

Konzept für den Aufbau eines Pflegerereportings

Ergebnisbericht

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

Konzept für den Aufbau eines Pflegerereportings

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Sabine Weißenhofer
Elisabeth Rappold
Elisabeth Pochobradsky
Michael Gyimesi
Andrea Schmidt

Fachliche Begleitung:

Elisabeth Anselm	Manela Glarcher	Klaus Ortner	Maria Schubert
Monika Badilla	Alexandra Greiner	Anna Papaioannou	Christian Schwarz
Mathias Bayer	Annika Herr	Christoph Peukert	Heidemarie Staflinger
Robert Bechina	Martin König	Sabine Pleschberger	Merle Treichel
Nikolaus Blatter	Julia Koeppen	Elisabeth Potzmann	Birgit Truketschitz
Ana Cartaxo	Kai Leichsenring	Mario Prapotnik	Paul Viehböck
Josef Danner	Nicola Maier	Paul Resetarics	Bisserka Weber
Andre Ewers	Beate Missoni	Kurt Schalek	Lukas Weinlich

Anmerkung: Die Art des Beitrags der genannten Expertinnen/Experten sowie ihre institutionelle Verortung ist im Kapitel 2 Methode ab Seite 9 ersichtlich.

Projektassistenz:

Petra Groß

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

Wien, im September 2021

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

Zitiervorschlag: Weißenhofer, Sabine; Rappold, Elisabeth; Pochobradsky, Elisabeth; Gyimesi, Michael; Schmidt, Andrea (2021): Konzept für den Aufbau eines Pflegereportings. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/4/5271

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“, sowie zum Unterziel 5.4, „Unbezahlte Pflege- und Hausarbeit durch die Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen und Infrastrukturen, Sozialschutzmaßnahmen und die Förderung geteilter Verantwortung innerhalb des Haushalts und der Familie entsprechend den nationalen Gegebenheiten anerkennen und wertschätzen (im Zielbereich 5 Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen)“.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die Gesundheit Österreich GmbH wurde mit der Konzeptionierung eines Pflegereportings beauftragt. Das Ziel des daraus hervorgegangenen gegenständlichen Konzepts ist, ein umfassendes, aber möglichst knappes und übersichtliches Reporting zur Pflege- und Betreuungspersonalsituation in Österreich sowie zu den damit verbundenen Auswirkungen auf Qualität und Sicherheit für Patientinnen/Patienten, Bewohner/-innen, Klientinnen/Klienten, aber auch das Personal selbst aufzubauen und mit dem vorliegenden Bericht eine fundierte Grundlage hierfür bereitzustellen.

Methoden

Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche wurden geeignete Ansätze, Inhalte und Kennzahlen für die Pflegeberichterstattung identifiziert. Ein anschließendes Expertenrating diente dazu, die recherchierten Kennzahlen aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven zu bewerten. Expertenworkshops und Umfragen unter Fachleuten aus Verwaltung und Praxis lieferten den Input, um die identifizierten Themen zu priorisieren, potenzielle Schwerpunkte der einzelnen Themen zu beschreiben und relevante Aspekte für die Umsetzung zu identifizieren.

Ergebnisse

Reportings zum Pflege- und Betreuungspersonal (mit oder ohne Darstellung von Outcomes) verfolgen meist einen der drei nachstehenden Ansätze:

- » „klassische“ Berichtsform
- » Factsheets und interaktive Onlinegrafiken
- » Datenbanklösungen mit unterschiedlichen nachgelagerten Produkten

Mittels Literaturrecherche wurden 160 potenzielle Messgrößen identifiziert. Nach der Expertenbewertung mit anschließender Selektion wurden 95 Messgrößen aus 20 Themengebieten für die weiteren Arbeiten ermittelt. Sieben Themengebiete erhielten für die Aufnahme in das Reporting die Priorität 1, fünf weitere die Priorität 2. Es wurden Ausrichtungen und Schwerpunkte der Themen aus Sicht der Verwaltung und Praxis erhoben und dargestellt sowie zentrale Anforderungen an die Umsetzung ermittelt. Ein erster Vorschlag für die Berechnung der priorisierten Messgrößen stellt eine Grundlage für die weiteren Arbeiten dar. Messgrößen aus den nichtpriorisierten Themengebieten sind ebenfalls gelistet und können je nach gewählter Schwerpunktsetzung ausgearbeitet und in das Reporting integriert werden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Das vorliegende Konzept stellt eine erste Basis für den Aufbau eines Pflegereportings dar, welcher stets komplex ist und Lernerfahrungen ermöglichen sollte. Primär sind grundlegende Entscheidungen wie die Festlegung der Zielsetzung und, basierend auf den Vorarbeiten, des inhaltlichen Rahmens sowie des organisatorischen Rahmens für die Folgearbeiten zu treffen. Darauf aufbauend empfehlen wir einen schrittweisen Aufbau des Pflegereportings von einzelnen Factsheets hin zu einer Datenbanklösung unter Einbindung aller relevanten Akteure in die Erarbeitung dieser Datenbanklösung. Insbesondere Messgrößen, die den Outcome beleuchten, sowie ihre Interpretation bedürfen noch weiterer Grundlagenarbeiten.

Schlüsselwörter

Pflege- und Betreuungspersonal, Personalstruktur, Qualität, Outcome, Reporting

Summary

Background/Subject/Research Question

Gesundheit Österreich GmbH was commissioned with the conception of a nursing report. The aim is to develop a comprehensive, concise and clear report on the nursing and care staff situation in Austria and its associated effects on quality and safety for patients/residents/clients as well as on the nursing workforce itself.

Methods

Based on a comprehensive literature search we identified suitable approaches, contents and metrics for the care reporting. A subsequent expert rating was used to evaluate the researched metrics from different scientific perspectives. Expert workshops and surveys (expert-level: administration and practice) provided the input to prioritise identified topics, describe potential focus areas of each topic and to identify relevant aspects for implementation.

Results/Findings

Most reportings on nursing and care staff (with or without presentation of outcomes) usually follow one of three approaches:

- » “classic” report form
- » factsheets and interactive online graphics
- » database solutions with different products

Our literature search identified 160 potential metrics. After expert evaluation and subsequent selection, 95 metrics from 20 thematic areas were identified for further work. Seven topics were given priority 1 for inclusion in the reporting, five others priority 2. Potential focus areas for the topics from the perspective of administration and practice were collected and central requirements for implementation identified. A first suggestion on how to calculate the prioritised metrics provides a basis for further work. Measures from the non-prioritised topics are also listed and are a basis for further development.

Discussion/Conclusion/Recommendations

The concept represents a first basis for the development of a care reporting system. The development of such a reporting system is complex and should allow for learning experiences. Primarily, basic decisions such as setting objectives, choosing contents based on the preliminary work and defining the organisational framework for the subsequent work must be made. Based on this, we recommend a step-by-step development of the care reporting from individual factsheets to a database solution, involving all relevant actors in the development of this database solution. More basic work is still needed on outcome measurement variables and their interpretation.

Keywords

nursing and care staff, staff structure, quality, outcome, reporting

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	IX
Tabellen	X
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
1.1 Zielsetzung für das Pflegereportkonzept	1
1.2 Settings und Berufsgruppen	2
1.3 Inhalte des Pflegereportings	2
2 Methode	4
2.1 Literaturrecherche.....	4
2.2 Identifikation geeigneter Messgrößen.....	7
2.3 Priorisierung von Themen und Auswahl der Inhalte des Konzepts	10
3 Zielgruppen und Zielsetzungen des Reportings	13
4 Literaturüberblick über Herangehensweisen und Messgrößen	14
4.1 Ergebnisse der Recherche von Umsetzungsbeispielen.....	14
4.2 Ergebnisse der Messgrößenrecherche.....	19
5 Inhalte des Pflegereportings.....	22
5.1 Ergebnis der Expertenpriorisierung der Messgrößen	22
5.2 Identifizieren relevanter Themenblöcke	23
5.3 Ausrichtung und Schwerpunkte der Themenblöcke.....	25
5.4 Umsetzungsaspekte und „Produkte“	28
6 Messgrößen.....	29
6.1 Basisinformationen	30
6.2 Messgrößenkernset.....	31
6.3 Erweiterung der Themen und zugehörige Messgrößen.....	36
7 Datenquellen	39
7.1 Gesundheitsberuferegister (GBR)	39
7.2 Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria)	41
7.3 Krankenanstaltenstatistik.....	41
7.4 Pflegegeldinformation (PFIF) des Dachverbands der Sozialversicherungsträger	42
7.5 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (QSPG).....	42
7.6 AQ – Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)	43
7.7 Heimaufenthaltsgesetz	43
7.8 Daten der Sozialversicherungsträger	44

8	Empfehlungen zur Umsetzung	45
8.1	Grundlagen und Entscheidungen	45
8.2	Empfohlene Umsetzungsschritte	46
9	Diskussion.....	50
	Quellen/Literatur	52
	Anhänge.....	58

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Konzeptioneller Rahmen für die Einordnung und Auswahl von Messgrößen	7
Abbildung 4.1:	Übersicht über häufige Umsetzungsarten von Personalreportings im Pflege- und Betreuungsbereich	14
Abbildung 5.1:	Ergebnis der Selektion der Messgrößen	23

Tabellen

Tabelle 2.1:	Suchworte Literaturrecherche	6
Tabelle 2.2:	Kriterien für die Expertenbewertung der recherchierten Messgrößen.....	9
Tabelle 4.1:	Recherchierte Pflegepersonalreportings im Detail	16
Tabelle 5.1:	Ergebnis der Priorisierung der Themenblöcke	24
Tabelle 5.2:	Ergebnis der Erhebung möglicher Schwerpunktsetzungen der Themenblöcke	26
Tabelle 6.1:	Übersicht über die Themen der Priorität 1 mit ausgewählten und möglichen weiteren Messgrößen.....	32
Tabelle 6.2:	Übersicht über die Themen der Priorität 2 mit ausgewählten Messgrößen	35
Tabelle 6.3:	Weitere Themen und Messgrößen.....	36

Abkürzungen

BL	Bundesland
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger/Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
etc.	et cetera
FM	freiheitsbeschränkende Maßnahmen
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
inkl.	inklusive
KA	Krankenanstalt
LZP	Langzeitpflege
MTD	gehobene medizinisch-technische Dienste
UK	United Kingdom / Vereinigtes Königreich
u. U.	unter Umständen
VZÄ	Vollzeitäquivalent
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich GmbH wurde mit der Konzeptionierung eines Pflegereportings beauftragt. Das Ziel ist, ein umfassendes, aber möglichst knappes und übersichtliches Reporting zur Pflege- und Betreuungspersonalsituation in Österreich sowie die damit verbundenen Auswirkungen auf Qualität und Sicherheit für Patientinnen/Patienten, Bewohner/-innen, Klientinnen/Klienten, aber auch das Personal selbst, aufzubauen und hierfür eine fundierte Grundlage bereit zu stellen. Mit dem Pflegereporting werden Grunddaten für Österreich in Bezug auf die Leistungsbereitstellung, Leistungsanspruchnahme und das Leistungsergebnis abgebildet – mit dem Ziel, Entscheidungsgrundlagen für die Steuerung und Planung der Versorgung der Bevölkerung mit Pflege- und Sozialbetreuungsberufen zur Verfügung zu stellen. Der Fokus liegt dabei auf der Darstellung der aktuellen Situation (des Status quo) sowie auf den Dynamiken und Trends, welche sich im Kontext der Gesundheits- und Pflegeversorgung in allen relevanten Settings darstellen.

Mit dem Pflegereporting soll eine systematische, kontinuierliche und dynamische Erfassung personalbezogener Daten gewährleistet werden. Im Zuge der Pflegepersonalprognose für Österreich (Rappold/Juraszovich 2019) wurde vorgeschlagen, ein Pflegereporting mit folgenden drei Säulen zu entwickeln:

- » Darstellung der Personalsituation – Anzahl und Struktur des Personals inkl. Ausbildung
- » Auswirkung der Personalsituation auf die Bevölkerung
- » Auswirkung der Personalsituation auf das Personal

Diese drei Säulen basieren auf den Annahmen, dass sich die aktuelle Personalsituation auf die Leistungsbereitstellung und damit auf die Ergebnisse bei den Betroffenen auswirkt und dass dies wiederum einen Einfluss auf die Berufsangehörigen hat, vor allem wenn sie notwendige Handlungen aufgrund von Hindernissen nicht entsprechend setzen können (Krajic et al. 2003; Krajic et al. 2005). Dies führt dazu, dass Berufsangehörige ihren berufsethischen Standard nicht erfüllen können und moralischen Stress erleben (Dinges 2017), was wiederum einen (frühzeitigen) Berufsausstieg nach sich ziehen kann.

1.1 Zielsetzung für das Pflegereportkonzept

2021 wurde ein Konzept für einen Pflegereport (Reporting Personalsituation Pflege- und Sozialbetreuungsbereich) erarbeitet. Folgende Prämissen waren dabei handlungsleitend:

- » Es soll ein umfassendes, aber möglichst knappes und übersichtliches Reporting zur Pflege- und Betreuungspersonalsituation (inkl. Ausbildungssituation) bieten.
- » Auf die Darstellung der Auswirkungen der Personalstruktur auf Qualität und Sicherheit für Patientinnen/Patienten, Bewohner/-innen, Klientinnen/Klienten, aber auch für das Personal selbst ist zu achten.
- » Die ausgewählten Messgrößen sollen hinsichtlich der Kriterien der Relevanz (z. B. Nutzen und Bedeutung für die Versorgung), der Wissenschaftlichkeit (z. B. Evidenz, Validität und

Spezifität) und der Praktikabilität (z. B. Erhebungsaufwand, Datenverfügbarkeit) diskutiert werden.

- » Ebenfalls wichtig ist die Beeinflussbarkeit der Messgrößen im Sinne einer vergleichenden inhaltlichen Analyse der Personalsituation über einen längeren Zeitraum hinweg.
- » Es soll möglichst flexibel und gut nutzbar sein, auch für eine breite interessierte Öffentlichkeit.

1.2 Settings und Berufsgruppen

Grundsätzlich sollen alle relevanten Settings erreicht und abgebildet werden. Der Fokus ist zunächst auf die nachstehenden Bereiche gerichtet:

- » Langzeitpflege und -betreuung (mobil und [teil]stationär) → inkl. Betreuung von Menschen mit Behinderung
- » Akutbereich/Krankenanstalten (inkl. Reha) → derzeit Krankenanstaltenbereich, ggf. Ambulanzen
- » Ausbildungseinrichtungen

Der Ausbau der Primärversorgungseinheiten ist noch wenig vorangeschritten, weswegen bislang kein Fokus auf diesen Bereich gerichtet wurde; sofern geeignete Messgrößen aber verfügbar sind, werden sie dargestellt. In Zukunft sollte eine Weiterentwicklung des Pflegereportings hinsichtlich der Primärversorgungseinheiten angedacht werden.

In einem ersten Schritt wird das Konzept folgende Berufe umfassen:

- » diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- » Pflegefachassistent/-in
- » Pflegeassistent/-in
- » Diplom- und Fachsozialbetreuer/-in – Alten-, Familien-, Behindertenarbeit (Pflegeassistenzkompetenz inkludiert)
- » Diplom- und Fachsozialbetreuer/-in für Behindertenbegleitung (Heimhilfekompetenz inkludiert)
- » Heimhilfe

Nicht umfasst sind derzeit weitere Gesundheitsberufe (z. B. gehobene medizinisch-technische Dienste) oder die 24-Stunden-Betreuung.

1.3 Inhalte des Pflegereportings

Wie oben schon angerissen, soll das Pflegereporting drei Säulen umfassen. Der **erste Teil** beschäftigt sich mit dem Personal an sich (z. B. Alter, Anzahl), aber auch mit Aspekten wie der Personalszusammensetzung (Grade-Mix) in den verschiedenen Settings. Für die Personalsituation relevant

ist auch der Bereich der Ausbildung, daher wird in diesem Teil auch die Ausbildungssituation berücksichtigt (z. B. Anzahl, Belegung und Finanzierung der Ausbildungsplätze). Der **zweite Teil** setzt sich mit Analysen der Auswirkungen der Personalsituation (z. B. in puncto Mangel, Grademix, Arbeitsbedingungen etc.) auf die betroffene zu versorgende Bevölkerung auseinander. Dazu werden Messgrößen¹ zu pflegeassoziierten Versorgungsprozessen und pflegeassoziierten Outcomes jeweils im Konnex mit der Personalverfügbarkeit/-qualifikation/-belastung etc. mit dem Fokus auf die Qualität, die bei Bewohnerinnen/Bewohnern bzw. Patientinnen/Patienten ankommt, die Patientensicherheit (passen Personalmix, -dichte etc.?) oder die (zeitgerechte) Bereitstellung behandelt. Im **dritten Teil** werden Analysen der Auswirkungen der Personalsituation auf das Pflege- und Betreuungspersonal (hinsichtlich dessen Zufriedenheit, Belastungszuständen und Verweildauer im Beruf sowie in Bezug auf das Interesse neuer Berufsanwärter/-innen am Beruf) dargestellt und diskutiert.

Das Konzept für das Pflegereporting versteht sich als Ausgangslage für einen dynamischen Prozess der Entwicklung und Weiterentwicklung und ist daher als erste Grundlagenarbeit und Entscheidungsgrundlage für die nächsten Schritte zu sehen.

¹

Beim überwiegenden Teil der Messgrößen handelt es sich um Indikatoren, ein kleinerer Teil sind reine Kennzahlen. Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird im Text nur der Begriff Messgrößen als Überbegriff verwendet.

2 Methode

Die Grundlage für das Konzept des kontinuierlichen Pflegereportings bildet eine umfassende Literaturrecherche mit anschließender Einbindung von Expertinnen/Experten aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis. Die aus diesen Arbeiten gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse wurden vom Autorenteam herangezogen, um daraus Inhalte, Messgrößen und Umsetzungsempfehlungen abzuleiten. Die Methoden der drei Erarbeitungsphasen

1. Literaturrecherche,
 2. Identifikation geeigneter Messgrößen (per Expertenbewertung im Rahmen eines Expertenbewertungsprozesses und via Selektion),
 3. Priorisierung von Themen und Inhalten sowie Erarbeitung umsetzungsrelevanter Aspekte
- werden nachstehend beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Aus der Zielsetzung für die Konzeption des kontinuierlichen Pflegereportings wurden folgende Fragestellungen für die Literaturrecherche abgeleitet:

1. Welche etablierten Beispiele für Personalreports/-reportings im Pflege- und Sozialbereich gibt es, und welche Messgrößen werden darin angewandt (sind bereits in Umsetzung, online verfügbar, in englischer oder deutscher Sprache)
2. Welche Messgrößen sind geeignet,
 - a. um die Struktur des Pflege- und Betreuungspersonals zu beschreiben (siehe Säule 1),
 - b. um die Auswirkungen der Personalsituation auf die Bevölkerung, die Pflege- und Betreuungsleistungen benötigt, darzustellen (Zugang, Prozesse, Outcomes – siehe Säule 2),
 - c. um die Auswirkungen der Personalsituation auf das Pflege- und Betreuungspersonal darstellen zu können (siehe Säule 3)?

Fragestellung 1 wurde mittels einer explorativen Literaturrecherche in der Suchmaschine Google bearbeitet. Fragestellung 2 wurde mittels einer Kombination aus einer umfassenden explorativen Literaturrecherche in CINAHL und Google Scholar, der Sichtung relevanter bekannter Quellen und ihrer Literaturverzeichnisse sowie der Einholung von Literaturempfehlungen von Expertinnen und Experten bearbeitet.

Literaturrecherche zu Fragestellung 1 in Google

Recherchiert wurden bestehende Personalreportings (oder vergleichbare Unterlagen/Systeme mit Informationen zum Pflege- und Betreuungspersonalbestand entweder eines Landes oder in überregionaler Hinsicht für Europa (englisch, deutsch), die USA, Kanada, Australien und Neuseeland. Hierfür wurden die Suchwörter care/Pflege, workforce/Personalbestand, report/Bericht, reporting/Berichtswesen, indicator/Indikator verwendet.

Die Ergebnisse flossen einerseits in eine Übersicht über mögliche Umsetzungsvarianten ein, andererseits wurden aus den identifizierten Beispielen potenzielle Messgrößen extrahiert. Aufgrund der Art der Quellen wurde hier beim Extrahieren der Messgrößen der Aspekt Pflegesensitivität² (sofern es sich um Outcomemessgrößen handelte) nicht als Einschlusskriterium verwendet.

Literaturrecherche zu Fragestellung 2 in CINAHL und Google Scholar

Einschlusskriterien:

- » Erscheinungsdatum 2010 bis März 2021
- » Abstract vorhanden
- » Europa (englisch, deutsch), USA, Kanada, Australien, Neuseeland
- » Berufsgruppen: Pflege- und Sozialbetreuungsberufe laut Abgrenzung im Kapitel Einleitung
- » Settings: Akut- und Langzeitbereich inkl. Sozialbetreuung
- » Systematische Übersichtsarbeiten (für den Krankenanstaltenbereich bzw. sofern für das Setting vorhanden), Einzelstudien nach dem Erscheinungsdatum der letzten systematischen Übersichtsarbeit zum Setting

Ausschlusskriterien:

- » Fokus der Arbeit auf einzelne Krankheitsbilder oder Personengruppen
- » Einzelstudien aus einem Zeitraum und zu einer Fragestellung, die beide durch eine systematische Übersichtsarbeit abgedeckt wurden

Die Suche erfolgte mittels unterschiedlicher Kombinationen folgender Schlagworte in CINAHL und Google Scholar sowie „subject headings“ in CINAHL, wobei bei allen Suchkombinationen eine Einschränkung auf Treffer mit dem Begriff „indicator/Indikator“ oder mit einem personalbezogenen Terminus im Titel oder Abstract erfolgte.

2

Definition der Pflegesensitivität nach Sim et al. (2018):

- » Pflege (internationales Verständnis – also Pflege- und Sozialbetreuungsberufe nach dem österreichischen Schema) leistet einen Beitrag zum Ergebnis.
- » Pflege ist aber nicht vollständig für das untersuchte Ergebnis verantwortlich – es gibt immer zahlreiche andere Einflussfaktoren, wie z. B. Grunderkrankungen.
- » Der Einfluss der Pflege ist messbar und signifikant.

Tabelle 2.1:
Suchworte Literaturrecherche

Suchworte zu Messgrößen (Indikatoren) und Qualität	Suchworte Personalausstattung	Suchworte Berufsgruppen
» Indicator » Clinical Indicators » Quality of Care Research » Quality of Health Care » Quality Management » Organisational/Organizational » Quality Improvement » Quality Assessment » Quality of Nursing Care » Quality Adjusted Life Years » Outcome Assessment » Outcomes (Health Care) » Nursing Outcomes » Outcomes Research	» Workforce » Multidisciplinary Care Team » Skill Mix » Staffing Mix » Staff » Personnel Staffing and Scheduling	» Nurses » Nursing » Nurses by Educational Level » Nurses by Role » Nurses by Specialty » Nurses other » Nursing Assistants » Home Health Aides » Social Work » Social Workers » Nursing Staff Hospital » Nursing Home Personnel » Staff Nurses

Primäre Suchworte sind **fett** geschrieben.

Quelle und Darstellung: GÖG

Nach Sichtung von Titel und Abstract unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 34 Studien identifiziert, deren Volltexte sowie aus vorangegangenen Recherchen bereits vorliegende Literatur und Literaturempfehlungen gesichtet wurden. Sofern diese den Einschlusskriterien entsprachen, wurden enthaltene Messgrößen unter Berücksichtigung folgender Kriterien extrahiert:

- » Es handelt sich um Messgrößen zu Personalstruktur (Bestand, Ausbildung, Arbeitsbedingungen), Prozessen und Ergebnissen
- » primär pflegesensitive Messgrößen aus Literatur, die einem Peer-Review unterzogen wurde
- » potenziell geeignete etablierte Messgrößen für bis dahin unterrepräsentierte Bereiche wie die Langzeitpflege und -betreuung oder Prozessqualität. Pflegesensitivität wurde in der hierfür identifizierten Literatur zum Teil nicht oder nicht erschöpfend untersucht oder nachgewiesen.

