

Pflegepersonalprognose Salzburg Sozialbereich

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung

Prognose des Pflegepersonalbedarfs in pflegebezogenen Einrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland 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

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

Kurzfassung

Der anhand unterschiedlicher Zahlen kolportierte Pflegekräftemangel, die erwartete Pensionierungswelle der "Babyboomergeneration" und insbesondere die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass in den nächsten Jahren mit einem starken Anstieg des Bedarfs an Pflegefachkräften im Gesundheits- und Sozialbereich zu rechnen ist.

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) quantifizierte im Auftrag des Landes Salzburg den künftigen Pflegepersonalbedarf nach Berufsgruppen für die Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland Salzburg. Zur Prognose erörtert die GÖ FP im Bericht Szenarien, die einen Personalmangel verhindern können. Die Ergebnisse sollen in der Entscheidungsfindung unterstützen und die Auswahl der notwendigen Maßnahmen erleichtern.

Ausgehend von einer systematischen Analyse des Pflegepersonalbestandes (Ist-Stand-Erhebung) in den Seniorenpflegeheimen, Einrichtungen der Hauskrankenpflege, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen wurde der Pflegepersonalbedarf prognostiziert. Es wurde ein Basisfall-Szenario gerechnet, das die gegenwärtigen Zahlen bis zum Jahr 2020 fortschreibt. Zwei Alternativ-Szenarien beschäftigen sich jeweils mit der Entwicklung bis zum Jahre 2020 unter Annahme bestimmter Maßnahmen.

Ergebnisse

Im Jahr 2020 werden im Land Salzburg 311 Pflegepersonen, davon 93 diplomierte Pflegekräfte und 218 Pflegehelfer/innen, fehlen. Das entspricht einem Defizit von rund 10 Prozent. Ausschlaggebend dafür sind hauptsächlich der permanent steigende Bedarf und der verstärkte Personalabgang durch Pensionierungen.

Empfehlungen

Dem zu erwartenden Pflegepersonaldefizit kann nur durch eine Kombination von Maßnahmen der Personalanwerbung und Personalbindung sowohl auf Landesebene als auch auf der Ebene der Einrichtungen begegnet werden. Im Rahmen einer Gesamtstrategie gilt es, Maßnahmen zur Schaffung konkurrenzfähiger Pflegeausbildungen, zur nachhaltigen Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs und der Arbeitsbedingungen sowie einer zielgruppenorientierten Öffentlichkeitsarbeit zu ergreifen und zu koordinieren.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	VI
Abkürzungen	IX
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
2 Projektbeschreibung	2
2.1 Projektgegenstand	2
2.2 Ziele	3
2.3 Organisationsstruktur und Aufgabenbeschreibung	3
2.4 Projektphasen	5
3 Beschreibung des Prognosemodells	8
3.1 Personalangebot	10
3.2 Personalbedarf	11
3.3 Pflegequalität und Auslastung des Pflegepersonals	12
4 Ergebnisse der Datenerhebung	13
4.1 Datenabdeckung	13
4.2 Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs	15
4.2.1 Entwicklung des Pflegepersonalbestandes	16
4.2.2 Pflegepersonal nach Ausbildungs- und Einrichtungsarten	16
4.2.3 Alter der Pflegepersonen	20
4.2.4 Herkunftsland der Pflegepersonen	21
4.2.5 Organisationszugehörigkeit und Berufsherkunft	26
4.2.6 Beschäftigungsstatus	28
4.2.7 Pensionierungen	29
4.2.8 Arbeitszeit	29
4.3 Schülerinnen/Schüler	31
5 Prognoseergebnisse	36
5.1 Einleitung	36
5.1.1 Basisfall-Szenario	36
5.1.2 Alternativ-Szenarien	40
5.1.3 Empfohlene Maßnahmen	42
5.1.4 Zusammenfassung der Modellierungsergebnisse	47
6 Empfehlungen	48
6.1 Zukünftiger Bedarf	48
6.2 Personalanwerbung	49
6.3 Ausbildung	51
6.4 Skill- und Grade-Mix	54
6.5 Personalbindung	58
6.6 Fazit und Ausblick	64
Literatur	65
Anhang	73

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Projektorganigramm.....	4
Abbildung 3.1:	Grafische Darstellung des Prognosemodells.....	9
Abbildung 3.2:	Berechnung des Personalangebots.....	10
Abbildung 4.1:	Personal gesamt nach Einrichtungsart.....	18
Abbildung 4.2:	Skill-Mix (DGKP und PH) nach Einrichtungsart.....	19
Abbildung 4.3:	Verteilung der Pflegepersonen nach Ausbildung in Altersgruppen	20
Abbildung 4.4:	Verteilung der Pflegepersonen nach Geschlecht in Altersgruppen	21
Abbildung 4.5:	Ausstellungsland von Diplomen und Zeugnissen, gesamt, DGKP und PH.....	22
Abbildung 4.6:	Positiv abgeschlossene Nostrifikationsverfahren in Salzburg, 2005–2011	25
Abbildung 4.7:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in Seniorenpflegeheimen nach Ausbildungsart.....	27
Abbildung 4.8:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Hauskrankenpflege nach Ausbildungsart.....	27
Abbildung 4.9:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in Tageszentren nach Ausbildungsart.....	28
Abbildung 4.10:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in Behindertenbetreuungseinrichtungen nach Ausbildungsart.....	28
Abbildung 4.11:	Beschäftigungsausmaß von Pflegepersonen in Seniorenpflegeheimen, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen, nach Geschlecht und gesamt	30
Abbildung 4.12:	Beschäftigungsausmaß von Pflegepersonen der Hauskrankenpflege, nach Geschlecht und gesamt.....	30
Abbildung 4.13:	Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Salzburg, 2003–2010*.....	32
Abbildung 4.14:	Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den GuKPS in Salzburg, 2003–2010*.....	33

Abbildung 5.1:	Anzahl an Pensionierungen pro Jahr	38
Abbildung 5.2:	Modellierungsergebnisse des Basisfall-Szenarios	39
Abbildung 5.3:	Modellierungsergebnisse zur ersten Empfehlung – Mix aus Personalanbindung, Anwerbung, höherer Absolventenzahl und erhöhtem faktischem Pensionsalter	44
Abbildung 5.4:	Modellierungsergebnisse zur zweiten Empfehlung – Mix aus Personalanbindung und Anwerbung	44
Abbildung 6.1:	Flussdiagramm zur Ermittlung eines bedarfsorientierten Skill- und Grade-Mix im Pflegebereich	57

Tabellen

Tabelle 2.1:	Projektphasen und Meilensteine*	6
Tabelle 4.1:	Rücklauf aus den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs zu personenbezogenen Daten.....	15
Tabelle 4.2:	Pflegepersonal nach Einrichtungsart.....	19
Tabelle 4.3:	Anzahl an EWR-Berufszulassungen.....	23
Tabelle 4.4:	Anzahl der positiven Nostrifikationsbescheide (mit und ohne Bedingung/en), 2005–2009	24
Tabelle 4.5:	Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungsausbildungen für die Jahre 2005–2009	24
Tabelle 4.6:	Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungsausbildungen in Salzburg für die Jahre 2005–2011 zum Stichtag 31. 12. 2011	25
Tabelle 4.7:	Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den GuKPS, 2003–2010*	34
Tabelle 5.1:	Parameter für Zu- und Abgänge im Prognosemodell für den Personalbestand	37
Tabelle 5.2:	Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen und Differenz, pro Jahr	40
Tabelle 5.3:	Szenarien im Hinblick auf die Umsetzung ausschließlich einer Maßnahme	41
Tabelle 5.4:	Maßnahmenpakete auf Basis der Modellierungsergebnisse	42

Tabelle 5.5:	Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen pro Jahr – Mix aus Personalanbindung, Anwerbung, höherer Absolventenzahl und erhöhtem faktischem Pensionsalter (1. Maßnahmenpaket).....	45
Tabelle 5.6:	Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen pro Jahr (2. Maßnahmenpaket).....	46

Tabellen im Anhang

Tabelle A 1:	Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungsausbildungen in Salzburg nach Land für die Jahre 2005–2011 zum Stichtag 31. 12. 2011	75
Tabelle A 2:	Detailergebnisse im Basisfall-Szenario.....	77
Tabelle A 3:	Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl (1. Maßnahmenpaket).....	78
Tabelle A 4:	Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung und Anwerbung (2. Maßnahmenpaket).....	79

Abkürzungen

AGuKP	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Allgemeine Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
ANDA	Austrian Nurse Directors Association
ANP	Advanced Nursing Practitioner
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BeH	Behindertenbetreuungseinrichtung bzw. Behindertenheim
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGKP/DGuKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
d. s.	das sind
DSB	Diplomsozialbetreuerinnen und -betreuer
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FSB	Fachsozialbetreuerinnen und -betreuer
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GuK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege – Weiterbildungsverordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschulen
HKP	Hauskrankenpflege
HYG	Hygienefachkraft
KA	Krankenanstalten
KiJP	Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. diplomierte Kinderkrankenschwester und -pfleger
KrPFIG	Krankenpflegegesetz
OEGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
OP	Operationssaal/-bereich
PH	Pflegehilfe bzw. Pflegehelfer/innen und Sozialbetreuer/innen mit Pflegehilfe mit Pflegehilfequalifikation
PMU	Paracelsus Medizinische Privatuniversität
PLA	Projektlenkungsausschuss
PsP	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
rd.	rund
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SAB	Sonderausbildung
SPH	Seniorenpflegeheime
STAT	Statistik Austria

TZ	Tageszentren
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent
Wstd.	Wochenstunden

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der von der Salzburger Landesrätin für Gesundheit und Soziales im Herbst 2010 gestarteten Pflegeoffensive stellt die Pflegepersonalbedarfsprognose einen wichtigen Schritt zur Absicherung der Pflege und Betreuung im Bundesland Salzburg dar. Anhand der Ergebnisse soll dem schleichenden Pflegepersonal-mangel und damit verbunden einem massiven Pflege- und Betreuungsproblem entgegengewirkt werden können. Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) führte dazu Modellberechnungen für den Gesundheits- sowie den Sozialbereich durch.

Die Pflegepersonalbedarfsprognose für den Gesundheitsbereich wurde im Oktober 2010, jene für den Sozialbereich im Oktober 2011 beauftragt. Der künftige Personalbedarf in Krankenanstalten und in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland Salzburg sollte quantitativ und nach Berufsgruppen und Einsatzgebieten differenziert aufgezeigt werden.

Das Projekt im Sozialbereich startete nach ersten Abstimmungsarbeiten mit einer Auftaktveranstaltung im November 2011 und schloss mit der Berichtslegung im September 2012 ab. Ausgangsbasis für die Prognose war eine differenzierte Erhebung des derzeitigen Pflegepersonalangebotes/-standes in Seniorenpflegeheimen (SPH), Einrichtungen der Hauskrankenpflege (HKP), Tageszentren (TZ) und ausgewählten Behindertenbetreuungseinrichtungen (BeH). Die Bedarfsprognose für den Sozialbereich berücksichtigte insbesondere demografische Veränderungen, die bereits im diesbezüglichen Salzburger Bedarfsplan für den Sozialbereich (Rauchenschwandtner 2010) ihren Niederschlag fanden.

Über die separate Betrachtung des Bedarfs im Sozial- und Gesundheitsbereich hinaus gibt es einen sektorenübergreifenden Gesamtbericht für das Land Salzburg, der auf den zusammengeführten Ergebnissen beider Berichte aufbaut und einen konsensuell erarbeiteten Maßnahmenkatalog enthält.

Der vorliegende Bericht für den Sozialbereich ist ein Instrument zur Entscheidungsunterstützung. Das Zusammenführen quantitativer Ergebnisse des Prognosemodells, von Fachliteratur (Handsuche), lokaler Fachexpertise (u. a. im Fachforum) sowie Inputs des Projekt- und Kernteams soll Entscheidungsträgern bzw. Entscheidungsträgerinnen die Wahl der notwendigen Maßnahmen erleichtern.

2 Projektbeschreibung

2.1 Projektgegenstand

Im Blickpunkt stehen jene Berufsgruppen, die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) geregelt sind und im Bereich der für das Projekt definierten Einrichtungen der Pflegeversorgung (SPH, HKP, TZ und BeH) ohne oder mit Zusatzqualifikation eingesetzt werden, wie auch Schülerinnen und Schüler bzw. Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungsstätten in Salzburg.

Zu den für die Personalbedarfsprognose relevanten Berufsgruppen zählen:

- » Diplomierte allgemeine Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger (AGuKP)
- » Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger (PsP)
- » Diplomierte Kinderkrankenschwestern bzw. -pfleger (KijP)
- » Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (PH) sowie Fach- und Diplomsozialbetreuerinnen und -betreuer (FSB/DSB) mit Pflegehilfqualifikation

Neben den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (gemäß GuKG) sind daher auch die Sozialbetreuungsberufe mit Pflegehilfqualifikation gemäß 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern (2005) Teil der Untersuchung, da diese schwerpunktmäßig im Sozialbereich zum Einsatz kommen.

Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass diplomierte Pflegepersonen mit speziellen Sonderausbildungen eher nicht in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs tätig werden, da ihre Sonderausbildungen primär auf die Akutversorgung im Krankenhaus ausgerichtet und verpflichtend vorgegeben sind, wurde im Rahmen der IST-Stand-Erhebung auch nach Sonderausbildungen (SAB) gefragt. Dazu zählen:

- » Intensivpflege/Kinderintensivpflege
- » Pflege bei Nierenersatztherapie
- » Anästhesiepflege
- » Pflege im Operationsbereich
- » Krankenhaushygiene
- » Lehraufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege, das betrifft Lehrerinnen und Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege

- » Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege, das betrifft Pflegedienstleiterinnen und -leiter bzw. Pflegedirektorinnen und -direktoren sowie das basale und mittlere Pflegemanagement. Bei Führungsaufgaben wird angenommen, dass diese Sonderaus- und Weiterbildungen auch im Sozialbereich nachgefragte Formalqualifikationen darstellen.

Darüber hinaus interessierte, welche Weiterbildungen von Pflegepersonen, die in Seniorenpflegeheimen (SPH) und der Hauskrankenpflege (HKP) tätig sind, nachgefragt bzw. absolviert werden. Aus diesem Grund sollten die in der Gesundheits- und Krankenpflege – Weiterbildungsverordnung (GuK-WV 2010) gelisteten Weiterbildungen für DGKP und PH in das Erhebungsinstrument aufgenommen werden.

2.2 Ziele

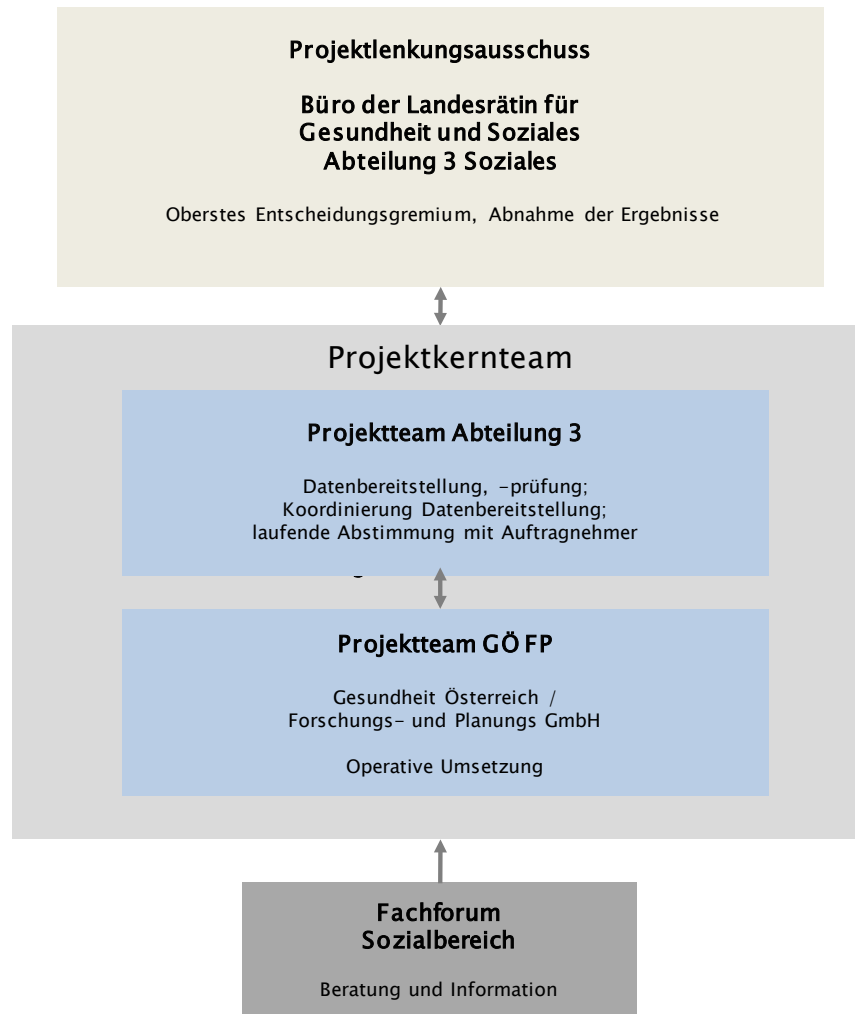
Bedarf und Angebot an Pflegefachkräften sollen hier auf Basis einer fundierten Bestandsanalyse und möglichst konsensuell abgestimmter Planungsparameter anhand einer Modellrechnung vorausgeschätzt werden. Der Modellierungshorizont umfasst die Jahre 2011 bis 2020.

Eine Gegenüberstellung von prognostiziertem Bedarf und Angebot an Pflegefachkräften liefert die grundlegende Information, um Empfehlungen zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeleistungen in Salzburgs Sozialbereich ableiten zu können. Darüber hinaus werden Themen wie Personalanwerbung, Ausbildung, Skill- und Grade-Mix der Berufsgruppen, die Organisation der Arbeit, die Arbeitsbedingungen u. a. m. als wichtige Einflussfaktoren auf das Personalangebot thematisiert und in den Empfehlungen aufgegriffen.

2.3 Organisationsstruktur und Aufgabenbeschreibung

Die erforderliche Qualität der Pflegepersonal-Ausgangsdaten wurde durch den Projektaufbau (vgl. Abbildung 2.1) sichergestellt, der auch die konsensuell abgestimmten Arbeitsergebnisse ermöglichte.

Abbildung 2.1:
Projektorganigramm



Quelle und Darstellung: GÖ FP 2012

Projektlenkungsausschuss

Der Projektlenkungsausschuss (PLA) als oberstes Entscheidungsgremium im Projekt wurde durch das Büro der Landesrätin für Gesundheit und Soziales sowie die Abteilung 3 Soziales repräsentiert und klärte auf strategischer Ebene die inhaltlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen. Der PLA traf die Entscheidung hinsichtlich des Auftrages sowie des Prognosehorizontes und nahm den Ergebnisbericht ab.

Kernteam Abteilung 3

Das Kernteam für den Sozialbereich wurde im Oktober 2011 gebildet. Es hatte die Aufgabe das Projekt kontinuierlich auf fachlicher Ebene zu unterstützen/begleiten und sollte die (Zwischen)ergebnisse vorbereitend abstimmen. Es organisierte die erforderlichen Daten (IST-Datenerhebung), sicherte die Zusammenarbeit zwischen Auftragnehmerin und Auftraggeber sowie den Informationsaustausch im Projektverlauf und berichtete dem PLA über den Stand der Arbeiten.

Fachforum

Fachliche Unterstützung in Pflege- und Personalplanungsfragen erhielt das Projekt durch das Fachforum für den Sozialbereich, das sich aus Pflegedienstleitern/-leiterinnen, Heimleitern/-leiterinnen und Geschäftsführern/-führerinnen der verschiedenen Pflegeeinrichtungen (SPH, HKP, TZ und BeH) Salzburgs zusammensetzte. Die Mitglieder des Fachforums wurden zu Fachfragen systematisch hinzugezogen.

Projektteam GÖ-FP

Das Projektteam der GÖ FP setzte das Projekt in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber und dem Projektkernteam unter Gewährleistung größtmöglicher Transparenz und Nachvollziehbarkeit operativ um. Dazu gehörten Terminkoordination, Organisation und Protokollierung der Sitzungen/Besprechungen, Diskussion und Auswahl der Berechnungsparameter (PLA, Projektkernteam), Entwicklung des Erhebungsinstrumentes zur Bestandsaufnahme, Übernahme der Daten und Darstellung des Ist-Standes, Bericht über aktuelle Projektfortschritte und -ergebnisse, Diskussion offener methodischer Fragen und allfälliger zusätzlicher Datenerfordernisse, Modellrechnung und Erstellen des Ergebnisberichts.

2.4 Projektphasen

Das Projekt gliederte sich in folgende Phasen und Meilensteine:

1. Konzeptionsphase: In dieser Phase wurde von der GÖ FP mit dem Land Salzburg (Abteilung 3 Soziales) der Auftrag geklärt und die Detailplanung vorgenommen.
2. Auftaktveranstaltung: Nach der Konzeptionsphase wurde das Projekt im Rahmen einer Auftaktveranstaltung am 14. November 2011, zu der die Pflegedienstleiter/innen, Heimleiter/innen und Geschäftsführer/innen eingeladen waren, vorgestellt, Erwartungen und Befürchtungen erhoben sowie die Möglichkeit der Mitwirkung im Fachforum eröffnet. Der zweite Schwerpunkt der Veranstaltung befasste

sich mit der Frage, inwieweit die benötigten Personaldaten auf Träger- bzw. Einrichtungsebene in welchem Detaillierungsgrad verfügbar sind.

3. Vorbereitung der Erhebung: Nach der Auftaktveranstaltung wurde das bereits als Entwurf vorbereitete Erhebungsinstrument inklusive Erläuterungen fertiggestellt, und abschließend dem Auftraggeber für die vom Land Salzburg selbst organisierte Erhebung übergeben.

Tabelle 2.1:
Projektphasen und Meilensteine*

Projektphasen	2011			2012												
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Konzeptionsphase	■															
Auftaktveranstaltung*		■														
Vorbereitung der Erhebung		■	■	■												
Pflegepersonal-Bestandsaufnahme				■	■	■	■	■	■							
Pflegepersonalbedarf-Prognose					■	■	■	■	■	■						
Ergebnispräsentation*									■							
Ergebnisbericht*										■	■	■	■	■		
Gesamtbericht (Gesundheit – Soziales)											■	■	■	■		

Quelle und Darstellung: GÖ FP

4. Pflegepersonal-Bestandsaufnahme: Von 15. Jänner bis 6. April 2012 erhob das Land Salzburg (inklusive Prüfung der Daten auf Plausibilität) den Pflegepersonal-Bestand. Am 10. April 2012 übermittelte das Land die vollständigen Daten an die GÖ FP. Ab diesem Zeitpunkt konnte die GÖ FP die Daten aufbereiten und die Ist-Situation darstellen. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurden dem Projekt-kern-team am 8. Mai 2012 in Salzburg präsentiert.
5. Pflegepersonalbedarf-Prognose: Die Vorarbeiten zur Modellrechnung wurden begleitend zur Erhebungsphase in Salzburg und in Zusammenarbeit mit dem Kern-team und dem Fachforum (27. 2. 2012) durchgeführt. Die Modellrechnung wurde im Mai 2012 durchgeführt und die Ergebnisse am 5. Juni 2012 dem Projektkern-team in Salzburg präsentiert.
6. Abschlussveranstaltung: Im Rahmen einer Veranstaltung am 12. Juni 2012 wurden die Projektergebnisse den Teilnehmerinnen/Teilnehmern der Auftaktveranstaltung inkl. Fachforum vor und zur Diskussion gestellt. Es wurden im Rahmen dieser Veranstaltung auch Handlungsempfehlungen gemeinsam abgeleitet.
7. Ergebnisbericht: Nach Abschluss der Arbeiten und Formulierung des Ergebnisber-richtes wurde im September 2012 der Bericht dem Auftraggeber übermittelt.

