

# MOMENTUM KONGRESS 2021

Track #1 „Der Wert von Arbeit“

Pflege im Spannungsfeld von Humanismus und Kapitalismus

DGKP Mag.<sup>a</sup> Bärbl Polonyi

# Inhalt

EINLEITUNG .....	3
WARUM VERLASSEN SOVIELE DIE PFLEGE? .....	4
EXKURS: STIMMT ES EIGENTLICH, DASS VIELE PFLEGEKRÄFTE ÜBERLEGEN AUS DEM BERUF AUSZUSTEIGEN? .....	5
WAS MACHT DEN BERUF ERSTREBENSWERT UND WAS MACHT IHN SCHWIERIG? .....	6
EXKURS: WAS IST DAS GENAU – PFLEGENOTSTAND? .....	8
DIE FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS IN ÖSTERREICH .....	9
DAS LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENANSTALTENFINANZIERUNGSSYSTEM (LKF) .....	10
ÖSTERREICHISCHER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (ÖSG) .....	11
DIE SCHWÄCHEN DES DRG SYSTEMS.....	11
DER SECHSTE KONDRATIEFF.....	14
DIE GUTEN NACHRICHTEN FÜR DIE PFLEGE.....	15
FAZIT .....	16
QUELLEN.....	18
ABKÜRZUNGEN.....	21

## EINLEITUNG

Die Pflege arbeitet seit vielen Jahren im Spannungsfeld von Humanismus und Kapitalismus. Pflege, tausendfach symbolisiert in einer jungen Hand, die eine alte Hand festhält, wird so in der allgemeinen Wahrnehmung in romantisierender Weise auf ihren humanistischen Auftrag festgelegt. In der Realität jedoch ist sie für die Verantwortlichen und vor allem die Geldgeber\*innen ein Kostenfaktor in einem den Regeln der Marktwirtschaft unterworfenem System.

Die Frage was eine Pflegkraft den ganzen Tag so macht, ist mit einem Satz nicht zu beantworten, auch nicht mit zweien. Dies scheint einer der Hauptgründe, warum es für die Pflege so schwierig ist sich zu positionieren, transparent zu machen, worin ihre Profession liegt. Sie vollbringt nicht die eine große „Heldentat“, sondern erledigt hunderte Handgriffe, die erst dann wahrgenommen werden, wenn sie nicht mehr ausgeführt werden. Diesen Beruf, in dem im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege immer noch über 52.000 weibliche Personen rund 10.000 männlichen gegenüberstehen (Statistik Austria 2019) mit dem Beruf der Hausfrau/des Hausmannes zu vergleichen, scheint legitim. Gleich wie im Haushalt, wenn alles erledigt ist, eingekauft, gekocht und gegessen, die Wäsche erledigen, das Haus sauber und die Familienmitglieder versorgt sind, ist am Ende von der Arbeit, die geleistet wurde, nichts mehr zu sehen. Sichtbar ist immer nur das Chaos, immer nur die Arbeit, die nicht geleistet wurde. Die gleiche Unsichtbarkeit und/oder Intransparenz der Pflegearbeit ist auch dafür verantwortlich zu machen, dass bei Engpässen in anderen Berufen von der Pflege die Übernahme berufsfremder Agenden wie selbstverständlich erwartet wird. Und dies ist nur einer von vielen Gründen, warum sich das Arbeitsfeld immer mehr verdichtet und die Belastungen steigen.

Trotz aller Schwierigkeiten ist der Pflegeberuf ein interessanter, vielseitiger, auch in guten Zeiten zwar ein fordernder, aber gleichzeitig ein zufriedenstellender Beruf. Es offenbaren sich jedoch immer mehr, auch für die breite Öffentlichkeit, die schwierigen Rahmenbedingungen, in denen die Pflege arbeiten muss. Die Motivation mehr Menschen in die Pflege zu bringen ist zurzeit groß, der Zulauf hält sich jedoch in Grenzen. Junge Menschen haben viele Berufsmöglichkeiten, warum sollen sie einen ergreifen, von dem schon im Vorfeld bekannt ist, dass er unattraktive Arbeitsbedingungen bereithält? Wenn keine Maßnahmen gesetzt werden, diesen Trend umzukehren wird sich das, was schon seit Jahrzehnten als „Pflegenotstand“ bekannt ist, noch verschärfen.

Das Wort „Pflegenotstand“ ist schon fast zu einem stehenden Begriff geworden, lange genug ist er in den Medien präsent. Eine Erhebung der *Gesundheit Österreich GmbH* 2019 stellte fest, dass bis zum Jahr 2030 ein zusätzlicher Bedarf von 31.400 Pflegepersonen notwendig sein wird, um die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung zu decken (BMASGK 2019: S. 6). In der Zeitschrift *Österreichische Pflegezeitschrift (ÖPZ) 4/2021* des *Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)* wurde die *GuK-C19-Studie* präsentiert und hier wird bereits von rund 76.000 zusätzlichen Pflegepersonen gesprochen, die bis zum Jahr 2030 benötigt werden (Gferer 2021 in: ÖPZ S. 11). Der Pflegenotstand ist nichts Neues. Die demographische Entwicklung und die Erkenntnis, dass immer weniger junge Menschen sich um immer mehr alte werden kümmern müssen,

ist bereits seit den frühen 1990er Jahren im Fokus. Ein etwas neueres Phänomen, das unter anderem die Zahl der benötigten Pflegekräfte in den Krankenanstalten in die Höhe schnellen lässt, ist die Tatsache, dass immer mehr Menschen erst wenn sie schwerstpflegebedürftig sind und an verschiedenen Erkrankungen leiden in einem Krankenhaus aufgenommen werden müssen. Extramurale Angebote, wie Tageskliniken, ambulante Versorgung oder Primärversorgungszentren führen zu dieser Tatsache. Parallel sind immer mehr Menschen von Demenz betroffen. Heute sind wir im Jahr 2021 und die Babyboomer der 1960er Jahre marschieren mit Riesenschritten unaufhaltsam auf die Pension zu und wie beim *Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz* zu lesen ist, ein nicht unwesentlicher Teil davon in die Demenz und Pflegebedürftigkeit. „Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich 115.000 bis 130.000 Menschen mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich diese Anzahl bis zum Jahr 2050 verdoppeln und der Betreuungs- und Pflegebedarf wird somit weiter steigen“ (BMSGPK 2020). Das sind knapp 3% der Gesamtbevölkerung. Oder anders gesagt, es werden rund 260.000 Haushalte betroffen sein. Denn Demenz betrifft niemals eine Person allein, ein Beinbruch eventuell ja, Demenz nein. Im Jahr 2003 wurde vom *Ludwig-Boltzmann- Institut* eine umfangreiche Studie veröffentlicht, in der in aller Dringlichkeit auf die Situation in der Pflege aufmerksam gemacht wurde und den Verantwortlichen Lösungsstrategien vorgeschlagen wurden, wie dem sich stetig zuspitzenden Pflegemangel entgegengewirkt werden kann (Krajic et al 2003).

Dass sich die Lage trotzdem zunehmend verschärft, hat unterschiedliche Gründe. Wie bereits eingangs beschrieben, kann einer dieser Gründe in der generellen „Unsichtbarkeit“ der Pflegearbeit verortet werden, im Schweigen der Pflegekräfte selbst, ihrer Fähigkeit zur Kompensation, in ihrer Leidensfähigkeit und ihrer schlechten inneren Organisation als Berufsgruppe.

