

MOMENTUM KONGRESS 2021

Track #1 „Der Wert von Arbeit“

Pflege im Spannungsfeld von Humanismus und Kapitalismus

Abstract

DGKP Mag.^a Bärbl Polonyi

Die Pflege arbeitet seit vielen Jahren im Spannungsfeld zwischen Humanismus und Kapitalismus. Pflege, tausendfach symbolisiert in einer jungen Hand, die eine alte Hand festhält, wird in der allgemeinen Wahrnehmung meist auf romantisierende Weise auf ihren humanistischen Auftrag festgelegt. In der Realität jedoch ist sie für viele Verantwortliche vor allem ein Kostenfaktor in einem den Regeln der Marktwirtschaft unterworfenem System.

Ich arbeite seit mehr als 25 Jahren als DGKP auf einer Intensivstation, und mit mir dreizehn weitere Kolleginnen und Kollegen, die gleich viele Jahre oder länger im Team sind. Dies ist für eine ICU (Intensiv Care Unit) ungewöhnlich, besonders wenn man bedenkt, dass Krajic et al bereits im Jahr 2003 in Österreich eine Verweildauer im Pflegeberuf mit 4-6 Jahren nach Abschluss der Ausbildung kolportierten (Krajic et al: 2003, S. 25). Der Grund für die lange Verweildauer vieler Teammitglieder auf unserer Station ist denkbar einfach, bis zum Jahr 2015 hatten wir ein Pflege zu Patient – Verhältnis morgens von 1:1 und ab 15.15 Uhr ein Verhältnis von 1:1,4. Unter diesen Voraussetzungen war ein befriedigendes Arbeiten gut möglich. Das Team war nach einer Zwölfstundenschicht zwar müde, aber nicht ausgepowert. Das hat sich drastisch geändert. Die Schichtbesetzungen wurden gekürzt, das Team musste an den Wochenenden zusätzlich Aufgaben einer anderen Abteilung übernehmen und es wurde eine neue Abteilung eröffnet, die das Pflegeteam mitbetreuen muss und dabei wurden nur zwei weitere KollegInnen zur Verstärkung des Teams eingestellt. Dies hatte zur Folge, dass innerhalb weniger Monate acht KollegInnen gekündigt haben. Die Folge daraus wiederum ist, dass gleichzeitig viele neue (junge, unerfahrene) KollegInnen eingearbeitet werden müssen, unter diesen Umständen eine Belastung für beide Seiten. Die gesetzlichen Vorgaben zur Besetzung einer ICU machen die Dienstplangestaltung und Urlaubsplanung kaum mehr möglich (vgl. Kern et al: 2020; S. 119). Und dann kam Corona. Die zusätzlichen Hygiene- und Isolationsmaßnahmen und die Schwere der Erkrankungsbilder verstärkten die psychische und physische Belastung für das Pflegeteam enorm.

Die Frage, die sich nun stellt, ist, warum ein gut funktionierendes System in ein schlecht funktionierendes umgewandelt wurde. Ein Argument der Verantwortlichen ist, dass kein Personal zur Verfügung steht, also der Pflegemangel ist schuld.

Damit stellt sich eine zweite, keineswegs neue Frage, die bisher von niemanden beantwortet wurde. Warum ein altes, lange bekanntes, viel diskutiertes Problem, nämlich der Pflegemangel und seine Ursachen, noch keine Lösung gefunden hat. Die Debatte um bessere Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen dauert nun bereits viele Jahre, fast Jahrzehnte an. Im Fall meiner KollegInnen und mir erscheint diese Diskussion geradezu absurd. Während viel Papier mit Verbesserungsvorschlägen gefüllt wurde, Studien immer wieder aufgezeigt haben, dass in erster Linie die Rahmen- und Arbeitsbedingungen die Pflegekräfte aus dem Beruf ausscheiden lassen (aktuell: AK Oberösterreich: 2019), verschlechterte sich unsere reale Arbeitssituation zunehmend.