8. Gesamtbericht: Dieser wurde auf Basis der Zusammenschau der Ergebnisse von Gesundheits- und Sozialbereich von der GÖ FP vorbereitet, in Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern beider Bereiche am 18. September 2012 diskutiert und in der Folge im Projektleitungsausschuss abgestimmt.

3 Beschreibung des Prognosemodells

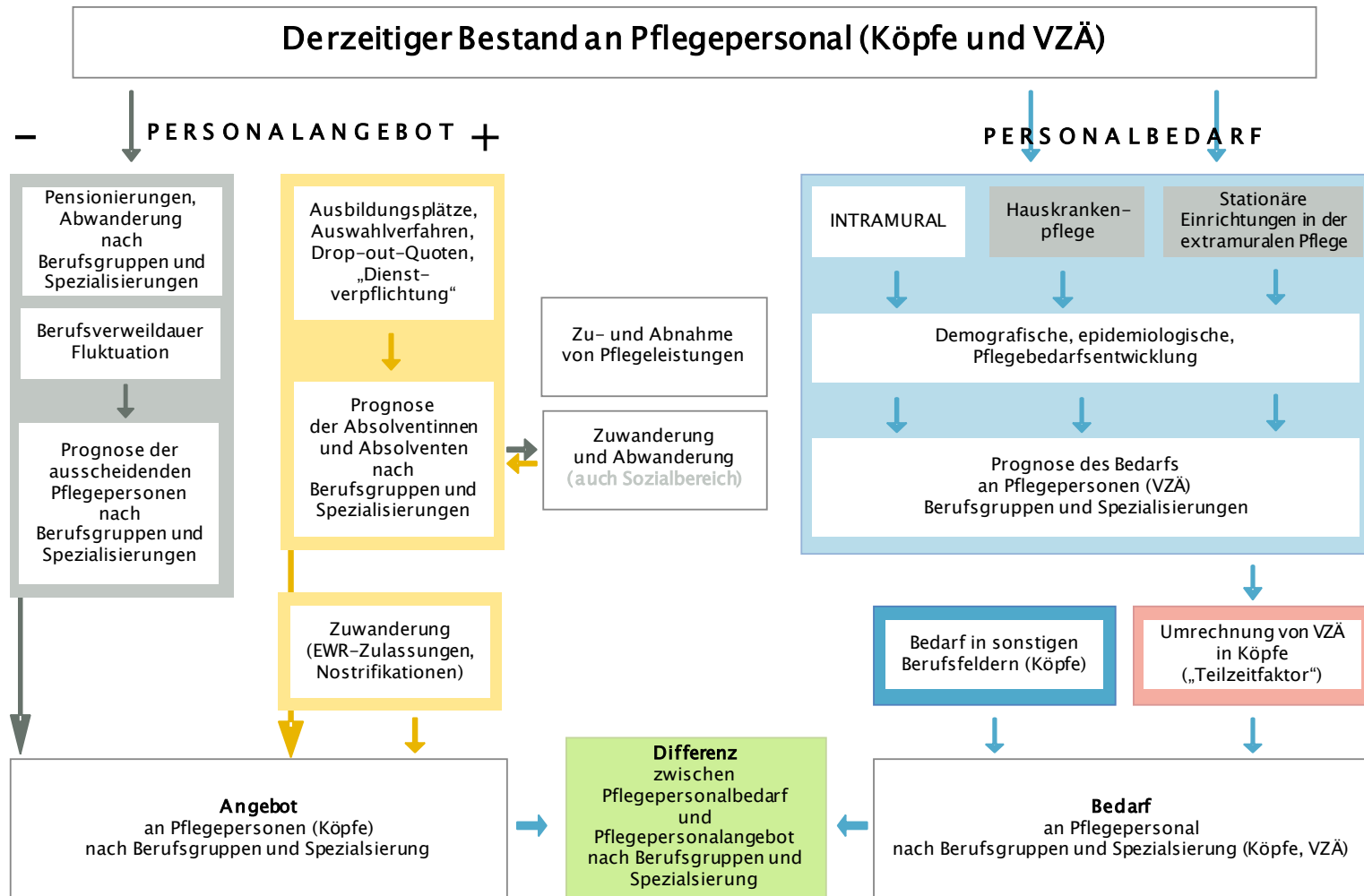
Das für das Land Salzburg entwickelte Prognosemodell quantifiziert den Pflegepersonal-mangel oder -überschuss auf Basis der erhobenen Daten zum Ist-Stand. Das Prognosemodell liefert keine Gesamtlösungen. Es dient als Entscheidungsunterstützungsinstrument und soll in Kombination mit Fachliteratur, lokaler Fachexpertise und dem Projektteam die Auswahl notwendiger Maßnahmen erleichtern.

Prognoseansätze

Zur Prognose des künftigen Personalbedarfes einer Einrichtung im Gesundheits- bzw. Sozialwesen stehen grundsätzlich zwei Ansätze zur Verfügung: Entweder wird der aktuelle Personalbestand fortgeschrieben, um zu sehen wie viele Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Organisation arbeiten werden, oder die Anzahl der Leistungsempfänger/innen (Patienten, Heimbewohner usw.) wird fortgeschrieben und davon abgeleitet, wie viel Personal zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Organisation benötigt wird. In der gesichteten Literatur kommen dabei die verschiedenen Ansätze zur Anwendung (Dussault et al. 2010; Nemeth et al. 1994; Ruedin/Weaver 2009; Simoens et al. 2005). Jeder der beiden Ansätze hat Vor- und Nachteile, weshalb entschieden wurde, beide Ansätze zur Pflegepersonalprognose in Salzburg heranzuziehen bzw. zu kombinieren.

In Abbildung 3.1 zum Aufbau des Modells sind „Personalangebot“ und „Personalbedarf“ einander gegenübergestellt. Unter „Personalangebot“ finden sich die Richtgrößen zur Fortschreibung des Personalangebotes (siehe auch Abbildung 3.2). Den Ausgangspunkt beider Ansätze bildet in diesem Fall die Ist-Stand-Erhebung zum Pflegepersonal der Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs (siehe Kapitel 4) im Land Salzburg im Jahr 2011. Dem gegenüber steht die Berechnung des künftigen „Personalbedarfs“ (siehe Abschnitt 3.2). Aus der Differenz, die die Prognosen für Personalangebot und Personalbedarf ergeben, lässt sich letztendlich ein Pflegepersonal-mangel oder -überschuss ablesen. Im Modell können konsequenterweise auf beiden Seiten Maßnahmen implementiert werden, um Angebot und Bedarf in Gleichklang zu bringen. Ziel soll es sein, die Differenz zwischen Angebot und Bedarf mit Maßnahmen, die auch in der Realität umgesetzt werden können, zu minimieren oder zu beseitigen. Der Modellierungshorizont reicht bis ins Jahr 2020.

Abbildung 3.1:
Grafische Darstellung des Prognosemodells

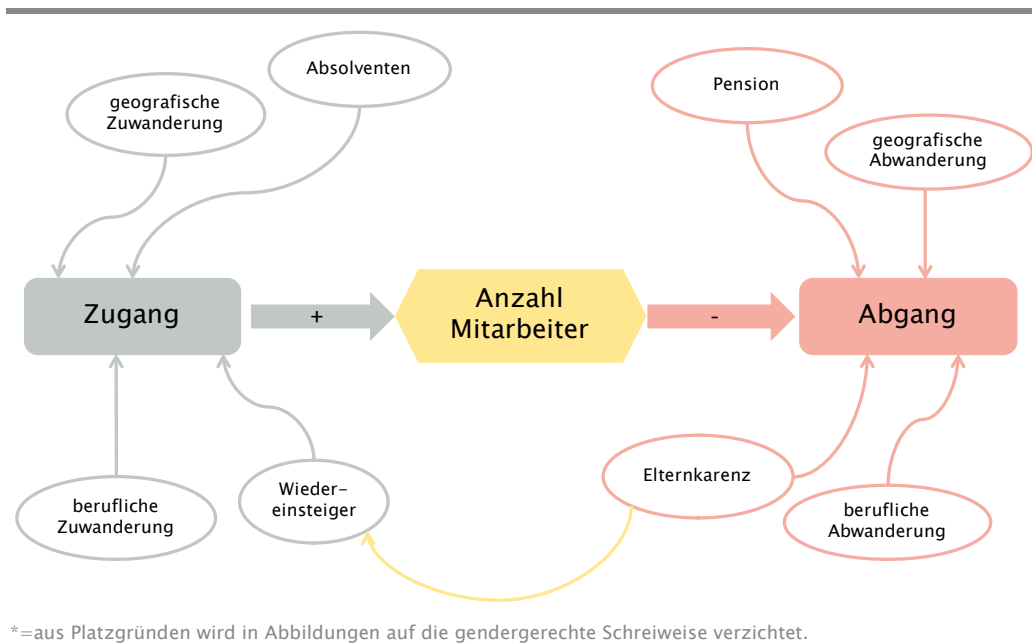


Quelle und Darstellung: GÖ FP

3.1 Personalangebot

Das Personalangebot für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2020 wird mit einem Individuen-basierten Modell berechnet. Die Zykluslänge des Modells beträgt ein Jahr, das heißt das Personalangebot wird für jedes Kalenderjahr berechnet. Jede Person aus der Ist-Stand-Erhebung wird mit den Merkmalen Geschlecht, Alter, Ausbildung und Funktionsbereich im Modell erfasst. Abbildung 3.2 stellt die Berechnung des Personalangebots grafisch dar.

Abbildung 3.2:
Berechnung des Personalangebots



*=aus Platzgründen wird in Abbildungen auf die genderechte Schreibweise verzichtet.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Im Modell wird nach jedem Zyklus der Personalbestand (Anfangsbestand) der Periode um die Zugänge erweitert und um die Abgänge reduziert (Endbestand = Anfangsbestand + Zugänge - Abgänge). Daher kann die Prognose des Pflegepersonalangebots in drei Teile gegliedert werden. Die Anzahl der Mitarbeiter/innen pro Zyklus, die Zugänge pro Zyklus und die Abgänge pro Zyklus.

Der gesamte Pflegebestand findet sich im Jahr 2011 - hier der erste Zyklus - im Feld „Anzahl Mitarbeiter“. In jedem weiteren Zyklus verändert sich naturgemäß das Alter jeder Person. Eine Person scheidet aus dem Modell aus, sobald sie das Feld „Abgang“ erreicht. Neue Personen treten ein und finden sich im Feld „Zugang“. Am Ende jedes

Zyklus ergibt sich daher ein neuer Endbestand der Periode, der gleich dem Anfangsbestand der nächsten Periode ist.

Zugang

Folgende Personen können in das Modell eintreten:

1. Absolventen/Absolventinnen von Ausbildungsstätten,
2. Zuwanderer/Zuwanderinnen aus dem Ausland oder einem anderen Bundesland,
3. Personen, die aus dem intramuralen (Krankenanstalten) in den extramuralen (Sozialbereich) Bereich wechseln,
4. Personen, die aus der Elternkarenz wieder in den Beruf einsteigen, und
5. Wiedereinsteiger/innen.

Abgang

Personen können wegen folgender Gründe das Modell verlassen:

1. Das Alter der Person ist gleich dem Pensionierungsalter im Modell.
2. Die Person begibt sich in Elternkarenz.
3. Die Person wechselt in ein anderes Bundesland bzw. in einen anderen Staat.
4. Die Person verlässt den extramuralen Bereich oder wechselt den Beruf.

Nicht berücksichtigt werden Personen, die Bildungskarenz in Anspruch nehmen oder in Dauerkrankenstand sind, da ihre Abwesenheit in der Regel kürzer als ein Jahr (eine Zykluslänge) ist und die Daten der Ist-Stand-Erhebung kaum Hinweise auf diese Zustände geben. Weiters werden, obwohl Daten zur Fluktuation vorliegen, Kündigungen nicht berücksichtigt, weil angenommen wird, dass Personen, die kündigen, dem System erhalten bleiben und in eine andere Organisation des Sozialbereichs wechseln. Sollten Personen, die kündigen, jedoch das Bundesland oder den Beruf verlassen, werden Sie im Modell erfasst (siehe Abgang Punkt 3 und 4).

3.2 Personalbedarf

Der Personalbedarf für den Zeitraum der Jahre 2011 bis 2020 wird in zwei Schritten ermittelt. Zuerst wird das Personal des Jahres 2011 in Relation mit der Struktur der Leistungsempfänger/innen gesetzt. Dabei wird ermittelt, wie viel Personal in welcher Zusammensetzung im Jahr 2011 zum Einsatz gekommen ist. In einem zweiten Schritt wird die demografische und epidemiologische Veränderung nach der Berechnung des Landes Salzburg bis zum Jahr 2020 fortgeschrieben. Die zukünftigen Daten zu Leistungsempfängern/-empfängerinnen werden dann dem Verhältnis Personal zu Leis-

tungsempfängern/–empfängerinnen und Struktur aus dem Jahr 2011 gegenübergestellt, um den künftigen Personalbedarf zu bestimmen.

3.3 Pflegequalität und Auslastung des Pflegepersonals

Die Teilnehmer/innen der Auftaktveranstaltung und das Fachforum interessierte neben der Quantifizierung des zukünftigen Pflegepersonalbestandes und –bedarfs auch „Pflegequalität“ und die „Belastung der Mitarbeiter“. Diese Aspekte sollten ebenfalls im Modell berücksichtigt werden.

Nach ausführlicher Diskussion des Themas Pflegequalität in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland Salzburg kamen das Projekt-, Kernteam und Fachforum zum Schluss, dass Pflegequalität anhand von Kennzahlen derzeit nicht in eine Prognose aufgenommen werden kann, da vorhandene Kennzahlen nicht aufeinander abgestimmt und somit nicht vergleichbar sind.

Mehrheitlich schätzte das Fachforum die vorgehaltene Pflegequalität als sicher bis angemessen ein. Für das vorliegende Prognosemodell einigten sich Fachforum und Projektkernteam darauf, den derzeitigen Qualitätsstatus als weiterhin anzustrebenden Status zu definieren. Ziel ist daher diese Qualität zu halten. Diese Voraussetzungen und Erwartungen erforderten keine Berücksichtigung im Modell, da der Ist- dem Soll-Stand entspricht und dieser Zustand über den Modellierungszeitraum beibehalten werden soll. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass dieses Thema zukünftig auf Landesebene zu bearbeiten ist.

Um die Auslastung des Pflegepersonals des Sozialbereichs zu quantifizieren, benötigt man standardisierte Kennzahlen, die in den Einrichtungen aber nicht vorliegen. Da die Einschätzung des Fachforums keine Hinweise auf starke oder schwache Belastung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Einrichtungen des Landes im Durchschnitt (einzelne Einrichtungen ausgeschlossen) liefert, gilt im Modell die Annahme, dass der derzeitige Personalbestand ausreicht, um die Leistungsempfänger/innen zu versorgen. Es gilt „Ist = Soll“.

4 Ergebnisse der Datenerhebung

Die Pflegepersonalsituation in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs (Seniorenpflegeheime, Hauskrankenpflege, Behindertenbetreuungseinrichtungen und Tageszentren in Salzburg im Jahr 2011) wird immer auf Landes- nicht auf Organisationsebene beschrieben und stellt die Planungsgrundlage für das Prognosemodell (Kapitel 3) dar.

Die analysierten Berufsgruppen sind der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) mit den drei Zweigen, allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (AGuKP), Kinder- und Jugendlichenpflege (KijP) und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (PsP) mit den jeweiligen Spezialisierungen sowie die Pflegehilfe (PH) mit den Erweiterungsmöglichkeiten in Richtung Sozialbetreuungsberufe (FSB und/oder DSB für Alten-, Behinderten- und Familienarbeit). Weitere Berufsgruppen wie Heimhelfer/innen und Fach- bzw. Diplomsozialbetreuer/innen für Behindertenbegleitung werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Datengrundlagen

Basis der Analyse sind die in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs vorhandenen individuellen Personaldaten und die Daten aus der Personalplanung auf Einrichtungsebene. Diese wurden mit einem von der GÖ FP standardisierten Erhebungsblatt erfasst und der Abteilung 3 Soziales anonymisiert übermittelt. In der Abteilung 3 wurden die Daten auf Plausibilität, Durchgängigkeit und Vollständigkeit geprüft und überarbeitet. Die vollständigen Datensätze wurden der GÖ FP ebenfalls anonymisiert für die Auswertung zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurde für den Bereich der GuKP-Schulen und Sozialbetreuungsschulen das Register über den Bildungsstand der österreichischen Wohnbevölkerung (Bildungsstandregister) der Bundesanstalt Statistik Österreich (STAT) zur Beschreibung der Schüler und Schülerinnen in den Schulen des Gesundheitswesens herangezogen.

4.1 Datenabdeckung

Organisationen des Sozialbereichs

Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs stehen der Bevölkerung des Bundeslandes Salzburg 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 dieser Erhebung rund 90 Prozent erfasst (Anmerkung: bei der Modellrechnung wurden die fehlenden 10 Prozent aus der Erhebung berücksichtigt und hochgerechnet). Hinsichtlich Vollständigkeit kann sowohl bei den personenbezogenen (Angaben pro Pflegeperson) als auch bei den aggregierten Daten (Angaben auf Organisationsebene über die Jahre 2006 bis 2011) auf eine sehr hohe Datendichte zurückgegriffen werden. Bei den aggregierten Daten fehlen von einigen Einrichtungen Angaben zu früheren Jahren, weil diese Einrichtungen erst im Laufe der letzten Jahre (weniger als fünf Jahre) ihren Betrieb aufgenommen haben oder die Daten nicht zur Verfügung stellen konnten. Die erhobenen Daten liefern eine solide Basis. Tabelle 4.1 zeigt den Rücklauf (Response) für jedes abgefragte Element der personenbezogenen Daten. Elemente, die mit einem Stern gekennzeichnet sind, zeigen dabei nicht den Rücklauf, sondern die Anzahl an Personen, die diese Eigenschaft vorweisen. Es handelt sich also nicht um Non-Response, sondern um eine Leermeldung.

Erläuterung zu den folgenden Tabellen und Abbildungen:

In den Tabellen werden Köpfe und Prozent ausgewiesen. Die Angabe *n = 2.857 Köpfe, 92 Prozent* ist folgendermaßen zu interpretieren: Von 2.857 Personen liegen Daten vor. Dies entspricht 92 Prozent der Personen in dieser Gruppe. Es liegt zu jeder Frage ein hoher Rücklauf vor. Niedriger Rücklauf (weniger als 75 %) ist nicht vorhanden.

Tabelle 4.1:

Rücklauf aus den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs zu personenbezogenen Daten

	Gesamt		DGKP		PH	
	Köpfe	%-Anteil	Köpfe	%-Anteil	Köpfe	%-Anteil
Art der Einrichtung/Organisation	2.881	100	1.091	100	1.790	100
Einrichtungstyp	2.881	100	1.091	100	1.790	100
Anstellung	2.857	92	1.072	98	1.785	100
Eintrittsdatum	2.881	100	1.091	100	1.790	100
Geburtsdatum	2.873	100	1.090	100	1.783	100
Geschlecht	2.881	100	1.090	100	1.790	100
Berufsherkunft	2.697	94	998	92	1.699	95
Aktueller Status	2.871	100	1.086	100	1.785	100
Ausstellungsland des Diploms/Zeugnisses	2.509	87	1.015	93	1.494	84
Personalart	2.738	95	1.038	95	1.700	95
Sonderausbildung*	-	-	141	13	-	-
Weiterbildungen*	1.584	55	609	56	975	54
Funktion	2.858	99	1.081	99	1.777	99
Beschäftigungsausmaß	2.840	99	1.077	99	1.763	99
Stundenguthaben 2011	2.485	86	925	85	1.560	87
Konsumierter Urlaub 2011	2.582	90	966	89	1.616	90
Urlaubsrückstellung 2011	2.562	89	961	88	1.601	89
Dauerkrankenstand*	105	4	29	3	76	4
Bildungskarenz/-freistellung*	546	19	234	21	312	17
Zweit-/Nebentätigkeit im Pflegeberuf*	70	2	43	4	27	2

*Anzahl der Personen mit Bildungskarenz/-freistellung, Dauerkrankenstand bzw. Weiter- oder Sonderausbildung, oder Zweit-/Nebentätigkeit.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.2 Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs

Pflegepersonalbestand (Personen)

Insgesamt wurden 2.881 Köpfe bzw. 2.094 Vollzeitäquivalente (VZÄ) aus den personenbezogenen Daten erfasst. Den Großteil davon stellen Pflegehelfer/innen (PH) mit 62 Prozent (1.790 Köpfe / 1.344 VZÄ) und den kleineren Teil DGKP mit 38 Prozent (1.091 Köpfe / 750 VZÄ). Sowohl im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Kranken-

pflege als auch in der Pflegehilfe sind die Berufsangehörigen zu 85 Prozent weiblich und zu 15 Prozent männlich. Unterschiede finden sich innerhalb der Einrichtungsarten: In Tageszentren und Einrichtungen der Hauskrankenpflege sind rund 90 Prozent der Berufsangehörigen weiblich und nur 10 Prozent männlich.

Das erfasste Pflegepersonal inkludiert auch Personen, die im Laufe des Jahres eine Einrichtung kurzfristig (z. B. Karenz) oder für immer (z. B. Kündigung, Pension) verlassen haben. Dieses Vorgehen sollte eine gesamtheitliche Betrachtung ohne Verlust von Informationen für das Jahr 2011 ermöglichen. Für die Prognose des künftigen Personalbedarfs in Kapitel 3 wurde nur das aktive Personal herangezogen (vgl. Tabelle 4.2).

4.2.1 Entwicklung des Pflegepersonalbestandes

Für das Pflegepersonal in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs zeigt sich, dass der Personalbestand in den letzten 5 Jahren um 14 Prozent pro Jahr gestiegen ist. Einrichtungen, die über die letzten 5 Jahre bestehen, erhöhten die Zugänge bei gleichbleibenden Austritten. Gleichzeitig nahmen im Betrachtungszeitraum auch neue Einrichtungen ihren Betrieb auf.

4.2.2 Pflegepersonal nach Ausbildungs- und Einrichtungsarten

Pflegepersonal nach Ausbildungsarten

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege teilt sich in drei Zweige: die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (AGuKP), die Kinder- und Jugendlichenpflege (KijP) und die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (PsP). Die größte Gruppe der DGKP stellt die AGuKP mit 94 Prozent oder 966 Köpfen, gefolgt von der PsP mit 5 Prozent oder 49 Köpfen und der KijP mit 1 Prozent oder 10 Köpfen.

Rund 11 Prozent (115 Personen) aller DGKP verfügen über eine Sonderausbildung (SAB). Dabei stellt die SAB für Führungsaufgaben mit 68 Prozent die am häufigsten absolvierte Sonderausbildung dar, gefolgt von der SAB für Intensivpflege mit 14 Prozent, der SAB für Lehraufgaben mit 6 Prozent und der SAB im Operationsbereich mit 5 Prozent. Eine vertiefende Auswertung der Personen mit SAB hat gezeigt, dass DGKP mit SAB vermehrt in Führungspositionen tätig sind.

Bei den PH haben rund zwei Drittel der Personen (76 % oder 1.294 Köpfe) die „klassische“ Pflegehilfeausbildung absolviert. Rund 11 Prozent (184 Köpfe) weisen das

Aufbaumodul Fachsozialbetreuung–Altenarbeit (auf eine abgeschlossene PH–Ausbildung) vor, 9 Prozent (153 Köpfe) die Ausbildung Fachsozialbetreuung–Altenarbeit (Sozialbetreuungsberufeschule: Dauer 2 Jahre) und 2 Prozent (37 Köpfe) die Ausbildung Diplomsozialbetreuung–Altenarbeit (Sozialbetreuungsberufeschule: Dauer 3 Jahre). Weniger als 1 Prozent der Pflegepersonen absolvierte über das Aufbaumodul Fach–Sozialbetreuung–Behindertenarbeit (auf eine abgeschlossene PH–Ausbildung) (10 Köpfe), oder die Ausbildungen Diplomsozialbetreuung–Familiendarbeit (Sozialbetreuungsberufeschule: Dauer 3 Jahre) (8 Köpfe), Diplomsozialbetreuung–Behindertenarbeit (Sozialbetreuungsberufeschule: Dauer 3 Jahre) (6 Köpfe) und Fachsozialbetreuung–Behindertenarbeit (Sozialbetreuungsberufeschule: Dauer 2 Jahre) (3 Köpfe).

