soziales</p>

Fortsetzung nächste Seite

<sup>1</sup>

„Koordination“ ist von „Umsetzung“ zu unterscheiden. Umsetzung und Ergebnisverantwortung liegen bei denjenigen, die das Ergebnis herbeiführen können.

Handlungsfeld	Maßnahme(n)	Ziel	Mögliche Umsetzungspartner	Koordination <sup>1</sup>
	Investition in die untere bis mittlere Führungsebene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anforderungsgerechte Auswahl von Führungskräften</li> <li>- Anforderungsgerechte Qualifikation</li> <li>- Verankerung in Strukturqualitätskriterien und Berufsrecht</li> <li>- Fokussierung auf fachliche Führung (fachliches Leadership)</li> </ul>	Führungsqualität zur Erhaltung und Förderung der Lern- und Motivationskultur sicherstellen	Land Salzburg (Gesundheit, Soziales) Bildungseinrichtungen (Uni, FH, Schulen etc.) Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Berufs- und Interessenvertretungen BMG	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales
	Leistungen nach innen sichtbar machen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisorientierung stärken</li> <li>- Pflegeergebnisqualität transparent machen</li> <li>- Kultur der Wertschätzung erhalten, entwickeln, fördern</li> </ul>	Motivation, Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen von Pflegepersonen erhöhen	Land Salzburg Führungskräfte und Rechtsträger der Einrichtungen Berufs- und Interessenvertretungen (auch anderer Berufsgruppen) [...]	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales
	Unterstützung der Einrichtungen bei der Modifikation des Skill- und Grade-Mix: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voraussetzungen für Pilotprojekte schaffen</li> <li>- Vernetzen</li> <li>- Pilotieren</li> </ul>	Bedarfs- und kompetenzgerechter Einsatz des Personals	Land Salzburg Führungskräfte und Rechtsträger Träger der Einrichtungen Berufs- und Interessenvertretungen (auch anderer Berufsgruppen) [...]	Land Salzburg: Abteilung Gesundheit und Sport und Abteilung Soziales

Quelle und Darstellung: GÖ FP

<sup>1</sup>

„Koordination“ ist von „Umsetzung“ zu unterscheiden. Umsetzung und Ergebnisverantwortung liegen bei denjenigen, die das Ergebnis herbeiführen können.

# Literatur

Aiken, Linda H. (2011): RN4CAST: Evidence from Europe and the U.S. for Improving Nurse Retention and Patient Outcomes. 28th ISQUA International Conference, Hong Kong 14th–17th September 2011

Aiken, Linda H.; Buchan, James; Ball, Jane; Rafferty, Anne Marie (2008): Transformative impact of Magnet designation: England case study. In: Journal of Clinical Nursing 17/24, 3330–3337

Austrian Nurse Directors Association / Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2010): Salzburger Pflageetage 2010. Dem Pflegepersonal-mangel in Österreich mit positivem Image begegnen! Mai 2010, Salzburg

Berger, G.; Zimber, A. (2004): Alter (n) sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Wege zur Stärkung der Arbeits (bewältigungs) fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/innen. Für die Entwicklungspartnerschaft des EQUAL Projektes "Dritt-Sektor Qualifizierung in der Altenhilfe", Kiel, Heidelberg

Bobens, Claudia; Brunner, Andrea; Bürg, Tanja Maria; Schmid, Tom; Troy, Christian-Diedo; Wagner, Anna (2011): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich und bei angestellten ÄrztInnen in NÖ. Im Auftrag von AK-Wien, AK-Niederösterreich, NÖ Ärztekammer. Teil 1: Endbericht. Wien

Bomball, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt, Svenja (2010): „Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten“ – Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Im Auftrag des Norddeutsche Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp), Abt. 3: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap). Universität Bremen, Bremen

Buchan, James (1999): Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. In: Journal of Advanced Nursing 30/1, 100–108

Büssing; Glaser (2001): Mitarbeiter- und Patientenorientierung in der Pflege als Teil des Qualitätsmanagements – Stand und Forschungsbedarf. In: Pflege 2001/14, 339–350

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit 91 747 II/A/2/2012. RL 2005/36/EG. Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung. Unveröffentlicht

Buresh, Bernice; Gordon, Suzanne (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegerinnen wie öffentlich kommunizieren müssen. Hg. v. March Britta/Zegelin Angelika/Büscher Andreas, Huber, Bern

Colombo, Francesca; Llena-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme; Tjadens, Frits (2011): Help wanted? Providing and Paying for Long-Term-Care. OECD Health Policy Studies OECD Publishing

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2012): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege. Berlin

Duisberg, Malte; Wappenschmidt-Krommus, Ellen (2012): Wertschöpfung durch Wertschätzung. Motivierte Pflegekräfte und hohe Identifikation. In: Management Pro Alter März/April 2012/40-44

Freiling, Thomas (2009): Älter werden in der Krankenhauspflege – Studienergebnisse zur Bedarfslage und Handlungsoptionen einer demografiefesten Personalpolitik. Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb), Nürnberg

