

Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung

Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg

Autorinnen/Autoren:

Elisabeth Rappold
Brigitte Juraszovich
Elisabeth Pochobradsky
Michael Gyimesi

Unter fachlicher Mitarbeit von:

Waltraud Gollner

Projektassistenz:

Heike Holzer
Lydia Wenhardt

Wien, im September 2017
Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung

Zitiervorschlag: Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael (2017): Pflegepersonalbedarfsprognose Vorarlberg. Im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien

ISBN: 978-3-85159-217-7

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 6, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde von der Vorarlberger Landesregierung beauftragt, den Bedarf von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit Berufsberechtigungen gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) bis 2030 vorzuschätzen. Eine fundierte Bestandsanalyse sowie die mit dem Auftraggeber konsensuell abgestimmten Planungsparameter bilden die Basis dieser Prognose. Ergänzt wird dies durch gemeinsam erarbeitete Handlungsempfehlungen in Hinblick auf Maßnahmen der Personalanwerbung, Personalbindung und Effektivitätssteigerung.

Bestandsanalyse

53 Prozent der Pflegepersonen waren in Krankenhäusern beschäftigt, 34 Prozent in der Langzeitpflege, sechs Prozent in der Hauskrankenpflege, fünf Prozent im Behindertenbereich und je ein Prozent in der Ausbildung bzw. anderen Organisationen und Funktionen.

Während ein Großteil der diplomierten GuK-Personen (DGKP) hauptsächlich in den Krankenanstalten arbeitet, sind Pflegeassistentinnen und -assistenten (PA) zum Großteil in der stationären Langzeitpflege und Absolventinnen/Absolventen von Sozialbetreuungsberufen (SBB) im Behindertenbereich tätig.

Seit 2013 erhöhte sich die Zahl der DGKP in Krankenanstalten um rund 10 Prozent, während es bei den PA zu einem Rückgang um rund ein Prozent kam. In der Langzeitpflege kam es zu einer Erhöhung der Zahl der DGKP in Pflegeheimen um rund acht Prozent, während die Anzahl der Pflegepersonen mit Pflegeassistentenkompetenz in etwa gleich blieb. Jedoch stieg die Zahl Angehöriger der Sozialbetreuungsberufe um rund 14 Prozent. Die Anzahl der Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege stieg im Beobachtungszeitraum um rund acht Prozent an.

Von den DGKP sind 82 Prozent weiblich, bei den PA sind es 86 Prozent und bei den Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe 71 Prozent.

DGKP sind mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren in Krankenanstalten am jüngsten, gefolgt von der Langzeitpflege mit rund 45 Jahren und der Hauskrankenpflege mit rund 47 Jahren. PA sind mit durchschnittlich 49 Jahren in der Hauskrankenpflege am ältesten, gefolgt von der Langzeitpflege und den Krankenanstalten mit rund 45 Jahren. Der Altersdurchschnitt im Behindertenbereich liegt bei 41 Jahren.

Prognoseergebnisse

Aussagen über künftigen Bedarf sind grundsätzlich nur als **Schätzungen** zu verstehen, sie sind eine Orientierungshilfe für das Treffen weiterer Maßnahmen. Dabei ist zu beachten, dass

- » die Planungsgrundlage den Erkenntnis- und Wissensstand sowie den Datenbestand zu einem gewissen Zeitpunkt wiedergibt. Veränderungen können jedoch sehr rasch eintreten und zu grundlegenden anderen Entscheidungen führen,
- » für die Gesundheits- und Krankenpflege außer einer soliden Ist-Stand-Erhebung wenige Informationen und Daten vorliegen.

Daher ist für die laufende Planung ein Begleitmonitoring wichtig, damit entsprechende Steuerungsmaßnahmen auf Basis der tatsächlichen Entwicklungen getroffen werden können.

Für die vorliegende Studie wurde in einem ersten Schritt der derzeitige Ist-Stand von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit Berufsberechtigungen gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in Vorarlberg erhoben. In einem zweiten Schritt wurde auf Basis dieser Erhebung eine Prognose für die Jahre bis 2030 vorgenommen. Basis der Prognose bilden einerseits eine demografische Hochrechnung der Bevölkerung in Vorarlberg sowie von deren Inanspruchnahmeverhalten (in Bezug auf Spitäler, Pflegeheime und die Hauskrankenpflege) sowie andererseits die Ergebnisse des Regionalen Strukturplans Gesundheit – Betreuung und Pflege Vorarlberg (RSGBPP-V). Die Settings Krankenhaus, Pflegeheim, Hauskrankenpflege und der Behindertenbereich wurden getrennt voneinander modelliert.

In der Hauptvariante steigt der Personalbedarf bis 2030 kontinuierlich an und ist in den kommenden Jahren höher als das Angebot. Die Differenz aus Personalbedarf minus Personalangebot erreicht den höchsten Wert circa 2028 mit rund 400 fehlenden Pflegekräften insgesamt (ohne Differenzierung nach Berufsgruppen). Nach 2028 vermindert sich die Differenz aus Bedarf minus Angebot trotz weiterhin wachsenden Bedarfs bei gleichzeitig noch stärkerem Wachstum des Angebots leicht.

Die Analyse der einzelnen Settings und Berufsgruppen zeigt, dass insbesondere in der Langzeitpflege ein Unterangebot an DGKP vorherrscht. Pflegefachassistenten/Pflegefachassistentinnen fehlen in allen Bereichen.

Wird der Regionale Strukturplan Gesundheit – Betreuung und Pflege Vorarlberg der Modellierung zugrunde gelegt, zeigt sich ein anderes Bild: In diesem Fall würde bei allen Berufen, bis auf Angehörige der Pflegefachassistenz, ein Überschuss an potenziellem Personal vorhanden sein.

Diese beiden Ergebnisse stellen die Bandbreite dar, in welcher sich der Bedarf an GuK-Berufen in den nächsten Jahren voraussichtlich bewegen wird.

Empfehlungen

Auf Basis eines systematischen Monitorings sollen die getroffenen Maßnahmen laufend angepasst werden. In den nächsten Jahren gilt es zunächst

- » den Bedarf an Pflegepersonen in der Langzeitpflege zu decken,
- » eine generalistische Grundausbildung mit ausreichend Plätzen an der Fachhochschule zu etablieren,

- » die Pflegefachassistenz als Beruf bekanntzumachen und in die Arbeitsabläufe zu integrieren,
- » die Möglichkeit neuer Berufswege schaffen z. B. Pflegefachassistentenausbildungen an berufsbildenden Schulen sowie
- » das Begleitmonitoring umzusetzen.

Darüber hinaus gilt es

- » eine bedarfsgerechte Anzahl an Personen der verschiedenen Berufsgruppen auszubilden,
- » die Attraktivität von Sozialbetreuungs- und Pflegeberufen zu heben – es sind Berufe mit lebenslanger Perspektive, sie werden in den nächsten Jahren weiterhin stark nachgefragt sein, allerdings sind sie nicht immer attraktiv –,
- » eine Verbesserung der Attraktivität des Berufsfeldes zu erwirken – dies kann durch zahlreiche Maßnahmen erreicht werden u. a. durch flächendeckenden Ausbau bereits vorhandener Maßnahmen wie z. B. der Anerkennung von Vordienstzeiten bei Wechsel der Arbeitgeber oder durch gleiche Gehälter für die gleiche Aufgabe, unabhängig vom Setting –,
- » Fach- auch als Führungskarrieren zu ermöglichen und
- » die Schlüsselposition der Pflegedienstleitung in allen Settings zu stärken, weil diese die Verantwortung für die fachliche Begleitung sowie für die Weiterentwicklung des Pflegeteams trägt und dieser eine der Kernaufgaben in der Qualitätssicherung obliegt.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	XII
1 Einleitung	1
2 Projektbeschreibung	3
3 Ergebnisse der Datenerhebung	4
3.1 Datenabdeckung.....	4
3.2 Pflegepersonal in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs.....	6
3.3 Krankenanstalten.....	11
3.4 Langzeitpflege	21
3.5 Hauskrankenpflege	25
3.6 Behindertenbereich	29
3.7 Sonstige Bereiche.....	33
3.8 Ausbildungsstätten	33
3.8.1 Lehrende.....	34
3.8.2 Auszubildende	38
3.8.3 Nostrifikationen und Berufszulassungen.....	46
4 Prognose des Pflegepersonalbedarfs	47
4.1 Personalangebot	48
4.2 Personalbedarf.....	49
4.3 Basisfallszenario	53
4.3.1 Modellparameter	55
4.3.2 Modellergebnisse	57
4.4 Alternativszenario Anpassung der Ausbildung.....	60
4.4.1 Modellparameter	62
4.4.2 Modellergebnisse	63
4.5 Alternativszenarien Anpassung des Skill-Mix 2030	64
4.5.1 Alternativszenario Anpassung Skill-Mix in den Krankenanstalten.....	65
4.5.2 Alternativszenario Anpassung des Skill-Mix in der Langzeitpflege	66
4.6 Alternativszenario Strukturmaßnahmen (entsprechend RSGBP-V).....	68
4.6.1 Modellparameter	68
4.6.2 Modellergebnisse	69
4.7 Zusammenfassung der Modellrechnungen.....	69
4.7.1 Fazit	70
5 Zusammenfassung: Personalbestand, Prognosen und Empfehlungen	71
6 Empfehlung	73
6.1 Begleitmonitoring/Evaluation	73
6.2 Entwicklungspotentiale	74
6.2.1 Personalanwerbung	74
6.2.2 Personalbindung	78
6.2.3 Steigerung der Effektivität	80
7 Fazit und Ausblick	82
8 Literatur	83

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1: Verteilung des Pflegepersonals nach Einsatzbereichen im Jahr 2016, n = 4.138	6
Abbildung 3.2: Pflegepersonal nach Art der Anstellung im Jahr 2016, n = 4.354	7
Abbildung 3.3: Land, in welchem die Berufsqualifikation erworben wurde, alle Pflegepersonen im Jahr 2016, n = 4.354	8
Abbildung 3.4: Land, in welchem die Berufsqualifikation erworben wurde, im Jahr 2016, nach Berufsgruppen	8
Abbildung 3.5: Durchschnittliches Pensionierungsalter 2012–2016	9
Abbildung 3.6: Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, alle Settings gemeinsam, n = 4.656	10
Abbildung 3.7: Fluktuationsraten zwischen 2012 und 2016	11
Abbildung 3.8: Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK im Jahr 2016, nach Geschlecht, n = 2.192.....	12
Abbildung 3.9: Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK und jener der Pflegeassistenz im Jahr 2016, n = 2.503.....	13
Abbildung 3.10: Berufsqualifikation DGKP Diplomausstellungsland im Jahr 2016, n = 1.632 ...	14
Abbildung 3.11: Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht in den Krankenhäusern im Jahr 2016, in Prozent	15
Abbildung 3.12: Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK in Spezialbereichen im Jahr 2016, n = 549.....	19
Abbildung 3.13: Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, nach Berufsgruppen, n = 1.636	22
Abbildung 3.14: Berufsqualifikation DGKP – Diplomausstellungsland in Prozent im Jahr 2016, n = 577	23
Abbildung 3.15: Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht im Jahr 2016, in Prozent (n = 1.636).....	24
Abbildung 3.16: Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, nach Berufsgruppen, n = 265	26
Abbildung 3.17: Berufsqualifikation DGKP – Diplomausstellungsland 2016, n = 265	27
Abbildung 3.18: Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht 2016, in Prozent, n = 265.....	28

Abbildung 3.19: Grundausbildung der als Sozialbetreuer/-innen beschäftigten Pflege- personen im Jahr 2016, n = 231	30
Abbildung 3.20: Verteilung der Pflegepersonen in der Behindertenbetreuung nach Berufsgruppen und Geschlecht im Jahr 2016, n = 252	31
Abbildung 3.21: Altersverteilung in den Pflegeberufen im Behindertenbereich im Jahr 2016, n = 252	31
Abbildung 3.22: Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht im Behindertenbereich im Jahr, in Prozent, n = 252.....	32
Abbildung 3.23: Altersverteilung bei den Lehrpersonen in Ausbildungsstätten im Jahr 2016, n = 48	35
Abbildung 3.24: Spezialisierungen des Lehrpersonals 2016 (absolute Zahlen - Mehrfach- nennungen)	36
Abbildung 3.25: Diplomausstellungsland im Jahr 2016, absolute Zahlen, n = 48.....	37
Abbildung 3.26: Berufsherkunft der Lehrpersonen im Jahr 2016, absolute Zahlen, n=48	37
Abbildung 3.27: Entwicklung der aufgenommenen Schüler/-innen und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Vorarlberg, 2007-2016	39
Abbildung 3.28: Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Schüler/-innen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Vorarlberg, 2012-2016	40
Abbildung 3.29: Erste Arbeitsstelle von Absolventen/Absolventinnen der Ausbildung zum gehobenen Dienst im Zeitraum 2009 - 2012 in Vorarlberg	41
Abbildung 3.30: Entwicklung der aufgenommenen Schüler/Schülerinnen und Absolventenzahlen in der Pflegeassistenten-Ausbildung in der Schule in Feldkirch (Vorarlberg), 2012-2016	42
Abbildung 3.31: Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Schüler/-innen in den Ausbildungen zu Pflegeassistenten in der Schule in Feldkirch / Vorarlberg, 2012 - 2016	43
Abbildung 3.32: Entwicklung der aufgenommenen Studierenden und Absolventenzahlen in der Pflegeassistenten-Ausbildung in Sozialbetreuungsschulen in Vorarlberg, 2007-2016	44
Abbildung 3.33: Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Studierenden in der Pflegeassistenten-Ausbildung in Sozialbetreuungsschulen in Vorarlberg, 2012-2016	45
Abbildung 3.34: Entwicklung der Absolventen/Absolventinnen nach Ausbildungsart und Schule in Vorarlberg von 2012 - 2016.....	46
Abbildung 4.1: Das Simulationsmodell im Überblick.....	47
Abbildung 4.2: Berechnung des Personalangebots	48

Abbildung 4.3:	Entwicklung der Bevölkerungs- und Altersstruktur in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030	50
Abbildung 4.4:	Entwicklung der Krankenanstaltenaufenthalte in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030	51
Abbildung 4.5:	Entwicklung der Pflegeheimplätze in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030	52
Abbildung 4.6:	Entwicklung der betreuten Personen in der HKP in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030	53
Abbildung 4.7:	Schematische Darstellung der Szenarien.....	54
Abbildung 4.8:	Entwicklungen der Anzahl an Pensionierungen pro Jahr bis 2030.....	58
Abbildung 4.9:	Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf für Pflegeversorgung gesamt bis 2030.....	59
Abbildung 4.10:	Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf für Pflegeversorgung gesamt mit erhöhten Absolventenzahlen bis 2030.....	64
Abbildung 4.11:	Entwicklung des Personalangebots minus dem Bedarf in Krankenanstalten bei Anpassung des Skill-Mix bis 2030.....	66
Abbildung 4.12:	Personalangebot bei Veränderung des Skill-Mix 2030 in den Pflegeheimen	67
Abbildung 4.13:	Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf im Gesamtsystem bei Veränderung der Annahmen in puncto Bedarf analog RSGBP-V bis 2030.....	69

Tabellen

Tabelle 3.1:	Dauer der Organisationszugehörigkeit in Jahren.....	16
Tabelle 3.2:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in Krankenhäusern im Jahr 2016.....	17
Tabelle 3.3:	Pflegepersonal nach Einsatzbereichen, 2016	18
Tabelle 3.4:	Angehörige des gehobenen Dienstes mit Spezialisierungsausbildungen und Einsatzbereich im Jahr 2016, in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich	20
Tabelle 3.5:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Langzeitpflege 2016, n = 1.636	25
Tabelle 3.6:	Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Hauskrankenpflege 2016, n = 265 ...	29
Tabelle 3.7:	Organisationszugehörigkeit der Lehrpersonen 2016 in Jahren, n = 48.....	38
Tabelle 4.1:	Angebotsseitige Annahmen für die Parameter des Basisfalls im Prognosemodell	56
Tabelle 4.2:	Bedarfsseitige Annahmen für die Parameter des Basisfalls im Prognosemodell	57

Tabelle 4.3:	Antizipierter Skill-Mix 2030 für Basisfallszenario im Prognosemodell pro Setting.....	57
Tabelle 4.4:	Personalangebot und Personalbedarf nach Setting.....	60
Tabelle 4.5:	Angebotsseitige Annahmen für die Parameter des Alternativszenarios „Anpassung der Ausbildungen“ (Veränderungen in Rot)	62
Tabelle 4.6:	Bedarfsseitige Annahmen für die Parameter des Alternativszenarios „Anpassung der Ausbildungen“	63
Tabelle 4.7:	Antizipierter Skill-Mix 2030 für das Alternativszenario „Anpassung der Ausbildungen“ pro Setting.....	63
Tabelle 4.8:	Parameter für Alternativszenario mit Veränderung des Skill-Mix in den Krankenanstalten	65
Tabelle 4.9:	Parameter für Alternativszenario mit Veränderung des Skill-Mix in der Langzeitpflege	67
Tabelle 4.10:	Parameter für Alternativszenario mit Veränderung der Annahmen zum Bedarf analog RSGBP-V.....	68

Abkürzungen

AGuK	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
AMS	Arbeitsmarktservice
BHS	berufsbildende höhere Schule
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
DSB-AA	Diplomsozialbetreuung Altenarbeit
DSB-BA	Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit
DSB-FA	Diplomsozialbetreuung Familienarbeit
FSB-AA	Fachbetreuung Altenarbeit
FSB-BA	Fachbetreuung Behindertenarbeit
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKPS	Gesundheits- und Krankenpflegeschule
HH	Heimhelfer/-in
HKP	Hauskrankenpflege
KA	Krankenanstalt
KiJuP	Kinder- und Jugendlichenpflege
lt.	laut
LZP	Langzeitpflege
o. A.	ohne Angabe
o. a.	oben angegeben/angeführt
OP	Operationsdienst
PA	Pflegeassistenz/Pflegeassistent/-in
PFA	Pflegefachassistenz/Pflegefachassistent/-in
PH	Pflegehilfe
PsyP	psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
RSGBP-V	Regionaler Strukturplan Gesundheit – Betreuung und Pflege Vorarlberg
SBB	Sozialbetreuungsberufe
STAT	Statistik Österreich
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Das Thema Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist national und international hoch priorisiert. Insbesondere die demografische Alterung, die wachsende Bevölkerung, eine Zunahme an chronisch Kranken und multimorbiden Menschen sowie, damit vergesellschaftet, die Zunahme an pflegebedürftigen Personen erfordern eine umfassende Planung, welche sich auch in strukturellen Veränderungen niederschlägt. Maßgeblichen Einfluss auf den künftigen Pflegepersonalbedarf hat die **GuKG-Novelle 2016**. Eckpunkte dieser Novelle sind die **zeitgemäße Gestaltung und Aufwertung des Berufsbilds und Aufgabenbereichs für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege**, die Einführung eines neuen Pflegeassistentenberufes (**Pflegefachassistenz**) sowie der Fokussierung auf Kompetenzen anstelle von Tätigkeiten. Um entsprechend dem künftigen Pflegebedarf eine sowohl aus quantitativer als auch qualitativer Sicht ausreichende Anzahl an Pflegepersonen mit entsprechender Qualifikation in den jeweiligen Einrichtungen vorhalten zu können, gilt es bereits jetzt Vorkehrungen zu treffen.

Ziel des Berichts ist eine umfassende Bestandsaufnahme des Pflegepersonals in den zentralen Settings in Vorarlberg. Die Erhebung fand in der ambulanten Pflege, in Akutkrankenhäusern, in Langzeitpflegeeinrichtungen, im Behindertenbereich, in Bildungseinrichtungen sowie in ausgewählten Spezialbereichen statt. Diese Erhebung stellt die Basis für eine Prognose des künftigen Pflegepersonals dar, welches vom GuKG umfasst ist. Dabei werden – auf der Grundlage bestehender Arbeiten (z. B. Regionaler Strukturplan Gesundheit – Betreuung und Pflege Vorarlberg, RSGBP-V) – sowohl Strukturfaktoren als auch – in Abhängigkeit von der jeweiligen Datenverfügbarkeit – leistungsbezogene Aspekte gemeinsam betrachtet. Es wird der voraussichtliche Bedarf an Pflegepersonal mit GuK-Kompetenz lt. GuKG, vom heutigen Wissensstand ausgehend, bis 2030 prognostiziert. Einschränkend sei erwähnt, dass Veränderungen wie z. B. der Entfall des Pflegeregresses nicht vorweggenommen werden können, diese die Bedarfe jedoch beeinflussen und verändern.

Die Berechnungen fußen auf einem **individuenbasierten Modell**. Neben dem Basismodell (Fortbeschreibung der voraussichtlichen Inanspruchnahme der Dienstleistungen wie bisher) werden ausgewählte Referenzszenarien, die als wahrscheinlich gelten, berechnet. Dadurch können Effekte wie z. B. eine Veränderung der Personalzusammensetzung oder das Greifen strukturverändernder Maßnahmen, wie sie im RSGBP-V geplant sind, aufgezeigt werden.

Dieser Bericht soll den verantwortlichen Personen im Bereich **Gesundheit und Soziales als Entscheidungs- und Steuerungsgrundlage** dienen. Erstmals wurde für Vorarlberg eine Bestandsaufnahme von Personen mit Berufsberechtigungen nach dem GuKG vorgenommen. Auf Basis dieser Daten sowie der Berücksichtigung demographischer Entwicklungen (z. B. Altersentwicklung der Bevölkerung) und den Veränderungen durch die GuKG-Novelle 2016 wurde der Pflegepersonalbedarf bis 2030 prognostiziert. Die Prognosemodelle basieren auf den, seitens der Einrichtungen zur Verfügung gestellten, individuellen und aggregierten Daten. Die Annahmen für die Szenarien wurden sowohl mit Vertretern der Träger als auch dem Auftraggeber abgestimmt und spiegeln den Wissens- und Erkenntnisstand von 2016 wieder. Es wurden die zum Berechnungszeitpunkt aktuellen Daten berücksichtigt, da diese für 2016 nicht immer zur Verfügung standen, wurden

auch Daten aus 2015 verwendet. Nicht berücksichtigt wurden mögliche Folgen die durch die Abschaffung des Pflegeregresses (tritt mit 1.1.2018 in Kraft) erwachsen, da diese derzeit nicht abschätzbar sind.

2 Projektbeschreibung

Ziel des Projekts ist die **settingübergreifende Darstellung des personellen Status quo** sowie eine Prognose auf Basis einer Modellrechnung für den gesamten Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Sozialbetreuungsberufe mit Pflegeassistentenqualifikation. Das sind:

- » Gesundheits- und Krankenpflege (inkl. ehemaliger psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege sowie ehemaliger Kinderkrankenpflege)
- » Pflegefachassistenz
- » Pflegeassistenten
- » Fach-, Diplomsozialbetreuung Altenarbeit
- » Fach-, Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit
- » Diplomsozialbetreuung Familienarbeit

Berücksichtigt werden alle Einsatzgebiete von Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Sozialbetreuungsberufen (das sind Behinderteneinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen und die ambulante Pflege). Die Modellrechnung erfolgt in Abstimmung mit dem Auftraggeber auf Basis der prognostizierten demografischen Entwicklung, der RSGPB sowie anderer zur Verfügung stehender Strategiekonzepte.

Der Modellierungshorizont umfasst die Jahre 2020, 2025 und 2030.

Durch die Gegenüberstellung von prognostiziertem Bedarf und Angebot können Empfehlungen zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeleistungen abgeleitet werden.

Für anschlussfähige und umsetzungstaugliche Ergebnisse ist die Einbindung lokaler Entscheidungsträger/-innen und Stakeholder von Bedeutung. Daher wurde ein partizipativer Ansatz gewählt, der gewährleistet, dass die Besonderheiten der regionalen Pflegelandschaft insbesondere in den analyserelevanten Alternativszenarien abgebildet sind.

3 Ergebnisse der Datenerhebung

Die analysierten Berufsgruppen sind gemäß Auftrag Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en) (DGKP) mit den jeweiligen Spezialisierungen sowie die Pflegeassistentenberufe inklusive der Sozialbetreuungsberufe (FSB für Alten- und Behindertenarbeit und DSB für Alten-, Familien- und Behindertenarbeit) da diese über eine Qualifikation gemäß GuKG verfügen. Weitere Berufsgruppen wie Heimhelfer/-innen und Fach- bzw. Diplomsozialbetreuer/-innen für Behindertengleitung werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Datengrundlagen

Die Grundlage bilden Daten, welche mittels Erhebungsbogens von der Abteilung Sanitätsangelegenheiten (IVd) im Amt der Vorarlberger Landesregierung erhoben und auf Plausibilität, Durchgängigkeit und Vollständigkeit geprüft wurden. Die vollständigen Datensätze wurden vom Amt der Vorarlberger Landesregierung der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (GÖ FP) anonymisiert für die Auswertung zur Verfügung gestellt.

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

3.1 Datenabdeckung

In die Erhebung wurden Behinderteneinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitpflegeeinrichtungen, die ambulante Pflege, Ausbildungseinrichtungen sowie Einrichtungen, in welchen Pflegepersonen qua ihrer Ausbildung beschäftigt sind (z. B. Amtspflegepersonen, bei connexia Tätige), miteinbezogen.

Die Erhebung fand in den allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten LKH Feldkirch, LKH Bregenz, LKH Bludenz, KH der Stadt Dornbirn, in den öffentlichen Sonderkrankenanstalten LKH Hohenems, LKH Rankweil, KH der Stiftung Maria Ebene sowie in der privaten Sonderkrankenanstalt Rehabilitationsklinik Montafon (Schruns) statt¹. Diese Einrichtungen umfassen zusammen 2.098 Betten und decken 94 Prozent aller Spitalsbetten im Land Vorarlberg ab.

Von den 51 Pflegeheimen retournierten 48 auswertbare Erhebungsbögen. Daher sind von insgesamt 2.369 möglichen Heim- und Pflegeheimbetten 2.247 erfasst, das entspricht 95 Prozent.

1

Quelle: https://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesundheits_sport/gesundheits/gesundheitsrecht/weitereinformationen/krankenanstalten/listedervorarlbergerkrank.htm

In Vorarlberg existieren 66 Krankenpflegevereine, die von 50 Stützpunkten aus tätig werden. Von 56 Krankenpflegevereinen wurden auswertbare Erhebungsbögen zurückgeschickt. Damit wurden 87 Prozent der Vollzeitäquivalente in den Krankenpflegevereinen erfasst.

Personen mit Pflegekompetenzen nach dem GuKG finden sich auch in anderen Einrichtungen, dazu zählen: Ausbildungseinrichtungen, Land Vorarlberg, connexia, AKS (Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin), Caritas Vorarlberg sowie die Lebenshilfe Vorarlberg und pro mente. Diese Einrichtungen haben sich an der Erhebung ebenfalls beteiligt. Von ihren gesamten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen wurden jedoch nur jene berücksichtigt, welche über Pflegekompetenzen laut GuKG verfügen. Weitere Einrichtungen wie z. B. das Institut für Sozialdienste (ifs, aqua mühle) wurden kontaktiert, allerdings handelt es sich dabei um Einrichtungen, die eine geringe Anzahl von Personen aus der Zielgruppe dieser Studie beschäftigen, daher wurden dort keine Daten erhoben.

3.2 Pflegepersonal in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs

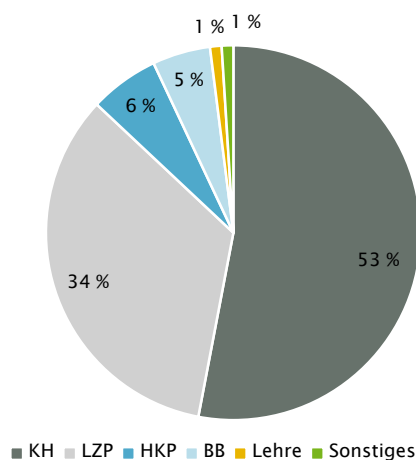
Im diesem Abschnitt werden zunächst alle Sektoren umfassende Ergebnisse dargestellt. Ab dem Abschnitt 3.3 wird auf die Besonderheiten der Sektoren eingegangen.

Im Rahmen der Erhebung wurden für das Jahr 2016 Einzeldaten von 4.656 Personen (3.543 VZÄ) erhoben. Von diesen sind 3.014 (2.311 VZÄ) als Angehörige des gehobenen Dienstes für GuK, 1.411 (1.048 VZÄ) als PA und 231 (185 VZÄ) als Angehörige der Sozialbetreuungsberufe angestellt. Von den 3.014 DGKP sind 82 Prozent weiblich, bei den PA sind es 86 Prozent und bei den Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe 71 Prozent.

Mehr als die Hälfte der Pflegepersonen war 2016 in Krankenhäusern beschäftigt, 34 Prozent in der Langzeitpflege, sechs Prozent in der Hauskrankenpflege, fünf Prozent im Behindertenbereich und je ein Prozent in der Ausbildung bzw. anderen Organisationen und Funktionen wie: aks gesundheit GmbH, Land Vorarlberg, Caritas Vorarlberg oder connexia (vgl. 3.2).