Neben der Art der Grundausbildung des Pflegepersonals wurde auch erhoben, welche Weiterbildungen pro Person absolviert wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonal der Seniorenpflegeheime, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen mehr Weiterbildungen wahrnimmt als Pflegepersonal der Hauskrankenpflege. Der Anteil an Personen mit Weiterbildungen beträgt 70 Prozent bei den erstgenannten und 40 Prozent in der Hauskrankenpflege. Bei der Anzahl an Weiterbildungen pro Kopf zeigt sich das gleiche Bild. Pflegepersonen, die in Seniorenpflegeheimen, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen arbeiten, weisen pro Kopf ca. drei Weiterbildungen aus, in der Hauskrankenpflege ca. zwei.

Zu den fünf am häufigsten absolvierten Weiterbildungen (von 47) zählen bei den DGKP

- » Kinästhetik,
- » Basale Stimulation in der Pflege,
- » Palliativpflege,
- » Pflege bei Demenz und
- » sonstige Weiterbildungen (anthroposophische Pflege, Pflegeprozess, Alkoholprävention).

Bei den PH sind es Weiterbildungen wie

- » Kinästhetik,
- » Basale Stimulation in der Pflege,
- » sonstige Weiterbildungen (Pflege nach Böhm, Aromapflege, Suizid im Alter) und
- » Validation und Palliativpflege.

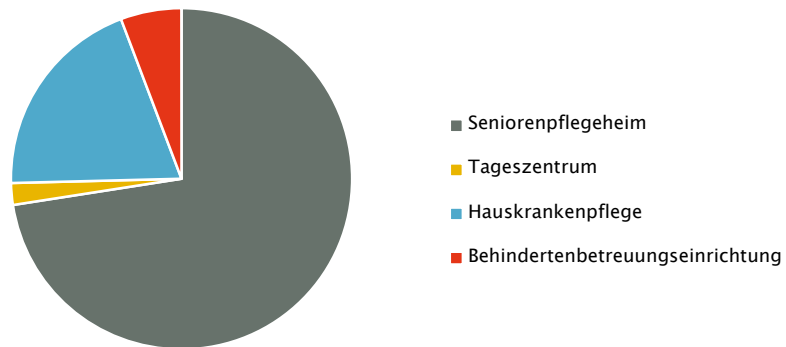
Pflegepersonal nach Einrichtungsart

Der größte Anteil des Pflegepersonals ist in den Seniorenpflegeheimen beschäftigt. Vom gesamten Pflegepersonal der Pflegeeinrichtungen im Sozialbereich arbeiten 2.090 Personen oder 73 Prozent in Seniorenpflegeheimen. In der Hauskrankenpflege ist ein Fünftel (20 %) beschäftigt, was 566 Köpfen entspricht. Einen kleineren Teil machen Behindertenbetreuungseinrichtungen und Tageszentren aus. Hier arbeiten 6 Prozent

oder 166 Köpfe bzw. 2 Prozent oder 59 Köpfe (siehe Tabelle 4.2). Öffentlich und privat beschäftigte Pflegepersonen verteilen sich in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs exakt 50:50.

Nicht nur bei der Verteilung des gesamten Personalbestandes auf die Einrichtungsarten gibt es Unterschiede (vgl. Abbildung 4.1). Auch die Zusammensetzung des Personals nach DGKP und PH (Skill-Mix) variiert nach Einrichtungsart (siehe Tabelle 4.2 und Abbildung 4.2). So beträgt das Verhältnis von DGKP zu PH in Seniorenpflegeheimen 33:67, in Tageszentren 17: 83, in der Hauskrankenpflege 42:58 und in Behindertenbetreuungseinrichtungen 39:61 Prozent. Für alle Einrichtungsarten gilt jedenfalls, dass mehr PH als diplomiertes Personal zum Einsatz kommen.

Abbildung 4.1:
Personal gesamt nach Einrichtungsart



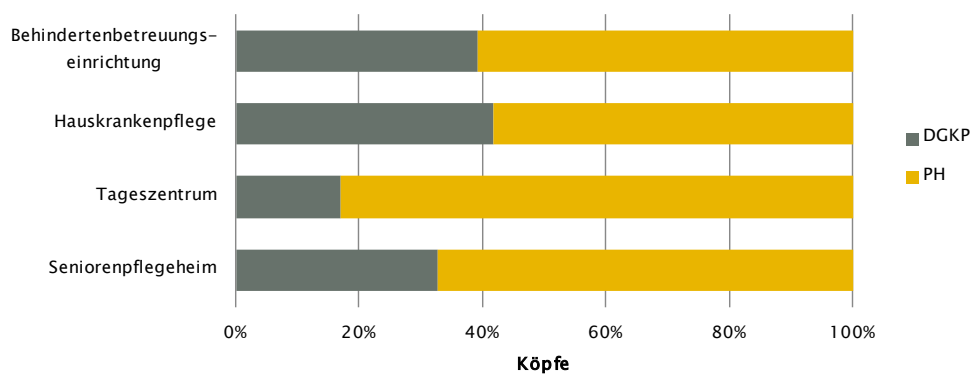
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.2:
Pflegepersonal nach Einrichtungsart

Art der Einrichtung	Personal Gesamt		Skill-Mix			
	Köpfe	%–Anteil	DGKP		PH	
			Köpfe	%–Anteil	Köpfe	%–Anteil
Seniorenpflegeheim	2.090	73	686	33	1.404	67
Tageszentrum	59	2	10	17	49	83
Hauskrankenpflege	566	20	236	42	330	58
Behindertenbetreuungseinrichtung	166	6	65	39	101	61

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.2:
Skill-Mix (DGKP und PH) nach Einrichtungsart



Quelle und Darstellung: GÖ FP

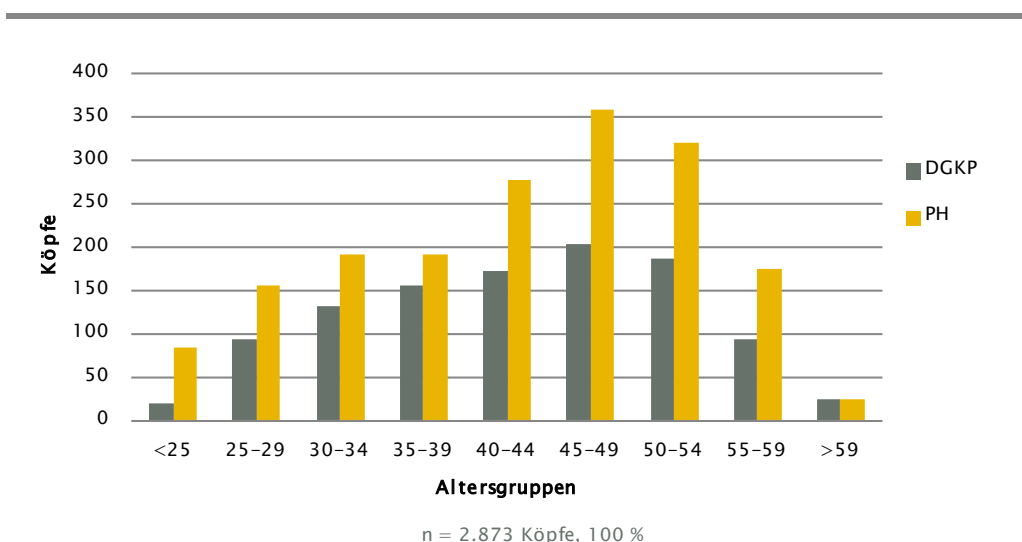
Nach Funktionen in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs sind rund 90 Prozent der Pflegepersonen pflegend und rund 10 Prozent leitend tätig. Diese Aufteilung entspricht etwa den Ergebnissen einer österreichischen Studie aus dem Jahr 2008, in der 93 Prozent der Befragten einer Pfl egetätigkeit und 7 Prozent einer anderen Tätigkeit nachgehen (Kranewitter et al. 2008). Insgesamt sind 308 Personen mit Führungsaufgaben eingestellt. Personen übernehmen diese Führungsaufgabe im Ausmaß von durchschnittlich 86 Prozent (im Median sogar 100 %). Geschlechtsverhältnis: Bei den Führungskräften steht ein Mann etwa 3 Frauen gegenüber.

4.2.3 Alter der Pflegepersonen

Im Durchschnitt ist das Pflegepersonal in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs rund 43 (im Median 44) Jahre alt. Zwischen DGKP und PH bzw. den verschiedenen Einrichtungsarten gibt es beim Alter des Personals keine Unterschiede. Die Daten zeigen, dass Frauen älter sind als Männer. Demnach haben Frauen ein Alter von 45 und Männer von 41 Jahren im Median.

Die Altersverteilung der Pflegepersonen nach Ausbildung (DGKP und PH) ist in Abbildung 4.3 dargestellt. Hier wird sichtbar, dass der Großteil der PH zwischen 40 und 54 Jahre alt ist. Bei Angehörigen der DGKP zeigt sich dasselbe Bild, wenn auch nicht in gleicher Ausprägung. Am kleinsten ist der Anteil des Pflegepersonals an den 25-Jährigen und Jüngeren.

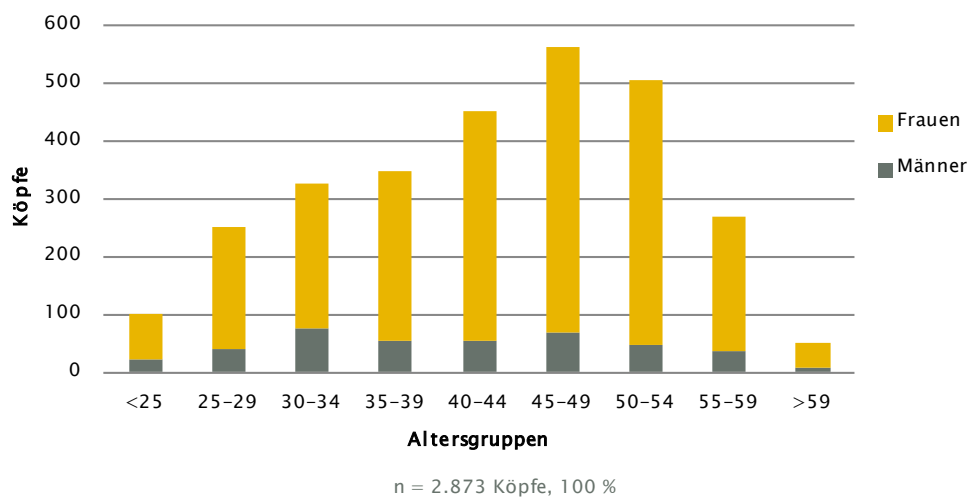
Abbildung 4.3:
Verteilung der Pflegepersonen nach Ausbildung in Altersgruppen



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Bezogen auf den Geschlechtervergleich zeigt Abbildung 4.4, dass der hohe Anteil an Personen, die zwischen 40 und 54 Jahre alt sind, nur Frauen betrifft. Bei Männern ist die Verteilung über die Altersgruppen homogener als bei Frauen.

Abbildung 4.4:
Verteilung der Pflegepersonen nach Geschlecht in Altersgruppen



Quelle und Darstellung: GÖ FP

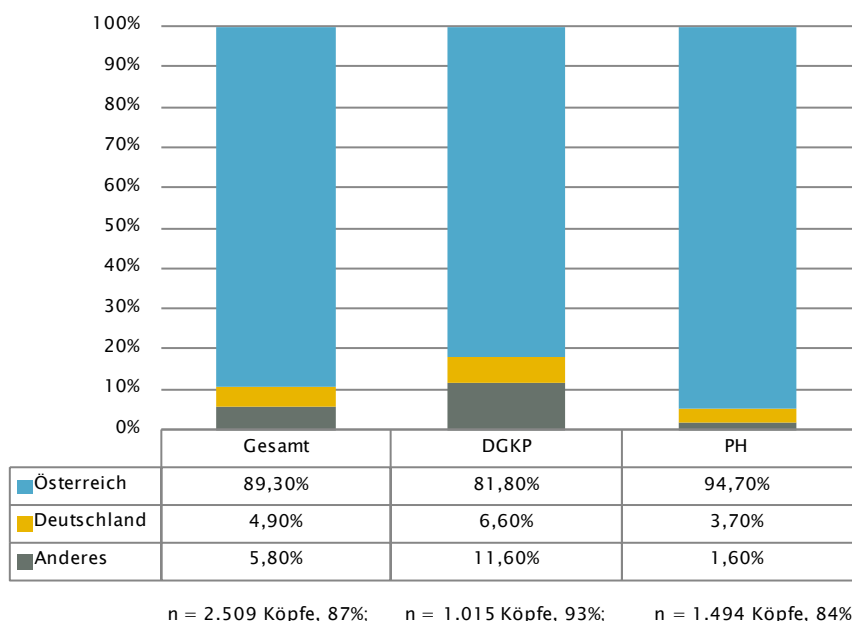
Das erhobene Durchschnittsalter des Pflegepersonals liegt mit 43 Jahren über dem Durchschnittsalter der österreichischen Angestellten und Beamten (39,5 Jahre österreichweit, 37,6 Jahre in Salzburg) (Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2010).

4.2.4 Herkunftsland der Pflegepersonen

Ausstellungsland des Diploms/Zeugnisses

Im Zuge dieser Studie sollte auch erhoben werden, aus welchen Ländern Pflegepersonen kommen, die in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs im Bundesland Salzburg beschäftigt sind. Dazu wurde das Ausstellungsland des Diploms (DGKP) bzw. des Zeugnisses (PH) herangezogen. Weitere Informationsquellen zur beruflichen Migration waren Daten über Nostrifikationen (Landesebene/Salzburg) und Berufszulassungen (Bundesebene).

Abbildung 4.5:
Ausstellungsland von Diplomen und Zeugnissen, gesamt, DGKP und PH



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Der Großteil der Pflegepersonen absolvierte die Ausbildung in Österreich. Weiteres wesentliches Ausstellungsland von Diplomen und Zeugnissen ist Deutschland, andere Länder spielen eine untergeordnete Rolle, da sie nur vereinzelt vorkommen.

Nostrifikationen und Berufszulassungen

Nostrifikation ist eine Anerkennung von einer außerhalb der europäischen Union absolvierten Ausbildung in einem Gesundheits- und Krankenpflegeberuf durch die Landesbehörden. Die Begutachtungen durch die Landesbehörden ergeben meistens eine Divergenz zu österreichischen Ausbildungen, so muss vor allem der pflegerische Fachschwerpunkt anhand Ergänzungsausbildungen nachgeholt werden. Die entsprechenden Ausbildungsinhalte sind an einer österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeschule zu erwerben.

Parallel dazu führt das BMG Berufszulassungsverfahren für EU-Staatsbürger/innen oder EWR-Staatsbürger/innen durch. Im Rahmen eines GÖG-Projektes wurden Berufszulassungen und Nostrifikationen für Österreich erhoben (Rottenhofer et al. 2009). Tabelle 4.3 zeigt die Entwicklung der Berufszulassungen (durchgeführt vom BMG). Am

häufigsten werden Ansuchen aus Deutschland gestellt, gefolgt von jenen aus der Slowakei, Ansuchen aus weiteren Ländern kommen in geringerem Ausmaß vor.

Tabelle 4.3:
Anzahl an EWR-Berufszulassungen

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.
Grundausbildung														
Allg GuK	713	1	1.120		1.033		549		510	53	506	69	548	74
Kinder & Jugendlichenpflege	94		110	20	84	20	72	11	45	6	40	8	32	5
Psych GuK	4			1	5				3		4		2	
Pflegehilfe	43	4	123	13	195	14	138	23	65	42	39		54	90
Sonderausbildung														
OP	7		8		13	12	15	5	15	1	12		12	
Intensiv & Anästhesie	9		13		18		16		11		21		16	
Intensiv	3		7		4	5	6	2	8	1	1	2	7	1
Anästhesie						3			3		1	1	2	
Nierenersatztherapie			3				3	1	3		2		2	
Kinderintensiv			1				1				3		1	
Lehre	6		4		12		8		4		5		3	
Leitung	2		4		4		9		4	1	12		9	

Auto = Automatische Zulassung

Bed. = Zulassung mit Kompensationsmaßnahmen

Abtr. = Abtretung

Quelle: GÖG/ÖBIG 2012

Tabelle 4.4 und Tabelle 4.5 listen Nostrifikationen nach Bundesland. Wobei die Anzahl der positiven Nostrifikationsbescheide mit und ohne Bedingungen höher ausfällt als die mit Erfolg absolvierten und mit Bescheid eingetragenen Ergänzungsausbildungen und Prüfungen (Gleichwertigkeit mit der österreichischen Ausbildung). Ähnlich wie bei den Berufszulassungen stellen Nostrifikationsansuchen für AGuKP den höchsten Anteil dar.

Tabelle 4.4:

Anzahl der positiven Nostrifikationsbescheide (mit und ohne Bedingung/en),
2005–2009

	AGuK	KJP	Psy	PH
Burgenland	53	2	0	5
Kärnten	15	0	0	3
NÖ	150	1	0	20
OÖ	150	3	0	25
Salzburg	114	2	2	14
Steiermark	214	4	0	72
Tirol	46	0	0	16
Vorarlberg	27	0	0	23
Wien	780	28	2	239
Gesamt	1.549	40	4	417

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.5:

Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungs-
ausbildungen für die Jahre 2005–2009

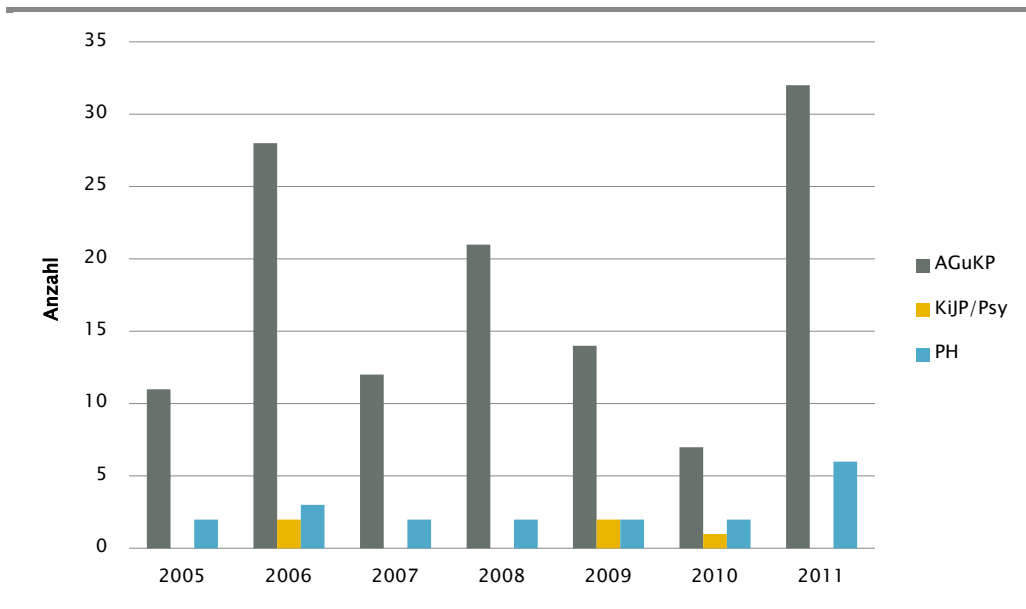
	AGuK	KJP	Psy	PH
Burgenland	9	0	0	0
Kärnten	9	0	0	0
NÖ	0	0	0	0
OÖ	152	7	0	15
Salzburg	95	0	1	11
Steiermark*	0	0	0	0
Tirol	51	1	0	6
Vorarlberg	13	0	0	5
Wien	518	22	2	201
Gesamt	847	30	3	238

*keine Daten vorhanden

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nostrifikationsverfahren mit positivem Abschluss im Land Salzburg für die Zeitspanne bis 2011 veranschaulichen Abbildung 4.6 und Tabelle 4.6. Eine Darstellung nach primärem Ausbildungsland enthält Tabelle A 1 im Anhang.

Abbildung 4.6:
Positiv abgeschlossene Nostrifikationsverfahren in Salzburg, 2005–2011



Quelle: Salzburg – Abteilung 9 Gesundheit und Sport
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.6:
Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungs-
ausbildungen in Salzburg für die Jahre 2005–2011 zum Stichtag 31. 12. 2011

Jahr	AGuKP	KJP/Psy	PH
Nostrifikationen			
2005	11		2
2006	28	2	3
2007	12		2
2008	21		2
2009	14	2	2
2010	7	1	2
2011	32		6
Gesamt 2005–2011	125	5	19

Quelle: Salzburg – Abteilung 9 Gesundheit und Sport
Darstellung: GÖ FP

4.2.5 Organisationszugehörigkeit und Berufsherkunft

Dauer der Organisationszugehörigkeit

Für Prognosen von Bedeutung ist die Berufsverweildauer. Da diese im Rahmen der Erhebung nicht nachvollzogen werden konnte, wurde als Ersatzindikator auf die Dauer der Organisationszugehörigkeit der Pflegepersonen zurückgegriffen (für Pflegepersonal existiert in Österreich weder Standesmeldung noch Berufsregister wie bei Ärztinnen und Ärzten). Organisationszugehörigkeit meint die Dauer, die eine Person bis zum Jahr 2011 in ein und derselben Einrichtung arbeitete.

Das Pflegepersonal in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs weist eine Organisationszugehörigkeit von durchschnittlich 6,5 Jahren auf. Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen der Ausbildungsart (DGKP und PH) oder der Einrichtungsart. Eine verknüpfende Auswertung von Alter und Organisationszugehörigkeit zeigt nur einen sehr schwachen bis keinen Zusammenhang zwischen den beiden Parametern.

Wie schon erwähnt, wurden keine Daten zur Berufsverweildauer erhoben. Christa Them (Them et al. 2009) führte eine Kohortenstudie zur Berufsverweildauer in Österreich durch und kam zum Ergebnis, dass die Berufsverweildauer im gehobenen Dienst durchschnittlich 19,5 Jahre beträgt. Berufswiedereinsteiger/innen üben den Beruf rund 17,2 Jahre aus und Aussteiger/innen geben den Beruf nach rund 9,4 Jahren auf.

Die Dauer der Betriebszugehörigkeit wurde im Rahmen des Mikrozensus der Statistik Austria erhoben und lag im Jahr 2010 bei Angestellten und öffentlich Bediensteten bei 10,6 Jahren; Frauen waren 9,3 Jahre in einem Betrieb beschäftigt (Fasching et al. 2011).