Ein weiterer, schwerwiegender Grund besteht darin, dass die Arbeit der Pflege im Sinne der Geldgeber nicht als Leistungs- sondern als Kostenfaktor gesehen wird. Auf dem *Kongress Pflege 2016* in Berlin machte der Pflegedirektor Ludgar Risse des St. Christopherus-Krankenhauses in Werne auf die Systemfehler der Krankenhausfinanzierung durch das *Diagnosis Related Groups System* aufmerksam (das auch in Österreich Anwendung findet) und konstatierte „Pflege muss ein Erlösfaktor werden“ (Risse 2016).

Und ein weiterer, nicht unwesentlicher Grund ist die Tatsache, dass es sich bei der Gesundheit um „den“ Wirtschaftsfaktor handelt. Ein Wirtschaftsfaktor dessen große Bedeutung Nikolai Kondratieff bereits in einem Artikel 1926 mit dem Titel „Die langen Wellen der Konjunktur“ voraussagte (Nefiodow 2014: S.2). „Gesundheit“ ist die Basisinnovation des 21. Jahrhunderts und somit den Marktmechanismen unterworfen.

## WARUM VERLASSEN SOVIELE DIE PFLEGE?

Warum befindet sich die Pflege in einer so prekären Lage? Wie bereits in der Einleitung dargestellt sind die Gründe dafür vielfältig. Ein Grund scheint zu sein, dass „die Pflege“ sich zu selten selbst zu Wort

meldet. Warum das so ist, bedürfte einer eigenen Abhandlung und Untersuchung. Die meisten Ausübenden jedenfalls verfügen über eine hohe Leidensfähigkeit, die sie steigende Ansprüche eine lange Zeit kompensieren lassen, im schlechtesten Fall bis zum Verlassen des Berufes. Die hohe und in jüngster Zeit bedenklich steigende Tendenz den Pflegeberuf zu verlassen, beschrieben schon Krajic et al im Jahr 2003. Ein wichtiges Indiz auf schlechte Stimmung, Überlastung oder gar Burnout ist die Anzahl derjenigen, die sich gedanklich regelmäßig mit dem Berufsausstieg beschäftigen. Auch, dass in der Gesundheits- und Krankenpflege lediglich 13% der Beschäftigten über 45 Jahre alt sind (vgl. Krajic 2003: S. 25).

#### EXKURS: STIMMT ES EIGENTLICH, DASS VIELE PFLEGEKRÄFTE ÜBERLEGEN AUS DEM BERUF AUSZUSTEIGEN?

„Bei einer Konferenz der *European Health Management Association* im Juni 2003 wurde ein Mangel an Pflegekräften in ganz Europa diagnostiziert. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass häufig mit untauglichen, veralteten Mitteln versucht wird, dagegen anzukämpfen“ (Krajic et al 2003: S. 12).

Im Jahr 2005 veröffentlichten Simon et al die *NEXT-Studie*<sup>1</sup> zum Thema Berufsausstieg aus dem Pflegeberuf. Es wurden 39.898 Pflegekräfte aus 10 Ländern befragt und ein wesentliches Ergebnis war, dass zwischen 8,8% (Niederlande) und 36,2% (Großbritannien) Pflegekräfte „mehrmals monatlich“ den Berufsausstieg erwogen (Simon et al 2005). In dieser speziellen Studie war Österreich nicht vertreten, jedoch liegen Befragungen und Studien speziell für Österreich vor (Pelikan et al. 1994; AKNÖ 1998, 1998a; Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2002; IFES 2002 etc.) die dem Trend der *Next-Studie* entsprechen. Zwei Studien aus den frühen 1990er Jahren (Meggeneder 1992, Seidl 1993, zitiert bei Pelikan et al. 1994) brachten ähnliche Ergebnisse mit einem Anteil an Personen zwischen 20 – 30% die ebenfalls einen Berufswechsel erwogen (Krajic et al 2003: S. 24).

Heuer, also im Jahr 2021, veröffentlichte die *Pflegzeitschrift des ÖGKV* die Ergebnisse einer Studie, die sich gezielt mit den Berufsausstiegtendenzen in der Pflege beschäftigte. Die Pandemie hat die ohnehin angespannte Situation zusätzlich verschärft. Die Resultate der Studie zeigen, dass 86% der Pflegekräfte sich durch die Arbeitssituation mittelmäßig bis stark belastet fühlen und als Konsequenz 64% der Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen zumindest einmal an den Ausstieg aus dem Beruf dachten. „Mit 45% denkt sogar jeder/e Zweite immer wieder an einen Berufsausstieg“ (Gferer 2021 in ÖPZ S. 16). Zusammenfassend schreiben die Autorinnen: „Die ausschlaggebenden Faktoren für den Gedanken an einen Ausstieg sind die geringe Entlohnung im Verhältnis zur geleisteten Arbeit und Verantwortung, zu wenig Wertschätzung und Anerkennung, der Personalmangel, eine zu hohe Arbeitsbelastung und eine zu hohe psychische Belastung. Es zeigt sich, dass eine hohe Identifikation mit dem Pflegeberuf besteht und ein Ausstiegsgedanke nicht mit dem Berufsbild an sich und den damit verbundenen Tätigkeiten einhergeht, sondern von den schlechten beruflichen Rahmenbedingungen geprägt ist. Die Identifikation mit dem Pflegeberuf alleine wird somit nicht mehr ausreichend sein, um das bestehende und nachkommende Personal zu halten“ (Gferer 2021 in: ÖPZ S. 16).

Der Ruf nach besseren Arbeitsbedingungen und besserer Entlohnung brachten auch die Ergebnisse einer umfangreichen *Studie Personalbedarf und -einsatz in den OÖ Krankenhäusern. Grundlagen-Herausforderungen-Entwicklungsbedarf* von Heidemarie Staflinger die im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich erstellt wurde und dies ebenfalls bereits vor der Pandemie (Staflinger 2019).

---

<sup>1</sup> Nurses` early exit study

Ich selbst arbeite seit 26 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, oder auch inklusive 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: 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, einer fremden Disziplin zugehörigen Abteilung eröffnet, die das Pflgeteam mitbetreuen muss, das jedoch nur unwesentlich durch neue Mitarbeiter\*innen verstärkt wurde. Dies hatte, neben anderen Ereignissen, zur Folge, dass innerhalb weniger Monate acht Kolleg\*innen gekündigt haben, weitere vier haben sich im Folgejahr versetzen lassen, oder ebenfalls gekündigt. Die Folge daraus wiederum ist, dass gleichzeitig viele neue (junge, unerfahrene) Kolleg\*innen eingearbeitet werden müssen, unter diesen Umständen eine Belastung für beide Seiten. Die gesetzlichen Mindeststandards 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 Pflgeteam enorm.

## WAS MACHT DEN BERUF ERSTREBENSWERT UND WAS MACHT IHN SCHWIERIG?

Grundsätzlich möchte ich sagen, dass Beste an meinem Beruf ist die Möglichkeit direkt etwas zu bewirken. Wenn ein Patient auf einer Intensivstation sichtbare Fortschritte macht, wenn aus völliger Hilflosigkeit sichtbar zunehmende Selbständigkeit wird ist das ein zufriedenstellender Befund. Wenn aus dem Liegen im Bett ein Sitzen im Bett wird, daraus wiederum ein Sitzen in einem Sessel und aus dem Sitzen ein Stehen, wissen wir, dass wir etwas richtig gemacht haben. Jede intensivmedizinische Behandlung die überflüssig wird, ist ein Sieg. Das ist es, was wir gemeinsam mit der Ärzteschaft tun und was wir auch wollen.

