

# Fokusstudie Pflege zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016

Ergebnisbericht

---

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



# Fokusstudie Pflege zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Petra Kozisnik  
Johanna Pilwarsch

Unter Mitarbeit von:

Dominika Mikšová  
Elisabeth Rappold  
Sabine Pleschberger  
Martina Santner

Fachliche Begleitung:

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

Projektassistenz:

Petra Groß

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

Wien, im August 2023

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

Zitiervorschlag: Kozisnik, Petra; Pilwarsch, Johanna (2023): Fokusstudie Pflege zur Evaluation der GuKG-Novelle 2016. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/4/5075

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

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

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund

Die Fokusstudie Pflege ist als Arbeitspaket 2 Teil des umfassenden Evaluationsvorhabens zur GuKG-Novelle 2016. Das Ziel dieser Novelle war es, die Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals zu verbessern und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Zielsteuerung in den verschiedenen Settings beizutragen. Der Evaluierungszeitraum sowie die Fragestellungen ergeben sich aus dem GuKG § 117 Abs. 21 selbst: „Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat bis 31. Dezember 2023 die Umsetzung der Bestimmungen über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, insbesondere hinsichtlich 1. der an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen ärztlichen Tätigkeiten, 2. der an die Pflegeassistentenberufe übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten, 3. der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung, 4. des settingspezifischen Skill-and-Grade-Mix der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, 5. der bedarfsdeckenden Ausbildungskapazitäten, insbesondere im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durch Fachhochschul-Bachelorstudiengänge und in der Pflegefachassistenten [Anm.: Z 6 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 128/2022] unter Einbeziehung der Länder sowie der Träger der Langzeitpflegeeinrichtungen und der Berufsvertretungen zu evaluieren“.

Der Schwerpunkt der Fokusstudie Pflege liegt auf der Untersuchung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, die Studie soll darüber hinaus die Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten quantitativ beleuchten.

## Methode

Mittels einer deskriptiven Querschnittserhebung wurden aktive, in der Patientenversorgung tätige DGKP über alle Settings hinweg zum Erleben ihrer beruflichen Praxis und zu damit einhergehenden Zusammenhängen befragt. Für die Erhebung fand das standardisierte Erhebungsinstrument des PES-NWI Anwendung und zu speziellen Fragestellungen aus der GuKG-Evaluierung wurde in Anlehnung an den Österreichischen Pflegebericht 2007 die Delegation als Themenfeld erhoben. Weitere Aspekte der Erhebung umfassten die Attraktivität des Aufgabenbereichs, die Bekanntheit der GuKG-Novelle sowie die Belastungen durch die COVID-19-Pandemie und die Erhebung soziodemografischer Daten. Die statistischen Analysen erfolgten anhand der Software R unter Anwendung deskriptiver Verfahren, die Varianzanalyse wurde mittels ANOVA und die Korrelationsanalyse nach Pearson durchgeführt.

## Ergebnisse

DGKP haben sich zum überwiegenden Anteil mit den Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt und erleben die pflegerischen Kernkompetenzen als attraktives Aufgabenfeld. Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG wird als Aufwertung des Berufsfelds wahrgenommen. Der Aufgabenbereich insgesamt wird überwiegend – wenn auch in den Settings in unterschiedlicher Ausprägung – als

attraktiv erlebt. DGKP aus dem Setting der mobilen Dienste bewerteten den Aufgabenbereich signifikant attraktiver, als DGKP aus dem Krankenhaus oder den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen es taten.

Die Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten von DGKP an PA und/oder PFA steht in engem Zusammenhang mit dem Setting. Die Delegation einzelner Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG ist mit weiteren Faktoren wie der Personalausstattung, der Verfügbarkeit von Servicediensten, dem Einstehen der direkten Vorgesetzten bzw. der Pflegedienstleitung für die PA und PFA in Konfliktsfällen und bei Entscheidungen, der beruflichen Autonomie und der Kontrolle über die berufliche Praxis verknüpft. Insgesamt steht die Delegation von Tätigkeiten gemäß § 14 GuKG mit mehr Faktoren in signifikantem Zusammenhang als jene aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG.

Rund 80 Prozent der DGKP in den Krankenhäusern und in der Langzeitpflege antworteten, dass die Personalausstattung nicht und eher nicht ausreichend für die Bewältigung der Pflegearbeit sei, und rund drei Viertel der DGKP erklärten, dass die Personalbesetzung nicht und eher nicht ausreichend für eine gute Pflege sei. Die diesbezüglichen Häufigkeiten variieren zwischen den Settings deutlich, der Anteil liegt jedoch durchwegs über 55 Prozent.

### **Schlussfolgerungen**

DGKP erleben ihr Aufgabenfeld als durchaus attraktiv, insbesondere jenes der pflegerischen Kernkompetenzen. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erscheinen die Einschätzung in puncto Personalausstattung zur Gewährleistung guter Pflege und jene zur Bewältigung der Pflegearbeit kritisch. Weitere Untersuchungen hinsichtlich der Ergebnisqualität und der Patientenergebnisse am Beispiel internationaler Forschungsvorhaben (RN4CAST, Missed Nursing Care) –insbesondere im veränderten Grade-Mix – sind anzustreben (Aiken, 2018; Cartaxo, 2022).

### **Schlüsselwörter**

GuKG-Novelle 2016, berufliche Praxis DGKP, Delegation, pflegerische Versorgung

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Abbildungen.....	VI
Tabellen .....	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung .....	1
1.1 Fragestellung .....	2
1.2 Zielsetzung im Rahmen des Evaluationsvorhabens.....	3
2 Methodisches Vorgehen – Fokusstudie Pflege.....	4
2.1 Fragebogen .....	6
2.1.1 Kognitive Interviews .....	6
2.1.2 Rekrutierung und Dissemination .....	7
2.2 Datensammlung.....	8
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
2.3 Rücklauf und Datenbereinigung .....	8
2.4 Analyse- und Interpretationshinweise .....	8
2.5 Stichprobenbeschreibung.....	10
2.6 Fehlende Werte (missing values).....	12
3 Ergebnisse der Fokusstudie Pflege .....	13
3.1 Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.....	13
3.2 Attraktivität des Aufgabenfelds der DGKP.....	17
3.3 Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten .....	24
3.3.1 Delegation spezifischer Maßnahmen aus den in § 14 und § 15 GuKG genannten Kompetenzbereichen .....	25
3.3.2 Häufigkeit der Delegation und diesbezügliche Zusammenhänge .....	28
3.4 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung .....	41
3.4.1 Qualität und Patientensicherheit.....	41
3.4.2 Ausübung beruflicher Tätigkeit und Versorgungskontinuität.....	50
3.4.3 Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen und damit einhergehende Herausforderungen.....	55
3.5 Die Evaluation der GuKG-Novelle 2016 im Kontext der COVID-19-Pandemie .....	61
4 Zusammenfassung.....	67
4.1 Kontextfaktoren des Evaluationsvorhabens.....	67
4.2 Erleben beruflicher Tätigkeit in unterschiedlichen Settings .....	68
4.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit .....	70
4.4 Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen .....	72
4.5 Häufigkeit und Ausmaß der Delegation und deren Einflussfaktoren .....	73
5 Schlussfolgerung und kritische Reflexion .....	75
Literatur .....	78

# Abbildungen

Abbildung 2.1:	Zeitlicher Ablauf der Fokusstudie Pflege .....	5
Abbildung 2.2:	Stichprobe der Fokusstudie Pflege im Vergleich zur Grundgesamtheit der DGKP in Österreich nach Setting.....	11
Abbildung 2.3:	Stichprobe, verteilt nach Absolvierung einer Spezialisierung gemäß § 17 GuKG.....	12
Abbildung 3.1:	Aktive Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016 .....	14
Abbildung 3.2:	Information zur GuKG-Novelle 2016 durch Arbeitgeber.....	15
Abbildung 3.3:	Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf infolge von Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 .....	16
Abbildung 3.4:	Möglichkeiten zu Aus-, Fort-, Weiterbildungen und/oder Schulungen durch Arbeitgeber .....	17
Abbildung 3.5:	Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern zu den Gesamtaufgaben .....	18
Abbildung 3.6:	Attraktivität des gegenwärtigen Aufgabenbereichs .....	20
Abbildung 3.7:	Attraktivität pflegerischer Kernkompetenzen .....	22
Abbildung 3.8:	Berufliche Aufwertung durch Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie .....	24
Abbildung 3.9:	DGKP: Möglichkeiten der Delegation.....	25
Abbildung 3.10:	Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß § 14 GuKG seitens DGKP an PFA/PA .....	26
Abbildung 3.11:	Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG seitens DGKP an PFA/PA .....	28
Abbildung 3.12:	Zeit und Möglichkeit für fachlichen Austausch .....	42
Abbildung 3.13:	Zulänglichkeit bzw. Unzulänglichkeit der Besetzung mit DGKP zur Gewährleistung guter Pflege .....	43
Abbildung 3.14:	Zulänglichkeit bzw. Unzulänglichkeit der Personalbesetzung zur Bewältigung der Pflegearbeit .....	45
Abbildung 3.15:	Umsetzung eines Qualitätssicherungsprogramms (NWI).....	46
Abbildung 3.16:	Arbeitsstunden laut Vertrag .....	48
Abbildung 3.17:	Tatsächlich gearbeitete Wochenstunden .....	49
Abbildung 3.18:	Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert Betreuungskontinuität .....	54

Abbildung 3.19:	Kontinuierliche Aktualisierung von Pflegeplanung und Dokumentation .....	56
Abbildung 3.20:	Existenz eines Pflegeleitbilds.....	58
Abbildung 3.21:	Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege .....	59
Abbildung 3.22:	Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung .....	61
Abbildung 3.23:	Aufrechterhaltung der Patientenversorgung und persönliche Belastungsgrenze.....	63
Abbildung 3.24:	Einsatz entsprechend der Fachkompetenz während der COVID-19-Pandemie .....	64
Abbildung 3.25:	Vermehrte Durchführung pflegefremder Tätigkeiten während der COVID-19-Pandemie .....	65

# Tabellen

Tabelle 2.1:	Bündelung von Items in der Auswertung.....	9
Tabelle 2.2:	Rücklauf nach Bundesländern in Absolutzahlen und Relation (n = 3.390) .....	10
Tabelle 2.3:	Stichprobenverteilung nach höchstem Bildungsabschluss neben der DGKP-Ausbildung (n = 3.390) .....	11
Tabelle 3.1:	Arbeitsstunden laut Vertrag nach Setting.....	47
Tabelle 3.2:	Tatsächlich geleistete Arbeitsstunden nach Setting .....	49
Tabelle 3.3:	Attraktivität des Berufsfelds und ihre Zusammenhänge (Korrelation nach Pearson; n = 3.390) .....	52

# Abkürzungen

ANOVA	analysis of variance (Varianzanalyse)
AP	Arbeitspaket
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson / diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
EKG	Elektrokardiogramm
GBR	Gesundheitsberuferegister
GBRG	Gesundheitsberuferegistergesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
NQF	National Quality Forum
NWI	Nursing Work Index
PA	Pflegeassistent:in bzw. Pflegeassistenz
PES-NWI	Practice-Environment-Skala des Nursing Work Index
PFA	Pflegefachassistent:in bzw. Pflegefachassistenz



# 1 Einleitung

Zahlreiche Faktoren weisen darauf hin, dass von einem zukünftigen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen in der Bevölkerung ausgegangen werden muss: Die Auswirkungen des demografischen Wandels einschließlich der Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen, eine zunehmende Zahl (hoch)altriger und damit auch multimorbider Menschen, veränderte Familien- und Mobilitätsstrukturen – die mit einem wachsenden Anteil von Einpersonenhaushalten einhergehen – sowie der Wunsch, auch bei hoher Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben zu können, all dies zählt zu den Einflussfaktoren dafür, dass der Bedarf an (professioneller) Pflege in allen Settings zunehmen wird (Rothgang et al. 2012; Schwinger/Tsiasioti 2018).

Diesem wachsenden Bedarf stehen nicht vorhersehbar mehr Pflegepersonen gegenüber. Aufgrund der bestehenden Altersstruktur des Pflegepersonals (Pensionierungen) beispielsweise wird in den kommenden Jahren mit Abgängen gerechnet, die unter Fortschreibung der Ausbildungskapazitäten nicht aufgefangen werden können (Famira-Mühlberger/Firgo 2018; Rappold et al. 2017). Neben dem Anliegen, Personen in ausreichender Zahl für den Beruf zu gewinnen und im Beruf zu halten, sei auch auf Anpassungserfordernisse von Instrumenten zur Bemessung des Personalbedarfs auf Ebene der Organisationen hingewiesen (Staflinger 2016).

Bestehende Personalengpässe führen zu einer Arbeitsverdichtung und sinkender Arbeitszufriedenheit mit den bekannten Folgewirkungen wie gesundheitlichen Problemen der Beschäftigten, individueller Reduktion der Arbeitszeit bis hin zu hoher Fluktuation (Bauer et al. 2018; Höhmann et al. 2016). Beschäftigte in Pflegeberufen sind im Vergleich zu allen Berufen nachweislich häufiger im Jahr krankgeschrieben, und sie fallen pro Krankschreibung häufiger länger als sechs Wochen aus, wie Zahlen aus Deutschland belegen (Drupp/Meyer 2019). So entsteht ein Circulus vitiosus, der sich auf die Attraktivität der Arbeitsplätze und in weiterer Folge auf das Image der Pflegeberufe zunehmend negativ auswirkt (Rappold et al. 2018; Slotala 2019).

Grundsätzlich sind die Anforderungen an Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den vergangenen Jahren aufgrund rasanter Entwicklungen und Transformationsprozesse im Gesundheitssystem angestiegen, bzw. haben sie sich verändert (Frenk et al. 2010): Ob in Akutkrankenhäusern, in der Langzeitpflege, der mobilen Pflege oder neuen Feldern wie den Primärversorgungseinheiten – in allen Settings besteht der Anspruch auf eine zeitgemäße, professionelle, patientenorientierte und gesundheitsfördernde Behandlung und Betreuung. Entsprechend qualifizierten Pflegepersonen wird hier eine zentrale Rolle zugeordnet (Aiken/Fagin 2018; BMASGK 2019). Zudem gilt es – den Forderungen nach Interprofessionalität entsprechend – auch an der Realisierung einer „kooperativen Praxis“ mit den anderen Gesundheits- und Sozialberufen aktiv mitzuwirken, wofür es spezifischer Kompetenzen bedarf (Ewers et al. 2019; Gilbert et al. 2010).

Mit der im Jahr 2016 in Kraft getretenen Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sollte den o. g. Ansprüchen mit einem zeitgemäßen Berufsgesetz Rechnung getragen werden und den Herausforderungen der Pflegepraxis besser begegnet werden (siehe Erläuterungen zur Gesetzesvorlage 2016). Zahlreiche Neuerungen und Veränderungen im Bereich der

Pflegeberufe wurden eingeleitet, um zu einer Verbesserung der Einsatzmöglichkeiten des Pflegepersonals und damit zu einer verbesserten Versorgungssituation im Sinne der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) in den verschiedenen Settings beizutragen. Zentrale Aspekte der Novelle sind u. a. die vollständige Überführung der Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in den tertiären Bereich bis 2024, eine Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen (§ 14, § 15 GuKG) sowie die Einführung einer neuen Berufsgruppe – der Pflegefachassistentinnen und -assistenten (PFA).

Mit einer Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 soll bis zum Jahr 2023 der Frage nachgegangen werden, ob die o. g. Zielsetzungen erreicht werden. Mit dieser Evaluierung wurde die Gesundheit Österreich GmbH vom damals zuständigen Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz beauftragt, die seit 2018 entsprechende Arbeiten durchführt. Während dieser Arbeiten zum Evaluationsvorhaben verdeutlichte sich, dass Veränderungen in Berufsverständnis, -praxis und Arbeitssituation aufgrund fehlender Referenzdaten nicht zuverlässig abgebildet werden können, auch sind direkte Vergleiche mit einschlägigen Entwicklungen in anderen Ländern nicht möglich. So gab es in der Vergangenheit keine österreichische Beteiligung an internationalen Studien zu dieser Thematik (z. B. RN-4-CAST-Studie, NEXT-Studie), auch wurden nationale Erhebungen wie die im Vorfeld der GuKG-Novelle erstellten Pflegeberichte 2006 und 2007 nicht fortgeführt (Riess et al. 2007; Winkler et al. 2006). Mit dem 2016 verabschiedeten und 2018 in Kraft getretenen Gesundheitsberuferegistergesetz (GBRG) der darin verankerten verpflichtenden Registrierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe wurde jedoch eine wichtige Grundlage zur Beobachtung der quantitativen Entwicklung des Gesundheitspersonals geschaffen.

Vor diesem Hintergrund soll mit dem skizzierten Vorhaben ein gesellschaftspolitisch ebenso wie pflege- und gesundheitswissenschaftlich relevantes, aber bislang vernachlässigtes Thema aufgegriffen und bearbeitet werden: Es gilt Entwicklungen in Richtung eines professionellen und modernen Berufsbilds am Beispiel des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege setting übergreifend zu untersuchen sowie die Sichtweise der Berufsangehörigen auf ihre Arbeitssituation vor dem Hintergrund der steigenden Anforderungen und herausfordernden Rahmenbedingungen zu erfassen. Angehörige des gehobenen Dienstes haben eine Schlüsselrolle inne, und bedingt durch die o. g. Entwicklungen sind in ihrem beruflichen Handeln ebenso wie hinsichtlich ihres Berufsbilds maßgebliche Veränderungen zu erwarten. Ein besseres Verständnis der Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der Berufsgruppe zu gewinnen ist daher von hoher Relevanz. Aus dieser Wissensgrundlage können in der Folge adäquate Maßnahmen zur Attraktivierung des Berufs- und Arbeitsfelds bzw. zur Förderung von Berufszufriedenheit und -verbleib abgeleitet werden.

## 1.1 Fragestellung

Entsprechend der oben angeführten Ausgangs- und Problemlage wurde im Arbeitspaket 2 folgende Fragestellung ins Zentrum gerückt:

*Wie erleben bzw. beurteilen DGKP ihre berufliche Praxis vor dem Hintergrund der gesetzlichen Veränderungen, sich wandelnde Anforderungen in Berufsbild und Gesundheitssystem und gegebene Rahmenbedingungen in den unterschiedlichen Settings der Pflege?*

Neben ihren grundsätzlichen Einstellungen geht es dabei auch darum, wie DGKP ihre berufliche Praxis vor dem Hintergrund der gesetzlichen Veränderungen und gegebenen Rahmenbedingungen konkret erleben.

## 1.2 Zielsetzung im Rahmen des Evaluationsvorhabens

Durch diese zentrale Forschungsfrage sollten insbesondere zu dem Themenfeld der „Sicherstellung der pflegerischen Versorgung“ im Rahmen des Evaluationsvorhabens Erkenntnisse zu den Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 erzielt werden. In einer breit angelegten Onlinebefragung sollen DGKP zu einer Vielfalt von Aspekten der Sicherstellung der gesamten pflegerischen Versorgung über alle Settings hinweg befragt werden. Dabei sollen auch Aspekte der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals sowie dessen Einschätzung der Qualität der pflegerischen Versorgung beleuchtet werden.

Vor allem sollten die Rahmenbedingungen der beruflichen Praxis untersucht werden, aber es sollte auch ergänzend zur qualitativen Erhebung aus der Case-Study-Analyse den Fragestellungen zur Delegation pflegerischer und ärztlicher Tätigkeiten nachgegangen werden. Durch die Fokusstudie Pflege soll eine Systematisierung von Aussagen jenseits von Einzelmeinungen ermöglicht werden. Dies soll in weiterer Folge auch das Aufzeigen von Tendenzen und Entwicklungen seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 aus Sicht von Pflegepersonen ermöglichen. Gerade aufgrund des relativ kurzen Evaluations- und Erhebungszeitraums, der seit Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 vergangen ist, können mit der Fokusstudie Pflege Basisdaten für eine längerfristige Beobachtung der einschlägigen Entwicklungen in Österreich oder für internationale Vergleiche in diesem europaweit wichtigen Feld geschaffen werden.

## 2 Methodisches Vorgehen – Fokusstudie Pflege

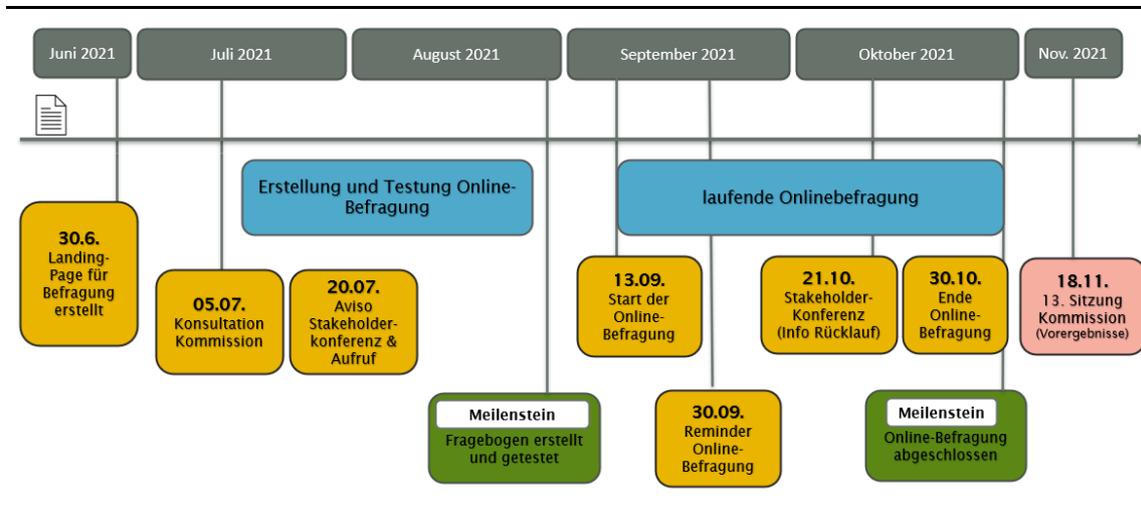
Dabei sollen insbesondere folgende Aspekte aus Sicht diplomierter Pflegepersonen beleuchtet werden:

- » Berufsbild und Attraktivität des Berufs
- » Bekanntheit und Umsetzungsgrad der aktuellen Gesetzeslage
- » berufliche Praxis und Wahrnehmung von Kompetenzen (Delegation)
- » Belastungen durch die COVID-19-Pandemie

Für diese genannten Dimensionen sollten insbesondere Unterschiede nach dem beruflichen und fachlichen Hintergrund der Pflegepersonen analysiert werden. So ist u. a. davon auszugehen, dass Unterschiede je nach beruflicher Position oder aber nach der Art der Ausbildung (Bachelorabschluss vs. Diplom an GuK-Schule) bestehen. Darüber hinaus sollen Unterschiede nach dem Setting (Akutbereich, Langzeitpflege ...) überprüft werden.

Dabei wurden österreichweit diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) online und anonym in einem deskriptiven Querschnittsverfahren zur ihrer beruflichen Praxis unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen befragt. Um diesbezüglich aussagekräftige Ergebnisse für alle relevanten Settings gewährleisten zu können, wurde im später erläuterten Rekrutierungsverfahren auf eine möglichst große Beteiligung an der Studie geachtet, die von den Vertreterinnen der Bundesländer in der GuKG-Evaluierungskommission maßgeblich unterstützt wurde. Die nachfolgende Abbildung 2.1 zeigt das Vorgehen im zeitlichen Verlauf und demonstriert einerseits die Vorphase mit der Entwicklung des Fragebogens zur Onlinebefragung, die Befragungsphase selbst mit den Zwischenauswertungen und erste Vorstellungen der Ergebnisse bei den Stakeholderinnen und Stakeholdern.

Abbildung 2.1:  
Zeitlicher Ablauf der Fokusstudie Pflege



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Die Arbeiten rund um die Fokusstudie Pflege hatten ihren Schwerpunkt im Jahr 2021. Bereits in der 12. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission im Mai 2021 wurden unter vorheriger Einbringung von Rechercheergebnissen und methodischen Möglichkeiten die Untersuchungsschwerpunkte diskutiert und festgelegt. Im Juni standen erste Informationen über das Forschungsvorhaben im Rahmen der Evaluierung der GuKG-Novelle über die Landing-Page auf der Homepage der Gesundheit Österreich GmbH zur Verfügung. Im Juli wurde in einer gesonderten Konsultationssitzung der GuKG-Evaluierungskommission der finale Fragebogen abgestimmt und für die ersten Testungen freigegeben. Der finalisierte und getestete Fragebogen stand schlussendlich Ende August zur Verfügung, und die Onlinebefragung konnte am 13. September 2021 starten.

Im Zuge einer Stakeholderkonferenz am 21. 10. 2021, die unter Beteiligung eines breiten Publikums, aber insbesondere jener der Arbeiterkammer, Vertretung der Langzeit- und mobilen Pflege, Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Bundesländer, Sozialversicherung, Ärztekammer etc. online stattfand, wurde einerseits der Fragebogen, andererseits auch erste Angaben zum Rücklauf präsentiert und über die Stakeholder:innen nochmals ein Aufruf zur Teilnahme gestartet. Schlussendlich wurde die Befragung am 30. 10. 2021 geschlossen und wurden erste Ergebnisse in der 13. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission präsentiert, die am 18. 11. 2021 stattfand. In den nachfolgenden Sitzungen der GuKG-Evaluierungskommission wurden in weiterer Folge die Analyseschwerpunkte besprochen, die noch vor dem Endbericht präsentiert wurden. Nachfolgend werden die Erstellung der Befragung sowie deren methodische Hintergründe näher erläutert und die Ergebnisse unter Kapitel 3 exploriert.

## 2.1 Fragebogen

Der Fragebogen wurde mit der Absicht entwickelt, die im Evaluationsvorhaben relevanten Fragestellungen für die Fokusstudie Pflege zu beantworten. Eine weitere Zielsetzung war, mit dem entwickelten Erhebungsinstrument eine erste Datengrundlage für Österreich zu schaffen und eine internationale Anschlussfähigkeit und Vergleichbarkeit der Daten und Ergebnisse zu ermöglichen. Der Fragebogen zur Onlinebefragung im Rahmen der Fokusstudie Pflege setzt sich entsprechend den oben angeführten Aspekten aus fünf Themenblöcken zusammen.

Die Erhebung der soziodemografischen Daten wurde an den Österreichischen Pflegebericht aus dem Jahr 2007 (Riess et al. 2007) sowie an den Gesundheitsberuferegister-Jahresbericht (Holzweber et al. 2021) angelehnt, um durch die Verwendung einheitlicher Begrifflichkeiten und Definitionen eine bessere Vergleichbarkeit von Ergebnissen erzielen zu können.

Themenblöcke zur Attraktivität des Aufgabenfelds der DGKP, zur Bekanntheit der GuKG-Novelle 2016 in der beruflichen Praxis und zur COVID-19-Pandemie wurden auf Grundlage vorhandener Ergebnisse aus der Case-Study-Analyse (Pleschberger et al. 2021) und dem vorliegenden Fortschrittsbericht (Pleschberger/Holzweber 2019) entwickelt und mit der Evaluierungskommission zur GuKG-Novelle 2016 abgestimmt.

Der Themenblock zur beruflichen Praxis beinhaltet zum einen den Fragenkomplex zur Delegation in Anlehnung an den Österreichischen Pflegebericht 2007 (Riess et al. 2007) und zum anderen jenen zum standardisierten Erhebungsinstrument, der Practice-Environment-Skala des Nursing Work Index (PES-NWI) (Lake 2002) – einem psychometrisch getesteten Erhebungsinstrument zur Beurteilung der Beschaffenheit von Arbeitsumfeldern in der Pflege. Der 31 Items umfassende PES-NWI basiert auf Literatur zur Arbeitszufriedenheit Pflegenden, Studien über die Magnetkrankenhäuser sowie auf Theorien zur Soziologie von Unternehmen, Beschäftigung und Arbeit und besteht aus fünf theoretischen Konzepten: nurse participation in hospital affairs; nursing foundations for quality of care; nurse manager ability, leadership and support of nurses; staffing and resource adequacy und collegial nurse-physician relations (Swiger et al. 2017).

Der PES-NWI wurde für die renommierte RN4CAST-Studie (Aiken et al. 2013) eingesetzt und wird vom National Quality Forum (NQF) für die Erhebung von Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege empfohlen (Swiger et al. 2017). Der PES-NWI wurde ins Deutsche übersetzt und validiert. Die Zustimmung zur Nutzung des standardisierten Erhebungsinstruments in deutscher Sprache wurde seitens der Inhaber der Technischen Universität Berlin eingeholt.

### 2.1.1 Kognitive Interviews

Der Practice Environment Scale des Nursing Work Index (PES-NWI) ist insbesondere in der deutschen Version für den akutstationären Bereich in Krankenhäusern und für die Langzeitpflege getestet. Im Zuge der Fokusstudie Pflege wurde ihr Einsatz für Erhebungen in allen Settings angedacht, weshalb vorab kognitive Interviews mit DGKP aus unterschiedlichen Settings durchgeführt

wurden. Die Rekrutierung erfolgte über Kontakte der GÖG. Insgesamt wurden elf kognitive Interviews mit DGKP aus den Bereichen Casemanagement, Intensivstation, Neonatologie, Langzeitpflege, mobile Dienste, akutstationärer Sektor, Anstellungsverhältnis bei Ärztin bzw. Arzt geführt. Des Weiteren wurden diese Interviews mit DGKP aus unterschiedlichen Bundesländern durchgeführt. Sie fanden im Juli und August 2021 sowohl per Videokonferenz als auch in Präsenz statt und wurden protokolliert.

Aufgrund der Ergebnisse aus den kognitiven Interviews kam es zu Änderungen von einzelnen Bezeichnungen unter anderem im Nursing Work Index sowie auch in den vorab formulierten Fragestellungen aus den Bereichen der soziodemografischen Daten, der Attraktivität und Bekanntheit der GuKG-Novelle 2016. Hinsichtlich der Adaptierungen wurde darauf geachtet, dass die Semantik der ursprünglichen Aussage bzw. Fragestellung erhalten bleibt bzw. insbesondere jene des psychometrisch getesteten Nursing Work Index nicht verändert wurde. Alle als erforderlich erachteten Adaptionen im Nursing Work Index wurden mit der Technischen Universität Berlin besprochen und hinsichtlich des semantischen Ursprungs der Fragestellung bzw. des Items geprüft. Es wurden nur jene Adaptionen umgesetzt, die mit einer Aufrechterhaltung der ursprünglichen Bedeutung einhergingen.

## 2.1.2 Rekrutierung und Dissemination

Da aus datenschutzrechtlichen Vorgaben ein Zugang über das Gesundheitsberuferegister nicht möglich war, also keine vollständige Urliste über die Grundgesamtheit als Basis für die Stichprobenziehung zugänglich war, wurde angestrebt, mit verfügbaren Ressourcen ein Maximum an Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu rekrutieren.

Grundsätzlich sollen in der Studie österreichweit Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege unabhängig von ihrem Arbeitsbereich einbezogen werden. Diese Fokusstudie Pflege wurde deshalb settingübergreifend angelegt, und bezieht demnach die Bereiche der akutstationären Versorgung (inkl. Operationsbereich, Ambulanz und tagesklinischen Einrichtungen), der (teil)stationären Langzeitpflege, der mobilen Langzeitpflege, der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung oder der Reha-Einrichtungen sowie der mobilen Pflege etc. ein.

Die Grundgesamtheit besteht demnach aus allen aktiven Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK in Österreich umfasste laut dem Jahresbericht des Gesundheitsberuferegisters 2021 105.937 DGKP.

