

Pflegenotstand in Österreich?

**Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit
einem Schwerpunkt auf Entwicklung der
Arbeitsbedingungen des diplomierten
Pflegepersonals**

November 2003



Pflegenotstand in Österreich?

**Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die
Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB**

November 2003

s t a b

des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Projektleitung

Dr. Karl Krajic, Mag. Peter Nowak

Wissenschaftliche Mitarbeit

Dr. Karl Krajic

Mag. Peter Nowak

Mag Dr. Monika Vyslouzil

Wissenschaftliche Beratung

Univ.Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan

Mag. Bea Kendlbacher

Assistenz

Gabriele Bocek

Johanna Bower

Marlies Presser

Thomas Stidl

Technische Herstellung

Gabriele Bocek

Hermann Schmied

AutorInnen des Berichts

Dr. Karl Krajic

Mag. Dr. Monika Vyslouzil

Mag. Peter Nowak

Fachbeirat

Dr. Günter Flemmich

Johann Hable

Monika Mauerhofer

Gerda Mostbauer

Mag. Walter Nöstlinger

Karl Preterebner

Mag. Waltraud Schwarz

Inhalt

1	Zusammenfassung	5
1.1	Zum Gutachten.....	5
1.2	Pflegenotstand – Ergebnis der Verknüpfung mehrerer Komponenten	5
1.3	Zum Status quo von „Pflegenotstand“ in Österreich.....	6
1.4	Faktoren, die eine kurze Berufsverweildauer fördern und damit einen zentralen Beitrag zum „Pflegenotstand“ leisten.....	7
1.5	Strategieempfehlungen	8
2	Einleitung	11
3	Was kann Pflegenotstand bedeuten? Ein Definitionsversuch	15
4	Status Quo und Prognosen der zukünftigen Entwicklung in Österreich	19
4.1	Belege für Personalmangel im Pflegeberuf in Österreich.....	19
4.1.1	Indikatoren für Personalmangel im Pflegebereich in Österreich.....	19
4.1.2	Hinweise auf zukünftigen Personalmangel	21
4.2	Belege für Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung	23
4.3	Belege für „Pflegepersonal in Not“	24
4.3.1	Österreichische Studien zu Arbeitszufriedenheit, wahrgenommene Belastungen und Ressourcen.....	24
4.3.2	Kurze Berufsverweildauer als Indikator für Probleme	24
4.4	Zusammenfassende Einschätzung der Situation	26
5	Relevante Faktoren für eine kurze Berufsverweildauer als wesentlicher Beitrag zu einem „Pflegenotstand“	28
5.1	Spezifische Belastungen aus der Art der Tätigkeit.....	28
5.2	Organisatorische Rahmenbedingungen der Arbeit	29
5.3	Gesellschaftliche Einflüsse	32
6	Strategieempfehlungen	35
6.1	Maßnahmen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen	36
6.1.1	Investition in das Führungspersonal der Pflege	36
6.1.2	Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der MitarbeiterInnen	38
6.1.3	Personaleinsatz: Maßnahmen zur Erhöhung der Berufszufriedenheit	40
6.1.4	Spezifische Unterstützung bei besonderen Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und fringe benefits	42
6.2	Maßnahmen zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.....	43
6.3	Integrierte Strategien	44
6.3.1	Veränderung der Pflegeorganisation in Richtung „Primary Nursing“	45
6.3.2	Modell Magnetspital.....	46
6.3.3	Gesundheitsförderung	47
6.4	Erhöhung des Wiedereinstiegs.....	49
6.5	Maßnahmen zur Verbesserung des Berufszugangs	50
7	Literatur	51

1 Zusammenfassung

1.1 Zum Gutachten

Gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe des ÖGB erstellte das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie zwischen Mai und Oktober 2003 ein wissenschaftliches Gutachten zum Thema „Pflegerotstand in Österreich? - Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals“.

Ziel des Gutachtens war es, konkrete Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf einen „Pflegerotstand“ in Österreich herauszuarbeiten. Diese Vorschläge basieren auf wissenschaftlichem Wissen, das in österreichischer und internationaler Literatur publiziert vorliegt bzw. auf einer Situationsdiagnose, die verfügbare österreichische Daten verwendet. Es wurden jedoch keine neuen Datenerhebungen durchgeführt und auch keine spezifischen Fallstudien (z.B. zu aktuellen „Skandalen“) erstellt.

1.2 Pflegerotstand – Ergebnis der Verknüpfung mehrerer Komponenten

In einem ersten Schritt wird ein ausformuliertes Konzept von „Pflegerotstand“ entwickelt, das an den aktuellen Gebrauch in berufsinternen und gesundheitspolitischen Diskussionen anschließt.

„Pflegerotstand“ ist zwar auch ein politischer Kampfbegriff, mit dem Interessensvertretungen Politik machen, aber diese Selbstbeschreibung der Pflege ist ernst zu nehmen: Schwierigkeiten scheinen in den letzten Jahren verstärkt aufzutreten, und zwar nicht nur in Österreich sondern in ganz Europa und in Nordamerika. Die Europäische Kommission hat dazu ein großes wissenschaftliches Projekt in 10 Ländern beauftragt. NEXT, die Nurses' early exit-Studie, läuft seit 2002.

Zusammenfassend kann „Pflegerotstand“ als Verknüpfung von drei wesentlichen Problemkomponenten verstanden werden:

- 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 die Qualität der Dienstleistungen / Qualität der Ergebnisse
- „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.

1.3 Zum Status quo von „Pflegernotstand“ in Österreich

Personalmangel: Im Langzeitbereich (stationär und mobil) gibt es klare Hinweise auf Personalmangel. Es gibt viele unbesetzte Stellen, und zwar vor allem im extramuralen Bereich (mobile Dienste) und im Bereich der stationären Pflege (Pflegeheim) bzw. Altenbetreuung. Quantitative Schätzungen des Fehlbestands schwanken zwischen ca. 1400 und 6500 Vollzeitäquivalenten in Österreich – auf jeden Fall eine beträchtliche Zahl. Darüber hinaus wird auch über große Probleme berichtet, diese Stellen adäquat zu besetzen.

Für den Bereich der stationären Akutversorgung (Krankenhaus) konnten derartige Probleme (noch) nicht dokumentiert werden, obwohl es ganz aktuell und regional einzelne Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Personalbesetzung gibt. Eine wichtige Rolle für die Personalknappheit im Langzeitbereich spielt ohne Zweifel die starke Personalnachfrage des Akutsektors, in dem es in den letzten 15 Jahren zu massiven Personalaufstockungen gekommen ist.

Qualitätsprobleme: Praktisch existiert in Österreich derzeit kein systematisches Qualitätsmonitoring – auch aufgrund einer fehlenden Fehlerkultur im Bereich – zugespitzt formuliert: Fehler dürfen nicht geschehen, und wenn doch, sind sie Konsequenzen individuellen Versagens, das vertuscht oder individuell bestraft werden muss. Eine Einschätzung ist im Wesentlichen auf die öffentliche Thematisierung von Missständen angewiesen („Skandale“). Ohne im Detail die konkreten Fälle einschätzen zu können oder zu wollen, verweisen aktuelle Diskussionen in Wien, aber auch in anderen Bundesländern darauf, dass in ungünstigen Konstellationen von Knappheit und Managementfehlern Probleme entstehen können. Offensichtlich kommt es vor, dass Betroffene bzw. deren Angehörige/ VertreterInnen den Eindruck gewinnen, die Pflege sei nicht den Bedürfnissen angemessen.

„Pflege in Not“: es gibt klare Hinweise auf eine aktuell sehr schlechte Stimmung in der Pflege, und eine Reihe von Studien aus Österreich und dem Ausland verweisen auf einen relativ hohen Anteil von Schwierigkeiten mit bestimmten Aspekten des Berufsalltags bzw. Plänen, den Beruf in absehbarer Zeit zu verlassen. Dieses Krisenbewusstsein steht in einem deutlichen **Spannungsverhältnis zu den großen Chancen**, die die Pflege (vor allem im diplomierten Bereich) zumindest prinzipiell bietet: Ermöglichung von fachlichen und persönlichen Erfolgserlebnissen, Jobsicherheit, expansiver Arbeitsmarkt mit vielen Möglichkeiten zur Mobilität, in den letzten 10 Jahren in vielen Bereichen verbesserte Bezahlung, Ausbildungsgänge etc..

Für die Zukunft lassen eine Reihe von **kritischen Trends** keine automatische Verbesserung, keine Selbststabilisierung erwarten – die Knappheit wird eher noch größer werden, wenn nicht gegengesteuert wird:

- Demographische Entwicklung (Zunahme der alten Menschen, kleiner werdende Alterskohorten bei den Jungen)
- Medizinisch-technischer Fortschritt – Anstieg der Zahl von medizinischen Interventionen mit Pflegebedarf als Folge
- Weiteres Wachstum des Gesundheits-/ Wellness-Sektors, der weiter InteressentInnen und qualifiziertes Personal aus dem Langzeitpflegebereich abziehen dürfte
- Verstärktes Krisenbewusstsein beim Pflegepersonal, weitere Verschlechterung der Stimmung.

Eine in sehr vielen europäischen Ländern vermutete **kurze bis sehr kurze Berufsverweildauer** wird international zunehmend nicht als naturgegebene Nebenerscheinung eines vorwiegend von Frauen ausgeübten Berufs, sondern als zu bearbeitendes Problem gesehen. Auch wenn exakte Zahlen über die Berufsverweildauer und damit das Verbesserungspotenzial nicht verfügbar sind, wird in der vorliegenden Expertise eine Verlängerung der Berufsverweildauer als zentraler Ansatzpunkt für Maßnahmenentwicklung empfohlen.

1.4 Faktoren, die eine kurze Berufsverweildauer fördern und damit einen zentralen Beitrag zum „Pflegetotstand“ leisten

Die Analyse der relevanten Faktoren, die einen wichtigen Einfluss auf den „Pflegetotstand“ vor allem über die Begünstigung einer sehr kurzen Berufsverweildauer haben, unterscheidet 3 Typen von Faktoren.

A) Spezifische Belastungen aus der Art der Tätigkeit

Das Aufgabenspektrum in der Pflege bringt spezifische Belastungen mit sich, die nicht völlig zum Verschwinden gebracht, aber zumindest abgemildert werden können. Wenn man vermeiden will, dass viele Pflegekräfte frühzeitig den Beruf verlassen oder ohne entsprechendes Engagement („Burnout“) weiter verbleiben (häufig mit Qualitätsproblemen als Folge), müssen unterstützende Maßnahmen getroffen werden.

- Belastungsfaktoren, die technisch (relativ) leicht beeinflussbar sind: körperliche Risiken z.B. durch schweres Heben (PatientInnenlagerung etc.): technische Unterstützung, ergonomische Hebe-Standards im Pflegepersonal
- Bei Belastungsfaktoren, die nur schwer zu ändern sind (wie der alltägliche Umgang mit Krankheit, Tod, Hilflosigkeit, aber auch Aggression und Gewalt): Maßnahmen zur Vermeidung von Überbeanspruchung durch Problemverdichtung, zur besseren Bewältigung bzw. – wenn nicht anders lösbar – zur Kompensation der Folgen.

B) Belastende organisatorische Rahmenbedingungen in der Arbeit

Besonders betont wird in dem vorliegenden Gutachten, dass die grundsätzlichen Belastungen durch die konkrete Gestaltung der Organisationen (Krankenhaus, Pflegeheim, mobile Dienste) verschärft oder erleichtert werden können. Zusätzlich erzeugen komplexe Organisationen eigene Belastungen oder schaffen Ressourcen. Die wissenschaftliche Literatur weist auf die Relevanz von folgenden, wesentlich organisatorisch gestalteten Rahmenbedingungen für das vorzeitige Verlassen des Pflegeberufs hin:

- Probleme der Organisationskultur, der Führung und des Arbeitsklimas
- zu hohe Gesamtarbeitsbelastung (z.B. durch chronischen Personalmangel, durch Konzentration von sehr belastenden PatientInnengruppen in einzelnen Bereichen)
- unattraktive, belastende Arbeitszeiten (auch nach Alter spezifisch)
- hoher Anteil berufs fremder Tätigkeiten und bürokratischer Aufwand
- Praxisschock zu Beginn
- Burnout nach mehrjähriger Tätigkeit
- schlechte Vereinbarkeit Beruf und Familie / fehlende Kinderbetreuung.

C) Belastende Einflüsse des weiteren gesellschaftlichen Umfelds auf die Situation des Pflegeberufs

Dazu gehören jene Faktoren, die für den Pflegepersonal mangel relevant sind, die aber zumindest auf der Ebene der Organisationen (und schon gar der Personen) nur schwer oder

gar nicht zu beeinflussen sind. Auf der Ebene der Organisationen kann man mit diesen Faktoren rechnen und soweit wie möglich organisatorische Maßnahmen setzen, um damit zurecht zu kommen. Erschwerende gesellschaftliche Einflüsse auf die Pflege sind:

- ein erhöhter Pflegebedarf durch demographischen und epidemiologischen Wandel bzw. durch medizinischen Fortschritt
- knappe öffentliche Finanzen
- eine als zu gering wahrgenommene gesellschaftliche Anerkennung (z.B. wahrnehmbar durch Organisation der Ausbildung als Quasi-Lehrberuf außerhalb des regulären Bildungssystems, durch fehlende Akademisierung der Eliten etc.)
- Veränderte Berufserwartungen und –motivationen
- EU-Ost-Erweiterung, die zu vermehrter Konkurrenz um qualifiziertes Pflegepersonal aus den Beitrittsländern führen wird
- weitere Pull-Faktoren wie die Möglichkeiten zur Frühpensionierung, aber auch neue gesundheitsbezogene Tätigkeitsbereiche als Konkurrenz.

Diese gesellschaftlichen Einflüsse wirken sich bei dem Zusammenspiel der Hauptkomponenten vor allem auf den Personalmangel aus. Sie sind von der Berufsgruppe kurzfristig nicht spürbar zu beeinflussen. Hier bestehen Handlungsmöglichkeiten für die Verbände, Vereine, Interessensvertretungen bzw. für die Politik.

1.5 Strategieempfehlungen

Unter dem Motto „vom Lebensabschnittsjob für junge Erwachsene (vor allem Frauen) zum Beruf mit lebenslanger Perspektive“ wird als Leitprinzip eine verstärkte Mitarbeiter-Innenorientierung empfohlen, um das zentrale Ziel einer Verweildauersteigerung zu erreichen – eine Strategie, die sowohl kurz-, als auch mittel- und langfristig Erfolge verspricht.

Es geht darum, Belastungen zu reduzieren bzw. Bewältigungsmöglichkeiten zu verbessern, aber auch die Gratifikationen des Berufs zu erhöhen. Das betrifft extrinsische Gratifikationen wie Anerkennung, Karrierechancen etc., aber viel mehr noch intrinsische wie Autonomie und inhaltlich interessante und befriedigende Aufgaben.

Maßnahmen zur Weiterentwicklung der organisatorischen Rahmenbedingungen

Empfohlen wird eine **Kulturentwicklung** in den Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime, mobile Dienste etc.) in Richtung auf eine selbstbestimmte, eigenverantwortliche, aber auch unterstützende und wertschätzende, risikovermeidende und Fehler nutzende Organisation – wissend, dass das ein längerer Prozess ist.

Zentral für den „Pflegetotstand“ ist der Ansatzpunkt **Führungspersonal** in der Pflege, vor allem auch im unteren und mittleren Bereich.

Empfohlen wird:

- Verbesserte Auswahl und angemessene Entlohnung – Vermeidung von finanziellen Verschlechterungen durch Übernahme einer Leitungsfunktion
- Hebung des Qualifikationsniveaus sowohl kurz- und mittelfristig durch Führungskräfte trainings als auch langfristig durch Akademisierung - mehr Ressourcen,

um MitarbeiterInnen erfolgreich unterstützen zu können (Kommunikation, Konfliktmanagement, fachliche Unterstützung)

- Verbesserte Wissensbasis der Pflege: praxisnahe Wissensprodukte, die Führungskräften eine sehr rasche Orientierung an wissenschaftlich abgesicherten Standards und erfolgversprechenden Implementierungsmodellen vermitteln.

Zweiter Schwerpunkt ist eine **Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung** der MitarbeiterInnen:

- Stärkere Rolle der MitarbeiterInnen in der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Arbeit: Dienstplan in Stationsverantwortung
- Ressourcen für Selbstständigkeit entwickeln: Mitgestaltung von Maßnahmen zur Risikoverminderung, des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung (Gesundheits- und Qualitätszirkel)
- Entwicklung einer neuen Fehlerkultur als Voraussetzung für mehr Selbstständigkeit
- Entwicklung einer Kultur der gegenseitigen Anerkennung in Teams
- Entwicklung von Pflegeorganisationsmodellen mit selbstständigen Arbeitsbereichen für erfahrene MitarbeiterInnen (z.B. wie im „Primary Nursing“)

MitarbeiterInnenorientierter Personaleinsatz – Maßnahmen zur Erhöhung der Berufszufriedenheit:

- Maßnahmen gegen den Praxisschock bei SchülerInnen und BerufsanfängerInnen - Praxisanleitung
- Problemadäquate Personalbesetzung - Ausgleich von Ungleichgewichten im Team
- Vermeidung von demotivierenden Problemkonzentrationen – Verteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen Stationen / Teams
- Abbau berufsfremder Tätigkeiten (z.B. Administration, Reinigung)
- Förderung von (vom Personal erwünschter) interner Mobilität
- Schaffung erfahrungsorientierter ExpertInnenrollen
- Schaffung von Aufstiegs- und Umstiegsmöglichkeiten im Beruf

Besserer **Umgang mit berufsspezifischen Risiken**:

- Vermeidung überlanger Dienstzeiten (altersspezifisch)
- Investition in technische Unterstützung für belastende Tätigkeiten - ergonomische Einrichtung
- Organisation von sicheren Abläufe bei riskanten Tätigkeiten, z.B. Hebeprozeduren
- Unterstützung bei der Bewältigung von belastenden Erfahrungen (Umgang mit Leiden und Tod, „Misserfolge“)
- Maßnahmen zur Prävention und Krisenintervention bei Burnout, Gewalt, Sexueller Belästigung

Spezifische **Unterstützung bei besonderen Bedürfnissen**

- Wohnen, Arbeitsweg, Arbeitsutensilien
- Familie und Beruf; Kinderbetreuung

Maßnahmen zur Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen bedürfen auch der unterstützenden Entwicklung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen durch Standesvertretungen und Politik:

- Systematischer Aufbau öffentlicher Anerkennung (Imagekampagne)
- Angemessene Entlohnung: Berücksichtigung von Leistungen, Erfahrungen, Qualifikationen und Belastungen
- Hebung des Ausbildungsniveaus: mehr Qualifikation und Prestige für die Pflegepersonen durch Akademisierung der Ausbildung für Führungskräfte und ExpertInnen
- Forschung als langfristige Investition in wichtigen Bereichen, in denen derzeit zu wenig gesichertes Wissen vorhanden ist
- Unterstützung bei der Kinderbetreuung

Integrierte Strategien

Es gibt bereits sehr gute (internationale) Erfahrungen mit integrierten Modellen, die viele der erwähnten Maßnahmen als umfassende Verbesserungsstrategien zusammenfassen und erfolgreich umsetzen können:

- Veränderung der Pflegeorganisation in Richtung „Primary Nursing“
- Orientierung am Modell „Magnetspital“
- Betriebliche Gesundheitsförderung: Psychosoziale Gesundheit, Körperliche Gesundheit

Erhöhung des Wiedereinstiegs

Wir gehen davon aus, dass die Verbesserung der organisatorischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (insbesondere Familiengerechte Arbeitszeitregelungen, entlastende Kinderbetreuungsangebote) allein schon wesentlich zur Erhöhung der Berufsrückkehreraten beitragen werden. Dennoch gibt es spezifische Maßnahmen, die den Wiedereinstieg in den Beruf fördern können:

- Kontakt halten (während Berufspause) durch Einladung zu Feiern im Team etc.
- Verträge zur geringfügigen Beschäftigung etc.
- Erfahrungsangemessene Gehaltseinstufung beim Wiedereinstieg
- Berufsliste zur Anwerbung (nach Berufspause)

Verstärkung des Berufszugangs

Auch in der Verstärkung des Berufszuganges werden sich die beschriebenen Maßnahmen (insbesondere Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Imagekampagne) positiv auswirken. Dennoch ist kurzfristig die rechtliche Erleichterung der Arbeitsmigration (Nostrifikation, Schlüsselarbeitskräfte) zur Beseitigung von akuten Personalengpässen zu empfehlen. Die Schaffung von Ausbildungsplätzen, wo Nachfrage besteht, und die attraktivere Gestaltung der Ausbildung selbst ist hier auch unterstützend.