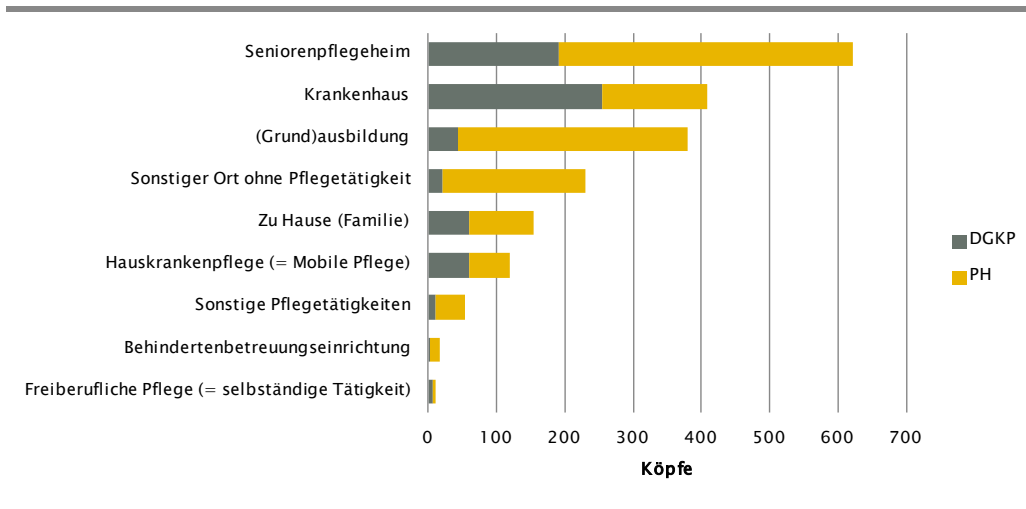
Berufsherkunft

Neben der Organisationszugehörigkeit wurde in der Erhebung auch nach der Berufsherkunft gefragt, also nach der Tätigkeit, die vor dem aktuellen Anstellungsverhältnis ausgeübt wurde. Informationen zur Berufsherkunft können wichtige Informationen für die Modellrechnung liefern. So kann besser abgeschätzt werden, wie der Berufswechsel innerhalb der Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs passiert. Auch der Wechsel von Krankenanstalten zu Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs oder der Quereinstieg kann so besser nachverfolgt werden.

Die Abbildung 4.7, Abbildung 4.8, Abbildung 4.9 und Abbildung 4.10 zeigen die Berufsherkunft des Pflegepersonals in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs für DGKP und PH für alle Einrichtungen und nach Einrichtungsart. Die Berufsherkunft des Pflegepersonals insgesamt ist sehr stark von Krankenhäusern und Seniorenpflegehei-

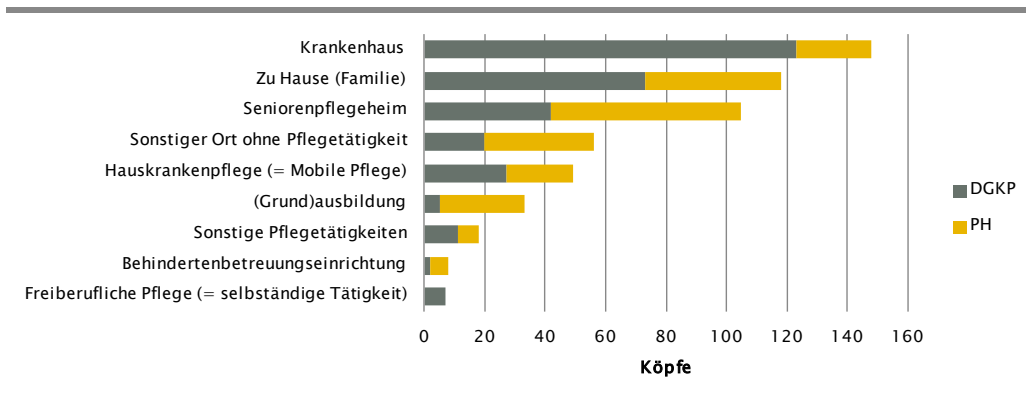
men geprägt. In den verschiedenen Einrichtungsarten weicht die Berufsherkunft davon aber ab.

Abbildung 4.7:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in Seniorenpflegeheimen nach Ausbildungsart



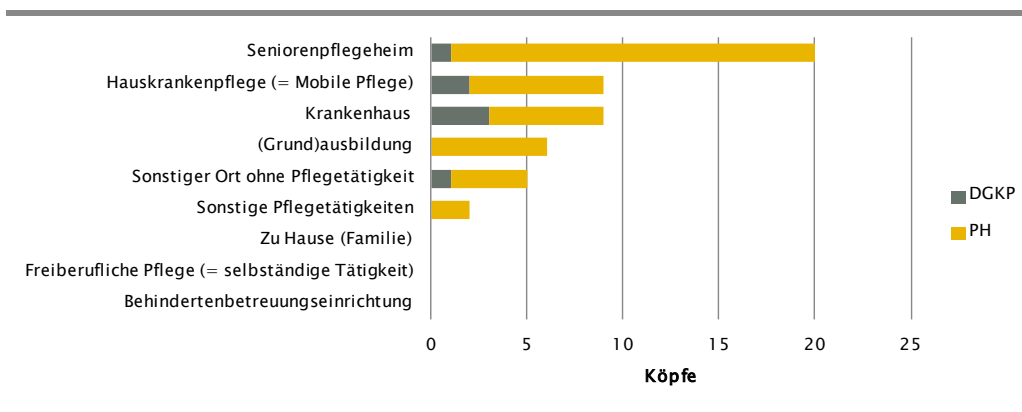
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.8:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Hauskrankenpflege nach Ausbildungsart



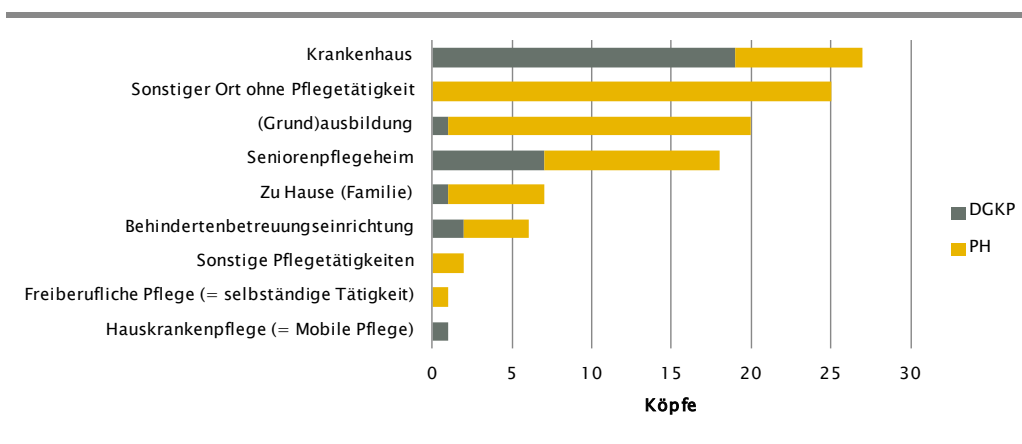
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.9:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in Tageszentren nach Ausbildungsart



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.10:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in Behindertenbetreuungseinrichtungen nach Ausbildungsart



Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.2.6 Beschäftigungsstatus

Im Beobachtungszeitraum 2011 lassen sich anhand der personenbezogenen Daten folgende Aussagen treffen: Austritt aus der Einrichtung / Beendigung des Dienstverhältnisses stellt mit insgesamt 6,5 Prozent den wichtigsten Grund für die Unterbrechung beruflicher Tätigkeit dar, gefolgt von Elternkarenz mit durchschnittlich 2,4 Prozent. Zwischen Einrichtungsarten und Ausbildungsart (DGKP bzw. PH) lassen sich keine Unterschiede feststellen.

Die Fluktuationsrate lag im Jahr 2011 bei DGKP und PH bei rund 7,2 Prozent, was auf eine gesunde Unternehmensstruktur in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs schließen lässt. Diese Daten stimmen mit allgemeinen Fluktuationsdaten der Pflege aus Österreich (öffentlich 14,5 %, non-profit 27,3 %) (Schneider/Truekschitz 2003) und Deutschland (7,4 %) (Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. 2011) sowie anderen Wirtschaftsbereichen in Österreich (8-11 %) (Nöbauer 2009) überein. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verglichen mit österreichischen und deutschen Daten aus der Pflege und anderen Wirtschaftsbereichen in Österreich sehr gute Fluktuationsdaten vorliegen. Zur Berechnung der Fluktuation kam folgende Formel zur Anwendung: $\text{Fluktuation} = (\text{Abgänge} / \text{durchschnittlicher Personalbestand}) \times 100$.

4.2.7 Pensionierungen

Aus den aggregierten Daten der Einrichtungen lässt sich die Entwicklung des Pensionierungsalters darstellen. Das Pensionseintrittsalter der PH wie auch das der DGKP blieb in den letzten fünf Jahren konstant bei rund 59 Jahren, was auch dem Pensionierungsalter in Seniorenpflegeheimen entspricht. Pflegepersonal in Einrichtungen der Hauskrankenpflege, in Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen treten ihre Pension mit rund 57 Jahren an.

Bezogen auf das Pensionierungsalter im Österreich-Vergleich zeigt sich, dass das durchschnittliche Pensionierungsalter österreichweit im Jahr 2010 für Männer bei 59,1 Jahren und für Frauen bei 57,1 Jahren lag (Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2010). Das Pensionierungsalter (Alterspensionen) lag im Jahr 2010 für Männer bei 62,6 Jahren und für Frauen bei 59,3 Jahren. Damit entspricht das Pensionseintrittsalter des Pflegepersonals in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs des Bundeslandes Salzburg etwa dem österreichischen Durchschnitt.

4.2.8 Arbeitszeit

Im Durchschnitt arbeiten Pflegepersonen in den Pflegeeinrichtungen 30 Stunden pro Woche. Das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß ist für PH und DGKP gleich. Im Vergleich der Einrichtungsarten weisen nur Pflegepersonen der Hauskrankenpflege mit 21 Stunden pro Woche ein geringeres Beschäftigungsausmaß aus als Pflegepersonen anderer Einrichtungsarten.

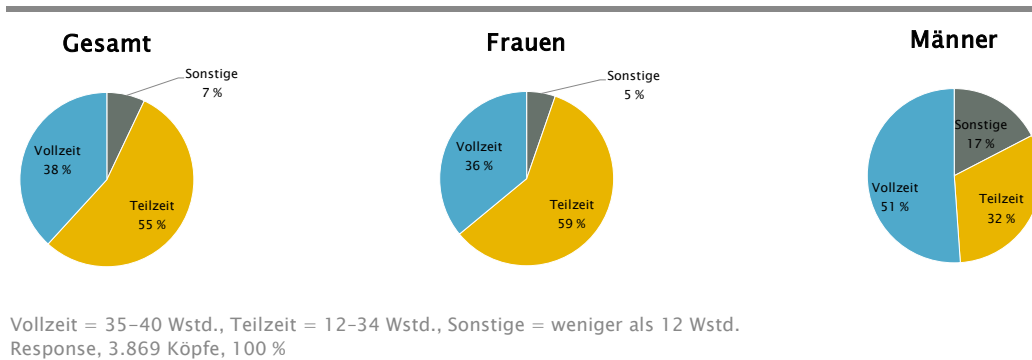
Abbildung 4.11 und Abbildung 4.12 zeigen das Beschäftigungsausmaß in den verschiedenen Einrichtungsarten nach Geschlecht und gesamt. Insgesamt gehen 38 Prozent der Pflegepersonen in Seniorenpflegeheimen, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen einer Vollzeit- und 55 Prozent einer Teilzeitbeschäftigung

nach, während 11 Prozent der Pflegepersonen der Hauskrankenpflege einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen und 70 Prozent teilzeitbeschäftigt sind.

Differenziert nach Geschlecht gehen mit 59 bzw. 72 Prozent mehr Frauen einer Teilzeitarbeit nach als Männer mit 32 bzw. 46 Prozent. Damit liegen sowohl die Frauen (45,1 %) als auch die Männer (7,5 %) über dem österreichischen Durchschnitt (Statistik Austria 2012).

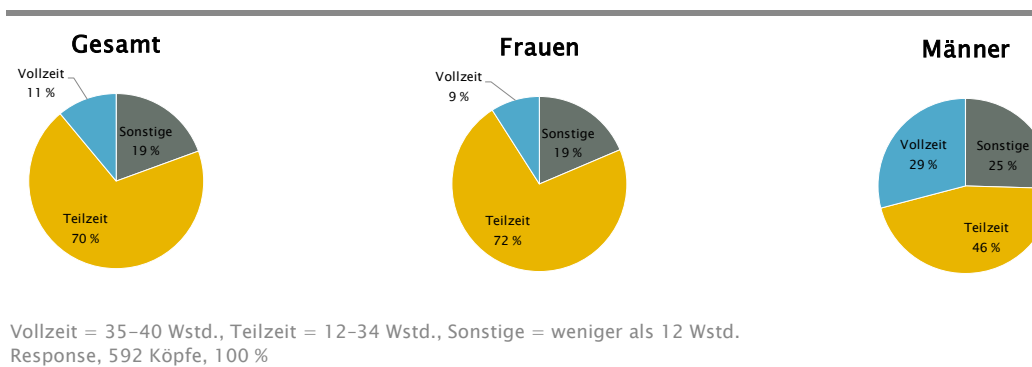
Alter und Teilzeitbeschäftigung stehen nicht in Zusammenhang, so sind die Teilzeitquoten bei den 53-Jährigen und Älteren gleich hoch wie in anderen Altersgruppen (Altersgrenze laut Arbeiterkammer (vgl. Arbeiterkammer 2012)).

Abbildung 4.11:
Beschäftigungsausmaß von Pflegepersonen in Seniorenpflegeheimen, Tageszentren und Behindertenbetreuungseinrichtungen, nach Geschlecht und gesamt



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 4.12:
Beschäftigungsausmaß von Pflegepersonen der Hauskrankenpflege, nach Geschlecht und gesamt



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die Belastung bzw. Überlastung der Mitarbeiter/innen soll anhand der Indikatoren Stundenguthaben, konsumierter Urlaub, Urlaubsrückstellungen, Dauerkrankenstand und Bildungskarenz-/freistellung abgeschätzt werden. Die erhobenen Daten zeigen keine Unterschiede für die Einrichtungs- und Ausbildungsart (DGKP bzw. PH). Demnach hatte eine Pflegeperson am Jahresende 2011 durchschnittlich ein Guthaben von 20 Arbeitsstunden (d. s. am 31.12.2011 nicht abgebaute bzw. ausbezahlte Mehrleistungs- und Überstunden). Der konsumierte Urlaub betrug 26 Tage, während sich die Urlaubsrückstellung (also der noch nicht konsumierte Urlaub) mit 8 Tagen zu Buche schlägt. Insgesamt waren rund 4 Prozent oder 105 Pflegepersonen im Jahr 2011 im Dauerkrankenstand (Krankenstand länger als 30 Tage). Die Dauer des Krankenstandes betrug durchschnittlich 55 Tage. Das Angebot der Inanspruchnahme von Bildungskarenz-/freistellung wird von rund einem Fünftel (19 Prozent) angenommen. Die Dauer der Bildungskarenz-/freistellung beträgt durchschnittlich einen Tag pro Jahr. Die vorliegenden Daten liefern keine Hinweise auf eine erhöhte Belastung des Personals.

Auf Organisations-Ebene ist zu erkennen, dass die Urlaubsrückstellungen und Stundenguthaben zwischen den Jahren 2006 bis 2011 konstant geblieben sind. Eltern- und Bildungskarenz-/freistellung wurden im Beobachtungszeitraum vermehrt in Anspruch genommen. Die Analyse der Zeitreihe zeigt auch, dass die konstanten Zahlen der Belastung und die steigenden Mitarbeiterzahlen eine Entlastung pro Mitarbeiter (anhand der vorliegenden Größen) mit sich bringen.

69 Personen oder rund 2,4 Prozent aller Pflegepersonen gaben an, einer Nebentätigkeit nachzugehen. Die häufigsten sind Nebentätigkeiten im Seniorenpflegeheim oder Krankenhaus. Weiters gehen Pflegepersonen neben ihrer Haupt- einer selbstständigen Tätigkeit nach, arbeiten in einer Ausbildungseinrichtung oder werden sonst pflegerisch tätig.

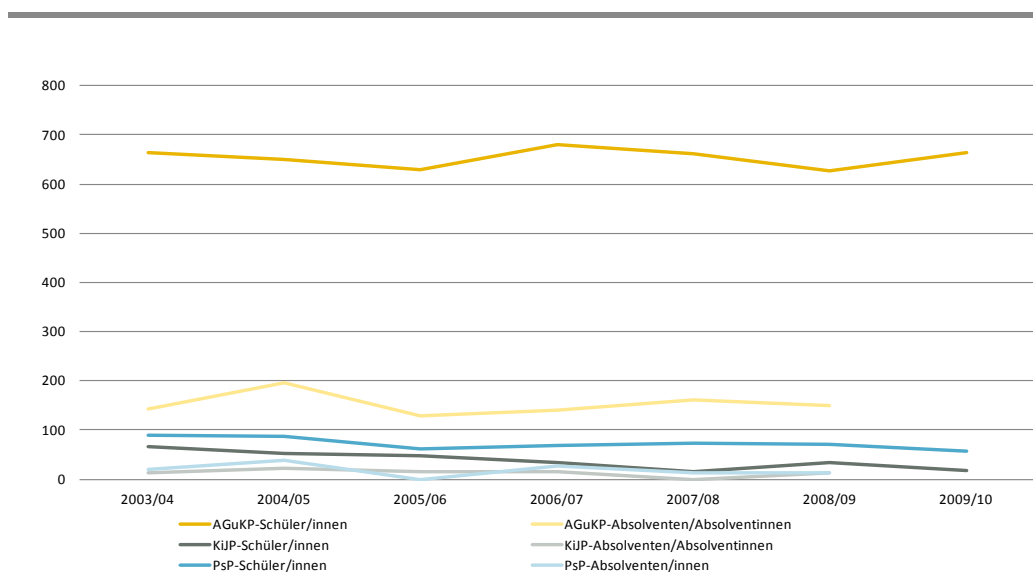
4.3 Schülerinnen/Schüler

Im Folgenden werden die Schüler/innen an den Schulen des Gesundheitswesens (GuKPS und PH-Lehrgänge) sowie Schüler/innen in den Sozialbetreuungsschulen in Salzburg dargestellt.

In Salzburg befinden sich 6 Standorte zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Fünf sind Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und eine ist Fachhochschule. Weiters gibt es eine Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege und eine Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Pflegehilfeausbildungen werden an insgesamt 13 Standorten angeboten, wobei 3 davon in Kombination mit Sozialbetreuungs-ausbildungen bzw. integriert in Sozialbetreuungsberufeschulen und andere zum Teil an Standorten sind, an denen auch der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet wird.

Abbildung 4.13 stellt die Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen dar¹. Im Vergleichszeitraum nahm die Anzahl an Schülerinnen/Schülern eher ab, analog dazu entwickelte sich die Anzahl an Absolventinnen/Absolventen. Absolventenzahlen der Fachhochschule in Salzburg liegen von STAT bisher noch nicht vor, da die Fachhochschule ihren Betrieb erst im Jahr 2009 aufnahm. In den Jahren 2009 und 2010 verzeichnete die Fachhochschule Zugänge von 72 bzw. 80 Studenten und Studentinnen.

Abbildung 4.13:
Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Salzburg, 2003–2010*



* Zum Zeitpunkt der Berichtslegung waren keine Zahlen der Statistik Austria zu Absolventinnen/Absolventen des Jahres 2010 verfügbar.

Quelle: Statistik Austria

Darstellung: GÖ FP

Die Anzahl der PH in Ausbildung (ohne Schulen für Sozialbetreuungsberufe) lag in den letzten Jahren bei durchschnittlich 170 Personen bzw. Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Pro Jahr werden bei der klassischen PH-Ausbildung (ein Jahr) rund 75 Absolventen und Absolventinnen gezählt (Statistik Austria). Das Land Salzburg zählte im Jahr 2009 171 Absolventen und Absolventinnen der PH-Ausbildung inkl. Schulen für

1

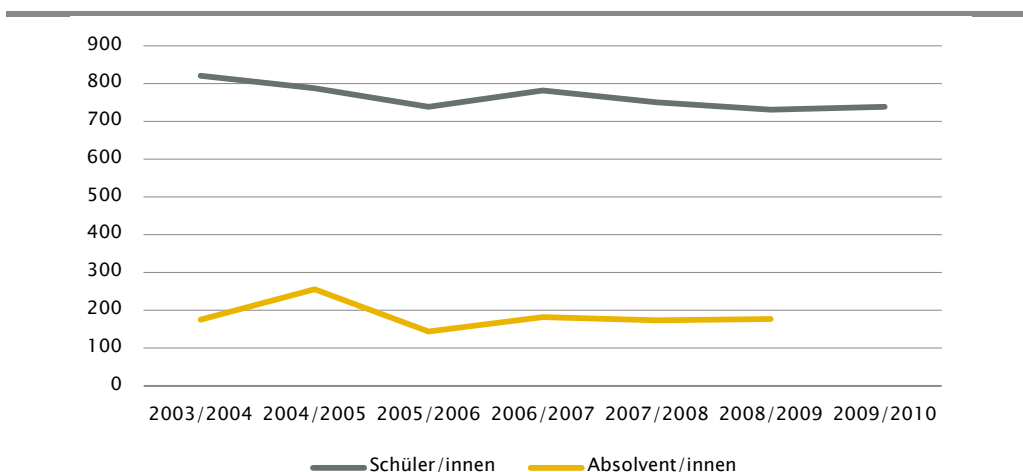
Schüler: Personen, die im Laufe des jeweiligen Schuljahres 1. September bis 1. Juli an der angeführten Ausbildung teilnahmen.

Absolventen: Personen, die die angeführte Ausbildung zwischen 1. Jänner und 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres erfolgreich abschlossen.

Sozialbetreuungsberufe. Das bedeutet, dass in Salzburg im Jahr 2009 rund 44 Prozent die PH-Qualifikation über den Besuch einer Sozialbetreuungsberufeschule erworben haben.

Differenziert nach den drei Zweigen der GuKP zeigt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 4.14 und Tabelle 4.7): Den größten Anteil an Schülerinnen und Schülern (600–700) findet man in den allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen. Während sich die Anzahl an Lernenden in den Schulen für PsP zwischen 60 und 90 bewegt. Am geringsten ist die Anzahl an Auszubildenden in KijP-Schulen mit 16 und 90 Schülern und Schülerinnen. Die Zahl der Abschlüsse der drei Zweige korreliert sehr stark. Das heißt, die Anzahl an Absolventen und Absolventinnen entwickelt sich gleich für die drei Zweige. Die Zahl der Abschlüsse zeigt auch, dass Ausbildungen nach Bedarf angeboten werden. Deshalb gibt es auch Jahrgänge ohne Absolventen und Absolventinnen.

Abbildung 4.14:
Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den GuKPS in Salzburg, 2003–2010*



* Zum Zeitpunkt der Berichtslegung waren keine Zahlen der Statistik Austria zu Absolventinnen/Absolventen des Jahres 2010 verfügbar.

Quelle: Statistik Austria
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.7:

Entwicklung der Schüler- und Absolventenzahlen in den GuKPS, 2003–2010*

	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10*
AGuKP-Schüler/innen	665	650	629	680	661	627	664
AGuKP-Absolventen/ Absolventinnen	142	197	129	140	161	150	-
KijP-Schüler/innen	67	52	48	34	16	33	18
KijP-Absolventen/ Absolventinnen	13	21	15	16	0	13	-
PsP-Schüler/innen	89	86	62	68	74	71	57
PsP-Absolventen/ Absolventinnen	20	38	0	26	13	14	-

* Zum Zeitpunkt der Berichtslegung waren keine Zahlen der Statistik Austria zu Absolventinnen/Absolventen des Jahres 2010 verfügbar.