Die Kontaktaufnahme mit DGKP in der direkten Klienten-, Patienten- oder Bewohnerversorgung erfolgte über die Ländervertreterinnen der GuKG-Evaluierungskommission, welche die Information zur Fokusstudie Pflege an Trägerorganisationen in den Bundesländern weitergaben. Des Weiteren nahmen die Ländervertreterinnen der GuKG-Evaluierungskommission mit der Arbeiterkammer auf Ebene der jeweiligen Bundesländer Kontakt auf und übermittelten die Informationen zur Weitergabe an DGKP.

## 2.2 Datensammlung

Wie in Abbildung 2.1 ersichtlich, wurde die Onlinebefragung am 13. 9. 2021 vorab registrierten Personen (DGKP) geöffnet. Diese erhielten nach der Hinterlassung einer E-Mail-Adresse bei der Registrierung einen zugewiesenen Link zur Befragung via LimeSurvey. Die personenbezogenen Daten, die bei der Registrierung hinterlassen worden waren, wurden ausschließlich zum Zweck der Befragung im Rahmen der Fokusstudie Pflege zur Evaluierung der Gesetzesnovelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes verarbeitet und nach sechs Monaten gelöscht. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte anonym. Das bedeutet, dass die jeweilige E-Mail-Adresse nicht mit dem Fragebogen in Verbindung gebracht werden konnte. Am 30. 10. 2021 wurde die Onlinebefragung geschlossen, für die sich insgesamt 7.184 DGKP registriert hatten und die mit 30. 10. 2021 insgesamt 5.258 DGKP abgeschlossen haben.

### 2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Befragung wurden ausschließlich DGKP eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Befragung in der direkten Klienten-, Patienten- bzw. Bewohnerversorgung tätig waren. Im Fragebogen wurden der Arbeitsbereich und die Funktion erfragt, um nach Abschluss der Befragung jene DGKP ausschließen zu können, die angaben, in einer Managementfunktion und/oder Führungsfunktion oder im Bereich der Lehrausbildung zu arbeiten.

## 2.3 Rücklauf und Datenbereinigung

Es wurde ein Data-Cleaning vorgenommen. In einem ersten Schritt wurden jene Fälle ausgeschlossen, die angaben, im Ausbildungsbereich zu arbeiten. Damit reduzierte sich der Stichprobenumfang auf 5.258 DGKP. Einige Probandinnen/Probanden brachen die Befragung noch während der Befüllung soziodemografischer Daten ab, ohne weitere inhaltliche Fragen zu beantworten, weshalb diese Datensätze von der Auswertung ausgeschlossen wurden. Dieses Vorgehen reduzierte den Stichprobenumfang auf 5.238 DGKP. Eine neuerliche Reduktion erfolgte durch den Ausschluss von Fällen, die antworteten, im mittleren oder höheren Management tätig zu sein. Schließlich stand für die Auswertung ein Stichprobenumfang von 3.390 DGKP zur Verfügung.

## 2.4 Analyse- und Interpretationshinweise

Die Daten wurden mit der Software R ausgewertet. Es wurden deskriptive Häufigkeiten berechnet und dargestellt sowie multivariante Analyseverfahren (ANOVA) und Berechnungen über die Pearson-Korrelation zur Untersuchung linearer Zusammenhänge angewandt.

Die Antwortkategorien waren durchgängig vierstufig ordinal skaliert. Wenn Fragestellungen nicht für alle Settings von Relevanz waren wie z. B. bei der Delegation von Tätigkeiten, wurde eine Ausweichkategorie nicht relevant ergänzt.

Zur Feststellung von Zusammenhängen und Unterschieden und zu deren Prüfung auf Signifikanz wurde je nach Variablentyp eine Korrelationsanalyse nach Pearson oder eine ANOVA-Varianzanalyse durchgeführt. Die Beschreibung der durchgeführten statistischen Methode wird bei der Ergebnisbeschreibung erläutert.

Einige Items aus der Befragung wurden zur weiteren Berechnung von Zusammenhängen und Unterschieden gebündelt. Hierzu wurde vorab eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt, um die Bedingungen für eine Zusammenführung zu prüfen. Folgende Items wurden nach Durchführung der konfirmatorischen Faktorenanalyse zusammengeführt:

Tabelle 2.1:  
Bündelung von Items in der Auswertung

Item	gebündelte Variable nach Faktorenanalyse
Delegation Entlassungsgespräch; Delegation Realitätsorientierung; Delegation Körperwaschung; Delegation Entlastungsgespräch; Delegation Ziele; Delegation Mobilisation; Delegation Beratung; Delegation spezifische Assessments; Delegation Pflegeanamnese	Delegation § 14
Delegation s.c. Insulin; Delegation s.c. Heparin; Delegation Infusion; Delegation Mieder; Delegation Magensonde; Delegation EKG; Delegation Blutabnahme	Delegation § 15
NWI_Unterstützung_direkte_Vorgesetzte/NWI_Pflegedienstleitung_Einstehen/NWI_Pflegedienstleitung_Konflikt_Ärzte	NWI Autonomie
NWI Unterstützung Service Dienste; NWI Zeit fachlicher Austausch; NWI Personalausstattung gute Pflege; NWI direkte Vorgesetzte Managementfähigkeiten; NWI Personalausstattung Bewältigung Arbeit; NWI Betreuungskontinuität	NWI Kontrolle der beruflichen Praxis
Setting Behinderteneinrichtung; betreutes Wohnen; Casemanagement; spezialisierte Palliativversorgung; Tageszentrum od. anderes teilstationäres Angebot; angestellt bei Ärztin/Arzt; öffentlicher Gesundheitsdienst	Setting „Sonstiges“
Attraktivität gegenwärtiger Aufgabenbereich; Attraktivität Kernkompetenzen; Attraktivität med. Diagnostik & Therapie; Attraktivität Anteil direkte Pflege	Attraktivität

Quelle: GÖG

Die Settings mit geringer Beteiligung wie Behinderteneinrichtungen, betreutes Wohnen, Casemanagement, spezialisierte Palliativversorgung, Tageszentrum oder anderes teilstationäres Angebot, Anstellungsverhältnis bei Ärztin oder Arzt oder öffentlicher Gesundheitsdienst wurden unter der Kategorie „Sonstiges“ summiert.

Generell ist zu beachten, dass die Befragung zur Fokusstudie Pflege während der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde und damit Einflüsse der Pandemie bei der Interpretation der Ergebnisse nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

## 2.5 Stichprobenbeschreibung

Die Verteilung der Gesamtstichprobe von  $n = 3.390$  DGKP nach den Bundesländern wird in der nachfolgenden Tabelle 2.2 veranschaulicht. Insgesamt nahmen mehr weibliche DGKP an der Befragung zur Fokusstudie teil (85 %), was jedoch im Vergleich zum Gesundheitsberuferegister dem weiblich dominierten Berufsbild entspricht (Pilwarsch et al. 2023).

Tabelle 2.2:  
Rücklauf nach Bundesländern in Absolutzahlen und Relation ( $n = 3.390$ )

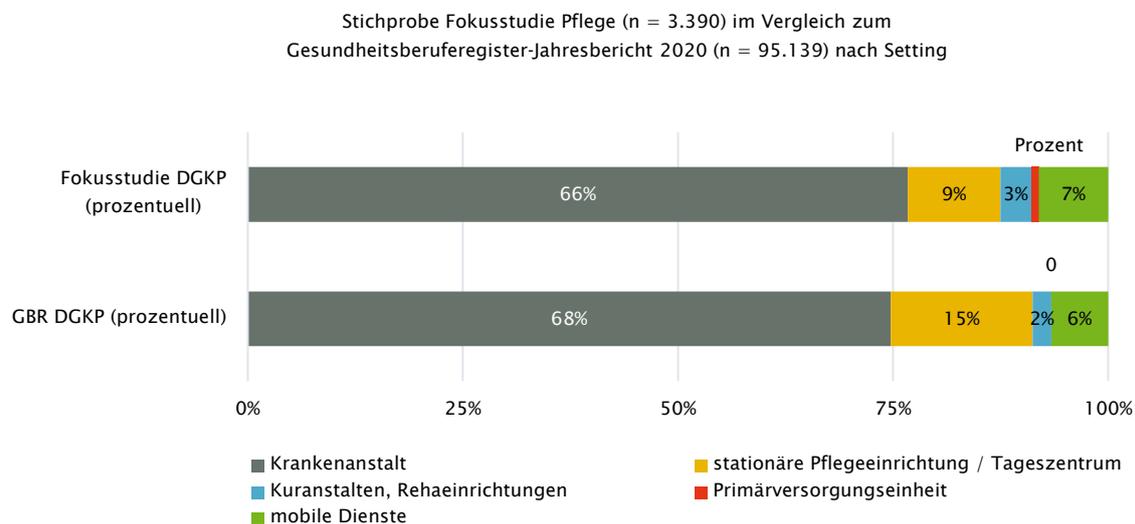
Bundesland	Häufigkeit	Prozent
Burgenland	48	1,42 Prozent
Kärnten	110	3,24 Prozent
Niederösterreich	578	17,05 Prozent
Oberösterreich	762	22,48 Prozent
Salzburg	167	4,93 Prozent
Steiermark	593	17,49 Prozent
Tirol	384	11,33 Prozent
Vorarlberg	102	3,01 Prozent
Wien	524	15,46 Prozent
keine Angabe	122	3,60 Prozent

Quelle: GÖG

Datenauswertungen in der Fokusstudie Pflege werden nach Setting durchgeführt, da bereits vorangegangene Ergebnisse aus dem Evaluationsvorhaben Differenzen zwischen den Settings in der Umsetzung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 aufzeigten. Auch hinsichtlich der Interpretation der Daten und Ergebnisse sind das unterschiedliche Arbeitsumfeld und die unterschiedliche Klientel der Settings zu berücksichtigen (Pleschberger et al. 2021). Für eine Vergleichbarkeit der Stichprobe mit der Grundgesamtheit registrierter DGKP in Österreich wurden der Jahresbericht des Gesundheitsberuferegisters (GBR) im Vergleichsjahr 2020 und die darin ausgewiesene Grundgesamtheit von  $n = 95.139$  (DGKP) herangezogen. Die Verteilung der DGKP im GBR nach den Settings wurde mit jener der Stichprobe aus der Fokusstudie Pflege in Relation gesetzt, wobei sich eine durchaus vergleichbare Verteilung der Stichprobe (siehe Abbildung 2.2) zeigt. Ergänzend ist anzumerken, dass im Jahr 2020 69 DGKP im Setting der Primärversorgung im GBR registriert waren, diese jedoch in Relation zur Gesamtheit der DGKP ( $n = 95.139$ ) unter null Prozent lagen. In der Fokusstudie Pflege entstammte ein Prozent der Gesamtstichprobe dem Bereich der Primärversorgung. Des Weiteren gilt es darauf hinzuweisen, dass in der Fokusstudie Pflege das Setting stationäre Pflegeeinrichtung / Tageszentrum aus dem GBR als Langzeitpflege bezeichnet wird und teilstationäre Angebote in der Fokusstudie Pflege dem Setting „Sonstiges“ zugeordnet wurden. Dies erklärt unter anderem die Abweichung zwischen dem prozentuellen Anteil der DGKP in stationären Pflegeeinrichtungen und ihrem Anteil in der Stichprobe zur Fokusstudie Pflege.

Abbildung 2.2:

Stichprobe der Fokusstudie Pflege im Vergleich zur Grundgesamtheit der DGKP in Österreich nach Setting



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der Verteilung der Stichprobe nach höchstem Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP gibt die nachfolgende Tabelle 2.3 Auskunft. Hier wird deutlich, dass der überwiegende Anteil der an der Befragung zur Fokusstudie Pflege teilnehmenden DGKP neben der Ausbildung zur DGKP als höchsten Bildungsabschluss eine allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule absolviert hat. Rund ein Viertel der Probandinnen/Probanden hat eine berufsbildende mittlere Schule absolviert.

Tabelle 2.3:

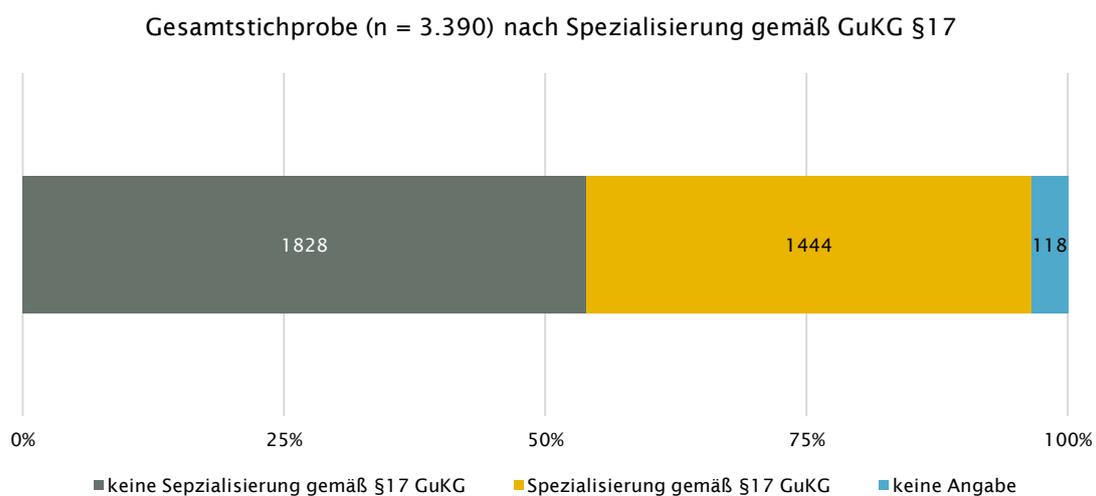
Stichprobenverteilung nach höchstem Bildungsabschluss neben der DGKP-Ausbildung (n = 3.390)

höchster Bildungsabschluss neben DGKP-Ausbildung	Häufigkeit	Prozent
berufsbildende mittlere Schule	872	25,72 Prozent
allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	967	28,53 Prozent
Abschluss an einer Universität/Fachhochschule	323	9,53 Prozent
allgemeine Pflichtschule	508	14,99 Prozent
Lehrabschluss	426	12,57 Prozent
anderer Abschluss nach Matura (z. B. Kolleg ...)	67	1,98 Prozent
Sonstiges	103	3,04 Prozent
keine Angabe	124	3,66 Prozent

Quelle: GÖG

Es gilt darauf hinzuweisen, dass innerhalb der Stichprobe der Anteil der DGKP mit einer absolvierten Spezialisierung gemäß GuKG § 17, wie die nachfolgende Abbildung 2.3 verdeutlicht, besonders hoch erscheint, liegt doch der Anteil der DGKP mit einer absolvierten Spezialisierung in der Gesamtstichprobe bei 43 Prozent.

Abbildung 2.3:  
Stichprobe, verteilt nach Absolvierung einer Spezialisierung gemäß § 17 GuKG



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

## 2.6 Fehlende Werte (missing values)

Zur Verdeutlichung fehlender Werte wurde die Stichprobengröße, die schlussendlich in die statistische Analyse eingeflossen ist (also alle vollständigen Antworten), jeweils zur Auswertung und zu deren grafischer Darstellung angeführt.

## 3 Ergebnisse der Fokusstudie Pflege

Die Ergebnisse der Fokusstudie Pflege werden anhand der thematischen Bündelung der Befragung erläutert. Diese thematische Gliederung wurde im Zuge der 12. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission festgelegt. Die Auswertung erfolgte, wie bereits in der Methodik erläutert, deskriptiv in Häufigkeiten. Des Weiteren wurden Zusammenhänge mittels statistischer Verfahren der Korrelation und Varianzanalyse (ANOVA) berechnet.

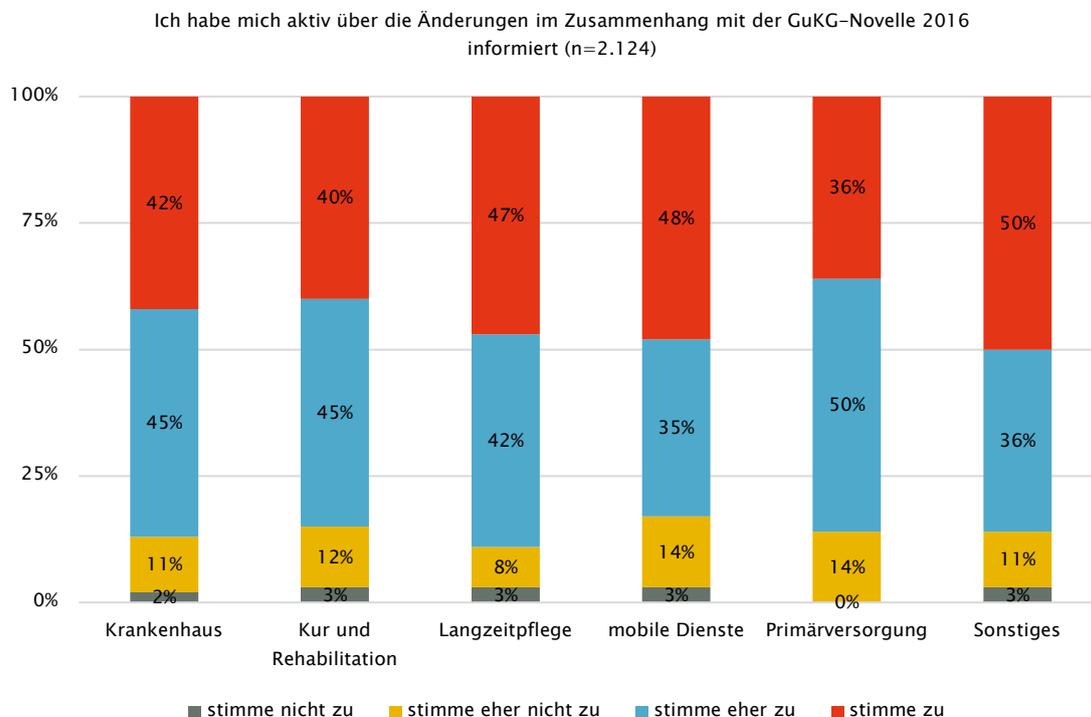
### 3.1 Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016

Zur Erschließung der Bekanntheit der Gesetzesnovelle in der beruflichen Praxis umfasste die Befragung zur Fokusstudie Pflege den Themenbereich der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016. Dieser Themenkomplex dient nicht der unmittelbaren Beantwortung einer Evaluationsfrage aus dem Evaluationsvorhaben zur Implementierung der GuKG-Novelle 2016, sondern sollte dazu beitragen, kontextuelle und beeinflussende Faktoren zu identifizieren. Die Bekanntheit der GuKG-Novelle 2016 und der damit einhergehenden Änderungen wurde als Voraussetzung für deren Umsetzung erachtet und deshalb in die Befragung aufgenommen. Die Darstellung der Ergebnisse zur Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016 erfolgt deskriptiv in Häufigkeiten nach Setting.

Die Frage nach der aktiven Einholung von Informationen über die Änderungen in Zusammenhang mit der GuKG-Novelle 2016 beantworteten insgesamt 2.124 DGKP vollständig (siehe die nachfolgende Abbildung 3.1). Die Antworten der DGKP aus der direkten pflegerischen Versorgung von Klientinnen/Klienten zeigen, dass im Krankenhaus zwei Prozent und settingübergreifend ein Anteil von drei Prozent nicht zustimmten, sich aktiv mit den Änderungen in Zusammenhang mit der GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt zu haben. 14 Prozent der DGKP im Bereich der mobilen Dienste und Primärversorgung, 12 Prozent aus Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, 11 Prozent aus Krankenhaus und 8 Prozent der DGKP aus der Langzeitpflege stimmten eher nicht zu, sich mit den Änderungen aktiv auseinandergesetzt zu haben.

Ein beträchtlicher Anteil der DGKP zwischen 83 Prozent (mobile Dienste) und 89 Prozent (Langzeitpflege) hat bei der Frage, ob sie aktiv Informationen in Zusammenhang mit den Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 eingeholt haben, zugestimmt bzw. eher zugestimmt. Die Antworten zeigen, dass sich DGKP in der beruflichen Praxis über alle Settings hinweg zu einem hohen Anteil mit den Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 aktiv auseinandergesetzt haben.

Abbildung 3.1:  
Aktive Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016

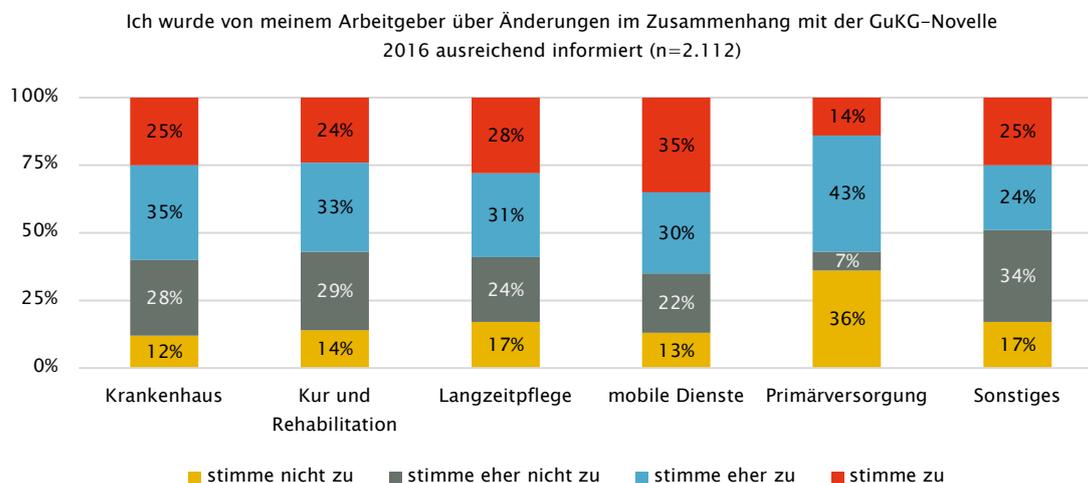


Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung GÖG

Im Vergleich zwischen der Fragestellung zur als ausreichend erlebten Information hinsichtlich der GuKG-Novelle 2016 durch den Arbeitgeber und jener betreffend die persönliche Auseinandersetzung (siehe Abbildung 3.1) zeigt sich ein differentes Bild (siehe Abbildung 3.2). Hier ist der Anteil jener DGKP, die nicht zustimmten und somit die Information durch den Arbeitgeber als nicht ausreichend erlebten, durchaus höher. Insbesondere in den Primärversorgungseinrichtungen stimmten 36 Prozent nicht zu und sieben Prozent eher nicht zu, ausreichend Information durch den Arbeitgeber erhalten zu haben. DGKP im Setting Krankenhaus gaben zu zwölf Prozent an, nicht ausreichend Informationen durch den Arbeitgeber erhalten zu haben. Im Bereich der mobilen Dienste waren es 13 Prozent, in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen 14 Prozent, in der Langzeitpflege und sonstigen Bereichen 17 Prozent der DGKP (siehe Abbildung 3.2).

Über die Settings hinweg gaben anteilig 22–34 Prozent der DGKP in der direkten pflegerischen Versorgung von Klientinnen/Klienten an, vom Arbeitgeber eher nicht ausreichend über die GuKG-Novelle 2016 informiert worden zu sein. Der sonstige Bereich weist dabei den höchsten prozentuellen Anteil mit 34 Prozent auf, gefolgt von den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (29 %) und dem Krankenhaus (28 %). Der höchste Wert der Zustimmung darüber, ausreichend Information durch den Arbeitgeber zu den Änderungen in Zusammenhang mit der GuKG-Novelle 2016 bekommen zu haben wird im Setting der mobilen Dienste mit 35 Prozent erreicht.

Abbildung 3.2:  
Information zur GuKG-Novelle 2016 durch Arbeitgeber



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

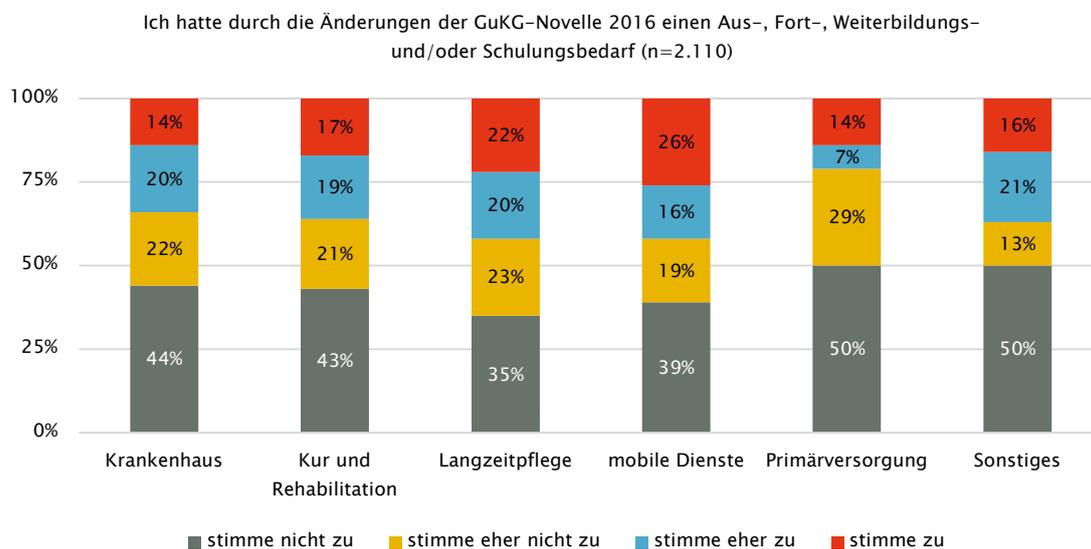
Aufgrund der gesetzlichen Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 wurde ein möglicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf in Betracht gezogen und über die Fokusstudie Pflege durch Zustimmung bzw. Nichtzustimmung zum nachfolgenden Statement untersucht: „*Ich hatte durch die Änderungen der GuKG-Novelle 2016 einen Aus-, Fort- und Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf.*“

Wie in der nachfolgenden Abbildung 3.3 ersichtlich wird, gab der überwiegende Anteil der DGKP über alle Settings hinweg an, dass durch die Änderungen in Zusammenhang mit der GuKG-Novelle 2016 kein Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf entstanden sei. In der Primärversorgung tätige DGKP vermerkten den geringsten Bedarf an Aus-, Fort-, Weiterbildung und/oder Schulung, indem 50 Prozent von ihnen dem Statement nicht zustimmten und 29 Prozent eher nicht zustimmten. Auch im Bereich der sonstigen Settings gaben 50 Prozent an, keinen Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf durch die Änderungen der GuKG-Novelle 2016 gehabt zu haben. Im Krankenhaus gaben 44 Prozent der DGKP und in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen 43 Prozent an, keinen Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf gehabt zu haben, 22 Prozent bzw. 21 Prozent hielten eher keinen derartigen Bedarf fest.

Die höchsten Anteile mit Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf fanden sich mit 22 Prozent in der Langzeitpflege und mit 26 Prozent in den mobilen Diensten. Insgesamt stimmten in diesen beiden Settings 42 Prozent eher zu bzw. zu, einen Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf gehabt zu haben.

Abbildung 3.3:

Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf infolge von Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Wie dem erlebten Aus-, Fort-, Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf durch den Arbeitgeber begegnet wurde, schätzen die DGKP in der direkten pflegerischen Versorgung von Klientinnen und Klienten wie nachfolgend in Abbildung 3.4 dargestellt ein: Im Setting Krankenhaus gaben 55 Prozent der DGKP an, nicht ausreichend bzw. eher nicht ausreichend Möglichkeiten angeboten bekommen zu haben, um den erlebten Aus-, Fort- und Weiterbildungs- und/oder Schulungsbedarf zu decken. 17 Prozent beurteilten das Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen und/oder Schulungen im Krankenhaus als ausreichend und 28 Prozent als eher ausreichend.

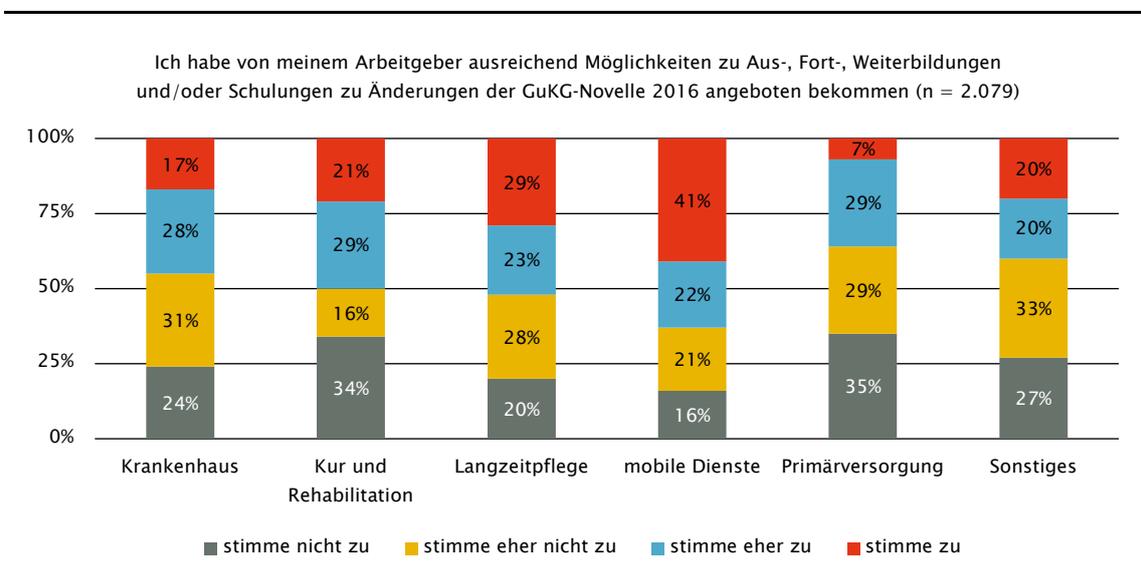
Im Setting der Primärversorgung fand sich im Vergleich der Settings der höchste Anteil von DGKP, welche die angebotenen Aus-, Fort-, Weiterbildungen und Schulungen als nicht ausreichend empfanden bzw. der Aussage nicht zustimmten, dass ausreichend Möglichkeiten angeboten wurden. Der Anteil der DGKP in der Primärversorgung, die angaben, dass die angebotenen Möglichkeiten zur Aus-, Fort-, Weiterbildung und Schulung zu den Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 nicht oder eher nicht ausreichend waren, betrug insgesamt 64 Prozent.

Im Bereich der mobilen Dienste fiel der Anteil jener DGKP, welche die Angebote zur Aus-, Fort-, Weiterbildung und Schulung durch den Arbeitgeber als nicht oder eher nicht ausreichend beurteilten, mit 37 Prozent am geringsten aus, gefolgt von der Langzeitpflege mit 48 Prozent.

In den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen belief sich der Anteil jener DGKP, welche die durch den Arbeitgeber angebotenen Aus-, Fort- und Weiterbildungen und/oder Schulungen als nicht oder eher nicht ausreichend bewerteten, auf 50 Prozent.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die befragten DGKP in allen Settings durchaus selbst aktiv geworden sind, um sich mit den Änderungen infolge der GuKG-Novelle 2016 auseinanderzusetzen. Im Verhältnis dazu wird die Information zu den gesetzlichen Änderungen aufgrund der GuKG-Novelle 2016 durch den Arbeitgeber deutlich weniger als ausreichend erlebt. Hinsichtlich des Schulungsbedarfs wurde seitens der befragten DGKP im Setting der Langzeitpflege und in den mobilen Diensten der größte Bedarf an Aus-, Fort-, Weiterbildungen und/oder Schulungen festgemacht. Demgegenüber wurden die von den Arbeitgebern angebotenen Möglichkeiten zur Deckung dieses Schulungsbedarfs zwischen 37 Prozent in den mobilen Diensten und 64 Prozent in der Primärversorgung als eher nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend wahrgenommen.