Aufbereitung der extrahierten Messgrößen

Die Gliederung des Reportings lehnt sich gemäß dem Auftrag an das Modell von Donabedian (1980) an und berücksichtigt Strukturen, Prozesse und Outcomes. Dabei wurde ein adaptierter theoretischer Rahmen von Oner et al. (2020) für die Zuordnung von Messgrößen zu diesen Bereichen genutzt. Folgende Abbildung des Modells, das im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit entstanden ist, kombiniert die Arbeiten Donabedians, des National Quality Forum und der American Nurses Association (Oner et al. 2020).

Abbildung 2.1:

Konzeptioneller Rahmen für die Einordnung und Auswahl von Messgrößen

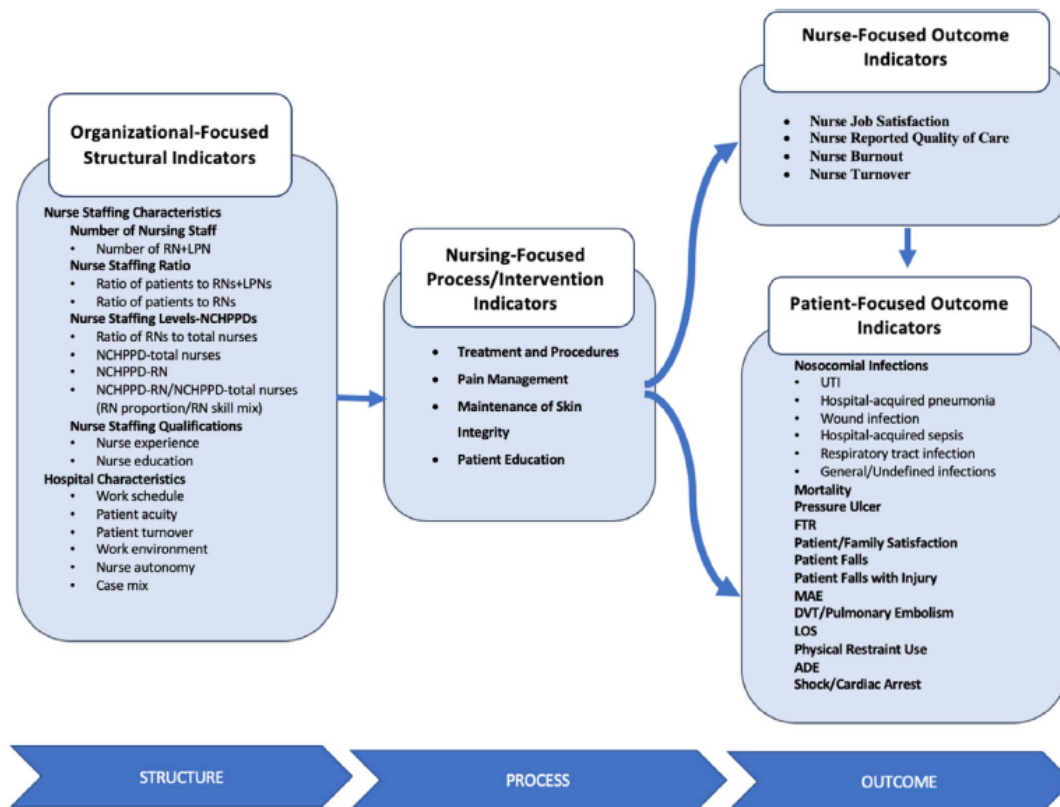


FIGURE 1 Conceptual framework. Developed by combining Donabedian's model, The National Quality Forum, and American Nurses Association frameworks (ANA, 1995; Donabedian, 1980; NQF, 2004). ADE, Adverse Drug Events; DVT, Deep Venous Thrombosis; FTR, Failure to Rescue; LOS, Length of Stay; MAE, Medication Administration Error; NCHPPD, Nursing Care Hours per Patient Day; RN, Registered Nurse; LPN/LVN, Licensed Practical/Vocational Nurse; Total Nurses, RN + LPN+UAP; UAP, Unlicensed Assistive Personnel; UTI, Urinary Tract Infection. Work schedule refers to the night shift, missed work hours

Quelle und Darstellung: Oner et al. (2020)

2.2 Identifikation geeigneter Messgrößen

Als grundlegender Rahmen für die Auswahl von Messgrößen dient die inhaltliche Abgrenzung des Projekts *Pflegereport*, die in Abstimmung mit dem BMSGPK definiert wurde (3 Säulen: Personalstruktur inkl. Verfügbarkeit und Ausbildung – kurz Personalsituation, Einfluss der Personalsituation auf die Bevölkerung und Einfluss der Personalsituation auf das Personal selbst). Dabei soll das Reporting Einsichten bezüglich Steuerungsimpulsen für eine zukünftige Zielsteuerung Pflege geben können.

Daraus sowie aus relevanten Vorarbeiten (Personalbedarfsprognose, Bericht Gesundheitsberuferegister, Taskforce Pflege als Grundlage für die Zielsteuerung Pflege) ergeben sich für die Inhalte des Pflegereportings drei übergreifende zu messende Bereiche:

1. Personalsituation und durch diese beeinflussbare Pflege -und Betreuungsqualität sichtbar und messbar machen
2. Ausbildungsbedarf/-situation darstellbar machen
3. Attraktivität des Berufs messbar machen (Personalverfügbarkeit quantitativ und qualitativ, Verweildauern, Belastung)

Folglich wird, wie bereits erwähnt, ein adaptierter theoretischer Rahmen von Oner et al. (2020) in Anlehnung an das Modell Donabedians mit einer Gliederung in Strukturen, Prozesse und Outcomes für die Strukturierung der Messgrößen genutzt.

Bewertung der Auswahl von Messgrößen seitens Expertinnen und Experten

Die identifizierte Literatur (siehe Kapitel 4, „Literaturüberblick über Herangehensweisen“) diente als Grundlage für die Erstellung einer ersten Auswahl in Form einer „langen Liste“ potenzieller Messgrößen, einerseits zur Darstellung der Personalstruktur / des Personalbestands, andererseits zur Beschreibung der daraus resultierenden Auswirkungen auf Prozesse, Outcomes und das Personal selbst.

In einem nächsten Schritt erfolgte die Auswahl zehn anerkannter deutschsprachiger Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen, um eine Priorisierung der Messgrößen der langen Liste(n) vor dem Hintergrund der vorab definierten Zielbereiche und Kriterien vorzunehmen. Die vertretenen Disziplinen waren: Pflegewissenschaft, Gesundheits-/Pflegeökonomie, Sozialwissenschaften mit einem Fokus auf die Themen Qualität, Personal, pflegesensitive Messgrößen oder Reportings. Es wurde darauf geachtet, Personen, die mit dem österreichischen Kontext der Pflege (sowie ggf. mit den Vorarbeiten zur Pflegereform) vertraut sind, zu inkludieren, um eine Priorisierung vor diesem Hintergrund zu ermöglichen.

Die Expertinnen und Experten wurden gebeten, die Messgrößen der langen Liste(n) hinsichtlich ihrer Eignung anhand der vorab definierten Kriterien in einer Bewertungsskala von 1 bis 4 (1: sehr gut, 2: gut, 3: wenig geeignet/zutreffend, 4: nicht geeignet/zutreffend) schriftlich (elektronisch, Versand per E-Mail) zu priorisieren. Die Kriterien für die Bewertung orientieren sich am Mess- und Vergleichskonzept des Zielsteuerungsprojekts „Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen“ (BMG 2016) und wurden in Absprache mit dem Auftraggeber adaptiert. Sie lauten wie folgt:

Tabelle 2.2:

Kriterien für die Expertenbewertung der recherchierten Messgrößen

Kriterium	Fragestellung/Spezifikation
Einsatz der Messgröße im Rahmen eines österreichweiten Pflege- und Betreuungspersonalreportings grundsätzlich geeignet (1 sehr bis 4 nicht)	Einschätzung basierend auf eigener Expertise – bei Bedarf gerne relevante Aspekte in den Anmerkungen festhalten
Gültigkeit/Validität der Messgröße (1 sehr hoch bis 4 keine)	Inwieweit ist die Messgröße dazu geeignet, die Ziele zu operationalisieren? Z. B.: Ist die Lebensqualität eine valide Messgröße, um die Auswirkung der Personalsituation auf die Bevölkerung, Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten darzustellen? Oder ist die Personaldichte eine valide Messgröße, um die Personalstruktur inkl. Ausbildung sichtbar und bewertbar machen?
Aussagekraft/Repräsentativität der Messgröße (1 sehr hoch bis 4 keine)	Wie aussagekräftig ist die Messgröße? Lässt sie repräsentative Aussagen über die Personalsituation zu?
Interpretierbarkeit der Messgröße (1 sehr hoch bis 4 keine)	Lässt sich die Messgröße sinnvoll und klar interpretieren? Können Steigerungen oder Reduktionen eindeutig bewertet werden?
Beeinflussbarkeit durch Personalmaßnahmen von Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherung (1 sehr hoch bis 4 keine)	Inwiefern ist die Messgröße durch Personalmaßnahmen des Gesundheits- und/oder Sozialwesens beeinflussbar. Reagiert die Messgröße sensitiv auf Systemveränderungen? Welche Rolle spielen weitere Einflussgrößen (Determinanten)?

Quelle: adaptiert, basierend auf „Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen“, (BMG 2016)

Zudem wurde gebeten, relevante nichterfasste Messgrößen zu ergänzen und auf die dafür relevante Literatur zu verweisen.

In einer anschließenden circa zweistündigen Videokonferenz erfolgte eine Diskussion der Bewertung sowie der Ergänzungen. Basierend auf den Bewertungen (Mittelwert), den Anmerkungen der Expertinnen/Experten, den Diskussionsergebnissen und den erfolgten Vorarbeiten (Zielsetzung des Reportings, Inhaltsabgrenzung, Berücksichtigung des österreichischen Kontexts), erstellte das Autorenteam der GÖG eine „kurze Liste“ der Messgrößen, welche als Ausgangspunkt für die weiteren Arbeiten diene.

An der Bewertung teilnehmende Expertinnen/Experten

- » Ana Cartaxo (Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien)
- » Manela Glarcher (Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg)
- » Annika Herr (Institute of Health Economics, Leibniz Universität Hannover)
- » Julia Koeppen (Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin)
- » Kai Leichsenring (European Centre for Social Welfare Policy and Research Wien, nur schriftliche Bewertung)
- » Elisabeth Potzmann und in Vertretung Anna Papaioannou (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband)
- » Maria Schubert (Akutpflege, Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften)

- » Heidemarie Staflinger (Referentin Arbeitsbedingungen, Arbeiterkammer Oberösterreich)
- » Birgit Trukeschitz (Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wirtschaftsuniversität Wien)
- » Sabine Pleschberger (Abteilung Gesundheitsberufe, Gesundheit Österreich GmbH Wien, nur schriftliche Bewertung)

2.3 Priorisierung von Themen und Auswahl der Inhalte des Konzepts

Die Auswahl der Inhalte für das Reporting erfolgte basierend auf den Ergebnissen zweier aufeinander aufbauender Arbeitsschritte:

1. Expertenbewertung mit anschließender teaminterner Selektion anhand der bereits beschriebenen Priorisierung der Messgrößen vor einem wissenschaftlichen Hintergrund
2. Vor einem planerischen und praxisorientierten Hintergrund und einem Fokus auf Gesundheitsbehörden wurden im Rahmen eines Konzeptionsworkshops sowie eines Onlinemeetings mit anschließender Befragung der Teilnehmer/-innen des Kick-off-Meetings der AG Gesundheits- und Sozialplanung³ Erkenntnisse zu den nachfolgenden drei Aspekten erarbeitet:
 - a) Priorisierung der aus der Messgrößenzuordnung erzeugten Themenliste
 - b) Abstimmung der Zielsetzung für das Reporting und, darauf aufbauend, Erarbeitung einer praxisrelevanten Schwerpunktsetzung für die Themen
 - c) Ermittlung von Anforderungen an die Umsetzung eines Pflegereports (Umsetzungsart, „Produkte“/Output)

Für die Priorisierung der Themen wurde eine Themenliste generiert. Ausgangspunkt war dabei die Themenzuordnung der durch die Expertinnen und Experten priorisierten und nach der teaminternen Selektion verbleibenden Messgrößen, welche verfeinert wurde (Angleichung des Aggregationsniveaus der Themenblöcke durch Gruppierung, Zusammenfassung sehr ähnlicher kleiner Themenblöcke zu einem größeren Themenblock).

Teilnehmer/-innen des Konzeptionsworkshops und deren entsendende Institution

- » Elisabeth Anselm (Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrt)
- » Robert Bechina (BMSGPK)
- » Andre Ewers (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband)
- » Martin König (Lebenswelt Heim)
- » Paul Resetarics (BMSGPK)
- » Kurt Schalek (Arbeiterkammer)
- » Merle Treichel (BMSGPK)

3

eine Arbeitsgruppe mit Gesundheits- und Sozialplanerinnen/-planern der Bundesländer mit dem Ziel, Datengrundlagen, Vorgehen und Vorhaben im Bereich Personalplanung zu diskutieren und abzustimmen

- » Paul Viehböck (BMSGPK)
- » Bissierka Weber (BMSGPK)

Teilnehmer/-innen der Diskussion im Rahmen des Kick-off-Meetings der AG Gesundheits- und Sozialplanung⁴

- » Monika Badilla, Wien (Befragung)
- » Mathias Bayer, Wien
- » Nikolaus Blatter, Vorarlberg (Befragung)
- » Josef Danner, Tirol (Befragung, in Abstimmung mit Margit Führer)
- » Alexandra Greiner, Burgenland (Befragung)
- » Nicola Maier, Niederösterreich (Befragung, bearbeitet durch Isabella Handl-Wimmer im Auftrag von Martin Wancata)
- » Beate Missoni, Niederösterreich
- » Klaus Ortner, Salzburg (Befragung)
- » Christoph Peukert, Wien
- » Mario Prapotnik, Kärnten (Befragung)
- » Christian Schwarz, Steiermark
- » Lukas Weinlich, Oberösterreich

Es wurden jeweils die Zielsetzungen sowie Zielgruppen des Reportings, die Schwerpunktsetzungen und die Ausrichtung der Themenbereiche sowie die Anforderungen an die Umsetzung diskutiert und die Ergebnisse dokumentiert. Der Konzeptionsworkshop diente zudem einer vertieften Auseinandersetzung mit den Themen und ihrer Ausrichtung im Rahmen schriftlicher Individualbeiträge und einer moderierten Plenumsdiskussion.

Priorisierungsschema

Die Priorisierung der Themen erfolgte anhand eines Punktesystems. Pro Teilnehmer/-in (des Konzeptionsworkshops und der Befragung) standen zehn Priorisierungspunkte für 20 Themen zur Verfügung. Es konnten alle oder auch weniger als die zehn Punkte beliebig auf die möglichen Themen verteilt werden. Ein Thema wurde dann priorisiert, wenn es die Mindestpunkteanzahl in der Höhe der Anzahl der Hälfte der Teilnehmer/-innen erhielt (abgerundet – bei einer Gesamtteilnehmeranzahl von 17 Personen also mindestens acht Punkte). Um den unterschiedlichen Perspektiven und Gruppengrößen Rechnung tragen zu können, wurde für das Kernset eine zweistufige Priorisierung gewählt:

4

Teilnahme an der Befragung zur Priorisierung der Themen samt schriftlichen Anmerkungen zu Schwerpunkten der Themen in Klammern vermerkt

Priorisierung 1: Priorisierungspunkte in der Höhe der Hälfte der Personenanzahl aus beiden Gruppen (Mindestanzahl von 8 Priorisierungspunkten – 10 Konzeptionsworkshop-, 7 Befragungsteilnehmer/-innen)

Priorisierung 2: Getrennt nach Gruppenergebnis Konzeptionsworkshop und Befragung der Teilnehmer/-innen der AG Gesundheits- und Sozialplanung. Priorisierungspunkte in der Höhe der Hälfte der Personenanzahl der Teilnehmer/-innen jeder Gruppe (Konzeptionsworkshop: Mindestanzahl von 5 Priorisierungspunkten, Befragung: Mindestanzahl von 3 Priorisierungspunkten)

Die Priorisierung wurde wie folgt genutzt

Basisinformationen: grundlegende Informationen, die für die Beschreibung und Einordnung des Personalstands benötigt werden – unabhängig von der Priorisierung

Kernset: Messgrößen aus priorisierten Themen – getrennt nach Priorisierung 1 und 2. Auswahl der Messgrößen anhand der Expertenbewertung und darauf aufbauender teaminterner Selektion sowie der Zielsetzungen und Schwerpunkte. Eine mittelfristige Umsetzbarkeit wurde berücksichtigt, wenngleich für viele Messgrößen dennoch die Schaffung von Datengrundlagen und Voraussetzungen nötig ist. Zusätzlich enthält das Kernset unter „mögliche Erweiterungen“ weitere Messgrößen zu den bereits priorisierten Themen, die zwar grundsätzlich eine gute Bewertung erhielten, aber Aspekte aufweisen, die gegen ihre direkte Aufnahme ins Kernset sprachen (weniger passgenau zur Zielsetzung, schlechtere Bewertung, herausfordernder in der Umsetzung oder schwieriger in der Interpretation)

Weitere Themen und Messgrößen: Messgrößen zu bisher nicht priorisierten Themen.

3 Zielgruppen und Zielsetzungen des Reportings

Zielgruppen und Zielsetzungen wurden breit diskutiert – sowohl mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Konzeptionsworkshops als auch mit jenen des Kick-off-Meetings der AG Gesundheits- und Sozialplanung.

Ein Pflegereporting kann unterschiedliche Zielgruppen informieren und sie bei ihren Entscheidungen, ihrem Handeln und in ihrer Meinungsbildung unterstützen. Folgende Zielgruppen wurden identifiziert:

- » Politik und Verwaltung (insbesondere Gesundheitsbehörden)
- » Organisationen (im Gesundheits- und Pflegebereich) und Fachpublikum
- » Ausbildungsstätten
- » Patientenanwaltschaft/Pflegeanwaltschaft
- » Volksanwaltschaft
- » Medien
- » Bevölkerung

Dabei soll das Pflegereporting folgende Zielsetzungen verfolgen:

- » politische Steuerung und Planung ermöglichen, hierfür insbesondere:
 - » Personalsituation und durch diese beeinflussbare Pflege -und Betreuungsqualität sichtbar und messbar machen
 - » Ausbildungsbedarf/-situation darstellbar machen
 - » Attraktivität des Berufs messbar machen (Personalverfügbarkeit quantitativ und qualitativ, Verweildauern, Belastung)
- » Koordination und Kommunikation zwischen Systempartnern erleichtern
- » Grundlage für die Beantwortung von Ad-hoc-Anfragen auf Bundes-, Landes-, Gemeindeebene bieten
- » Zusammenhang zwischen Personalmenge und Bedarfsdeckung – insbesondere hinsichtlich Zugang und Zeit (Dauer, bis der Zugang zur Leistung möglich ist) – sichtbar machen
- » Forschung ermöglichen
- » Grundlage für Einschauen bieten
- » Datenbasis für öffentlichen Diskurs bereitstellen

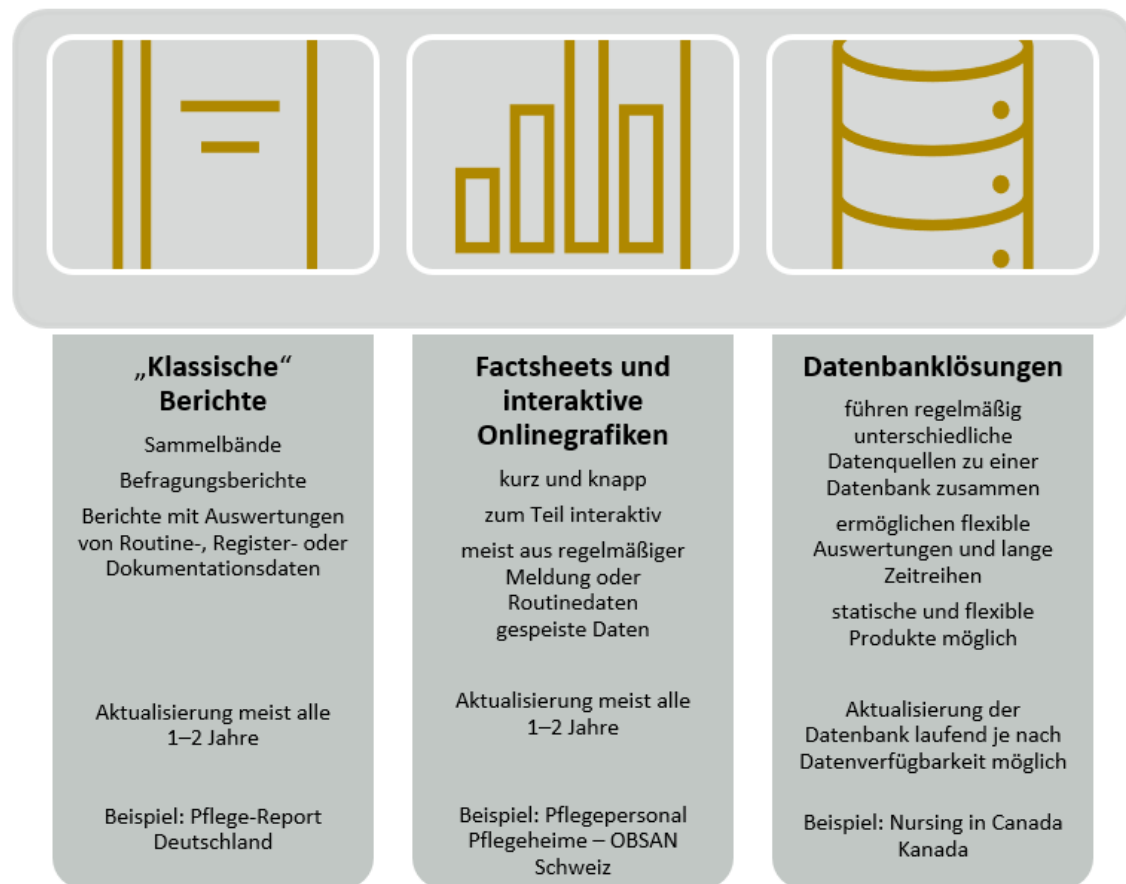
4 Literaturüberblick über Herangehensweisen und Messgrößen

4.1 Ergebnisse der Recherche von Umsetzungsbeispielen

Tabelle 4.1 listet jene bestehenden Reportingsysteme/Personalreportingberichte, die hinsichtlich ihrer Umsetzung und geeigneter Messgrößen analysiert wurden. Die verwendeten Herangehensweisen lassen sich grob in drei Kategorien unterteilen und sind in folgender Abbildung dargestellt:

Abbildung 4.1:

Übersicht über häufige Umsetzungsarten von Personalreportings im Pflege- und Betreuungsbereich



Anmerkung: Informationen zu den Beispielen sind in folgender Tabelle enthalten

Quelle und Darstellung: GÖG

Die Flexibilität ist, was kurzfristige Anfragen betrifft, bei einer Datenbanklösung am höchsten, wenngleich ein solcher Zugang im Rahmen der Implementierung und Wartung mit einem höheren Aufwand verbunden ist. Klassische Berichte hingegen können bei Bedarf und Datenverfügbarkeit jährlich adaptiert werden, wenngleich ihre Nutzerfreundlichkeit und ihr potenzieller Nutzerkreis im Vergleich zu interaktiven Produkten und flexiblen Auswertungsmöglichkeiten eingeschränkt sind.