Alle genannten Maßnahmen sind dazu geeignet die Berufszufriedenheit zu erhöhen, damit auch die Qualität der Pflege. Gleichzeitig ist dadurch eine positivere Darstellung des Berufs durch die Pflegekräfte selbst, aber auch durch die Öffentlichkeit zu erwarten. Das wäre ein wesentlicher Beitrag zur Umkehr der Negativspirale.

2 Einleitung

„Pflegernotstand“ ist ein Begriff, der in Österreich und auch im übrigen deutschsprachigen Raum immer wieder verwendet wird, um auf eine aktuelle oder in der Zukunft drohende Krise der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung bzw. auf Probleme der Krankenpflege als Beruf aufmerksam zu machen – z.B. um in der politischen Diskussion und gegenüber den Medien zu punkten.

In Österreich wird der Begriff – nach einer relativ ruhigen Phase in den ersten zwei Dritteln der 90er Jahre - wieder regelmäßig verwendet: in den Medien, in verschiedenen (politischen) Arenen, wie z.B. im Wiener Gemeinderat. Zuletzt wurde massiv im Zusammenhang mit Qualitätsmängeln in der Langzeitpflege („Lainz GZW Skandal“) im September/ Oktober 2003 von Pflegernotstand gesprochen.

Dieser Blick auf die regelmäßige Wiederkehr, auf die zyklische Dramatisierung von Problemen in diesem Bereich mit dem Vokabel „Notstand“ könnte zunächst auch beruhigend wirken. Es ist auch ein Teil des gängigen Repertoires der Interessenspolitik, zu alarmieren.

Allerdings gibt es in der aktuellen Situation doch Hinweise darauf, dass hinter den mit der Klage über einen „Pflegernotstand“ angesprochenen Phänomenen Probleme stehen, die tiefergehend sind und deshalb auch systematischer und nachhaltiger Gegenstrategien bedürfen, Probleme also, bei denen es riskant scheint, sich vorwiegend auf Selbstregulation zu verlassen.

Es gibt Gründe zur Annahme, dass der Pflegeberuf auch wieder als attraktiver wahrgenommen werden kann als das derzeit der Fall zu sein scheint. In einer dynamischen und unsicheren Umwelt bietet die Pflege relativ viel (Beschäftigungs-)Stabilität bzw. verspricht zusätzliche Chancen – der Gesundheits- und Pflegebereich gilt als gesellschaftlicher Wachstumsbereich erster Ordnung. Auch der Verweis darauf, dass der Pflegeberuf als helfender Beruf im High Tech-/ High Touch-Bereich der Medizin eine Fülle von prinzipiellen Befriedigungsmöglichkeiten bietet, könnte beruhigen. Auch wenn „Helfen“ bei jungen Menschen/Frauen derzeit vielleicht nicht „in Mode“ ist, Pflege nicht „cool“ ist: auf eine Änderung der Moden konnte man sich immer noch verlassen.

Beunruhigend ist allerdings, dass es schon derzeit zu Engpässen im Bereich der Pflege zu kommen scheint. Es ist kaum zu bezweifeln, dass es in Österreich in manchen Bereichen Schwierigkeiten gibt – vor allem Personalengpässe, die sich unter bestimmten Umständen auch in Qualitätsproblemen in der Pflege niederschlagen (zur Definition und zum Zusammenhang vgl. Kapitel 3).

Zumindest in der Wahrnehmung mancher PatientInnen und ihren Angehörigen/ InteressensvertreterInnen stellt sich das so dar. Und die Medien haben ausführlich darüber berichtet. Probleme, „Pflegernotstand“ werden in den verschiedenen Pflegebereichen unterschiedlich thematisiert (siehe dazu auch Kapitel 4):

- Für den Bereich der mobilen Pflege gibt es seit einigen Jahren Warnungen vor allem vor zukünftigen Entwicklungen, publiziert auch im Zusammenhang mit anstehenden politischen Entscheidungen über Berufs- und Ausbildungsregeln im Bereich der Altenpflege.

- Im Bereich der stationären Langzeitpflege entstand Ende August 2003 eine Skandal-Diskussion in den Medien mit erheblichen politischen Turbulenzen zunächst in Wien. Das Thema war auf politischer Ebene aber schon seit Ende der 90er Jahre verstärkt präsent (z.B. im Wiener Gemeinderat).
- Der Bereich der stationären Akutversorgung (Krankenhäuser) scheint demgegenüber insgesamt derzeit noch relativ weniger betroffen zu sein – dort hatten in den 90er Jahren massive Investitionen im Personalbereich stattgefunden.

Die gerade in den letzten Monaten stark thematisierte demographische Entwicklung stellt jedenfalls einen beunruhigenden Hinweis dar, dass die aktuellen Probleme wahrscheinlich nur der Anfang sind – auf Selbstregulation zu vertrauen, dürfte zu wenig sein.

Beunruhigend ist auch, dass Knappheiten im Pflegebereich nicht nur ein Phänomen im österreichischen oder deutschsprachigen Raum zu sein scheinen - ganz Europa scheint davon betroffen. Das verweist auf tieferliegende gesellschaftliche Probleme. „Pflege-notstand“ scheint nicht nur von aktuellen, vielleicht problematischen gesundheits- und finanzpolitischen Entscheidungen oder ähnlichen lokalen/ regionalen/ nationalen Faktoren abzuhängen, die relativ leicht änderbar wären. Wir nennen hier einige Hinweise, wie ernst das Problem auch anderswo genommen wird.

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 (www.ehma.org/conf2003).

Dass derzeit ein großes EU-Forschungsprojekt in diesem Bereich läuft, sollte als weiteres Indiz dienen. Die europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study) untersucht – vor dem Hintergrund eines diagnostizierten, wenn auch nicht im Detail belegten Pflegekräftemangels und der prognostizierten demographischen Entwicklung - Gründe, Umstände und Konsequenzen des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in 10 europäischen Ländern als einer der zentralen Ursachen aktueller Mangelercheinungen (Hasselhorn 2002). Erste – die Beunruhigung eher steigernde - Ergebnisse wurden im Oktober 2003 in einem Zwischenbericht auf der Projekt-Website publiziert (<http://www.next.uni-wuppertal.de>). Wir greifen an dieser Stelle ein Ergebnis heraus, das auf Handlungsbedarf verweist:

Tabelle 1.1: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?“¹
(n=34.925; trifft nicht zu=2.365, keine Antwort=1.512).

Antwortkategorie	Anzahl	Prozent
nie	18.811	53,9
mehrmals im Jahr	10.662	30,5
mehrmals monatlich	2.945	8,4
mehrmals wöchentlich	1.364	3,9
täglich	1.143	3,3
gültige Fälle	34.925	100,0

¹ Quelle: Hasselhorn / Tackenberg / Müller und die NEXT-Study Group, Oktober 2001, download am 8.11.03 von <http://www.next.uni-wuppertal.de/download/15ITLdtt1030.pdf>

- 16% der befragten Pflegepersonen dachten innerhalb der letzten 12 Monate ernsthaft mindestens mehrmals pro Monat daran, den Pflegeberuf zu verlassen (vgl. Tabelle 1.1 unten).
- Dieser Anteil von potenziellen „AussteigerInnen“ variierte zwischen fast 40% (in Großbritannien) über ca. 20% in Deutschland und Italien bis zu 9-10% in Belgien und den Niederlanden.
- Österreichische Zahlen sind nicht bekannt, die Situation könnte aber mit der Lage in Deutschland vergleichbar sein – das sind aber nur erste Vermutungen.²

Wie sehr diesen Absichten auch Taten folgen – dieser Unmut also tatsächlich ein guter Indikator ist - plant die Studie in den nächsten beiden Jahren zu erforschen.

Auch für Nordamerika gibt es ähnlich beunruhigende Symptome und Diagnosen über ein hohes Maß von Unzufriedenheit mit dem Beruf: So plant nach einer Studie eine von 5 befragten Pflegepersonen, den Beruf innerhalb der nächsten 5 Jahre zu verlassen – und zwar aus anderen als Altersgründen.³

Auch für Österreich gibt es Hinweise auf eine ähnlich geringe Berufszufriedenheit mit wahrscheinlichen Auswirkungen auf die Berufsstabilität. Glaubt man den in der Diskussion verwendeten Zahlen, so wäre die Berufsstabilität im gehobenen Dienst der Pflege ja dramatisch niedrig – es wird von durchschnittlich 6 Jahren nach einer dreijährigen, spezialisierten, aufwändigen Ausbildung gesprochen. Wir haben die uns zugänglichen publizierten Daten in Kapitel 4 zusammengestellt und diskutieren dort auch den möglichen Realitätsgehalt dieser Zahlen.

Im Alltag der Berufsverbände (bei Diskussionsveranstaltungen etc.) spielt diese Unzufriedenheit schon seit längerer Zeit eine erhebliche Rolle (Diskussion im Fachbeirat) und hat unter anderem zur Entscheidung der Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe im ÖGB geführt, die Erstellung dieser Expertise zu unterstützen. Im Zuge der aktuellen Diskussionen rund um die „Skandale“ soll sich die Unzufriedenheit noch weiter verstärkt haben.

Die Fachgruppenvereinigung steht in dieser Situation (wie alle Berufsvertretungen) vor der Aufgabe, Problemdefinitionen und Lösungsoptionen zu forcieren, die einerseits die Problemsicht der Berufsangehörigen unterschiedlicher Bereiche und Ebenen aufgreifen und andererseits für relevante andere – Management, Krankenhausträger, Gesundheitspolitik, etc. – nachvollziehbar und umsetzbar sind.

Als Beitrag zur Versachlichung der Diskussion erarbeitete das LBIMGS ab Mai 2003 eine Expertise zu Definitionen, Situationsdiagnosen, möglichen Ursachen und gegensteuernden Strategien. Dies wurde durch eine finanzielle Förderung der Fachgruppenvereinigung

² Leider gehört Österreich nicht zu den untersuchten Ländern, es wäre jedoch wünschenswert, wenn zumindest ein Teil der für die Studie erfassten Daten in ähnlicher Form auch für Österreich erhoben würde.

³ According to a study commissioned by the Federation of Nurses and Health Professionals in April 2001, *The Nurse Shortage: Perspectives from Current Direct Care Nurses and Former Direct Care Nurses*, currently 1 out of every 5 nurses currently working is considering leaving the patient care field for reasons other than retirement within the next five years.

www.aft.org/fnhp/publications/index.html

<http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/shortagefacts.htm>; 7.11.03

ermöglicht. Darüber hinaus wurde das Fachwissen der Organisation und anderer ExpertInnen im Rahmen eines Fachbeirats in die Arbeit eingebracht.

Schwerpunkt der Expertise ist in dieser Situation die Darstellung möglicher Lösungsoptionen (Kapitel 6) auf Basis einer Analyse jener Faktoren, die die aktuellen Probleme „produzieren“ (Kapitel 5).

Einige Einschränkungen müssen festgehalten werden:

- Die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Expertise bedingen, dass in erster Linie bereits entwickeltes, publiziertes (internationales) Wissen zusammengestellt und auf die österreichische Situation angewandt wird. Was hier vorgelegt wird, ist nicht wirklich neu, jedoch systematisch zusammengestellt und auf das Thema „Pflege-notstand“ und mögliche Lösungen zugespielt.
- Für eine gezielte, effektive Umsetzung werden wahrscheinlich sowohl ergänzende spezifische Problemanalysen (zugeschnitten auf die Situation in den einzelnen Sektoren, Bundesländern, bei Trägern, in Fachgebieten, Krankenhäusern) als auch darauf abgestellte weitere Spezifikationen der Lösungsstrategien notwendig sein – das war im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich.
- Eine systematische Analyse der aktuellen Qualitätsprobleme „Skandale“ war nicht Gegenstand der Arbeit.
- Auch inhaltlich musste dem knappen Rahmen Rechnung getragen werden: Die hier vorliegende Expertise fokussiert in erster Linie auf Probleme und Lösungsmöglichkeiten in Bezug auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß GuKG 1997. Wir verwenden im Sinne der leichteren Lesbarkeit in der Folge den Begriff „diplomierte Pflegepersonal“.
- Aufgrund der zentralen Stellung des gehobenen Dienstes in allen Pflegediensten und der langen Ausbildungsdauer scheint uns die Bearbeitung dieser Probleme aber von entscheidender Bedeutung für den gesamten Sektor.
- In Abstimmung mit der Fachgruppenvereinigung wurde der Schwerpunkt der Analyse auf Faktoren gelegt, welche die Zufriedenheit bzw. Verweildauer im Beruf beeinflussen – das gilt ebenso für die Empfehlungen. Diese Schwerpunktsetzung – notwendig angesichts knapper Mittel und der Erwartung einer raschen Verfügbarkeit von verwertbaren Ergebnissen - erfolgte aufgrund einer Vordiagnose im Zuge der Arbeit am Exposé, in der die kurze Verweildauer im Beruf bereits als jener Ansatzpunkt identifiziert wurde, der den stärksten Beitrag zu Personalknappheit leistet und damit auch den interessantesten Ansatzpunkt für Veränderungen darstellt.
- Weiter gingen die AutorInnen davon aus, dass die bisherige Diskussion vor allem in Bezug auf den Neueinstieg und die Ausbildungsproblematik in Österreich schon sehr viel weiter fortgeschritten ist als die Diskussion über den Berufsverbleib – trotz der teilweise nur sehr langfristigen Auswirkung von Maßnahmen im Bereich Rekrutierung und Ausbildung. Maßnahmen in diesem Bereich stehen daher nicht im Kern der Aufmerksamkeit.

3 Was kann Pflegenotstand bedeuten? Ein Definitionsversuch

Aus einer Beobachterperspektive ist „Pflegenotstand“ zunächst als politischer Kampfbegriff zu verstehen – ein Begriff, mit dem auf (schwerwiegende) Probleme hingewiesen wird, mit dem Forderungen gestellt bzw. untermauert werden sollen, ein Begriff, der im Kampf der Gewerkschaften bzw. Berufsverbände und anderer Pflegeeliten um bessere Bezahlung, Anerkennung, Aufwertung, Professionalisierung eine wichtige Rolle spielt (vgl. zur Rolle in den Professionalisierungsbestrebungen z.B. Landenberger 1996).

Allerdings gibt es, wie schon in der Einleitung angesprochen, eine Reihe von Krisensymptomen in Österreich und in vielen anderen Ländern, die es sinnvoll erscheinen lassen, den Begriff auf seinen kognitiven Gehalt, auf seine Brauchbarkeit als Beschreibung einer tatsächlich krisenhaften Entwicklung zu überprüfen.

Aus unserer Sicht kann es durch eine negative Verknüpfung von drei Haupt-Komponenten von Problemen zu einer so schwierigen Situation im Pflegebereich kommen, die die Dramatisierung als „Pflegenotstand“ verständlich macht bzw. rechtfertigt.

Die drei Komponenten werden im Rahmen dieses Kapitels mit einer kurzen Definition eingeführt, weiter ausgeführt/ konkretisiert wird in den folgenden Abschnitten.

A) „Pflegenotstand“ heißt **Pflegepersonalmangel** bzw. Mangel an diplomiertem Pflegepersonal:

- Weitgehend konsensfähig und prinzipiell messbar scheint dabei die Operationalisierung als Schwierigkeit, offene Stellen adäquat – d.h. mit Personen, die die geforderten formalen Qualifikationen mitbringen - zu besetzen („zu viele unbesetzte/ nicht adäquat besetzte Stellen“).
- Weniger leicht konsensfähig ist die Kritik bestehender Personalschlüssel und Anforderungsprofile („zu wenige Stellen“, „Stellen im Verhältnis zu Anforderungen mit zu wenig formalen Qualifikationsanforderungen ausgeschrieben“).

Exkurs: Personalmangel in einem attraktiven Beruf bei (relativ) hoher allgemeiner Arbeitslosigkeit

Viele der aktuellen Problembeschreibungen zum Pflegenotstand versuchen, Personalmangel in der Pflege vor allem mit unattraktiven Charakteristika des Pflegeberufs zu erklären. Dieses Bild ist allerdings zu balancieren, wird es doch meist ohne Vergleich mit alternativen Berufen/ Beschäftigungsmöglichkeiten vermittelt:

a) Der Pflegeberuf ist ein Beruf mit prinzipiell erheblichen Chancen für inhaltliche und persönliche Erfolgserlebnisse:

- *Er ist ein helfender Beruf.*
- *Er bietet Möglichkeiten, viele inhaltlich befriedigende und herausfordernde Tätigkeiten auszuüben.*
- *Die Krankenbehandlung/ Medizin (als ein zentraler Arbeitsbereich der Pflege) ist ein besonders hoch bewerteter Gesellschaftsbereich.*
- *Der Gesundheits-/ Wellness-Bereich, in dem die Pflege ebenfalls versucht, Fuß zu fassen, ist ein interessanter, neuer, gesellschaftlich sehr positiv bewerteter Bereich mit vielen Möglichkeiten.*

- *Nicht ganz so hoch bewertet ist allerdings die Langzeitpflege für alte und behinderte Menschen.*
-
- b) Die Pflege arbeitet in einem expansiven Arbeitsmarkt mit wahrscheinlich langfristiger Sicherheit, im Beruf arbeiten zu können:**
 - *Allein zwischen 1990 und 2000 ist die Zahl der in Krankenanstalten tätigen diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen um 50% von ca. 31.000 auf über 46.000 gestiegen (Eigene Berechnungen auf Basis von Hofmarcher/Rack 2001 und Statistik Austria 2003).*
 - *Für die Zukunft wird der Bereich als Wachstumsbereich par excellence bezeichnet: der Gesundheitsbereich (inkl. Medizin/ Krankenbehandlung) gilt als der zentrale Wachstumsbereich des 21. Jahrhunderts, auch für den (Langzeit-)Pflegebereich wird von einer Expansion ausgegangen (vgl. Dornmayr/Stampfl 2003, unter anderem mit Verweis auf ein Gutachten des deutschen Sachverständigenrats 1997).*
 - *Quantitativ spricht M. Hofmarcher (IHS) von in den nächsten Jahren zu erwartenden jährlichen Zuwächsen von 4500 Jobs im Altenpflegebereich (vgl. Standard, Kurier vom 6.11.03).*
 - *Gerade in Zeiten knapper Beschäftigungschancen bzw. großer Unsicherheit in vielen Bereichen sollten diese Charakteristika des Pflegebereichs für großes Interesse sorgen.*
- c) Seit Anfang der 90er Jahre (unter anderem im Gefolge des Skandals im Krankenhaus Lainz) ist es in vielen Teil-Bereichen der Pflege zu einer Aufwertung in der Bezahlung und Ausbildung auch in Österreich gekommen.⁴**

Eine mögliche Erklärung für aktuellen Personalmangel wäre, dass in diesem dynamischen Markt⁵ die Nachfrage rascher wächst als das Angebot und es deshalb zu Ungleichgewichten kommt. Das zu erklärende Phänomen wäre dann die zu langsame Steigerung des Personalangebots.

B) Zweite Hauptdimension des „Pflegetnotstands“ sind **Qualitätsmängel in der Pflege –** verstanden als Differenz zwischen Erwartungen und tatsächlicher Realisierung in Bezug auf die Qualität der Dienstleistungen⁶, wie sie im Rahmen immer wieder auftretender „Skandale“ thematisiert werden.

⁴ Leider standen uns keine konkreten Zahlen im Überblick zur Verfügung, wir gehen aber davon aus, dass das für die einzelnen Bundesländer/ Träger nachvollziehbar wäre.

⁵ Hinweis: Anbieter von Beschäftigungsmöglichkeiten auf diesem Markt sind nicht nur die öffentlichen Arbeitgeber, die aus nachvollziehbaren Gründen zur Zeit eher restriktiv agieren dürften.

⁶ Stufen der Pflegequalität (Walter 1996), ein Modell, das verschiedene Grade von Pflegequalität unterscheidet, die meist von „optimaler Pflege“ bis zu „gefährlicher Pflege“ reichen.