Abbildung 3.4:  
Möglichkeiten zu Aus-, Fort-, Weiterbildungen und/oder Schulungen durch Arbeitgeber



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

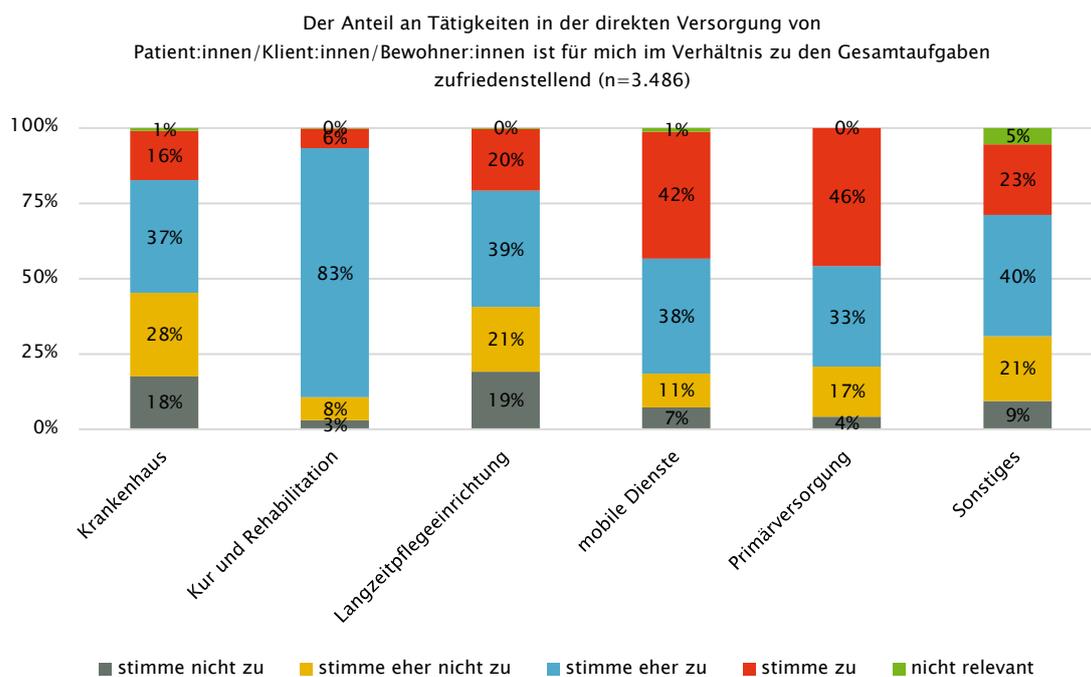
## 3.2 Attraktivität des Aufgabenfelds der DGKP

Die Attraktivität des Berufsbilds ist zum einen als Faktor für die Berufswahl und zum anderen für den Verbleib im Beruf und somit für die Berufszufriedenheit wesentlich. Die Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 haben einen flexibleren Pflegepersonaleinsatz zum Ziel, und demnach sind Veränderungen in der Ausgestaltung der beruflichen Pflegepraxis zu erwarten. Basierend darauf wurden in die Befragung zur Fokusstudie Pflege Themenfelder zur Attraktivität des Aufgabenbereichs aufgenommen. Die deskriptive Analyse der diesbezüglichen Häufigkeiten, verteilt nach Setting, wird nachfolgend erläutert.

## Tätigkeiten in der direkten Versorgung im Verhältnis zu den Gesamtaufgaben

DGKP sind in der direkten Leistungserbringung an den Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und/oder Bewohnerinnen/Bewohnern tätig und sind gemäß GuKG § 12 für die mittelbare und unmittelbare Durchführung von Pflegeleistungen und/oder ihnen übertragenen Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie verantwortlich. Darüber hinaus übernehmen DGKP vielfältige weitere Aufgaben in der Koordination und Organisation wie unter anderem aus dem Case-Study-Bericht zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016 hervorging (Pleschberger et al. 2021). Wie zufrieden DGKP unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen mit dem Anteil der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und/oder Bewohnerinnen/Bewohnern an ihren Gesamtaufgaben sind, zeigt die nachfolgende Abbildung 3.5.

Abbildung 3.5:  
Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern zu den Gesamtaufgaben



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Das Antwortverhalten zeigt zwischen den einzelnen Settings deutliche Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung bzw. Nichtzustimmung dazu, dass das Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Patienten-, Klienten-, Bewohnerversorgung zu jenen der Gesamtaufgaben zufriedenstellend sei, auf: In den Settings der mobilen Dienste (42 %) und der Primärversorgung (46 %) stimmte ein beträchtlicher Anteil der DGKP zu, dass die direkte Versorgung von Klientinnen/Klienten im

Verhältnis zu den Gesamtaufgaben zufriedenstellend sei. Dem stehen sechs Prozent der Zustimmung in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 16 Prozent im Krankenhaus gegenüber. In Hinblick auf die Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ist jedoch der beträchtliche Anteil von 83 Prozent der DGKP zu erwähnen, die einem zufriedenstellenden Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Patienten- bzw. Klientenversorgung zu den Gesamtaufgaben eher zustimmen. Demzufolge sind insgesamt 89 Prozent der DGKP in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen mit dem Verhältnis zwischen den Tätigkeiten in der direkten Patienten- bzw. Klientenversorgung und den Gesamtaufgaben zufrieden bzw. eher zufrieden. Der Anteil jener, die antworteten, mit dem Verhältnis eher zufrieden zu sein, beträgt in den Krankenhäusern 37 Prozent. Das Setting Krankenhaus ist demzufolge das Setting mit der geringsten Zustimmung hinsichtlich eines zufriedenstellenden Verhältnisses der Tätigkeiten in der direkten Patientenversorgung zu den Gesamtaufgaben. Insgesamt stimmten 18 Prozent der befragten DGKP in Krankenhäusern einem zufriedenstellenden Verhältnis nicht und 28 Prozent eher nicht zu, was mit 46 Prozent nahezu der Hälfte der befragten DGKP entspricht.

In der Langzeitpflege kann mit 19 Prozent ein ähnlich hoher Anteil verzeichnet werden, der einem ausgewogenen Verhältnis nicht zustimmt. Mit den 21 Prozent der befragten DGKP, die hier eher nicht zustimmen, konstatieren in Langzeitpflegeeinrichtungen insgesamt 40 Prozent kein oder eher kein zufriedenstellendes Verhältnis zwischen den Tätigkeiten in der direkten Versorgung und den Gesamtaufgaben.

Im Setting „Sonstiges“ befinden neun Prozent der befragten DGKP das Verhältnis zwischen den Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten oder Bewohnerinnen/Bewohnern als nicht zufriedenstellend und weitere 21 Prozent als eher nicht zufriedenstellend. Insgesamt sprechen jedoch 63 Prozent der befragten DGKP ihre Zustimmung bzw. eher die Zustimmung dazu aus, dass das Verhältnis zufriedenstellend sei.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in den Settings der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, der mobilen Dienste und der Primärversorgung die größte Zustimmung hinsichtlich eines zufriedenstellenden Verhältnisses der Tätigkeiten in der direkten Leistungserbringung an Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten zu den Gesamtaufgaben vorliegt.

Limitierend sei an dieser Stelle erwähnt, dass aufgrund der Formulierung der Aussage, zu der die befragten DGKP den Grad ihrer Zustimmung zu einem zufriedenstellenden Verhältnis bestimmen sollten, keine Angabe der Richtung hinsichtlich eines Zuviels oder Zuwenigs möglich ist. Die Ergebnisse beziehen sich demnach lediglich auf die Zufriedenheit im Verhältnis.

### **Attraktivität des gegenwärtigen Aufgabenbereichs**

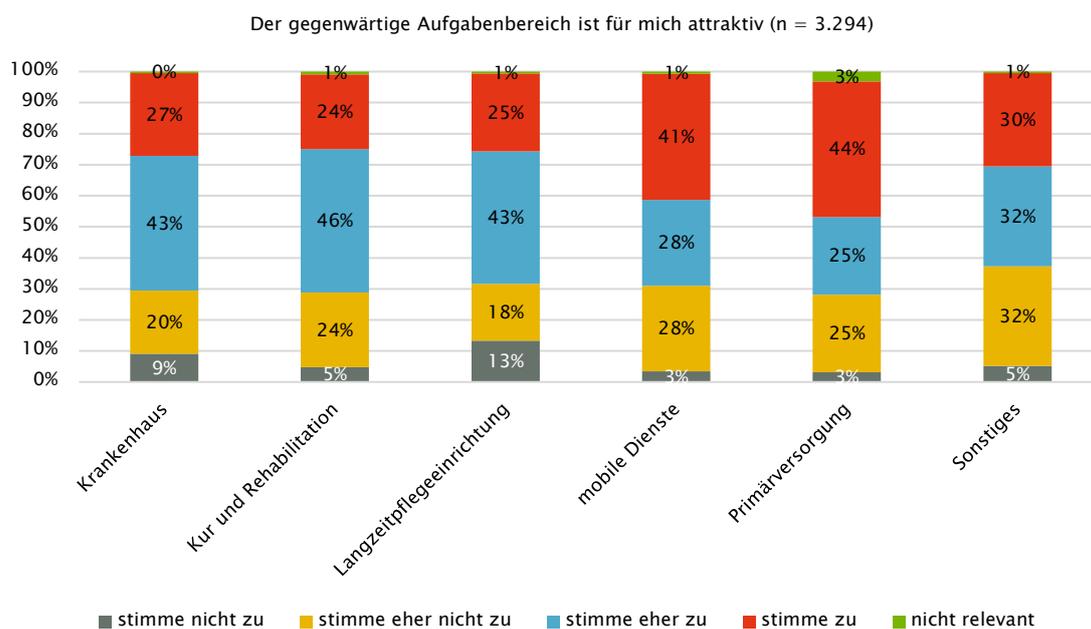
Das gegenwärtige Berufsbild und die Kompetenzbereiche von DGKP sind über das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt. Wie attraktiv DGKP den gegenwärtigen Aufgabenbereich einschätzen, zeigt die nachfolgende deskriptive Auswertung der Antworten von 3.294 DGKP im Zuge der Fokusstudie Pflege (siehe Abbildung 3.6).

Insgesamt zeigt sich, wie in Abbildung 3.6 ersichtlich wird, zwischen den einzelnen Settings ein homogenes Antwortverhalten. Der Anteil der DGKP, die zustimmten bzw. eher zustimmten, dass der gegenwärtige Aufgabenbereich attraktiv sei, liegt zwischen 65 Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen und 70 Prozent im Krankenhaus und in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen. Lediglich das Setting „Sonstiges“ liegt hier mit acht Prozent hinter der höchsten Zustimmung aus dem Bereich Krankenhaus und den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen.

Im Setting der mobilen Dienste und in jenem der Primärversorgung ist der Anteil, der absolut zugestimmt hat, dass der gegenwärtige Aufgabenbereich attraktiv sei, höher als in den Settings Krankenhaus, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und Langzeitpflege. In diesen Settings ist wiederum der Anteil der DGKP die dem eher zugestimmt haben, höher.

Insgesamt schätzt rund ein Drittel der befragten DGKP den gegenwärtigen Aufgabenbereich als nicht attraktiv ein. Im Setting „Sonstiges“ ist dieser Anteil im Verhältnis zu den anderen Settings mit 37 Prozent leicht erhöht.

Abbildung 3.6:  
Attraktivität des gegenwärtigen Aufgabenbereichs



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### Pflegerische Kernkompetenzen als attraktives Tätigkeitsfeld

Um die vorangegangene Fragestellung zur Attraktivität des gesamten Aufgabenbereichs zu präzisieren, wurde ebenfalls die Attraktivität der pflegerischen Kernkompetenzen in die Befragung

zur Fokusstudie Pflege aufgenommen. Insgesamt stimmten 3.178 DGKP der Aussage, dass die pflegerischen Kernkompetenzen ein attraktives Tätigkeitsfeld darstellen, zu bzw. nicht zu (siehe die nachfolgende Abbildung 3.7).

DGKP in den unterschiedlichen Settings bewerteten die pflegerischen Kernkompetenzen zwischen 33 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 59 Prozent in den mobilen Diensten als attraktives Tätigkeitsfeld. Der Anteil jener DGKP, welche die pflegerischen Kernkompetenzen als attraktiv bewerteten, lag im Krankenhaus bei 37 Prozent, in den Langzeitpflegeeinrichtungen und der Primärversorgung bei 42 Prozent und im Setting „Sonstiges“ bei 40 Prozent.

Insgesamt betrachtet, stimmten DGKP aus dem Setting der mobilen Dienste mit 90 Prozent am häufigsten zu bzw. eher zu, dass die pflegerischen Kernkompetenzen ein attraktives Tätigkeitsfeld darstellen, gefolgt von der Primärversorgung mit 84 Prozent, der Langzeitpflege mit 80 Prozent, und dem Krankenhaus mit 82 Prozent.

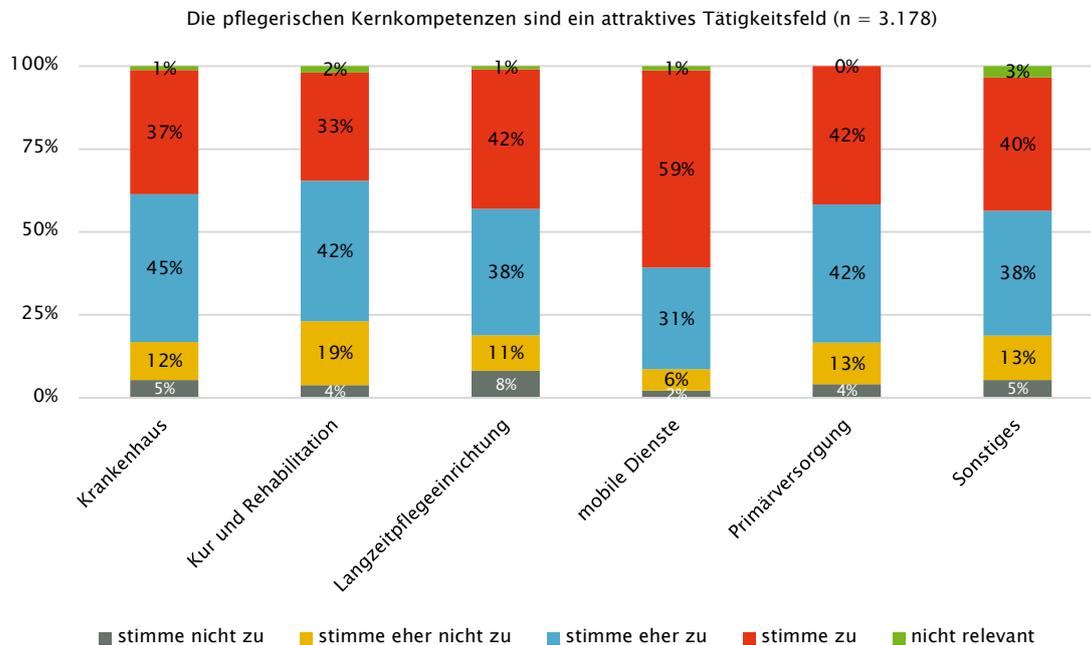
Die zustimmenden Antworten erscheinen, auch in Zusammenschau mit der Zahl eher zustimmender DGKP, durchwegs hoch, zumal sich im Umkehrschluss jener Anteil der DGKP, die nicht oder eher nicht zustimmen, dass die pflegerischen Kernkompetenzen ein attraktives Tätigkeitsfeld darstellen, zwischen acht Prozent in den mobilen Diensten und 23 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen bewegt, wobei der prozentuelle Anteil jener DGKP, die ausdrücklich nicht zustimmten, dass die pflegerischen Kernkompetenzen ein attraktives Tätigkeitsfeld darstellen, zwischen zwei Prozent in den mobilen Diensten und acht Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen liegt.

Mögen diese Anteile insgesamt im Verhältnis zur Zustimmung zwar gering erscheinen, stellen 23 Prozent doch nahezu ein Viertel der befragten DGKP im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen dar, welches die pflegerischen Kernkompetenzen nicht oder eher nicht als attraktives Tätigkeitsfeld erleben. Mit 19 Prozent beträgt der Anteil in den Langzeitpflegeeinrichtungen rund ein Fünftel der befragten DGKP.

Im Setting des Krankenhauses erscheinen die Antworten zur Attraktivität der pflegerischen Kernkompetenzen insbesondere in Zusammenschau mit den Ergebnissen aus der Einschätzung des gegenwärtigen Aufgabenbereichs interessant. Während das Setting Krankenhaus hinsichtlich der Bewertung des gegenwärtigen Aufgabenbereichs jenes Setting darstellte, das mit 29 Prozent den höchsten Anteil von DGKP verzeichnete, die antworteten, diesen nicht oder eher nicht attraktiv zu finden, zeigt sich in der Einschätzung der pflegerischen Kernkompetenzen doch ein differentes Bild, indem hier mit 82 Prozent Zustimmung zur Attraktivität der Kernkompetenzen der dritthöchste Wert im Vergleich der Settings erzielt werden konnte.

Insgesamt wurden Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen attraktiver eingeschätzt als der gegenwärtige Aufgabenbereich im Gesamten, dieses Antwortverhalten zeigte sich in allen Settings.

Abbildung 3.7:  
Attraktivität pflegerischer Kernkompetenzen



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### Berufliche Aufwertung durch Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie

Mit der GuKG-Novelle 2016 wurden vermehrte Möglichkeiten zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie geschaffen, auch für die Pflegeassistentenberufe. Wie bereits im Endbericht zur Case-Study-Analyse beschrieben wurde, gingen mit der vermehrten Übernahme ärztlicher Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie Rollenveränderungen für die DGKP einher. Wie attraktiv nun DGKP die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Tätigkeitsfeld der medizinischen Diagnostik und Therapie einschätzen, zeigt die nachfolgende Auswertung der Antworten zu der Aussage *„Die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie erlebe ich als berufliche Aufwertung.“*

Insgesamt nahmen im Zuge der Fokusstudie Pflege 3.188 DGKP zu dieser Aussage Stellung. Die höchste Zustimmungsrates wurde hier mit 39 Prozent im Setting der mobilen Dienste verzeichnet, gefolgt von der Primärversorgung mit 35 Prozent. In Kur- und Rehabilitationseinrichtungen erlebten 33 Prozent der befragten DGKP die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie als berufliche Aufwertung, während es in Langzeitpflegeeinrichtungen 33 Prozent waren. Im Setting des Krankenhauses und im Bereich „Sonstiges“ lag diese

Zustimmungsrate bei 29 Prozent. Hier zeigt sich hinsichtlich der Zustimmung ein vergleichbares Antwortverhalten zwischen den Settings.

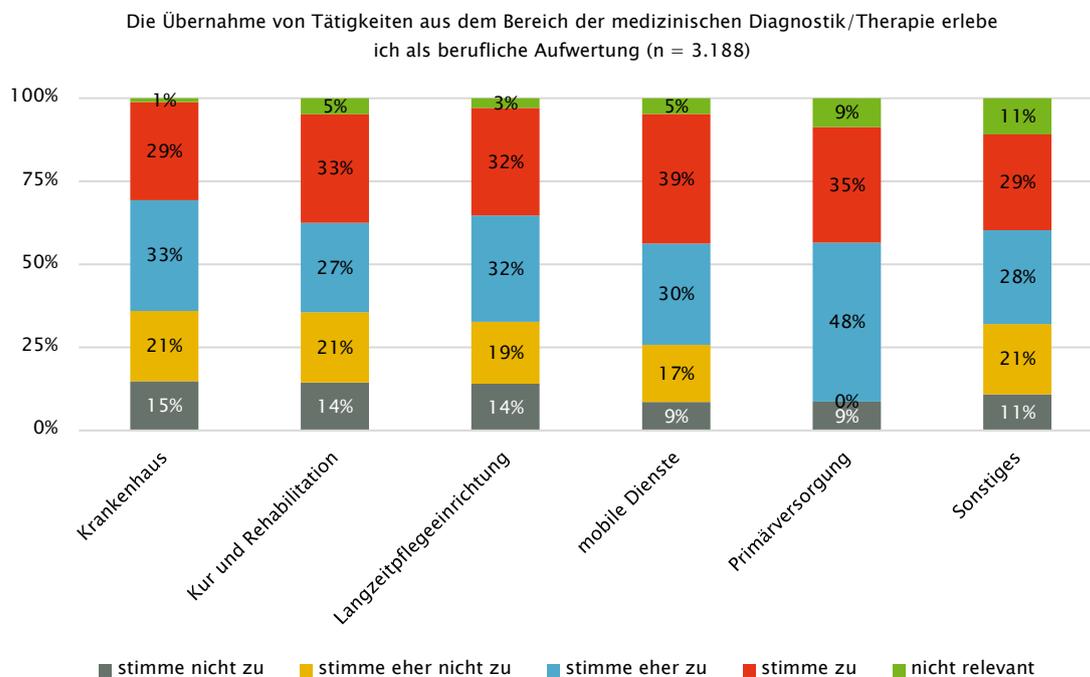
Jener Anteil der DGKP, die antworteten, eher zuzustimmen, dass die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie eine berufliche Aufwertung bedeute, variiert deutlich mehr zwischen den Settings. So antworteten im Setting der Primärversorgung 48 Prozent der befragten DGKP, dass sie eher zustimmen, die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie als berufliche Aufwertung zu erleben. Dem steht ein eher zustimmender Anteil von 27 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen oder von 28 Prozent im Bereich „Sonstiges“ und von 33 Prozent im Setting Krankenhaus gegenüber.

Im Bereich der Primärversorgung kam es mit insgesamt 83 Prozent zur höchsten Zustimmung dazu, dass die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie als Aufwertung erlebt wird, gefolgt von den mobilen Diensten mit 69 Prozent und 64 Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen. Im Setting Krankenhaus stimmten 62 Prozent zu oder eher zu, die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie als Aufwertung zu erleben.

Im Setting Krankenhaus kam es mit 36 Prozent zum höchsten Anteil von DGKP, die nicht und eher nicht zustimmten, durch die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie eine berufliche Aufwertung zu erleben. Im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen belief sich dieser Anteil auf 35 Prozent und in den Langzeitpflegeeinrichtungen auf 33 Prozent. Etwas geringer fiel dieser Anteil bei den mobilen Diensten mit 26 Prozent aus und, wie bereits oben erläutert, deutlich am geringsten in der Primärversorgung.

Abbildung 3.8:

Berufliche Aufwertung durch Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

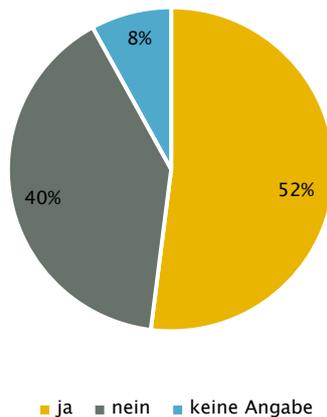
### 3.3 Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Von den 5.258 beantworteten Fragebögen wurden 1.868 von der Auswertung ausgeschlossen, da die betreffenden Personen antworteten, im Bereich der Lehr- und Führungsaufgaben (mittleres und höheres Management) zu arbeiten. Insgesamt wurden 3.390 Fragebögen hinsichtlich der Delegation und Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten ausgewertet.

Im Zuge der Onlinebefragung zur Fokusstudie Pflege wurde eingangs zum Themenfeld „Delegation“ die Frage nach der grundsätzlichen Möglichkeit zur Delegation an PA und PFA gestellt. Wurde als Antwort angegeben, dass keine Möglichkeit zur Delegation an PA und PFA bestehe, erfolgte eine direkte Weiterleitung zum nächsten Fragenblock der Fokusstudie Pflege. Insgesamt zeigte sich, wie in Abbildung 3.9 dargestellt, dass 52 Prozent der 3.390 Antwortenden in einem Bereich arbeiten, in dem eine Delegation von Tätigkeiten an PA und/oder PFA möglich ist. 40 Prozent gaben an, keine Möglichkeit zur Delegation zu haben, und acht Prozent machten keine Angabe zu dieser Fragestellung. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf den relativ hohen Anteil von DGKP aus den Spezialbereichen Intensivstation und Operationsaal (n = 692) hingewiesen, die an der Befragung teilnahmen.

Abbildung 3.9:  
DGKP: Möglichkeiten der Delegation

DGKP – Möglichkeiten der Delegation (n=3.390)



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### 3.3.1 Delegation spezifischer Maßnahmen aus den in § 14 und § 15 GuKG genannten Kompetenzbereichen

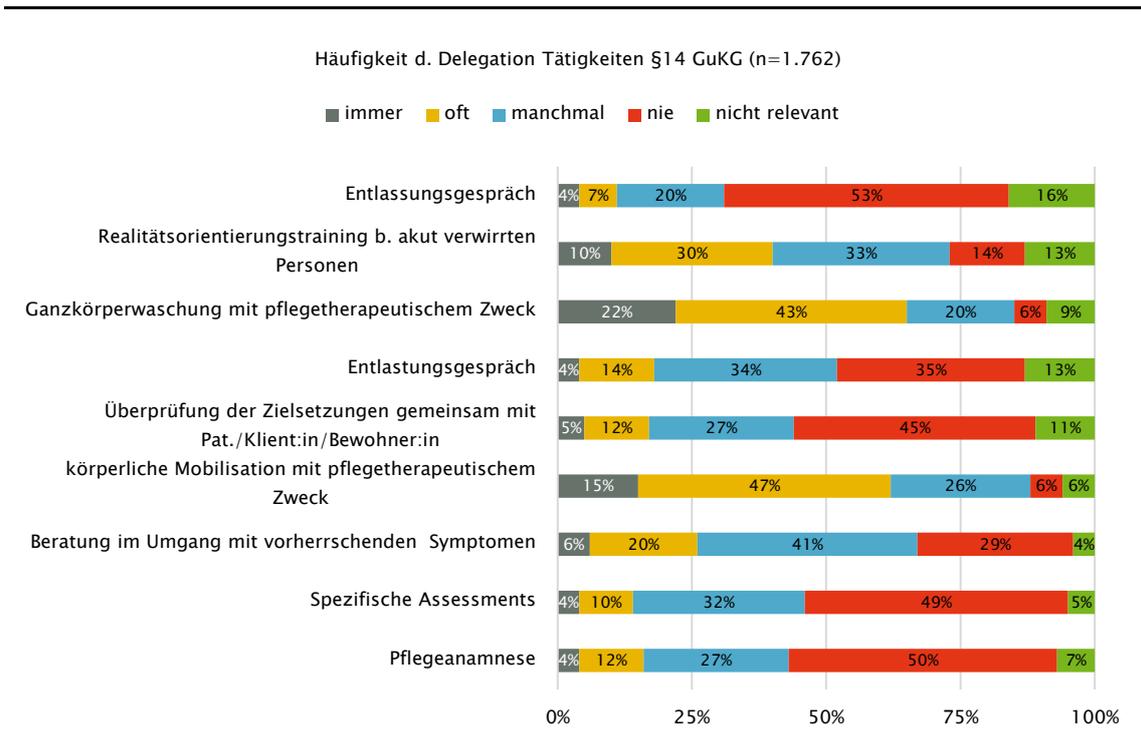
Jene 52 Prozent, die in ihrem Arbeitsbereich eine Möglichkeit zur Delegation an PFA und PA vorfinden, wurden zur Häufigkeit der Delegation einzelner Interventionen befragt, ihre Antworten wurden deskriptiv ausgewertet. In der Konzeption der Fragen zur Häufigkeit der Delegation pflegerischer Kernkompetenzen wurden Interventionen aus den pflegerischen Kernkompetenzen um Zielsetzungen präzisiert. So erfolgte die Fragestellung, z. B. wie häufig eine Ganzkörperwaschung delegiert wird, nicht generell, sondern nur bezogen auf den Umstand, dass die Maßnahme einen pflegetherapeutischen Zweck intendiert.

Die deskriptive Analyse zeigt deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Delegation. „Ganzkörperwaschung mit pflegetherapeutischem Zweck“ wird von DGKP zu 65 Prozent immer und oft delegiert und die „körperliche Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck“ zu 62 Prozent. Pflegerische Interventionen mit zentraler Rolle im Pflegeprozess wie die Durchführung einer Pflegeanamnese, spezifischer Assessments oder das Entlassungsgespräch werden von DGKP gegenüber den Interventionen der Ganzkörperwaschung und körperlichen Mobilisation deutlich weniger häufig immer und oft delegiert bzw. zu rund 50 Prozent nie delegiert. Die Evaluation gesetzter Zielsetzungen gemeinsam mit den Patientinnen/Patienten wird ebenfalls zu 45 Prozent nie an PFA und PA delegiert.

Die Abbildung 3.10 zeigt die weitere Verteilung von Häufigkeiten einzelner pflegerischer Interventionen aus dem § 14 GuKG. Die Durchführung eines Realitätsorientierungstrainings bei akut

verwirrten Patientinnen/Patienten wird zu 40 Prozent immer und oft an PFA und PA delegiert und die Beratung bei vorherrschenden Symptomen wird von DGKP zu 26 Prozent immer und oft an PFA und PA delegiert. Hinsichtlich dieser beiden Interventionen zeigt sich die Antwortkategorie „manchmal“ stärker ausgeprägt, was eher eine fallbezogene Delegationsentscheidung vermuten lässt als eine generelle Delegationsentscheidung wie im Falle der Kategorien „immer“ und „nie“.

Abbildung 3.10:  
Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß § 14 GuKG seitens DGKP an PFA/PA



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Die Fragestellungen zur Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG bei medizinischer Diagnostik und Therapie folgten der gesetzlichen Formulierung und wurden nicht abgeändert. Im Zuge der 12. Sitzung der GuKG-Evaluierungskommission am 6. Mai 2021 und durch die Testung des Fragebogens in kognitiver Hinsicht wurde eine Präzisierung bei der Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen vorgenommen, die sich auf die Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel via subkutane Injektion und die Verabreichung subkutaner Insulininjektionen bezog. Des Weiteren wurde der Ab- und Anschluss laufender Infusionen in der Befragung dahingehend präzisiert, dass Zytostatika und Transfusionen ausgeschlossen wurden. Die Blutabnahme wurde hinsichtlich der Punktionsstelle präzisiert, und so wurde nach der Häufigkeit der Delegation der Blutentnahme aus der Vene gefragt. Insgesamt wurden 1.762 Probandinnen/Probanden in die deskriptive Auswertung eingeschlossen, die angaben, eine Möglichkeit zur Delegation vorzufinden.

Insgesamt wurden sieben Fragestellungen zur Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich medizinischer und diagnostischer Therapie gemäß § 15 GuKG vorgelegt. Vier der sieben Tätigkeiten konnten gemäß dem Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenz § 83 Abs. 4 von DGKP an PA delegiert werden (Verabreichung subkutaner Injektionen mit blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln und Insulininjektionen, Ab- und Anschluss laufender Infusionen [ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut], Blutentnahme aus der Vene), und alle sieben Tätigkeiten aus der Befragung sind gemäß GuKG § 83a Abs. 2 an PFA delegierbar.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Delegation bzw. Weiterdelegation durch DGKP zeigt sich, dass subkutane Injektionen blutgerinnungshemmender Arzneimittel und Insulininjektionen am häufigsten an PFA und PA delegiert werden. So wird Erstere zu 14 Prozent „immer“ an PFA und/oder PA delegiert und Letztere zu 13 Prozent. Insgesamt werden subkutane Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln und Insulin zu 42 Prozent immer oder oft von DGKP an PFA und/oder PA delegiert.