Abbildung 3.1:

Verteilung des Pflegepersonals nach Einsatzbereichen im Jahr 2016, n = 4.138

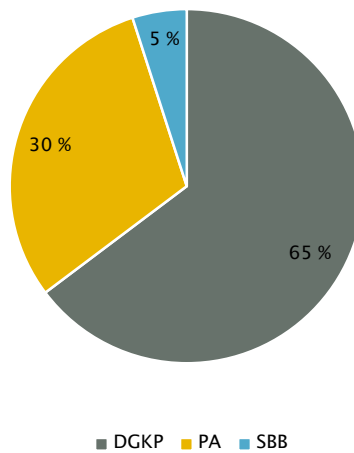


Quelle und Darstellung: GÖ FP

Von den befragten Personen sind 65 Prozent DGKP, 30 Prozent PA, und fünf Prozent gehören den SBB an (Abbildung 3.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere in der Langzeitpflege Personen mit abgeschlossener Fachsozialbetreuungsausbildung häufig als PA angestellt werden. Von den DGKP absolvierten 83 Prozent (2.516 Köpfe) die Grundausbildung in der allgemeinen GuK. 14 Prozent (424 Köpfe) verfügen über eine Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, drei Prozent (108 Köpfe) in der Kinder- und Jugendlichenpflege.

Von den 30 Prozent Personen, die als PA angestellt sind, verfügen elf Prozent über eine Ausbildung für Fachsozialbetreuung Altenarbeit und sieben Prozent über eine Ausbildung Diplomsozialbetreuung Altenarbeit. Von den Vertretern/Vertreterinnen der Sozialbetreuungsberufe verfügen vier Prozent (168 Köpfe) über eine Grundausbildung in der Fachsozialbetreuung Altenarbeit, gefolgt von je einem Prozent in der Fachsozialbetreuung bzw. Diplomsozialbetreuung Behindertenebegleitung (je 55 Köpfe) sowie 14 Personen in der Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit, sechs Personen in der Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit und 32 Personen in der Diplomsozialbetreuung Familienarbeit. Einige der befragten Personen verfügen über Mehrfachqualifikationen.

Abbildung 3.2:
Pflegepersonal nach Art der Anstellung im Jahr 2016, n = 4.354



Quelle und Darstellung: GÖ FP

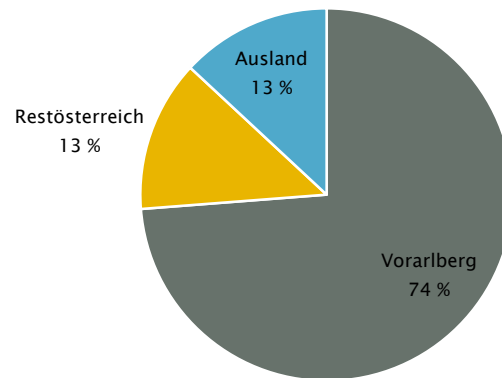
Für 69 Personen wurde auch der akademische Grad angegeben. Die häufigsten sind Magister-, bzw. Masterabschluss (40 Personen) sowie der Bachelorabschluss (23 Personen).

Im Zuge dieser Studie wurde erhoben, aus welchen Ländern Pflegepersonen kommen, die in Vorarlberg beschäftigt sind. Dazu wurden Informationen über das Diplomasstellungsland bzw. des Zeugnisses herangezogen. Rund drei Viertel der Pflegepersonen haben die Berufsberechtigung in Vorarlberg, 13 Prozent in anderen Bundesländern sowie weitere 13 Prozent im Ausland erworben. Mit mehr als 50 Prozent stellen Berufsangehörige aus dem deutschsprachigem Ausland (305 Personen aus Deutschland, 14 Personen aus der Schweiz), den größten Anteil der Personen dar, die ihre Berufsqualifikation im Ausland erworben haben. Gefolgt von 13 Prozent von Berufsangehörigen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens. Wenige Berufsangehörige erwarben das Diplom oder Zeugnis in Ungarn, der Slowakei, Rumänien, Polen oder Tschechien.

Die Abbildung 3.3 und Abbildung 3.4 auf der folgenden Seite stellen dar, in welchem Land die Berufsqualifikation erworben wurde.

Abbildung 3.3:

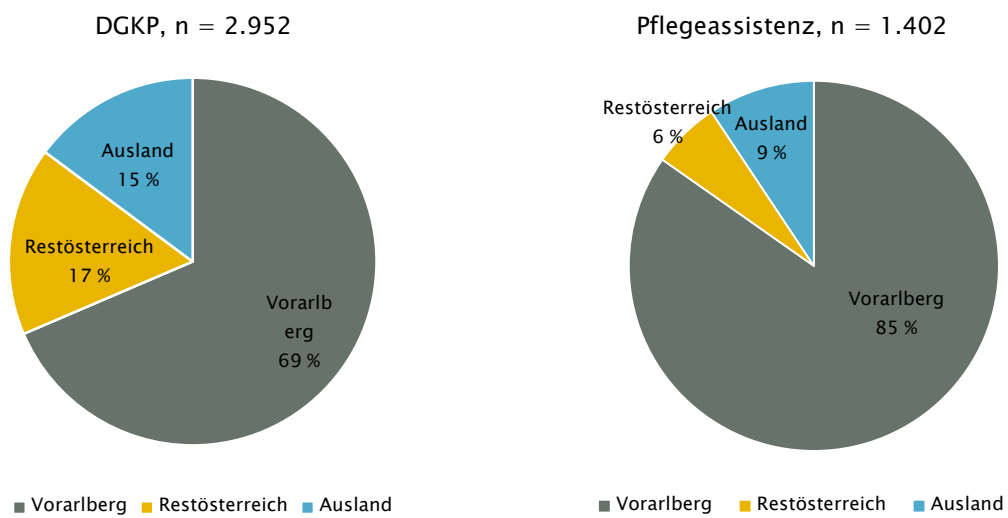
Land, in welchem die Berufsqualifikation erworben wurde, alle Pflegepersonen im Jahr 2016, n = 4.354



Quelle und Darstellung GÖ FP

Abbildung 3.4:

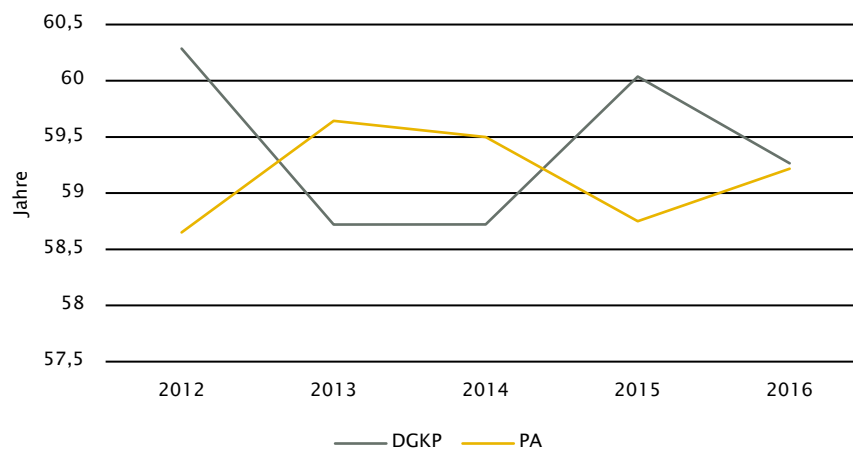
Land, in welchem die Berufsqualifikation erworben wurde, im Jahr 2016, nach Berufsgruppen



Quelle und Darstellung GÖ FP

Aus den aggregierten Daten kann die Entwicklung des Pensionierungsalters dargestellt werden. Wie aus Abbildung 3.5 hervorgeht pendelt dieses zwischen 58,7 und 60,3 Jahren.

Abbildung 3.5:
Durchschnittliches Pensionierungsalter 2012-2016



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Gemäß § 253 ASVG kann eine Alterspension bei Vorliegen der Voraussetzungen ab dem 65. (Männer) bzw. 60. (Frauen) Lebensjahr (Regelpensionsalter) in Anspruch genommen werden. Für vor 1. 1. 1954 geb. Männer und vor 1. 1. 1959 geb. Frauen gibt es noch Übergangsbestimmungen bei Vorliegen sehr langer Beitragszeiten, dann beträgt das frühestmögliche Antrittsalter 60 Jahre für Männer und 55 Jahre für Frauen. Das durchschnittliche Pensionsneuzugangsalter 2016 betrug bei Männern 63,2 Jahre und bei Frauen 60,3 Jahre. Das durchschnittliche Pensionsneuzugangsalter für Langzeitversicherte betrug bei Männern 62,4 und bei Frauen 58,4 Jahre².

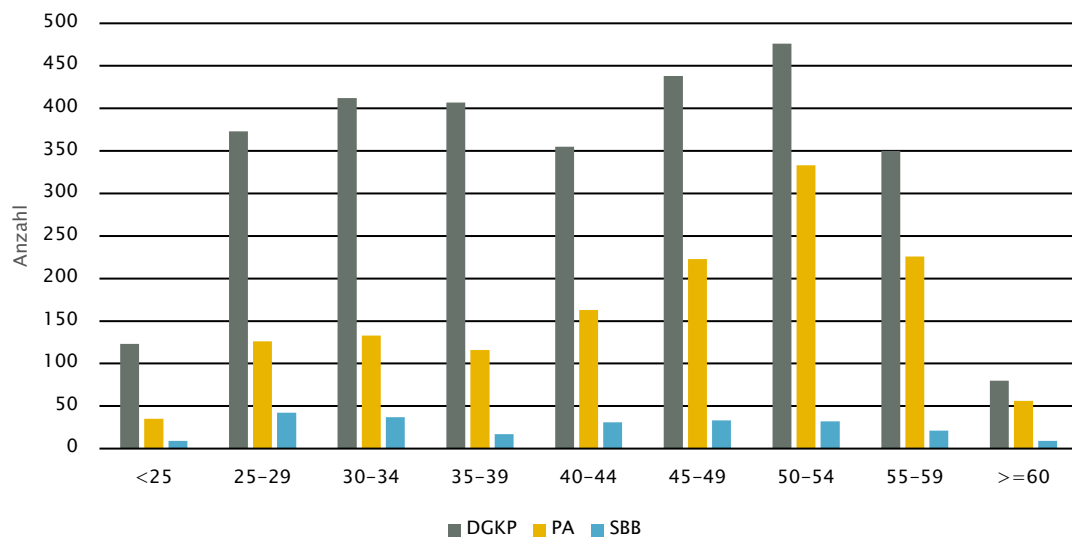
Die Möglichkeit der Altersteilzeit wird von insgesamt 30 Personen in Anspruch genommen.

²

Quelle: Pensionsversicherungsanstalt <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?conte-tid=10008.577981&version=1496996768>

Abbildung 3.6 gibt einen Überblick über die Altersverteilung beim Pflegepersonal nach Berufsgruppen über alle Settings.

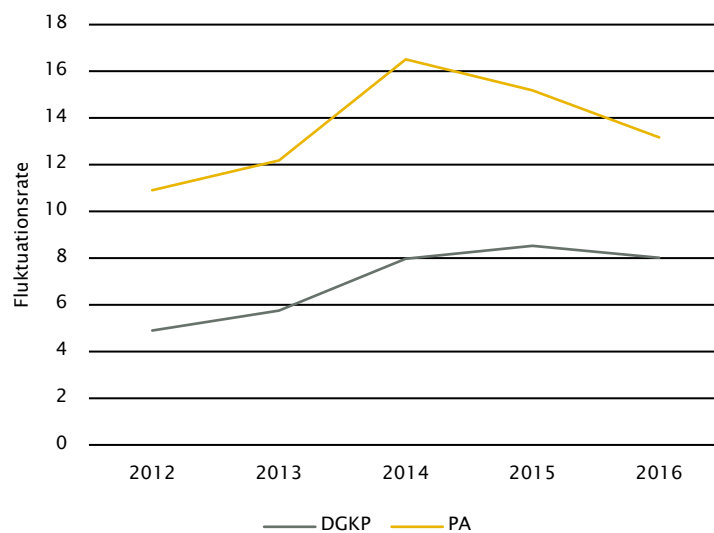
Abbildung 3.6:
Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, alle Settings gemeinsam, n = 4.656



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die Fluktuationsrate lag bei DGKP in den letzten drei Jahren zwischen rund fünf und acht Prozent, bei den PA etwas höher zwischen 11 Prozent mit einem leichten Höhepunkt 2014 mit rund 16 Prozent. Die Informationen zu den Fluktuationsraten stammen aus den aggregierten Daten; da diese nicht von allen Organisationen vorliegen, sind diese Zahlen vorsichtig zu interpretieren. Als Ursachen für Arbeitsplatzwechsel werden in der Literatur Arbeits(un)zufriedenheit, Arbeitserfahrung, Stress, Führung sowie Möglichkeiten eine andere Arbeit zu finden beschrieben. Ob es sich bei diesem Ergebnis um ein Datenartefakt handelt oder einen systematischen Unterschied sollte weiterverfolgt werden. Mit der 2018 beginnenden Registrierung werden Analysen dieser Art unterstützt.

Abbildung 3.7:
Fluktuationsraten zwischen 2012 und 2016



Quelle und Darstellung : GÖ FP

In den folgenden Kapiteln werden die Erhebungsergebnisse für die einzelnen Settings aufbereitet.

3.3 Krankenanstalten

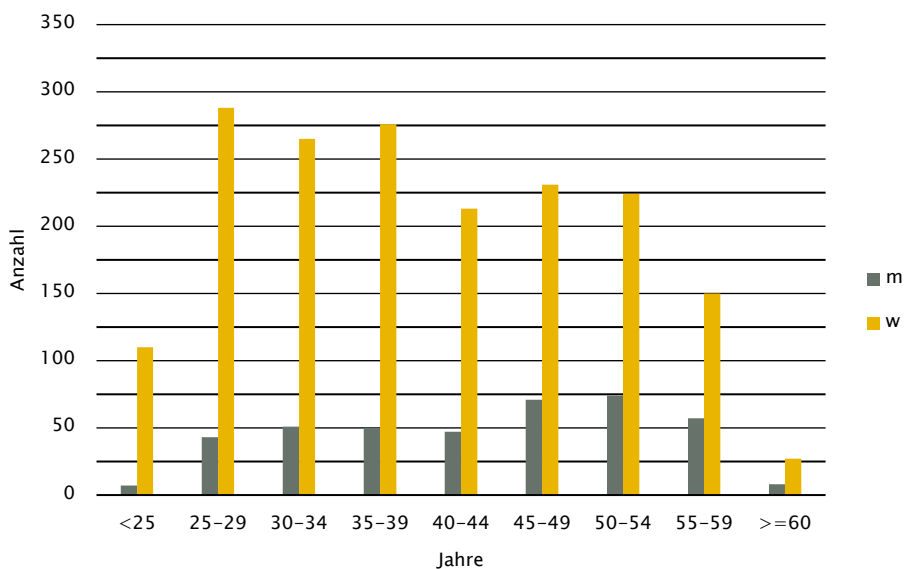
Insgesamt wurden in den **personenbezogenen Einzeldaten** 2.503 Köpfe bzw. 1.968 Vollzeitäquivalente (VZÄ) aus den personenbezogenen Daten aus den Krankenhäusern erfasst. Davon sind 2.192 (Köpfe) bzw. 1.718 (VZÄ) DGKP und 309 (Köpfe) bzw. 250 (VZÄ) PA. Von den 2.192 Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK verfügen 83 Prozent über das Diplom in der allgemeinen GuK, 14 Prozent über das Diplom in der psychiatrischen GuK und drei Prozent über jenes in der Kinder- und Jugendlichenpflege. 87 Prozent sind Angehörige des gehobenen Dienstes für GuK, 13 Prozent PA.

Geschlecht und Alter der Pflegepersonen, allgemein

78 Prozent der Angehörigen des gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind weiblich, auch in der KijU-Pflege dominieren mit 97 Prozent Frauen, in der allgemeinen GuK liegt der Anteil der Frauen bei 84 Prozent, in der PsyP jedoch nur bei 61 Prozent. Bei der PA sind 66 Prozent der Berufsangehörigen weiblich.

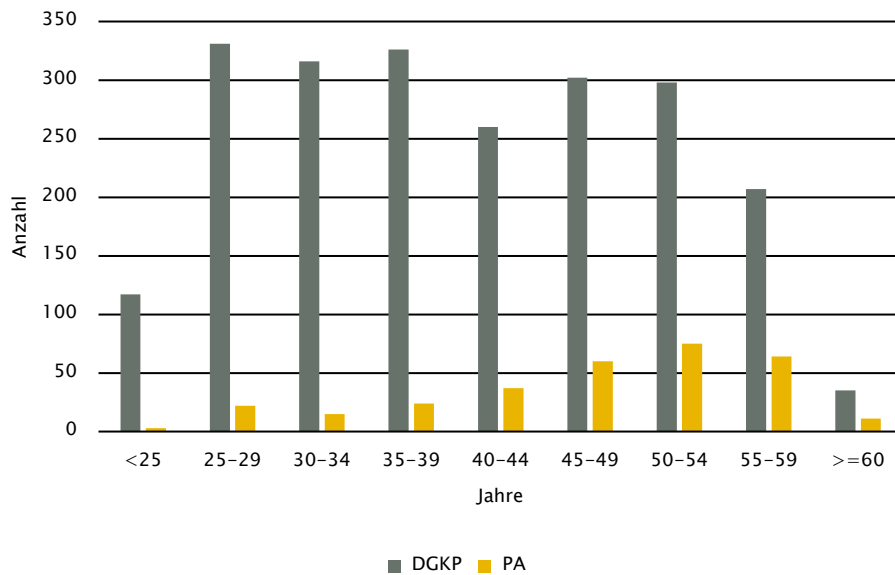
Im Durchschnitt sind DGKP 40,2 Jahre alt, Männer 43,3 Jahre und Frauen 39,4 Jahre. Pflegeassistenten sind durchschnittlich 47,7 Jahre, Pflegeassistentinnen 47,2 Jahre. Die Altersverteilungen sind in Abbildung 3.8 und Abbildung 3.9 dargestellt.

Abbildung 3.8:
Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK im Jahr 2016, nach Geschlecht, n = 2.192



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 3.9:
 Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK und jener der
 Pflegeassistenz im Jahr 2016, n = 2.503



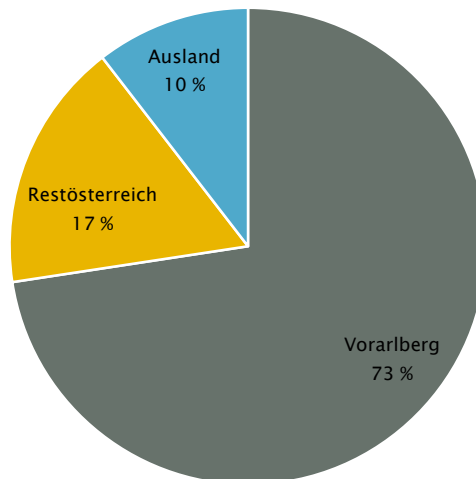
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Herkunftsland der Pflegepersonen

Im Rahmen der Erhebung sollte in Erfahrung gebracht werden, wie hoch der Anteil von Pflegepersonen ist, die ihre Berufsqualifikation nicht in Vorarlberg bzw. nicht in anderen österreichischen Bundesländern erworben haben. Dazu wurde erhoben, in welchem Land das Diplom bzw. Zeugnis erworben wurde (vgl. Abbildung 3.10)

Abbildung 3.10.

Berufsqualifikation DGKP Diplomausstellungsland im Jahr 2016, n = 1.632



Quelle und Darstellung: GÖ FP

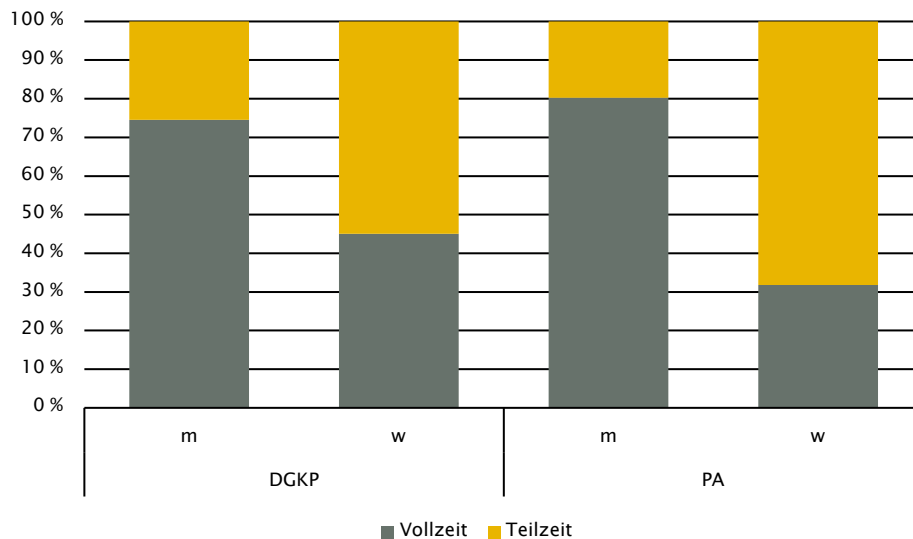
Ein Großteil der Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK wurde in Österreich ausgebildet, davon der höchste Anteil in Vorarlberg. Nur 10 Prozent der DGKP erhielten ihre Ausbildung im Ausland. Von den Pflegepersonen mit ausländischer Berufsqualifikation wurden sieben Prozent in Deutschland ausgebildet.

Nur zwei Prozent der PA verfügen über ausländische Berufsqualifikationen, alle anderen wurden in Österreich ausgebildet.

Beschäftigungsstatus/-ausmaß

Abbildung 3.11 zeigt das Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht und Beruf. Insgesamt gehen 51 Prozent der DGKP einer Vollzeit- und 49 Prozent einer Teilzeitbeschäftigung nach. Von den Pflegeassistenten/Pflegeassistentinnen gehen 46 Prozent einer Vollzeit- und 54 Prozent einer Teilzeitbeschäftigung nach.

Abbildung 3.11:
Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht in den Krankenhäusern im Jahr 2016,
in Prozent



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Das Beschäftigungsausmaß ist sehr vielfältig und variiert von acht bis 40 Stunden in der Woche, der Mittelwert liegt bei rund 33 Stunden pro Woche.

Differenziert nach Geschlecht, zeigt sich jedoch, dass mit 55 Prozent der diplomierten GuK-Pflegerinnen und 68 Prozent der Pflegeassistentinnen mehr Frauen einer Teilzeitarbeit nachgehen als Männer mit 25 Prozent (diplomierten GuK-Pflegerinnen) bzw. 20 Prozent bei den Pflegeassistenten. Die Teilzeitquote der unselbstständig erwerbstätigen 15- bis 64-jährigen Frauen (in Prozent) liegt in Vorarlberg bei 50,1 Prozent, jene der Männer bei 12,1 Prozent. Damit liegen sowohl die Frauen als auch die Männer im Pflegebereich über dem Durchschnitt bei der Teilzeitquoten in Vorarlberg (Statistik Austria, 2015).

Organisationszugehörigkeit & Fluktuationsrate

Über die Berufsverweildauer von Pflegepersonen im Beruf (also vom Ende der Ausbildung unter Berücksichtigung von Berufsunterbrechungen und die Rückkehr in den Beruf bzw. das Ausscheiden aus dem Beruf) können aufgrund fehlender Informationen keine Aussagen getroffen werden. Im Rahmen der Studie wurde jedoch erhoben wie lange Pflegepersonen bereits in der Organisation beschäftigt sind. Tabelle 3.1 gibt einen Überblick über die Dauer der Organisationszugehörigkeit in Jahren.

Die Organisationszugehörigkeit von DGKP in Vorarlbergs Krankenanstalten beträgt bei den DGKP im Schnitt 12,4 Jahre und bei den PA 14 Jahre.

Tabelle 3.1:
Dauer der Organisationszugehörigkeit in Jahren

Jahre im Dienst	gemeinsam	Männer	Frauen
DGKP	12,4	13,9	12
PA	14	18,1	12,3

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit³ in Jahren betrug 2016 für unselbstständige Erwerbstätige in Österreich 10,1 Jahre, für Männer 10,9 und für Frauen 9,2 Jahre. Die durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit in Jahren betrug 2015 für unselbstständige Erwerbstätige in Vorarlberg 9,2 Jahre, für Männer 10,5 und für Frauen 7,5 Jahre⁴. Verglichen mit Daten aus Österreich bzw. Vorarlberg allgemein, ist die durchschnittliche Dauer der Organisationszugehörigkeit in den Krankenanstalten also höher.

Eine Kohortenstudie von Christa Them (Them et al. 2009) in Österreich kam zu folgendem Ergebnis. Die Berufsverweildauer bei DGKP beträgt durchschnittlich 19,5 Jahre. Berufswiedereinsteiger/-innen bleiben rund 17,2 Jahre im Beruf und -aussteiger/-innen beenden nach 9,4 Jahren ihre berufliche Tätigkeit in der Pflege.

Die **Fluktuationsrate** wurde aus den aggregierten Daten berechnet. Sie lag sowohl bei DGKP als auch bei PA in den letzten drei Jahren bei rund sechs Prozent, mithin ein wenig unter jenen Fluktuationsraten, die bei gleichen Projekten in Salzburg (Zsifkovits et al. 2013) und in Kärnten (Rappold et al. 2014) festgestellt wurden.

Berufsherkunft

Die Berufsherkunft gibt Auskunft darüber, in welchem Bereich die Berufsangehörigen vor der aktuellen Tätigkeit beschäftigt waren. Die Informationen zur Berufsherkunft können wichtige Daten für die Modellrechnung liefern. So kann besser abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß Wechsel sowohl zwischen Krankenanstalten als auch von Pflegeeinrichtungen in Krankenanstalten oder Quereinstiege von Bedeutung sind.

³ Betriebszugehörigkeit wird in der Statistik Austria verwendet, wir sprechen in diesem Bericht von Organisationszugehörigkeit

⁴ Arbeitsmarktstatistik 2016: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=073887

Die Tabelle 3.2 zeigt die Berufsherkunft von Personen des gehobenen Dienstes in Krankenhäusern. Es wird deutlich, dass die Rekrutierung nach absolvierter Grundausbildung die zentrale Quelle der Berufsherkunft darstellt, gefolgt von Wechseln zwischen Krankenhäusern. Weniger maßgeblich sind der Wechsel zwischen den Sektoren und Wiedereinstiege.

Tabelle 3.2:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in Krankenhäusern im Jahr 2016

Berufsherkunft	m	w	Summe	Prozent
Krankenhaus	124	480	604	24,0
Pflegeheim	18	141	159	6,4
Hauskrankenpflege (= mobile Pflege)	3	55	58	2,3
Behindertenbetreuungseinrichtung	4	5	9	*
freiberufliche Pflege (= selbstständige Tätigkeit)		3	3	*
nach der Pflegeausbildung	283	983	1266	51,0
zu Hause (Familie) = Wiedereinsteiger/-innen	5	98	103	4,1
aus dem Ausbildungsbereich (z. B. GuKPS)	19	123	142	5,7
Sonstiges	43	114	157	6,3
o. A.		2	2	*
Summe	499	2004	2503	

Quelle und Darstellung: GÖ FP
*=zu kleine Fallzahl für prozentuelle Darstellung

Pflegepersonal nach Einsatzbereichen

Bezogen auf die Einsatzbereiche, arbeitet der höchste Anteil der DGKP (64 %) wie auch der PA (rund 75 %) in bettenführenden Abteilungen. Rund 33 Prozent der DGKP arbeiten in anderen Bereichen, insbesondere in Spezialbereichen wo der § 17 GuKG angewendet werden muss, wie Intensivpflege, Pflege im OP oder Dialysestationen. Von rund 3 Prozent gab es keine Informationen (vgl. Tabelle 3.3).

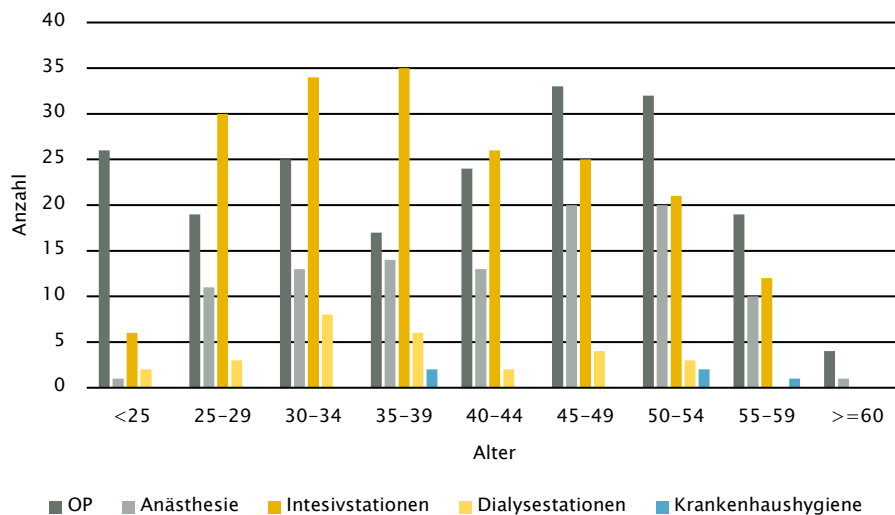
Tabelle 3.3:
Pflegerpersonal nach Einsatzbereichen, 2016

Funktionsbereiche/Berufe	absolute Zahlen		Prozent	
	DGKP	PA	DGKP	PA
bettenführende Abteilungen/Stationen, allgemein	1.063	151	48,5	48,6
bettenführende Abteilungen/Stationen, Kinder	103	12	4,7	3,9
bettenführende Abteilungen/Stationen, Psychiatrie	223	68	10,2	21,9
Operationsaal/-bereich	136	63	6,2	20,3
Anästhesie	103	—	4,7	—
Intensivbehandlungsstation/Intensivstation	189	—	8,6	—
Dialysestation	28	—	1,3	—
Überwachungsstation	25	—	1,1	—
Hygieneteam/Stabsstelle für Hygiene	5	—	1,1	—
Ambulanzen	148	12	6,8	3,9
Pflegemanagement/Pflegedienstleitung	13	—	0,6	—
Bereichsleitung	21	—	1,0	—
Stationsleitung	72	—	3,3	—
Stabsstellen	2	—	0,1	—
ohne Angabe	61	5	2,8	1,6
Summe	2.192	311	100,0	100,0

Quelle und Darstellung: GÖ FP

In Abbildung 3.12 wird die **Altersverteilung** von Pflegepersonen in **Spezialbereichen** dargestellt. Mitarbeiter/-innen auf Überwachungs- und Intensivstationen sind mit durchschnittlich 36,1 bzw. 38,9 Jahren etwas jünger sind als solche im Operationsbereich mit durchschnittlich 40,3 Jahren bzw. auf Dialysestationen mit 41,8 Jahren und in der Anästhesiepflege mit 42,8 Jahren.