Gattig, Julia (2009): „Magnetkrankenhäuser – Eine Strategie zur Umgehung des drohenden Pflegekräftenotstandes?!“. Hochschule Neubrandenburg. Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, Neubrandenburg

Gröning, Wolfgang; Kromark, Kathrin; Conrad, Nicole (2009): Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW, Hamburg

GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz). BGBl. I 108/1997 idgF 11.09.2012

Hayes, Bronwyn; Bonner, A. N. N.; Pryor, Julie (2010): Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. In: Journal of Nursing Management 18/7, 804-814

Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Arbeitspapier. IQWiG-Berichte 2006, Nr. 11. Köln

Käppeli, Silvia (2005): Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. In: Pflege 2005/18, 187-195

Kemetmüller, Eleonore; Fürstler, Gerhard; Gschwandtner, Gabriele; Kozon, Vlastimil; Peter, Martin; Koller, Frieda; Stummvoll-Wagner, Dagmar (Hg.) (2005): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Facultas. Wien

Kohlen, Helen; Kumbruck, Christel (2008): Helen Kohlen und Christel Kumbruck: Care- (Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). artec-paper Nr. 151 [Online]. artec – Forschungszentrum Nachhaltigkeit. Bremen. [http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper\\_151.pdf](http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_151.pdf) [Zugriff am 08. 03. 2012]

Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hrsg.) (2010): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild; Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Studien zur Pflege 3. LIT-Verlag, Münster

Lachmayr, Norbert (2012): Kriterien zur Berufswahl – eine exemplarische Übersicht [Online]. <http://www.oebf.at/db/calimero/tools/proxy.php?id=14691>

Löffler, Roland (2011): Verweildauer in Pflegeberufen in Tirol. Zusammenfassender Endbericht, im Auftrag der amg-tirol Arbeitsmarktförderungsgesellschaft m.b.H., öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung

Moseley, Amanda; Jeffers, Lesley; Paterson, Jan (2008): The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors which influence the retention and turnover of older nurses. In: Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession 30/1, 46–56

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; Aistleithner, Regina et al. (2011): Reformansätze für die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe in Österreich. Diskussionsgrundlage für die Konferenz „Wende in der Pflegeausbildung“ am 26. 09. 2011. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth; Schrems, Berta; Hlava, Anton; Link, Thomas (2009): Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Evaluierung Ausbildungsbereiche. Im

Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Rottenhofer, Ingrid; Zsifkovits, Johannes; Schuchter, Patrick (2012): Pflegepersonalprognose Salzburg Sozialbereich. Prognose des Pflegepersonalbedarfs in pflegebezogenen Einrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland Salzburg. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich / Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

Ruedin, Hélène Jaccard; Weaver, France (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Careum Working Paper, Careum und Obsan – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Zürich

Schnabl, Christa (2005): Gerecht Sorgen. Grundlagen einer sozialetischen Theorie der Fürsorge. Herder, Wien

Schwaiger, Karl (2010): Pflegepersonalmangel in Österreich mit positivem Image begegnen. In: Österreichische Pflegezeitschrift 06-07/10/7-7

Stabentheiner, Helga (2011): Zukunft – Pflege – Österreich. Mit positivem Pflege-Image und positiver Image-Pflege dem drohenden Mangel in der Pflegeversorgung in Österreich begegnen. Zukunftskonferenz – der Pflege eine Stimme geben, Salzburg 12. Mai 2011, PowerPoint

Statistik Austria (2012): Statistiken, Arbeitszeit, Teilzeit/Teilzeitquote [Online]. Statistik Austria.  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitszeit/teilzeitarbeit\\_teilzeitquote/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitszeit/teilzeitarbeit_teilzeitquote/index.html) [Zugriff am 19.4.2012]

Them, Karl-Heinz (2007a): Studie zum Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. Teil 1. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2007/2, 23-27

Them, Karl-Heinz (2007b): Studie zum Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. Teil 2. In: Österreichische Pflegezeitschrift 2007/3, 28-32

Upenieks, Valda (2005): Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. In: MEDSURG Nursing April, 21-29

Wagner, Franz (2010): Von Magnet-Krankenhäusern lernen. Personalmangel in der Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger 49/11,10, 60-62

Wettreck, Rainer (2001): "Am Bett ist alles anders ..." – Perspektiven professioneller Pflegeethik. LIT Verlag, Münster – Hamburg – London

Winkler, Petra; Rottenhofer, Ingrid; Pochobradsky, Elisabeth; Riess, Gabriele (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Wiskow, Christiane; Albrecht, Tit; de Pietro, Carlo (2010): Wie lässt sich ein attraktives und unterstützendes Arbeitsumfeld für Fachkräfte des Gesundheitswesens schaffen? Grundsatzpapier 15, WHO im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen

Zsifkovits, Johannes; Rappold, Elisabeth; Schuchter, Patrick; Rottenhofer, Ingrid (2012): Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheitsbereich. Prognose des Pflegepersonalbedarfs in den Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg. Unveröffentlicht, Gesundheit Österreich / Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