Um diese Fortschritte mit den und für die Patient\*innen zu erreichen brauchen wir Fachwissen, Engagement und Zeit. Und eines dieser drei Elemente wird immer knapper – die Zeit. Die Ansprüche, die von außen kommen und an die Pflege gestellt werden, kollidieren immer öfter mit den inneren Ansprüchen der Pflege an sich selbst.

Die inneren Ansprüche der Pflege an sich selbst ergeben sich aus den Anforderungen an die eigene Arbeit, deren Erfüllung einen unverzichtbaren Teil eines befriedigenden Arbeitslebens darstellt und gleichzeitig immer mit der Notwendigkeit einer korrekten Berufsausübung, die auch gesetzlich gefordert wird, einhergeht.

Die äußeren Ansprüche sind vielfältig, sie kommen neben den zu Betreuenden und deren Angehörigen auch von Berufsgruppen, mit denen die Pflege interagiert. Patient\*innen und Angehörige erwarten meist nur, dass eine „Schwester“ freundlich sein soll, die erwartete „Leistung“, die die Gesundheit

wieder herstellen oder erhalten soll, geht allgemein wahrgenommen oftmals alleinig von der Ärzteschaft aus. Andere Berufsgruppen, also Ärzteschaft, Physiotherapie, Logopädie, Reinigungskräfte, medizinisch-technische Analyse, Radiologietechnologie, u.a. formulieren hingegen konkrete Erwartungen und Ansprüche. Selbst die Technik- oder IT-Abteilungen sehen es bei Anlass gerne, wenn eine telefonische Anweisung an das Pflegepersonal ausreicht, um ein technisches Problem aus der Welt zu schaffen (Stichwort: digitale Krankenakte). Die an die Pflege herangetragenen Ansprüche sehen daher je nach Berufsgruppe, der sie sich gegenüberstellt, unterschiedlich aus.

Die Kernkompetenzen der Krankpflege sind selbst für die oben genannten Berufsgruppen oft schwer erkennbar. Sie bestehen nicht nur aus empathischem Verhalten, aus Zuhören und Erkennen von Bedürfnissen. Vielmehr ist die Krankenpflege ein äußerst komplexes Vorhaben, das viele unterschiedliche skills, also Fähigkeiten, Kompetenzen, Geschick, Konzentration, Qualitäten und Können braucht, um zum Erfolg zu führen. Eine Tatsache die für Außenstehende selten sichtbar ist. Es wird landläufig noch häufig angenommen es reicht „berufen zu sein“ damit man „es kann“.

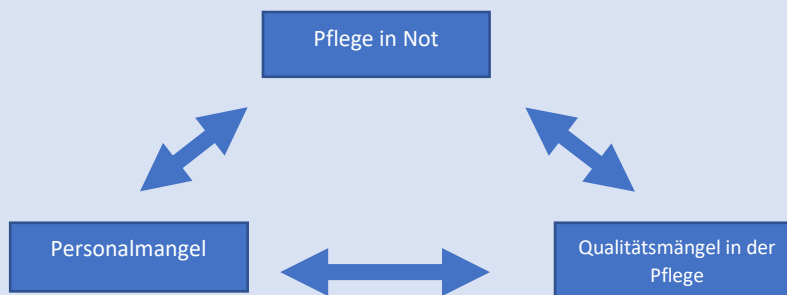
Dem steht allerdings deutlich entgegen, dass von der Pflege wie selbstverständlich erwartet wird, auch Agenden anderer Berufsgruppen zu übernehmen. Wenn es keine Turnusärzte mehr gibt, wer übernimmt Teile von deren Aufgaben? Die Pflege. Aufgaben der Physiotherapie sind in der Pflege schon lange üblich, denn Physiotherapeut\*innen sieht ein/e Patient\*in im günstigen Fall einmal am Tag und das nur Wochentags. Wer mobilisiert die Menschen den Rest der Zeit? Die Pflege. Soll ein groß angelegtes Schluckscreening durchgeführt werden (betrifft z.B. alle Schlaganfallpatient\*innen) gibt es nicht genug Logopäd\*innen. Wer soll das Schluckscreening durchführen? Die Pflege. Diese Liste könnte noch lange weitergeführt werden.

Wie dramatisch der bereits seit Jahren bestehende Pflegemangel sich auswirkt, hat aktuell Corona sichtbar gemacht. Doch nicht erst seit Corona ist bekannt, dass der Schlüssel, der festlegt wie viele Pflegekräfte pro Patient zur Verfügung stehen, sich signifikant auf die Mortalitätsrate in den Krankenanstalten auswirkt (vgl. Aiken et al 2016). Der Pflegenotstand rückt immer mehr, auch medial, in den Fokus und in das Bewusstsein der Bevölkerung. Ziel der Verantwortlichen ist es mehr Leute in die Ausbildung zu bringen, Wiedereinsteiger\*innen zur Rückkehr in die Pflege zu bewegen, Kräfte aus dem Ausland zu rekrutieren (das Problem besteht allerdings in jedem Fall europaweit, siehe Simon et al 2005), Pflegeengpässe durch Aufwertung der Pflegefachassistenz zu kompensieren, sogar die Idee eine Lehre für Pflegekräfte zu installieren wurde geboren, und das nachdem sich endlich nach langem Ringen das Studium zur Gesundheits- und Krankpflege etabliert hat. Es bleibt zu hinterfragen, ob diese Bemühungen allein ausreichen werden, den Pflegenotstand, der besser als das benannt werden sollte, was er ist, nämlich ein Fachkräftemangel, erfolgreich zu bewältigen.

Doch was heißt das eigentlich „Pflegenotstand“? Krajic et al 2003 haben versucht den Begriff zu definieren und seine Ursachen und Wirkungsweise darzustellen und konstatierten dabei drei wesentliche Problemkomponenten als „Pflegenotstand“.

## EXKURS: WAS IST DAS GENAU – PFLEGENOTSTAND?

Die bereits erwähnte Studie von Krajic et al 2003 im Auftrag des Ludwig-Boltzmann-Institut konstatierte drei wesentliche Problemkomponenten als „Pflegetnotstand“.



Die Definitionen dieser drei Komponenten sind:

- PFLEGE IN NOT: eine kollektive (d.h. sozial kommunizierte) Wahrnehmung von (ernsten) Schwierigkeiten in der Berufswirklichkeit der Pflege – Schwierigkeiten, die mit den Belastungen durch den Arbeitsinhalt, mit einer problematischen, nicht hinreichend unterstützenden Ausgestaltung der organisatorischen Rahmenbedingungen und mit ungünstigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zusammenhängen
- PFLEGEPERSONALMANGEL: messbar vor allem an Schwierigkeiten, offene Stellen adäquat zu besetzen
- QUALITÄTSMÄNGEL IN DER PFLEGE: verstanden als Differenz zwischen Erwartungen der Pflegenden und Gepflegten und tatsächlicher Realisierung in Bezug auf Qualität der Dienstleistungen / Qualität der Ergebnisse (Krajic et al 2003: S. 5).