Abbildung 3.12:
 Altersverteilung bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes für GuK in Spezialbereichen
 im Jahr 2016, n = 549



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Neben der Grundausbildung wurde auch erhoben, über welche Spezialisierungen (früher Sonderausbildungen) die DGKP verfügen. Dabei wurden Spezialisierungen in folgenden Bereichen verzeichnet:

- » Intensivpflege
- » Kinderintensivpflege
- » Anästhesiepflege
- » Pflege bei Nierenersatztherapie
- » Pflege im Operationsbereich
- » Krankenhaushygiene
- » Kinder- und Jugendlichenpflege
- » psychiatrische GuK
- » Lehraufgaben in der GuK
- » Führungsaufgaben in der GuK

Rund 28 Prozent der DGKP absolvierten Sonderausbildungen. Manche verfügen über Mehrfachqualifikationen. Von 444 DGKP erhielten wir Angaben über Spezialqualifikationen und den Einsatzbereich. Das Ergebnis ist in Tabelle 3.4 dargestellt. Diese Tabelle ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da einige der Personen mit absolvierter Sonderausbildung keinem Einsatzbereich zugeordnet wurden. Jedenfalls weisen die Daten darauf hin, dass für jene Fachbereiche, in welchen eine Spezialisierung zwingend vorgesehen ist, diese auch absolviert wird.

Tabelle 3.4:

Angehörige des gehobenen Dienstes mit Spezialisierungsausbildungen und Einsatzbereich im Jahr 2016, in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich

Funktionsbereich	bettenführende Abteilungen/ Stationen, allgemein	bettenführende Abteilungen/ Stationen, Kinder	bettenführende Abteilungen/ Stationen, Psychiatrie	Operationssaal/-bereich	Anästhesie	Intensivbehandlungstation/ Intensivstation	Dialysestation	Überwachungsstation	Hygieneteam/Stabsstelle für Hygiene	Ambulanzen	Pflegemanagement/ Pflegedienstleitung	Bereichsleitung	Stationsleitung
absolute Zahlen DGKP	1063	103	223	136	103	189	28	25	5	148	13	21	72
davon DGKP mit Spezialisierung für													
Intensivpflege	18	0	1	0	55	101	4	5	0	8	6	4	11
Kinderintensivpflege	1	1	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	3
Anästhesiepflege	1	0	0	0	19	2	0	0	0	1	2	0	0
Nierenersatztherapie	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	2
Operationsbereich	1	0	0	79	1	0	0	0	0	0	0	1	5
Krankenhaushygiene	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Führungsaufgaben	17	0	3	0	0	0	0	0	0	3	3	3	9
Kinder- und Jugendlichenpflege	4	14	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
psychiatrische GuK*	11	0	2	1	0	3	0	0	0	1	0	1	0

Quelle und Darstellung: GÖ FP

* In dieser Tabelle ist zu berücksichtigen, dass auf bettenführenden Abteilungen/Stationen für Psychiatrie der geringe Anteil an Spezialisierung daraus resultiert, dass ein Großteil der dort tätigen Personen über eine Grundausbildung in der Psychiatrie verfügt.

3.4 Langzeitpflege

Für jene pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr zu Hause betreut werden können, standen im Land Vorarlberg im Jahr 2015⁵ 51 Pflegeheime mit 2.369 Heimplätzen zur Verfügung (2.344 Pflegeheimplätze, 25 Wohnplätze). Insgesamt waren im Jahr 2015 in den 51 Pflegeheimen 1.574 Personen beschäftigt, davon waren **568 als DGKP, 755 als PA und 251 als Angehörige der Sozialbetreuungsberufe (SBB)** angestellt. Zwischen 2012 (1.475 beschäftigte Personen) und 2015 (1.574 beschäftigte Personen) ist die Anzahl der beschäftigten Personen kontinuierlich um rund sieben Prozent angestiegen.

In **Vollzeitäquivalenten (VZÄ)** entspricht dies rund **418 DGKP**, rund **572 PA** bzw. rund **185 VZÄ** in den **Sozialbetreuungsberufen**. Die VZÄ sind somit von 2012 (mit rund 1.092) bis 2015 (mit rund 1.175 VZÄ) ebenfalls angestiegen, nämlich um rund acht Prozent. Die Anzahl der Pflegeheimplätze hat sich im selben Zeitraum um rund sechs Prozent erhöht (von 2.201 [2012] auf 2.344 [2015]).⁶ Die oben dargestellten Informationen standen zum Berechnungszeitpunkt für das Jahr 2016 seitens des Landes Vorarlberg derzeit noch nicht zur Verfügung. Aus diesem Grund werden den Erhebungsdaten aus dem Jahr 2016 die oben angeführten Datenstände aus dem Jahr 2015 gegenübergestellt.

Bei der Erhebung im Rahmen des gegenständlichen Projekts konnten Einzeldaten von insgesamt **578 DGKP** und **1.058 PA** für das Jahr 2016 gewonnen werden. Unter der Voraussetzung, dass die oben angeführten 251 SBB zu den PA hinzugezählt werden⁷, sind damit rund 98 Prozent der DGKP und 95 Prozent der PA abgedeckt.

Von den Angehörigen des gehobenen Dienstes verfügen als Grundausbildung 86 Prozent über das Diplom in der allgemeinen GuK und 14 Prozent über das Diplom in der psychiatrischen GuK.

Von den als PA eingesetzten Personen gaben rund 74 Prozent an, die PA-Ausbildung abgeschlossen zu haben, rund 13 Prozent absolvierten die Ausbildung Fachsozialbetreuung Altenarbeit, und rund 9 Prozent schlossen die Ausbildung Diplomsozialbetreuung Altenarbeit ab. Einzelne Personen verfügen über das Diplom in der Kinder- und Jugendlichenpflege bzw. über jenes in der Diplomsozialbetreuung Familienarbeit.

5

Zum Berechnungszeitpunkt lagen noch keine Zahlen aus 2016 vor, daher wurden die von 2015 verwendet.

6

Quelle: Connexia: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf, Berichte 2012, 2013, 2014, 2015

7

In Abschnitt 4.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass insbesondere in der Langzeitpflege das Phänomen besteht, Personen mit abgeschlossener Fachsozialbetreuungsausbildung häufig als PA anzustellen.

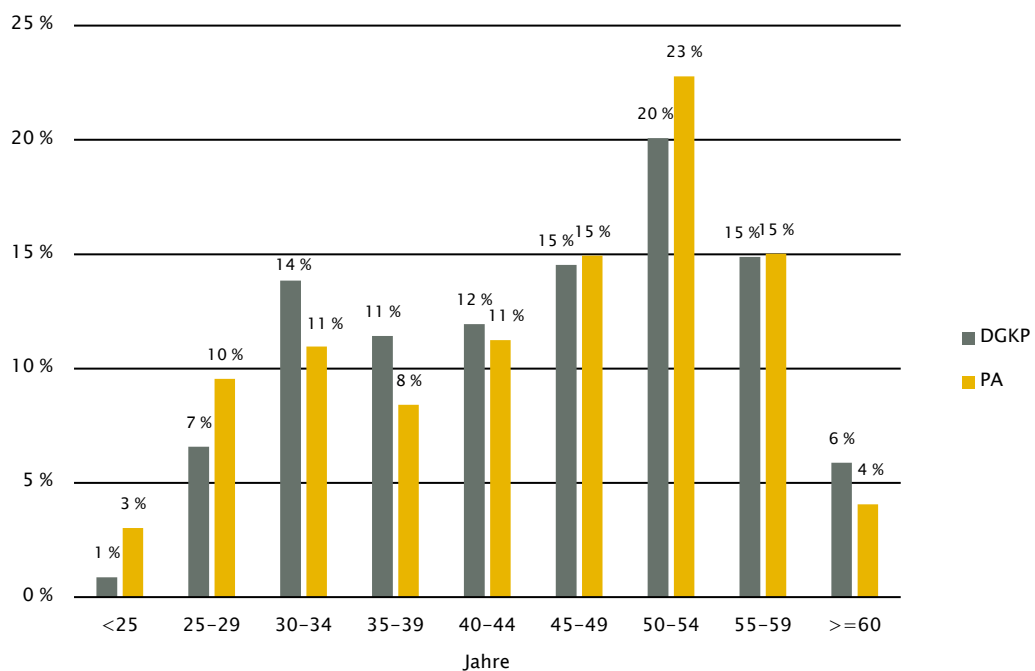
Geschlecht und Alter der Pflegepersonen

Rund 83 Prozent der DGKP sind weiblich, in der PA liegt dieser Anteil höher, und zwar bei rund 89 Prozent.

Im Durchschnitt sind die Pflegepersonen in der Langzeitpflege rund 45 Jahre alt (DGKP und PA jeweils 45 Jahre). Damit liegt das durchschnittliche Alter in der Langzeitpflege zwischen den Polen Krankenhaus (41 Jahre) und Hauskrankenpflege (49 Jahre).

Bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes und den PA sind jeweils rund 73 bzw. 72 Prozent zwischen 35 und 59 Jahre alt.

Abbildung 3.13:
Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, nach Berufsgruppen, n = 1.636



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Herkunftsland der Pflegepersonen

Im Rahmen der Erhebung sollte die Information eingeholt werden, wie hoch der Anteil von Pflegepersonen ist, die ihre Berufsqualifikation nicht in Vorarlberg bzw. nicht in anderen österreichischen Bundesländern erworben haben. Dazu wurde erhoben, in welchem Land das Diplom bzw. Zeugnis erworben wurde.

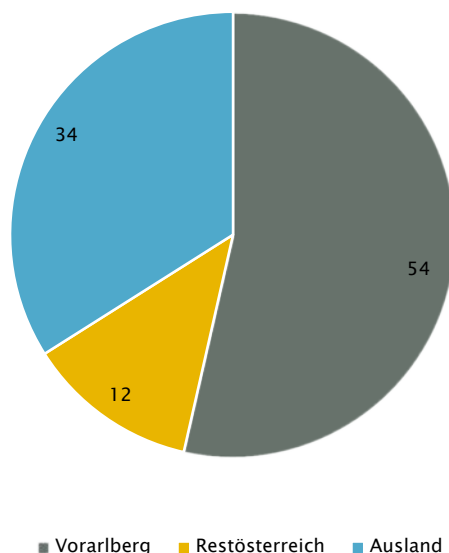
Insgesamt haben in der Langzeitpflege ähnlich wie in der Hauskrankenpflege 72 Prozent aller Pflegepersonen ihre Ausbildung in Vorarlberg absolviert, weitere neun Prozent in anderen Bundesländern Österreichs (hier liegt der Anteil in der Hauskrankenpflege bei 22 %) und ein Fünftel aller Pflegepersonen (20 %) haben ihr Diplom bzw. ihr Zeugnis im Ausland erworben. In der Hauskrankenpflege liegt der Anteil jener, die ihr Diplom bzw. ihr Zeugnis im Ausland erworben haben, bei nur sechs Prozent.

Während PA zu 82 Prozent ihr Zeugnis in Vorarlberg bzw. zu weiteren sieben Prozent in einem anderen Bundesland erworben haben, ist der Anteil jener, die ihr Diplom im Ausland gemacht haben, beim gehobenen Dienst mit 34 Prozent fast dreimal so hoch wie bei den PA (12 %).

54 Prozent der DGKP haben ihr Diplom in Vorarlberg erworben, 12 Prozent in anderen Bundesländern und rund ein Drittel (34 %) im Ausland (vgl. Abbildung 3.14).

Mit knapp 38 Prozent stellen Berufsangehörige aus dem deutschsprachigem Ausland (135 Personen aus Deutschland, 9 Personen aus der Schweiz), den größten Anteil, der Personen dar, die ihren Berufsabschluss im Ausland erworben haben. Gefolgt von 16 Prozent von Berufsangehörigen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens. Wenige Berufsangehörige erwarben das Diplom oder Zeugnis in Ungarn, der Slowakei, Rumänien, Polen oder Tschechien. Vereinzelt finden sich auch Berufsangehörige, die ihre Berufsqualifikation u. a. in Indien, China, Italien, Irland, Belgien oder den Niederlanden erwarben.

Abbildung 3.14:
Berufsqualifikation DGKP – Diplomausstellungsland in Prozent im Jahr 2016, n = 577



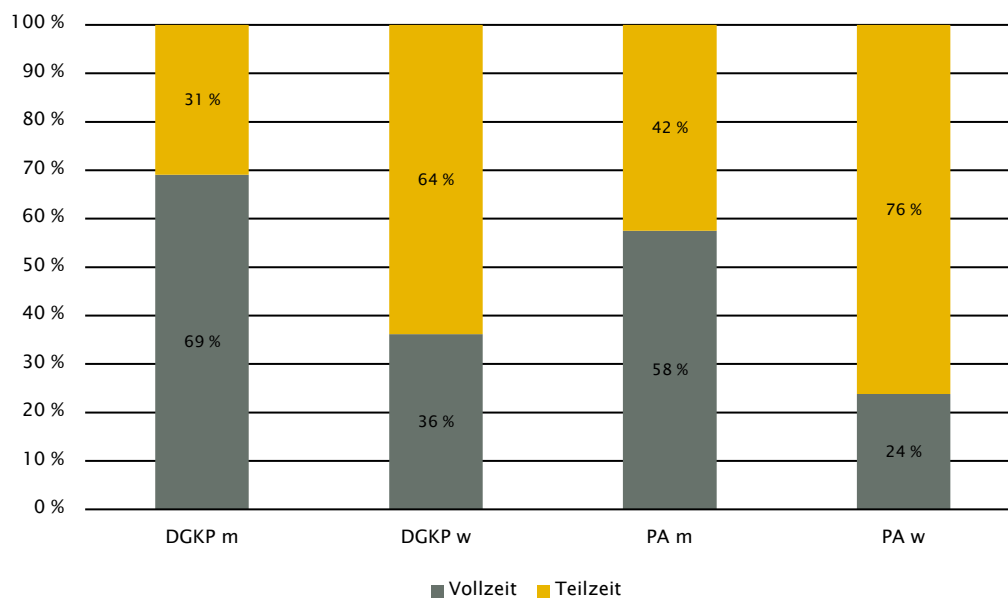
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Beschäftigungsausmaß

Von allen Pflegepersonen sind in der Langzeitpflege rund zwei Drittel (68 %) teilzeitbeschäftigt, ein Drittel (32 %) arbeitet Vollzeit. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Langzeitpflege liegt zwischen jenem des Settings Krankenhaus (rund 50 % sind teilzeitbeschäftigt) und jenem im Bereich der Hauskrankenpflege (87 % sind teilzeitbeschäftigt).

Differenziert nach Geschlecht, zeigt sich, dass mit 64 Prozent aller diplomierten weiblichen DGKP rund doppelt so viele Frauen einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen wie Männer, die auf 31 Prozent kommen (vgl. Abbildung 3.15). Bei den PA sind rund 73 Prozent teilzeitbeschäftigt. Auch in diesem Berufssegment ist der Anteil der weiblichen Personen, die teilzeitbeschäftigt sind höher (76 %) als jener der Männer (24 %).

Abbildung 3.15:
Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht im Jahr 2016, in Prozent (n = 1.636)



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Das Beschäftigungsausmaß variiert innerhalb einer Bandbreite zwischen 3 und 40 Stunden, der Durchschnitt liegt bei rund 30 Stunden.

Organisationszugehörigkeit und Berufsherkunft

Durchschnittlich sind die Pflegepersonen in der Langzeitpflege im Jahr 2016 rund 6 Jahre bei ihrem Träger beschäftigt. Die durchschnittliche Organisationszugehörigkeit in der Langzeitpflege ist im Vergleich zu den anderen drei Settings am kürzesten – am längsten ist diese im Krankenhaus (mit

12,6 Jahren), gefolgt von Hauskrankenpflege und Behindertenbereich, hier ist sie annähernd gleich (8,0 bzw. 8,1 Jahre).

DGKP sind in der Langzeitpflege im Durchschnitt kürzer bei ihrer Organisation beschäftigt als die PA (DGKP: 5,9 Jahre; PA: 6,7 Jahre). In den beiden Settings Hauskrankenpflege und Behindertenbetreuung ist dieser Befund exakt umgekehrt: DGKP weisen hier eine längere Organisationszugehörigkeit auf.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage gestellt, aus welchen Bereichen die Beschäftigten in ihre jetzige Organisation gewechselt sind. Der größte Anteil der Pflegepersonen (37 %) kam von einem anderen Pflegeheim, gefolgt von Personen direkt nach der Pflegeausbildung (25 %). Aus dem Krankenhaus kamen 13 Prozent, 11 Prozent waren Wiedereinsteigerinnen. Auch hier liegt der Anteil jener, die direkt nach der Pflegeausbildung im Pflegeheim arbeiten zwischen jenem des Settings Krankenhaus und jenem in der Hauskrankenpflege (Krankenhaus: 51 % direkt nach der Ausbildung; Hauskrankenpflege: 3 % direkt nach der Ausbildung. (vgl. Tabelle 3.5)

Tabelle 3.5:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Langzeitpflege 2016, n = 1.636

Berufsherkunft	Männer	Frauen	Gesamt	Prozent
Krankenhaus	30	179	209	13
Pflegeheim	89	509	598	37
Hauskrankenpflege (= mobile Pflege)	2	41	43	3
Behindertenbetreuungseinrichtung	1	11	12	1
freiberufliche Pflege (= selbstständige Tätigkeit)	1	13	14	1
nach der Pflegeausbildung	63	353	416	25
zu Hause (Familie) = Wiedereinsteigerinnen	—	187	187	11
aus dem Ausbildungsbereich (z. B. GuKPS)	8	42	50	3
Sonstiges	16	86	102	6
Ohne Angabe		5	5	0

Quelle und Darstellung: GÖ FP

3.5 Hauskrankenpflege

Insgesamt sind im Jahr 2016 in den 66 Vereinen für Hauskrankenpflege (auf 50 Standorten) 322 Personen beschäftigt, davon **270 als DGKP und 52 als PA**. In **Vollzeitäquivalenten** entspricht dies rund **157 DGKP und 26 PA**. Die VZÄ sind von rund 166 VZÄ im Jahr 2012 auf rund 183 VZÄ im Jahr 2016 um rund 10 Prozent angestiegen. Die Anzahl der Personen ist zwischen 2012 (insgesamt 299 Personen) und 2016 kontinuierlich um rund 8 Prozent angestiegen.

Die Anzahl der betreuten Patienten/Patientinnen hat sich im Zeitraum von 2012 bis 2016 um rund fünf Prozent erhöht (von 7.929 auf 8.323 Personen), die damit verbundenen Leistungsstunden um 4 Prozent (von rd. 293.000 auf rd. 304.000 Stunden).

Bei der Erhebung konnten **Einzeldaten** von insgesamt 226 DGKP und 39 PA erhoben werden, damit sind rund 84 Prozent der DGKP und 75 Prozent der PA abgedeckt.

Von den Angehörigen des gehobenen Dienstes verfügen 88 Prozent über das Diplom in der **allgemeinen GuK** und 8 Prozent über das Diplom in der psychiatrischen GuK, eine Person gab an, das Diplom in der Kinder- und Jugendlichenpflege erworben zu haben (beim Rest der erhobenen Personen fehlte die Angabe).

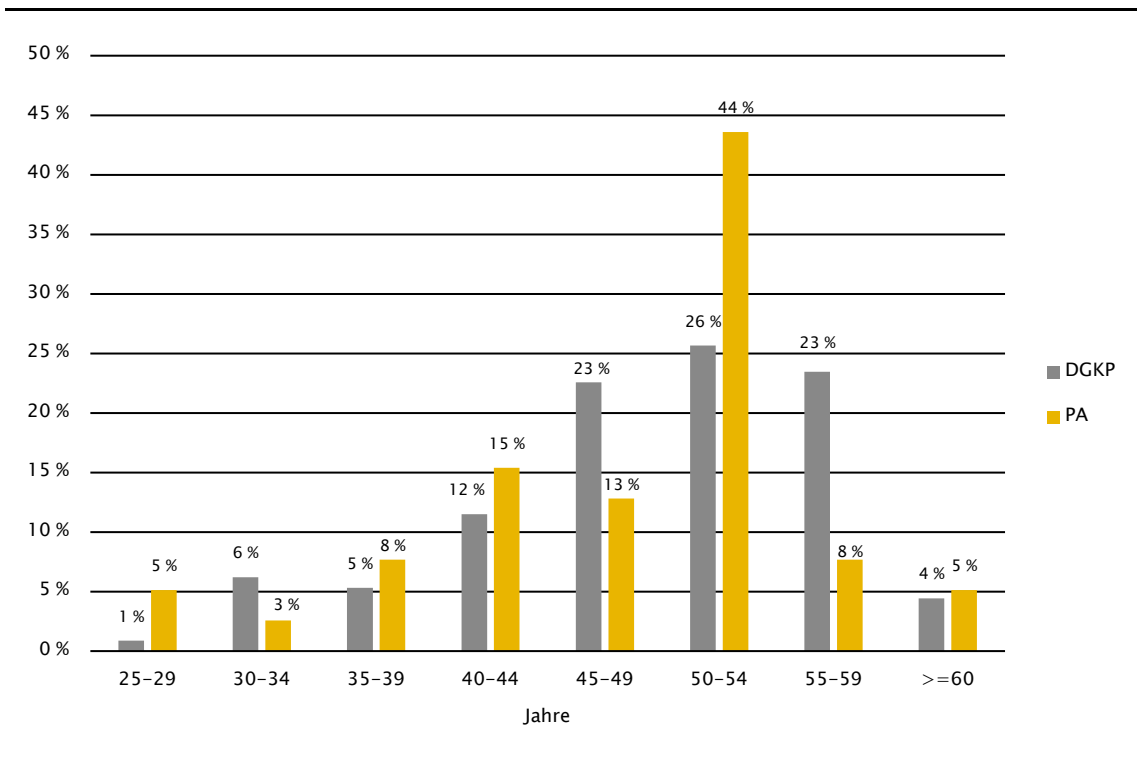
Von den als **PA** eingesetzten Personen gaben rund **50 Prozent** an, die PA-Ausbildung abgeschlossen zu haben, rund **40 Prozent** absolvierten die Ausbildung **Fachsozialbetreuung Altenarbeit** und rund 10 Prozent die Ausbildung Diplomsozialbetreuung Altenarbeit.

Geschlecht und Alter der Pflegepersonen

91 Prozent der DGKP sind weiblich, in der PA sind nur Frauen beschäftigt.

Im Durchschnitt sind die Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege 49 Jahre alt (DGKP 49 Jahre, PA 48 Jahre). Damit liegt das durchschnittliche Alter im Bereich der Hauskrankenpflege über jenem in den Bereichen Krankenhaus (41 Jahre) und Langzeitpflege (45 Jahre).

Abbildung 3.16:
Altersverteilung beim Pflegepersonal im Jahr 2016, nach Berufsgruppen, n = 265



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes sind rund 72 Prozent zwischen 45 und 59 Jahre alt, bei den PA sind rund 57 Prozent über 50 Jahre.

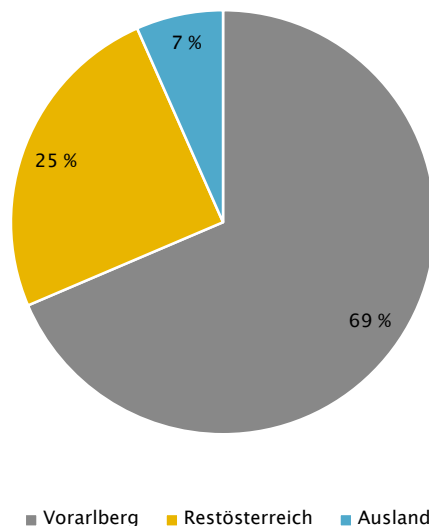
Herkunftsland der Pflegepersonen

Im Rahmen der Erhebung sollte in Erfahrung gebracht werden, wie hoch der Anteil von Pflegepersonen ist, die ihre Berufsqualifikation nicht in Vorarlberg bzw. nicht in anderen österreichischen Bundesländern erworben haben. Dazu wurde erhoben, in welchem Land das Diplom bzw. Zeugnis erworben wurde.

Insgesamt haben 72 Prozent aller Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege ihre Ausbildung in Vorarlberg gemacht, weitere 22 Prozent in anderen Bundesländern Österreichs, lediglich 6 Prozent haben ihr Diplom bzw. ihr Zeugnis im Ausland erworben. Während PA zu 95 Prozent ihr Zeugnis in Vorarlberg bzw. zu weiteren 3 Prozent in einem anderen Bundesland erworben haben, ist der Anteil jener, die ihr Diplom im Ausland gemacht haben, beim gehobenen Dienst mit 7 Prozent etwas höher.

69 Prozent der DGKP haben ihr Diplom in Vorarlberg erworben, 25 Prozent in anderen Bundesländern, wie Abbildung 3.17 zeigt.

Abbildung 3.17:
Berufsqualifikation DGKP – Diplomasstellungsland 2016, n = 265

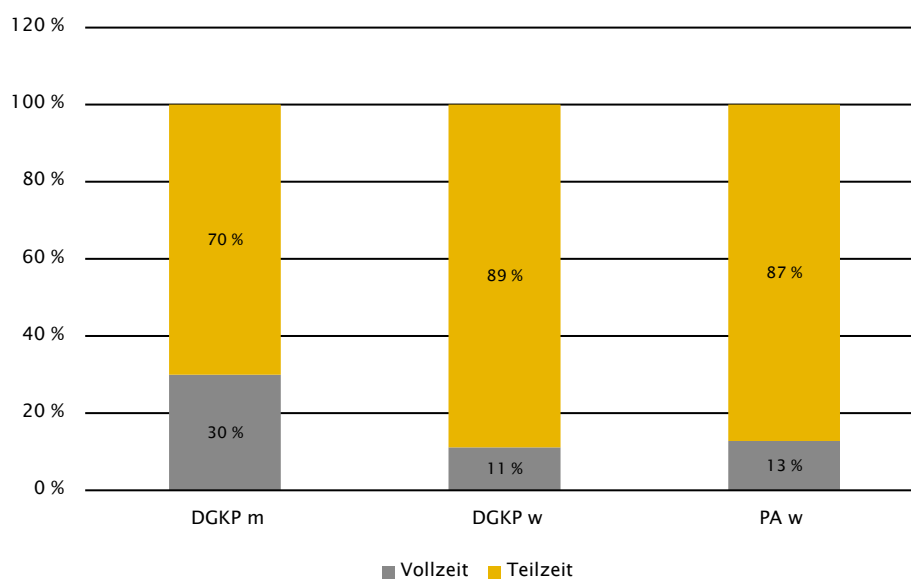


Quelle und Darstellung: GÖ FP

Beschäftigungsausmaß

Von allen Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege sind 87 Prozent teilzeitbeschäftigt, 13 Prozent arbeiten Vollzeit. Damit liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Hauskrankenpflege weit über jenen in den Settings Krankenhaus (rund 50 % sind teilzeitbeschäftigt) und Langzeitpflege (68 % sind teilzeitbeschäftigt). Differenziert nach Geschlecht, zeigt sich, dass mit 89 Prozent aller diplomierten weiblichen DGKP mehr Frauen einer Teilzeitarbeit nachgehen als Männer mit 70 Prozent (vgl. Abbildung 3.17). Bei den PA sind 13 Prozent vollzeitbeschäftigt.

Abbildung 3.18:
Beschäftigungsausmaß nach Beruf und Geschlecht 2016, in Prozent, n = 265



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Das Beschäftigungsausmaß variiert innerhalb einer Bandbreite zwischen 2 und 40 Stunden, der Durchschnitt bei den DGKP liegt bei 25 Stunden, bei den PA bei 23 Stunden.

Organisationszugehörigkeit und Berufsherkunft

Durchschnittlich sind die Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege im Jahr 2016 rund 8 Jahre bei ihrer Organisation beschäftigt, DGKP mit 8,1 Jahren länger als PA mit rund 7,4 Jahren. Damit liegt die durchschnittliche Organisationszugehörigkeit in der Hauskrankenpflege unter jener im Krankenhaus (12,6 Jahre) und über jener in der Langzeitpflege (6,4 Jahre) und gleichauf mit jener im Bereich der Behindertenbetreuung (8,1 Jahre).