Tabelle 4.1:
Recherchierte Pflegepersonalreportings im Detail

Titel	Land/Region	Umfang (Über welche Berufs- gruppen/Settings wird berichtet?)	Art des Reports/Reportings (regelmäßiger) Bericht, Website, Datenbank etc.)	Aktualisierungs- häufigkeit/ Aktualität
Pflege-Report (Jacobs et al. 2019)	Deutschland	Langzeitpflege	Bericht mit Fachbeiträgen zu jährlich wechselnden Schwerpunkten und gleichbleibender Statistikteil zu Pflegebedürftigkeit und medizinischer Versorgung pflegebedürftiger Menschen	jährlich
Pflege-Thermometer (Isfort et al. 2018)	Deutschland	wechselnd (stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, Krankenhaus)	befragungsbasierter Bericht – Befragung leitender Pflegekräfte	zweijährig
Health at a Glance. OECD Indicators (OECD 2019)	weltweit	Gesundheitsbereich und Langzeitpflege	indikatorenbasierter Bericht	zweijährig
National Nursing Workforce Study (Smiley et al. 2021)	USA	Pflegekräfteerhebung	regelmäßige Erhebung – Publikation der Ergebnisse im Journal of Nursing Regulation (vergleichbare Zielsetzung wie der Jahresbericht Gesundheitsberuferegister)	zweijährig
Workforce Statistics Nursing (NCNZ 2020)	Neuseeland	Pflegekräfte (Registered, Nurse, Nurse Practitioner, Enrolled Nurse)	Statistiken online (auch jährlich) für die Darstellung der derzeitigen Arbeitskräfte und die Prognose der Zukunftstrends; ein jährlicher Bericht, zweijährlich ein Nursing Cohort Report	jährlich
The new Zealand aged care workforce survey 2016 (Ravenswood/Douglas 2016)	Neuseeland	Erhebung bei Pflegekräften und Führungskräften	regelmäßige Erhebung und Berichterstattung	2–3 Jahre
Nursing Cohort Report (Nursing Council of New Zealand 2020)	Neuseeland	Kohortenstudie 2020 über die Arbeitskräfte (Demografie, Setting, Art der Berufsausübung, Workload)	Kohortenstudie	regelmäßige Berichte

Fortsetzung nächste Seite

Titel	Land/Region	Umfang (Über welche Berufs- gruppen/Settings wird berichtet?)	Art des Reports/Reportings (regelmäßiger) Bericht, Website, Datenbank etc.)	Aktualisierungs- häufigkeit/ Aktualität
Fortsetzung Nursing in Canada (Canadian Institute for Health Information 2020) ⁵	Kanada	Krankenpflegepersonal im engeren Sinn, (Be- richte gibt es auch für andere Berufsgruppen)	Bericht und interaktive Berichtstools, PPT-Sets und Infografiken aus einer Ge- sundheitspersonaldatenbank (für über 30 Berufsgruppen Informationen zu Per- sonalbereitstellung, -verteilung, -migration, Ausbildung, Anstellung). Die Da- tenbank wird im Hintergrund geführt, es stehen aber neben den benutzer- freundlichen Grafik- und Berichtsprodukten auch Datentabellen für eigene ver- tiefende Auswertungen zur Verfügung.	jährlicher Bericht, laufend weitere Produkte verfü- bar
Nursing and Midwifery Council – Registration data reports (Concil 2021)	UK	Krankenpflegepersonal- und Hebammenregister- daten, auch Revalida- tionsdaten	Registerbericht (vergleichbare Zielsetzung wie der Jahresbericht Gesundheits- beruferegister)	jährlich und halbjährliche Zwischenberichte
State of the World's nurs- ing Austria 2020 (World Health Organization 2021)	weltweit mit Länder- profilen – hier Öster- reich	diplomierte Pflegekräfte und Pflegefachassisten- tinnen/-assistenten	Factsheet	nicht ersichtlich, vermutlich jährlich
National Health Workforce Accounts (World Health Organization 2017)	weltweit	Fokus Pflegekräfte	Onlinedatenbank – Global Health Observatory – Staaten melden ihre Informatio- nen Excel-basiert ein. Darstellung nach Themen	jährlich
Indikatoren Pflegepersonal und Langzeitpflege (OBSAN) (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2020)	Schweiz	Website mit einer Reihe von Indikatoren zu un- terschiedlichen Themen (gesundheits- und krankheitsbezogen), hier relevant: Pflegepersonal und Langzeitpflege	Onlinegrafiken mit Erläuterung	unterschiedliche Aktualisierungs- zeitpunkte je nach Verfügbarkeit der Daten für den Indikator
National Workforce Reporting System (NHS) (Health and Social Care Information Centre 2021)	UK	General Practices and Primary Care Networks	Datenbank mit flexibel anpassbaren Auswertungsberichten. Je nach verwen- dem System der Primärversorgungseinrichtung werden die Daten automatisch extrahiert oder müssen händisch ausgefüllt und bereitgestellt werden.	quartalsweise (monatlich mög- lich)

Fortsetzung nächste Seite

5

<https://www.cihi.ca/en/health-workforce> und <https://www.cihi.ca/en/registered-nurses>

Titel	Land/Region	Umfang (Über welche Berufs- gruppen/Settings wird berichtet?)	Art des Reports/Reportings (regelmäßiger) Bericht, Website, Datenbank etc.)	Aktualisierungs- häufigkeit/ Aktualität
Fortsetzung Gesundheitspersonal in der Schweiz (Merçay et al. 2016)	Schweiz	Bestandsaufnahme und Prognosen	Bericht (unterschiedliche Datenquellen)	einmalig
Jahresbericht Gesundheitsberuferegister (Holzweber et al. 2021; Rappold et al. 2020)	Österreich	registrierungspflichtige Pflegeberufe (ergänzend zusätzliche Qualifikatio- nen im Sozialbetreu- ungsbereich, sofern vor- handen und angegeben)	registerbezogener Bericht, kontinuierliche Weiterentwicklung des Berichts	jährlich
Österreichische Pflegequalitätserhebung 2.0 (Lohrmann et al. 2018)	Österreich	befragungsbasierte Pflegequalitätserhebung, multizentrische Quer- schnittserhebung von strukturellen Qualitäts- indikatoren und sechs Pflegeproblemen	befragungsbasierter Bericht	jährlich

Quelle und Darstellung: GÖG

4.2 Ergebnisse der Messgrößenrecherche

Die umfassende Literaturrecherche wurde in CINAHL, Google Scholar, mittels Sichtung relevanter bekannter Quellen und ihrer Literaturverzeichnisse und per Einholung von Literaturempfehlungen von Expertinnen und Experten realisiert. Insgesamt 19 Studien, elf Berichte und 16 (Pflege-)Personal-Reportings wurden im Rahmen der Literaturrecherche für die Sichtung und Extraktion geeigneter Messgrößen eingeschlossen. Eine Auflistung der eingeschlossenen Studien und Berichte befindet sich in Anhang 1, eine Übersicht über die eingeschlossenen Reportings in Tabelle 4.1 (Kapitel 4.1).

Ein Überblick

Literatur zu pflegesensitiven Messgrößen in Krankenanstalten ist zahlreich vorhanden. Hier gibt es auch umfassende rezente Übersichtsarbeiten, die einen guten Überblick über die Aussagekraft pflegesensitiver Messgrößen für den akutstationären Bereich liefern. (Butler et al. 2019; Myers et al. 2018; Oner et al. 2020; Stalpers et al. 2015)

Anders verhält es sich für den Langzeitpflegebereich. Hier werden trotz des unterschiedlichen Versorgungsauftrags und der sich daraus ergebenden anderen Zielsetzungen häufig ebenfalls klinische Outcomes untersucht. Die Ergebnisse einzelner Studien sind hier sehr heterogen. Einige wenige systematische Übersichtsarbeiten fassen diese zusammen (Backhaus et al. 2014; Spilsbury et al. 2011). Zeitlich darauffolgende Arbeiten zeigten ebenfalls uneinheitliche Ergebnisse, wobei es Hinweise gibt, dass von den klinischen Outcomes Dekubitus eine gewisse Pflegesensitivität (beeinflusst durch die Anzahl der Pflegepersonen und Pflegestunden, durch den Einsatz diplomierten Pflegepersonals sowie die Fluktuation bei diplomiertem Pflegepersonal) aufweisen dürfte (Backhaus et al. 2014; Hyang Yuol et al. 2014; Trinkoff et al. 2013), wenngleich andere Studien keinen Zusammenhang zwischen Dekubitus und Pflegestunden herstellen konnten (Backhaus et al. 2016). Die Fluktuation diplomierten Pflegepersonals war mit negativen Auswirkungen auf das Schmerzmanagement und auf Harnwegsinfekte assoziiert (Trinkoff et al. 2013).

Ein vielversprechender Ansatz zur Outcome Messung im Langzeitbereich scheint außerhalb der klinischen Outcomes zu liegen, z. B. durch Messen der durch Langzeitpflege und -betreuung beeinflussten Lebensqualität (Trukeschitz et al. 2021).

Ein settingübergreifender systematischer Review betrachtete den Einfluss von Spezialisierungen auf Outcomes (Patientenoutcomes, Outcomes bei Pflegepersonen – hier unter anderem Wissen und Fähigkeiten, Job-Satisfaction) und organisatorischen Vorteilen (hinsichtlich der Personalfuktuation, der Raten offener Pflegestellen, des Vorhabens, die Stelle nicht zu wechseln) und kommt zu dem Schluss, dass die Evidenz des Einflusses von Spezialisierungen auf Outcomes inkonsistent und nicht aussagekräftig ist. (Whitehead et al. 2019)

Es existieren bereits **Messgrößensets**, welche in großen Datenregistern für die Vergleiche der pflegesensitiven Outcomes von Stationen in Krankenanstalten zum Einsatz kommen (wie etwa jene der National Database for Nursing Quality Indicators (NDNQI) und der Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CAL-NOC). Hier werden pflegesensitive Outcomes auf Stationsebene gesammelt und den Einrichtungen zum Vergleich (Peer-Stationen und Benchmarks über einen Zeitverlauf hinweg) zur Verfügung gestellt. Zudem gibt es zahlreiche andere Wege, pflegesensitive Messgrößen bzw. den Einfluss von Pflege respektive Pflegepersonalstrukturen auf die Outcomes der Menschen zu untersuchen, darzustellen und daraus Schlüsse zu ziehen (beispielsweise die Arbeiten von RN4Cast, Nursing Minimum Datasets, Nursing Outcomes Classification, Nursing Metrics, NHS safety Thermometer). (Sim et al. 2019). Eine neue, hinsichtlich der Einflüsse (Arbeitsumgebung) und Outcomes (z. B. Patient-reported Outcomes) breiter aufgestellte Variante der Datenregister ist das Australian Nursing Outcomes Collaborative (AUSNOC), das für den Krankenanstaltenbereich inkl. Rehabilitation entwickelt wurde und Messgrößen zu folgenden Bereichen enthält (Sim et al. 2019):

- » **Strukturen** (unter anderem: Art der Station, Patientenzahlen, Informationen zu Aufenthalten, Personalinformationen inkl. Qualifikation und Fluktuation, Krankenstände, Einschätzungen des Personals in puncto Qualität, Management, Teilhabe, Personalausstattung etc.)
- » **Sicherheit** (Prozesse und Outcomes, unter anderem bezogen auf Stürze, Dekubitus, Schmerzmanagement, Prävention von Dekubitus, Assessments, freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Handhygiene, Sicherheitsgefühl)
- » **Patient-reported Indicators/Outcomes** (unter anderem Zufriedenheit, Einstellung und Umgang des Personals, Verständnis der Erkrankung, Kommunikation, Zusammenarbeit)

Im Rahmen der deutschen Pflegequalitätsberichte werden zehn Messgrößen für den Langzeitpflegebereich verwendet (Wingefeld et al. 2018):

1. erhaltene Mobilität*
2. erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen*
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung*
5. schwerwiegende Sturzfolgen*
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust*
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

(*zwei Kennzahlen für jeweils eine Risikogruppe)

Allerdings wurde die Pflegesensitivität für diese Messgrößen aufgrund des Fehlens eines Goldstandards nicht bewertet (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik 2017).

Auch bestehende Pflegepersonal-Reportingsysteme, deren Zielsetzungen und damit Inhalte naturgemäß stark variieren, enthalten zahlreiche Messgrößen. Im Regelfall legen (Pflegepersonal-)Reportingsysteme einen Schwerpunkt auf Strukturaspekte (Canadian Institute for Health Information

2020; World Health Organization 2021), auch assoziierte Outcomes sind bei Berichten mit breiterem Fokus enthalten (Lohrmann et al. 2018; OECD 2019; Ravenswood/Douglas 2016).

Anhand der Literaturrecherche wurden 160 potenzielle Messgrößen identifiziert, wobei sehr ähnliche bzw. gleiche Messgrößen aus unterschiedlichen Quellen im Regelfall zusammengeführt wurden. Gleiche oder ähnliche Messgrößen blieben hingegen bestehen, wenn Sie eine andere Ausrichtung, einen anderen Fokus oder eine andere inhaltliche Zuordnung in der Originalquelle aufwiesen. Die identifizierten Messgrößen wurden zudem unter Berücksichtigung des theoretischen Modells von Oner et al. (2020) Themenblöcken in den drei Säulen zugeordnet und einer Priorisierung mit anschließender Selektion unterzogen. Die Ergebnisse sind im Folgekapitel dargestellt.

5 Inhalte des Pflegereportings

5.1 Ergebnis der Expertenpriorisierung der Messgrößen

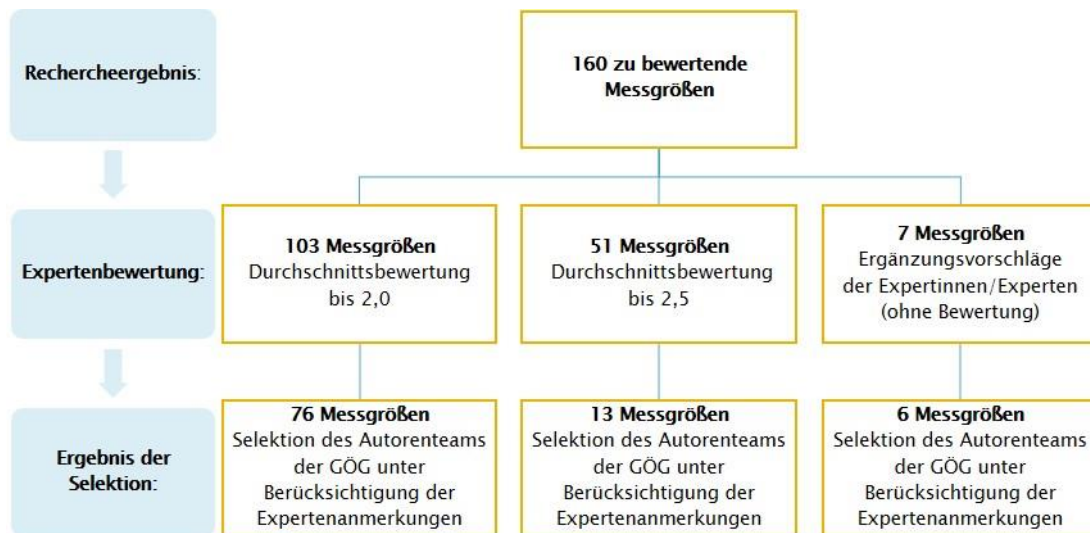
Die aus der Literaturrecherche generierte Messgrößenliste wurde einer Bewertung durch Expertinnen und Experten zur ersten Priorisierung unterzogen, und zwar anhand folgender Kriterien:

- » Eignung für ein österreichweites Reporting
- » Gültigkeit/Validität
- » Aussagekraft/Repräsentativität
- » Interpretierbarkeit und Beeinflussbarkeit

Die Ergebnisse dieser Bewertung (Gesamtdurchschnitt der Bewertung von 1 (sehr gut) bis 4 (nicht geeignet) und inhaltliche Anmerkungen) sowie die Ergebnisse einer Onlinediskussion der Expertinnen/Experten dienten als Grundlage für die Auswahl jener Messgrößen, die als geeignet für das geplante Reporting eingestuft werden. Zentrales Ergebnis der Onlinediskussion war, dass für die weitere Auswahl von Messgrößen neben den bewerteten Kriterien jedenfalls die Zielsetzungen und Schwerpunkte des Reportings ausschlaggebend sein müssen.

Unter Berücksichtigung der Gesamtbewertung und der Anmerkungen der Expertinnen und Experten, der Diskussionsergebnisse sowie relevanter Vorarbeiten ergab die teaminterne Selektion eine Shortlist mit 95 potenziell geeigneten Messgrößen. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über den Selektionsprozess:

Abbildung 5.1:
Ergebnis der Selektion der Messgrößen



Anmerkung: Messgrößen mit einer Bewertung über 2 wurden dann aufgenommen, wenn aus den Kommentaren ersichtlich war, dass die vergleichsweise schlechte Bewertung der Messgröße anhand der Beschreibung der Berechnungsmöglichkeiten aus der Literatur zustande kam, die Messgröße hohe Relevanz aufwies und hier für den österreichischen Kontext die zur schlechten Bewertung führenden Aspekte besser gelöst werden können.

Quelle und Darstellung: GÖG

5.2 Identifizieren relevanter Themenblöcke

Die Themenzuordnung der priorisierten und nach der teaminternen Selektion verbliebenen Messgrößen wurde verfeinert (teilweise Angleichung des Aggregationsniveaus der Themenblöcke durch Gruppierung, Zusammenfassung sehr ähnlicher kleiner Themenblöcke zu einem größeren Themenblock, wobei die kleinen Themenblöcke „Nurse Burnout“ und „Nurse Turnover“ aufgrund ihrer Relevanz als unabhängige Variablen bei pflegesensitiven Outcomes bestehen blieben). Insgesamt 20 Themenblöcke wurden so generiert und sowohl im Rahmen eines Konzeptionsworkshops als auch im Zuge einer Befragung der Teilnehmer/-innen der Kick-off-Sitzung der Arbeitsgruppe der Gesundheits- und Sozialplanerinnen priorisiert. Für eine Priorisierung war jeweils eine Punktezahl in der Höhe der Hälfte der teilnehmenden Personen (abgerundet) ausschlaggebend. Daraus ergab sich eine Priorisierung aus allen abgegebenen Expertenmeinungen (Priorisierung 1) und eine je Gruppe (Priorisierung im Konzeptionsworkshop / Priorisierung anhand der Befragung der Gesundheits- und Sozialplaner/-innen auf Landesebene) mit weiteren Themen (Priorisierung 2). Die Ergebnisse der Priorisierung sind in Tabelle 5.1 dargestellt.

Tabelle 5.1:
Ergebnis der Priorisierung der Themenblöcke

Säule	potenzielle Themen	Punkte Konzeptionsworkshop (10 Personen je max. 10 Punkte)	Bewertung der Teilnehmer/-innen des Kick-off-Meetings der AG Sozial- und Gesundheitsplanung (7 Personen je max. 10 Punkte)	Gesamtbewertung
Säule I Personalsituation (Struktur)	A. Personalbestand	7	5	12
	B. Personaldemografie	4	1	5
	C. Personalmix (Pflege- und Sozialbetreuung)	7	8	15
	<i>D. Qualifikation/Erfahrung</i>	0	3	3
	E. Ausbildung	10	2	12
	F. Anstellungsverhältnisse	2	2	4
	G. Arbeitsmarktbewegungen	4	2	6
	H. Personalverhältnis zu anderen Berufsgruppen	2	1	3
	I. Pflege- und Betreuungsbedarf	3	4	7
Säule II Bevölkerung Prozesse Outcomes	A. Durchführen von Assessments	2	3	5
	B. Versorgungsschritte entsprechend dem Patienten-/Klientenbedarf	2	2	4
	C. Prozessqualität	4	3	7
	D. Pflegequalität „körperlich/klinisch“ inkl. Selbstpflegefähigkeit	4	2	6
	E. Pflegequalität „Beitrag zur Lebensqualität“ bzw. psychosozial	3	5	8
	F. Bedarfsdeckung und Zugang	5	4	9
Säule III Personal	A. Arbeitszufriedenheit/Berufsverbleib	12	5	17
	B. Turnover	1	4	5
	C. Burnout	0	0	0
	D. Sicherheit und Gesundheit	5	3	8
	E. Belastung/Entlastung	4	0	4

Priorität = eine Priorisierung durch min. 50 % der Expertinnen/Experten

Themen mit **dunklerer farblicher Hinterlegung** = Priorisierung 1

Themen in **kursiver Schrift** = Priorisierung 2 (Priorität durch eine der beiden Expertengruppen, nicht aber in der Zusammenschau)

Quelle und Darstellung: GÖG

5.3 Ausrichtung und Schwerpunkte der Themenblöcke

Basierend auf Vorarbeiten der GÖG wurden im Rahmen des Konzeptionsworkshops Ausrichtung und Zielsetzung/Schwerpunktsetzung der Themenblöcke diskutiert. Auch die Teilnehmer/-innen der AG Gesundheits- und Sozialplanung wurden gebeten, aus ihrer Perspektive relevante Schwerpunktsetzungen zu nennen. Folgende Tabelle listet die identifizierten vorgeschlagenen Schwerpunkte pro Themenblock, die bei der Auswahl der Messgrößen in den Folgekapiteln berücksichtigt wurden und als Ausgangslage für weitere Diskussionen und Entwicklungsschritte dienen können.