Diese drei Komponenten stehen in unmittelbarem Zusammenhang, bilden einen Kausalring:

- Personalmangel führt zu Qualitätsmängel
- „Pflegetpersonal in Not“ führt zu Personalmangel
- Qualitätsmängel führen zu „Pflegetpersonal in Not“ – dies verstärkt wiederum den Personalmangel
- Pflegetpersonalmangel führt wieder zu „Pflegetpersonal in Not“
- Dies wiederum zu Qualitätsmängel
- Die Qualitätsmängel wiederum zu Personalmangel (vgl. Ebd.: S.17-18).



Krajic et al identifizierten die kurze Verweildauer im Beruf als eines der Hauptprobleme, das den Pflegenotstand verursacht. Die in dem vorliegenden Beitrag vorgestellten Studien kommen zum selben Resultat. Will man die pflegerische Versorgung für die österreichische Bevölkerung in der Zukunft sicherstellen, so müssen die Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte dringend verbessert werden. Stellvertretend wird hier aus dem Resümee der Studie *„Personalbedarf und -einsatz in OÖ-Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf* zitiert:

„Die Schaffung guter Rahmen- und Arbeitsbedingungen wird daher die drängendste Aufgabe für die Krankenhäuser sein“ (Staflinger et al 2019: S. 308).

Noch immer ist die größte Forderung die nach einer adäquaten Personalbedarfsberechnung, die eine veränderte Arbeitswelt und neu hinzukommende Aspekte, wie Fehlzeiten, ein neues Pflege- und Therapieverständnis, steigende Aufgaben, Demenz, Arbeit in der Nacht und am Wochenende, usw. berücksichtigt.

„Der Weg zu zusätzlichen Dienstposten wird mit den derzeitigen Berechnungsmodellen und der gelebten Praxis als langwieriger Weg beschrieben. Daraus resultieren häufig knapp berechnete Dienstposten, die den konkreten Personaleinsatz erschweren. Die Folge sind häufiges Einspringen und der Aufbau von Mehr- und Überstunden bzw. große Kontingente an kaum konsumierbaren Stunden wie z.B. Ersatzstunden für Nachtarbeit, usw. Viele Überstunden, subjektiv empfunden zu wenig Personal und zu wenig Zeit für die Arbeit und die Patienten/-innen werden von den Beschäftigten als Belastung empfunden“ (Staflinger 2019: S. 308).

Wie bisher gezeigt werden konnte, ist die Problematik des Pflegenotstandes seit langer Zeit bekannt, wir sprechen hier von Jahrzehnten. Warum tut sich die Politik so schwer daran etwas zu ändern? Oder liegt es ohnehin außerhalb ihres Machtbereiches? Um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, werfen wir einen kurzen Blick auf die Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich.

## DIE FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS IN ÖSTERREICH

Das österreichische Krankenanstaltenwesen fällt in der Grundsatzgesetzgebung in die Zuständigkeit des Bundesstaates (des Bundes), die Länder zeichnen für die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung verantwortlich.

Die beiden Grundpfeiler zur Finanzierung und Planung des Gesundheitswesens in Österreich sind das *System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)* und der *Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)*.

## DAS LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENANSTALTENFINANZIERUNGSSYSTEM (LKF)

Das LKF-System gilt seit 1997, dabei wurde von einer pauschalen Tagessatzfinanzierung umgestellt „auf ein Finanzierungssystem, das sich im Wesentlichen auf die erbrachte Leistung und die Diagnose stützt“ (Hagenbichler 2010: S.5). Genauer formuliert handelt es sich um die medizinischen Leistungen und Diagnosen.

Die Finanzierung der Spitäler erfolgt durch mehrere Geldgeber, nämlich durch die Sozialversicherungsträger, die Länder, den Bund und die Gemeinden, wobei die Sozialversicherungsträger den größten Budgetbeitrag leisten und die Gemeinden den geringsten. Dazu kommen noch privat versicherte Patient\*innen, deren Krankenversicherungen ebenfalls zu den Finanziers gezahlt werden können. Die „festgelegten öffentlichen Mittel werden auf die einzelnen Bundesländer bzw. die dort eingerichteten Landesgesundheitsfonds aufgeteilt. Die Landesgesundheitsfonds müssen so dotiert werden, dass zumindest 51% der laufenden Kosten (incl. Abschreibungen) der Krankenanstalten durch marktmäßige Umsätze im Sinne von Erlösen finanziert werden“ (ebd.: S. 9).

Die Verrechnung im LKF-System erfolgt nach leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen, nach dem *DGR-System* (*DRG = Diagnosis-related-Groups*). In diesem System werden die medizinischen Leistungen, die festgestellten Krankheiten, das Alter und die benötigten Abteilungen im Krankenhaus berücksichtigt, dies erfolgt nach einem Punktesystem, aus dem sich Fallpauschalen ergeben. Punkte werden für Zuordnungskriterien, Belagsdauerfestlegung und leistungs- und diagnoseorientierten Fallgruppen vergeben. Darüber hinaus werden Spezialbereiche (z.B. ICU) und Sonderbereiche (z.B. palliativmedizinische Einrichtungen) gesondert bepunktet.

Den Fallgruppen (genauer: leistungsorientierten Diagnosefallgruppen) werden Patient\*innen (Fälle) zugeordnet. Pro Fallgruppe wird ein bestimmter tatsächlicher Aufwand in der Krankenanstalt festgelegt, dieser setzt sich wiederum aus einer Tageskomponente und einer Leistungskomponente zusammen. „Mit der Tageskomponente werden neben den Basisleistungen insbesondere jene Aufwendungen abgegolten, die täglich im Rahmen der Versorgung des Patienten oder Patientin anfallen. Dazu gehören neben ärztlicher und pflegerischer Betreuung beispielsweise auch die Medikamententherapie“ (ebd.: S. 29). Dabei wird nach medizinischen Einzelleistungen (MEL) oder nach als Hauptdiagnosen codierbaren Diagnosen (HDG) vorgegangen (vgl. ebd.: S. 25-27). Weiters wird jeder Diagnosefallgruppe eine Belagsober- und untergrenze, ein Belagsmittelwert und ein Wert für den minimalen Belagsdauerzuschlag zugeordnet. Wobei bei Überschreitung der Belagsobergrenze der tägliche Zuschlag bei Andauern der Belegung abnimmt, bis er einen Minimalwert erreicht, der dann täglich zugeschlagen wird (vgl. ebd.: S.29).

Das LKF-System wird jährlich gewartet, dabei werden Änderungen, Umstellungen, Adaptionen und Aktualisierungen vorgenommen. Eine Anforderung an die Entwickler des LKF-Systems ist es „alle Leistungsbereiche umfassend abzubilden“ (ebd.: S. 18). Vorgenommen wird die Wartung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur von einem interdisziplinären Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Statistik und IT (vgl. ebd.: S.18).