In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage gestellt, **aus welchen Bereichen** die Beschäftigten in ihre jetzige Organisation **gewechselt** sind. Der größte Anteil der Pflegepersonen (29 %) wechselte vom Pflegeheim in die Hauskrankenpflege, gefolgt von jenen, die aus Krankenhäusern dorthin wechselten bzw. von Wiedereinsteigerinnen mit 22 Prozent. Von einer anderen Organisation der Hauskrankenpflege kamen 14 Prozent. Eher gering ist der Anteil jener, die direkt von der Ausbildung in ihre jetzige Organisation kamen. Damit unterscheidet sich die Hauskrankenpflege deutlich von den Bereichen Krankenhaus (51 % direkt nach der Ausbildung) und dem Bereich der Langzeitpflege (25 % direkt nach der Ausbildung).

Tabelle 3.6:
Berufsherkunft des Pflegepersonals in der Hauskrankenpflege 2016, n = 265

Berufsherkunft	Männer	Frauen	Gesamt	Prozent
Krankenhaus	6	53	59	22%
Pflegeheim	6	71	77	29%
Hauskrankenpflege (= mobile Pflege)	3	35	38	14%
Behindertenbetreuungseinrichtung	1	1	2	1%
freiberufliche Pflege (= selbstständige Tätigkeit)		6	6	2%
nach der Pflegeausbildung	2	6	8	3%
zu Hause (Familie) = Wiedereinsteigerinnen	1	56	57	22%
aus dem Ausbildungsbereich (z. B. GuKPS)	1	2	3	1%
Sonstiges		15	15	6%

Quelle und Darstellung: GÖ FP

3.6 Behindertenbereich

Aus dem Behindertenbereich beteiligten sich die Lebenshilfe Vorarlberg und pro mente Vorarlberg an der Erhebung. Erfasst wurden **nur jene Beschäftigten, die über eine Ausbildung in der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in der Pflegeassistenz verfügen und als solche auch eingesetzt werden**, da dies Gegenstände der Modellierung sind. Darüber hinaus ist bei beiden Organisationen eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit anderen Qualifikationen beschäftigt.

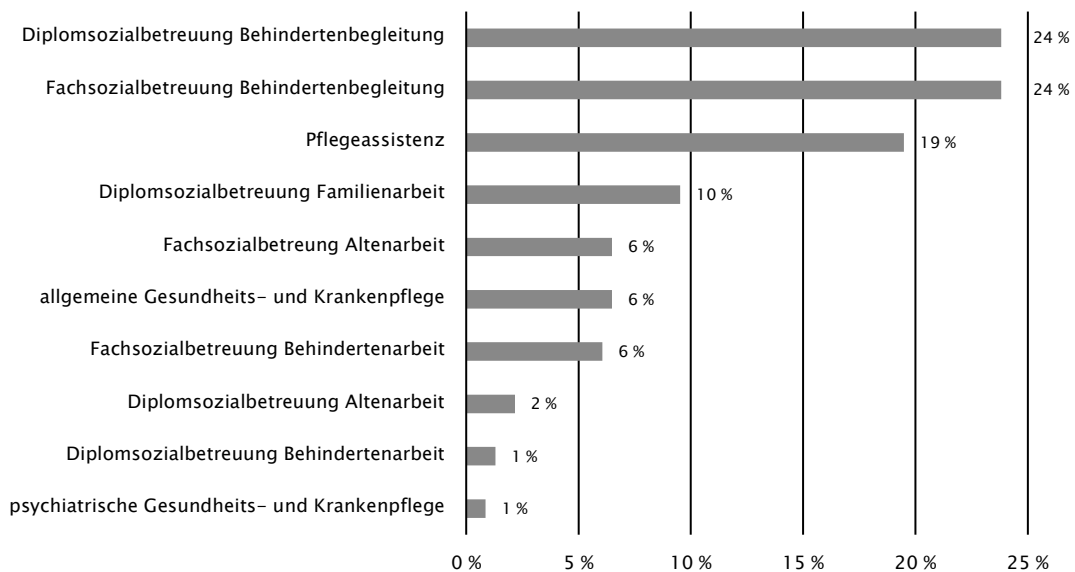
Insgesamt konnten Einzeldaten von 252 Beschäftigten mit der Ausbildung im gehobenen Dienst bzw. mit Pflegehilfe-/Pflegeassistentenausbildung erhoben werden. Die meisten dieser Beschäftigten, nämlich 231 Personen, sind als Sozialbetreuer/-innen mit PA-Ausbildung beschäftigt, 18 Personen als DGKP und 3 Personen als PA. Dies entspricht in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) 202 VZÄ (15 DGKP, 2 PA und 185 Sozialbetreuer/-innen).

Grundausbildung

16 der 18 Angehörigen des gehobenen Dienstes verfügen über das Diplom in der psychiatrischen GuK, die restlichen beiden über das Diplom in der allgemeinen GuK.

Die 231 Beschäftigten, die als Sozialbetreuer/-innen angestellt sind, haben unterschiedliche Grundausbildungen. 73 Prozent haben die PA-Ausbildung an einer Sozialbetreuungsschule absolviert, 19 Prozent haben eine reine Pflegeassistentenausbildung, 2 Personen die Ausbildung in der psychiatrischen GuK.

Abbildung 3.19:
Grundausbildung der als Sozialbetreuer/-innen beschäftigten Pflegepersonen im Jahr 2016,
n = 231



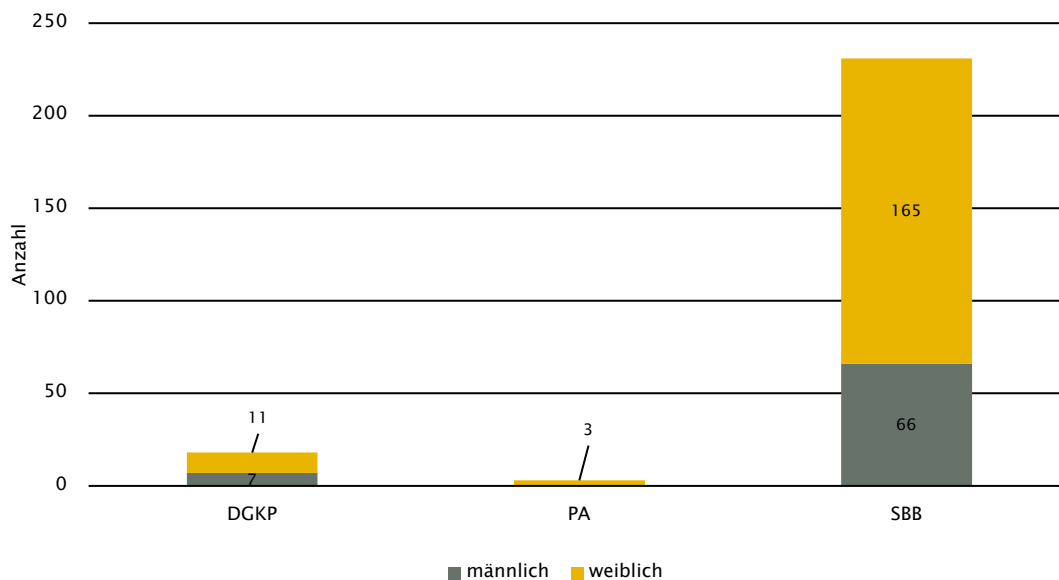
Quelle und Darstellung: GÖ FP

Geschlecht und Alter der Pflegepersonen

71 Prozent der beschäftigten Pflegepersonen sind weiblich. Der höchste Anteil an Männern findet sich bei den DGKP mit 7 von 18 Beschäftigten. Dies entspricht auch dem insgesamt höheren Anteil männlicher Pflegepersonen mit psychiatrischer GuK-Ausbildung in Österreich im Vergleich zur allgemeinen GuK-Ausbildung.

Abbildung 3.20:

Verteilung der Pflegepersonen in der Behindertenbetreuung nach Berufsgruppen und Geschlecht im Jahr 2016, n = 252

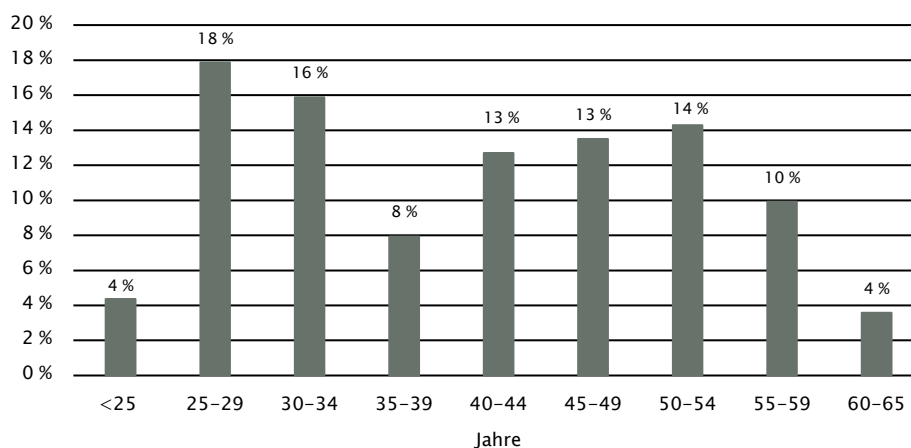


Quelle und Darstellung: GÖ FP

Das durchschnittliche Alter der Beschäftigten liegt bei 41 Jahren und ist somit niedriger als jenes der Beschäftigten der Hauskrankenpflege und der Langzeitpflege. Etwas über ein Drittel der Beschäftigten ist zwischen 25 und 34 Jahre alt, über ein Viertel älter als 50 Jahre.

Abbildung 3.21:

Altersverteilung in den Pflegeberufen im Behindertenbereich im Jahr 2016, n = 252



Quelle und Darstellung: GÖ FP

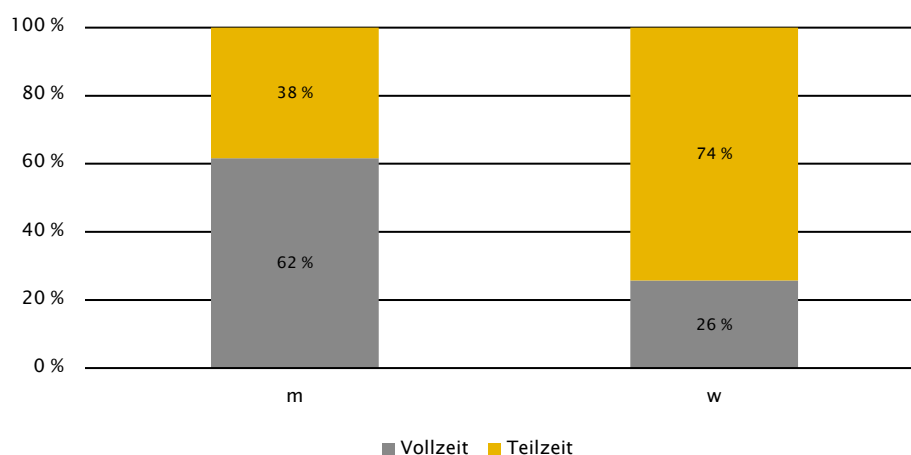
Beschäftigungsausmaß

Von allen Pflegepersonen im Behindertenbereich sind 36 Prozent vollzeitbeschäftigt, der Rest arbeitet Teilzeit. Damit liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in diesem Setting über jenem in der Langzeitpflege bzw. in der Hauskrankenpflege und unter jenem im Krankenhaus.

Durchschnittlich arbeiten die Beschäftigten 32 Stunden pro Woche, das Beschäftigungsausmaß variiert innerhalb einer Bandbreite zwischen 2 und 40 Wochenstunden, 66 Prozent arbeiten 32 und mehr Stunden.

Wie in allen anderen Bereichen zeigen sich Unterschiede auch im Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht: Während 62 Prozent der Männer Vollzeit arbeiten, trifft dies nur auf 26 Prozent der Frauen zu.

Abbildung 3.22:
Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht im Behindertenbereich im Jahr, in Prozent, n = 252



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Organisationszugehörigkeit

Durchschnittlich sind die Pflegepersonen im Behindertenbereich im Jahr 2016 rund 8 Jahre bei ihrer Organisation beschäftigt, DGKP mit 9,9 Jahren länger als PA mit rund 4 Jahren. Die Mehrheit der als Sozialbetreuer/-innen Beschäftigten weist eine durchschnittliche Organisationszugehörigkeit von 8 Jahren auf.

Damit liegt der Wert der durchschnittlichen Organisationszugehörigkeit im Behindertenbereich unter jenem im Krankenhaus (12,6 Jahre) und über jenem in der Langzeitpflege (6,4 Jahre) und entspricht jenem im Bereich der Hauskrankenpflege (8 Jahre).

3.7 Sonstige Bereiche

Hinter dem Begriff „sonstige Bereiche“ verbergen sich Einrichtungen wie die aks gesundheit GmbH, das Land Vorarlberg mit den Amtspflegepersonen, die Caritas Vorarlberg und connexia. In all diesen Einrichtungen werden neben anderen auch Pflegepersonen beschäftigt, die aufgrund ihrer Berufsberechtigung laut GuKG tätig werden. Daher kann für diesen Bereich nur eine Beschreibung der personenbezogenen Daten erfolgen, jedoch nicht auf aggregierter Datenebene (Pensionseintrittsalter, Fluktuationen).

In diesen Bereichen arbeiten 59 Personen mit Pflegekompetenz lt. GuKG (34,5 VZÄ), sechs Männer und 53 Frauen. 51 Personen gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Das mittlere Beschäftigungsausmaß beträgt 23,4 Stunden. Die Altersverteilung ist relativ heterogen. Der Median liegt bei 56,3 Jahren, das Durchschnittsalter bei 40,5 Jahren. Im Schnitt sind die Personen 7,3 Jahre in der jeweiligen Organisation beschäftigt.

23 Personen verfügen über eine Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege, 17 in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, 9 in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, je 3 Personen über eine solche in der Fachsozialbetreuung Behindertenarbeit bzw. Diplomsozialbetreuung Behindertenarbeit und je eine Person über eine Ausbildung in der PA bzw. Fachsozialbetreuung Altenarbeit.

13 Personen haben zudem Sonderausbildungen absolviert, 8 Personen verfügen über eine akademische Qualifikation.

3.8 Ausbildungsstätten

In Vorarlberg befinden sich 3 Standorte für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege: Bregenz (Unterland), Feldkirch und Rankweil. Die GuK-Schule Unterland mit den Standorten Bregenz und Dornbirn sowie die GuKPS Feldkirch bieten die Ausbildung in der GuK an, in Rankweil kann die Berufsberechtigung für die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege erworben werden. Die letzte grundständige Ausbildung für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege startet 2017. Künftig ist kein Ausbildungsbeginn für den gehobenen Dienst für GuK im Frühjahr vorgesehen. Geplant ist, dass diese Ausbildungsplätze für Pflegefachassistenten vorgehalten werden.

Seit Oktober 2012 wird die Diplomausbildung in Kombination mit einem Bachelorstudium „Pflegewissenschaften“ an der UMIT in Hall in Tirol angeboten, insgesamt werden pro Jahr 12 Plätze gefördert. Voraussichtlich wird das Kombi-Studium 2018 letztmalig angeboten (Auskunft UMIT).

Die Fachhochschule Dornbirn startet voraussichtlich 2018 mit 25 Studienplätzen für die GuK.

Feldkirch bietet darüber hinaus noch die Ausbildung zur Pflegeassistentin (Vollzeit und berufsbegleitend), sei März 2017 auch die Ausbildung zur Pflegefachassistentin sowie

Ausbildungen für Spezialbereiche für DGKP an. An der Schule Unterland wird 2018 mit der Ausbildung zur Pflegefachassistenz begonnen.

Die PA-Ausbildung an Sozialbetreuungsschulen wird in Bregenz und in Götzis (seit 2015) angeboten.

3.8.1 Lehrende

In den angeführten Ausbildungsstätten waren im Jahr 2016 insgesamt 48 Personen beschäftigt, davon waren 22 männlich und 26 weiblich. 45 Personen waren das gesamte Berichtsjahr aktiv tätig, eine Lehrperson befand sich in Karenz und eine trat im Laufe des Berichtsjahrs aus. Rund 52 Prozent der Lehrpersonen (25 Personen) waren vollzeitbeschäftigt, der Rest arbeitete in Teilzeit zwischen neun und 36 Stunden pro Woche. Durchschnittlich arbeiteten die Teilzeitbeschäftigten rund 25 Stunden pro Woche. Der Großteil der Teilzeitbeschäftigten waren Frauen (15 Personen von 23 Teilzeitbeschäftigten).

Neben dem angestellten Lehrpersonal kamen auch externe Lehrende zum Einsatz. Da diese aber nur bei Bedarf eingesetzt und meist nur für ein Semester oder Schuljahr verpflichtet werden, sind externe Lehrende nicht im Prognosemodell berücksichtigt und hier nicht näher beschrieben.

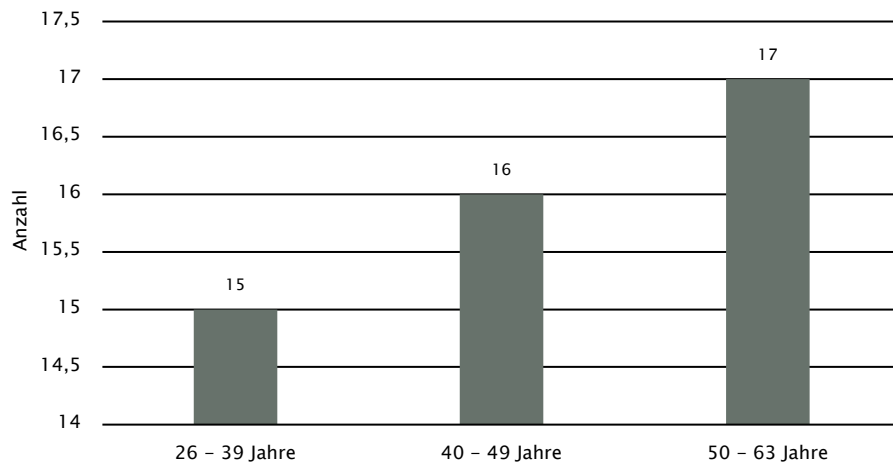
Alter

Das Durchschnittsalter bei den Männern beträgt 47 Jahre, bei den Frauen 44 Jahre – das mittlere Alter (Median) hingegen ist bei Männern und Frauen mit 46 Jahren gleich.

Die Altersverteilung des Lehrpersonals ist ausgeglichen, etwas weniger als ein Drittel ist zwischen 26 und 39 Jahre alt (davon drei Personen unter 30 Jahren), ein weiteres Drittel zwischen 40 und 49 Jahre und etwas mehr als ein Drittel ist älter als 50 Jahre (davon zwei Personen über 60 Jahre).

Abbildung 3.23:

Altersverteilung bei den Lehrpersonen in Ausbildungsstätten im Jahr 2016, n = 48

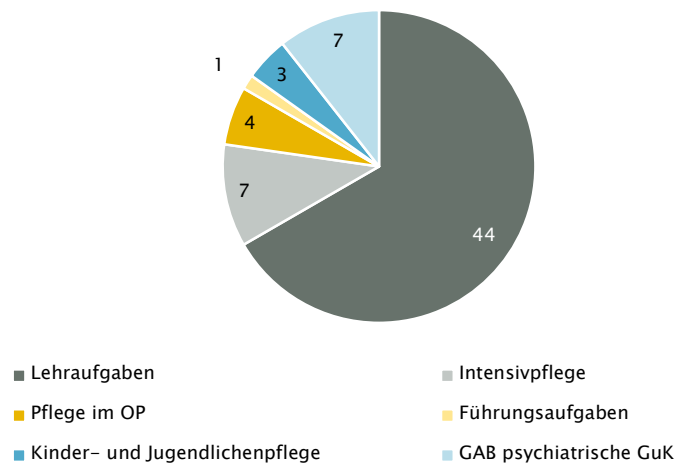


Quelle: Erhebung bei den Ausbildungsstätten, Darstellung: GÖ FP

Aus- und Sonderausbildungen

Von den 48 Lehrpersonen haben alle das Diplom der AGuK bzw. das Diplom der PsyP und eine Reihe von Sonderausbildungen. Der Großteil der Lehrenden kann die SAB für Lehraufgaben nachweisen (vgl. Abbildung 3.24). 4 Lehrende verfügen (derzeit noch nicht) über die Sonderausbildung für Lehraufgaben.

Abbildung 3.24:
Spezialisierungen des Lehrpersonals 2016 (absolute Zahlen – Mehrfachnennungen)



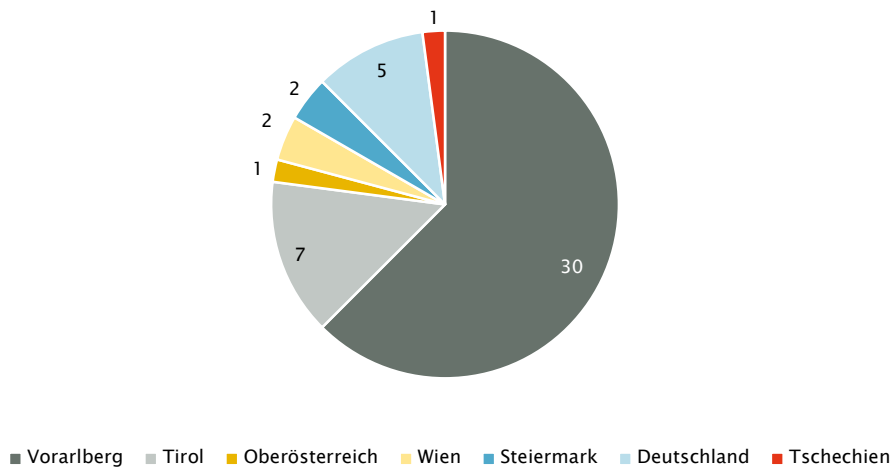
Quelle: Erhebung bei den Ausbildungsstätten, Darstellung: GÖ FP

Der Anteil des Lehrpersonals mit akademischer Ausbildung ist mit 77 Prozent hoch: 37 von 48 Lehrpersonen verfügen über einen akademischen Abschluss. Davon drei Doktorat, 15 mit Magister- oder Masterabschlüssen und 19 mit einem Bachelorabschluss.

Diplomausstellungsland

Bis auf sechs Lehrpersonen erwarben alle ihr Diplom in Österreich, der Großteil in Vorarlberg.

Abbildung 3.25:
Diplomausstellungsland im Jahr 2016, absolute Zahlen, n = 48

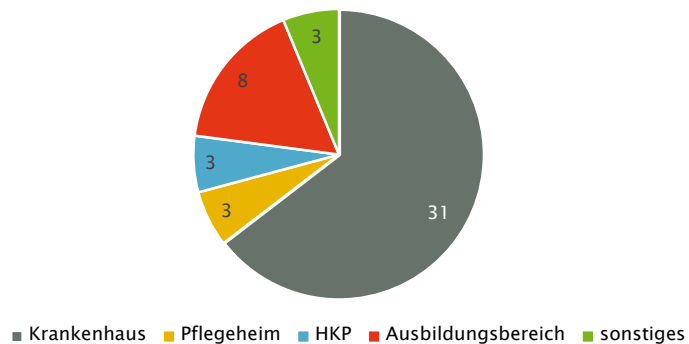


Quelle: Erhebung bei den Ausbildungseinrichtungen, Darstellung: GÖ FP

Berufsherkunft

Der Großteil der Lehrpersonen kommt mit 64 Prozent aus dem Krankenhaus, der Rest aus Pflegeheimen bzw. der Hauskrankenpflege oder aus dem Ausbildungsbereich selbst.

Abbildung 3.26:
Berufsherkunft der Lehrpersonen im Jahr 2016, absolute Zahlen, n=48



Quelle: Erhebung bei den Ausbildungseinrichtungen, Darstellung: GÖ FP

Organisationszugehörigkeit

Die Organisationszugehörigkeit der Lehrenden beträgt im Durchschnitt 10 Jahre (der Median liegt bei 6 Jahren), wobei sich hier Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Lehrpersonen zeigen (Tabelle 3.7), wonach die Männer länger bei den Schulen beschäftigt sind.

Tabelle 3.7:
Organisationszugehörigkeit der Lehrpersonen 2016 in Jahren, n = 48

	Gesamt	Männer	Frauen
Mittelwert	10	12	9
Median	6	8	5,5

Quelle: Erhebung bei den Ausbildungseinrichtungen, Darstellung: GÖ FP

3.8.2 Auszubildende

Im Folgenden werden die Schüler/Schülerinnen an den Schulen des Gesundheitswesens (GuKPS und PA-Lehrgänge) sowie Studierende in den Sozialbetreuungsschulen in Vorarlberg dargestellt, wobei hier jene Ausbildungen mitberücksichtigt werden, welche die PA-Ausbildung mit einschließen:

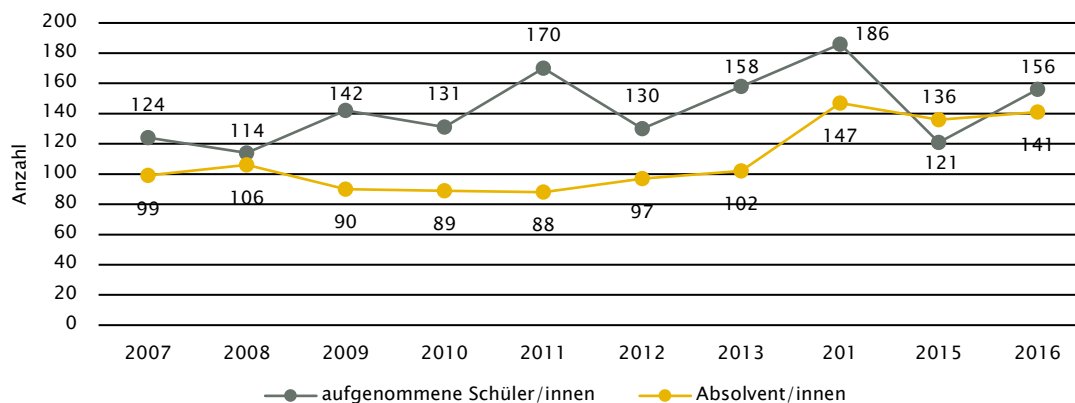
- » DSB FA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Familienarbeit
- » DSB AA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Altenarbeit
- » DSB BA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Behindertenarbeit
- » FSB AA: Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Schwerpunkt Altenarbeit
- » FSB BA: Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Schwerpunkt Behindertenarbeit

Ausbildung im gehobenen Dienst

Abbildung 3.27 stellt die Entwicklung der Anfänger- und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen dar. In den Jahren von 2007 bis 2016 lag die Zahl der Anfänger/-innen zwischen 114 und 186 Personen, jene der Absolventen/Absolventinnen zwischen 88 und 147 Personen.

Abbildung 3.27:

Entwicklung der aufgenommenen Schüler/-innen und Absolventenzahlen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Vorarlberg, 2007–2016



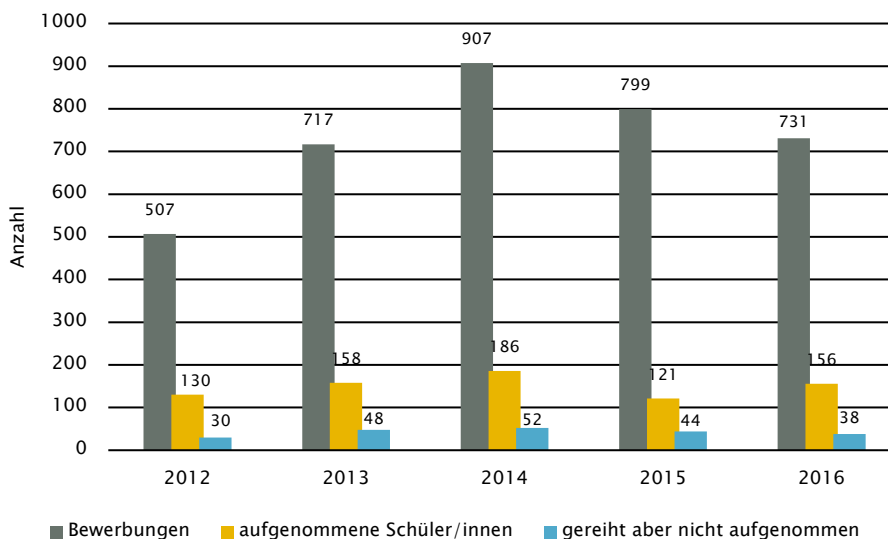
Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

Die Anzahl der Bewerber/Bewerberinnen lag in den Jahren von 2012 bis 2016 weit höher als jene der aufgenommenen Schüler/Schülerinnen. Rund 15 bis 26 Prozent der Bewerber/Bewerberinnen wurden letztlich tatsächlich aufgenommen. Gereicht, aber nicht aufgenommen wurden in diesem Zeitraum zwischen 30 und 52 Personen.

Die hohen Bewerberzahlen kommen auch zustande, da sich Personen mehrfach bewerben. Die Bewerber/-innen durchlaufen ein Aufnahmeverfahren, die Auswahl erfolgt unter Bedachtnahme auf die Erfordernisse des gehobenen Dienstes für die Gesundheits- und Krankenpflege. Zur Entscheidung werden insbesondere die Schulbildung, die Schulzeugnisse, die Ergebnisse des Aufnahmegespräches und Assessment, der Lebenslauf und der Gesamteindruck der Bewerber/-innen vor der Aufnahmekommission herangezogen. Aus Abbildung 3.28 geht hervor, dass das Interesse (auch unter Berücksichtigung von Mehrfachbewerbungen) deutlich höher ist, als jener Anteil an Personen, welcher das Aufnahmeverfahren tatsächlich besteht.