Tabelle 5.2:

Ergebnis der Erhebung möglicher Schwerpunktsetzungen der Themenblöcke

Säule	potenzielle Themen	Ausrichtung/Schwerpunkte/Fragestellungen
Säule 1 Personalsituation (Struktur)	Personalbestand	quantitative Personalausstattung (ins Verhältnis zur qualitativen Personalausstattung setzen), insbesondere Entwicklung per Stichtag in VZÄ (Vollzeitäquivalenten) und Personen nach Sektoren und Settings Gibt es Bereiche mit auffällig geringer/guter Personalausstattung? Veränderung der Personalsituation nach Maßnahmensetzung Anteil Leasingpersonal, Personen vs. VZÄ Verhältnisse nach Setting: Gesundheit – Pflegepersonen/Bevölkerung, Langzeitpflege – Pflegepersonen/Pflegegeldbezieher/-innen
	Personaldemografie	Alter inländische Ausbildung Berücksichtigung der National Health Workforce Accounts
	Personalmix (Pflege- und Sozialbetreuung)	Qualifikation und Einsatz (Setting, Daten auf Gemeindeebene) Mix der Sozialbetreuungs- und Gesundheitsberufe in der Langzeitpflege (Fokus Einsatz der PFA)
	Qualifikation/Erfahrung	Ausbildung vorhandenes Personal (Anteil akademische Ausbildung) Spezialisierungen inkl. Altersstruktur DGKP / Weiterbildungen Entspricht das Ausbildungsniveau des Personals den Anforderungen (sind die Personen so ausgebildet, dass Arbeit mit guter Qualität überhaupt möglich ist)? Settingbezug
	Ausbildung	Ausbildungskapazitäten und tatsächliche Anzahl ausgebildeter Personen per Stichtag Bewerber/-innen (Definition) vs. Plätze (auch Bewerber/-innen gesamt vs. jene mit erfüllten Aufnahmekriterien) und tatsächliche Aufnahmen Ausbildungsbedarf Abschlüsse/Abbrüche Bundeslandperspektive
	Anstellungsverhältnisse	Sichtbarmachen der Verteilung Teil- und Vollzeitbeschäftigung Grundlage für die Abschätzung des Ausbildungsbedarfs Beschäftigungsausmaß pro Sektor/Setting
	Arbeitsmarktbewegungen	Bedarfsdeckung – Verhältnis offener Stellen zur Nachfrage Verbleib im Pflege- und Betreuungsarbeitsmarkt (Akut- und Langzeitbereich, mobil, stationär) – Gründe für Berufsaustritte und Verläufe von Erwerbskarrieren im Pflegebereich Sind Stellen aus inländischer Ausbildung bespielt? Attraktivität für Neuzugänge – Verbleib im Beruf nach Ausbildung Fokus Sozialbereich bei den Zu-/Abwanderungen sowie Bereichs- und Stellenwechseln
	Personalverhältnis zu anderen Berufsgruppen	settingbezogen (insbesondere MTD und Ärztinnen/Ärzte im Langzeitversorgungsbereich sowie GuKG-Berufe im Verhältnis zu MTD, Hebammen und Ärztinnen/Ärzten im Krankenanstaltenbereich) Zeitreihen zur Beobachtung, Interpretation allerdings problembehaftet
	Pflege- und Betreuungsbedarf	Settingbezug Gemeindeebene Grundlage für Prognose der jährlichen Bedarfe an Pflegepersonal nach Sektoren/Settings Arbeitsdefinition Pflegebedarf wird benötigt (z. B. Selbsthilfestatus und medizinischer Bedarf)

Fortsetzung nächste Seite

Säule	potenzielle Themen	Ausrichtung/Schwerpunkte/Fragestellungen
Fortsetzung Säule 2 Bevölkerung Prozesse	Durchführen von Assessments	Zeitpunkt und Umfang, konsequente Anwendung Settingbezug (Fokus Gesundheitsbereich)
	Versorgungsschritte entsprechend dem Patienten-bzw. Klientenbedarf	Definition Patientenbedarf wird benötigt, Orientierung am Patientenbedarf Pflegetätigkeiten vollständig/ausreichend Gibt es ausreichende und die „richtigen“ Personalressourcen, um alle nötigen Tätigkeiten am Patientenbedarf orientiert durchzuführen?
	Prozessqualität	personenorientierte Planung individualisierte Durchführung von Interventionen (z. B. Zeitpunkt, Geschwindigkeit) Entlassungsprozess Subjektiv empfundene und objektiv bewertete Prozessqualität (erfolgt die Unterstützung im „shared decision making“, wo sind die Personen eingebunden, und wird die Unterstützung zu den vereinbarten Rahmenbedingungen erbracht?)
Outcomes	Pflegequalität „körperlich/klinisch“ inkl. Selbstpflegefähigkeit	Auswirkung der Personalsituation auf die pflegerische Versorgung (klinisch/körperlich/Selbstpflegestatus/psychosozial sowie Mobilität Orientierung, Kommunikation, emotionale Stabilität) Settingbezug jeweils für alle Settings (auch Pflege zu Hause)
	Pflegequalität „Beitrag zur Lebensqualität“	Auswirkung der Personalsituation auf Pflegequalität hinsichtlich Lebensqualität und Zufriedenheit, inkl. freiheitsbeschränkender Maßnahmen, Störereignissen wie etwa Aggressionsereignissen, Außenwahrnehmung der Personalsituation und Einfluss auf die Nutzung (Vermeiden des Äußerns von Bedürfnissen, um Personal nicht noch weiter zu belasten)
	Bedarfsdeckung und Zugang	Personalausmaß, um die Pflegetätigkeiten umfassend erledigen und die vorhandenen Bettenkapazitäten voll auslasten zu können Dauer bis Verfügbarkeit einer Kapazität und Verfügbarkeit generell (z. B. mobile Dienste) Settingbezug
Säule 3 Personal	Arbeitszufriedenheit/Berufsverbleib	Zufriedenheit des Personals und Absicht, den Beruf zu verlassen Definition Zufriedenheit Settingbezug
	Turnover	Ausmaß Personalfluktuations, Konnex zu Moral Distress Settingbezug
	arbeitsbezogene Sicherheit und Gesundheit	arbeitsbezogene Gesundheit Settingbezug Langzeit- vs. Kurzzeitkrankenstand (inkl. Burnout) Berufsgruppenvergleich Veränderungen im Zeitverlauf
	Belastung/Entlastung	Belastungs-/Entlastungssituation abbilden Pflegekontextfaktoren Arbeitsbedingungen (Einhaltung vereinbarter Arbeitszeit vs. Einspringen, Dienstplanänderungen)

Quelle und Darstellung: GÖG

Ad Personalmix: Hier greift die Einschränkung auf die bisher gewählten Berufsgruppen zu kurz und müsste für ein vollständigeres Bild alle auch bundeslandspezifischen Berufsgruppen umfassen. Beispielsweise übernehmen Alltagsmanager/-innen in der Praxis viele Aufgaben, die auch die Heimhilfe übernimmt.

5.4 Umsetzungsaspekte und „Produkte“

Mit den eingebundenen Expertinnen/Experten wurden zudem Anforderungen an die Funktionalität und den Output („Produkte“) des Reportings diskutiert, wobei folgende zentrale Anforderungen ermittelt wurden:

- » Eine flexible Lösung ist sinnvoll, um auch kurzfristig benötigte Informationen für die Planung und Steuerung ohne große Mehraufwände ermitteln zu können.
- » Die Sammlung von Daten sollte (dort, wo sinnvoll) auf Gemeindeebene erfolgen, um flexible regionale Gliederungen ermöglichen zu können.
- » Der Aufbau eines Pflegereportings soll langfristig angelegt sein, rechtliche Aspekte (z. B. Vorgaben zum Datenschutz, Dokumentationsverpflichtungen) müssen geklärt und im Bedarfsfall Grundlagen/Rechtsmaterien (z. B. hinsichtlich Dokumentations- und Berichtsverpflichtungen) adaptiert werden.
- » Ein kleiner Grundstock soll als Startpunkt dienen, anhand dessen gelernt werden kann, welche Daten wie miteinander im Zusammenhang stehen, was (praxis)relevant ist und in welche Richtung weiterentwickelt werden soll.
- » Ein möglichst dynamisches Nutzen verfügbarer Daten soll ermöglicht werden (der Aufbau einer Datenbank wird befürwortet) – auch ein Zugang für Forschende soll möglich sein.
- » Sinnvoll erscheinen eine jährliche Berichterstattung zu einem definierten Grundstock und darüber hinaus in größeren Abständen das Bearbeiten von „Spezialthemen“.

6 Messgrößen

Im Folgenden werden, basierend auf den erarbeiteten Grundlagen, die Inhalte des Pflegereportings konkretisiert. Besonders berücksichtigt bei der Auswahl, Gliederung und Spezifikation der Messgrößen für das Reporting wurden

- » Zielgruppen und Zielsetzung des Pflegereportings,
- » Ergebnisse der Messgrößenrecherche und -bewertung,
- » Ergebnisse des Konzeptionsworkshops und der Einschätzung der Teilnehmer/-innen des Kick-off Meetings der AG Gesundheits- und Sozialplanung (Priorisierung der Themen und ihrer Ausrichtung / ihrer Schwerpunkte)
- » Recherchen und Expertise der GÖG betreffend Datengrundlagen und Datenverfügbarkeit sowie potenzielle Erhebungsinstrumente
- » Umsetzbarkeit und nötige Vorarbeiten zur Umsetzung

Für alle Informationen und Messgrößen ist zumindest eine Darstellung der Ergebnisse auf Österreich- und Bundeslandebene und für das jeweilige Setting (Langzeitpflege sowie -betreuung mobil und [teil]stationär, Akutversorgung) anzustreben. Häufig werden aber kleinere geografische Einheiten (unter Wahrung des Datenschutzes und Berücksichtigung der Datenverfügbarkeit) nützlichere Informationen liefern, die größte Flexibilität und Genauigkeit bietet eine Erfassung der Daten auf Gemeindeebene.

Mögliche Inhalte des Reportings werden im Folgenden anhand eines dreistufigen Aufbaus dargestellt.

1. Basisinformationen

Unabhängig von themenspezifischen Messgrößen bedarf es einiger Basisinformationen, um eine grundlegende Beschreibung des Personalstands und eine Einordnung weiterer Messgrößen überhaupt ermöglichen zu können. Die Basisinformationen können als Startpunkt für ein Pflegereporting gesehen werden.

2. Messgrößenkernset

Basierend auf den priorisierten Themenblöcken und den vorgeschlagenen Schwerpunktsetzungen der Themenblöcke, wurde ein Messgrößenkernset identifiziert, das Themen und zugehörige Messgrößen der Priorität 1 und der Priorität 2 enthält. Die Priorität 1 ergibt sich aus der Gesamtbewertung der Themen aller bewertenden Expertinnen/Experten, Priorität 2 wurde jenen Themen zugeordnet, die eine Priorisierung nur von einer Expertengruppe (entweder von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Konzeptionsworkshop oder von jenen der Befragung aus der AG Gesundheits- und Sozialplanung) erhalten haben und in deren Fall die Summe der Punkte aber nicht für eine Priorisierung des Themas in der Gesamtbetrachtung reichte. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um den unterschiedlichen Perspektiven der Gruppen Rechnung zu tragen. Messgrößen für das Kernset wurden aus den selektierten Messgrößen anhand der Zielsetzung des Reportings, der vorgeschlagenen

Schwerpunktsetzungen für das jeweilige Thema und auch hinsichtlich mittelfristiger Machbarkeit ausgewählt. Messgrößen zu priorisierten Themen, die beispielsweise nicht der Schwerpunktsetzung entsprechen, problematisch in der Interpretation sind oder hinsichtlich der Machbarkeit eine sehr langfristige Perspektive haben, wurden nicht direkt dem Kernset zugeordnet, sondern als mögliche Erweiterung beschrieben. Das Kernset zeigt eine mögliche Ausgestaltung des Pflegereportings auf.

3. Erweiterung der Themen und zugehörige Messgrößen

Darüber hinaus gibt es je nach konkreter Fragestellung sowie politischer/planerischer Schwerpunktsetzung die Möglichkeit, die Inhalte des Pflegereportings weiterzuentwickeln und zusätzliche Messgrößen aufzunehmen. Vorschläge für mögliche weitere Messgrößen (gemäß Expertenbewertung und anschließender Selektion) werden unter „Erweiterung der Themen und zugehörige Messgrößen“ gelistet. Enthalten sind Themen und Messgrößen, die zwar eine sehr gute bis gute Expertenbewertung erhalten haben, darauf aufbauend auch vom Projektteam als geeignet eingestuft wurden, aber keinem der im Konzeptionsworkshop oder bei der Befragung der Teilnehmer/-innen des Kick-off-Meetings der AG Gesundheits- und Sozialplanung priorisierten Themen zugeordnet wurden.

6.1 Basisinformationen

Es gibt einige Basisinformationen zum Pflege- und Betreuungspersonal bzw. -bedarf, die unabhängig von den Zielsetzungen und priorisierten Themen zur Beschreibung und Einordnung des Personalstands benötigt werden. Diese stellen für sich bereits eine wesentliche Informationsbasis dar, können als erster Schritt in Richtung des Aufbaus eines kontinuierlichen Pflegereportings betrachtet werden und umfassen folgende Informationen:

- B1 Anzahl der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (Vollzeitäquivalente)
- B2 Anzahl der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (Köpfe)
- B3 Berufsnuezugänge (Abschlüsse, Anerkennungen, Nostrifikationen) nach Berufsgruppe, Setting und Region pro Jahr, Vollzeitäquivalente und Köpfe
- B4 Berufsabgänge (Personen, die den Beruf nicht mehr ausüben, inkl. Grund für die Berufsaufgabe) nach Berufsgruppe, Setting und Region pro Jahr, Vollzeitäquivalente und Köpfe
- B5 Alter und Geschlecht des Pflege- und Betreuungspersonals nach Berufsgruppe, Setting und Region
- B6 Pflege- und Betreuungsbedarf nach Setting und Region (z. B. Pflegegeldbezieher/-innen, Anteil der Bezieher/-innen von Langzeitpflege und oder -betreuungsleistungen nach Altersgruppe und Ort des Bezugs (zu Hause, stationär, teilstationär, Dienstleistungsbezieher/-hender nach Pflegegeldstufen/Alter/Geschlecht/Bundesland, nach Art der Dienstleistung, Pflegetage im Krankenhaus)
- B7 Beschäftigungsausmaß (Vollzeit- vs. Teilzeitbeschäftigung) nach Berufsgruppe, Setting und Region

B8 Ausbildungslandschaft anhand der Ausbildungsplätze nach Berufsgruppe, Region und Finanzierung (inkl. Förderungen)

Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Informationen einfach und unmittelbar zur Verfügung stehen. Der Pflege- und Betreuungsbedarf nach Setting benötigt sowohl hinsichtlich seiner Definition (um ihn grundsätzlich messbar zu machen) als auch hinsichtlich möglicher Datengrundlagen umfassende Vorarbeiten. Näherungsweise steht für den Langzeitpflegebereich die Pflegegeldeinstufung als erster Orientierungswert zur Verfügung, welcher bis zur Erarbeitung geeigneter und für alle Settings nutzbarer Herangehensweisen zumindest für den Langzeitpflegebereich eingesetzt werden kann.

Eine erste Detailbeschreibung der Messgrößen für die Basisinformation befindet sich im Anhang 2. Diese kann als Ausgangslage für die weiteren Arbeiten (z. B. im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeitsgruppe), Abstimmungen und Berechnungen gesehen werden und wird im Regelfall einer Weiterentwicklung, Adaptierung und Verfeinerung im Zuge der ersten Umsetzung unterliegen.

6.2 Messgrößenkernset

Im Folgenden sind für die Themen der Prioritäten 1 und 2 Kernmessgrößen dargestellt. Unter „mögliche Erweiterung“ sind jeweils Messgrößen erfasst, die zwar als geeignete und relevante Messgrößen aus den Arbeiten hervorgingen, aber hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit größere Hürden aufweisen als andere (z. B. hinsichtlich des Aufwands für Befragungen inkl. Vorarbeiten), Herausforderungen hinsichtlich der Interpretation und der Abgrenzung des zu messenden Aspekts aufweisen oder für die Interpretation pflegesensitiver Messgrößen nötig sind, die derzeit nicht im Kernset vorgeschlagen werden.

Tabelle 6.1:
Übersicht über die Themen der Priorität 1 mit ausgewählten und möglichen weiteren Messgrößen

Säule	Thema ⁶	Schwerpunktsetzung/Zielsetzung	Messgrößen
Säule I Personalsituation (Struktur)	A. Personalbestand	quantitative Ausstattung der Versorgungsbereiche/ Settings mit Pflege- und Betreuungspersonal sichtbar und Auffälligkeiten identifizierbar machen, Personal vs. Bedarf darstellbar machen	I.A.1 Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl I.A.2 Personal in der Langzeitpflege und -betreuung pro 100 Personen 75+ I.A.3 Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung mögliche Erweiterung: » (Kranken-)Pflegestunden pro Patiententag alle Pflegekräfte » (Kranken-)Pflegestunden pro Patiententag diplomierte Pflegekräfte (beide relevant für die Interpretation einiger pflegesensitiver Qualitätsmessgrößen, die noch nicht priorisiert wurden)
	C. Personalmix (Pflege und Sozialbetreuung)	qualitative Ausstattung der Versorgungsbereiche/ Settings mit Pflege- und Betreuungspersonal sichtbar und Auffälligkeiten identifizierbar machen, Pflegefachassistenz sichtbar machen	I.C.1 Berufsgruppenzusammensetzung nach Versorgungsbereich/Setting I.C.2 Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) an allen Pflegekräften (GuK Berufe) mögliche Erweiterung: » Vorhandensein von Advanced-Nursing-Rollen (befragungsbasiert)
	E. Ausbildung	Ausbildungskapazitäten versus ausgebildete Personen, Abschlüsse und Abbrüche	I.E.1 Abschlüsse von Pflege- und Sozialbetreuungsausbildungen pro Jahr (ohne Master/PHD) I.E.2 Verhältnis von Aufnahmen zur Anzahl der verfügbaren Ausbildungsplätze I.E.3 Abbruchrate I.E.4 Abschlussrate mögliche Erweiterung: I.E.5 Verhältnis von Bewerbungen zu verfügbaren Ausbildungsplätzen I.E.6 Verbleib der neu ausgebildeten Personen im (Bundes-)Land Anmerkungen zur Kennzahl Bewerbungen: befragungsbasiert. Ziel ist die Beobachtung, ob ausreichend Bewerber/-innen für Ausbildungsplätze vorhanden sind und auch eine Auswahl der Bewerber/-innen stattfinden kann. Achtung: Bewerber/-innen können sich an mehreren Institutionen bewerben, eine zentrale Koordination gibt es nicht, und die Aussagekraft ist limitiert.

Fortsetzung nächste Seite

Säule	Thema ⁶	Schwerpunktsetzung/Zielsetzung	Messgrößen
Fortsetzung Säule II Bevölkerung	E. Pflegequalität „Beitrag zur Lebensqualität“ bzw. psychosozial	Auswirkung der Personalsituation auf Lebensqualität und Zufriedenheit, inkl. freiheitsbeschränkender Maßnahmen, Störereignissen, z. B. Aggressionsereignissen, Außenwahrnehmung der Personalsituation und Einfluss auf die Nutzung (Vermeiden des Äußerns von Bedürfnissen, um Personal nicht noch weiter zu belasten)	II.E.1 freiheitsbeschränkende Maßnahmen Setting Alten- und Pflegeheime II.E.2 freiheitsbeschränkende Maßnahmen Setting Krankenanstalten II.E.3 Lebensqualität pflegebedürftiger Personen (mobile Betreuung / zu Hause – inkl. Zufriedenheit) II.E.4 Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung (Krankenhaus) II.E.5 Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung (Primärversorgungseinheiten) bei Aufnahme einer entsprechenden Fragebatterie in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung)
	F. Bedarfsdeckung und Zugang	Personalausmaß zur Erfüllung der Pflegetätigkeiten und Bereitstellung der Leistungen	II.F.1 durchschnittlicher Zeitraum zwischen Anmeldezeitpunkt (ohne Voranmeldung) und Aufnahme in eine (teil)stationäre Pflege und Betreuung bzw. Bereitstellung des gewünschten mobilen Angebots II.F.2 geschlossene Betten (aufgrund von Personalmangel)
			mögliche Erweiterung: II.F.3 implizite Rationierung ⁷ der Pflegetätigkeiten bei Personalmangel – befragungsbasiert, z. B. mittels BERNCA-R-Instrument analog der RN4Cast-Studie (Köppen 2018)
Säule III Personal	A. Arbeitszufriedenheit/Berufsverbleib	Zufriedenheit des Personals und Absicht, den Beruf zu verlassen	III.A.1 Verweildauer im Beruf I III.A.2 Verweildauer im Beruf II (Ausbildungskohorte)
			mögliche Erweiterung: III.A.3 Fragebatterie, die unter anderem folgende Dimensionen abdeckt: Zufriedenheit im Beruf, beabsichtigte Berufsausübung bis zur Pension, arbeitsplatzbezogene Belastungen, Absicht, sich einen neuen Beruf zu suchen, Hauptgründe dafür, sich einen neuen Beruf suchen zu wollen (befragungsbasiert mittels Fragebatterien aus etablierten Instrumenten, z. B. NORDCARE Survey, Arbeitsklima-Index)
	D. Sicherheit und Gesundheit	arbeitsbezogene Gesundheit und Krankheit (Kurzzeit vs. Langzeit); Berufsgruppenvergleich, insbesondere auch im Zeitverlauf	III.D.1 arbeitsbezogene Verletzungen und Erkrankungen in den letzten 12 Monaten (Dienstwege und „normale“ Dienstzeiten) III.D.2 Krankenstandsdauer aufgrund arbeitsbezogener Verletzungen und Erkrankungen in den letzten 12 Monaten inkl. Burnout

Fortsetzung nächste Seite

⁷
Die Konzepte „implizite Rationierung“ und „missed nursing care“ decken beide die gleiche Fragestellung ab, wurden aber im Rahmen der Expertenbewertung unterschiedlichen Themen und Säulen zugeordnet. Im vorliegenden Bericht sind sie gemäß dieser Zuordnung dargestellt. Im Rahmen einer Umsetzung ist zu klären, welcher Zugang verfolgt werden soll. Es wird empfohlen, zeitnah zumindest eine der beiden Messgrößen zur Anwendung zu bringen, auch wenn hierfür noch Vorarbeiten zu leisten sind.

Säule	Thema ⁶	Schwerpunktsetzung/Zielsetzung	Messgrößen
			Fortsetzung mögliche Erweiterung: III.D.3 Tools und Ausstattung, um den Beruf sicher auszuüben III.D.4 Informationen, um den Beruf sicher ausüben zu können III.D.5 Anzahl der Angriffe auf Pflege- und Sozialbetreuungspersonal in den letzten 12 Monaten Anmerkung – befragungsbasierte Umsetzung III.D.3 und III.D.4: » „Ich habe die Ausstattung, um den Beruf sicher ausüben zu können.“ » Mir wird alles, was ich wissen muss, gesagt, um den Beruf sicher ausüben zu können“ » Antworten: Zustimmungsskala

Anmerkung Säule 1: Basisinformationen enthalten bereits
Anzahl Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe und Setting,
Alter, Beschäftigungsausmaß, Zugänge/Abgänge

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 6.2:

Übersicht über die Themen der Priorität 2 mit ausgewählten Messgrößen

Säule	Thema	Fragestellung/Zielsetzung	Messgrößen
Säule I Personalsituation (Struktur)	D. Qualifikation/Erfahrung	Ausbildung und Spezialisierung des vorhandenen Personals Verhältnis von Ausbildungsniveau zu Anforderungen	I.D.1 Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) mit Spezialisierungen
			mögliche Erweiterung I.D.2 Beschäftigungsdauer im Setting I.D.3 Anteil des Personals mit Zusatzausbildungen
Säule II Bevölkerung	A. Durchführen von Assessments	Zeitpunkt und Umfang, konsequente Anwendung Settingbezug (Fokus Gesundheitsbereich)	» derzeit keine Messgröße ausgewählt
			mögliche Erweiterung II.A.1 Schmerzmanagement – Anteil der betreuten/versorgten Personen mit aktueller Schmerzeinschätzung im Langzeitbereich II.A.2 Anteil der Bewohner/-innen, deren Assessment des Sturzrisikos am Tag der Aufnahme stattfand II.A.3 Anteil der Personen mit durchgeführtem umfassendem Hautassessment innerhalb von 8 h nach Aufnahme
	C. Prozessqualität	subjektiv empfundene und objektiv bewertete Prozessqualität (auch hinsichtlich „shared decision making“) personenorientierte Planung und Durchführung	» derzeit keine Messgröße ausgewählt
			mögliche Erweiterung: II.C.1 Einschätzung Prozessqualität aus Nutzersicht (befragungsbasiert. Eine Entwicklung eines geeigneten Instruments ist Voraussetzung (Nachweis eines Zusammenhangs mit der Personalausstattung theoretisch nachvollziehbar, aber nicht vorhanden)
Säule III Personal	D. Turnover/Personalfluktuat	Ausmaß der Personalfluktuat	III.B.1 Personalfluktuat (Turnover, Rate des Personalwechsels in Prozent pro Jahr

Quelle und Darstellung: GÖG

Eine Detailbeschreibung der Messgrößen aus dem Kernset (Prioritäten 1 und 2 ohne mögliche Erweiterung) befindet sich im Anhang 2. Sie kann als Ausgangslage für die weiteren Arbeiten (z. B. im Rahmen der vorgeschlagenen Arbeitsgruppe), Abstimmungen und Berechnungen gesehen werden und wird im Regelfall einer Weiterentwicklung im Zuge der ersten Umsetzung unterliegen. Insbesondere hinsichtlich der angeführten möglichen Datenquellen ist umfassender Klärungsbedarf zu erwarten.

6.3 Erweiterung der Themen und zugehörige Messgrößen

Das Kernset kann um weitere Themen inklusive zugehöriger Messgrößen ergänzt werden. Zentral ist dabei vorab die Zielsetzung zu klären und sind konkret für die Zielsetzung passende Themen und Messgrößen auszuwählen. Für beide Arbeitsschritte können auch die Vorarbeiten aus Kapitel 5, „Inhalte des Pflegereportings“, herangezogen werden.

Die folgende Sammlung von Themen und Messgrößen dient als Ausgangspunkt für die zielgerichtete Anpassung des Reportings, sowohl in der Erarbeitungsphase als auch für Weiterentwicklungen, um je nach Prioritätensetzung der Entscheidungsträger/-innen eine optimierte Ausgestaltung des Reportings erreichen zu können.