Ein solches Stufenmodell der Pflegequalität wurde in den Jahren 1950 bis 1954 in New York von Reiter und Kakosh entwickelt; es wurde 1975 in der Schweiz ins Deutsche übersetzt und den europäischen Verhältnissen angepasst. Seither wird es im deutschen Sprachraum verschiedentlich verwendet, wobei die Zahl der Stufen und ihre Benennung variieren. Bei einer der bekanntesten Versionen werden vier Stufen unterschieden: optimale, angemessene, sichere und gefährliche Pflege. In einer neueren Variante ist die Bezeichnung „sichere Pflege“ durch „Routinepflege“ ersetzt worden, was dem gemeinten Sachverhalt besser entspricht.

C) Die dritte Dimension, die im Gegensatz zu den beiden ersten in der Diskussion wesentlich seltener als relevanter Faktor angesprochen wird, nennen wir „**Pflege in Not**“ - verstanden als eine individuell wahrgenommene und sozial kommunizierte krisenhafte Situationsbeschreibung, die sich z.B. folgendermaßen konkretisieren lässt:

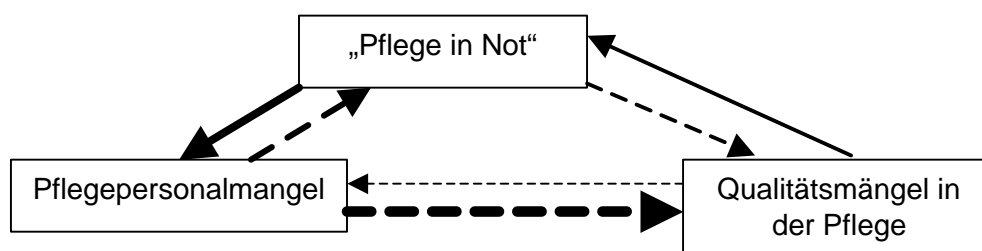
Die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen des Berufs werden von den in der Pflege tätigen Menschen aus verschiedenen Gründen als immer unerträglicher wahrgenommen. Der Aufwand wird im Verhältnis zu den Bewältigungsressourcen bzw. zur Entlohnung/ Entschädigung zu hoch, konkret weil:

- in Bezug auf den faktischen/ wahrgenommenen Arbeitsdruck - zur Bewältigung der Aufgaben nach professionellen Standards - keine ausreichenden Ressourcen vorhanden sind (quantitativ – Personalzahl; qualitativ – Personalqualifikation)
- keine „ausreichende“ (i.e. als ausreichend wahrgenommene) Unterstützung der einzelnen Berufstätigen durch Träger, Management und Team in den Organisationen gegeben ist
- keine „ausreichende“ gesellschaftliche Anerkennung (symbolisch, monetär) gegeben ist.

Als „Pflege in Not“ verstehen wir die Unzufriedenheit mit einer oder mehreren dieser Subdimensionen, wobei für einen „Pflegetotstand“ vor allem Zustände relevant werden dürften, in denen individuelle psychologische Unzufriedenheit in kollektive, sozial kommunizierte Wahrnehmung von (ernsten) Schwierigkeiten in der Berufswirklichkeit der Pflegenden umschlägt. Verbreiteter „Burnout“, soziale Phänomene wie Mobbing etc. können als Indikatoren dafür gelten.⁷ Wenn die Einschätzung einer kritischen/ problematischen Berufswirklichkeit von vielen geteilt wird, muss mit negativen Auswirkungen auf die Berufsstabilität („Flucht aus der Pflege“) gerechnet werden.

Die drei Komponenten des Pflegetotstands müssen im Zusammenhang gesehen werden – Graphik 1 stellt den Zusammenhang schematisch dar und gewichtet angenommene Haupt- und Nebenwirkungen.

Graphik 1: Zusammenhang zwischen den verschiedenen Aspekten des „Pflegetotstands“ – ein Modell



⁷ Instruktiv in diesem Zusammenhang Wohlfender 2000, die qualitativ analysiert, was umgekehrt zur Berufszufriedenheit führt. Wir nehmen hier Punkte vorweg, die wir weiter unten ausführen: Die Möglichkeit für kompetentes und zielstrebiges Handeln ist eine wichtige Voraussetzung für Berufszufriedenheit. Die Pflegenden müssen sich bei ihrer Arbeit sicher fühlen, den Anforderungen gewachsen sein und mit Entwicklungen Schritt halten können. Inwieweit dies möglich ist, hängt auch von ihren konkreten Einflussmöglichkeiten und vom Rückhalt im Team und bei den Vorgesetzten ab. Der Einfluss der organisatorischen Rahmenbedingungen und der Arbeitsbelastung ist im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit nicht zu unterschätzen. Wenn die nötigen Ressourcen auf Dauer nicht verfügbar sind, kann das schon mittelfristig auch für die kompetentesten und motiviertesten Pflegenden zermürend sein.

Die wesentlichen Zusammenhänge lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- Pflegepersonalmangel führt zu Qualitätsmängeln
- „Pflegepersonal in Not“ führt zu Personalmangel
- Qualitätsmängel („Gefährliche Pflege“ siehe oben) führen zu „Pflegepersonal in Not“ und das verstärkt den Personalmangel usw.

Die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen laufen aber auch in die umgekehrte Richtung:

- Pflegepersonalmangel führt zu „Pflegepersonal in Not“ (weil die Arbeit von immer weniger Personen gemacht werden muss)
- „Pflegepersonal in Not“ führt zu Qualitätsmängeln (weil Resignationsprozesse stattfinden, die sich negativ auswirken; weil das Personal immer stärker mit sich selbst beschäftigt ist)
- Qualitätsmängel führen zu Personalmangel – auch Personen, die nicht so unzufrieden sind, entscheiden sich rational, schwierige Situationen zu verlassen bzw. wirkt sich das negative Image ungünstig auf die Rekrutierung neuer InteressentInnen aus – es gibt weniger bzw. weniger ausgewählte SchülerInnen etc.

•

Wenn diese Spirale – vielleicht sogar in beide Richtungen - läuft, dann scheint es nicht übertrieben, von „Pflegernotstand“ zu sprechen.

Eine Abgrenzung: Pflegenotstand in erster Linie als Qualitätsproblem?

Die hier vorgeschlagene Definition des Begriffs „Pflegernotstand“ als Gesamtprozess aus drei zugrunde liegenden Faktoren mit ihren Wechselwirkungen unterscheidet sich von jener, die eine Arbeitsgruppe des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste formulierte, die sich 2002 mit der Situation des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigte (Dachverband 2002 S.10/11).

Sie unterteilt die Problemlage in *Personal*mangel, der dann besteht, wenn es zu wenig BewerberInnen für offene Stellen gibt bzw. aus finanziellen Gründen Stellen nicht besetzt werden. Erreicht dieser Mangel ein Ausmaß, das die Pflegequalität beeinträchtigt, spricht die Arbeitsgruppe von *Personal*notstand, während beim *Pfleger*notstand die Lebensverhältnisse von Pflegebedürftigen insgesamt menschenunwürdig sind.

Die Definition der letzten beiden Begriffe Personalnotstand und Pflegenotstand beschreiben dabei unterschiedliche Grade von mangelnder Qualität, wobei Personalnotstand zu einer ungenügenden Pflegequalität führt, während beim Pflegenotstand bereits gefährliche Mängel in der Qualität zu beobachten sind.

Aus unserer wissenschaftlichen Perspektive scheint es wichtig, dieses Modell durch eine systematische Berücksichtigung der Wahrnehmung der Situation und der Kommunikation über die Situation zu ergänzen, wie wir das mit dem Arbeitsbegriff des „Pflegepersonal in Not“ vorschlagen.

4 Status Quo und Prognosen der zukünftigen Entwicklung in Österreich

Was lässt sich epidemiologisch über die Verbreitung von Personalmangel, Qualitätsmängeln in der Pflege und "Pflege in Not" in Österreich aufgrund publizierter Studien bzw. publizierter Daten einigermaßen gesichert sagen? Wo ist man auf Schätzungen bzw. auf Mutmaßungen angewiesen? Welche Zukunftsszenarien liegen vor?

Das sind die Fragen, die in diesem Kapitel beantwortet werden sollen.

Generell ist zunächst festzuhalten, dass es in Österreich derzeit keine systematische Studie gibt, die sich im angesprochenen umfassenden Sinn mit der Frage des „Pflegetnotstands“ auseinandersetzt. Im Rahmen der Expertise konnte das auch nicht durchgeführt werden, sodass wir auf relativ wenig gesichertes Wissen zurückgreifen können.

4.1 Belege für Personalmangel im Pflegeberuf in Österreich

Als Einstieg: Warum ist Personalmangel im Pflegeberuf überhaupt eine wichtige Dimension von „Pflegetnotstand“? Was bedeutet Personalknappheit z.B. für die Beschäftigten? Wir listen einige mögliche Folgen auf, die in den Diskussionen des Fachbeirats des Projekts genannt wurden:

- nur das Allernotwendigste machen
- unter den eigenen professionellen Standards arbeiten
- niemanden um Hilfe rufen können
- krank arbeiten gehen, eigenen Arztbesuch hintanstellen
- Urlaubswünsche hintanstellen, auf Erholung verzichten
- Familie, insbesondere die eigenen Kinder vernachlässigen
- Arbeiten bis an/ über die Belastungsgrenze
- Steigerung der Gefahr von Burnout gerade bei engagiertem Personal
- Gefahr von internen Konflikten rund um den Umgang mit solchen Belastungssituationen.

Was kann Personalknappheit für die KlientInnen/PatientInnen bedeuten? Das kann z.B. bedeuten

- nur läuten, wenn es unbedingt sein muss
- warten, obwohl man dringend Hilfe benötigen würde
- spüren oder sehen, dass man eine Last ist, wenn man etwas braucht.

4.1.1 Indikatoren für Personalmangel im Pflegebereich in Österreich

4.1.1.1 Offene Stellen

Ein wichtiger Indikator für Personalmangel sind – wie schon in Kapitel 2 angesprochen - unbesetzte Stellen im Pflegebereich bei verschiedenen Trägern von Krankenanstalten, Pflegeheimen und mobilen Diensten. Es gibt eine Reihe von Quellen, die auf dieser Basis versucht haben, einen Überblick über die aktuelle Situation zu gewinnen

Resetarics, Scherbaum und Rappold (2003) haben für eine Seminararbeit im Rahmen des Studiums Pflegewissenschaften an der Universität Wien auf Basis von Literatur und eigenen Recherchen folgendes Bild gezeichnet:

„Eine Bedarfsanalyse in Vorarlberg ergab, dass es ausreichend Pflegende für die stationäre Akutversorgung gibt, aber es fehlen in Vorarlberg zehn Prozent Pflegende im Bereich der Hauskrankenpflege und 25 Prozent in der stationären Altenversorgung.⁸ Die Situation in der extramuralen Betreuung ist auch in Niederösterreich angespannt, allein im Hilfswerk sind ca. 100 Posten unbesetzt, in der Steiermark (Graz) wurde beim SMP (sozialmedizinischen Pflegedienst) ein Aufnahmestopp angesetzt, da unzureichend diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern vorhanden sind. Ähnlich die Situation beim Österreichischen Roten Kreuz im Burgenland.⁹ In Salzburg sind im intramuralen Bereich 300 Dienststellen unbesetzt.¹⁰ Hable, von der Gewerkschaft öffentlicher Dienst, geht von 6500 fehlenden Pflegepersonen aus.¹¹ Der Beschäftigtenstand des Arbeitsmarkt Services gibt an, dass 2002 österreichweit 4.876 bzw. 1.357 Stellen für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen unbesetzt waren.¹²“ (Resetarics et al. 2003, S.13/14).

Diese Auflistung lässt sich mit ähnlichen – auch in den öffentlichen Medien publizierten - Meldungen über Personalmangel im Sinne von unbesetzten Stellen aus dem **Bereich der Langzeitpflege/ Altenbetreuung bzw. der Mobilen Dienste** fast beliebig ergänzen.¹³ Allerdings ist auch festzuhalten, dass es keine wirklich verlässlichen Daten gibt. Es gibt keine überregionale und aktuelle Erfassung von Bedarfsplänen, Stellenplänen, Personalstand, offenen Stellen und damit auch kein systematisches Monitoring der Situation (Expertinneneinschätzung Mag. Schaffenberger, ÖBIG, Oktober 2003). Im Unterschied dazu ist für den Bereich der Akut-Krankenhäuser eine derartige öffentliche Darstellung einer großen Zahl offener Stellen derzeit (noch) nicht festzustellen.

4.1.1.2 Ungedeckter Personalbedarf über die offenen Stellen hinaus

Offene Stellen sind ein harter, aber auch nicht unumstrittener Indikator, weil er bereits eine Reihe von Anpassungen enthält – sowohl an die aktuelle Arbeitsmarktsituation (man versucht in der Regel, ausgeschriebene Stellen an das anzupassen, was tatsächlich verfügbar ist) als auch an Budgetvorgaben, die in den letzten Jahren aufgrund einer generell restriktiven Budgetpolitik eher knapper geworden sein dürften. Ein etwas kritischerer Blick ist mit Hilfe von Bedarfsschätzungen aus ExpertInnenperspektive möglich, die sich an mehr

⁸ vgl. APA0471

⁹ telefonische Auskunft von M. Gugerell Nö Hilfswerk, M. Wild ÖRK; C. Ortner SMP.

¹⁰ Persönliche Auskunft C. Ecker; OEGKV

¹¹ vgl. Hable J., 2003

¹² vgl. www.ams.or.at/b_info/index400.htm. Die Differenz dieser beiden Zahlen erklärt sich daraus, dass bei letzterer "nur" jene gezählt werden die beim AMS als freie Stellen gemeldet werden, während erstere sich aus den AMS und MMO Stellenanalysen zusammensetzt.

¹³ Beispiel: In den 51 NÖ Landes-Pflegeheimen waren mit Stand März 2002 190 Dienstposten im Diplompflegebereich unbesetzt. Zum Teil konnten sie durch andere Pflegeberufe (PflegehelferInnen gem. GuKG, andere Pflegeberufe gem. Landesgesetzen) besetzt werden. Derzeit sind noch 88 Stellen vakant. Noch prekärer ist die Situation in Heimen anderer Träger. Für die NÖ Fondskrankenanstalten hat der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds/NÖGUS ebenfalls einen Bedarf an ersatzweisen bzw. zusätzlichen Diplompflegekräften erhoben (www.noehome.at/zeitung6.htm). Ein Beispiel für den mobilen Bereich: Zu wenig Pflegepersonal: Rotes Kreuz warnt erneut vor Pflegenotstand. Bereits heute fehlen im Bereich der Hauskrankenpflege mehr als 600 Pflegekräfte
Presseaussendung ÖRK Wien 05.02.2003

oder weniger allgemein akzeptierten Pflegestandards und daraus entwickelten Personalschlüsseln orientieren.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen hat im Frühjahr 2003 ein Arbeitspapier erstellt, in dem auf Basis eines Vergleichs zwischen den im Laufe der 90er Jahre selbst erstellten Bedarfsberechnungen der Bundesländer und den Zahlen des faktisch beschäftigten Personals ein Fehlbestand errechnet wurde. Trotz aller von den Autorinnen dargestellten methodischen Probleme dieser Berechnung kommt das ÖBIG zum interessanten Ergebnis (unter sehr konservativen Annahmen), dass im Langzeitpflegebereich (Alten- und Pflegeheime, Mobile Dienste) von einem Fehlbestand von 1350 VZÄ diplomierten GuKP, 3420 PflegehelferInnen/ AltenfachbetreuerInnen und 420 Personen der Hilfsdienste auszugehen ist (ÖBIG 2003).

Auch diese Zahlen stellen einen deutlichen Hinweis auf eine schon aktuell knappe Personalsituation im Langzeitpflege- und Betreuungsbereich dar.

4.1.1.3 Problem interner Personalmangel

Kramer/Schmalenberg (1990, S.22) weisen auf eine weitere über die unbesetzten Stellen hinausgehende Form von Personalmangel hin: Selbst wenn rein anzahlsmäßig ausreichend Pflegekräfte anwesend sind, kann es dennoch zum sogenannten intern bedingten Personalmangel kommen, und zwar vor allem dann, wenn folgende Phänomene auftreten:

- ungenügend ausgebildete Pflegekräfte
- frisch diplomierte Pflegekräfte ohne Berufserfahrung
- Pflegekräfte mit Berufserfahrung, aber neu im betreffenden Spital
- nicht aufeinander eingespielte Pflegekräfte (viel Aushilfs- oder Agenturpersonal, „Pflegepools“)
- Pflegekräfte, die den Betrieb, die PatientInnen, die Apparaturen oder die Ärzte/Ärztinnen nicht kennen (bei häufigem Personalwechsel, einem hohen Anteil von Teilzeit-, Temporär- und Agenturpersonal)
- Pflegekräfte, welche die Wertmaßstäbe des Betriebs nicht kennen oder sich nicht daran halten
- ungenügende Versorgungsdienste, sodass die Arbeitskraft der Pflegekräfte nicht für die eigentliche Pflege eingesetzt wird
- und schließlich Unzufriedenheit der Pflegekräfte am Arbeitsplatz, die erwiesenermaßen mit höherem Absentismus und geringerer Arbeitsleistung zusammenhängt.

Diese Liste bietet einen deutlichen Hinweis auf das Problempotenzial (möglicherweise Qualitätsprobleme, zumindest aber Reibungsverluste), das in gegenwärtig durchaus verbreiteten Beschäftigungsmustern im Gesundheits- und Pflegebereich steckt.

4.1.2 Hinweise auf zukünftigen Personalmangel

4.1.2.1 Generelle Trends, die zu einem steigenden Bedarf an Pflegekräften führen

Es gibt eine Reihe von nicht nur in Österreich wirksamen Gründen, warum es in Zukunft einen erhöhten Bedarf an Pflegepersonen geben wird, basierend auf folgenden Entwicklungen im Krankenbehandlungssystem und im Pflegebereich (vgl. auch Kramer/Schmalenberg 1990):

- Weitere Zunahme der Zahl von alten und sehr alten Menschen mit Pflegebedarf, aber auch mit mehr Komplikationen und Akutfällen. Auch aktuelle große europäische Studien (vgl. Hasselhorn 2002) argumentieren, dass sich aufgrund der demographischen Entwicklung die Situation weiter verschärfen wird. Die Zahl der Personen über 65, vor allem aber auch die der Hochbetagten über 80 wird stark ansteigen, damit auch die Anzahl der Personen, die verstärkt ambulanter oder stationärer Krankenbehandlung, Pflege und (sozialer) Unterstützung bedürfen.
- Wichtig ist die fortschreitende medizinisch-technische Entwicklung, der Einsatz von Spitzentechnologie und damit die Möglichkeit, immer mehr Krankheiten immer besser medizinisch zu behandeln. Ob der technische Fortschritt in Diagnostik und Therapie und neue medizinische Behandlungsmethoden zu einer Vermeidung bzw. Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphasen führen werden, kann nicht vorhergesagt werden (vgl. Dachverband 2002).
- Die sich steigernde professionelle und gesundheitspolitische Erwartung an die Qualität der Betreuung in allen Bereichen.
- Gesteigerte Erwartungen der PatientInnen und Angehörigen.

Diese Einschätzung der zu erwartenden Entwicklungen erscheinen uns weitgehend konsensfähig.

4.1.2.2 Probleme, das Personalangebot via Neurekrutierung entsprechend zu erhöhen

Mit der absehbaren demographischen Entwicklung wird auch ein Problem auf der Personalangebotsseite des Systems argumentiert: Gleichzeitig mit der Zahl der älteren Menschen sinkt in ganz Europa die Zahl junger Menschen im Berufseinstiegsalter bzw. in den ersten 10 Beschäftigungsjahren. Das ist besonders für die Pflege problematisch, da es derzeit vorwiegend jüngere Pflegekräfte sind, die die professionelle Hilfe erbringen. Die europäische NEXT-Studie (Hasselhorn 2002) argumentiert sinngemäß, dass es nicht einfach sein wird, Ausbildungskapazitäten stark überproportional zu erhöhen und die geeigneten BewerberInnen in ausreichender Zahl zu finden, um den steigenden Personalbedarf zu decken, und es daher sehr wichtig sein wird, sich in Zukunft um eine längere Verweildauer der Pflegekräfte im Beruf zu bemühen. Dieser Aspekt ist zentral in der vorliegenden Expertise und wird vor allem in den Kapiteln 4 und 5 ausführlich erörtert.