Abbildung 3.28:

Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Schüler/-innen in den Grundausbildungen für den gehobenen Dienst in Vorarlberg, 2012–2016



Quelle: Land Vorarlberg, GÖ FP Erhebung, Darstellung: GÖG FP

Durchschnittlich 40 Prozent der aufgenommenen Schüler/Schülerinnen haben **Matura**, wobei auch hier der Anteil während des Beobachtungszeitraums schwankt (zwischen 33 und 53 %).

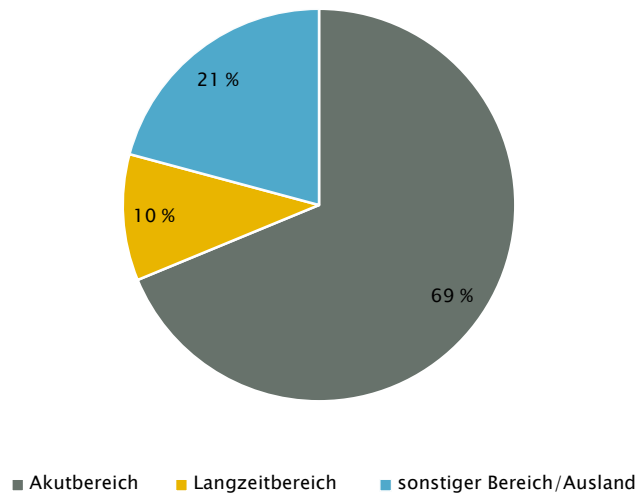
Die **Drop-out-Raten** schwanken je nach Lehrgang und betrachtetem Jahr zwischen 5 und 34 Prozent, allerdings zeigt sich keine Konstanz bei ihrer Entwicklung. Zwar sind die höchsten Raten bei der Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege zu verzeichnen, ab dem Jahr 2017 wird diese spezielle Grundausbildung jedoch nicht mehr gesondert angeboten. Weiters lässt sich aus den Angaben schließen, dass die höchsten Ausfälle im ersten Ausbildungsjahr verzeichnet werden.

Der Landesrechnungshof Vorarlberg legte im Jahr 2013 einen Prüfbericht der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen vor (Landes-Rechnungshof Vorarlberg 2013). Hier wurde auch untersucht, ab wann und wo die Absolventen/Absolventinnen der Jahre 2009 bis 2012 ihre **erste einschlägige Arbeitsstelle** angetreten haben. Der Großteil, nämlich 69 Prozent, trat die erste Arbeitsstelle im Akutbereich an, überwiegend im Standortkrankenhaus. Rund 10 Prozent fanden ihre erste Arbeitsstelle im Langzeitbereich, 21 Prozent nahmen nach ihrer Ausbildung eine sonstige Tätigkeit auf, die nicht unmittelbar im Akut- oder Langzeitbereich lag. Etwa zwei Prozent der Absolventen/Absolventinnen gingen in die Schweiz oder nach Liechtenstein.

Mit den Informationen aus dem Gesundheitsberuferegister wird es künftig möglich sein, dazu präzisere Aussagen zutreffen.

Abbildung 3.29:

Erste Arbeitsstelle von Absolventen/Absolventinnen der Ausbildung zum gehobenen Dienst im Zeitraum 2009 – 2012 in Vorarlberg



Quelle: Landes-Rechnungshof 2013, Darstellung: GÖ FP

Pflegeassistenzausbildung

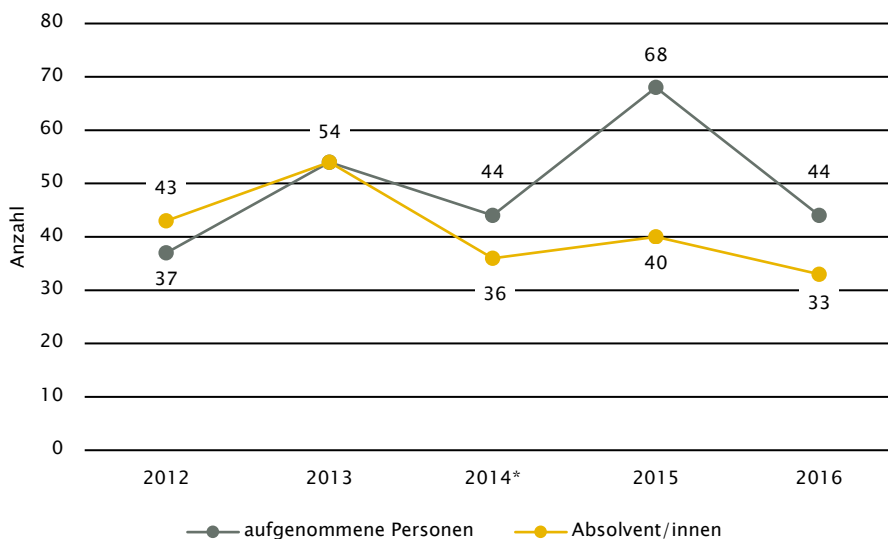
GUKPS Feldkirch

In Feldkirch werden neben der Ausbildung im gehobenen Dienst auch Pflegeassistenten- und Pflegefachassistentenlehrgänge angeboten.

Bis 2011 gab es in Vorarlberg weitere Anbieter, im Folgenden wird die Entwicklung von 2012 bis 2016 dargestellt. Die Zahl der aufgenommenen Personen lag im Zeitraum 2012 bis 2016 (mit Ausnahme des Jahres 2015) zwischen 37 und 54, 2015 wurde eine abweichend hohe Anzahl von 68 Personen aufgenommen. Die Abschlüsse entwickelten sich in diesem Zeitraum konstanter zwischen 33 und 54 Absolventen/Absolventinnen, auch im Jahr 2015 mit der höchsten Aufnahmezahl ist die Anzahl der Absolventen/Absolventinnen nicht gestiegen.

Abbildung 3.30:

Entwicklung der aufgenommenen Schüler/Schülerinnen und Absolventenzahlen in der Pflegeassistenten-Ausbildung in der Schule in Feldkirch (Vorarlberg), 2012–2016



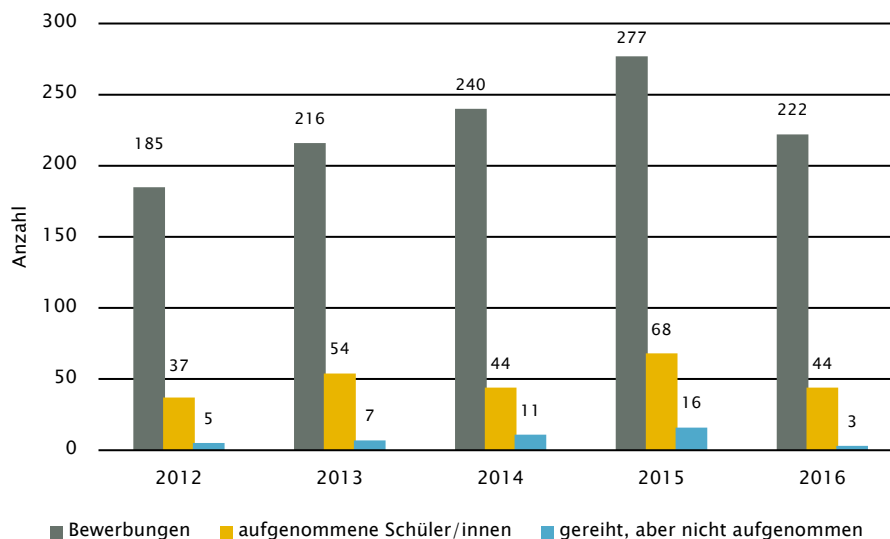
Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

Auch bei dieser Ausbildung liegt die Anzahl der Bewerbungen weit über jener der aufgenommenen Personen. Zwischen 18 und 25 Prozent der Personen, die sich für diese Ausbildung bewerben, werden letztendlich aufgenommen. Die Bewerbungen des Jahres 2015 erreichen analog zur höheren Anzahl der Aufnahmen mit einer Anzahl von 277 ebenfalls den Höchststand im Beobachtungszeitraum, in den anderen Jahren liegt diese Zahl zwischen 185 und 240. Die Zahl der Personen, die gereiht, aber nicht aufgenommen wurden, liegt zwischen 3 und 16. Die 68 aufgenommenen Personen 2015 umfassen auch die berufsbegleitende Ausbildung (diese dauert 2 Jahre), der Abschluss wird erst 2017 erfolgen, das erklärt auch den Unterschied in den Absolventenzahlen 2016.

Auch hier weist die hohe Bewerberzahl und der geringe Anteil an Personen die mit der Ausbildung beginnen, bzw. gereiht werden (d. h. das Aufnahmeverfahren bestanden haben), daraufhin, dass nicht alle die sich für den Beruf interessieren, auch tatsächlich geeignet sind.

Abbildung 3.31:

Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Schüler/-innen in den Ausbildungen zu Pflegeassistenten in der Schule in Feldkirch / Vorarlberg, 2012 – 2016



Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

Die **Drop-out-Raten** sind etwas konstanter als bei der Ausbildung im gehobenen Dienst, sie liegen in drei Ausbildungsjahren (2012, 2013 und 2015) bei rund 18 Prozent, im Jahr 2014 mit knapp unter 12 Prozent und im Jahr 2016 mit knapp unter 10 Prozent etwas darunter.

Sozialbetreuungsschulen

In den Sozialbetreuungsschulen ist die PA-Ausbildung integriert, und zwar bei folgenden Ausbildungsformen:

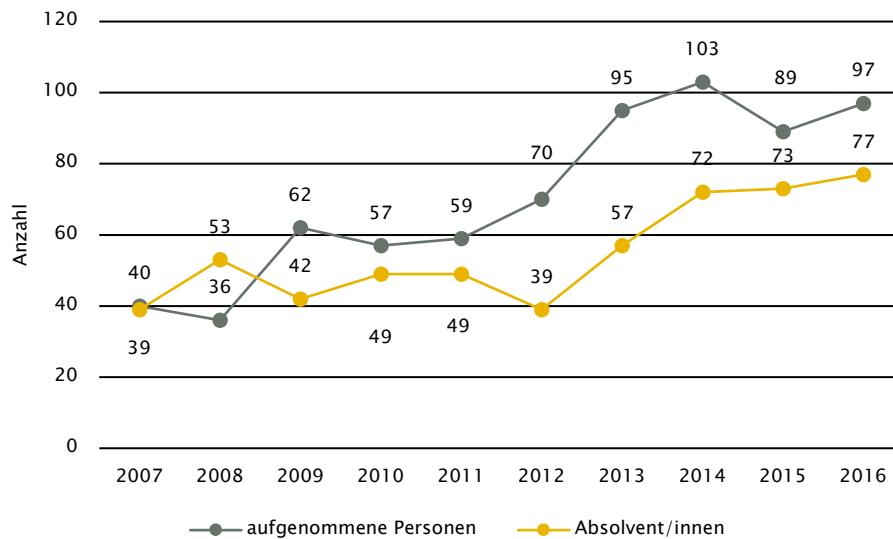
- » DSB FA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Familienarbeit
- » DSB AA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Altenarbeit
- » DSB BA: Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Schwerpunkt Behindertenarbeit
- » FSB AA: Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Schwerpunkt Altenarbeit
- » FSB BA: Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Schwerpunkt Behindertenarbeit

Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf diese Ausbildungsformen in Bregenz, mit der integrierten Pflegeassistentenausbildung wurde in Götzis erst im Jahr 2015 begonnen, weshalb noch keine Daten in puncto Absolventinnen/Absolventen vorliegen. In Zukunft ist mit einer **Steigerung der Absolventenzahl** von rund **16 bis 17 Personen** zu rechnen.

Die Zahl der aufgenommenen Personen und der Absolventinnen/Absolventen ist im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 angestiegen. Seit 2013 wurden jährlich zwischen 90 und etwas über 100

Personen aufgenommen, die Zahl der Absolventen/Absolventinnen lag bei über 70 Personen und erreichte im Jahr 2016 77 Personen.

Abbildung 3.32:
Entwicklung der aufgenommenen Studierenden und Absolventenzahlen in der Pflegeassistenten-Ausbildung in Sozialbetreuungsschulen in Vorarlberg, 2007-2016

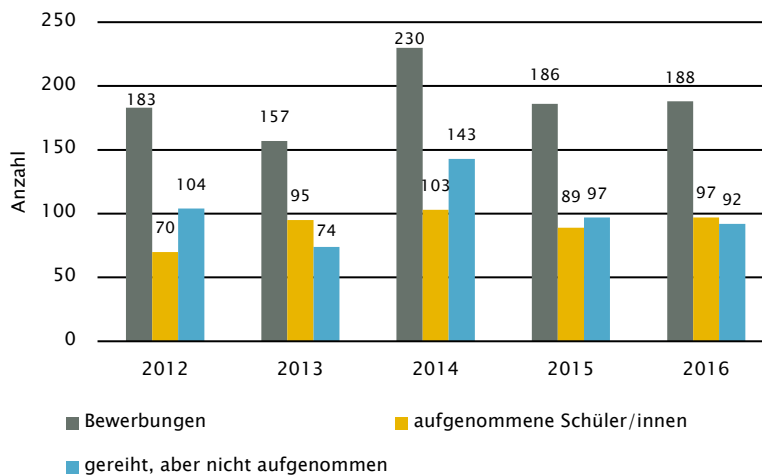


Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

Wie bei den Ausbildungen zum gehobenen Dienst für GuK und der Pflegeassistenten liegt auch hier die Zahl der Bewerber/Bewerberinnen über jener der aufgenommenen Personen. Durchschnittlich werden im Beobachtungszeitraum rund 50 Prozent der Bewerber/Bewerberinnen aufgenommen, mit einer Schwankungsbreite von 38 bis 61 Prozent. Der Anteil der gereihten Personen, welche dann allerdings nicht aufgenommen werden, liegt wesentlich höher als bei den anderen Ausbildungsformen, nämlich zwischen 47 und 62 Prozent.

Abbildung 3.33:

Entwicklung der Bewerber/-innen und der aufgenommenen Studierenden in der Pflegeassistenten-Ausbildung in Sozialbetreuungsschulen in Vorarlberg, 2012–2016



Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

Die **Drop-out-Rate** wird von der Sozialbetreuungsschule für die Jahre 2012 bis 2016 mit rund 5 Prozent angegeben und liegt unter jener der anderen Ausbildungsformen.

Absolventinnen/Absolventen nach Ausbildungsart 2012–2016

Insgesamt absolvierten im Jahr 2016 141 Personen die Ausbildung im gehobenen Dienst, wobei nach Erhebung des Landesrechnungshofs im Jahr 2012 rund 20 Prozent in einem anderen Bereich (außerhalb des Akut- oder Langzeitbereichs) tätig wurden oder im Ausland die erste Arbeitsstelle fanden. Dieser Anteil von 20 Prozent wurde im Expertenworkshop zur Diskussion gestellt, es ist davon auszugehen, dass rund 17 Prozent der Absolventen/Absolventinnen nicht im Bereich der Pflege arbeiten.

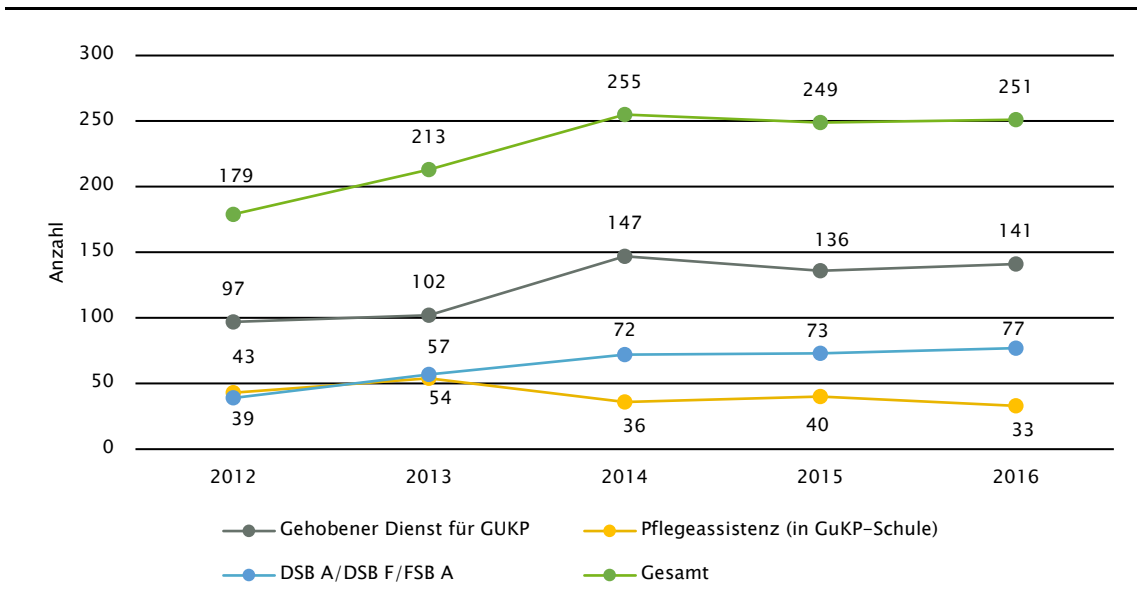
Die PA-Ausbildung absolvierten rund 110 Personen, 70 Prozent davon in Sozialbetreuungsschulen. Die Wahl der ersten Arbeitsstelle betreffend liegen keine Daten vor, eine Zusatzbefragung im Rahmen des Expertenworkshops hat ergeben, dass bei der PA-Ausbildung davon ausgegangen werden kann, dass die Absolventinnen/Absolventen der Krankenpflegeschulen zur Gänze im Beruf arbeiten. Bei den Absolventinnen/Absolventen der SOB kann davon ausgegangen werden, dass rund ein Viertel nicht in relevanten Bereichen arbeitet.

Ab dem Jahr 2017 kann mit 17 weiteren Absolventinnen/Absolventen gerechnet werden, da eine weitere Schule diese Ausbildung anbietet.

In den vergangenen Jahren wurden Strukturen geschaffen, um die Ausbildungsmöglichkeiten und -kapazitäten aller Pflegeberufe zu erhöhen, um bedarfsdeckend auszubilden. **Diese Absolventenzahlen bilden die Grundlage für die Modellierungen.**

Abbildung 3.34:

Entwicklung der Absolventen/Absolventinnen nach Ausbildungsart und Schule in Vorarlberg von 2012 - 2016



Quelle: Land Vorarlberg, Darstellung: GÖ FP

3.8.3 Nostrifikationen und Berufszulassungen

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

Nostrifikationen spielen in Vorarlberg eine eher untergeordnete Rolle. Zwischen 2012 und 2016 schlossen 9 DGKP und 3 PA das Nostrifikationsverfahren erfolgreich ab.

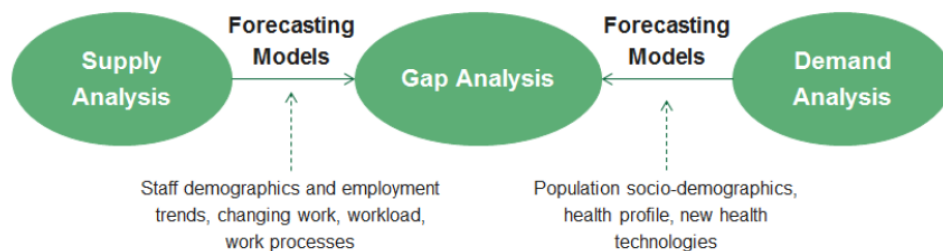
4 Prognose des Pflegepersonalbedarfs

Das für das Land Vorarlberg angewandte Prognosemodell quantifiziert das Pflegepersonal auf Basis der erhobenen Daten zum Ist-Zustand 2016. **Das Modell liefert dabei keine Gesamtlösungen. Es dient zur Unterstützung von anstehenden Entscheidungen** und soll in Kombination mit weiteren Datenquellen und lokaler Fachexpertise die Auswahl erforderlicher Maßnahmen erleichtern. Die Modellparameter wurden mit dem Auftraggeber vereinbart.

Zur Prognose des künftigen Personalbedarfs wurde eine Kombination angebotsseitiger und nachfrageseitiger Modellierung entwickelt. Abbildung 4.1 zeigt das Prognosemodell im Überblick: „Personalangebot“ (supply) und „Personalbedarf“ (demand) werden einander dabei gegenübergestellt. Aus der Differenz der Prognosen für Personalangebot und Personalbedarf lässt sich letztendlich ein Pflegepersonal-mangel oder -überschuss ablesen. Maßnahmen zur Steuerung dieses Pflegepersonal-mangels bzw. -überschusses können im Modell durch Veränderung verschiedener Stell-schrauben implementiert werden und in „Was wäre wenn?“-Rechnungen getestet werden. Das Modell wurde für die Jahre 2017 bis 2030 entwickelt und berechnet Personalangebot sowie Personalbedarf für jedes Kalenderjahr. Um die teilweise unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Berufsfeldern möglichst realitätsnah abbilden zu können, wird im Modell sowohl nach Einsatzort des Pflegepersonals (Krankenanstalten, Langzeitpflege, Hauskrankenpflege, Behindertenbereich) als auch nach Berufsgruppe (DGKP, PA, PFA, SBB) unterschieden.

Modellrechnungen dienen dazu Dynamiken sichtbar zu machen und zu verstehen. Durch die Berechnung verschiedener Szenarien können Aussagen über verschiedene Annahmen („was-wäre-wenn“) getroffen werden. Bei Modellen handelt es sich immer um einfache Abbildungen der Realität und es können Einflüsse zwar angenommen, aber niemals vollständig dargestellt werden.

Abbildung 4.1:
Das Simulationsmodell im Überblick



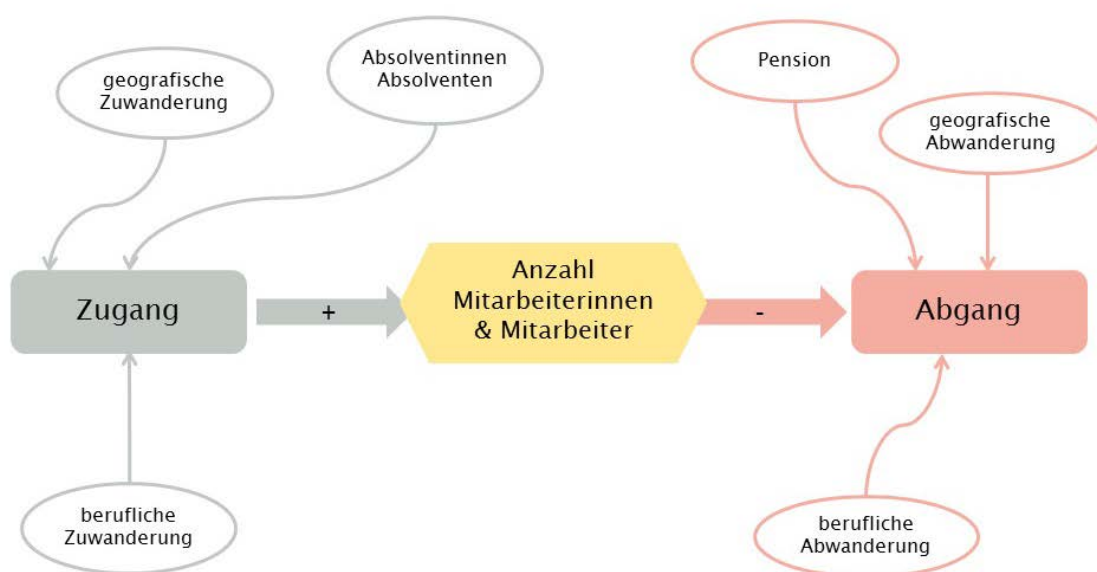
Source: Roberfroid et al, 2009

Quelle: Roberfroid et al. (2009), 2

4.1 Personalangebot

Das Personalangebot wird mit einem individuenbasierten Modell (d. h. auf Basis von Daten von Einzelpersonen) berechnet. Die Zykluslänge des Modells beträgt dabei ein Jahr, das heißt das Personalangebot wird für jedes Kalenderjahr berechnet. Jede Person aus der Ist-Zustand-Erhebung wird mit den Merkmalen Geschlecht, Alter, Ausbildung und aktuelles Berufsfeld im Modell erfasst. Abbildung 4.2 stellt die Berechnung des Personalangebots grafisch dar.

Abbildung 4.2:
Berechnung des Personalangebots



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Im Modell wird nach jedem Zyklus der Personalbestand der Periode um die Zugänge erweitert und um die Abgänge reduziert (Personalbestand = Vorjahresbestand + Zugänge — Abgänge).

Zugang

Folgende Personen können in das Modell eintreten:

- » Absolventen/Absolventinnen von Ausbildungsstätten
- » geografische Zuwanderer/Zuwanderinnen aus dem Ausland oder einem anderen Bundesland
- » berufliche Zuwanderer/Zuwanderinnen. Das betrifft Personen, die aus einem anderen Berufsfeld (oder aber auch aus der Elternkarenz bzw. als Wiedereinsteiger/-innen) in den momentan ausgeübten Beruf wechseln.

Abgang

Personen können wegen folgender Gründe das Modell verlassen:

- » Das Alter der Person stimmt mit dem Pensionierungsalter im Modell überein.
- » geografische Abwanderung: Die Person wechselt in ein anderes Bundesland bzw. in einen anderen Staat.
- » berufliche Abwanderung: Die Person verlässt den momentan ausgeübten Beruf.

4.2 Personalbedarf

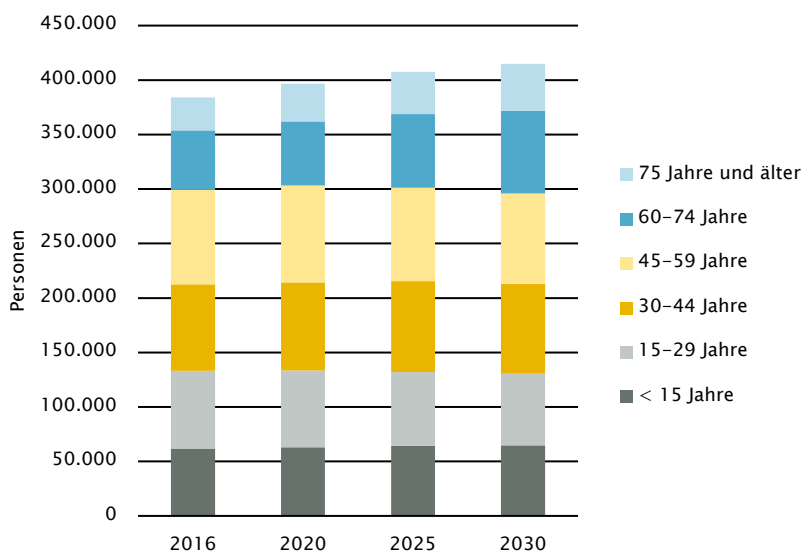
Für die Errechnung des Personalbedarfs für das **Basisfallszenario, die Alternativszenarien Anpassung der Ausbildung sowie Anpassung des Skill-Mix 2030** wird der Ist-Zustand des Pflegepersonalbedarfs 2016 (je Setting und je Berufsgruppe) ins Verhältnis zum Versorgungsangebot 2016 gesetzt. Das bedeutet, dass die Krankenhausaufenthalte 2016 als Maßstab für die Krankenanstalten, die Pflegeheimplätze 2016 für den Langzeitpflegebereich, die betreuten Patienten und Patientinnen 2016 für die Hauskrankenpflege herangezogen wurden. **Dieses Verhältnis** wird dann entsprechend der demografischen Hochrechnung der Statistik Austria nach Altersklassen für die Vorarlberger Bevölkerung bis 2030 **fortgeschrieben**. Die Abbildungen 4.3, 4.4, 4.5 und Abbildung 4.6 stellen diese Ergebnisse dar. Diese Annahmen sind Grundlage für das Basisfallszenario, die Alternativszenarien Anpassung der Ausbildung sowie Anpassung des Skill-Mix 2030. Für das Alternativszenario Strukturmaßnahmen (Abschnitt 4.6) wurden die Prognosen aus dem RSGBP-V angewandt.

Für die Errechnung des Personalbedarfs für das **Alternativszenario Strukturmaßnahmen** (4.6) werden die im RSGBP-V beschriebenen **Strukturmaßnahmen sowie die Annahme der relativen Kompression der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt** – mit entsprechenden Auswirkungen auf das Personalangebot.

Bevölkerungsstruktur im Land Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

Abbildung 4.3 zeigt die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur im Land Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030. Die Darstellung veranschaulicht, dass die Bevölkerungszahl von rund 384.000 auf 415.000 ansteigen wird. Das entspricht einem Wachstum von insgesamt rund acht Prozent, wobei der Anteil der Personen, die 59 Jahre oder jünger sind, bis zum Jahr 2030 kontinuierlich abnimmt und im Absolutwert 2030 knapp unter dem Ausgangswert 2016 liegt. Im Gegensatz dazu steigt der Anteil an Personen, die 60 Jahre alt oder älter sind, kontinuierlich an.