Quelle: Statistik Austria
Darstellung: GÖ FP

Eine wichtige Kennzahl für Ausbildungseinrichtungen ist die sogenannte Drop-Out-Rate. Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Ausbildungsabbrecher im Verhältnis zu den Auszubildenden an. Weil der Rücklauf für die Drop-Out-Rate der Ausbildungseinrichtungen in Salzburg nicht vollständig ist (vier Einrichtungen, 44 %) und die vorliegenden Zahlen von 0 (keine Abbrecher) bis 80 Prozent reichen, wurden alternative Quellen herangezogen. Die Literatur gab jedoch keine Hinweise auf diese Kennzahl. Auch aus den Zahlen der Ausbildungsstatistik von STAT konnten keine validen Drop-Out-Raten generiert werden. Eine nicht publizierte Studie der GÖG/ÖBIG aus dem Jahr 2009 und eine aktualisierte unpublizierte Fassung aus dem Jahr 2012 beschäftigen sich aber mit dieser Frage (Rottenhofer et al. 2009). Dabei wurden bei einer bundesweiten Befragung der Ausbildungseinrichtungen die Ausbildungsabbrecher im ersten Ausbildungsjahr erhoben. Der Rücklauf zu dieser Fragestellung war sehr hoch und die Ergebnisse sind bundesweit homogen. Die Ergebnisse zeigen österreichweit Drop-Out-Raten im ersten Ausbildungsjahr für die AGuKP in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen von rund 16 Prozent. In Salzburg liegt diese Kennzahl in den Jahren 2006 bis 2010 zwischen 11 und 18 Prozent, im Durchschnitt bei 13 Prozent.

Der Rücklauf zu sonstigen schülerbezogenen Fragen war (wie auch bei der Drop-Out-Rate) mit rund 50 Prozent gering. Die ausgewerteten Daten der Jahre 2007 bis 2010 zeigen konstante bis leicht steigende Werte für die verfügbaren Ausbildungsplätze, die Bewerbungszahlen und die Personen, die die Aufnahmekriterien erfüllen. Eine landesweite Anzahl an Bewerbungen pro Schuljahr und Ausbildung liegt nicht vor.

Im Land Salzburg werden die SAB für KijP, PsP, spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege (Basis- u. Zusatzmodul), OP, Lehraufgaben in der GuKP und Führungsaufgaben in der GuKP in einer Einrichtung angeboten. Die SAB für KijP verzeichnete in

den Jahren 2007 bis 2010 durchschnittlich rund 17 Schüler/innen pro Jahr. Bei der SAB für PsP wurden bis auf das Jahr 2010 (13 Personen) keine Schüler/innen gezählt. Die Schülerzahl der speziellen Zusatzausbildung in der Intensivpflege und die SAB im OP blieben im Vergleichszeitraum konstant bei rund 52 bzw. 13 Personen pro Jahr. Die SAB für Lehraufgaben verzeichnete nur im Jahr 2009 15 Personen in Ausbildung. In der SAB für Führungsaufgaben wurden in den Jahren 2008 und 2010 28 bzw. 27 Schüler/innen gezählt. Die schwankenden Schülerzahlen zeigen, dass das Angebot an SAB dem Bedarf angepasst wird.

5 Prognoseergebnisse

5.1 Einleitung

Parameter und Ergebnisse der Modellierung werden zunächst unter Fortschreibung des Ist-Standes erläutert. Anschließend zeigen Alternativ-Szenarien, wie stark sich einzelne Maßnahmen auswirken. Danach werden zwei Empfehlungen abgegeben, die helfen sollen, einen etwaigen Pflegepersonalmangel in Salzburg abzuwenden.

5.1.1 Basisfall-Szenario

Als Basisfall-Szenario wird jene Variante der Modellrechnung beschrieben, die den Ist-Stand unter bekannten Voraussetzungen fortschreibt. Es wird also angenommen, dass sich im Modellumfeld nichts Unerwartetes ereignet und alles auf dem Stand des Ausgangsjahres bleibt. Alle zum Zeitpunkt der Modellrechnung bekannten Änderungen werden berücksichtigt. Vermutungen zu möglichen Veränderungen werden in den Alternativ-Szenarien berücksichtigt.

Modellparameter

Tabelle 5.1 zeigt Modellparameter für Zu- bzw. Abgänge des Personals teils anzahl-, teils anteilmäßig und nennt die Datenquelle. Die Daten der Ist-Stand-Erhebung, die Einschätzungen des Fachforums und sonstige Daten des Landes Salzburg hatten hohe Datenqualität und führten zu robusten Prognosen.

Für das Basisfall-Szenario gelten folgende Annahmen:

- » Die geografischen Zu- und Abwanderungszahlen werden wie bisher fortgeschrieben und heben einander auf.
- » Die berufliche Zu- und Abwanderung wird wie bisher fortgeschrieben, wobei mehr Personal zu- als abwandert.
- » Die Rate der Wiedereinsteiger/innen und der Elternkarenz wird wie bisher fortgeschrieben.
- » Die Anzahl an Absolventinnen/Absolventen, die nach der Ausbildung einer Tätigkeit in einer Einrichtung des Sozialbereichs nachgehen, wird wie bisher fortgeschrieben.
- » Das durchschnittliche Pensionierungsalter der letzten 5 Jahre wird fortgeschrieben.
- » Die Personalbedarfsberechnung berücksichtigt alle bekannten Strukturänderungen.
- » Die Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs soll gehalten werden und die Auslastung des Personals entspricht dem „Soll“ (vgl. Abschnitt 3.3).

Tabelle 5.1:

Parameter für Zu- und Abgänge im Prognosemodell für den Personalbestand

	Parameter	Beschreibung	Rechnerische Berücksichtigung	Quelle
Zugang	Absolventinnen/Absolventen	Anzahl der Absolventinnen aus Ausbildungsstätten	Anzahl der Personen fließt direkt in das Modell ein.	Bildungsstatistik, Statistik Austria
	Geografische Zuwanderung	Anzahl der Ausländer, die in Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs eingestellt werden.	Anzahl der Personen fließt direkt in das Modell ein.	Nostrifikationen (Land Salzburg) und EWR-Zulassungen (BMG)
	Berufliche Zuwanderung	Anzahl der Personen, die aus dem intramuralen in den extramuralen Bereich wechseln.	Prozentsatz vom Endbestand der Vorperiode, Anzahl der Personen wird für jeden Zyklus errechnet.	Einschätzung Fachforum, Ist-Stand-Erhebung
	Wiedereinsteiger/innen	Anzahl der Personen, die aus der Elternkarenz oder einer sonstigen Auszeit wieder in den Beruf einsteigen.	Prozentsatz vom Endbestand der Vorperiode, Anzahl der Personen wird für jeden Zyklus errechnet.	Einschätzung Fachforum, Ist-Stand-Erhebung
Abgang	Pension	Anzahl der Personen, die das Pensionierungsalter erreicht haben.	Anzahl der Personen fließt direkt in das Modell ein.	Pensionierungsalter, Ist-Stand-Erhebung
	Geografische Abwanderung	Anzahl der Personen, die in ein anderes Bundesland bzw. Staat wechseln.	Prozentsatz vom Endbestand der Vorperiode, Anzahl der Personen wird für jeden Zyklus errechnet.	Einschätzung Fachforum
	Berufliche Abwanderung	Anzahl der Personen, die den extramuralen Sektor (Sozialbereich) verlassen oder den Beruf wechseln.	Prozentsatz vom Endbestand der Vorperiode, Anzahl der Personen wird für jeden Zyklus errechnet.	Einschätzung Fachforum
	Elternkarenz	Anzahl der Personen, die in Elternkarenz gehen.	Prozentsatz vom Endbestand der Vorperiode, Anzahl der Personen wird für jeden Zyklus errechnet.	Karenzierungen laut Ist-Stand-Erhebung

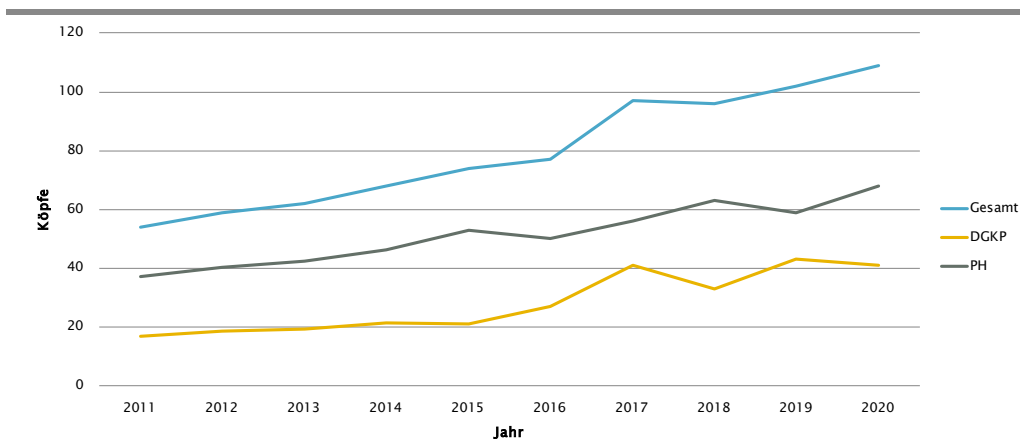
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Ergebnisse Basisfall-Szenario

Das Personalangebot bleibt bis zum Jahr 2016 konstant (vgl. Abbildung 5.2). Abwanderung, Karenzierungen und die weiteren betrachteten Parameter wirken sich nicht auf die Entwicklung des Personalangebots aus. Schon die Ist-Stand-Erhebung (relevant für die Modellierung) gab keine Hinweise auf hohe Fluktuationen oder andere Gründe für Personalschwund. Der Grund für den Rückgang im Personalbestand ist hauptsächlich auf eine hohe Anzahl an Pensionierungen ab dem Jahr 2013, besonders aber zwischen den Jahren 2016 bis 2020 zurückzuführen (siehe Abbildung 5.1). In diesem Zeitraum gehen fast 500 Personen in Pension. Ohne die hohe Anzahl an Pensionierungen würde der Personalbestand in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs im Land Salzburg sogar leicht wachsen.

Der Personalbedarf steigt ab dem Jahr 2011 kontinuierlich an (vgl. Abbildung 5.2). Der Sozialbereich wird bis ca. zum Jahr 2020 mit einer alternden Bevölkerung konfrontiert, die erhöhten Pflegeaufwand erfordert (vgl. Abschnitt 3.2). Der Pflegepersonalbedarf steigt sogar so stark, dass bei gleichbleibender Anzahl an Pflegekräften im Sozialbereich ein Personalmangel entstehen würde.

Abbildung 5.1:
Anzahl an Pensionierungen pro Jahr



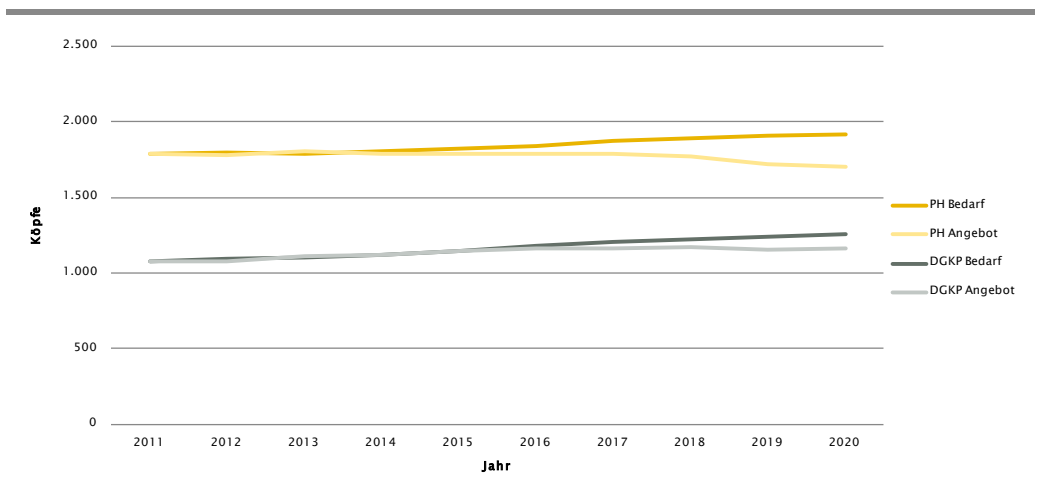
Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Die Modellierungsergebnisse des Basisfall-Szenarios, eine Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf, werden in Abbildung 5.2 dargestellt. Dabei werden der Personalbestand und -bedarf für die DGKP, PH und das gesamte Pflegepersonal (DGKP und PH) einander gegenübergestellt. Bei den DGKP verlaufen Angebots- und Bedarfsentwicklung fast gleich, das heißt, im Jahr 2020 ist nur ein leichter Mangel an Personal vorhanden. Der Verlauf ist bei den PH ähnlich, die Kluft zwischen Angebot und Bedarf wird aber ab dem Jahr 2016 immer größer. Im Jahr 2020 ist daher ein Mangel an Pflegeper-

sonal feststellbar, der hauptsächlich durch fehlende PH verursacht wird. Insgesamt sind der steigende Bedarf zu 60 und der Rückgang des Personalstandes zu 40 Prozent für den Mangel verantwortlich.

Im Jahr 2020 fehlen insgesamt ca. 311 Köpfe, die sich aus 218 PH und 93 DGKP zusammensetzen. Das entspricht einem Mangel von rund 9 Prozent des Pflegepersonals in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs.

Abbildung 5.2:
Modellierungsergebnisse des Basisfall-Szenarios



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 5.2:

Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen und Differenz, pro Jahr

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot	2.865	2.863	2.914	2.908	2.926	2.945	2.946	2.945	2.879	2.859
Pensionierungen	96	42	88	75	74	94	97	145	133	109
Geo. Abwanderung	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ber. Abwanderung	116	116	116	116	116	116	115	115	115	115
Summe Abgänge	233	180	237	213	212	230	231	296	250	244
Absolv.	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Geo. Zuwanderung	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ber. Zuwanderung	137	137	137	137	137	137	136	136	136	136
Summe Zugänge	231	231	231	231	231	231	230	230	230	230
Personalbedarf	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen	0	-25	24	-12	-42	-75	-128	-163	-268	-311
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent	0	-1	1	0	-1	-2	-4	-5	-9	-10

Geo. = Geografische

Ber. = Berufliche

Absolv. = Absolventinnen/Absolventen

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

5.1.2 Alternativ-Szenarien

In Alternativ-Szenarien können Parameter bewusst ausgereizt werden, um deren Einfluss auf die Ergebnisse zu untersuchen. Ein Entscheidungsträger könnte beispielsweise die Frage stellen: „Was wäre, wenn alle Pflegepersonen erst ab dem 65. Lebensjahr in Pension gehen?“ Auch wenn dieses Szenario derzeit unrealistisch erscheint, gibt es Aufschluss über den Einfluss dieser radikalen Änderung auf das Gesamtsystem und zeigt, wie sensitiv das Modell auf diesen Parameter reagiert.

Um den Einfluss verschiedenster Maßnahmen auf die Ergebnisse zu untersuchen, wurden mit Hilfe des Fachforums analyserelevante Alternativ-Szenarien gebildet. Tabelle 5.3 zeigt die Szenarien und deren Einfluss auf die Ergebnisse. Es interessierte,

ob durch Heranziehen eines Szenarios (z. B. Ausweitung der Ausbildungsplätze) der prognostizierte Personalmangel abzuwenden wäre. Die Berechnung ergab, dass drei Szenarien theoretisch geeignet wären – jeweils durch ihren alleinigen Einsatz – den Personalmangel zu verhindern. Allerdings nur theoretisch, da die Umsetzbarkeit der beiden geeigneten Szenarien nicht ohne weiteres möglich ist. Daher kann nur eine Bündel von Maßnahmen bzw. die Kombination der verschiedenen Szenarien dem prognostizierten Personalmangel bis 2020 entgegenwirken.

Weitere Alternativen wie die Verlagerung von Tätigkeiten und Leistungen, die Quote für Führung, Lehre, Forschung und Stabsstellen, die Veränderung der Produktivität, die Zunahme an technischen Hilfsmitteln und Entwicklungen und Trends im Bildungssektor konnten nicht berechnet werden, da es nicht möglich ist, die diversen Entwicklungen einzuschätzen und in Zahlen zu fassen. Deshalb werden diese Alternativ-Szenarien erst im anschließenden Abschnitt aufgegriffen und in die qualitative Bewertung der Ergebnisse einbezogen.

Tabelle 5.3:
Szenarien im Hinblick auf die Umsetzung ausschließlich einer Maßnahme

Szenario	Beschreibung Maßnahme	Effekt durch Umsetzung von nur einer Maßnahme	Einschätzung zur Umsetzung
Ausbildung	Erhöhen der Ausbildungsplätze, um Bedarf zu decken.	Theoretisch möglich.	Eher unrealistisch, da sehr kurzfristig. Umsetzung müsste 2012 erfolgen.
Berufliche Migration	Keine Abwanderung in andere Berufsfelder und Maximierung der Wiedereinsteiger und Berufsrückkehrer, um Bedarf zu decken.	Nicht möglich, da berufliche Migration nur einen kleinen Teil der Wanderung ausmacht.	Nur sehr schwer umsetzbar, da berufliche Migration nicht ausgeschlossen werden kann. Nur durch Personalbindung möglich.
Beschäftigungsausmaß	Vollbeschäftigung aller Pflegepersonen, um Bedarf zu decken.	Theoretisch möglich.	Nicht umsetzbar, da das Beschäftigungsausmaß nicht vorgeschrieben werden kann.
Geografische Migration	Keine Migration österreichischer Pflegepersonen ins Ausland und aktives Rekrutieren ausländischer Pflegepersonen, um Bedarf zu decken.	Theoretisch möglich.	Abwanderung kann nicht verhindert werden. Aktives Rekrutieren aus Ausland ethisch fraglich.
Pensionierungsalter	Erhöhen des faktischen Pensionierungsalters, um den Personalbedarf zu decken.	Nicht möglich. Die große Zahl der Pensionierungen würde sich nur um einige Jahre verschieben. Daher ein nur kurzfristiger Effekt.	Kein Einfluss auf das faktische Pensionierungsalter.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

5.1.3 Empfohlene Maßnahmen

Die Ergebnisse der Modellrechnung zeigen, dass der Personalmangel zwischen den Jahren 2016 und 2020 nicht mithilfe einzelner Maßnahmen kompensiert werden kann. Tabelle 5.4 veranschaulicht zwei Maßnahmenpakete, die rechnerisch einem künftigen Pflegepersonalmangel entgegenwirken und deren Umsetzung realistisch erscheint.

In jeder Maßnahme wird angegeben, welcher Parameter wie stark verändert werden muss, um das Personalangebot dem -bedarf anzupassen. Es bleibt den Entscheidungsträgern überlassen, zwischen den beiden Maßnahmenpaketen zu wählen.

(Anmerkung: Das Prognosemodell berechnet die Werte automatisch anhand von Raten oder fixer Größen. Ein manuelles Eingreifen ist nicht möglich. Daher können sich kleine Abweichungen von Angebot und Bedarf ergeben, die allerdings bei max. 4 % liegen.)

Tabelle 5.4:
Maßnahmenpakete auf Basis der Modellierungsergebnisse

Empfehlung	Maßnahmenpakete	Ausmaß
1, Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl	Stärkere Personalbindung und Anwerbung	Die Abwanderung in einen anderen Beruf muss bei allen Gruppen um rund 10 Prozent reduziert werden.
	Höhere Absolventenzahl	Die Absolventenzahl der PH muss ab 2015 jährlich um zirka 15–20 Köpfe erhöht werden. Bei den DGKP ist keine Anpassung vorzunehmen.
2, Mix aus verstärkter Personalbindung und Anwerbung	Verstärkte Personalbindung und Anwerbung	Bei gleichbleibender geografischer Zuwanderung muss die geografische Abwanderung um 20 Prozent reduziert werden.
		Die Abwanderung in einen anderen Beruf muss um rund 20 Prozent reduziert werden.

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Erstes Maßnahmenpaket: Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl

Im ersten Maßnahmenpaket werden ausgewählte Parameter des Personalbestandes verändert, um den Bestand dem Bedarf entsprechend anzupassen. Die Manipulation setzt sich aus einer verstärkten Personalbindung, einer gezielten Anwerbung von potenziellen neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und einer höheren Absolventenzahl zusammen. Vorteilhaft ist hierbei, dass keine radikalen Maßnahmen vonnöten sind und jede Parameter nur einer leichten Veränderung bedarf, wobei das Erhöhen der Attrakti-

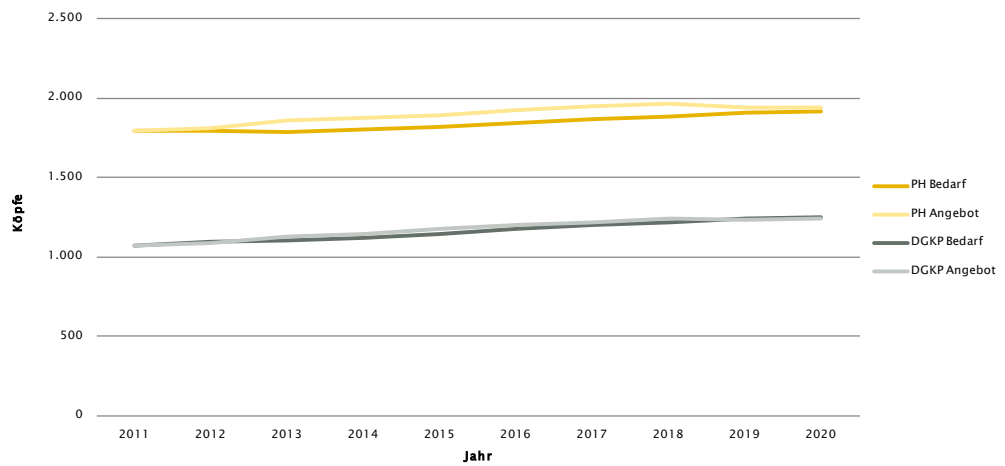
vität des Pflegeberufs und eine verstärkte Personalbindung sowohl dem Pflegepersonal als auch den Entscheidungsträgern Vorteile bringen. Als nachteilig kann sich erweisen, dass das Steigern der Absolventenzahl aus strukturellen Gründen (nicht ausreichende Klassenzimmer, Budget usw.) nicht möglich ist bzw. Absolventen und Absolventinnen auch vom Gesundheitsbereich (Krankenanstalten) gesucht werden.

Die in Tabelle 5.4 beschriebenen Maßnahmen und deren Ausmaß werden in Tabelle 5.5 für jedes Jahr dargestellt. Dabei werden auch die jeweiligen Personalzahlen (Köpfe) für das Personalangebot und den -bedarf (mit Zu- und Abgängen) angeführt. Die vom Basis-Szenario abweichenden Zahlen sind mit fetter Schrift gekennzeichnet. Eine detailliertere Darstellung nach Ausbildung ist dem Anhang zu entnehmen. Eine grafische Darstellung dieser Empfehlung zeigt Abbildung 5.3. Dabei ist zu erkennen, dass hier anders als im Basis-Szenario, (vgl. Abbildung 5.2) Bedarf und Angebot nicht auseinanderklaffen, sondern überlappen. Das zeigt, wie ausgeglichen die beiden Faktoren sind.

Was muss geändert werden?

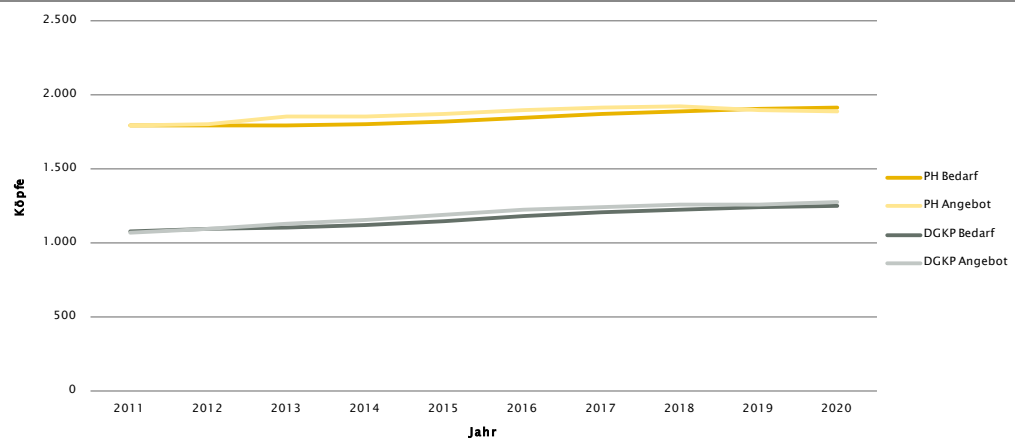
- » Die berufliche **Abwanderung** muss ab dem Jahr 2012 um rund 10 Personen pro Jahr abnehmen. Die berufliche Zuwanderung, also die Anzahl derer, die aus Krankenanstalten in den Sozialbereich wechseln, bleibt unverändert.
- » Die **Absolventenzahl** der PH muss ab dem Jahr 2013 erhöht werden bzw. mehr Absolventen und Absolventinnen müssen für die Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs gewonnen werden. Ab dem Jahr 2013 muss die Absolventenzahl bei den Schülern/Schülerinnen der PH (inkl. Fachsozialbetreuer/innen Altenarbeit/Behindertenarbeit), die direkt nach der Ausbildung in den Beruf wechseln, um 15–20 Köpfe erhöht werden.