4.1.2.3 Quantitative Schätzungen von Knappheit und Ausbaubedarf in Österreich

Für Österreich haben die ExpertInnen der Arbeitsgruppe für die ambulante und stationäre Pflege in Wien einen aktuellen und andauernden Personalmangel an qualifiziertem Personal argumentiert. Sie ziehen dabei das Ausmaß der 2001 geleisteten Überstunden bzw. Pooldienststunden heran, die Zahl der MitarbeiterInnen, die den Beruf verlassen haben (in Summe 909) und stellen sie in Relation zu der Zahl jener, die im selben Jahr ihre Ausbildung (diplomierte Pflegekräfte) bzw. Nostrifikation abgeschlossen haben (1041) (Dachverband 2002). Fazit: Der zahlenmäßig geringe Überhang der neu Hinzukommenden lässt im gegenwärtigen System kaum einen weiteren Ausbau zu.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt Flemmich 2003 bei einer gesamtösterreichischen Bedarfsberechnung, die in sieben Bundesländern (ohne Wien und Vorarlberg) für 2010 gegenüber den Ausgangsjahren 1995/96/97 einen Ausbaubedarf an Pflege- und Betreuungspersonen um mehr als 100% errechnet.

M. Hofmarcher wird am 6.11.03 (der standard, Kurier) mit den Ergebnissen einer IHS-Studie zitiert, in denen eine Expansion der Beschäftigung (also ein Personalbedarf!) von 4500 Personen pro Jahr angenommen wird.

4.1.2.4 Fazit

Trotz des Fehlens eines systematischen Monitorings ist aufgrund der Vielzahl von Hinweisen davon auszugehen, dass schon derzeit vor allem im Langzeitpflege- und mobilen Bereich Personalknappheit herrscht und alle prognostizierten Bedarfs-Indikatoren in Richtung auf Problemverschärfung in diesem Bereich und wahrscheinlich auch eine zunehmende Betroffenheit des Akutsektors deuten.

Zur Erinnerung: auch im Akutbereich ist mit Konsequenzen der Alterung zu rechnen, vor allem aber auch mit Folgen der Technologieentwicklung – pointiert ausgedrückt: es kommt zu einem selbsterzeugten Anstieg des Pflegebedarfs durch Steigerung der Zahl der medizinischen Interventionen.

4.2 Belege für Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung

Wesentlich schwieriger als bei der Personalknappheit ist es, zu einer begründeten Einschätzung der Epidemiologie von Qualitätsproblemen zu kommen. Es scheint Teil der Kultur von Organisationen im Gesundheits- und Pflegebereich zu sein, Probleme in der Regel möglichst wenig transparent zu machen.¹⁴

Systematische Untersuchungen, die eine Einschätzung der österreichischen Situation im Vergleich mit definierten Standards oder mit anderen Ländern erlauben würden, stehen uns nicht zur Verfügung, ebenso wenig wie Studien über die Entwicklung der Pflegequalität im Zeitablauf. Mängel der Pflegequalität werden zwar häufig als drohende negative Folgen von Pflegenotstand genannt, aber es ist angesichts dieser Datenlage sehr schwer, das zu objektivieren bzw. Entwicklungen einzuschätzen. Neben der fehlenden Kultur von Transparenz ist auch auf die Schwierigkeit hinzuweisen, zu konsentierten Qualitätskriterien zu kommen. Wir zitieren illustrativ eine Beschreibung der kognitiven Komplexität dieser Aufgabe:

„Um beurteilen zu können, ob die erbrachte Pflege qualitativ gut oder schlecht ist, benötigt man Kriterien, an denen man die Pflege ‚messen‘ kann. Es wird ein Vergleich zwischen der Art der geleisteten Pflege und der Art der angestrebten Pflege (Ist-Soll-Vergleich) durchgeführt. Inhaltlich werden dabei die folgenden drei Qualitätsaspekte der pflegerischen Berufsausübung berücksichtigt:

- die Qualität der Pflegemethoden und –techniken
- die Qualität der Einstellung und des Verhaltens der Pflegepersonen gegenüber den PatientInnen und
- die Qualität der Organisation des Pflegedienstes.

Der Begriff ‚Pflegequalität‘ bezieht sich also nicht nur auf die konkrete pflegerische Verrichtung an den PatientInnen, sondern immer auch auf die beiden zuletzt genannten

¹⁴ Argumentiert wird, dass ein offenes Ansprechen zur Verunsicherung von PatientInnen und MitarbeiterInnen führen könnte. Gelegentlich kommen sie dann dennoch – wie zuletzt im August 2003 in Wien, aber auch in anderen Bundesländern - als „Skandale“ „ans Licht“ und erzeugen erst recht Verunsicherung.

Aspekte.“ (Lieser 2000, S.249 f.). Die Entwicklung und Übernahme europäischer Standards wäre in diesem Bereich wohl eine wichtige Voraussetzung für die Etablierung eines systematischen Qualitätsmonitoring.

4.3 Belege für „Pflegepersonal in Not“

Bereits in der Einleitung haben wir über die Zwischenergebnisse der Europäischen NEXT-Studie berichtet. Dort wurde – ausgehend von der Diagnose einer kurzen Berufsverweildauer – in einer ersten Befragung ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit Merkmalen der Arbeitssituation und vor allem eine hohe Bereitschaft erhoben, den völligen Ausstieg aus dem Berufsfeld (und nicht nur den Wechsel des Arbeitsplatzes) zu erwägen. Österreich nimmt an dieser Studie nicht teil – daher liegen diese Daten für Österreich nicht vor. Wir stellen deshalb – ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit – in diesem Abschnitt Material aus diversen österreichischen Studien zusammen, das verschiedene Aspekte von „Pflegepersonal in Not“ beleuchtet. Im Abschnitt 3.3.2 diskutieren wir das Phänomen der kurzen Berufsverweildauer im Pflegeberuf, das einerseits als Indikator für „Pflege in Not“ verstanden wird, andererseits den zentralen Ansatzpunkt für die vorgeschlagenen Lösungsstrategien darstellt.

4.3.1 Österreichische Studien zu Arbeitszufriedenheit, wahrgenommene Belastungen und Ressourcen

Insgesamt liegt auch für Österreich eine Fülle von Einzelergebnissen zur Berufszufriedenheit, zu Belastungen und Ressourcen im Pflegeberuf vor. Einen guten, aber schon etwas älteren Überblick verschafft ein Literaturbericht zur Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus (Pelikan et al. 1994).

Auch in den folgenden Jahren wurden immer wieder in einzelnen Bundesländern Befragungen unter den Pflegepersonen bzw. anderen KrankenhausmitarbeiterInnen durchgeführt (z.B. AKNÖ 1998, 1998a, Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2002, IFES 2002 etc.). Sehr vereinfacht zusammengefasst: auch die österreichischen Ergebnisse entsprechen dem zentralen Trend der NEXT-Studie, z.B. mit einem Anteil von Personen, die einen Berufswechsel beabsichtigen, zwischen 20 und 30% (zwei Studien aus den frühen 90er Jahren (Meggeneder 1992, Seidl 1993), zitiert bei Pelikan et al. 1994). Aufgrund knapper Ressourcen und der Schwerpunktsetzung der hier vorliegenden Expertise auf Lösungsstrategien haben wir darauf verzichtet, die in der Literatur dargestellten Ergebnisse in Bezug auf Symptombeschreibung bzw. genannte Problemfaktoren systematisch für die Darstellung im Text aufzubereiten. Wir zitieren Details aus diesen Studien im Analysekapitel 4 bzw. in den Lösungsvorschlägen im Kapitel 5.

4.3.2 Kurze Berufsverweildauer als Indikator für Probleme

Herausgreifen wollen wir an dieser Stelle nur das Problem der kurzen Berufsverweildauern. Diese werden in der Literatur immer wieder mit Berufszufriedenheit/ Arbeitsplatzzufriedenheit in Zusammenhang gebracht – zu Recht, wie wir meinen, obwohl hier natürlich – gerade in einem Frauenberuf – auch andere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

Für die Pflege werden – international und auch in Österreich – generell kurze bis sehr kurze Berufsverweildauern konstatiert. Ein näherer Blick auf den Hintergrund dieser Behauptung

zeigt zunächst, dass kaum systematische Untersuchungen vorliegen, sondern primär mit Plausibilitäten argumentiert wird.

Zunächst ist häufig unklar, was „Verweildauer“ genau heißt. Hier ist es wichtig, zwischen „Verbleib bei einem Arbeitgeber“ und „Verbleib im Beruf/ im Sektor“ zu unterscheiden. Für die Fragestellung „Pflegetotstand“ sind zwar prinzipiell auch hohe Fluktuationsraten innerhalb des Bereichs ein Problem (PflegeteilnehmerInnen können darunter leiden!), wichtiger ist aber die Verweildauer im Beruf/ im Sektor.

Derzeit werden für Österreich durchschnittliche Verweildauern von Pflegekräften im Beruf von 4-6 Jahren nach Abschluss der Ausbildung kolportiert.¹⁵ Länger dürften Pflegekräfte im Beruf bleiben, die erst später den Beruf ergreifen bzw. die als PflegehelferInnen beginnen und sich im Laufe ihrer Tätigkeit höher qualifizieren.

In einer Aussendung des Österreichischen Roten Kreuzes 2002¹⁶ wird von durchschnittlich 4 Jahren ausgegangen, ähnlich beim Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe¹⁷, der von 4 Jahren und „mitunter nicht mehr als 6 Jahren (inklusive Ausbildung)“ spricht. In den meisten aktuellen Äußerungen wird auf konkretere Zahlen verzichtet.¹⁸

Rückschlüsse auf die kurze Verweildauer werden auch in einer Studie zur Beschäftigungssituation des Krankenpflegepersonals in Oberösterreich aus der Altersstruktur der Pflegekräfte abgeleitet: Da nur **13%** aller Pflegekräfte in den oberösterreichischen Krankenanstalten **über 45 Jahre** alt sind, ließe dies den Schluss zu, dass der Pflegeberuf für die meisten Beschäftigten langfristig keine dauerhafte Perspektive darstellt und daher vorzeitig verlassen wird (Kollar 2002 S.39). Nur knappe 5% seien zwischen 50 und 60 Jahre alt. Wie hoch die Anzahl derjenigen sei, die den Pflegeberuf völlig verlassen hätten, basiere auf allgemeinen Erfahrungswerten. Für ihre Arbeit geht Kollar von 20% aus (S.37).

Warum gibt es zu dieser Frage keine besseren Ergebnisse? Eine logische Analyse, wie sie von uns im Rahmen dieser Expertise erstellt wurde, führt zum Ergebnis, dass dieses Manko nicht zufällig ist, sondern aus mehreren Faktoren resultiert:

- Uns sind keine systematischen Untersuchungen über die Berufsverläufe von früheren Generationen von Pflegekräften bekannt. Bei einer erwartbaren Berufsausübung bis zum 55. oder 60. Lebensjahr könnte eine Studie über den Gesamtverlauf derzeit bei Personen durchgeführt werden, die Anfang der 60er Jahre in der Krankenpflege begonnen haben.

¹⁵ Ähnlich auch in Deutschland – dort wurde bei einer Tagung behauptet, dass „die Verweildauer in den Pflegeberufen mit durchschnittlich sechs Jahren überdurchschnittlich gering (sei)“ (Wiesberg 2001).

¹⁶ Werner Kerschbaum zitiert als Experte in einem Web-Journal des ÖRK; abgefragt am 31.8.03; <http://www.oe-journal.at/Aktuelles/0203/W2/61102rKreuz.htm>,

¹⁷ <http://www.boegk.at/berichte/Artikel%200211%20November%2002.html>, abgefragt am 31.8.03, Website des „Berufsverbands österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“

¹⁸ Eine Mikrozensushebung (September 2000) zum Thema Arbeitsplatzwechsel fasst das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen zusammen und ist damit für den spezifischen Zweck unbrauchbar.

- Wenn es eine derartige Studie gäbe, die die Berufsverläufe tatsächlich methodisch sauber rekonstruierte, wäre für eine Prognose des Verhaltens von Pflegepersonen, die z.B. zwischen 1985 und 2000 ihre Ausbildung abgeschlossen haben, nur sehr wenig gewonnen. Es handelt sich um andere Kohorten mit anderer Rekrutierung, Ausbildung und anderen Berufsverläufen.
- Schließlich ist der Blick darauf zu lenken, dass ein Großteil der Berufsverläufe dieser Personen erst in der Zukunft stattfinden wird – und wir haben allen Grund zur Annahme, dass die Zukunft durch weitere dynamische Veränderungen im Sektor, aber auch in der modernen Gesellschaft als ganzer gekennzeichnet sein wird.
- Fazit: Wir wissen nichts Genaues über die Verweildauer im Beruf, wir können auch nichts Genaues wissen – und es wäre auch ziemlich unwichtig, das genau zu wissen.
- Das Wenige, was man wissen muss, um die Entscheidung zu treffen, Maßnahmen zu setzen, die an einer Verlängerung der Berufsverweildauer ansetzen, ist:
 - Gibt es überhaupt ein Steigerungspotenzial?
 - Scheidet eine genügend große Zahl von Angehörigen der Pflegeberufe frühzeitig aus dem Beruf aus?
 - Kommt eine genügend große Zahl z.B. nach einer Pause (Kinder) nicht in den Beruf zurück?
 - Gibt es identifizierbare Ansatzpunkte für Handlungen, gibt es Kausalfaktoren, die beeinflussbar sind und von denen man eine Verlängerung der Berufsverweildauer erwarten kann (wie lange auch immer)?
- Die meisten dieser Fragen lassen sich quantitativ nur mit einem gewissen Aufwand beantworten (die NEXT-Studie versucht zumindest erste Schritte zu setzen), für gesundheitspolitisches Handeln und Managementhandeln in Organisationen scheint uns die Evidenz, dass hier ein wesentliches Verbesserungspotenzial gegeben ist, völlig ausreichend. Weiters scheint aufgrund schon des vorliegenden Wissens über relevante Faktoren für frühzeitiges Ausscheiden ausreichend Möglichkeit für rationales Handeln gegeben zu sein – das wollen wir in Kapitel 5 und 6 darstellen.

4.4 Zusammenfassende Einschätzung der Situation

Bewusst pointiert lässt sich formulieren:

1. Es ist erstens davon auszugehen, dass in manchen Arbeitsbereichen der Pflege schon aktuell Mangel an Personal (vor allem an entsprechend qualifiziertem) herrscht. Dieser Mangel wird – wenn nicht gegengesteuert wird – in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich zunehmen.
2. Es ist zweitens davon auszugehen, dass in manchen Bereichen Qualitätsprobleme in der Pflege auftreten können und – wenn verschiedene Faktoren in einer ungünstigen Konstellation zusammenkommen – solche Qualitätsprobleme auch tatsächlich vorkommen. Das ist keine Bewertung der aktuellen „Skandale“, die im Rahmen dieser Expertise nicht untersucht wurden, sondern eine allgemeine Einschätzung, dass in der Pflege – wie in allen Lebens- und Arbeitsbereichen - Fehler mit teilweise auch gravierenden Konsequenzen vorkommen. Diese Probleme werden, wenn nicht gegengesteuert wird, in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich zunehmen.
3. Es ist drittens davon auszugehen, dass sich viele Angehörige der Pflegeberufe „in Not“ fühlen – aus unterschiedlichen Gründen, mit unterschiedlicher „objektivierbarer“ Berechtigung, aber mit wahrscheinlich sehr realen Konsequenzen nicht nur für die Lebensqualität der Betroffenen selbst, sondern auch für ihre Verweildauer in der Pflege und für die Qualität ihrer Arbeit. Diese Phänomene werden, wenn nicht gegengesteuert

wird, in den nächsten Jahren wahrscheinlich zunehmen und die Probleme 1 und 2 verstärken.

4. Es ist davon auszugehen, dass die in Kapitel 3 theoretisch rekonstruierten Zusammenhänge zwischen den drei Dimensionen des „Pflegenotstands“ derzeit tatsächlich im Sinne einer Abwärtsspirale ins Laufen kommen könnten – wenn nicht entschieden gegengesteuert wird.
5. Wir empfehlen, bei den Steuerungsversuchen zunächst verstärkt auf den Mechanismus „Verlängerung der Verweildauer“ zu fokussieren, weil Erfolge in diesem Bereich eher qualitätssteigernd wirken (Erfahrung bleibt im System, muss nicht immer neu gemacht werden), kurzfristiger wirksam werden als Neurekrutierung von SchülerInnen (Ausbildungszeit als Vorlauf!), weniger Nebenkosten haben als eine massive Neurekrutierung im Ausland (Unterstützung bei der Zuwanderung, bei der Orientierung in Österreich, im österreichischen Gesundheitswesen, im spezifischen Krankenhaus) etc..

5 Relevante Faktoren für eine kurze Berufsverweildauer als wesentlicher Beitrag zu einem „Pflegenotstand“

Die 2002/2003 laufende NEXT-Studie, die zehn europäische Länder umfasst (Österreich ist nicht dabei), untersucht Gründe für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf und nennt zu Projektbeginn vier Hauptgründe, die in der öffentlichen Diskussion häufig genannt werden:

- a) schwere psychische und körperliche Arbeitsbedingungen
- b) ungünstige und ungesunde Arbeitszeiten
- c) niedriger Lohn und
- d) ein schlechtes Image der Pflegeberufe.

Nach Abschluss der Studie wird erwartet,

- die Gründe, Umstände und Konsequenzen des vorzeitigen Austritts aus dem Pflegeberuf auf individueller, organisatorischer und sozio-ökonomischer Ebene erfassen zu können
- Risikogruppen und -faktoren für vorzeitigen Austritt definieren zu können
- den Einfluss von Alter und Gesundheit auf diesen Prozess bestimmen zu können
- Umstände identifizieren zu können, die »gesundes Altern« (»healthy ageing«) in der Pflege fördern
- die Grundlage für zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bieten zu können, um die Arbeitskraft von Pflegepersonal in Europa zu erhalten, und schließlich
- den Einfluss der Arbeitsmarktpolitik auf den vorzeitigen Austritt aus dem Berufsleben bei Pflegepersonal erfassen zu können (Hasselhorn 2002).

Was lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt über relevante Faktoren für eine kurze Berufsverweildauer sagen? Wir haben Ergebnisse von verschiedenen Studien aus Österreich bzw. aus dem internationalen Bereich in diesem Kapitel zusammengestellt. Geordnet sind diese Faktoren – mit Blick auf mögliche Interventionen – in 3 Gruppen:

- Faktoren, die aus der spezifischen Tätigkeit in der Pflege resultieren
- Faktoren, die dem organisatorischen Umfeld der pflegerischen Arbeit zuzurechnen sind
- Faktoren, die im weiteren gesellschaftlichen Umfeld zu lokalisieren sind.

5.1 Spezifische Belastungen aus der Art der Tätigkeit

Das Aufgabenspektrum in der Pflege bringt spezifische Belastungen mit sich, die nicht völlig zum Verschwinden gebracht, aber zumindest abgemildert werden können. Wenn man nicht will, dass Pflegekräfte frühzeitig den Beruf verlassen, müssen entsprechende Maßnahmen getroffen werden. Jene Belastungsfaktoren, die relativ leicht änderbar sind, wie zum Beispiel die Reduktion zu hebender, ziehender und stützender Lasten durch den Einsatz von entsprechender technischer Unterstützung bzw. durch den Einsatz eines Pflegekräfteteams, sind entsprechend zu ändern. Bei Belastungsfaktoren, die nur schwer zu ändern sind, müssen Maßnahmen zur Kompensation der Folgen gesetzt werden. Bei Belastungsfaktoren, die nicht „abgeschafft“ werden können, wie z.B. die psychische Belastung durch Krankheit und Tod oder auch Gewalt, können zumindest Maßnahmen getroffen werden, damit die Betroffenen besser darauf vorbereitet sind, bzw. Maßnahmen, die negative Folgen der psychischen Belastung abwenden.

Hohe körperliche und psychosoziale Belastungen

Die körperlichen Belastungen sind beträchtlich. Die Schwere der Tätigkeit wird mit jener von Bauarbeitern verglichen (Wiesberg 2001) und sie bewirkt, dass eine Berufsausübung bis zum gesetzlichen Pensionsanfallsalter kaum erreicht wird. Dass Pflegekräfte wegen der körperlichen Belastungen in der Regel schon früher aus dem Beruf ausscheiden müssen und unqualifizierte Ersatzbeschäftigungen annehmen, trägt nicht dazu bei, die Attraktivität des Berufs für Jugendliche bei der Berufswahl zu erhöhen.