Eine von mehreren, allerdings die am schwersten wiegende Antwort scheint mir darin zu liegen, dass aus dem einstigen Gesundheitswesen eine Gesundheitsindustrie geworden ist. Eine Industrie in der Milliardenumsätze erwirtschaftet werden¹. Im System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) ist festgehalten „Die Landesgesundheitsfonds müssen so dotiert werden, dass zumindest 51% der laufenden Kosten (inkl. Abschreibungen) der Krankenanstalten durch marktmäßige Umsätze im Sinne von Erlösen finanziert werden“ (LKF: 2010, S. 9). Die Vorgaben des LKF beinhalten, dass ärztliche Leistungen und Diagnosen zur Finanzierungsgrundlage herangezogen und vergütet werden. Daraus ergibt sich ein Kreislauf, den die Pflege deutlich zu spüren bekommt. Die Anzahl der Menschen die einer ärztlichen (bezahlten) Versorgung zugeführt werden erhöht sich, die Tage an denen diese Menschen im Krankenhaus verbleiben sinkt. Die höheren Aufnahme- und Entlassungszahlen bringen mehr bürokratischen Aufwand und erhöhen auch den Druck, die zu Betreuenden in kürzerer Zeit so zu versorgen, dass die mit „guten Gewissen“ in häusliche Pflege entlassen werden können.

Somit schafft der Gesetzgeber Realitäten. Die Gesetzgebung schreibt einerseits in den allgemeinen Berufspflichten als oberstes Gebot vor „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben“ (GuKG, 2. Abschnitt §4 (1)) und die Einhaltung dieser Prämisse ist auch unabdingbar für ein zufriedenes Berufsleben in der Pflege. Gleichzeitig schafft das Gesetz Rahmenbedingungen, die den Regeln der Marktwirtschaft unterworfen sind und macht somit aus hochqualifizierten Fachkräften, die wie alle Berufe im Gesundheitswesen einer hohen ethischen und moralischen Verantwortung und der Verantwortung für menschliches Leben unterworfen sind, einen Kostenfaktor.

In meinem Beitrag möchte ich anhand meiner eigenen Berufserfahrung die Situation einer Intensivabteilung im Wandel darstellen. Dabei soll nicht nur die Fremd- und Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte beleuchtet, sondern auch die gesetzlichen Vorgaben und deren Interpretation, soweit nachvollziehbar, durch die verantwortlichen Krankenhausträger einbezogen werden.

¹ Um nur zwei Beispiele zu nennen: Das deutsche Medizin- und Sicherheitstechnikunternehmen Dräger verzeichnete im Jahr 2020 3.41 Milliarden Euro Gesamtumsatz.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/509250/umfrage/umsatz-der-draeger-ag/> dl 09.04.2021

Das Pharmaunternehmen Pfizer im selben Jahr 41,91 Milliarden Dollar Gesamtumsatz

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74112/umfrage/umsatz-von-pfizer-seit-2006/> dl 09.04.2021

QUELLEN

Arbeiterkammer Oberösterreich. Personalbedarf und -einsatz in den OÖ. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht. Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich. Linz, 2019

https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf
dl 17.04.2021

Campus FH Wien: <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/detail/gesundheits-und-krankenpflege.html>

dl 17.04.2021

Krajic, Dr. Karl; Vyslouzil, Mag. Dr. Monika; Nowak, Mag. Peter (2003) Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wissenschaftliches Gutachten. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien.

https://www.academia.edu/28913508/Pflegenotstand_in_%C3%96sterreich_Diagnosen_und_L%C3%B6sungsm%C3%B6glichkeiten_mit_einem_Schwerpunkt_auf_Entwicklung_der_Arbeitsbedingungen_des_diplomierten_Pflegepersonals
dl 17.04.2021

Kern, Daniela; Kernstock, Eva-Maria; Mathis-Edenhofer, Stefan; Neruda, Thomas; Pilz, Eva; Reiter, Daniela; Röthlin, Florian; Wachabauer, David; Willinger Manfred (GÖG); Halper, Christian; Schermann-Richter, Ulrike; Sedlmeier, Claudia; Worel Thomas (BMSGPK) (2020). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017, inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, inklusive der bis 18. Dezember 2020 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.ⁱⁿ), Wien

LKF System: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 2010. S. 9; S.11;

Homepage <http://bmg.gv.at>.

file:///C:/Users/User/Downloads/LKF-

Brosch%C3%BCre_BMG_2010_NACHDRUCK_2011_20200124%20(6).pdf

dl 15.04.2021