Abbildung 5.3:
 Modellierungsergebnisse zur ersten Empfehlung – Mix aus Personalanbindung,
 Anwerbung, höherer Absolventenzahl und erhöhtem faktischem Pensionsalter



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 5.4:
 Modellierungsergebnisse zur zweiten Empfehlung – Mix aus Personalanbindung und
 Anwerbung



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 5.5:

Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen pro Jahr – Mix aus Personalanbindung, Anwerbung, höherer Absolventenzahl und erhöhtem faktischem Pensionsalter (1. Maßnahmenpaket)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot	2.865	2.899	2.987	3.018	3.072	3.128	3.165	3.201	3.172	3.188
Pensionierungen	96	42	88	75	74	94	97	120	133	109
Geo. Abwanderung	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Ber. Abwanderung	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99
Summe Abgänge	215	161	218	195	193	212	212	277	232	226
Absolv.	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Geo. Zuwanderung	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ber. Zuwanderung	137	137	137	137	137	137	136	136	136	136
Summe Zugänge	249	249	249	249	249	249	248	248	248	248
Personalbedarf	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen	0	11	97	98	104	108	91	93	24	18
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent	0	0	3	3	4	4	3	3	1	1

Geo. = Geografische

Ber. = Berufliche

Absolv. = Absolventinnen/Absolventen

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 5.6:

Gegenüberstellung von Personalangebot und -bedarf mit Zu- und Abgängen pro Jahr
– Mix aus Personalanbindung und Anwerbung (2. Maßnahmenpaket)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot	2.865	2.896	2.981	3.009	3.060	3.113	3.147	3.181	3.148	3.162
Pensionierungen	96	42	88	75	74	94	97	121	133	109
Geo. Abwanderung	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Ber. Abwanderung	88	88	88	88	88	88	87	87	87	87
Summe Abgänge	200	146	203	180	178	197	196	223	256	211
Absolv.	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Geo. Zuwanderung	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ber. Zuwanderung	137	137	137	137	137	137	136	136	136	136
Summe Zugänge	231	231	231	231	231	231	230	230	230	230
Personalbedarf	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen	0	8	91	89	92	93	74	72	1	-8
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent	0	0	3	3	3	3	2	2	0	0

Geo. = Geografische

Ber. = Berufliche

Absolv. = Absolventinnen/Absolventen

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Zweites Maßnahmenpaket: Mix aus Personalbindung und Anwerbung

Das zweite Maßnahmenpaket setzt sich ausschließlich aus den Parametern verstärkte Personalbindung und Personalanwerbung zusammen. Der Personalbedarf entspricht, wie auch bei der ersten Empfehlung, dem Basisfall-Szenario. Tabelle 5.6 veranschaulicht die Daten ausführlich für jedes Jahr. Dabei werden auch die jeweiligen Personalzahlen (Köpfe) für das Personalangebot und den -bedarf (mit Zu- und Abgängen) angeführt. Die vom Basis-Szenario abweichenden Zahlen sind fettisziert. Eine detailliertere Darstellung nach Ausbildung ist dem Anhang zu entnehmen. Grafisch werden die Ergebnisse in Abbildung 5.4 veranschaulicht.

Dem zukünftigen Pflegepersonal-mangel kann dadurch entgegengewirkt werden, dass bei konstanter Anzahl an Zugängen der Abgang stark reduziert wird, wobei der

Personalbindung sehr große Aufmerksamkeit gewidmet werden muss, und die Abwanderung muss um ein Fünftel reduziert werden. Obwohl die Zahl der Zugänge gleich bleibt, spielt auch in diesem Paket die Anwerbung von Personal eine wesentliche Rolle. In Zukunft stehen wegen der alternden Bevölkerung weniger potenzielle Bewerber/innen für alle Berufsgruppen zur Verfügung. Daher muss vorbeugend an diesem Faktor gearbeitet werden, um auch die aktuelle Schülerzahl konstant zu halten.

Was muss geändert werden?

- » Die **geografische Abwanderung** muss ab dem Jahr 2012 um rund 20 Prozent reduziert werden. Das heißt nur zirka 16, statt der bisherigen 20 Personen sollen das Bundesland Salzburg pro Jahr verlassen. (Die berufliche Zuwanderung, also die Anzahl derer, die aus Krankenanstalten in den Sozialbereich wechseln, bleibt unverändert.)
- » Die **berufliche Abwanderung** muss ab dem Jahr 2012 ebenfalls reduziert werden und zwar um 20 Prozent. Wanderten bisher rund 115 Personen pro Jahr aus dem Beruf ab, dürfen es ab dem Jahr 2012 nur mehr rund 95 sein.

5.1.4 Zusammenfassung der Modellierungsergebnisse

Die Ergebnisse des Basisfall-Szenarios zeigen einen Pflegepersonalmangel in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs in Salzburg bis zum Jahr 2020. Bis zum Jahr 2020 werden rund 261 Köpfe oder rund 9 Prozent der benötigten Pflegepersonen fehlen. Die hohe Anzahl an Pensionierungen ab 2013, besonders aber zwischen 2016 und 2020, führt zu dem prognostizierten Personalschwund.

Aufgrund der Datenlage und Modellierungsergebnisse kann der Pflegepersonalmangel zwischen den Jahren 2016 bis 2020 nur durch die Kombination mehrerer Maßnahmen verhindert werden. Ist ein Faktor umsetzbar, erzielt er nicht ausreichend Effekte. Bei ausreichender Stärke des Faktors ist er nicht umsetzbar.

Das verwendete Prognosemodell kann als unterstützendes Werkzeug dienen. Die Modellierungsergebnisse legen zwei geeignete Maßnahmenpakete nahe: Einen Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl oder einen Mix aus verstärkter Personalbindung und Anwerbung.

6 Empfehlungen

Begleitend zu den quantitativen Pflegepersonalbedarfsprognosen für den Gesundheits- und Sozialbereich recherchierte das GÖ FP-Projektteam Strategien und Maßnahmen bei Pflegepersonalmangel in der internationalen Fachliteratur. Die Ergebnisse wurden in den Empfehlungen berücksichtigt (Zsifkovits et al. 2012). Die hier in Kapitel 6 referierten Empfehlungen wurden in Abstimmung mit dem Projektteam Soziales unter Bezugnahme auf Empfehlungen, die am 12. Juni 2012 im Rahmen der Abschlussveranstaltung diskutiert wurden, für den Sozialbereich modifiziert und nach Relevanz gewichtet.

6.1 Zukünftiger Bedarf

Zusammengefasst präsentiert sich die Ausgangslage auf Basis der berechneten Szenarien folgendermaßen:

- » Im Jahr 2020 werden in den Pflegeeinrichtungen des Sozialbereichs des Landes Salzburg zirka 311 Pflegepersonen fehlen. Das entspricht einem Personaldefizit von rund 10 Prozent.
- » Ausschlaggebend dafür sind hauptsächlich der steigende Bedarf und der Abgang des Personals durch Pensionierungen.
- » Dem drohenden Pflegepersonalmangel kann nur durch eine Kombination verschiedener Maßnahmen, d. h. durch ein Maßnahmenbündel aus Personalanwerbung und Personalbindung begegnet werden.
- » Das erste empfohlene Maßnahmenpaket besteht aus einer Reduktion der beruflichen Abwanderung durch Anwerbung und Bindung ab dem Jahr 2012 um rund 10 Personen pro Jahr und der Erhöhung der PH-Absolventenzahlen um rund 15–20 Köpfe pro Jahr.
- » Das zweite empfohlene Maßnahmenpaket sieht eine Reduktion der geografischen Abwanderung durch Anwerbung und Bindung ab dem Jahr 2012 um zirka 4 Personen pro Jahr und den Rückgang der beruflichen Abwanderung um rund 20 Köpfe pro Jahr vor.

6.2 Personalanwerbung

Berufswahl: Attraktivität des Pflege-Berufs für junge Menschen, Quer- und Wiedereinsteiger/innen

Hintergrund

Gemäß einer von der ARGE „Salzburger Pflegetage 2010“ beauftragten Studie wird der Pflegeberuf in der Bevölkerung ambivalent wahrgenommen (Austrian Nurse Directors Association / Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband 2010). Einerseits hat der Pflegeberuf den Ruf, zukunftssicher, abwechslungsreich, verantwortungsvoll und wichtig zu sein; andererseits gilt er dennoch als nur durchschnittlich angesehen und sehr belastend, weshalb der Wunsch, selbst einen Gesundheits- und Krankenpflegeberuf auszuüben, nur gering ausgeprägt ist. Unterschiedliche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass sich nur rd. 10 Prozent der befragten Schüler/Schülerinnen bzw. Maturanten/Maturantinnen die Wahl eines Pflegeberufs vorstellen können, davon nur 1,9 Prozent der Jungen und 10,4 Prozent der Mädchen (Bomball et al. 2010, S. 5; Kemetmüller et al. 2005, S. 89). Diese Ambivalenz entspricht wohl einer Aussage, die professionelle Pflegepersonen immer wieder zu hören bekommen: „Toll – aber ich könnte das nicht!“ Für den Bereich der Altenpflege dürfte dieses problematische Bild von Pflege – sie „wird einerseits als aufopferungsvolle Aufgabe überhöht, als konkrete Tätigkeit aber zu wenig geschätzt“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2012, S. 8) – besonders relevant sein. Rein mediale Imagekampagnen (Plakate, Werbespots) sind kritisch zu sehen, da die Effekte vermutlich kurzfristig und der finanzielle Aufwand groß (Simoens et al. 2005) sind und nicht unbedingt die geeigneten Personen angesprochen werden (Colombo et al. 2011, S. 194). Die hauptsächliche Herausforderung und das Ziel bestehen vielmehr darin, gezielt realitäts- und praxisnahe Einblicke den Interessenten und Interessentinnen zu vermitteln, den Einstieg zu erleichtern sowie Entwicklungsperspektiven zu bieten (Bomball et al. 2010; Buresh/Gordon 2006; Colombo et al. 2011; Lachmayr 2012; Rappold et al. 2011). Neben solchen öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen gilt es zudem, den Pflegeberuf nachhaltig attraktiv zu gestalten (vgl. dazu Abschnitt 6.5).

Empfehlungen

- » Vorhandene Initiativen unterstützen, ausweiten, Vernetzung intensivieren
In Salzburg gibt es bereits zahlreiche Initiativen, die Informationen für Interessierte vermitteln bzw. den Pflegeberuf öffentlich sichtbar machen. Diese sollten weiter unterstützt und gefördert werden: z. B. „Salzburger Pflegetage“, Pflegestraße Europark. Das betrifft insbesondere Informations- und Vernetzungsaktivitäten, die sich an junge Menschen richten bzw. von diesen getragen werden: Informationsplatt-

form www.pflege-salzburg.at, Kongress „Junge Pflege“ (2011), Konzept „ARGE Junge Pflege“ des OEGKV Landesverband Salzburg. Die „Salzburger Pflēgetage“ sind eine Marke der ARGE Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser in Salzburg. Hier ist eine starke Vernetzung mit den Führungskräften aus Hauskrankenpflege und den Seniorenpflegeheimen anzustreben. Informationen für junge Menschen sollten den Bereich der Altenpflege pointiert positionieren und auch die Sozialbetreuungsberufe einbeziehen.

- » Informationsmaterial zielgruppenorientiert aufbereiten und zur Verfügung stellen
Informationsmaterial ist gesondert und spezifisch für folgende Zielgruppen zur Verfügung zu stellen: Schüler/innen, Eltern, Lehrer/innen, Berufsberater/innen. Männliche Interessenten sollten als große Zielgruppe ebenfalls eigens angesprochen werden (Colombo et al. 2011). Inhaltlich sollten dabei folgende Aspekte des Pflegeberufs betont werden: die Zukunfts- und Krisensicherheit des Berufs und die aktuellen Job-Aussichten; die Sinnhaftigkeit des Pflegeberufs, die spezifische Freude daran; die Vielfältigkeit des Berufs (verschiedene Einsatzbereiche, Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten, zwischen lebensweltlich-sozialer und medizinischer Orientierung); die Entwicklungsmöglichkeiten (bis hin zum Studium).
- » Aufsuchende Berufsberatungsangebote initiieren und fördern
Eine Möglichkeit ist, durch „Botschafter/innen“ aus den Pflege- und Sozialbetreuungsberufen die spezifische Freude am Beruf sowie realitätsnahe Informationen in allgemeinen und berufsbildenden Schulen zu vermitteln. Diese sollten nicht nur „Leidenschaft“ für den Beruf mitbringen, sondern auch über Grundkenntnisse professioneller Selbstdarstellung der Pflege verfügen (Buresh/Gordon 2006). Geschichten, Anekdoten, die (starke) Gefühle ansprechen und die Kreativität und Urteilskraft sowie die Folgen pflegerischen Handelns aufzeigen, müssen dabei eine größere Rolle spielen. Vorarbeiten der ANDA („Pflege – Zukunft – Österreich“) können hier als Ressource genutzt werden (Schwaiger 2010; Stabentheiner 2011). Es gilt, Führungskräfte der verschiedenen Einrichtungen des Sozialbereichs mit Institutionen der Berufsberatung sowie mit Schulen zu vernetzen (z. B. Workshops für Berufsberater/innen).
- » Praktikumsplätze für potenziell Interessierte ermöglichen
Für Berufsinteressierte sollten Möglichkeiten der praktischen Erfahrung und des konkreten Einblicks in Seniorenpflegeheime und in die Hauskrankenpflege geschaffen und beworben werden (vgl. z. B. freiwilliges soziales Jahr, freiwillige Sommereinsätze: www.fsj.at). Es braucht Praktika, die in den Alltag des Lebens und Arbeitens führen und durch die konkrete zwischenmenschliche Beziehungen (zu den pflegebedürftigen Personen, aber auch zu den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern) aufgebaut werden. Nicht so sehr die primäre Wahrnehmung von den Pflege- und Betreuungstätigkeiten, sondern erst das Erleben von zwischenmenschlichen Bezie-

hungen wirkt in diesen Berufen sinnstiftend. Bloße Schnupperkontakte hingegen können das Originäre der Pflege nicht vermitteln (Bomball et al. 2010).

- » Vernetzung mit dem Projekt „migrants care“

„Migrants care“ ist ein Projekt des Staatssekretariats für Integration und der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt. Ziel des Projekts ist die Verbesserung des Zugangs zum Berufsfeld der Pflege und Betreuung für Migranten/Migrantinnen, zentrale Maßnahme sind Vorqualifizierungskurse mit dem Schwerpunkt Deutsch, um den Einstieg in eine Ausbildung zu einem Pflege- bzw. Betreuungsberuf zu erleichtern. Die Integration von Migranten/Migrantinnen dürfte ein erhebliches Personalpotenzial für Pflege und Betreuung darstellen (Kubala 2012). Gleichzeitig sind in diesem Zusammenhang die Grundsätze und Kriterien des „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ (WHO Code 2010) zu berücksichtigen: Maßnahmen der Personalanwerbung von Migranten/Migrantinnen im Gesundheits- und Pflegebereich sollen nicht zum Nachteil der Herkunftsländer sein.

6.3 Ausbildung

Hintergrund

Auf Bundesebene wurden in den Jahren 2009 bis 2011 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe hinsichtlich Treffsicherheit, Bedarfsorientierung und Zukunftsfähigkeit evaluiert. Zentrale Ergebnisse dieser Evaluation sind (Rappold et al. 2011; Rottenhofer 2011; Rottenhofer et al. 2009):

- » Die Ausbildungen bereiten auf die Berufstätigkeit insbesondere für die Akutversorgung im Durchschnitt befriedigend vor, wobei die theoretische Ausbildung wesentlich besser abschneidet als die praktische (Hauptursache: fehlende zeitliche, personelle, aber auch fachliche Ressourcen für die praktische Ausbildung vor Ort).
- » Defizite bestehen bei Themen wie: Delegation und Supervision (fachlich), Zielgruppenorientierung (u. a. chronische, demenzielle und gerontopsychiatrische Erkrankungen, Migrantinnen/Migranten und multikulturelle Orientierung, Menschen mit Behinderungen) und bei der Bewältigung gehobener Aufgaben (u. a. Pflegediagnostik).
- » Mit dem GuKG 1997 wurden die Kompetenzen von DGKP gegenüber jenen im Krankenpflegegesetz (KrpflG) 1961 umfangreich erweitert. DGKP sind zu originärem Handeln mit weitreichenden Anleitungs-, Anordnungs- und Aufsichtsbefugnissen berechtigt. Trotz des umfassenden Kompetenzzuwachses ist die Ausbildung zur DGKP im Wesentlichen – abgesehen von curricularen Anpassungen – seit dem KrpflG 1961 unverändert, insbesondere die Verortung im Bildungssystem.

- » Mangelnde Konkurrenzfähigkeit im Kanon der berufsbildenden Ausbildungen insgesamt: gemäß Bevölkerungsentwicklung zwischen 1985 und 2030 nach bildungsspezifischen Altersgruppen ist ab dem Jahr 2015 bis 2030 mit einem starken Einbruch der 15–bis 19–Jährigen zu rechnen, einzig in der Altersgruppe der 20–bis 29–Jährigen ist derzeit noch ein Aufwärtstrend zu verzeichnen (Lassnig/Vogtenhuber 2009). Demnach ist in Zukunft mit einem Bewerber/innenmangel bei den GuK–Ausbildungen (Sekundarstufe II) zu rechnen, da die Personengruppe für Bildung außerhalb des Hochschulbereichs abnimmt und ein sinkender Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss zu verzeichnen ist (Lassnig/Vogtenhuber 2009).
- » Der fehlende Lückenschluss zwischen Pflichtschule und Pflegeausbildungen ist seit Jahrzehnten ein ungelöstes Problem bzw. Thema und muss insbesondere wegen den demografischen Veränderungen (sinkendes Bildungspotenzial bei steigender Anzahl pflegebedürftiger Menschen) thematisiert werden.

Gleichzeitig findet auf EU–Ebene die Evaluierung der Berufsanerkennungsrichtlinie (Berufsanerkennungsrichtlinie 2005) statt, in der die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen von zehn auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung zur Debatte steht. Nach Befassung der Bundesländer hat sich das BMG bereit erklärt, die Zugangsvoraussetzung bei Diplompflegeausbildungen auf zwölf Jahre oder eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau unter der Bedingung einer mindestens siebenjährigen Übergangsfrist anzuheben (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Womit insbesondere das in den 1990er Jahren stark forcierte BHS–Modell für die Diplompflegefachkräfte keine zukunftsfähige Bildungsoption mehr darstellen dürfte.

Empfehlungen

- » Die Reformansätze der GÖG/ÖBIG, die im Auftrag des BMG erarbeitet wurden, in Zusammenarbeit von Gesundheits– und Sozialbereich (Salzburg) interpretieren, konkretisieren, pilotieren und implementieren.
Die Pflegebildungslandschaft sollte fünf systematisch aufeinander aufbauende Qualifikationsstufen „von der Unterstützungskraft bis zum Advanced Nursing Practitioner“ beinhalten, den Lückenschluss zur Pflichtschule mit niedrighschwelligen Bildungsangeboten schaffen und für aufbauende Fachkarrieren/Spezialisierungen in der GuK systematisch differenziert nach Kompetenzvertiefung und Kompetenzerweiterung angelegt sein (Petek et al. 2011; Rappold et al. 2011).
Für den Sozialbereich gilt es insbesondere die Durchlässigkeit von der Heimhilfe über die Pflegehilfe/Pflegeassistenz zur Fachsozialbetreuer/in und zum gehobenen Dienst für GuK bildungsökonomisch und attraktiv zu gestalten. Das erfordert einerseits die Anrechnung von bereits erworbenen bzw. vorhandenen Kompetenzen (Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten), und andererseits berufsbegleitende sowie modular strukturierte Ausbildungen, die vor allem in der Heimatregion im

Rahmen eines definierten Zeitraums absolviert werden können. Darüber hinaus sind Ausbildungen und Spezialisierungen – von der inhaltlichen Ausrichtung her – mehr auf die Bedarfslagen im Sozialbereich (HKP, Gemeinde, SPH, TZ und BeH) auszurichten. Weiterbildungen und Spezialisierungen wie z. B. M.A.S.–Trainer (Morbus Alzheimer Syndrom–Trainer) und Familiengesundheitspflege könnten einerseits die Attraktivität der Arbeit im ambulanten wie stationären Bereich steigern, und andererseits die gesundheitliche Versorgung qualitativ verbessern.

- » Kurzfristig wirksame Übergangslösungen für Anwerbung, Attraktivitätssteigerung und Höherqualifizierung schaffen

Mit der Einrichtung der Implacementstiftung Pflege (Salzburg Landeskorrespondenz, vom 11. Mai 2012) gibt es in Salzburg bereits ein Instrument der Unterstützung, das weitergeführt werden sollte. Zukünftig soll zusätzlich 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). Als weitere Anreize sollten z. B. kostenlose Berufsreifeprüfung/Matura für DGKP/PH überlegt werden. Auch das Ausbildungsentgelt („Taschengeld“) für Krankenpflegeschüler/innen sollte konkurrenzfähig gegenüber dem Ausbildungsentgelt in anderen Berufen sein. Schüler/innen sollte Unterstützung beim Schulgeld geboten werden und im Rahmen der Erwachsenenbildung ist für eine Kompensation des Verdienstentganges während der Ausbildung zu sorgen. „Upgrade“-Angebote für Diplomierete zum Bachelor (FH oder Universität) sind ebenfalls anzustreben.

- » Berufsgruppenintegrierte Ausbildungen konzipieren

Damit die für die Gesundheits- und Pflegeversorgung zunehmend relevantere Kultur interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit schon in der Ausbildung sozialisiert werden kann, sind Ausbildungen verschiedener Berufe und Professionen vernetzt zu gestalten (Frenk/Chen 2011). Dazu ist allerdings die Grenze zwischen den Ausbildungen der Sozialbetreuungs- und GuK-Berufe aufzuheben und die Tertiärisierung der Diplompflegeausbildung notwendig, denn integrierte Ausbildungen lassen sich leichter auf derselben Bildungsstufe realisieren. An Fachhochschulen, die mehrere Gesundheitsberufe ausbilden, werden bereits die ersten Pläne in diese Richtung geschmiedet (z. B. MTD, Hebammen, GuK).

- » Skillslabs bzw. Praxiswerkstätten/–zentren nicht nur an GuKPS, sondern auch in Einrichtungen der Pflegeversorgung (u. a. SPH) schaffen

Neben den Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sollten auch Einrichtungen wie u. a. SPH Praxiswerkstätten oder Schulstationen installieren, die sich auf die praktische Ausbildung von Schülerinnen/Schülern und Studentinnen/Studenten für Langzeitpflege konzentrieren und auch die Rahmenbedingungen dafür bereitstellen. So könnten Auszubildende einerseits gut auf weitere Praktika im Langzeitpfe-

gebereich vorbereitet werden, und andererseits könnte damit vermutlich auch die Attraktivität der Langzeitpflege gesteigert werden.