Vorschläge zur Änderung und Ergänzung in den bestehenden Leistungskatalog können von den Krankenanstalten oder deren Trägern jährlich eingebracht werden. Es müssen jedoch bestimmte Kriterien erfüllt sein, um eine Aufnahme in den Leistungskatalog zu erreichen. Dazu gehören, dass die

Leistung neu (entwickelt) bzw. zur Abbildung des medizinischen Fortschritts erforderlich sein müssen. Die Leistung muss fachlich etabliert sein. Es müssen adäquate wissenschaftliche Evidenzen vorliegen. Eine strenge medizinische Indikation, eine klare Definition und eine Abgrenzung zu anderen Leistungspositionen müssen gegeben sein. Und last but not least muss die Leistung von ökonomischer Relevanz sein (vgl. ebd.: S. 19). Für eine Aufnahme in den Leistungskatalog müssen alle Kriterien erfüllt sein.

Das erklärte Ziel des LKF-Systems ist die Kostenreduktion, die Belagsdauern zu reduzieren, Transparenz zu steigern und einen Strukturwandel durch die Fallpauschalen herbeizuführen (vgl. ebd.: S.23).

Wer ist für die Ausgestaltung des LKF-Modells zuständig? Es ist die *Bundesgesundheitskommission (BGK)* als Organ der *Bundesgesundheitsagentur (BGA)*. Ihr gehören „Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der österreichischen Sozialversicherungsträger, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer sowie einige weitere, nicht stimmberechtigte Mitglieder an“ (ebd.: S.14).

Aus diesen Erläuterungen ergibt sich nun, dass die Pflege keine eigene Berücksichtigung in der Finanzierung findet. Sie ist in der „Tageskomponente“ enthalten. Eine Steigerung des pflegerischen Aufwandes durch immer mehr mehrfach belastete Patient\*innen<sup>2</sup> findet hier ebenfalls keine Berücksichtigung, da nur „neu entwickelte“ Leistungen mit einer „strengen medizinischen Indikation“ Aufnahme in den Leistungskatalog erfahren.

## ÖSTERREICHISCHER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (ÖSG)

Inhalt und Aufgabe des *Österreichischen Strukturplanes Gesundheit* ist auf der Webseite des *Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz* nachzulesen. Dort findet man folgende Erklärung: „Der ÖSG enthält Planungsaussagen für ausgewählte Bereiche der ambulanten und der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte. Die Qualitätskriterien im ÖSG zielen darauf ab, in den verschiedenen Versorgungsstrukturen österreichweit gleiche Versorgungsstandards zu erreichen. Mit dem ÖSG wird sichergestellt, dass Gesundheitsversorgung in ganz Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar ist und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten wird“ (BMSGPK Webseite).

Die für die einzelnen Abteilungen angegebenen Personalschlüssel sind im ÖSG als Mindeststandards definiert, werden jedoch von den einzelnen Trägern als Ist-Standards interpretiert.

## DIE SCHWÄCHEN DES DRG SYSTEMS

In Österreich ist das *Diagnoses-related-Groups System (DRG)* seit 1997 im Einsatz. In Deutschland wurde es 2003 eingeführt. Auf dem *Kongress Pflege* im Jahr 2016 in Berlin übte Ludger Risse,

---

<sup>2</sup> Durch die immer stärker präsenten Gesundheitsangebote, außerhalb der Krankenhäuser, wie Tageskliniken oder ambulante Versorgung, zeigen die Patient\*innen, die tatsächlich zur stationären Versorgung aufgenommen werden, immer komplexere Krankheitszustände und größeren Pflegebedarf.

Pflegedirektor am St. Christopherus-Krankenhaus in Werne, Deutschland, Kritik am DRG System. Er konstatierte sechs Systemfehler, die dem DRG System immanent sind. Im Folgenden ein wörtlicher Auszug aus dem Artikel „Krankenhausfinanzierung: Pflege muss ein Erlösfaktor werden“ in der Pflegezeitschrift *Heilberufe*. Die konkreten Zahlen im folgenden Text beziehen sich auf Deutschland.

„**Systemfehler Nr. 1:** Das System ist nahezu ausschließlich an die medizinische Leistung gekoppelt.

**Systemfehler Nr. 2:** Das System impliziert somit, dass der Arzt das Geld in das Haus bringt. Pflege ist zwar unverzichtbar, aber sie ist ein Kostenfaktor. Wie gut die Pflege geleistet wird, erfährt finanziell keine Berücksichtigung. Je weniger Personaleinsatz, umso geringer das Defizit der Kliniken beziehungsweise umso besser das finanzielle Ergebnis.

Das ist noch nicht alles: 1993 wurde die Pflege Personal Regelung (PPR) eingeführt, ein System, das anhand von Bedarfskriterien und Pflegeleistungen zu einer Soll-Berechnung des Pflegepersonals führte. Das System war umstritten, führte aber zu einem nachvollziehbaren Anstieg des Pflegepersonals, der aber insgesamt höher ausfiel als politisch zuvor kalkuliert worden war. Deswegen wurde die PPR auf 87,5% Wirksamkeit begrenzt. 1994 wurde politisch entschieden: Der Pflegebedarf der Patienten ist minutengenau bekannt, dafür wird dann 87,5% Personal zur Verfügung gestellt. Um die Kosten im Gesundheitswesen, speziell im Krankenhaus, nicht weiter steigen zu lassen, wurde die PPR 1996 ausgesetzt und 1997 durch das GKV-Neuordnungsgesetz endgültig außer Kraft gesetzt. Die Vorbereitung auf das DRG-System führte dann nachweislich zu weiterem Pflegepersonalabbau. Insbesondere die Häuser mit höheren Fallkosten befürchteten mit dem Scharfschalten der G-DRG ein akutes Defizit<sup>3</sup>.

**Systemfehler 3:** Die Pflege ist mit maximal 87,5% des errechneten Personalbedarfes, und vielfach sogar noch darunter, in das DRG System gestartet.

Das System DRG kalkuliert die IST-Kosten und errechnet daraus den Erlös für die jeweilige DRG. Daraus ergibt sich folgender Effekt: Die Pflegeleistungen werden mit dem vorhandenen Personal erbracht und kalkuliert. Wird das Personal reduziert, findet sich im Folgejahr ein niedrigerer Kostenansatz für Pflege in der DRG. Kommen Tarifsteigerungen hinzu, ist die Pflege nicht mehr zu finanzieren. Folge: Pflege muss weiter reduziert werden. Da sich zwischen der Anhebung der Basisfallwerte und der Tarifsteigerung nahezu immer eine negative Differenz ergibt, ist dieser Trend seit 2003 kontinuierlich zu beobachten.

**Systemfehler Nr. 4:** Die Pflege erlebt den Kellertreppeneffekt. Verantwortlich ist u.a. der unzureichende Ausgleich für Tarifsteigerungen.

Soweit es den Häusern möglich ist, versuchen sie die beschriebene Tarifschere auszugleichen, indem sie möglichst höhere Fallzahlen erreichen. Dafür müssen aber Mehrleistungsabschläge hingenommen werden, also 35% der Mehrerlöse sind zurückzugeben. Grundsätzlich ein seltsames System, das uns zum nächsten Defizit führt.