Abbildung 4.3:
Entwicklung der Bevölkerungs- und Altersstruktur in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

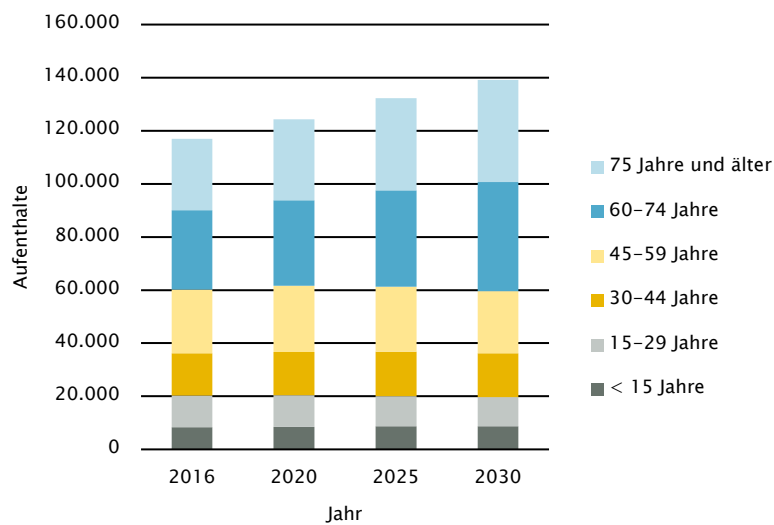


Quelle: Statistik Austria, Darstellung: GÖ FP

Entwicklung der Krankenanstaltenaufenthalte in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

Dem Wachstum von acht Prozent bei der Bevölkerungsentwicklung steht durch den relativ höheren Anteil an Krankenhausaufenthalten für Personen über 60 Jahre, bezogen auf 2016, ein Anstieg an Krankenhausaufenthalten von 19 Prozent gegenüber (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:
Entwicklung der Krankenanstaltenaufenthalte in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

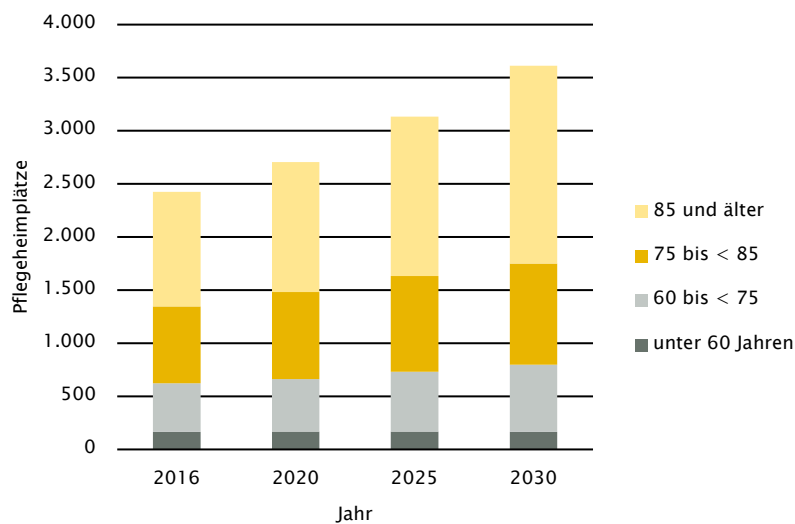


Quelle: Statistik Austria, Darstellung: GÖ FP

Entwicklung der Pflegeheimplätze in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

Wenn die Inanspruchnahme von Pflegeheimplätzen bis 2030 auf dem Stand von 2016 bliebe, würde sich durch die demografische Entwicklung eine Steigerung der Pflegeheimplätze bis 2030 um 49 Prozent bei gleichbleibender Betreuungsintensität ergeben (vgl. Abbildung 4.5). Auf eine differenzierte Betrachtung der Pflegeheimplätze für Personen unter 60 Jahren wurde wegen ihres ohnehin schon geringen Gesamtanteils verzichtet. Diese Annahme ist Grundlage für das Basisfallszenario, die Alternativszenarien Anpassung der Ausbildung sowie Anpassung des Skill-Mix 2030. Für das Alternativszenario Strukturmaßnahmen (Abschnitt 4.6) wurde die Ad-Hoc-Prognose aus dem RSGBP-V angewandt.

Abbildung 4.5:
Entwicklung der Pflegeheimplätze in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030



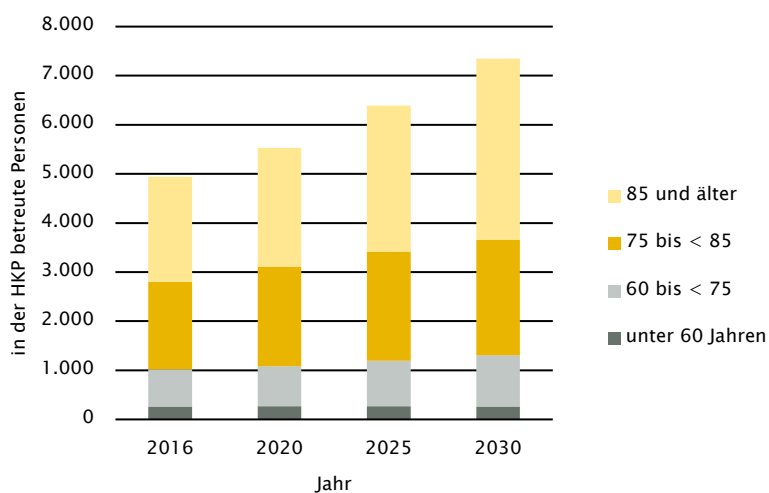
Quelle: Statistik Austria, Darstellung: GÖ FP

Entwicklung der betreuten Personen in der HKP in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030

Wenn die Inanspruchnahme der Hauskrankenpflege bis 2030 auf dem Stand von 2016 bliebe, würde sich durch die demografische Entwicklung eine Steigerung der betreuten Personen in ebenfalls um 49 Prozent ergeben, die Verteilung nach Altersgruppe differiert leicht von der Verteilung der Pflegeheimplätze pro Altersgruppe. Diese Annahme ist Grundlage für das Basisfallszenario, die Alternativszenarien Anpassung der Ausbildung sowie Anpassung des Skill-Mix 2030. Für das Alternativszenario Strukturmaßnahmen (Abschnitt 4.6) wurde die Ad-Hoc-Prognose aus dem RSGBP-V angewandt.

Abbildung 4.6:

Entwicklung der betreuten Personen in der HKP in Vorarlberg für die Jahre 2016 bis 2030



Quelle: Statistik Austria, Darstellung: GÖ FP

4.3 Basisfallszenario

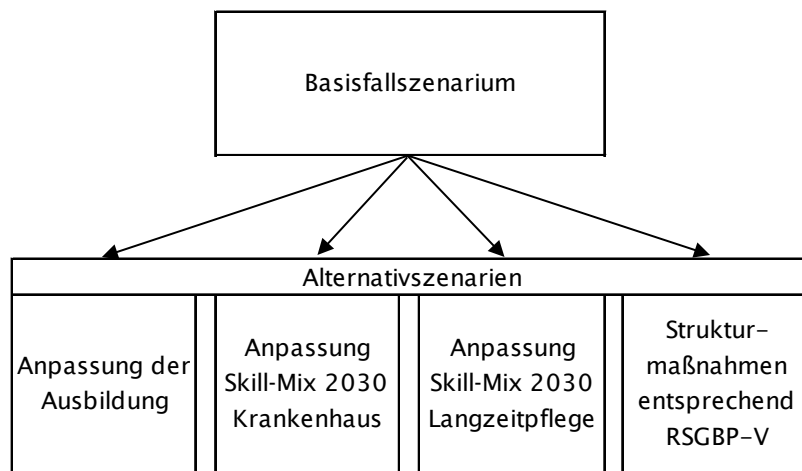
Entlang des beschriebenen Prognosemodells wurden verschiedene Szenarien berechnet, wobei die Ergebnisse sowohl für die Pflegeversorgung gesamt als auch für die unterschiedlichen Settings Krankenanstalten, Langzeitpflege, Hauskrankenpflege sowie Behindertenbereich getrennt verfügbar sind.

Ausgehend von einem Basisfallszenario, wurden in Alternativszenarien die Auswirkungen veränderter Grundannahmen analysiert. In Alternativszenarien können Parameter bewusst ausgereizt werden, um deren Einfluss auf die Ergebnisse zu untersuchen. Entscheidungsträger/-innen könnten beispielsweise die **Frage stellen: „Was wäre, wenn der Skill-Mix in Krankenanstalten 2030 eine Reduktion der DGKP auf 30 Prozent annehmen würde?“** Auch wenn dieses Szenario derzeit unrealistisch erscheint, gibt es Aufschluss über den Einfluss dieser Änderung auf das Gesamtsystem

und zeigt, wie sensitiv das Modell auf diesen Parameter reagiert. Mit dem Auftraggeber wurden das Basisfallszenario, ein Ausbildungsalternativszenario, zwei Skill-Mix-Alternativszenarien und ein Alternativszenario in puncto Strukturmaßnahmen (entsprechend dem RSGBP-V) abgestimmt und beschlossen. Parameter wie späterer Pensionseintritt oder die Reduktion von Teilzeitquoten sind modellierbar, diese wurden jedoch als nicht zielführend eingeschätzt und daher nicht modelliert. Schematische Darstellung der Szenarien Abbildung 4.7 werden diese dargestellt.

Im Folgenden werden die im jeweiligen Szenario verwendeten Grundannahmen und Parameter sowie die daraus folgenden Ergebnisse beschrieben.

Abbildung 4.7:
Schematische Darstellung der Szenarien



Darstellung: GÖ FP

Als **Basisfallszenario** wird jene Variante der Modellrechnung beschrieben, die den **Ist-Zustand unter bekannten Voraussetzungen fortschreibt**. Es wird also angenommen, dass sich im Modellumfeld nichts Unerwartetes ereignet und alles auf dem Stand des Ausgangsjahres bleibt, wobei alle zum Zeitpunkt der Modellrechnung bekannten Änderungen berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die Berufsgruppenzusammensetzung. Mit der GuKG-Novelle 2016 wurde der Beruf der Pflegefachassistenz ins Leben gerufen. **Durch die Einführung der Pflegefachassistenz erhofft sich der Gesetzgeber eine Entlastung des gehobenen Dienstes für GuK und von Ärzten und Ärztinnen insbesondere in den akutstationären Einrichtungen** (vgl. 1194 der Beilagen XXV. GP – Regierungsvorlage – Erläuterungen). Ein weiterer Impuls, für die Einführung dieser Berufsgruppe, ging im Mai 2014 von der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz aus. Diese stellten an die Bundesministerin für Gesundheit den Antrag, dass insbesondere die Kompetenzprofile der Pflegeberufe und die damit verbundene Qualifikationskaskade an heutige Erfordernisse an-

gepasst und entsprechend geregelt werden solle. In diesem Schreiben wurde erstmals eine Zweiteilung der Pflegeassistenz gefordert. Neben der bisherigen einjährigen Pflegehilfeausbildung wurde eine zusätzlich 2jährige Pflegeassistentenausbildung vorgeschlagen⁸.

Daher wird in diesem Basisfallszenario im Gegensatz zu anderen bis 2030 bereits eine Veränderung der Berufsgruppenzusammensetzung einbezogen.

4.3.1 Modellparameter

Das Basisfallszenario beruht auf folgenden Annahmen:

- » Die geografischen Zu- und Abwanderungszahlen werden wie bisher fortgeschrieben und heben einander auf.
- » Die berufliche Zu- und Abwanderung wird wie bisher fortgeschrieben. Zu- und Abwanderung heben einander auf.
- » Die Anzahl an Absolventinnen/Absolventen, die nach der Ausbildung eine Tätigkeit in der Pflege anstreben, wird wie bisher fortgeschrieben. Die Verteilung der Absolventinnen/Absolventen nach Berufsgruppen je Setting wurde im Expertenworkshop fixiert und für den Berechnungszeitraum als konstant bewertet. Pflegefachassistentenkräfte werden erst ab 2019 verfügbar sein.
- » Das durchschnittliche Pensionseintrittsalter der letzten fünf Jahre pro Setting und Berufsgruppe wird fortgeschrieben.
- » **Derzeit ungedeckter Zusatzbedarf wurde nach Rücksprache mit Experten/Expertinnen nur im Setting Langzeitpflege angenommen und berücksichtigt.**
- » Das Personal im Spezialbereich, im Behindertenbereich sowie in der Ausbildung wurde von der Modellierung konstant gehalten.
- » Der im Expertenworkshop festgelegte Skill-Mix 2030 wird ab dem Jahr 2019 schrittweise angestrebt.

Tabelle 4.1 zeigt die in diesem Szenario verwendeten Modellparameter für die Angebotsseite, Tabelle 4.2 die Bedarfsseite samt der jeweiligen Datenquelle bzw. Datenherkunft. Tabelle 4.3 stellt den antizipierten Skill-Mix für 2030 dar. Diese Zahlen wurden ebenfalls mit den Experten/Expertinnen in Vorarlberg erarbeitet. Die Daten der Ist-Zustand-Erhebung hatten im Wesentlichen hohe Datenqualität, wodurch in Verbindung mit den ergänzenden Einschätzungen des Expertenworkshops robuste Prognosen erarbeitet werden konnten.

8

vgl. Schreiben der Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der NÖ Landesregierung Bearbeiter: MMag. Dr. Robert Gemeiner 14. Mai 2014, nicht öffentliches Dokument)

Tabelle 4.1:

Angebotsseitige Annahmen für die Parameter des Basisfalls im Prognosemodell

	Parameter	Beschreibung	rechnerische Berücksichtigung	Quelle	
Angebot	Zugang	Absolventinnen/ Absolventen	Anzahl der Absolventinnen/Absolventen von Ausbildungsstätten	festgelegter Anteil der Personen nach Berufsgruppen in den Settings	Absolventenstatistik Land Vorarlberg, Verteilung auf Berufsgruppen: Expertenworkshop
		geografische Zuwanderung	Anzahl der Personen aus anderen Bundesländern und aus dem Ausland, die eingestellt werden	nein (hebt sich durch Abwanderung auf)	Nostrifikationen, Ist-Zustand-Erhebung
		berufliche Zuwanderung	Anzahl der Personen, die zwischen den Bereichen wechseln	nein (Wanderbewegung hebt sich auf)	Ist-Zustand-Erhebung
	Abgang	Pension	Anzahl der Personen, die das Pensionseintrittsalter erreicht haben	Die Anzahl der Personen fließt direkt in das Modell ein.	Pensionierungsalter, Ist-Zustand-Erhebung
		geografische Abwanderung	Anzahl der Personen, die in ein anderes Bundesland bzw. einen anderen Staat wechseln	nein (hebt sich durch Abwanderung auf)	Nostrifikationen, Ist-Zustand-Erhebung
		berufliche Abwanderung	Anzahl der Personen, die zwischen den Bereichen wechseln bzw. den Beruf verlassen	nein (Wanderbewegung hebt sich auf)	Ist-Zustand-Erhebung, keine Info zu Berufsaustritt

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.2:

Bedarfsseitige Annahmen für die Parameter des Basisfalls im Prognosemodell

		Parameter	Beschreibung	rechnerische Berücksichtigung	Quelle
Bedarf	bevölkerungsseitig	Krankenanstalten: Inanspruchnahmeverhalten nach Altersgruppen	Auf Basis der demografischen Entwicklung wurde das Inanspruchnahmeverhalten fortgeschrieben.	ja	Statistik Austria; BMGF ⁹ ; RSGBP (aktualisiert)
		Langzeitpflege: Inanspruchnahme Pflegeheimplätze nach Altersgruppen	Auf Basis der demografischen Entwicklung wurde das Inanspruchnahmeverhalten fortgeschrieben.	ja	Statistik Austria, RSGBP (aktualisiert), Pflegedienstleistungsstatistik
		Hauskrankenpflege: Inanspruchnahme der Leistungen durch Patienten/ Patientinnen nach Altersgruppen, umgelegt auf VZÄ	auf Basis der demografischen Entwicklung fortgeschrieben	ja	Statistik Austria, RSGBP (aktualisiert), Jahresbericht zu Krankenpflegevereinen, Pflegedienstleistungsstatistik
		Behindertenbereich: Personalentwicklung	konstant gehalten	ja	Ist-Zustand-Erhebung

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.3:

Antizipierter Skill-Mix 2030 für Basisfallszenario im Prognosemodell pro Setting

SKILL-MIX 2030 in Prozent	DGKP	PFA	PA	SBB
Krankenhaus	70	20	10	—
Langzeitpflege	40	—	30	30
Hauskrankenpflege	75	12,5	—	12,5
Behindertenbereich	7	—	1	92

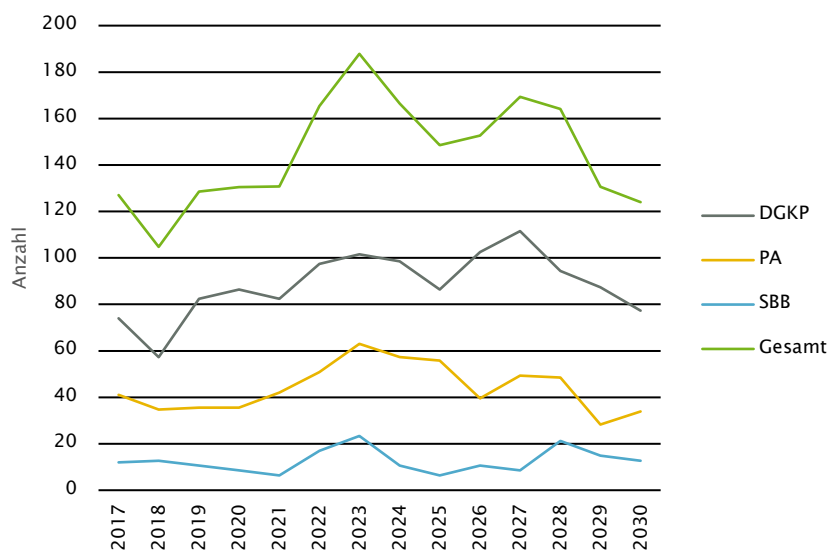
Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.3.2 Modellergebnisse

Im Folgenden wird das Ergebnis des Basisfallszenarios dargestellt: zunächst die Entwicklung des Personalangebots, dann der Personalbedarf. Aufgrund der Besonderheiten der einzelnen Settings werden in Tabelle 4.4 deren Bedarfe getrennt dargestellt.

Das **Personalangebot insgesamt** steigt kontinuierlich, der leichte Rückgang bei der PA wird durch den Zuwachs bei den DGKP, SBB und PFA mehr als kompensiert. Trotz des zu erwartenden Anstiegs der jährlichen Pensionierungen in den nächsten fünf Jahren (vgl. Abbildung 4.8) kommt es zu keinem Rückgang des Personalbestands, weil die Zahl der Personen, die ausgebildet werden, jene der Personen, die ihre Tätigkeit beenden, übersteigt, das heißt der theoretische Nachwuchsbedarf ohne vorzeitige Berufsaustritte kann durch die Ausbildung gedeckt werden. Der effektive (d. h. auch vorzeitige Berufsaustritte berücksichtigende) Nachwuchsbedarf kann aufgrund der nicht vollständigen Datenlage eventuell höher sein. Es wird erwartet, dass mit der 2018 startenden Registrierung der Pflegeberufe Informationen vorliegen, die in künftigen Modellen berücksichtigt werden können. Durch die Ausbildung wird also der Ersatzbedarf (Abgänge durch Pensionierungen) gedeckt, unberücksichtigt dabei ist jedoch der Zusatzbedarf (Veränderungen im Bedarf durch die Bevölkerung) vgl. dazu Abbildung 4.9.

Abbildung 4.8:
Entwicklungen der Anzahl an Pensionierungen pro Jahr bis 2030



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

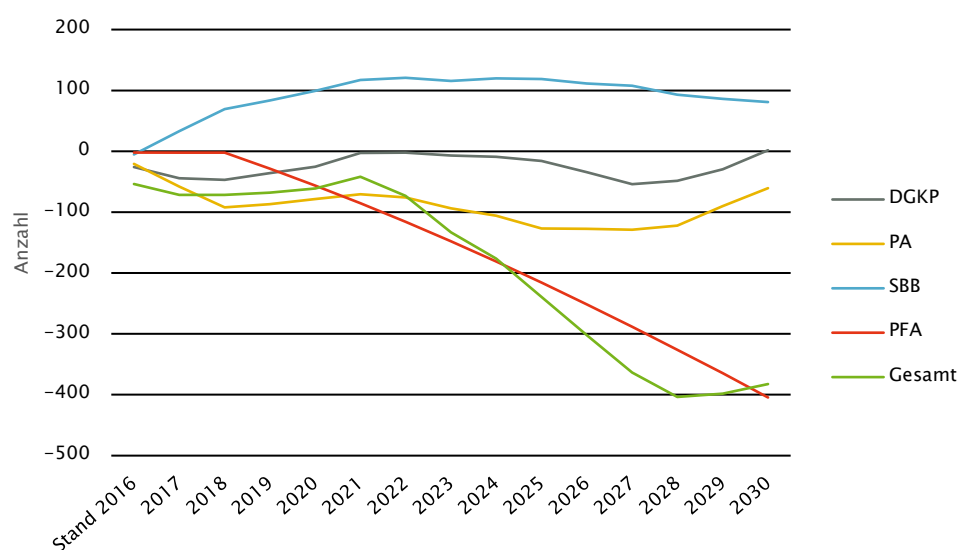
Der **Personalbedarf** steigt ebenfalls kontinuierlich an und ist in den kommenden Jahren höher als das Angebot. Die **Differenz aus Personalbedarf minus Personalangebot** erreicht den **höchsten Wert** circa 2028 mit rund 400 fehlenden Pflegekräften insgesamt (d. h. ohne Differenzierung nach Berufsgruppen). Nach 2028 vermindert sich die Differenz aus Bedarf minus Angebot trotz weiterhin wachsendem Bedarf bei gleichzeitig noch stärkerem Wachstum des Angebots leicht.

Berufsgruppen- und settingspezifische Entwicklung bis 2030

Je nach Berufsgruppe ergibt sich ein **etwas unterschiedliches Bild**. Sowohl bei den DGKP als auch den PA erreicht der ungesättigte Bedarf bereits circa 2027 das Maximum, um dann deutlich geringer zu werden. Bei den SBB ergibt sich über den gesamten Zeitverlauf ein leichtes Überangebot

von knapp 100 Personen, bei den PFA steigt der ungesättigte Bedarf bis 2030 kontinuierlich auf ein wenig über 400 Personen (vgl. Abbildung 4.9.). Der hohe Mehrbedarf an PFA ergibt sich primär daraus, dass die Absolventenzahl fortgeschrieben wird. Da diese in einem ersten Schritt 20 Personen umfassen wird, setzt sich das im Modell fort. Im Alternativszenario 4.4 wird die Absolventenzahl jährlich angepasst. Darüber hinaus wirkt sich hier auch die angestrebte Veränderung im Skill-Mix aus.

Abbildung 4.9:
Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf für Pflegeversorgung gesamt bis 2030



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Die **Analyse der einzelnen Settings** zeigt ein davon deutlich abweichendes Bild. Mit den Annahmen des Basisfallszenarios kommt es wahrscheinlich in den **Krankenanstalten** zu einem Personalüberangebot, mit einem **deutliches Überangebot an DGKP sowie einen zunehmenden Mangel an PFA**. In der **Langzeitpflege** würde es hingegen zu einem **Unterangebot an DGKP** kommen. Das gilt in geringerem Ausmaß auch für PA. **In der Hauskrankenpflege** würden 2030 ebenfalls DGKP, SBB und PFA fehlen. Im **Behindertenbereich** würde es neben einem leichten Mangel an DGKP ein Überangebot an PA und SBB geben. (vgl. Tabelle 4.4)

Tabelle 4.4:
Personalangebot und Personalbedarf nach Setting

	Personal- angebot 2016	Bedarf 2016	Angebot/ Bedarf 2016	Personal- angebot 2030	Bedarf 2030	Angebot/ Bedarf 2030
Krankenanstalten						
DGKP	2.153	2.153	0	2.710	2.046	664
PA	304	304	0	196	292	-96
SBB				0	0	0
PFA				192	585	-393
Gesamt	2.457	2.457	0	3.098	2.923	175
Langzeitpflege						
DGKP	587	612	-25	491	1.002	-511
PA	781	801	-20	675	752	-77
SBB	260	265	-5	764	752	12
PFA	0	2	-2	24	0	24
Gesamt	1.628	1.680	-52	1.954	2.506	-552
Hauskrankenpflege						
DGKP	270	270	0	129	359	-231
PA	52	52	0	16	0	16
SBB				0	60	-60
PFA				24	60	-36
Gesamt	322	322	0	169	479	-310
Behindertenbereich						
DGKP	18	18	0	8	18	-10
PA	3	3	0	49	3	46
SBB	231	231	0	304	231	73
PFA				0	0	0
Gesamt	252	252	0	361	252	109
Spezialbereich + Lehre						
DGKP	107	107	0	107	107	0

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

In Kapitel 5 werden erste Empfehlungen skizziert, die auf die Unterschiede der Bereiche eingehen. Insbesondere für das Personal in der Langzeitpflege bzw. Hauskrankenpflege sind dringend Maßnahmen zu setzen.

4.4 Alternativszenario Anpassung der Ausbildung

Dieses Alternativszenario versucht den im **Basisfall festgestellten ungedeckten Bedarf** durch **Anpassung der Absolventenzahlen in den verschiedenen Pflegeberufen** zu kompensieren. Neben der Anpassung der Absolventenzahlen (wurde modelliert) wird die Erreichung dieses Ziels auch durch geringere Drop-out-Raten bzw. eine höhere Berufseintrittsquote (wurde nicht modelliert) unterstützt.

Die Modellannahme, dargestellt in Tabelle 4.5, basiert auf folgenden Überlegungen: Der Skill-Mix soll sich bis 2030 von jenem des Jahres 2016 deutlich unterscheiden. Bedingt durch die Einführung einer der Pflegefachassistenz kommt es zu Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen, der Skill Mix für 2030 ist in Tabelle 4.7 dargestellt. Im Rahmen des Expertenworkshops wurde seitens der Vertreter/-innen der Träger betont, dass es zu einer sanften Veränderung der Berufsgruppenzusammensetzung kommen wird. Geplant ist, **offene Stellen nach Bedarf mit PFA zu besetzen**. Dies bedeutet, dass Ausbildungsplatzanpassungen in den jeweiligen berufsspezifischen Ausbildungen vorgenommen werden müssen. Daher sind insbesondere die Ausbildungsplätze für PFA zu erhöhen, während für die DGKP und PA nur ein moderater Anstieg notwendig ist. Im Laufe der Jahre kumuliert der Effekt und zeigt deutliche Veränderungen gegenüber dem Basisfallszenario.

Die Veränderung von Ausbildungsplätzen ist insbesondere für PFA, als neue Berufsgruppe von Bedeutung. Die Absolventenzahl beim gehobenen Dienst muss beibehalten werden, damit der Bedarf in der Langzeit- und Hauskrankenpflege gedeckt werden kann. Aufgrund der relativ heterogenen Drop-Out Quoten aller Berufsgruppen, sollte Analyse dieser langfristig zu einer Reduktion führen.

In **Alternativszenario Anpassung der Ausbildung** wurden bedarfsseitig keine Veränderungen vorgenommen, auch die Auswirkungen durch den Wegfall des Pflegeregresses – der erst 2017 beschlossen wurde – können nicht antizipiert werden. Zudem gibt es keine Schätzungen, wie sich dieser auswirken wird.