Weitere gesundheitliche Risiken für Pflegekräfte ergeben sich aus dem Kontakt mit ansteckenden Krankheiten, physikalischen Faktoren, chemischen Gefährdungen (Pelikan et al. 1994) und im Besonderen durch Nadelstichverletzungen.

Für jene Pflegekräfte, die über 50 sind, kommt neben der körperlichen Belastung oft hinzu, dass auch die eigenen Eltern gerade pflegebedürftig sind und die psychische und physische Belastung damit verdoppelt wird.

Hinlänglich bekannt sind die negativen Auswirkungen von Nacharbeit und Schichtwechsel, die Pflegekräfte gesundheitlich belasten, sowie die hohe Arbeitsintensität (hohes Arbeitstempo bei langen Dienstzeiten), die Stress erzeugt (Lobnig et al. 1996c).

Besonders im längerfristigen Pflegebereich sind Pflegekräfte durch den Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden psychisch belastet. Bei einer Befragung der AKNÖ (1998) gaben 74% an, dass sie sich durch die Ausbildung nicht entsprechend auf die Bewältigung dieser Belastung vorbereitet gefühlt haben. Eine alarmierende Zahl, bedenkt man den Altersschnitt der Pflegekräfte und dass somit gerade BerufsanfängerInnen mit schwierigen Aufgaben konfrontiert werden, auf die sie nicht entsprechend vorbereitet wurden.

Das berufsbedingt notwendige Überschreiten von üblicher physischer Distanz hat für die Pflegekräfte einen extrem negativen Umkehreffekt. So berichtete Die Standard am 21. November 2002 von einer Studie der ILO, nach der Krankenschwestern drei Mal häufiger von gewaltsamen Übergriffen am Arbeitsplatz betroffen sind als andere Berufsgruppen. Besonders schlimm sei dabei, dass die Schuldigen meist nicht zur Rechenschaft gezogen werden. Dadurch müssen sich die ohnehin schon sehr belasteten Krankenschwestern zusätzlich mit ihren Problemen allein gelassen fühlen.

5.2 Organisatorische Rahmenbedingungen der Arbeit

Die grundsätzlichen Belastungen durch die Arbeit können durch Gestaltung der Organisation verschärft oder erleichtert werden. Zusätzlich erzeugen komplexe Organisationen eigene Belastungen oder schaffen Ressourcen. Wir stellen in der Folge eine Reihe von Dimensionen dar, die zwar unterschiedlich nahe am Kernprozess der Pflegearbeit sind, aber alle prinzipiell durch die Organisationen, in denen Pflegearbeit erbracht wird, gestaltet werden können. Das kann in einer Art und Weise erfolgen, die Ressourcen zur Bewältigung der unausweichlichen Belastungen stärkt - oder aber es kann zu zusätzlichen Belastungen kommen, die das Entstehen von Überlastungssyndromen, Burnout etc. noch weiter beschleunigen dürften.

Fehlende Kinderbetreuung

Generell gesehen könnte das Problem adäquater Kinderbetreuung (Hasselhorn 2002) ebenso unter der Überschrift „gesellschaftliche Einflüsse“ abgehandelt werden, da es für alle berufstätigen Eltern relevant ist. Da es sich aber bei den Krankenpflegepersonen zu einem sehr hohen Prozentsatz um junge Frauen handelt und diese durch die spezielle Art der Tätigkeit und der damit verbundenen Arbeitszeit besondere Bedürfnisse bezüglich der Kinderbetreuung haben, betrachten wir die Frage unter den organisatorischen Rahmenbedingungen. Es geht nämlich nicht nur um das Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen mit speziellen Öffnungszeiten, sondern auch um entsprechend flexible bzw. verlässliche Diensteinteilungen, die es diesen Müttern erlauben, ihren Beruf weiter auszuüben.

Problematisches Gehaltsschema

Die Zusammensetzung der Entlohnung im Pflegedienst bewirkt, dass sie insbesondere junge, leistungsfähige Pflegekräfte dazu einlädt sich zu verausgaben und durch viele (Nacht-/Wochenend-)Dienste mehr zu verdienen, hingegen für ältere Pflegekräfte, die in leitende Positionen wechseln, keinen entsprechenden finanziellen Ausgleich/Anreiz bietet. Diese Struktur verschärft in mehrfacher Weise Aspekte des Pflegesnotstands. Sie führt zu einem raschen Burnout bei jungen Kräften, zur enttäuschten Suche nach Alternativen bei erfahrenen Pflegepersonen und möglicherweise zu Pflegequalitätseinbußen durch Pflegepersonen, die ausgebrannt und frustriert sind und mangels Alternativen im Beruf bleiben (Finlayson 2002, Maudrey 2001).

Ein weiterer problematischer Aspekt vieler Gehaltsschemata scheint eine relativ geringe Honorierung von wichtigen Führungsaufgaben zu sein (Quelle: Einschätzung des Fachbeirats der Expertise, IFES 2002). Dass Stationsschwestern zum Teil aufgrund des Wegfalls von Zulagen weniger verdienen als ihre MitarbeiterInnen, kann gerade für ambitionierte Personen kein Anreiz zur Übernahme dieser zentralen Führungsfunktion sein und birgt die Gefahr der Negativselektion.

Unattraktive, belastende Arbeitszeiten

Die speziellen Arbeitszeiten in der Pflege werden durchgehend als Problem erwähnt. Sei dies nun, dass sie junge Menschen abschrecken, einen Pflegeberuf zu ergreifen (Wiesberg 2001) oder in Bezug auf die gesundheitliche Belastung sowie die daraus resultierende hohe Fluktuation. Dabei tritt aber auch klar zutage, dass es kein Arbeitszeitmodell gibt, das die Bedürfnisse aller abdecken kann. Der Ansatzpunkt scheint vielmehr, wie wir auch unter den Strategieempfehlungen ausführen werden, in individuellen, lokalen, selbstverantworteten Diensteinteilungen zu liegen, in denen auch die Interessen von Minderheiten (z.B. älteren ArbeitnehmerInnen) durch eine starke Führung ausreichend geschützt werden. Steigt die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, wirkt sich das positiv auf die Verweildauer im Beruf aus (Kollar 2002 S.82/83).

Hoher Anteil berufsfremder Tätigkeiten / bürokratischer Aufwand

Kritisch gesehen wird der hohe Anteil berufsfremder Tätigkeiten (speziell hauswirtschaftlicher Tätigkeiten; vgl. Pelikan et al. 1994), der von den qualifizierten Pflegekräften geleistet wird um die Bedürfnisse der PatientInnen zu befriedigen, wenn die eigentlich zuständigen Hilfsdienste oder ExpertInnen nicht erreichbar sind. Ähnliches gilt für den bürokratischen Aufwand - hier wird im Speziellen allerdings auch die von den Pflegeeliten selbst forcierte Pflegedokumentation und –planung angesprochen (IFES 2002).

Vielfach wird die Schreibtischarbeit, weil patientenfern, entgegen den Ursprungsintentionen der Berufswahl erlebt. Kritisiert daran wird auch, dass bei ohnehin zu wenig Personal wenigstens das vorhandene direkt mit den PatientInnen arbeiten sollte. Zum Teil wird der bürokratische Aufwand auch unter einem Kontrollaspekt gesehen, der den persönlichen Gestaltungsspielraum einschränkt (Wiesberg 2001).

Probleme bei Führung und Arbeitsklima

Der wichtigste Faktor für die Arbeitszufriedenheit ist die Beziehung zu Vorgesetzten. Diffuse Führung, schlechte Information, fehlende Wertschätzung und mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte führen eher als andere Faktoren zu Unzufriedenheit und Resignation (Niederbacher 2000 S.53) – das sind keine guten Voraussetzungen für engagierte Arbeit und einen dauerhaften Verbleib im Beruf.

Unzureichende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und geringes Feedback in Bezug auf die Arbeitsleistung wird in einer Studie als wesentlicher Faktor dafür identifiziert, ob sich hohe Arbeitsbeanspruchung als Belastung auswirkt, z.B. in Erschöpfung und Burnout-Symptomen niederschlägt, häufig auch gekoppelt mit chronischen Beschwerden (vgl. eine Studie der Bundesarbeitskammer Hoffmann 1997).¹⁹

Mangelhaft organisierte Arbeit, die charakterisiert ist durch Rollenkonflikte, unklare Kompetenzen²⁰, Angst vor Fehlleistungen, Mangel an Freiheitsgraden, Zeitdruck, Mangel an

¹⁹ In der ersten Hälfte des Jahres 1993 wurde im Auftrag der Bundesarbeitskammer (BAK) von der Sozialwissenschaftlichen Abteilung der Arbeiterkammer Wien in zwölf österreichischen Krankenhäusern die „Arbeitsbeanspruchung und –belastung von Frauen durch Nachtarbeit im Krankenhaus“ untersucht. Insgesamt nahmen an dieser Studie 674 Frauen teil. 463 davon waren diplomierte Krankenschwestern (Hoffmann 1997 S.176). Als Ergebnis dieser Studie lässt sich festhalten, dass insbesondere Frauen, die unter Zeitdruck arbeiten müssen, die unzureichende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und zu geringes Feedback in Bezug auf ihre Arbeitsleistung erhalten, vermehrt von Burnout betroffen sind. Das Burnout-Syndrom äußert sich dabei vor allem in emotionaler Erschöpfung und in mangelnder persönlicher Erfüllung. Darüber hinaus klagten Frauen, die stark von Burnout betroffen sind, signifikant häufiger über chronische Beschwerden wie unspezifische Kreuzschmerzen und Abgespanntheit. Frauen mit hohem Burnout sind mit ihrer Arbeit signifikant unzufriedener als ihre Kolleginnen und haben seltener das Gefühl, ihre Arbeitsbedingungen aktiv beeinflussen zu können (Hoffmann 1997).

²⁰ Studienergebnis: Als deutlicher Hinweis auf unklare Verantwortungsstrukturen im Pflegemanagement wurde gewertet, wenn sich bei einer Befragung von 164 österreichischen Pflegedienstleitungen herausstellte, dass 29% keine Stellenbeschreibung hatten (Jesse/Kapounek 1999).

Einflussmöglichkeit auf die eigene Arbeit und mangelhafte Anerkennung durch die Vorgesetzten bedeutet ein erhöhtes Risiko für die Arbeitsfähigkeit (AKNÖ 1998 und 1998a, Karazman et al. 1995).

Besonders negativ reagieren Pflegekräfte auf Handlungen, die als willkürliche Machtausübung wahrgenommen werden können, wie die Änderung von Dienstplänen in ihrer Abwesenheit – vor allem wenn sie durch sehr kurzfristige Änderungen ihren (Kinderbetreuungs-)Pflichten nicht nachkommen können (für Wien z.B. genannt in IFES 2002).

Je weniger Personalkonflikte auftreten und je größer die Zufriedenheit mit den KollegInnen ist, umso eher kann eine größere Arbeitslast ertragen werden und wird nicht zur Belastung (Niederbacher 2000 S.54). Oft wird das mangelnde Wissen von ÄrztInnen darüber, was die Krankenpflege umfasst, als Belastung erlebt.

Praxisschock

Junge AbsolventInnen, die ihre Tätigkeit im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen aufnehmen, erleiden oft einen Praxisschock. Dieser Praxisschock wird häufig auf geringe Unterstützung auf den Stationen zurückgeführt und die Praxisbegleitung als Lösungsmodell propagiert. Eine weitere Überlegung kann in die Richtung gehen, die Differenz zwischen den Idealmodellen von Pflege in der Ausbildung und der Stationsrealität zu problematisieren. Es scheint, als ob die jungen Pflegekräfte an den Schulen gleichermaßen mit dem Auftrag versehen werden, in der Praxis innovativ zu wirken. Ohne ein insgesamt innovatives Klima und die entsprechende Anleitung und Unterstützung enden die idealistischen Vorstellungen häufig in verstärkter Frustration und bilden die Basis auch für Gefühle des persönlichen Scheiterns.

Burnout

Burnout als Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer der beschriebenen Faktoren, die einen Pflegenotstand begünstigen, führt entweder zum Verlassen des Berufs oder zu Qualitätseinbußen in der Berufsausübung. Eine Studie aus den Vereinigten Staaten hat den Zusammenhang zwischen Personalmangel und Burnout bzw. geringer Verweildauer untersucht. Die Studie hält fest, dass Erschöpfung und Unzufriedenheit mit dem Beruf ansteigt, wenn es weniger Pflegekräfte für mehr PatientInnen gibt. Weiters erklärten 43% der Pflegekräfte, die unter Burnout litten, dass sie daran dachten, ihre Arbeit im nächsten Jahr zu verlassen, während jene, die zufrieden und nicht ausgebrannt waren nur zu 11% daran dachten ihren Arbeitsplatz zu wechseln (Aiken et al. 2002).

5.3 Gesellschaftliche Einflüsse

Gesellschaftliche Einflüsse gehören zu jenen Faktoren, die für „Pflegenotstandsprobleme“ relevant sind, die aber zumindest auf der Ebene der einzelnen Organisationen nur schwer zu beeinflussen sind. Man muss mit diesen Faktoren rechnen und soweit wie möglich

organisatorische Maßnahmen setzen um damit zurecht zu kommen – bzw. ist die Politik gefordert, das zu ändern, was sie mit ihren Mitteln ändern kann.

Erhöhter Pflegebedarf durch demografischen und epidemiologischen Wandel bzw. durch medizinisch-technischen Fortschritt

Wie schon erwähnt, ist es sehr wahrscheinlich, dass der Bedarf an Pflegepersonen sich durch den gegebenen demografischen und epidemiologischen Wandel sowie den medizinisch-technischen Fortschritt, der Leben verlängert und zum Teil durch diese lebenserhaltenden Maßnahmen einen erhöhten Pflegebedarf erzeugt, erhöht. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, müsste es einerseits ausreichend Personen geben, die sich für den Pflegeberuf interessieren und ihn auch längerfristig ausüben wollen, und andererseits muss der erhöhte Personalbedarf auch tatsächlich finanziert werden.

Knappe öffentliche Mittel

Gleichzeitig sehen wir uns mit knappen öffentlichen Finanzen konfrontiert, aufgrund derer wir nicht unbedingt annehmen können, dass entsprechende Pflegepersonalstellen im öffentlichen Bereich neu geschaffen werden. Das lässt befürchten, dass in bestimmten Bereichen der Druck auf das vorhandene Pflegepersonal steigt, die Pflegequalität in Frage gestellt wird und beides zu einer vermehrten Burnout-Rate und zu möglicherweise noch kürzeren Verweildauern im Beruf führt.

Eine andere Auswirkung der knappen Mittel ist die Kapazitätsentwicklung im Ausbildungsbereich: So gibt es zum Teil zu wenig Ausbildungsplätze (Ausbildungskapazitäten wurden teilweise in den letzten Jahren zurückgefahren)²¹ bzw. werden sie nicht an den richtigen Orten angeboten und werden daher nicht angenommen. Zuletzt war die Zahl der AufnahmewerberInnen – nach ExpertInneneinschätzung - in Teilen Österreichs rückläufig. Systematische Daten dazu liegen uns allerdings nicht vor.

Nicht ausreichende gesellschaftliche Anerkennung

Ein Problem, das sich auf die Motivation und Verweildauer im Pflegebereich auswirkt, ist die Frage der gesellschaftlichen Anerkennung, auch diskutiert unter dem Stichwort „schlechtes Image“. Sich nicht ausreichend anerkannt zu fühlen, wirke sich als besondere Form emotionaler Belastung sowohl auf die Gesundheit der Pflegenden als auch auf die Dauer der Berufsausübung aus. Negativ im Bereich der Langzeit- und mobilen Pflege überträgt sich der gesellschaftlich niedrige Status alter Menschen auf die Pflegepersonen, zusätzlich zu geschlechtsspezifisch-abwertenden Aspekten und dem niedrigen Stellenwert der Geriatrie in

²¹ Quelle: Diskussionsbeiträge im Rahmen der Enquete „Stand und Entwicklung der Ausbildung in den Pflege- und Sozialberufen“, veranstaltet von der Fachgruppenvereinigung für Gesundheitsberufe, ÖGB und der AK Wien, 5.6.2003, Wien.

der medizinischen Fach-Hierarchie, sowie der Ferne vom medizinischen Betrieb (vgl. Krenn/Papouschek 2003, Finlayson 2002, Hasselhorn 2002, Wiesberg 2001).

Veränderte Berufserwartungen und -motivationen

Im Zusammenhang mit der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung sind veränderte Berufserwartungen und -motivationen zu erwähnen. Selbst wenn der „Dienst am Menschen“ als Berufsmotivation nicht abnimmt, sondern der Anteil der jungen Menschen, dem das wichtig ist, gleich bliebe, knüpfen sie auch Erwartungen nach Ansehen und Aufstiegsmöglichkeiten an ihre Berufswahl (deutlich sichtbar an den Entwicklungen der entsprechenden FH-Studiengänge). In diesem Klima muss die Pflege wohl Anstrengungen unternehmen, um zu bestehen.

Politische Rahmenbedingungen: EU-Ost-Erweiterung, Zuwanderungsbeschränkungen

Bezüglich des Personalangebots aus dem Ausland ergeben sich mittelfristig Veränderungen durch die fortschreitende Integration und Erweiterung der EU. Einerseits wird es vermutlich durch ein langsam ansteigendes Lohnniveau in unseren neu beitretenden Nachbarländern für qualifiziertes Personal attraktiver, im eigenen Land zu bleiben. Andererseits wird es durch den Beitritt leichter für das qualifizierte Personal innerhalb der EU zu arbeiten, wobei Österreich aufgrund der langen Übergangsfristen die Arbeitskräfte aus den Nachbarstaaten betreffend eher weniger davon profitieren wird.

Ein weiterer wichtiger Faktor sind allfällige Zuwanderungsbeschränkungen für MigrantInnen aus jenen Ländern, die in diesem Bereich eine etablierte Ausbildungs- und Wanderungstradition haben (z.B. Philippinen) und in Österreich schon als ethnische Minderheiten gerade im Pflegebereich etabliert sind (was den Zuzug und die Integration wesentlich erleichtert). Die Regelung für Schlüsselarbeitskräfte im Rahmen der Beschränkungen für AusländerInnenbeschäftigung im Fremdenrecht stellt hier nach ExpertInneneinschätzung ein erhebliches Problem dar.

Weitere Pull-Faktoren

Die bereits mehrfach erwähnte NEXT-Studie (Hasselhorn 2002) wird zusätzlich versuchen zu erfassen wie weit auch »Pull-Faktoren« in der Umwelt der Pflege relevant für kurze Verweildauern sind, d.h. attraktive Anreize zum Verlassen des Pflegeberufs darstellen. Genannt wurden dort unter anderem die Möglichkeit zum vorzeitigen Ruhestand, aber auch konkurrenzierende Angebote für die Pflege aus dem privaten Gesundheitsbereich könnten wirksam sein.

Diese gesellschaftlichen Einflüsse wirken sich in unserem Dreieck vor allem auf den Eckpunkt Personalmangel aus. Sie sind von der Berufsgruppe kurzfristig nicht spürbar zu beeinflussen. Mittel- und langfristig führen Imagekampagnen, Bewusstseins- und Meinungsbildungsarbeit zu Verbesserungen.

6 Strategieempfehlungen

Vom Lebensabschnittsjob für junge Erwachsene (v.a. Frauen) zum Beruf mit lebenslanger Perspektive

Das könnte das Motto der Maßnahmen sein, die hier versammelt sind. Die Strategieempfehlungen zielen darauf ab den Beruf für Pflegekräfte generell attraktiver zu machen, mit dem Ziel, dass es weniger Fluktuation und eine längere Verweildauer gibt, sowie den Beruf auch für WiedereinsteigerInnen attraktiver zu machen, was ebenfalls zu einer Verlängerung der Gesamtverweildauer im Beruf beiträgt. Und schließlich: Werden die Arbeitsbedingungen attraktiver, verbessert sich damit auch das Image des Berufs und es wird leichter sein, junge Menschen, aber auch Menschen, die im zweiten Bildungsweg eine Berufswahl treffen, für eine Ausbildung in der Pflege zu interessieren.