**Systemfehler Nr. 5:** Es werden mehr Patienten behandelt. Dafür gibt es im günstigsten Fall im Folgejahr Personalanpassungen – der Mehrleistungsabschlag verursacht diese Situation. Zusätzlich greift hier wieder der Kellertreppeneffekt, denn mehr Patienten mit gleichem Personal bedeutet geringerer Aufwand innerhalb des einzelnen Falles. Passiert das in den so

---

<sup>3</sup> Kritisches zur PPR aus Österreich ist auf dem AGKP Blog nachzulesen

Link: <https://wir-brauchen-pflege.at/warum-die-ppr-und-ppr-2-0-problematisch-sind/#:~:text=Die%20PPR%20wird%20in%20C3%96sterreich,desto%20h%C3%B6her%20ist%20die%20Pflegeintensit%C3%A4t.>

A4t.

genannten Kalkulationshäusern<sup>4</sup>, wird die entsprechende DRG in der Folge abgewertet. Mit der Einführung des DRG-Systems bewegen sich die Krankenhäuser in einem komplexen System von 13.440 Diagnosen und 29.203 Prozeduren. Die Kombinationen ergeben die entsprechende DRG. Selbst wenige Beatmungsstunden oder Milligramm hochwirksamer Medikamente können erlösentscheidend wirken. Um diese Systeme halbwegs zu beherrschen, haben die Krankenhäuser erheblich in die EDV und in das Medizincontrolling investieren müssen. Auf rund 13.500 Stellen beschäftigen sich Mitarbeiter auf der Krankenseite als Kodierer/in oder Controller mit der korrekten und besten Verschlüsselung. Man darf annehmen, dass es die gleiche Zahl an Stellen bei den Krankenkassen gibt. Für die Krankenhäuser bedeutet das einen Mehraufwand in einem gedeckelten System. Es sind also Kosten, die irgendwo eingespart werden müssen.

**Systemfehler Nr. 6:** Die Häuser müssen Kosten, die allein durch die Verwaltung des DRG Systems entstehen, irgendwie aufbringen. Es ist anzunehmen, dass der größte Personalkostenfaktor Pflege hier einen deutlichen Beitrag geleistet hat“ (Risse 2016 in Heilberufe S.49f).

Obwohl sich die konkreten Zahlen in Risses Text auf Deutschland beziehen, kann man davon ausgehen, dass sich die Mechanismen auch auf Österreich beziehen lassen, da es sich um das gleiche DRG System handelt.

Risse stellt in seinem Artikel weiter fest, dass das DRG System in Deutschland zu einem Abbau des Pflegepersonals um zehn Prozent, in einem Zeitraum von 1995 bis 2013 geführt hat, wohingegen die Anzahl der Arzt-Vollzeitkräfte um 26.6% gestiegen ist. Als Hauptverlierer dabei sieht Risse vor allem die Patient\*innen, besonders jene, „die betagt, vielleicht mit einer Vielzahl von Erkrankungen schwerstpflegebedürftig sind. Diese besonders aufwändige Patientengruppe dürfte etwa bei 25% liegen“ (ebd.: S. 50).

Um die Berufsfucht zu beenden und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen stellt Risse fest, dass innerhalb des DRG Systems auch für die Pflege gelten muss, was bisher nur für die medizinische Leistung gegolten hat, „ein höherer Pflegebedarf führt zu einer höheren Vergütung. Dieser Erlös steht zweckgebunden der Pflege zur Verfügung“ (ebd.: S. 51). Dazu entwickelte er auch konkrete Vorschläge wie die Leistungen der Pflege in das DRG System eingebunden werden können.

Risses Ausführungen zeigen, dass die Situation, in der sich die Pflege befindet, konkrete Ursachen hat. Wer in einem marktorientierten System keinen „Wert“ hat, stellt einen Kostenfaktor dar. Und die Logik des Marktes sagt, dass Kosten einzusparen sind. Doch warum ist das Gesundheitssystem marktorientiert? Ist ein funktionierendes Gesundheitssystem nicht allein eine gesellschaftspolitische Aufgabe, die sich insbesondere jede reiche westliche Gesellschaft einfach leisten muss? Eine kurze Erklärung wie es zur Entwicklung des Marktes „Gesundheit“ gekommen ist, bildet den Abschluss der vorliegenden Ausführungen. Vorlage für die folgenden Erläuterungen sind die Bücher von Leo Nefiodow „Der sechste Kondratieff“ (Nefiodow 2001, 2014).

---

<sup>4</sup> Dabei handelt es sich um bestimmte definierte Krankenhäuser, deren Daten als Basis für die allgemein gültige Bewertung der Diagnosen und Prozeduren durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dienen.

## DER SECHSTE KONDRATIEFF

In den 1920er Jahren zeichnete der russische Wissenschaftler Nikolai Kondratieff die wirtschaftliche Entwicklung Westeuropas und der USA in einem Artikel mit dem Titel „Die langen Wellen der Konjunktur“, die später von dem Ökonomen Joseph Schumpeter als „Theorie der langen Wellen“ oder „Kondratieffzyklen“ bezeichnet wurde.

Kurz erklärt sind Kondratieffzyklen Langzeitzyklen, die im Wesentlichen eine Wertschöpfungskette beschreiben, die weit über ein ökonomisches Phänomen hinausgeht. Vielmehr kommt es zu einer Reorganisation der gesamten Gesellschaft. Verständlich wird diese Aussage, wenn man die einzelnen Zyklen betrachtet.

Grundlegend ist die Tatsache, dass jeder Zyklus von einer Basisinnovation ausgelöst wird.

So beginnt der erste Zyklus mit Erfindung der Dampfmaschine, sie leitete den Übergang von einer Agrargesellschaft zu einer Industriegesellschaft ein. Im zweiten Zyklus stellt der Stahl die Basisinnovation dar. Er machte die Eisenbahn möglich und somit eine unglaubliche Erweiterung der Infrastruktur und Handelsmöglichkeiten. Die Massenproduktion setzte ein. Im dritten Kondratieffzyklus war die Elektrizität und die Chemie die treibende Kraft, im vierten das Automobil, die petrochemische Energie und der Individualverkehr, im fünften Kondratieff sind wir bereits in den 1970er Jahren angekommen und hier ist die neue Basisinnovation die Information, genauer die Informationstechnik. Der im Jahr 1972 erschienene Bericht des *Club of Rome* „On the Limits of Growth“ löste ein entscheidendes Umdenken aus. Ein weiteres Vorantreiben des Rohstoff- und Energieverbrauches droht die Umwelt endgültig zu überfordern. Als Konsequenz übernahm die Informationstechnik die Führungsrolle in der Wirtschaft. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Basisinnovationen auch außerhalb von Energie und Rohstoffen, diese Führungsrolle innehaben können (vgl. Nefiodow 2001: S. 10). Worin würde aus damaliger Sicht nun die Basisinnovation des sechsten Kondratieff bestehen? Nefiodow gibt als Antwort: „Will man eine Basisinnovation frühzeitig und zuverlässig erkennen, dann muss man dort hinschauen, wo sie real existiert: auf den Markt und in der Gesellschaft“ (ebd. S. 83).