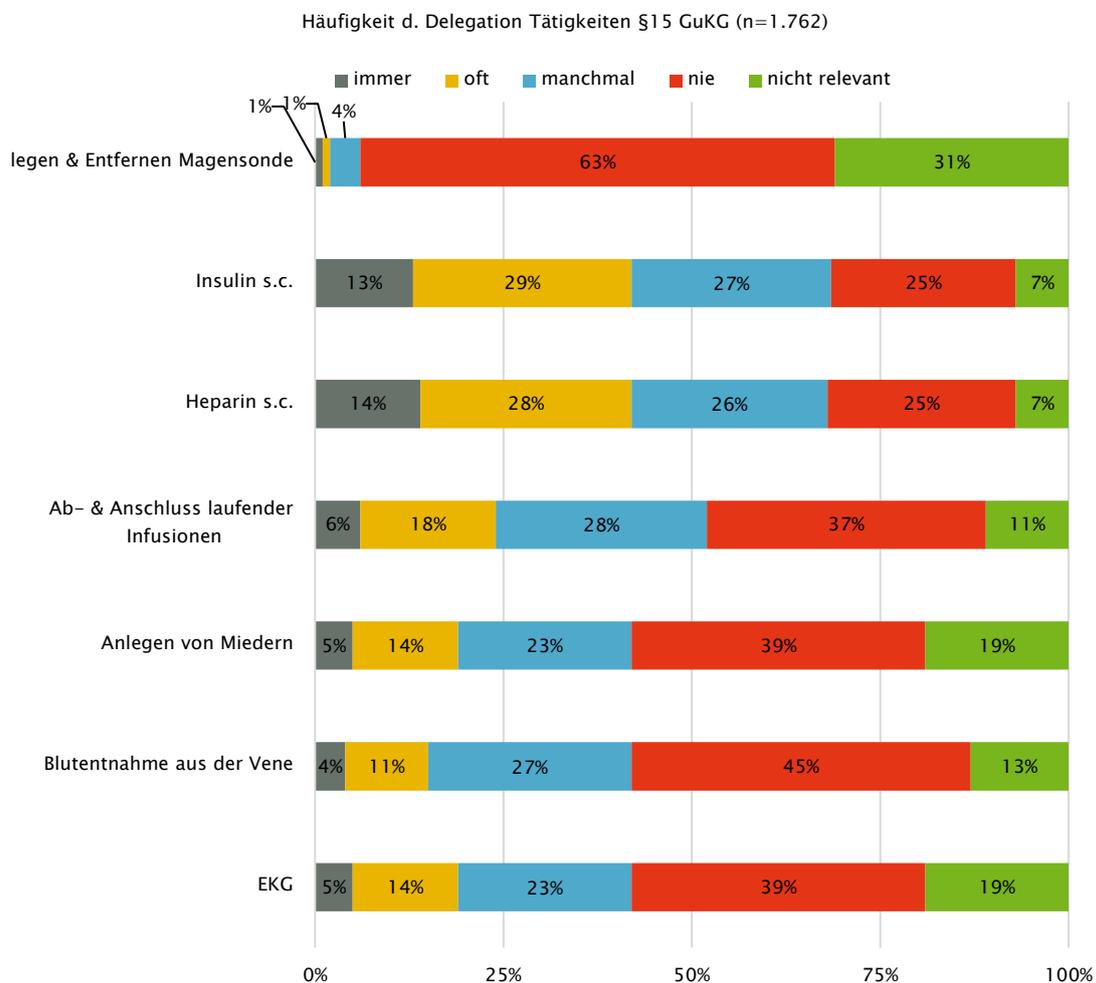
In der Häufigkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Settings insbesondere bei jenen, die gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ausschließlich an PFA weiterdelegiert werden dürfen. Dabei sticht insbesondere das Legen und Entfernen transnasaler oder transoraler Magensonden hervor, dass gemäß § 83a Abs. 2 Z 2 von PFA durchgeführt werden darf, jedoch in der befragten Gruppe nur zu einem geringen Anteil von DGKP weiterdelegiert wurde. 63 Prozent der befragten DGKP gaben an, das Legen und Entfernen einer transnasalen oder transoralen Magensonde „nie“ zu delegieren, und für 31 Prozent der befragten DGKP hat diese Tätigkeit in der klinischen Praxis keine Relevanz. Auch das Anlegen von Miedern, Orthesen, und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen sowie die Durchführung eines Elektrokardiogramms (EKG) sind gemäß GuKG § 83a Abs. 2 an PFA delegierbar, jedoch sind für rund 20 Prozent der befragten DGKP diese Interventionen in der klinischen Praxis nicht relevant.

Im Antwortverhalten bezüglich der Häufigkeiten der Delegation von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie zeigt sich mit Ausnahme des Legens und Entfernens einer nasogastralen oder transoralen Magensonde ein relativ homogenes Bild. Deutlich wird, dass die Tätigkeit der subkutanen Injektion von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln und Insulininjektionen, die gemäß den gesetzlichen Bestimmungen sowohl an PFA als auch an PA delegierbar ist, etwas häufiger als andere abgefragte Tätigkeiten delegiert wird. Der Ab- und Anschluss laufender Infusionen wird zu 37 Prozent, das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektronischen Bewegungsschienen zu 39 Prozent, die Blutentnahme aus der Vene zu 45 Prozent und die Durchführung eines EKGs zu 39 Prozent nie delegiert. Im Vergleich zur Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG zeigt sich, dass die Streuung der abgefragten Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG von 7 Prozent bis 31 Prozent deutlich größer ist als bei jenen aus dem § 14 GuKG (4–16 %)

Ergänzend sei an dieser Stelle angemerkt, dass der Ab- und Anschluss laufender Infusionen zum Zeitpunkt der Befragung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ausschließlich an PFA delegierbar war. Die Durchführung dieser Tätigkeit wurde jedoch mittlerweile durch die GuKG-Novelle 2022 auf die PA ausgeweitet.

Abbildung 3.11:

Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG seitens DGKP an PFA/PA



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### 3.3.2 Häufigkeit der Delegation und diesbezügliche Zusammenhänge

Eine Evaluationsfrage aus dem Bereich der Übertragung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten bezieht sich darauf, welche Faktoren das Ausmaß und die Organisation / die Abläufe der Delegation beeinflussen. Konkret geht es hier einerseits um die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten gemäß §§ 15 und 15a GuKG bzw. gemäß §§ 83 Abs. 4 und 83a Abs. 2 GuKG und andererseits um die Übertragung pflegerischer Tätigkeiten von DGKP gemäß § 82 Abs. 2 GuKG auf PFA bzw. PA. Mit der Fokusstudie Pflege wurden dahingehende soziodemografische Zusammenhänge mit Alter,

Geschlecht, Ausbildungsweg, Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016, Berufserfahrung, Beschäftigungsjahre am aktuellen Dienstort, dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung und dem Setting hergestellt bzw. mittels Varianzanalyse (ANOVA) berechnet. Nachfolgend werden die einzelnen Tätigkeiten gemäß §§ 14 und 15 GuKG und die Häufigkeit der Delegation bzw. Weiterdelegation durch DGKP und deren Zusammenhänge bzw. statistisch nicht bestätigte Zusammenhänge erläutert.

### 3.3.2.1 Häufigkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten und diesbezügliche Zusammenhänge

#### Delegation der Durchführung einer Pflegeanamnese

Es konnte statistisch **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der Pflegeanamnese und dem Alter, dem Geschlecht, dem Ausbildungsweg, der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016, der Berufserfahrung, der Beschäftigungsjahre am aktuellen Dienstort, dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung und dem Setting der DGKP nachgewiesen werden. Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses neben der Ausbildung zur DGKP zeigte sich, dass DGKP mit Lehrabschluss als höchstem Bildungsabschluss signifikant häufiger die Durchführung einer Pflegeanamnese delegieren als DGKP mit einem allgemeinen Pflichtschulabschluss.

#### Delegation der Durchführung spezifischer Assessments

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation spezifischer Assessments und dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, mit der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort, dem Abschlussjahr der DGKP und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

DGKP im **Alter** zwischen 56 und 60 Jahren delegieren gegenüber der Altersgruppe zwischen 26 und 35 Jahren (0,01) signifikant häufiger die Durchführung spezifischer Assessments (wie Sturzrisiko, Wundbeurteilung, Schmerzeinschätzung etc.).

Jene DGKP, welche die **Ausbildung** über ein Bachelorstudium absolviert haben, delegieren signifikant weniger häufig ( $p = 0,024$ ) die Durchführung spezifischer Assessments als jene, welche die Berufsberechtigung über eine Berufsankennung/Nostrifikation erworben haben.

Im **Krankenhaus** delegieren DGKP die Durchführung spezifischer Assessments signifikant weniger häufig als in Langzeitpflegeeinrichtungen ( $p = 0$ ) und bei den mobilen Diensten ( $p = 0$ ). Auch DGKP in **Kur- und Rehabilitationseinrichtungen** delegieren die Durchführung spezifischer Assessments signifikant weniger häufig ( $p = 0,018$ ) als DGKP, die in mobilen Diensten tätig sind.

## Delegation der Durchführung einer Beratung bei vorherrschenden Symptomen

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der Beratung im Umgang mit vorherrschenden Symptomen (z. B. Übelkeit, Schmerz etc.) und dem Alter, dem Geschlecht, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort, dem Abschlussjahr der DGKP und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

DGKP, die eine verkürzte **Ausbildung** nach einer speziellen Grundausbildung absolviert haben, delegieren die Beratung bei vorherrschenden Symptomen signifikant häufiger als jene DGKP, die das Diplom in einer dreijährigen Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an einer allgemeinen Schule für Gesundheits- und Krankenpflege ( $p = 0,008$ ) erwarben und als jene, die ein Bachelorstudium ( $p = 0,006$ ) absolvierten. DGKP mit einem Lehrabschluss als **höchstem Bildungsabschluss** neben der Ausbildung zur DGKP delegieren die Beratung bei vorherrschenden Symptomen signifikant häufiger als DGKP, deren höchster Bildungsabschluss eine Universität oder Fachhochschule ( $p = 0,008$ ) ist. DGKP, die im **Krankenhaus** tätig sind, delegieren die Beratung bei vorherrschenden Symptomen signifikant weniger häufig als solche, die in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) oder bei den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) tätig sind.

## Delegation der Überprüfung von Zielsetzungen

Die Überprüfung von Zielsetzungen wurde als gemeinsame Tätigkeit mit Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohnerinnen/Bewohnern definiert. Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der Überprüfung von Zielsetzungen und dem Geschlecht, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort, dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

DGKP im **Alter** zwischen 56 und 60 Jahren delegieren die Überprüfung von Zielsetzungen signifikant häufiger als DGKP in den Altersgruppen zwischen 26 und 30 Jahren ( $p = 0,005$ ) sowie zwischen 31 und 35 Jahren ( $p = 0$ ). Auch die Altersgruppe zwischen 51 und 55 Jahren delegiert signifikant häufiger als die Gruppe der DGKP zwischen 31 und 35 Jahren ( $p = 0,003$ ). Zwischen den weiteren Altersgruppen besteht kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Delegation.

Hinsichtlich des **DGKP-Ausbildungswegs** zeigt sich, dass DGKP mit Bachelorabschluss signifikant weniger häufig die Überprüfung von Zielsetzungen delegieren als jene, die eine verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenten absolviert haben ( $p = 0,004$ ) und jene, die eine verkürzte Ausbildung nach einer speziellen Grundausbildung absolviert haben ( $p = 0,015$ ). Jene DGKP, die als höchsten **Bildungsabschluss** neben der Berufsausbildung zur DGKP einen Lehrabschluss absolviert haben, gaben signifikant häufiger an, die Überprüfung von Zielsetzungen zu delegieren, als DGKP, die eine berufsbildende höhere Schule (mit Matura) als höchsten Bildungsabschluss angegeben haben ( $p = 0,002$ ).

In den **Settings** Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und mobile Dienste ( $p = 0$ ) sowie im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ) gaben DGKP signifikant häufiger an, die Überprüfung von Zielsetzungen zu delegieren. Die Delegation der Überprüfung von Zielsetzungen ist bei den mobilen Diensten signifikant höher als in den Primärversorgungseinrichtungen ( $p = 0,031$ ).

### **Delegation der Entlastungsgespräche bei psychosozialen Problemen**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation von Entlastungsgesprächen bei psychosozialen Problemen und dem Alter, dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung.

DGKP, die eine **verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenz** absolviert haben, delegieren Entlastungsgespräche bei psychosozialen Problemen signifikant häufiger als solche, die eine dreijährige Ausbildung an einer allgemeinen Schule für Gesundheits- und Krankenpflege erwarben ( $p = 0,012$ ) und als jene, die ein Bachelorstudium absolvierten ( $p = 0,006$ ).

Wenn sich DGKP nicht mit der GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt haben, delegieren sie signifikant weniger häufig Entlastungsgespräche bei psychosozialen Problemlagen ( $p = 0,004$ ).

In der Langzeitpflege ( $p = 0$ ), bei den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,007$ ) delegieren DGKP signifikant häufiger Entlastungsgespräche bei psychosozialen Problemen als im Krankenhaus. In Bereich „Sonstiges“ werden Entlastungsgespräche bei psychosozialen Problemen wiederum signifikant weniger häufig delegiert als im Setting der Langzeitpflege ( $p = 0,045$ ) und in den mobilen Diensten ( $p = 0,001$ ).

### **Delegation der Durchführung einer körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck und dem Alter, dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung.

DGKP, die angaben, sich nicht mit der **GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt** zu haben, delegieren signifikant häufiger die Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck.

DGKP im Setting des Krankenhauses delegieren die Durchführung der körperlichen Mobilisation mit pflegetherapeutischem Zweck deutlich weniger häufig als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und in den mobilen Diensten ( $p = 0$ ). DGKP aus dem Bereich „Sonstiges“ delegieren sie ebenfalls signifikant weniger häufig als solche in Langzeitpflegeeinrichtungen ( $p = 0,001$ ) und mobilen Diensten ( $p = 0,001$ ).

### **Delegation der Durchführung eines Entlassungsgesprächs**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation von Entlassungsgesprächen mit Patientinnen/Patienten oder Klientinnen/Klienten an PFA und PA und dem Alter, dem Geschlecht, dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der

Ausbildung zur DGKP, der Berufserfahrung, dem Abschlussjahr der Ausbildung zur DGKP, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

Hinsichtlich des Settings zeigen sich hier signifikante Unterschiede zwischen den DGKP im Krankenhaus, die deutlich weniger häufig Entlassungsgespräche delegieren als DGKP in den mobilen Diensten ( $p = 0$ ), und jenen, die in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) tätig sind. Ebenso delegieren DGKP in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen signifikant weniger Entlassungsgespräche als jene, die in der Langzeitpflege ( $p = 0,006$ ) und in den mobilen Diensten tätig sind ( $p = 0,001$ )

### **Delegation des Anlegens von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation des Anlegens von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung und dem Alter, dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort.

**Weibliche** DGKP delegieren das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung signifikant häufiger als männliche DGKP ( $p = 0$ ). Jene DGKP, die sich mit der **GuKG-Novelle 2016** auseinandergesetzt haben, delegieren signifikant häufiger das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung ( $p = 0$ ).

DGKP mit **Berufserfahrung** zwischen einem und fünf Jahren delegieren gegenüber DGKP mit 26 bis 30 Jahren Berufserfahrung signifikant häufiger ( $p = 0,041$ ) das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

DGKP, die zwischen 2005 und 2008 ihre **Berufsausbildung abgeschlossen** haben, delegieren das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung signifikant häufiger als jene, die zwischen 2013 und 2016 ( $p = 0,011$ ) die Ausbildung abgeschlossen haben, sowie als jene, welche dies zwischen 2017 und 2020 ( $p = 0,017$ ) taten.

DGKP im **Setting** des Krankenhauses delegieren das Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung signifikant häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Langzeitpflege ( $p = 0,004$ ).

### **Delegation der (Ganz-)Körperwaschung mit pflegetherapeutischem Zweck**

Die Delegation der Durchführung einer (Ganz-)Körperwaschung wurde in der Befragung in Zusammenhang mit dem pflegetherapeutischen Zweck gesetzt.

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation einer (Ganz-)Körperwaschung und dem Alter, dem Geschlecht, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

DGKP, die angaben, sich mit der **GuKG-Novelle 2016 nicht auseinandergesetzt** zu haben, delegieren signifikant weniger häufig eine (Ganz-)Körperwaschung mit pflegetherapeutischem Ziel ( $p = 0$ ).

DGKP, welche die **Berufsausbildung** 2017 bis 2020 **abgeschlossen** haben, delegieren die (Ganz-)Körperwaschung mit therapeutischem Ziel signifikant häufiger als jene, die zwischen 2005 und 2008 die Ausbildung zur DGKP abgeschlossen haben ( $p = 0,006$ ).

Es zeigen sich hochsignifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Delegation der (Ganz-)Körperwaschung nach **Settings**. In der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und in den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) wird die Ganzkörperwaschung signifikant häufiger delegiert als im Setting des Krankenhauses und auch gegenüber dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ).

#### **Delegation des Realitätsorientierungstrainings bei akut verwirrten Personen an PFA und/oder PA**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation eines Realitätsorientierungstrainings bei akuter Verwirrtheit und dem Alter, dem Ausbildungsweg, der Berufserfahrung, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

**Weibliche** DGKP delegieren ein Realitätsorientierungstraining bei akut verwirrten Personen signifikant häufiger als männliche DGKP ( $p = 0,017$ ).

DGKP, welche die 3-jährige **Ausbildung** zur DGKP an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule absolviert haben, delegieren das Realitätsorientierungstraining bei akuter Verwirrtheit signifikant weniger häufig als jene, die eine verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenten ( $p = 0,008$ ) durchgeführt haben, und als die Gruppe derer, die eine verkürzte Ausbildung nach einer speziellen Grundausbildung ( $p = 0,037$ ) absolviert haben.

Hinsichtlich des **höchsten Bildungsabschlusses** neben der Ausbildung zur DGKP zeigt sich, dass DGKP mit einer allgemein- oder berufsbildenden höheren Schule (mit Matura) signifikant weniger häufig ein Realitätsorientierungstraining bei akuter Verwirrtheit delegieren als DGKP mit einem Universitäts-/Fachhochschulabschluss ( $p = 0,025$ ).

Das Realitätsorientierungstraining bei akuter Verwirrtheit wird von DGKP im **Setting** Krankenhaus gegenüber den Settings Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und mobile Dienste ( $p = 0$ ) signifikant weniger häufig delegiert. Im Setting der mobilen Dienste wird gegenüber den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0,014$ ) und dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,004$ ) das Realitätsorientierungstraining signifikant häufiger delegiert. Im Setting „Sonstiges“ wurde die Delegation des Realitätsorientierungstrainings signifikant weniger häufig angegeben als im Setting der Langzeitpflege ( $p = 0$ ).

## Delegation des Ab- und Anschlusses laufender Infusionen an PFA/PA

Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen wurden in der Befragung entsprechend der gesetzlichen Vorgabe bei Ab- und Anschluss laufender Infusionen ausgenommen. Als Voraussetzung wurde der liegende peripher-venöse Gefäßzugang definiert.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Delegation von Ab- und Anschluss laufender Infusionen und dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP und der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016.

DGKP im Alter zwischen 20 und 25 Jahren delegieren den Ab- und Anschluss laufender Infusionen signifikant häufiger als jene zwischen 41 und 55 Jahren ( $p$ -Wert zwischen 0,002 und 0,037).

DGKP, die ihre Berufsberechtigung über eine Berufsankennung/Nostrifikation erworben haben, delegieren den Ab- und Anschluss laufender Infusionen signifikant weniger häufig als DGKP mit einem Bachelorabschluss oder einer verkürzten Ausbildung nach einer speziellen Grundausbildung. Hinsichtlich der Berufserfahrung zeigt sich, dass DGKP mit ein bis fünf Jahren Berufserfahrung signifikant häufiger den Ab- und Anschluss laufender Infusionen delegieren als DGKP mit sechs bis zehn Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,039$ ), solche mit elf bis 15 Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,016$ ) und als jene aus der Gruppe mit 21 bis 25 Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,001$ ). Auch zwischen der Gruppe mit 36 bis 40 Jahren Berufserfahrung (delegieren häufiger) und den beiden Gruppen mit 21 bis 25 Jahren ( $p = 0,007$ ) sowie elf bis 15 Jahren ( $p = 0,047$ ) zeigt sich ein signifikanter Unterschied.

DGKP, die elf bis 15 Jahre am aktuellen Dienstort tätig waren, gaben signifikant weniger häufig an, den Ab- und Anschluss laufender Infusionen zu delegieren ( $p = 0,035$ ). Zwischen den anderen die Beschäftigung am aktuellen Dienstort betreffenden Jahresgruppen gab es keinen signifikanten Zusammenhang.

Hinsichtlich des Abschlussjahrs der Ausbildung zur DGKP zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den DGKP, die 2017–2020 abgeschlossen haben, und jenen, welche dies 1993–1996 ( $p = 0,001$ ) und 1997–2000 ( $p = 0,007$ ) taten. Die Gruppe 2017–2020 delegiert den Ab- und Anschluss laufender Infusionen signifikant häufiger als die anderen angeführten Gruppen.

Im Setting Krankenhaus wird der Ab- und Anschluss laufender Infusionen signifikant häufiger delegiert als in den Settings Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0,006$ ), Langzeitpflege ( $p = 0$ ), mobile Dienste ( $p = 0$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ). In Letzterem wird der Ab- und Anschluss laufender Infusionen signifikant weniger häufig delegiert als im Langzeitpflegebereich.

## Delegation venöser Blutabnahme an PFA/PA

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der venösen Blutabnahme und dem Geschlecht, dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016 und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort.

Es zeigt sich, dass DGKP im **Alter** zwischen 42 und 45 Jahren signifikant weniger häufig die venöse Blutabnahme an PFA und PA delegieren als DGKP zwischen 20 und 25 Jahren ( $p = 0,015$ ) sowie zwischen 26 und 30 Jahren ( $p = 0,006$ ). DGKP im Alter zwischen 50 und 60 Jahren delegieren die venöse Blutabnahme signifikant häufiger als solche zwischen 36 und 40 Jahren ( $p = 0,033$ ) sowie zwischen 41 und 45 Jahren ( $p = 0,005$ ).

Hinsichtlich der **Berufserfahrung** delegieren DGKP mit elf bis 15 Jahren Berufserfahrung signifikant weniger häufig die venöse Blutabnahme als DGKP mit ein bis fünf Jahren Berufserfahrung. Das **Abschlussjahr** der DGKP-Ausbildung zeigt hier einen signifikanten Unterschied zwischen den DGKP, die zwischen 2017 und 2020 die Ausbildung abgeschlossen haben, und jenen, welche dies zwischen 2005 und 2008 taten. DGKP aus den Abschlussjahren 2005–2008 delegieren die venöse Blutabnahme signifikant weniger häufig als jene aus den Abschlussjahren nach 2017.

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Delegation venöser Blutabnahme zeigen sich zwischen den **Settings**. Die venöse Blutabnahme wird im innerklinischen Bereich (Krankenhaus) signifikant häufiger delegiert als in den Settings der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, der Langzeitpflege, der mobilen Dienste und im Bereich „Sonstiges“ (Behinderteneinrichtungen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Casemanagement, betreutes Wohnen, Anstellungsverhältnis bei Ärztin/Arzt, spezialisierte Palliativversorgung).

### **Delegation subkutaner Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation der Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel via subkutane Injektion und dem Alter, dem Geschlecht, der Berufserfahrung, dem Abschlussjahr der Ausbildung zur DGKP und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort.

DGKP mit einer **Berufsausbildung** an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule delegieren signifikant weniger häufig die Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel als jene, welche die Berufsberechtigung durch eine Berufsankennung/Nostrifikation ( $p = 0,007$ ) oder eine verkürzte Ausbildung für Pflegeassistenz ( $p = 0,019$ ) erworben haben.

DGKP, deren **höchster Bildungsabschluss** neben der Berufsausbildung zur DGKP an einer Universität/Fachhochschule stattfand, delegieren gegenüber jenen mit einem Abschluss an einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule ( $p = 0,045$ ), einem Lehrabschluss ( $p = 0,049$ ) oder einem Abschluss einer allgemeinen Pflichtschule ( $p = 0,001$ ) signifikant weniger häufig die Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel.

Jene DGKP, die angaben, sich mit der **GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt** zu haben, delegierten in dieser Hinsicht signifikant häufiger ( $p = 0$ ).

Im Setting Krankenhaus gaben DGKP gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen in den Settings Kur- und Rehabilitationseinrichtung ( $p = 0$ ) und mobile Dienste ( $p = 0$ ) signifikant weniger häufig an, die Verabreichung blutgerinnungshemmender Arzneimittel zu delegieren. In Kur- und Rehabilitationseinrichtungen delegieren sie DGKP wiederum weniger häufig als im Setting Krankenhaus

( $p = 0$ ), in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und in den mobilen Diensten ( $p = 0$ ). Im Bereich „Sonstiges“ kommt es hier ebenfalls zu einer signifikant geringeren Delegation als in den Settings Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und mobile Dienste ( $p = 0$ ).

### Delegation subkutaner Insulininjektionen

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation subkutaner Insulininjektionen und dem Alter, dem Geschlecht, der Berufserfahrung, dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort.

DGKP mit einer **Berufsausbildung** an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule delegieren signifikant weniger häufig die Verabreichung subkutaner Insulininjektionen als jene, welche die Berufsberechtigung durch eine Berufsanerkennung/Nostrifikation ( $p = 0,02$ ) oder eine verkürzte Ausbildung in Pflegeassistenz ( $p = 0,014$ ) erworben haben.

DGKP, deren **höchster Bildungsabschluss** neben der Berufsausbildung an einer Universität/Fachhochschule stattfand, delegieren gegenüber jenen mit einem Abschluss an einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule ( $p = 0$ ), berufsbildenden mittleren Schule ( $p = 0,026$ ) oder allgemeinen Pflichtschule ( $p = 0,003$ ) signifikant weniger häufig die Verabreichung subkutaner Insulininjektionen.

Jene DGKP, die angaben, sich mit der **GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt** zu haben, delegierten subkutane Insulininjektionen signifikant häufiger ( $p = 0$ ).

Im **Setting** Krankenhaus gaben DGKP im Vergleich mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus den mobilen Diensten und der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) signifikant weniger häufig an, die Verabreichung subkutaner Insulininjektionen zu delegieren. In Kur- und Rehabilitationseinrichtungen wird die subkutane Insulininjektion signifikant weniger häufig delegiert als im Setting der Langzeitpflege ( $p = 0$ ) und bei den mobilen Diensten ( $p = 0$ ). Auch im Bereich „Sonstiges“ kommt es zu signifikant weniger Angaben der Delegation subkutaner Insulininjektionen gegenüber den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) und der Langzeitpflege ( $p = 0$ ).

### Delegation der Durchführung eines EKGs

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Delegation der Durchführung eines EKGs und dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort.

DGKP im Alter zwischen 41 und 45 Jahren delegieren signifikant weniger häufig die Durchführung eines EKGs als die Gruppe zwischen 20 und 25 Jahren ( $p = 0,016$ ) und jene zwischen 26 und 30 Jahren ( $p = 0,004$ ). Weibliche DGKP delegieren die Durchführung eines EKGs ebenfalls signifikant weniger häufig als ihre männlichen Kollegen ( $p = 0,04$ ).

DGKP mit weniger als einem Jahr Berufserfahrung delegieren die Durchführung eines EKGs signifikant häufiger als DGKP einer mit Berufserfahrung zwischen sechs und 30 Jahren. Auch DGKP mit ein bis fünf Jahren Berufserfahrung delegieren gegenüber der Gruppe mit elf bis 15 Jahren Berufserfahrung die Durchführung eines EKGs signifikant weniger ( $p = 0,044$ ).

Hinsichtlich des Abschlussjahrs der Ausbildung zur DGKP zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der EKG-Delegation – mit Ausnahme der DGKP, die zwischen 1989 und 1992 ihre DGKP-Ausbildung abschlossen, und jener, die zwischen 2017 und 2020 die Ausbildung finalisierten. Letztere Gruppe delegiert die Durchführung eines EKGs ( $p = 0,033$ ) signifikant häufiger.

DGKP im Krankenhaus delegieren die Durchführung eines EKGs signifikant häufiger als solche in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ), bei den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) und aus dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ). Auch in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen wird die Durchführung eines EKGs signifikant häufiger delegiert als in der Langzeitpflege ( $p = 0$ ), in den mobilen Diensten ( $p = 0$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,016$ ). Auch in Primärversorgungseinheiten tätige DGKP delegieren die Durchführung von EKGs signifikant häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen bei den mobilen Diensten ( $p = 0,012$ ).

### **Delegation des Legens einer nasogastralen oder transoralen Magensonde**

Es besteht **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation des Legens einer nasogastralen/transoralen Sonde und dem Geschlecht, dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort, der Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016 und dem Setting.

DGKP im **Alter** zwischen 56 und 60 Jahren delegieren das Legen einer nasogastralen/transoralen Sonde signifikant häufiger als DGKP zwischen 20 und 30 Jahren ( $p = 0,008$ ), 31 und 25 Jahren ( $p = 0,002$ ), 36 und 40 Jahren ( $p = 0,033$ ), 41 und 45 Jahren ( $p = 0,008$ ). Auch hinsichtlich der Berufserfahrung zeigt sich ein ähnliches Bild, DGKP mit mehr als 40 Jahren Berufserfahrung delegieren das Legen einer nasogastralen/transoralen Sonde signifikant häufiger als DGKP aller anderen Gruppen der Berufserfahrungsdauer (die Signifikanz liegt zwischen minimal  $p = 0$  und maximal  $p = 0,014$ ). Zwischen den weiteren diesbezüglichen Gruppen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge.

Hinsichtlich der **Berufsausbildungsabschlussjahre** der DGKP zeigt sich ein ähnliches Phänomen in der Delegation des Legens einer nasogastralen/transoralen Sonde. DGKP mit einem Abschlussjahr zwischen 1981 und 1984 delegieren signifikant häufiger das Legen einer nasogastralen/transoralen Sonde als solche anderer Abschlussjahre (die Signifikanz liegt zwischen  $p = 0$  und  $p = 0,011$ ). Der Unterschied zur Gruppe mit den Abschlussjahren 1993–1996 ist nicht signifikant.

Auffallend erscheint bei der Delegation des Legens einer nasogastralen/transoralen Sonde, dass im Gegensatz zu anderen Tätigkeiten kein signifikanter Zusammenhang mit dem Setting besteht.

## Zusammenfassung des Themas Delegation einzelner angeführter Tätigkeiten

Die Erläuterungen zu den einzelnen Tätigkeiten und den damit einhergehenden Zusammenhängen hinsichtlich der Häufigkeit der Delegation zeigen deutliche Unterschiede. Das Setting stellt jedoch jenen Faktor dar, der mit nahezu allen Tätigkeiten der Delegation in signifikantem Zusammenhang steht. Die Ausnahme bilden hier lediglich die Delegation der Durchführung einer Pflegeanamnese sowie das Legen und Entfernen einer nasogastralen oder transoralen Magensonde und die Durchführung eines EKGs.

### 3.3.2.2 Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten gemäß §§ 14 und 15 GuKG und diesbezügliche Zusammenhänge

Zusammenhänge und Unterschiede in der Delegation von Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG und dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG wurden im Zuge der Fokusstudie Pflege berechnet. Alle Variablen zur Delegation von Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG wurden nach Durchführung einer Faktorenanalyse zusammengefasst, ebenso alle Variablen aus dem in § 15 GuKG definierten Kompetenzbereich. Im Anschluss wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) zur Berechnung der Zusammenhänge und Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit der Delegation vorgenommen.

Dabei konnte **kein signifikanter Zusammenhang** zwischen der Häufigkeit der Delegation pflegerischer Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG und dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, dem Ausbildungsweg, der Berufserfahrung, dem Abschlussjahr der DGKP-Ausbildung und den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienort nachgewiesen werden.

Hinsichtlich des **Alters** zeigt sich lediglich ein signifikanter Unterschied: DGKP in der Altersgruppe 56 bis 60 Jahre delegieren deutlich häufiger pflegerische Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG als DGKP in der Altersgruppe zwischen 41 und 45 Jahren ( $p = 0,047$ ).