- » Überbrückungsangebot für Pflichtschulabsolventen/Pflichtschulabsolventinnen schaffen

Der fehlende Lückenschluss zur Pflichtschule stellt für Jugendliche, die den Pflegeberuf ergreifen wollen, eine große Hürde dar. Deswegen erscheinen kurzfristige wegweisende Überbrückungsangebote sinnvoll (vgl. Mäder et al. 2011; Riedel et al. 2008).

6.4 Skill- und Grade-Mix

Hintergrund

In Zeiten technologischen Fortschritts und gesellschaftlichen, wirtschaftlichen sowie politischen Wandels hat auch in der österreichischen Gesundheits- und Pflegeversorgung die kritische Reflexion der bestehenden Personalstrukturen, der Aufgabenverteilung und des Personaleinsatzes Einzug gehalten. Aufgrund quantitativer und qualitativer Erfordernisse entstehen unterschiedliche Initiativen, die sich mit dem Thema: bedarfsgerechter Skill- und Grade-Mix, mit dem Ziel der Optimierung und Effizienzsteigerung beschäftigen. Zentral dabei ist die Anpassung des Leistungsangebotes an epidemiologische und demografische Erfordernisse, also an die (zu erwartende) Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung sowie an die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, insbesondere bei chronischen Erkrankungen und der oft mit dem Alter einhergehenden Multimorbidität (Rottenhofer et al. 2009). In diesem Kontext werden Pflegefachkräfte in Schlüsselrollen gesehen. „Krankheits-Management“ beispielweise erfordert zum Teil hoch spezialisiertes medizinisches Wissen, eine kontinuierliche stabile Vertrauensbeziehung (zwischen Leistungsempfänger und Leistungsanbieter/-träger) sowie eine auf die Berufs- und Lebenswelt der Betroffenen ausgerichtete Beratung, Begleitung und Betreuung.

Neben der Personalanwerbung (vgl. Abschnitt 6.2) und der Personalbindung (vgl. Abschnitt 6.5) sind in den Pflegeeinrichtungen/-organisationen Salzburgs auch Initiativen zu starten, die den optimalen Kompetenz- und Qualifikationsmix zum Ziel haben. In diesem Kontext häufig anzutreffende Begriffe sind:

- » „Kompetenz“ als einerseits das individuelle Vermögen unter Rückgriff auf Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen sowie unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren, situativ Probleme lösen zu können und handlungsfähig zu sein. Andererseits bezeichnet der Begriff aber auch Befugnisse, die mit einer bestimmten Stelle oder Position verbunden sind.

- » Der Begriff „Skills“ kommt aus dem angelsächsischen Raum, fokussiert begrifflich etwas mehr auf durch Erfahrung erworbene Fertigkeiten, wird in diesem Zusammenhang aber gleichbedeutend mit dem Begriff Kompetenz verwendet.
- » Demnach beschreibt der Skill-Mix die auf unterschiedlichen Berufserfahrungen beruhende individuelle Kompetenz (das Können) der Beschäftigten/Mitarbeitenden.
- » Der „Grade“ bezeichnet die formale Qualifikation (Ausbildung und Zusatzausbildungen), die Menschen grundsätzlich dazu berechtigt und (hoffentlich auch) befähigt, in einem bestimmten Beruf und/oder Handlungsfeld tätig zu sein.
- » Der Grade-Mix beschreibt demnach die unterschiedlichen offiziellen Ausbildungen und Zusatzausbildungen der Beschäftigten, des Personalbestandes u. a. einer Station oder Organisation.

Möglichkeiten

Im Rahmen einer bedarfsgerechten Optimierung des Skill- und Grade-Mix sind in Summe folgende Varianten denkbar:

- » „Übertragung“: Delegation einer Aufgabe auf eine andere Stufe einer traditionell monodisziplinären Skala (z. B. Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte oder Aufgaben des gehobenen Dienstes an PH/SBB).
- » „Ersetzung“: Austausch einer Berufsgruppe durch eine andere hinsichtlich bestimmter Aufgaben (z. B. Pflegehelfer/Pflegehelferin durch Alltagsmanager/Alltagsmanagerin im Hausgemeinschaftsmodell hinsichtlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten).
- » „Erneuerung“: Schaffen neuer Berufe durch Einführen eines neuen Typus von Beschäftigten (Wiskow et al. 2010) – (z. B. Stellen für Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten wie die Advanced Nurse Practicioners schaffen).
- » „Erweiterung“: Expandieren der Aufgaben oder Qualifikationen einer bestimmten Gruppe von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen (z. B. Ausweiten der traditionellen individuumsorientierten Pflege auf Risk- und/oder Qualitätsmanagement, Familiengesundheitspflege oder Community Nursing).

Empfehlungen

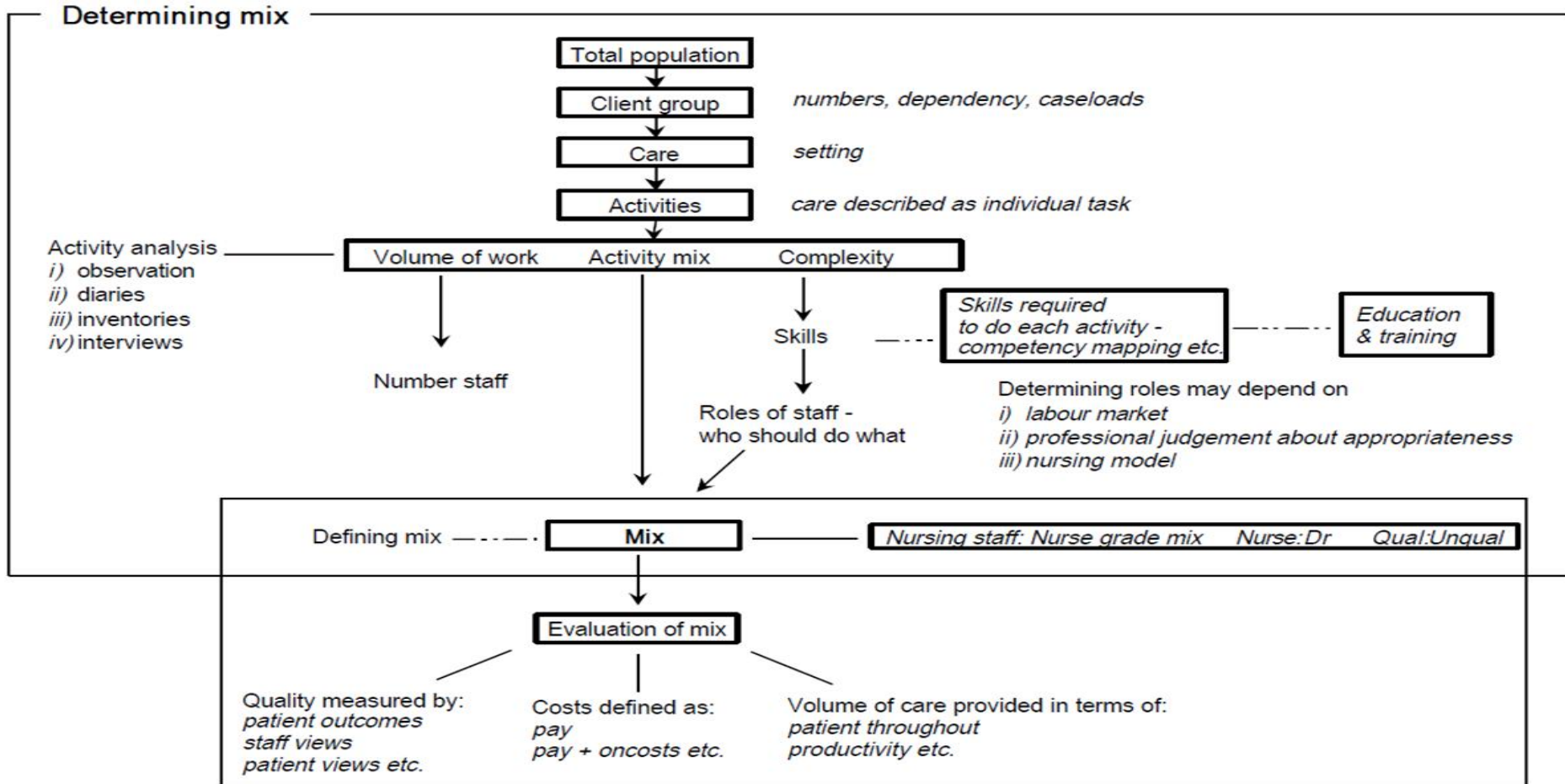
- » Skill- und Grade-Mix aufgreifen

Die Entscheidung, welche der oben genannten Varianten oder welcher Mix an Varianten zielführend ist, muss auf Grundlage einer bedarfs- und kompetenzorientierten Situationsanalyse hinsichtlich Tätigkeiten, Kern- und Nebenaufgaben und des derzeit vorgehaltenen Skill- und Grade-Mix getroffen werden (vgl. Abbildung 6.1). Um das Potenzial an notwendigen Spezialisierungen, der Neuverteilung verschiedener Aufgaben sowie um eventuelle, erweiterte Rollen von Pflegekräften zu diskutieren und einschätzen zu können, sind interdisziplinäre und interprofessionelle

Verständigungen – vor allem zwischen Pflege, Medizin und Sozialbetreuung – herzustellen. 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 (vgl. Neuverteilung der Rollen im Hausgemeinschaftsmodell).

- » Pflegespezifische Leistungsergebnisse als Argumentationsgrundlage
Änderungen des Skill- und Grade-Mix sind auf Basis der Auswirkungen auf das Leistungsergebnis bei den Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern (Outcome) anhand von (pflegesensitiven) Ergebnisindikatoren kritisch zu hinterfragen bzw. zu beurteilen. Studien belegen u. a. einen signifikanten Zusammenhang zwischen Infektionsraten bzw. nosokomialen Infektionen und Qualifikation des Personals (Hugonnet et al. 2007; Stone et al. 2008).
- » Wissenschaftlich begleitete Pilotierungen auf Stationsebene
Grundlegende Änderungen im Skill- und Grade-Mix müssen primär auf der Mikroebene (u. a. Station/Stützpunkt) ansetzen und pilotiert werden, um über ausreichende Evidenz zu verfügen. Eine generelle Festlegung der Strukturqualität hinsichtlich Personalausstattung auf Träger- bzw. Landesebene empfiehlt sich erst, wenn negative Auswirkungen auf die Klienten/Klientinnen und Bewohner/innen argumentiert ausgeschlossen werden können.
- » Das Instrument Stellenbeschreibungen differenziert nutzen
Eine bedarfsorientierte Veränderung des Skill- und Grade-Mix in u. a. SPH erfordert kurzfristig die kompetenzorientierte Weiterentwicklung von Stellenbeschreibungen und Rollenprofilen in der Pflegepraxis. Mittelfristig sind auch die Berufs- und Qualifikationsprofile und damit die möglichen „Fachkarrieren“ der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie Betreuungsberufe auszudifferenzieren (vgl. Rappold/Rottenhofer 2010). Die nötigen Anpassungen der Pflege-Bildungslandschaft an die künftigen Erfordernisse (d. h. Berufs- und Kompetenzprofile) sind der Diskussionsgrundlage zu den Reformansätzen für die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu entnehmen (Rappold et al. 2011).

Abbildung 6.1:
Flussdiagramm zur Ermittlung eines bedarfsorientierten Skill- und Grade-Mix im Pflegebereich



Quelle: Buchan et al. 2000

6.5 Personalbindung

Fachkarrieren und Praxisentwicklung

Hintergrund

Differenzierte Laufbahnverläufe und lebenslange Perspektiven kennzeichnen einen nachhaltig attraktiven Beruf (Fachkarrieren). In der Pflegepraxis jedoch herrscht häufig noch die Kultur des „Alle machen und können alles“ (z. B. Übernahme von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch diplomiertes Personal oder Kompetenzüberschreitungen durch Pflegehelfer/innen – vgl. Winkler et al. 2006). Zudem sind Pflegeberufe oft „Sackgassen“-Berufe, die keine Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Weiterqualifizierung bieten. Das heißt zum einen, dass der Personaleinsatz nicht ausreichend bedarfsorientiert erfolgt, zum anderen, dass vorhandene individuelle Kompetenzen und „Leidenschaften“ nicht aufgegriffen, entwickelt werden und treffsicher zum Einsatz kommen. Strategisch unverzichtbar ist deshalb eine Praxisentwicklung, die Rollendifferenzierung, -erweiterung und -aufwertung ins Zentrum stellt, damit erstens, die pflegerische Versorgung optimal an die Bedarfe der Zielgruppen angepasst und zweitens, durch den Auf- und Ausbau von ausdifferenzierten Fachkarrieren der Pflegeberuf attraktiver wird. Es ist daher zum einen notwendig, Modelle zu finden, die eine berufliche Entwicklungsperspektive für Heimhelfer/innen und Pflegehelfer/innen bieten; zum anderen braucht es Möglichkeiten der Integration von höher qualifizierten diplomierten Pflegekräften (Masterstudienabsolventen/-absolventinnen, ANP) in der täglichen Praxis. Die eine Säule dafür ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung (siehe Abschnitt dort), die andere Säule ist das Schaffen von entsprechenden Strukturen für Rollen, in denen Kompetenzen mit (erweiterten) Verantwortungsbereichen verknüpft werden, in den Organisationen. Das Entwickeln von Fachkarrieren sollte an international umgesetzten Kompetenzmodellen für Pflegeberufe (Petek et al. 2011) orientiert sein.

Empfehlungen

- » Fachkarrieren für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ermöglichen
Pflegehelfer/innen, die sich weitergebildet haben, über spezielles Praxiswissen verfügen (Berufserfahrung) oder beispielsweise in einer berufsbegleitenden und modularen Weiterqualifizierung zum Diplom schon neue Kompetenzbereiche erschlossen haben, sollten Stellen bekleiden, die sie in der Fürsorge/Versorgung verantwortungsvollere, vertiefende Aufgaben übernehmen lassen. Es soll daher analog der Diplompflegeausbildung auch für Pflegehelfer/innen die Möglichkeit geben Sonderausbildungen zu absolvieren, die sich kompetenzerweiternd auswirken. Diese sollen bei einer eventuellen Aufschulung auf das Diplom angerechnet werden.

- » Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen in die „Arbeit mit den Menschen“
 Aufbauende (Sonder-) Ausbildungen sind derzeit ausschließlich akutstationär ausgerichtet. Die zukünftige Entwicklung von Pflegeexpertinnen durch Qualifikationsangebote über das Diplom hinaus, sollte hingegen „demografiesensibel“ (chronische Erkrankungen, Demenz, Prävention und Gesundheitsförderung etc.) und auf innovative Versorgungsformen bezogen sein. In den Organisationen sind entsprechende Stellen zu schaffen, damit Diplompflegekräfte mit Masterabschlüssen, z. B. „Advanced Nurse Practitioners“, sich nicht von der unmittelbaren Arbeit mit den Menschen wegentwickeln, sondern ihre Expertise in verantwortlichen Rollen in der direkten Pflege wahrnehmen und in die Teams einbringen können. Eine besondere Bedeutung wird neuen Versorgungsformen und neuen Hilfe-Kooperationsformen (Profis-Laien-Ehrenamtliche) im Sozialraum zukommen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2012; Dörner 2012)¹. Handlungsleitend sollte hierfür eine (wissenschaftlich begleitete) Pilotierung der Ausbildung und Umsetzung des Konzepts der Familiengesundheitsschwester / des Familiengesundheitspflegers bzw. der „Public Health Nurse“ sein (Brieskorn-Zinke 2007; Wild 2009; Wild et al. 2007).
- » Fachkarrieren und Expertinnenrollen förderndes Gehaltsschema für die Pflege entwickeln
 Unterschiedliche Qualifikationen, individuelle Kompetenzen und spezifische Verantwortungsübernahmen müssen in Gehaltsschemata adäquat abgebildet sein, damit ein leistungs- und kompetenzorientierter Personaleinsatz nachhaltig garantiert werden kann. Bei der Erarbeitung bzw. Modifikation von Entlohnungssystemen, die Fachkarrieren und Expertenrollen gerecht werden, sollten die Pflegedienstleiter/innen bzw. Expertinnen/Experten aus dem Pflegebereich einbezogen werden.
- » Angehörige der Sozialbetreuungsberufe stärken
 Für einen besseren Kompetenz- und Qualifikations-Mix, aber auch für eine angemessene Balance von Medizin- und Sozialorientierung, empfiehlt es sich – insbesondere im Sozialbereich – vermehrt Angehörige der Sozialbetreuungsberufe mit integrierter Pflegehilfeausbildung einzustellen.
- » Verbindung Pflegewissenschaft und Praxis (weiter) stärken
 Die Voraussetzungen sind hierzu im Land Salzburg mit dem Institut für Pflegewissenschaften an der PMU sowie mit dem Bachelor-Studiengang an der Fachhochschule Salzburg sehr günstig. Kooperationen in größeren (analog etwa zu „Schmerzfreies Pflegeheim“) und kleineren Projekten sind (weiter) anzustreben.

1

Vgl. auch die Projekte des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG): http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-4F9661AF-C1D7B2D0/bst/hs.xsl/72947_72984.htm

Studierende sollten für wissenschaftliche Abschlussarbeiten zu solchen Themen gewonnen werden, die von Pflegepersonen in der Praxis aufgeworfen werden.

Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegeberuf

Hintergrund

Die demografische Alterung betrifft auch die Pflegekräfte selbst. Durch entsprechende Maßnahmen könnte eine lange Verweildauer im Beruf gewährleistet werden. Da zum einen der Pflegeberuf mit besonders schweren Belastungen verknüpft ist (Nachtarbeit, Zeitdruck, Heben und Tragen, dauerhaft existenziell belastende Situationen), zum anderen die Sorge um ältere Menschen für die Pflege ohnehin zentral ist, gilt es, dem Thema Altwerden im Pflegeberuf besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei geht es nicht nur darum, Belastungen für ältere und älter werdende Pflegekräfte abzumildern, sondern auch deren Expertise, Berufs- und Lebenserfahrung aktiv zu nutzen (vgl. Berger/Zimber 2004; Freiling 2009; Gröning et al. 2009; Hatcher et al. 2006). In der Lebensphase der Familiengründung geht es um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Empfehlungen

- » Dienstplanerstellung durch die Mitarbeiter/innen und innovative Arbeitszeitgestaltung ermöglichen

Die Bedeutung der Gestaltung der Arbeits- und Lebenszeiten für die Berufszufriedenheit steht außer Frage, aber ein Patentrezept – z. B. hinsichtlich der Vor- und Nachteile von Voll- und Teilzeitarbeit – gibt es nicht. Verschiedene Erfahrungen betonen aber die Notwendigkeit intensiver Partizipation bzw. die Eigenverantwortung der Mitarbeiter/innen bei der Dienstplanerstellung. Der Dienstplan sollte weitgehend von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern selbst organisiert werden, um den verschiedenen, individuellen Lebensentwürfen entsprechen zu können (Hayes et al. 2010; Krajic et al. 2003; Krämer 2002; Wiskow et al. 2010). Das setzt den Einsatz eines breiten Instrumentariums an Zeitgestaltungsformen in den Organisationen voraus, z. B. Teilzeit, Arbeitszeitkonten u. dgl. (vgl. Gröning et al. 2009; Krämer 2002). Flexible Dienstzeiten sind nicht nur für die Lebensphase des Alters bzw. Älterwerdens von Relevanz, sondern auch in der Phase von Familiengründung und Karenz.

- » Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umsetzen

Erfahrungen dazu bestehen etwa im Land Salzburg mit dem (vom Fond Gesundes Österreich geförderten) Projekt „fit care“ (Jarau/Berger 2012) oder durch das Münchner Projekt „Pfleget die Pflegenden!“.

- » Kompetenzen und die Erfahrung von älteren Pflegepersonen als Ressourcen aktiv nutzen

Dazu zählen nicht nur die Berufs-, sondern auch die in der Pflege bedeutsame Lebenserfahrung und das Organisationswissen. Möglichkeiten hierzu sind: stärkere Einbindung von älteren Pflegekräften in strategische Entscheidungen, Bildung altersgemischter Teams, Fortbildungen, die das Erfahrungswissen Älterer narrativ einbeziehen etc.

- » Rechtzeitig altersgerechte Rollen finden

Im Hinblick auf das Altwerden sind Pflegepersonen rechtzeitig Befugnisse und Verantwortungsbereiche einzuräumen, die bestimmte Belastungen vermeiden (Dienstzeiten, physische Belastungen). Gleichzeitig ist aber die Expertise der älteren Pflegepersonen optimal für die Patientenbetreuung und Personalentwicklung zu nutzen (vgl. Abschnitt 6.4).

- » Kinderbetreuung organisieren

Es bedarf eines ausreichenden Angebots an Kinderbetreuungsplätzen, die an die Dienstzeiten der Pflege angepasst sind.

Arbeitsorganisation, Arbeitskultur und Führung

Hintergrund

In der Fachliteratur zur (Steigerung der) Berufszufriedenheit von Pflegepersonen (Buchan 2002; Colombo et al. 2011; Hayes et al. 2010; International Council of Nurses – ICN 2008; Utriainen/Kyngäs 2009; z. B. Wiskow et al. 2010) werden zahlreiche Faktoren beschrieben, die dazu beitragen, Pflegekräfte im Beruf zu halten bzw. auch den Beruf zu ergreifen. Es kommt darauf an, in den Seniorenpflegeheimen und in der Hauskrankenpflege etc. Aufbau- und Ablauforganisationen, Organisationskulturen und Führungsstile zu entwickeln, die langfristig Berufszufriedenheit ermöglichen und nicht zuletzt einer möglichen Erosion des Berufsethos vorbeugen (Käppeli 2005; Krobath/Heller 2010; Wettreck 2001). Mehr als das Ansetzen an nur einem Faktor, braucht es integrative und viele Maßnahmen koordinierende Strategien im Sinne der Organisationsentwicklung.

Ein gutes und fundiertes Gesamtkonzept liegt für die Krankenhauspflege mit dem Modell „**Magnet-Krankenhaus**“ vor (Aiken et al. 2008; Buchan 1999; Flynn/McCarthy 2008; Gattig 2009; Russell C. Coile 2001; Upenieks 2005; Wagner 2010). Magnet-Krankenhäuser sind solche, die sich als besonders erfolgreich in der „Anziehung“ von Pflegepersonal erwiesen haben aufgrund einer Reihe sich ergänzender und zusammengehöriger Organisationsmerkmale. Das Modell sollte analog übersetzt werden für die Einrichtungen im Sozialbereich („Magnet-Seniorenpflegeheim“). Der Verbesserung von Arbeitsbedingungen in der Pflege kommt nicht zuletzt auch deshalb eine beson-

dere Dringlichkeit zu, da (für den Krankenhausbereich) Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und der Patientensicherheit bzw. der Qualität der Fürsorge/Versorgung festgestellt werden konnte (Aiken 2011). Solche „Magnet-Seniorenheime“ sollen eng mit den Ausbildungsstätten verknüpft werden und verstärkt Praktika anbieten.