4.4.1 Modellparameter

Tabelle 4.5:

Angebotsseitige Annahmen für die Parameter des Alternativszenarios „Anpassung der Ausbildungen“ (Veränderungen in Rot)

	Parameter	Beschreibung	rechnerische Berücksichtigung	Quelle	
Angebot	Zugang	Absolventinnen/ Absolventen	Anzahl der Absolventinnen/Absolventen aus Ausbildungsstätten	Steigerungen der Zahl der Ausbildungsplätze: » DGKP um 1 Absolventen/Absolventin im ersten Jahr, 2 Absolventen/Absolventinnen im zweiten Jahr, ... » PFA um 8 Absolventen/Absolventinnen im ersten Jahr, 16 Absolventen/Absolventinnen im zweiten Jahr, ... » PA um 1 Absolventen/Absolventin im ersten Jahr, 2 Absolventen/Absolventinnen im zweiten Jahr, ... » SBB bleibt gleich.	
		geografische Zuwanderung	Anzahl der Personen aus anderen Bundesländern und aus dem Ausland, die eingestellt werden	nein (hebt sich durch Abwanderung auf)	Nostrifikationen, Ist-Zustand-Erhebung
		berufliche Zuwanderung	Anzahl der Personen, die zwischen den Bereichen wechseln	nein (Wanderbewegung hebt sich auf.)	Ist-Zustand-Erhebung
	Abgang	Pension	Anzahl der Personen, die das Pensionseintrittsalter erreicht haben	Anzahl der Personen fließt direkt in das Modell ein	Pensionierungsalter, Ist-Zustand-Erhebung
		geografische Abwanderung	Anzahl der Personen, die in ein anderes Bundesland bzw. einen anderen Staat wechseln	nein (hebt sich durch Abwanderung auf)	Nostrifikationen, Ist-Zustand-Erhebung
		berufliche Abwanderung	Anzahl der Personen, die zwischen den Bereichen wechseln bzw. den Beruf verlassen	nein (Wanderbewegung hebt sich auf.)	Ist-Zustand-Erhebung, keine Info zu Berufsaustritt

Quelle und Darstellung GÖ FP

Tabelle 4.6:

Bedarfsseitige Annahmen für die Parameter des Alternativszenarios
„Anpassung der Ausbildungen“

Parameter		Beschreibung	rechnerische Berücksichtigung	Quelle	
Bedarf	bevölkerungsseitig	Krankenanstalten: Inanspruchnahmeverhalten nach Altersgruppen	Auf Basis der demografischen Entwicklung wurde das Inanspruchnahmeverhalten fortgeschrieben.	ja	Statistik Austria; BMGF ¹⁰ ; RSGBP (aktualisiert)
		Langzeitpflege: Inanspruchnahme von Pflegeheimplätzen nach Altersgruppen	Auf Basis der demografischen Entwicklung wurde das Inanspruchnahmeverhalten fortgeschrieben.	ja	Statistik Austria, RSGBP (aktualisiert), Pflegedienstleistungsstatistik
		Hauskrankenpflege: Inanspruchnahme der Leistungen durch Klienten/Klientinnen nach Altersgruppen, umgelegt auf VZÄ	auf Basis der demografischen Entwicklung fortgeschrieben	ja	Statistik Austria, RSGBP (aktualisiert), Jahresbericht zu Krankenpflegevereinen, Pflegedienstleistungsstatistik
		Behindertenbereich: Personalentwicklung	konstant gehalten	ja	Ist-Zustand-Erhebung

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 4.7:

Antizipierter Skill-Mix 2030 für das Alternativszenario „Anpassung der Ausbildungen“
pro Setting

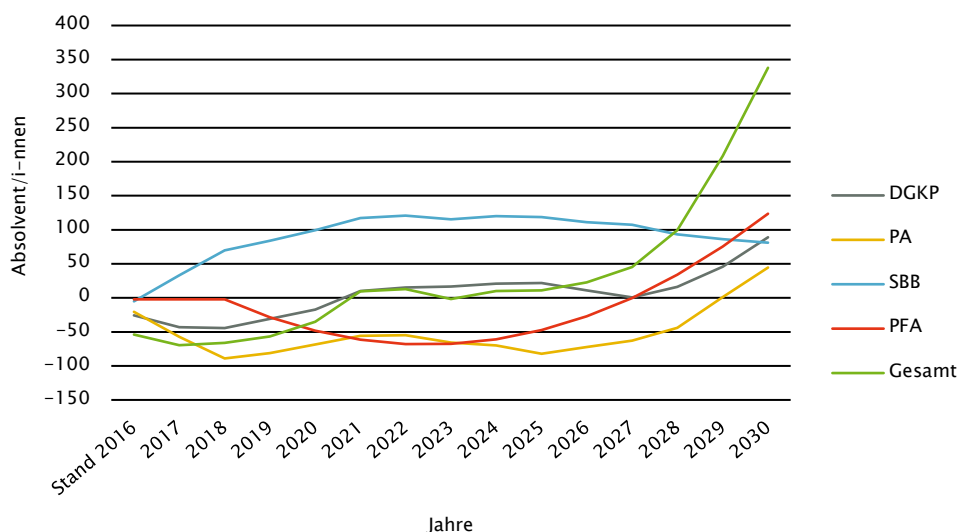
SKILL-MIX 2030 in Prozent	DGKP	PFA	PA	SBB
Krankenhaus	70	20	10	—
Langzeitpflege	40	—	30	30
Hauskrankenpflege	75	12,5	—	12,5
Behindertenbereich	7	—	1	92

Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.4.2 Modellergebnisse

Die angenommenen Änderungen bei den Ausbildungsplätzen erzeugen bereits ein deutlich anderes Modellverhalten. Obwohl in den nächsten Jahren noch Fehlbestände bei den PFA und PA zu erwarten wären, kann damit ab circa 2029 in allen Berufsgruppen mehr Personalangebot als -bedarf erwartet werden (vgl. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10:
Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf für Pflegeversorgung gesamt mit erhöhten Absolventenzahlen bis 2030



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Entsprechend den Ergebnissen aus dem Basisfallszenario müssten für ein stabiles System (am besten bereits vor 2030) die Maßnahmen zur Erhöhung der Absolventenzahlen zurückgenommen werden, um einem zu deutlichen Überangebot beim Pflegepersonal nach 2030 entgegenzuwirken. Mit einer stärkeren Anpassung der Ausbildungsplätze für Pflegefachassistent/-innen kann, dieses Ziel bereits früher erreicht werden.

Die bereits im Basisfall skizzierten **unterschiedlichen Angebot-Bedarf-Salden je nach Setting** bleiben im Wesentlichen **bestehen**. Die Erhöhung der Absolventenzahlen bedeutet nicht, dass alle Settings davon profitieren. Eine **zielgerichtete Verteilung** zwischen den Settings muss erst sichergestellt werden. Daher müsste eine Erhöhung der Absolventenzahlen auch von **umverteilenden Maßnahmen** (z. B. DGKP aus den KA zur LZP und HKP) **begleitet** werden.

4.5 Alternativszenarien Anpassung des Skill-Mix 2030

Zur Analyse der Auswirkungen von Skill-Mix-Änderungen wurden in Expertengesprächen letztlich zwei Szenarien definiert. Das eine besteht in einer Veränderung des Skill-Mix 2030 in den Krankenanstalten mit einer Verschiebung von Kapazitäten der DGKP zu PFA und PA. Das andere beruht auf Modellrechnungen mit einer Veränderung des Skill-Mix 2030 in der Langzeitpflege, die eine Verschiebung der Kapazitäten von den PA zu den PFA berücksichtigt.

4.5.1 Alternativszenario Anpassung Skill-Mix in den Krankenanstalten

4.5.1.1 Modellparameter

Die angebots- und bedarfsseitigen Parameter bleiben im Vergleich zum Basisfallszenario unverändert (vgl. dazu Tabelle 4.1 und Tabelle 4.2). Der Skill-Mix in den Krankenanstalten wird wie in Tabelle 4.8 dargestellt verändert.

Tabelle 4.8:

Parameter für Alternativszenario mit Veränderung des Skill-Mix in den Krankenanstalten

SKILL-MIX 2030 in Prozent	DGKP	PFA	PA	SBB
Krankenhaus	50	35	15	—
Langzeitpflege	40	—	30	30
Hauskrankenpflege	75	12,5	—	12,5
Behindertenbereich	7	—	1	92

Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.5.1.2 Modellergebnisse

Unter Fortschreibung der aktuellen Eintrittswahrscheinlichkeiten hinsichtlich Pflegeausbildungsabsolventen/-absolventinnen in den Beruf sowie Fortschreibung der Absolvent/-innen aus dem Basisfallszenarium ergibt sich mit diesem Skill-Mix eine Verstärkung der bereits aus dem Basisfallszenario gezeigten Effekte – ein stärkeres Überangebot bei DGKP, etwas mehr Bedarf an PA und deutlich mehr Bedarf an PFA. Für das Gesamtsystem werden durch den verringerten Bedarf an DGKP ausreichend Kapazitäten frei, um den (im Vergleich zum Basisfallszenario ungedeckten) Bedarf an DGKP in der LZP und der HKP zu decken. Der geringere Bedarf an DGKP korrespondiert allerdings mit einem erhöhten Bedarf an PA bzw. PFA. Dieser schlägt sich nicht nur in den Krankenanstalten nieder, sondern bleibt auch für das Gesamtsystem sichtbar (vgl. Abbildung 4.11).

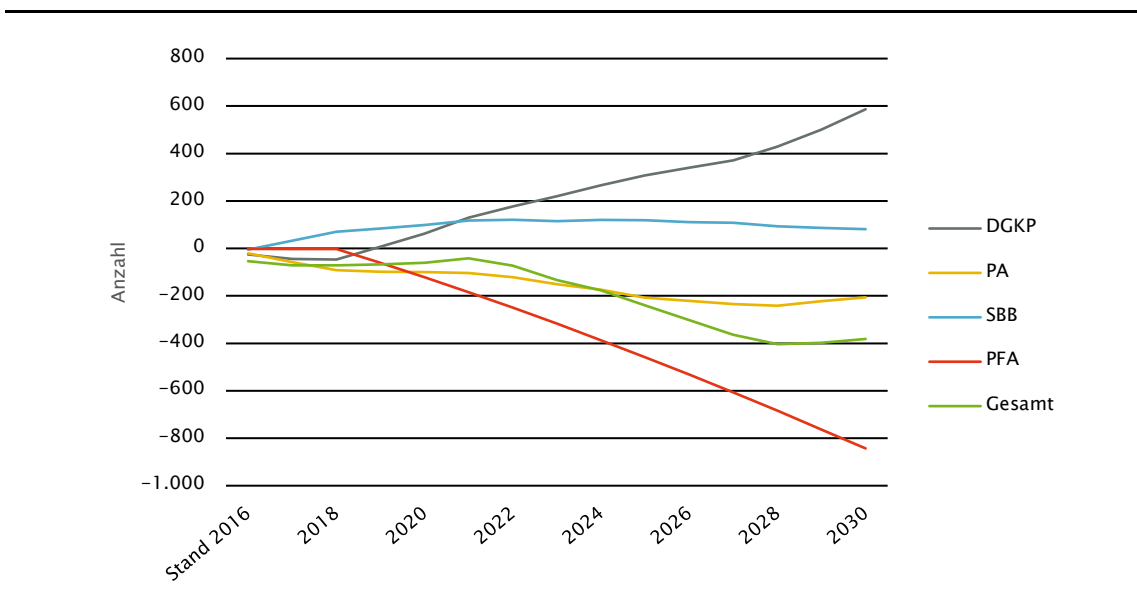
Maßnahmen wie die Anpassung der Ausbildungsplätze, die Reduktion des Drop-out in den Ausbildungen, der verstärkte Einsatz Angehöriger der Sozialbetreuungsberufen in den einzelnen Settings und die Lenkung von Pflegepersonen in den Langzeitpflegebereich müssten gesetzt werden. **Aufgrund des derzeit geäußerten Mangels von Pflegepersonen in der Langzeitpflege¹¹ sind Ausbildungsplatzdimensionierungen immer daraufhin auszurichten, dass künftig ausreichend DGKP für diesen Bereich zur Verfügung stehen!**

11

Expertenworkshop; Umfrageergebnisse Fachhochschule Vorarlberg; Erhebung GÖ-FP

Bei dieser Modellannahme sei daraufhin gewiesen, dass derzeit rund 30 Prozent aller DGKP in den Krankenanstalten in Spezialbereichen (inkl. psychiatrische und Kinder- und Jugendlichenpflege) arbeiten, in welchen eine Spezialisierung nach § 17 GuKG notwendig ist. Aufgrund der GuKG-Novelle 2016 ist keine Veränderungen für diese Bereiche zu erwarten, daher **stunden mit dieser Variante nur rund 20 Prozent DGKP für alle anderen Einsatzbereiche** in den Krankenanstalten zur Verfügung.

Abbildung 4.11:
Entwicklung des Personalangebots minus dem Bedarf in Krankenanstalten bei Anpassung des Skill-Mix bis 2030



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

4.5.2 Alternativszenario Anpassung des Skill-Mix in der Langzeitpflege

4.5.2.1 Modellparameter

Auf Wunsch der Experten/Expertinnen wurde auch ein Szenario mit Anpassung des Skill-Mix für die Pflegeheime berechnet. Die angebots- und bedarfsseitigen Parameter bleiben im Vergleich zum Basisfallszenario unverändert (vgl. dazu Tabelle 4.1 und Tabelle 4.2). Der Skill-Mix in den Pflegeheimen wird wie in Tabelle 4.8 **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** dargestellt verändert.

Tabelle 4.9:

Parameter für Alternativszenario mit Veränderung des Skill-Mix in der Langzeitpflege

SKILL-MIX 2030 in Prozent	DGKP	PFA	PA	SBB
Krankenhaus	70	20	10	—
Langzeitpflege	40	10	20	30
Hauskrankenpflege	75	12,5	—	12,5
Behindertenbereich	7	—	1	92

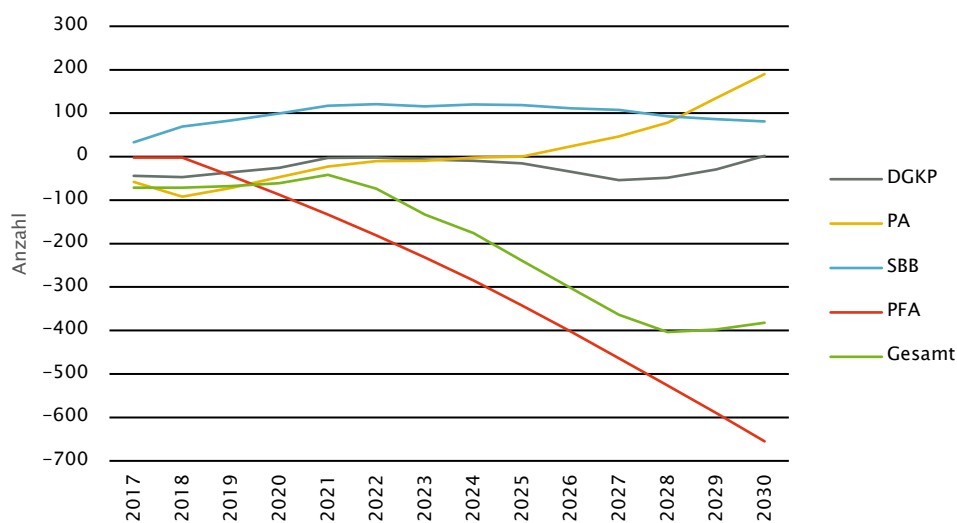
Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.5.2.2 Modellergebnisse

Im Alternativszenario Skill-Mix Langzeitpflege kann für das Gesamtsystem durch die Veränderung im Skill-Mix 2030 das bis dahin bestehende Unterangebot an PA behoben werden, ab circa 2026 ist dann das Angebot an PA mindestens so groß wie der Bedarf. Dafür wird der ungedeckte Bedarf bei den PFA umso größer (vgl. Abbildung 4.12).

Abbildung 4.12:

Personalangebot bei Veränderung des Skill-Mix 2030 in den Pflegeheimen



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖ FP

Der leicht negative Angebot-minus-Bedarf-Saldo an PA wird behoben, dafür wird langfristig neben dem Saldo für die DGKP auch der Saldo für die PFA deutlich in den negativen Bereich verschoben.

Maßnahmen wie die Anpassung der Ausbildungsplätze, die Reduktion des Drop-out in den Ausbildungen, der verstärkte Einsatz Angehöriger der Sozialbetreuungsberufe in den einzelnen Settings und die Lenkung von Pflegepersonen in den Langzeitpflegebereich müssten gesetzt werden.

4.6 Alternativszenario Strukturmaßnahmen (entsprechend RSGBP-V)

Im bereits im Frühjahr 2017 erschienenen RSGBP-V wurden die Versorgungssituationen im Vorarlberger Gesundheits- und Sozialbereich gemeinsam abgebildet. Dafür wurden bei der Beurteilung des zukünftigen Versorgungsbedarfs neben der demografischen Hochrechnung für die relevanten Bevölkerungsgruppen auch Strukturmaßnahmen angenommen, **die bedarfsreduzierend wirken** und auch im Pflegebereich wirksam werden. Auch hier sei darauf hingewiesen, dass im RSGBP-V der Wegfall des Pflegeregresses und das damit möglicherweise veränderte Inanspruchnahmeverhalten nicht berücksichtigt sind. Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu stärken, den stationären Aufnahmebedarf zu reduzieren, die Abstimmung zwischen den Sektoren zu fördern und derzeit wenig in Anspruch genommene alternative oder innovative Versorgungsmodelle zu nutzen. Um die Auswirkungen dieser veränderten Annahmen bezüglich des Bedarfs abschätzen zu können, orientiert sich dieses Szenario bei der Modellierung des Bedarfs an den Annahmen des RSGBP-V. Die angebotsseitigen Parameter sowie der Skill-Mix bleiben wie Basisfallszenario unverändert (vgl. dazu Tabelle 3.1 und Tabelle 3.2). Die bedarfsseitigen Parameter werden wie in Tabelle 4.10 dargestellt verändert.

4.6.1 Modellparameter

Tabelle 4.10:
Parameter für Alternativszenario mit Veränderung der Annahmen zum Bedarf analog RSGBP-V

Parameter		Beschreibung	rechnerische Berücksichtigung	Quelle
Bedarf	Bevölkerung	Krankenanstalten: Bedarfsabschätzung lt. RSGBP	übernommen und bis 2030 fortgeschrieben ja	RSGBP-V
		Langzeitpflege: Bedarfsabschätzung lt. RSGBP	übernommen und bis 2030 fortgeschrieben ja	RSGBP-V
		Hauskrankenpflege: Bedarfsabschätzung lt. RSGBP	übernommen und bis 2030 fortgeschrieben ja	RSGBP-V
		Behindertenbereich: Personal	konstant gehalten ja	Ist-Zustand-Erhebung

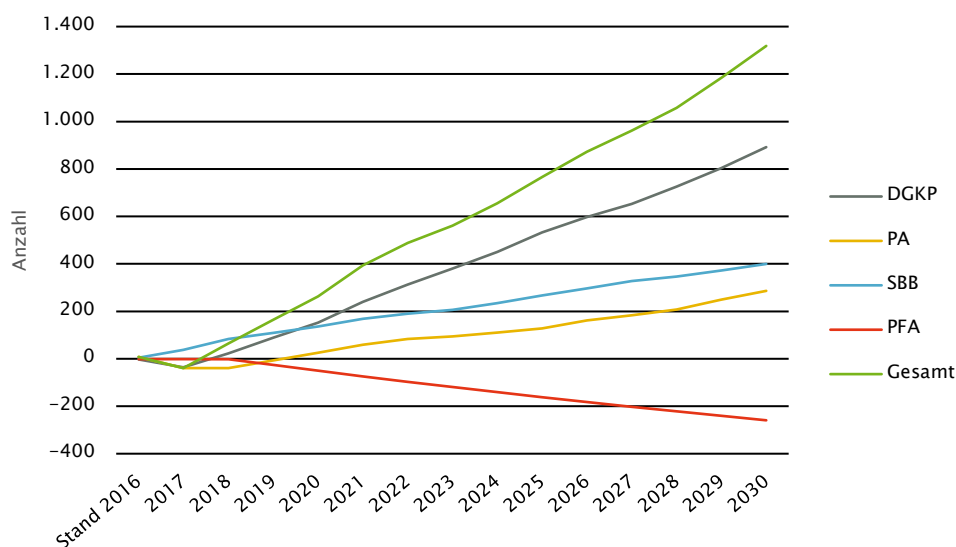
Quelle und Darstellung: GÖ FP

4.6.2 Modellergebnisse

Da die Annahmen des RSGBP-V einen niedrigeren Bedarf in den Settings KA, LZP und HKP prognostizieren, das Personalangebot hingegen unverändert bleibt, ergibt sich erwartetermaßen für alle Berufsgruppen außer den PFA ein Überangebot (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Abbildung 4.13:

Entwicklung des Personalangebots minus Bedarf im Gesamtsystem bei Veränderung der Annahmen in puncto Bedarf analog RSGBP-V bis 2030



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Sollten sich alle Annahmen bewahrheiten und würden alle Maßnahmen aus dem RSGBP-V umgesetzt, ist hinkünftig auf Basis der Zahl der derzeit vorhandenen Absolventinnen/Absolventen bis auf Angehörige der Pflegefachassistenz ein Überschuss an potenziellem Personal vorhanden. Entsprechende Anpassungen in der Ausbildungsplatzdimensionierung wären mithin vorzunehmen. Inwieweit die antizipierten Wirkungen des RSGBP-V tatsächlich eintreten, gilt es zu beobachten, und erst wenn diese sichtbar sind, sind Veränderungen in den Ausbildungen sinnvoll.

4.7 Zusammenfassung der Modellrechnungen

Die Modellrechnung des Basisfallszenarios **ergibt einen Pflegepersonalmangel von 400 Personen bis zum Jahr 2030, wobei die Situation je nach Setting und Berufsgruppe differenziert zu betrachten ist.** Bis 2030 werden voraussichtlich 1313 DGKP in Pension gehen; werden die Absolventenzahlen beibehalten, kann dieser Ersatzbedarf durch die Absolventen/Absolventinnen gedeckt werden. Bis 2030 gehen voraussichtlich 657 Pflegeassistenten/Pflegeassistentinnen (PA) in Pension,

dieser Ersatzbedarf kann durch die Absolventen/Absolventinnen von Pflegeassistentenlehrgängen nicht gedeckt werden; würden jedoch die Absolventen/Absolventinnen der Sozialbetreuungs-ausbildungen mitberücksichtigt werden, könnte der Ersatzbedarf gedeckt werden. Voraussichtlich gehen bis 2030 189 Angehörige der SBB in Pension, dieser Ersatzbedarf wird durch die Absolventen/Absolventinnen mehr als gedeckt.

Der **Zusatzbedarf** kann durch die Absolventen/Absolventinnen – bei Fortführung des Ausbildungsangebotes von 2016 – nicht mehr gedeckt werden, dazu ist es notwendig entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Eine dieser Maßnahmen ist die Anpassung der Ausbildungsplätze insbesondere hinsichtlich der Einführung der PFA. Bei Maßnahmen zur Erhöhung der Absolventenzahlen muss berufsgruppen-spezifisch unterschiedlich vorgegangen werden. Für die Situation der DGKP und PA genügen bereits relativ geringe Erhöhungen der Absolventenzahlen, zeitlich begrenzt bis circa 2027, die danach auch wieder dem derzeitigen Niveau angepasst werden können. Bei den PFA hingegen ergibt sich durch alle Szenarienrechnungen hindurch eine im Vergleich zum Gesamtbestand an PFA deutliche Unterdeckung. Dementsprechend müssen ausbildungsseitige Änderungen massiver ausfallen.

Mehr ausgebildete Personen bedeutet nicht automatisch, dass auch mehr in Langzeitpflege strömen. Neben der Steuerung über Ausbildungsplätze sind auch andere Maßnahmen zu ergreifen.

Eine andere Möglichkeit sind bedarfsreduzierende Maßnahmen, wie sie zum Beispiel bereits im RSGBP-V konzipiert wurden. Vermutlich wird eine **Kombination von Bedarfsreduzierung und Steigerung der Absolventenzahlen die flexibelste Lösung** sein. Bei rascher Umsetzung der Strukturmaßnahmen kann die Erhöhung der Absolventenzahlen noch moderater als im Szenario mit angepasster Ausbildung (vgl. Abschnitt 4.4) erfolgen.

4.7.1 Fazit

Die **Veränderung des Skill-Mix alleine** erscheint als keine geeignete Möglichkeit, um die zu erwartende ungleiche Verteilung der Pflegepersonen verschiedener Berufsgruppen den Settings anzupassen. Insbesondere in der derzeit personell bereits benachteiligten Langzeitpflege müssen auch noch andere Maßnahmen getroffen werden – erste Überlegungen finden sich dazu im nächsten Kapitel. In allen Szenarienrechnungen dazu gehen Verbesserungen des Angebot-Bedarf-Saldos einer Berufsgruppe mit einer Verschlechterung zulasten einer anderen Berufsgruppe einher. Die einzige Ausnahme hierbei stellen, allerdings nur in geringem Ausmaß, die SBB dar, sie könnten verstärkt die Pflegeassistenten substituieren.

5 Zusammenfassung: Personalbestand, Prognosen und Empfehlungen

Aufgrund der Datenerhebung konnte erstmals ein Überblick über Pflegepersonen mit Pflegekompetenz lt. GuKG in Vorarlberg gewonnen werden. Das ergibt für 2016 folgendes Bild:

53 Prozent der Pflegepersonen waren in Krankenhäusern beschäftigt, 34 Prozent in der Langzeitpflege, sechs Prozent in der Hauskrankenpflege und fünf Prozent im Behindertenbereich und je ein Prozent in der Ausbildung bzw. anderen Organisationen und Funktionen.

Entsprechend der absolvierten Grundausbildung zeigt sich folgende Verteilung im Land Vorarlberg: **diplomierte GuK-Personen (DGKP)** arbeiten zu 72 Prozent in Krankenhäusern, zu 20 Prozent in Langzeitpflegeeinrichtungen, zu sieben Prozent in der Hauskrankenpflege und zu einem Prozent im Behindertenbereich. **Pflegeassistent/-innen (PA)** arbeiten zu 27 Prozent in Krankenhäusern, zu 68 Prozent in der stationären Langzeitpflege, zwei Prozent in der Hauskrankenpflege und vier Prozent im Behindertenbereich. **Absolventinnen/Absolventen von Sozialbetreuungsberufen (SBB)** sind zu 55 Prozent in der stationären Langzeitpflege, zu 39 Prozent im Behindertenbereich und sechs Prozent in der Hauskrankenpflege zu finden.

Die **Entwicklung der Beschäftigten in den Settings** seit 2013 zeigt folgendes Bild: In den **Krankenanstalten** erhöhte sich die Zahl der DGKP um rund 10 Prozent, während es bei den PA zu einem Rückgang um rund ein Prozent kam. In den Krankenanstalten in Österreich stieg die Zahl der DGKP im Vergleichszeitraum um rund fünf Prozent, jene der PA um rund acht Prozent. Betrachtet man diese Entwicklungen jedoch vor dem Hintergrund der Anzahl der Pflegepersonen pro 100 tatsächlich aufgestellte Betten, **relativiert sich die Entwicklung in Vorarlberg. Durchschnittlich gibt es pro 100 Betten in Österreich 97 DGKP in Vorarlberg sind es 83,¹²** damit hat Vorarlberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern durchschnittlich die geringste Quote.

In der **Langzeitpflege** kam es zu einer Erhöhung der Zahl der DGKP in Pflegeheimen um rund acht Prozent, während die Anzahl der Pflegepersonen mit Pflegeassistentenkompetenz in etwa gleich blieb. Jedoch stieg die Zahl Angehöriger der Sozialbetreuungsberufe um rund 14 Prozent.

Die Anzahl der Pflegepersonen in der **Hauskrankenpflege** stieg im Beobachtungszeitraum um rund acht Prozent an.

Das Durchschnittsalter der Pflegepersonen unterscheidet sich zwischen den Settings deutlich. In der Hauskrankenpflege sind sowohl DGKP mit durchschnittlich 47 Jahren und PA mit durchschnittlich 49 Jahren älter als DGKP und PA (45 Jahre) in der Langzeitpflege. In Krankenanstalten sind DGKP mit durchschnittlich 40 Jahren am jüngsten. PA sind in KA durchschnittlich 47 Jahre alt. Der

12

BMGF (2017)

Altersdurchschnitt im Behindertenbereich liegt bei 41 Jahren. **Damit ist der Ersatzbedarf in den nächsten Jahren in der Hauskranken- und Langzeitpflege besonders relevant.**

Die in Kapitel 3 vorgestellten **Prognosemodelle** basieren auf Daten von 2016 sowie Annahmen zu Veränderungen in der Personalzusammensetzung¹³ bzw. Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung. Grundsätzlich ergibt das Basisfallszenario ein je nach Berufsgruppe etwas unterschiedliches Bild. Sowohl bei den DGKP als auch bei den PA erreicht der ungesättigte Bedarf bereits circa 2028 das Maximum, um dann deutlich geringer zu werden. Bei den SBB ergibt sich über den gesamten Zeitverlauf ein leichtes Überangebot von knapp 100 Personen, bei den PFA steigt der ungesättigte Bedarf bis 2030 kontinuierlich auf etwas über 400 Personen (vgl. Abbildung 3.9.). Der **hohe Mehrbedarf an PFA** ergibt sich primär daraus, dass die Absolventenzahl von 20 ab 2017 fortgeschrieben wird, eine Anpassung dieser wird im Alternativszenario „Anpassung der Ausbildung (siehe unten)“ vorgenommen. Zwischen den Settings besteht allerdings eine deutliche Schiefelage. Bei konstantem Verhalten der DGKP, nämlich primär im akutstationären Setting zu arbeiten, wird es ohne entsprechende Gegenmaßnahmen, in absehbarer Zeit in der Langzeitpflege zu einem deutlichen Mangel kommen.

Das Alternativszenario „**Anpassung der Ausbildung**“ ist die Hauptvariante, um den Bedarf aus dem Basisfallszenario zu decken. Dieses Modell geht von einer konstanten Weiterentwicklung des Bevölkerungsverhaltens in Hinblick auf die Inanspruchnahme der relevanten Gesundheitsdienste aus, berücksichtigt einen neuen Skill-Mix in allen Settings¹⁴ sowie entsprechende Anpassungen in der Ausbildung, um den **Ersatz- und Zusatzbedarf abzudecken**. Mit der Überführung des gehobenen Dienstes für GuK in die Fachhochschule bis 2023, werden an den bestehenden GuKPS ausreichend Kapazitäten und fachliches Know-How frei um u. a. die notwendigen Pflegefachassistent/-innen auszubilden. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass an der Fachhochschule Vorarlberg bedarfsgerecht Ausbildungsplätze für DGKP angeboten werden.

Die bereits im Basisfallszenario skizzierten unterschiedlichen Angebot-Bedarf-Salden je nach Setting bleiben im Wesentlichen bestehen. Die Erhöhung der Absolventenzahlen hat zwar eine ausreichende Anzahl des Pflegepersonals für alle Settings zur Folge, eine **zielgerichtete Verteilung zwischen den Settings** kann damit nicht sichergestellt werden. Daher müsste eine Erhöhung der Absolventenzahlen auch **von umverteilenden Maßnahmen** (z. B. DGKP aus den KA zur LZP und HKP) begleitet werden. Siehe dazu auch den Empfehlungsteil in diesem Bericht.