Jene DGKP, die angaben, sich nicht mit der **GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt** zu haben, delegieren Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG signifikant weniger häufig ( $p = 0,016$ ).

In der Langzeitpflege werden pflegerische Kernkompetenzen signifikant häufiger delegiert als in den **Settings** Krankenhaus ( $p = 0$ ), Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,001$ ). Im Setting der mobilen Dienste zeigen sich die gleichen signifikanten Unterschiede gegenüber den Settings Krankenhaus ( $p = 0$ ), Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0$ ) und dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,004$ ).

### **Zusammenhänge und Unterschiede in der Delegation von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich medizinische Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG**

Durch die Berechnung mittels ANOVA konnten **keine signifikanten Zusammenhänge** zwischen der Häufigkeit der Delegation von Kernkompetenzen gemäß § 15 GuKG und dem Geschlecht, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort, der Attraktivität des Berufsbilds, dem Vorhandensein eines Pflegeleitbilds, der Anerkennung der Arbeitsleistung, der Personalausstattung und der Unterstützung durch Service-dienste nachgewiesen werden.

Ein **signifikanter Zusammenhang** bzw. Unterschied in den Mittelwerten zeigte sich beim Abschlussjahr, der Berufserfahrung insgesamt und dem Ausbildungsweg. DGKP, die zwischen 2017 und 2020 die Ausbildung abgeschlossen haben, delegieren signifikant ( $p = 0,024$ ) mehr als jene, die sie zwischen 1997 und 2000 abgeschlossen haben, und als jene, welche dies zwischen 2005 und 2008 ( $p = 0,021$ ) taten. Auch bei der Berufserfahrung zeigt sich eine ähnliche Tendenz. DGKP mit einer Berufserfahrung zwischen ein und fünf Jahren delegieren signifikant häufiger Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG, als dies DGKP mit sechs bis zehn Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,046$ ), elf bis 15 Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,048$ ) oder 16 bis 20 Jahren Berufserfahrung ( $p = 0,013$ ) tun. Auch hinsichtlich der Altersgruppen zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Gegenüber DGKP zwischen 31 und 55 Jahren delegieren DGKP zwischen 20 und 25 Jahren signifikant mehr Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG. Im Vergleich mit den Altersgruppen 26–30 Jahre sowie älter als 56 ist der Unterschied in der Häufigkeit der Delegation nicht signifikant.

Hinsichtlich des Ausbildungswegs zeigte sich in der Varianzanalyse ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Delegation zwischen jenen DGKP, die ein Studium mit Bachelorabschluss (inkl. eines 2-in-1-Studiums) abgeschlossen haben, und jenen, die den DGKP-Ausbildungsweg über eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule absolvierten. Dabei delegieren Erstere signifikant häufiger ( $p = 0,011$ ) als DGKP, welche die Ausbildung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule abgeschlossen haben. Zwischen den weiteren Gruppen mit unterschiedlichen Ausbildungswegen besteht kein signifikanter Unterschied.

Als signifikant erweisen sich in den Ergebnissen der ANOVA die Unterschiede zwischen den Settings. So werden Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG im Setting Krankenhaus signifikant häufiger delegiert als in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0,009$ ), bei den mobilen Diensten ( $p = 0,001$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,001$ ), in welchem Behinderteneinrichtungen, Casemanagement, Öffentlicher Gesundheitsdienst und spezialisierte Palliativversorgung summiert wurden.

#### **3.3.2.3 Weitere Zusammenhänge in puncto Häufigkeit der Delegation**

Zur Beantwortung der Fragestellung hinsichtlich des Einflusses von Faktoren auf das Ausmaß der Delegation, den Ablauf und die Organisation wurden weitere Berechnungen zur Untersuchung wechselseitiger Beziehungen durchgeführt. Dafür wurden, wie bereits unter Kapitel 3.3.2.2 angeführt,

die einzelnen Variablen zur Delegation von Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG nach Durchführung einer Faktorenanalyse zusammengefasst und wurde anschließend mittels Pearson-Korrelation der wechselseitige Zusammenhang zwischen der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG und Variablen aus der Organisation, dem Ablauf etc. berechnet.

Statistisch zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Delegation in den Kompetenzbereichen der §§ 14 und 15 GuKG und den Angaben zur **Personalausstattung**. Zwischen der Häufigkeit der Delegation im Kompetenzbereich gemäß § 14 GuKG und der Verfügbarkeit von Servicediensten besteht statistisch ein leichter positiver Zusammenhang. DGKP, die demnach mehr **Servicedienste** zur Verfügung zu haben, delegieren auch häufiger Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen. Im Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG konnte dieser Zusammenhang nicht statistisch nachgewiesen werden.

Zwischen der Häufigkeit der Delegation im Kompetenzbereich gemäß § 14 GuKG und der erlebten **Attraktivität des gegenwärtigen Aufgabenbereichs** besteht statistisch ein leicht positiver Zusammenhang. DGKP, die häufiger Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG delegieren, erleben den gegenwärtigen Aufgabenbereich als attraktiver. Im Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie konnte dieser Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

Es konnte statistisch kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus den §§ 14 und 15 und den Angaben zur Zufriedenheit mit dem Umfang des Anteils der **Tätigkeiten in der direkten Versorgung** der Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohner:innen an den Gesamtaufgaben nachgewiesen werden. Zwischen der Häufigkeit der Delegation im Kompetenzbereich gemäß § 14 GuKG und der erlebten **beruflichen Autonomie** besteht statistisch ein leicht positiver Zusammenhang. DGKP, die mehr Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG delegieren, geben vermehrt an, eine berufliche Autonomie zu haben. Im Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG konnte dieser Zusammenhang statistisch nicht nachgewiesen werden.

Es konnte statistisch kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus den §§ 14 und 15 und den Angaben zur erlebten **beruflichen Kontrolle** nachgewiesen werden. DGKP, die angeben, dass die Pflegedienstleitung bei Entscheidungen hinter ihnen stehe, delegieren häufiger Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG (leicht positiver Zusammenhang). Dieser Zusammenhang konnte wiederum bei der Delegation von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG nicht nachgewiesen werden. DGKP, die angeben, dass **Pflegedienstleitungen** im Konfliktfall mit Ärztinnen und Ärzten hinter ihnen stünden, delegieren (leicht positiver Zusammenhang) etwas häufiger Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen laut § 14 GuKG.

Die Berechnung der Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der Delegation und möglichen Einflussfaktoren mittels Pearson-Korrelation zeigt deutlich, dass die Delegation von Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen mit deutlich mehr Faktoren zusammenhängt als die Delegation von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich gemäß § 15 GuKG.

Das Setting stellt auch bei der Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG einen wesentlichen Faktor dar. So zeigt sich, dass im Setting Krankenhaus signifikant häufiger Tätigkeiten aus § 15 GuKG delegiert werden als in den Settings der mobilen Dienste ( $p = 0,031$ ), der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0,009$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,001$ ).

## 3.4 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Mit der Fokusstudie Pflege soll für das gesamthafte Evaluationsvorhaben ermöglicht werden, die Einschätzung der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder auch Bewohnerinnen und Bewohnern seitens der größten Berufsgruppe innerhalb der Pflegeberufe zu erfassen.

### 3.4.1 Qualität und Patientensicherheit

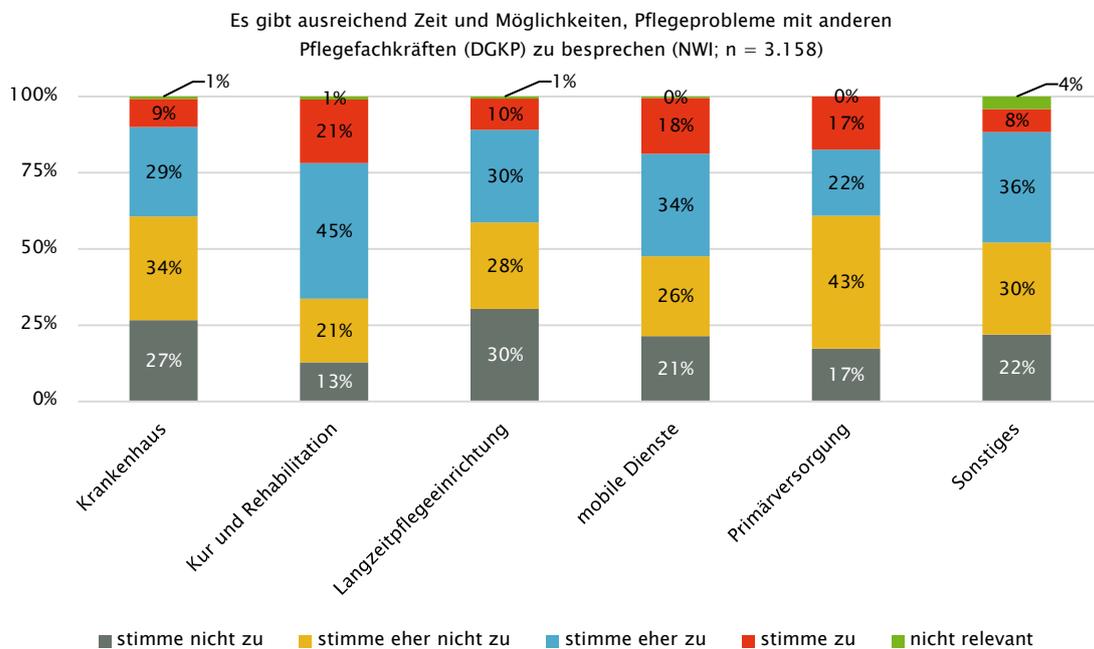
Der Beantwortung der Evaluationsfrage „Wie schätzen Pflegepersonen in Österreich in allen Settings den Grad der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit ein?“ wurde in der Fokusstudie Pflege über die deskriptive Auswertung von Häufigkeiten in Bezug auf vier Behauptungen aus dem Bereich berufliche Praxis der Onlinebefragung mit dem standardisierten Erhebungsinstrument des Nursing Work Index nachgegangen. Die getroffenen Aussagen, denen zugestimmt bzw. nicht zugestimmt werden konnte, beziehen sich auf die Faktoren „ausreichend Zeit für fachlichen Austausch“, „ausreichende Personalausstattung“ und „etabliertes Programm für die Qualitätssicherung“. Die Ergebnisse der Auswertungen zu den Fragestellungen werden nachfolgend erläutert:

#### **Es gibt ausreichend Zeit und Möglichkeiten, Pflegeprobleme mit anderen Pflegefachkräften (DGKP) zu besprechen (NWI).**

Im Antwortverhalten der DGKP treten Unterschiede in der Häufigkeit der Zustimmung zur Behauptung, dass ausreichend Zeit und Möglichkeiten für die Besprechung von Pflegeproblemen mit anderen Pflegefachkräften zwischen den Settings bestünden, zutage (siehe Abbildung 3.12). Der Anteil befragter DGKP, die nicht zustimmten, ausreichend Zeit und Möglichkeiten zum fachlichen Austausch bei vorhandenen Pflegeproblemen zu haben, liegt zwischen 13 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 30 Prozent in der Langzeitpflege.

Im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen stimmten 66 Prozent der befragten DGKP zu bzw. eher zu, dass Zeit und Möglichkeiten für fachlichen Austausch in ausreichendem Maß zu Verfügung stünden. Im Vergleich dazu stimmten in der Primärversorgung 39 Prozent der befragten DGKP zu bzw. eher zu, ausreichend Zeit und Möglichkeit für fachlichen Austausch bei vorhandenen Pflegeproblemen vorzufinden.

Abbildung 3.12:  
Zeit und Möglichkeit für fachlichen Austausch



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

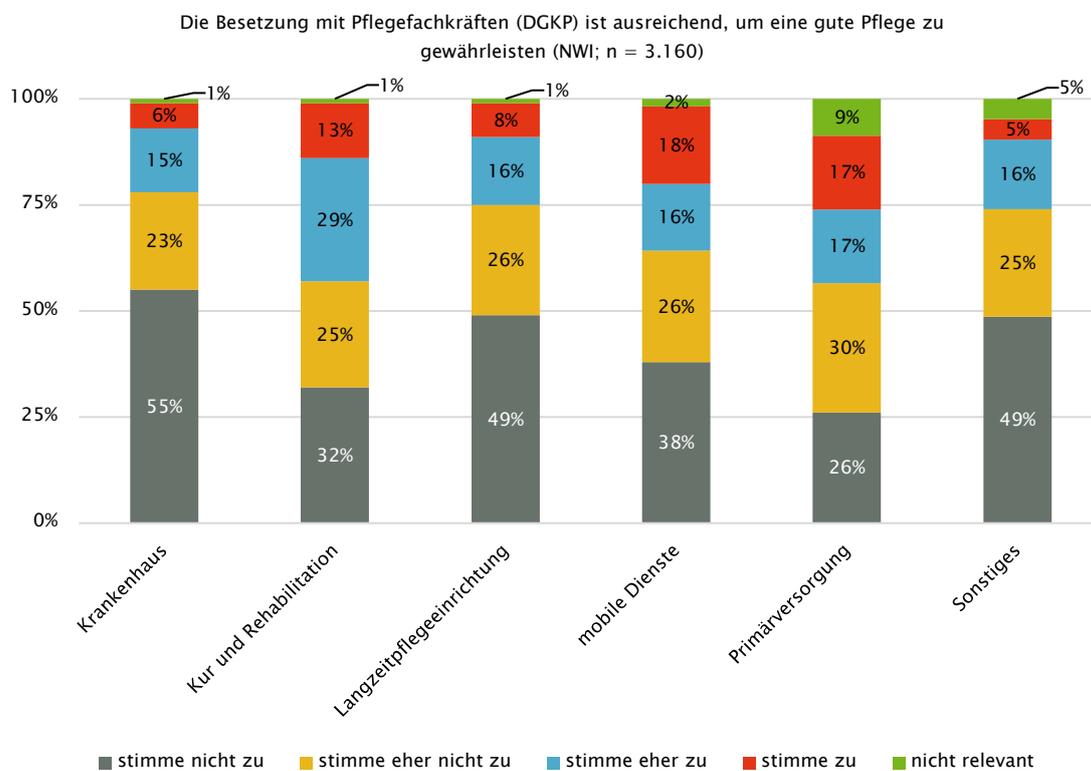
Im Setting Krankenhaus erklärten 61 Prozent der befragten DGKP, nicht genügend Zeit und Möglichkeiten für einen fachlichen Austausch bei vorliegenden Pflegeproblemen vorzufinden. Ähnlich verhalten sich die Antworten im Langzeitpflegebereich, in dem 58 Prozent der befragten DGKP der Behauptung nicht oder eher nicht zustimmten.

### Die Besetzung mit Pflegefachkräften (DGKP) ist ausreichend, um eine gute Pflege zu gewährleisten (NWI)

Eine ausreichende Personalausstattung ist wesentlich für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Der Nursing Work Index berücksichtigt diesen Umstand über die Fragestellung bzw. Behauptung „Die Besetzung mit Pflegefachkräften ist ausreichend, um eine gute Pflege zu gewährleisten“. Insgesamt antworteten 3.160 von 3.390 DGKP auf diese Fragestellung bzw. Behauptung (siehe Abbildung 3.13). Der prozentuelle Anteil derer, welche die Behauptung als nicht relevant einstufen, erweist sich als gering, jedoch antworteten im Bereich der Primärversorgung neun Prozent der DGKP, dass diese Behauptung nicht von Relevanz sei.

Abbildung 3.13:

Zulänglichkeit bzw. Unzulänglichkeit der Besetzung mit DGKP zur Gewährleistung guter Pflege



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Der Anteil jener DGKP, die nicht zustimmten bzw. eher nicht zustimmten, dass die Besetzung mit Pflegefachkräften (DGKP) ausreichend sei, um eine gute Pflege zu gewährleisten, liegt zwischen 56 Prozent in der Primärversorgung und 78 Prozent im Krankenhaus. Im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen stimmten drei Viertel der befragten DGKP nicht zu bzw. eher nicht zu, dass die Besetzung mit Pflegefachkräften ausreichend sei, um gute Pflege zu gewährleisten, gefolgt vom Bereich „Sonstiges“, in dem dieser Anteil 74 Prozent der befragten DGKP umfasste. 64 Prozent der DGKP in den mobilen Diensten stimmten ebenfalls der Aussage nicht bzw. eher nicht zu, jedoch liegt in diesem Bereich mit 18 Prozent die höchste Zustimmung im Vergleich zu den weiteren Settings vor.

### Ausreichende Personalbesetzung zur Bewältigung der Pflegearbeit (NWI)

Fokussierte die vorangegangene Behauptung die Personalbesetzung mit DGKP hinsichtlich des qualitativen Anspruchs guter Pflege, hat die gegenständliche Behauptung zum Ziel, die Personalbesetzung insgesamt hinsichtlich der Bewältigung vorhandener Pflegearbeit einzuschätzen. Insgesamt antworteten 3.136 DGKP auf das Statement (siehe Abbildung 3.14) „Die Personalbesetzung

*ist ausreichend, um die Pflegearbeit zu bewältigen“* aus dem Nursing Work Index und dem Themenbereich „zur beruflichen Praxis“ aus der Onlinebefragung.

Der Anteil jener DGKP, die angaben, dass diese Aussage für ihren Bereich nicht relevant sei, erweist sich mit einer Varianz zwischen ein Prozent und fünf Prozent als gering.

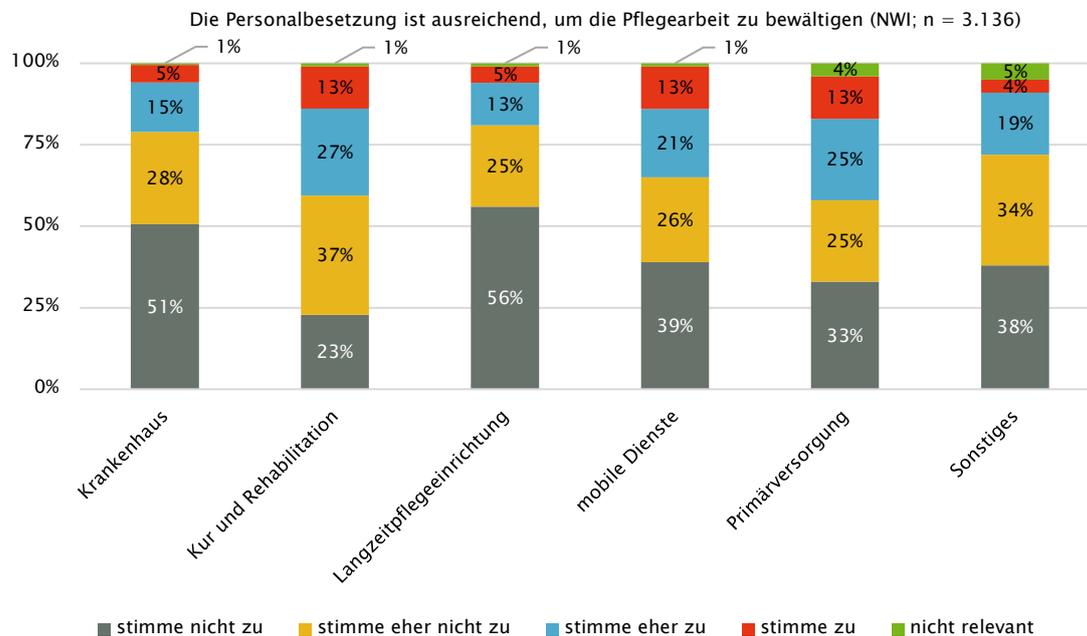
Die Auswertung zeigt wiederum hohe Anteile von DGKP, die der Behauptung, die Personalbesetzung sei für die Bewältigung der Pflegearbeit ausreichend, nicht oder eher nicht zustimmten. Der Anteil variiert zwischen den Settings und weist im Falle der Primärversorgung mit 58 Prozent den geringsten Wert auf und in der Langzeitpflege mit 81 Prozent den höchsten Anteil. Im Setting Krankenhaus antworteten 51 Prozent der befragten DGKP, dass die Personalbesetzung zur Bewältigung der Pflegearbeit nicht ausreichend sei, und weitere 28 Prozent erachteten sie als eher nicht ausreichend.

Im Vergleich der Settings verzeichnen die Kur- und Rehabilitationseinrichtungen mit 23 Prozent hier den geringsten Anteil von DGKP, die antworteten, die Personalbesetzung sei nicht ausreichend für die Bewältigung der Pflegearbeit. Auch im Bereich der mobilen Dienste ist der Anteil gegenüber der Langzeitpflege und dem Krankenhaus mit 39 Prozent etwas geringer und liegt mit dem Setting „Sonstiges“ (38 Prozent) nahezu gleichauf.

Die höchsten Anteile der Zustimmung dazu, dass die Personalbesetzung ausreichend sei, um die Pflegearbeit zu bewältigen, zeigt sich in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (40 Prozent), in der Primärversorgung (38 Prozent) und bei den mobilen Diensten (34 Prozent).

Abbildung 3.14:

Zulänglichkeit bzw. Unzulänglichkeit der Personalbesetzung zur Bewältigung der Pflegearbeit



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

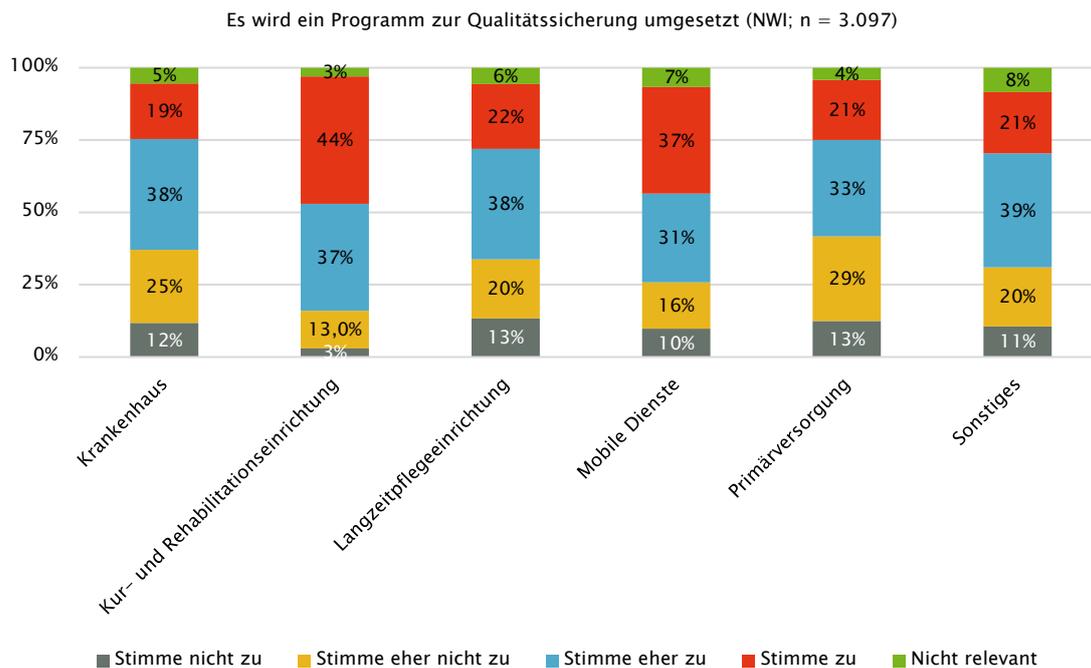
**Umsetzung eines Programms zur Qualitätssicherung (NWI)**

Die Umsetzung eines Qualitätssicherungsprogramms wurde in der Onlinebefragung zur Fokusstudie Pflege ebenfalls über den Themenbereich „zur beruflichen Praxis“ im Zuge des Nursing Work Index in der Erhebung berücksichtigt. Hier sollten die befragten DGKP der Aussage anhand von vier Kategorien zustimmen oder nicht zustimmen. Insgesamt antworteten 3.097 DGKP auf die Aussage, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird. Der Anteil jener DGKP, die antworteten, dass diese Aussage für ihren Arbeitsbereich nicht von Relevanz sei, lag zwischen drei Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und acht Prozent im Setting „Sonstiges“.

Die Antworten der befragten DGKP zeigen, dass Programme zur Qualitätssicherung in allen Settings zum überwiegenden Anteil umgesetzt werden. In den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen wurde hier mit 44 Prozent der höchste Wert an Zustimmung erreicht, und weitere 37 Prozent der dort tätigen DGKP stimmten eher zu. In den mobilen Diensten stimmten 37 Prozent zu, ein Qualitätssicherungsprogramm in der Organisation umzusetzen und weitere 31 Prozent in der direkten Patientenversorgung tätiger DGKP stimmten dem eher zu. Im Setting Krankenhaus stimmten 19 Prozent zu, dass ein Qualitätssicherungsprogramm in der Organisation umgesetzt werde, und 38 Prozent stimmten dort eher zu. Der geringste Anteil an Zustimmung findet sich in der Primärversorgung mit 21 Prozent, in der 33 Prozent eher zustimmten.

Zwischen 15 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 42 Prozent in der Primärversorgung antworteten, dass ein Programm zur Qualitätssicherung nicht oder eher nicht umgesetzt werde. Im Setting Krankenhaus beläuft sich dieser Anteil der DGKP, welche die Umsetzung eines Programms zur Qualitätssicherung nicht bzw. eher nicht wahrnehmen konnten, auf 37 Prozent.

Abbildung 3.15:  
Umsetzung eines Qualitätssicherungsprogramms (NWI)



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### Leistung von Mehr- und Überstunden

Im Zuge der soziodemografischen Daten zur Fokusstudie Pflege wurden sowohl die Arbeitsstunden laut Vertrag erfasst, also das Beschäftigungsausmaß, als auch in weiterer Folge die tatsächlich gearbeiteten durchschnittlichen Wochenstunden in den letzten drei Monaten.

Die nachfolgenden Abbildung 3.16 und Abbildung 3.17 zeigen in einer Boxplotgrafik durch die „fett“ hervorgehobene Linie den Median der angegebenen Wochenstunden nach Setting sowohl zu den Wochenstunden laut Vertrag als auch zu den tatsächlich gearbeiteten Stunden. Der Boxplot bildet das untere Quartil (Q1) und das oberste Quartil (Q3) ab. Punktuelle „Ausreißer“ sind in der Grafik Punkten auf der Y-Achse zu entnehmen, die auch das Stundenausmaß skaliert. Für die Auswertung der Wochenstunden laut Vertrag und jene der tatsächlich geleisteten Wochenstunden im Durchschnitt der letzten drei Monate wird der Bereich „Sonstiges“ nicht zusammengeführt dargestellt, sondern in seine Komponenten aufgesplittet.

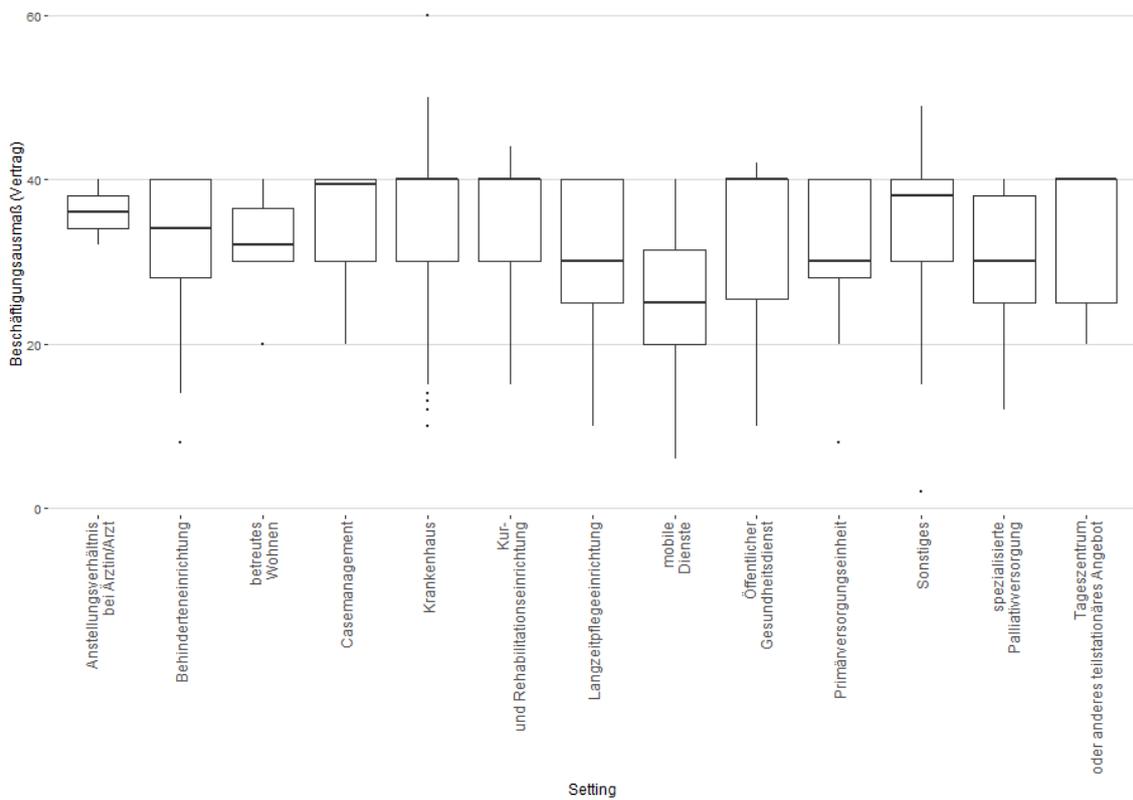
Die Arbeitsstunden laut Vertrag geben Auskunft über das Beschäftigungsausmaß der DGKP, die an der Befragung teilnahmen. Es wird ersichtlich, dass in den Settings Krankenhaus, Langzeitpflege und im Casemanagement überwiegend vollzeitbeschäftigte DGKP an der Fokusstudie Pflege teilgenommen haben. In den weiteren Settings zeigt sich ein vermehrter Anteil teilzeitbeschäftigter DGKP. Die genauen Werte sind der Abbildung 3.16 und der Tabelle 3.1 zu entnehmen.