Empfehlungen

- » Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umsetzen
(siehe oben Punkt „lebensphasengerechtes Arbeiten“)
- » Kultur der Partizipation fördern
Führungskräfte der oberen Managementebenen (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung, Heimleitung) sollten um die Einbindung der Basiskräfte in Entscheidungen (Mitbestimmung) sowie um Kontakt und Kommunikation bemüht sein.
- » Positionen der unteren bis mittleren Führungsebene stärken
Stationsleitungen in Heimen, die pflegerischen Bezirks- oder Regionalleiter/innen bzw. Pflege- oder Stützpunktleiter/innen in der Hauskrankenpflege sind Schlüsselkräfte zwischen dem höheren Management und der konkreten Arbeit „im Team“ bzw. „mit den Menschen“. Um dezentrale, partizipative Arbeits- und Entscheidungsstile zu fördern, starke, innovative Pflegekulturen „von unten“ wachsen zu lassen, müssen diese Positionen gestärkt werden. 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 Qualifikation erfolgen, wobei insbesondere die fachliche Leadershipfunktion auszubauen ist. Unter anderem weisen die „Magnet-Studien“ auf die Bedeutung von Führungskräften mit starken Pflege-Philosophien in der täglichen Praxis hin. Leitungskräfte der unteren/mittleren Managementebene sollten gemeinsam mit ihren Teams Projekte initiieren, die die Qualität der pflegerischen Fürsorge/Versorgung verbessern, die Autonomie und Professionalität der Pflegearbeit in den täglichen Handlungsmustern erhöhen und die Motivation, Involvierung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen steigern. Die oberen Führungsebenen sollten solche Initiativen einfordern und fördern.
- » Leistungen der Pflege nach „innen“ sichtbar machen
Im Rahmen des pflegerischen Qualitätsmanagements sollten vor allem Bemühungen zum Thema Pflege-Ergebnisindikatoren (verstärkt) angestellt und mit den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen die Ergebnisse ihrer Arbeit diskutiert werden. Dabei sollte der Akzent nicht auf negative Ergebnisse, sondern auf die Wirksamkeit des Tuns (das „einen Unterschied macht“) sowie auf die Ergebnis- und Qualitätsorientierung in der Arbeit gelegt werden.

- » Kultur der Wertschätzung schaffen bzw. erhalten
Menschlicher, wertschätzender Umgang stellt nicht nur das Herz jeglicher Pflege- und Betreuungskultur dar (Käppeli 2005; Kohlen 2008; Kumbruck et al. 2011), sondern ist auch vital für Pflegekräfte als Anerkennung ihrer Arbeit – insbesondere in einem gesellschaftlich marginalisierten Bereich wie der Langzeitpflege und der Sorge um alte Menschen (Castle et al. 2006; Colombo et al. 2011; Moseley et al. 2008; Schnabl 2005; Wettreck 2001). Maßnahmen zur Kulturentwicklung in diesem Sinne sollten ergriffen werden – wie Pflegeerfolgsbesprechungen, Weitergabe von positiven Rückmeldungen von Angehörigen, entsprechende Öffentlichkeitsarbeit etc. (vgl. Duisberg/Wappenschmidt-Krommus 2012).
- » Magnet-Krankenhaus-Strategie für die Organisationen des Sozialbereichs interpretieren und umsetzen
Die nachstehenden Eigenschaften von Magnet-Krankenhäusern sollten für Seniorenpflegeheime, Hauskrankenpflege aber auch für die Tageszentren und Behindertenheime interpretiert und auf diese übertragen werden. Die Eigenschaftsliste kann gewissermaßen als „Checkliste“ für die Organisations-Diagnose bzw. als Indikatorset für den Zielerreichungsgrad herangezogen werden. Entscheidend ist, das Modell als eine koordinierte Gesamtstrategie zu sehen. Da es sich darüber hinaus um eine landesweite Strategie handeln sollte, empfiehlt sich eine Vernetzung entsprechender Aktivitäten auf Landesebene zur kritischen Reflexion und zum Erfahrungsaustausch.

Eigenschaften von „Magnet“-Organisationen

Im Bereich „Management, Organisation und Führung“:

- » Flache Hierarchien, dezentrale Strukturen, partizipative Entscheidungsstile
- » Starke Führungspersönlichkeiten mit visionären Pflege-Philosophien, dem Anspruch der Patientenorientierung und Unterstützung für die Mitarbeiter/innen in der täglichen Arbeitspraxis
- » Die obere Managementebene ist bei den Basiskräften bekannt und pflegt den Kontakt
- » Kultur des „guten Teams“, der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe
- » Flexible Arbeitsstrukturen für verschiedene Bedürfnislagen der Mitarbeiter/innen (z. B. flexible Arbeitszeiten für Ältere oder Eltern)
- » Gesunde Arbeitsumgebung

Im Bereich „professionelle Pflege“:

- » Hohe Grade an Autonomie in der Ausübung der Pflege (Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Entscheidung, Prioritätensetzung in der täglichen Praxis, Entwicklung pflegerischer Expertise)

- » Arbeit nach professionellen Pflegemodellen und Pflegesystemen (Primary Nursing)
- » Möglichkeiten professioneller Weiterentwicklung (Vertiefung durch Weiterbildungen, aber auch Höherqualifizierung) und deren Verankerung in der Personalplanung
- » Kultur der Patientenorientierung und des „Caring“ (d. h. die Möglichkeit, das Ethos der Fürsorge und des Helfens leben, bedeutsame Beziehungen zu Patienten/Patientinnen eingehen zu können, in wesentliche Lebensereignisse involviert zu sein)
- » Starke Qualitätsorientierung (Orientierung an Patienten-Ergebnissen und guter Qualität der Fürsorge/Versorgung durch die Basiskräfte, bestehende Strukturen Qualität zu messen und zu verbessern)
- » Ressourcen und Support für „Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten“ (Advanced Nursing Practitioner, Familiengesundheitsschwester/-pfleger, Public Health Nurse, Case-/Care-Manager/in ...)

Im Bereich „Repräsentation der Pflege“

- » Starke Pflege-Vertretung in der Führung der Organisation
- » Starke Pflege-Vertretung in der Vernetzung mit anderen Einrichtungen und der Politik
- » Anerkennung der professionellen Rolle der Pflege bei den anderen Disziplinen
- » Sichtbarkeit und Anerkennung der Leistungen und des Beitrags der Pflege

6.6 Fazit und Ausblick

Österreichweit weist Salzburg hinsichtlich des stationären Leistungsangebotes in der Alten- und Langzeitversorgung sowie in der mobilen Betreuung eine überdurchschnittliche Versorgungsdichte auf (Birner et al. 2005). Daneben bestehen zahlreiche Angebote für pflegende Angehörige sowie zu Beratung und Information durch das Land (Pflegeberatung, Tages- und Kurzzeitpflege, Ersatzpflege, Notruftelefon usw.). Vor diesem Hintergrund sowie auf Grundlage der Bedarfsprognose und der errechneten Szenarien erscheint die Bewältigung des Pflegepersonaldefizits bis zum Jahr 2020 mit den vorgeschlagenen Maßnahmen bewältigbar. Im Hinblick auf einen „Masterplan Pflege“ für das Land Salzburg gilt es, der Zusammenschau und Koordination mit dem Gesundheitsbereich mehr Aufmerksamkeit zu schenken. 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 in der Pflege attraktiv zu gestalten, die Pflege als mögliche Berufswahl für beide Bereiche öffentlich zu kommunizieren und schließlich darin, für ein Zueinander von Gesundheits- und Sozialbereich sowie von Pflege- und Sozialbetreuungsberufen sorgen zu 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

Arbeiterkammer (2012): Altersteilzeit [Online].
<http://www.arbeiterkammer.at/online/altersteilzeit-867.html> [Zugriff am 19.04.2012]

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

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (2011). www.bwkg.de [Zugriff am 19.04.2012]

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

Berufsanerkennung Richtlinie: Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. L 255/22

Birner, Andreas; Danzer, Daniela; Neruda, Thomas; Pichlbauer, Ernest; Pochobradsky, Elisabeth; Willinger, Manfred (2005): Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010. Im Auftrag der Salzburger Landesregierung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 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

Brieskorn–Zinke, Marianne (2007): Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. 1. Aufl., W. Kohlhammer, Stuttgart

Buchan, J. (2002): Nursing shortages and evidence–based interventions: a case study from Scotland. In: International nursing review 49/4, 209–218

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

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit 91747 II/A/2/2012. RL 2005/36/EG. Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung. Unveröffentlicht

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

Castle, Nicholas G.; Degenholtz, Howard; Rosen, Jules (2006): Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Services Research, BioMed Central

Colombo, Francesca; Llana–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

Dörner, Klaus (2012): Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Paranus, Neumünster

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

Dussault, Gilles; Buchan, James; Sermeus, Walter; Padaiga, Zilvinas (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. Im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2010, WHO, Kopenhagen

Fasching, Melitta; Knittler, Käthe; Moser, Cornelia; Stadler, Bettina (2011): Arbeitskräfteerhebung 2010, Ergebnisse des Mikrozensus. Statistik Austria, Wien

Flynn, Maureen; McCarthy, Geraldine (2008): Magnet hospital characteristics in acute general hospitals in Ireland. In: *Journal of Nursing Management* 16/8, 1002–1011

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

Frenk, J. ; Chen, L. et al. (2011): Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. *The Lancet Education of Health Professionals for the 21st Century*, Careum, Zürich

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

Hatcher, Barbara; Bleich, Michael R.; Connolly, Charlene; Davis, Kathleen; O'Neill Hewlett, Peggy; Stockley Hill, Karen (2006): *Wisdom at Work: The Importance of the Older and Experienced Nurse in the Workplace*. Robert Wood Johnson Foundation

Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (Hg.) (2010): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010*. Berger. Horn

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

Hugonnet, Stéphane; Villaveces, Andrés; Pittet, Didier (2007): Nurse Staffing Level and Nosocomial Infections: Empirical Evaluation of the Case–Crossover and Case–Time–Control Designs. In: *American Journal of Epidemiology* 165/11, 1321–1327

International Council of Nurses – ICN (2008): *Guidelines: Incentives for Health Professionals*. Pre-publication Copy, International Council of Nurses, International Hospital Federation, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association.

Jarau, Oliver; Berger, Daniela (2012): *Fit Care*. Integrierte Betriebliche Gesundheitsförderung in ausgewählten Seniorenheimen im Bundesland Salzburg.

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 [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

Krämer, Katrin (2002): Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege – Handlungsleitfaden für eine alternsgerechte Personalentwicklung. Stuttgart

Kranewitter, Helga; Stelzer-Orthofer, Christine; Gerich, Joachim; Sonnleitner, Nicole (2008): Berufsverläufe und Tragfähigkeit in der Altenfachbetreuung. Im Auftrag des Instituts für Sozial- und Wirtschaftswissenschaft (isw). Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Linz

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

Kubala, Margit (2012): Qualifizierungsoffensive: "migrants care"! Ein Projekt des Staatssekretariates für Integration und der BAG für die Vorqualifizierung von MigrantInnen für Pflege und Betreuungsberufe. Pressemappe. Wien, 11.7.2012. Staatssekretariat für Integration. Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, Wien

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.oeibf.at/db/calimero/tools/proxy.php?id=14691>

Lassnig, L.; Vogtenhuber, St. (2009): Abschnitt 1: Bildungsstatistische Kennzahlen. In: Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009. Hg. v. Specht Werner. Graz: Leykam

Mäder, Susanne; Gehrig, Matthias; Fritschi, Tobias (2011): Evaluation des Modellprojekts 'Servicehelfer im Sozial und Gesundheitswesen' im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Kurzfassung des Abschlussberichtes, Univation, Institut für Evaluation, Köln

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

Nemeth, Claudia; Frank, Wilhelm; Fülöp, Gerhard; Pazourek, Jan (1994): Personalangebot 1993 – 2010 in den Berufsgruppen Krankenpflegefachdienst, Stationsgehilfen/Pflegehelfer, Gehobene medizinisch–technische Dienste, Medizinisch–technischer Fachdienst, Hebammen – Angebotsprognose Varianten. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Nöbauer, Brigitta (2009): Mitarbeiterbindung – kein Auslaufmodell! Power Point

Petek, Cäcilia; Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth et al. (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Graz

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid (2010): Gesellschaftlicher Wandel als Chance für die Weiterentwicklung der Berufsprofile im Feld Betreuung und Pflege. In: Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft Herausforderungen und Chancen. Hg. v. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Wien, 57–74

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

Rauchenschwandtner, Birgit (2010): Pflegebedürftige Personen. Land Salzburg – Abteilung Soziales

Riedel, Annette; Mäder, Susanne; Schuster, Melanie (2008): Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen. Arbeitsmaterialien, Band 1: Einführung in das Curriculum und erste Ergebnisse des Modellversuchs, 1. Aufl., Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart

Rottenhofer, Ingrid (2011): Zukunftsfähige Pflegeausbildung. Wende in der Pflegeausbildung, Wien 29.9.2011, PowerPoint Präsentation

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

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

Russell C. Coile, Jr. (2001): Magnet Hospitals Use Culture, Not Wages, to Solve Nursing Shortage. In: Journal of Healthcare Management 46/4, 224

Salzburg Landeskorrespondenz Land setzt weitere starke Impulse für die Pflege. Burgstaller bei Salzburger Pflēgetagen 2012: Wer pflegt, verdient Wertschätzung und ordentliche Rahmenbedingungen [Online].
http://service.salzburg.gv.at/lkorj/Index?cmd=detail_ind&nachrid=49003 [Zugriff am 1.06.2012]

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

Schneider, Ulrike; Truekschitz, Birgit (2003): Job characteristics and fluctuation in long-term care – Empirical evidence from Austria. ESPAnet Conference 2003 “Changing European Societies – The Role for Social Policy”, Kopenhagen November 13–15, 2003

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

Simoens, Steven; Mike, Villeneuve; Jeremy, Hurst (2005): Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers Nr 19, OECD, Paris

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 [Zugriff am 19.4.2012]

Stone, Patricia W.; Pogorzelska, Monika; Kunches, Laureen; Hirschhorn, Lisa R. (2008): Hospital Staffing and Health Care-Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. In: *Healthcare Epidemiology* 2008/47, 937-944

Them, Christa; Them, Karl-Heinz; Fritz, Elfriede; Günter, Bernhard; Schulc, Eva (2009): Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. In: *HeilberufeSCIENCE* 1, 27-33

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

Utriainen, Kati; Kyngäs, Helvi (2009): Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. In: *Journal of Nursing Management* 17/8, 1002-1010

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

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

WHO Code (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. [Online]. World Health Organization. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [Zugriff am 08. 03. 2012]

Wild, Monika (2009): Public Health als Handlungsfeld für die Pflege – immer schon – und jetzt umso mehr! In: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft PPA Laut gedacht Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte November/1-10

Wild, Monika; Rottenhofer, Ingrid; Fleck, Klaudia; Rappold, Elisabeth; et al. (2007): Familiengesundheitspflege in Österreich. Curriculum. Umsetzung des Konzepts der Family-Health-Nurse der WHO in Österreich. Österreichisches Rotes Kreuz in Kooperation mit: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; Das Land Steiermark; Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Wien

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

Anhang

- Tabelle A 1: Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen Ergänzungsausbildungen in Salzburg nach Land für die Jahre 2005–2011 zum Stichtag 31. 12. 2011
- Tabelle A 2: Detailergebnisse im Basisfall-Szenario
- Tabelle A 3: Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl (1. Maßnahmenpaket)
- Tabelle A 4: Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung und Anwerbung (2. Maßnahmenpaket)

Tabelle A 1:

Anzahl der mit Erfolg absolvierten und im Bescheid eingetragenen
Ergänzungsausbildungen in Salzburg nach Land für die Jahre 2005–2011
zum Stichtag 31. 12. 2011

Jahr	Land*	AGuKP	KJP/Psy	PH
2005	Bosnien	5	-	1
	Serbien	2	-	-
	Kosovo	1	-	-
	Philippinen	1	-	1
	Bulgarien	1	-	-
	Slowakei	1	-	-
Gesamt 2005		11	-	2
2006	Bosnien	9	-	1
	Serbien	4	-	1
	Kosovo	-	1	-
	Kroatien	6	-	-
	Mazedonien	1	-	-
	Slowakei	2	-	-
	Deutschland	3	-	-
	Philippinen	1	-	-
	Indien	1	-	-
	Russland	1	-	-
	Ukraine	-	-	1
	Trinidad	-	1	-
Gesamt 2006		28	2	3
2007	Bosnien	4	-	1
	Serbien	2	-	-
	Kroatien	1	-	-
	Deutschland	1	-	-
	Philippinen	1	-	1
	Ukraine	1	-	-
	Moldawien	1	-	-
	Eritrea	1	-	-
Gesamt 2007		12	0	2
2008	Bosnien	7	-	1
	Serbien	1	-	-
	Kosovo	2	-	-
	Kroatien	3	-	-
	Deutschland (Kroatien)	1	-	-
	Philippinen	-	-	1

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 1 – Seite 2 von 2

Jahr	Land	AGuKP	KJJP/Psy	PH
2008	Albanien	1	-	-
	Iran	1	-	-
	Kirgistan	1	-	-
	Türkei	1	-	-
	Indien	1	-	-
	Nigeria	2	-	-
Gesamt 2008		21	0	2
2009	Bosnien	4	1	-
	Serbien	1	1	-
	Kosovo	3	-	-
	Kroatien	1	-	-
	Mazedonien	1	-	-
	Russ. Föd.	3	-	1
	Philippinen	-	-	1
	Türkei	1	-	-
Gesamt 2009		14	2	2
2010	Bosnien	4	-	-
	Serbien	-	1	1
	Russ. Föd.	1	-	-
	Russland	2	-	-
	Türkei	-	-	1
Gesamt 2010		7	1	2
2011	Bosnien	17	-	-
	China	2	-	-
	Georgien	-	-	1
	Griechenland (Georgien)*	-	-	1
	Kosovo	-	-	2
	Kroatien	2	-	1
	Mazedonien	2	-	-
	Österreich (Bosnien)*	1	-	-
	Philippinen	1	-	-
	Russland	-	-	1
	Serbien	4	-	-
	Slowenien (Bosnien)*	1	-	-
	Weißrussland	2	-	-
Gesamt 2011		32		6

*in Klammer das Heimatland der Person, falls dieses vom Ausbildungsland abweicht

Quelle nach Land Salzburg – Abteilung 9 Gesundheit und Sport;
Darstellung: GÖ FP

Tabelle A 2:
Detailergebnisse im Basisfall-Szenario

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot DGKP	1.073	1.081	1.107	1.117	1.141	1.159	1.163	1.175	1.157	1.160
Personalangebot PH	1.792	1.782	1.807	1.791	1.785	1.786	1.783	1.771	1.722	1.699
Personalangebot gesamt	2.865	2.863	2.914	2.908	2.926	2.945	2.946	2.945	2.879	2.859
Pensionierungen DGKP	41	17	34	19	21	33	41	58	54	41
Pensionierungen HP	55	25	54	56	53	61	56	87	79	68
Geo. Abwanderung DGKP	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Geo. Abwanderung PH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Ber. Abwanderung DGKP	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
Ber. Abwanderung PH	62	62	62	62	62	62	61	61	61	61
Summe Abgänge	233	180	237	213	212	230	231	296	250	244
Absolv. DGKP	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Absolv. PH	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Geo. Zuwanderung DGKP	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Geo. Zuwanderung PH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Ber. Zuwanderung DGKP	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
Ber. Zuwanderung PH	49	49	49	49	49	49	48	48	48	48
Summe Zugänge	231	231	231	231	231	231	230	230	230	230
Personalbedarf DGKP	1.073	1.095	1.102	1.120	1.149	1.178	1.203	1.221	1.242	1.253
Personalbedarf PH	1.792	1.793	1.789	1.800	1.819	1.842	1.870	1.887	1.906	1.916
Personalbedarf gesamt	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen DGKP	0	-15	5	-3	-8	-19	-40	-47	-85	-93
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent DGKP	0	-1	0	0	-1	-2	-3	-4	-7	-7
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen PH	0	-10	18	-9	-34	-56	-88	-116	-184	-218
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent PH	0	-1	1	-1	-2	-3	-5	-6	-10	-11
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen gesamt	0	-25	24	-12	-42	-75	-128	-163	-268	-311
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent gesamt	0	-1	1	0	-1	-2	-4	-5	-9	-10

Geo. = Geografische / Ber. = Berufliche / Absolv. = Absolventinnen/Absolventen / DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen / PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle A 3:

Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung, Anwerbung und höherer Absolventenzahl
(1. Maßnahmenpaket)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot DGKP	1.073	1.090	1.125	1.145	1.178	1.205	1.219	1.239	1.231	1.244
Personalangebot PH	1.792	1.809	1.862	1.873	1.894	1.923	1.946	1.962	1.941	1.944
Personalangebot gesamt	2.865	2.899	2.987	3.018	3.072	3.128	3.165	3.201	3.172	3.188
Pensionierungen DGKP	41	17	34	19	21	33	41	33	54	41
Pensionierungen HP	55	25	54	56	53	61	56	87	79	68
Geo. Abwanderung DGKP	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Geo. Abwanderung PH	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Ber. Abwanderung DGKP	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Ber. Abwanderung PH	54	54	54	54	54	54	53	53	53	53
Summe Abgänge	215	161	218	195	193	212	212	277	232	226
Absolv. DGKP	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Absolv. PH	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
Geo. Zuwanderung DGKP	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Geo. Zuwanderung PH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Ber. Zuwanderung DGKP	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
Ber. Zuwanderung PH	49	49	49	49	49	49	48	48	48	48
Summe Zugänge	249	249	249	249	249	249	248	248	248	248
Personalbedarf DGKP	1.073	1.095	1.102	1.120	1.149	1.178	1.203	1.221	1.242	1.253
Personalbedarf PH	1.792	1.793	1.789	1.800	1.819	1.842	1.870	1.887	1.906	1.916
Personalbedarf gesamt	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen DGKP	0	-6	24	25	29	28	15	18	-11	-10
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent DGKP	0	-1	2	2	3	2	1	1	-1	-1
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen PH	0	17	73	73	75	80	76	75	35	28
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent PH	0	1	4	4	4	4	4	4	2	1
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen gesamt	0	11	97	98	104	108	91	93	24	18
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent gesamt	0	0	3	3	4	4	3	3	1	1

Geo. = Geografische / Ber. = Berufliche / Absolv. = Absolventinnen/Absolventen / DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen / PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle A 4:

Detailergebnisse, Mix aus Personalbindung und Anwerbung (2. Maßnahmenpaket)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personalangebot DGKP	1.073	1.093	1.132	1.154	1.190	1.221	1.237	1.261	1.275	1.271
Personalangebot PH	1.792	1.803	1.850	1.855	1.870	1.892	1.910	1.920	1.913	1.890
Personalangebot gesamt	2.865	2.896	2.981	3.009	3.060	3.113	3.147	3.181	3.188	3.162
Pensionierungen DGKP	41	17	34	19	21	33	41	33	54	41
Pensionierungen HP	55	25	54	56	53	61	56	88	79	68
Geo. Abwanderung DGKP	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Geo. Abwanderung PH	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Ber. Abwanderung DGKP	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Ber. Abwanderung PH	44	44	44	44	44	44	43	43	43	43
Summe Abgänge	200	146	203	180	177	197	199	223	256	211
Absolv. DGKP	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Absolv. PH	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Geo. Zuwanderung DGKP	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Geo. Zuwanderung PH	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Ber. Zuwanderung DGKP	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
Ber. Zuwanderung PH	49	49	49	49	49	49	48	48	48	48
Summe Zugänge	231	231	231	231	231	231	230	230	230	230
Personalbedarf DGKP	1.073	1.095	1.102	1.120	1.149	1.178	1.203	1.221	1.242	1.253
Personalbedarf PH	1.792	1.793	1.789	1.800	1.819	1.842	1.870	1.887	1.906	1.916
Personalbedarf gesamt	2.865	2.888	2.890	2.920	2.968	3.020	3.073	3.108	3.148	3.170
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen DGKP	0	-3	30	34	41	43	34	40	33	18
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent DGKP	0	0	3	3	4	4	3	3	3	1
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen PH	0	11	61	54	51	50	40	33	7	-26
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent PH	0	1	3	3	3	3	2	2	0	-1
Differenz Angebot Bedarf, in Köpfen gesamt	0	8	91	89	92	93	74	72	40	-8
Differenz Angebot Bedarf, in Prozent gesamt	0	0	3	3	3	3	2	2	1	0

Geo. = Geografische / Ber. = Berufliche / Absolv. = Absolventinnen/Absolventen

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen / PH = Pflegehelferinnen/Pflegehelfer

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen ergeben die einzelnen Posten nicht immer die Zwischensummen!

Quelle und Darstellung: GÖ FP