Er identifiziert drei wichtige Indikatoren, die eine Innovation zu einer Basisinnovation machen können:

1. Wieviel wird in einen Bereich an Forschung- und Entwicklungsaufwand gesteckt?
2. Eine Basisinnovation „muss über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten eine wesentlich höhere Wachstumsrate besitzen als die älteren Branchen der Wirtschaft“
3. „Eine Basisinnovation muss in wenigen Jahrzehnten einen Umsatz erreichen, der sie an die Spitze der Wirtschaftsbranchen bringt und sie in die Lage versetzt, aufgrund ihres Volumens und ihrer überdurchschnittlichen Wachstumsraten die gesamte Wirtschaft in eine längere Phase der Prosperität zu führen. Dies nannte Schumpeter den „Bandwaggon – Effekt“, die Basisinnovation als Lokomotive für alle anderen Branchen der Wirtschaft – die Waggons – in eine Aufwärtsentwicklung“ (ebd.: S. 83)

Für den sechsten Kondratieffzyklus kamen für Nefiodow 2001 fünf Kandidaten in Frage, die diese Eigenschaft mit sich bringen konnten:

Information – Umwelt – Biotechnologie - Optische Technologie (einschließlich Solartechnik)  
und Gesundheit

Während Nefiodow in der fünften Auflage seines Buches die oben angeführten Kandidaten noch als Möglichkeiten vorstellte, findet sich in der siebten Auflage 2014 und auf der Homepage [www.kondratieff.net](http://www.kondratieff.net) vom Jahr 2020 bereits eine eindeutige Zuordnung – Megamarkt Gesundheit.

„Der Gesundheitsmarkt gehört zu den größten Branchen der Welt. Die Gesundheitsausgaben in den USA lagen in Jahr 2017 bei rund 3.500 Milliarden US-Dollar – das waren 17,9 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). 1965 lag der Anteil noch 5.9 %. Der allergrößte Teil ging in den traditionellen Gesundheitssektor [...]. Im Jahr 2024 wird der Gesundheitssektor nach einer Studie des US-Bureau of Labor Statistics der größte Arbeitgeber der USA sein“ (<https://www.kondratieff.net/der-sechste-kondratieff> dl 19.08.2021).

Zu diesem Markt gehören neben dem traditionellen Gesundheitssektor, also Medizintechnik, Pharmaindustrie, Krankendienste, Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Krankenkassen, Krankenversicherungen, Apotheker, öffentliche Gesundheitsdienste, Pflegeeinrichtungen, Kurbetriebe/Sanatorien, usw. auch ein neu aufkommender Gesundheitssektor, dem Biotechnologie, Naturheilverfahren, Naturwaren, Naturkost, Komplementäre/alternative Medizin, Homöopathie u.a., aber auch Umweltschutz und Landwirtschaft und Ernährung zuzurechnen sind.

## DIE GUTEN NACHRICHTEN FÜR DIE PFLEGE

Studien aus der Schweiz und aus den USA zeigen, dass Pflege nicht wie bisher von den Verantwortlichen angenommen ein Kostenfaktor ist, sondern im Gegenteil ausreichend qualifizierte Pflege Geld einspart.

Die *Studie Intercare*, in der Daten des Bundesamtes für Statistik in der Schweiz analysiert wurden (Simon et al 2021) belegt, „dass mit einer besseren Personalausstattung, insbesondere einem höheren Anteil an diplomierten Pflegefachpersonen in den Akutspitälern, jährlich mehrere hundert Millionen Franken gespart werden können. Die *Studie Intercare* ermittelte in der stationären und ambulanten Langzeitpflege ein Sparpotenzial von 1.5 Milliarden Franken (rund 1.4 Milliarden Euro): Denn 42 Prozent der Spitalweisungen wären vermeidbar, wenn mehr qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden wäre“ (Carmenzid 2020 in: Krankenpflege, S. 12).

Auch aus Australien kommen gleiche Nachrichten. Ein Wissenschaftsteam konnte in der *Studie Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals* nachweisen, dass ein

Mindestpflegepersonalschlüssel nicht nur die Todesraten unter den Patienten senkte, sondern auch eine enorme Kosteneinsparung darstellt. Es wurden Daten von Krankenhäusern, die einem Mindestpersonalschlüssel ausgestattet waren, verglichen mit Daten von Krankenhäusern, die dieser Quotenregelung nicht unterworfen waren. Die Ergebnisse waren eindeutig, weniger Sterbefälle bei den Patienten, kürzere Krankenhausaufenthalte und eine geringere Wiedereinweisungsquote. Darüber hinaus waren die Einsparungen, die dadurch entstanden, doppelt so hoch wie die Kosten für das zusätzliche Personal (McHugh 2021).

Dass adäquate Pflege die Kosten senkt, wurde mit diesen beiden Studien belegt, dass sie Leben rettet, ist schon seit Florence Nightingale bekannt. Ihr Engagement in der Neuorganisation der Pflege, trotz massiven Widerstandes der Ärzteschaft, im Krimkrieg in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, senkte die Todesrate unter den Soldaten von 42% auf nur 2% (gesundheit.de).

## FAZIT

Es besteht dringender Handlungsbedarf. Der Fachkräftemangel in der Pflege ist da und Corona hat die Situation weiter verschärft. Das Pflegepersonal ermüdet zunehmend und jede Kündigung bedeutet für die Zurückgebliebenen eine weitere Zuspitzung der Lage. Natürlich kann man fragen, warum die Pflegekräfte bevor sie kündigen, nicht in Streik treten, um auf ihre Lage aufmerksam zu machen. Dazu muss berücksichtigt werden, wer einen Pflegeberuf ergreift. Der Profession ist immanent für andere da zu sein, eine Art professioneller Altruismus mit der Nebenwirkung für die eigenen Bedürfnisse taub zu werden. In der Konsequenz nehmen zu viele, zu lange auf Patient\*innen und Kolleg\*innen Rücksicht, machen immer wieder Überstunden, springen für kranke Kolleg\*innen ein um die Versorgung der Patient\*innen nicht zu gefährden, ohne dabei die Langzeitfolgen im Blick zu haben. Nämlich die, dass auch die eigenen Kräfte sich erschöpfen und der Tag kommt, an dem nicht mehr kompensiert werden kann. Ein Altruismus, der von den Verantwortlichen schamlos ausgenutzt wird, mit dem im wahrsten Sinne „gerechnet“ wird. Diese Tatsache und die Sprachlosigkeit der Pflegekräfte, die Unfähigkeit die eigene Misere zu benennen und auch laut auszusprechen und die schlechte innere Organisation einer ganzen Berufsgruppe hat zur Folge, dass viele entweder krank werden und/oder den Beruf verlassen.

Es bedarf unbedingt einer Aufwertung der Pflege. Die Medizin in der westlichen Welt ist hochtechnisiert und bringt ein immer differenziertes Spezialistentum hervor, doch gilt dies nicht nur für die Mediziner\*innen. Auch die Pflege muss in der speziellen Versorgung Schritt halten, der universelle Einsatz einer Pflegeperson in verschiedensten Bereichen, wie er möglicherweise vor hundert Jahren noch möglich war, ist nicht nur unmöglich, er ist für die Patient\*innen sogar gefährlich. Eine Aufwertung würde sich also darin äußern, dass das Spezialistentum der Pflegekräfte anerkannt und sich der Einsatz dieser Fachkräfte in einem entsprechend ausreichenden Personalschlüssel spiegelt. Dazu wäre notwendig, nicht mehr nur die medizinischen Leistungen in die Finanzierung einzubeziehen, sondern der Pflegearbeit sichtbar und verrechenbar zu machen. Es wäre also auch notwendig, nicht mehr von einem „Pflegetotstand“ zu sprechen, sondern es als das zu benennen was es tatsächlich ist, nämlich ein Fachkräftemangel.



Wie unerlässlich und lebensrettend die Arbeit der Pflege tatsächlich ist, zeigen die Studien über den unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Einsatz einer ausreichenden oder ungenügenden Anzahl von Pflegepersonen und verlängerten Krankenhausaufenthalten, den vermehrten Wiedereinweisungen und nicht zuletzt den Todesraten unter den Patient\*innen. Der Fachkräftemangel in der Pflege betrifft also nicht nur die Pflegepersonen und somit eine Berufsgruppe, sondern vor allem die Gepflegten, die durch den Pflegenotstand gefährdet werden.

Die „Lösungen“ wie sie bisher gehandhabt wurden, um die Pflegeversorgung in den Spitälern aufrecht zu erhalten, nämlich, wie auch bei Staflinger et al beschrieben, Urlaube nicht vollständig zu gewähren oder Nachtausgleichstunden am Dienstplan nicht einzuteilen sondern auf Stundenkonten anzuhäufen, fortschreitende Arbeitsverdichtung in Kauf zu nehmen, keine Strategien zu entwickeln Pflegepersonal im Beruf zu halten, oder Pflegepersonen innerhalb des eigenen Hauses zu versetzen, immer dorthin, wo sich gerade die größte Personalnot auftut, sind auf Dauer keine Lösungen. Es ist hoch an der Zeit, dass die Politik, die wie oben gezeigt werden konnte, als Gesetz- und Geldgeberin verantwortlich zeichnet, handelt.

Die Pflege befindet sich zurzeit noch in der Rolle als Systemerhalter\*in die ein System stützt, in dem sie als Kostenfaktor wahrgenommen wird. Die Pflege als Leistungs- und Erlösfaktor zu etablieren, macht nicht nur menschlich, sondern wie die beiden vorgestellten Studien von Prof. Dr. Michael Simon und Prof. Dr. Matthew McHugh zeigen, auch ökonomisch großen Sinn.

## QUELLEN

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter et al.: «Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care», in: «BMJ Quality & Safety», November 2016.

AKNÖ Arbeiterkammer NÖ (1998, o.J.): Zwischen Frust und Erfüllung. Pflegeberufe am Prüfstand. In: Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflagenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig- Boltzmann- Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

AKNÖ Arbeiterkammer NÖ (1998a, o.J.): Pflege leicht? Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege und Betreuung unter der Lupe. In: Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflagenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig- Boltzmann- Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> DI 10.09.2021

Camenzind, Martina (2020). Die Beweise liegen auf dem Tisch: Pflege spart Milliarden. Krankenpflege | Soins infirmiers | Cure infirmieristiche. Ausgabe 9/2020. Seite 12-17

[https://www.sbk.ch/files/sbk/archiv\\_zeitschrift/opendocs/2009\\_DE\\_Titelthema\\_Simon\\_komplett.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/archiv_zeitschrift/opendocs/2009_DE_Titelthema_Simon_komplett.pdf) DI 10.09.2021

Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (2002): Situation des Pflegepersonals. Wien. In: Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflagenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig- Boltzmann- Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

Gesundheit Österreich GmbH (2019). Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien. Seite 38. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722> DI 10.09.2021

Gesundheit.de. <https://www.gesundheit.de/wissen/haetten-sie-es-gewusst/persoenlichkeiten-der-medizin/wer-war-florence-nightingale> dl 13.09.2021

Gferer, Alexandra; Gferer Natali (2021). GuK-C19-Studie. Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen während der COVID-19-Pandemie in Österreich. Arbeitssituation und Gedanken an einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf In: Österreichische Pflegezeitschrift. Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes. 4/2021, 74. Jahrgang, S.11-16

Hagenbichler, Edgar Dr. (2010). Bundesministerium für Gesundheit. Das österreichische LKF-System. [file:///C:/Users/User/Downloads/LKF-Brosch%C3%BCre\\_BMG\\_2010\\_NACHDRUCK\\_2011\\_20200124%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/LKF-Brosch%C3%BCre_BMG_2010_NACHDRUCK_2011_20200124%20(9).pdf) dl 26.08.2021

Hasselhorn, H.-M., Müller, B., Tackenberg, P. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. U15 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden.

IFES (2002): MitarbeiterInnenzufriedenheit im Wiener KAV: Unveröffentlichte Umfrage. In: Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig- Boltzmann- Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

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

Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. 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](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 10.09.2021

McHugh, Matthew D; Aiken, Linda H; Sloane, Douglas M; Windsor, Carol; Douglas, Clint; Yates, Patsy (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. Lancet 2021; Vol 397 page 1905–13  
<https://enfermeriatv.es/wp-content/uploads/2021/05/piis0140673621007686.pdf> dl 09.09.2021

Nefiodow, Leo 2020. Der sechste Kondratieff. Die neue, lange Welle der Weltwirtschaft.  
<https://www.kondratieff.net/der-sechste-kondratieff> dl 19.08.2021

Nefiodow, Leo A. (2001). Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. 5. überarbeitete Auflage. Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag

Nefiodow, Leo A.; Nefiodow, Simone (2014). Der sechste Kondratieff: Die neue, lange Welle der Wirtschaft. 7. überarbeitete Auflage, Sankt Augustin

Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012.  
[https://www.oegari.at/web\\_files/dateiarchiv/editor/oesterr\\_strukturplan\\_gesundheit\\_2012\\_1.pdf](https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/oesterr_strukturplan_gesundheit_2012_1.pdf) dl 26.08.2021

Pelikan, J.M.; Krajic, K., Lobnig, H., Grundböck, A. (1994): Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus. Ein Literaturbericht. Wien. (gesundeskrankenhaus/8) In: Krajic, Dr. Karl; Nowak Mag. Peter; Vyslouzil, Mag.Dr. Monika (2003). Pflegenotstand in Österreich? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Ludwig- Boltzmann- Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien

Risse, Ludgar (2016). DRG und Pflege – eine kritische Bilanz. Krankenhausfinanzierung: Pflege muss ein Erlösfaktor werden. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin. Ausgabe 1 / 2016. Seite 49-51

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher A.; Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal.  
[https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204\\_Auswertung\\_der\\_ersten\\_Befragung\\_der\\_NEXT-Studie\\_in\\_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf) dl 10.09.2021

Simon, Michael; Zúñiga, Franziska (2021). Pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen: Verbesserung der interprofessionellen Pflege für bessere Bewohnerergebnisse – INTERCARE  
Staflinger, Heidemarie; Hötzing, Sophie; Winkler, Martina; Feichtl, Michaela; Müller-Wipperfürth, Stephanie; Arbeiterkammer OÖ (2019). Personalbedarf und -einsatz in den OÖ. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht. Linz.

Statistik Austria (2019). Nichtärztliches Gesundheitspersonal 2019 in Krankenanstalten nach Geschlecht.  
[file:///C:/Users/User/Downloads/nichtaerztliches\\_gesundheitspersonal\\_2019\\_in\\_krankenanstalten\\_nach\\_geschlecht%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/nichtaerztliches_gesundheitspersonal_2019_in_krankenanstalten_nach_geschlecht%20(4).pdf) dl 26.08.2021

## ABKÜRZUNGEN

BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit Konsumentenschutz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
DRG	Diagnosis-related-Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HDG	Hauptdiagnosen
ICU	Intensiv Care Unit
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MEL	Medizinische Einzelleistung
NEXT-Studie	Nurses` early exit study
NÖ	Niederösterreich
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
OÖ	Oberösterreich
ÖPZ	Österreichische Pflegezeitschrift
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PPR	Pflege Personal Regelung