Tabelle 3.1:  
Arbeitsstunden laut Vertrag nach Setting

Setting	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
Behinderteneinrichtung	8	28	34	40	40
betreutes Wohnen	20	30	32	36,5	40
Casemanagement	20	30	39,5	40	40
Krankenhaus	10	30	40	40	60
Kur- und Rehabilitationseinrichtung	15	30	40	40	44
Langzeitpflege	10	25	30	40	40
mobile Dienste	6	20	25	31,5	40
Primärversorgungseinrichtung	8	28	30	40	40
Sonstiges	2	30	30	40	40
spezialisierte Palliativversorgung	12	25	25	38	40
Tageszentrum oder anderes teilstationäres Angebot	20	25	25	40	40
Anstellungsverhältnis bei Ärztin/Arzt	32	34	34	38	40
Öffentlicher Gesundheitsdienst	10	25,5	25,5	40	42

Quelle: GÖG

Abbildung 3.16:  
Arbeitsstunden laut Vertrag



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

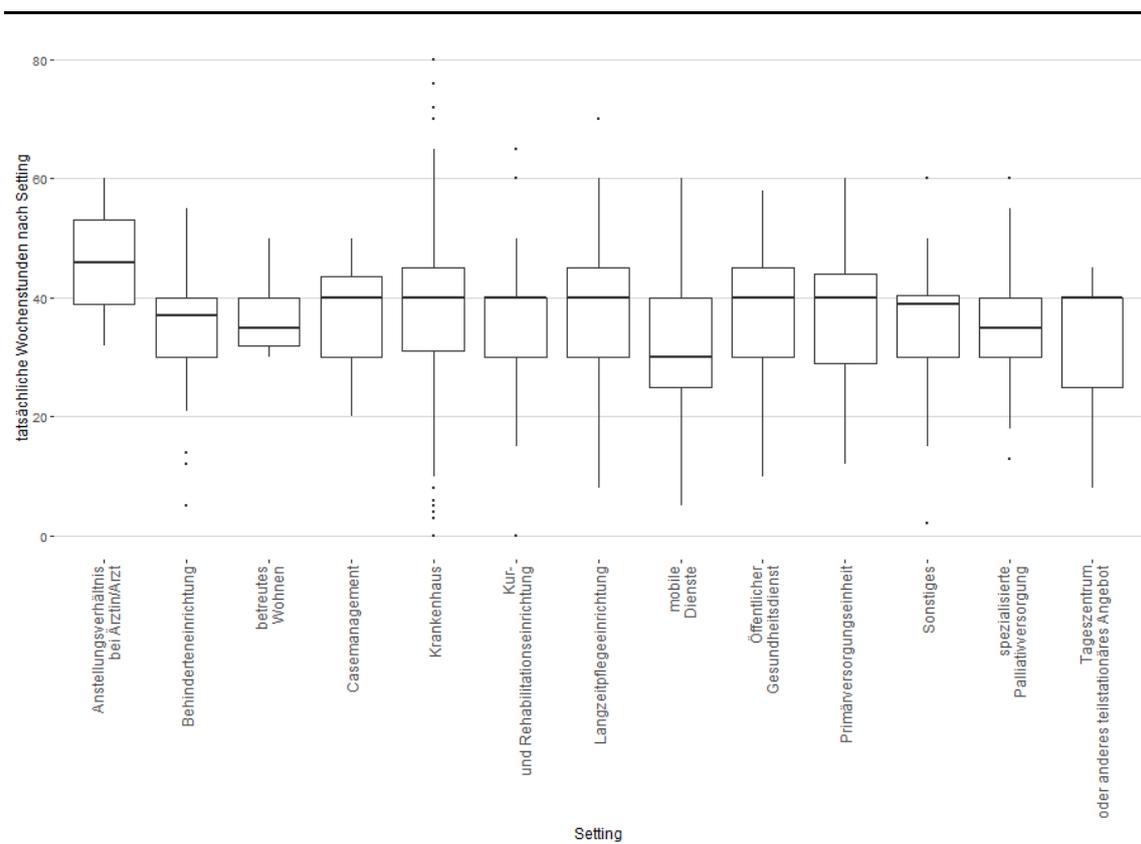
Im Vergleich, der in den letzten drei Monaten durchschnittlich tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden pro Woche mit den Wochenarbeitsstunden laut Vertrag wird ein deutlich erhöhter Median ersichtlich, und Teilzeitbeschäftigungen scheinen sich durch geleistete Mehrstunden zu relativieren. Auch der Maximumwert weist hohe Wochenstunden aus. Insbesondere sind die über die gesetzlich maximale Arbeitszeit von 60 Wochenstunden hinausgehenden geleisteten Arbeitsstunden im Krankenhaus, in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und der Langzeitpflege zu bedenken. Die Datensätze wurden nochmals manuell hinsichtlich der Befüllung der weiteren Fragen gesichtet und aufgrund der weiteren nachvollziehbaren Angaben in die Auswertung aufgenommen. Hier gilt es anzumerken, dass es sich hierbei möglicherweise um einen Eingabefehler handeln könnte.

Tabelle 3.2:  
Tatsächlich geleistete Arbeitsstunden nach Setting

Setting	Min.	Q1	Median	Q3	Max.
Behinderteneinrichtung	5	30	37	40	55
betreutes Wohnen	30	32	35	40	50
Casemanagement	20	30	40	43,5	50
Krankenhaus	0	31	40	45	80
Kur- und Rehabilitationseinrichtung	0	30	40	40	65
Langzeitpflege	8	30	40	45	70
mobile Dienste	5	25	30	40	60
Primärversorgungseinrichtung	12	29	40	44	60
Sonstiges	2	30	39	40,5	60
spezialisierte Palliativversorgung	13	30	35	40	60
Tageszentrum oder anderes teilstationäres Angebot	8	25	40	40	45
Anstellungsverhältnis bei Ärztin/Arzt	32	39	39	46	60
Öffentlicher Gesundheitsdienst	10	30	30	40	58

Quelle: GÖG

Abbildung 3.17:  
Tatsächlich gearbeitete Wochenstunden



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Die Darstellung der Stunden laut Arbeitsvertrag und jene der tatsächlich geleisteten Stunden kann als Bestätigung vorangegangener Ergebnisse in Sachen Personalausstattung betrachtet werden. An dieser Stelle sei jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass die Erhebungsphase zur Fokusstudie die Pflege während der COVID-19-Pandemie stattfand.

### 3.4.2 Ausübung beruflicher Tätigkeit und Versorgungskontinuität

In einem weiteren Analyseschritt zur Fokusstudie Pflege wurden zur Beantwortung der Evaluationsfrage *„Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten in Hinblick auf das Verhältnis der Tätigkeiten, die in § 14, § 15 und § 15a GuKG beschrieben sind (insbesondere auf Kontinuität im Versorgungsprozess)?“* Zusammenhänge zwischen der Attraktivität des Berufsfelds und soziodemografischen Variablen mittels der Varianzanalyse ANOVA statistisch berechnet und Zusammenhänge zwischen *„Kontrolle über die berufliche Praxis“*, *„beruflicher Autonomie“* und *„Personalausstattung“* vermöge einer Korrelationsanalyse berechnet.

Die Fragestellung zur *„Förderung der Betreuungskontinuität durch Organisation und Einteilung der Pflegearbeit“* (z. B. betreut eine DGKP einzelne Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten bzw. Bewohner:innen über einen bestimmten Zeitraum) wurde deskriptiv hinsichtlich der Häufigkeiten der Antworten nach Setting analysiert und wird abschließend in diesem Kapitel erläutert.

Erklärend darf an dieser Stelle ergänzt werden, dass die einzelnen Fragen aus dem Fragebogen zur Fokusstudie Pflege zur Attraktivität des Berufsfelds nach einer konfirmatorischen Faktorenanalyse zusammengefasst wurden (siehe Kapitel 2.4), um weitere statistische Analysen durchzuführen. Entsprechend den theoretischen Konzepten und Grundlagen des Nursing Work Index zur *„beruflichen Autonomie“* und *„Kontrolle über die berufliche Praxis“* wurden Variablen nach Durchführung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ebenfalls zusammengefasst.

#### **Attraktivität des Berufsfelds und soziodemografische Zusammenhänge**

Durch die Berechnung der Zusammenhänge zwischen der Attraktivität des Berufsfelds und soziodemografischen Faktoren mittels ANOVA konnten **keine signifikanten Zusammenhänge** in Hinblick auf den Ausbildungsweg, den höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, die Beschäftigungsjahre am aktuellen Dienort sowie die Berufserfahrung insgesamt nachgewiesen werden.

Ein **signifikanter Zusammenhang** bzw. Unterschied in den Mittelwerten zeigte sich zwischen einzelnen Altersgruppen, dem Geschlecht, der Berufserfahrung insgesamt sowie dem Setting.

Hinsichtlich des **Geschlechts** zeigte sich, dass Frauen den Aufgabenbereich signifikant ( $p = 0,01$ ) attraktiver beurteilen als ihre männlichen Kollegen.

Auch hinsichtlich des **Alters** zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Altersgruppe 41–60 Jahre, die den Aufgabenbereich signifikant attraktiver einschätzt als die Altersgruppe 36–40 Jahre (p-Wert zwischen 0 und 0,025).

Die Varianzanalyse mittels ANOVA zeigt hinsichtlich des **Settings**, dass DGKP aus dem Bereich der mobilen Dienste das Aufgabenfeld signifikant attraktiver beurteilen als solche aus dem Krankenhaus (p = 0), der Langzeitpflege (p = 0), den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (p = 0). DGKP aus dem Bereich „Sonstiges“ bewerten die Attraktivität des Aufgabenbereichs ebenfalls signifikant höher als jene aus dem Krankenhaus (p = 0,019) und aus Langzeitpflegeeinrichtungen (p = 0,018). Zwischen der Primärversorgung, dem Setting Krankenhaus (p = 0,012) und den Langzeitpflegeeinrichtungen (0,008) besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied. DGKP in der Primärversorgung bewerten das Aufgabenfeld signifikant attraktiver.

Zwischen den weiteren Settings bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der Attraktivität des Berufsfelds.

### **Berufliche Autonomie und Kontrolle über die berufliche Praxis**

An dieser Stelle erscheint es wesentlich, das theoretische Konstrukt der „*beruflichen Autonomie*“ und jenes der „*Kontrolle über die berufliche Praxis*“ näher zu erläutern:

Berufliche Autonomie basiert auf der Selbstbestimmtheit und bezieht sich darauf, „*dass eine Person der Meinung ist, Entscheidungen in Bezug auf die Steuerung der eigenen Arbeit selbst treffen zu können und sie somit ein Gefühl von Autonomie verspürt*“. Wissenschaftliche Befunde zeigen den Zusammenhang beruflicher Autonomie mit Berufszufriedenheit und Burnout und bezeichnen berufliche Autonomie als Grundbedürfnis (Rodwell et al. 2023; Swiger et al. 2017). Der Nursing Work Index ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument für Rahmenbedingungen in der Pflege und beinhaltet demzufolge Fragestellungen zu einschlägigen Rahmenbedingungen, die für die Entstehung beruflicher Autonomie von Relevanz sind:

- » Die direkten Vorgesetzten unterstützen die Pflegepersonen.
- » Die Pflegedienstleitung steht bei Entscheidungen hinter dem Pflegepersonal.
- » Die Pflegedienstleitung steht im Konfliktfall mit Ärztinnen/Ärzten hinter dem Pflegepersonal.

Das Konzept der „**Kontrolle über die berufliche Praxis**“ stammt ursprünglich aus der Forschung rund um Magnetpitäler und versammelt Faktoren, die wesentlich für eine produktive und zufriedenstellende Arbeitsumgebung sind und eine Wirkung auf die pflegerische Arbeit selbst, auf die Profession und auf Patientenoutcomes ausüben (Kramer et al. 2008). Fragestellungen im Nursing Work Index zu dem theoretischen Konzept der „Kontrolle über die berufliche Praxis“ zielen darauf ab, die Rahmenbedingungen zu untersuchen, die bei der Erfüllung pflegerischer Aufgaben unterstützend wirken:

- » Es gibt ausreichend Zeit und Möglichkeiten, Pflegeprobleme mit anderen Pflegefachkräften (DGKP) zu besprechen.
- » Die Besetzung mit Pflegefachkräften (DGKP) ist ausreichend, um eine gute Pflege zu gewährleisten.

- » Die direkten Vorgesetzten zeichnen sich durch gute Management-/Führungsfähigkeiten aus.
- » Die Personalbesetzung ist ausreichend, um die Pflegearbeit bewältigen zu können.
- » Die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert die Betreuungskontinuität (z. B. betreut eine DGKP eine Patientin / einen Patienten / eine Klientin / einen Klienten oder eine Bewohnerin / einen Bewohner über einen bestimmten Zeitraum).
- » Aufgrund der Unterstützung durch Servicedienste (z. B. Abteilungshilfen, Sekretariatspersonal, Reinigungskräfte etc.) ist es möglich, sich ausreichend auf die Pflege von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern zu konzentrieren.

Diese oben angeführten Aussagen (Variablen) wurden nach Durchführung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse zu den Variablen „berufliche Autonomie“ und „Kontrolle über die berufliche Praxis“ gebündelt und zur Berechnung der Korrelation mit der Variable Attraktivität des Berufsfelds herangezogen. Zwei Aussagen (Variablen) zur Personalausstattung (siehe Tabelle 3.3) wurden gesondert berechnet.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der „Attraktivität des Berufsfelds“ und der erlebten „Kontrolle über die berufliche Praxis“ ( $p = 0$ ) sowie der „beruflichen Autonomie“ ( $p = 0$ ) sowie einer ausreichenden Personalausstattung zur „Gewährleistung guter Pflege“ ( $p = 0,001$ ) und zur „Bewältigung der Pflegearbeit“ ( $p = 0$ ). Die Zusammenhänge sind durchwegs von mittlerer Stärke und positiv gerichtet (siehe die nachfolgende Tabelle 3.3).

Je ausgeprägter DGKP zustimmten, vermehrt Kontrolle über die berufliche Praxis wahrzunehmen, desto attraktiver schätzten sie ihr Arbeitsfeld ein. Ebenso verhält sich der Zusammenhang hinsichtlich der „beruflichen Autonomie“. Je höher die berufliche Autonomie in der Praxis bewertet wurde, umso höher wurde auch die Attraktivität des Arbeitsfelds eingeschätzt. Die Personalausstattung stellt grundsätzlich eine Variable im Konstrukt zur „Kontrolle über die berufliche Praxis“ dar, jedoch wurde aufgrund der zahlreichen Angaben der DGKP, dass sie nicht ausreichend sei (siehe Kapitel 3.4.1), nochmals eine gesonderte Korrelation berechnet. Hier zeigt sich ebenfalls der mittelstarke positive Zusammenhang mit der Attraktivität des Berufsfelds, der Folgendes unterstreicht: Je mehr die Personalausstattung als ausreichend erlebt wird, desto attraktiver wird das Arbeitsfeld eingeschätzt.

Tabelle 3.3:  
Attraktivität des Berufsfelds und ihre Zusammenhänge (Korrelation nach Pearson;  $n = 3.390$ )

Zusammenhänge mit der Attraktivität des Berufsfelds	Signifikanz	Korrelationskoeffizient (r)
Kontrolle über die berufliche Praxis	$P = 0$	$r = 0,55$
berufliche Autonomie	$P = 0$	$r = 0,38$
ausreichende Personalausstattung, um gute Pflege zu gewährleisten	$P = 0,001$	$r = 0,39$
ausreichende Personalausstattung, um Pflegearbeit bewältigen zu können	$P = 0$	$r = 0,42$

Quelle: Fokusstudie Pflege 2023, Darstellung: GÖG

Diese Zusammenhänge und Ergebnisse erscheinen hinsichtlich des großen Anteils von DGKP, die antworteten, die Personalbesetzung sei nicht ausreichend (siehe Kapitel 3.4.1), äußerst kritisch.

Die ergänzend durchgeführte Varianzanalyse zur Untersuchung eines Zusammenhangs der erlebten „Kontrolle über die berufliche Praxis“ mit anderen Variablen zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen dem Setting Krankenhaus und den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0$ ) sowie den mobilen Diensten ( $p = 0$ ), indem DGKP im Krankenhaus die Kontrolle über die berufliche Praxis geringer bewerteten. DGKP im Setting der Langzeitpflege bewerteten die Kontrolle über die berufliche Praxis ebenfalls signifikant geringer als solche in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0$ ) und auch als jene aus dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,001$ ). Im Bereich der mobilen Dienste wurde die Kontrolle über die berufliche Praxis signifikant höher bewertet als in den Langzeitpflegeeinrichtungen ( $p = 0$ ) und dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ).

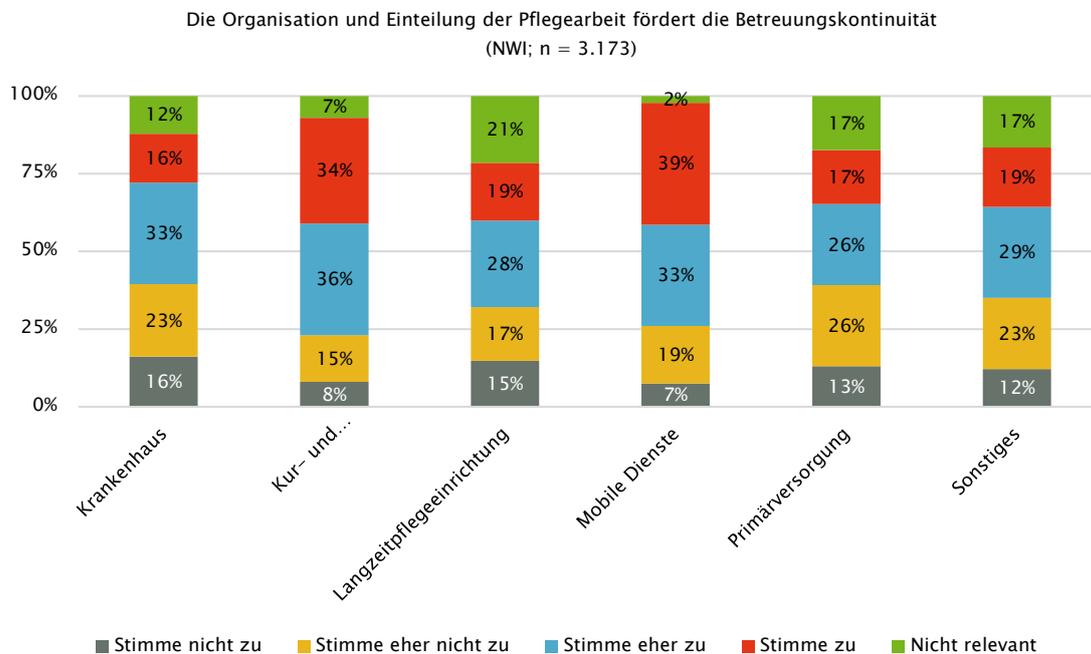
Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen „beruflicher Autonomie“ und dem Setting zeigen sich in den Ergebnissen der Varianzanalyse ähnliche Befunde wie bei der „Kontrolle über die berufliche Praxis“. DGKP im Krankenhaus konstatierten – im Unterschied zu jenen aus dem Bereich der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $p = 0$ ), der Langzeitpflegeeinrichtungen ( $p = 0$ ), der mobilen Dienste ( $p = 0$ ) und dem Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0,027$ ) –, signifikant weniger „berufliche Autonomie“ zu erfahren. Des Weiteren zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen der erlebten beruflichen Autonomie in den mobilen Diensten, in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ( $0,028$ ) und im Bereich „Sonstiges“ ( $p = 0$ ). Hier geben DGKP aus den mobilen Diensten eine signifikant höhere berufliche Autonomie an. Im Bereich „Sonstiges“ kommt es ebenfalls zu einer signifikant geringeren beruflichen Autonomie als in den Langzeitpflegeeinrichtungen.

### **Betreuungskontinuität**

Zur ausführlichen Beantwortung der Evaluationsfrage, wie *„DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten [...] insbesondere [in Hinblick] auf Kontinuität im Versorgungsprozess)* erleben, wird die Häufigkeit der Zustimmung zur Aussage *„Die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert die Betreuungskontinuität (z. B. betreut eine DGKP einzelne Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohner:innen über einen bestimmten Zeitraum)“* exploriert.

Insgesamt nahmen 3.173 DGKP zu dieser Aussage Stellung und bekundeten ihre Zustimmung **oder Nichtzustimmung**. Insgesamt erachteten 399 DGKP diese Aussage für ihren Arbeitsbereich als nicht relevant.

Abbildung 3.18:  
Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert Betreuungscontinuität



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Wie in Abbildung 3.18 verdeutlicht, findet sich mit 39 Prozent der größte Anteil von DGKP mit der Zustimmung zur Aussage, die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördere die Betreuungscontinuität, im Setting der mobilen Dienste, in dem weitere 33 Prozent dem eher zustimmen. 19 Prozent der befragten DGKP aus den mobilen Diensten teilten diese Einschätzung nicht und stimmten der Aussage eher nicht zu bzw. zu sieben Prozent überhaupt nicht zu.

Ein vergleichbares Ergebnis konnte im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen erzielt werden. Dort antworteten 34 Prozent der befragten DGKP, dass die Einteilung und Organisation der Pflegearbeit die Betreuungscontinuität unterstütze, und weitere 36 Prozent stimmten dieser Aussage eher zu. Mit 15 Prozent und acht Prozent der DGKP, die nicht bzw. eher nicht zustimmten, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungscontinuität fördere, fällt dies etwas geringer aus als bei den mobilen Diensten.

Im Setting des Krankenhauses stimmten 16 Prozent zu und 33 Prozent eher zu, dass die Einteilung und Organisation der Pflegearbeit die Betreuungscontinuität fördere. Der größere Anteil in Krankenhäusern tätiger DGKP stimmte jedoch mit 23 Prozent eher nicht und mit 16 Prozent nicht zu. Insgesamt antworteten dementsprechend 49 Prozent der befragten DGKP im Setting Krankenhaus, dass die Einteilung und Organisation der Pflegearbeit nicht oder eher nicht die Betreuungscontinuität fördere. Anteilsmäßig sind hier die Häufigkeiten der Antworten im Setting Krankenhaus mit jenen aus der Langzeitpflege, dem Bereich „Sonstiges“ und der Primärversorgung vergleichbar.

DGKP in den Einrichtungen der Langzeitpflege stimmten zu 15 Prozent nicht zu, dass die Einteilung und Organisation der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität unterstütze, und weitere 17 Prozent stimmten dem eher nicht zu. In der Primärversorgung stimmten 13 Prozent dieser Aussage nicht zu und 26 Prozent eher nicht zu. Jedoch ist der Anteil jener DGKP, welche die Aussage als nicht relevant einschätzten, sowohl in der der Langzeitpflege als auch in der Primärversorgung deutlich höher als im Setting Krankenhaus und in den übrigen Settings. Insgesamt stimmten im Setting der Langzeitpflege 47 Prozent zu bzw. eher zu, im Setting der Primärversorgung taten dies 43 Prozent.

Insgesamt betrachtet, konnte in den Settings Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sowie mobile Dienste die höchste Zustimmung hinsichtlich der Schaffung einer Betreuungskontinuität durch die Einteilung und Organisation der Pflegearbeit erzielt werden.

### 3.4.3 Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen und damit einhergehende Herausforderungen

Eine weitere Evaluationsfrage, die mittels der Fokusstudie Pflege beantwortet werden sollte, beschäftigt sich mit Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen in den unterschiedlichen Settings und lautet im Konkreten: *„Welche Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung der pflegerischen Kernkompetenzen lassen sich in unterschiedlichen Settings erkennen?“*

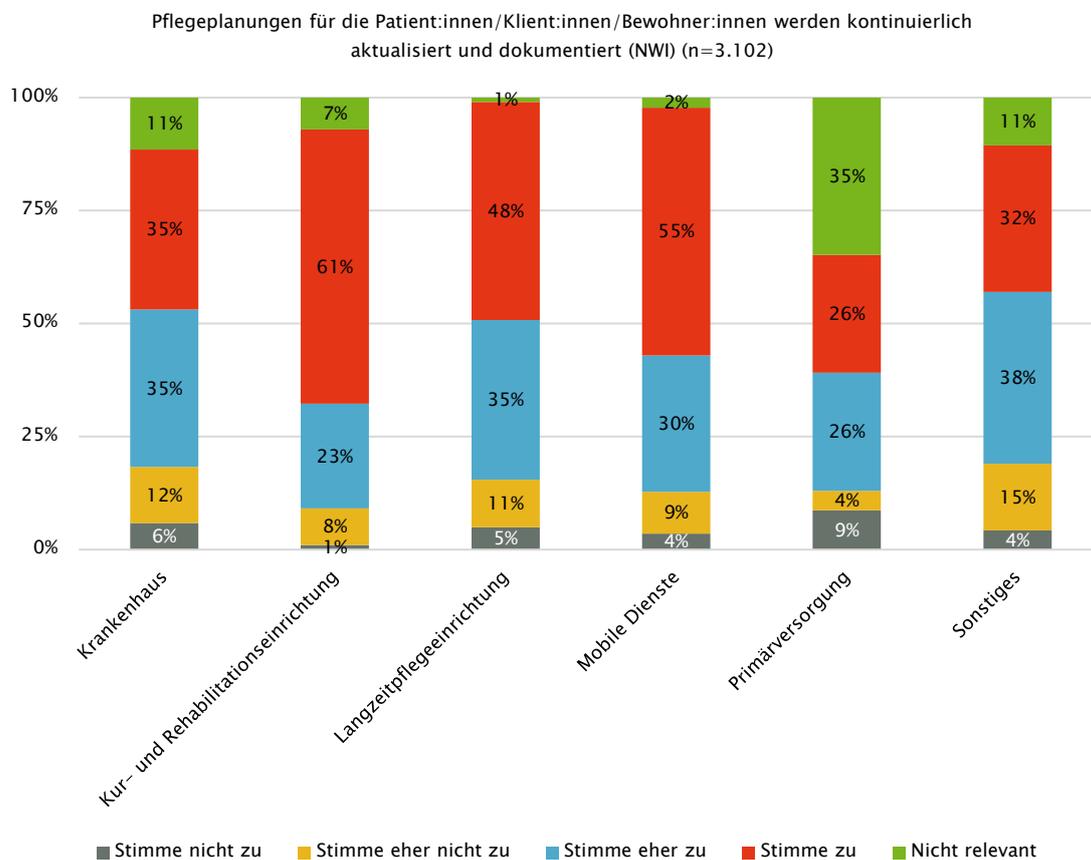
Der Themenbereich zur beruflichen Praxis enthält im Nursing Work Index Fragestellungen, die dem theoretischen Konstrukt der Pflegekompetenz und dem Pflegeprozess zugehören – wie etwa solche bezüglich der kontinuierlichen Aktualisierung der Pflegeplanung oder hinsichtlich des Vorhandenseins eines klaren Pflegeleitbilds, das sich in der Versorgung widerspiegelt – und darüber hinaus wesentliche Faktoren für die Pflegequalität abbilden.

Für die Beantwortung der Evaluationsfrage wurden vier Aspekte aus dem Themenfeld berufliche Praxis der Fokusstudie Pflege zur Analyse ausgewählt, die Teil der pflegerischen Kernkompetenzen sind sowie für die Pflegequalität wesentlich sind und folglich Rückschlüsse in Bezug auf Herausforderungen in der Umsetzung der pflegerischen Kernkompetenzen erlauben.

#### **Kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanungen**

Die Pflegeplanung kann unter anderem als schriftlicher Outcome des Pflegeprozesses verstanden werden und beinhaltet die Pflegeanamnese mit diversen Assessments, die Pflegediagnose, pflegesensitive Ergebnisse und Pflegeinterventionen. Die Aktualisierung der Pflegeplanung und der Dokumentation ist eine wesentliche Aufgabe der DGKP, die einerseits aus der gesetzlich verankerten Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess resultiert und mittels deren DGKP andererseits die patienten-, klienten- bzw. bewohnerbezogene Pflegequalität verantworten. Die kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanung oder eben deren Ausstehen kann Rückschlüsse über Schwierigkeiten in der Umsetzung der pflegerischen Kernkompetenzen ermöglichen.

Abbildung 3.19:  
Kontinuierliche Aktualisierung von Pflegeplanung und Dokumentation



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Insgesamt nahmen 3.102 DGKP zu der Aussage Stellung, dass Pflegeplanungen für die Patient:innen/Patienten, Klient:innen/Klienten bzw. Bewohner:innen kontinuierlich aktualisiert und dokumentiert werden (siehe Abbildung 3.19). Der Anteil der DGKP, welche diese Aussage für ihr berufspraktisches Feld als nicht relevant beurteilen, liegt zwischen ein Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen und 35 Prozent in der Primärversorgung. Im Bereich der Krankenhäuser antworteten elf Prozent, dass dies nicht relevant sei. Im Setting „Sonstiges“ lag der prozentuelle Anteil jener DGKP, die antworteten, dass die kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanungen nicht relevant sei, ebenfalls bei elf Prozent. In den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen gaben sieben Prozent der DGKP an, dass dieser Aspekt für sie nicht relevant sei, bei den mobilen Diensten taten dies 4 Prozent der befragten DGKP.

Im Vergleich der Settings weisen die Kur- und Rehabilitationseinrichtungen mit 61 Prozent den höchsten Anteil an Zustimmung in puncto Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanungen auf, gefolgt von den mobilen Diensten mit 55 Prozent und der Langzeitpflege mit 48 Prozent.

Befragte DGKP in den Krankenhäusern stimmten zu 35 Prozent zu, dass Pflegeplanungen für die Patientinnen/Patienten kontinuierlich aktualisiert und dokumentiert werden. Weitere 35 Prozent stimmten dieser Behauptung eher zu. Sechs Prozent der befragten DGKP aus dem Setting Krankenhaus stimmten nicht zu, dass die Pflegeplanungen für die Patientinnen/Patienten kontinuierlich aktualisiert und dokumentiert werden, und weitere zwölf Prozent stimmten dem eher nicht zu. Dieser Anteil ist im Vergleich zu den weiteren Settings mit insgesamt 18 Prozent, die nicht oder eher nicht zustimmten, der zweithöchste. Im Bereich „Sonstiges“ erklärten insgesamt 19 Prozent der befragten DGKP, dass sie nicht oder eher nicht zustimmen würden, eine kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanungen für die Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und Bewohner:innen vorzunehmen.

Im eher medizinisch orientierten berufspraktischen Feld der Primärversorgung stimmten 13 Prozent der befragten DGKP der kontinuierlichen Aktualisierung und Dokumentation der Pflegeplanungen nicht bzw. eher nicht zu. In den pflegeorientierten Settings der mobilen Pflege und der Langzeitpflegeeinrichtungen stimmten im Vergleich 13 Prozent bzw. 16 Prozent nicht oder eher nicht zu. Die Kur- und Rehabilitationseinrichtungen verzeichnen den geringsten Anteil von DGKP, die nicht oder eher nicht zustimmen, dass die Pflegeplanungen für die Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten kontinuierlich aktualisiert und dokumentiert werden.

### **Pflegeleitbild in der Patienten-/Klienten-/Bewohnerversorgung**

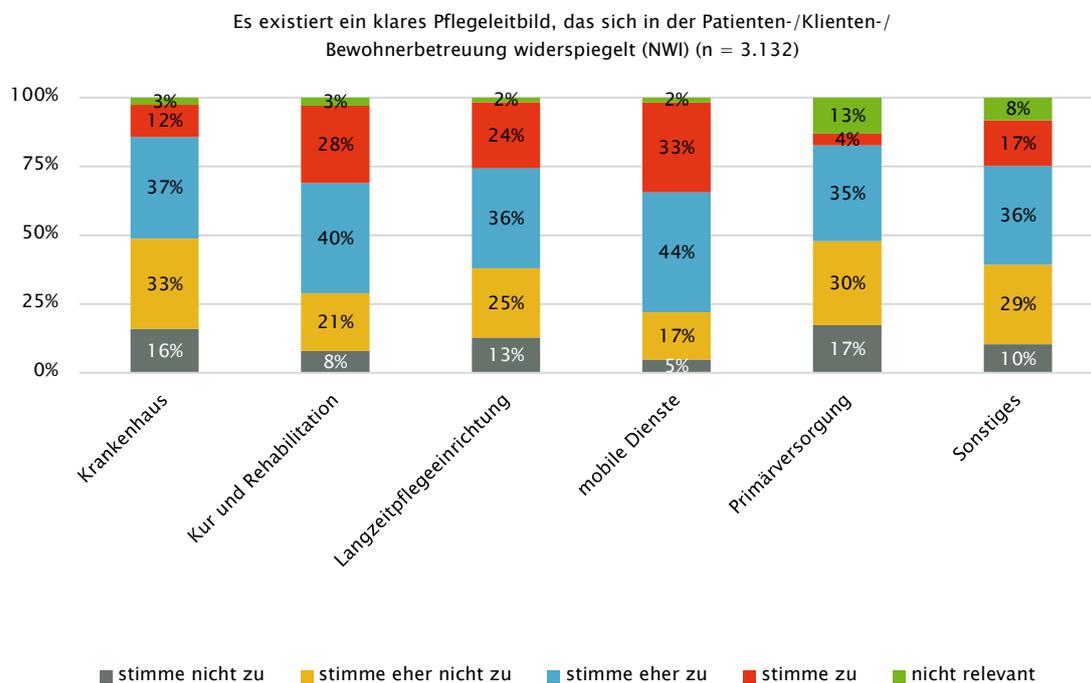
Pflegeleitbilder beschreiben die Werte von Einrichtungen, treffen Aussagen über die Beziehungsgestaltung zwischen einerseits den Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohnern und andererseits den Pflegepersonen sowie über das zugrunde liegende Menschenbild. Pflegeleitbilder sind demzufolge ein zentrales Element des Qualitätsmanagements, unterstützen Pflegekräfte in der täglichen Arbeit und tragen zur Entwicklung gemeinsamer Werte bei (Karlberg-Traav et al. 2014). Die Gestaltung der Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern hat direkten Einfluss auf die Qualität professionellen Pflegehandelns. In medizinorientierten Settings ist zu beobachten, dass Pflegeleitbilder in den Hintergrund treten und sich demnach nicht in der professionellen Beziehungsgestaltung wiederfinden, womit sich das Risiko verminderter Pflegequalität erhöht (Conroy 2018).