Die Strategieempfehlungen konzentrieren sich auf solche, die kurz- bzw. mittelfristig auch unter relativ konstanten ökonomischen Bedingungen, d.h. ohne sehr große zusätzliche finanzielle Investitionen realisierbar sind. Es geht einerseits darum, Belastungen zu reduzieren bzw. Bewältigungsmöglichkeiten zu verbessern, andererseits die Gratifikationen des Berufs zu erhöhen. Das betrifft primär intrinsische Gratifikationen wie relative professionelle Autonomie, inhaltlich interessante und befriedigende Aufgaben, die Arbeit in einem Team, das sich gegenseitig Wertschätzung vermittelt, aber auch extrinsische Gratifikationen wie Anerkennung, Karrierechancen, auch bestimmte Änderungen in Gehaltsschemata.

Einige der empfohlenen Maßnahmen können auch einzeln gesetzt Erleichterungen bringen, eine sichtbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit der Attraktivität des Berufs wird vermutlich nur durch ein Maßnahmenpaket erreichbar sein.

Leitprinzip MitarbeiterInnenorientierung

Vorgeschlagener genereller Ansatzpunkt zur Verbesserung der Situation in der Pflege ist eine Verbesserung der konkreten Arbeitssituation des Pflegepersonals und hier geht es vornehmlich darum, wie die jeweilige Organisation, in der Pflegepersonal beschäftigt ist, mit diesem umgeht. Ein Leitprinzip können die aus dem Qualitätsmanagement bekannten (z.B. im EFQM-Modell) Kriterien zur MitarbeiterInnenorientierung sein. Diese haben zwar grundsätzlich zum Ziel, die Geschäftsfähigkeit (Effektivität, Effizienz) der Organisation zu verbessern, enthalten aber auch den Aspekt, das Potenzial der MitarbeiterInnen nicht nur auszunützen (zu verbrauchen), sondern auch zu pflegen – d.h. zu erhalten bzw. sogar zu vermehren. In diesem Modell wird die Qualität einer Organisation unter anderem danach beurteilt:

- wie MitarbeiterInnenressourcen geplant, gemanagt und verbessert werden
- wie das Wissen und die Kompetenzen der MitarbeiterInnen ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten werden
- wie MitarbeiterInnen beteiligt und zu selbständigem Handeln ermächtigt werden
- wie die MitarbeiterInnen und die Organisation einen Dialog führen
- wie MitarbeiterInnen belohnt, anerkannt und betreut werden (vgl. EFQM 2003).

Zum letzten Punkt ist anzumerken, dass eine derartige MitarbeiterInnenorientierung nicht nur aus Organisationsperspektive rational ist, sondern der Gesetzgeber in Österreich diese mehrfach als „Fürsorgepflicht“ des Dienstgebers festschreibt, wie zuletzt von Flemmich/Nöstlinger 2003 umfassend zusammengestellt wurde.

Dies kann als zusätzliche Motivation und Absicherung für das Management wirken, um in ihren Betrieben Qualität und Professionalität sowie die Erfolgsbedingungen von Teamarbeit ernst zu nehmen, Erfahrung der MitarbeiterInnen zu schätzen und Wert auf geringe Fluktuation zu legen.

6.1 Maßnahmen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen

In kurz- und mittelfristigen Verbesserungen, die im Krankenhaus, in Pflegeheimen oder in Organisationen mobiler Pflege umgesetzt werden können, sehen wir das größte Potenzial zur Erhöhung der Berufszufriedenheit und damit die Aussicht auf eine Erhöhung der Verweildauer von Pflegekräften im Beruf, im besten Fall in der selben Organisationseinheit zu verbessern.

Dieser zentrale Bereich unserer Strategieempfehlungen kann mit folgenden Entwicklungsrichtungen für die Organisation des Pflegedienstes umschrieben werden:

- selbstbestimmt
- eigenverantwortlich
- unterstützend
- wertschätzend
- risikovermeidend
- Fehler nutzend

Diese Ausrichtungen der Organisationskultur werden im Folgenden in unterschiedlicher Form immer wieder auftauchen und stellen die Basis auch für die erfolgreiche Anwendung spezifischer Maßnahmen dar.

6.1.1 Investition in das Führungspersonal der Pflege

Als Belastungsfaktor wurde die mangelhafte Unterstützung der MitarbeiterInnen durch ihre Führung, unklare Kompetenzen und mangelnde Möglichkeit zum eigenverantwortlichen Handeln²² identifiziert. Auch viele andere Belastungsfaktoren können durch professionelles Management, durch geeignete Führungskräfte reduziert bzw. besser bewältigt werden. Insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren können durch eine entsprechend unterstützende Kommunikationskultur (u.a. Zeit zum informellen Erfahrungsaustausch, Supervision) und gute Führung entschärft werden (vgl. Dietscher/Nowak/Stidl 2003).

Auswahl der Führungskräfte und angemessene Entlohnung

Es ist daher bereits bei der Auswahl der Führungskräfte auf deren besondere Eignung zu achten. Die Motivation eine Führungsposition anzustreben, darf sich nicht auf die damit

²² Kausalfaktoren unter 4.2. Führung und Arbeitsklima, Studie der AKNÖ

verbundenen „angenehmeren“ Dienstzeiten beschränken. Als logische Konsequenz muss die geforderte Führungsqualität mit entsprechend höherer Entlohnung honoriert werden – hier im Sinne einer Steigerung der Attraktivität für besonders qualifizierte Personen.

Hebung des Qualifikationsniveaus des Führungspersonals
Verbesserung der Stellung des mittleren Pflegemanagements
Ziel: Verbesserte Unterstützung der MitarbeiterInnen

Organisationsstrukturen, in denen Pflege stattfindet, sind komplex. Eine Vielzahl von Professionen arbeitet darin zusammen. Die Komplexität der Aufgaben und Strukturen verlangt demnach entsprechend professionelles Management.

Daher ist zusätzlich auf eine Hebung des Qualifikationsniveaus des Führungspersonals zu achten (Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 c). Entsprechend professionell agierende Führungskräfte können ein Klima und organisatorische Rahmenbedingungen schaffen, die Pflegekräfte längerfristig binden und der angespannten Personalsituation im Pflegebereich entgegen wirken. Dabei geht es insbesondere um Fähigkeiten wie: Besprechungen führen, Teams leiten und Entscheidungen treffen, Probleme lösen und Konflikte managen, MitarbeiterInnen motivieren und fördern, die eigene Rolle gestalten und reflektieren (Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 c).

Wird mehr Verantwortung auf die Stationsebene und auf einzelne Pflegekräfte übertragen, was zentral für eine höhere Motivation und Zufriedenheit ist, müssen die jeweiligen Führungskräfte die nötige Unterstützung geben können und zur Klarheit der Aufgabenverteilung sowie zur Einhaltung der Qualitätskriterien beitragen.

Details zu einem derartigen erfolgreichen Konzept, bei dem ein Großteil der Führungsagenden der Stationsschwester übertragen wird, siehe bei der Darstellung des Magnetklinik-Konzepts unter Punkt 6.3.2. Zentral dabei ist: Jede Pflegekraft soll in einer Form eingesetzt werden, dass sie das Gefühl hat, ihre Tätigkeit ist wichtig und relevant und sie sollte dabei weder unter- noch überfordert werden.

Ein weiterer Aspekt: MitarbeiterInnen, denen zugehört wird, sind besser motiviert. Dazu gehört auch, dass Führungskräfte entsprechende Anstrengungen unternehmen, ihre MitarbeiterInnen und deren Aufgabenbereich zu kennen. Tun sie das, so erhöht das die Arbeitsmoral bedeutend. Die Aufmerksamkeit, die MitarbeiterInnen gezollt wird, gibt ihnen die Möglichkeit, sich voll auf die PatientInnen zu konzentrieren, weil sie das Gefühl haben „dass sich jemand anderes um mich kümmert“. Darüber hinaus sollen MitarbeiterInnen, wo immer möglich, in Entscheidungen mit einbezogen werden (Finlayson 2002, Kramer/Schmalenberg 1990).

Im Regelfall und bei entsprechendem Management werden Pflegekräfte mit ihren Anregungen, Wünschen und Beschwerden in der eigenen Organisationseinheit Gehör finden. Für Konfliktfälle, die nicht vor Ort angesprochen und gelöst werden können, ist die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle zur Unterstützung der Pflegekräfte zu überlegen (z.B. als „Stabsstelle“ bei der Fachgruppenvereinigung).

Zur Schulung der Führungskräfte werden auch trägerübergreifende Personalmanagementausbildungen empfohlen (Dachverband 2002). Führungskräfte lernen dadurch

unterschiedliche Organisationsformen und deren Vor- und Nachteile in der Diskussion mit den anderen TeilnehmerInnen kennen (bedarf allerdings guter Leitung, um Vertraulichkeit zwischen teilweise konkurrierenden Organisationen zu managen). Führungsqualität kann darüber hinaus nicht nur von der Pflege eingefordert werden, sondern muss von allen Professionen gleichermaßen gelebt werden, um ein entsprechend kooperatives Klima zu schaffen.

Abschließend sei noch auf die langfristige Bedeutung der Akademisierung von Führungskräften in der Pflege hingewiesen. Nicht nur die Bewältigung der Komplexität der Aufgabe, sondern auf die Stellung der Pflege gegenüber den anderen Professionen (insbesondere gegenüber der Ärzteschaft) kann dadurch langfristig verbessert werden.

Verbesserte Wissensbasis der Pflege

Eine zunehmende Akademisierung der Pflege hat nicht nur die gerade beschriebenen direkten Effekte auf die Führungskräfte in der Pflege, sondern unterstützt auch die Verbreitung evidenzbasierter, wissenschaftlich geprüfter Pflegemethoden und Standards im Rahmen der sich langsam entwickelnden Pflegewissenschaften. Diesen evidenzbasierten Standards und Richtlinien wird für die Entlastung des Pflegepersonals von unnötigen Entscheidungsunsicherheiten mittel- und langfristig große Bedeutung zukommen – auch für die Reduktion von Dokumentationsaufwand. Internationale Entwicklungen im Bereich des „evidence-based nursing“ lassen hier für die nächsten Jahre wesentliche Fortschritte erwarten (z.B. Centre for Evidence Based Nursing, <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>). Die Unterstützung der Pflegeforschung muss daher als mittelfristige Strategie auf gesellschaftlicher Ebene gesehen werden (siehe Kap. 6.2).

6.1.2 Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der MitarbeiterInnen

Entwicklung einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Organisationskultur

Wie schon ausgeführt, kann die Tätigkeit in der Pflege auf vielen Ebenen außerordentlich belastend sein – sie kann aber aufgrund der hohen individuellen Bedeutung von Krankenbehandlung und Pflege für die PatientInnen und ihre Familien auch sehr befriedigend sein. Damit diese Befriedigung aber auch erlebt werden kann, ist es notwendig, dass eine Organisationskultur entwickelt wird, in der die MitarbeiterInnen auch weitgehend selbstbestimmt professionell handeln können – damit sie die Leistung auch als ihre Leistung erleben können. Das bedeutet aber auch mehr Verantwortung und muss abgestützt sein – z.B. durch die Führung (siehe oben), durch gegenseitige Unterstützung in einem gut funktionierenden Team, durch klare Rollenbeschreibungen etc.. Davon ist viel zu erwarten. Ein Beispiel: Die Übernahme von mehr Verantwortung durch klarer definierte Rollen und mehr Kontrolle über den eigenen Arbeitsplatz erhöhte nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte in einem der größten und „hektischsten“ Altenpflegeheime Hollands, sondern auch die Qualität der Pflege (Houtman 2003).

Um organisatorische Veränderungsprozesse auf eine solide Basis zu stellen hat Haw (2003) ein sehr brauchbares Diagnoseinstrument zum Assessment organisatorischer Dimensionen erstellt, das folgende Bereiche abfragt:

- Personalentwicklung
- Entscheidungsfindungsstruktur
- Arbeitsorganisation
- Dienstplan
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Personalschlüssel
- Generelle Hilfsdienste (i.e. berufsfremde Tätigkeiten)
- Belohnungssystem (i.e. Gehaltsschema, fringe benefits)

Auf der Basis dieses Assessments wird das Personal aller Ebenen in die Planung von Veränderungen mit einbezogen.

Stärkere Rolle der MitarbeiterInnen in der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Arbeit: Dienstplan in Stationsverantwortung

In Bezug auf Arbeitszeitregelungen sind mehrere Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Einerseits soll die Arbeitszeit so gestaltet sein, dass sie eine regelmäßige physische Regeneration und Freizeitgestaltung ermöglicht. Andererseits sind wesentliche psychosoziale Faktoren wie Familienbetreuungspflichten zu berücksichtigen. Arbeitszeiten sollen flexibel darauf Rücksicht nehmen. Die Flexibilität darf aber nicht zu Lasten der Pflegekräfte gehen. Ein Stationsteam z.B. könnte eigenständig im Rahmen der rechtlichen Vorgaben den Dienstplan erstellen, der aufgrund der gegenseitigen Verbindlichkeit auch weniger anfällig für kurzfristige Veränderungen sein wird – wobei Risiken wie massive Konflikte innerhalb des Teams, Qualitätsprobleme, Effizienz (z.B. durch klare, selbst gewählte Regeln, vgl. Nowak/Lobnig/Pelikan 1996b, S.112) zu managen sind. Dabei wird es sicher manchmal notwendig sein, dass Führungskräfte Impulse in Richtung neuer Arbeitszeitmodelle geben, z.B. um die unterschiedlichen Interessen jüngerer und älterer MitarbeiterInnen abzugleichen, um Gesundheitsförderungsaspekte gegen Freizeitinteressen zu vertreten, um kontinuierlichen PatientInnenbezug mit Personalinteressen zu balancieren etc..

In Deutschland z.B. gibt es zum Teil Sieben-Stunden-Tagdienste. Jene Pflegekräfte, die erlebt haben, dass es nach einem Arbeitstag auch noch Lebenszeit und nicht nur Erschöpfung gibt, wollen nicht mehr zu längeren Diensten zurück (Gespräch mit der Leiterin der NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege, Dr. Kriegl, Mödling 2003).

Ressourcen für Selbstständigkeit entwickeln: Risikoverminderung

Als Maßnahme gegen körperliche Risiken sind zunächst auf der Ebene der MitarbeiterInnen Schulungen zielführend (siehe auch Kap. 6.3. Gesundheitsförderung). Z.B. kann „Gesünderes“ Heben geübt werden. Damit das im Stationsalltag auch wirksam werden kann, bedarf es aber auch der entsprechenden technischen Ausgestaltung des Arbeitsplatzes, eines Personalschlüssels, der den Pflegekräften „die Zeit gibt“, die Vorsichtsmaßnahmen einzuhalten und eines klaren Willens der Führung, sichere, risikovermeidende Praktiken

auch als Standard auf der Station durchzusetzen (Prozessgestaltung, vgl. Lobnig/Nowak/Pelikan 1996b).

Voraussetzung für mehr Selbstständigkeit: eine neue Fehlerkultur

Ein für PatientInnen lebensgefährlicher, MitarbeiterInnen sehr belastender und Selbstständigkeit verhindernder Umstand ist die im Krankenhaus herrschende problematische Fehlerkultur. Wie Köck (2003) auf Basis einer Vielzahl aktueller Studien ausführt, sterben im Gesundheitswesen (in den USA) täglich hunderte Menschen, *weil wesentliche Prozesse im Krankenhaus nicht fehlervermeidend oder –verzeihend gestaltet werden*. D.h. es liegt vornehmlich an den Organisationsabläufen, für deren Optimierung eine möglichst offene, sanktionsfreie Fehleranalyse Voraussetzung ist. Für die Personen bedeutet das: Es muss die richtige Balance gefunden werden zwischen Unterstützung für Personen, die einen Fehler gemacht haben und allfälligen Notwendigkeiten, sie dafür in die Verantwortung zu nehmen (Finlayson 2002).

6.1.3 Personaleinsatz: Maßnahmen zur Erhöhung der Berufszufriedenheit

Maßnahmen gegen den „Praxisschock“

Schon zum Beginn einer Pflegekarriere kann es zu oft prägenden Schwierigkeiten der MitarbeiterInnen kommen. Insbesondere SchülerInnen und AbsolventInnen der Gesundheits- und Krankenpflegesschulen, aber auch WiedereinsteigerInnen erleben häufig in den ersten Tagen und Wochen einen „Praxisschock“, in dem Über- und Unterforderung zu einem großen persönlichen Problem der betroffenen Person werden kann und kurz- oder mittelfristig zum Ausscheiden aus der Ausbildung oder aus dem Beruf führen kann.

Hier hat sich z.B. die Einführung von PraxisanleiterInnen zur Begleitung der SchülerInnen und neuer MitarbeiterInnen sehr bewährt. Ähnlich einem Mentorensystem werden die neuen KollegInnen von einer erfahrenen, langjährigen Pflegeperson in die Abläufe und Routinen des Arbeitsbereiches eingeführt (Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 e). Auch die Einrichtung stationsübergreifender Strukturen, wie Arbeitsgruppen oder Stabsstellen für Praxisanleitung sind für eine effektive Umsetzung empfehlenswert. Die Ausbildung zum/zur „PraxisanleiterIn“ wird von großen Trägern als eigene Fortbildungsveranstaltung angeboten (vgl. z.B.: <http://www.wien.gv.at/ma15/pdf/sab.pdf>).

Problemadäquate Personalbesetzung

Zu den Verbesserungen gehören zunächst eine den Anforderungen der spezifischen Abteilung bzw. Organisationseinheit entsprechende, problemadäquate Personalbesetzung. Das muss nicht in jedem Fall heißen, dass es mehr diplomiertes Pflegepersonal geben muss. Wenn z.B. Rehabilitationsanstrengungen im Vordergrund stehen, werden andere mobilisierende Professionen eine größere Rolle spielen, ohne der Pflege ihre zentrale Rolle und Gesamtverantwortung für die Organisation und Planung wegzunehmen. Ein anderes Beispiel: In Tätigkeitsfeldern, wo vornehmlich ältere PatientInnen zu betreuen sind, ist es für diese oft angenehmer, von älteren Pflegekräften betreut zu werden, weil sie diesen aufgrund

ihrer Lebenserfahrung bzw. der größeren kulturellen Nähe mehr Vertrauen entgegen bringen (Meadows/Blair 2001).

Abbau berufsfremder Tätigkeiten

Unter den Belastungsfaktoren wird immer wieder die Durchführung berufsfremder Tätigkeiten beschrieben. Folgende Bereiche tragen voraussichtlich am meisten zu erhöhter Arbeitszufriedenheit bei und können u.U. auch zu ökonomischen Einsparungen führen. Hier ist organisatorisch darauf zu achten, dass Hilfspersonal und ExpertInnen möglichst effizient eingesetzt werden:

- **Reinigungsarbeiten:** In Bezug auf Reinigungsarbeiten, die in Zeiten, wo die Reinigungsfirmen nicht präsent sind, und das heißt vor allem im Nachtdienst von Pflegekräften durchgeführt werden, kann die Lösung nur in einer Ausweitung bzw. Verlagerung der Anwesenheitszeiten von Reinigungskräften auf rund um die Uhr liegen. Wie das im Gesamtbudget von Krankenhäusern unter Bedingungen von Knappheit unterzubringen ist – wo statt dessen gespart werden kann - wird zu verhandeln sein.
- **Administrative Arbeiten:** Für delegierbare schriftliche und administrative Aufgaben ist der Einsatz von StationssekretärInnen (Nowak/Lobnig/Pelikan 1996; S. 36ff) sinnvoll – auch hier wird unter Bedingungen von Knappheit über Umverteilung zu verhandeln sein. Besondere Aufmerksamkeit ist auch dem bürokratischen Aufwand im direkten pflegerischen Bereich zu schenken: Pflegeorganisationsmodelle, die diesen Aufwand reduzieren, sind solchen, die den Aufwand erhöhen, eher vorzuziehen. Ebenso ist von einer Senkung von Personalfluktuationsraten, weniger Einsatz von Poolkräften etc. eine Reduktion der notwendigen schriftlichen Kommunikation zu erwarten.
- **Alltagskommunikation mit PatientInnen:** Ein Teil der PatientInnen hat aus unterschiedlichen Gründen ein hohes Bedürfnis nach alltäglicher Kommunikation. Plaudern und das Anhören von Lebens- und Leidensgeschichten kann ein wichtiger Teil der notwendigen Kommunikationsarbeit sein, wird aber teilweise über das pflegerisch notwendige Maß von den PatientInnen eingefordert, um der eigenen Einsamkeit, Isolation oder Langeweile entgegen zu wirken. Hier haben sich Modelle von ehrenamtlichen Besuchsdiensten sehr bewährt (z.B.: „Patientenhilfsteam Rudolfstiftung“ Holzknicht 2001, Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 d).

Förderung (von den Betroffenen erwünschter) interner Mobilität

Flexibilität im Einsatz bzw. die Möglichkeit, verschiedene Aspekte des Pflegeberufs leben zu können, kann die Zufriedenheit ebenfalls erhöhen. Es gibt z.B. PflegespezialistInnen aus dem Intensivbereich, die nebenbei gerne Pooldienste im Langzeitpflegebereich machen, da ihnen auf der Intensivstation neben der technischen Überwachung die menschliche Zuwendung zu kurz kommt (Gesprächsnotiz, Pleschitschnig 2003). Im Besonderen sollten Tätigkeiten in Einheiten mit hohem Aufwand und wenigen Erfolgserlebnissen (wie in manchen geriatrischen Bereichen) durch zeitweisen Einsatz in anderen Bereichen balanciert werden. Auch Wechsel zwischen verschiedenen Pflegefachbereichen desselben Trägers kann der Qualifikation und dem Bedürfnis nach interner Mobilität Rechnung tragen (Dachverband 2002; Haw 2003). Zentral ist in allen Maßnahmen zur internen Mobilität, dass die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen im Mittelpunkt stehen und nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg Versetzungsentscheidungen getroffen werden. So ein Vorgehen würde mit Sicherheit zu höherer Unzufriedenheit führen.

Schaffung erfahrungsorientierter ExpertInnenrollen

Neben den Leitungspositionen, für die bei der Auswahl der Personen besonderes Gewicht auf die Führungsqualitäten gelegt werden sollte, sind weitere ExpertInnenrollen zu entwickeln, die es erfahrenen Pflegekräften ermöglichen, im Beruf zu bleiben und trotz möglicherweise verringerter körperlicher Leistungsfähigkeit wertvolle und interessante Arbeit zu leisten. Solche erfahrungsorientierten Aufgaben (z.B. Hygienefachkraft, Praxisanleitung, Pflegeexperte/in) haben eine wichtige Funktion im Pflegebereich und sind auch finanziell entsprechend abzugelten (vgl. auch das Primary Nursing Modell unten; Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 a; Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 e).

6.1.4 Spezifische Unterstützung bei besonderen Bedürfnissen der MitarbeiterInnen und fringe benefits

Wohnen, Arbeitsweg, Arbeitsutensilien

Auswirkungen auf die Entscheidung für den Beruf bzw. den Verbleib im Beruf haben auch freiwillige Sozialleistungen (Wohnmöglichkeit, zusätzliches Kindergeld etc.) und eine gute Sachausstattung (persönliche Dienstkleidung, Handy, Arbeitsutensilien) (Dachverband 2002). So sieht das auch die Londoner Studie, die empfiehlt in Gegenden, wo es besondere Schwierigkeiten gibt, entsprechende Unterkünfte zu finden bzw. wo Transportprobleme auftreten, spezielle Unterstützungen zu geben (Finlayson 2002).

Zu empfehlen sind also im Besonderen das Angebot zur Nutzung von Krankenhaus-Parkplätzen (in Wien zu einheitlichen Tarifen für alle Krankenhäuser) oder andere Angebote in Kooperation mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Dies wird die Bereitschaft der Pflegekräfte aus dem Umland, kürzere Arbeitseinheiten zu akzeptieren, unterstützen. Ein zusätzlicher Anreiz für NeueinsteigerInnen in den Beruf (bzw. für die Berufswahl) kann das Angebot von günstigen Wohnungen in Arbeitsplatznähe sein.

Familie und Beruf: Kinderbetreuung

Besondere Aufmerksamkeit ist in der Pflege auf die Mehrfachbelastung von Frauen zu legen: der hohe Frauenanteil und der hohe Anteil an AlleinerzieherInnen verlangt nach familiengerechten Arbeitsbedingungen, um diesen Frauen (und Männern) den Verbleib im Beruf zu ermöglichen.

Auch hier wird es natürlich auf die Art der Abteilung ankommen, wie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt werden kann. Als Beispiel für diese fachspezifischen Lösungsmöglichkeiten kann ein kleines Pflegeheim (mündliche Mitteilung) angeführt werden, wo die Kinder der Pflegekräfte sich am Nachmittag auch dort aufhalten können, um z.B. ihre Aufgaben zu machen. Diese Möglichkeit wird von den pflegebedürftigen Menschen als Bereicherung erlebt, von den Müttern als Erleichterung und den Kindern ermöglicht es den Kontakt zu und selbstverständlichen Umgang mit älteren Menschen, den sie angesichts immer kleiner werdender Familien sonst kaum noch haben.

In eine ähnliche Richtung denkt offenbar das Londoner Department of Health (vgl. Finlayson 2002), das für Gesundheitseinrichtungen unter anderem folgende Ziele formuliert hat, die bis 2004 umgesetzt werden sollen:

- Ausweitung der Möglichkeiten, flexibel und familienfreundlich zu arbeiten
- Unterstützung der MitarbeiterInnen bei der Organisation der Kinderbetreuung

Ein Kindergarten am bzw. nahe beim Arbeitsort, der sich an den wechselnden Dienstzeiten der Pflegekräfte orientiert, wird es für Eltern leichter machen, weiterhin den Beruf auszuüben.

6.2 Maßnahmen zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Systematischer Aufbau gegenseitiger und öffentlicher Anerkennung

Eine Londoner Studie unterstrich die Notwendigkeit der innerberuflichen und öffentlichen Anerkennung der Pflege. In der Diagnose wurden eine Reihe von kritischen Tendenzen beschrieben - die gesellschaftliche Anerkennung vor allem der Arbeit mit alten Menschen scheint steigerbar.

Auch wenn die Personalsituation z.B. in Pflegeheimen oft nicht ausreichend ist, ist es wenig förderlich zur Anwerbung neuer Pflegekräfte und für das Selbstwertgefühl der aktiven Pflegekräfte, dass in der „veröffentlichten“ Diskussion über den Pflegebereich hauptsächlich die negativen Seiten zu Sprache kommen. Auch Vorgesetzte, die durch eine negative Haltung wenig zur Arbeitsmotivation beitragen, führen zu einem Teufelskreis von schlechter Stimmung, Burnout und kurzer Verweildauer im Beruf, was wiederum die Situation der verbleibenden Pflegekräfte verschlechtert – und noch mehr Grund für schlechte Stimmung entsteht.

Daher wird als Maßnahme empfohlen, dass die MitarbeiterInnen sich gegenseitig für die geleistete Arbeit ihre Wertschätzung zum Ausdruck bringen und Lob von den PatientInnen untereinander austauschen (Finlayson 2002).

Sinngemäß gilt das auch für die Vertretung der Pflege in der Gesundheitspolitik und der breiteren Öffentlichkeit. Interessensvertretungen sind gefordert, ein positives Image der Pflege zu entwickeln und zu propagieren – zumindest als Ziel, als Orientierung. Das können z.B. Imagekampagnen sein, die einerseits hohe Professionalität und andererseits die befriedigenden Seiten der Arbeit mit Menschen herausstreichen. Sie können die gesellschaftliche Wahrnehmung der Leistung der Pflegekräfte verbessern und damit auch den Beruf attraktiver machen (vgl. z.B. die sehr professionelle PR-Arbeit der Hospize).

Angemessene Entlohnung

Die Frage der Bezahlung wird häufig erst dann Grund zur Beschwerde, wenn schon andere Probleme die Motivation der MitarbeiterInnen negativ beeinflussen (vgl. auch Finlayson 2002). MitarbeiterInnen fordern höhere Gehälter dann als „Schmerzensgeld“ für zu belastende Arbeitsbedingungen. In einer 2001 fertig gestellten Arbeit zur Arbeitszufriedenheit in einer NÖ Einrichtung, stellt die Autorin zu ihrer Überraschung fest, dass *„sich weniger als ein Zehntel der Pflegepersonen unzufrieden über ihren jetzigen Lohn äußern ... andere*

Aspekte der Arbeit, vor allem der Kontakt und Zusammenarbeit mit KollegInnen und das Arbeitsklima werden am wichtigsten angesehen“ (Jahns-Leitner 2001 S.113).

Ganz außer Acht lassen kann man die Einkommenshöhe nicht, wenn es in unmittelbarer Nähe große Unterschiede gibt (z.B. Vorarlberg – Schweiz). Für den extramuralen Bereich könnte ein bundeseinheitlicher Kollektivvertrag finanzielle Anliegen und die Abgeltung von Fahrzeiten, Verwaltungsarbeiten etc. entsprechend regeln (AKNÖ 1998a).

Ein wesentlicher Aspekt ist aber die Frage der spezifischen Anreize im Gehaltsschema, auf die wir oben verwiesen haben. Das Gehaltssystem sollte folgenden Kriterien genügen:

- Raubbau an der eigenen Gesundheit sollte nicht finanziell belohnt werden (bisher zu viele Nachtdienste insbesondere von jüngerem Pflegepersonal)
- Übernahme von besonderer Verantwortung durch qualifiziertes Personal (Leitungsfunktionen und spezifische ExpertInnen) sollte belohnt und nicht durch den Wegfall von Zulagen bestraft werden
- Für ältere Arbeitskräfte, die Gehaltsverluste aufgrund nachlassender körperlicher Leistungsfähigkeit erleiden, sind alternative Formen zur Abgeltung von Erfahrung einzubauen.

Tätigkeiten in besonders belastenden Fachbereichen (z.B. in bestimmten Bereichen der Geriatrie bzw. Langzeitpflege) sind belastungsangemessen – z.B. nach dem Beispiel der Psychiatrie – zu entlohnen. Generell ist eine Flexibilisierung des Gehaltsschemas unter Berücksichtigung tatsächlicher Leistungen, Berufserfahrung, Qualifikation und Belastungen bei gleichzeitigem Abbau möglicher bestehender Privilegierungen anzustreben.

Hebung des Ausbildungsniveaus

Mittel- und längerfristige Effekte zur Hebung der Attraktivität des Berufes sind von einer Reform der Ausbildung zu erwarten, die zu einer größeren Durchlässigkeit innerhalb des Bildungssystems führt. Zur Steigerung der generellen Qualifikation der Führung, zur Verbesserung der Anschlussfähigkeit der Pflegepraxis an wissenschaftlich basierte Innovation und zur besseren Positionierung der Pflege in der multiprofessionellen Arbeit ist eine forcierte Akademisierung für gehobene Management-Positionen, zur Weiterentwicklung in der Lehre und zur Verbesserung der wissenschaftlichen Fundierung des Berufs zu empfehlen. 8 bis 10 % AkademikerInnen im Pflegepersonal werden derzeit als langfristiger Zielwert für Österreich diskutiert (E. Seidl, mündliche Mitteilung; Ch. Staudinger, DIE PRESSE 8. November 2003).

6.3 Integrierte Strategien

In diesem Abschnitt stellen wir exemplarisch einige integrierte Modelle zur Weiterentwicklung der Arbeitssituation in der Pflege dar. Primary Nursing, Magnetospital und Gesundheitsförderung setzen dabei jeweils unterschiedlich an, weisen aber trotzdem viele Überschneidungen auf – die unterschiedlichen Aspekte erscheinen durchaus kombinierbar.

6.3.1 Veränderung der Pflegeorganisation in Richtung „Primary Nursing“

Zur Stärkung der Verantwortlichkeit diplomierter Pflegekräfte und zur Förderung des persönlichen Bezugs zu wenigen PatientInnen könnte die Einführung des Primary Nursing und ähnlicher Pflegekonzepte beitragen.²³ Die „Primary Nurse“ ist für die Pflege und Versorgung einer begrenzten Anzahl von PatientInnen von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich.

Die Primary Nurse

- erhebt die pflegerische Anamnese, erstellt die Pflegeplanung, führt die Pflege nach Möglichkeit auch selbst durch und evaluiert sie
- hat den Überblick über alle die PatientInnen betreffenden Maßnahmen, auch aus den Bereichen Diagnostik und Therapie
- handelt mit den PatientInnen aus, wie ihre Versorgung ausgestaltet werden soll und tritt für die Interessen der PatientInnen ein
- ist die Schlüsselperson für die patientenbezogene Kommunikation und Kooperation aller an der Behandlung und Pflege beteiligten Berufsgruppen
- nimmt maßgeblich Kontakte mit Angehörigen und Bezugspersonen wahr (Fischer www.primarynursing.de 2003).

Ähnliche Vorstellungen vertritt Houtman (2003) im Pflegeheimbereich durch die Übertragung der direkten Verantwortung für jeweils zehn PatientInnen an die „Vollpflegekräfte“ einschließlich der Erarbeitung eines passenden Pflegeplans und der Kontaktpflege mit den Familien der PatientInnen.

Das Modell Primary Nursing hat nach unserer externen Einschätzung viele Vorteile. Unter anderem gibt es damit eine klare Verantwortungsübernahme in der Pflege durch die Primary Nurse. Es widerspiegelt, was wir auch unter Pflege-Case-Management verstehen, nämlich die gesamthafte Zuständigkeit der diplomierten Pflegekraft in der Organisation der Pflege. Wobei die diplomierte Kraft alle nötigen Schritte plant, aber nicht notwendigerweise selbst durchführt. Für viele Teilaspekte werden andere, mehr oder weniger spezialisierte Berufe oder Personen für die Durchführung heranzuziehen sein.

Unterstützt werden soll die „Primary Nurse“ durch

- andere diplomierte Pflegekräfte (ev. jüngere, weniger erfahrene Personen; auch anders spezialisiertes Personal)
- PflegehelferInnen
- Stationssekretariat / Administration
- SpezialistInnen, wie SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, EntlassungsmanagerInnen,...
- ehrenamtliche Kräfte
- Reinigungspersonal.

Die Übernahme von Verantwortung sollte sowohl eine Verbesserung der Pflegequalität (Maudrey 2001) als auch höhere Zufriedenheit bei den diplomierten Pflegekräften bringen, die in anderen Modellen oft zu wenig Autonomie erleben (Sochalski 2001). Die wichtige Kommunikation mit den PatientInnen als auch mit den ÄrztInnen läuft direkt über die Primary Nurse und somit in der Regel ebenfalls befriedigender.

²³ Hier sind auch andere, ähnliche Pflegemodelle implizit mit gemeint, wie zum Beispiel: Bezugspflege, Zimmerpflege, Gruppenpflege (vgl. Nowak/Fischer/et.al. 1998).

Wenn die diplomierte Pflegekraft als Primary Nurse die Verantwortung für die Pflegeplanung und –durchführung trägt und pflegefremde Aufgaben an die entsprechenden Hilfs- und Spezialdienste delegiert, ermöglicht das sowohl einen gezielteren Einsatz der fachlichen Qualifikationen als auch einen schonenden Einsatz der Ressourcen (Haw 2003).

Das Modell bedeutet aber auch eine erhebliche organisatorische Umstellung: Sinnvoll umgesetzt, hat es auch eindeutige Auswirkungen z.B. auf die Dienstplanung. D.h. die Primary Nurse sollte während der Aufenthaltsdauer eines/einer Patienten/in möglichst häufig im Dienst sein, was automatisch kürzere, aber häufigere Schichtzeiten mit sich bringt. Möglicherweise ist das Primary Nurse-Modell besonders geeignet für erfahrenere Pflegekräfte – nicht für AnfängerInnen – und wäre damit ein Anreiz für einen längeren Verbleib im Beruf.

6.3.2 Modell Magnetspital

Wie Jahns-Leitner (2001, S.13) in ihrer Forschungsarbeit zum Lehrgang für den gehobenen Pflegedienst schreibt, erfüllt das Konzept des „Magnetspitals“ verbesserte Bedingungen in einer geradezu idealen Weise. Bedauerlicherweise hat das Konzept noch nicht in entsprechendem Ausmaß Niederschlag in österreichischen Krankenanstalten gefunden.

In den Vereinigten Staaten konnte nachgewiesen werden, dass Magnetspitäler, also jene Krankenhäuser, die erfolgreich Pflegepersonal rekrutieren und halten konnten, einen besseren Personalschlüssel hatten, in die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte investierten und das Personal in organisatorische Entscheidungen einbezogen, womit sie das Arbeitsklima und die Motivation auf ein hohes Niveau bringen konnten (Finlayson 2002).

Kennzeichen von Magnetspitälern sind weiters (Kramer/Schmalenberg 1989a,b; Orendi 1993):

- Hohes Ansehen des Pflegebereiches
- Innovationsbereitschaft und Experimentierfreudigkeit als explizit festgelegte Grundwerte
- Hohes Qualitätsbewusstsein der MitarbeiterInnen
- Dezentralisation der Qualitätssicherung und –entwicklung
- Entscheidungen werden an der Basis getroffen
- Hohe MitarbeiterInnenorientierung
- Leistungsbezogenes Ent- und Belohnungssystem
- Einfacher, flexibler Organisationsaufbau.

Bei der Realisierung dieser Grundsätze kommt dem leitenden Pflegepersonal an den Stationen, d.h. dem mittleren Management, eine zentrale Funktion zu. Die Stationsleitungen und ihre Vertretungen können auf sehr vielfältige Weise auf die Arbeitssituation ihrer MitarbeiterInnen gestaltend Einfluss nehmen (Upeniaks 2002). Zu den Führungsaufgaben von Stationsleitungen zählen:

- Aufbau einer gut funktionierenden Organisationsstruktur an den Stationen (Organisationsentwicklung)
- Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungsbereitschaft der MitarbeiterInnen (Personalentwicklung)
- Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (Qualitätsentwicklung)
- Sicherung des Informationsflusses zwischen Pflgeteam und oberen Führungsebenen

- Entwicklung einer gemeinsamen Identität innerhalb des Pflegeteams («corporate identity«)
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

Die Verlagerung eines Großteils der organisatorischen Verantwortung und die Möglichkeit eigenständiger Entwicklung von innovativen Pflegekonzepten und -modellen auf der Station ist charakteristisch für ein Magnetospital. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, sind von den Stationsleitungen weniger fachliche Qualifikationen als die Entfaltung zentraler Führungsqualifikationen nötig. Diese sind:

- Besprechungen führen
- Teams leiten und Entscheidungen treffen
- Probleme lösen und Konflikte managen
- MitarbeiterInnen motivieren und fördern
- die eigene Rolle gestalten und reflektieren.

Die Förderung der Selbstständigkeit des Einzelnen und die Schaffung einer Umgebung, die zu Risikofreude ermutigt, führen auch zur Beschränkung bürokratischer Vorschriften und Strukturen (Kramer/Schmalenberg 1989).

6.3.3 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung im Krankenhaus wird seit 1988 unter der Federführung der WHO-Europa als Entwicklungsstrategie für MitarbeiterInnen (und PatientInnen sowie der Bevölkerung im Einzugsgebiet) diskutiert und inzwischen in ca. 700 europäischen Spitälern im Rahmen des Internationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser praktiziert (<http://www.euro.who.int/healthpromohosp/>; <http://www.hph-hc.cc/>).

Die Situation des Pflegepersonals stand von Anfang an im Mittelpunkt von Projektinitiativen und hat auch im Rahmen des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser eine besondere Bedeutung. Schon im ersten europäischen WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ in der Krankenanstalt Rudolfstiftung widmete sich ein Subprojekt ganz der Situation des Pflegepersonals (Nowak/Lobnig/Pelikan 1996c) und in zwei anderen Subprojekten wurden weitere wichtige Aspekte der Pflege auch vertieft bearbeitet (Nowak/Lobnig/Pelikan 1996a; Nowak/Lobnig/Pelikan 1996b).

Eine weitere wesentliche internationale Bewegung ist die Entwicklung von systematischen Methoden der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die ebenfalls die Situation der Gesundheitsberufe als problematisch und entwicklungsfähig eingestuft hat (für weitere Informationen vgl. Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung: <http://www.netzwerk-bgf.at/>; International: <http://www.enwhp.org/home/index.php>; http://agency.osha.eu.int/index_de.htm). Besondere Beachtung verdient hier ein derzeit laufendes Projekt unter der Federführung des Wiener Roten Kreuzes, das die Situation des Pflegepersonal im extramuralen Bereich im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt stellt (http://www.wrk.at/Content.Node2/was_wir_tun/FRK/Seiten/gesundheitsfoerderung/frk_proj_BGFmob.PflegeundBetreuung.php).

Zusammenfassend werden im Gesundheitsförderungsansatz die Entwicklung von Personen und von Arbeitsumwelten fokussiert, wobei sowohl körperliche Belastungen und Risiken als auch psychosoziale Gesundheitsdeterminanten als zentral für das Pflegepersonal

herausgearbeitet wurden. Im Vordergrund der Entwicklungsinitiativen stehen aber in erster Linie psychosoziale Faktoren, die wesentliche Verbesserungspotenziale in ganz ähnlicher Weise hervorstreichen, wie das Konzept des „Magnetspitals“.

Es zeigt sich, dass die Diagnose bezüglich jener Faktoren, die sich als gesundheitsfördernd erweisen, ähnlich jenen sind, die wir als einer längeren Verweildauer im Beruf zuträglich bzw. als Zufriedenheit steigernd identifiziert haben.

Psychosoziale Gesundheit

Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie arbeitet derzeit im Rahmen eines anderen Projekts an der Erstellung eines Fact Sheets über Psychosoziale Gesundheit und arbeitsbedingten Stress der MitarbeiterInnen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu etablieren (Dietscher/Nowak/Stidl 2003). Gesundheitsfördernde Maßnahmen können sich auf mehrere Faktoren positiv auswirken, die ansonsten zum Phänomen „Pflege in Not“ und in weiterer Folge zu Pflegepersonalmangel und Pflegenotstand führen können.

Die wichtigsten Auslöser auf Organisationsebene für arbeitsbedingten Stress sind

- Lange Arbeitszeiten
- Arbeitsüberlastung
- Mangelnde Mitentscheidungsmöglichkeiten
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Unklare Aufträge
- Mangelnde Führungskompetenzen (Michie/Williams 2002).

Als zusätzlich belastend und schädlich für die Gesundheit wurde außerhalb der Organisation die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit identifiziert. Dies gilt im besonderen Ausmaß für die geriatrische Pflege (Krenn/Papouschek 2003).

Die Förderung von psychosozialer Gesundheit kann auf drei Ebenen ein breites Spektrum an Maßnahmen umfassen (Dietscher/Nowak/Stidl 2003):

1. Vorbeugen (primäre Ebene):

- Führungskräftebildungen
 - Kommunikationstraining, Konfliktmanagement
- partizipative Entwicklungen
 - Einbeziehen der ArbeitnehmerInnen in Entscheidungen
 - Bildung unterstützender Teams
 - verbesserte Zusammenarbeit zwischen Management und MitarbeiterInnen
 - Umgestaltung von Arbeitsbereichen und –abläufen
 - Gesundheitszirkel
- verbindliche Regelungen / Richtlinien zu Risikobereichen
 - Sexuelle Belästigung, Gewalt, Mobbing
- Vorbeugende Angebote für MitarbeiterInnen – Ausgleich und Entspannung
 - Sport, Autogenes Training

2. Umgehen mit Belastungen (sekundäre Stufe)

- Analyse und partizipative Umgestaltung von betroffenen Arbeitsbereichen
- Regelmäßige Beobachtung / Reporting
- Kooperation mit ExpertInnen für Problembereiche (z.B. Mobbing)

- Angebote für betroffene MitarbeiterInnen:
 - Lebensstil-Veränderungen
 - Erlernen von Entspannungstechniken
 - Supervision

3. Schaden bearbeiten / begrenzen (tertiäre Stufe)

- Berücksichtigen bestehender Beeinträchtigungen bei der Arbeitseinteilung (Erhalt der Arbeitsfähigkeit)
- (Rehabilitative) Angebote für betroffene MitarbeiterInnen:
 - Beratung und Psychotherapie am Arbeitsplatz
 - Coaching
 - Alkohol- und Drogenberatung
 - spezifische Kriseninterventionen (Mobbing, Gewalt)

Körperliche Gesundheit

Die körperliche Gesundheit des Pflegepersonals ist insbesondere im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates gefährdet. Schweres Heben kann durch technische Hilfsmittel vermieden werden. Konkret kann ein Ansatzpunkt primärer Gesundheitsförderung die Komplettausstattung mit hydraulischen Betten oder auch Lagerungshilfen im OP sein. Allerdings kann speziell im Bereich der Hauskrankenpflege dieser Ansatz auf Grenzen in der Umsetzbarkeit stoßen. Hier, aber auch beim Vorhandensein technischer Hilfsmittel, ist das Erlernen ergonomischer Arbeitstechniken zentral (Lobnig/Nowak/Pelikan 1996 b).

Weitere Gefahrenbereiche für das Pflegepersonal sind: Nadelstichverletzungen, Infektionsrisiken, Umgang mit gefährlichen/gesundheitsschädlichen Arbeitsstoffen (z.B. Zytostatika). Diese Bereiche werden im Allgemeinen gut durch den klassischen ArbeitnehmerInnenschutz (Sicherheitsbeauftragte, Arbeitsmedizin, Hygieneteam etc.) abgedeckt. Es zeigt sich jedoch, dass auch hier ein partizipativer Zugang und ein integriertes Vorgehen, wie es der umfassende Gesundheitsförderungsansatz vorschlägt, zentral für den Erfolg solcher Maßnahmen sind.

6.4 Erhöhung des Wiedereinstiegs

Alle Maßnahmen, die zur Erhöhung der Verweildauer insgesamt beitragen, beinhalten auch umfassende Anreize für Pflegekräfte, die zur Kinderbetreuung oder aus anderen Gründen aus dem Beruf (zeitweise) ausgestiegen sind, wieder in den Beruf zurückzukehren. Besonders wichtig sind für diese Gruppe:

- Familiengerechte Arbeitszeitregelungen
- Entlastende Kinderbetreuungsangebote.

Ein Gehaltsschema, das bei WiedereinsteigerInnen eine volle Anerkennung aller Vordienstzeiten und erfahrungsangemessene Entlohnung vorsieht, wird ebenfalls die Rückkehr in den Beruf und an den alten Arbeitsplatz wesentlich unterstützen.

Darüber hinaus können Einrichtungen zusätzliche Anstrengungen unternehmen und ihren früheren MitarbeiterInnen Angebote machen, die es ihnen erleichtern, nach einer Berufspause wieder einzusteigen und Anschluss zu finden:

- Berufsliste zur Anwerbung (nach Berufspause)

- Kontakt halten (während Berufspause) durch Einladung zu Weihnachtsfeier etc.
- Verträge zur geringfügigen Beschäftigung, um in der Pflegepraxis zu bleiben und neue Entwicklungen mitvollziehen zu können.

6.5 Maßnahmen zur Verbesserung des Berufszugangs

Rekrutierung für die Ausbildung

Aus unserer Sicht greifen Maßnahmen, die auf die Reduktion des Pflegepersonalmangels abzielen und sich auf eine Veränderung des Bildungssystems stützen, nur langfristig und sehr zeitverzögert. Gleichzeitig gibt es bereits eine ausgeprägte öffentliche Diskussion, die insbesondere diesen Weg verlangen.

Wir empfehlen aufgrund der Dringlichkeit der Fragestellung jedoch auch auf die Verbesserung der Arbeitssituation des bereits tätigen Personals bzw. der unmittelbar hinzukommenden AusbildungsabsolventInnen zu setzen. Wenn alle Verbesserungsmaßnahmen, die die Arbeitssituation betreffen, umgesetzt werden, wirkt sich das positiv auf das Image und die Attraktivität des Berufs aus und das Interesse an der Ausbildung steigt wieder.

Dennoch können mittelfristig insbesondere in zwei Bereichen für die Rekrutierung von InteressentInnen für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung empfohlen werden:

- die bereits beschriebene positive öffentliche Imagekampagne
- die Schaffung von Ausbildungsplätzen dort, wo die Nachfrage für Ausbildungsplätze hoch sind.

Rekrutierung von ausländischem Personal

Die Rekrutierung von ausländischen Fachkräften kann zur kurz- und mittelfristigen Bedarfsdeckung beitragen, bedarf jedoch rechtlicher Erleichterung zur Ermöglichung von Arbeitsmigration (Nostrifikation, Schlüsselarbeitskräfte). Aber auch unterstützende Maßnahmen zur besseren Integration bzw. zur kulturell angemessenen Abstützung der ArbeitsmigrantInnen sind notwendig.²⁴

²⁴ Weil in einem kommunikativen Beruf wie der Pflege in Bezug auf ausländische Pflegepersonen immer wieder Verständigungsprobleme angesprochen werden, sei hier das Projekt *"Europakompetenz in der Kranken- und Altenpflege (ECCN)* erwähnt. Dieses Projekt unterstützt *Krankenschwestern und andere Fachkräfte der Gesundheits- und Altenpflege bei der Vorbereitung auf eine eventuelle Tätigkeit in anderen Ländern innerhalb und außerhalb der Europäischen Union. Dazu sollen die erforderlichen Fertigkeiten und Informationen bereit gestellt werden* (Bartels 2003). Entsprechende spezielle Schulungsangebote können eine Arbeit in Österreich für ausländische Pflegekräfte attraktiv machen und ihre Integration fördern, was sich positiv auf einen Verbleib im Beruf und auch die Qualität ihrer Pflegeleistung auswirkt.

7 Literatur

AKNÖ (1998, o.J.): Zwischen Frust und Erfüllung. Pflegeberufe am Prüfstand.

AKNÖ (1998a, o.J.): „**Pflegeleicht?**“ Arbeitsbedingungen der mobilen Pflege und Betreuung unter der Lupe.

Aiken, L.H. et al. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA, October 23/30– Vol 288, No. 16 p.1987 – 1993

American Association of Colleges of Nursing (2003): Nursing Shortage Fact Sheet. <http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/shortagefacts.htm>

Bartels, A. (2003): "Europakompetenz in der Kranken- und Altenpflege" - das Projekt <http://www.ec-cn.org/cgi-bin/frameset.asp?master=2>

Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (2002): Situation des Pflegepersonals. Wien

Dietscher, Chr., Nowak, P., Stidl, Th. (2003): Fact Sheet. Aktuelle Probleme psychosozialer Gesundheit bei MitarbeiterInnen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen: Symptome, Ursachen und Lösungsansätze. (Draft, 29.10.2003)

Dornmayr, H., Stampfl, Chr. (2003): Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe Trends zu Ausbildung und Berufsausübung in Österreich, Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft. Wien, September 2003

Eckerl, B. (2000): Arbeitszufriedenheit und Belastungsfaktoren im Pflegeheim. NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit

EFQM (2003): Das EFQM-Modell für Excellence. Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen. EFQM. Brüssel, EFQM, AFQM.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995): Working conditions in Hospitals in the European Union

Finlayson, B. (2002): Counting the Smiles. Morale and Motivation in the NHS. www.kingsfund.org.uk

Fischer, Th., Dipl.-Pflegerwirt (FH), Stabsstelle Pflegeforschung am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe – Universität Frankfurt am Main. t.fischer@em.uni-frankfurt.de
www.primarynursing.de

Flemmich, G. (2003): Unterlagen zur Enquete am 5.6.03

Flemmich, G., Nöstlinger, W. (2003): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Kommentar. unveröffentlichtes Manuskript, Oktober 2003

Grossrabener, M. (2002): Ist Kontrolle ein positives Führungsinstrument und Instrument zur Arbeitszufriedenheit oder ein ‚Mittel der Macht‘? NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit

Hasselhorn, H.-M.; Müller, B., Tackenberg, P. (2002): Next newsletter 12, Universität Wuppertal (www.next-study.net)

Haw, M. A.; Claus, E. G., Durbin-Lafferty, E., Iversen, S.M. (2003): Die Arbeitsmoral von Pflegepersonen verbessern trotz knapper Kassen. 1. Teil: Organisationsassessment. In: Pflege 103-110; 2. Teil: Programmplanung. In: Pflege 161-167

Hoffmann, P. (1997): Das Burnout-Syndrom und seine Folgeerscheinungen beim diplomierten Pflegepersonal. In: Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch: Projekte aus Österreich und Deutschland. Wien, Fakultas-Univ.-Verlag S.176 - 191

Hofmarcher, M. M., Rack, H. /European Observatory on Health Care Systems (Hg.) (2001): Gesundheitssysteme im Wandel - Österreich. Kopenhagen: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme

Holzknicht, V. (ohne Jahreszahl, vermutlich 2001): Ehrenamtliche Betreuung der Patienten in der Krankenanstalt Rudolfstiftung (KAR) durch das PHT. Österreichischen Instituts für Erwachsenenbildung. Publikationen.
(<http://www.oieb.at/newsletter/EHRENAMTLICHE%20BETREUUNG%20der%20PATIENTE%20NEW.pdf>)

Houtman, I. (2003): Bessere Pflege unter Druck. TNO Arbeit, Niederlande
http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/de/index_12.htm

IFES (2002): MitarbeiterInnenzufriedenheit im Wiener KAV: Unveröffentlichte Umfrage.

Jahns-Leitner, S. (2001): Die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals in der Langzeitpflege. NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit

Jesse, M., Kapounek, M. (1999): Karriereverläufe österreichischer Pflegedienstleitungen. NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit

Karazman, R. et al. (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung

Köck, Chr. (2003): Nihil nocere und Irren ist menschlich. In: Wiener Klinische Wochenschrift 115/12: 403 - 404

Kollar, D. E. (2002): Beschäftigungssituation im Pflegedienst in Oberösterreich. Demografische Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in Oberösterreich und mögliche Konsequenzen daraus. Master Thesis im Rahmen des Univ.LG-KHML –MAS, Linz

Kramer, M., Schmalenberg, C. (1989): Magnet Spitäler. Institutionen mit Spitzenleistungen (1.Teil). In: Pflege Band 2, Heft 2 S.122 – 135

Kramer, M., Schmalenberg, C. (1990): Magnet Spitäler. Institutionen mit Spitzenleistungen (2.Teil). In: Pflege Band 3, Heft 1 S.13 – 23

Krenn, M., Papouschek, U. (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. FORBA, Wien

Landenberger, M. (1996): Zur Arbeitsmarktentwicklung und Professionalisierungsdynamik im Berufsfeld Pflege. In: Görres, Seite, Koch- Zadi D, Maanen van H, Schöller-Stindt M (Herausgeber). Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft. Altera, Bremen, Seite 297-311

Lieser, A. (2000): Qualitätssicherung in der Pflege. In: Kellnhauser et al. (2000): Pflege – entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln S.249-251.

Lobnig, H., Nowak, P., Pelikan, J.M. (1996 a): Wie man im Krankenhaus die Hygiene-Organisation verbessern kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 2. 38 S. Wien: LBIMGS. (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md2.PDF>)

Lobnig, H., Nowak, P., Pelikan, J.M. (1996 b): Wie im Krankenhaus ein "Kreuzweh-Präventions-Programm" durchgeführt werden kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 4. 34 S. Wien: LBIMGS. (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md4.PDF>)

Lobnig, H., Nowak, P., Pelikan, J.M. (1996 c): Wie ein Führungskräftelehrgang für Pflegepersonal im Krankenhaus organisiert werden kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 7. 30 S. Wien: LBIMGS (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md7.PDF>)

Lobnig, H., Nowak, P., Pelikan, J.M. (1996 d): Wie im Krankenhaus ehrenamtliche Hilfe eingeführt werden kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 8. 34 S. Wien: LBIMGS (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md8.PDF>)

Lobnig, H., Nowak, P., Pelikan, J.M. (1996 e): Wie im Pflegedienst Praxisanleitung eingeführt werden kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 9. 38 S. Wien: LBIMGS (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md9.PDF>)

Nowak, P., Fischer, M., Lobnig, H., Pelikan, J.M. (1998): Wie PatientInnenorientierte Gruppenpflege auf einer Krankenhausstation eingeführt werden kann. Modelldokument 10. 37 S. Wien: LBIMGS (<http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/md10.PDF>)

Maudrey, S. (2001): Qualitätssicherung in der Krankenpflege. Diplomarbeit, Wien

Meadows, S., Blair, G. (2001): Valuing our greying workforce. In: health care uk 2001 Chapter 5-8 p.50-55

Michie , Williams (2002): „Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review“ in: Occupational and Environmental Medicine

Nemeth, C., Frank, W., Fülöp, G., Pazourek, J. / Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1995): Personalangebot in ausgewählten Gesundheitsberufen. Angebotsprognose in Szenarios 1993-2010. Krankenpflegefachdienst, Stationsgehilfen und

Pflegehelfer, Gehobene medizinisch-technische Dienste, Medizinisch-technischer Fachdienst, Hebammen. Wien, ÖBIG.

Niederbacher, E. (2000): Mitarbeiterzufriedenheit auf einer Neurologischen Rehabilitationsstation. NÖ Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege. Hausarbeit

www.noehome.at/zeitung6.htm

Nowak, P., Lobnig, H., Pelikan, J.M. (1996a): WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus". Subprojekt 1 "Gesundheit am Arbeitsplatz". Endbericht. Wien: LBIMGS. (Gesundes Krankenhaus /12)

Nowak, P., Lobnig, H., Pelikan, J.M. (1996b): WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus". Subprojekt 3 "Stationsorganisation". Endbericht. Wien: LBIMGS. (Gesundes Krankenhaus /14) (http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/gk14_SP3.PDF)

Nowak, P., Lobnig, H., Pelikan, J.M. (1996c): WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus". Subprojekt 7 "Pflege". Endbericht. Wien: LBIMGS. (Gesundes Krankenhaus /18)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003): Anmerkungen zum Thema „Pflegetotstand“. Arbeitspapier, Wien 2003 (Verfasst von Elisabeth Pochobradsky, Eva Schaffenberger)

Pelikan, J.M., Krajic, K., Lobnig, H., Grundböck, A. (1994): Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität am Arbeitsplatz Krankenhaus. Ein Literaturbericht. Wien. (gesundes krankenhaus /8)

Resetarics, P., Scherbaum, J., Rappold, E. (2003): Ursachen und Wirkungen eines Pflegetotstandes.: Seminararbeit, VOSE Medizin- und Gesundheitssoziologie (Universität Wien, Karl Krajic)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Gesundheitswesen in Deutschland . Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten (Kurzfassung)

Sochalski, J. (2001): Quality of Care, Nurse Staffing, and Patient Outcomes. In: Policy, Politics & Nursing Practice. Vol.2 No.1, February, 9 –18 S.10)

Statistik Austria (2000): Arbeitsplatzwechsel. Wien, Statistik Austria, Wien.

Statistik Austria (2003): Statistisches Jahrbuch 2003. Statistik Austria, Wien

Upenieks, V.V. (2002): Assessing Differences in Job Satisfaction of Nurses in Magnet and Nonmagnet Hospitals. In: JONA Vol.32, No.11, P.564 - 576

Walter, I. (1996): Krankenpflege in Österreich und der Tschechischen Republik. Terminologie und kulturgeschichtlicher Hintergrund. Diplomarbeit, Wien

Wiesberg, M. (2001): Messe „Alter und Pflege“ in Stuttgart. Auf dem Weg in einen Pflegenotstand? In Interaktiv 3

Wohlfender, D. (2000): Langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege. In: Pflege Band 13 S.389-395

Hier einige Literaturempfehlungen für den Einstieg in Primary Nursing:

Andraschko, H.-G. (1998): *Bezugspflege*, aus: Fischer et al. (Hrsg.): Management Handbuch Krankenhaus, v. Decker's Verlag, Hüthig GmbH, Heidelberg

Ersser, St., Tutton, E. (2000): *Primary Nursing - Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems*, Verlag Hans Huber, Bern

Fischer, Th. (2000): *Primary Nursing*, in: Pr-Internet 2(10), 367-374

Fischer, Th. (2001): *Einführung von Primary Nursing*, in: BALKInfo 6, 30-33

Horne, E., Cowan, T. (Hrsg.) (1992): *Ward Sister's survival guide*, Wolfe Publishing, London

Manthey, M. (1980a): *The Practice of Primary Nursing*, Blackwell Scientific Publications, Boston

Manthey, M. (1980b): *A Theoretical Framework for Primary Nursing*, in: The Journal of Nursing Administration, Juni 1980, 11-15

Pontin, D. (1999): *Primary Nursing: A mode of care or a philosophy of nursing?*, in: Journal of Advanced Nursing, 29(3), 584-59