13

Krankenanstalten: 70 Prozent DGKP, 20 Prozent PFA und 10 Prozent PA; Langzeitpflege: 40 Prozent DGKP, 30 Prozent PA, 30 Prozent SBB; Hauskrankenpflege: 75 Prozent DGKP, 12,5 Prozent PFA und 12,5 Prozent SBB; Behindertenbereich: 7 Prozent DGKP, 1 Prozent PA und 92 Prozent SBB

14

vgl. Fußnote 13

6 Empfehlung

Die nun folgenden Empfehlungen beziehen sich einerseits auf die Evaluierung und Begleitung eines Veränderungsprozesses und andererseits auf Maßnahmen, die – auch kurzfristig – gesetzt werden könnten, um personelle Engpässe zu vermeiden, indem in ausreichendem Maß Personen ausgebildet werden und bereits Ausgebildete im Beruf bleiben. Sie können laufend evaluiert und adaptiert werden.

6.1 Begleitmonitoring/Evaluation

Eine Veränderung der Personalzusammensetzung zwischen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegefachassistent/-innen, Pflegeassistent/-innen und Angehörigen der Sozialbetreuungsberufen, wie sie derzeit von Vertreter/-innen der Trägereinrichtungen, geplant ist, muss begleitet und evaluiert werden. Einerseits gilt es zu beobachten, ob es gelingt, den personell benachteiligten Bereich der Langzeitpflege zu stabilisieren und ausreichend Pflegekräfte – aller Berufsgruppen – zu beschäftigen. Andererseits gilt es die **Auswirkungen** des veränderten **Skill-Mix** auf Patienten/Patientinnen, Bewohner/Bewohnerinnen und Klientinnen/Klienten sowie die Zufriedenheit der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einem **Monitoring** zu unterziehen und **zu evaluieren**.

Eine Veränderung der Personalzusammensetzung nur innerhalb der Pflegeberufe ohne Berücksichtigung der anderen für das jeweilige System relevanten Berufsgruppen wird nicht ausreichen. Insbesondere die Aufgabenverteilung (und damit der Arbeitsaufwand) zwischen Ärzten/Ärztinnen, gehobenem Dienst für GuK und Pflegeassistentenberufen ist dabei zu berücksichtigen. Mit der im GuKG vorgesehenen Qualifikationskaskade und dem jeweiligen Handlungsspielraum erwartet sich der Gesetzgeber eine „Entlastung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und auch von Ärzten/-innen“¹⁵. Durch die vermehrte Delegation von Tätigkeiten aus dem § 15 GuKG „Kompetenzen bei der medizinischen Diagnostik und Therapie“ steigt die Arbeitslast beim gehobenen Dienst für GuK. Diese quantitative Entwicklung ist jedenfalls in etwaigen Personalberechnungsmodellen zu berücksichtigen.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes und möglicher Veränderungen in der Dichte und Präsenz einzelner Berufsgruppen ist der Aspekt der Patientensicherheit zu evaluieren und zu bewerten. In der Langzeitpflege bedarf es einer eingehenden Beobachtung der Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens nach dem Wegfall des Pflegeregresses.

Die PFA wird das multiprofessionelle Team, insbesondere in Krankenanstalten, verstärken (siehe dazu auch die Angaben zum Skill-Mix in Kapitel 3). Da derzeit die ersten PFA ausgebildet werden,

15

vgl. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_01194/fname_538959.pdf, S. 8

wird es noch einige Zeit dauern, bis eine ausreichende Anzahl an PFA in der Praxis zu finden ist, um einen Effekt zu bemerken. Der Effekt dieser Veränderung sollte ebenfalls durch eine Evaluierung begleitet werden, damit gegebenenfalls entsprechende steuernde Maßnahmen gesetzt werden können.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Begleitmonitoring oder eine Evaluierung ist, sich frühzeitig mit möglichen **Indikatoren oder Kennzahlen** auseinanderzusetzen, diese zu definieren, zu erheben, damit zu einem späteren Zeitpunkt Schlüsse gezogen werden können.

6.2 Entwicklungspotentiale

In der Literatur werden Personalanwerbung, -bindung und Effizienzsteigerung als zielführende Maßnahmen zur Steuerung von Arbeitskräften beschrieben (Zsifkovits et al. 2013). Im Rahmen eines Expertenworkshops des Landes Vorarlberg wurde bereits für die einzelnen Settings an ersten diesbezüglichen Vorschlägen gearbeitet. Diese Vorschläge wurden weiterentwickelt und im Folgenden beschrieben.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass insbesondere in der **Langzeitpflege** verstärkt Maßnahmen gesetzt werden müssen – einerseits um den bereits bestehenden Personalengpass abzufedern, andererseits um nicht langfristig die Situation weiter zu strapazieren.

Ebenfalls vorausgeschickt sei, dass die Krankenanstalten, Rehabilitationszentren, Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen und Hauskrankenpflegevereine Aufgaben zu erfüllen haben. Sie dienen dazu, die Versorgung, Behandlung, Pflege und/oder Betreuung von Menschen sicherzustellen, die einen speziellen Bedarf haben. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen dieser Einrichtungen erfüllen eine wichtige Aufgabe dabei, diesem Auftrag gerecht zu werden. Es gilt die Waage zwischen den Ansprüchen und Rechten der Mitarbeiter/-innen (z. B. Elternteilzeit) und den Anforderungen, die sich aus dem Betrieb ergeben, zu halten.

6.2.1 Personalanwerbung

Zur Personalanwerbung stehen mehrere Optionen zur Verfügung: Diese erfolgt entweder durch **ausreichenden Nachwuchs** (Ausbildung, Quereinstieg), durch vermehrte (**Binnen-)**Immigration oder durch Erhöhen der **Wiedereinstiegsraten** (z. B. nach Karenzen oder Berufsunterbrechungen).

Bereits im Workshop mit den Experten/Expertinnen im Juni 2017 wurde insbesondere das Bereitstellen einer ausreichenden Menge an Ausbildungsplätzen als zentrale Maßnahme erachtet. Berufliche Migration im Sinne eines Erhöhens der Zahl der Wiedereinsteiger/-innen und Berufsrückkehrer/-innen sowie die Minimierung von Abwanderungen aus dem Arbeitsbereich wurden insbesondere in der Langzeitpflege und der Hauskrankenpflege als relevant erachtet.

Im Folgenden sind Maßnahmen zur **Personalanwerbung** beschrieben, welche im Workshop des Landes Vorarlberg im Juni 2017 skizziert wurden bzw. in der Literatur beschrieben sind. Dabei handelt es sich um Ideen, die noch weiter auszugestalten und den lokalen Gegebenheiten anzupassen sind. Für die Umsetzung verantwortlich sind alle beteiligten Organisationen und Einrichtungen. Manche Empfehlungen richten sich an Trägerorganisationen, andere an das Land und wiederum andere an Bildungseinrichtungen. Zielführend ist ein gemeinsames Vorgehen aller Beteiligten.

Bedarfsgerechte Anzahl an Personen der verschiedenen Berufsgruppen ausbilden

- » ausreichende Sicherstellung von Ausbildungsplätzen an Fachhochschulen und Lehrgängen, damit zwischen den Settings kein Konkurrenzkampf um Absolvent/-innen entsteht – die LZP könnte darunter leiden;
- » Beschreiben und Klären des Handlungsfelds der PFA sowie transparente Darstellung der Eingliederung ins Gehalt- bzw. Besoldungsschema;
- » Bewerbung der PFA-Ausbildung, da es sich um einen neuen Beruf handelt, der wahrscheinlich in der Bevölkerung noch wenig bekannt ist,
- » schulautonome Möglichkeiten in der praktischen Ausbildung nützen: z. B. Pflegeheim, Pflege im OP verstärkt in den Praxiskatalog aufnehmen;
- » in der Bachelor GuK – Ausbildung einen Schwerpunkt für Langzeitpflege schaffen;
- » Fortführen der Spezialisierungsausbildungen sowie Entwicklung eines Ausbildungskonzeptes für die Spezialisierungen im Bereich der psychiatrischen GuK und der Kinder- und Jugendlichenpflege aufbauend auf den Bachelor für GuK;
- » Abstimmen der Ausbildungsplätze mit den Kapazitäten für die notwendigen Praktika;
- » bedarfsorientierte Einführung von Stabstellen für Praxisanleitung im Sinne einer Fachkarriere;
- » Einführen von 3. Lernorten/Lernbereichen/Skill-Labs (Lernbereich für Training und Transfer [LTT])¹⁶;
- » Qualifizierte Praktikumsbegleitung als Chance für Personalanwerbung;
- » Angebot für Schnupperpraktika erweitern;
- » Möglichkeiten der Kooperation für **Pflegeassistenten**ausbildungen mit mittleren und höhere berufsbildenden Schulen (Pflegefachassistenz an BHS) bzw. dem dualen Ausbildungssystem prüfen und forcieren; Pflichtschulabgänger/innen abholen

16

Der Lernbereich Training und Transfer (LTT) soll im Rahmen der Ausbildung eine Brückenfunktion zwischen Theorie und Praxis einnehmen, indem Wissen mit Pflege- und Praxissituationen verknüpft, gefestigt, erweitert und reflektiert wird. Neben dem Fertigkeitentraining und der Arbeit mit Simulationspatienten dient LTT vor allem dem situationsorientierten Kompetenzerwerb. Es wird den Lernenden die Möglichkeit gegeben, an verschiedenen Phantomen, mit modernster Multimedia-Technik (Computer-based-training) und sonstigen Hilfsmitteln zuvor erworbene theoretische und praktische Kenntnisse im Eigenstudium zu vertiefen.

Erwachsene Menschen für Ausbildungen gewinnen

- » Weiterführung bzw. Ausbau der connexia Implacementstiftung Betreuung und Pflege. Es wird erwartet, dass durch diese Maßnahme insb. die Langzeitpflege profitieren könnte. Hintergrund: Seitens der Expert/innen wurden die Maßnahmen der connexia Implacementstiftung Betreuung und Pflege als erfolgreich bewertet. Diese wurde 2011 gemeinsam mit dem Amt der Vorarlberger Landesregierung, dem Arbeitsmarktservice Vorarlberg und der connexia geschaffen. 2016 nahmen 182 Personen an der Stiftung teil, von jenen die die Ausbildung tatsächlich abschließen nehmen fast alle eine entsprechende berufliche Tätigkeit auf¹⁷. Damit wird der Quereinstieg in Sozialbetreuungs- bzw. Pflegeberufe erleichtert;
- » individuelle Beratung und Ausschöpfen diverser Stipendien, Förderungen bzw. Unterstützungen;
- » verstärkte Bewerbung bestehender Beratungsangebote wie vcare das zentrale Portal für Betreuungs- und Pflegeberufe in Vorarlberg <https://www.vcare.at/home.html>;
- » Anpassen dieser Angebote für die Bedarfe von Quereinsteiger/innen
- » Mitarbeiterförderung: Upgrade-Angebote z. B. DGKP zum Bachelor, PA zur PFA oder Heimhilfe zum PA qualifizieren;
- » Für Quereinsteiger/innen attraktive Angebote für die Ausbildung schaffen z. B. hinsichtlich Finanzierung oder flexible Ausbildungsgestaltung, familienfreundliche Ausbildungen

Insbesondere die Überführung der GuKPS in die Fachhochschule bedarf besonderer Planung. Geplanter Weise läuft die Grundausbildung für den gehobenen Dienst für GuK an Sekundarschulen 2024 aus. Bis dahin muss es gelungen sein, ausreichend Ausbildungsplätze an der Fachhochschule vorzuhalten, damit der Bedarf an DGKP gedeckt werden kann. Wird jährlich mit 25 neuen Plätzen an der Fachhochschule begonnen und dafür 25 Plätze weniger an GuKPS, gelingt die Überführung bis 2023.

Vorarlberg verfügt über eine Tradition in der Ausbildung von psychiatrischen Pflegepersonen. Aufgrund des epidemiologischen und demographischen Bedarfs ist es notwendig, bereits in der Grundausbildung verstärkt darauf zu achten. Daher ist die generalistische Grundausbildung ein wesentlicher Baustein der GuKG-Novelle. Ungeachtet dessen ist es von immenser Bedeutung ausreichend spezialisiert ausgebildetes psychiatrisches Pflegepersonal auch weiterhin zu qualifizieren. Angepasste Spezialisierungsangebote könnten von der GuKPS Rankweil in Kooperation mit dem tertiären Bildungsbereich entwickelt und angeboten werden.

Der Ausbau der Ausbildungsplätze für PFA ist dringend notwendig. Werden diese rascher aufgestockt, kann der Bedarf an PFA früher, als in den Prognosemodellen gedeckt werden.

17

vgl. <https://presse.cnv.at/land/servlet/AttachmentServlet?action=show&id=30789>

Attraktivität steigern

Sozialbetreuungs- und Pflegeberufe sind Berufe mit lebenslanger Perspektive. Sie werden in den nächsten Jahren weiterhin stark nachgefragt sein. Dennoch haben sie ein Kommunikationsproblem (Buresh/Gordon 2006), während andere Branchen bei Personalmangel z. B. Gastgärten schließen¹⁸, wird in der Pflege Personalmangel kompensiert und gegebenenfalls werden Leistungen implizit rationiert (Rankl 2013; Schubert et al. 2009; Schubert et al. 2013). Während andere Berufe gut in der Selbstdarstellung sind, gelingt es der Berufsgruppe Pflege nicht, sich positiv in der Öffentlichkeit darzustellen oder auf einen „konstruktiven Konfrontationskurs“ mit der Öffentlichkeit zu gehen“ (Buresh/Gordon 2006). Image- und attraktivitätsfördernde Maßnahmen, losgelöst von der tatsächlichen täglichen Arbeitswelt, bringen kaum Erfolge. Denn an der Art der Arbeit wird sich nichts ändern, es mögen zwar technische Fortschritte Erleichterungen mit sich bringen, dennoch bleibt die Pflegearbeit als Sorgearbeit in ihrer grundlegenden Art erhalten. Auch unregelmäßige Arbeitszeiten, Nacht-, Sonn- und Feiertagsdienste sowie geteilte Dienste gehören zum Alltag. Die Besonderheit, die Vielfalt, die Komplexität und die Herausforderungen der Arbeit können primär durch Berufsangehörige selbst vermittelt werden. Für entsprechende und gerechte Rahmenbedingungen hingegen sind primär die Arbeitgeber verantwortlich.

Die Anwerbung von Personen für die Grundausbildungen wird wie auch in anderen Bundesländern von der Tatsache geprägt sein, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung abnimmt¹⁹ – mit der Konsequenz, dass Ausbildungseinrichtungen, -betriebe und Schulen auf immer weniger potenzielle Bewerber/-innen zurückgreifen können. Daher ist die Attraktivität des Berufs maßgeblich, damit sich für ihn genügend Personen bewerben, die für die anspruchsvollen Aufgaben geeignet sind. Unterstützend könnte sich das 2016 beschlossene **Ausbildungspflichtgesetz** auswirken. Es verpflichtet Erziehungsberechtigte, dafür zu sorgen, dass Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs eine Schule besuchen, eine Lehre absolvieren oder eine sonstige Ausbildung machen.

18

<https://kurier.at/genuss/landflucht-und-personalnot-in-der-gastronomie/269.451.648>

19

vgl. <https://www.vorarlberg.at/pdf/bevoelkerungsprognose2015.pdf>

Attraktivitätsverbesserung durch flächendeckenden Ausbau spezifischer Maßnahmen

- » attraktive Arbeitsbedingungen;
- » Anerkennung von Vordienstzeiten bei Wechsel der Arbeitgeber;
- » **gleiche Gehälter für gleiche Aufgabe.** Insbesondere die Bezahlung zwischen akutstationären Einrichtungen und jene in Einrichtungen der Langzeitpflege bzw. im Behindertenbereich müssen einander angeglichen werden.
- » Karriereperspektiven schaffen, dabei sind insbesondere Fach-, und Bildungskarrieren in den Einrichtungen zu entwickeln und umzusetzen²⁰;
- » familienfreundliche Arbeitsbedingungen; Diese hängen wesentlich von Kinderbetreuungsangeboten der Region ab, Kooperationen mit Einrichtungen außerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens können eingegangen werden.
- » Die Rahmenbedingungen der Settings müssen sich angleichen.

6.2.2 Personalbindung

Motiviertes und engagiertes Personal an Einrichtungen zu binden ist das Interesse von Arbeitgebern. Fehlende Entwicklungsmöglichkeiten, ständige Personalengpässe, ungünstige Rahmenbedingungen, (subjektiv) empfundene Überlastung können zu innerer Kündigung und langfristig zu vorzeitigem Berufsaustritt führen. Daher sind Maßnahmen, die zur Personalbindung beitragen, Investitionen in die Zukunft. Prinzipiell wird dies erreicht in dem die Berufsverweildauer erhöht und ältere Pflegepersonen im Beruf gehalten werden. Dabei ist darauf zu achten, dass abhängig von ihrer jeweiligen Lebensphase aber auch –alter für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen jeweils andere Aspekte maßgeblich sind. Diese alters- oder lebensphasenspezifischen Unterschiede stellen Führungskräfte bzw. Organisationen vor Herausforderungen. Generationenmanagement gehört mittlerweile zu den Kernaufgaben von Personen in Leitungsfunktionen. Neben der Entwicklung und systematischen Umsetzung von Fachkarrieremodellen gilt es auch die Kompetenz von Pflegepersonen in jedweder Funktion und Rolle zu stärken und zu entwickeln. In den nächsten Jahren wird, bedingt durch die Möglichkeiten, die durch die GuKG-Novelle entstanden sind, noch mehr Heterogenität in der beruflichen Pflege erwartet. Nun gilt es berufliche Entwicklungsperspektiven für alle Berufsgruppen zu schaffen. Mittels **Arbeitsplatzanalysen muss der Einsatz** aller (nicht nur pflegerischen) **relevanten Berufsgruppen optimiert** und aufeinander **abgestimmt** werden.

Fachexpertise wertschätzen und entwickeln

Fachexpertise ist einerseits in unterschiedlichem Ausmaß in Einrichtungen vorhanden, bzw. wird sie andererseits in unterschiedlichem Ausmaß benötigt. Daher wird empfohlen, spezifische Entwicklungskonzepte zu erarbeiten und umzusetzen. Dabei ist Folgendes wichtig:

20

vgl. http://www.klinikum-graz.at/cms/dokumente/10189446_5731542/94bdae74/Klinoptikum_2_web_2015.pdf

- » Bedarfs- und leistungsbezogene Weiterqualifikation²¹ z. B: Familiengesundheitspflege, gerontopsychiatrische Pflege, palliativ Care sowie advanced nurse practitioner.
- » Karriereperspektiven sollte es für alle Angehörigen der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe geben, nicht nur für den gehobenen Dienst für GuK.
- » Kompetenzen und Erfahrungen älterer Mitarbeiter/-innen sollen für interne Weiterbildungsmaßnahmen verstärkt genutzt werden.
- » Erfahrungsorientierte Expertenrollen sind zu entwickeln, Mentorensysteme zu etablieren, in welchen ältere Mitarbeiter/-innen jüngere einführen.
- » Durch einen gemeinsamen Wissenspool könnten Fachexperten/Fachexpertinnen auch organisationsübergreifend eingesetzt werden, zum Beispiel überregionale Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen für Wund-, Diabetes-, oder Stomamanagement.

Ein wichtiger Aspekt der Anerkennung und der Wertschätzung ist, dass Berufsangehörige entsprechend ihrer Ausbildung angestellt und bezahlt werden, ²²sei dies für Qualifikationen, die im Rahmen von (Grund-)Ausbildungen (z. B. Fachsozialbetreuung Altenarbeit) oder Weiterbildungen (z. B. Wundmanagement) erworben werden.

Insbesondere in der **Langzeitpflege** muss Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe sowohl eine Fach- als auch eine Führungskarriere ermöglicht werden. Die Aufgaben und Rollen der Pflegedienstleitungen gehören gestärkt. **Pflegedienstleitungen** spielen eine **wichtige Rolle** in der Interaktion mit Bewohnern/Bewohnerinnen, Patienten/Patientinnen und Klienten/Klientinnen aber auch mit deren Angehörigen und anderen Berufsgruppen. **Sie haben sowohl eine fachliche als auch leitende und steuernde Funktion** und müssen von **berufsfremden Agenden** wie logistischen, administrativen Aufgaben **freigespielt** werden und über die dafür notwendige Ausbildung verfügen.

Arbeitsorganisation, Arbeitskultur und Führung

Maßnahmen zur Arbeitsorganisation, Arbeitskultur und Führung setzen an neuralgischen Punkten an. Die Arbeitsorganisation hat viel mit gelebter Pflegeorganisationsform und den individuellen Werthaltungen und Vorstellungen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in der Pflege zu tun. Die Aufgabe von Führungskräften ist es, den Abgleich zwischen subjektiver Erwartung und objektiven Möglichkeiten zu begleiten und zu organisieren. Entsteht dabei eine Kluft, besteht die Gefahr, dass Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen entsteht. Auch die immer wieder berichteten Belastungen müssen ernst genommen werden, und Entlastungsangebote sind zu schaffen, diese hängen natürlich vom Bedarf ab.

Viele der erwähnten Angebote bestehen bereits, können aber noch gefördert werden:

- » Kultur der Wertschätzung schaffen bzw. erhalten

21

vgl. connexia (2016): Perspektiven - und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg

22

vgl. Fußnote 21

- » Tandemdienste (insbesondere in der Nacht)
- » Altersteilzeit
- » Sabbaticals
- » stärkerer Einsatz technischer und elektronischer Hilfsmittel
- » wertschätzende Gesprächskulturen
- » fixe Pausenzeiten und Ähnliches

Mittlerweile gehört ***generationengerechtes Führen*** zum Handlungsrepertoire von Führungskräften. Führungskräfte müssen dazu Kompetenzen erwerben und einen Handlungsspielraum zugestanden bekommen, um Potenziale im Team zu erkennen, zu nutzen und einzusetzen.

- » Jahresdurchrechnungszeitraum definieren, welcher es Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen ermöglicht, im Block länger freizunehmen;
- » altersgerechte Arbeitszeitmodelle mit Wahlmöglichkeiten in der Dienstplangestaltung;
- » Wertschätzen der Kompetenzen jeder Generation;
- » Ressourcen stärken;
- » Generationenmanagement als strategische Ausrichtung der Träger;
- » Führungsgrundsätze vermitteln;
- » Führungskräfte zum Generationenmanagement befähigen;

6.2.3 Steigerung der Effektivität

Maßnahmen zur Effektivitätssteigerung umfassen verbesserte Koordination, Reduktion von Schnittstellen, den kompetenten Umgang mit Menschen mit speziellen Bedürfnissen in den jeweiligen Einrichtungen, z. B. Menschen mit Demenz in Krankenanstalten (Juraszovich et al. 2015) oder Anpassung des Skill Mix. Mit der GuKG-Novelle 2016 wird das Aufgabenfeld der Pflegeberufe modernisiert und durch die Einführung der Pflegefachassistenz ein neuer Beruf geschaffen. Wie schon in Abschnitt 6.1 ausgeführt, müssen die damit verbundenen Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen evaluiert werden. Ob eine Steigerung der Effektivität eintritt oder nicht, kann ohne pflegesensitive Ergebnisse nicht bewertet werden. Folgende Maßnahmen unterstützen die Steigerung der Effektivität:

- » Orientierung der Pflege an Qualität, Leistungsspektrum und Ergebnissen (z. B. durch Beteiligung an der Europäischen Pflegequalitätserhebung, Monitoring bzw. Evaluierung der Veränderung des Skill-Mix oder der Entwicklung von setting-spezifischer Indikatoren bzw. BESA für Pflegeheime systematisch nutzen);
- » Ausschöpfen der Möglichkeiten des GuKG;
- » Kooperation bzw. Skill Mix bedarfsgerecht gestalten
- » Evaluieren und ggfs. Adaptieren von Mindestpersonalschlüsseln;
- » Fördern von der Anwendung von Informations- und Kommunikations-Technologien in der Pflege (Telenursing);
- » Entlastung der Pflegekräfte durch Servicekräfte (serviceorientierten/hauswirtschaftlichen Bereich, (haus)technischen und logistischen Bereich, administrativen Bereich sowie

- » Bestehende Modelle und Konzepte wie das Geriatriekonzept, die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung, der Palliative Care der Caritas usw. sind umzusetzen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Vor dem Hintergrund der **zunehmenden Komplexität insbesondere in der Langzeitpflege**, sollte die **Schlüsselposition der Pflegedienstleitung** gestärkt werden. Sie trägt Verantwortung für die **fachliche Begleitung** sowie die **Weiterentwicklung des Pflegeteams** und hat eine der **Kernaufgaben in der Qualitätssicherung**. Solange Pflegedienstleitungen keine Fachexpertinnen im Sinne des fachlichen Leaderships an ihrer Seite haben, sind sie nicht nur Pflegemanagerin, sondern auch Fachexpertin. Dazu benötigt sie zeitliche Ressourcen und sollte von der Alltagsorganisationen befreit und entsprechend honoriert werden.

7 Fazit und Ausblick

Mit vorliegendem Bericht wurden für Vorarlberg, basierend auf den Daten von 2016, Prognosen eines künftigen Pflegepersonalbedarfs berechnet. Allen dabei entworfenen Szenarien ist eine Veränderung in der Berufsgruppenzusammensetzung gemein. Diese **Veränderung** muss **begleitend evaluiert** werden, um gegebenenfalls Auswirkungen auf Patienten/Patientinnen, Bewohner/Bewohnerinnen oder Klienten/Klientinnen **rechtzeitig zu erkennen** und **steuernd einzugreifen**.

Abhängig vom gewählten Szenario sind insbesondere Anpassungen in den jeweiligen Ausbildungen vorzunehmen. Aus dem Basisfallszenario zeigt sich, dass bis 2028 in etwa 400 Personen fehlen könnten. Dies resultiert in erster Linie aus der Tatsache, dass zwischen Angebot und Bedarf eine Lücke entsteht. Zwar können pensionsbedingte Abgänge durch Absolvent/-innen der Ausbildungen ersetzt werden, jedoch kann der bevölkerungsbezogene Zusatzbedarf nicht auch noch abgedeckt werden. Mit dem Anpassen der Ausbildungen (insbesondere der PFA-Ausbildungsplätze) an den Bedarf kann dem entgegengewirkt werden. Das **Anpassen von Ausbildungsplätzen alleine** wird für die künftige Pflege und Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf jedoch **nicht ausreichen**. Neben der quantitativen Abdeckung des Bedarfes ist es notwendig die Berufsangehörigen qualitativ auf die Aufgaben vorzubereiten, damit sie in komplexen Situationen den Anforderungen gerecht werden können.

Darüber hinaus sind auch Maßnahmen, die den Verbleib der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in den Organisationen fördert ebenso wichtig, wie die Attraktivitätssteigerung der Berufe an sich, damit sich mehr (junge) Menschen für einen der bearbeiteten Berufe entscheiden. Besonders geachtet werden muss, darauf, dass es zu keiner Konkurrenzsituation zwischen den Settings kommt. Es besteht die Gefahr, dass der bereits jetzt mit DGKP schwach ausgestattete Langzeitpflegebereich künftig noch schwieriger zu Diplompflegekräften kommt. Maßnahmen die bereits während der Ausbildung diese Karriereschiene aufzeigen sowie Maßnahmen die neben Führungs- auch Fachkarrieren ermöglichen sind verstärkt zu entwickeln.

Insgesamt empfiehlt es sich **jegliche Maßnahmen** die getroffen werden einem **systematischen Monitoring** zu unterziehen und **periodisch zu evaluieren**.

8 Literatur

- BMGF (2017): Krankenanstanen in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstanen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Buresh, Bernice; Gordon, Suzanne (2006): Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegende wie öffentlich kommunizieren müssen. Hg. v. March Britta; Zegelin Angelika; Büscher Andreas. Huber, Bern
- connexia (2016): Perspektiven – und Entwicklungskonzept 2025 für die Krankenpflegevereine in Vorarlberg. Landesverband Hauskrankenpflege, Dornbirn
- Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig, Friederike (2015): Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht – Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Bundesministerium für Gesundheit & Sozialministerium, Wien
- Landes-Rechnungshof Vorarlberg (2013): Prüfbericht. Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Vorarlberg, Bregenz
- Rankl, Stephanie Johanna (2013): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in drei Vorarlberger Krankenhäusern. Master of Science in Nursing (MScN). UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Zsifkovits, Johannes (2014): Prognose des Pflegepersonalbedarfs für den Gesundheitsbereich im Land Kärnten. Im Auftrag des Amtes der Kärntner Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien. Unveröffentlicht
- Roberfroid, D.; Leonard, C.; Stordeur, S. (2009): Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? In: Hum Resour Health 7/10
- Schubert, Maria; Clarke, Sean P; Glass, Tracy R; Schaffert-Witvliet, Bianca; De Geest, Sabina (2009): Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. In: International Journal of Nursing Studies 46/7:884–893
- Schubert, Maria; Ausserhofer, Dietmar; Desmedt, Mario; Schwendimann, René; Lesaffre, Emmanuel; Li, Baoyue; De Geest, Sabina (2013): Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals—A cross sectional study. In: International Journal of Nursing Studies 50/2:230–239
- Them, Christa; Them, Karl-Heinz; Fritz, Elfriede; Günter, Bernhard; Schulc, Eva (2009): Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. In: HeilberufeSCIENCE1:27–33
- Zsifkovits, Johannes; Rappold, Elisabeth; Schuchter, Patrick; Rottenhofer, Ingrid (2013): Pflegepersonalprognose Salzburg Gesundheitsbereich. Prognose des

Pflegepersonalbedarfs in den Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg. Im Auftrag des Amtes der Salzburger Landesregierung. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien. Unveröffentlicht