Die Frage zum Vorhandensein eines klaren Pflegeleitbilds ist Teil des Nursing Work Index, und insgesamt antworteten 3.132 DGKP (siehe nachfolgende Abbildung 3.20) auf sie. Der Anteil der DGKP, welche diese Frage für ihre berufliche Praxis als nicht relevant beurteilten, liegt zwischen zwei Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen und 13 Prozent in der Primärversorgung.

Die höchste Zustimmung zum Vorhandensein eines klaren Pflegeleitbilds, das sich auch in der Patienten-, Klienten- und Bewohnerbetreuung widerspiegelt, wurde mit 33 Prozent im Setting der mobilen Dienste erreicht, gefolgt von den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen mit 28 Prozent und den Langzeitpflegeeinrichtungen mit 24 Prozent. Im Setting „Sonstiges“ stimmten 17 Prozent zu, dass ein klares Pflegeleitbild existiert, welches sich in der Klientenbetreuung widerspiegelt. Im Setting Krankenhaus stimmten zwölf Prozent der Existenz eines Pflegeleitbilds zu, im Bereich der Primärversorgung waren es vier Prozent.

Die mobilen Dienste, bei denen insgesamt 77 Prozent der DGKP zustimmten bzw. eher zustimmten, dass ein klares Pflegeleitbild existiert, das sich in der Klientenversorgung widerspiegelt, stellen hier das Setting mit der höchsten Zustimmung dar. In den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen beläuft sich der Anteil der befragten DGKP, die zustimmten bzw. eher zustimmten, auf 68 Prozent, gefolgt von den Langzeitpflegeeinrichtungen mit 60 Prozent. Im Vergleich liegt der Anteil von DGKP, die in Krankenhäusern zustimmten oder eher zustimmten, dass sich ein Pflegeleitbild in der Patientenbetreuung widerspiegelt, bei 49 Prozent, in der Primärversorgung beträgt der entsprechende Anteil 39 Prozent.

Abbildung 3.20:  
Existenz eines Pflegeleitbilds



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Die deskriptive Analyse der Häufigkeiten zeigt, dass sich in medizinorientierten Settings wie der Primärversorgung oder dem Krankenhaus Pflegeleitbilder weniger häufig in der unmittelbaren Betreuung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten und/oder Bewohnerinnen/Bewohnern widerspiegeln.

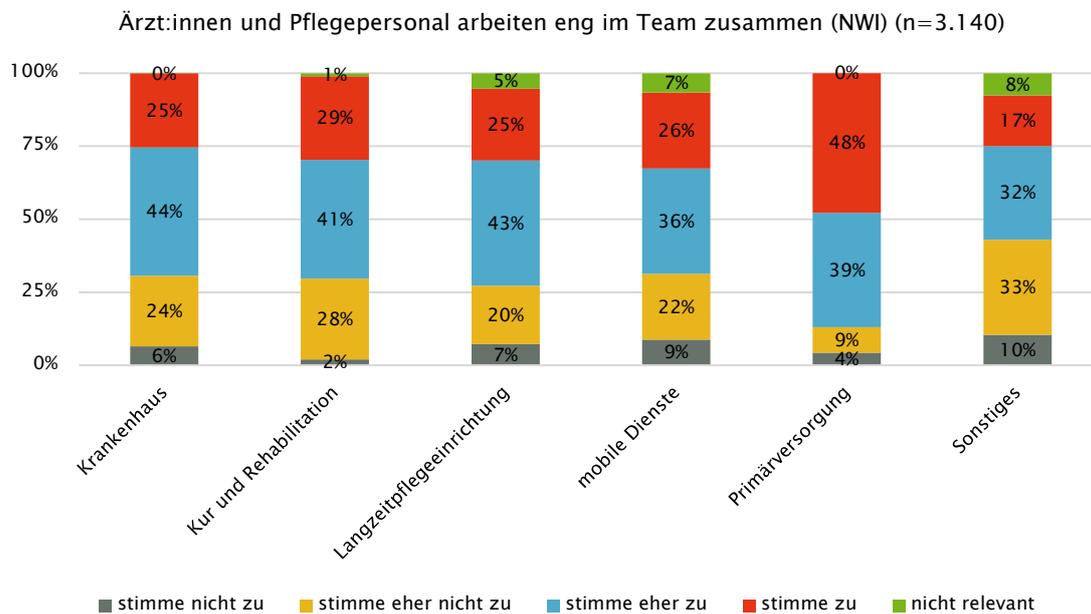
### Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal

Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin wird für eine qualitativ hochwertige Versorgung als essenziell erachtet. Durch eine enge Zusammenarbeit im Team ist es möglich, medizinische und pflegerische Therapien und Behandlungsregime

aufeinander abzustimmen und an den Bedürfnissen des Individuums auszurichten. Dadurch können sowohl bessere Resultate für Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten oder Bewohner:innen als auch Kostenersparnisse wie z. B. durch die Reduktion der Krankenhausaufenthaltsdauer und der Komplikationsraten erzielt werden (Curley et al. 1998; Kang et al. 2020). Dennoch existieren insbesondere in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten Hierarchien, die für eine personenzentrierte Ausrichtung medizinischer und pflegerischer Behandlungen hinderlich sind. Die Gestaltung der Zusammenarbeit im Team ist als wesentliche Rahmenbedingung für Patienten- und Arbeitszufriedenheit Teil des Nursing Work Index (Aiken et al. 2002; Aiken et al. 2013) und wurde in der Fokusstudie Pflege zur Beantwortung der gegenständlichen Evaluationsfrage aufgegriffen.

Insgesamt antworteten 3.140 Personen auf das Statement „Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal arbeiten eng im Team zusammen. Der prozentuelle Anteil jener DGKP, welche diese Behauptung als nicht relevant für ihre berufliche Tätigkeit beurteilen, belief sich zwischen den einzelnen Settings zwischen null Prozent im Krankenhaus und in der Primärversorgung und acht Prozent im Setting „Sonstiges“ (siehe Abbildung 3.21).

Abbildung 3.21:  
Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Wie aus der grafischen Darstellung in Abbildung 3.21 ersichtlich wird, liegt jener Anteil der DGKP die zustimmten, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal eng im Team zusammenarbeiten, nahezu durchgängig über alle Settings hinweg zwischen 25 Prozent und 30 Prozent. Abweichend davon stellt sich zum einen das Setting der Primärversorgung dar, in dem dieser Anteil erhöht ist

und 48 Prozent beträgt, und zum anderen der Bereich „Sonstiges“, in dem der Anteil etwas niedriger ist und bei 17 Prozent liegt.

Im Setting der Primärversorgung ist der Anteil von DGKP, die insgesamt zustimmten bzw. eher zustimmten, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen eng im Team zusammenarbeiten, gegenüber den weiteren Settings mit 87 Prozent ebenfalls am höchsten. In den weiteren Settings stimmten DGKP zwischen 70 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 62 Prozent in den mobilen Diensten einer engen Zusammenarbeit im Team zu bzw. eher zu. Abweichend im Antwortverhalten erscheint das Setting „Sonstiges“, in dem 49 Prozent der befragten DGKP angaben, eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten. Das Setting „Sonstiges“ setzt sich aus Tageszentren und anderen teilstationären Angeboten, aus Einrichtungen der Behindertenbetreuung, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angestellten DGKP, Casemanagement und der spezialisierten Palliativversorgung zusammen. Der Anteil jener DGKP, die im Umkehrschluss antworteten, dass sie einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal nicht oder eher nicht zustimmen würden, liegt im Bereich „Sonstiges“ bei 43 Prozent.

In den weiteren Settings liegt jener Anteil von DGKP, die einer engen Zusammenarbeit im Team nicht oder eher nicht zustimmen, zwischen 27 Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen und 31 Prozent bei den mobilen Diensten. Im Setting Krankenhaus stimmen 30 Prozent der befragten DGKP einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal nicht bzw. eher nicht zu. Die Primärversorgung weicht hier von den anderen Settings ab, indem dort der Anteil jener DGKP, die einer engen Zusammenarbeit nicht oder eher nicht zustimmten, mit insgesamt 13 Prozent deutlich am geringsten ist.

### **Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung**

Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung sind für die Entwicklung von Fachexpertise und den Verbleib im Beruf wesentlich. Pflegekräfte mit hoher Bereitschaft für berufliche Bildung (mit und ohne Vergütungsrelevanz) und der Möglichkeit ihres Einsatzes verbleiben im Beruf. Das Fehlen von Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung trägt dazu bei, dass die pflegerische Fachexpertise und Fachkompetenz nicht vertieft und eingesetzt werden kann und es somit zu vorzeitigen Berufsaustritten kommt (Köstler et al. 2022). Insgesamt beantworteten 3.141 DGKP die Frage nach den Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung. Auch hier wurde die Frage lediglich von einem geringen Anteil der befragten DGKP als nicht relevant beurteilt, dieser verteilt sich zwischen den Settings von einem Prozent im Bereich „Sonstiges“ bis zu vier Prozent in der Primärversorgung (siehe Abbildung 3.22).

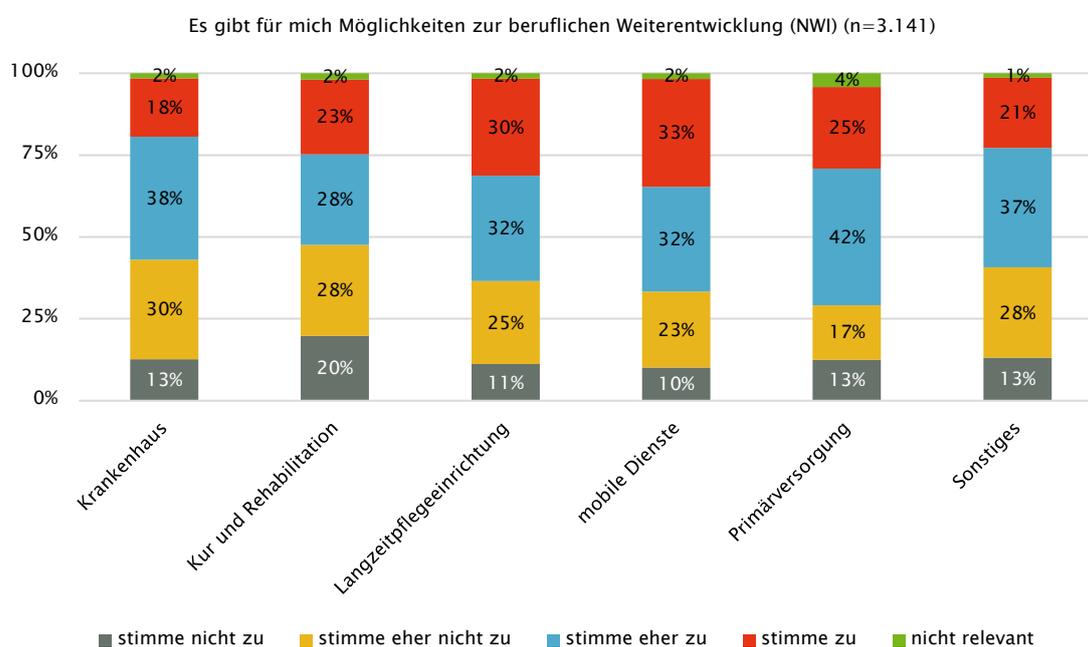
Hinsichtlich der Aussage zu den Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung zeigt sich zwischen den Settings ein relativ homogenes Antwortverhalten. So stimmten zwischen 18 Prozent der befragten DGKP im Setting Krankenhaus und 33 Prozent in den mobilen Diensten zu, dass sie Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung vorfänden.

Die größte Ablehnung bzw. Nichtzustimmung ist hier im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen, in dem insgesamt 48 Prozent der befragten DGKP antworteten, keine ausreichenden Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung vorzufinden. 43 Prozent der

befragten DGKP aus Krankenhäusern gaben ebenfalls an, nicht oder eher nicht die Möglichkeit für eine berufliche Weiterentwicklung vorzufinden. Am niedrigsten ist dieser Anteil mit 30 Prozent im Bereich der Primärversorgung.

Im Bereich der Langzeitpflege und in jenem der mobilen Dienste antwortete rund ein Drittel der befragten DGKP, dass sie keine oder eher keine Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung vorfänden.

Abbildung 3.22:  
Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

### 3.5 Die Evaluation der GuKG-Novelle 2016 im Kontext der COVID-19-Pandemie

Sowohl die Umsetzung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 als auch deren Evaluierung fanden teilweise während der COVID-19-Pandemie statt. Dieser Umstand ist sowohl in der Implementierung und demnach auch in der Evaluierung zu berücksichtigen. Insbesondere gilt es anzumerken, dass die Befragung zur Fokusstudie Pflege von 13. 9. 2021 bis 30. 10. 2021 während der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde. Diesen Umstand berücksichtigend, wurden drei Fragen zur COVID-19-Pandemie in die Onlinebefragung aufgenommen, die einerseits die damit verbundenen Belastungen adressierten und andererseits den Einsatz:

- » Für die Aufrechterhaltung der Patientenversorgung während der COVID-19-Pandemie bin ich über meine persönlichen Belastungsgrenzen gegangen.
- » Während der COVID-19-Pandemie wurde ich entsprechend meiner Fachkompetenz eingesetzt.
- » Während der COVID-19-Pandemie habe ich vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt.

Die Auswertung der Antworten erfolgte deskriptiv nach den Häufigkeiten und verteilt nach Settings und sollte dementsprechend den Kontext mit speziellen Einflussfaktoren skizzieren, dem die Implementierung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 unterlag.

Die nachfolgende grafische Darstellung (siehe Abbildung 3.23) zu den Häufigkeiten der Antworten hinsichtlich der Frage nach der Überschreitung der persönlichen Belastungsgrenze zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung zeigt die prozentuelle Verteilung nach den Settings. Im Vergleich der Settings liegt der prozentuelle Anteil jener DGKP, die zustimmten, über ihre persönliche Belastungsgrenze gegangen zu sein, zwischen 37 Prozent und 65 Prozent.

Die Kur- und Rehabilitationseinrichtungen weisen mit 37 Prozent den geringsten Anteil von DGKP auf, die zustimmten bzw. mit 28 Prozent, die eher zustimmten, während der COVID-19-Pandemie über die persönliche Belastungsgrenze gegangen zu sein. 35 Prozent der DGKP in diesem Setting gaben an, nicht bzw. eher nicht über die persönliche Belastungsgrenze hinaus gearbeitet zu haben.

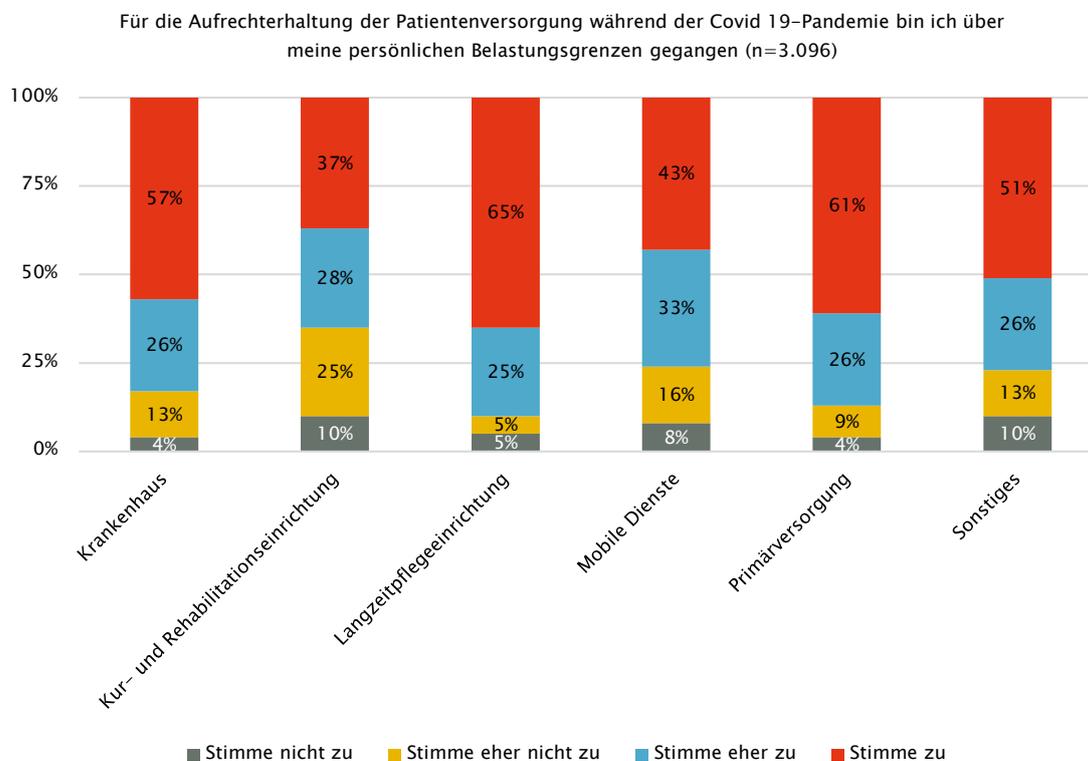
Im Setting der Langzeitpflege berichtete mit 90 Prozent der höchste Anteil von DGKP, während der COVID-19-Pandemie über und eher über die Belastungsgrenze gegangen zu sein, gefolgt von dem Setting der Primärversorgung mit 87 Prozent.

Im Setting Krankenhaus stimmten 57 Prozent der DGKP zu, für die Aufrechterhaltung der Patientenversorgung über die persönliche Belastungsgrenze gearbeitet zu haben, und weitere 26 Prozent stimmten dem eher zu. Insgesamt lag auch hier der prozentuelle Anteil der DGKP, die zustimmten und eher zustimmten, während der COVID-19-Pandemie über die persönliche Belastungsgrenze gegangen zu sein, bei 83 Prozent.

Im Bereich der mobilen Dienste gaben 76 Prozent der DGKP an, während der COVID-19-Pandemie über bzw. eher über die persönliche Belastungsgrenze hinausgegangen zu sein. 24 Prozent berichteten, nicht über die Belastungsgrenze hinaus gearbeitet zu haben, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten.

Abbildung 3.23:

Aufrechterhaltung der Patientenversorgung und persönliche Belastungsgrenze



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Bereits in den qualitativen Ergebnissen des Case-Study-Berichts zur GuKG-Novelle 2016 zeigte sich, dass Pflegepersonal während der COVID-19-Pandemie immer wieder in anderen Abteilungen bzw. sehr flexibel eingesetzt wurde, weshalb im Rahmen der Fokusstudie Pflege dieses Ergebnis aufgegriffen wurde und nach dem Einsatz entsprechend vorhandener Fachkompetenz in der beruflichen Praxis während der COVID-19-Pandemie gefragt wurde. Die quantitativen Ergebnisse aus der Befragung zeigen, dass der überwiegende Teil der DGKP – innerhalb einer Bandbreite zwischen 52 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 65 Prozent in den mobilen Diensten angab, entsprechend der Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein (siehe Abbildung 3.24)

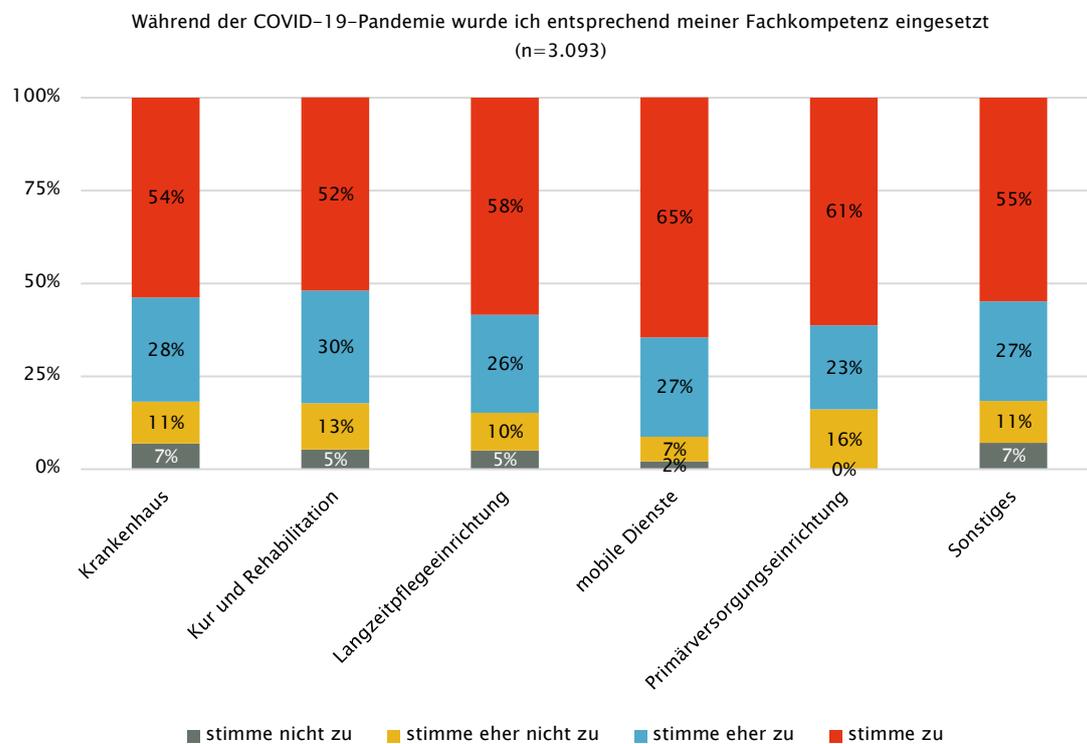
Jener Anteil der DGKP, die zustimmten oder eher zustimmten, entsprechend ihrer Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein, liegt durchwegs bei bzw. über 80 Prozent. Im Bereich der mobilen Dienste und in der Primärversorgung war dieser Anteil mit 90 Prozent bzw. 91 Prozent am höchsten. Im Setting Krankenhaus stimmten 54 Prozent zu, entsprechend ihrer Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein, und 28 Prozent stimmten dem eher zu.

Zwischen neun Prozent und 20 Prozent der DGKP antworteten, nicht oder eher nicht entsprechend ihrer Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein. Im Bereich der Primärversorgung antwortete

niemand, während der COVID-19-Pandemie nicht entsprechend der Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein, auch in den mobilen Diensten mit vier Prozent und in der Langzeitpflege mit drei Prozent erscheint dieser Anteil gering.

Im Setting Krankenhaus erklärten 19 Prozent, nicht oder eher nicht entsprechend der Fachkompetenz eingesetzt worden zu sein, und in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und im Bereich „Sonstiges“ taten dies 20 Prozent. Dies entspricht rund einem Fünftel der befragten DGKP aus diesen Settings.

Abbildung 3.24:  
Einsatz entsprechend der Fachkompetenz während der COVID-19-Pandemie



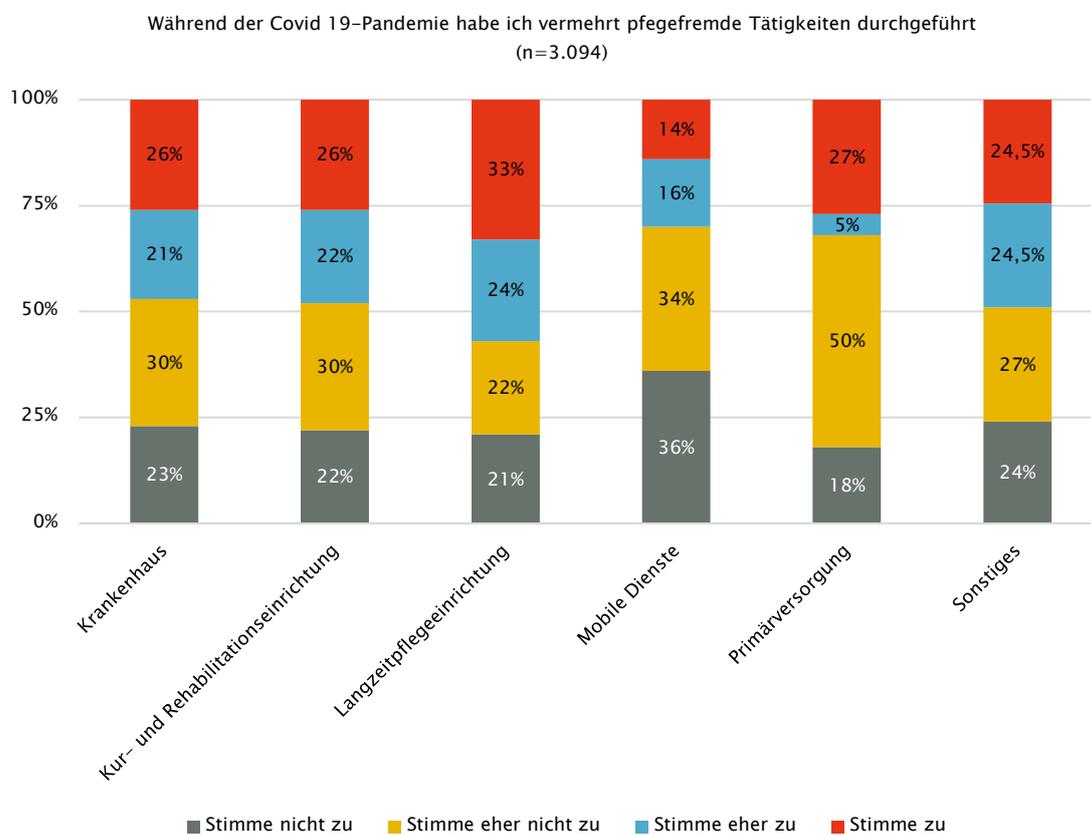
Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Mit der Frage nach der vermehrten Durchführung pflegefremder Tätigkeiten sollte der Einsatz von DGKP während der COVID-19-Pandemie nochmals konkretisiert werden. Auch hierzu fanden sich in der vorausgegangenen Case-Study-Analyse qualitative Ergebnisse dahingehend, dass DGKP vermehrt pflegefremde Tätigkeiten erbrachten, insbesondere in der Organisation.

Im Setting der mobilen Dienste und in jenem der Primärversorgung konstatierten DGKP mit 30 Prozent bzw. 32 Prozent am wenigsten häufig, vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt.

zu haben. Im Setting Krankenhaus stimmten 26 Prozent zu, während der COVID-19-Pandemie vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt zu haben, und weitere 21 Prozent stimmten dem eher zu. Ähnlich bietet sich das Verhältnis der Antworten im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen dar, in dem ebenfalls 26 Prozent zustimmten, während der COVID-19-Pandemie vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt zu haben, und 22 Prozent diesem Umstand eher zustimmten. Im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen stimmten gegenüber den anderen Settings mit 33 Prozent die meisten DGKP zu, während der COVID-19-Pandemie vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt zu haben, und weitere 24 Prozent in diesem Setting stimmten dem eher zu.

Abbildung 3.25:  
Vermehrte Durchführung pflegefremder Tätigkeiten während der COVID-19-Pandemie



Quelle: Fokusstudie Pflege 2023; Darstellung: GÖG

Die Ergebnisse zeigen hohe Belastungen von DGKP zur Sicherstellung der Patientenversorgung während der COVID-19-Pandemie – über die persönliche Belastungsgrenze hinaus und über alle Settings hinweg. Der Einsatz von DGKP erfolgte jedoch überwiegend entsprechend ihren

Fachkompetenzen, auch wenn je nach Setting in unterschiedlichem Umfang und insbesondere in der Langzeitpflege vermehrt pflegefremde Tätigkeiten durchgeführt wurden.

## 4 Zusammenfassung

### 4.1 Kontextfaktoren des Evaluationsvorhabens

Im Zuge der Fokusstudie Pflege wurden **kontextuelle Faktoren** sowie Fragestellungen aus dem Evaluationsvorhaben untersucht. Für die Erschließung von Kontextfaktoren wurden die **Bekanntheit** der gesetzlichen Änderungen durch die **GuKG-Novelle 2016** und die **Auseinandersetzung** damit untersucht. Dabei wurden insbesondere die aktive Auseinandersetzung durch Einholung von Informationen, die Beurteilung der Informationsweitergabe an DGKP seitens des Arbeitgebers sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf aufgrund der GuKG-Novelle 2016 untersucht. Dazu kann festgehalten werden, dass ein bedeutender Anteil der DGKP (zwischen 83 und 89 Prozent) aus den verschiedenen Settings aktiv Informationen zur GuKG-Novelle 2016 eingeholt hat. DGKP in den unterschiedlichen Settings zeigten unterschiedliche Grade der Beschäftigung mit der GuKG-Novelle 2016.

Im Vergleich zur persönlichen Auseinandersetzung mit der GuKG-Novelle 2016 antwortete ein deutlich höherer Anteil von DGKP (bis zu 36 Prozent), dass die Informationen durch den Arbeitgeber nicht ausreichend gewesen seien, insbesondere traf dies auf das Setting der Primärversorgung zu. In den unterschiedlichen Settings bewerteten DGKP innerhalb einer Spannweite zwischen 33 Prozent in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und 51 Prozent im Bereich „Sonstiges“ die Information durch den Arbeitgeber als unzureichend.

Die Mehrheit der DGKP gab keinen zusätzlichen Bedarf an Aus-, Fort- und Weiterbildung infolge der Änderungen, die mit der GuKG-Novelle 2016 einhergingen, an. Dennoch wurde das Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen durch den Arbeitgeber durchwegs zu hohen Anteilen als nicht ausreichend erlebt. Dabei war der Anteil mit 37 Prozent in den mobilen Diensten am geringsten und mit 64 Prozent in der Primärversorgung der höchste Anteil von DGKP, welche die Bildungsangebote durch den Arbeitgeber als eher bzw. nicht ausreichend wahrgenommen haben.

Im Zuge der Fokusstudie Pflege wurden ebenfalls mit der **COVID-19-Pandemie einhergehende Herausforderungen** für DGKP untersucht, die während der Implementierung der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 auftraten. Hier sollte nicht die Evaluationsfrage per se beantwortet werden, sondern es sollten vorherrschende Rahmenbedingungen verdeutlicht werden. Die Ergebnisse der Untersuchung der Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie zeigen, dass ein beträchtlicher Teil der DGKP festhielt, während der Pandemie über die persönlichen Belastungsgrenzen hinausgegangen zu sein, um die Patienten-, Klienten- bzw. Bewohnerversorgung aufrechtzuerhalten. Der höchste Anteil, der angab, über oder eher über die Belastungsgrenzen gegangen zu sein, entfiel mit 90 Prozent auf die Langzeitpflegeeinrichtungen, gefolgt vom Setting der Primärversorgung mit 87 Prozent.

Die Mehrheit der befragten DGKP wurde während der Coronapandemie gemäß ihren Angaben entsprechend ihrer Fachkompetenz eingesetzt, auch wenn es über alle Settings hinweg zur

vermehrten Durchführung pflegefremder Tätigkeiten zu einem Anteil zwischen 32 Prozent in der Primärversorgung und 57 Prozent in den Langzeitpflegeeinrichtungen kam.