Tabelle 6.3:
Weitere Themen und Messgrößen

Säule	Thema	Messgrößen	Erläuterungen
Säule I Personalsituation	F. Anstellungsverhältnisse	» freiberuflich tätige DGKP	
	G. Arbeitsmarktbewegungen	» Fünf-Jahres-Trend der Veränderungen des Personalstands » Rate und Anzahl offener Stellen, die in den letzten 6 Monaten nicht besetzt werden konnten » Anzahl arbeitssuchender Personen in Pflege- und Betreuungsberufen	» Vollzeit und Köpfe » Die Datenqualität bei offenen Stellen und arbeitssuchenden Personen ist wenig zufriedenstellend.
	H. Personalverhältnis zu anderen Berufsgruppen	» Anteil der Berufsgruppe am Gesundheitspersonal	» insbesondere zu MTD und Ärztinnen/Ärzten im Langzeitversorgungsbereich sowie GuKG-Berufen im Verhältnis zu MTD, Hebammen und Ärztinnen/Ärzten im Krankenhausbereich Fortsetzung nächste Seite

Säule	Thema	Messgrößen	Erläuterungen
Fortsetzung			
Säule II Bevölkerung	A. Versorgung entsprechend dem Patientenbedarf	» „missed nursing care“ » Personenzentrierung » Anteil der Bewohner/-innen, die Unterstützung bei der Integration nach Einzug ins Heim erhalten haben	» Anmerkung „missed nursing care“: Ausmaß der vollständig durchgeführten Pflegetätigkeiten entsprechend dem Patienten-/Bewohnerbedarf nach Einschätzung der zuständigen Pflegepersonen – z. B. MissCare-Austria-Befragung Universität Wien » Anmerkung Patientenzentrierung: personenzentrierte Pflege beschäftigt sich mit Fragen nach einer guten Pflegeerfahrung und den daraus resultierenden Outcomes
	D. Pflegequalität „körperlich/klinisch“ inkl. Selbstpflegefähigkeit	» Anzahl „adverse drug events“ » Inzidenz und Prävalenz Dekubitus (inkl. Risikoadjustierung) » Verhältnis Prävalenz der inkontinenzassoziierten Dermatitis / Personen mit Inkontinenz » Anteil der Personen mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust » Anzahl oder Rate der Medikamentenabgabefehler » Personen mit Medikamentenabgabefehlern (Anzahl, Rate pro 1000 Bettentage oder Anteil der Bewohner/-innen) » nosokomiale Infektionen: » Anzahl der Personen mit Harnwegsinfekten » Anzahl der Personen mit krankenhaushausinduzierter Pneumonie » Infektionen nach einer OP oder Behandlung (Anzahl der Patientinnen/Patienten) » Anzahl der Patientinnen/Patienten mit Wundinfektionen nach Einrichtung » Schmerzprävalenz oder Anteil der Bewohner/-innen mit starken Schmerzen » Stürze in der Einrichtung » Stürze mit Verletzung in der Einrichtung » schwerwiegende Sturzfolgen » Anteil der Wiederaufnahmen an den Aufnahmen	» Für die meisten Messgrößen sind unterschiedlichen Herangehensweisen/Berechnungsweisen vorhanden und müssen je nach konkreter Zielsetzung ausgewählt werden. (Häufig Anzahl, Anteil, Anzahl pro 1000 Bettentagen), Messgrößen hinsichtlich Selbstpflegefähigkeit fehlen

Fortsetzung nächste Seite

Säule	Thema	Messgrößen	Erläuterungen
Fortsetzung			
Säule III Personal	E. Belastung/ Entlastung	» Selbstwirksamkeit des Personals » Moral Distress	befragungsbasiert, z. B. Nursing Work Index (Selbst- wirksamkeit) und Moral Dis- tress Scale – deutsche Ver- sion (Kleinknecht-Dolf et al. 2017)

Quelle und Darstellung: GÖG

7 Datenquellen

Nachstehend werden einige wesentliche Datenquellen für ein Pflegereporting sowie ihre Limitationen angeführt und kurz erläutert.

7.1 Gesundheitsberuferegister (GBR)⁸

Das Gesundheitsberuferegister (GBR) enthält Informationen über die Berufsberechtigung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuK-Berufe) sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD).

Im GBR sind gemäß GBRG § 1 Abs. 2 folgende Personen erfasst:

- » Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, und
- » Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste gemäß Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992

Unter diese beiden Berufsgruppen fallen unter anderem Angehörige folgender Berufe:

Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

- » Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
- » Pflegefachassistentin/Pflegefachassistent
- » Pflegeassistentin/Pflegeassistent

Berufsangehörige folgender Berufe sind vom GBRG unter dem Beruf Pflegeassistentin/Pflegeassistent erfasst, sofern sie auch in der Pflegeassistentenz tätig sind:

Sozialbetreuungsberufe (SBB) nach der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG⁹:

- » Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Altenarbeit
- » Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Behindertenarbeit
- » Diplomsozialbetreuerin/Diplomsozialbetreuer Familienarbeit
- » Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Altenarbeit
- » Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer Behindertenarbeit

⁸

siehe Abschnitt 6.1.1

⁹

Siehe Limitationen

Berufsneuzugänge (Abschlüsse, Anerkennungen, Nostrifikationen) und -abgänge

Berufsneuzugänge und -abgänge können aus dem GBR ermittelt werden, wenn man zwischen zwei Stichtagen alle Neuzugänge/Abgänge zählt. Dann ist auch eine Gliederung nach Art des Abschlusses der Berufsneuzugänge möglich. Zusätzlich können Daten zu Absolventinnen und Absolventen von Ausbildungseinrichtungen herangezogen werden, um Neuzugänge betreffende Fragestellungen zu beantworten.

Für das GBR besteht eine Verpflichtung, Änderungen zu melden. Eine Verlängerung der Registrierung ist alle fünf Jahre verpflichtend und findet erstmals 2023 statt. Erst mit der ersten Verlängerung kann eine Aussage dazu gemacht werden, wie aussagekräftig jene Daten sind, die auf einer Änderungsmeldung basieren (z. B. ob eine eingetragene Person noch immer aktiv berufsausübend ist).

Alter und Geschlecht des Pflege- und Betreuungspersonals nach Berufsgruppe, Setting und Region

Abgesehen von den unten angeführten Limitationen, sind Personen im GBR mit Alter nach Jahren und Geschlecht erfasst und auswertbar.

Limitationen

- » Einige Datenfelder sind bei der Registrierung nur optional zu befüllen. Daher kann nicht garantiert werden, dass die im GBR hinterlegten Daten immer umfassend sind.
- » Angehörige der SBB sind nur dann als Pflegeassistentin/Pflegeassistent erfasst, wenn sie auch in der Pflegeassistenz tätig sind. Eine Identifikation als Angehörige(r) der SBB kann nur über die absolvierte Ausbildung erfolgen. Ob Personen, die eine SBB-Ausbildung absolviert haben, auch in der SBB arbeiten, kann aus den Daten nicht geschlossen werden.
- » Registrierte Personen können Mehrfacheinträge haben (z. B. wenn sie mehrere Zusatzausbildungen absolviert haben oder in mehreren Beschäftigungsverhältnissen gleichzeitig stehen). Grundsätzlich werden Personen nur einmal gezählt, trotzdem kann eine Person je nach Fragestellung auch mehrfach in Auswertungen vorkommen (z. B. wenn eine Person zwei Beschäftigungsverhältnisse in verschiedenen BL hat und die Fragestellung eine regionale Auflösung nach zumindest dem BL verlangt, wird diese Person in jedem BL einmal gezählt. Wenn die Fragestellung jedoch eine regionale Auflösung auf Bundesebene impliziert, wird die Person insgesamt nur einmal gezählt).
- » Im GBR sind Personen ohne Angaben zur Anzahl tätiger Stunden bzw. zu VZÄ erfasst. Für Aussagen zu den VZÄ müssen daher weitere Datenquellen wie z. B. die Pflegedienstleistungsstatistik der Statistik Austria, die Krankenanstaltenstatistik des BMSGPK oder BL-spezifische Erhebungen herangezogen werden. Diese Datenquellen enthalten keine Daten zu Pflege- und Sozialbetreuungspersonen, sind nicht auf Personenebene gespeichert, sondern nur in aggregierter Form abrufbar. Ob die in aggregierter Form verknüpfbaren Daten geeignet sind, um der Fragestellung entsprechende Antworten geben zu können, muss je nach Fragestellung evaluiert werden.

7.2 Pflegedienstleistungsstatistik (Statistik Austria)

Gemäß Pflegefondsgesetz § 5 hat die Bundesanstalt Statistik Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Pflegedienstleistungsdatenbank zum Zweck der Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken und von weiterführenden statistischen Auswertungen einzurichten und ab 1. Juli 2012 zu führen.

Die Länder haben die ihr Bundesland betreffenden für die Erstellung der Pflegedienstleistungsstatistiken erforderlichen Daten des Landes, der Gemeinden, ausgegliederter Rechtsträger und sonstiger Institutionen und Unternehmen sowie Vereine, die Pflegedienstleistungen erbringen (Leistungserbringer) jährlich ab dem Berichtsjahr 2011 bis spätestens 30. September des Folgejahres der Pflegedienstleistungsdatenbank über eine von der Bundesanstalt Statistik Österreich hierfür eingerichtete Onlineapplikation auf elektronischem Wege unentgeltlich zu übermitteln (vgl. PFG [2]). Die Länder haben für jeden einzelnen Leistungserbringer, aufgeschlüsselt nach den festgelegten Pflegedienstleistungsangeboten (mobile und stationäre Betreuungs- und Pflegedienste, teilstationäre Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, Case- und Care-Management, alternative Wohnformen sowie mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste), Daten, welche die folgenden Sachverhalte betreffen, zu übermitteln: Anzahl der betreuten Personen, Leistungseinheiten, Kostenarten und Anzahl der Betreuungs- und Pflegepersonen (vgl. PFG [3]).

Derzeit stehen über die Statistik Austria Informationen aus der Pflegedienstleistungsstatistik auf Bundeslandebene für die Jahre 2014 bis 2019 für Betreuungs- und Pflegepersonen (Geschlecht, VZÄ und Köpfe) gemäß dem oben erwähnten Setting zur Verfügung. Betreuungs- und Pflegepersonal wird gemäß der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung als Anzahl der zum Stichtag in der Pflege und Betreuung unselbstständig beschäftigten Personen, freien Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer sowie neuen Selbstständigen definiert.

Die Limitationen der Datenquelle bestehen primär in dem Umstand, dass das Pflege- und Betreuungspersonal ohne Differenzierung der Berufsgruppen erfasst wird, Selbstzahlerinnen/Selbstzahler (als Teil der Klientinnen/Klienten) nur optional erfasst werden und auch Leistungen, die von Klientinnen/Klienten frei finanziert werden, nicht miterfasst sind. Derzeit sind keine Informationen zur Regionszugehörigkeit bis auf das Bundesland veröffentlicht (obwohl die Aggregate pro Leistungserbringer erfasst werden) und Angaben bei einzelnen Angeboten und Bundesländern fehlen oftmals.

7.3 Krankenanstaltenstatistik

Die Träger von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, haben Statistikdaten über ihre Krankenanstalten und deren Kostenstellen, die das beschäftigte Personal (gegliedert nach Gruppen), die medizinisch-technische Ausstattung und weitere Leistungsdaten betreffen, sowie die Sammelkostennachweise der Krankenanstalten und Kostennachweise der

Kostenstellen – gegliedert nach Kostenartengruppen und Kostenarten – und weiters die erforderlichen Daten für einen kalkulatorischen Anhang sowie Daten zum Rechnungsabschluss jährlich zu erfassen (vgl. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011011>, letzter Aufruf 17. 8. 2021).

Die KA-Statistik enthält dabei Strukturkennzahlen der österreichischen Krankenanstalten, insbesondere die Anzahl der Köpfe und der VZÄ des Pflegepersonals, gegliedert nach Krankenanstalt, Personalart, Fachhauptbereich und Geschlecht, sowie die Anzahl der Patientinnen/Patienten, Aufenthalte und Belagstage pro Kostenstelle. Die Zahlen werden dem BMSPGK jährlich im Nachhinein übermittelt.

7.4 Pflegegeldinformation (PFIF) des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Seit 2012 wird vom Dachverband (vormals Hauptverband) der Sozialversicherungsträger eine gemeinsame Datenbank für Bundes- und Landesgeldbeziehende geführt. Daraus können aggregierte Auswertungen pro Berichtsjahr zur Anzahl anspruchsberechtigter Personen, gegliedert nach Altersgruppe, Geschlecht, Pflegegeldstufe, Region und Setting, erstellt werden. Das letztaktuelle Berichtsjahr ist 2020.

7.5 Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (QSPG)

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (QSPG) werden im Auftrag des Sozialministeriums Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher, die in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden, in ganz Österreich kostenlose und freiwillige Hausbesuche durch entsprechend ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) angeboten. Die QSPG ist nunmehr bei der Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) als Kompetenzzentrum für alle drei Pflegegeldentscheidungssträger angesiedelt.

Das Ziel ist hier, durch persönliche Kontaktaufnahme mit den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen die tatsächliche Pflegesituation anhand eines standardisierten Situationsberichts zu erheben und bei Bedarf notwendige Beratungen durchzuführen, um bestmögliche Rahmenbedingungen für die alltägliche Betreuung zu gewährleisten. Ist ein Informationsbedarf im Bereich der Pflege gegeben, schlägt die DGKP vor Ort eine qualifizierte Lösung bzw. einen Lösungsansatz vor, denn nur im persönlichen Gespräch sind der genaue Bedarf und dessen Hintergründe klar erkennbar, wodurch eine schnelle und gezielte Beratung möglich ist. Bei den Hausbesuchen, die derzeit von rund 200 DGKP absolviert werden, steht ausschließlich die Hilfe im Vordergrund und nicht die Überprüfung der Einstufung des Pflegegeldes sowie des rechtlichen Status der betreuenden Person (vgl. <https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816614>, abgerufen am 17. 8. 2021)

7.6 AQ – Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)

Die Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (AQ Austria) wurde 2012 auf der Basis des Hochschul-Qualitätssicherungsgesetzes (HS-QSG) als Qualitätssicherungsagentur für die österreichischen Hochschulen gegründet. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag ist die AQ Austria für den gesamten Hochschulbereich in Österreich zuständig.

Die AQ Austria hat gemäß § 28 Abs. 4 Z 4 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, § 3 Abs. 6 Z 4 Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) und § 11 Abs. 4 Z 4 Hebammengesetz (HebG) der Bundesministerin bzw. dem Bundesminister für Gesundheit einen jährlichen Bericht über den Entwicklungsstand der jeweiligen Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten bzw. der Ausbildungen zur Hebamme im Fachhochschulbereich einschließlich Informationen über die einzelnen Studienbetriebe und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf zu erstatten. Berichtszeitraum ist i. d. R. ein Studienjahr (WS + SS; vgl. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/III/III_00201/imfname_847576.pdf, aufgerufen am 17. 8. 2021).

7.7 Heimaufenthaltsgesetz

Die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, in Behinderteneinrichtungen und ähnlichen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können (in bestimmten Fällen auch in Krankenanstalten) ist in Österreich seit 2005 im Heimaufenthaltsgesetz ausdrücklich geregelt. Seit 1. Juli 2018 findet das Heimaufenthaltsgesetz auch auf Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger Anwendung. Damit wird einerseits das Grundrecht der Bewohner/-innen dieser Einrichtungen auf persönliche Freiheit geschützt, andererseits aber auch eine rechtliche Absicherung für das Personal zur Vornahme notwendiger Maßnahmen geschaffen. Freiheitsbeschränkungen sind nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Auf Antrag der betroffenen Person oder ihrer Vertreterin bzw. ihres Vertreters wird dies vom Gericht überprüft.

Vereine für Bewohnervertreter/-innen sind z. B. *VertretungsNetz*, *Niederösterreichischer Landesverein* oder *Institut für Sozialdienste*. Die Namen und Büroadressen der für die einzelnen Einrichtungen namhaft gemachten Bewohnervertreter/-innen sind in der Ediktsdatei kundgemacht (vgl. <https://www.justiz.gv.at/home/service/patientenanwaltschaft-bewohnerververtretung-und-vereinsvertretung/bewohnerververtretung~b5.de.html>, aufgerufen am 17. 8. 2021)

7.8 Daten der Sozialversicherungsträger

Die Sozialversicherungsträger haben für ihre Versicherten Daten zu Krankenständen, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in sehr guter Qualität und bieten beispielsweise Krankenstandsauswertungen auch für Unternehmen an (Österreichische Gesundheitskasse 2021). Unter welchen Voraussetzungen diese Daten für ein Pflegereporting nutzbar wären ist zu klären, da insbesondere der Datenschutz sowie die Zusammenführbarkeit von Datenquellen (z. B. anhand von Pseudonymen) eine zentrale Rolle spielen.

8 Empfehlungen zur Umsetzung

8.1 Grundlagen und Entscheidungen

Das Konzept stellt eine erste Basis für den Aufbau eines Pflegereportings dar. Es priorisiert, basierend auf umfangreichen Recherchen sowie einer breiten Einbindung von Expertinnen und Experten, Inhalte als Ausgangslage für den Aufbau eines Pflegereportings, soll aber auch als Grundlage für zukünftige Weiterentwicklungen dienen. Der Fokus wurde auf die Grundlagenarbeit gelegt, um eine fundierte Basis für alle Umsetzungsschritte zur Verfügung zu stellen. Damit können ein schrittweiser Aufbau, sich ändernde Prioritätensetzungen und vor allem Lernerfahrungen im Rahmen der Umsetzung berücksichtigt werden. Die erarbeiteten Grundlagen umfassen

- » einen Vorschlag für Ziele und Zielgruppen des Reportings,
- » eine umfassende Literaturrecherche zur Identifikation potenzieller Messgrößen und Umsetzungsmöglichkeiten,
- » eine Expertenpriorisierung der recherchierten Messgrößen mit anschließender Selektion jener Messgrößen, die für die weiteren Arbeiten berücksichtigt wurden,
- » Vorschläge zur Berechnung der Messgrößen auf Basis der aktuell bzw. auch mittelfristig verfügbaren Datenquellen,
- » einen Überblick über aktuell verfügbare relevante Datenquellen inklusive deren Limitationen,
- » eine Ableitung von Themenfeldern für das Reporting anhand der selektierten Messgrößen und eines theoretischen Rahmens nach Oner et al. (2020),
- » eine Priorisierung von Themen für das Reporting durch Expertinnen und Experten aus den Bereichen Praxis, Wissenschaft und Verwaltung,
- » eine Erarbeitung von Schwerpunktsetzungen für die Themen sowie
- » eine Ermittlung von Prioritäten für die Umsetzung (hinsichtlich der Umsetzungsvariante und der Produkte).

Für die tatsächliche Umsetzung des Pflegereportings sind weitere Entscheidungen und Schritte nötig.

Folgende grundlegende Entscheidungen sind aus Sicht des Autorenteams zu treffen:

- » vorrangige Zielsetzung des Reportings
- » gewünschte Inhalte (siehe Inhalte und Messgrößen) des regelmäßigen Reportings und ggf. ergänzende Schwerpunkte oder zyklisch wiederkehrende Schwerpunkte¹⁰
- » Organisationsrahmen und Aufträge für Folgearbeiten

¹⁰

Während sich einige Messgrößen für ein regelmäßiges Reporting eignen, bedürfen andere etwa aufwändiger Erhebungen, die z. B. in einem Fünf-Jahres-Zyklus durchgeführt werden können.

8.2 Empfohlene Umsetzungsschritte

Basierend auf den grundlegenden Entscheidungen schlagen wir folgende Umsetzungsschritte vor:

Grundlagenarbeiten für outcomebezogene Messgrößen, Systemkontext und Interpretationsgrundlagen

Zahlreiche vorgeschlagene Inhalte des Pflegereportings bedürfen spezifischer Systemkenntnis und weiterer Grundlagen. In einem ersten Schritt sollte daher der Systemkontext möglichst übersichtlich und leicht verständlich beschrieben werden.

Ein zentrales Problem, welches sowohl den Aufbau eines aussagekräftigen Pflegereportings (hinsichtlich der zu wählenden Inhalte und deren Aussagekraft) als auch die Bewertung der Aussagekraft ergebnisbezogener Messgrößen betrifft, ist das Fehlen von Grundlagen in drei Bereichen:

- » Für die Interpretation von Messgrößen (auch des Personalbestands) ist häufig der **Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinn einer Pflegebedürftigkeit** zu berücksichtigen. Dessen Definition und Ermittlung bedarf jedoch weiterer Konkretisierungen (Schalek 2020). Das vorliegende Konzept nähert sich beispielsweise über den Pflegegeldbezug, dieser ist aber für z. B. den Akutbereich nicht anwendbar und selbst für den Langzeitpflegebereich als nicht ausreichend anzusehen. Hier bedarf es zumindest einer Arbeitsdefinition sowie einer abgestimmten Herangehensweise für allfällige Zusatzerhebungen; eine umfassende Grundlagenarbeit mit darauffolgendem Abstimmungsprozess und Konsens über die gewählte Vorgehensweise wären wünschenswert.
- » Zudem existiert bis heute keine abgestimmte **Definition von Pflege- und Betreuungsqualität** (Jacobs et al. 2018) – eine für Österreich abgestimmte Arbeitsdefinition wäre eine Grundvoraussetzung für die systematische Auswahl von Outcome-Messgrößen sowie für eine auf der Logik der Definition basierende Auswahl beeinflussender Messgrößen und deren Interpretation.
- » Beide Aspekte hängen unter anderem damit zusammen, dass nicht eindeutig abgegrenzt ist, welches **Leistungsspektrum** durch Pflege und Betreuung abgedeckt werden soll.

Diesen drei Aspekten sollte für zukünftige Arbeiten Priorität eingeräumt werden. Ein österreichweiter Expertenprozess könnte hier abgestimmte Grundlagen schaffen, auf die dann im Rahmen des Reportings Bezug genommen werden kann. Zu berücksichtigen sind hier jedenfalls vorhandene Arbeiten wie das „Working Paper: Pflegebedarf“ von Schalek (2020), die den Status quo und Ansätze zur Lösung aufzeigen.

Darüber hinaus sollte Augenmerk darauf gerichtet werden, dass die für ein Pflegereporting benötigte Datenqualität gewährleistet wird und vorhandene Limitationen bei den Daten nach Möglichkeit abgebaut werden (jedenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Zielsetzungen der Datenquellen und der datenschutzrechtlichen Vorgaben).

Einrichten einer Arbeitsgruppe für das Pflegereporting

Die Umsetzung eines kontinuierlichen Pflegereportings ist komplex, betrifft viele (Wissens-)Bereiche, bedarf unterschiedlichster Datenquellen und der Kooperation vieler Akteure. Um dieser Komplexität Rechnung tragen zu können und die unterschiedlichen Perspektiven und Wissensbereiche ausreichend einbinden zu können, schlagen wir die Einrichtung einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen/Vertretern relevanter Institutionen vor. Die Aufgabe dieser Arbeitsgruppe soll die Implementierungsbegleitung des Pflegereportings (inkl. Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts) und in weiterer Folge auch das Erarbeiten von Adaptierungen/Erweiterungen (sowohl inhaltlicher als auch organisatorischer Natur) sein.

Aufbau einer Datenbank für das Pflegereporting

Basierend auf der Anforderung, dass Informationen zur Pflege flexibel zur Verfügung stehen sollen, um aktuelle Fragestellungen möglichst gut, umfassend und zeitnah bearbeiten zu können, empfehlen wir den Aufbau einer Datenbank für das Pflegereporting.

Zu klären ist unter anderem, wo diese Datenbank organisatorisch verortet werden soll, welche Daten in diese Datenbank eingepflegt werden sollen, wer darauf Zugriff haben soll und wie ein datenschutzkonformer Zugang für die verschiedenen Nutzergruppen (z. B. Wissenschaft und Planung) sichergestellt werden kann.

Hier sind zahlreiche Aspekte (z. B. gesetzliche Verankerung, eigentumsrechtliche Klärung, Datenschutz, technische Abklärung, die Frage, welche Informationen veröffentlicht werden sollen und welche Informationen ausschließlich für Planung und Steuerung benötigt werden) zu berücksichtigen. Wir schlagen daher vor, unter Hinzunahme der oben vorgeschlagenen Arbeitsgruppe ein fundiertes Umsetzungskonzept (inkl. IT-Pflichtenheft für die Programmierung) mit allen nötigen Abstimmungen und die darauffolgende konkrete Umsetzung zu erarbeiten. Dabei sollten auch mögliche Synergieeffekte in Bezug auf bestehenden Datenbanken ausgelotet werden. Für die Koordination dieser Arbeiten könnte zudem eine Steuerungsgruppe mit relevanten Entscheidungsträger/-innen sinnvoll sein.

Zu bedenken ist ferner, ob in Zukunft weitere Berufsgruppen und Settings (wie z. B. die 24-Stunden-Betreuung, MTD-Berufe, Primärversorgungseinheiten) in dieses Reportingsystem eingebunden werden sollen oder nicht.

Einrichten einer Arbeitsgruppe mit Ländern – Aufbau eines Ausbildungsreportingsystems

Nicht alle auf Bundesebene verfügbaren Daten stehen ausreichend zeitnah zur Verfügung, um Fragestellungen für die laufenden Aufgaben und Tätigkeiten des Ministeriums zeitnah genug und auf aktuellen fundierten Grundlagen beantworten zu können. Daher wird vorgeschlagen, zunächst ein Reportingsystem für Bildungsdaten (z. B. Ausbildungsplätze, Absolventinnen/Absolventen, Bewerber/-innen) der Pflegeausbildungen gemeinsam mit den Ländern sowie der Statistik Austria

zu erarbeiten und dieses zu befüllen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, dass dieses Ausbildungsreporting mit dem Pflegereporting kompatibel ist.

Festlegung der gewünschten Produkte

Abgesehen von einem jährlichen schriftlichen Bericht, können grundsätzlich verschiedene Produkte für unterschiedliche Zielgruppen erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden. Diese können beispielsweise Infografiken, Datenzugänge (z. B. in Form eines Data-Cubes oder auswertbarer datenschutzkonformer elektronischer Tabellensammlungen) oder interaktive Onlinegrafiken umfassen. Welche Produkte für wen erarbeitet werden sollen, ist zu definieren, und diese Produkte sind im Rahmen der Beauftragung zu berücksichtigen. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die erforderlichen Daten für die Erstellung der Produkte zur Verfügung stehen.

Schrittweiser Aufbau

Da in den Aufbau einer flexibel nutzbaren Datenbank idealerweise bereits Erfahrungen aus den ersten Umsetzungsschritten des Pflegereportings einfließen, empfehlen wir ergänzend zu den vorab beschriebenen nötigen Grundlagenarbeiten folgende Vorgehensweise:

Schritt 1: Berechnung erster Messgrößen und Darstellung im Rahmen eines Factsheets. Dieses sollte eine möglichst breite Verwendung finden, um für die weiteren Umsetzungsschritte erste Erfahrungen hinsichtlich der Berechnung der Messgrößen, der Datenzusammenführungen, der Nützlichkeit dieser Messgrößen sowie weiterer Bedarfslagen sammeln zu können. Folgende Basisinformationen und Messgrößen (inkl. der Limitierungen) aus den priorisierten Themen bieten sich aus derzeitiger Sicht für dieses Factsheet an, wenngleich benötigte Daten häufig nur für einzelne Berufsgruppen vorliegen und die Zusammenführbarkeit der Daten zu klären ist:

- » B1 Anzahl der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (Köpfe)
- » B2 Anzahl der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (VZÄ)
- » B5 Alter und Geschlecht des Pflege- und Betreuungspersonals
- » I.A.1 Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl
- » I.A.2 Personal in der LZP und Betreuung pro 100 Personen 75+
- » I.A.3 Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung
- » I.C.1 Berufsgruppenzusammensetzung nach Versorgungsbereich/Setting
- » I.C.2 Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) an allen Pflegekräften (GuK Berufe)
- » I.D.1 Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) mit Spezialisierungen
- » I.E.1. jährliche Anzahl von Absolventinnen/Absolventen von Ausbildungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen pro 1.000 EW
- » II.E.1 freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM), Setting Alten- und Pflegeheime
- » II.E.2 freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM), Setting Krankenanstalten
- » II.E.3 Lebensqualität pflegebedürftiger Personen, Setting mobile Betreuung / zu Hause
- » II.E.4 Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung (Krankenhaus)

Anmerkung: Die Datengrundlagen dieser Messgrößen sind teilweise nicht aktuell verfügbar, sondern stammen aus Erhebungen, die bereits einige Jahre zurückliegen. Wenn die oben beschriebenen Grundlagenarbeiten vorliegen, ist ggf. eine Adaptierung der Inhalte sinnvoll.

Schritt 2: Etablieren weiterer Produkte, die noch keiner Datenbank bedürfen, um auch hier in Bezug auf die Nützlichkeit der Messgrößenberechnung, auf Limitationen, weitere Bedarfslagen, Problematiken und Entwicklungspotenziale lernen zu können.

Schritt 3: Aufbau des Ausbildungsreportings, um zeitnah vergleichbare und qualitätsgesicherte Daten zu diesem zentralen Themenfeld erarbeiten zu können.

Schritt 4: Planung und Aufbau der Pflegereportingdatenbank unter Berücksichtigung des vorliegenden Konzepts, der Ergebnisse der Arbeitsgruppe, der Erfahrungen aus den ersten Umsetzungsschritten und der benötigten Produkte inklusive beabsichtigter Veröffentlichungskanäle (z. B. Website mit interaktiven Grafiken versus Bericht). Dieser Umsetzungsschritt bedarf einer mittelfristigen Perspektive.

Möglicher Zeitrahmen für die vorgeschlagenen Schritte:

2021:

- » prototypische Berechnung einiger Basisinformationen und Messgrößen sowie Darstellung in einem Factsheet

2022:

- » Erarbeiten der beschriebenen Grundlagen (Pflegebedarf im Sinn von Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit, Arbeitsdefinition Pflege- und Betreuungsqualität, Leistungsspektrum Pflege und Betreuung)
- » Einrichtung der Arbeitsgruppen (Ausbildungsreporting und Pflegereporting) und Aufnahme der Arbeit
- » Erweiterung des Factsheets inklusive Erarbeitung von Lösungen zur Behebung von Datenengpässen und -limitationen
- » Erarbeitung weiterer Produkte (Konzeption der Ausgestaltung und Umsetzung soweit möglich)
- » Einholen von Feedback und Lessons learned
- » Start der Umsetzungsarbeiten zum Ausbildungsreporting

2023:

- » Umsetzungskonzept Pflegereportingdatenbanklösung (inkl. des weiteren Zeitplans)

9 Diskussion

Das vorliegende Konzept stellt eine Grundlagenarbeit für den Aufbau eines Pflegereportings mit den drei Säulen **Personalsituation** (insbesondere Personalbestand inkl. Ausbildung), **Auswirkungen der Personalsituation auf die Bevölkerung** und **Auswirkungen auf das Personal selbst** dar, erarbeitet und priorisiert mögliche Inhalte und Messgrößen, beschreibt diese sowie mögliche Datenquellen zur Berechnung der Messgrößen näher und gibt Empfehlungen zur Umsetzung.

Den Ausgangspunkt der Arbeiten stellt eine umfassende Literaturrecherche dar. Trotz aller Bemühungen erhebt das Konzept keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auffällig ist, dass der Bereich der Behindertenbetreuung in der Literatur stark unterrepräsentiert ist und Literatur zum Krankenanstaltenbereich überwiegt. Das spiegelt sich auch in den identifizierten Messgrößen und Themen wider, die, insgesamt auf Basis der Literatur betrachtet, trotz gezielter Ergänzungen einen Hang zu krankenanstaltenbezogenen Messgrößen aufweisen. Wissenschaftliche Tätigkeit zur Langzeitpflege würde einen stärkeren Fokus auf den mobilen Bereich, der in der Literatur zu wenig berücksichtigt wird, brauchen. Im Themenblock „Pflegequalität klinisch/körperlich“ konnten die Recherchen keine pflegesensitiven Messgrößen hinsichtlich Selbstpflegestatus und kaum psychosoziale Themen identifizieren. Um diese Bereiche, die auch im GUKG § 14 einen wesentlichen Aufgabenbereich der Krankenpflege darstellen, abbilden zu können, bedarf es der Erarbeitung, Testung und Implementierung geeigneter Messgrößen.

Die Bewertung der Messgrößen erfolgte in einem einstufigen Verfahren durch unabhängige Expertinnen und Experten, daher konnten von diesen Expertinnen/Experten im Zuge der Bewertung neu eingebrachte Messgrößenvorschläge zwar im Rahmen der Onlinediskussion besprochen, aber nicht derselben Bewertung wie vorab recherchierte Messgrößen unterzogen werden.

Wenngleich in der Recherche ein Fokus auf pflegesensitive Messgrößen gerichtet wurde (also solche, die einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Pflegepersonal(struktur) und Outcomes aufweisen), fehlt bei den Messgrößen in einigen Settings der Nachweis von Pflegesensitivität. Besonders für die Bereiche der mobilen Langzeitpflege und -betreuung sowie der Behindertenbetreuung gibt es kaum Messgrößen, bei denen Pflegesensitivität nachgewiesen ist. Es bedarf hier weiterer wissenschaftlicher Arbeit, um auch für die mobile Langzeitpflege und -betreuung sowie den Behindertenbetreuungsbereich auf Outcome-Messgrößen mit nachweislichem Personalbezug zurückgreifen zu können. Es wird daher als sinnvoll erachtet, bislang identifizierte Messgrößen nach Möglichkeit für alle eingeschlossenen Settings zu erheben und ihren Zusammenhang mit der Personalsituation in jenen Bereichen zu evaluieren, für die bislang kein Nachweis für diesen Zusammenhang vorhanden ist.

Ein grundlegendes Problem für die Säulen 2 (Einfluss der Personalsituation auf die Bevölkerung) und 3 (Einfluss der Personalsituation auf das Personal selbst), aber auch für die Interpretation der Ergebnisse der Messgrößen aus Säule 1 (Personalsituation) stellt das Fehlen eines abgestimmten Verständnisses von Pflege- und Betreuungsqualität dar. Nur wenn das Ziel hinsichtlich Qualität (basierend auf einer abgestimmten Definition) klar ist, kann ermittelt werden, welche Strukturen und Prozesse dafür näher betrachtet werden müssen und welche Outcome-Messgrößen besonders

relevant für die Messung sind. Ein Pflegereporting, welches sowohl den Personalbestand als auch damit erzielbare Outcomes darstellt, benötigt für eine fundierte Interpretation der gemessenen Werte eine solche abgestimmte Pflegequalitätsdefinition und damit auch eine theoretische Grundlage für die Begründung der Zusammenhänge. Wir haben hierfür bislang einen theoretischen Rahmen von Oner et al. (2020) genutzt, welcher sich am Modell von Donabedian (1980) orientiert. Dieses geht von einem (linearen) Zusammenhang zwischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen aus, der in der Pflege so allerdings häufig nicht gegeben ist (Hasseler 2019). Um die Aussagekraft eines Pflegereportings zu erhöhen, sind die Erarbeitung eines abgestimmten Verständnisses von Pflege- und Betreuungsqualität und im Anschluss daran die Auswahl der Themen und Messgrößen anhand der aus der Definition ableitbaren systemischen und die Pflegequalität beeinflussenden Zusammenhänge und Faktoren sinnvoll (vgl. Hasseler 2014; Hasseler 2019).

Quellen/Literatur

- Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (2019): Jährlicher Bericht an die Bundesministerin für Gesundheit. Über den Stand der Entwicklungen betreffend Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten und Ausbildungen zur Hebamme im Fachhochschulbereich im abgelaufenen Kalenderjahr einschließlich Informationen über die einzelnen Studienbetriebe und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf. AQ Austria. Unveröffentlicht
- Backhaus, Ramona; van Rossum, Erik; Verbeek, Hilde; Halfens, Ruud; Tan, Frans; Capezuti, E.; Hamers, Jan (2016): Quantity of staff and quality of care in dutch nursing Homes: A cross-sectional study. In: The Journal of Nursing Home Research Sciences 2/:90-90 – 93
- Backhaus, Ramona; Verbeek, Hilde; van Rossum, Erik; Capezuti, Elizabeth; Hamers, Jan P. H. (2014): Nurse Staffing Impact on Quality of Care in Nursing Homes: A Systematic Review of Longitudinal Studies. In: Journal of the American Medical Directors Association 15/6:383-393
- Bartholomeyczik, S.; Reuther, S.; Luft, L.; van Nie, N.; Meijers, J.; Schols, J.; Halfens, R. (2010): [Prevalence of malnutrition, interventions and quality indicators in German nursing homes – first results of a nationwide pilot study]. In: Gesundheitswesen 72/12:868-874
- BMG (2016): Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2017): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMSGPK (2020a): Outcome-Messung: Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstationen). Factsheet & Methodische Übersicht. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2020b): Outcome-Messung: Langzeitpflege und -betreuung (LTC). Factsheet & Methodische Übersicht. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Butler, M.; Schultz, T. J.; Halligan, P.; Sheridan, A.; Kinsman, L.; Rotter, T.; Beaumier, J.; Kelly, R. G.; Drennan, J. (2019): Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. In: Cochrane Database Syst Rev 4/4:Cd007019
- Canadian Institute for Health Information (2020): Nursing in Canada 2019. A Lens on Supply and Workforce. CIHI, Ottawa
- Concil, Nursing and Midwifery (2021): The NMC register. 1 April 2020 – 31 March 2021. Nursing and Midwifery Council, London

- Dinges, Stefan (2017): Ethikberatung als Prävention von moralischem Stress im Bereich von Pflege- und Gesundheitsberufen. In: *Moralischer Stress in der Pflege*. Hg. v. Eisele, Colombine. Facultas, Wien. S. 76–S. 90
- Donabedian, Avedis (1980): *The definition of quality and approaches to its assessment*. Exploration in quality assessment and monitoring. Bd. 1. Health Administration Press, Chicago
- Hasseler, Martina (2014): Heraus- und Anforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege. In: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 83/4:67–85
- Hasseler, Martina (2019): Kritische Diskussion zur bisherigen Qualitätsdebatte in der Langzeitpflege – ein Plädoyer für eine systemische und auf empirischen Erkenntnissen beruhende Betrachtung der Entwicklung und Messung von Qualität in der Langzeitpflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52/5:468–476
- Health and Social Care Information Centre (2021): *NWRS User Guidance. Data entry module guidance – practices and PCNs*
- Heeren, Pieter; Van de Water, Geert; De Paepe, Leen; Boonen, Steven; Vleugels, Arthur; Milisen, Koen (2014): Staffing Levels and the Use of Physical Restraints in Nursing Homes. In: *J Gerontol Nurs* 40/12:48–54
- Holzweber, Leonie; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Juraszovich, Brigitte; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rappold, Elisabeth; Wallner, Alexander (2021): *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2020*. Gesundheit Österreich, Wien
- Hyang Yuol, Lee; Blegen, Mary A.; Harrington, Charlene (2014): The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model. In: *International Journal of Nursing Studies* 51/3:409–417
- Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel (2018): *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln
- Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2018): *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Springer Open, Berlin
- Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2019): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, Springer
- Kleinknecht-Dolf, Michael; Spichiger, Elisabeth; Müller, Marianne; Bartholomeyczik, Sabine; Spirig, Rebecca (2017): Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses—A mixed methods study. In: *Nursing Open*:251–266
- Köppen, Julia (2018): *Implizite Rationierung notwendiger Pflegeleistungen – Einflussfaktoren und Lösungsansätze*. RECOM Jahrestagung. Berlin

- Krajic, Karl; Nowak, Peter; Rappold, Elisabeth (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien
- Krajic, Karl; Vyslouzil, Monika; Nowak, Peter (2003): Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien
- Kumpunen, Stephanie; Trigg, Lisa; Rodrigues, Ricardo (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. . Hg. v. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen
- Lin, Haizhen (2014): Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: an instrumental variables approach. In: Journal of Health Economics 37/:13–24
- Lohrmann, Christa; Eglseer, Doris; Hödl, Manuela (2018): Pflegequalitätserhebung 2.0. Medizinische Universität Graz. Institut für Pflegewissenschaft, Graz
- Merçay, C.; Burla, L.; Widmer, M. (2016): Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Myers, Helen; Pugh, Judith D.; Twigg, Diane E. (2018): Identifying nurse-sensitive indicators for stand-alone high acuity areas: A systematic review. In: Collegian 25/4:447–456
- NCNZ (2020): The New Zealand Nursing Workforce. A profile of Nurse Practitioners, Registered Nurses and Enrolled Nurses 2018 – 2019. The Nursing Council of New Zealand, Wellington
- Nursing Council of New Zealand (2020): The Nursing Cohort Report. Te Kaunihera Tapuhi o Aotearoa | Nursing Council of New Zealand,, Wellington
- OECD (2019): Health at a Glance 2019. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris
- Oner, Beratiye; Zengul, Ferhat D.; Oner, Nurettin; Ivankova, Nataliya V.; Karadag, Ayise; Patrician, Patricia A. (2020): Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). In: Nursing Open 8/3:1005–1022
- Österreichische Gesundheitskasse (2021): Krankenstandsauswertungen [Online]. Österreichische Gesundheitskasse.
https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.817813&portal=oegkn_portal [Zugriff am 19. August 2021]
- Priestley, Mark; Grammenos, Stefanos; Zwamborn, Marcel; Groenendijk, Ivette (2018): From institutions to community living: Development of statistical outcome indicators. Human European Consultancy

- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2018): Prognose des Pflegepersonalbedarfs – Ist Österreich auf den steigenden Bedarf vorbereitet? IHM Kongress, Wien, 4.–6.6.2018, Power Point
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal–Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Zach, Monika; Gruböck, Anna; Wallner, Alexander (2020): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Ravenswood, Katherine; Douglas, Julie (2016): THE NEW ZEALAND AGED CARE WORKFORCE SURVEY 2016
- Royal College of Nursing (2010): Guidance on safe nurse staffing levels in the UK
- Schalek, Kurt (2020): Working Paper Pflegebedarf. Arbeiterkammer Wien. Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik, Wien
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2020): Indikatoren Pflegepersonal und Langzeitpflege [Online]. OBSAN. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren> [Zugriff am 11.5.2021]
- Shin, Sujin; Park, Jin–Hwa; Bae, Sung–Heui (2018): Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta–analysis. In: Nursing Outlook 66/3:273–282
- Sim, J.; Joyce–McCoach, J.; Gordon, R.; Kobel, C. (2019): Development of a data registry to evaluate the quality and safety of nursing practice. In: J Adv Nurs 75/9:1877–1888
- Sim, Jenny; Crookes, Patrick; Walsh, Kenneth; Halcomb, Elizabeth (2018): Measuring the outcomes of nursing practice: A Delphi study. In: Journal of Clinical Nursing 27/1–2:e368–e378
- Smiley, Richard A.; Ruttinger, Clark; Oliveira, Carrie M.; Hudson, Laura R.; Allgeyer, Richard; Reneau, Kyrani A.; Silvestre, Josephine H.; Alexander, Maryann (2021): The 2020 National Nursing Workforce Survey. In: Journal of Nursing Regulation 12/1:S1–S96
- Spilsbury, Karen; Hewitt, Catherine; Stirk, Lisa; Bowman, Clive (2011): The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. In: International Journal of Nursing Studies 48/6:732–750
- Stalpers, Dewi; de Brouwer, Brigitte J. M.; Kaljouw, Marian J.; Schuurmans, Marieke J. (2015): Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse–sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. In: International Journal of Nursing Studies 52/4:817–835
- Statistik Austria (2021): Betreuungs– und Pflegedienste [Online]. Statistik Austria. Wien [Zugriff am 27.5.2021]

- Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte; Breyer, Elisabeth (2013): Pflege-Ergebnisqualität. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Trinkoff, Alison M.; Han, Kihye; Storr, Carla L.; Lerner, Nancy; Johantgen, Meg; Gartrell, Kyungsook (2013): Turnover, Staffing, Skill Mix, and Resident Outcomes in a National Sample of US Nursing Homes. In: Journal of Nursing Administration 43/12:630-636
- Trukeschitz, Birgit; Hajji, Assma; Kieninger, Judith; Malley, Juliette; Linnosmaa, Ismo; Forder, Julien (2021): Investigating factors influencing quality-of-life effects of home care services in Austria, England and Finland: A comparative analysis. In: Journal of European Social Policy:0958928720974189
- UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik (2017): Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP), Bremen
- Whitehead, Lisa; Ghosh, Manonita; Walker, Deborah Kirk; Bloxsome, Dianne; Vafeas, Caroline; Wilkinson, Anne (2019): The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: A systematic review. In: International Journal of Nursing Studies 93/:1-11
- Whitehead, Noeline; Parsons, Matthew; Dixon, Robyn; Robinson, Elizabeth (2015): QUALITY AND STAFFING: IS THERE A RELATIONSHIP IN RESIDENTIAL AGED CARE? In: Kai Tiaki Nursing Research 6/1:28-35
- Wingenfeld, Klaus; Stegbauer, C.; Willms, G.; Voigt, C.; Woitzik, R. (2018): Zusammenfassung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; Im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege, Bielefeld/Göttingen
- World Health Organization (2017): National health workforce accounts: a handbook. World Health Organization, Genf
- World Health Organization (2021): State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership, Genf
- Zander, Britta; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: Gesundheitswesen 76:727-734

Anhänge

Anhang 1: Quellen, die für die Identifikation potenzieller Messgrößen gesichtet wurden

Anhang 2: Detailbeschreibung der Messgrößen

Anhang 1

Quellen, die für die Identifikation potenzieller Messgrößen gesichtet wurden

Übersicht über die eingeschlossenen Studien zur Identifikation potenzieller Messgrößen

Autor/-in und Jahr	Titel	Bereich
Backhaus et al. (2014)	Nurse Staffing Impact on Quality of Care in Nursing Homes: A Systematic Review of Longitudinal Studies	stationäre Langzeitpflege
Backhaus et al. (2016)	Quantity of staff and quality of care in dutch nursing homes: a cross-sectional study	stationäre Langzeitpflege
Bartholomeyczik et al. (2010)	Prevalence of malnutrition, interventions and quality indicators in German nursing homes – first results of a nationwide pilot study	stationäre Langzeitpflege
Butler et al. (2019)	Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes	akutstationär
Heeren et al. (2014)	Staffing Levels and the Use of Physical Restraints in Nursing Homes	stationäre Langzeitpflege
Hyang Yuol et al. (2014)	The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model	stationäre Langzeitpflege
Lin (2014)	Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: an instrumental variables approach	stationäre Langzeitpflege
Myers et al. (2018)	Identifying nurse-sensitive indicators for stand-alone high acuity areas: A systematic review	akutstationär
Oner et al. (2020)	Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017)	akutstationär
Priestley et al. (2018)	From institutions to community living: Development of statistical outcome indicators	Behinderung / Leben mit Einschränkung (auch durch Krankheit)
Shin et al. (2018)	Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis	akutstationär
Sim et al. (2019)	Development of a data registry to evaluate the quality and safety of nursing practice	akutstationär
Spilsbury et al. (2011)	The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review	stationäre Langzeitpflege
Stalpers et al. (2015)	Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature	akutstationär
Trinkoff et al. (2013)	Turnover, Staffing, Skill Mix, and Resident Outcomes in a National Sample of US Nursing Homes	stationäre Langzeitpflege
Trukeschitz et al. (2021)	Investigating factors influencing quality-of-life effects of home care services in Austria, England and Finland: A comparative analysis	mobile Langzeitpflege
Whitehead et al. (2015)	Quality and staffing: is there a relationship in residential aged care?	stationäre Langzeitpflege
Whitehead et al. (2019)	The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: A systematic review	settingübergreifend, Spezialisierungen
Zander et al. (2014)	Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast	akutstationär

Quelle und Darstellung: GÖG

Übersicht über eingeschlossene Berichte

Autor/-in und Jahr	Titel	Bereich
Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria (2019)	Jährlicher Bericht an die Bundesministerin für Gesundheit. Über den Stand der Entwicklungen betreffend Ausbildungen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten und Ausbildungen zur Hebamme im Fachhochschulbereich im abgelaufenen Kalenderjahr einschließlich Informationen über die einzelnen Studienbetriebe und den kurz-, mittel- und längerfristigen Bedarf	Ausbildung
BMGF (2017)	Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten	akutstationär
BMSGPK (2020a)	Outcome-Messung: Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstationen). Factsheet & methodische Übersicht	Hospiz- und Palliativversorgung
BMSGPK (2020b)	Outcome-Messung: Langzeitpflege und -betreuung (LTC). Factsheet & methodische Übersicht	Langzeitpflege und -betreuung
Kumpunen et al. (2014)	Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice	settingübergreifend
Rappold/Juraszovich (2018)	Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich	settingübergreifend
Royal College of Nursing (2010)	Guidance on safe nurse staffing levels in the UK	settingübergreifend
Statistik Austria (2021)	Betreuungs- und Pflegedienste	Langzeitpflege- und Betreuung
Stewig et al. (2013)	Pflege-Ergebnisqualität	settingübergreifend
UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik (2017)	Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)	stationäre Langzeitpflege
Wingenfeld et al. (2018) <u>ENREF_46</u>	Zusammenfassung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege	stationäre Langzeitpflege

Quelle und Darstellung: GÖG

Anhang 2

Detailbeschreibung der Messgrößen

Tabellen

Tabelle 1:	Kennzahlenübersicht.....	3
Tabelle 2:	Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl	9
Tabelle 3:	Personal in der Langzeitpflege und -betreuung pro 100 Personen 75+	10
Tabelle 4:	Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung	11
Tabelle 5:	Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) an allen Pflegekräften (GuK Berufe).....	12
Tabelle 6:	Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) mit Spezialisierungen	12
Tabelle 7:	Jährliche Anzahl der Absolventinnen/Absolventen von Ausbildungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen pro 1.000 EW	13
Tabelle 8:	Verhältnis von Ausbildungsanfängerinnen/-anfängern zu verfügbaren Ausbildungsplätzen	13
Tabelle 9:	Drop-out-Rate	14
Tabelle 10:	Abbruchrate.....	14
Tabelle 11:	Erfolgsquote/Abschlussrate	15
Tabelle 12:	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Setting Alten- und Pflegeheime	16
Tabelle 13:	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Setting Krankenanstalten	17
Tabelle 14:	Lebensqualität pflegebedürftiger Personen im Setting mobile Betreuung / zu Hause	17
Tabelle 15:	Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung im Setting Krankenhaus	18
Tabelle 16:	Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung im Setting Primärversorgungseinheit	18
Tabelle 17:	Durchschnittlicher Zeitraum zwischen Anmeldezeitpunkt (ohne Voranmeldung) und Aufnahme in eine (teil)stationäre Pflege- und Betreuung bzw. Bereitstellung des gewünschten mobilen Angebots	19
Tabelle 18:	Verweildauer im Beruf I	20
Tabelle 19:	Verweildauer im Beruf II (Ausbildungskohorten).....	21
Tabelle 20:	Personalfluktuaton	21

Hinweise

Zu beachten ist, dass die Beschreibung der Messgrößen in der Literatur uneinheitlich ist und es daher weiterer Standardisierungen bedarf. Anhand der Literatur sind pflegesensitive Messgrößen daher nur bedingt vergleichbar. (Myers et al. 2018; Oner et al. 2020)

Die folgenden Seiten enthalten eine erste Detailbeschreibung der Basisinformationen und Messgrößen des Kernsets, die als Ausgangslage für weitere Arbeiten und insbesondere für die Weiterentwicklung und Verfeinerung im Rahmen der ersten Umsetzungsschritte dient. Sie ist daher als erste Diskussionsgrundlage zu verstehen. Eine endgültige Beschreibung der Messgrößen und ihrer Berechnung für ein österreichisches Pflegereporting ist daher erst im Zuge der Umsetzungsarbeiten sinnvoll möglich. Die gelisteten möglichen Datenquellen bedürfen häufig weiterer Abklärung, da sowohl die Nutzung im Rahmen des Reportings, Datenschutz, Zusammenführbarkeit und auch Verfügbarkeit in der benötigten Ausprägung (inkl. Limitationen) im konkreten Fall zu klären sind.

Eine Übersicht über alle Messgrößen, ihre thematische Verortung und die damit verbundene Schwerpunktsetzung ist im Kapitel Messgrößen dargestellt. In der folgenden Tabelle, „Kennzahlenübersicht“, (inkl. Basisinformationen) sind Messgrößen dargestellt, die entweder als reine Kennzahlen (zum Beispiel „Anzahl Pflege- und Sozialbetreuungspersonen“) ins Reporting aufgenommen werden können (siehe Kapitel „Messgrößen – Basisinformationen und Kernset“ im Bericht, in der Tabelle grau hinterlegt) oder als Grundlage für die Berechnung sogenannter Verhältniszahlen wie zum Beispiel „Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl“ dienen. Jene Messgrößen, die z. B. eine Verhältniszahl darstellen und daher einer näheren Spezifikation bedürfen, sind im Anschluss, gegliedert nach Säulen und Themen, beschrieben.

Kennzahlenübersicht

Tabelle 1:
Kennzahlenübersicht

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
B1 Anzahl Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (Köpfe)	Summe der in einem Pflegeberuf arbeitenden Personen. z. B. pro Jahr, pro Region, pro Setting, pro Beruf etc. oder Kombinationen von Aggregationen	GBR	siehe Kapitel „Datenquellen“	ja
B2 Anzahl Pflege- und Sozialbetreuungspersonen nach Berufsgruppe, Setting und Region (VZÄ)	Summe der Vollzeitstellen der in einem Pflegeberuf arbeitenden Personen z. B. pro Jahr, pro Region, pro Setting, pro Beruf etc. oder Kombinationen von Aggregationen	Pflegedienstleistungsstatistik, KA-Statistik	siehe Kapitel „Datenquellen“; Aggregationsebenen können je nach Setting variieren	ja
B3 Anzahl Berufsneuzugänge	Summe der Personen, die in einem definierten Zeitraum den Pflegeberuf neu ergreifen üblicherweise pro Jahr; differenzierbar nach Setting, Region, Beruf (oder Kombinationen davon)	GBR	siehe Kapitel Datenquellen	ja
B4 Anzahl Berufsabgänge	Summe der Personen, die in einem definierten Zeitraum den Pflegeberuf aufgegeben haben üblicherweise pro Jahr; differenzierbar nach Setting, Region, Beruf (oder Kombinationen davon)	eine noch durchzuführende Erhebung, ev. über ein gesetzlich vorgeschriebenes Meldesystem (z. B. bei den Trägern)	je nach Datenherkunft – z. B. statistische Unsicherheit bei Stichprobenerhebungen	Ja Fortsetzung nächste Seite

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
Fortsetzung B5 Alter und Geschlecht des Pflege- und Betreuungspersonals	Alter und Geschlecht der arbeitenden Pflegekräfte aggregiert nach Altersgruppen (u. U. Alter in Jahren) und Geschlecht	GBR	siehe Kapitel Datenquellen	ja
B6 Pflege- und Betreuungsbedarf nach Setting und Region	Maßzahl für die benötigte Menge an Pflege und Betreuung z. B. Anzahl Pflegegeldbezieher:innen, Anzahl Betreuungsplätze, Anzahl Pflgetage in Akut-KA, etc. variabel: z. B. pro Region, Setting, Beruf, Einrichtung	Pflegedienstleistungsstatistik, KA-Statistik etc.	siehe Kapitel Datenquellen	ja
B7 Beschäftigungsausmaß nach Berufsgruppe, Setting und Region	Summe der voll-/teilzeitbeschäftigten Personen z. B. nach Setting, Region, Jahr	Derzeit nicht vorhanden. Vorstellbar wäre eine jährliche Berichtspflicht der Träger (analog den Erhebungsdaten für BL-Prognosen).	je nach Datenherkunft – bei Meldung der VZÄ wären u. U. verschiedene Berechnungsgrößen für ein VZÄ je nach BL (oder Träger) zu berücksichtigen	ja
B8 Ausbildungslandschaft: Anzahl der Ausbildungsplätze nach Ausbildungsart (Ausbildungsform/-Institutionsart und Beruf wie z. B. Ausbildung für DGKP, Heimhilfe), Finanzierung	Ausbildungsplätze nach Ausbildungsart, differenziert in geeignete und aktiv geführte (besetzte) Auswertung nach Schul-/Studienjahr Finanzierung des Platzes (Förderungen) und der Einrichtung	Erhebung in den Einrichtungen/Ländern		ja
I.C.1 Berufsgruppenzusammensetzung nach Versorgungsbereich/Setting	Verteilung der Pflege- und Betreuungspersonen auf die Berufsgruppen pro Jahr und nach Setting (z. B. Akutversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege und -betreuung), Region, Beruf (oder Kombinationen davon)	Gesundheitsberuferegister (entsprechend den erfassten Berufsgruppen); Langzeitpflege und -betreuung: Pflegedienstleistungsstatistik	Das GBR unterscheidet z. B. nicht zwischen Kur- und Rehabilitationseinrichtung, stationäre Pflege und Tagespflegeeinrichtung.	ja Fortsetzung nächste Seite

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
Fortsetzung II.F.2 geschlossene Betten	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der Betten, die aufgrund von Pflege- und Betreuungspersonalmangel nicht belegt werden können. pro Kalenderjahr, Setting und Region	Datenquelle derzeit nicht vorhanden. Sowohl für den Akut- als auch für den Langzeitbereich liegen diese Zahlen bei den jeweiligen Trägern/Einrichtungen vor. Im akutstationären Bereich kann man über die Auslastung von Abteilungen näherungsweise Vermutungen über Schließungen anstellen, allerdings nicht den Grund dafür eruieren.	Für eine Interpretation werden die Vorgaben auf Bundesländerebene benötigt.	ja
III.A.1 Anzahl Arbeitsunfälle pro 12 Monate (nach Möglichkeit nach Berufsgruppe, Setting und Region)	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der arbeitsbezogenen Verletzungen (Arbeitsunfälle) der eingeschlossenen Berufsgruppen in einem Zeitraum von 12 Monaten, getrennt nach Dienstweg und Dienstzeit.	AUVA ggf. GBR zur Identifikation der Berufsangehörigen (pseudonymisiert)	Datenschutz und Zusammenführbarkeit von Daten (z. B. zur Identifikation von Personen einer Berufsgruppe, ihrer Zugehörigkeit zu einem Setting, einer Region) sind hier im Zuge der Vorbereitung der Umsetzung zu prüfen.	ja
III.A.1 Inzidenz und Prävalenz von Berufskrankheiten pro 12 Monate (nach Möglichkeit nach Berufsgruppe, Setting und Region) UND/ODER Variante: Anzahl arbeitsbezogener Erkrankungen der vergangenen 12	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der arbeitsbezogenen Erkrankungen der eingeschlossenen Berufsgruppen in einem Zeitraum von 12 Monaten, getrennt nach Dienstweg und Dienstzeit.	AUVA ggf. GBR zur Identifikation der Berufsangehörigen (pseudonymisiert) ggf. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (Berufskrankheit) ggf. ergänzend Befragungsdaten	Datenschutz und Zusammenführbarkeit von Daten (z. B. zur Identifikation von Personen einer Berufsgruppe, ihrer Zugehörigkeit zu einem Setting, einer Region) sind hier im Zuge der Vorbereitung der Umsetzung zu prüfen. Arbeitsbezogene Erkrankungen können für Berufskrankheiten analysiert werden.	Ja Fortsetzung nächste Seite

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
Fortsetzung III.A.2 Krankenstandsdauer aufgrund arbeitsbezogener Verletzungen in den letzten 12 Monaten	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der Krankenstandstage aufgrund von Arbeitsunfällen (getrennt nach Dienstweg und Dienstzeit)	AUVA ggf. GBR zur Identifikation der Berufsangehörigen (pseudonymisiert) ggf. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen	Datenschutz und Zusammenführbarkeit von Daten (z. B. zur Identifikation von Personen einer Berufsgruppe, ihrer Zugehörigkeit zu einem Setting, einer Region) sind hier im Zuge der Vorbereitung der Umsetzung zu prüfen.	ja
III.A.2 Krankenstandsdauer aufgrund arbeitsbezogener Erkrankungen in den letzten 12 Monaten	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der Krankenstandstage aufgrund von Berufskrankheiten und für das Krankheitsbild Burnout pro Jahr nach Berufsgruppe, Setting, Region (Burnout wurde in der Literatur als relevantes Krankheitsbild identifiziert).	AUVA ggf. GBR zur Identifikation der Berufsangehörigen (pseudonymisiert) ggf. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen	Datenschutz und Zusammenführbarkeit von Daten (z. B. zur Identifikation von Personen einer Berufsgruppe, ihrer Zugehörigkeit zu einem Setting, einer Region) sind hier im Zuge der Vorbereitung der Umsetzung zu prüfen. Arbeitsbezogene Erkrankungen können für Berufskrankheiten analysiert werden. Burnout ist lt. Literatur ein relevantes Krankheitsbild vgl. (Oner et al. 2020; Shin et al. 2018)	ja
Absolventinnen/Absolventen der verschiedenen Ausbildungen	Personen, die eine Ausbildung erfolgreich ¹ absolviert haben Auswertung nach Schul-/Studienjahr	AQ Austria, Stat.at: Schul- und Hochschulstatistik		ja
Anzahl der Ausgeschiedenen	Summe der Personen eines Schuljahres/Studienjahres X, welche die Ausbildung abgebrochen haben Auswertung nach Schul-/Studienjahr	AQ Austria, Stat.at: Schul- und Hochschulstatistik		Nein Fortsetzung nächste Seite

¹

Alle ausbildungsbezogenen Voraussetzungen für eine Berechtigung zur Berufsausübung liegen vor (ggf. ist zusätzlich eine Registrierung nötig).

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
Fortsetzung Anzahl der Anfänger/-innen in einem Ausbildungsjahr	Summe der Personen, die mit einer Ausbildung in einem Schuljahr/Studienjahr X begonnen haben Auswertung nach Schul-/Studienjahr	AQ Austria, Stat.at: Schul- und Hochschulstatistik		ja
Anzahl der Personen, die auf eine Leistung im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich warten	Anzahl der Personen, denen bei der Anmeldung für eine Leistung das Angebot im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich nicht direkt zur Verfügung gestellt werden kann Auswertung: zu definierender Zeitraum – möglich wären z. B. Monate, Halbjahre oder Jahre	Erhebung über die Trägerinstitutionen oder Länder bzw. Einrichtung einer Dokumentationsmöglichkeit	Datenquellen derzeit nicht vorhanden, es müsste sichergestellt werden, dass keine Doppelerfassungen von Personen stattfindet	ev. als Ergänzung zu Messgröße II.F.1
Summe der Wartezeit (in Tagen), während deren Personen auf eine Leistung ² im Langzeitpflege- und -betreuungsbereich warten	Wartezeit in Tagen, Betrachtet in einem zu definierenden Zeitraum – möglich wären z. B. Monate, Halbjahre oder Jahre	Erhebung über die Trägerinstitutionen oder Länder bzw. Einrichtung einer Dokumentationsmöglichkeit	Datenquellen derzeit nicht vorhanden, es müsste sichergestellt werden, dass keine Doppelerfassungen von Personen stattfindet	nein
Summe der Berufsjahre aller Personen einer Berufsgruppe, die im Register gelistet sind	Berufsjahre seit dem Abschluss der berufsqualifizierenden Ausbildung (oder nur für eine kleine Gruppe: bis zum Registeraustritt → Aussage darüber, wie lange eine Person im Beruf verbleibt)	Gesundheitsberuferegister, Daten der Statistik Austria	Verfügbarkeit der Daten zum berufsqualifizierenden Abschluss prüfen Die Registrierung im GBR lässt nicht notwendigerweise eine Aussage über die Berufsjahre zu. Dieser Wert ist ein grober Näherungswert und mit Unsicherheit behaftet.	Nein Fortsetzung nächste Seite

2

Start des nachgefragten mobilen Dienstes, Aufnahme in eine (Teils-)Stationäre Pflege/Betreuung

Messgröße/Kennzahl	Beschreibung	Mögliche Quelle/Datenherkunft	Limitationen	Darstellung im Reporting als eigener Wert – ja/nein
Fortsetzung Anzahl der Angestellten Pflege- und Betreuungspersonen die innerhalb eines Jahres eine Stelle aufgeben = freiwillige Abgänge		Krankenanstaltenstatistik und Erhebungen auf Länder-ebene/Trägerebene		nein

Quelle und Darstellung: GÖG

Beschreibung der Messgrößen, die einer weiteren Spezifikation bedürfen:

Säule I: Personalsituation (Struktur)

I.A Personalbestand

Tabelle 2:

Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl

Messgrößennummer	I.A.1
Bezeichnung	Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in Österreich, gemessen an der Einwohnerzahl, z. B. Pflege- und Sozialbetreuungspersonen pro 1.000 Einwohner/-innen
Betrachtungseinheit	Darstellung der Dichte der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen in Summe, differenziert nach Berufsgruppen, Setting, Region pro Jahr
Zähler	Anzahl der angestellten Pflege- und Sozialbetreuungspersonen pro Jahr
Nenner	Anzahl der Einwohner/-innen pro Jahr
Berechnung	Σ Pflege- und Sozialbetreuungspersonen: Σ Einwohner/-innen bezogen auf eine spezifische Kombination von Berufsgruppe, Setting, Region und Jahr
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Statistik Austria: Bevölkerungszählung bzw. -prognose Gesundheitsberuferegister auf Personenebene gemäß erfassten Berufsgruppen, Setting, Region und Jahr ggf. Erhebungen auf Länderebene
Limitationen	Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria ändern sich regelmäßig, was die Vergleichbarkeit von Prognosen erschwert, die zu verschiedenen Zeitpunkten berechnet wurden. Nur Berufsgruppen, die im Gesundheitsberuferegister erfasst sind, können für diese Messgröße differenziert oder summiert herangezogen werden (keine Informationen zu Diplom- und Fachsozialbetreuung für Behindertenbegleitung [Heimhilfekompetenz inkludiert] und Heimhilfe); Zuordnung zur Berufsgruppe SBB nur entsprechend der SBB-Ausbildung möglich; keine Information, ob auch als SBB beschäftigt Mehrfachzählungen von Personen mit mehreren Dienstorten, Dienstverhältnissen, Ausbildungen können nicht ausgeschlossen werden.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 3:

Personal in der Langzeitpflege und -betreuung pro 100 Personen 75 +

Messgrößennummer	I.A.2
Bezeichnung	Personal in der Langzeitpflege und -betreuung pro 100 Personen 75 +
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Dichte des Pflege- und Sozialbetreuungspersonals in der Langzeitpflege und -betreuung pro 100 Personen ab 75 Jahren in Österreich
Betrachtungseinheit	Darstellung der Dichte der Pflege- und Sozialbetreuungspersonen in der Langzeitpflege und -betreuung in Summe, differenziert nach Berufsgruppen, Setting, Region pro Jahr, Bevölkerung ab 75 Jahren
Zähler	Anzahl der angestellten Pflege- und Sozialbetreuungspersonen in der mobilen und (teil)stationären Langzeitpflege und -betreuung pro Jahr
Nenner	Anzahl der Einwohner/-innen ab 75 Jahren pro Jahr
Berechnung	Σ Pflege- und Sozialbetreuungspersonen in der Langzeitpflege und -betreuung: Σ Einwohner/-innen ab 75 Jahren bezogen auf eine spezifische Kombination von Berufsgruppe, Setting, Region ³ und Jahr
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Statistik Austria: Bevölkerungszählung bzw. -prognose Pflegedienstleistungsstatistik: für Betreuungs- und Pflegepersonal gemäß Definition in der PDL-Statistik, erfasst in Aggregaten pro Träger/Einsatzort (PLZ) und damit Auswertung pro Setting und Region, veröffentlicht pro Bundesland Gesundheitsberuferegister auf Personenebene gemäß erfassten Berufsgruppen, Setting, Region und Jahr
Limitationen	Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria ändern sich regelmäßig, was die Vergleichbarkeit von Prognosen erschwert, die zu verschiedenen Zeitpunkten berechnet wurden. Pflegedienstleistungsstatistik (PDL) gemäß Betreuungs- und Pflegepersonal gesamt entsprechend der zugrunde liegenden Definition in der PDL-Statistik Aussagekraft stark abhängig von Datenquelle Nur Berufsgruppen, die im Gesundheitsberuferegister erfasst sind, können für diese Messgröße differenziert oder summiert herangezogen werden (keine Informationen zu Diplom- und Fachsozialbetreuung für Behindertenbegleitung [Heimhilfekompetenz inkludiert] und Heimhilfe); Zuordnung zur Berufsgruppe entsprechend der SBB-Ausbildung, keine Information, ob auch als SBB beschäftigt. Mehrfachzählungen von Personen mit mehreren Dienstorten, Dienstverhältnissen, Ausbildungen können nicht ausgeschlossen werden.

Quelle und Darstellung: GÖG

3

Regionale Ebene muss definiert werden. Pflegeheime versorgen häufig auch Personen z.B. außerhalb des Bezirks des Standorts

Tabelle 4:

Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung

Messgrößennummer	I.A.3
Bezeichnung	Verhältnis von Pflegekräften zu Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Dichte des Pflegepersonals in der Akutversorgung pro 100 akutstationäre Patientinnen/Patienten
Betrachtungseinheit	Darstellung der Dichte des Pflegepersonals in der Akutversorgung, differenziert nach Berufsgruppen, Abteilung bzw. Fachbereich, Region pro Jahr, Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung, Bevölkerung in der Akutversorgung
Zähler	Anzahl der angestellten Pflegepersonen in der Akutversorgung (Akutkrankenanstalten) pro Jahr Berechnung: Anzahl VZÄ oder Anzahl Personen möglich
Nenner	Anzahl der Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung (Akutkrankenanstalten, Versorgung ambulant und stationär) pro Jahr Eine alternative Möglichkeit ist auch eine Berechnung pro Anzahl der Aufenthalte/Pflegetage.
Berechnung	Σ Anzahl angestellte Pflegepersonen : Σ Patientinnen/Patienten in der Akutversorgung bezogen auf eine spezifische Kombination von Berufsgruppe, Abteilung bzw. Fachbereich, Region und Jahr
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Statistik Austria: Bevölkerungszählung bzw. -prognose Gesundheitsberuferegister auf Personenebene gemäß erfassten Berufsgruppen, Setting, Region und Jahr Krankenanstalten-/Kostenstellenstatistik entsprechend der erfassten Personalarten und Fachbereiche Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA
Limitationen	Gesundheitsberuferegister: Zuordnung zur Berufsgruppe nur entsprechend der Ausbildung/Registrierung möglich; daher keine Information, ob entsprechend der Ausbildung auch eingesetzt, z. B. besonders bei SBB-Ausbildung relevant; Mehrfachzählungen von Personen mit mehreren Dienstorten, Dienstverhältnissen, Ausbildungen etc. können nicht ausgeschlossen werden. Krankenanstalten-/Kostenstellenstatistik entsprechend der Erfassung der Berufsgruppen Die Daten der Krankenanstalten-/Kostenstellenstatistik sowie Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA sind frühestens ca. neun Monate nach Ablauf des Kalenderjahres auswertbar.

Quelle und Darstellung: GÖG

I.C Personalmix

Tabelle 5:

Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) an allen Pflegekräften (GuK Berufe)

Messgrößennummer	I.C.2
Bezeichnung	Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) an allen Pflegekräften (GuK Berufe)
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt den Anteil der diplomierten Pflegekräfte an allen Pflegekräften.
Betrachtungseinheit	Darstellung der Anzahl der diplomierten Pflegekräfte, Darstellung der Anzahl aller Pflegekräfte in Summe – differenziert nach Berufsgruppen, Setting, Region – pro Jahr
Zähler	Anzahl der diplomierten Pflegekräfte pro Jahr
Nenner	Anzahl aller Pflegekräfte pro Jahr
Berechnung	Σ diplomierte Pflegekräfte : Σ aller Pflegekräfte
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Gesundheitsberuferegister auf Personenebene gemäß erfassten Berufsgruppen, Setting, Region und Jahr
Limitationen	Gesundheitsberuferegister: Zuordnung zur Berufsgruppe nur entsprechend der Ausbildung möglich; daher keine Information, ob entsprechend der Ausbildung auch eingesetzt, z. B. besonders bei SBB-Ausbildung relevant; Mehrfachzählungen von Personen mit mehreren Dienstorten, Dienstverhältnissen, Ausbildungen etc. können nicht ausgeschlossen werden.

Quelle und Darstellung: GÖG

I.D Qualifikation und Erfahrung

Tabelle 6:

Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) mit Spezialisierungen

Messgrößennummer	I.D.1
Bezeichnung	Anteil der diplomierten Pflegekräfte (DGKP) mit Spezialisierungen
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt den Anteil der diplomierten Pflegekräfte mit Spezialisierungen an allen diplomierten Pflegekräften.
Betrachtungseinheit	Darstellung der Anzahl der diplomierten Pflegekräfte mit Spezialisierungen, Darstellung der Anzahl aller diplomierten Pflegekräfte in Summe – differenziert nach Spezialisierungen, Setting, Region – pro Jahr
Zähler	Anzahl der angestellten diplomierten Pflegekräfte mit Spezialisierungen pro Jahr
Nenner	Anzahl aller diplomierten Pflegekräfte pro Jahr
Berechnung	Σ diplomierte Pflegekräfte mit Spezialisierungen : Σ aller diplomierten Pflegekräfte pro Jahr
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Gesundheitsberuferegister auf Personenebene gemäß erfassten Berufsgruppen, Setting, Region und Jahr
Limitationen	Gesundheitsberuferegister: Zuordnung zur Berufsgruppe nur entsprechend der Ausbildung möglich; daher keine Information, ob entsprechend der Ausbildung auch eingesetzt, z. B. besonders bei SBB-Ausbildung relevant; Mehrfachzählungen von Personen mit mehreren Dienstorten, Dienstverhältnissen, Ausbildungen etc. können nicht ausgeschlossen werden. Spezialisierungen werden als freiwillige Selbstangabe erfasst.

Quelle und Darstellung: GÖG

I.E Ausbildung

Tabelle 7:

Jährliche Anzahl der Absolventinnen/Absolventen von Ausbildungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen pro 1.000 EW

Messgrößennummer	I.E.1
Bezeichnung	Ausbildung: Anzahl der Abschlüsse von Ausbildungen in berufsqualifizierenden Pflege- und Sozialbetreuungsberufen pro Jahr und 1000 Einwohner/innen
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der Absolventinnen/Absolventen von Ausbildungseinrichtungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe während des letzten Schuljahres
Betrachtungseinheit	jährlich
Zähler	die absolute Zahl der Absolventinnen/Absolventen von Bildungseinrichtungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe im vergangenen Schuljahr (nach Bildungsniveau und Bildungsbereich)
Nenner	Gesamtbevölkerung
Berechnung	Σ Absolventinnen/Absolventen : Anzahl Gesamtbevölkerung
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Statistik Austria: Schul- und Hochschulstatistik AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)
Limitationen	Daten der Statistik Austria haben eine Verzögerung von ca. 1,5 Jahren.
Begründung	Daten über Absolventinnen/Absolventen können verwendet werden, um Dynamiken beim Gesundheitspersonal zu monitoren (z. B. die Anzahl der Absolventinnen/Absolventen im Verhältnis zur Gesamtzahl des aktiven Personals). Relevant ist diese Kenngröße auch in Kombination mit Angaben zur Zahl der im Ausland ausgebildeten Pflegepersonen (Abschätzung des Deckens des nationalen Bedarfs)

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 8:

Verhältnis von Ausbildungsanfängerinnen/-anfängern zu verfügbaren Ausbildungsplätzen

Messgrößennummer	I.E.2
Bezeichnung	Ausbildung: Verhältnis von Aufnahmen zur Anzahl der verfügbaren Ausbildungsplätze
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Anzahl der Ausbildungsanfänger/-innen in einem Studienjahr (= Personen, die eine Ausbildung beginnen) im Verhältnis zu den angebotenen Ausbildungsplätzen pro Jahr
Betrachtungseinheit	jährlich
Zähler	die Summe der Ausbildungsanfänger/-innen von Bildungseinrichtungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe im vergangenen Schuljahr (nach Bildungsniveau und Bildungsbereich)
Nenner	Die Summe der Ausbildungsplätze von Bildungseinrichtungen für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe im vergangenen Schuljahr (nach Bildungsniveau und Bildungsbereich)
Berechnung	Σ Ausbildungsanfänger/-innen : Σ Ausbildungsplätze von Bildungseinrichtungen
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Anfänger/-innen: » Statistik Austria: Schul- und Hochschulstatistik » AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK) Ausbildungsplätze: » sind bei den Einrichtungen zu erheben » AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)
Limitationen	Daten der Statistik Austria haben eine Verzögerung von ca. 1,5 Jahren.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 9:
Drop-out-Rate

Messgrößennummer	I.E.3
Bezeichnung	Ausbildung: Verhältnis der Ausgeschiedenen zu den Anfängerinnen/Anfängern eines Ausbildungsjahrgangs
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt das Verhältnis der Personen, die mit einer Ausbildung begannen, zu den Personen, welche die Ausbildung vorzeitig beendeten.
Betrachtungseinheit	jährlich
Zähler	Σ Ausgeschiedene
Nenner	Σ Anfänger/-innen (geschlossene Anfänger/-innen : Σ Anfänger/-innen = Σ Absolventinnen/Absolventen + Σ Ausgeschiedene
Berechnung	$(\Sigma \text{ Ausgeschiedene} : \Sigma \text{ Anfänger/-innen}) \times 100$
Datenauswertung	Anfängerkohorten jener, die entweder abgeschlossen haben oder ausgeschieden sind, in die Analyse einbeziehen
Mögliche Quelle/Datenherkunft	AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK) Vergleich mit MTD möglich sowie ein Vergleich mit der Abbruchrate, wie in Tabelle 10 beschrieben
Limitationen	Die Drop-out-Rate wird in der Literatur mit unterschiedlichen Methoden berechnet.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 10:
Abbruchrate

Messgrößennummer	I.E.3
Bezeichnung	Ausbildung: Verhältniszahl Ausgeschiedene im Jahr X zu Schülerinnen/Schülern oder Absolventinnen/Absolventen im Jahr X
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt das Verhältnis der Personen, die mit einer Ausbildung begannen, zu den Personen, welche die Ausbildung vorzeitig beendeten.
Betrachtungseinheit	jährlich
Zähler	Σ Ausgeschiedene im Jahr X
Nenner	Σ Schüler/-innen bzw. Σ Absolventinnen/Absolventen im Jahr X
Berechnung	$(\Sigma \text{ Ausgeschiedene im Jahr X} : \Sigma \text{ Schüler/-innen bzw. } \Sigma \text{ Absolventinnen/Absolventen im Jahr X}) \times 100$
Datenauswertung	Die Verhältniszahl Abbrecher/-innen zu Schülerinnen/Schülern liegt jeweils unter 0,1 – das heißt auf zehn Schüler/-innen kommt höchstens eine Abbrecherin oder ein Abbrecher. Als allerdings nur sehr grobe Annäherung lassen sich die Zahlen so verstehen, dass unter den Schülerinnen/Schülern der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege jede(r) Fünfte, unter jenen der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege jede(r) Sechste und unter jenen der Kinder- und Jugendlichenpflege oder auch Pflegehilfe jede(r) Zehnte die Ausbildung abbricht.
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Statistik Austria: Schul- und Hochschulstatistik AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)
Limitationen	https://jasmin.goeg.at/id/eprint/215 : Eine solche Verhältniszahl ist jedoch problematisch, weil die Grundausbildungen zwischen einem und rd. drei Jahre dauern und die Anfängerzahlen jahresweise schwanken. Alternativ könnte man die Abbruchzahlen zu den Schülerzahlen in Beziehung setzen. Diese Verhältniszahl ist in einem geringeren Maß von Schwankungen im Angebot abhängig. Keine der beiden Verhältniszahlen sollte im Sinn einer Abbruchrate interpretiert werden. Die Werte sind zudem unsicher, weil sich die Schüler- und Absolventenzahlen auf ein Schuljahr, die Abbruchzahlen hingegen auf ein Kalenderjahr beziehen.
Anmerkung	Diese Messgröße wurde an der GÖG bereits verwendet. Publikation <i>Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Kontext- und Bedarfsanalyse. Band I von II.</i> Gesundheit Österreich GmbH, https://jasmin.goeg.at/id/eprint/215

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 11:
Erfolgsquote/Abschlussrate

Messgrößennummer	I.E.4
Bezeichnung	Erfolgsquote/Abschlussrate
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt den Anteil der Anfänger/-innen, die innerhalb eines gewissen Zeitraums die begonnene Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben. Erfolg eines Studien-/Ausbildungsjahrgangs (Studierendenkohorte mit gleichem Jahr der Ersteinschreibung)
Betrachtungseinheit	jährlich
Zähler	Absolventinnen/Absolventen mit Studienbeginn im Jahr X
Nenner	Studienanfänger/-innen mit Studienbeginn im Jahr X
Berechnung	$(\Sigma \text{ Absolventinnen/Absolventen mit Studienbeginn im Jahr X} : \Sigma \text{ Studienanfänger/-innen mit Studienbeginn im Jahr X}) \times 100$
Berechnung	$\Sigma \text{ Absolventinnen/Absolventen mit Studienbeginn im Jahr X} : \text{Anfänger/-innen mit Studienbeginn im Jahr X}$
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Anfänger/-innen, Absolventinnen/Absolventen: » Statistik Austria: Schul- und Hochschulstatistik » AQ – Agentur für QS und Akkreditierung – Austria (jährlicher Bericht an das BMSGPK)
Limitationen	zeitliche Verzögerung in den Stat.at-Daten

Quelle und Darstellung: GÖG

Säule II: Bevölkerung

II.E Pflegequalität: „Beitrag zur Lebensqualität“ bzw. psychosozial

Tabelle 12:

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Setting Alten- und Pflegeheime

Messgrößennummer	II.E.1
Bezeichnung	freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM), Setting Alten- und Pflegeheime
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Anwendung von FM laut § 6 HeimAufG. FM stellen aufgrund des fundamentalen Eingriffs in die Grund- und Menschenrechte eine besonders sensible Ausnahmesituation in der Pflege dar und sind daher stets zu hinterfragen und nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig.
Betrachtungseinheit	FM je Bundesland (gesamt); verschiedene Arten der FM werden zusammengefasst oder getrennt dargestellt (medikamentös, Hindern am Verlassen des Bettes, der Sitzgelegenheit, eines Bereiches)
Zähler	Anzahl der Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen (APH) je Bundesland, bei denen im Beobachtungszeitraum eine FM zur Anwendung kommt
Nenner	Gesamtanzahl APH-Bewohner/-innen je Bundesland
Datenauswertung	Auswertung auf Ebene des jeweiligen Bundeslands; siehe Bericht der Zielsteuerung-Gesundheit von Schmidt et al. (erscheint in Kürze) „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Die Grundlage der Auswertungen bilden die Rohdaten von VertretungsNetz. Für sechs Bundesländer liegen vollständige Daten vor, für zwei weitere Bundesländer stehen Daten für einzelne Bezirke zur Verfügung. Insgesamt wird der relevante Personenkreis in Österreich zu rund 75 Prozent abgebildet.
Limitationen	Es können nur jene FM im Bericht dargestellt werden, die der Bewohnervertretung von VertretungsNetz gemeldet wurden (Meldepflicht laut § 6 des Heimaufenthaltsgesetzes). Im internationalen Vergleich ist limitierend zu erwähnen, dass es keine einheitliche Erhebung bzw. Definition der Arten der vorgenommenen FM gibt. Aktuell kann keine Aussage über das gesamte Bundesgebiet getroffen werden. Es stehen Daten für acht Bundesländer zur Verfügung: Sechs Bundesländer werden vollständig abgebildet, in zwei Bundesländern liegen Daten einzelner Bezirke vor.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 13:

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Setting Krankenanstalten

Messgrößennummer	II.E.2
Bezeichnung	freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM), Setting Krankenanstalten
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Anwendung von FM laut § 6 HeimAufG in Krankenanstalten.
Betrachtungseinheit	FM je Bundesland (gesamt); verschiedene Arten der FM werden zusammengefasst oder getrennt dargestellt (medikamentös, Hindern am Verlassen des Bettes, der Sitzgelegenheit, eines Bereiches)
Zähler	Anzahl der Patientinnen/Patienten im Anwendungsbereich von § 6 HeimAufG je Bundesland, bei denen im Beobachtungszeitraum eine FM zur Anwendung kommt
Nenner	keine Grundgesamtheit verfügbar!
Datenauswertung	Auswertung auf Ebene des jeweiligen Bundeslands; siehe Bericht der Zielsteuerung-Gesundheit von Schmidt et al. (erscheint in Kürze) „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Die Grundlage der Auswertungen bilden die Rohdaten von VertretungsNetz. Für sechs Bundesländer liegen vollständige Daten vor, für zwei weitere Bundesländer stehen Daten für einzelne Bezirke zur Verfügung. Insgesamt wird der relevante Personenkreis in Österreich zu rund 75 Prozent abgebildet.
Limitationen	siehe II.E.2. Die dargestellten Zahlen im Bereich der Krankenanstalten umfassen nur stationär behandelten Patientinnen und Patienten des personenbezogenen Anwendungsbereichs lt. HeimAufG, d. h. jene Patientinnen/Patienten, bei denen eine psychische Erkrankung oder intellektuelle Beeinträchtigung vorliegt und bei denen deshalb ständige Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit bereits bei der Aufnahme besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 14:

Lebensqualität pflegebedürftiger Personen im Setting mobile Betreuung / zu Hause

Messgrößennummer	II.E.3
Bezeichnung	Lebensqualität pflegebedürftiger Personen, Setting mobile Betreuung / zu Hause
Beschreibung	Der Indikator „Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen“ gibt an, inwiefern die aktuelle Pflege- und Betreuungssituation den Vorstellungen der pflegebedürftigen Personen entspricht.
Betrachtungseinheit	Bewertung der Lebensqualität der zu Hause betreuten Personen nach Lebensbereichen (funktionale Wohnsituation, Körperpflege, medizinisch-pflegerische Versorgung, Ernährung inkl. Flüssigkeitszufuhr, hygienische Wohnsituation, Aktivitäten/Beschäftigung/Sozialleben). Es gibt vier Bewertungsstufen: A, B, C+, C-
Zähler	Anzahl der befragten Personen, die im jeweiligen Lebensbereich eine positive Bewertung abgeben (Bewertungsstufe A)
Nenner	Anzahl aller im Beobachtungszeitraum befragten Personen
Datenauswertung	Auswertung nach Lebensbereich (österreichweit); siehe Bericht der Zielsteuerung-Gesundheit von Schmidt et al. (erscheint in Kürze) „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Qualitätssicherungsdaten der häuslichen Pflege
Limitationen	freiwillige Teilnahme; derzeit keine internationalen Vergleiche möglich

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 15:

Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung im Setting Krankenhaus

Messgrößennummer	II.E.4
Bezeichnung	Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung (Krankenhaus)
Beschreibung	Patientenzufriedenheit betrifft die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Sie stellt subjektive Erfahrung dar und spiegelt den Unterschied zwischen der von der Patientin / vom Patienten erwarteten Qualität (Soll) und der wahrgenommenen Qualität (Ist) wider.
Betrachtungseinheit	Die österreichische sektorenübergreifende Patientenbefragung erfasst auch die Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung.
Zähler	Prozentsatz der zufriedenen Patientinnen und Patienten
Nenner	alle befragten Patientinnen und Patienten
Datenauswertung	Auswertung österreichweit; siehe Bericht der Zielsteuerung-Gesundheit von Schmidt et al. (erscheint in Kürze) „Outcome-Messung im Gesundheitswesen“
Mögliche Quelle/Datenherkunft	sektorenübergreifende Patientenbefragung in Österreich
Limitationen	derzeit keine aktuellen Daten vorhanden (nur von 2015), kein spezieller Fokus auf Personen mit Pflegebedarf

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 16:

Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung im Setting Primärversorgungseinheit

Messgrößennummer	II.E.5
Bezeichnung	Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung (Primärversorgungseinheiten)
Beschreibung	Patientenzufriedenheit betrifft die Zufriedenheit mit in Anspruch genommenen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Sie stellt subjektive Erfahrung dar und spiegelt den Unterschied zwischen der von der Patientin / vom Patienten erwarteten Qualität (Soll) und der wahrgenommenen Qualität (Ist) wider.
Betrachtungseinheit	Die in der österreichischen sektorenübergreifenden Patientenbefragung gegebenen Antworten umfassen auch die Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung. Die entsprechenden Fragen werden für den Primärversorgungsbereich ambulant (Primärversorgungseinheiten) ausgeweitet.
Zähler	Prozentsatz der mit der pflegerischen Versorgung in der Primärversorgungseinheit zufriedenen Patientinnen und Patienten
Nenner	alle befragten Patientinnen und Patienten
Datenauswertung	Auswertung österreichweit
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Einschlägige Fragen wären für künftige Wellen der sektorenübergreifenden Patientenbefragung in Österreich zu inkludieren.
Limitationen	derzeit keine Daten vorhanden; von der weiteren Etablierung der Primärversorgungseinheiten abhängig

Quelle und Darstellung: GÖG

II.F Bedarfsdeckung und Zugang

Tabelle 17:

Durchschnittlicher Zeitraum zwischen Anmeldezeitpunkt (ohne Voranmeldung) und Aufnahme in eine (teil)stationäre Pflege- und Betreuung bzw. Bereitstellung des gewünschten mobilen Angebots

Messgrößennummer	II.F.1
Bezeichnung	durchschnittlicher Zeitraum zwischen Anmeldezeitpunkt (ohne Voranmeldung) und Aufnahme in eine (teil)stationäre Pflege- und Betreuung bzw. Bereitstellung des gewünschten mobilen Angebots
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die durchschnittliche Wartezeit zwischen dem Zeitpunkt der Anmeldung (oder versuchten Buchung) für ein Angebot (Pflegeheimplatz, Tages- oder Nachtbetreuung teilstationär oder mobile Dienste) und dem tatsächlichen Beginn der Leistung in Tagen pro Betrachtungsjahr
Betrachtungseinheit	Wartezeit in Tagen nach Region und Leistungsart (Pflegeheimplatz, teilstationär, mobile Dienste)
Zähler	Summe der Wartezeiten in Tagen aller identifizierten Person (nach Leistungsart und Region)
Nenner	Summe der identifizierten Personen je Subgruppe
Datenauswertung	Auswertung gemeldeter/erhobener anonymisierter Daten aus Personenebene sofern keine Normalverteilung vorliegt: Mittelwertberechnung durch Median ersetzen
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Es wird eine auf Personenebene heruntergebrochene Datenquelle benötigt (z. B. Stichprobe einer Studie, Datenmeldungen der Anbieter)
Limitationen	Aussagekraft stark abhängig von Datenqualität Daten derzeit nicht vorhanden Für die Interpretation sind Vorgaben, in welchem Rahmen sich Wartezeiten bewegen sollen, sinnvoll.

Quelle und Darstellung: GÖG

Säule III: Personal

III.A Arbeitszufriedenheit/Berufsverbleib

Tabelle 18:
Verweildauer im Beruf I

Messgrößennummer	III.A.1
Bezeichnung	Verweildauer im Beruf I
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die durchschnittliche Dauer, die Angehörige einer Berufsgruppe bereits im Beruf sind
Betrachtungseinheit	Berufsjahre seit dem Abschluss der Ausbildung nach Berufsgruppe, Setting und Region
Zähler	Summe der Berufsjahre aller Personen einer Berufsgruppe, die im Register erfasst sind, seit dem Abschluss der berufsqualifizierenden Ausbildung
Nenner	Anzahl der Personen je Gruppe
Datenauswertung	Analyse nach Setting, Region, Personen, die ihre Berufslaufbahn aufgrund von Pensionierung beendet haben
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Gesundheitsberuferegister Statistik Austria: Bildungsstatistik bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring
Limitationen	Nur Berufsgruppen, die im Gesundheitsberuferegister erfasst sind, können für diese Messgröße herangezogen werden. Es ist retrospektiv nicht bekannt, ob eine Berufsaufnahme direkt nach dem Abschluss erfolgte bzw. ob es Unterbrechungen gab. Verfügbarkeit der Daten aus der Bildungsstatistik Das Gesundheitsberuferegister existiert erst seit wenigen Jahren, die Aussagen werden genauer, umso längere Zeiträume im Register erfasst sind. bildungsbezogenes Erwerbskarrierenmonitoring

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle 19:
Verweildauer im Beruf II (Ausbildungskohorten)

Messgrößennummer	III.A.2
Bezeichnung	Verweildauer im Beruf II (Ausbildungskohorte)
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt, wie viele Personen einer Ausbildungskohorte zum Ermittlungszeitpunkt noch im Gesundheitsberuferegister registriert sind.
Betrachtungseinheit	Personen in der Berufsgruppe, Abschlussjahrgang der berufsqualifizierenden Ausbildung und Region
Zähler	Summe der Personen einer Berufsgruppe seit dem Abschluss der berufsqualifizierenden Ausbildung, die im Register erfasst sind
Nenner	Summe der Personen einer Gruppe (wie viele wären pro Ausbildungskohorte als aktiv berufstätig denkbar?)
Datenauswertung	Analyse nach Berufsgruppe und Region
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Gesundheitsberuferegister Statistik Austria: Bildungsstatistik Benötigt wird insbesondere die Jahreszahl auf dem Diplom/Zeugnis. Abgleich, welcher Teil der Kohorte noch im Register ist
Limitationen	nur Berufsgruppen, die im Gesundheitsberuferegister erfasst sind, können für diese Messgröße herangezogen werden. Verfügbarkeit der Daten aus der Bildungsstatistik Die Registrierung im Gesundheitsberuferegister dient der Aufrechterhaltung der Berufsbeurteilung, sie ist nicht gleichzustellen mit einer tatsächlichen Berufsausübung.

Quelle und Darstellung: GÖG

III.B Turnover/Personalfluktuatation

Tabelle 20:
Personalfluktuatation

Messgrößennummer	III.B.1
Bezeichnung	Personalfluktuatation (Rate des [freiwilligen] Personalwechsels in Prozent pro Jahr)
Beschreibung	Die Messgröße beschreibt die Personalfluktuatation des Pflege- und Betreuungspersonals (Wechsel von den vorhandenen Stellen, unabhängig vom Grund). Eine Analyse ist gesamt pro Region, Setting und Berufsgruppe denkbar.
Betrachtungseinheit	Darstellung in Prozent, Berufsgruppe, Setting, Region, pro Jahr
Zähler	Anzahl der angestellten Pflege- und Betreuungspersonen, die innerhalb eines Jahres eine Stelle aufgeben
Nenner	Anzahl der Angestellten (Durchschnittswert pro Jahr)
Berechnung	Fluktuationsrate = freiwillige Abgänge: durchschnittlicher Personalbestand der Periode $\times$ 100 (BDA-Formel) Fluktuationsrate = Abgänge: (Personalbestand Anfang Periode + Zugänge) $\times$ 100 (Schlüter-Formel)
Mögliche Quelle/Datenherkunft	Gesundheitsberuferegister und ggf. ergänzend Krankenanstaltenstatistik (Köpfe) Erhebungen auf Länderebene/Trägerebene (zum Teil vorhanden) https://www.personio.de/hr-lexikon/fluktuationsrate-berechnen
Limitationen	Es gibt nur wenige vorhandene Informationen, die meisten müssten separat erhoben werden.

Quelle und Darstellung: GÖG

Quellen

Myers, Helen; Pugh, Judith D.; Twigg, Diane E. (2018): Identifying nurse-sensitive indicators for stand-alone high acuity areas: A systematic review. In: *Collegian* 25/4:447–456

Oner, Beratiye; Zengul, Ferhat D.; Oner, Nurettin; Ivankova, Nataliya V.; Karadag, Ayise; Patrician, Patricia A. (2020): Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). In: *Nursing Open* 8/3:1005–1022

Shin, Sujin; Park, Jin-Hwa; Bae, Sung-Heui (2018): Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. In: *Nursing Outlook* 66/3:273–282