## 4.2 Erleben beruflicher Tätigkeit in unterschiedlichen Settings

Das Themenfeld der Attraktivität des Arbeitsfelds wurde in der Fokusstudie Pflege hinsichtlich der Beantwortung der Evaluationsfrage *„Wie erleben DGKP in unterschiedlichen Settings die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten in Hinblick auf das Verhältnis der Tätigkeiten, die in § 14, § 15 und § 15a GuKG beschrieben sind (insbesondere auf Kontinuität im Versorgungsprozess)?“* analysiert und ausgewertet.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der **Themenblock Attraktivität des Arbeitsfelds** aus der Fokusstudie Pflege deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse bezüglich der Attraktivität des Aufgabenbereichs der DGKP sind vielschichtig und können wie folgt zusammengefasst werden:

Es zeigen sich klare Unterschiede in der Wahrnehmung der Attraktivität des Arbeitsfelds in den verschiedenen Settings, und zwar hinsichtlich des generellen Aufgabenbereichs, der pflegerischen Kernkompetenzen und der Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie. Die Zufriedenheit mit dem Anteil der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten oder Bewohnerinnen/Bewohnern an den Gesamtaufgaben variiert deutlich zwischen den Settings. Eine große Zufriedenheit mit diesem Verhältnis herrscht im Setting der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen (89 Prozent). Im Setting Krankenhaus antworteten 46 Prozent, nicht mit dem Verhältnis zufrieden zu sein.

Die Attraktivität des generellen Aufgabenbereichs, in dem die DGKP zum Zeitpunkt der Befragung eingesetzt waren, variiert ebenfalls stark nach Setting. DGKP in mobilen Diensten und in der Primärversorgung erzielten die höchste Zustimmungsrates hinsichtlich der Attraktivität ihres gegenwärtigen Aufgabenbereichs. Die pflegerischen Kernkompetenzen werden insgesamt attraktiver bewertet als der individuelle Aufgabenbereich, in dem die befragten DGKP zum Zeitpunkt der Befragung tätig waren.

Die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie wird von den DGKP hinsichtlich der beruflichen Aufwertung unterschiedlich beurteilt. In den mobilen Diensten und in der Primärversorgung erklärten DGKP tendenziell häufiger, die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie als berufliche Aufwertung zu erleben, als DGKP in anderen Arbeitsbereichen und insbesondere gegenüber jenen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen.

Insgesamt verdeutlichen die deskriptiven Ergebnisse zur Attraktivität des Aufgabenfelds der DGKP eine Abhängigkeit von Arbeitskontext und Setting. Die weitere Analyse allgemeiner Beziehungen zwischen der Attraktivität des Arbeitsfelds und soziodemografischen Faktoren mittels ANOVA zeigte keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Ausbildungsweg, dem höchsten Bildungsabschluss neben der Ausbildung zur DGKP, den Beschäftigungsjahren am aktuellen Dienstort und

der Berufserfahrung als DGKP insgesamt. Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch in den Mittelwerten bei verschiedenen Altersgruppen, wobei deutlich wurde, dass eher ältere DGKP das Aufgabenfeld attraktiver finden als jüngere. Des Weiteren zeigte sich, dass Frauen das Aufgabenfeld der Pflege signifikant attraktiver finden, als Männer dies tun. Deutliche und signifikante Zusammenhänge zeigen sich in der Varianzanalyse mittels ANOVA jedoch auch zwischen der Attraktivität des Arbeitsfelds und dem Setting. Die Resultate der vorliegenden Fokusstudie Pflege verdeutlichen, dass das Setting eine wesentliche Rolle bei der Einschätzung der Attraktivität beruflicher Tätigkeiten und Aufgabenfelder einnimmt.

In der Evaluationsfrage wurde die **Betreuungskontinuität** explizit ergänzt und dementsprechend in der Fokusstudie Pflege hinsichtlich unterschiedlicher Zusammenhänge untersucht. Die Ergebnisse förderten bedeutende Unterschiede zwischen den Settings zutage. Mobile Dienste sowie Kur- und Rehabilitationseinrichtungen konnten die höchsten Zustimmungsraten in Bezug auf die Aussage „*die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert die Betreuungskontinuität*“ erzielen. Dies weist darauf hin, dass die Arbeitsorganisation in diesen Settings als förderlich für die Betreuungskontinuität empfunden wird. Eine vergleichbare Tendenz zeigt sich in den Bereichen der Langzeitpflege und Primärversorgung, wenngleich hier auch vermehrt keine diesbezügliche Zustimmung gegeben wurde. Im Gegensatz dazu herrscht in Krankenhäusern eine vergleichsweise geringere Zustimmung in puncto Förderung der Betreuungskontinuität durch die Organisation und Einteilung von Pflegearbeit. Ein bedeutender Anteil der DGKP äußert dort Bedenken hinsichtlich der Betreuungskontinuität.

Nachfolgend werden bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Attraktivität des Arbeitsfelds und der Betreuungskontinuität nochmals zusammenfassend nach Setting angeführt:

- » **mobile Dienste:** DGKP in den mobilen Diensten bewerten den Aufgabenbereich signifikant attraktiver als DGKP in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen sowie Kur- und Rehabilitationseinrichtungen. Des Weiteren stellt der Bereich der mobilen Dienste jenes Setting mit der höchsten Zustimmung (72 Prozent) dazu dar, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität fördern würde.
- » **Krankenhaus:** DGKP im Krankenhaus gaben im Allgemeinen eine geringere Zustimmung hinsichtlich der Attraktivität des Aufgabenbereichs an. Ein beträchtlicher Anteil von 49 Prozent stimmte nicht zu, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität fördern würde.
- » **Langzeitpflegeeinrichtung:** Ähnlich wie im Setting Krankenhaus zeigte sich in den Einrichtungen der Langzeitpflege im Vergleich zu anderen Settings eine niedrigere Zustimmung hinsichtlich der Attraktivität des Aufgabenbereichs. Ein beträchtlicher Anteil von 32 Prozent stimmte dort nicht zu, dass die Organisation und Einteilung der Pflegearbeit die Betreuungskontinuität fördern würde.
- » **Kur- und Rehabilitationseinrichtungen:** Dieser Bereich erzielte die höchste Zustimmungsraten hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Verhältnis der Tätigkeiten in der direkten Versorgung von Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten zu den Gesamtaufgaben. Insgesamt konnte eine hohe Zustimmung hinsichtlich der Attraktivität des gegenwärtigen Aufgabenbereichs erzielt werden. DGKP in diesem Bereich äußerten mit 70 Prozent die zweithöchste Zustimmung dazu, dass die Arbeitsorganisation die Betreuungskontinuität fördere.

- » **Primärversorgung:** DGKP in der Primärversorgung bewerteten den Aufgabenbereich insgesamt attraktiver als jene aus anderen Bereichen. Hinsichtlich der Arbeitsorganisation gab ein hoher Prozentsatz von ihnen (39 Prozent) an, dass die Arbeitsorganisation die Betreuungskontinuität nicht fördere.

In der weiteren Untersuchung der Zusammenhänge der Attraktivität des Arbeitsfelds mit der Kontrolle über die berufliche Praxis und beruflicher Autonomie zeigte sich, dass DGKP, die eine höhere berufliche Autonomie und eine stärkere Kontrolle über ihre berufliche Praxis wahrnehmen, das Arbeitsfeld attraktiver einschätzen. Dies deutet darauf hin, dass das Empfinden von Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit einen positiven Einfluss auf die Attraktivität des Aufgabenbereichs haben könnte. Die ergänzenden Analysen mittels der Varianzanalyse haben gezeigt, dass die Wahrnehmung beruflicher Autonomie und der Kontrolle über die berufliche Praxis je nach Setting variiert. DGKP im Krankenhaus bewerten ihre berufliche Autonomie und ihre Kontrolle über die berufliche Praxis im Vergleich zu jenen in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in mobilen Diensten signifikant geringer. Ergänzend hat die Korrelationsanalyse nach Pearson aufgezeigt, dass eine als ausreichend wahrgenommene Personalausstattung ebenfalls positiv mit der Attraktivität des Arbeitsfelds korreliert. In diesem Zusammenhang sei nochmals kritisch auf den hohen Anteil von DGKP hingewiesen, die angaben, dass die Personalausstattung nicht ausreichend sei, was potenziell negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und die Attraktivität des Aufgabengebiets haben könnte.

### 4.3 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit

Ein wichtiger Fokus im Rahmen des Evaluationsvorhabens zur GuKG-Novelle 2016 ist auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gerichtet. Die damit einhergehende Fragestellung „*Wie schätzen Pflegepersonen in Österreich in allen Settings den Grad der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf Qualität und Patientensicherheit ein?*“ gilt es auch im Zuge der Fokusstudie Pflege zu beantworten.

Um die Meinung von DGKP zu den Aspekten Qualität und Patientensicherheit zu erfassen, fand in der Fokusstudie Pflege der Nursing Work Index Anwendung. Die ausgewerteten Ergebnisse zu den untenstehenden Aussagen aus dem Nursing Work Index werden im Folgenden nach dem Setting zusammengefasst:

- » Es gibt ausreichend Zeit und Möglichkeiten, Pflegeprobleme mit anderen Pflegefachkräften (DGKP) zu besprechen.
- » Die Personalbesetzung ist ausreichend, um die Pflegearbeit bewältigen zu können.
- » Die Besetzung mit Pflegefachkräften (DGKP) ist ausreichend, um gute Pflege zu gewährleisten.
- » Es wird ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt.
- » Die tatsächlich gearbeiteten Stunden entsprechen den Wochenstunden laut Arbeitsvertrag.

## Krankenhaus

- » Die Möglichkeiten für einen fachlichen Austausch werden von 61 Prozent der DGKP nicht als ausreichend wahrgenommen.
- » Lediglich 21 Prozent stimmten zu und eher zu, dass die Personalbesetzung ausreicht, um qualitativ gute Pflege zu gewährleisten.
- » 5 Prozent der DGKP sind der Ansicht, dass die Personalbesetzung ausreichend ist, um die Pflegearbeit zu bewältigen.
- » 19 Prozent der DGKP berichteten, dass ein Programm zur Qualitätssicherung tatsächlich umgesetzt wird, während zusätzlich 38 Prozent eher zustimmten, dass ein solches Programm vorhanden ist.
- » Der Median der Wochenstunden laut Vertrag liegt bei 40, und der Median für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden im Durchschnitt der zurückliegenden drei Monate beträgt ebenfalls 40 Wochenstunden.

## Kur- und Rehabilitationseinrichtungen

- » 66 Prozent der befragten DGKP konstatieren ausreichend Zeit und Möglichkeiten für die Besprechung vorliegender Pflegeprobleme.
- » 13 Prozent sind der Meinung, dass die Personalbesetzung ausreichend ist, und weitere 29 Prozent gaben an, dass diese eher ausreichend ist, um eine gute Pflege zu gewährleisten. Das ist der höchste Wert im Vergleich zu den anderen Settings.
- » 60 Prozent erachten die Personalbesetzung nicht und eher nicht als ausreichend, um die Pflegearbeit bewältigen zu können.
- » 44 Prozent der befragten DGKP erklärten, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird.
- » Der Median der Wochenstunden laut Vertrag liegt bei 40, und der Median für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden im Durchschnitt der zurückliegenden drei Monaten beträgt ebenfalls 40 Wochenstunden.

## Langzeitpflege

- » 58 Prozent der befragten DGKP stimmten nicht zu bzw. eher nicht zu, dass Zeit und Möglichkeiten für den fachlichen Austausch in ausreichendem Maß vorhanden sind.
- » 24 Prozent der DGKP schätzen die Personalausstattung als ausreichend oder eher ausreichend ein, um qualitativ gute Pflege zu gewährleisten, jedoch antwortete ein Großteil von 75 Prozent, dass die Personalausstattung nicht oder eher nicht für gute Pflege ausreichend ist.
- » 81 Prozent der DGKP empfinden die aktuelle Personalausstattung als unzureichend oder eher unzureichend, um die Pflegearbeit überhaupt bewältigen zu können.
- » 22 Prozent der DGKP gaben an, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird.
- » Der Median der Wochenstunden laut Vertrag beträgt 30, und liegt bei den tatsächlich gearbeiteten durchschnittlichen Wochenstunden im Durchschnitt der letzte drei Monate bei 40.

## Mobile Dienste

- » 52 Prozent der befragten DGKP stimmten zu oder eher zu, dass ihnen Zeit und Möglichkeiten für den fachlichen Austausch bei vorhandenen Pflegeproblemen ausreichend zur Verfügung stehen.
- » 18 Prozent stimmten zu und weitere 16 Prozent stimmten eher zu, dass die Besetzung mit DGKP ausreicht, um gute Pflege zu gewährleisten.
- » 39 Prozent befinden die Personalbesetzung für nicht ausreichend, um die Pflegearbeit bewältigen zu können, und weitere 26 Prozent befinden diese für eher nicht ausreichend.
- » 37 Prozent der befragten DGKP in den mobilen Diensten gaben an, dass ein Programm zur Qualitätssicherung angewandt wird.
- » Der Median der Wochenstunden laut Vertrag liegt bei 30, und der Median für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden im Durchschnitt der zurückliegenden drei Monate erreicht ebenfalls den Wert von 30 Wochenstunden.

## Primärversorgung

- » 39 Prozent sind der Meinung, dass Zeit und Möglichkeiten für den fachlichen Austausch bei Pflegeproblemen in ausreichendem oder eher ausreichendem Umfang bestehen.
- » 17 Prozent stimmten zu, dass die Personalbesetzung ausreicht, um qualitativ gute Pflege zu gewährleisten. Weitere 17 Prozent stimmten dieser Aussage eher zu.
- » 58 Prozent schätzen die Personalbesetzung als unzureichend oder eher unzureichend ein, um die Pflegearbeit bewältigen zu können.
- » 21 Prozent der befragten DGKP in der Primärversorgung gaben an, dass ein Programm zur Qualitätssicherung umgesetzt wird.
- » Der Median der Wochenstunden laut Vertrag liegt bei 30, und der Median für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden im Durchschnitt der zurückliegenden drei Monate beträgt 40 Wochenstunden.

Es gilt zu bedenken, dass die Fokusstudie Pflege während der COVID-19-Pandemie durchgeführt wurde, die einen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und Wahrnehmungen der DGKP ausübte. Die Fokusstudie Pflege bietet dennoch Einblicke in die Herausforderungen und Bedenken der DGKP hinsichtlich der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Hinblick auf die Qualität und auch auf die Bewältigung von Arbeitsanforderungen. Die alarmierenden Angaben hinsichtlich der unzureichenden Personalausstattung und Personalbesetzung sind auch insbesondere im Zusammenhang mit der Attraktivität des Aufgabenfelds zu sehen, für die eine signifikante Korrelation mit der ausreichenden Personalausstattung aufgezeigt werden konnte.

## 4.4 Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen

Im Zuge der Fokusstudie Pflege sollen Antworten und Ergebnisse zur Evaluationsfrage *„Welche Herausforderungen in Bezug auf die Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen lassen sich in den*

*unterschiedlichen Settings erkennen?“* durch die Beleuchtung und Analyse verschiedener Aspekte der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen und damit einhergehender Herausforderungen identifiziert und erläutert werden. Die Analyse konzentrierte sich auf mehrere Schwerpunkte aus dem Nursing Work Index, darunter die kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation von Pflegeplanungen, die Anwendung von Pflegeleitbildern und deren Sichtbarkeit in der Patienten-, Klienten- oder Bewohnerversorgung, die Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und die enge Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten.

Die kontinuierliche Aktualisierung und Dokumentation von Pflegeplanungen ist eine zentrale Aufgabe von DGKP. Es zeigt sich, dass diese besonders in medizinorientierten Settings wie der Primärversorgung weniger präsent ist als in Settings wie der Langzeitpflege oder der mobilen Dienste. Pflegeleitbilder, welche die zugrunde liegende Philosophie und Werthaltung sowie die Beziehungsgestaltung in der Pflege beschreiben, nehmen im Qualitätsmanagement eine zentrale Rolle ein. Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass in medizinorientierten Umgebungen wie etwa in Krankenhäusern und in der Primärversorgung Pflegeleitbilder weniger stark in der direkten Versorgung von Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten präsent sind, was potenziell die Pflegequalität negativ beeinflussen kann.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal ist entscheidend für eine personenzentrierte und qualitativ hochwertige Versorgung. Insgesamt stimmte rund ein Drittel der befragten DGKP der Aussage zu, dass Ärztinnen/Ärzte und Pflegepersonal eng im Team zusammenarbeiten. Jedoch gibt es hier Unterschiede zwischen den Settings, wobei die Primärversorgung die höchste Zustimmung aufweist.

Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung spielen eine bedeutende Rolle für den Verbleib von Pflegekräften im Beruf und die Vertiefung der Fachexpertise. Es zeigt sich, dass unterschiedliche Settings unterschiedliche Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung bieten. Besonders in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Krankenhäusern zeigen die Antworten in Bezug auf das Vorhandensein beruflicher Weiterbildungsmöglichkeiten weniger Zustimmung. Auch hinsichtlich der Herausforderungen in der Ausübung pflegerischer Kernkompetenzen wird offensichtlich, dass die Settings selbst einen bedeutenden Einflussfaktor darstellen.

## 4.5 Häufigkeit und Ausmaß der Delegation und deren Einflussfaktoren

Die Fokusstudie Pflege beleuchtete intensiv sowohl die Häufigkeit der Delegation als auch deren Zusammenhänge, die Rückschlüsse auf Delegationsentscheidungen ermöglichen sollen.

Die Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten variiert innerhalb der Kompetenzbereiche, wobei sich hier hinsichtlich der pflegerischen Kernkompetenzen mehr Unterschiede zeigen als bei den Tätigkeiten, die der medizinischen Diagnostik und Therapie zugehören. Insbesondere Tätigkeiten, die eher der sogenannten Grundpflege zugeschrieben werden, werden von DGKP häufiger an PFA und PA delegiert, auch wenn sie in Zusammenhang mit einem pflegetherapeutischen Zweck stehen.

Insgesamt betrachtet, kann jedoch festgehalten werden, dass die Delegation von Tätigkeiten aus dem Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen mit mehr Faktoren in Zusammenhang steht als jene von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie. Wesentlich für die Delegation von Tätigkeiten von DGKP an PA und PFA scheint überwiegend das Setting zu sein. Hier werden hinsichtlich der Zusammenhänge signifikante Unterschiede nach den Settings deutlich.

## 5 Schlussfolgerung und kritische Reflexion

Die Ergebnisse der Fokusstudie Pflege zeigen wichtige Implikationen für die Pflegepraxis und die Gestaltung von Arbeits- und Rahmenbedingungen auf, wesentlich ist jedoch, dabei zu erwähnen, dass Korrelations- und Varianzanalyse keine kausalen Zusammenhänge darstellen, sondern lediglich Beziehungen und Zusammenhänge. In der Folge sollen diese abschließend im Endbericht zur Evaluation der GuKG-Novelle 2016 mit den qualitativen Ergebnissen der Case-Study-Analyse zusammengeführt werden. Diese Zusammenführung ermöglicht in weiterer Folge eine Interpretation der identifizierten signifikanten Zusammenhänge aus der Fokusstudie Pflege.

Im Zuge der Fokusstudie Pflege konnte jedoch unabhängig davon aufgezeigt werden, dass DGKP sich durchaus aktiv mit den Änderungen, die mit der GuKG-Novelle 2016 einhergingen, auseinandergesetzt haben – wenngleich je nach Setting zwischen 50 Prozent und 60 Prozent die Information durch den Arbeitgeber als nicht ausreichend empfanden und hier ein Verbesserungspotenzial besteht. Die Bekanntheit der Änderungen durch die GuKG-Novelle 2016 zeigte sich hinsichtlich der Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen seitens der DGKP an PA/PFA als relevant. So delegieren DGKP, die antworteten, sich aktiv mit der GuKG-Novelle 2016 auseinandergesetzt haben, Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen an PA und/oder PFA.

Die Ergebnisse zu den Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten aus den §§ 14 und 15 GuKG differieren stark nach Setting und je nach Tätigkeit. Insgesamt betrachtet, zeigen die Ergebnisse, dass die Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus den pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG mit deutlich mehr Faktoren korreliert als die Delegation von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG. Dennoch zeigen sich in der Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG Zusammenhänge zwischen Berufserfahrung, Alter und Ausbildungsweg. Insgesamt korreliert die Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 14 GuKG durchwegs positiv mit Rahmenbedingungen aus dem Nursing Work Index wie

- » der Personalausstattung,
- » der Verfügbarkeit von Servicediensten,
- » der erlebten Attraktivität des Aufgabenbereichs, in dem die DGKP tätig waren,
- » beruflicher Autonomie,
- » dem Umstand, ob die Pflegedienstleitung und direkte Vorgesetzte bei Entscheidungen oder im Konfliktfall hinter den DGKP stehen.

Delegationsmatrizen und Vorgaben zur Delegation insbesondere im Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG können, wie in der Case-Study-Analyse aufgezeigt, einen Erklärungsansatz darstellen, weshalb statistisch kaum Zusammenhänge zwischen der Delegationsentscheidung zu exemplarischen Tätigkeiten aufgezeigt werden konnten. Auch variiert die Häufigkeit der Delegation von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG stark nach Setting, was an Befunde der Case-Study-Analyse anschließt, die besagen, dass Delegationsvorgaben stations- und abteilungsspezifisch in Absprache mit den ärztlichen Leitungen getroffen werden. Insgesamt betrachtet, steht das Setting bei der Delegation von Tätigkeiten aus dem Spektrum

pflegerischer Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG als auch im Falle der Delegation von Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich medizinischer Diagnostik und Therapie in signifikantem Zusammenhang mit der Delegationsentscheidung und erweist sich damit als zentraler Faktor.

Insbesondere hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Personalausstattung und der Häufigkeit der Delegation erscheinen die Ergebnisse zur Einschätzung der Personalbesetzung und -ausstattung seitens der befragten DGKP einerseits für die Bewältigung der Pflegearbeit und andererseits für eine als gut erlebte Pflegeleistung, kritisch. Wenn lediglich 19 Prozent der befragten DGKP zustimmen, dass die Personalbesetzung ausreicht, um qualitativ gute Pflege zu gewährleisten, und zwölf Prozent der DGKP der Ansicht sind, dass die Personalbesetzung ausreichend sei, um die Pflegearbeit zu bewältigen, stellt sich die Frage, unter welchen Gesichtspunkten Delegationsentscheidungen getroffen werden. Dieser Befund schließt an internationale Forschungsinitiativen zu den Rahmenbedingungen und zur Personalausstattung in der Gesundheits- und Krankenpflege an, die den Zusammenhang zwischen Personalmangel und Mangel an Fachpflegepersonal (DGKP) im Qualifikationsmix (ebenfalls unter Anwendung des Nursing Work Index und evidenzbasierter Entscheidungsfindung) untersuchen und auf erhöhte Komplikations- und Mortalitätsraten sowie auf Berufsunzufriedenheit hinweisen (Aiken et al. 2013; Lasater et al. 2021). Des Weiteren erscheinen in diesem Zusammenhang internationale und nationale Forschungsbefunde (Cartaxo et al. 2022) rund um das Weglassen von Pflegeleistungen aufgrund unzureichender Personalausstattung relevant. Insbesondere in angespannten Personalsituationen werden Pflegeleistungen oftmals reduziert, was zu erhöhten Komplikationsraten, Wiederaufnahmen bzw. Krankenhausaufnahmen und Mortalität bei den Klientinnen und Klienten führt.

Von Relevanz ist hier auch der erlebte moralische Stress von Pflegepersonen, wenn diese eine Diskrepanz empfinden zwischen dem Anspruch an gute Pflege und damit einhergehenden Werten und der Tatsache, dass die Personalkapazität – wie dies unter den DGKP zu einem hohen Anteil der Fall ist – als nicht ausreichend dafür erlebt wird, diesem Anspruch und diesen Werten gerecht zu werden. Kada/Lesnik (2019) verweisen auf diese Problematik und das damit einhergehende Phänomen des Cool-out (Kersting 2016) sowie die daraus resultierende Absicht, den Beruf zu verlassen.

Zumal die Frage nach der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung einen zentralen Aspekt der Fokusstudie Pflege darstellt, erweisen sich deren dahingehende Befunde umso kritischer. Weitere Untersuchungen in Verbindung mit Outcomeparametern und Qualitätskriterien erscheinen wesentlich. Die Tertiärisierung der Ausbildung zur DGKP erscheint jedoch zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung unter Anbetracht der internationalen wissenschaftlichen Befunde als wesentliche qualitätssichernde Maßnahme. So weisen die Studien insbesondere in Hinblick auf Entscheidungsfindungen unter knappen Ressourcen und in komplexen Situationen darauf hin, dass Pflegepersonen mit Bachelorabschluss Entscheidungen so treffen, dass damit weniger Komplikationsraten und geringere Mortalitätsraten einhergehen (Aiken et al. 2016).

Als positiv festzuhalten gilt, dass insbesondere trotz der kritisch zu bewertenden Ergebnisse die befragten DGKP zu durchaus hohen Anteilen sowohl die pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG als auch die Übernahme von Tätigkeiten aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG als attraktiv erleben. Demnach kann festgehalten werden, dass

durch die GuKG-Novelle 2016 ein durchaus attraktives Berufsbild geschaffen wurde bzw. das praktische Arbeitsfeld als attraktiv erlebt wird. Insbesondere im Setting der mobilen Dienste und jenes der Primärversorgung wird der Aufgabenbereich als attraktiv beurteilt.

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Befragung zur GuKG-Novelle 2016 inmitten der COVID-19-Pandemie im Herbst 2021 stattfand. Das Pflegepersonal ging damals, wie auch die Befunde der Fokusstudie Pflege zeigen, über seine persönlichen Belastungsgrenzen hinaus, und dies ist in der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Untersuchungen aus dem amerikanischen Raum zeigen, dass durch die Belastungssituation, während der COVID-19-Pandemie die Burnoutrate befeuert wurde und es zu einem erhöhten Berufsausstieg kam. In diesem Zusammenhang wurde auch eine am Minimum ausgerichtete Pflegepersonalplanung ins Treffen geführt, die kaum Spielräume ermöglichen würde und dazu beitrüge, dass Belastungsspitzen wie u. a. infolge der COVID-19-Pandemie nur unter Überschreitung persönlicher Belastungsgrenzen bewältigbar wären (Lasater et al. 2021).

# Literatur

- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas. M.; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. In: JAMA 288/16:1987–1993
- Aiken, Linda H.; Fagin, Claire M. (2018): Nursing and Health Policy Perspectives. In: International Council of Nurses:469–471
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia; Moreno–Casbas, Teresa; Ball, Jane; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016): Nursing skill mix in European hospitals: Cross–sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. Bd. 26.
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter; Consortium, RN4CAST (2013): Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies 50/2:143–153
- Bauer, Gudrun; Rodrigues, Ricardo; Leichsenring, Kai (2018): Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Eine Untersuchung auf Basis der internationalen NORDCARE–Befragung. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, Wien
- BMASGK (2019): Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten. Aufl. 3. vollständig überarbeitet
- Cartaxo, Ana; Eberl, Inge; Mayer, Hanna (2022): Die MISSCARE–Austria–Studie – Teil III. In: HeilberufeSCIENCE 13/2:61–78
- Conroy, Tiffany (2018): Factors influencing the delivery of the fundamentals of care: Perceptions of nurses, nursing leaders and healthcare consumers. In: Journal of clinical nursing 27/11–12:2373–2386
- Curley, Catherine; McEachern, J. Edward; Speroff, Theodore (1998): A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards: an intervention designed using continuous quality improvement. In: Medical Care 36/8 Suppl:As4–12
- Drupp, Michael; Meyer, Markus (2019): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pflege–Report 2019. Hg. v. Jacobs, K. et al. Springer, Berlin. S. 23–S. 48
- Ewers, Michael; Paradis, Elise; Herinek, Doreen (Hg.) (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits– und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Beltz, Weinheim

- Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias (2018): Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich. WIFO, Wien
- Frenk, Julio; Chen, Lincoln; Bhutta, Zulfiqar; Cohen, Jordan; Drisp, Nigel; Evans, Timothy (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: *The Lancet* 376/9756:1923–1958
- Gilbert, J. H.; Yan, J.; Hoffman, S. J. (2010): A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. In: *J Allied Health* 39 Suppl 1/:196–197
- Höhmann, Ulrike; Lautenschläger, Manuela; Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: *Pflege-Report 2016*. Hg. v. Jacobs, K. et al., Berlin. S. 73–S. 90
- Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Juraszovich, Brigitte; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rappold, Elisabeth; Wallner, Alexander (2021): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2020. Gesundheit Österreich, Wien
- Kada, Olivia; Lesnik, Tanja (2019): Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52/8:743–750
- Kang, Xiao Linda; Brom, Heather. M.; Lasater, Karen. B.; McHugh, Matthew D. (2020): The Association of Nurse-Physician Teamwork and Mortality in Surgical Patients. In: *Western journal of nursing research* 42/4:245–253
- Karlberg-Traav, Malin; Gabrielsson, Hanna; Cronqvist, Agneta (2014): Conceptions of an implemented nursing philosophy: A phenomenographic study. In: *Clinical Nursing Studies* 2/3:86–96
- Kersting, Karin (2016): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Köstler, Cornelia; Kuhlmeier, Adelheid; Scupin, Olaf (2022): Aus-, Fort- und Weiterbildung beeinflussen den Verbleib im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf. In: *Pflege* 36/5:
- Kramer, Marlene; Schmalenberg, Claudia; Maguire, Patricia; Brewer, Barbara B.; Burke, Rebecca; Chmielewski, Linda; Cox, Karen; Kishner, Janice; Krugman, Mary; Meeks-Sjostrom, Diana; Waldo, Mary (2008): Structures and Practices Enabling Staff Nurses to Control Their Practice. In: *Western journal of nursing research* 30/5:539–559
- Lake, Eileen T. (2002): Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. In: *Research in nursing & health* 25/3:176–188
- Lasater, Karen B.; Sloane, Douglas M.; McHugh, Matthew D.; Porat-Dahlerbruch, Joshua; Aiken, Linda H. (2021): Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. In: *Research in nursing & health* 44/5:787–795

- Pilwarsch, Johanna; Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Mathis-Edenhofer, Stefan; Wallner, Alexander (2023): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2022. Gesundheit Österreich, Wien
- Pleschberger, Sabine; Holzweber, Leonie (2019): Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Fortschrittsbericht. Hg. v. Gesundheit Österreich, GmbH, Wien
- Pleschberger, Sabine; Kozisnik, Petra; Bajer, Marion; Holzweber, Leonie (2021): Case Study zur Evaluation der GuKG-Novelle 2016 im akutstationären Setting. Gesundheit Österreich, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2017): Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien
- Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Brauneis, Carina (2018): Fachkräftemangel in der Pflege: Mehr vom Gleichen wird nicht helfen. In: Pflege professionell 17/2018:43-53
- Riess, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Winkler, Petra (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Rodwell, John; Hendry, Thomas; Johnson, Dianne (2023): Analyzing and Validating a Structure for Measuring the Nurse Practice Environment. In: Int J Environ Res Public Health 20/7:
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Hg. v. Stiftung, Bertelsmann, Gütersloh
- Schwinger, Antje; Tsiasioti, Chysanthi (2018): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Pflege-Report 2018. Hg. v. Jacobs, Klaus et al. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 173-S. 204
- Slotala, Lukas (2019): Stellschrauben mit großer Wirkung. In: Pflege-Report 2019. Hg. v. Jacobs, K. et al. Springer, Berlin. S. 71-S. 84
- Staflinger, Heidemarie (2016): Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Altenheime auf dem Prüfstand. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich, Linz
- Swiger, Pauline; Patrician, Patricia; Miltner, Rebecca; Raju, Dheeraj; Breckenridge-Sproat, Sara; Loan, Lori (2017): The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. In: International Journal of Nursing Studies 74/:76-84
- Winkler, Petra; Rottenhofer, Ingrid; Pochobradsky, Elisabeth; Riess, Gabriele (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien