



Gesundheitsberufe in der Europäischen Union

*Bernadette Allinger
Ingrid Mairhuber*

25. Juni 2021

Endericht für die AK Wien

Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt
A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5
Tel.: +431 21 24 700
Fax: +431 21 24 700-77
office@forba.at
<http://www.forba.at>

INHALT

<i>EINLEITUNG</i>	8
1. <i>ÜBERBLICK ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN IN DER EU</i>	10
1.1. <i>Definition des Gesundheits- und Sozialwesens nach NACE</i>	10
1.2. <i>Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in der EU</i>	13
1.3. <i>Gesundheits- und Betreuungspersonal nach Eurostat-Daten</i>	16
<i>Literatur</i>	24
2. <i>MIGRATIONSSTRÖME: GESUNDHEITSFACHKRÄFTE UND PERSÖNLICHE BETREUUNGS- UND PFLEGEKRÄFTE</i>	26
2.1. <i>Zielländer</i>	26
2.2. <i>Herkunftsländer</i>	29
<i>Literatur</i>	31
3. <i>LÄNDERBERICHT IRLAND</i>	32
3.1. <i>Organisation des Gesundheitssystems in Irland</i>	32
3.1.1. <i>Das öffentliche Gesundheitssystem</i>	32
3.1.2. <i>Das Langzeitpflegesystem</i>	35
3.2. <i>Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Irland</i>	36
3.3. <i>Personalbedarf und Personalplanung</i>	38
3.4. <i>Ausbildung</i>	40
3.4.1. <i>Vom Lehrlingsmodell zur tertiären Ausbildung</i>	40
3.4.2. <i>"Pre-registration" Programme</i>	40
3.4.3. <i>"Post-registration" Programme</i>	41
3.5. <i>Arbeitszeiten</i>	41
3.6. <i>Gehalt</i>	42

3.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	43
Literatur		44
4.	LÄNDERBERICHT SPANIEN	48
4.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Spanien.....	48
4.1.1.	Das öffentliche Gesundheitssystem	48
4.1.2.	Private Gesundheitsversorgung	49
4.1.3.	Das Langzeitpflegesystem	49
4.2.	Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Spanien	52
4.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	54
4.4.	Ausbildung	55
4.4.1.	Von der Ausbildung von „technischen AssistentInnen im Gesundheitswesen“ zur tertiären Ausbildung.....	55
4.4.2.	„Fachkrankenschwester/in“	56
4.4.3.	Karriereentwicklung von Krankenschwestern.....	57
4.5.	Arbeitszeiten	57
4.6.	Gehalt	57
4.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	58
Literatur		60
5.	LÄNDERBERICHT POLEN.....	62
5.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Polen.....	62
5.1.1.	Das öffentliche Gesundheitssystem	62
5.1.2.	Private Gesundheitsversorgung	63
5.1.3.	Das Langzeitpflegesystem	63
5.2.	Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Polen	64
5.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	66
5.4.	Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften	68
5.4.1.	Von der sekundären zur tertiären Ausbildung	68
5.4.2.	Postgraduale Spezialisierungskurse als Pflicht.....	69
5.5.	Arbeitszeiten	70

5.6.	Gehalt	70
5.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	71
Literatur		71
6.	LÄNDERBERICHT DEUTSCHLAND	73
6.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Deutschland	73
6.1.1.	Das öffentliche Gesundheitswesen	73
6.1.2.	Private Gesundheitsvorsorge	75
6.1.3.	Das Langzeitpflegesystem	76
6.2.	Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegesektor in Deutschland.....	76
6.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	77
6.4.	Ausbildung	80
6.4.1.	Generalistische Ausbildung für Pflegefachkräfte.....	80
6.4.2.	Ausbildung für Pflegehilfskräfte und medizinische Fachangestellte.....	81
6.4.3.	Ausbildung zur Fachkrankenpflegekraft	82
6.5.	Arbeitszeit	82
6.6.	Gehalt	84
6.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	86
Literatur		87
7.	LÄNDERBERICHT FRANKREICH	89
7.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Frankreich.....	89
7.1.1.	Das öffentliche Gesundheitssystem	89
7.1.2.	Private Gesundheitsversorgung	91
7.1.3.	Das Langzeitpflegesystem	91
7.2.	Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Frankreich.....	92
7.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	94
7.4.	Ausbildung	95
7.4.1.	Grundausbildung und spezialisierte weiterführende Ausbildung von KrankenpflegerInnen.....	95
7.4.2.	Registrierung	96
7.4.3.	Sonstige Berufsgruppen	96

7.5.	<i>Arbeitszeiten</i>	97
7.6.	<i>Gehalt</i>	98
7.7.	<i>Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen</i>	99
<i>Literatur</i>		100
8.	<i>LÄNDERBERICHT ITALIEN</i>	102
8.1.	<i>Organisation des Gesundheitssystems in Italien</i>	102
8.1.1.	<i>Das öffentliche Gesundheitssystem</i>	102
8.1.2.	<i>Private Gesundheitsversorgung</i>	103
8.1.3.	<i>Das Langzeitpflegesystem</i>	103
8.2.	<i>Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Italien</i>	104
8.3.	<i>Personalbedarf und Personalplanung</i>	104
8.4.	<i>Ausbildung</i>	106
8.5.	<i>Arbeitszeiten</i>	107
8.6.	<i>Gehalt</i>	108
8.7.	<i>Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen</i>	108
<i>Literatur</i>		110
9.	<i>LÄNDERBERICHT ÖSTERREICH</i>	112
9.1.	<i>Organisation des Gesundheitssystems in Österreich</i>	112
9.1.1.	<i>Das öffentliche Gesundheitssystem</i>	112
9.1.2.	<i>Das Langzeitpflegesystem</i>	114
9.2.	<i>Beschäftigung im Gesundheitssektor in Österreich</i>	114
9.3.	<i>Personalbedarf und Personalplanung</i>	115
9.4.	<i>Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften</i>	117
9.4.1.	<i>Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn in Krankenpflegerschulen (bis Ende 2023)</i>	118
9.4.2.	<i>Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn in Bachelorstudiengängen (verpflichtend ab 2024)</i>	118
9.4.3.	<i>Fakultative Weiterbildung für DGKP</i>	119
9.4.4.	<i>Weiterführende Spezialisierungen</i>	119

9.4.5.	Postgraduale Ausbildung: Master-Abschluss.....	120
9.4.6.	Weitere Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungen	120
9.4.7.	Ausbildung von Personal im Langzeitpflege- und Betreuungsbereich	120
9.5.	Arbeitszeiten	121
9.6.	Gehalt	122
9.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	123
Literatur		127
10.	LÄNDERBERICHT RUMÄNIEN.....	128
10.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Rumänien	128
10.1.1.	Das öffentliche Gesundheitssystem	128
10.1.2.	Das Langzeitpflegesystem	129
10.2.	Beschäftigung im Gesundheitssektor in Rumänien	130
10.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	131
10.4.	Ausbildung	132
10.5.	Arbeitszeiten	134
10.6.	Gehalt	135
10.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	136
Literatur		137
11.	LÄNDERBERICHT SCHWEDEN.....	138
11.1.	Organisation des Gesundheitssystems in Schweden	138
11.1.1.	Das öffentliche Gesundheitssystem	138
11.1.2.	Das Langzeitpflegesystem	139
11.2.	Beschäftigung im Gesundheitssektor in Schweden	140
11.3.	Personalbedarf und Personalplanung.....	141
11.4.	Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften	142
11.4.1.	Basisausbildung	142
11.4.2.	Fach- bzw. Spezialisierungsausbildung	143
11.4.3.	Postgraduale Masters-Ausbildung.....	144
11.4.4.	Karriereentwicklung	144

11.4.5.	Ausbildung von Personal im Langzeitpflege- und Betreuungsbereich	145
11.5.	Arbeitszeiten	145
11.6.	Gehalt	146
11.7.	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	147
Literatur		147
12.	PERSONALBEDARF UND PLANUNG: INTERNATIONALE STRATEGIEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	149
12.1.	Weltgesundheitsorganisation WHO	150
12.1.1.	WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030	150
12.1.2.	WHO Global Code of Practice.....	153
12.2.	Vereinte Nationen UN: UN High Level Commission on Health Employment and Economic Growth.....	153
12.3.	Europäische Union: EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting	155
12.4.	OECD Handlungsempfehlungen.....	156
12.4.1.	OECD Report on Healthcare Planning	156
12.4.2.	OECD Report 2020: Langzeitpflegebedarf.....	158
12.5.	Fazit zu internationalen Strategien.....	160
Literatur		161
13.	SYNTHESE.....	163
Literatur		177

EINLEITUNG

Seit mehreren Jahren gibt es in vielen Ländern der EU eine akute bzw. prognostizierte Personalknappheit in den Gesundheits- und Langzeitpflegeberufen. Gründe dafür sind vielfältig. Dazu zählen etwa die (doppelte) demographische Entwicklung (Alterung der Gesellschaft und dadurch größerer (Kranken-)Pflegebedarf in höherem Alter bei gleichzeitigem Pensionsantritt der ‚Baby Boomer‘ Generation), Sparmaßnahmen der nationalen Haushalte, schwierige Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, lange Arbeitszeiten und ein verhältnismäßig geringes Gehalt (v.a. in osteuropäischen Staaten), das häufig auch zu Abwanderung von Personal führt. Dies führt in den Nationalstaaten zu Einbußen bei der Versorgungsqualität, insbesondere, aber nicht nur in Ländern, in denen das Einkommensniveau vergleichsweise gering ist und die besonders von Abwanderung von (qualifiziertem) Personal betroffen sind.

Der vorliegende Bericht ist als Vorbereitung eines Vorschlags für eine EU-Richtlinie zur Einführung europaweiter Mindeststandards von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen für Gesundheitsberufe im Auftrag der Arbeiterkammer Wien vorgesehen (Fahimi, Miriam/Rosoli, Silvia/Schalek, Kurt (2020): Dem EU-weiten Personalnotstand im Gesundheits- und Pflegebereich wirkungsvoll entgegenzutreten. Policy Brief 4/2020). Dieser Bericht hat zum Ziel, vergleichende Informationen und Forschungsergebnisse zu Gesundheits- und Pflegepersonal in der EU aufzuzeigen. Dies beinhaltet einen allgemeinen Überblick über die Branche und Berufsgruppen, sowie über den Personalbedarf bzw. -mangel und Planungsmechanismen. In neun Länderberichten (Irland, Spanien, Polen, Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Rumänien, Schweden) werden Informationen über die jeweiligen Gesundheits- bzw. Pflegesysteme gegeben, sowie über die Ausbildung, Arbeitszeiten, Gehalt und sonstigen Arbeitsbedingungen von Gesundheitspersonal. Dabei soll darauf hingewiesen werden, dass für die einzelnen Länderberichte Forschungsergebnisse zu den verschiedenen Berufsgruppen in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden sind, mit einem Fokus auf den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege („nurses“), da dieser in der Forschung auch im EU-Vergleich am besten abgedeckt ist. Auch die Datenlage bezüglich der Rahmenbedingungen von Beschäftigung (Arbeitszeit, Gehalt) ist teilweise recht unterschiedlich.

Im *ersten* Kapitel wird die Branche des Gesundheits- und Sozialwesens näher definiert sowie ein Überblick über die verschiedenen vorhandenen Berufsbilder gegeben und mit Daten – so vorhanden – unterfüttert. Im *zweiten* Kapitel werden die Migrationsströme von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen innerhalb der EU aufgezeigt. Hier wird ersichtlich, in welchem Ausmaß manche Länder von der Ein- bzw. Auswanderung qualifizierter Gesundheitsfachkräfte betroffen sind. In den Kapiteln *drei bis elf* folgen die neun Länderberichte. Im *zwölften* Kapitel werden Strategien bzw. Handlungsempfehlungen internationaler Organisationen (WHO, UNO, OECD, EU)

gegen den Personalmangel rezipiert. Im abschließenden Kapitel *dreizehn* wird eine Synthese der gesammelten Ergebnisse präsentiert.

1. ÜBERBLICK ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN IN DER EU

In diesem Kapitel soll ein vergleichender quantitativer Überblick über die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in den EU-Mitgliedstaaten gegeben werden. Dazu wird zum einen auf Analysen der OECD zurückgegriffen (OECD 2019 bzw. OECD Health Database), zum anderen auf die Eurostat-Arbeitskräfteerhebung (Labour Force Survey) sowie auf spezifische Auswertungen bzw. Datensammlungen von Eurostat (Eurostat 2019a, b) zu Gesundheitspersonal.

1.1. Definition des Gesundheits- und Sozialwesens nach NACE

Nach der Statistischen Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft (*Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne*, NACE) Rev. 2 (2008) wird das Gesundheits- und Sozialwesen in den Klassen Q 86 (Gesundheitswesen), 87 (Heime ohne Erholungs- und Ferienheime) und 88 (Sozialwesen ohne Heime) erfasst. In unten stehender Tabelle sind die einzelnen Kategorien und Beschreibungen (teilweise gekürzt) wiedergegeben.

Tabelle 1: Erläuterungen der NACE-Kategorien Q 86, 87, 88

Q	GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN: Erbringung von Dienstleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens
86	Gesundheitswesen umfasst die Tätigkeiten von Akut- und Langzeitkrankenhäusern, allgemeinen oder Fachkliniken, chirurgischen, psychiatrischen und Suchtkrankenhäusern, Sanatorien, Einrichtungen der Präventivmedizin, Heil- und Pflegeanstalten, Rehasentren, Leprakliniken und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die über Unterbringungsmöglichkeiten verfügen und die in der Diagnose sowie der medizinischen Behandlung von Patienten mit einer großen Bandbreite medizinischer Therapien tätig sind. Die Abteilung umfasst ferner Konsultations- und Behandlungstätigkeiten von praktischen Ärztinnen und Ärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Chirurgeninnen und Chirurgen. Eingeschlossen sind auch allgemeine und spezielle Zahn-, Mund- und Kieferbehandlung und Kieferorthopädie. Zudem umfasst diese Abteilung alle humanmedizinischen Tätigkeiten, die nicht in Krankenhäusern oder von Ärzten, sondern von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe, die die

	rechtliche Befähigung zur Behandlung von Patienten besitzen, ausgeübt werden.
86.1	Krankenhäuser
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen
86.21	Arztpraxen für Allgemeinmedizin
86.22	Facharztpraxen
86.23	Zahnarztpraxen
86.9	Gesundheitswesen a.n.g.
86.90-1	Krankentransporte und Rettungsdienste
86.90-2	Hauskrankenpflege
86.90-3	PsychotherapeutInnen, Klinische und GesundheitspsychologInnen
86.90-9	Sonstiges Gesundheitswesen a.n.g.: - humanmedizinische Tätigkeiten, die nicht in Krankenhäusern oder von ÄrztInnen oder ZahnärztInnen ausgeübt werden: Tätigkeiten von Hebammen, PhysiotherapeutInnen, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, HeilmasseurInnen und anderen Fachkräften der Bereiche Hydrotherapie, Homöopathie, Shiatsu, Chiropraktik, Akupunktur usw. - Tätigkeiten von zahnärztlichem Hilfspersonal - Tätigkeiten von medizinischen Labors - Tätigkeiten von Blut-, Samen- und Organbanken usw. - Verkehrspsychologische Testungen - Klassifikationsentscheidungen: Reflextherapie, bildgebende Verfahren für medizinische Zwecke, Colon-Hydro-Therapie, Echographie, Tätigkeiten von Shiatsu-PraktikerInnen, Labors für Dopinganalysen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) umfasst die Unterbringung in Heimen in Kombination mit Pflege-, Beaufsichtigungs- oder anderen Betreuungsleistungen entsprechend den Anforderungen der Bewohner. In diesen Einrichtungen besteht der Produktionsprozess zu einem erheblichen Teil aus einem Mix von Gesundheits- und Sozialleistungen, wobei die Gesundheitsleistungen vorwiegend in Form pflegerischer Tätigkeiten erbracht werden.
87.1	Pflegeheime (Altenpflegeheime, Genesungsheime, Erholungsheime mit Pflegekomponente, Pflegeeinrichtungen, Pflegeheime)

87.2	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u.Ä. (Heimunterbringung bei Entwicklungsverzögerung, Geisteskrankheit oder Drogenmissbrauch (ohne stationäre Krankenhauspflege))
87.3	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime (Unterbringung und Pflege von älteren und behinderten Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und die nicht allein leben möchten)
87.9	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) (Kinderheime, Obdachlosenheime, Einrichtungen, die ledige Mütter und Kinder aufnehmen, betreute Übergangseinrichtungen für Menschen mit sozialen oder persönlichen Problemen bzw. für StraftäterInnen, Erziehungsheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime) umfasst eine Vielzahl von Tätigkeiten der sozialen Unterstützung von Bedürftigen.
88.1	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter (soziale, Beratungs-, Fürsorge-, Weitervermittlungs- und ähnliche Dienstleistungen, die durch staatliche oder private Einrichtungen, landesweit bzw. auf lokaler Ebene tätige Selbsthilfeorganisationen, einschließlich Fachberatungsdiensten, für ältere Menschen und Behinderte in deren Wohnung oder anderweitig erbracht werden: Alten- und Krankenbesuche (pflegebedürftige Menschen), Tagespflegestätten für ältere Menschen oder behinderte Erwachsene, berufliche Rehabilitation sowie Qualifikationsmaßnahmen für Behinderte, sofern der Ausbildungsaspekt nicht im Vordergrund steht
88.9	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)
88.91	Tagesbetreuung von Kindern (ausgenommen Kindergärten)
88.99	Sonstiges Sozialwesen a.n.g. (soziale, Beratungs-, Fürsorge-, Flüchtlingsbetreuungs-, Weitervermittlungs- und ähnliche Dienstleistungen, die durch staatliche oder private Einrichtungen, Katastrophenhilfswerke, landesweit bzw. auf lokaler Ebene tätige Selbsthilfeorganisationen, einschließlich Fachberatungsdienste, für Einzelpersonen und Familien in deren Wohnung oder anderweitig geleistet werden; Tätigkeiten von Lebens- und SozialberaterInnen; psychologische Beratung im Bereich des Sozialwesens; Personenbetreuung (24-Stunden Betreuung); Klassifikationsentscheidungen: Tätigkeiten von Adoptionsagenturen, Kulturelle Mediation, Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Ansiedlung von Flüchtlingen

Quelle: Statistik Austria 2019: 303-309

International vergleichende Beschäftigtendaten sind nur in den Grobkategorien (Q 86, 87 und 88) verfügbar, es wird jedoch nicht weiter differenziert nach Unterkategorien. Deshalb muss im folgenden Kapitel, das die Beschäftigtendaten in der EU aufzeigt, auf diese Kategorien zurückgegriffen werden. Dabei ist zu bedenken, dass der Sektor wesentlich weiter gefasst ist als für den vorliegenden Bericht vorgesehen, wie gezeigt wurde; er beinhaltet (u.a.) die Arbeit von ÄrztInnen, Rettungsdiensten, sozialarbeiterische bzw. -pädagogische Tätigkeiten und Berufe inkl. der Arbeit mit Flüchtlingen, behinderten Personen und Kindern (u.a. Kinderheime, Hortbetreuung), psychologische sowie Lebens- und Sozialberatung, um einige zu nennen.

1.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen in der EU

Die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen hängt natürlich maßgeblich von der Bevölkerungszahl ab. Sie variiert in den 27 EU-Staaten (bzw. den 22 EU-Staaten, für die Daten verfügbar sind) zwischen 39.000 in Estland und über 5,9 Millionen in Deutschland.

Tabelle 2: Anzahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen (Sektor Q) 2018, gerundet

Land	Anzahl der Beschäftigten (Personen)
Deutschland	5.942.000
Frankreich	3.901.000
Italien	1.967.800
Spanien	1.460.700
Niederlande	1.432.000
Polen	980.600
Schweden	844.000
Belgien	632.600
Dänemark	519.000
Österreich	463.820
Finnland	426.600
Portugal	399.600
Tschechien	349.000
Ungarn	325.800

Irland	259.400
Griechenland	223.200
Slowakei	136.400
Litauen	94.300
Slowenien	65.500
Lettland	49.500
Luxemburg	46.900
Estland	39.400

Quelle: OECD Health Database (Niederlande, Portugal, Spanien: provisorische Daten für 2018; Schweden: Daten für 2017; Frankreich, Griechenland: provisorische Daten für 2017; keine Daten für Rumänien, da kein OECD-Mitglied)

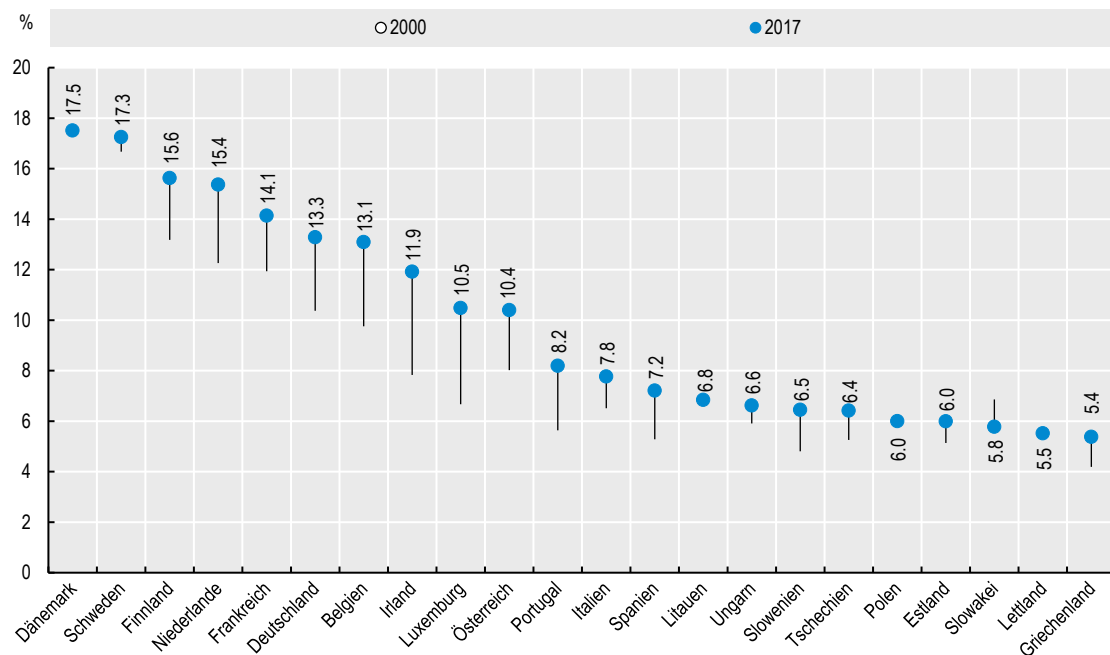
Aussagekräftiger als die absoluten Beschäftigtenzahlen ist der Anteil der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten an der Gesamtzahl der Beschäftigten im jeweiligen Land. Diese Anteile werden in der nachstehenden Tabelle und Grafik aufgezeigt:

Tabelle 3: Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen als Anteil der Gesamtbeschäftigung in Prozent, 2000 und 2017

	2000	2017
Dänemark	17,3	17,5
Schweden	16,7	17,3
Finnland	13,2	15,6
Niederlande	12,3	15,4
Frankreich	11,9	14,1
Deutschland	10,4	13,3
Belgien	9,8	13,1
Irland	7,8	11,9
Luxemburg	6,7	10,5
Österreich	8,0	10,4
Portugal	5,6	8,2
Italien	6,5	7,8
Spanien	5,3	7,2
Litauen	6,7	6,8
Ungarn	5,9	6,6
Slowenien	4,8	6,5
Tschechien	5,3	6,4
Polen	6,1	6,0
Estland	5,1	6,0
Slowakei	6,9	5,8
Lettland	5,7	5,5
Griechenland	4,2	5,4

Quelle: OECD 2019

Grafik 1 (zugehörig zu Tabelle 3): Anteil der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Gesamtbeschäftigung, 2000 und 2017



Quelle: OECD 2019

Der Anteil an Beschäftigten, die im Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind, variiert in den EU-27 (2020, d.h. ohne UK) Staaten sehr stark, mit Anteilen zwischen 5,4 und 17,5 Prozent.

Besonders hoch ist der Anteil in den nordischen Staaten und den Niederlanden (über 15 Prozent), aber auch in Frankreich, Deutschland, Belgien, Irland, Luxemburg und Österreich liegt der Anteil über zehn Prozent. Danach folgen die südeuropäischen Staaten Portugal, Italien und Spanien mit Anteilen zwischen 7,2 und 8,2 Prozent. Am unteren Ende sind die neuen EU-Mitgliedstaaten zu finden, angeführt von Litauen mit einem Anteil von 6,8 Prozent, Ungarn (6,6%), Slowenien (6,5%), Tschechien (6,4%), Polen und Estland (je 6%), Slowakei (5,8%), Lettland (5,5%) und als Schlusslicht Griechenland (5,4%).

Der Anteil der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten erhöhte sich seit dem Jahr 2000 in nahezu allen Ländern mit Ausnahme von Polen, der Slowakei und Lettland. Die größten Steigerungen gab es zwischen 2000 und 2017 in Irland (plus 4,1 Prozentpunkte) und Luxemburg (plus 3,8 Prozentpunkte).

1.3. Gesundheits- und Betreuungspersonal nach Eurostat-Daten

Eurostat erhebt Daten über das Gesundheitspersonal in den Mitgliedstaaten, separat für bestimmte Berufsgruppen (nach ISCO-Codes¹) (Eurostat 2019a). Da es sich um von den einzelnen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellte Daten handelt, sind diese jedoch nicht durchgängig bzw. vollständig vergleichbar; für Österreich etwa sind nur die Beschäftigtengruppen in Spitälern, nicht jedoch in anderen Settings (wie Alten- oder Pflegeheimen bzw. in der mobilen Pflege) inkludiert, von anderen Staaten gibt es teilweise keine Daten.²

Prinzipiell unterscheidet Eurostat (2019a: 2) zwischen drei Konzepten bei Gesundheits- bzw. Pflegeberufen:

- „praktizierende“, d.h. jene, die Dienstleistungen direkt für Patienten erbringen;
- „professionell Aktive“, d.h. oben genannte „praktizierende“ Angehörige der Gesundheitsberufe, für die ihre medizinische Ausbildung eine Voraussetzung für die Ausübung ihrer Tätigkeit ist;
- „lizenzierte“, d.h. jene, die als Angehörige der Gesundheitsberufe registriert und zur Ausübung ihrer Tätigkeit berechtigt sind.

Eurostat selbst bevorzugt das Konzept der „praktizierenden“ Angehörigen der Gesundheitsberufe, das auch für die „European Core Health Indicators“ (ECHI) verwendet wird. In den folgenden Tabellen bzw. Grafiken wird deshalb darauf Bezug genommen; bei Nicht-Verfügbarkeit dieser Daten in einzelnen EU-Mitgliedstaaten werden stattdessen Daten für eines der alternativen Konzepte verwendet (Hinweise dazu sind in Fußnoten zu finden).

Bei der Analyse wird zwischen folgenden Berufsgruppen (nach ISCO-08 Codes, Erläuterungen siehe Statistik Austria 2011) unterschieden:

¹ Die Internationale Standardklassifikation der Berufe (International Standard Classification of Occupations, ISCO) klassifiziert die beruflichen Tätigkeiten der arbeitenden Bevölkerung unter der Zuständigkeit der ILO (Internationale Arbeitsorganisation). "Ein Beruf ist definiert als ein Set von Aufgaben und Pflichten, die von einer Person für einen Arbeitgeber oder als Selbständiger erfüllt werden. Die Zusammenfassung zu relativ ähnlichen Kategorien erfolgt anhand der „skills“ (notwendige Fähigkeiten, um die mit einem Job verbundenen Aufgaben und Pflichten zu erfüllen). Es wird zwischen „Anforderungsniveau“ (skill level) und „berufsfachlicher Spezialisierung“ (skill specialisation) unterschieden. Das Anforderungsniveau erfasst den Grad der Komplexität der Aufgaben und wurde in vier breit gefasste Kategorien unterteilt. Die Definition erfolgt über die Ausbildungsstufen der ISCED (International Standard Classification of Education). Die berufsfachliche Spezialisierung erfasst das Gebiet, auf dem Kenntnisse erforderlich sind, und ist durch die benutzten Werkzeuge und Maschinen, die zu bearbeitenden Werkstoffe sowie die Art der erzeugten Produkte und Dienstleistungen bestimmt." (Statistik Austria, http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/oeisco_08/informationen_zur_isco08/index.html). ISCO-08 ist seit 2011 in Verwendung, das Vorgängermodell war ISCO-88.

² In Eurostat 2019b über die Metadaten wird genau angeführt, woher die Daten der einzelnen Länder stammen bzw. wie die einzelnen Berufsgruppen definiert sind, welche nationalen Datenquellen verwendet werden und was die Zahlen genau abbilden.

- ISCO-08 2221: Akademische und vergleichbare Krankenpflegefachkräfte; Beispiele für hier zugeordnete Berufe: gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, StationsleiterIn (Krankenpflege), AusbilderIn von Krankenpflegekräften
- ISCO-08 2222: Akademische und vergleichbare Geburtshilfefachkräfte sowie
- ISCO-08 3222: Nicht-akademische Geburtshilfefachkräfte (Hebammen)
- ISCO-08 3221: Nicht akademische Krankenpflegefachkräfte (in Österreich etwa PflegefachassistentIn)
- ISCO-08 5321: PflegehelferInnen (nur in Institutionen); Beispiele für hier zugeordnete Berufe: GeburtshilfeassistentIn, PflegehelferIn, Hilfskraft in der Psychiatrie, PflegeassistentIn

Für die Berufsgruppe des ISCO-08 Codes 5322 (Haus- und FamilienpflegerInnen) liegen keine Daten von Eurostat vor. Dieses Berufsbild ist häufig in der mobilen Betreuung bzw. Pflege anzufinden, d.h. zu Berufen wie Haus- und FamilienpflegerInnen, HeimhelferInnen, Heimhilfe, Sozialbetreuung Alten- bzw. Familienarbeit konnten keine EU-weit vergleichenden Daten identifiziert werden.

Die Eurostat-Analyse (2019a: 2) zeigt, dass es im Jahr 2017 in den EU-Mitgliedstaaten ca. 2,8 Millionen praktizierende Pflegefachkräfte und fast 1,2 Millionen praktizierende Pflegehilfskräfte gab („nursing professionals“ und „nursing associate professionals“, für beide Kategorien keine Daten für Belgien, Tschechien, Lettland und die Niederlande), etwa 200.000 praktizierende Hebammen, sowie etwa 4,4 Millionen praktizierende GesundheitsassistentInnen (keine Daten für Zypern und Schweden).

Akademische und vergleichbare Krankenpflegefachkräfte (ISCO-08 2221) in der EU

Die Zahl der KrankenpflegerInnen kann je nach den Unterschieden in den Gesundheitssystemen und der ISCO-Klassifizierung³ variieren. Wie oben angeführt, ist in Österreich (und ähnlich auch in Griechenland) etwa nur Spitalspersonal erfasst (mit Ausnahme der Hebammen), wodurch sich auch in dieser Hinsicht Verzerrungen ergeben.

Den Eurostat-Daten nach zu schließen gab es 2017 in Irland 1.216 berufstätige Pflegefachkräfte pro 100.000 EinwohnerInnen, dicht gefolgt von Luxemburg mit 1.173. Deutschland und Schweden (Daten für 2016) verfügen ebenso über mehr als 1.000 praktizierende Pflegefachkräfte pro 100.000 EinwohnerInnen. In den meisten der übrigen Mitgliedstaaten lag die Zahl der praktizierenden Pflegefachkräfte im Allgemeinen

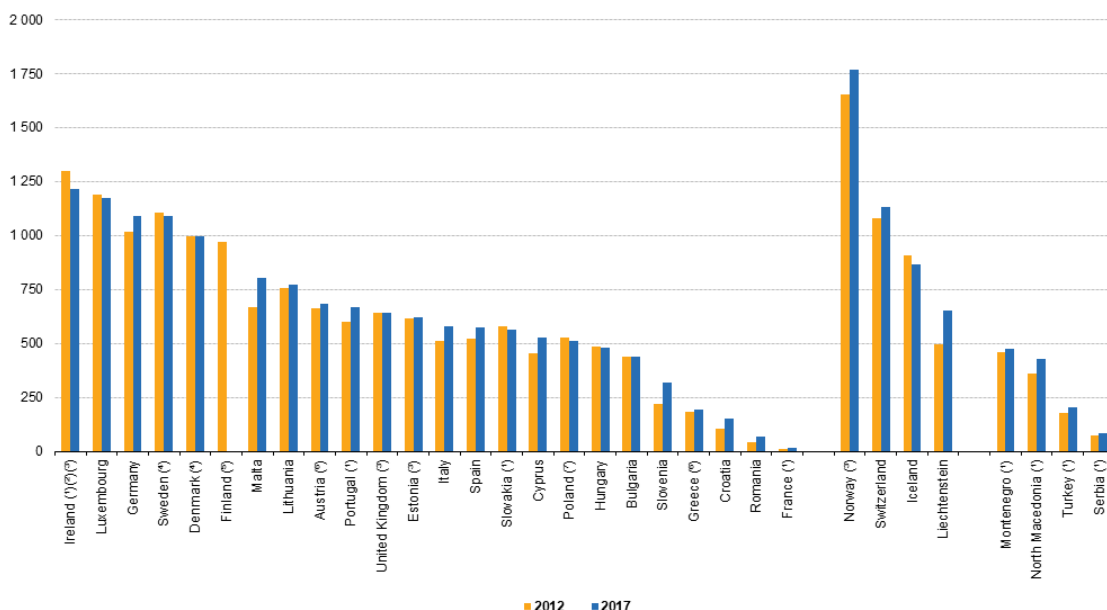
³ In Frankreich etwa gab es eine Re-Klassifizierung, die zur Folge hatte, dass viele Pflegefachkräfte nun als assoziierte Pflegefachkräfte eingestuft werden. In Österreich führte die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 2016, die das Berufsbild der Pflegefachassistenten einführte, zu einer Umstrukturierung bei den ISCO-Codes. Bis 2016 wurden PflegeassistentInnen bzw. PflegehelferInnen in der Kategorie 3221 geführt, danach in der Kategorie 5321 und die (neuen) PflegefachassistentInnen in der Kategorie 3221.

zwischen 400 und 1.000 je 100.000 EinwohnerInnen, wobei Slowenien (321), Griechenland (192, aber nur in Krankenhäusern tätige Pflegefachkräfte), Kroatien (153), sowie Rumänien (70) wesentlich niedrigere Quoten verzeichneten. Aufgrund der oben erwähnten Reklassifizierung des Krankenpflegeberufs verfügt Frankreich über den mit Abstand niedrigsten Anteil an Pflegefachkräften, allerdings über den höchsten Anteil an assoziierten Pflegekräften (dieses Berufsbild ist in einigen Ländern noch gar nicht oder erst kurz – wie etwa in Österreich – etabliert).

In neun von den 23 EU-Mitgliedstaaten, für die Daten vorliegen, ist die Zahl der praktizierenden Pflegefachkräfte (mit akademischer oder vergleichbarer Ausbildung, ISCO-08 2221) im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße zwischen 2012 und 2017 zurückgegangen. Der stärkste Rückgang war in Irland zu verzeichnen (allerdings auf sehr hohem Niveau), aber auch in Luxemburg, Polen, der Slowakei, Schweden, Ungarn, Bulgarien und Dänemark wurde ein Rückgang verzeichnet (Eurostat 2019a: 3f).

Grafik 2: Praktizierende Krankenpflegefachkräfte (akademische und vergleichbare Ausbildung, ISCO-08 2221) pro 100.000 EinwohnerInnen, 2012 und 2017

Practising nursing professionals, 2012 and 2017
(per 100 000 inhabitants)



Note: Belgium, Czechia, Latvia and the Netherlands, not available.

(*) Professionally active.

(*) 2012: estimate and definition differs.

(*) Break in series.

(*) 2016 instead of 2017.

(*) 2017: not available.

(*) Only people working in hospitals.

(*) 2013 instead of 2012.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_psnns)

Akademische und vergleichbare Geburtshilfefachkräfte (ISCO-08 2222) und nicht-akademische Geburtshilfefachkräfte (ISCO-08 3222) in der EU

Im Jahr 2017 hatte Irland mit 376 Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen bei weitem den höchsten Anteil an Hebammen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, gefolgt von Belgien (109). In beiden Ländern wurden hier allerdings jene mit Berufsberechtigung („lizensiert“, s.o.) gezählt, d.h. dass diese nicht unbedingt praktizieren. Schweden (75, Daten für 2016) und Polen (60) folgen und sind die einzigen weiteren Mitgliedstaaten, die ein Verhältnis von mehr als 50 praktizierenden Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen verzeichneten; am unteren Ende liegen Slowenien (10), Rumänien (17), Spanien (19), Lettland (21) und die Niederlande (23); in Österreich gibt es 25,8 praktizierende Hebammen pro 100.000 EinwohnerInnen. In fast allen EU-Staaten (bis auf sieben: Polen, Vereinigtes Königreich, Slowakei, Luxemburg, Rumänien, Tschechien, Irland) gab es im Zeitraum zwischen 2012 und 2017 einen Anstieg an Hebammen (Eurostat 2019a: 5f).

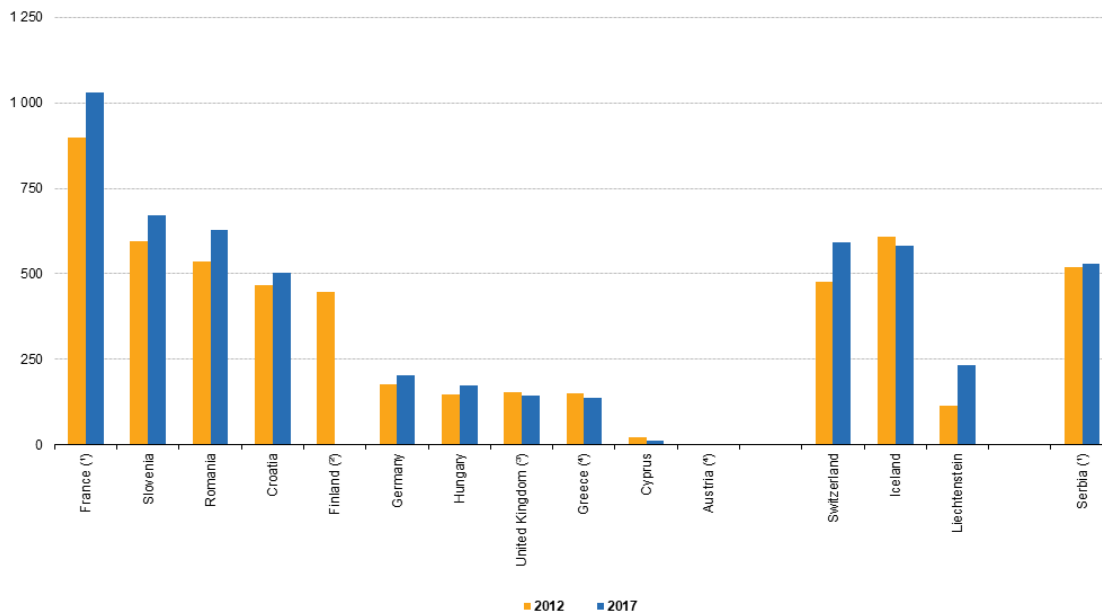
Nicht akademische Krankenpflegefachkräfte (ISCO-08 3221) in der EU

Dieses Berufsbild ist in einigen EU-Staaten noch nicht oder kaum etabliert; in Österreich etwa wurde das Berufsbild mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 (PflegefachassistentIn) eingeführt; dementsprechend gibt es erst wenige AbsolventInnen.

In jenen elf EU-Mitgliedstaaten, für die es in diesem Berufsbild Daten gibt, zeigt sich, dass es in Frankreich mit größtem Abstand den höchsten Anteil an KrankenpflegefachassistentInnen gibt (über 1.000 pro 100.000 EinwohnerInnen, Gründe dafür s.o.), gefolgt von Slowenien (671), Rumänien (627), Kroatien (504), sowie Finnland (403) (Eurostat 2019a: 6f).

Grafik 3: Praktizierende nicht-akademische Krankenpflegefachkräfte (ISCO-08 3221) pro 100.000 EinwohnerInnen, 2012 und 2017

Practising nursing associate professionals, 2012 and 2017
(per 100 000 inhabitants)



Note: Belgium, Czechia, Latvia, the Netherlands and Sweden, not available. Bulgaria, Denmark, Estonia, Spain, Italy, Lithuania, Luxembourg, Malta, Poland and Norway, no nursing associate professionals. Ireland, France, Portugal, Slovakia, North Macedonia and Turkey: no professionally active nursing associate professionals.

(*) Professionally active.

(*) 2017: not available.

(*) Break in series.

(*) Only people working in hospitals.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_prsns)

eurostat

Quelle: Eurostat 2019a: 7

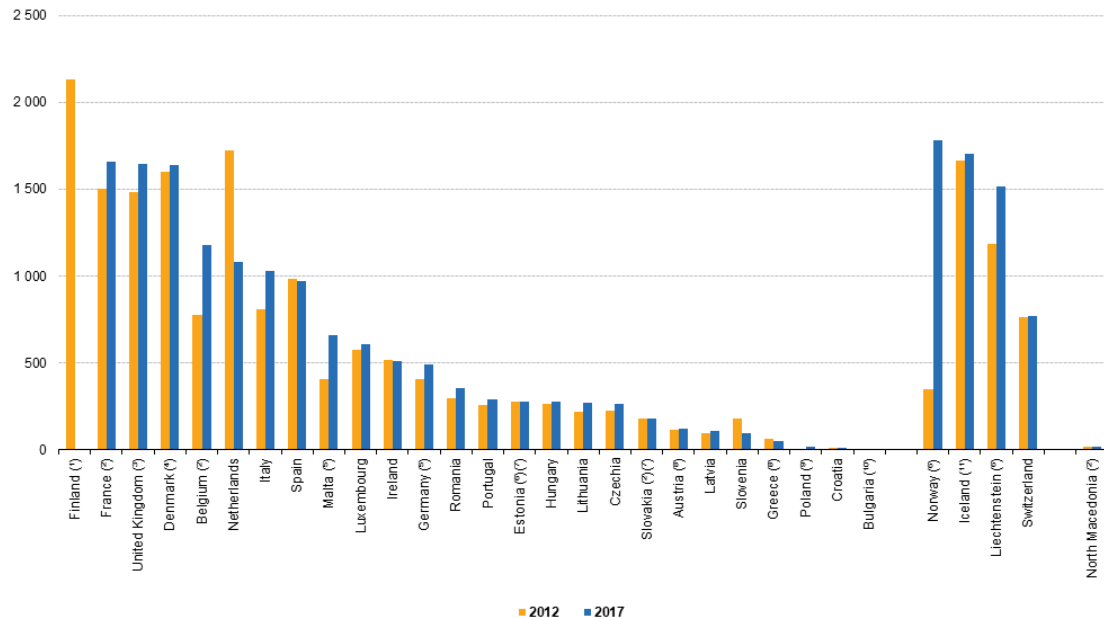
PflegehelferInnen (ISCO-08 5321) in der EU

Das Berufsbild der PflegehelferIn oder PflegeassistentIn in Institutionen ist besonders häufig in Finnland anzutreffen (2.130 praktizierende pro 100.000 EinwohnerInnen), aber auch in Frankreich, dem Vereinigten Königreich, Dänemark (je über 1.600 pro 100.000), Belgien, den Niederlanden und Italien liegen die Zahlen bei über 1.000 pro 100.000 EinwohnerInnen. Am unteren Ende der Skala - mit weniger als 300 PflegehelferInnen in Institutionen pro 100.000 EinwohnerInnen - sind Portugal, Estland, Ungarn, Litauen, Tschechien, Slowakei, Österreich, Lettland, Slowenien, Griechenland, Polen, Kroatien sowie Bulgarien zu finden, wobei es in den beiden letztgenannten Ländern absolute Zahlen von unter 500 sind (Eurostat 2019a: 7f).

Im Großteil der untersuchten Länder, für die Daten vorliegen, gab es zwischen 2012 und 2017 einen Anstieg an PflegehelferInnen; der relativ hohe Anstieg in Belgien ist mit der Einführung einer Registrierung zu erklären, ein ähnlicher Grund (für den größten Rückgang) dürfte für die Niederlande vorliegen (Eurostat 2019b).

Grafik 4: Praktizierende PflegehelferInnen bzw. -assistentInnen (ISCO-08 5321) pro 100.000 EinwohnerInnen, 2012 und 2017

Practising health care assistants, 2012 and 2017
(per 100 000 inhabitants)



Note: Cyprus and Sweden, not available. Serbia: no practising health care assistants.

(*) 2017: not available.

(*) Professionally active.

(*) 2012: estimate.

(*) 2016 instead of 2017.

(*) 2013 instead of 2012.

(*) Break in series.

(*) 2012: definition differs.

(*) Only people working in hospitals.

(*) 2012: not available.

(*) 2014 instead of 2012.

(*) 2012: provisional.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_prsns)

eurostat 

Quelle: Eurostat 2019a: 8

Abschließend und zusätzlich zu den in diesem Kapitel bereits genannten Hauptergebnissen soll die folgende Gesamtschau die von Eurostat bereit gestellten Zahlen über die oben im Detail angeführten Berufsgruppen, sowohl in absoluten Zahlen, als auch per 100.000 EinwohnerInnen zeigen. Dabei wird das zu Beginn dieses Kapitels angewandte Konzept des „praktizierenden“ Gesundheitspersonals angewandt. Während in den je Berufsgruppe (akademische bzw. gleichwertige KrankenpflegerInnen; Hebammen; nicht-akademische KrankenpflegerInnen (in Österreich etwa PflegefachassistentInnen) und PflegehelferInnen) linken Spalten die absoluten Zahlen zu finden sind, erlauben die jeweils rechten Spalten (Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen) einen raschen Vergleich zwischen den einzelnen EU-Mitgliedstaaten.

Tabelle 4: Praktizierendes Gesundheitspersonal nach Berufsgruppen in absoluten Zahlen bzw. per 100.000 EinwohnerInnen; Daten für 2017

Practising nurses and caring professionals, 2017

	Nursing professionals		Midwives		Nursing associate professionals		Health care assistants	
	(number)	(per 100 000 inhabitants)	(number)	(per 100 000 inhabitants)	(number)	(per 100 000 inhabitants)	(number)	(per 100 000 inhabitants)
Belgium (*) ^(*)	:	:	12 417	109.2	:	:	133 838	1 176.6
Bulgaria	30 955	437.5	3 207	45.3	0	0.0	262	3.7
Czechia	:	:	3 965	37.4	:	:	28 102	265.3
Denmark (*)	56 991	995.0	1 947	34.0	0	0.0	93 757	1 636.8
Germany	902 000	1 091.3	24 000	29.0	168 000	203.3	404 338	489.2
Estonia	8 157	619.2	455	34.5	0	0.0	3 687	279.9
Ireland (*) ^(*)	58 475	1 216.4	18 051	375.5	0	0.0	24 714	514.1
Greece (*)	20 672	192.2	2 808	26.1	14 920	138.7	5 775	53.7
Spain (*)	267 266	573.6	9 013	19.3	0	0.0	453 833	974.0
France (*)	10 866	16.3	22 782	34.1	690 122	1 032.1	1 110 417	1 660.7
Croatia	6 298	152.5	1 641	39.7	20 796	503.6	417	10.1
Italy	351 008	579.8	16 702	27.6	0	0.0	623 651	1 030.2
Cyprus	4 527	526.7	287	33.4	98	11.4	:	:
Latvia	:	:	399	20.5	:	:	2 159	111.2
Lithuania	21 802	770.8	903	31.9	0	0.0	7 685	271.7
Luxembourg	6 992	1 172.5	214	35.9	0	0.0	3 644	611.1
Hungary	46 813	478.3	2 460	25.1	16 926	172.9	26 982	275.7
Malta	3 757	802.8	225	48.1	0	0.0	3 077	657.5
Netherlands	:	:	3 995	23.3	:	:	185 000	1 079.9
Austria (*)	60 224	684.6	2 269	25.8	39	0.4	10 641	121.0
Poland	193 700	510.1	22 742	59.9	0	0.0	6 748	17.8
Portugal (*)	68 976	669.7	2 782	27.0	0	0.0	29 973	291.0
Romania	13 673	69.8	3 405	17.4	122 785	626.9	69 184	353.2
Slovenia	6 636	321.1	206	10.0	13 869	671.2	2 058	99.6
Slovakia (*)	30 732	565.0	1 736	31.9	0	0.0	9 826	180.7
Finland (*)	55 861	1 022.8	2 283	41.8	22 006	402.9	107 709	1 972.2
Sweden (*)	108 185	1 090.2	7 437	75.0	:	:	:	:
United Kingdom	423 158	640.6	31 568	47.8	94 072	142.4	1 086 400	1 644.6
Iceland	2 980	867.8	275	80.1	1 998	581.8	5 200	1 514.3
Liechtenstein	247	650.7	11	29.0	88	231.8	676	1 780.7
Norway	93 222	1 766.6	2 937	55.7	0	0.0	89 752	1 700.8
Switzerland	95 572	1 130.8	2 676	31.7	50 030	591.9	65 137	770.7
Montenegro (*)	2 969	477.1	231	37.1	:	:	:	:
North Macedonia (*)	8 893	428.7	975	47.0	0	0.0	408	19.7
Serbia	5 835	83.1	2 538	36.2	36 828	524.6	0	0.0
Turkey (*)	5 878	83.7	2 539	36.2	37 115	528.6	0	0.0

(*) Health care assistants: professionally active.

(*) Midwives: licensed to practice.

(*) 2016.

(*) Nursing professionals and nursing associate professionals: professionally active.

(*) Only people working in hospitals.

(*) Nursing professionals, nursing associate professionals and health care assistants: professionally active.

(*) Nursing professionals, midwives and nursing associate professionals: professionally active.

(*) Professionally active.

(*) 2014.

Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_prsns)

Quelle: Eurostat 2019: 3

Einen abschließenden Überblick über dieses Kapitel zeigt folgende, der OECD-Datenbank (die nur teilweise auf Daten von Eurostat zurückgreift) entnommene Tabelle, die die Berufsgruppen ISCO-08 2221 und 3221 addiert (d.h. qualifiziertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, mit oder ohne akademische bzw. gleichwertige Ausbildung).⁴

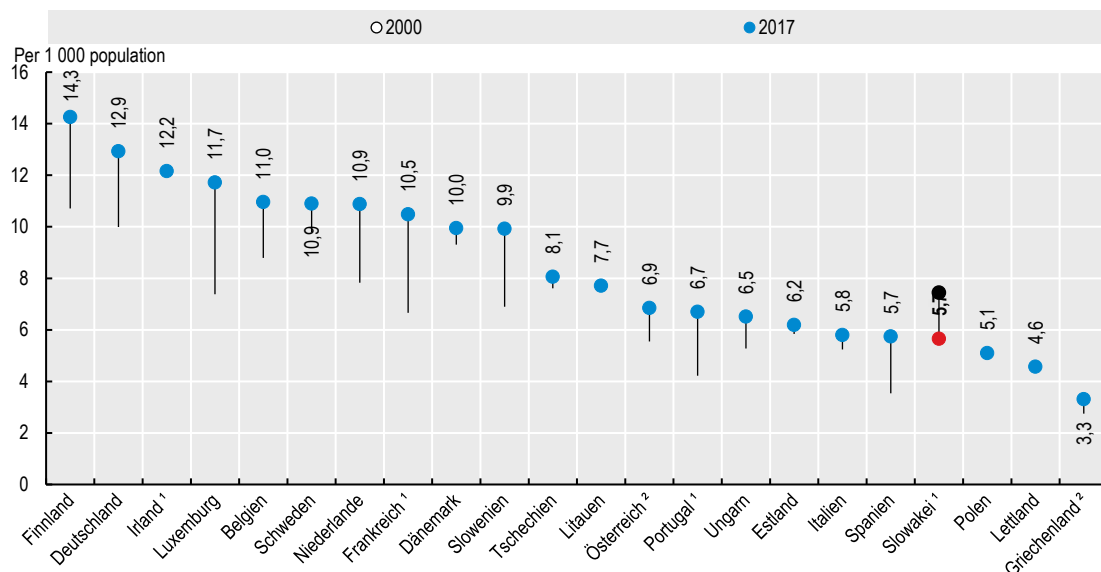
⁴ Diese Zusammenfassung ist insofern relevant, da es bei diesen beiden Berufsgruppen im weitesten Sinne um qualifiziertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal handelt, und es in den Nationalstaaten teilweise (traditionell) unterschiedliche Ausbildungswege gab/gibt, die unterschiedlichen ISCO-Codes zugeordnet werden.

Tabelle 5: ISCO-08 2221 und 3221 pro 1.000 EinwohnerInnen, 2000 und 2017 (oder nächstes verfügbares Jahr)

	2000	2017
Finnland	10,7	14,3
Deutschland	10,0	12,9
Irland ¹	12,3	12,2
Luxemburg	7,4	11,7
Belgien	8,8	11,0
Schweden	9,8	10,9
Niederlande	7,8	10,9
Frankreich ¹	6,7	10,5
Dänemark	9,3	10,0
Slowenien	6,9	9,9
Tschechien	7,6	8,1
Litauen	7,6	7,7
Österreich ²	5,6	6,9
Portugal ¹	4,2	6,7
Ungarn	5,3	6,5
Estland	5,8	6,2
Italien	5,2	5,8
Spanien	3,5	5,7
Slowakei ¹	7,4	5,7
Polen	5,0	5,1
Lettland	4,6	4,6
Griechenland ²	2,8	3,3

Quelle: Health at a Glance 2019: 179 (Fußnoten: 1. Die Daten umfassen nicht nur KrankenpflegerInnen, die PatientInnen direkt betreuen, sondern auch diejenigen, die im Gesundheitssektor in den Bereichen Management, Ausbildung, Forschung u.ä. tätig sind. 2. Österreich und Griechenland melden nur im Krankenhaus beschäftigte KrankenpflegerInnen.)

Grafik 5: ISCO-08 2221 und 3221 pro 1.000 EinwohnerInnen, 2000 und 2017 (oder nächstes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD 2019: 179 (Fußnoten: 1. Die Daten umfassen nicht nur KrankenpflegerInnen, die PatientInnen direkt betreuen, sondern auch diejenigen, die im Gesundheitssektor in den Bereichen Management, Ausbildung, Forschung u.ä. tätig sind. 2. Österreich und Griechenland melden nur im Krankenhaus beschäftigte KrankenpflegerInnen.)

Finnland nimmt bei dieser Analyse mit 14,3 KrankenpflegerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen den ersten Rang ein, aber auch Deutschland (12,9), Irland (12,2), Luxemburg (11,7), Belgien (11), Schweden und den Niederlanden (je 10,9), Frankreich (10,5) und Dänemark (10) liegen bei Quoten von 10 und darüber. Österreich reiht sich mit 6,9 KrankenpflegerInnen im unteren Mittelfeld ein, die Daten sind aber – wie schon erwähnt – unterschätzt, da nur Krankenhauspersonal gezählt wurde.

Literatur

Eurostat 2019a: Statistics Explained. Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals. Data extracted in November 2019 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals, Zugriff 2.4.2020)

Eurostat 2019b: Health care staff. Nursing and caring professionals. Updated: October 2019 (Metadata, country specific notes) (https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an3.pdf, Zugriff 8.9.2020)

OECD 2019: Health at a glance, Paris. (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1600264533&id=id&accname=guest&checksum=8376C6F1AB15C32DAFEB06C9149CDDD4>, Zugriff 9.9.2020)

OECD Health Database, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>, Zugriff 9.9.2020)

Statistik Austria 2011: ISCO 08 - gemeinsame deutschsprachige Titel und Erläuterungen auf Basis der englischsprachigen Version 1.5a von April 2011. Stand der Bearbeitung: April 2011
(http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/oeisco_08/informationen_zur_isco08/index.html, Zugriff 3.9.2020)

Statistik Austria 2019: ÖNACE 2008. Ö-Version der NACE Rev. 2. Grundstruktur & Erläuterungen, Stand vom 01.01.2008. Erstellt am 28.03.2019
(www.klassifikationsdatenbank.at, Zugriff 3.9.2020)

2. MIGRATIONSSTRÖME: GESUNDHEITSFACHKRÄFTE UND PERSÖNLICHE BETREUUNGS- UND PFLEGEKRÄFTE

2.1. Zielländer

Laut dem *2017 annual report on intra-EU labour mobility* der EU Kommission lebten im Jahr 2016 rund 352.000 akademische und nicht-akademische Gesundheitsfachkräfte⁵ (ISCO-08 22⁶ und 32⁷) im Alter zwischen 20 und 64 Jahren in einem anderen EU-Land als dem, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, **145.487** (41%) davon waren **akademische und nicht-akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte**⁸ (ISCO-08 222⁹ und 322¹⁰). Zusätzlich lebten rund 257.000 **persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte** (ISCO-08 532¹¹) in einem anderen EU-Land (Fries-Tersch et al. 2018: 114).

Die beiden Hauptziel- bzw. Wohnsitzländer der innerhalb der EU **migrierten Gesundheitsfachkräfte** (inklusive ÄrztInnen) waren **Deutschland** mit rund 109.000 und das Vereinigte Königreich mit rund 78.000 Personen bzw. 31% und 22% aller migrierten Gesundheitsfachkräfte. Weitere wichtige Zielländer waren **Italien** (rund 19.000 bzw. 6%), **Österreich** (rund 17.000 bzw. 5%), **Frankreich** (12.000 bzw. 4%) und **Spanien** (11.000 bzw. 3%) (Fries-Tersch et al. 2018: 115f.). Leider lässt der Bericht der EU-Kommission keine Differenzierung der Gesundheitsfachkräfte in ÄrztInnen und Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte zu.

Der „International Migration Outlook 2015“ der OECD unterscheidet hingegen zwischen ÄrztInnen einerseits und Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräften andererseits. Die absoluten Zahlen für die Jahre 2015/16 zeigen ebenfalls, dass der größte Teil der im

⁵ Im Bericht werden akademische und nicht-akademische Gesundheitsfachkräfte im folgenden als „Gesundheitsfachkräfte“ bezeichnet.

⁶ ISCO-08 22: Akademische Berufe im Gesundheitswesen (*Health Professionals*) (ÄrztInnen, akademische und vergleichbare Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte, akademische und vergleichbare Fachkräfte in der traditionellen und komplementären Medizin etc.) (http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb_VersionAuswahl.do)

⁷ ISCO-08 32: Assisenzberufe im Gesundheitswesen (*Health Associate Professionals*) (Medizinische und pharmazeutische Fachberufe, nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte, nicht akademische Fachkräfte in traditioneller und komplementärer Medizin etc.) (http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb_VersionAuswahl.do)

⁸ Im Bericht werden akademische und nicht-akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte im folgenden als „Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte“ bezeichnet.

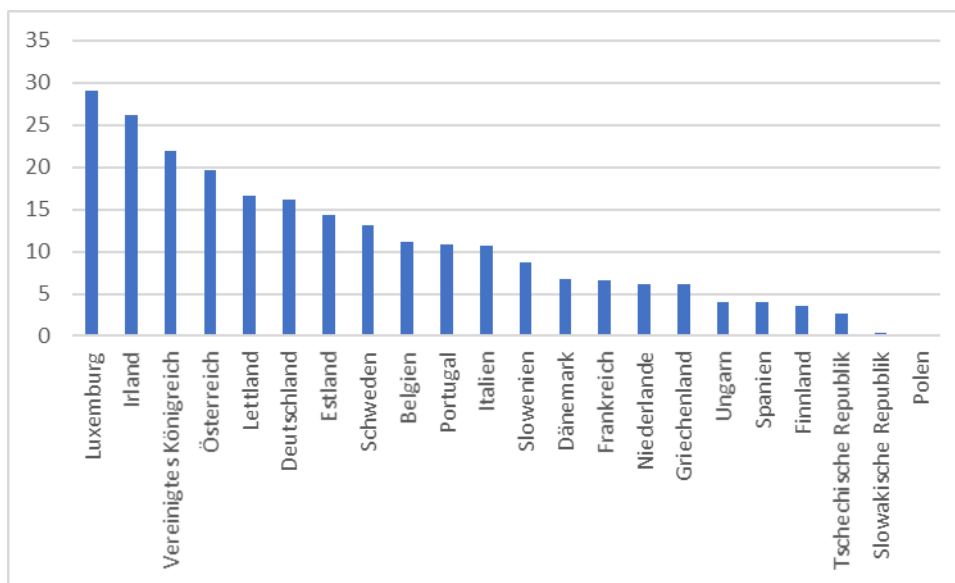
⁹ ISCO-08 222: Akademische und vergleichbare Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte (*Nursing and Midwifery Professionals*)

¹⁰ ISCO-08 322: Nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte (*Nursing and Midwifery Associate Professionals*)

¹¹ ISCO-08 532: Betreuungsberufe im Gesundheitswesen (*Personal Care Workers in Health Services*) (PflegehelferInnen, PflegeassistentInnen, Haus- und FamilienpflegerInnen etc.). VertreterInnen von Betreuungsberufen im Gesundheitswesen erbringen persönliche Betreuung und Hilfestellung zur Mobilität und bei den Verrichtungen des täglichen Lebens für PatientInnen, ältere Menschen, Rekonvaleszente und Menschen mit Behinderungen in Gesundheitszentren und Wohnheimen. (http://www.statistik.at/KDBWeb/kdb_VersionAuswahl.do)

Ausland geborenen **Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte** (hier inklusive Dritt-Staaten-Angehörigen) in **Deutschland** (rund 218.000), dem Vereinigte Königreich (rund 152.000), **Italien** (rund 42.000) und **Frankreich** (rund 40.000) arbeitet (siehe dazu näher: Tabelle 6). Prozentuell gesehen ist der Anteil der migrantischen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte in Luxemburg (fast 30%), **Irland** (über 26%) und **Österreich** (fast 20%) am größten, gefolgt von Lettland, **Deutschland**, Estland und **Schweden** (zwischen kapp 17% und etwas über 13%) (siehe dazu näher: Grafik 1). Hier ist allerdings anzumerken, dass in Luxemburg, Lettland, und Estland die absoluten Zahlen sehr niedrig sind und es sich insgesamt nur um 900 bis rund 1.300 Personen handelt (siehe dazu näher: Grafik 6).

Grafik 6: Anteil der im Ausland geborenen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte, in Prozent aller Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte



Quelle: OECD, Migration Outlook 2015 (<https://doi.org/10.1787/888933969981>)

Im Hinblick auf die Entwicklung zeigt sich, dass es in nahezu allen Ländern zwischen 2000/01 und 2015/16 sowohl zu einer Zunahme der absoluten Anzahl an migrantischen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräften als auch ihres Anteils an der Gesamtzahl der in diesem Bereich tätigen Personen kam. Nur in Portugal, Griechenland, der Slowakischen Republik und in Polen kam es zu einer Reduktion der ohnedies wenigen ausländischen Arbeitskräfte. In **Deutschland** verdreifachte sich die ohnedies hohe Zahl der migrierten Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte und ihr Anteil stieg von 10,4% auf 16,2%. In **Irland** verdoppelte sich die Anzahl und der Anteil stieg von 14,3% auf 26,1%. In **Österreich** stieg die Anzahl ebenfalls um mehr als das Doppelte und ihr Anteil erhöhte sich von 14,5% auf 19,6% (siehe dazu näher: Tabelle 6).

Tabelle 6: Im Ausland geborene Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte, Anzahl und Anteil in Prozent

	2000/01 ¹		2015/16 ²	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Luxemburg	658	25,8	900	29,1
Irland	6.204	14,3	13.778	26,1
Vereinigtes Königreich	81.623	15,2	151.815	21,9
Österreich	8.217	14,5	18.779	19,6
Lettland			1.334	16,6
Deutschland	74.990	10,4	217.998	16,2
Estland	2.162		1.304	14,3
Schweden	8.710	8,9	14.455	13,1
Belgien	8.409	6,6	15.281	11,2
Portugal	5077	13,9	6637	10,8
Italien	39.231	9,8	41.935	10,7
Slowenien			1.483	8,7
Dänemark	2.320	4,1	4.173	6,7
Frankreich	23.308	5,5	40.329	6,6
Niederlande			11.643	6,2
Griechenland	3.883	9,7	3221	6,1
Ungarn	1.538	3,1	2.238	4
Spanien	5.638	3,4	10.302	4
Finnland	470	0,8	2.722	3,6
Tschechische Republik	1.462	1,6	2.600	2,7
Slowakische Republik	303	0,6	186	0,4
Polen	1.074	0,4	595	0,2

¹ Daten für Estland, Italien, Tschechische Republik, Slowakische Republik aus dem Jahr 2010/11

² Daten für Polen und Slowenien aus dem Jahr 2010/11

Quelle: OECD, Migration Outlook 2015 (<https://doi.org/10.1787/888933969981>)

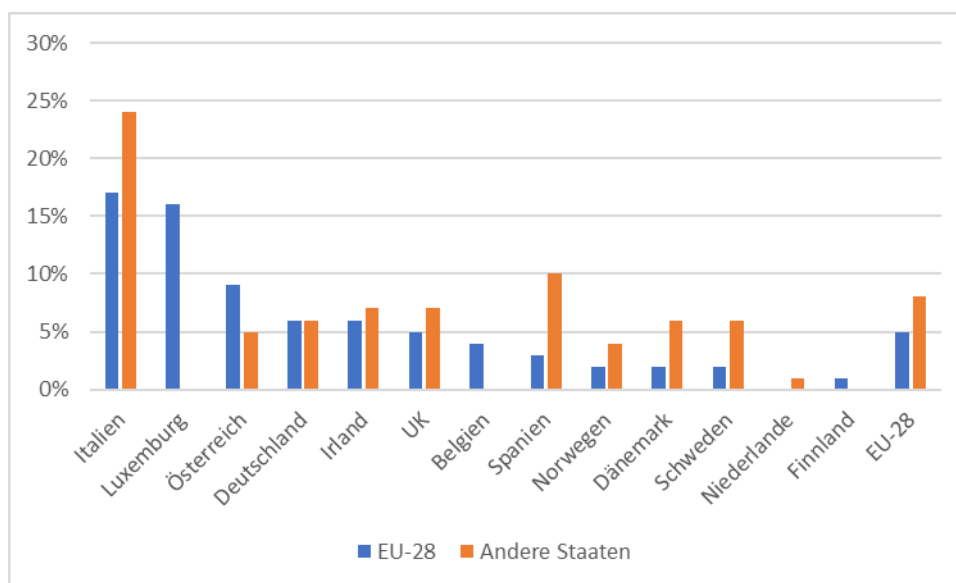
Im Bereich der *persönlichen Betreuung und Pflege* (in Gesundheitszentren und Wohnheimen) war **Italien** bei weitem das wichtigste Zielland mit rund 112.000 Personen bzw. 44% aller migrierten persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte, gefolgt vom Vereinigten Königreich (rund 60.000 Personen bzw. 23%) und **Deutschland** (rund 20.000 bzw. 8%). Weitere rund 14.000 (bzw. 5%) migrierte persönliche Betreuung- und Pflegekräfte arbeiteten in Spanien und rund 8.000 (bzw. 3%) in Österreich (Fries-Tersch et al. 2018: 114).

Laut dem Bericht der EU-Kommission sind die meisten migrierten Gesundheitsfachkräfte sowie persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte Frauen. Mit 91% ist der Frauenanteil bei den persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte am höchsten, gefolgt von Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräften (87%) und nicht-akademischen Gesundheitskräften (ISCO-08 32). Unter den nicht-migrierten Gesundheitsfachkräften ist der Frauenanteil etwas höher, in der Gruppe der nicht-migrierten Gesundheitsfachkräfte

und der persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte ist der Frauenanteil etwas niedriger. Dies lässt darauf schließen, dass migrierte weibliche Arbeitskräfte in diesen Beschäftigungsbereichen eher überqualifiziert bzw. höher qualifiziert sind als Staatsangehörige (Fries-Tersch et al. 2018: 119).

Wie wichtig migrierte Arbeitskräfte in eine bestimmte Branche für einzelne EU-Länder 2016 waren, zeigt ihr Anteil an der Gesamtzahl dieser Arbeitskräfte im Land. Vor allem bezogen auf die **persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte** kann für einzelne Länder eine starke Abhängigkeit konstatiert werden, nicht nur von Arbeitskräften, die innerhalb der EU migrierten, sondern auch von Drittstaatenangehörigen. In **Italien** war sowohl der Anteil an persönlichen Betreuung- und Pflegekräften aus EU-Ländern (17%) als auch aus Drittstaaten (24%) am größten, aber auch in **Luxemburg** war die Abhängigkeit von Arbeitskräften aus EU-Ländern mit 16% hoch. In **Österreich** betrug diese immerhin 9% und in Irland, Deutschland, dem Vereinigten Königreich und Belgien zwischen 4% und 6%. In Italien (24%), Irland (6,5%), Spanien (10%), Norwegen (4%), Dänemark und Schweden (jeweils 6%) waren migrierte Drittstaatenangehörige stärker vertreten als Arbeitskräfte aus anderen EU-Ländern.

Grafik 7: Anteil der migrierten, persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften an der Gesamtzahl dieser Arbeitskräfte im Land, in Prozent



Quelle: Fries-Tersch et al. 2018: 221f (Basis EU-LFS 2016)

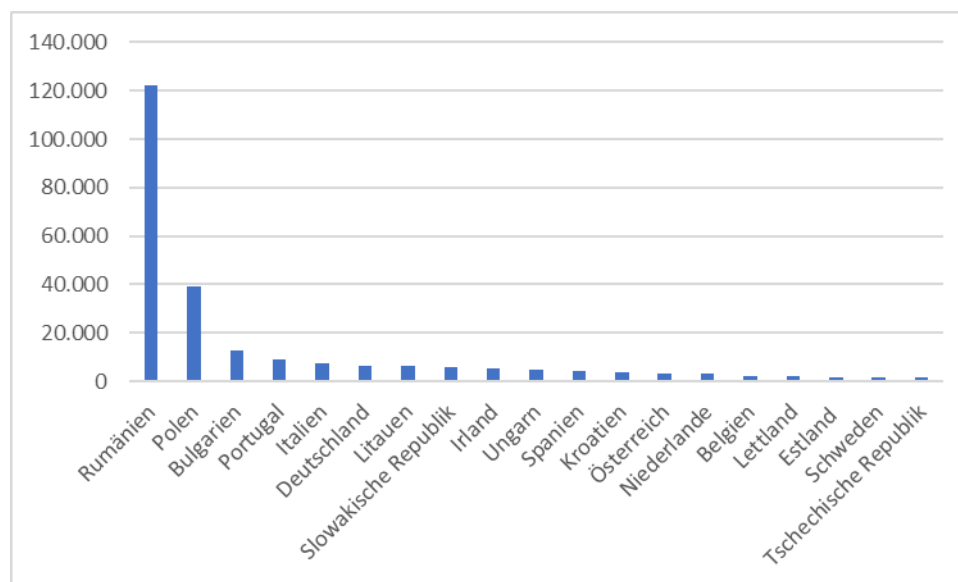
2.2. Herkunftsländer

Während EU-Länder auf Angehörige der Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeberufe aus anderen Ländern angewiesen sind, wandern gleichzeitig aus diesen EU-Ländern Angehöriger dieser Berufsgruppen in andere Länder ab, um dort zu arbeiten. D.h., Zielländern sind manchmal auch Herkunftsländer und umgekehrt.

Von den insgesamt rund 352.147 **Gesundheitsfachkräften** (inklusive ÄrztInnen)¹², die 2016 im EU-Ausland lebten, kamen die größten Gruppen aus drei Ländern: rund 49.000 aus **Rumänien**, 42.000 aus **Polen** und 33.000 aus **Italien**. (Fries-Tersch et al. 2018: 129.). Dicht dahinter folgten Deutschland, Griechenland, Irland, Portugal, Spanien, Kroatien, die Niederlande und Frankreich mit jeweils über 15.000 Gesundheitsfachkräften, die in einem anderen EU-Land lebten und arbeiteten. Gemessen am Anteil der im Ausland lebenden Angehörigen der Gesundheitsfachkräfte an der einheimischen Bevölkerung des Herkunftslandes waren **Irland** (22%), **Kroatien** (22%) und **Rumänien** (18%) die Länder mit den höchsten Anteilen im Ausland (Fries-Tersch et al. 2018: 131).

Von den rund 257.000 **persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften**, die im EU-Ausland wohnten, kamen fast die Hälfte bzw. rund 122.000 Personen aus **Rumänien**, rund 39.000 aus **Polen** und rund 13.000 aus **Bulgarien**. Bei allen übrigen Ländern sind es unter 10.000 Personen (siehe dazu näher: Grafik 8)

Grafik 8: Anzahl der persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte, die im Ausland leben



Quelle: Fries-Tersch et al. 2018: 225f (Basis EU-LFS)

Zudem zeigen die Daten, dass im Verhältnis zu den in Rumänien selbst im Bereich der persönlichen Betreuung und Pflege tätigen Menschen mehr Betreuungs- und Pflegekräfte im EU-Ausland arbeiten, nämlich 137% (Fries-Tersch et al. 2018: 129.). Dieser Anteil betrug in Polen rund zwei Drittel, in Litauen über 50% und in Bulgarien über 30%, in Lettland, Kroatien, Ungarn, Griechenland und Estland jeweils über 25%, in Irland, der Slowakischen Republik und Portugal lag er bei 10% und in allen anderen Ländern unter 5% (Fries-Tersch et al. 2018: 132).

Obwohl in einigen Ländern, wie Lettland, Estland, Kroatien die Gesamtzahlen der im EU-Ausland beschäftigten persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte recht gering war,

¹² Leider lässt der hier zitierte EU-Bericht keine Differenzierung (ohne ÄrztInnen) zu.

waren in den meisten der neuen Mitgliedstaaten die Anteile ihrer Arbeitskräfte im EU-Ausland im Vergleich zu denen, die noch im Land arbeiteten hoch. Die Tschechische Republik, Slowenien und die Slowakische Republik waren die einzigen neuen Mitgliedstaaten, die zumindest offiziell kaum bzw. nur wenige persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte im EU-Ausland haben. Laut dem Bericht der EU-Kommission kann dies jedoch durch das hohe Maß an grenzüberschreitender Arbeit zwischen diesen Ländern und auch zwischen diesen Ländern und Österreich „verfälscht“ sein, zu der auch Personen gehören, die in der persönlichen Betreuung und Pflege tätig sind (Fries-Tersch et al. 2018: 132).

Laut Fries-Tersch et al. (2018:130) ist es sehr wahrscheinlich, dass viele der migrierten persönlichen Betreuungs- und Pflegekräfte in medizinischen Berufen ausgebildet wurden, die ein höheres Qualifikationsniveau erfordern, denn in einer von ihnen angeführten Studie in 13-EU-Ländern gaben 40% an für ihren Beruf überqualifiziert zu sein. Darüber hinaus verfügten 20% der migrierten Betreuungs- und Pflegekräfte über ein höheres Bildungsniveau als für diesen Beruf erforderlich.

Literatur

- Fries-Tersch, Elena/Tugran, Tugce/ Rossi, Ludovica/Bradley, Harriet (2018): 2017 annual report on intra-EU labour mobility. Final Report January 2018, Second edition September 2018, Brussels (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cd298a3c-c06d-11e8-9893-01aa75ed71a1/language-en>, Zugriff 5.11.2019)
- OECD (2015): International Migration Outlook 2015, OECD Publishing, Paris (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015_migr_outlook-2015-en, Zugriff 20.11.2019)

3. LÄNDERBERICHT IRLAND

3.1. Organisation des Gesundheitssystems in Irland

3.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

3.1.1.1. Gesundheitsversorgung

Das irische Gesundheitssystem ist öffentlich (steuer-)finanziert und grundsätzlich für jeden zugänglich, wenngleich für einen beträchtlichen Teil der Versicherten (den Großteil) hohe Eigenleistungen anfallen. Das Gesundheitssystem ist damit innerhalb Europas insofern ungewöhnlich, als es keine universelle Primär- oder Akutversorgung anbietet (Thomson et al. 2014: 55, Wren/Connolly 2017). Personen mit niedrigem Einkommen können eine "Medical Card" beantragen, mit welcher der Großteil der Gesundheitsleistungen kostenlos ist. Dieses Krankenversicherungskartensystem wurde bereits im Jahr 1953 eingeführt und setzt bestimmte Verdienstobergrenzen fest, die aber etwa Ausgaben für Wohnen, Pendeln oder Kinderbetreuung berücksichtigen und individuell berechnet werden¹³. Im Dezember 2018 hatten 32,4% der Bevölkerung eine solche medical card, inmitten des großen irischen Wirtschaftseinbruchs 2012 waren beispielsweise 40,4% der Bevölkerung im Besitz einer solchen Versicherungskarte (Department of Health 2020). Jene ohne medical card müssen für bestimmte Gesundheitsleistungen bezahlen, es sei denn, sie verfügen über eine private Krankenversicherung. Diese ist in Irland weit verbreitet, der Anteil der privat krankenversicherten Bevölkerung ist in den letzten Jahren leicht angestiegen und lag im Dezember 2018 bei 43,4% (Department of Health 2020). Mit einer privaten Krankenversicherung (es gibt zum Zeitpunkt der Recherche vier Anbieter)¹⁴ sinken etwa die Kostenanteile für Spitalsaufenthalte. Für jene, die sich (aufgrund zu hoher Einkommen) nicht für eine medical card qualifizieren, gibt es noch die Möglichkeit einer ebenfalls bedarfsorientierten "GP Visit Card" (GP steht für General Practitioner, also AllgemeinmedizinerIn bzw. HausarztIn), die 2005 eingeführt wurde und mit der medizinische Dienstleistungen beim Hausarzt kostenfrei werden. Das Einkommenslimit liegt in etwa 50% über jenem für die Medical Card; Seit 2015 können Personen unter sechs und über 70 Jahre eine solche Karte in jedem Fall erhalten. Etwas über 10 Prozent der Bevölkerung hatte im Dezember 2018 eine solche GP Visit Card (Department of Health 2020). Öffentliche Krankenhausleistungen stehen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung, allerdings müssen jene, die keine Medical Card oder Privatversicherung haben, einen Beitrag leisten (80 € pro Übernachtung, bis zu max. 800 € innerhalb von 12

¹³ Berechnungsbeispiele siehe <https://www2.hse.ie/services/medical-cards/medical-card-application-process/how-much-you-can-earn-and-still-qualify-for-a-medical-card.html>.

¹⁴ Siehe hier: https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/private_health_insurance.html.

Monaten).¹⁵ Private Krankenversicherungen werden hauptsächlich für den Zugang zu privater Krankenhausversorgung genutzt, da es in den letzten Jahren immer mehr Belege dafür gibt, dass Menschen aus Kostengründen Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und es zu langen Wartezeiten kommt, die ein Hindernis für rechtzeitige Krankenhausleistungen darstellen (O'Reilly et al. 2007; Connolly/Wren 2017; Schneider/Devitt 2018).

3.1.1.2. Gesundheitsbehörde Health Service Executive (HSE)

Seit dem Ende der 1990er Jahre, in Zeiten, als Irland wirtschaftlich stark prosperierte, unterlief das irische Gesundheitssystem eine Reihe an Reformprozessen, die bedeutende strukturelle Veränderungen in der Organisation und Ausrichtung des Gesundheitssystems brachten. Im Mittelpunkt der Reformen standen die Abschaffung der früheren Gesundheitsbehörden und die Schaffung einer einzigen nationalen Körperschaft, der Health Service Executive (HSE), dem staatlichen Gesundheitsdienst. Ziel der Reform war es, das System stärker auf die primäre und kommunale Versorgung auszurichten und die Abhängigkeit von stationären Krankenhausdiensten zu verringern. Während das Gesundheitsministerium für die Formulierung und Evaluierung der Politik für den Gesundheitsdienst in Irland verantwortlich ist, liegt die Zuständigkeit für die Verwaltung und Bereitstellung von öffentlichen Gesundheits- und persönlichen Sozialdiensten bei der HSE. Die HSE wurde 2005 gegründet, hat bereits viele strukturelle Veränderungen durchlaufen und ist nach Direktionen organisiert (Health Service Executive 2015, Morris et al. 2019).

Die Gesundheitsdienstleistungen durch die HSE werden durch eine Kombination aus öffentlichen, freiwilligen und privaten Anbietern erbracht. In jeder Region gibt es eine Reihe von Krankenhausnetzwerken, die Akutversorgung anbieten, und lokale Gesundheitsämter, die ein breites Spektrum an Primär-, Gemeinde- und Langzeitpflegeleistungen erbringen. Die Akutversorgung wird durch Krankenhäuser oder Krankenhausnetzwerke erbracht. Mit Ausnahme Dublins sind diese hauptsächlich staatlich (d.h. von der HSE) betrieben. Weiter- und nachbehandelnde Versorgung wird durch Netze von Gemeindekrankenhäusern, Einrichtungen für Langzeitaufenthalte und private Pflegeheime gewährleistet (Health Management 2010). Insgesamt gibt es in Irland drei verschiedene Arten der Krankenhausversorgung¹⁶:

- Krankenhäuser, die sich im Besitz der HSE befinden und von ihr finanziert und betrieben werden;
- "freiwillige" öffentliche Krankenhäuser, deren Einnahmen zum großen Teil aus staatlichen Mitteln stammen; diese sind manchmal im Besitz privater Einrichtungen, wie etwa religiöser Orden, teilweise wurden sie durch Satzung oder Statuten gegründet und

¹⁵ Bestimmte Gruppen sind davon allerdings ausgenommen. Für Schwangere gibt es etwa das "[Maternity and Infant Care Scheme](#)", unter welchem bestimmte Untersuchungen und Leistungen, die mit der Geburt eines Kindes in Verbindung stehen, kostenfrei sind.

¹⁶ Siehe hier: [Citizens information, overview of hospital services 2020](#).

werden von Gremien geleitet, die häufig vom Gesundheitsministerium ernannt werden (auch Lehrkrankenhäuser gehören dazu);

- und private Krankenhäuser, die keine staatlichen Mittel erhalten

Die Zahl der in Betrieb befindlichen Krankenhäuser in Irland ist in den letzten Jahren zurückgegangen, was sich auch auf die Zahl der verfügbaren Krankenhausbetten auswirkt.¹⁷

3.1.1.3. Gemischtes öffentlich-privates System

Das nationale Gesundheitssystem in Irland ist somit ein gemischtes öffentlich-privates. Dasselbe Personal kann öffentliche und private Dienstleistungen innerhalb derselben Einrichtungen erbringen (McDaid et al. 2009). Trotz langjähriger Kritik und wiederholter Reformversuche hat dieses ungleiche und komplexe System in Irland in den letzten 100 Jahren Bestand gehabt (Connolly/Wren 2018). Es besteht jedoch ein zunehmendes Interesse und der Wunsch nach einer grundlegenden Reform des irischen Gesundheitssystems. Die Regierung verpflichtete sich im März 2011 (v.a. nach den tiefen Einschnitten in der öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise, siehe unten) zur Einführung einer universellen Gesundheitsversorgung "nach dem europäischem Prinzip der sozialen Solidarität", mit Zugang nach Bedarf und der Bezahlung nach der Zahlungsfähigkeit (Department of the Taoiseach 2011). Obwohl der Reformvorschlag 2015 aus Kostengründen aufgegeben wurde, stand die Idee der universellen Gesundheitsversorgung nun auf der politischen Agenda. In der Folge wurde ein parteiübergreifender parlamentarischer Ausschuss (Sláintecare) mit dem Ziel eingerichtet, eine langfristige Vision für die Gesundheitsversorgung und die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Irland zu erreichen. Der Abschlussbericht des Ausschusses, der 2017 veröffentlicht wurde (Houses of the Oireachtas 2017), wies auf die Notwendigkeit hin, den gerechten Zugang zu einem qualitativ hochwertigen, universellen, einstufigen Gesundheitssystem für Irland voranzutreiben. Der Bericht empfahl die Einführung einer universellen hausärztlichen und primären Versorgung, die Senkung oder Abschaffung von Out-of-Pocket-Gebühren und eine erhebliche Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben und -kapazitäten in einem steuerfinanzierten System. Ferner empfahl er, dass das Zweiklassensystem in öffentlichen Krankenhäusern durch die Abschaffung der privaten Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern angegangen werden sollte. Im Jahr 2018 legte die Regierung eine Umsetzungsstrategie für Sláintecare vor (Government of Ireland 2018), diese sieht aber bis 2021 keine konkreten Verpflichtungen oder Maßnahmen zur Ausweitung der Anspruchsberechtigung und Verbesserung des Zugangs vor. Es bleibt daher abzuwarten, ob, wann und in welchem Umfang die allgemeine Gesundheitsversorgung gewährleistet wird (Connolly/Wren 2018).

¹⁷ Siehe <https://www.statista.com/topics/3418/healthcare-system-in-ireland/>, April 2020.

3.1.2. Das Langzeitpflegesystem

Leistungen der Langzeitpflege werden im Rahmen des irischen Gesundheitssystems erbracht. Sie umfassen eine Mischung aus institutionellen und häuslichen Pflegediensten. Institutionelle Langzeitpflege ist in einer Reihe von Einrichtungen sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor verfügbar, obwohl die Plätze im öffentlichen System - durch kommunale Pflegeeinheiten, kommunale Krankenhäuser und spezialisierte Demenzstationen - begrenzt sind (McDaid et al. 2009). Neben der direkten Bereitstellung von Plätzen hat die HSE auch Verträge mit privaten Haushalten (zur Bereitstellung von "Boarding out"-Betreuung¹⁸, d.h. Privatpersonen betreuen Personen in ihren Privathäusern, ohne Pflegedienstleistungen - die werden bei Bedarf von professionellem Personal erbracht) und privaten Pflegeheimen. 2009 wurden mehr als 50% aller Langzeitpflegeplätze vom freiwilligen oder privaten Sektor bereitgestellt. Zur Finanzierung eines Pflegeheimplatzes wurde im Oktober 2009 von der Regierung eine Pflegeheimsубvention eingeführt, die als „Fair Deal“ bekannt ist und von der HSE verwaltet wird. Im Rahmen dieses Schemas, das für alle Arten von Pflegeheimen gültig ist, zahlen die BewohnerInnen einen Beitrag, der sich nach den persönlichen finanziellen Mitteln richtet (80 Prozent des Einkommens und 7,5 Prozent des Vermögenswerts, wobei die ersten 36.000 € nicht angetastet werden); der Rest wird vom Staat übernommen. Nur etwa 25 Prozent der Kosten werden von den BewohnerInnen selbst getragen (Daly 2018). Alle Pflegeheime müssen bei der Gesundheitsbehörde registriert sein, die die Räumlichkeiten gelegentlich inspizieren kann (McDaid et al. 2009).

Im Unterschied zur institutionellen Pflege gibt es für häusliche Pflege und Betreuung (die von der großen Mehrheit der zu Pflegenden bevorzugt wird, vgl. Sage 2016) (noch) keine landesweite gesetzliche Basis, keinen gesicherten Anspruch und kein staatliches Finanzierungssystem. Die Versorgung ist fragmentiert und nur lose überwacht und reguliert. Die Regierung hat jedenfalls die Absicht angekündigt, ein gesetzliches System der häuslichen Pflege einzuführen. Damit soll nicht nur eine Finanzierungsgrundlage geschaffen werden, sondern auch ein Regelungsmodell für eine einheitliche häusliche Pflege (Daly 2018). Anfang 2020 wurde ein Pilotprojekt zur häuslichen Pflege gestartet, dieses wurde aufgrund der Covid-19 Pandemie jedoch gestoppt. Ursprünglich hätte bereits 2021 das gesetzliche System zur häuslichen Pflege eingeführt werden sollen mit einem Rechtsanspruch darauf, dies scheint jedoch aus derzeitiger Sicht ungewiss. Nichtsdestotrotz gibt es natürlich auch in Irland bereits jetzt häusliche Pflege und Betreuung. Die HSE bietet „Home Support Service“ für Aktivitäten des täglichen Lebens an (Ein- und Aussteigen aus dem Bett, An- und Auskleiden, Körperpflege), damit ältere Menschen ab 65 Jahren so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause bleiben können und um informelle BetreuerInnen zu unterstützen. Diese Leistung ist prinzipiell kostenfrei, Kriterien sind allerdings streng (es wird auch eine Bedarfsermittlung durch

¹⁸ Mehr Informationen zu dieser Betreuungsform siehe hier: https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/health_services_for_older_people/boarding_out_of_older_people.html.

eine KrankenpflegerIn oder PhysiotherapeutIn durchgeführt), und wenn über das von der Gesundheitsbehörde finanzierte Niveau hinaus zusätzliche häusliche Unterstützung gewünscht wird, muss diese privat bezahlt werden. Alternativ kann man auch externe Anbieter (die von der HSE zugelassen/anerkannt sind) wählen und bekommt dafür von der HSE gewisse finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der HSE-Unterstützung werden allerdings keine Pflegeleistungen erbracht. Dafür gibt es private Anbieter: „Home and Community Care Ireland“ (HCCI) ist eine nationale Mitgliederorganisation für Unternehmen, die Betreuung und Pflege zuhause anbieten, die bestimmte Qualitätskriterien anwendet. Das geschulte Pflegepersonal ist bei den Unternehmen angestellt.

Live-in carers, also BetreuerInnen und/oder PflegerInnen, die im selben Haushalt als die zu Pflegenden wohnen, sind nicht sehr verbreitet in Irland (vgl. Murphy 2020). Irland ist aber in hohem Maße von informeller Betreuung abhängig. Es gibt Einkommensbeihilfen für pflegende Angehörige, die Teil des Sozialversicherungssystems sind, sowie eine Reihe von (unbezahlten) pflegebezogenen Freistellungen von der Arbeit. Die Priorität der Regierung ist es, informelle Pflege und Betreuung besser zu unterstützen und die Flexibilität der staatlichen Unterstützung für die informelle Betreuung zu erhöhen (Daly 2018).

3.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Irland

Nach der Gründung der HSE war diese mit etwa 65,000 MitarbeiterInnen und zusätzlichen 35,000 Personen, die von 'freiwilligen Spitälern' (d.h. öffentlich finanzierten Krankenhäusern der Wohlfahrtspflege', voluntary hospitals, siehe oben) und anderen der HSE unterstehenden Institutionen beschäftigt wurden, der größte Arbeitgeber Irlands (vgl. McDaid et al. 2009).

Die Gesamtzahl der HSE-Beschäftigten¹⁹ in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ist zwischen 2010 und 2019 um 6,2% gestiegen. Nach einem Rückgang um fast 8% zwischen 2010 und 2014 hat sich dieser Trend umgekehrt, und die Zahl der Beschäftigten ist seither kontinuierlich gestiegen. Alle Besoldungsgruppen haben seit 2018 zugenommen, und die Gesamtzahl der Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen liegt nun bei über 119.000 (September 2019). Die größte Gruppe bilden KrankenpflegerInnen mit fast

¹⁹ Dies inkludiert nicht nur direkt bei der HSE angestellte Personen, sondern auch jene, die bei sogenannten „service providers“ für die HSE beschäftigt sind und vom HSE finanziell unterstützt werden, laut [Abschnitt 38 des Gesundheitsgesetzes \(Health Act\) 2004](#) (momentan handelt es um Beschäftigte in 23 nicht-akuten Agenturen und in 16 freiwilligen Akutkrankenhäusern, die derzeit dem HSE-Beschäftigungskontrollrahmen unterliegen). Die Beschäftigten beinhalten die folgenden Gruppen: ÄrztInnen/ZahnärztInnen; KrankenpflegerInnen; Gesundheits- und Sozialberufe; Management/Verwaltung; Allgemeine Hilfskräfte; sonstige Patienten- und Kundenbetreuung. In den monatlichen Updates sind die Beschäftigtengruppen noch detaillierter aufgeschlüsselt, siehe etwa [hier](#).

38,000 Beschäftigten (VZÄ). Diese machen fast ein Drittel (31,8 Prozent) der gesamten Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen aus. Dieser Anteil ist in den letzten zehn Jahren relativ konstant geblieben, und die Zahl der KrankenpflegerInnen hat sich zwischen 2010 und 2019 nur geringfügig prozentual verändert (Plus von 3,7 Prozentpunkten) (alle Daten aus Government of Ireland 2019, insbes. Tabelle 5.1 und Abbildung 5.2). Daten über KrankenpflegerInnen, die außerhalb des öffentlichen Sektors arbeiten, werden nicht routinemäßig erhoben; sie wurden 2009 auf etwa 9.000 geschätzt (Behan et al. 2009).

Nachdem Irland eine der schwersten Wirtschaftskrisen aller OECD-Länder durchlebte, wurden im Rahmen der Finanz- und Eurokrise massive Einsparungsmaßnahmen im öffentlichen Haushalt vorgenommen. So musste auch das irische Gesundheitssystem radikale Ressourcenkürzungen hinnehmen: Von 2009 bis 2013 ging die Finanzierung der HSE um 22 Prozent zurück, was fast 3,3 Milliarden Euro weniger an öffentlichen Mitteln bedeutete (HSE 2013). Auch die Personalausstattung der HSE ist seit ihrem Höchststand im Jahr 2007 um 12.200 Vollzeitäquivalente oder 10 Prozent des gesamten Personalbestands gesunken, trotz der gestiegenen Nachfrage in Verbindung mit höherer Arbeitslosigkeit und sinkender Inanspruchnahme der privaten Krankenversicherung (Burke et al. 2014). Kürzungen bei der Finanzierung und ein Embargo für die Einstellung von Personal dauerten bis Ende 2014 an (Morris et al. 2019). Zusätzlich verringerte man den Personalstand durch eine Vorruhestandsregelung, den Verzicht auf den Ersatz von Mitarbeiterinnen im Mutterschaftsurlaub, und eine Verringerung der Zahl der verfügbaren Ausbildungsplätze. Stattdessen wurde in großem Ausmaß auf die Beschäftigung von (teuren) Leiharbeitskräften (agency staff) gesetzt (Morris et al. 2019). Durch Überstundenzahlungen und die Einstellung von LeiharbeiterInnen war der Einsparungseffekt jedoch im Wesentlichen ausgeglichen; als Folge der Veränderungen kam es auch zu einer erheblichen Demotivation des Personals (Williams/Thomas 2017).

Vor der Krise, als Irland wirtschaftlich prosperierte, gab es regen Zulauf aus ausländischen Staaten. Es wurde eine Politik der Auslandsrekrutierung verfolgt, um freie Stellen in der Krankenpflege im Gesundheitswesen zu besetzen. Zwischen 2000 und 2006 erhielten 9.441 KrankenpflegerInnen ein Arbeitsvisum, von denen 90% aus Indien und den Philippinen waren. Die Gesamtzahl der Arbeitsgenehmigungen/Arbeitsvisa, die KrankenpflegerInnen erteilt wurden, machte in dieser Zeit 60% aller qualifizierten Fachkräfte aus (Barrett/Rust 2009). Während des Embargos nahm das Angebot an einheimischen irischen KrankenpflegerInnen zu, und viele irische, als auch nicht-irische KrankenpflegerInnen hatten Schwierigkeiten, eine Beschäftigung zu finden. Dies führte dazu, dass viele von ihnen im Vereinigten Königreich, in Australien und anderswo Arbeit suchten. Dieser Trend hat sich seit 2015 wieder umgedreht (Morris et al. 2019).

Irland sieht sich - wie so viele andere europäische Staaten - mit einem steigenden Bedarf an Gesundheits- und Krankenpflegekräften konfrontiert, nicht zuletzt aufgrund der alternden Belegschaft. Während die Pflegekräfte in Irland im Durchschnitt im Vergleich zu ihren europäischen KollegInnen jünger sind, sind jedoch etwa 22 Prozent der irischen Pflegekräfte über 50 Jahre alt. Die Gesundheits- und Sicherheitsbehörde verlor in den letzten Jahren eine beträchtliche Anzahl qualifizierter und erfahrener

KrankenpflegerInnen und Hebammen aufgrund einer mit Anreizen versehenen Ruhestandsregelung (Morris et al. 2019). Der Versuch, ins Ausland ausgewanderte KrankenpflegerInnen zurückzuholen, schlug trotz einer groß angelegten Kampagne von HSE fehl. Diese „Bring them Home“ Kampagne wurde 2019 wieder eingestellt, da seit 2015 nur 120 KrankenpflegerInnen zurückkamen (alle aus dem Vereinigten Königreich). Das Programm sah 3.000 € für zurückkehrende KrankenpflegerInnen und Hebammen, kostenlose Rückflüge, Umzugskosten im Ausmaß von 1.500 €, die Übernahme der Anmeldegebühr als KrankenpflegerInnen (100 €) sowie die Finanzierung postgradualer Ausbildung und Gehaltserhöhungen aufgrund der Arbeitserfahrung im Ausland vor. Ziel war es, durch eine massive Anwerbungsaktion 500 im Vereinigten Königreich beschäftigte IrInnen rückzugewinnen.²⁰

3.3. Personalbedarf und Personalplanung

Laut Morris et al. (2019: 67) ist die Personalplanung im irischen Gesundheitswesen bisher nur begrenzt in der Lage, den Bedarf an zukünftigem Gesundheitspersonal vorherzusagen, da es keine ausreichenden Informationen über Angebot und Nachfrage von Gesundheitspersonal gibt. Während es dabei allerdings im öffentlichen Sektor bereits Fortschritte bei der standardisierten Erhebung von Daten gibt (das zeigen etwa auch die jährlichen „Health in Ireland: Key Trends“ Berichte, siehe Government of Ireland 2019), bleiben diese im privaten und freiwilligen Sektor noch aus. Gegenwärtig gibt es kein zentralisiertes System für die routinemäßige Erhebung von Daten über die Anzahl und das Profil der im unabhängigen Sektor tätigen KrankenpflegerInnen. Ohne diese Zahlen ist eine Planung für den gesamten Sektor schwierig, wenngleich es bereits die Instrumente dafür geben würde: 2009 wurde ein quantitatives Instrument für die Personalplanung im Gesundheitswesen, aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, entwickelt (Behan et al. 2009); dieses Modell ermöglicht Projektionen über die Anzahl der benötigten KrankenpflegerInnen sowie anderer Gesundheitsberufe auf der Grundlage von Bevölkerungsprognosen, der geschätzten aktuellen Zahl an Gesundheitsbeschäftigten, des Angebots an HochschulabsolventInnen und der Fluktuation sowie der Rückkehrraten. Die Projektionen basieren auf der Beibehaltung der derzeitigen Personalstärke in der Bevölkerung. Solange allerdings die Datenerfassung nicht verbessert wird, sind die Prognosen ausbaufähig. Im Jahr 2012 veröffentlichte das Gesundheitsministerium eine nationale Übersicht über den Studiengang für Krankenpflege und Geburtshilfe, die sich mit der Personalplanung und den Lehrplananforderungen befasst. Im Rahmen der Personalplanung wurde vereinbart, die bestehende Zahl der Studienplätze mit 1.570 beizubehalten. Es wurde empfohlen, einen nationalen Rahmen zu entwickeln, der bei der Bestimmung der Personalstärke von KrankenpflegerInnen und Hebammen und des

²⁰ Siehe Zeitungsartikel in der Irish Times: <https://www.irishtimes.com/news/health/campaign-to-attract-irish-nurses-home-has-been-stood-down-1.3942312>.

Qualifikationsmixes helfen soll, der sich an der Abhängigkeit der PatientInnen und der Entwicklung der Dienstleistungen orientiert. Im Juli 2014 wurde eine Taskforce zur Personalbesetzung und zum Qualifikationsmix in der Krankenpflege im Gesundheitsministerium eingerichtet. Ein nach wie vor gültiger Rahmen für die Personalplanung wurde vor wenigen Jahren (Department of Health 2017) veröffentlicht, allerdings enthält dieser keine konkreten Daten sondern bestätigt, dass für eine Prognose die Datenqualität (s.o.) verbessert werden müsse.

Die Ursachen für Personalmangel in den Gesundheits- und Pflege- bzw. Betreuungsberufen in Irland lagen in den Krisenjahren an Einstellungsembargos aufgrund der aufgelegten Sparmaßnahmen (siehe oben). Nachdem die Embargos aufgehoben waren, kam es allerdings lange zu einer Nichtbesetzung freier Stellen und einer unzureichenden Schaffung neuer Pflegestellen. Von der Irish Midwife and Nurses Organisation (INMO) 2019 veröffentlichte Zahlen beziffern die Gesamtzahl der unbesetzten Stellen für KrankenpflegerInnen in den Gesundheitsorganisationen des öffentlichen irischen Gesundheitssystems (einschließlich staatlicher Langzeitpflegereinrichtungen) auf 420 (Murphy 2020).

Genau wie für den Gesundheitsbereich gibt es auch für den Langzeitpflegesektor keine langfristigen Projektionen des Personalbedarfs. Es wird erwartet, dass aufgrund der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach Arbeitskräften erheblich steigern wird. Die staatlich unterstützte Denkfabrik ERSI hat bis zum Jahr 2030 einen Anstieg der LangzeitpatientInnen in Heimen um etwa 40 Prozent prognostiziert (Zunahme der benötigten Pflegebetten von ca. 40.000). Dieselbe Studie untersuchte auch die Nachfrage nach häuslicher Hilfe und kam zum Schluss, dass bis 2030 die Nachfrage nach häuslichen Hilfspaketen, sowohl öffentlich als auch privat, 100.000 NutzerInnen übersteigen würde, was einem Anstieg von 57 Prozent entspricht. Nursing Homes Ireland, das Vertretungsorgan für private Pflegeheime, geht davon aus, dass die Zahl der älteren Menschen, die auf das teilweise staatlich finanzierte Pflegeprogramm ("Fair-Deal"-Programm, siehe oben) zurückgreifen, sich bis 2030 Plätze auf 46.000 verdoppeln würde (Murphy 2020).

Erst seit Beginn des wirtschaftlichen Aufschwungs und der Wiederaufnahme der Rekrutierung wurde die fehlende Personalplanung als Problem erkannt, nachdem das irische System sich viele Jahre auf die Rekrutierung von Personal aus dem Ausland gestützt hatte. Ein immer wiederkehrendes Thema, das sich durch eine Reihe von staatlich-offiziellen Dokumenten zieht, ist die Abhängigkeit Irlands von unbezahlten Pflegekräften und die Tatsache, dass das Gesundheitssystem zusätzlich belastet wird, da aufgrund der demografischen Veränderungen nicht der gleiche Anteil an Pflegekräften zur Verfügung stehen wird, der derzeit für die Deckung des Gesundheitsbedarfs benötigt wird (Murphy 2020).

3.4. Ausbildung

3.4.1. Vom Lehrlingsmodell zur tertiären Ausbildung

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat es in Irland große Veränderungen und Entwicklungen in der Krankenpflege- und Hebammenausbildung gegeben. Während es lange eine Art Lehrlingsausbildungsmodell gab, wurde die Ausbildung 1994 auf ein Diplom umgestellt (dies war auch notwendig, um europäische Richtlinien umzusetzen nach dem EG-Beitritt Irlands 1973) (O'Dwyer, 2007) und 2002 auf Hochschulebene. Arbeitsunruhen des Pflegepersonals Anfang der 1990er Jahre waren eine wesentliche Triebkraft für die Reformen; Gesundheits- und KrankenpflegerInnen waren unzufrieden mit dem nur sehr langsamen Wandel des Berufsbilds und mangelnden Fortschritten bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Morris et al. 2019). Die Ausbildung von KrankenpflegerInnen in Irland wurde 2002 vollständig in den tertiären Bildungssektor integriert, in Universitäten und technischen Hochschulen (Morris et al. 2019). Dies ermöglicht ausgebildeten KrankenpflegerInnen, sowie Hebammen auch eine Karriere als DozentInnen an tertiären Bildungseinrichtungen und den Verlauf einer akademischen Karriere.

3.4.2. "Pre-registration" Programme

Im Jahr 2006 fand die erste Graduierung von Studierenden des neuen vierjährigen Bachelor of Science (BSc) Studiengangs in den Bereichen allgemeine Krankenpflege, psychiatrische Krankenpflege und Krankenpflege für geistig behinderte Menschen statt. Darauf folgten ein vierjähriges BSc-Studienprogramm für Hebammen und ein viereinhalbjähriges BSc-Studienprogramm für integrierte Kinder- und allgemeine Krankenpflege, das im September 2006 begann (mit den ersten Abschlüssen 2010). Das Studium an einem Bachelor-Studiengang in Krankenpflege/Hebammenausbildung erfolgt als Vollzeitstudium, Studierende nehmen an theoretischen und praktischen Einheiten zur Entwicklung klinischer Fähigkeiten an den gastgebenden Hochschuleinrichtungen und an klinischen Praktika in den Partnereinrichtungen teil (Morris et al. 2019).

Insgesamt gibt es 44 "pre-registration programmes" für Gesundheits- und Krankenpflege im Hochschulbereich, jährlich werden ca. 1.570 Studierende aufgenommen. Der erfolgreiche Abschluss eines BSc-Studiengangs ("Pre-Registration Honours") berechtigt die KandidatInnen, die Registrierung bei der entsprechenden Abteilung des vom "Nursing and Midwifery Board Ireland" (NMBI, mehr dazu siehe weiter unten) geführten Registers und die Verleihung eines Bachelor of Science-Grades (BSc) in Krankenpflege zu beantragen. Das Ausbildungsprogramm in Kinder- und allgemeiner Krankenpflege hat eine Dauer von viereinhalb Jahren, während die Ausbildung in den Bereichen allgemeine Krankenpflege, Krankenpflege für Personen mit geistiger Behinderung, Hebammen und psychiatrische Krankenpflege jeweils vier Jahre dauert. Alle "Pre-Registration Honours"-

Studiengänge in den Bereichen Kinder- und allgemeine Krankenpflege (integriert: RCN und RGN), allgemeine Krankenpflege (RGN), Krankenpflege für Menschen mit geistiger Behinderung (RNID), Hebammenausbildung (RM) und psychiatrische Krankenpflege (RPN) finden in 13 Hochschuleinrichtungen (d.h. Universitäten und technische Hochschulen) in Partnerschaft mit 57 Gesundheitsbehörden (Krankenhäuser/Kliniken) statt (Morris et al. 2019). Pflegediplome werden in Irland auf der Ebene 8 des Nationalen Qualifikationsrahmens (National Qualification Framework) angeboten (240 ECTS-Credits), was der Ebene 6 des Europäischen Rahmens entspricht (Rami/Shortt 2014:13).

3.4.3. "Post-registration" Programme

Für registrierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (d.h. solche, die eine "Pre-registration" Ausbildung absolviert haben und sich als KrankenpflegerIn registrieren haben lassen - eine Voraussetzung für die Berufsausübung) gibt es die Möglichkeit, sich in zusätzlichen Kategorien zertifizieren zu lassen. Das NMBI genehmigt solche "Post-registration" Ausbildungskurse. Außerdem gibt es "Post-registration" Programme zur Höherqualifizierung etwa in den Bereichen Kinderkrankenpflege, Psychiatriekrankenpflege (einzelne Fachqualifikationen) und Hebammenprogramme. Um sich als KrankenpflegerInnen- oder Hebammens**spezialist/in** zu qualifizieren, muss nach der Registrierung eine für das Fachgebiet der KrankenpflegerIn oder der Hebamme relevante Ausbildung auf dem Niveau eines höheren Diploms oder eines gleichwertigen Abschlusses absolviert werden. Diese "fortgeschrittenen KrankenpflegerInnen bzw. Hebammen" sind in der klinischen Praxis sehr erfahren und haben einen Master-Abschluss (oder höher) in einem spezialisierten Praxisbereich erworben. Ihr Arbeitsumfang beinhaltet u.a. die Erstellung von Diagnosen, die autonome Entscheidungsfindung in Bezug auf Behandlungen, Interventionen und die Entlassung aus einer vollständigen Behandlungsepisode (National Council for the Professional Development of Midwifery and Nursing 2010, Morris et al. 2019)

3.5. Arbeitszeiten

Die Normalarbeitszeit für Beschäftigte, die bei der HSE angestellt sind (wie oben gezeigt ist das der Großteil der Beschäftigten im Sektor), liegt aktuell bei 39 Stunden. Dies wurde im "[Public Service Stability Agreement 2013-16](#)" zwischen Regierung und Gewerkschaften für den öffentlichen Sektor im Rahmen der Einsparungsmaßnahmen aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise beschlossen. Davor lag die Normalarbeitszeit bei 37,5 Stunden; während NeueinsteigerInnen 39 Stunden arbeiten müssen, hatten Beschäftigte, die bereits vor dieser Vereinbarung bei HSE beschäftigt waren, die Option, ihre 37,5 Stunden beizubehalten, allerdings mit Gehaltseinbußen. Bereits 2007 gab es eine Empfehlung der "Commission on Nursing", die Arbeitszeiten auf 35 Stunden zu reduzieren (Morris et al. 2019). Es folgten wochenlange Streiks der Gewerkschaften um

dies auch durchzusetzen, die schließlich 2008 in eine Arbeitszeitreduktion von 39 auf 37,5 Stunden bei vollem Gehaltsausgleich mündeten - was im Zuge der irischen Rezession aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise eben wieder teils zurückgenommen wurde. Der Großteil der KrankenpflegerInnen in Spitälern arbeitet im Schichtdienst, mit 12 bis 13 Stunden pro Schicht (Griffiths et al. 2014: 978).

Der gesetzliche Urlaubsanspruch für Vollzeitbeschäftigte liegt bei vier Wochen und ist abhängig von den im "Urlaubsjahr" (das jeweils von April bis zum nächsten März geht) absolvierten Arbeitsstunden. Der Großteil der HSE-Beschäftigten hat allerdings einen (etwas) höheren Anspruch. Während "NeueinsteigerInnen" (das betrifft solche, die seit 1. April 2012 beschäftigt sind) einen jährlichen Urlaubsanspruch von mindestens 22 und maximal 30 Tagen haben, liegt er bei Beschäftigten, die bereits vor diesem Zeitpunkt für die HSE tätig waren, in der Bandbreite zwischen 22 und 32 Tagen (HSE 2017: 10). Der Anspruch variiert mit der Beschäftigungsdauer und nach Berufsgruppen. KrankenpflegerInnen bzw. Hebammen, die vor 2012 beschäftigt waren, haben etwa 24 Tage mit einer Beschäftigungsdauer bis zu fünf Jahren; 25 mit einer Beschäftigungsdauer von fünf bis zehn Jahre; und 27 Tage mit einer Beschäftigungsdauer über 10 Jahren (INMO 2011).

ArbeitnehmerInnen, die in einem Urlaubsjahr acht oder mehr Monate gearbeitet haben, erhalten Anspruch auf einen ununterbrochenen Zeitraum von zwei Wochen Urlaub. In Ausnahmefällen kann der Jahresurlaub aufgrund dienstlicher Erfordernisse in die ersten sechs Monate des nächsten Jahresurlaubsjahres übertragen werden, sofern die ArbeitnehmerIn sich bereit erklärt, den Urlaub zu verschieben (HSE 2017: 12).

3.6. Gehalt

Der öffentliche Sektor ist der größte Arbeitgeber im Gesundheitsbereich, wie oben gezeigt wurde. Das Gehalt wird in Verhandlungen mit mehreren Gewerkschaften ausgehandelt. Die Einkommen haben sich seit der Rezession stetig erholt, KrankenpflegerInnen haben insbesondere seit dem erfolgreichen Streik 2019 über Lohngleichheit mit anderen Gesundheitsberufen signifikante Erfolge erzielt (im Vergleich etwa zu ÄrztInnen gibt es große Gehaltsunterschiede).

Das Gehaltssystem von HSE enthält alle Beschäftigungsgruppen. Ausgebildete KrankenpflegerInnen (mit absolviertem pre-registration Programm) bzw. Hebammen ("staff nurse/midwife") erhalten als Startgehalt seit 1. Jänner 2020 30.009 € jährlich brutto (Department of Health 2020), davon verbleiben netto 25.433,55 € (laut Steuerrechner <https://salaryaftertax.com/ie/salary-calculator>). Monatlich sind dies (netto) 2.119,46 € (12 mal jährlich). Dazu kommen gegebenenfalls noch Zulagen für Überstunden, Nachtschichten u.ä. Das höchste Gehalt in dieser Gruppe (mit langjähriger Beschäftigungsdauer) liegt bei 46.501 €. Eine "senior staff nurse" erhält 48.736 €, "clinical nurse managers" ab 45.969 € und bis zu 64.863 €, "nurses aids" ab 27.683 €,

"health care support assistants" (ähnlich Heimhilfen) 27.394 €, SozialarbeiterInnen ("social care workers") 32.480 € bis 47.025 €.

3.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Eine umfassende Erhebung zu den Arbeitsbedingungen von KrankenpflegerInnen wurde im Rahmen der europäischen Studie RN4CAST („Registered Nurses Forecast“, siehe Morris et al. 2019: 68ff) in den Jahren 2009/10 durchgeführt. Ergebnisse der Erhebung (1.400 KrankenpflegerInnen in Akutkrankenhäusern) zeigen eine erhebliche Abnahme der Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu einer Erhebung aus dem Jahr 2001 (Scott et al. 2003). Die AutorInnen argumentieren, dass KrankenpflegerInnen aufgrund der sich ändernden Strukturen unter starken Druck gerieten, immer höhere Arbeitsleistungen (in immer kürzerer Zeit) zu bewältigen. Dieser Trend scheint bis heute anzudauern, es gibt nach wie vor Berichte über zu wenig Kapazitäten für PatientInnen, lange Wartezeiten auf freiwerdende Betten und auf Operationen.

Nach einzelnen Jobaspekten gefragt, erreichen die Aspekte „jährlicher Urlaubsanspruch“, „Unabhängigkeit bei der Arbeit“, „Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung“ sowie „Berufsstatus“ die höchsten Zufriedenheitswerte mit Zustimmung von jeweils über 90 Prozent aller Befragten, die zumindest ein wenig mit den jeweiligen Aspekten zufrieden sind. Die höchsten Unzufriedenheitswerte erreichen die Punkte „Gehalt“ (41,6 Prozent sind sehr unzufrieden - allerdings wurde die Befragung vor den kürzlich errungenen Gehaltserhöhungen (siehe oben) durchgeführt), berufliche Aufstiegsmöglichkeiten (24,3 Prozent sind sehr unzufrieden) und (Weiter-)Bildungsmöglichkeiten (22,5 Prozent sind sehr unzufrieden damit).

In der Studie berichteten 42 Prozent der Befragten über Burnout und allgemeine Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit. Zum Zeitpunkt der Erhebung befand sich die irische Regierung noch am Beginn der massiven Kosteneinsparung bzw. Personalkürzungen (siehe weiter oben), die durch die Finanz- und Wirtschaftskrise als notwendig erachtet wurden. Weitere Einschränkungen, wie das Beschäftigungsembargo, die Nicht-Ersetzung von Krankenpflegererinnen im Mutterschaftsurlaub und die Nicht-Ersetzung von KrankenpflegerInnen mit flexibleren Arbeitsregelungen, dürften jedoch im Laufe der Zeit das Burnout-Niveau des Personals erhöhen (Morris et al. 2019). Im Rahmen der Beilegung des Streiks 2019 bekannte sich die Regierung allerdings dazu, für eine sichere Personalausstattung in Akutspitälern zu sorgen.

In der RN4CAST Studie zeigt sich, dass hohe Arbeitsbelastungen noch dadurch verschärft werden, dass KrankenpflegerInnen in nicht-pflegerische Aufgaben einbezogen werden, was dazu führt, dass Pflegearbeiten aus Zeitgründen nicht erledigt werden können: Fast drei Viertel (73%) der Befragten waren der Ansicht, dass ihr Arbeitsplatz personell und finanziell unzureichend ausgestattet war. Etwa 98% der Befragten gaben an, dass sie einen Teil ihrer Zeit damit verbringen, pflegefremde Tätigkeiten auszuüben, für nicht-pflegerische Dienste einzuspringen, routinemäßig Telefonate zu beantworten

und Verwaltungsaufgaben zu erledigen. Etwa 88% der Pflegenden gaben an, dass sie einige Elemente der Pflegearbeit aus Zeitgründen nicht erledigen können (Morris et al. 2019: 69).

Literatur

- Barrett, Alan/Rust, Anna (2009): Projecting the Future Numbers of Migrant Workers in the Health and Social Care Sectors in Ireland. ESRI Working Paper no. 275 (<http://aei.pitt.edu/87821/1/WP275.pdf>, Zugriff 24.6.2020)
- Behan J et al. (2009): A Quantitative Tool for Workforce Planning in Healthcare: Example Simulations. Report by the Skills and Labour Market Research Unit, FÁS, on behalf of the Expert Group on Future Skills Needs, Dublin: FAS
- Burke Sara/Thomas, Steve/Barry, Sarah/Keegan, Conor (2014): Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008–2014 - From ‘more with less’ to ‘less with less’. In: Health Policy Volume 117(3):275–278 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25082466/>, Zugriff 24.6.2020)
- Burke, Sara Ann/Normand, Charles/Barry, Sarah/Thomas, Steve (2016): From universal health insurance to universal healthcare? The shifting health policy landscape in Ireland since the economic crisis. In: Health Policy Volume 120, Issue 3, March 2016, S. 235-240 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015003036?via%3Dihub>, Zugriff 26.6.2020)
- Citizens Information 2020, Overview of hospital services (https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/gp_and_hospital_services/hospital_services_introduction.html, Zugriff 24.6.2020)
- Citizens Information 2020, Private health insurance (https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/private_health_insurance.html, Zugriff 24.6.2020)
- Connolly, Sheelah/Wren, Maev-Ann (2017): Unmet health care needs in Ireland: analysis using the EU-SILC survey. In: Health Policy Volume 121(4):434–41 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851017300374>, Zugriff 30.6.2020)
- Connolly, Sheelah/Wren, Maev-Ann (2019): Universal Health Care in Ireland - What Are the Prospects for Reform? In: Health Systems and Reform, Volume 5, 2019 - Issue 2, S. 94-99 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2018.1551700>, Zugriff 26.6.2020)
- Department of Health (2017): Working Together for Health. A National Strategic Framework for Health and Social Care Workforce Planning, Dublin (<https://www.gov.ie/en/publication/f303a9-working-together-for-health-a-national-strategic-framework-for-health?referrer=http://www.health.gov.ie/wp-content/uploads/2018/04/Working-Together-Report.pdf>, Zugriff 23.9.2020)
- Department of Health (2020): 1 January 2020 Consolidated Payscales (<https://www.gov.ie/en/publication/c30735-1-january-2020-consolidated-pay-scales/>, Zugriff 10.7.2020)

- Department of the Taoiseach (Prime Minister) (2011): Programme for Government 2011-2016 (<https://www.socialjustice.ie/content/policy-issues/programme-government-2011-2016-full-text>, Zugriff 24.6.2020)
- Drennan J./Naughton, C./Allen, D./Hyde, A./Felle, P./O'Boyle, K./Treacy, P. (2009): National Independent evaluation of the Nurse and Midwife Prescribing Initiative, Dublin: University College Dublin (<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/89103/NatIndependentEvaluation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Zugriff 25.6.2020)
- Eurostat (2019): Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals. Statistics Explained, Brussels ([https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Practising_nurses,_2017_\(per_100_000_inhabitants\)_Health2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Practising_nurses,_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health2019.png), Zugriff 12.12.2019)
- Government of Ireland (2018): Sláintecare implementation strategy, Dublin (<https://assets.gov.ie/22607/31c6f981a4b847219d3d6615fc3e4163.pdf>, Zugriff 24.6.2020)
- Government of Ireland (2019): Health in Ireland - Key Trends 2019 (<https://www.gov.ie/en/publication/f1bb64-health-in-ireland-key-trends-2019/>, Zugriff 1.7.2020)
- Griffiths, Peter/Dall'Ora, Chiaraa/Simon, Michael Simon/Ball, Jane/Lindqvist, Rikard/Rafferty, Anne-Marie/Schoonhove, Lisette Schoonhoven/Tishelman, Carol/Aiken, Linda H. (2014): Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries. The Association With Perceived Quality of Care and Patient Safety. In: Medical Care Volume 52, Number 11, S. 975-981. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196798/pdf/mlr-52-975.pdf>, Zugriff 10.7.2020)
- Health Management 2/2010: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-irish-healthcare-system>, Zugriff 24.6.2020)
- Health Service Executive (2013): Health Service National Assurance Report, August 2013, Dublin (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/performance-reports/perfassuranceaug13.pdf>, Zugriff 24.6.2020)
- Health Service Executive (2015): HSE Organisational Structure (<https://www.hse.ie/eng/about/who/#:~:text=HSE%20Structure-,HSE%20Organisational%20Structure,the%20centre%20of%20the%20organisation,> Zugriff 24.6.2020)
- Health Service Executive (2017): Guidelines on terms and conditions of employment, March 2017 (<https://www.hse.ie/eng/staff/resources/terms-conditions-of-employment/revised-guidelines-on-terms-and-conditions-of-employment-march-2017.pdf>, Zugriff 10.7.2020)
- Houses of the Oireachtas Committee on the Future of Health care (2017): Slaintecare report, Dublin (<https://assets.gov.ie/22609/e68786c13e1b4d7daca89b495c506bb8.pdf>, Zugriff 25.6.2020)
- Irish Nurses and Midwives Organisation INMO (2011): Annual Leave Entitlements, Dublin ([https://www.inmo.ie/inmo/Documents/Annual_Leave\(June_2011\).pdf](https://www.inmo.ie/inmo/Documents/Annual_Leave(June_2011).pdf), Zugriff 10.7.2020)
- Maier, Claudia B.(2019): Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. In: Human Resources for Health 17: 95 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0429-6>, Zugriff 3.7.2020)

- McDaid, David/Wiley, Mary/Maresso, Anna/Mossialos, Elias (2009): Health Systems in Transition. Ireland: Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf)
- Morris, Roisin/Matthews, Anne/Scott, Anne (2019): Ireland. In: Rafferty, Anne Marie/Busse, Reinhard/Zander-Jentsch, Britta/Sermeus, Walter/Bruyneel, Luk (Hrsg.): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, RN4CAST, WHO, S. 63-72
- Murphy, David (2020): The long-term care workforce - Ireland. Eurofound: Dublin (unveröffentlichtes Dokument)
- National Council for the Professional Development of Midwifery and Nursing (2010): Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advance Nurse and Midwife Practitioners Roles in Ireland. Summary Report. Dublin
- O'Dwyer, Patricia (2007): Looking back ... moving forward: the educational preparation of nurses in Ireland. In: Nursing Education Perspectives, Volume 28, issue 3, S. 136ff
- OECD/WHO (2019): State of Health in the EU. Ireland Country Health Profile 2019 (<https://www.oecd.org/ireland/ireland-country-health-profile-2019-2393fd0a-en.htm>, Zugriff 24.6.2020)
- O'Reilly D, O'Dowd T, Galway KJ, Murphy AW, O'Neill C, Shryane E, Steele K, Bury G, Gilliland A, Kelly A. Consultation charges in Ireland deter a large proportion of patients from seeing the GP: results of a cross-sectional survey. Eur J Gen Pract. 2007;13(4):231–36
- Rami. Justin/Shortt, Tara (2014): VET and professional education in health care and nursing in Ireland. In: Tutschner, Roland/Wittig, Wolfgang (Hrsg.) Level Assessments of Learning Outcomes in Health Care and Nursing, S. 103-133 (http://doras.dcu.ie/19908/1/Chapter_j_Rami_%26_T_Shortt.pdf, Zugriff 24.6.2020)
- Sage Support and Advocacy Service (2016): The Nursing Home Support Scheme: Charges and Related Issues, A Discussion Paper (https://www.sageadvocacy.ie/media/1125/discussion_doc_nursing_home_charges.pdf, Zugriff 24.6.2020)
- Schneider Simone/Devitt Camilla (2018): Accessing health care in times of economic growth and economic downturn: Evidence from Ireland. In: Journal of European Social Policy, Volume (4):357–369 (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0958928717739240>, Zugriff 30.6.2020)
- Scott, P. Anne/Matthews, Anne/Corbally, Melissa (2003): Nurses' and Midwives' Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland, Final Report, Dublin: Department of Health and Children
- Thomas, Steve/Burke, Sara/Berry, Sarah (2014): Ireland and Austerity: The Irish health-care system and austerity: sharing the pain, The Lancet Volume 383: S. 1545f ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60744-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60744-3/fulltext), Zugriff 6.7.2020)
- Thomson, Sarah/Jowett, Matthew/Mladovsky, Philipa (2014) (Hrsg.): Health system responses to financial pressures in Ireland. Policy options in an international context, WHO (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressure-in-Ireland.pdf, Zugriff 10.7.2020)
- Williams, Des/Thomas, Steve (2017): The impact of austerity on the health workforce and the achievement of human resources for health policies in Ireland (2008–2014). In: Human

Resources for Health 15:62 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594546/>,
Zugriff 6.7.2020)

Wren, Maev-Ann/ Connolly, Sheelah (2017): A European late starter: lessons from the history of reform in Irish health care. In: Health Economics, Policy and Law, Volume 14 (3), S.337-355 (<https://www.esri.ie/publications/a-european-late-starter-lessons-from-the-history-of-reform-in-irish-health-care>, Zugriff 30.6.2020)

4. LÄNDERBERICHT SPANIEN

4.1. Organisation des Gesundheitssystems in Spanien

4.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Das spanische nationale Gesundheitssystem (Sistema Nacional de Salud SNS) weist zwei grundlegende Merkmale auf: Es handelt sich um ein quasi-universelles System und bietet 99,1% der Bevölkerung Zugang zu kostenlosen Dienstleistungen am Ort der Leistungserbringung (OECD 2017a, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Zweitens ist es ein staatliches System, bei welchem 94,5 % der Ressourcen durch Steuern finanziert werden. Neben diesem nationalen Gesundheitssystem gibt es noch Fonds für Beamte (MUFACE), das Militär (MUGEJU) und die Justiz (ISFAS) sowie Fonds, die sich auf die Hilfe bei Unfällen und Berufskrankheiten konzentrieren (Bernal-Delgado et al., 2018). Die Verwaltung des SNS ist zentralstaatlich organisiert, die Gesundheitsdienste sind seit 2001 dezentral über die 17 autonomen Regionen organisiert. Über die regionalen Ministerien (Abteilungen) hat jede autonome Region die Zuständigkeit für die territoriale Organisation der Gesundheitsdienste (d.h. für die Regulierung und Planung der Gesundheitspolitik und die Erbringung von Pflegeleistungen) inne - dies bedeutet auch, dass es teilweise große (qualitative) Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen gibt. Die Koordination zwischen der zentralen staatlichen Administration (Gesundheitsministerium) und den autonomen Regionen geschieht über den „Interterritorialen Rat des nationalen Gesundheitssystems“ CISNS, der sich aus dem Gesundheitsminister und RepräsentantInnen der regionalen Gesundheitsbehörden zusammensetzt (Ministry of Health 2018). Die Zahl der Krankenhäuser ist rückläufig, von 19,2 Krankenhäusern pro eine Million EinwohnerInnen im Jahr 2000 auf 16,5 im Jahr 2015 (OECD-Durchschnitt: 29,4, OECD Health Statistics 2020 database²¹). Kleinere Spitäler sind vorherrschend, so verfügen 72% der Krankenhäuser über weniger als 200 Betten und nur 18 Krankenhäuser (die alle dem öffentlichen Sektor angehören) haben mehr als 1.000 Betten. Etwas weniger als die Hälfte (45%) der Krankenhäuser gehören dem öffentlichen Sektor an (Bernal-Delgado 2018: 79).

Bei der primären Gesundheitsversorgung wird zwischen zwei Arten von Versorgungszentren unterschieden: (1) Zentren für primäre Gesundheitsversorgung (PCCs), d.h. Gesundheitszentren, in denen das Team der primären Gesundheitsversorgung (HausärztInnen, Pflegepersonal und Hilfspersonal) umfassende Primärversorgungsdienste anbietet; und (2) lokale Gesundheitsbüros (LHOs), die mit Gesundheitszentren verbunden sind und in abgelegenen Gebieten grundlegende

²¹ Die Datenbank kann hier abgerufen werden: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

medizinische Dienste anbieten. Diese sind fast zur Gänze in der öffentlichen Hand (Bernal-Delgado 2018: 79f).

Die Erbringung von Langzeitpflege ist nicht im SNS organisiert, sondern im Bereich der sozialen Dienstleistungen (d.h. separat vom Gesundheitssystem, siehe weiter unten).

4.1.2. Private Gesundheitsversorgung

Das öffentliche Gesundheitssystem bietet ärztliche und fachärztliche Versorgung kostenfrei für Versicherte an; die zahnärztliche Behandlung ist - Zahnextraktion ausgenommen - von den PatientInnen zu bezahlen. Auch bei verordneten Medikamenten ist grundsätzlich ein Selbstbehalt zu zahlen, hier gibt es jedoch viele Ausnahmen (z.B. PatientInnen mit bestimmten chronischen Krankheiten, PensionistInnen).

Etwa 23 Prozent der SpanierInnen verfügen zusätzlich zur allgemeinen obligatorischen öffentlichen Versicherung auch über eine freiwillige private Zusatzkrankenversicherung. Diese kann dieselben Güter und Dienstleistungen anbieten wie der öffentliche Sektor, bewirkt aber einen schnelleren Zugang zu einigen Dienstleistungen; so verkürzt sie etwa die Wartezeiten auf Termine bei FachärztInnen, die teilweise bis zu einige Wochen oder Monate betragen und für die man zuerst eine Überweisung von einer HausärztIn braucht. Seit 2011 gibt es sowohl in Bezug auf die Zahl der Versicherten als auch in Bezug auf die Prämieinnahmen der Unternehmen einen Anstieg an privaten Versicherungen; ihr Beitrag zu den gesamten Gesundheitsausgaben war mit 4,3% im Jahr 2015 dennoch relativ gering. Nach Angaben der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionsfonds waren im Jahr 2015 95 Unternehmen auf diesem konzentrierten Markt tätig, auf welchem fünf Unternehmen 72% der Gesamtprämien lukrierten (Bernal-Delgado et al. 2018: 67f). Die Anzahl an Krankenhausbetten pro 100.000 EinwohnerInnen ist zwischen 2000 und 2015 von 315 auf 298 zurückgegangen, allerdings ist der Anteil an öffentlichen Betten mit 79,5% relativ konstant geblieben (Bernal-Delgado 2018: 80).

4.1.3. Das Langzeitpflegesystem

Der SNS verfügt über eine gewisse Anzahl an speziellen Langzeitbetten und geriatrischen Krankenhausbetten, die typischerweise den Bedarf an Palliativpflege bei chronischen PatientInnen oder bei KrebspatientInnen abdecken. Etwa neun Prozent aller öffentlichen Betten sind solche Langzeitpflegebetten (10.899 im Jahr 2015), dazu gibt es noch über 3.100 solche Betten in Privatkrankenhäusern (in der Regel nicht gewinnorientierte), die zur Ergänzung des öffentlichen Angebots genutzt werden können (Bernal-Delgado et al. 2018: 113).

Ansonsten werden jedoch Leistungen der Langzeitpflege nicht im Rahmen des nationalen Gesundheitssystems, sondern im Rahmen des spanischen Sozialdienstsystems erbracht. Im Jahr 2007 führte Spanien Regelungen für ein Langzeitpflegesystem (SAAD bzw.

System zur Förderung der persönlichen Autonomie und Hilfe für Personen in einer Abhängigkeitssituation) ein, das das Recht auf sozialen Schutz für abhängige Personen anerkennt (*Gesetz über die Förderung der persönlichen Autonomie und die Betreuung pflegebedürftiger Personen*, LAPAD²²). Das System garantiert eine universelle Deckung, basiert auf der Grundlage der Zusammenarbeit zwischen der zentralstaatlichen Verwaltung und den autonomen Regionen und ist in das Netz der regionalen und kommunalen Sozialdienste integriert. Es ist zwar dienstleistungsorientiert, bietet aber auch Geldleistungen für informelle BetreuerInnen und zur persönlichen Unterstützung. In der Praxis handelt es sich um ein gemischtes System, das die Abdeckung öffentlicher Leistungen mit informeller Pflege in den Haushalten kombiniert; es ist stark von Frauen abhängig, die mehr als 62,4 Prozent der pflegenden/betreuenden Bevölkerung ausmachen (Rodriguez Cabrero et al. 2018: 4).

Das System wird im Wesentlichen durch Steuern und Zuzahlungen der EmpfängerInnen finanziert. Diese richten sich nach ihrem Einkommen und Vermögen und der Art der erhaltenen Leistungen. Das System wird gemeinsam von der Zentralregierung und den autonomen Regionen finanziert. Es gibt verschiedene Niveaus der öffentlichen Finanzierung: a) das Mindestniveau, das im ganzen Land gleich ist und von der Zentralregierung finanziert wird; b) das zusätzliche vereinbarte Niveau, das von der Zentralregierung und den Regionen mitfinanziert wird; und c) das zusätzliche Niveau, das von den Regionen freiwillig aus ihrem eigenen Haushalt finanziert wird. Jede Regionalregierung kann eine breitere Palette von Leistungen für ihre EinwohnerInnen festlegen (Rodriguez Cabrero et al. 2018: 5).

Das SAAD umfasst sowohl verschiedene Dienstleistungen, als auch Geldleistungen. Zu den wesentlichsten Dienstleistungen gehören technische Hilfe (inkl. häusliche Telehilfe, d.h. Beratung über das Internet, Warn- und Überwachungssystem, etc.), häusliche Pflege (Unterstützungsdienst für die Pflege von Personen mit einem hohen Abhängigkeitsgrad inkl. Hilfe bei der persönlichen Pflege), Tages- und Nachtzentren (als Unterstützung und Entlastung für familiäre PflegerInnen und BetreuerInnen) und stationäre Heimpflege (dauerhaft oder vorübergehend). Zu den institutionellen Anbietern von Langzeitpflegedienstleistungen gehören regionale und kommunale Zentren sowie Einrichtungen des privaten Sektors. Die Anbieter, die zum SAAD-Netzwerk gehören, müssen von den autonomen Regionen akkreditiert sein. Es gibt keine freie Wahl der professionellen Anbieter. Landesweite Kriterien in Bezug auf die Qualifikation des Personals, die Mindestquote zwischen BetreuerInnen und Pflegenden sowie die materiellen Ressourcen, die Ausrüstung und die Dokumentation werden vom Interterritorialen Rat des Systems für Autonomie und Pflege von Pflegebedürftigen (CISAAD) festgelegt (Rodriguez Cabrero et al. 2018).

²² Der Begriff "Abhängigkeit" ist im LAPAD definiert als ein Mangel an physischer, psychischer oder intellektueller Autonomie aufgrund von Alter, Krankheit oder Behinderung, der dazu führt, dass man auf die unterstützende Fürsorge anderer angewiesen ist oder Hilfe bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt. Darüber hinaus unterstützt das Gesetz, dass Pflegeaktivitäten für die Gesundheit und den Unterhalt gebrechlicher älterer Erwachsener von zentraler Bedeutung sind und als Teil des Programms abgedeckt werden können (Ranci/Paviolini 2013).

Es gibt Geldleistungen für informelle Betreuung bzw. Pflege zu Hause (die generell von Familienmitgliedern erbracht werden muss²³) und für persönliche Assistenz, sowie eine Geldleistung, die an den Erwerb von Dienstleistungen gebunden ist. Diese Geldleistungen und ihre Beträge werden je nach dem Grad der Abhängigkeit und den wirtschaftlichen Ressourcen der Person gewährt: 2018 liegen die Beträge zwischen 153 € (Grad I) und 387,64 € (Grad III) pro Monat für informelle Pflege zu Hause und zwischen 300 und 715 € pro Monat für persönliche Assistenz oder für den Erwerb von Dienstleistungen. Die LeistungsempfängerInnen haben keinen Ermessensspielraum bei der Inanspruchnahme von Geldleistungen. Informell pflegende Angehörige können eine freiwillige Versicherung im System der sozialen Sicherheit mit ermäßigten Beiträgen abschließen (bis 2012 wurden die Beiträge noch von der Sozialversicherung bezahlt). Die mit dem Kauf von Dienstleistungen verbundene Geldleistung ermöglicht es den Pflegebedürftigen, Dienstleistungen von privaten lizenzierten Anbietern in Anspruch zu nehmen, wenn der öffentliche Sektor nicht in der Lage ist, diese zu erbringen. Hier besteht freie Wahl der professionellen Anbieter. Bei den Dienstleistungen kann es sich um häusliche Hilfsdienste, Tageszentren, Nachtzentren oder Wohnheime handeln, je nachdem, was im Individualisierten Betreuungsplan (*Plan Individualizado de Atención - PIA*) entsprechend dem Grad der Abhängigkeit festgelegt ist. Dieser Plan wird erstellt, sobald eine Person als pflegebedürftig eingestuft wurde (Rodríguez Cabrero et al. 2018: 7).

Die Geldleistung für informelle häusliche Pflege ist die häufigste aller Leistungen: Nach SAAD-Daten erhielt im Dezember 2017 fast ein Drittel aller EmpfängerInnen solch eine Leistung, knapp unter 10 Prozent erhielten eine Geldleistung, die an den Erwerb von Dienstleistungen gebunden war. Sachleistungen machten mehr als 57 Prozent aller Leistungen aus: Im Dezember 2017 erhielten 13,3 Prozent der LeistungsempfängerInnen stationäre Pflege; 16,5 Prozent erhielten Hilfe zu Hause; und 15,8 Prozent waren in ein Programm für häusliche Teleassistenz einbezogen. Das Pflegemodell in Spanien ist vor allem familienbasiert, frauendominiert, informell und zeitintensiv. Was die formelle Pflege angeht, so müssen seit 2015 alle professionellen Pflegekräfte über eine mittlere Berufsausbildung oder ein Professionalitätszertifikat verfügen (ebd.: 7f). Einige Studien haben darauf hingewiesen, dass ein großer Teil der formellen Betreuungsarbeitsplätze tendenziell befristet ist und dass es nur wenige Mechanismen zur Beförderung des Personals gibt (Aragón et al. 2008, s.u.). Die Ausweitung des Pflege- und Betreuungsangebots seit 2007 hat sich in Richtung häusliche Pflege und gemeindenaher Pflege (Tages- und Nachtzentren und häusliche Teleassistenz) verlagert - als Auswirkung der Finanz- und Wirtschaftskrise wurde das Langzeitpflegesystem in den Jahren 2011, 2012 und 2014 geändert, mit dem Ziel, Kosten zu reduzieren. Auch momentan arbeitet eine Kommission daran, das Gesetz hinter dem SAAD System zu reformieren, um die Nachhaltigkeit und die Finanzierungsmechanismen zu verbessern (Rodríguez Cabrero et

²³ Häufig werden diese Geldleistungen aber auch dafür benutzt, illegale Betreuung (die hauptsächlich von Migrantinnen erbracht wird) zuzukaufen; somit stützt dieses Unterstützungssystem indirekt die illegale Schwarzarbeit, die durch das Fehlen an Überprüfungs- und Kontrollmechanismen noch verstärkt wird (Moreno-Colom et al. 2017: 206). Schätzungen zeigen, dass etwa ein Viertel aller Beschäftigten in der Langzeitpflege einer nicht angemeldeten Erwerbsarbeit nachgeht (Godino 2020).

al. 2018: 5). Das Einfrieren der Ausweitung des Versicherungsschutzes in den akutesten Jahren der Finanzkrise hat dazu geführt, dass die Verfügbarkeit von Dienstleistungen und Leistungen für einen Zeitraum von fast 5 Jahren - d.h. im Zeitraum 2011-2015 - zurückging (ebd.: 9), das heißt, dass Pflegebedürftige mit einem geringeren Unterstützungsbedarf erst verspätet Zugang zu Leistungen bekamen (Deusdad, B. et al 2016: 249). Außerdem reicht das öffentliche und private Angebot dieser Dienste nach wie vor nicht aus, um die potenzielle Nachfrage zu befriedigen. Pflegeheime sind weder für zu pflegende Personen noch für deren Familien attraktiv: In den 2000er Jahren gab es ein Überangebot an freien Plätzen (momentan hat sich dies wieder umgekehrt, es gibt wieder lange Wartezeiten und strenge Bedürftigkeitsprüfungen); diese wurden entweder aus Kostengründen oder aufgrund von (Nicht-)Präferenzen nicht besetzt. Gleichzeitig ist die Zahl an Langzeitpflegebetten von 150 pro 100.000 EinwohnerInnen auf 763 zwischen 2005 und 2015 gestiegen (Bernal-Delgado 2018: 80).

Somit hat der Ausbau des Langzeitpflegesystems seit 2011 (inmitten der Finanz- und Wirtschaftskrise) den Bedarf an informeller Betreuung (v.a. familiäre Betreuung) erhöht, da anderswertige Betreuung oft nicht leistbar war und aus finanziellen Gründen die Betreuung von Verwandten innerfamiliär abgewickelt wurde, auch aufgrund höherer Arbeitslosigkeit und häufigerem Zusammenleben von mehreren Generationen aufgrund finanzieller Einschnitte (Deusdad et al. 2016: 258).

Ein großes Problem des Langzeitpflegesystems sind aktuell die langen Wartezeiten zwischen der formalen Anerkennung, dass jemand Leistungen erhält, und der Übermittlung des Individualisierten Betreuungsplans. Im Dezember 2017 etwa war ein Viertel all jener, die Leistungen zuerkannt bekommen haben, auf der Warteliste, d.h. eine Unterstützung wurde zwar zuerkannt, aber die Betroffenen erhalten noch keine Zahlungen. Diese Werte sind in verschiedenen autonomen Regionen ganz unterschiedlich; in Katalonien und den Kanarischen Inseln etwa betraf dies zum selben Zeitpunkt sogar 37 Prozent (Rodriguez Cabrero et al. 2018: 10).

Die Qualität der Langzeitpflege hängt auch von einer angemessenen und effizienten Koordinierung der Sozial- und Gesundheitsdienste ab; die Diskussion über dieses Thema ist weit verbreitet, allerdings wurde es bisher nur unzureichend bewältigt (ebd.: 11f).

4.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Spanien

Alle Gesundheitsfachkräfte im SNS sind Angestellte und ein großer Anteil hat speziellen Beamtenstatus ("Statutpersonal"), obwohl dieser Anteil in den letzten Jahren zurückgegangen ist und neue Verträge flexibler gestaltet sind (Garcia-Armesto et al. 2010: 107). Der Beschäftigungsstand ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben - das betrifft sowohl ÄrztInnen, als auch Pflegepersonal, und zwar in primären Gesundheitszentren wie in Krankenhäusern oder spezialisierten (Tages-)Ambulanzen (Bernal-Delgado et al. 2018: 84f). Der Frauenanteil an KrankenpflegerInnen ist konstant

hoch - etwa 80 Prozent in primären Gesundheitszentren und 90 Prozent in anderen Settings.

Laut OECD-Gesundheitsdatenbank gab es im Jahr 2018 274.633 praktizierende KrankenpflegerInnen und 475.833 persönliche Betreuungskräfte in Spanien. Die Anzahl der aktiv praktizierenden KrankenpflegerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen ist in Spanien relativ niedrig und liegt bei 5,87 im Jahr 2018. Das liegt allerdings u.a. daran, dass hier keine 'associate professional nurses' wie in anderen Ländern berücksichtigt werden, da es dieses Berufsbild in Spanien nicht gibt. Die 'nursing aides' korrespondieren mit einem anderen ISCO Code (ISCO-08 Codes 5321, 5322) (vgl. OECD 2020: OECD Health Statistics 2020. Definitions, Sources and Methods. Practising nurses). Die Zahl dieser Pflegehilfskräfte ist in Spanien allerdings fast doppelt so hoch wie die Zahl der KrankenpflegerInnen und sie erfüllen ähnliche Aufgaben, wie sie in anderen Ländern den 'associate professional nurses' zugeschrieben werden (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Das Verhältnis von KrankenpflegerInnen zu ÄrztInnen lag 2017 bei 1,5 und damit weit unter dem OECD-Durchschnitt von 2,7 (OECD 2019: 179); allerdings ist dieses Verhältnis wenig aussagekräftig aufgrund der oben genannten Diskrepanzen. Im Bereich der 'personal care workers' (health care assistants in institutions (ISCO-08 5321) and home-based personal care workers (ISCO-08 5322) gab es 2018 475.833 Beschäftigte oder 10,17 pro 1.000 EinwohnerInnen; dies ist im europäischen Vergleich ein relativ hoher Wert.

Die relativ niedrige Zahl von KrankenpflegerInnen pro Kopf ist kein neues Phänomen, und die Besorgnis über eine Personalknappheit wächst. Spanien erlebte eine der schwersten Wirtschaftskrisen aller OECD-Länder, und dies hatte natürlich auch Auswirkungen auf die Beschäftigung: In den letzten Jahren gab es eine bedeutende Migration von KrankenpflegerInnen aus Spanien in andere Länder der Europäischen Union. In Spanien ist die Migration in erster Linie eine vorübergehende, da die KrankenpflegerInnen den Wunsch haben, nach einigen Jahren mit neuen Kenntnissen und Fähigkeiten in ihr Heimatland zurückzukehren. Sie zogen insbesondere in Länder wie das Vereinigte Königreich, Italien, Frankreich und Portugal. Vor allem im letzten Jahrzehnt wurde dies zum Hauptthema bei der Personalplanung im Gesundheitswesen in Spanien. Die Zahl der Studierenden, die eine Krankenpflegeausbildung beginnen, ist relativ stabil geblieben, die Zahl der NeuabsolventInnen zwischen 2009 und 2014 betrug im Durchschnitt etwa 10.000 pro Jahr (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019). In den Jahren 2014 und 2015 sind jedes Jahr mehr als 2.000 spanische KrankenpflegerInnen in das Vereinigte Königreich abgewandert, um bessere Beschäftigungsmöglichkeiten zu nutzen (OECD/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2017). Der SNS als quasi einziger Arbeitgeber war nicht in der Lage, die Zahl der im Land ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte zu absorbieren, und die Arbeitslosenquote im Gesundheitssektor stieg an (Bernal-Delgado et al. 2018: 89).

Zwischen 2010 und 2013 haben 4.580 KrankenpflegerInnen um ein 'Kompetenzzertifikat' angesucht, um im EU-Ausland arbeiten zu können (Galbany-Estragues/Nelson 2016). Spanien ist aber auch für ausländische KrankenpflegerInnen zu einem Destinationsland

geworden, insbesondere aus Lateinamerika, Portugal und Rumänien (2,1 Prozent im Jahr 2011, OECD 2017, Health Workforce Migration in OECD Health Statistics Database).

Im Bereich der Langzeitpflege, die ja - wie weiter oben erwähnt - im Bereich der sozialen Dienstleistungen organisiert ist, gab es im Jahr 2016 schätzungsweise fast 200.000 direkte Arbeitsplätze in Spanien. Hierbei handelt es sich nur um eine Schätzung, da ein erhebliches Beschäftigungsvolumen in den Sozialdiensten nur indirekt mit dem System der Langzeitpflege verbunden ist (Martín-Serrano Jiménez, 2014). Ein entscheidendes Problem ist nach wie vor die Existenz informeller Arbeit im Sektor, in dem in der Regel Migrantinnen beschäftigt sind, die in erster Linie im Haushalt und in der Begleitung einsamer und abhängiger Personen tätig sind, aber nicht über die erforderliche Ausbildung für die Pflege verfügen (Rodriguez Cabrero et al. 2018: 11f). Die Herausforderung für die Beschäftigung im Bereich der Langzeitpflege besteht laut ESPN-Bericht in den Qualifikationen, die für die verschiedenen Berufsprofile erforderlich sind. Das unzureichende Ausbildungsangebot und das Fehlen von Plänen für die berufliche Akkreditierung haben das Ziel, bis 2015 alle Qualifikationen des Personals akkreditiert zu haben, erschwert. Auch die nicht-professionelle Pflege wurde 2009 reguliert, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten. Die Beschäftigung in der Langzeitpflege steigt stetig - zwischen 2012 und 2017 gab es eine Steigerung an Beschäftigten von 13 Prozent (Bernal-Delgado et al. 2018: 114).

4.3. Personalbedarf und Personalplanung

Das Gesundheits- und Wirtschaftsministerium, sowie der Allgemeine Pflegerat (Consejo General de Enfermería) sind für die Erstellung offizieller Daten und Informationen zur Personalplanung und -prognose verantwortlich. Der Rat sammelt Daten über registrierte KrankenpflegerInnen sowohl auf nationaler, als auch auf regionaler Ebene. Neben diesen Institutionen haben auch die regionalen Gesundheitsregierungen, die Universitäten und die Krankenpflegegewerkschaften (wie etwa SATSE) einen großen Einfluss auf Entscheidungen, die die Belegschaft betreffen, als auch auf sonstige Themen oder Probleme die Krankenpflege betreffend.

Es gibt keine offiziellen Prognosen hinsichtlich der Entwicklung des Arbeitskräftemangels im Gesundheits- und Pflegewesen in Spanien, wenngleich offensichtlich ist, dass es bereits derzeit einen großen Mangel gibt: Laut einer 2019 veröffentlichten Studie vom Spanischen Institut für Pflegeforschung des Allgemeinen Pflegerats ("[Radiografía de los cuidados enfermeros en España](#)") im Rahmen der "Nursing Now" Initiative²⁴ würde Spanien 125.000 KrankenpflegerInnen zusätzlich benötigen, um den Durchschnitt aller EU-Staaten zu erreichen; viele davon müssten in der Langzeitpflege eingesetzt werden (Godino 2020). Laut der Studie wächst das

²⁴ Informationen zu dieser internationalen Kampagne siehe etwa hier auf der Website von Pfl egenetz: <https://www.pflegenetz.at/nursing-now-globale-pflege-kampagne-gestartet/>.

Pflegedefizit jährlich mit etwa 5.000 KrankenpflegerInnen. Bis 2028 würde sich - die demographische Entwicklung eingerechnet - ein Mangel an 180.000 Krankenpflegekräften ergeben. Während die autonomen Regionen Navarra, das Baskenland und Madrid die höchsten Quoten nach der Bevölkerungszahl haben, liegen Valencia, Andalusien und Murcia am unteren Ende. Die Studie konstatiert auch, dass sich die Beschäftigtenzahlen im Sektor nach der großen Rezession anlässlich der Finanz- und Wirtschaftskrise, die insgesamt 20.000 Arbeitsplätze in der Krankenpflege zerstört hat, erholt haben, die vollständige Wiederherstellung aller während der Rezession zerstörten Arbeitsplätze sei jedoch noch nicht erreicht.

4.4. Ausbildung

4.4.1. Von der Ausbildung von „technischen AssistentInnen im Gesundheitswesen“ zur tertiären Ausbildung

Bereits seit 1977 erfolgt die Ausbildung zu KrankenpflegerInnen in Universitäten. Dem ging ein langer und komplexer Verhandlungsprozess voraus. Davor gab es ein vergleichbares Berufsbild der „technischen AssistentInnen im Gesundheitswesen“ (Ayudante Técnico Sanitario, ATS). Seit 1953 deckten die ATS-Studien den Lehrplan für medizinische AssistentInnen, KrankenpflegerInnen mit Spezialisierung auf das Verabreichen von Injektionen, das Verbinden von Wunden u.ä. (bekannt als "Praktizierende"), Hebammen sowie KrankenpflegerInnen ab; das Image des Berufs war das von ArzthelferInnen. 1977 wurde den Schulen, die ATS-Studiengänge angeboten hatten, zwei Möglichkeiten eingeräumt: entweder als Krankenpflegeschulen den Universitäten beizutreten oder als Ausbildungsstätten, die Kurse in technischer Ausbildung anbieten (nicht-universitäre Studien), zu verbleiben. Das Ziel, die Pflege als Universitätsfach zu schaffen, beruhte auf der Notwendigkeit, die Pflege als eigenständige Disziplin hervorzuheben, und auf die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung einer alternden Bevölkerung mit immer komplexeren Komorbiditäten zu reagieren (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 135).

Jene Schulen, die sich 1977 für technische Studien entschieden, bereiteten die SchülerInnen auf die Ausbildung zu „Technischen AssistentInnen im Gesundheitswesen“ vor. 1977 gab es 169 ATS-Schulen im Land. Heutzutage beziehen sich diese Studiengänge auf die Rolle der KrankenpflegeassistentInnen und können ohne Aufnahmeprüfung besucht werden, wenn die obligatorische Sekundarstufe abgeschlossen ist oder die BewerberInnen bereits über einen anderen nicht-universitären technischen Abschluss verfügen. Alternativ erfolgt der Eintritt in die Ausbildung mit einer Aufnahmeprüfung, wenn die BewerberInnen mindestens 17 Jahre alt sind bzw. in dem Jahr, in dem die Prüfung abgelegt wird, werden. Die Ausbildung dauert ein Jahr (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 135).

Jene Berufstätigen, die 1977 bereits einen ATS-Abschluss hatten, wurde die Möglichkeit gegeben, ihre Ausbildung über einen sogenannten Überbrückungskurs zu einem Pflegediplom aufzuwerten. Jene Schulen, die seit 1977 als universitäre Krankenpflegeschulen geführt wurden, entwickelten sich teilweise auch als Reaktion auf die steigende Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften nach der Gründung neuer Krankenhäuser. Dies erforderte auch die Einstellung von KrankenpflegerInnen in Fakultätspositionen. Um die Teilnahme von KrankenpflegerInnen an der Lehrtätigkeit zu erleichtern, wurde 1978 ein Ministerialerlass erlassen, der es KrankenpflegerInnen ermöglichte, durch "venia docendi" (einjähriges, verlängerbares Zertifikat), Teil des Lehrpersonals der Krankenpflegeschulen zu werden. Ab 1983 wurde eine Universitätsreform verabschiedet, um die Ernennung von ProfessorInnen an Krankenpflegeschulen zu ermöglichen. Dieser Titel konnte durch das Erlangen eines Postgraduiertenabschlusses in Krankenpflege erreicht werden (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 136).

Vor 2009 war die Universitätsausbildung so geregelt, dass zuerst ein einjähriger „Orientierungskurs“ (Curso de Orientacion Universitaria) positiv absolviert werden musste, bevor die Krankenpflegeausbildung (mit einer Dauer von drei Jahren) begonnen werden konnte. Seit 2009 jedoch gelten in Spanien die Regelungen des Europäischen Hochschulraums (EHEA), wodurch die Krankenpflegeausbildung auf ein Vier-Jahres Programm ausgedehnt wurde mit der Option, einen Master- bzw. nachfolgend einen PhD-Abschluss zu erreichen. Momentan gibt es auch noch (auslaufende) 3-Jahres Programme und Überbrückungskurse, um die Ausbildung auf das Niveau der 4-Jahres Programme anzugleichen. Jede Krankenpflegeausbildungseinrichtung muss gewisse Mindeststandards erreichen (die von der EU-Richtlinie 2013/55/EU vorgegeben werden), das beinhaltet 4.600 Ausbildungsstunden (50% davon müssen Praxisstunden sein) bzw. 210 ECTS-Punkte.

4.4.2. „Fachkrankenschwester/in“

Seit 1987 können KrankenpflegerInnen den Titel einer „Fachkrankenschwester“ oder eines "Fachkrankenschwester" erwerben. Voraussetzung dafür ist ein Universitätsabschluss in Krankenpflege, eine zweijährige Fachausbildung („Turnus“), sowie das Bestehen eines schriftlichen Tests. Anfänglich gab es nur zwei Fachausrichtungen, für Geburtshilfe und für psychiatrische Spezialisierung. Derzeit gibt es neben diesen beiden noch vier weitere offiziell anerkannte Fachrichtungen, nämlich in Arbeitsmedizin, Kinderkrankenpflege, Familien- und Gemeindefachpflege, sowie in geriatrischer Krankenpflege (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 136). Allerdings haben nicht alle autonomen Regionen die berufliche Kategorie der FachkrankenschwesterIn implementiert, und die Verwaltung schafft nicht ausbildungsadäquate Stellen, sodass diese häufig nicht in ihrem ausgebildeten Gebiet tätig sind (vgl. Studie "[Radiografía de los cuidados enfermeros en España](#)" 2019). Nichtsdestotrotz übersteigt das Interesse (Teilnahme an Aufnahmeprüfungen) die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze um ein Vielfaches (ebd.).

4.4.3. Karriereentwicklung von KrankenpflegerInnen

In der Karriereentwicklung von KrankenpflegerInnen sind vier Grade bzw. Stufen vorgesehen, die freiwillig erreicht werden können und jeweils mit finanziellen Zuschlägen ausgestattet sind. Die erste Stufe kann man nach mindestens fünf Jahren Berufspraxis erreichen. Weitere Stufen (bis zum Grad vier) sind jeweils nach Ablauf von fünf weiteren Berufsjahren erreichbar. Im Fall einer negativen Bewertung kann nach Ablauf von zwei Jahren eine erneute Bewertung beantragt werden. Um einen höheren Grad zu erreichen, werden Wissen, Kompetenzen, akkreditierte Weiterbildung, Lehr- und Forschungstätigkeiten bewertet. Die Leistung in Bezug auf klinische Ergebnisse und die Einhaltung von Qualitätsstandards sowie die Beteiligung am klinischen Management werden bei der Beurteilung als zusätzliche Verdienste betrachtet (García-Armesto et al. 2010).

4.5. Arbeitszeiten

Es gibt keine spezifischen nationalen Daten über die durchschnittliche Jahresarbeitszeit von Krankenpflegekräften. Laut eines älteren Überblicks wurden im Jahr 2009 durchschnittlich 1.650 Stunden pro Jahr von Gesundheitspersonal vertraglich gearbeitet (Gesundheitsministerium, 2010b, zitiert nach Hernandez-Quevedo/Moreno-Cabas 2019: 138). Die wöchentliche Normalarbeitszeit liegt in Spanien bei 40 Stunden, Vollzeitarbeit ist bei KrankenpflegerInnen in Krankenhäusern die Norm.

Die Erhebung im Rahmen der RN4CAST Studie (ebd.) 2009/10 zeigte, dass 90 Prozent der befragten KrankenpflegerInnen (2.943) Vollzeit beschäftigt waren und 10 Prozent Teilzeit angestellt. Die durchschnittliche Anzahl der in der letzten Schicht geleisteten Arbeitsstunden betrug 8,32 Stunden. Dabei zeigt sich, dass 90% der Befragten, die eine Tagesschicht hinter sich hatten, bis zu acht Stunden gearbeitet hatten, bzw. 89% jener, die eine Nachtschicht absolviert hatten, eine Dauer zwischen 8 und 10 Stunden, d.h. Schichten mit einer Dauer von über 10 Stunden waren eher selten anzufinden.

Der gesetzliche Jahresurlaubsanspruch liegt bei (mindestens) 30 Kalendertagen (entspricht 22 Arbeitstagen); die tatsächliche Anzahl der Tage wird im Rahmen der Kollektivverträge festgelegt. Der Urlaub ist zu konsumieren, ArbeitnehmerInnen können sich nicht für die Auszahlung anstelle von bezahltem Urlaub entscheiden. Nur in Ausnahmefällen können Urlaubstage auf das nächste Jahr übertragen werden.²⁵

4.6. Gehalt

Die Höhe der Gehälter hängt von den Kollektivverträgen für die (Kranken-)Pflege ab, die für bestimmte Settings spezifisch sind. Diese Vereinbarungen werden auf nationaler

²⁵ Siehe <https://wageindicator.org/documents/decentworkcheck/europe/spain-english.pdf>.

Ebene festgelegt, die autonomen Regionen haben jedoch insofern Spielraum, als sie das vereinbarte Grundgehalt noch mit bestimmten Zuschlägen erhöhen können. Alle Angehörigen der Gesundheitsberufe im SNS sind Angestellte. Allerdings gibt es im SNS auch prekärere Teilzeit- und Tagesverträge, um Engpässe oder Notfalldienste abzudecken. Das durchschnittliche Jahresgehalt in der Branche Gesundheits- und Sozialwesen ist höher als der nationale Durchschnitt, betrachtet man Berufsgruppen, so verdienen höher ausgebildete KrankenpflegerInnen überdurchschnittlich, niedriger ausgebildete Pflege- und Betreuungspersonen unterdurchschnittlich (INE 2018: 3f). Das Gehalt von KrankenpflegerInnen liegt aber über dem Durchschnitt der OECD-Länder (OECD, 2017c). Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen; das Bruttojahresgehalt in Madrid für ausgebildete KrankenpflegerInnen liegt etwa bei 23.000 €, während es im Baskenland bei 36.000 € liegt (Godino 2020).

Was die Zufriedenheit mit ihrem Gehalt betrifft, so waren 67,6% der in der RN4CAST-Studie befragten Krankenpflegernnen zwischen "etwas unzufrieden" und "mäßig zufrieden" mit ihrem Gehalt. Jährliche Gehaltserhöhungen werden meist im Verhältnis zum Verbraucherpreisindex angegeben. Die Finanzkrise hat diesen Trend jedoch verlangsamt, und bei allen Beschäftigten im öffentlichen Dienst hat die Regierung Maßnahmen ergriffen, um die öffentlichen Ausgaben zu senken, so dass alle KrankenpflegerInnen, die in öffentlichen Krankenhäusern arbeiten, einen durchschnittlichen Rückgang ihres Jahreslohns um 5% erlitten haben. (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 138f). Als Reaktion auf die Sparmaßnahmen, die Beschränkung der öffentlichen Ausgaben, Lohnkürzungen und die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen nach der Wirtschaftskrise in Spanien führten sowohl der Allgemeine Ärzterat als auch der Allgemeine Pflegerat zusammen mit anderen Gesundheitsberufen und der Zivilgesellschaft Proteste gegen Haushaltskürzungen und politische Reformen, die das SNS betrafen, an und förderten in einigen Fällen gerichtliche Schritte gegen bestimmte Reformen (Bernal-Delgado et al., 2018).

Im Sozialsektor, der ja die Langzeitpflege umfasst, sind die Gehälter wesentlich niedriger, wie oben bereits kurz gezeigt wurde. Es gibt viele regionale, lokale und betriebliche Tarifverträge, d.h. der Sektor ist ziemlich fragmentiert. Das Einstiegsgehalt für die niedrigste Gehaltsstufe (ohne spezifische Ausbildung) liegt bei etwa 800 € im Monat (11.200 € im Jahr, d.h. 14 mal ausbezahlt), nach dem wichtigsten Kollektivvertrag in der Branche (gültig von 2019-21), der nationale Kollektivvertrag für Pflegeheime und Dienstleistungen für behinderte Personen, der 200.000 Beschäftigte umfasst. Bei (geringer) Ausbildung (ein Ausbildungskurs, die innerhalb von drei Jahren absolviert werden muss) erhöht sich das Gehalt auf 904 € monatlich (Godino 2020).

4.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Ergebnisse der RN4CAST-Erhebung ("Registered Nurses Forecast", Rafferty et al. 2019) zeigen, dass die befragten KrankenpflegerInnen in Spanien im Durchschnitt ihre

Arbeitszufriedenheit zwischen den Kategorien "etwas unzufrieden" und "mäßig zufrieden" angaben. Nach bestimmten Aspekten ihrer Arbeit befragt, die ihre Zufriedenheit beeinflussten, wie z.B. Flexibilität der Arbeitszeit, Aufstiegsmöglichkeiten, Autonomie am Arbeitsplatz, beruflicher Status, Löhne, Bildungsmöglichkeiten, Jahresurlaub und Studienurlaub, stimmten mindestens 70 Prozent der KrankenpflegerInnen zu, dass sie entweder "ein wenig unzufrieden" oder "mäßig zufrieden" seien. Fast drei Viertel (73,7 Prozent) gaben jedoch an, dass sie ihr derzeitiges Krankenhaus nicht innerhalb des nächsten Jahres aufgrund von Unzufriedenheit am Arbeitsplatz verlassen würden. Etwas weniger als ein Drittel (29 Prozent) der Befragten sieht sich selbst als von Burnout betroffen – ein ähnlich hoher Wert wie bei Befragten in Deutschland und Schweden.

Was Fragen der Patientensicherheit in ihrem Arbeitsumfeld betrifft, so antworteten 56,1 Prozent der KrankenpflegerInnen der Stichprobe dass sie zustimmen bzw. weder/noch, ob ihnen Fehler vorgeworfen würden; 56 Prozent stimmten zu, dass sie sich nicht frei fühlen, Entscheidungen oder Handlungen ihrer Verantwortlichen in Frage zu stellen. Weiters wurde in der RN4CAST-Studie nach den Karriere-, Ausbildungs- und Spezialisierungsperspektiven gefragt. Fast 80 Prozent meinten, dass es kaum Aufstiegsmöglichkeiten für sie gäbe; ungefähr genauso viele zeigten sich allerdings auch mäßig oder sehr zufrieden mit ihrer Berufswahl. Mehr als 82 Prozent hatten einen Master- oder gleichwertigen Abschluss, fast 18 Prozent einen weiteren Abschluss und 0,4 Prozent einen Dokortitel (Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019: 139).

Die Weltwirtschaftskrise hat zumindest kurzfristig Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen im spanischen Gesundheitswesen gehabt: geringere Bezahlung, schlechtere Arbeitsbedingungen und eine Reduktion der Sozialleistungen. In einer vergleichenden Studie, die in sieben Krankenhäusern durchgeführt wurde, zeigt sich, dass KrankenpflegerInnen in der Periode 2012-14 deutlich zufriedener waren mit ihrem Arbeitsplatz und Arbeitsumfeld und zu einem geringeren Grad an Burnout(-Gefährdung) litten als befragte KrankenpflegerInnen in der Periode 2009-10 (Esteban-Sepúlveda et al. 2019).

Zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege gibt es nur wenige Daten. In einer älteren, wegweisenden Studie von Aragón et al. (2008) wurde die Beschäftigung in der Langzeitpflege als prekärer Sektor mit niedrigem Lohnniveau, hohem psychosozialen Risiko und Ausbildungsbedarf bewertet - diese Merkmale scheinen nach neueren Studien fortbestanden zu haben (Rodríguez-Cabrero et al. 2018). Demnach lag die Quote an befristet Beschäftigten im stationären Sektor 2008 bei 38 Prozent und fiel bis 2013 auf 24 Prozent. Bei den kommunalen Sozialdiensten war die Befristungsrate zu Beginn höher (45 Prozent) und ist im Laufe der Zeit tendenziell zurückgegangen. Bei Teilzeitverträgen lag die Quote im Jahr 2017 bei 18 Prozent für stationäre Dienste und 39 Prozent für kommunale Dienste (die Quote für die spanische Wirtschaft insgesamt lag 2017 bei 14,7 Prozent) (Rodríguez Cabrero et al. 2018: 11).

Literatur

- Aragón, J./Cruces, J./Rocha, F. (2008): 'Las condiciones laborales en el sector de atención a las personas en situación de dependencia: una aproximación a la calidad del empleo', working paper 3. Madrid: Fundación 1º de Mayo
- Bernal-Delgado, Enrique et al. (2018): Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 20, No. 2/2020, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Esteban-Sepúlveda, Silvia/ Moreno-Casbas María Teresa/Fuentelsaz-Gallego, Carmen/Ruzafa-Martínez María (2019): The nurse work environment in Spanish nurses following an economic recession: From 2009 to 2014. In: *Journal of Nursing Management* 2019 Volume 27: 1294–1303 (<https://europepmc.org/article/med/31145500>)
- Deusdad, Blanca A./Comas-d'Argemir, Dolors/Dziegielewska, Sophia F. (2016): Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. In: *Journal of Social Service Research*, 42:2, 246-262
- Galbany-Estragués P./Nelson, S (2016): Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: a case study. In: *International Journal of Nursing Studies*, 63:112–23
- García-Armesto Sandra et al. (2010): Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 12, No. 4/2010, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Godino, Alejandro (2020): The long-term care workforce - Ireland. Eurofound: Dublin (unveröffentlichtes Dokument)
- INE Instituto Nacional de Estadística (2018): Annual Wage Structure Survey - Year 2016, Press Release (https://www.ine.es/en/prensa/ees_2016_en.pdf, Zugriff 29.7.2020)
- Ministry of Health (2018): El Consejo Interterritorial [The Inter-Territorial Council], Madrid, zitiert nach Hernandez-Quevedo/Moreno-Casbas 2019
- OECD (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en, Zugriff 27.7.2020)
- OECD (2019): Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>, Zugriff 29.7.2020)
- OECD 2020: OECD Health Statistics 2020. Definitions, Sources and Methods. Practising nurses
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Spain: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, Paris/Brussels
- Ranci, C. & Pavolini, E (2013). Institutional change in longterm care: Actors mechanisms and impacts. In C. Ranci & E. Pavolini (Eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe* (pp. 269–314). New York, NY: Springer

Rodriguez Cabrero, G./Montserrat Codorniu, J./Gonzalez de Durana, A.A./Marban Gallego, V./Moreno Fuentes, F.J. (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Spain, European Social Policy Network

5. LÄNDERBERICHT POLEN

5.1. Organisation des Gesundheitssystems in Polen

5.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Im Jahr 1999 wurde im Rahmen einer Reform des Gesundheitssystems eine gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung einer allgemeinen Krankenversicherung eingeführt. Dazu wurde der Nationale Gesundheitsfonds (NFZ) eingerichtet, der Gesundheitsdienstleistungen finanziert (Gesetz über Gesundheitseinrichtungen, 1991). Das Gesetz räumt den Versicherten das Recht ein, einen privaten Leistungserbringer unter jenen Versicherungen auszuwählen, die Verträge mit dem Nationalen Gesundheitsfonds abgeschlossen haben, für die keine Behandlungskosten für die Versicherten entstehen (Kozka et al. 2019: 109). Die Verantwortung für die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung liegen auf den Ebenen der Gemeinde, des Kreises und der Region (*Woiwodschaft*): Die Gemeinden sind für die Bereitstellung ambulanter Dienste in der primären Gesundheitsversorgung zuständig und die regionalen Behörden sind für die fachärztliche ambulante und stationäre Versorgung zuständig (Kozka et al. 2019: 109). Das polnische Gesundheitssystem wird aus drei Quellen finanziert: dem oben genannten Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ), regionalen und lokalen Behörden und privaten Beiträgen (aus öffentlichen und nicht-öffentlichen Institutionen). Hauptfinanzier ist der NFZ, der in allen 16 Verwaltungsregionen tätig ist. Beiträge von nichtöffentlichen Institutionen werden sowohl von Einzelpersonen, als auch durch Verträge mit dem NFZ finanziert (Kozka et al. 2019: 110).

Die Versicherung im NFZ ist für die überwiegende Mehrheit der (ansässigen) Bevölkerung obligatorisch, und es ist nicht möglich, aus der Versicherung auszusteigen. Der Versicherungsschutz ist nahezu universell. Der Umfang der Leistungen ist breit gefächert, doch kann der Zugang in der Praxis (z.B. durch Wartelisten) aufgrund der begrenzten Finanzierung des NFZ eingeschränkt sein. Es gibt keine Kostenteilung für die Grundversorgung und ambulante fachärztliche Versorgung (obwohl eine Kostenteilung für ambulante Medikamente und sanitäre PatientInnentransporte angewendet werden kann), sowie keine Kosten für medizinische Notfallversorgung und stationäre Versorgung (ausgenommen die stationäre Langzeitpflege). Personen, die nicht versichert sind, haben das Recht auf kostenlose ambulante Notfallversorgung. Seit 2017 haben alle Versicherten, auch wenn sie nicht in der Lage sind, ihren Versicherungsstatus nachzuweisen, das Recht auf kostenlosen Zugang zur Primärversorgung (Sowada et al. 2019: xxvf). Die Mehrheit der Krankenhäuser ist öffentlich, und die meisten von ihnen sind im Besitz der territorialen Selbstverwaltungen und des Gesundheitsministeriums. Der allgemeine Zustand der öffentlichen Krankenhausinfrastruktur ist vergleichsweise schlecht, und viele Krankenhäuser haben Mühe, die technischen und sanitären

Anforderungen zu erfüllen. Im Allgemeinen ist die Verfügbarkeit von spezialisierter medizinischer Ausrüstung in Polen im Vergleich zum EU-Durchschnitt geringer (Sowada et al. 2019: 101f).

5.1.2. Private Gesundheitsversorgung

Nachdem die gesetzliche Krankenversicherung im NFZ ein sehr breites Spektrum anbietet (wenngleich auch aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen nicht alle Leistungen immer sofort verfügbar sind) und die Bevölkerungsabdeckung sehr hoch ist, gibt es in Polen nur wenig Entwicklungsmöglichkeit für Zusatzkrankenversicherungen. Im Jahr 2016 entfielen etwa fünf Prozent der Gesundheitsausgaben auf private Krankenversicherungen; es gibt Gruppenverträge (die von Arbeitgebern für ihre ArbeitnehmerInnen abgeschlossen werden) sowie Individualverträge. Die Letztgenannten haben in den letzten Jahren große Wachstumsraten aufzuweisen. Im Jahr 2017 hatten mehr als 2,27 Millionen EinwohnerInnen (von 38 Millionen) einen privaten Krankenversicherungsschutz; sogenannte medizinische Abonnements, eine weitere Form der privaten Krankenversicherung, werden von etwa 3 Millionen Menschen abgeschlossen (75 Prozent von ihnen sind durch von den Arbeitgebern gesponserte Gruppenverträge abgedeckt). Erweiterte Abonnementpakete erleichtern einen schnelleren Zugang zu Gesundheitsdiensten (bei denen es sonst sehr lange Wartezeiten gäbe) und garantieren einen höheren Standard der nicht-medizinischen Aspekte der Versorgung (z.B. online-Terminbuchungen). Die teuersten Pakete (VIP-Kategorie) richten sich an Top-Führungskräfte und wohlhabende EinzelkundInnen. Sie umfassen auch andere Dienstleistungen wie die Koordination der Krankenhauspflege, Hausbesuche oder den sanitären Transport. Die monatlichen Prämien beginnen bei 40 PLN (ca. 10 €) für ein Basispaket (Sowada et al. 2019: 89f).

5.1.3. Das Langzeitpflegesystem²⁶

Es gibt wenig Koordinierung zwischen dem Gesundheitssektor und dem Sozialhilfesektor, die beide Langzeitpflege anbieten. Der Unterschied liegt darin, dass Langzeitpflegeleistungen im Gesundheitssektor medizinischer Natur sind, die vom NFZ finanziert werden und nur Personen mit einem hohen Abhängigkeitsgrad (max. 40/100 Punkten auf der Barthel ADL Skala²⁷) vorbehalten sind.

Die Versorgung mit Rehabilitation und Langzeitpflege entspricht nicht den Bedürfnissen der Bevölkerung, Wartezeiten sind lang. Nach wie vor wird die Betreuung abhängiger Personen weitgehend von Familienmitgliedern übernommen (Sowada et al. 2019: xxviii).

²⁶ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Polen: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Polen

²⁷ Siehe etwa hier: <https://flexikon.doccheck.com/de/Barthel-Index>

Die Zahl der Krankenhausbetten ist mit etwa 6,6 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen (4,9 Akutbetten pro 1.000) hoch, verglichen mit 5,1 im EU-Durchschnitt (Daten für 2015). Es besteht jedoch ein großes Defizit an Langzeitpflegebetten (LTC-Betten) in Wohn- und Pflegeeinrichtungen – mit 2,6 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen liegt Polen weit unter dem EU-Durchschnitt von 7,5 (2015) (Sowada et al. 2019: 101f).

5.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Polen

Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe in Polen sind in eigenen Berufskammern organisiert, etwa Kammern für ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, KrankenpflegerInnen und Hebammen, LabordiagnostikerInnen oder PhysiotherapeutInnen. Die Mitgliedschaft in einer Berufskammer ist für alle im Gesundheitswesen Tätigen obligatorisch. Die Kammern führen zentrale Register aller lizenzierten (d.h. mit dem Recht zur Berufsausübung) und aktiv praktizierenden Fachkräfte. Die Kammern sind auch für die Überwachung der Beteiligung an obligatorischer Weiterbildung zuständig. Außerdem können bestimmte Berufsgruppen (u.a. KrankenpflegerInnen und Hebammen) innerhalb ihrer Berufskammern Bescheinigungen beantragen, die ihre beruflichen Qualifikationen bestätigen und ihnen das Recht auf Berufsausübung in anderen EU-Ländern auf der Grundlage der EU-Richtlinie 2005/36/EG verleihen (Sowada et al. 2019: 115). Die Registrierung bei der Aufsichtsbehörde ist obligatorisch, um den Beruf ausüben zu dürfen (Kozka et al. 2019).

Nach Informationen, die von den nationalen Berufskammern gesammelt wurden, hatten im Jahr 2017 etwa 567.000 Angehörige der Gesundheitsberufe das Recht, in Polen zu praktizieren. Darunter waren ca. 292.000 KrankenpflegerInnen (51,4%) und 37.700 Hebammen (6,6%) (GUS 2019, zitiert in Sowada 2019). Die Anzahl der tatsächlich praktizierenden Angehörigen der Gesundheitsberufe die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, sind natürlich deutlich niedriger und in untenstehender Tabelle dargestellt. Statistiken über Beschäftigte werden von mehreren Institutionen erhoben, was zu Inkonsistenzen in der amtlichen Statistik führt; deshalb ist es auch einigermaßen schwierig, genau zu beurteilen, wie viele Angehörige der Gesundheitsberufe im Gesundheitssystem arbeiten (Sowada et al. 2019: 115f). Folgende Darstellung zeigt die Entwicklung in einzelnen, ausgewählten Berufsgruppen zwischen 2015 und 2017 - die Beschäftigungsentwicklung bei KrankenpflegerInnen war - entgegen dem sonstigen Trend - rückläufig:

Tabelle 7: Anzahl der Gesundheitsfachkräfte nach Berufsgruppen, 2015-2017

	2015	2016	2017
Medical doctors	86 533	89 819	88 351
Dentist	12 579	13 283	13 307
Nurses	185 860	184 400	183 687
Midwives	22 051	22 400	22 257
Physiotherapists ^a	17 491	24 022	24 421
Medical rescuers	13 083	13 217	13 900
Laboratory diagnosticians	8 284	8 975	9 566

Quelle: Sowada et al. 2019: 116

Laut OECD-Daten (siehe Kapitel 1.2) betrug der Anteil der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Gesamtbeschäftigung in Polen 2017 nur 6% und die Zahl der praktizierenden qualifizierten KrankenpflegerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen 5,1, beides Werte deutlich unter dem OECD- bzw. EU-Durchschnitt. Etwa ein Drittel der praktizierenden KrankenpflegerInnen war zwischen 46 und 55 Jahre alt (NIPiP 2017, zitiert in Sowada et al. 2019). Um diese geringe Zahl zu erhöhen, wurde 2007 der Beruf des medizinischen Pflegepersonals (opiekun medyczny) eingeführt. Da es sich um Hilfskräfte handelt, können medizinische Pflegekräfte keine individuellen Praxen einrichten und auch nicht direkt vom NFZ unter Vertrag genommen werden, weshalb es keine Daten über sie im Gesundheitssystem gibt.

Für KrankenpflegerInnen wird das Ausmaß der Abwanderung auf der Grundlage der Zahl der von den jeweiligen Berufskammern ausgestellten Bescheinigungen geschätzt, die berufliche Qualifikationen bestätigen, die in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union ein gesetzliches Recht auf Berufsausübung geben (EU-Richtlinie 2005/36/EG). Zwischen dem EU-Beitritt Polens im Jahr 2004 und Ende 2017 erhielten nach Angaben der Nationalen Kammer der KrankenpflegerInnen und Hebammen über 20.500 KrankenpflegerInnen solche Zertifikate.²⁸ Viele KrankenpflegerInnen arbeiten jedoch auch als Betreuerinnen und Betreuer in anderen EU-Ländern und bewerben sich deshalb gar nicht erst um Zertifikate, die ihre beruflichen Qualifikationen bestätigen. Nach den von den Zielländern veröffentlichten Daten wurden zwischen 2004 und September 2018 über 6.500 Entscheidungen über die Anerkennung von Qualifikationen für polnische KrankenpflegerInnen (über 5.300 waren positiv) und über 600 für polnische Hebammen (fast 450 waren positiv) getroffen (Rutkowska 2018). Die Mehrheit der KrankenpflegerInnen ließ ihre Qualifikationen im Vereinigten Königreich, in Deutschland, Irland, Norwegen und Belgien anerkennen, während die Mehrheit der

²⁸ Im gleichen Zeitraum wurden fast 9.400 Zertifikate für ÄrztInnen ausgestellt (etwa 7,1% aller praktizierenden ÄrztInnen) (Domagała & Klich 2018).

Hebammen ihre Qualifikationen in Deutschland und im Vereinigten Königreich anerkennen ließ (Sowada et al. 2019: 122).

5.3. Personalbedarf und Personalplanung

Die Planung des Gesundheitspersonals ist nicht gut entwickelt, was teilweise auf den Mangel an umfassenden Daten und Analysen in diesem Bereich zurückzuführen ist (Domagała & Klich 2018). Es besteht ein Mangel an Gesundheitsfachkräften, der sich durch die Abwanderung von KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen ins Ausland seit dem EU-Beitritt Polens 2004 verschärft hat. Laut dem Obersten Rechnungshof Polens gewährleistet die Ausbildung des medizinischen Personals keine ausreichende Zahl von medizinischen Fachkräften, die an die sich ändernden Gesundheitsversorgungsbedürfnisse der Bevölkerung angepasst sind. Es fehlt auch eine umfassende Personalstrategie, die die demographischen Trends berücksichtigt (NIK 2016a). Es werden jedoch Anstrengungen unternommen, Strategien für Gesundheitsberufe mit besonders akuten Engpässen zu entwickeln. Zu diesem Zweck veröffentlichte die Regierung im Dezember 2017 ein Strategiedokument, das kurz-, mittel- und langfristige Ziele für die Entwicklung des Pflege- und Hebammenwesens in Polen festlegt (Sowada et al. 2019: 113).

Um die Humanressourcen im Gesundheitssektor wieder aufzubauen, wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, darunter eine signifikante Erhöhung der Gehälter von Gesundheitsfachkräften und die Einführung einer neuen Ausbildung für Pflegepersonal (s.u.). Das unzureichende Angebot an Humanressourcen wurde in Polen erst thematisiert, als der Mangel an medizinischen Fachkräften den Zugang zu Gesundheitsdiensten radikal einschränkte. Erst als vor wenigen Jahren europäisch-internationale Quellen (Europäische Kommission, Weltbank) darauf hinwiesen, dass der Alterungsprozess der Bevölkerung in den nächsten Jahren erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sowohl in finanzieller (Ausgabenwachstum) als auch in struktureller Hinsicht (höhere Nachfrage nach medizinischem Personal) haben würde, wurden Aktionen gesetzt (Golinowska et al. 2014: 14f).

Die Planung des Pflegepersonals in den Gesundheitseinheiten basiert auf einer Verordnung des Gesundheitsministers aus dem Jahr 2012. Die Mindeststandards für die Beschäftigung von KrankenpflegerInnen im Krankenhaus werden - nach Konsultation mit anderen Stellen - von deren Direktion festgelegt (Kozka et al. 2019: 110).

In der vom Gesundheitsministerium im Jahr 2017 (oben erwähnten) veröffentlichten Strategie für die Entwicklung des Pflege- und Hebammenwesens in Polen wurde festgestellt, dass eines der Hindernisse in diesem Bereich der Mangel an Pflegeberufen ist, die die Arbeit der KrankenpflegerInnen unterstützen; weiters unzureichende Regelungen hinsichtlich der Anzahl und Qualifikation, Rollen und Kompetenzen von Krankenpflegepersonal und Hebammen, sowie die Nichteinhaltung der Mindestbeschäftigungsstandards durch Gesundheitsdienstleister und schlechte Arbeitsbedingungen (Sowada et al. 2019: 117f)

Bereits im Jahr 2002 wurde ein Mangel an etwa 80.000 KrankenpflegerInnen bis 2010 konstatiert. Auf der Grundlage dieser Daten entwickelte das Gesundheitsministerium ein Programm, das darauf abzielte, die Ausbildung von etwa 53.000 KrankenpflegerInnen an 59 Hochschuleinrichtungen bis 2010 zu fördern; Obwohl diese Ausbildung sogar an 70 Hochschulen eingeführt wurde, hatten bis Juni 2010 weniger als 30.000 AbsolventInnen die Kurse abgeschlossen (Kózka 2008). Viele von ihnen lassen sich dann jedoch nicht als KrankenpflegerInnen registrieren, d.h. sie sind nicht in ihrem Bereich tätig. Der Personalmangel scheint also nicht am Ausbildungsprogramm in Polen zu liegen, sondern an den Arbeitsbedingungen (Kózka et al. 2019: 113f).

Im Rahmen des EU-finanzierten NEUJOBS Projekts wurde eine Berechnung für den zukünftigen Bedarf an medizinischem und Pflegepersonal, basierend auf unterschiedlichen Szenarien ("freundliche Variante" bzw. "schwierige Variante")²⁹ durchgeführt. Laut Berechnungen steigt die prognostizierte Zahl der Arbeitskräfte im NACE-Sektor Q (Gesundheits- und Sozialwesen) zwischen 2010 und 2025 in der freundlichen Variante um 6,4 Prozent und in der schwierigen Variante um 2,0 Prozent. Betrachtet man nur Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (nurses), so zeigt sich im freundlichen Szenario ein Mangel von etwa 4.800 Beschäftigten für 2025 und im harten Szenario von knapp 900 (Golinowska et al. 2014: 66).

Tabelle 8: Vergleich der in den Berechnungen verwendeten Annahmen demographischer Varianten - "freundliches" und "schwieriges" Szenario

	Fertilität		Lebenserwartung (Männer)		Lebenserwartung (Frauen)		Netto Migration (in 1.000)	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030	2010	2030
"Freundliches Szenario"	1.38	1.69	72.1	79.2	80.7	85.7	-1.2	91.7
"Schwieriges Szenario"		1.38		74.9		82.6		-85.3

Quelle: Golinowska et al. 2014: 43

Für die Langzeitpflege wurde auch ein eigenes Paper mit separaten Berechnungen im Rahmen des NEUJOBS-Projekts erstellt (Golinowska et al. 2014b). Hier wird - basierend

²⁹ In der "harten" demographischen Entwicklungsvariante sind die Herausforderungen für die erwerbstätige Bevölkerung hoch: die Geburtenrate und Lebenserwartung sind höher, die Migration geringer; in der "freundlichen" demographischen Entwicklungsvariante geht man von relativ milden Folgen für die Bevölkerung im beschäftigungsfähigen Alter aus: höhere Migration sowie niedrigere Geburtenrate und Lebenserwartung als beim "harten" Szenario. Genaue Daten zu den Annahmen siehe Golinowska et al. 2014: 43. In dieser Tabelle ist auch ein drittes Szenario ("Europop") basierend auf EU-Berechnungen inkludiert, das sich etwa zwischen den beiden anderen Szenarien einreicht.

auf der Annahme, dass sich der Pflegebedarf mit dem Alter nicht ändert (da keine anderwertigen Daten verfügbar waren), davon ausgegangen, dass das Defizit an LTC-Personal im Jahr 2030 im freundlichen demografischen Szenario 16.439 für stationäre Pflegedienste und 10.178 für häusliche Pflegedienste betragen wird, während das schwierige Szenario davon ausgeht, dass das Defizit bei der stationären Pflege 11.010 und bei der häuslichen Pflege 5.790 betragen wird. Die Gesamtlücke wird somit in einem freundlichen demografischen Szenario im Jahr 2030 26.000 betragen, was 0,2% der Gesamtbeschäftigung und 2,9% der Beschäftigten im Sektor Q im Jahr 2010 entspricht. Die Gesamtlücke in einem schwierigen demographischen Szenario wird immer noch 17.000 betragen, was 0,1% der Gesamtbeschäftigung und 1,9% der Beschäftigten im Sektor Q im Jahr 2010 entspricht (Golinowska 2014b: 43).

5.4. Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften

Die Ausbildungsstandards für das Gesundheitspersonal werden vom Minister für Wissenschaft und Hochschulbildung in Absprache mit dem Gesundheitsminister festgelegt. Diese Standards berücksichtigen die EU-Vorschriften über die Anforderungen an ihre Aus- und Weiterbildung (Sowada et al. 2019: 122, 125).

5.4.1. Von der sekundären zur tertiären Ausbildung

Bis Ende der 1990er Jahre gab es in Polen verschiedene Ausbildungssysteme für KrankenpflegerInnen, darunter fünfjährige Sekundarschulen für Krankenpflege und Hochschulen mit zwei-, zweieinhalbjährigen und dreijährigen Programmen. Die Ausbildung wurde in 129 medizinischen Berufsschulen durchgeführt, ab 2000 wurde sie auf ein höheres Niveau gebracht, um den Anforderungen der EU zu entsprechen und seit 2005 erfüllt sie die in der Richtlinie 2005/36/EG festgelegten Anforderungen (Kózka, 2004). Im Jahr 2013 wurde die Ausbildung gemäß der von der Europäischen Kommission, dem Europäischen Parlament und den EU-Mitgliedstaaten erlassenen Verordnung weiter modernisiert (Europäische Kommission, 2013). Derzeit findet sie an 74 Hochschulen statt. Die nun tertiäre Ausbildung von KrankenpflegerInnen erfolgt in der Struktur von Bachelor- und Masterstudiengängen. Der Bachelor-Studiengang umfasst 4.720 Stunden, von denen 4.600 Stunden klinisch orientierte Aus- und Weiterbildung sind. Die Hälfte dieser Zeit ist der praktischen Ausbildung gewidmet. Das Bachelorstudium dauert drei Jahre und umfasst 180 ECTS-Punkte. Es wird mit einer Diplomprüfung abgeschlossen, die aus theoretischen und praktischen Teilen besteht, um die berufliche Kompetenz zu beurteilen. Die Diplomprüfung ist landesweit harmonisiert, AbsolventInnen erhalten einen Bachelor-Abschluss in allgemeiner Krankenpflege. Das optional darauf folgende Masterstudium dauert zwei Jahre, umfasst 1.300 Stunden und 120 ECTS-Punkte und wird mit einem Master-Abschluss in Krankenpflege abgeschlossen. AbsolventInnen sind berechtigt, Krankenpflege zu unterrichten und sich für ein Doktoratsstudium zu bewerben (Kozka et al. 2019: 111).

Während der Übergangsphase zwischen der früheren sekundären und nun tertiären Ausbildung wurden ab 2004 sogenannte "Überbrückungs"-Studiengänge zur Höherstufung von AbsolventInnen der auslaufenden Ausbildung auf Bachelor-Niveau eingerichtet. Die Dauer des Überbrückungsstudiums hing von der Art der Schule ab, an der die KandidatInnen ihren Abschluss erworben hatten, und betrug zwei bis drei Semester. Bis 2015 hatten rund 60.000 KrankenpflegerInnen solche Überbrückungsstudien abgeschlossen. Damit haben laut Kammer der KrankenpflegerInnen und Hebammen mehr als 100.000 KrankenpflegerInnen einen Universitätsabschluss (aus Kozka et al. 2019: 111).

Die Universitätsbehörden entscheiden jedes Jahr über die Anzahl der Zulassungen von Studierenden zum Krankenpflege-Studium. Die Grundlage für die Festlegung der Obergrenze bezieht sich auf Planungsüberlegungen im Zusammenhang mit der Anzahl der MitarbeiterInnen, Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Ausbildung. Die Qualität der Ausbildung wird von der staatlichen Akkreditierungskommission beurteilt, die Erlangung der Akkreditierung bedeutet, dass die Hochschuleinrichtung die Standards der regionalen Kammer der KrankenpflegerInnen und Hebammen erfüllt, um ihren AbsolventInnen die Lizenz zur Ausübung des Krankenpflegeberufs zu erteilen (Kozka et al. 2019: 111).

Von den heute praktizierenden KrankenpflegerInnen (2018) haben drei Viertel noch die (mittlerweile auslaufende) sekundäre Ausbildung als höchstes Ausbildungsniveau, nach noch 85 Prozent im Jahr 2013.³⁰

5.4.2. Postgraduale Spezialisierungskurse als Pflicht

Auf der Grundlage des Gesetzes über die Berufe der KrankenpflegerInnen und Hebammen von 1996 haben diese Berufsgruppen die Verpflichtung, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu aktualisieren, und das Recht, an verschiedenen Formen der freiwilligen postgradualen Ausbildung teilzunehmen. KrankenpflegerInnen können aus 13 Bereichen der postgradualen Fachausbildung wählen, Hebammen aus zwei, und es gibt zwei Ausbildungsbereiche, die sowohl von KrankenpflegerInnen als auch von Hebammen besucht werden können (Neugeborenenkrankenpflege und epidemiologische Krankenpflege) (Sowada et al. 2019: 125).

Beschäftigte des Gesundheitswesens können sich beruflich weiterentwickeln, indem sie eine Fachausbildung oder ein Postgraduiertenstudium absolvieren (was die Übernahme von mehr Verantwortung mit sich bringt) oder indem sie Führungspositionen übernehmen. KrankenpflegerInnen und Hebammen können z.B. Spitalsstationen führen, oder sie können zur für die Krankenpflege zuständigen stellvertretenden KrankenhausdirektorIn befördert werden. Die Beförderung basiert auf wettbewerbsorientierten Auswahlverfahren (Sowada et al. 2019: 127).

³⁰ Ausführliche Daten dazu siehe hier: <https://nipip.pl/wyksztalcenie-pielegniarek/>.

5.5. Arbeitszeiten

Die Normalarbeitszeit liegt bei acht Stunden pro Tag und 40 Stunden pro Woche, dies berührt auch Beschäftigte im Gesundheitswesen. Es gibt nur wenige Kollektivverträge, die hauptsächlich auf der Betriebsebene abgeschlossen werden (Eurofound 2016, Eurofound Working Life country profile). Die Erhebung (nähere Informationen dazu siehe weiter oben) im Rahmen der RN4CAST Studie 2009/10 zeigte, dass die befragten KrankenpflegerInnen im Durchschnitt 11,3 Stunden während ihrer letzten Schicht gearbeitet hatten (Kozka et al. 2019: 116). Insgesamt gesehen waren Schichten mit einer Dauer von 12 bis 13 Stunden vorherrschend bei den polnischen Befragten, und zwar sowohl am Tag (78 Prozent), als auch in der Nacht (99 Prozent). Zwölf Prozent hatten berichtet, dass sie dabei länger als vertraglich vereinbart gearbeitet hatten (Aiken et al. 2013).

Der jährliche gesetzliche Urlaubsanspruch liegt bei 20 Tagen im Jahr bei einer Beschäftigungsdauer bis zu 10 Jahren. Ab einer Beschäftigung von zehn Jahren (dabei werden Ausbildungszeiten auch berücksichtigt, z.B. 8 Jahre für eine universitäre Ausbildung) erhöht sich der Urlaubsanspruch auf 26 Tage. Gemäß den Bestimmungen des polnischen Arbeitsgesetzes muss der Jahresurlaub, der im laufenden Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen wurde, bis zum 30. September des Folgejahres genommen werden. Danach wird er für maximal drei Jahre auf das folgende Jahr übertragen - wird er dann nicht in Anspruch genommen, verfällt der angesammelte Urlaub. ArbeitnehmerInnen müssen generell mindestens 14 aufeinanderfolgende Kalendertage Urlaub in einem Urlaubsjahr nehmen.³¹

5.6. Gehalt

Die Gehälter von Gesundheitsfachkräften sind in Polen im Vergleich zu Westeuropa niedrig. Dies wird als einer der Hauptgründe angesehen, warum eine Beschäftigung in diesem Sektor als so wenig attraktiv erscheint (neben sonstigen schwierigen Arbeitsbedingungen). Laut nationalen Untersuchungen 2008 und 2010 (die größten ihrer Art), an der 80.000 Personen teilnahmen (allerdings hauptsächlich junge Menschen bis 35 Jahre mit Hochschulbildung (75%) und Internetzugang, d.h. nicht repräsentativ) ist das Gesundheitswesen - ähnlich wie Wissenschaft und Hochschulbildung sowie Kultur und Kunst - ein Sektor mit einem niedrigen Vergütungsniveau. Der Studie nach zu schließen verdienten die im Gesundheitssektor Beschäftigten 30 Prozent weniger als Beschäftigte in anderen Sektoren. Der Medianlohn für KrankenpflegerInnen beträgt in Polen 3.277 PLN vor Steuern (dies entspricht etwa 720 €). Zum Vergleich: Das Einkommen der Beschäftigten in Versicherungsgesellschaften beträgt rund 4.000 PLN

³¹ Siehe <https://www.replicon.com/regulation/poland/>.

(880 €) vor Steuern und in der IT-Branche zwischen 4.000 und 9.200 PLN (880-2020 €). Das Monatsgehalt einer OberpflegerIn liegt zwischen 2.150 PLN (470 €) und 4.550 PLN (1.000 €) Die Verdienste in großen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, meist öffentliche) sind im Allgemeinen niedriger als die in kleinen, nicht öffentlichen Einheiten (Kozka et al. 2019: 116).

In der OECD-Health Care Datenbank (siehe oben) wird das jährliche Gehalt von KrankenpflegerInnen in Krankenhäusern 2018 mit 19.619 USD angegeben (Bruttojahresgehalt), was in etwa 16.864 € entspricht. Dabei hat es im Vergleich zu 2018 (13.295 USD, ca. 11.428 €) einen sehr großen Gehaltssprung gegeben.

5.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Die bereits in den anderen Länderberichten erwähnte umfassende Erhebung zu den Arbeitsbedingungen von KrankenpflegerInnen im Rahmen der europäischen Studie RN4CAST („Registered Nurses Forecast“, siehe Rafferty et al. 2019: 133-141) wurde auch in Polen in den Jahren 2009/10 durchgeführt.

Die Ergebnisse der RN4CAST-Studie deuten darauf hin, dass über 60 Prozent der KrankenpflegerInnen mit ihrer Arbeit mäßig zufrieden sind, eine von vier Beschäftigten ist unzufrieden und fast ein Drittel würde das Krankenhaus, in welchem sie tätig ist, nicht als Behandlungsort empfehlen. Emotionale Erschöpfung wurde bei 45 Prozent bestätigt, während die Burnout-Werte und die Anzahl der PatientInnen, die pro Beschäftigter versorgt werden müssen, bei den polnischen KrankenpflegerInnen zu den höchsten der untersuchten Länder gehörten. (Kózká et al. 2019: 116) Etwa jede fünfte befragte KrankenpflegerIn gab an, den Arbeitsplatz wechseln, jedoch im Beruf verbleiben zu wollen. Der Wunsch, den Arbeitsplatz zu verlassen, hing mit der mangelnden Unterstützung durch ManagerInnen und KollegInnen, dem hohen Stressniveau und dem niedrigen Einkommen zusammen (Radkiewicz et al. 2014). Darüber hinaus waren drei von vier KrankenpflegerInnen mit ihrem Gehalt nicht zufrieden - dies scheint sich aber, wie oben gezeigt, in den letzten Jahren verbessert zu haben.

Literatur

- Aiken, Linda/Sloane, Douglas/Bruyneel, Luk/Van den Heede, Koen/Sermeus, Walter (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies Volume 50, Issue 2, pp. 143-153 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196798/> , Zugriff 4.8.2020)
- Binkowska-Bury, Monika/Więch, Paweł/Bazaliński, Dariusz/Marc, Małgorzata/Bartosiewicz, Anna/Januszewicz, Paweł (2016): Nurse Prescribing in Poland. Opinions expressed by primary care doctors, nurses, and patients, in Medicine (Baltimore) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348140/>, Zugriff 15.9.2020)

- Domagała, A/Klich, J (2018): Planning of Polish physician workforce – systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward. *Health Policy*.122(2):102–108
- Eurofound (2016): Working time developments in the 21st century: Work duration and its regulation in the EU, Dublin (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1573en.pdf, Zugriff 5.8.2020)
- Golinowska, Stanisława/Kocot, Ewa/Sowa, Agnieszka (2014): Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Poland. CASE report, Warsaw
- Kózka, Maria (2008): The effectiveness of vocational schools of first degree nursing during the transformation of the education system, Krakow
- Kózka, Maria/Brzostek, Tomasz/Ksykiewicz-Dorota, Anna/Garbys, Teresa/Kilanska, Dorota/Ogarek, Maria/Cisek, Maria/Przewozniak, Lucyna/Brzyski, Piotr (2019): Poland. In: Rafferty, Anne Marie/Busse, Reinhard/Zander-Jentsch, Britta/Sermeus, Walter/Bruyneel, Luk (Hrsg.): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, RN4CAST, WHO, S. 109-119
- Radkiewicz P, et al. (2014): Why do nurses prematurely leave their profession?
- Sowada, Christoph/Sagan, Anna/Kowalska-Bobko, Iwona (2019): Poland Health system review. *Health Systems in Transition* Vol. 21. European Observatory on Health Systems and Policies
- Zielenska, Marianna (2020): The long-term care workforce - Poland. Eurofound: Dublin (unveröffentlichtes Dokument)

6. LÄNDERBERICHT DEUTSCHLAND

6.1. Organisation des Gesundheitssystems in Deutschland

6.1.1. Das öffentliche Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein sogenanntes obligatorisches duales Krankenversicherungssystem und umfasst die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Mit Einführung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. April 2007 und in der privaten Krankenversicherung (PKV) zum 1. Januar 2009 besteht für alle Menschen die ihren Wohnort oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland haben die Verpflichtung, einen Krankenversicherungsschutz abzuschließen. ArbeitnehmerInnen sind in der GKV pflichtversichert, wenn ihr monatliches Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet (2020: 5.212,50 €). Übersteigt das monatliche Einkommen diese Grenze, können diese als freiwillig Versicherte in der GKV bleiben oder eine private Krankenversicherung wählen. Einige Personengruppen sind auch dann von der GKV-Versicherungspflicht befreit, wenn ihr Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Dazu zählen zum Beispiel BeamteInnen sowie Selbstständige (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 8). Bereits seit 1996 besteht bis auf wenige Ausnahmen auch innerhalb der GKV eine freie Wahl der Krankenkasse (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 25). Für die GKV-Krankenkassen besteht die Verpflichtung, jede Person zu versichern, die den Anspruch auf eine GKV-Versicherung hat (European Commission 2019: 102). Die GKV bietet ein standardisiertes Leistungspaket. Die Beiträge sind einkommensabhängig, aber unabhängig vom individuellen Gesundheitsrisiko. Im Gegensatz dazu sind die Prämien in der PKV vom individuellen Gesundheitsrisiko abhängig und das PKV-Leistungspaket basiert auf einem Versicherungsvertrag. Einmal in der PKV versichert, ist die Möglichkeit zum Wechsel zurück in die GKV stark eingeschränkt. Im Jahr 2020 bestand die GKV aus 105 Krankenkassen, die als gemeinnützige Körperschaften des öffentlichen Rechts finanziell und organisatorisch unabhängig sind. Die Krankenkassen sind im Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zusammengeschlossen (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 20). Auch die einzelnen Krankenhäuser vertreten ihre Interessen nicht individuell, sondern über ihre Verbände. Auf Landesebene sind die Krankenhäuser in Landeskrankenhausesellschaften organisiert. Die Landesverbände wiederum sind in der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zusammengeschlossen (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 20).

2018 gab es in Deutschland ca. 83 Mio. EinwohnerInnen, davon waren 72,8 Mio. bzw. 87,7% der Bevölkerung in der GKV und 8,7 Mio. bzw. 10,5% in der PKV versichert. Weitere 1,5 Mio. bzw. 1,8% erhielten als SozialhilfeempfängerInnen ebenso Krankenversicherungsleistungen oder waren ohne Krankenversicherung

(Bundesministerium für Gesundheit 2020:24). Die Finanzierung der GKV erfolgt überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge und wird durch einen staatlichen Zuschuss ergänzt. Seit 2009 bündelt ein Gesundheitsfonds die Beiträge zu einem von der Bundesregierung festgelegten einheitlichen Satz. Seit Januar 2015 liegt der einheitliche Beitragssatz bei 14,6 % (jeweils 7,3% für ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen), wobei eine Beitragsbemessungsgrenze zur Anwendung kommt. Die Krankenkassen können jedoch zusätzliche Zuschläge erheben, wenn die Ausgaben nicht gedeckt sind (European Commission 2019: 101f). Diese liegen zurzeit im Durchschnitt bei circa 1% und werden zur Hälfte von den ArbeitgeberInnen bezahlt (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 9).

Gesetzlich Versicherte werden in Deutschland ärztlich behandelt, ohne dass sie dafür in finanzielle Vorleistung gehen müssen. ÄrztInnen, Kliniken und Apotheken rechnen die Therapien und Arzneimittel direkt mit den Krankenkassen ab. Die Versicherten haben damit – abgesehen von einzelnen gesetzlichen Zuzahlungen – Anspruch auf eine kostenfreie Behandlung (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 8).

Die gesetzliche Krankenversicherung ist nach dem Selbstverwaltungsprinzip organisiert. Auf Bundesebene gestaltet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheitspolitik, indem es Gesetze vorbereitet und Verwaltungsvorschriften für die Aktivitäten der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erarbeitet. Die weitere Organisation und Finanzierung der einzelnen medizinischen Leistungen sind aber die Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie wird gemeinsam von den VertreterInnen der ÄrztInnen, der PsychotherapeutInnen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen. Das oberste Gremium der Selbstverwaltung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Als zentrales Organ der Selbstverwaltung auf Bundesebene entscheidet der G-BA unter anderem darüber, welche medizinischen Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen und in welcher Form sie erbracht werden. Außerdem ist der G-BA für qualitätssichernde Maßnahmen in der Versorgung zuständig (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 10).

Die Bundesländer verfügen über eigene Kompetenzen zur Gesetzgebung. Sie sind verantwortlich für die Durchführung der Bundesgesetze sowie für die Planung und Finanzierung der stationären Versorgung. Darüber hinaus haben sie die Fach- und Dienstaufsicht über den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 18). Kommunen sind als kleinster politischer Ordnungsrahmen wichtig: „Sie agieren nah am Menschen und sind damit verantwortlich für die Gesundheitsversorgung vor Ort. Auch für die Prävention, also die Gesundheitsvorsorge: Die Kommunen bieten viele niedrigschwellig zugängliche Angebote an, wie zum Beispiel psychosoziale Beratung im Krisenfall (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 18). Auch die kommunalen Gesundheitsämter sind wichtiger Bestandteil der deutschen Gesundheitsvorsorge. Die Kommunen sind selbst vielfach Träger von Krankenhäusern (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 18).

2018 gab es in Deutschland 1.927 Krankenhäuser, 498.283 Krankenhausbetten sowie 33,9 Intensivbetten pro 100.000 EinwohnerInnen (Bundesministerium für Gesundheit 2020: 49).

6.1.2. Private Gesundheitsvorsorge

Die PKV dient in Deutschland als Vollversicherung eines Teils der Bevölkerung und als Zusatz- und Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte. Beide Arten werden von 43 privaten Krankenversicherern angeboten, die im Verband der privaten Krankenversicherungen zusammengeschlossen sind – „eine mächtige Lobbygruppe im Gesundheitswesen. Von den 43 privaten Versicherern sind 24 börsennotiert, die anderen 19 sind Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit“ (Busse/Blümel 2014: 51). Daneben gibt es rund 30 weitere sehr kleine und meist regionale private Krankenversicherer (Busse/Blümel 2014: 137).

Da die PKV-Beiträge für Vollversicherte mit dem Alter steigen und ein Umstieg von Privatversicherten in die GKV unter normalen Umständen nicht möglich ist, gibt es einzelne gesetzliche Vorgaben, die PKV-Prämien zu begrenzen. Seit 2000 können Personen, die seit mindestens 10 Jahren ununterbrochen privat versichert und mindestens 65 Jahre alt sind, den so genannten „Standardtarif“ wählen, der garantiert, dass die Versicherungsbeiträge nicht höher sind als der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV. Seit 2009 sind die privaten Krankenversicherer zudem gesetzlich verpflichtet, einen neuen „Basistarif“ anzubieten, der gleichwertige Leistungen wie die GKV zu einem Beitrag bietet, der den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten darf (ca. 630 Euro pro Monat im Jahr 2014). Die Prämie wird nach Alter und Geschlecht des Versicherten berechnet, der Gesundheitszustand spielt hier keine Rolle. Der Basistarif wurde eingeführt, um die wachsende Zahl von Menschen, die keinen gesetzlichen Anspruch auf die GKV haben, krankenversichern zu können. Voll privat versicherte PatientInnen, die nicht den Basistarif haben, genießen in der Regel die gleichen oder bessere Leistungen als die GKV-Versicherten. Dies hängt jedoch vom gewählten Versicherungspaket ab. In der PKV variieren die Beiträge grundsätzlich in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankengeschichte zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Anders als in der GKV müssen für EhepartnerInnen und Kinder separate Beiträge gezahlt werden, was die PKV vor allem für Alleinstehende oder Doppelverdiener-Paare attraktiv macht (Busse/Blümel 2014: 138f.).

PKV-Zusatz- und Ergänzungsversicherung werden für GKV-Versicherte angeboten, um Zuzahlungen für Leistungen abzudecken, die nicht – oder nicht vollständig – von der GKV übernommen werden. Viele Zusatzversicherungen bieten unter anderem Zuschüsse zu Zuzahlungen für Leistungen wie Hilfsmittel, Heilmittel oder Krankenhausaufenthalte an, während Zuschüsse zu Arzneimittelzuzahlungen immer seltener angeboten werden.

Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 dürfen alle Krankenkassen Zusatz- und Ergänzungsversicherungen anbieten, deren Leistungen über das Standardleistungspaket der GKV hinausgehen. Ein immer größerer Teil der Bevölkerung entscheidet sich für den Abschluss solcher Polizen. Im Jahr 2012 hatten 23,1 Mio. GKV-Versicherte eine Zusatz-

oder Ergänzungsversicherung abgeschlossen. Zu den Zusatz- und Ergänzungsversicherungen, die von GKV- und PKV-Versicherten gleichermaßen gewählt wurden, gehören die Krankengeldversicherung (3,6 Millionen Verträge im Jahr 2012), das Krankenhaustagegeld (8,3 Millionen) und die Pflegezusatzversicherung (1,7 Millionen) (Busse/Blümel 2014: 140).

Busse/Blümel (2014: xxvii) resümieren für das deutsche Gesundheitssystem daher: „Die Aufteilung in GKV und PKV bleibt eine der größten Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem – da sich Risikopools unterscheiden und unterschiedliche Finanzierung, Zugang und Versorgung zu Ungleichheiten führen“.

6.1.3. Das Langzeitpflegesystem³²

In Deutschland wurde 1995/96 die Pflegeversicherung auf Basis des Grundsatzes „mobil vor stationär“ eingeführt. Diese garantiert als finanzielle Teilabsicherung der Langzeitpflegekosten pauschalierte Geld- bzw. Sachleistungen. Pflegebedürftige Menschen können frei zwischen Pflegegeld und mobilen, teilstationären sowie stationären Dienstleistungen oder eine Kombination dieser wählen. Sachleistungen werden nur finanziert, wenn sie durch anerkannte Anbieter erbracht werden. Pflegegeld wird hingegen „unkontrolliert“ vergeben und dient der Stärkung der Pflege im Rahmen der Familie oder sozialer Netzwerke (Theobald 2016: 145). Auch in Deutschland wird die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen (rund 76%) zu Hause durch Angehörige alleine oder in Kombination mit professionellen mobilen Diensten versorgt (Thüsing 2019: 1). Zusätzlich kommen noch verschiedene private Dienstleistungsangebote – meist im Bereich der Körperpflege oder hauswirtschaftlicher Tätigkeiten – hinzu. Einen wichtigen Beitrag zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen leisten auch in Deutschland 24-Stunden-Betreuungskräfte, wobei es sich nahezu ausschließlich um Pendelmigrantinnen aus Osteuropa (vor allem aus Polen) handelt (Theobald 2016: 148).

6.2. Beschäftigte im Gesundheits- und Pflegesektor in Deutschland

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2018 5,65 Mio. Menschen im deutschen Gesundheitswesen tätig. Davon waren 1,105 Mio. in der Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe und im Bereich der Rettungsdienste (ohne Rettungsdienste waren es 1,030 Mio. Beschäftigte), 678.000 als Arzt- und Praxishilfen (die meisten davon als medizinische oder zahnärztliche Fachangestellte) und 645.000 in der Altenpflege beschäftigt. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen waren mit 871.000 die größte Berufsgruppe, wobei es sich bei 677.000 um Fachkräfte handelte. Hilfskräfte machten in diesem Bereich nur 194.000 aus. Bei den AltenpflegerInnen ist das Verhältnis ausgewogener, hier gab es 321.000 Fachkräfte und 313.000 Hilfskräfte. Da sehr viele

³² Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Deutschland: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Deutschland

Beschäftigte Teilzeit arbeiten, sinkt die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) insgesamt auf 4,085 Mio. Menschen, in der Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe und im Bereich der Rettungsdienste auf 809.000 (ohne Rettungsdienste auf 750.000 Beschäftigte). Bei den Arzt- und Praxishilfen waren es in VZÄ nur mehr 463.000 und in der Altenpflege 476.000 Beschäftigte. 80% der Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe und im Bereich der Rettungsdienste sind Frauen, ohne Rettungsdienste waren es fast 84%; im Bereich der Altenpflege ebenfalls 84% und als Arzt- und Praxishilfen arbeiten mit 98% fast nur Frauen. Zwischen 2012 und 2018 sind die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in VZÄ um 11,9% angestiegen, die AltenpflegerInnen um fast 29%. Die Verteilung der Beschäftigten ist zwischen ambulanten/mobilen und teil/-stationären Einrichtungen sehr ungleich verteilt. 2018 waren 558.000 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in teil/-stationären Einrichtungen (423.000 in VZÄ), aber nur 157.000 im ambulanten Bereich (107.000 in VZÄ) beschäftigt. Bei den AltenpflegerInnen waren 349.000 in teil/-stationären (275.00 in VZÄ) und 168.000 im mobilen Bereich (126.000 VZÄ) tätig. Zusätzlich waren im Bereich der Pflege noch 86.000 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in teil/-stationären Einrichtungen (65.000 in VZÄ) sowie 124.000 im mobilen Bereich (86.000) beschäftigt (Eigene Berechnungen auf Basis von: Statistisches Bundesamt 2021, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html, Zugriff 5.5.2021). Wie bereits erwähnt, wird aber auch in Deutschland der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen (rund 76%) zu Hause versorgt (siehe dazu näher: Länderbericht Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte Deutschland).

Laut OECD (2017) lag die Zahl der praktizierenden KrankenpflegerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen in Deutschland im Jahr 2015 bei 13,3 und das Verhältnis von KrankenpflegerInnen zu ÄrztInnen betrug 3,2 (Zander-Jentsch et al. 2019: 45).

6.3. Personalbedarf und Personalplanung

Bis 2018 enthielten die gesetzlichen Regelungen in Deutschland nur allgemeine Richtlinien für die Personalausstattung von Krankenhäusern. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz beschrieb nur die ärztlichen, Krankenpflege- und Hebammenleistungen ohne weitere Spezifikation. Aufgrund der anhaltend schlechten Personalsituation in vielen Krankenhäusern, wurden jedoch Mindestbesetzungsregelungen bzw. Untergrenzen eingeführt – zumindest für jene Bereiche der Krankenhausversorgung, in denen PatientInnen einem hohen Risiko ausgesetzt sind, etwa auf Intensivstationen, in der Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie. Die Mindestbesetzung wird als maximale Anzahl von PatientInnen pro Krankenpflegekraft definiert und es wird zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden. Dazu wurden die Selbstverwaltungsorgane der Krankenhäuser und Krankenkassen zunächst per Gesetz aufgefordert, bis Ende Juni 2018 Untergrenzen für Krankenpflegekräfte zu vereinbaren. Da keine Einigung erzielt werden konnte, wurden diese schließlich durch eine Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit

festgelegt (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung). Die derzeit gültigen Untergrößen lauten für den Bereich der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin: Tagschicht 2 PatientInnen pro Pflegekraft bzw. Nachschicht 3 PatientInnen pro Pflegekraft; in der Geriatrie, Allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie: Tagschicht 10 PatientInnen pro Pflegekraft; Nachschicht 20 PatientInnen pro Pflegekraft. In der Pflegepersonaluntergrößen-Verordnung wird auch der maximale Anteil von Pflegehilfskräften festgelegt, welcher auf die Erfüllung der Untergrößen anrechenbar ist. So darf der Anteil der Pflegehilfskräfte an der Gesamtzahl der Pflegekräfte folgende Prozentsätze nicht überschreiten: in der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin in der Tag- sowie Nachschicht: 5%; in der Geriatrie: in der Tagschicht: 15% und in der Nachschicht: 20%; in der allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie in der Tag- und Nachschicht: 10% (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrößen.html>; Zugriff 12.5.2021)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fordert darüber hinaus die Einhaltung bestimmter Krankenpflegepersonalrichtlinien für einige wenige Krankenhausabteilungen, wie z. B. die Neonatologie, die pädiatrische Onkologie, die Kinder- und Kinderherzchirurgie sowie für Krankenhausabteilungen, die PatientInnen mit Bauchaaortenaneurysma versorgen (Zander-Jentsch et al. 2019: 48).

Der stetig zunehmende Mangel an Pflegepersonal ist in Deutschland zu einem der Hauptthemen der Diskussion in der Pflege und im Gesundheitswesen allgemein geworden. Im November 2015 wurde daher das Krankenhausstrukturgesetz verabschiedet, das ein Pflegestellen-Förderprogramm beinhaltet. Dementsprechend werden ab 2016 jährlich 330 Millionen € für rund 6.350 neue Stellen in der Pflege plus eine Pflegebeilage von 500 Millionen € pro Jahr bereitstellt. Um kontinuierlich mehr Pflegekräfte zu beschäftigen, werden die Krankenhäuser zudem seit 2017 durch einen sogenannten Pflegezuschlag unterstützt. Ab 2019 wird dieser Pflegezuschlag durch die Mittel des oben genannten Personalentwicklungsprogramms aufgestockt und wächst damit von 500 Mio. auf 830 Mio €. Krankenhäuser können sich für diesen erhöhten Zuschlag in Abhängigkeit von ihrer Personalausstattung qualifizieren, um einen Anreiz für eine angemessene Personalausstattung zu schaffen (Zander-Jentsch et al. 2019: 48).

In einem Diskussionspapier des Statistischen Bundesamtes wurden zwei mögliche Szenarien vorgestellt, wie sich der Personalbedarf und die Stellenangebote in Pflegeberufen in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich entwickeln werden. Das „Status-quo“-Szenario geht davon aus, dass die zukünftige Zahl der Krankenhausfälle sowie die Zahl der pflegebedürftigen PatientInnen nur vom Bevölkerungswachstum abhängt. Das Szenario „sinkende Behandlungsraten“ basiert auf der Vorstellung, dass die Menschen aufgrund der steigenden Lebenserwartung in der Zukunft verzögert gesundheitliche Probleme haben werden und daher im Vergleich zu heute in einem höheren Alter eine professionelle Versorgung benötigen. Nach dem „Status quo“-Szenario wird der Bedarf an Pflegepersonal (VZÄ) zwischen 2005 und 2025 in allen drei Pflegesektoren um insgesamt 27,3% steigen. Allerdings variiert dieser Bedarf deutlich zwischen den Pflegesektoren: Während der Bedarf an Pflegekräften (VZÄ) in Krankenhäusern in den

nächsten 20 Jahren um 12,4% steigen soll, wird die Zahl der pflegebedürftigen PatientInnen und damit der Bedarf an Pflegekräften (VZÄ) in stationären und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen um fast 48,1% zunehmen. Nach dem Szenario „rückläufige Behandlungsraten“ wird der Bedarf an Pflegepersonal (VZÄ) zwischen 2005 und 2025 um insgesamt 19,5% steigen. Auch die Ergebnisse dieses Szenarios zeigen einen geringeren Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften in Krankenhäusern in den nächsten 20 Jahren (8,1%) im Vergleich zum Anstieg in stationären und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (35,4%) (Afentakis & Maier 2010, zitiert in: Zander-Jentsch et al. 2019: 49).

Einige Bundesländer haben lokale Projekte ins Leben gerufen, um den Pflegebedarf besser zu beobachten und zu verbessern. Ein solches Projekt ist der "Hessische Pflegemonitor" – ein webbasiertes Informationssystem, das im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums entwickelt wurde, um zuverlässige, aktuelle und prognostische Informationen über den Personalbestand in der Pflege branchenübergreifend zu liefern. Teil dieses Projekts sind regelmäßige Umfragen unter berufstätigen Pflegekräften mit dem Ziel, aktuelle Veränderungen und Trends in der Beschäftigung und Qualifizierung zu erkennen, damit die angebotene Aus-, Fort- und Weiterbildung adäquat auf diese Veränderungen reagieren kann. Ein ähnliches Projekt, das „Pflegepersonal- Monitoring NRW“, wurde in Nordrhein-Westfalen initiiert (Zander-Jentsch et al. 2019: 49).

Deutschland ist sowohl ein Ziel- als auch ein Herkunftsland in Bezug auf die Migration von Krankenpflegekräften. Das Ausmaß der Migration von Krankenpflegekräften nach und aus Deutschland ist jedoch relativ begrenzt. Daher gibt es – laut Zander-Jentsch et al. (2019: 49) bisher nur sehr wenig Forschung zu den Auswirkungen der Migration von Krankenpflegekräften auf das deutsche Gesundheitssystem.

Auch die EU-Ost-Erweiterungen haben nicht zu den erwarteten Auswirkungen geführt, und kaum mehr Krankenpflegekräfte ins Land gebracht. Im Jahr 2013 waren in Deutschland 3 Mio. Menschen in Krankenpflegeberufen tätig, von denen 373 000 aus dem Ausland kamen. Von diesen ausländischen Krankenpflegekräften kamen etwa 20% bzw. 76.000 Personen aus Polen. Weitere 47.000 kamen aus Bosnien-Herzegowina und 31.000 aus Kasachstan (Zegelman 2015).

Im Juni 2017 waren von den rund 1,7 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Krankenhaus- und Altenpflege rund 127.700 ausländische Arbeitskräfte, davon kamen rund 66.000 aus EU-Staaten und rund 61.500 aus Drittstaaten (davon wiederum 18.334 aus den Balkanstaaten Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Mazedonien und Serbien) (Sell 2020: 89).

Laut Zander-Jentsch et al. (2019: 49) sind Abwanderungsdaten (wie auch in Österreich) schwer zugänglich; nach Schätzungen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe verlassen jedoch weniger als 1.000 Pflegekräfte pro Jahr das Land. Zu den wichtigsten Zielländern für deutsche KrankenpflegerInnen gehören die Schweiz, Österreich, skandinavische Länder, die Niederlande, das Vereinigte Königreich und die USA.

6.4. Ausbildung

Das Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 2004 enthält spezifische Informationen über die Erlaubnis die Berufsbezeichnungen allgemeine KrankenpflegerIn und KinderkrankenpflegerIn zu führen und gibt Auskunft über die Zertifizierung und Zulassung von KrankenpflegerInnen, die theoretische und praktische Ausbildung in qualifizierten Krankenhäusern sowie die Zulassungskriterien und die Anerkennung von gleichwertigen Ausbildungen in EU-Ländern. Die Regulierung der AltenpflegerInnen erfolgt durch das Altenpflegegesetz, das 2003 in Kraft getreten ist und die Erlaubnis zur Führung der der Berufsbezeichnung sowie die Ausbildung in der Altenpflege regelt (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

In Deutschland gibt es keine verpflichtende Registrierung und keine gemeinsame Pflegekammer. Allerdings hat der DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) im Jahr 2003 ein freiwilliges Registrierungsprojekt (RbP - Registrierung beruflich Pflegender GmbH) in Deutschland gestartet. Seit 2006 steht das Projekt unter der Trägerschaft des Deutschen Pflegerates. Ziel des Projektes ist es, den Dokumentationsprozess von Fort- und Weiterbildungen zu erleichtern und damit Qualitätsstandards zu etablieren, den Beruf und sein Selbstverständnis zu evaluieren und zu stärken, Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens besser zu bearbeiten und die Selbstregulierung zu fördern. Mit Stand 2017 haben drei Bundesländer Pflegekammern eingerichtet, vier weitere sind im Prozess der Implementierung von Pflegekammern (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

Im Juli 2017 wurde mit dem Pflegeberufereformgesetz die Grundlage für eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung geschaffen (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

6.4.1. Generalistische Ausbildung für Pflegefachkräfte

Bis 2017 war die pflegerische Grundausbildung in drei Zweigen organisiert: für allgemeine KrankenpflegerInnen, KinderkrankenpflegerInnen und geriatrische KrankenpflegerInnen. Im Rahmen des Pflegeberufereformgesetzes wurde ab dem Jahr 2020 die neue Pflegeausbildung implementiert. Die Krankenpflegeausbildung für Allgemein- und KinderkrankenpflegerInnen sowie für AltenpflegerInnen ist nun in einem Gesetz geregelt.

Die Dauer der Ausbildungen beträgt drei Jahre (Vollzeit) bzw. fünf Jahre (Teilzeit) und die BewerberInnen müssen einen Sekundarschulabschluss (10. Klasse) vorweisen. Die Ausbildung beinhaltet 2.100 Stunden theoretische und praktische Ausbildung sowie 2.500 Stunden arbeitsplatzbezogene Ausbildung. Nach Abschluss legen die SchülerInnen eine staatliche Prüfung ab (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

Alle KrankenpflegeschülerInnen erhalten nun in den ersten beiden Ausbildungsjahren eine generalistische Ausbildung und können in den praktischen Teilen der Ausbildung ihre Spezialisierung wählen. SchülerInnen, die diese Ausbildung auch im dritten Ausbildungsjahr fortsetzen, erhalten den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“, der einer diplomierten KrankenpflegerIn entspricht. Dieser Abschluss

wird nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG automatisch von anderen EU-Staaten anerkannt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich im Bereich der Alten- oder Kinderkrankenpflege zu spezialisieren und einen entsprechenden Berufsabschluss zu erwerben (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

In jüngster Zeit gibt es einen Trend zur akademischen Ausbildung von Pflegekräften in Deutschland, um sich den europäischen Standards anzugleichen. Unter Verwendung von Modellklauseln im Krankenpflegegesetz und in Anlehnung an den Bologna-Prozess gab es im Jahr 2010 22 Hochschulen, die Pflegestudiengänge mit einer Dauer von vier bis fünf Jahren anboten. Im Jahr 2016 war die Zahl der Hochschulen, die solche Studiengänge anbieten, auf 78 gestiegen (www.pflegestudium.de). Neben der Berufsbezeichnung erwerben die Studierenden einen Bachelor-Abschluss (siehe dazu näher: Stöcker/Reinhart 2012).

Die Ausbildung ist für KrankenpflegerInnen und KinderkrankenpflegerInnen kostenlos. Es können jedoch Zulassungs- und Prüfungsgebühren anfallen. Für die theoretischen Teile des Curriculums können Gebühren für Lernmittel (z.B. Literatur) erhoben werden. PflegeschülerInnen erhalten eine Vergütung. Die genaue Höhe hängt von der Art des Arbeitgebers ab. In öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens erhalten die SchülerInnen im ersten Ausbildungsjahr monatlich brutto 1.166 €, im zweiten 1.227 € und im dritten 1.328 € (Bundesagentur für Arbeit, 2021, Zugriff 12.5.2021).

Die Altenpflegeausbildung erforderte in einigen Bundesländern Studiengebühren. Im Zuge des Pflegeberufereformgesetzes 2017 wurde die Altenpflegeausbildung jedoch kostenfrei gestellt (Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

Die Gesamtzahl der KrankenpflegerInnen, die zwischen 2000 und 2015 ihren Abschluss gemacht haben, ist insgesamt um 25,4% gestiegen. Signifikante Veränderungen sind jedoch für bestimmte Unterkategorien zu beobachten. In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der diplomierten AltenpflegerInnen um 225% gestiegen, während die Zahl der allgemeinen KrankenpflegerInnen und der KinderkrankenpflegerInnen um 6% bzw. 8% gesunken ist (Statistisches Bundesamt 2017, zitiert in: Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

6.4.2. Ausbildung für Pflegehilfskräfte und medizinische Fachangestellte

Krankenpflegehilfskräfte sollen Allgemein- und KinderkrankenpflegerInnen bei der Grundpflege der PatientInnen im Krankenhaus unterstützen. Die Ausbildung dauert ein Jahr (Vollzeit) und zielt darauf ab, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, um Aufgaben wie das Waschen und Anziehen von PatientInnen, Hilfe bei der Mobilisierung, Überwachung, Fütterung usw. erfüllen zu können. Die Ausbildung umfasst 500 Stunden theoretische und 1.100 Stunden praktische, arbeitsplatzbezogene Ausbildung. Die Gesamtzahl der KrankenpflegeassistentInnen ist gering. Im Jahr 2015 arbeiteten nur 53.000 KrankenpflegeassistentInnen in Krankenhäusern, verglichen mit 377.000 diplomierten KrankenpflegerInnen (Statistisches Bundesamt 2017, zitiert in: Zander-Jentsch et al. 2019: 44).

In der ambulanten Versorgung unterstützen medizinische Fachangestellte ÄrztInnen bei der Untersuchung, Behandlung (z. B. Vorbereitung von Injektionen, Anlegen von Verbänden oder Blutentnahmen), Betreuung und Beratung von PatientInnen und führen organisatorische und administrative Arbeiten durch. Darüber hinaus bedienen sie medizinische Geräte, führen Laborarbeiten durch und spielen eine wichtige Rolle bei der Prävention und Aufklärung der PatientInnen über Vorsorgeuntersuchungen, Nachsorge und gesunde Lebensweise. Die Ausbildung für medizinische Fachangestellte findet in Berufsschulen statt und die praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder Arztpraxen (Zander-Jentsch et al. 2019: 45).

6.4.3. Ausbildung zur Fachkrankenpflegekraft

In einer begrenzten Anzahl von Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege ist eine Spezialisierung vorgesehen (z. B. Intensivpflege, Anästhesiepflege, psychiatrische Pflege). Die Ausbildung zur Fachkrankenpflegekraft ist in der Regel durch die Bundesländer geregelt und in den meisten Fällen als zweijähriger berufsbegleitender Studiengang mit 720 bis 1.000 Stunden Theorie organisiert. Darüber hinaus gibt es seit mehr als 30 Jahren Hochschulstudiengänge in Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Wirtschaftswissenschaften. Diese ermöglichen es Pflegekräften, eine akademische Qualifikation zu erlangen, die sie befähigt, in Einrichtungen der Pflegeforschung, der Pflegeverwaltung oder der Pflegeausbildung (z.B. Pflegeschulen) zu arbeiten (Zander-Jentsch et al. 2019: 45).

Trotz eines wachsenden Trends zur akademischen Ausbildung und einer zunehmenden Anzahl von „PflegeexpertInnen/-spezialistInnen“, ist die tatsächliche Anzahl dieser in der Praxis gering. Hinzu kommt, dass das Studienangebot in der Pflege vor allem Karrieren in Bereichen unterstützt hat, die nur indirekt mit der Patientenversorgung zu tun haben, wie Management und Lehre (Zander-Jentsch et al. 2019: 48).

Einige Krankenhäuser haben jedoch begonnen, neue Rollen für Krankenpflegekräfte zu etablieren, die der Idee der fortgeschrittenen Pflegepraxis folgen. Ihre größten Einschränkungen sind rechtliche Beschränkungen, die eine Aufgabenverlagerung verhindern. Angestoßen durch den Sachverständigenrat des Bundesministeriums für Gesundheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie vorgelegt, um Versorgungsmodelle zu ermöglichen, bei denen Pflegekräfte einen Teil der ärztlichen Aufgaben übernehmen (Zander-Jentsch et al. 2019: 48).

6.5. Arbeitszeit

Die regelmäßige Arbeitszeit in Krankenhäusern wird in Deutschland durch Tarifverträge auf Ebene der Bundesländer festgelegt und beträgt ohne Pausen für Beschäftigte im Tarifgebiet West durchschnittlich 38,5 Stunden wöchentlich, im Tarifgebiet Ost

durchschnittlich 40 Stunden wöchentlich.³³ Die Arbeitszeit kann auf fünf Tage, aus notwendigen betrieblichen/dienstlichen Gründen auch auf sechs Tage verteilt werden. Der Durchrechnungszeitraum zur Berechnung der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt ein Jahr. Abweichend davon kann bei Beschäftigten, die ständig Wechselschicht- oder Schichtarbeit zu leisten haben, ein längerer Zeitraum zugrunde gelegt werden (AVK 2019: TVöD-K, § 6 Abs 1 und 2).

Aus dringenden betrieblichen/dienstlichen Gründen kann auf der Grundlage einer Betriebs-/Dienstvereinbarung von den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes abgewichen werden. In vollkontinuierlichen Schichtbetrieben kann an Sonn- und Feiertagen die tägliche Arbeitszeit auf bis zu zwölf Stunden verlängert werden, es müssen jedoch zusätzliche freie Schichten an Sonn- und Feiertagen gewährt werden (AVK 2019: TVöD-K, § 6 Abs 4).

Die Beschäftigten sind im Rahmen begründeter betrieblicher/dienstlicher Notwendigkeiten grundsätzlich zur Leistung von Sonntags-, Feiertags-, Nacht-, Wechselschicht-, Schichtarbeit sowie – bei Teilzeitbeschäftigung aufgrund arbeitsvertraglicher Regelung oder mit ihrer Zustimmung – zu Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Überstunden und Mehrarbeit verpflichtet. Durch Betriebs-/Dienstvereinbarung kann ein wöchentlicher Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden eingerichtet werden. Durch Betriebs-/Dienstvereinbarung kann in der Zeit von 6 bis 20 Uhr eine tägliche Rahmenzeit von bis zu zwölf Stunden eingeführt werden (AVK 2019: TVöD-K, § 6 Abs. 5 bis 7).

Beschäftigte erhalten als Ausgleich für Überstunden, Nachtarbeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit neben dem Entgelt für die tatsächliche Arbeitsleistung Zeitzuschläge. Diese betragen – auch bei Teilzeitbeschäftigten – je Stunde – zwischen 15% und 35% (AVK 2019: TVöD-K, § 8 Abs. 1).

Mit Beschäftigten soll auf Antrag eine geringere als die vertraglich festgelegte Arbeitszeit vereinbart werden, wenn sie mindestens ein Kind unter 18 Jahren oder einen nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen betreuen oder pflegen und dringende dienstliche bzw. betriebliche Belange nicht entgegenstehen. Darüber hinaus kann in Absprache eine Teilzeitbeschäftigung auch ohne die oben genannten Gründe gewährt werden (AVK 2019: TVöD-K, § 11 Abs. 1 und 2).

Laut RN4CAST-Studie³⁴ waren 66% der KrankenpflegerInnen in Deutschland in Vollzeit und 44% in Teilzeit beschäftigt. Die durchschnittliche Dauer der Beschäftigung als diplomierte Krankenpflegekraft betrug 16,5 Jahre, wovon im Durchschnitt 13,4 Jahre im aktuellen Krankenhaus verbracht wurden. Die durchschnittliche Arbeitsstundenzahl der letzten Schicht betrug 8,3 Stunden. Allerdings gaben 36,4% der KrankenpflegerInnen

³³ Nachfolgende Ausführungen beziehen sich auf einen der wichtigsten Tarifverträge für öffentliche Krankenhäuser im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-K).

³⁴ Im Rahmen der internationalen Pflegestudie RN4CAst (Registered Nurse Forecasting) wurden in Deutschland 2010 1.511 Pflegefachkräfte in 51 deutschen Akutkrankenhäusern zu verschiedenen Aspekten ihres Pflegealltags befragt. (https://www.mig.tu-berlin.de/menue/research/abgeschlossene_projekte/rn4cast/)

an, dass sie in der letzten Schicht über die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit hinaus gearbeitet haben (Zander-Jentsch et al. 2019: 47).

Bei einer Fünftagewoche beträgt der Urlaubsanspruch im Kalenderjahr 30 Arbeitstage. Bei einer anderen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit erhöht oder vermindert sich der Urlaubsanspruch entsprechend. Der Erholungsurlaub muss im laufenden Kalenderjahr gewährt und kann auch in Teilen genommen werden (AVK 2019: TVöD-K § 26 Abs. 1).

Beschäftigte, die ständig Wechselschichtarbeit oder ständig Schichtarbeit leisten, erhalten bei Wechselschichtarbeit für je zwei zusammenhängende Monate und bei Schichtarbeit für je vier zusammenhängende Monate einen Arbeitstag Zusatzurlaub (TVöD-K § 27 Abs. 1).

6.6. Gehalt

Laut OECD-Daten aus dem Jahr 2015 liegt das Einkommen deutscher KrankenpflegerInnen um 13% über dem Durchschnittseinkommen aller ArbeitnehmerInnen. Pflegekräfte in öffentlichen Krankenhäusern und Pflegeheimen in Deutschland werden nach dem Vergütungsschema für Bundes- und Kommunalbedienstete bezahlt, während Löhne und Gehälter in Krankenhäusern anderer Träger, z.B. private, gewinnorientierte Krankenhäuser, auch niedriger oder höher sein können (Zander-Jentsch et al. 2019: 49). Dabei richten sich die Löhne und Gehälter der Krankenpflegekräfte in den kommunalen öffentlichen Krankenhäusern nach den Entgeltgruppen und -stufen des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD-P).³⁵ Insgesamt gibt es 16 Entgeltgruppen und jeweils 6 Entgeltstufen, die sich nach der Berufserfahrung und Fortbildung richten (siehe dazu näher: <https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tvoed-p.html>, Zugriff 12.5.2021)

Die Einstufung in die entsprechende Entgeltgruppe hängt vor allem von der Ausbildung/dem Abschluss und der absolvierten Weiterbildung sowie der Komplexität der Tätigkeit und von regionalen und branchenspezifischen Faktoren ab. Dabei werden PflegehelferInnen anfänglich in die Entgeltgruppe P5 (Stufe 1: 2.284 bis Stufe 6: 2.938 €) eingereiht, PflegehelferInnen mit einer mindestens einjährigen Ausbildung in die Entgeltgruppe P6 (2.379 bis 3.282 €), KrankenpflegerInnen und OP-AssistentInnen in die Entgeltgruppe P7 (2.830 bis 3.539 €), Hebammen in die Entgeltgruppe P8 (3.003 bis 3.699 €) und Fachkrankenpflegekräfte in P9 (3.264 bis 3.849 €) (<https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tvoed-p.html>, Zugriff 12.5.2021).

KrankenpflegerInnen mit Hochschulabschluss und in einer Führungsposition, werden in der Regel in höhere Entgeltgruppen eingestuft. So kann eine Pflegekraft, die eine

³⁵ Krankenpflegekräfte können in unterschiedliche Tarifverträge eingeordnet werden. Die häufigsten Tarifverträge sind: TVöD-P (öffentlicher Dienst), DKR (Deutsches Kreuz), AVR Caritas, AVR Diakonie, Parität (Paritätischer Wohlfahrtsverband). Weiters können unabhängig vom öffentlichen Dienst Krankenpflegekräfte in den iZG DGB-Tarifvertrag für ZeitarbeiterInnen eingestuft werden (<https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgeltzahlung/3616-krankenpfleger.html>; Zugriff 12.5.2021)

Gesamtverantwortung für das Pflegepersonal in Krankenhäusern oder in einem bestimmten zugewiesenen Pflegebereich hat (StationsleiterInnen oder BereichsleiterInnen), in die Entgeltgruppe P12 bis P16 eingestuft werden und zwischen 3.845 und 4.570 € bzw. 4.350 und 5.822 € verdienen (<https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tvoed-p.html>, Zugriff 12.5.2021).

Obwohl diplomierte KrankenpflegerInnen in höhere Entgeltgruppen eingestuft werden sollten, hängt die Einstufung in der Praxis jedoch größtenteils vom Umfang der Aufgaben und nicht von der Qualifikation oder auch vom Verhandlungsgeschick der einzelnen KrankenpflegerIn ab. „Angesichts der Entwicklung neuer beruflicher Rollen in Deutschland muss daher eingeräumt werden, dass diese neuen Fähigkeiten oft noch nicht vollständig in den Vergütungssystemen der Krankenhäuser widergespiegelt worden sind“ (Zander-Jentsch et al. 2019: 50, Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorinnen).

Das Einkommen der Krankenpflegekräfte variiert stark zwischen den Bundesländern, sie sind in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten, aber auch zwischen den verschiedenen Pflegeberufen gibt es große Unterschiede (siehe dazu auch: Seibert et al. 2018). Demnach betrug das mittlere Bruttogehalt 2020 einer allgemeinen Krankenpflegekraft im Saarland 3.644 € und in Mecklenburg-Vorpommern nur 2.962 €, das einer Krankenpflegehilfskraft im Bereich der Behindertenpflege in Rheinland-Pfalz 2.942 € und in Sachsen nur 2.027 €, eine Intensivpflegefachkraft erhielt in Baden-Württemberg 4.186 € und in Brandenburg nur 3.276 € (<https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgeltzahlung/3616-krankenpfleger.html>, Zugriff 18.5.2021).

Besonders deutlich sind die Gehaltsunterschiede auch zwischen allgemeinen Krankenpflegekräften und ausgebildeten Altenpflegekräften. Demnach betrug das mittlere Bruttogehalt 2020 für Altenpflegekräfte im Saarland 2.925 € (Vergleich: 3.644 € für allgemeine Krankenpflegekräfte), in Bayern 3.097 € (Vergleich: 3.480 €), in Niedersachsen 2.681 € (Vergleich: 3.367 €), in Hamburg 3.040 € (Vergleich: 3.437 €). Deutliche Unterschiede gibt es innerhalb der Altenpflegekräfte auch, je nachdem, ob sie in öffentlichen, kirchlichen oder privaten Einrichtungen arbeiten: Öffentliche ArbeitgeberInnen bezahlen ein mittleres Bruttogehalt zwischen 2.830 und 3.540 €, kirchliche zwischen 2.800 und 3.300 €, private hingegen nur zwischen 1.650 und 2.700 € (<https://www.oeffentlichen-dienst.de/alles-wichtige-rund-um-das-thema-gehalt/3613-altenpfleger.html>, Zugriff 18.5.2021).

Die Einkommen der Pflegekräfte unterscheiden sich nicht nur nach den Pflegeberufen und dem Bundesland, sondern auch, ob die Pflegekräfte in Krankenhäusern, in stationären oder ambulanten Einrichtungen beschäftigt sind. Es zeigt sich, dass in Krankenhäusern die höchsten Einkommen und in der ambulanten Pflege die niedrigsten bezahlt werden. Demnach verdiente 2017 eine allgemeine Krankenpflegekraft ein mittleres Bruttogehalt von 3.466 €, wenn sie in einem Krankenhaus beschäftigt war, aber nur 2.693 € in einer stationären und 2.540 € in einer mobilen Einrichtung, für eine ausgebildete Altenpflegekraft betrugen die entsprechenden Werte: 3.179 €, 2.829 € und 2.471 €. Eine allgemeine Krankenpflegekraft in einem Krankenhaus verdiente damit um fast 1.000 € als eine ausgebildete Altenpflegekraft in der mobilen Pflege (Siebert et al. 2018:5).

Laut RN4CAST-Studie sind nur 34% der Krankenpflegekräfte mit ihrem Gehalt zufrieden. Damit liegt Deutschland im Mittelfeld, in der Schweiz beträgt der Vergleichswert 66%, in den Niederlanden 42%, in Norwegen und Schweden hingegen nur 22% bzw. 20% (<http://www.pflege-wandert-aus.de/>, Zugriff 12.5.2021).

6.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Das PatientInnen-Pflegekraft-Verhältnis in den 2010 analysierten deutschen RN4CAST-Krankenhäusern zeigte einen Durchschnitt von 10:1. Damit weist Deutschland zusammen mit Spanien (10:1) die schlechteste Leistung im internationalen Vergleich auf (Zander-Jentsch et al. 2019: 47). In Norwegen beträgt das Verhältnis 4:1, in den Niederlanden 5:1 und Schweden und der Schweiz 6:1 (<http://www.pflege-wandert-aus.de/>; Zugriff: 12.5.2021).

„Auch bezüglich einer adäquaten Personalbesetzung gaben 2015 in der RN4Cast-Neuaufgabe nur 13% der befragten Pflegekräfte an, dass die Besetzung ausreichend sei, um gute Pflege gewährleisten zu können. Dieser Wert sank deutlich seit 1999, als noch 37% die Personalbesetzung als ausreichend einschätzten, und auch seit 2010, als 20% die Personalbesetzung für ausreichend für gute Pflege hielten“ (Zander et al. 2017: 70).

Im Durchschnitt zeigten die Ergebnisse der RN4CAST-Studie 2010 für Deutschland eine niedrige Arbeitszufriedenheit (37%) und relativ hohe Burnout-Raten (30%). In den Niederlanden lag diese bei 10%, in der Schweiz bei 15%, in Norwegen und Schweden bei 24% bzw. 29% (<http://www.pflege-wandert-aus.de/>; Zugriff: 12.5.2021). In Bezug auf die Absicht, das Krankenhaus zu verlassen, gaben 36% der befragten KrankenpflegerInnen an, dass sie gerne in ein anderes Krankenhaus wechseln würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten. Ungefähr 38% dieser KrankenpflegerInnen waren bereits auf der Suche nach einer Arbeitsstelle in einem anderen Krankenhaus, 15% würden es vorziehen, als KrankenpflegerInnen zu arbeiten, aber nicht in einem Krankenhaus, und ungefähr 45% würden gerne in einen Job außerhalb der Krankenpflege wechseln (Zander-Jentsch et al. 2019:50).

Auf Basis der Daten der Beschäftigtenbefragungen zum DGB-Index *Gute Arbeit* aus den Jahren 2012 bis 2017 lässt sich festhalten, dass die Arbeitsbelastungen von Kranken- und Altenpflegekräfte in Deutschland überdurchschnittlich hoch sind. Nur bei der Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit schneiden die Pflegeberufe besser ab, als die befragten Beschäftigten insgesamt (Schmucker 2020: 52). Bei der Frage von Arbeit unter Zeitdruck, geben 80% der Krankenpflege- und 69% der Altenpflegekräfte an, dass dies sehr häufig bzw. oft der Fall ist, im Vergleich dazu geben dies 55% aller Beschäftigten an. Die Mehrheit der Pflegebeschäftigten nimmt zudem wahr, dass die Verdichtung ihrer Arbeit weiter zunimmt, dies führt auch dazu, dass Pflegekräfte Erholungspausen ausfallen lassen (Schmucker 2020: 53). Unter dem zunehmenden Zeitdruck leidet auch die Versorgungsqualität. 49% der Krankenpflegekräfte und 42% der Altenpflegekräfte geben Qualitätsabstriche bei der Arbeit an, dies trifft auf nur 12% aller Beschäftigten zu. Emotionale Belastungen sind für 58% der Kranken- und 48% der Altenpflegekräfte (aber

nur für 30% aller Beschäftigten) ein Thema. Von schwerer körperlicher Arbeit sprechen gar 71% der Kranken- und 78% der Altenpflegekräfte (30% aller Beschäftigten) (Schmucker 2020: 54f.). Langfristig belastend ist auch die Verbreitung von Sonderformen der Arbeitszeit. So leisten 61% der Kranken- und 69% der Altenpflegekräfte regelmäßig Schichtarbeit (16% aller Beschäftigten), 40% der Kranken- und 17% der Altenpflegekräfte Nachtarbeit (9% aller Beschäftigten) sowie 69% der Kranken- und 82% der Altenpflegekräfte Wochenendarbeit (28% aller Beschäftigten). „Bei all diesen Arbeitszeitlagen ist in den vergangenen 25 Jahren eine Zunahme zu beobachten, besonders stark ausgeprägt bei der Wochenendarbeit“ (Schmucker 2020: 57). Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass 72% der Kranken- und 69% der Altenpflegekräfte nicht damit rechnen, ihre Tätigkeit bis zum Pensionsantritt durchhalten zu können (42% aller Beschäftigten) (Schmucker 2020: 56). Darüber hinaus empfinden 71% der Kranken- und 78% der Altenpflegekräfte ihr Einkommen nicht oder nur in geringem Maß leistungsgerecht (48% aller Beschäftigten) (Schmucker 2020: 57).

Literatur

- Afentakis A, Maier T (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebotes in Pflegeberufen bis 2025. Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt. Berlin
- Busse, Reinhard/Blümel, Miriam (2014): Germany: health system review. Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen
- European Commission (2019): Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal sustainability. Country Documents 2019 Update, Institutional Paper 105, Brussels
- Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege aber woher? Berlin, 49-59
- Seibert, Holger/Carstensen, Jeanette/Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg
- Sell, Stefan (2020): Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege aber woher? Berlin, 85-101
- Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit Personal 2016. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Stöcker, Gertrud/Reinhart, Margarete (2012): Synopse: Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge in Deutschland. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. Berlin

- Theobald, Hildegart (2016): 24-Stunden-Betreuung in Deutschland: Ein Mix unterschiedlicher Sorgetätigkeiten im Kontext von Pflege- und Migrationspolitik. In: Weicht, Bernhard/Österle, Augsut (Hg), Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung, Wien, 247–269
- Thüsing, Georg (2019): Rechtskonforme Betreuung in den eigenen vier Wänden. Regelungen für die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (24-Stunden-Betreuung) de lege lata und de lege ferenda, Gutachten auf Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit, Universität Bonn
- VKA (Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (2019): Durchgeschriebene des TVöD für den Dienstleistungsbereich Krankenhäuser im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD-K) vom 1. August 2006 in der Fassung der Änderungsvereinbarung Nr. 12 vom 30. August 2019, Berlin
- Zander-Jentsch, Britta/Wagner, Franz/Rzayeva, Nargiz/Busse, Reinhard (2019): Germany. In: Rafferty, Anne Marie/Busse, Reinhard/Zander-Jentsch, Britta/Sermeus, Walter/Bruyneel, Luk (Hrsg.): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, RN4CAST – Nurse Forecasting in Europe
- Zander, Britta/Köppen, Julia/Busse, Bernhard (2017): Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive, in: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017, „Zukunft gestalten“, Stuttgart, 61-78
- Zegelman A (2015): Die meisten Pflegekräfte kommen aus Polen. (https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/891523/neue-statistik-meistenpflegekraefte-kommen-polen.html; Zugriff 12.5.2021)

7. LÄNDERBERICHT FRANKREICH

7.1. Organisation des Gesundheitssystems in Frankreich

7.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Das französische Gesundheitssystem ist ein gemischtes System; strukturell basiert es auf dem Bismarck'schen System (wie etwa Österreich), mit einer Pflichtversicherung, die aus Abgaben der Mitglieder (also ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen) finanziert wird. Andererseits vereint es auch die Ziele der Universalität und Solidarität, Merkmale des Beveridge'schen Systems (Chevreul et al. 2015: 19). Das Ziel des französischen Staats ist es, möglichst alle Menschen in das gesetzliche Krankenversicherungssystem einzubeziehen. Dass dieses Ziel auch weitgehend erreicht wird, zeigt sich dadurch, dass die gesetzliche Krankenversicherung (*assurance maladie*) fast 100 Prozent der Wohnbevölkerung abdeckt (Chevreul et al. 2015: 19). Seit dem Jahr 2000 gibt es die universelle Versicherungsabdeckung für alle Menschen, die in Frankreich wohnhaft sind (unabhängig vom Beschäftigtenstatus) (European Commission 2019: 91). Vormalig wurde zwischen drei großen verschiedenen Versicherungssystemen unterschieden, dem allgemeinen Krankenversicherungssystem, dem landwirtschaftlichen System und der nationalen Krankenversicherung für Selbständige (European Commission 2019: 91). Im Jahr 2004 wurden diese Versicherungssysteme in der "Nationalen Union der Krankenversicherungsfonds (*Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie UNCAM*)" zusammengeführt (European Commission 2019: 92); die drei großen Kassen decken etwa 96% der Bevölkerung ab (der Rest ist bei sehr kleinen Kassen abgedeckt; Überseegebiete und das Gebiet Elsass-Mosel haben eigene Kassen). Das öffentliche Krankenversicherungssystem wird finanziert über ArbeitnehmerInnen- bzw. ArbeitgeberInnenbeiträge, bzw. über Steuern; Geringverdiener (etwa 7 Prozent der Bevölkerung) müssen keine Beiträge leisten (Chevreul et al. 2015: 59f). Dennoch sind etwa 7 Prozent aller Gesundheitsausgaben sogenannte out-of-pocket-Zahlungen (von Einzelnen getragen). Arzt- bzw. Zahnarztbesuche sind in der Regel von den PatientInnen zu bezahlen, ein Anteil davon wird im Nachhinein rückerstattet. Im Regelfall sind das 70 Prozent, bei bestimmten chronischen bzw. lang andauernden Erkrankungen (wie etwa Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes) liegt die Rückerstattung bei 100 Prozent. Personen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Schwangere, NiedrigverdienerInnen bzw. SozialhilfeempfängerInnen sowie Opfer von Arbeitsunfällen sind generell von Zusatzzahlungen befreit. Diejenigen, die Zahlungen aus eigener Tasche tätigen, können den Restbetrag bzw. Teile davon über eine Zusatzkrankenversicherung rückerstattet bekommen (s.u.). Ein bestimmter Selbstbehalt bleibt jedoch meist in jedem Fall bestehen

(1 € für Arztbesuche, 0,50 € pro Medikamentenpackung, 2 € für medizinischen Transport) (European Commission 2019: 93).

Die mangelnde Koordination zwischen niedergelassenen ÄrztInnen, FachärztInnen und Krankenhausversorgung führte zu einer höheren Inanspruchnahme und höheren Ausgaben des Gesundheitssystems. Um diese Situation zu ändern, wurde deshalb 2005 ein Überweisungssystem eingeführt. PatientInnen müssen sich bei einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner registrieren und werden von diesen - bei Bedarf - zu FachärztInnen überwiesen; diese lassen (mit Genehmigung der PatientIn) dem Hausarzt bzw. der Hausärztin alle relevanten Informationen zukommen, um die Behandlung weiter zu verfolgen und zu koordinieren. Etwa 90 Prozent der versicherten PatientInnen folgen diesem Prozedere; PatientInnen, die dem nicht nachkommen, müssen mit finanziellen Sanktionen rechnen, die sich auf den Erstattungssatz der nationalen Krankenkasse beziehen. Die PatientInnen können auch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin und ein Krankenhaus frei wählen (European Commission 2019: 94).

Die Zuständigkeit für die Gesundheitspolitik und die Regulierung des Gesundheitswesens wird geteilt zwischen dem Staat (Parlament und Regierung), der gesetzlichen Krankenversicherung und regionalen Behörden. Die ARS (*Agence régionale de santé*) fungiert dabei auf der regionalen Ebene als "one-stop-shop" und stellt sicher, dass die Gesundheitsversorgung den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht, indem es die Verbindung zwischen dem ambulanten, dem Krankenhaus- und dem Gesundheits- und Sozialfürsorgesektor verbessert und gleichzeitig die nationalen Ziele für die Gesundheitsausgaben beachtet. Die Erbringung der medizinischen Versorgung wird zwischen ÄrztInnen, öffentlichen Krankenhäusern, privaten Krankenhäusern ohne Gewinnzweck (betrieben etwa von NGOs) und privaten Krankenhäusern mit Gewinnzweck aufgeteilt. Neben dem Gesundheitssektor und dem sozialen Sektor gibt es einen Gesundheits- und Sozialpflegesektor, der als "dritter" Sektor (*secteur médico-social*) bekannt ist und der Pflege und Dienstleistungen für ältere und behinderte Menschen anbietet (Chevreul et al. 2015: 19).

Im Jahr 2011 gab es in Frankreich 2694 Krankenhäuser; nicht gewinnorientierte Einrichtungen machten 61 Prozent aus (35% öffentlicher und 26% privater Sektor) und 39 Prozent waren private, gewinnorientierte Krankenhäuser. Auf die 947 öffentlichen Krankenhäuser entfielen fast zwei Drittel aller stationären Betten (258.156 von 414.395). Es wird zwischen drei Haupttypen von öffentlichen Krankenhäusern unterschieden:

- 33 regionale Krankenhäuser (*centres hospitaliers régionaux*): Diese verfügen über den höchsten Spezialisierungsgrad und die Kapazität, komplexe Fälle zu behandeln; meist handelt es sich um Lehrkrankenhäuser, die mit Universitäten verbunden sind.
- 802 Allgemeinkrankenhäuser (*centres hospitaliers*): Diese decken hauptsächlich kurzzeitige stationäre Aufenthalte ab. Unter ihnen befinden sich etwa Gemeindekrankenhäuser, die eine Gesundheits- und Sozialversorgungsfunktion erfüllen und akute medizinische Versorgung, Nachsorge und Rehabilitation sowie Langzeitpflege anbieten; und

- 88 Krankenhäuser, die auf die psychiatrische Versorgung spezialisiert sind (*centres hospitaliers spécialisés*) (Chevreul et al. 2015: 100).

7.1.2. Private Gesundheitsversorgung

Ein sehr großer Anteil der Bevölkerung (etwa 96 Prozent) ist - zusätzlich zur staatlichen Krankenversicherung - auch freiwillig privat krankenversichert (European Commission 2019: 92). Einerseits decken Zusatzversicherungen die privaten Kostenbeteiligungen (s.o.) ab, andererseits decken ergänzende Versicherungen Leistungen ab, die nicht von der öffentlichen Versicherung abgedeckt werden. Während etwa 43 Prozent der privat Versicherten die Versicherung im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses erhält (seit 2016 ist dies sogar verpflichtend im Privatsektor), ist der größere Rest (57%) eigenverantwortlich Zusatzversichert (European Commission 2019: 92, 97).

7.1.3. Das Langzeitpflegesystem³⁶

Wie oben erwähnt, gehört in Frankreich die Langzeitpflege älterer und behinderter Menschen zu einem spezifischen Sektor des Sozialsystems, der Elemente der medizinischen und sozialen Pflege kombiniert und als "Gesundheits- und Sozialpflegesektor" oder "dritter Sektor" (*secteur médico-social*) bezeichnet wird. Dieser dritte Sektor ist weiters in zwei Teilsektoren aufgeteilt, die einerseits die Pflege älterer Menschen und andererseits die Pflege von Menschen mit Behinderung umfassen. Die Pflege kann zu Hause oder in Heimen erfolgen; zusätzlich bieten sogenannte "Intermediate-Care-Dienste" vorübergehende Pflege für pflegebedürftige PatientInnen an, sowie Entlastungsdienste für ihre BetreuerInnen (Chevreul et al. 2015: 140).

Die öffentliche Bereitstellung von Langzeitpflege ist als zweigleisiges System organisiert (European Commission 2019: 358f): Einerseits deckt die öffentliche Krankenversicherung Kosten für die *Gesundheitsversorgung* in Einrichtungen für Pflegebedürftige. Sie finanziert auch Langzeitpflegereinrichtungen in Krankenhäusern sowie Pflegedienstleistungen, die direkt im Haus der PatientInnen geleistet wird. Andererseits gibt es mit den *Sozialleistungen* monetäre Unterstützungssysteme, die von den lokalen Behörden finanziert werden, mit welchen Pflegekosten bezahlt werden können, die nicht von der Krankenversicherung abgedeckt werden, und zwar unabhängig davon, ob die Pflege zuhause oder in einer Einrichtung erbracht wird. Diese cash-benefits sind eine Entschädigungsleistung bei Behinderung (PCH, *Prestation de compensation du*

³⁶ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Frankreich: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Frankreich

handicap) und die Persönliche Autonomie-Leistung APA (L'Allocation personnalisée d'autonomie) für ältere Personen mit Betreuungs- bzw. Pflegebedarf ab 60 Jahren.

Formale Pflege zuhause wird hauptsächlich von selbständigen ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen und - in geringerem Umfang - vom häuslichen Krankenpflegedienst SSIAD (*Service de Soins Infirmiers à Domicile*) erbracht. Der SSIAD erbringt die Leistungen hauptsächlich durch HilfskrankenpflegerInnen bzw. Heimhilfen und - in kleinerem Umfang - diplomiertes Krankenpflegepersonal. Der Großteil der häuslichen Krankenpflegeplätze ist für ältere pflegebedürftige Menschen (95%), der Rest für behinderte Menschen reserviert. In Summe gibt es über 100,000 Plätze. Der SSIAD wird zur Gänze von der öffentlichen Krankenversicherung finanziert, zur Inanspruchnahme ist eine Überweisung durch den behandelnden Arzt bzw. Ärztin erforderlich. Der Großteil der Krankenpfleeinheiten sind privat (meist gemeinnützig), der Rest öffentlich. Bei Bedarf kann die Dienstleistung täglich erbracht werden (Chevreul et al. 2015: 140). Von mobilen Hilfs- und Unterstützungsdiensten (*SAAD, service d'aide et d'accompagnement à domicile*) werden nicht-medizinische Leistungen erbracht.

Die stationäre Pflege Älterer wird in unterschiedlichen Einrichtungstypen mit unterschiedlichen Leistungen angeboten. In *Wohngemeinschaften (foyers logements)* gibt es eine Reihe von nicht-medizinischen Leistungen (wie Verpflegung und Wäscherei) und fast keine medizinische Versorgung. Im Jahr 2010 gab es 2.800 solcher Einrichtungen mit 147.000 Plätzen. *Altenheime (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)* beherbergen ältere Menschen und bieten medizinische Betreuung an. Im Jahr 2010 gab es 7.530 Einrichtungen mit insgesamt 588.000 Betten. In *Langzeitpflegeeinrichtungen* werden Menschen untergebracht, deren Pflege eine ständige medizinische Überwachung erfordert. Diese Einheiten - die zum Gesundheitssektor und nicht zum Gesundheits- und Sozialsektor gehören - werden in autonomen Pflegeheimen oder in Krankenhausabteilungen bereitgestellt. Im Jahr 2011 standen rund 32.000 Betten in diesen Einrichtungen zur Verfügung (Chevreul et al. 2015: 140).

7.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Frankreich

Internationale Daten (siehe 1.3) zeigen, dass es im Gesundheits- und Sozialwesen (Branchen Q 86, 87, 88 nach NACE) in Summe etwa 3,9 Millionen Beschäftigte gibt (was etwa 14 Prozent der Bevölkerung entspricht).

Sieht man sich national veröffentlichte Daten für den engeren Bereich des Gesundheitswesens an, so wird ersichtlich, dass es im Dezember 2010 in Frankreich etwa 1,5 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen gab, was etwa 5,3 % der erwerbstätigen Bevölkerung entspricht. Die größte Beschäftigtengruppe (etwa die Hälfte aller in der Branche Beschäftigten) macht das Krankenpflegepersonal aus (d.h. diplomierte Krankenpflegekräfte und PflegehelferInnen). Zu den registrierten Gesundheitsberufen gehören neben diesen beiden Berufen auch ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Hebammen, ApothekerInnen, Rehabilitationsberufe (dazu gehören PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, SehtherapeutInnen, PsychomotoriktherapeutInnen, ErgotherapeutInnen

und FußpflegerInnen) und technische paramedizinische Berufe (HörgeräteakustikerInnen, OrthoptistInnen und RöntgenassistentInnen). Weitere Berufe im Gesundheitswesen inkludieren etwa Büroangestellte und technisches Personal in Krankenhäusern, LabortechnikerInnen, pädiatrische Hilfskräfte, DiätassistentInnen, PsychologInnen oder Krankenwagenfahrer (Chevreul et al. 2015: 99). Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist seit den späten 1980er Jahren stetig gestiegen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 9: Gesundheitspersonal in Frankreich pro 100.000 EinwohnerInnen, 1990-2011

	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Physicians	306	323	330	338	331	329
Primary care doctors	162	164	161	165	161	159
Specialist physicians	144	160	169	173	170	170
Nurses	538	591	651	742	822	844
Midwives	19	21	24	27	61	29
Dentists	67	69	69	67	65	64
Optometrists	na	na	30	34	47	50
Pharmacists	na	93	99	111	118	113
Psychologists	na	na	na	na	58	66
Radiographers	12	13	14	14	14	14
Occupational therapists	na	na	7	9	11	12

Quelle: Chevreul et al. 2015: 108

In Frankreich gibt es (2017) 10,5 Beschäftigte an qualifiziertem Krankenpflegepersonal pro 1.000 EinwohnerInnen (siehe Kapitel 1.3), womit es eher im oberen Feld innerhalb der EU liegt. Das Niveau an ÄrztInnen liegt etwas unter dem europäischen Durchschnitt. Allerdings sind die Gesundheitsfachkräfte nicht gleichmäßig über das Land verteilt. Paris, sowie die südöstlichen Regionen (Île-de-France und Provence-Alpes-Côte-d'Azur) haben die höchste Dichte an Gesundheitspersonal, gefolgt von den anderen südlichen Regionen, während die nördlichen und östlichen Regionen unter einem Mangel an Gesundheitspersonal leiden (Chevreul et al. 2015: xviii). Die Politik hat dieser Entwicklung entgegen gesteuert, indem im Rahmen einer Vereinbarung seit 2007 Anreize geschaffen werden, um die geografische Verteilung der Niederlassungen von selbständigen KrankenpflegerInnen zu steuern. Dazu wurden obere Grenzen in Gebieten mit einer hohen Dichte festgelegt und materielle sowie finanzielle Anreize für unterversorgte Gebiete geschaffen (Chevreul et al. 2015: 108).

Die Mehrheit der KrankenpflegerInnen ist in Krankenhäusern angestellt (67,9%). Auch in Langzeitpflegeeinrichtungen sind KrankenpflegerInnen tätig, 16,4% sind selbständig tätig und bieten ambulante Pflege an. HeimhelferInnen sind im ambulanten Bereich kaum tätig, sie arbeiten hauptsächlich im SSIAD (s.o.) unter der Schirmherrschaft spezifischer Dienste, die sie beschäftigen; diplomiertes Krankenpflegepersonal ist in diesen Einrichtungen jedoch kaum zu finden (Chevreul et al. 2015: 108; 116). Bei Hebammen sind fast drei Viertel (71,6%) in Krankenhäusern (mit Entbindungsstationen) tätig, etwa 22 Prozent arbeiten selbständig (Chevreul et al. 2015: 119).

Weniger als zwei Prozent der KrankenpflegerInnen (und PharmazeutInnen) haben ausländische Diplome. Dennoch hat die Zahl der im Ausland ausgebildeten und in

Frankreich praktizierenden Gesundheitsfachkräfte in den letzten Jahren zugenommen, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Gebieten und in Disziplinen, die mit Personalmangel konfrontiert sind. Unter den KrankenpflegerInnen sind Diplome aus Spanien und Belgien am häufigsten (Chevreul et al. 2015: 116). Generell ist jedoch der Anteil der im Ausland ausgebildeten KrankenpflegerInnen mit 2,8% gering (OECD 2017). Etwa 30% der neu registrierten KrankenpflegerInnen verlassen den Beruf in den ersten fünf Jahren nach Erhalt ihres Diploms (SNPI, 2019b). Gleichzeitig gibt es 2020 etwa 34.000 unbesetzte, freie Stellen für Krankenpflegepersonal (<https://www.rfi.fr/en/wires/20201011-more-half-french-nurses-approaching-burn-out-survey>).

7.3. Personalbedarf und Personalplanung

Im Jahr 2003 wurde das Nationale Observatorium für Gesundheitsberufe (*Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*) gegründet, um dem Gesundheitsministerium Daten für die Steuerung der Humanressourcen zu liefern und Lücken in der strategischen Planung auf nationaler und regionaler Ebene aufzuzeigen (Chevreul et al 2015: 36). Die Nachfrage an KrankenpflegerInnen übersteigt nach wie vor das Angebot. Für KrankenpflegerInnen wurde nach einer nationalen Vereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse 2007 versucht, die Personalplanung zu verbessern. Finanzielle und materielle Anreize wurden gesetzt, damit sich selbständiges Krankenpflegepersonal in unterversorgten Gebieten niederlassen würde; eine Niederlassung in überversorgten Gebiete durfte nur dann erfolgen, wenn gleichzeitig eine selbständige KrankenpflegerIn dort in Pension gehen oder sonst ausscheiden würde. Nach wie vor bestehen aber Unterschiede in der Dichte (Chevreul et al. 2015: 37, 112).

Auch bei ärztlichem Personal erfolgt die Personalprognose und Planung der Ausbildungskapazitäten meist auf der nationalen Ebene; hier wird ein Numerus clausus eingesetzt, der einen Mangel bzw. ein Überangebot an medizinischen Fachkräften verhindern soll. Auch hier gibt es regionale Ungleichheiten in der Verteilung, da selbständige ÄrztInnen ihren Praxisort frei wählen können. Mit Anreizen versucht man auch hier, unterversorgte Gegenden mit ärztlichem Fachpersonal zu versorgen. Um aber die Ungleichheiten in der Verteilung von medizinischen Fachkräften zu beheben, wird zunehmend mit der Übertragung von Aufgaben von ÄrztInnen auf andere Fachkräfte wie Krankenpflegepersonal experimentiert (Chevreul et al. 2015: xviii).

Die Auswanderung qualifizierter Gesundheits- und Pflegefachkräfte ist gering; Frankreich ist ein Nettoaufnahmeland. Eingewandertes diplomiertes Krankenpflegepersonal kommt - innerhalb der EU - am häufigsten aus Spanien und Belgien (Chevreul et al. 2015: 116).

7.4. Ausbildung

Bereits 2009 wurde die Krankenpflegeausbildung in Frankreich reformiert. Hatte die Ausbildung vormals den Charakter einer Berufsausbildung, wurde sie 2009 auf eine tertiäre Ausbildung auf Hochschulebene den europäischen Vorgaben angepasst. KrankenpflegerInnen müssen nun einen Bachelor-Lehrgang absolvieren (OECD 2016: 1). Um die Krankenpflegeausbildung zu absolvieren, muss eine Eignungsprüfung am *Institut de Formation en Soins Infirmiers* (IFSI) abgelegt werden. Zudem gibt es einen regionalen Numerus clausus (Chevreul et al. 2015: 117). Dieser wurde erstmals 1979 eingeführt. Seit 1999 hat die Zahl der AusbildungsanfängerInnen um 66 Prozent zugenommen (von 18.000); 2015 waren es etwa 31.000 AnfängerInnen. Der größte Zuwachs ist dabei auf das Ausbildungsjahr 2000/01 zurückzuführen, mit einem Anstieg von etwa 40 Prozent. Dies war der generellen Arbeitszeitreduktion auf 35 Wochenstunden geschuldet, sowie der erwarteten hohen Anzahl an KrankenpflegerInnen, die in Pension gehen würden. Die Anzahl der graduierten KrankenpflegerInnen stieg 2012 stark an (erste Graduierte aus dem neuen Bachelor-Programm) und liegt bei über 25.000 jährlich (letzte Zahlen aus 2013). Etwa 75 bis 80 Prozent derjenigen, die eine Krankenpflegeausbildung beginnen, schließen diese auch ab (OECD 2016: 2).

7.4.1. Grundausbildung und spezialisierte weiterführende Ausbildung von KrankenpflegerInnen

Die Grundausbildung (Mindestalter: 17 Jahre) dauert drei Jahre und schließt mit dem Bachelor ab. Anschließend gibt es die Möglichkeit einer Spezialisierung, etwa in den Bereichen Kinderkrankenpflege, Anästhesie oder zur OP-Krankenpflegekraft. Diese weiterführenden Ausbildungen schließen mit einem Masters-Abschluss oder einem anderwertigen 'Berufsabschluss' ab, je nach gewählter Ausbildung.

Diese zusätzlichen Spezialisierungsausbildungen sind von unterschiedlicher Länge und führen zu verschiedenen Arten von Diplomen. Folgende Aufstellung (OECD 2016: 4) zeigt, welche Ausbildungen umfasst werden:

- Kinderkrankenpflege: ein Jahr Ausbildung für Personen mit einem Krankenpflegediplom, ohne Vorkenntnisse
- Krankenpflege im Operationssaal: 18 Monate Ausbildung, nach mindestens zwei Jahren Berufserfahrung
- Anästhesiekrankenpflege: zwei Jahre Ausbildung, nach mindestens zwei Jahren Mindestberufserfahrung, schließt seit 2012 mit einem Master-Abschluss ab
- Leitungsfunktion in der Krankenpflege: ein Jahr Ausbildung, nach mindestens vier Jahren Berufserfahrung
- Krankenpflege in der Arbeitsgesundheit: ein Jahr Ausbildung, die zu einem Diplom oder einem Berufstitel führt (der Abschluss ist zwar nicht zwingend erforderlich, um einschlägige Positionen zu übernehmen, wird aber von Arbeitgebern bevorzugt)

Neben diesen spezialisierten weiterführenden Ausbildungen gibt es in Frankreich eine Bewegung zur Einführung einer sogenannten "Nurse Practitioner"-Rolle. Dieses Berufsbild wird verfolgt, um auf diverse Herausforderungen zu reagieren, die sich aus der Alterung der Bevölkerung, der steigenden Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten und dem Mangel an ÄrztInnen in bestimmten Bereichen ergeben. Der erste diesbezügliche Masterstudiengang in Pflegewissenschaft wurde 2012 in Zusammenarbeit zwischen der Universität Aix-Marseille und der Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP - Französische Schule für öffentliche Gesundheit) eingeführt. Dieses Programm hat eine Dauer von zwei Jahren und bereitet KrankenpflegerInnen darauf vor, als Advanced Nurse Practitioner (IPA - *Infirmière de la pratique avancée*) entweder im Bereich der Onkologie oder in der Gerontologie zu arbeiten. Nach dem Abschluss muss eine solche IPA die Genehmigung der französischen Gesundheitsbehörde erhalten, um zu praktizieren (OECD 2016: 4).

Um als selbständige KrankenpflegerIn praktizieren zu können, ist eine zweijährige klinische Erfahrung in einem Krankenhaus Voraussetzung (Chevreul et al. 2015: 117).

7.4.2. Registrierung

Die Registrierung durch die jeweiligen professionellen Vereinigungen ist für eine Reihe von Gesundheitsberufen verpflichtend: So müssen sich praktizierende ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, Hebammen, PhysiotherapeutInnen und KrankenpflegerInnen registrieren lassen. Die Registrierung wird in der Regel auf Antrag nach der Erstausbildung erteilt und ist lebenslang gültig. Für KrankenpflegerInnen erfolgt die Registrierung nach Abschluss der Ausbildung durch den nationalen Krankenpflegeverband (*Ordre national des infirmiers*). Darüber hinaus ist auch die Registrierung im nationalen Informationssystem über Gesundheitsberufe (*ADELI*) über die jeweiligen regionalen Gesundheitsbehörden für fast alle Gesundheitsberufe verpflichtend. (Chevreul et al. 2015: 48)

7.4.3. Sonstige Berufsgruppen

Die Gruppe der "healthcare assistants" (ISCO 5321) wird in Frankreich *aide-soignant(e)* genannt. Die Ausbildung dauert zwischen acht Monaten und einem Jahr und ist landesweit einheitlich geregelt mit einem Lehrplan, der Mindestinhalte vermittelt. Das Mindestalter für den Beginn der Ausbildung ist 17 Jahre, eine Ausbildung etwa auf Maturaniveau wird vorausgesetzt. Nach der Basisausbildung kann eine Zusatzqualifikation für die Altenpflege erworben werden. Diese Berufsgruppe arbeitet unter der Anleitung von (diplomierten) Pflegekräften häufig in Krankenhäusern; nur ein sehr kleiner Anteil (7,5%) ist in der häuslichen Betreuung bzw. Pflege tätig. Es wird von keinem Personalmangel in dieser Beschäftigtengruppe berichtet (Eurodiaconia 2016: 18).

7.5. Arbeitszeiten

Die Durchsetzung der 35-Stunden-Woche, oder *réduction du temps de travail* (RTT), fand Anfang 2000 in privaten Krankenhäusern und 2002 in öffentlichen Krankenhäusern statt (WHO 2006: 27). Die jährliche Arbeitszeit in Krankenhäusern ist mit 1.607 Stunden im Jahr angegeben, was 35 Wochenstunden entspricht. Nach sechs Stunden Arbeit werden 20 Minuten Pause gewährt, eine tägliche Ruhepause muss mindestens 12 Stunden betragen. Laut Kollektivvertrag für den öffentlichen Sektor (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F573>) darf bei kontinuierlicher Arbeit die tägliche Arbeitszeit von neun Stunden für Tagschichten und zehn Stunden bei Nachtschichten nicht überschritten werden. In Krankenhäusern ist es üblich, feste Schichten zu arbeiten, also etwa vormittags, nachmittags oder nachts. Lange Schichten (Tag- bzw. Nachtdienst von (maximal) 12 Stunden) werden auch teilweise angeboten - dies ist nach dem Kollektivvertrag möglich, wenn ansonst die Kontinuität des Dienstes eingeschränkt wäre. Eine Schichtrotation zwischen Tag und Nacht ist in Frankreich nicht sehr häufig (<https://healthcare-in-europe.com/en/news/nurse-migrations.html>).

Weitere Klauseln im Kollektivvertrag legen fest, dass bei unterbrochener Arbeit in maximal zwei Schichten von mindesten drei Stunden die gesamte tägliche Arbeitszeit (inklusive Pausen) 10,5 Stunden nicht überschreiten darf. Innerhalb von sieben Tagen dürfen maximal 48 Stunden (einschließlich Überstunden) gearbeitet werden; innerhalb einer Woche muss eine Pause von mindestens 36 aufeinander folgenden Stunden gewährleistet sein. Innerhalb von zwei Wochen müssen vier Tage frei sein, mindestens zwei davon müssen aufeinanderfolgend sein, einschließlich eines Sonntags. Die Arbeit in Krankenhäusern ist in sogenannte "Arbeitszyklen" bzw. Referenzperioden oder Durchrechnungszeiträume aufgeteilt, die eine Dauer von mindestens einer Woche und maximal zwölf Wochen aufweisen. Je nach Abteilung oder Art der Funktion wird der Arbeitszyklus unterschiedlich definiert. Innerhalb eines Arbeitszyklus können die wöchentlichen Arbeitszeiten unregelmäßig sein, in Summe werden sie aber so festgelegt, dass die jährliche Arbeitszeit von 1.607 Stunden eingehalten wird. Innerhalb einer Woche sind maximal 44 Stunden (ohne Überstunden) Arbeitszeit möglich. Dienstpläne sind mindestens 15 Tage im vorhinein bekannt zu geben, jede Änderung muss 48 Stunden im Voraus bekannt gegeben werden (außer in Notfällen).

Der Urlaubsanspruch liegt bei sechs Wochen (<https://healthcare-in-europe.com/en/news/nurse-migrations.html>).

In der mobilen Langzeitpflege bzw. Hauskrankenpflege sind die Arbeitszeiten weitaus diverser geregelt. Die Mehrheit der Pflegekräfte in diesem Bereich ist mit einem unbefristeten Vertrag angestellt und hat damit eine hohe Beschäftigungsstabilität. Allerdings gibt es kaum Vollzeitbeschäftigte, sondern eine Prävalenz von Teilzeitbeschäftigung und viele der Pflegekräfte arbeiten für mehrere Arbeitgeber (Devetter und Lefebvre 2015). Weniger als ein Drittel der Pflegekräfte in der häuslichen Pflege sind Vollzeit beschäftigt (Marquier 2010), die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt 26,1 Stunden an 4,9 Tagen, wobei die Pflegekräfte in einer

Woche im Durchschnitt 6,5 verschiedene Personen betreuen (5,4 davon sind ältere Menschen) (zitiert in B. Le Bihan, B./Martin, C. 2018).

7.6. Gehalt

Die Bezahlung in öffentlichen Krankenhäusern ist tendenziell besser als in Privatkliniken mit großzügigen Pensionszahlungen u.ä. (<https://healthcare-in-europe.com/en/news/nurse-migrations.html>). Die Gehälter bei diplomiertem Krankenpflegepersonal sind jedoch vergleichsweise sehr niedrig und starteten bis vor kurzem bei etwa 1500 € pro Monat (siehe <https://www.france24.com/en/20200529-french-health-workers-angry-as-reforms-threaten-famous-35-hour-working-week>).

Damit gehör(t)en sie zu den niedrigsten Gehältern innerhalb der EU. Nachdem es etwa ein Jahrzehnt keine merkbaren Gehaltserhöhungen in der Branche gegeben hat, verhandelten die Gewerkschaften ab Mitte 2020 mit der Regierung über höhere Gehälter und die Schaffung mehrer Arbeitsplätze im öffentlichen und privaten Gesundheitssektor. Die Regierung schürte ein 7,5-Milliarden-Euro-Paket, das eine erste Netto-Gehaltserhöhung von 90 € pro Monat für den Großteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen ab September 2020 brachte und eine weitere Erhöhung von 93 € ab März 2021 für alle Beschäftigten im öffentlichen und gemeinnützigen Sektor (EPSU 2020); für Beschäftigte in privaten gewinnorientierten Einrichtungen lag die Gehaltserhöhung bei 160 € in Summe. Die am schlechtesten bezahlten Beschäftigten, die den Mindestlohn³⁷ erhalten, wurden mit einer Lohnerhöhung von 15 Prozent bedacht (siehe <https://www.epsu.org/article/collective-bargaining-developments-public-services>, aufgerufen am 6.5.2021). Die Gewerkschaften, die eine Erhöhung von 300 € wollten, zeigten sich nicht zufrieden mit dem Ergebnis, da die Vereinbarung auch eine größere Flexibilität bei der Verlängerung der Wochenarbeitszeit über 35 Stunden hinaus vorsieht (<https://www.wsws.org/en/articles/2020/07/15/fran-j15.html>). Außerdem gab es auch große Kritik, da etwa 300.000 Beschäftigte in privat geführten Einrichtungen und 250.000 die in der mobilen Pflege tätig sind von den Gehaltssteigerungen nicht profitieren (<https://www.epsu.org/epsucob/2021-epsu-collective-bargaining-news-march-no6/unions-continue-push-pay-rises-all-health>). Für letztere Beschäftigtengruppe wurde eine neue Vereinbarung unterzeichnet, die ab Oktober 2021 eine Gehaltserhöhung von 99 € für niedrig Qualifizierte vorsieht, die den nationalen Mindestlohn erhalten, und 362 € für qualifizierte Heimhilfen u.ä. (siehe <https://www.epsu.org/epsucob/2021-epsu-collective-bargaining-news-april-no8/public-service-and-health-unions-active-pay>).

Außerdem sollen 7.500 zusätzliche Stellen geschaffen werden; allerdings ist es schwierig, aufgrund der verhältnismäßig schlechten Arbeitsbedingungen diese Stellen zu füllen; weitere 7.500 Planstellen über das ganze Land verteilt sind bereits länger budgetiert, allerdings nicht besetzt.

In der mobilen Pflege liegen die Durchschnittslöhne noch tiefer; der Durchschnittslohn für eine Vollzeitstelle wurde vor zehn Jahren mit etwa 1.190 € angegeben (Le Bihan 2018:

³⁷ Der Mindestbruttolohn pro Stunde liegt per 1. Jänner 2021 bei €10,25.

9). Da der Großteil der Beschäftigten aber nur Teilzeit arbeitet, liegt der durchschnittliche tatsächliche Verdienst bei 832 €. Heimhilfen können entweder bei den betreibenden Stellen (etwa NGOs), bei den KundInnen direkt oder über eine zwischengeschaltete Agentur beschäftigt werden. Die Arbeitsbedingungen von HeimarbeiterInnen hängen von ihrem Qualifikationsniveau ab. Das Vollzeitgehalt einer lizenzierten Heimhilfe liegt etwa 20 Prozent über dem Mindestlohn. Der finanzielle Vorteil, ein Diplom zu haben und über eine Agentur beschäftigt zu sein, ist gering; um Vollzeit arbeiten zu können, müssen etwa drei bis vier KlientInnen betreut werden. Daher ziehen es lizenzierte Heimhilfen vor, direkt angestellt oder über eine Vermittlungsagentur zu arbeiten, da sie sich nur um ein oder zwei ältere Personen kümmern (und manchmal zusätzliches Geld von ihren Kunden bekommen). Während in der mobilen Pflege PflegeassistentInnen fast immer fest angestellt sind und etwa das 1,4-fache des Mindestlohns verdienen, ist diplomiertes Krankenpflegepersonal meist selbstständig; das Durchschnittsgehalt liegt bei etwa 2.200 € und damit das 2,2-fache des Mindestlohns, allerdings arbeiten diese KrankenpflegerInnen auch weit mehr als 35 Stunden (WHO 2013).

7.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Eine vergleichende europäische Studie Anfang der 2000er Jahre (NEXT-Studie, "Nurses Early Exit Study") zeigt für Frankreich, dass etwa 16 Prozent der KrankenpflegerInnen und 15 Prozent der PflegehelferInnen häufig daran zu denken, ihren Beruf zu verlassen (zitiert in Lamy et al. 2013). Laut einer im Herbst 2020 veröffentlichten Umfrage unter fast 60.000 Beschäftigten steht mehr als die Hälfte der französischen KrankenpflegerInnen kurz vor dem Burn-out. Die am häufigsten genannten Probleme in dieser von der Gewerkschaft in Auftrag gegebenen Untersuchung waren Feiertage bzw. freie Tage, die nicht in Anspruch genommen werden konnten und ein erhöhtes Arbeitspensum aufgrund von COVID-19. Damit verdoppelte sich der Anteil derer, die von einem "Zustand professioneller Erschöpfung" sprachen, während der Pandemie fast; davor gaben nur etwa ein Drittel der befragten KrankenpflegerInnen dies an. Mehr als ein Drittel der KrankenpflegerInnen gab an, dass ihre Abteilungen im Vergleich zum Normalbereich unterbesetzt waren, und zwei Drittel gaben an, dass sich die Arbeitsbedingungen seit Beginn der Pandemie verschlechtert haben. Etwa 20 Prozent der Befragten gab (im Herbst) an, im letzten halben Jahr keinen Urlaub nehmen haben zu können.³⁸

Eine Umfrage unter Krankenpflegepersonal in einer geriatrischen Krankenhausabteilung im April 2020 zeigte hingegen erstaunlich positive Ergebnisse - die Belastung hat sich naturgemäß erhöht, allerdings zeigten die Beschäftigten "nur" ein mittleres Maß an Burnout und Erschöpfung; ob sich dies allerdings im weiteren Verlauf der Pandemie noch geändert hat, ist (noch) nicht bekannt (El Haj et al. 2020).

³⁸ Die Ergebnisse der Studie sind hier abrufbar: <https://www.rfi.fr/en/wires/20201011-more-half-french-nurses-approaching-burn-out-survey>

Auch selbständige KrankenpflegerInnen haben eine sehr große Arbeitsbelastung und lange Arbeitszeiten. Eine 2004 unter dieser Gruppe in Frankreich durchgeführte Umfrage zeigte, dass diese im Durchschnitt 40 Stunden arbeiten und damit weitaus mehr als in Krankenhäusern Beschäftigte. Etwa 30 Prozent der Befragten meinten, dass ihre Arbeitsbelastung zu hoch ist; fast 20 Prozent überlegten, ihre selbständige Tätigkeit in den kommenden drei Jahren aufzugeben. Nur sieben Prozent hätten sich bereit erklärt, ihr Arbeitspensum zu erhöhen. Etwa ein Viertel der befragten KrankenpflegerInnen beklagte sich über die schwerfälligen Verwaltungsverfahren (zahlreiche und komplexe Formulare, die sie ausfüllen müssen); ein Sechstel über den Mangel an Stellenbesetzungen (Elodie et al. 2005).

In einer psychologischen Studie, die "best practice" Krankenhäuser mit niedriger Fluktuation, hoher Arbeitszufriedenheit, hohes Engagement für die Arbeit und niedrige Burn Out Prävalenzen näher untersuchte, wurden acht Erfolgsdimensionen identifiziert: (1) die Autonomie, die den KrankenpflegerInnen in ihrer Organisation zugeschrieben wird; (2) ihre Innovationsmöglichkeiten; (3) die Unterstützung der Teams durch die Verwaltung; (4) die Qualität der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Fachleuten; (5) die Entwicklung und Pflegeführung innerhalb des Teams; (6) positive Beziehungen zu Gleichaltrigen (7) ein angemessenes Verhältnis des Personals zur Arbeitsbelastung; und (8) ein Fokus auf die PatientInnen sowie die Bedeutung der Qualität der Versorgung (zitiert in Lamy et al. 2013).

Literatur

- Chevreur, Karine/Berg Brigham, Karen/Durand-Zaleski, Isabelle/Hernandez-Queved, Cristina (2015): Health Systems in Transition. France: Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels
- Debout, Christophe/Petit-dit-Daniel, Odessa/Rothan-Tondeur, Monique (2012): Undergraduate nursing education reform in France: From vocational to academic programmes, in: International Nursing Review 59: 519-524
- El Haj, M./Allain, P./Annweiler, C./Boutoleau-Bretonnière, C./Chapelet, G./Gallouj, K./Kopogiannis, D./Roche, J./Boudoukha, A.H. (2020): Burnout of Healthcare Workers in Acute Care Geriatric Facilities During the COVID-19 Crisis: An Online-Based Study, in: Journal of Alzheimers Disease 78(2): 847-852
- Elodie, Mathieu/Allemand, Hélène/Teitelbaum, Juan/Lévy, Danièle (2005): Nurses in private practice in France [Article in French]
- Eurodiaconia (2016): The education, training and qualifications of nursing and care assistants across Europe, Brussels (<https://www.eurodiaconia.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/The-education-training-and-qualifications-of-nursing-and-care-assistants-across-Europe-Final.pdf>, Zugriff 20.4.2021)
- European Commission (2019): France. Health Care & Long-Term Care Systems. An excerpt from The Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, 2019 Update

- Lamy, Sébastien/Régis de Gaudemaris, Annie/ Sobaszek, Sandrine/ Caroly, Alexis/ Descatha, Thierry Lang (2013): Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention, in: Dans Santé Publique 2013/4 (Vol. 25), pages 389 à 397
- Le Bihan, Blanche (2018): ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. France, Brussels
- OECD (2016): Trends in Nursing Education in France. Health Workforce Policies in OECD Countries, Paris
- WHO (2006): The Healthcare Workforce in Europe. Learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- WHO (2013): Home care across Europe. Case studies. European Observatory on Health Systems and Policies, Utrecht

8. LÄNDERBERICHT ITALIEN

8.1. Organisation des Gesundheitssystems in Italien

8.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Italien verfügt über ein staatliches, vorwiegend steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Der nationale Gesundheitsdienst SSN (*Servizio Sanitario Nazionale*) wurde 1978 eingeführt und stellt für alle legal in Italien lebenden Personen eine automatische, universale und weitgehend kostenlose Gesundheitsversorgung dar. Seit 1998 haben auch undokumentiert in Italien Lebende Zugang zu Basisversorgung. Die Organisation der Gesundheitsversorgung ist stark dezentralisiert: Auf der nationalen Ebene legt das Gesundheitsministerium grundlegende Prinzipien und Ziele fest, bestimmt welche Leistungen im gesamten Land garantiert werden, und weist den Regionen nationale Mittel zu. Die Regionen sind für die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zuständig. Auf der Gemeindeebene erbringen lokale Gesundheitsbehörden (*Aziende Sanitarie Locali, ASL*) öffentliche und kommunale Gesundheitsdienste sowie die Primärversorgung direkt, die Versorgung mit FachärztInnen erfolgt entweder ebenfalls direkt oder über öffentliche Krankenhäuser oder akkreditierte private Anbieter (Ferré et al. 2014: xviii).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt hauptsächlich über nationale und regionale Steuern, Arbeitgeberbeiträge, sowie Ko-Zahlungen (*ticket sanitario*) für Medikamente und ambulante Versorgung. Diese Ko-Zahlungen wurden als Folge der Wirtschafts- und Finanzkrise eingeführt und variieren je nach Region bzw. Leistung (bis zu 36 €). Sie beziehen sich hauptsächlich auf Zuzahlungen für diagnostische Verfahren (Labortests und bildgebende Verfahren), Arzneimittel, Facharztbesuche und für ungerechtfertigte (nicht dringende) Eingriffe in Notaufnahmen von Krankenhäusern; die Grundversorgung und die stationäre Versorgung sind hingegen für alle völlig kostenlos, auch bestimmte Personengruppen wie etwa Ältere ab 65, Kinder bis zu sechs Jahren, einkommensschwächere Haushalte, oder Behinderte sind von Zuzahlungen ausgenommen (Ferré et al.: 59f).

Von den lokalen Gesundheitsbehörden ASL gibt es über 200, die jeweils für ca. 50.000 bis 200.000 EinwohnerInnen zuständig sind. Auf dieser Ebene findet die Verwaltung und Koordination von Krankenhausdiensten sowie ambulanter Gesundheitsversorgung (inkl. Arztpraxen) der jeweiligen Region statt. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung funktioniert nach dem Wohnsitzprinzip – bei der Anmeldung zum lokalen Gesundheitsdienst erhält die versicherte Person eine Gesundheitskarte, die die freie Wahl des Familienarztes bzw. der Familienärztin (dies sind AllgemeinmedizinerInnen oder KinderärztInnen) ermöglicht. Diese übernehmen die Primärversorgung; pro AllgemeinmedizinerIn können etwa 1.500 Personen eingeschrieben werden, bei

KinderärztInnen 800. Diese stellen Überweisungen aus, die den Besuch von FachärztInnen ermöglichen (Zahn-, Augen- und FrauenärztInnen ausgenommen) und haben somit eine wichtige Rolle als ‚gate-keeper‘ inne (Piccoliori 2015: 252).

Die Gesundheitsversorgung wird hauptsächlich von öffentlichen Anbietern erbracht, mit einigen privaten oder privat-öffentlichen Einrichtungen (Ferré et al. 2014: xix). Der Großteil der Krankenhäuser wird von den ASL betrieben; es gibt auch einige private Krankenhäuser, die aber vertraglich ebenfalls an den staatlichen Gesundheitsdienst angedockt sind (Piccoliori 2015: 251f).

8.1.2. Private Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung erfolgt in erster Linie durch öffentliche Anbieter, private Versicherungen haben den Charakter von Zusatzversicherungen und werden häufig als freiwillige Sozialleistungen von Arbeitgebern angeboten; Ausgaben für private Versicherungen liegen bei nur etwa einem Prozent aller Gesundheitsausgaben, 2010 verfügte etwa 5,5 Prozent der Bevölkerung über solch eine Versicherung. Häufig werden private Zusatzversicherungen genutzt, um eine raschere Behandlung zu erhalten, sie decken aber auch Kosten ab, die vom öffentlichen Gesundheitssystem nicht oder nur teilweise gedeckt sind, wie etwa Zahnbehandlungen, alternativmedizinische Leistungen oder auch häusliche Krankenpflege (Ferré et al. 2014: 61ff).

8.1.3. Das Langzeitpflegesystem³⁹

Das Langzeitpflegesystem in Italien ist traditionell von informeller Pflege, die v.a. von Frauen erbracht wird, gekennzeichnet. In den letzten Jahren wurde das Modell durch private, vorrangig migrantische Betreuungskräfte ergänzt, die häufig von Privathaushalten beschäftigt werden und dort auch untergebracht sind. In der Bereitstellung von Pflegeleistungen spielt der Staat somit nur eine marginale Rolle. Pflegebedürftige Personen erhalten eine Betreuungsbeihilfe (*Indennità di Accompagnamento IA*) in der Höhe von etwa 515 €, über die frei verfügt werden kann (meist werden die Betreuungskräfte damit bezahlt). Im Jahr 2016 machte diese Beihilfe bereits 55 Prozent des gesamten Staatsbudgets für Langzeitpflege aus (Jessoula et al. 2016: 7). Stationäre und mobile Betreuungs- und Pflegedienste werden durch die Regionen (Krankenpflege) und Gemeinden (Haushaltshilfe und Betreuung) zur Verfügung gestellt.

³⁹ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Italien: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Italien

Die formelle Langzeitpflege in Italien (mit Schwerpunkt auf Pflegeheimen) wird vom öffentlichen Sektor (16 Prozent), dem privaten Sektor (54 Prozent, hauptsächlich gemeinnützig), sowie von religiösen Organisationen erbracht (13 Prozent) (ISTAT 2013, zitiert in Vainieri et al. 2017).

8.2. Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor in Italien

Im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen gibt es in Italien knapp 2 Millionen Beschäftigte (siehe Kapitel 1). Beim SSN waren im Jahr 2010 etwa 650.000 Personen beschäftigt, wovon ca. 70 Prozent (455.000) Gesundheitspersonal, 18 Prozent (117.000) technisches und 12 Prozent (78.000) administratives Personal ist. Unter dem Gesundheitspersonal gibt es fast 60 Prozent (ca. 265.000) KrankenpflegerInnen (Ferré et al. 2014: 79). Die Pro-Kopf Quote an qualifiziertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist im europäischen Vergleich relativ niedrig mit 5,8 pro 100.000 EinwohnerInnen im Jahr 2017 (siehe Kapitel 1).

Im Bereich der Langzeitpflege sind etwa 230.000 Pflege- und Betreuungspersonen in Pflegeeinrichtungen tätig (2013) und etwa 30.000 in mobiler Pflege zuhause (davon ca. 22.000 (VZÄ) im Bereich der Betreuung (2015) und 7.800 (VZÄ) im Bereich der mobilen Krankenpflege bzw. Hauskrankenpflege, 2013). Die letzteren sind angestellt bei sozialen Kooperativen die für lokale Behörden arbeiten (Betreuung und Pflege zuhause) und beinhalten sowohl qualifiziertes Krankenpflegepersonal, als auch Assistenz- und Betreuungspersonal. In privaten Haushalten sind in Summe etwa 1 Million (geschätzt) als Betreuungs- und Pflegepersonal tätig, wovon etwa 400.000 legal arbeiten, der überwiegende Teil jedoch (600.000) illegal beschäftigt ist (Pedersini 2020).

In Bezug auf die internationale Mobilität des Gesundheitspersonals ist Italien überwiegend ein Zielland. Insbesondere bestimmte Kategorien von Gesundheitsfachkräften wie KrankenpflegerInnen und PflegehelferInnen wandern - sowohl legal als auch illegal - in großem Umfang zu, was vor allem auf einen chronischen Mangel an Pflegekräften zurückzuführen ist (Ferré et al. 2014: xx). Etwa 10 Prozent der KrankenpflegerInnen in Italien sind MigrantInnen; hierbei gibt es regional sehr große Unterschiede, mit einem hohen Anteil an ausländischen Pflegekräften in Nord- und Zentralitalien und eher niedrigeren Anteilen im Süden (Rocco/Stievano 2013: 21f). Diese Pflegekräfte kommen etwa zur Hälfte aus Rumänien; viele kommen auch von außerhalb der EU (Indien, Albanien). Vor allem in der Langzeitpflege ist der Anteil an nicht-italienischen PflegerInnen sehr hoch.

8.3. Personalbedarf und Personalplanung

Die Gesamtzahl des medizinischen Personals ist in Italien verhältnismäßig hoch, was aber an der hohen Anzahl der ÄrztInnen liegt (3,98 praktizierende ÄrztInnen pro 1.000

EinwohnerInnen, im Vergleich zum EU-28 Durchschnitt von 3,8). Es herrscht jedoch schon seit Jahren ein chronischer Mangel an Pflegepersonal; das Verhältnis von KrankenpflegerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen liegt bei 6,02 (EU-28 Durchschnitt: 8,20) (EK 2021: 88). Das Verhältnis von KrankenpflegerInnen zu ÄrztInnen (1,4) ist eines der niedrigsten im internationalen Vergleich von Industriestaaten (der OECD-Durchschnitt liegt bei 2,8). (OECD, 2017). Italien sieht sich - wie der Großteil der EU-Staaten - mit demographischer Alterung in der Bevölkerung und bei den beruflich aktiven Arbeitskräften im Gesundheitswesen konfrontiert. Dabei ist eine regional ungleiche Verteilung von medizinischen Fachkräften zu erkennen - mit größeren Mängeln in südlichen Regionen (EC 2021: 86). Schätzungen über den kurz- und mittelfristigen Personalbedarf im Gesundheits- und Sozialhilfesektor von Unioncamere (dem Verband der italienischen Handels-, Industrie-, Handwerks- und Landwirtschaftskammern) zeigen für den Zeitraum 2019-2023 einen Gesamtbedarf von zwischen 360.000 und 380.000 Arbeitskräften in den Bereichen Gesundheits- und Sozialwesen (NACE-Bereiche 86, 87, 88 sowie 75 - Veterinärwesen) an⁴⁰. Mit dieser Zahl werden sowohl Personalnachbesetzungen abgedeckt (etwa zwei Drittel, also etwa 250.000) als auch zusätzlich benötigte Arbeitskräfte (ca. 110.000-130.000). Für den Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen wird ein Anstieg um etwa 60.000 Beschäftigte für 2030 prognostiziert (Pedersini 2020).

Im Jahr 2015 initiierte Italien ein umfassendes System zur Planung des Gesundheitspersonals. Dieses Planungssystem umfasst 30 anerkannte Gesundheitsberufe. Im Dialog zwischen regionalen und nationalen Behörden wird ein Konsens über Ausbildungsquoten gesucht, unterstützt von Angebots- und Nachfrageprognosen für die nächsten 20 Jahre. Das System zielt darauf ab, ein Gleichgewicht zwischen dem Angebot an Gesundheitsfachkräften und dem langfristigen Bedarf zu erhalten. Es wird angestrebt, den Bedarf mit der nationalen Ausbildungskapazität zu decken. Im Dialog zwischen der nationalen Regierung und den Regionen wird jährlich die staatliche Finanzierung der Bildung und damit Ausbildungsquoten festgelegt. Ein Numerus clausus legt die Ausbildungsquote für alle Gesundheitsberufe auf der Grundlage der Personalprognosen fest, die Regionen unterzeichnen eine jährliche Vereinbarung mit den lokalen Universitäten, um Ausbildungskosten für bestimmte Qualifikationen (z. B. KrankenpflegerInnen) teilweise zu finanzieren, basierend auf ihrem Bedarf. Die Anpassung des Qualifikationsmixes und eine Höherqualifizierung des Gesundheitspersonals zur Bewältigung der steigenden Gesundheitsbedürfnisse und des schnellen technologischen Fortschritts sind recht komplex zu handhaben, so die AutorInnen des SEPEN-ExpertInnen-Netzwerks für Planung und Prognose von Arbeitskräften im Gesundheitswesen (EC 2021: 86f).

Nach der Umsetzung der EU-Gesetzgebung zur Arbeitszeit hat die italienische Regierung eine Verpflichtungserklärung zur Aufstockung des Personals des nationalen Gesundheitsdienstes abgegeben; diese Methode zur Bewertung des Personalbedarfs erneuert die alte, einige Jahrzehnte zurückliegende Methode. Die Umsetzung der

⁴⁰ Siehe Excelsior-Projekt, <https://excelsior.unioncamere.net/>.

Empfehlungen in einem Krankenhaus 2016 zeigt einen Überschuss von diplomiertem Pflegepersonal und einen großen Mangel an Assistenzpersonal im Vergleich zur tatsächlichen Beschäftigtenstruktur, die mit einer Erhöhung der Kosten von 1,8 Millionen € einhergehen (Laquintana et al. 2017).

In Italien gibt es keine national definierte Anzahl von Pflegepersonal für die verschiedenen operativen Einheiten, da Gesundheitsangelegenheiten an die Regionen delegiert werden; es liegt in der Verantwortung der Regionen, Personalstandards festzulegen. Allerdings gibt es einen Ministerialerlass aus 1988 zur Festlegung von Standards für das Krankenhauspersonal. Darin werden die notwendigen medizinischen und pflegerischen Einheiten für die Gesamtzahl der Betten angeführt. Die obligatorische Mindestausstattung wird durch regionale Beschlüsse festgelegt; jedoch gibt es regionale Leitlinien, die die empfohlene Anzahl an benötigten Pflegekräften pro Pflegebett angibt. In der Intensivstation etwa werden 1,75 Pflegekräfte pro Bett, in der Herz- und Neurochirurgie eine Pflegekraft, in der Neonatologie 0,7, in der Kardiologie (und vielen weiteren Bereichen) 0,75, oder in der Langzeitpflege 0,38 Pflegekräfte pro Bett empfohlen (siehe <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rapporto-infermieri-pazienti-la-determinazione-dell-organico.html>).

8.4. Ausbildung

Bereits Anfang der 1990er Jahre begann die Reform der Krankenpflegeausbildung in Italien. Im Jahr 2001 änderten sich die Ausbildungsprogramme mit der Umstellung auf ein universitäres Programm, womit sich die Kompetenzen des Gesundheitspersonals stark verbessert haben. Seitdem ist eine dreijährige Ausbildung (theoretische Kurse und Praktika) auf Bakkalaureatsniveau nötig, um den Beruf eines Krankenpflegers bzw. einer Krankenpflegerin auszuüben. Dabei gibt es zwei unterschiedliche Ausbildungsvarianten, die Ausbildung zu einer 'regulären' diplomierten Krankenpflegekraft und die Ausbildung zu einer pädiatrischen KrankenpflegerIn. Mit dem Abschluss muss eine nationale Lizenz erworben werden. Im Anschluss daran können ein- oder zweijährige Spezialisierungsprogramme in Bereichen wie öffentliche Gesundheit, Psychiatrie oder Geriatrie absolviert werden. Diese Ausbildungen sind aber vertraglich nicht anerkannt und somit keine Voraussetzung, um als Pflegekraft in bestimmten Bereichen zu arbeiten (Marcadelli et al. 2019). Mittels Gesetzgebung wurde 2006 der Titel der "spezialisierten Krankenpflegekraft" (*infermiere specialista*) mit entsprechenden Qualifikationsanforderungen geschaffen. Diese Berufsrolle ist aber nach wie vor (noch) nicht in die Praxis umgesetzt worden.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, ein Masters- oder Doktoratsstudium anzuschließen, v.a. wenn eine akademische Karriere angestrebt wird. Einen Master of Science in Nursing gibt es seit 2004, die Kurse haben eine Dauer von ein bis zwei Jahren und sind in den Bereichen klinische Praxis, Management, Lehre oder Forschung möglich. Seit 2006 gibt es Promotionsstudiengänge (Kursdauer von drei Jahren), die mit einem PhD-Titel

abschließen und vor allem für akademische Karrieren (Lehre und/oder Forschung) vorgesehen sind (OECD 2016).

Im Bereich der Pflegeassistenz gibt es den Beruf der Pflegehelferin bzw. des Pflegehelfers (*Operatore Socio Sanitario OSS*). Angehörige dieser Berufsgruppe sind sowohl in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegesektors (wie Krankenhäuser, Kliniken, Gesundheitsämter), als auch sozialen Einrichtungen (Tagespflege, Altenpflegeheim, häusliche Pflege u.ä.) beschäftigt. Sie führen Tätigkeiten zur Deckung der Grundbedürfnisse der zu pflegenden Person sowie zur Förderung ihres Wohlbefindens und ihrer Selbstständigkeit aus. Der/die OSS ist ein national anerkannter Beruf. Die Ausbildung dafür liegt in der Verantwortung der italienischen Regionen. Die Qualifizierung zum OSS erfolgt in einem etwa 1000-stündigen Ausbildungskurs, von der etwa die Hälfte ein Praktikum (in der Regel mit Vollzeitbeschäftigung) darstellt. Am Ende des Kurses erfolgt eine Abschlussprüfung vor einer Prüfungskommission, mit einer schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfung. Das Qualifikationszertifikat, das nach Bestehen ausgestellt wird, gilt im gesamten Staatsgebiet. Voraussetzung für die Ausbildung ist der Abschluss der Schulpflicht (untere Sekundarstufe), Mindestalter ist 17 Jahre.

Weiters gibt es HelferInnen in der häuslichen Pflege (*Assistente familiare AS*). Diese arbeiten ausschließlich im Haus der zu betreuenden Person. Dabei gibt es verschiedene Typen häuslicher Arbeit, wie das 24-Stunden-Service (die HelferIn lebt bei der zu pflegenden Person und erhält zusätzlich zum Gehalt Unterkunft und Verpflegung; das halbtägige Service (der/die AS arbeitet mindestens vier Stunden am Tag oder – bei unterschiedlich langen Arbeitstagen – 24 Stunden in der Woche bei der gleichen Familie); sowie die stundenweise Beschäftigung (der/die AS arbeitet nur wenige Tage pro Woche, die Arbeitszeit beträgt insgesamt weniger als 24 Stunden pro Woche) (vgl. <http://www.amico-online.org/index.php?p=116>). Die Qualifikation zur/zum AS erfolgt in einem zweistufigen Kurs, dem Grundkurs (160 Stunden) und der zweiten Stufe (100 Stunden). Die Zulassungsvoraussetzungen sind ein Mindestalter von 18 Jahren und eines positiven Orientierungs- und Eignungsgesprächs in der Ausbildungsstätte.

8.5. Arbeitszeiten

Die gesetzliche Normalarbeitszeit in Italien liegt bei 40 Wochenstunden, in Kollektivverträgen liegt sie durchschnittlich bei 38 Wochenstunden (Eurofound 2019). Im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich sind mehrere verschiedene Kollektivverträge gültig, bei den meisten Kollektivverträgen sind 36 Wochenstunden für Krankenpflegepersonal und -assistenz sowie soziale Dienste (Langzeitpflege) als Normalarbeitszeit vorgesehen.⁴¹ Der Großteil des (Kranken-)Pflegepersonals arbeitet im

⁴¹ Siehe etwa der Kollektivvertrag für das öffentliche Gesundheitswesen: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA'%20definitivo_sito%20.pdf.

Schichtbetrieb inklusive Nachtschichten (vgl. Camerino et al. 2010). Auch im Langzeitpflegebereich sind mehrere Kollektivverträge gültig, die jeweils zwischen 36 und 38 Wochenstunden vorsehen (Vainieri et al. 2019), auch hier ist Nachtarbeit im Wechselschichtbetrieb häufig.

Der gesetzliche Urlaubsanspruch liegt in Italien bei 20 Tagen (vier Wochen) im Jahr, Kollektivverträge sehen allerdings generell längere Ansprüche vor (durchschnittlich 25 Tage, vgl. Eurofound 2019: 17). Im öffentlichen Sektor im Gesundheitsbereich etwa gibt es Anspruch auf 28 Urlaubstage im Jahr, wenn die Arbeitswoche auf fünf Tage verteilt ist, bei sechs Arbeitstagen in der Woche beträgt der Anspruch 32 Arbeitstage. Aber auch im Privatsektor, etwa in Pflegeheimen, beträgt der Jahresurlaub - je nach Kollektivvertrag - zwischen 26 und 33 Tagen (Vainieri 2019: 227).

8.6. Gehalt

Laut Daten der OECD (2017) verdienen KrankenpflegerInnen in Italien durchschnittlich etwas mehr (1,1) als den durchschnittlichen Lohn im Land (OECD 2019, Health at a glance).

Der Kollektivvertrag für das öffentliche Gesundheitswesen sieht folgende Bruttojahreslöhne vor (ohne Zulagen):

- Sozial- und Gesundheitsassistent/in ohne Qualifikation (Berufsgruppe B): 20.086 EUR
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in (ohne Qualifikation) und Sozial- und Gesundheitsassistent/in mit Qualifikation (Berufsgruppe BS): EUR 20.811
- KrankenpflegerIn (Berufsgruppe D): EUR 24.997

Die angegebenen Sätze sind jeweils die Einstiegsgehälter, es gibt 13 monatliche Gehälter.

Im Kollektivvertrag für soziale Einrichtungen der Langzeitpflege verdienen Sozial- bzw. Heimhilfen jährlich EUR 20.091, das ist vergleichbar mit dem Verdienst im nationalen Gesundheitssystem. Auch KrankenpflegerInnen mit geringerer Qualifikation verdienen mit EUR 20.713 nur geringfügig weniger. Bei qualifizierten (diplomierten) KrankenpflegerInnen allerdings ist der Unterschied stärker ausgeprägt; diese verdienen in der Langzeitpflege mit EUR 21.944 um fast EUR 3.000 pro Jahr weniger als im öffentlichen Gesundheitsdienst (Pedersini 2020).

8.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Italien nahm nachträglich (2013) als 14. europäisches Land an der bereits mehrfach zitierten RN4CAST-Studie teil, die zum Ziel hatte, u.a. die Arbeitsbedingungen von

KrankenpflegerInnen zu untersuchen und daraus Rückschlüsse auf die Qualität der Pflege und den optimalen Pflegebedarf zu machen.

Die empirische Untersuchung umfasste 13 Regionen, 40 Krankenhäuser, 3716 PatientInnen und 3667 Pflegekräfte in ganz Italien. Es wurde ersichtlich, dass die Arbeitsbelastung, bzw. das Verhältnis zwischen PatientInnen und Pflegekräften in italienischen Krankenhäusern mit 9,5 PatientInnen pro Pflegekraft überdurchschnittlich hoch ist (in anderen europäischen Ländern wurde ein Durchschnitt von etwa acht PatientInnen pro Pflegekraft berichtet, Aiken et al. 2012). Dies ist insofern statistisch signifikant, als laut der Untersuchungen im Rahmen des Forschungsprojekts jede zusätzliche chirurgische PatientIn pro Pflegekraft zu einer 7%-igen Erhöhung der Wahrscheinlichkeit führt, innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme zu sterben, zu einer 23%-igen Erhöhung eines Burnouts und zu einer 15%-igen Erhöhung der Arbeitsunzufriedenheit (Aiken et al. 2002, 2014). Dies bedeutet, dass in italienischen Krankenhäusern, in denen jede KrankenpflegerIn durchschnittlich neun chirurgische PatientInnen betreut, das Sterberisiko um 21 Prozent höher ist als in Krankenhäusern, in denen sich die KrankenpflegerInnen um sechs PatientInnen kümmern. Von den in Italien befragten Pflegekräften erklärte über ein Drittel (35,5 Prozent), dass sie beabsichtigen, ihr derzeitiges Krankenhaus innerhalb des nächsten Jahres aufgrund von Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit zu verlassen. Dies ist bemerkenswert, als das mittlere Alter der Befragten bei nur 41 Jahren liegt, d.h. es handelt sich um Beschäftigte mitten in ihrer beruflichen Laufbahn und nicht gegen Ende hin. Von diesen erklärte wiederum ein Drittel (33,1 Prozent) sogar die Absicht, den Beruf insgesamt zu verlassen. Dies entspricht 11,7 Prozent aller Befragten. Die Unzufriedenheit mit dem Beruf wird auch durch das Arbeitsumfeld beeinflusst. Über ein Drittel (38,5 Prozent) der befragten italienischen KrankenpflegerInnen berichten von Burnout-Symptomen, hauptsächlich verursacht durch geringe berufliche Autonomie, fehlende Bildungs- und Karrieremöglichkeiten und niedrige Gehälter (Sasso et al. 2019).

In einer Studie über die Arbeitszufriedenheit von der Berufsgruppe der Heimhilfen in 62 toskanischen Alten- und Pflegeheimen wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsbedingungen untersucht (Vainieri et al. 2019). Die Arbeitszufriedenheit wurde mittels der folgenden drei Fragen (a) *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit?* (b) *Sind Sie stolz darauf, Teil der Organisation zu sein, für die Sie arbeiten?* (c) *Würden Sie das Pflegeheim, für das sie arbeiten, einem Freund/einer Freundin empfehlen?* operationalisiert. Der Indikator für die Arbeitszufriedenheit liegt im Durchschnitt bei 80 (von 100) Punkten; die Variabilität zwischen den Pflegeheimen ist groß, die Indikatorwerte liegen zwischen 50 und 100. Ergebnisse zeigen dass das Geschlecht (Frauen zufriedener als Männer), die Schulbildung (Beschäftigte mit geringerer Bildung zufriedener) und die Staatsangehörigkeit (nicht-ItalienerInnen sind zufriedener) signifikant mit der Arbeitszufriedenheit zusammenhängen. Ein etwas überraschendes Ergebnis ist, dass Hilfskräfte mit einem befristeten Vertrag eine höhere Arbeitszufriedenheit aufweisen als solche mit einer unbefristeten Stelle. Die AutorInnen interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, dass befristet Beschäftigte glauben, dass das Unternehmen sie im Falle einer guten Leistung

weiterhin einstellen wird; daher würden sie eine größere Zufriedenheit am Arbeitsplatz erfahren.

Literatur

- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M./Sochalski, J./Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, in: JAMA 288, 1987–1993
- Aiken, Linda et al. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ 344, e1717
- Aiken L.H. et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet 383, 1824–1830
- Camerino, Donatella/Sandri, Marco/Sartori, Samantha Sartori/Conway, Paul Maurice/Campanini, Paolo/Costa, Giovanni (2010): Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy, in: Chronobiology International, 27 (5): 1105–1123
- Ferré, Francesca/de Belvis, Antonio Giulio/Valerio, Luca/Longhi, Silvia/Lazzari, Agnese/Fattore, Giovanni/Ricciardi, Walter/Maresso, Anna (2014): Health Systems in Transition. Italy: Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies
- Laquintana, Dario/Pazzaglia, Silvia/Demarchi, Antonia (2017): The new methods to define the staffing requirements for doctors, nurses and nurses aides: an example of their implementation in an Italian hospital, in: Assist Infirm Ric. 36 (3) : 123-134 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28956868/>, Zugriff 9.3.2021)
- Marcadelli, Silvia/Stievano, Alessandro/Rocco, Gennaro (2019): Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation, in: Primary Health Care Research & Development 20(e109): 1–8 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6609921/>, Zugriff 9.3.2021)
- Pedersini, Roberto (2020): The long-term care workforce - Italy. Eurofound: Dublin (unveröffentlichtes Dokument)
- OECD 2016, Trends in Nursing Education in Italy (<https://www.oecd.org/italy/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-Italy.pdf>, Zugriff 9.3.2021)
- Rocco, Gennaro/Stievano, Alessandro (2013): The presence of foreign nurses in Italy: Towards an ethical recruitment of health personnel, Salute e Società (https://www.researchgate.net/publication/288451940_The_presence_of_foreign_nurses_in_Italy_Towards_an_ethical_recruitment_of_health_personnel, Zugriff 5.3.2021)
- Sasso Loredana/Bagnasco Annamaria/ Catania Gianluca/Zanini, Milko/Aleo Giuseppe/Watson Roger (2019): Push and pull factors of nurses' intention to leave. In: Journal of Nursing Management, Number 27, S. 946–954 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30614593/>, Zugriff 5.3.2021)
- Vainieri, Milena/Smaldone, Pierluigi/Rosa, Antonella/Carroll, Kathleen Carroll (2019): The role of collective labor contracts and individual characteristics on job satisfaction in Tuscan

nursing homes. In: Health Care Management Review 44(3), S. 224–234
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587616/>, Zugriff 5.3.2021)

9. LÄNDERBERICHT ÖSTERREICH

9.1. Organisation des Gesundheitssystems in Österreich

9.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Die Gesundheitsversorgung in Österreich beruht auf einem Sozialversicherungsmodell, das durch das System einer Pflichtversicherung gekennzeichnet ist. Nahezu die gesamte Bevölkerung (99,9%) hat Krankenversicherungsschutz und niederschweligen Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot der Gesundheitsversorgung. Österreich verzeichnet den niedrigsten ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung innerhalb der Europäischen Union, trotz relativ hoher Out-of-Pocket-Zahlungen (s.u.). Die Zugehörigkeit zu einem Krankenversicherungsträger ist gesetzlich durch die Branche bzw. die Art der ausgeübten Beschäftigung oder den Beschäftigungsstatus vorgegeben. Bereits 2010 erfolgte die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Personen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen wie freie DienstnehmerInnen oder Neue Selbständige (Bachner et al. 2019). Von den versicherten Personen zahlten 2020 ca. 78% einkommensabhängige Beiträge, während etwa 22% mitversicherte Familienangehörige (etwa Kinder bzw. (Ehe-)PartnerInnen) waren (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen 2021: 12). Beiträge für Arbeitslose werden vom Staat gedeckt, Beiträge für Pensionierte werden durch Abzüge von Pensionszahlungen und durch die Pensionsversicherung entrichtet. Krankenversicherungsbeiträge von EmpfängerInnen der bedarfsorientierten Mindestsicherung werden zur Gänze von den Bundesländern finanziert. AsylwerberInnen in Bundesbetreuung sind ebenso krankenversichert. Nur ein sehr kleiner Kreis von Personen ist von der gesetzlichen Sozialversicherung ausgenommen, weil sie etwa weder ausreichend beschäftigt noch als Angehörige mitversichert sind, keine Aufenthaltsgenehmigung haben oder keine EmpfängerInnen von Versicherungsleistungen wie Arbeitslosengeld oder Mindestsicherung sind. Für diese Personengruppe gibt es die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung (etwa Studierende die nicht mitversichert sind oder geringfügig Beschäftigte).

Mit 1. Jänner 2020 wurde eine große Strukturreform implementiert, die die vormaligen 21 Krankenversicherungsträger auf fünf reduzierte. Das österreichische Gesundheitssystem ist komplex und fragmentiert, die Zuständigkeiten verteilen sich auf verschiedene Ebenen: Aufgrund des Systems der Pflichtversicherung und des föderalistischen Systems ist es vom Zusammenspiel zahlreicher Akteure auf den verschiedenen Gesetzgebungs- bzw. Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Bezirke, Gemeinden) geprägt, ebenso wie von der Selbstverwaltung⁴² (Sozialversicherung). Die Zuständigkeit für Gesetzgebung und

⁴² Selbstverwaltung bedeutet, dass die staatlichen Aufgaben an Selbstverwaltungskörper übertragen werden und somit von den unmittelbar betroffenen Personengruppen (Versicherte, BeitragszahlerInnen)

Vollziehung im Gesundheitswesen liegt beim Bund. Die Durchführung der Krankenversicherung wird von der Sozialversicherung im eigenen Wirkungsbereich wahrgenommen; dies umfasst insbesondere die Bereitstellung von Vertragsleistungen im niedergelassenen Bereich, die Bereitstellung von Medikamenten und Heilbehelfen sowie stationäre und ambulante Rehabilitation. Hinsichtlich der Spitäler beschränkt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Vorgabe von Grundsätzen; die Zuständigkeit zur Erlassung von Ausführungsgesetzen und zur Vollziehung liegt bei den Bundesländern. Die Bundesländer haben auch eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten. Die Finanzierung des Systems ist auf mehrere Stellen verteilt; Bund, Länder sowie Sozialversicherungsträger tragen zu unterschiedlichen Teilen zum Budget bei (Bachner et al. 2019: 94, BMASGK 2019a). Der Großteil der Leistungen der Krankenversicherung für Versicherte sind Sachleistungen, die v.a. die Krankenhausversorgung, ärztliche Hilfe, Zahnbehandlung und Zahnersatz, Hebammenbetreuung, die medizinische Hauskrankenpflege sowie Vorsorgeuntersuchungen umfassen (Bachner et al. 2019: 94).

Das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich wird durch einen Mix aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form von direkten und indirekten Kostenbeteiligungen finanziert. Bei diesen Zuzahlungen handelt es sich etwa um eine Rezeptgebühr für Medikamente, oder Selbstbeteiligungen für Versicherungsleistungen, bzw. Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen, die der Leistungskatalog der Sozialversicherung nicht einschließt (z.B. rezeptfreie Medikamente, Taggeld für stationäre Aufenthalte oder Aufwände für bestimmte zahnmedizinische Leistungen) (BMASGK 2019a: 31).

In Summe werden etwa 60 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit den einkommensabhängigen sozialen Krankenversicherungsbeiträgen finanziert, die restlichen 40 Prozent aus dem allgemeinen Steueraufkommen (Bachner et al. 2019: 96). Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge richtet sich nach dem Einkommen, die Beitragssätze werden gesetzlich festgelegt. Der Beitragssatz beträgt aktuell für den Großteil der beitragsleistenden Bevölkerung 7,65% des Erwerbseinkommens. Der Beitragssatz ist zu beinahe gleichen Teilen zwischen Beschäftigten und Unternehmen aufgeteilt, 3,87% des Einkommens werden von ArbeitnehmerInnen erbracht und 3,78% von ArbeitgeberInnen (Bachner et al. 2019: 97).

Etwa 18% der gesamten Gesundheitsausgaben sind Selbstzahlungen ("out-of-pocket" payments, OOP). Damit liegt Österreich über dem EU-Durchschnitt von 15%. Private Krankenversicherungen spielen eine eher untergeordnete Rolle und haben vorwiegend die Funktion einer Zusatzversicherung, die verschiedene erweiterte Angebote abdeckt. Häufig werden sie etwa für höheren Service bei stationären Aufenthalten (z.B. Sonderklasse- oder Einzelzimmer) in Anspruch genommen. Im Jahr 2015 finanzierten private Krankenversicherungen 4,9 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben (OECD,

verwaltet werden. In der Sozialversicherung entsenden Interessensvertretungen der ArbeitgeberInnen und Beschäftigten entsenden VerteterInnen in die Selbstverwaltungskörper.

2018), 2016 war mehr als ein Drittel der Bevölkerung (36,5 Prozent) durch eine private Krankenversicherungsform zusatzversichert (VVÖ, 2017).

In Österreich werden im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viele Leistungen stationär in Spitälern erbracht. Damit zählt Österreich zu den EU-Staaten mit den meisten Spitalsbetten und den meisten stationären Krankenhausaufenthalten im Vergleich zur Bevölkerung. Der Krankenhaussektor ist sehr groß; in den 271 Spitälern (mit insgesamt 301 Standorten) und rund 64.800 Betten gibt es mehr als 2,83 Millionen stationäre Aufenthalte im Jahr (Aufenthalte mit Entlassung am selben Tag sind hier inkludiert - in Akutspitälern machen diese etwa ein Viertel aus). In Summe kommen somit 322 Spitalsaufenthalte auf 1.000 EinwohnerInnen im Jahr. Aufenthalte mit Übernachtung(en) dauern im Durchschnitt 6,5 Tage (2017). Auch die Bettendichte ist hoch, 2017 kommen etwa 7,4 Betten auf 1.000 EinwohnerInnen (alle Spitäler; gemeinnützige Akutspitäler: 5,29). Etwa 70 Prozent aller Betten (45.600) liegen in den 121 öffentlich finanzierten gemeinnützigen Akutspitälern (Landesfondsspitäler und Unfallkrankenhäuser), die fast 90 Prozent aller Krankenhausaufenthalte verzeichnen (2,53 Millionen) (BMASGK 2019a: 22).

Für die Langzeitversorgung gibt es rund 5.100 Betten in Spitälern, sowie rund 82.100 Plätze in öffentlich finanzierten Pflegeeinrichtungen der Länder und Gemeinden im Sozialbereich mit rund 34.500 Betreuungs- und Pflegepersonen (VZÄ) (2017) (BMASGK 2019a/Statistik Austria).

9.1.2. Das Langzeitpflegesystem⁴³

Österreichs Langzeitpflegesystem unterscheidet sich vom Gesundheitssystem deutlich, sowohl hinsichtlich der Gesetzgebung, Zuständigkeiten und der Finanzierung. Die Koordination zwischen den beiden Sektoren ist damit erschwert.

Leistungen werden in unterschiedlichen Settings erbracht, wobei die Pflege bzw. Betreuung durch Angehörige die häufigste Form darstellt (42 Prozent), gefolgt von der formalen (mobilen) häuslichen Pflege und Betreuung (32 Prozent), Pflegeheimen (19 Prozent), 24-Stunden-Betreuung (5 Prozent) und teilstationäre Tageszentren (2 Prozent) (Bachner et al. 2019: xvi).

9.2. Beschäftigung im Gesundheitssektor in Österreich

Im Jahr 2016 waren ca. 282.600 Erwerbstätige in Österreich im Gesundheitswesen (NACE Q86, siehe Kapitel 1) tätig; das entspricht etwa zwei Drittel aller im Gesundheits- und Sozialwesen (Q86 und 87) tätigen Personen. In den letzten 15 Jahren stieg die Anzahl der im Gesundheitssektor Tätigen beträchtlich (um ca. 16 Prozent), was v.a. auf einen

⁴³ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Österreich: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Österreich

Anstieg bei FachärztInnen und MedizintechnikerInnen zurückzuführen ist (Bachner et al. 2019: 142). Etwas über zehn Prozent der Beschäftigten in Österreich sind im Gesundheits- und Sozialwesen tätig, womit es der drittgrößte Beschäftigungssektor ist (Statistik Austria, Mikrozensusdaten). Etwa drei Viertel der Beschäftigten sind weiblich.

Über 40 Prozent aller in einem Gesundheitsberuf tätigen Personen waren 2016 in einem Krankenhaus beschäftigt. Die österreichischen Spitäler beschäftigen 2017 rund 24.600 ÄrztInnen und 93.300 Personen in nichtärztlichen Gesundheitsberufen (ohne Verwaltungspersonal). Die größte Berufsgruppe machen dabei diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) mit rund 60.200 Personen aus; sie machen damit fast zwei Drittel (64,5%) der nichtärztlichen, in Gesundheitsberufen Beschäftigten in Krankenhäusern aus (BMASGK 2019a). Etwa ein Fünftel waren ÄrztInnen (ca. 24.600, davon etwa die Hälfte FachärztInnen und ÄrztInnen in Ausbildung) (Statistik Austria 2017). Mit der verpflichtenden Eintragung in das Gesundheitsberuferegister (nach dem Gesundheitsberuferegister-Gesetz 2016) müssen sich seit der zweiten Jahreshälfte 2018 alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe⁴⁴ eintragen; davor gab es (außerhalb von Krankenhäusern) keine systematischen Aufzeichnungen über die Anzahl der in Gesundheitsberufen Tätigen (Bachner et al. 2019: 142f).

Im Bereich der mobilen Pflege waren Ende 2017 ca. 12.500 Betreuungs- und Pflegepersonen (in Vollzeitäquivalenten VZÄ) tätig, sie betreuten etwa 150.000 Personen. Darüber hinaus waren etwa 730 Beschäftigte (VZÄ) in teilstationären Tageseinrichtungen und alternativen Wohnformen für die Betreuung und Pflege (von etwa 11.300 Personen) tätig (BMASGK 2019a: 21 bzw. Statistik Austria).

In Summe arbeiten in Österreich etwa 127.000 Menschen als Pflege- bzw. Betreuungspersonal im akutstationären Bereich oder im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung (BMASGK 2021).

9.3. Personalbedarf und Personalplanung

Für die Personalplanung wird kein systematischer Planungsmechanismus angewandt; lediglich die Anzahl der neu zugelassenen MedizinstudentInnen und nationale Zielvorgaben für die Anzahl an Ausbildungsplätzen für AllgemeinmedizinerInnen werden vorgegeben (Bachner et al. 2019: 42). Wie oben angeführt, unterliegen die Gesundheitsberufe (diplomierte KrankenpflegerInnen, PflegefachassistentInnen und PflegeassistentInnen sowie Angehörige gehobener medizinisch-technischer Berufe) einer Registrierungspflicht und somit der Regulierung durch die Bundesgesetzgebung. Diese

⁴⁴ Folgende Berufsgruppen müssen sich seitdem registrieren: Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PflegefachassistentInnen, PflegeassistentInnen, sowie folgende gehobene medizinisch-technische Dienste: Biomedizinische AnalytikerIn, DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen, PhysiotherapeutInnen und RadiotechnologInnen.

Regulierung umfasst die Ausbildung, berufliche Laufbahn, Fachbezeichnung, Rechte und Pflichten der Berufsausübung und Disziplinarmaßnahmen. Für die Berufsausübung ist die Erlangung einer Berufsberechtigung notwendig - diese erfordert den erfolgreichen Abschluss der jeweiligen (gesetzlich definierten) Ausbildung, die rechtliche Befugnis zu praktizieren sowie den Nachweis eines geeigneten Gesundheitszustandes und der Vertrauenswürdigkeit (Bachner et al. 2019: 62f). Hebammen (ebenso wie ÄrztInnen und ApothekerInnen) sind in einem eigenen Register ihrer gesetzlichen Berufsverbände eingetragen.

Aktuelle Studien zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs gehen von einem zusätzlichen Bedarf von 31.400 Personen im Jahr 2030 aus, basierend auf Erhebungen im Jahr 2017 und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der altersmäßigen Verteilung der Inanspruchnahme von Pflege und Betreuung in Krankenhäusern und im Bereich der Langzeitpflege. Der berechnete Bedarf erhöht sich auf 34.200 Personen (13.000 in Krankenhäusern und 21.000 in der Langzeitpflege und -betreuung) unter der Annahme eines Rückgangs der informellen Pflege und Ausbaus der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause. Aufgrund von Pensionierungen (ein Drittel der Pflege- und Betreuungspersonen ist über 50 Jahre alt und steht im Jahr 2030 nicht mehr im Erwerbsleben) ist laut Studie damit zu rechnen, dass weitere 41.500 Personen in den Beruf einsteigen müssen, um den Bedarf decken zu können. In Summe wird somit mit einem Bedarf an 75.700 Beschäftigten bis 2030 gerechnet. Für Pflegefachkräfte (DGKP, PFA und PA) entspricht dies einem jährlichen Bedarf von 3.900 bis 6.700 zusätzlichen Personen (in Abhängigkeit von der demographischen Entwicklung); dem gegenüber stehen rund 4.800 AbsolventInnen (2016) von Krankenpflegeausbildungen und Pflegeassistenten-Lehrgängen sowie 955 AbsolventInnen von Schulen für Sozialberufe. Laut Studie ist aufgrund sinkender Schülerzahlen mit einem Rückgang der AbsolventInnen zu rechnen - spätestens ab 2024 könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass der Personalbedarf mit AbsolventInnen gedeckt werden kann (BMASGK 2019c).

Die Ausstattung mit Pflegepersonal in Krankenanstalten und Pflegeheimen ist auf Bundesebene relativ vage geregelt (§8 im Kranken- und Kuranstaltengesetz KAKuG): „Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.“ Demzufolge haben die einzelnen Bundesländer je eigene Personalvorgaben in ihrer Landesgesetzgebung verankert, die aber ebenfalls eher vage bleiben. Das Bundesland Oberösterreich hat etwa schon vor über 15 Jahren mit dem "Handbuch Pflegepersonalregelung (PPR)" den Versuch gestartet, geeignete Methoden für die Personalbedarfsermittlung zu entwickeln, es wurde aber bislang keine Verordnung dazu

erlassen (Staflinger 2019). In anderen Bundesländern sind die gesetzlichen Vorgaben ähnlich vage gehalten.

Auch in Alten- und Pflegeheimen sind die Länder für die Personalausstattung bzw. Personalberechnung verantwortlich. Dabei wird der Personalbedarf basierend auf den Pflegestufen der BewohnerInnen berechnet, sowie Vorgaben für den Qualifikationsmix gemacht. Die folgende Tabelle zeigt die Vorgaben in einigen österreichischen Bundesländern.

Tabelle 10: Personalschlüssel in ausgewählten Bundesländern (Verhältnis zwischen beschäftigten Personen in der Pflege und Betreuung zu HeimbewohnerInnen, in VZÄ)

Pflegestufen	Ober- österreich	Wien	Steiermark	Vorarlberg
Kein Pflegegeld	1 : 24	1: 20	--	1: 60
Stufe 1	1 : 12	1: 20	1 : 13	1: 30
Stufe 2	1 : 7,5	1 : 7	1 : 7	1 : 18
Stufe 3	1 : 4	1 : 2	1 : 4	1 : 12
Stufe 4	1 : 2,5	1 : 1,75	1 : 2,5	1 : 4
Stufe 5	1 : 2	1 : 1,5	1 : 2	1 : 2,5
Stufe 6	1 : 1,5	1 : 1,25	1 : 1,7	1 : 2
Stufe 7	1 : 1,5	1 : 1	1 : 1,6	1 : 1,5

Quellen: Staflinger 2016 und Staflinger/Müller-Wipperfurth 2019 (für genauere Details etwa bzgl. Qualifizierung oder Rechtsgrundlagen siehe Staflinger/Müller-Wipperfurth 2019: 7ff)

9.4. Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften

Für die Ausbildung als "Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen" (DGKP) gibt es in Österreich momentan (noch) zwei verschiedene Ausbildungswege. An der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege ist noch bis 31.12.2023 die Absolvierung der Ausbildung möglich. Im Jahr 2008 wurde erstmalig ein Bachelorstudiengang (an der FH Campus Wien) angeboten. 2016 wurde - mittels Gesetzesnovelle - österreichweit die Umstellung auf ein Bachelorstudium (an Fachhochschulen) beschlossen, mit einer Übergangsfrist bis Anfang 2024. Die folgenden Ausbildungsbeschreibungen sind BMASGK 2019b entnommen.

9.4.1. Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn in Krankenpflegerschulen (bis Ende 2023)

Bis Ende 2023 gibt es noch die Möglichkeit, die Ausbildung zur DGKP an einer berufsbildenden mittleren Schule zu absolvieren. Die Ausbildung an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege, die an oder in Verbindung mit Krankenanstalten eingerichtet sind, dauert drei Jahre in Vollzeitausbildung. Voraussetzung für die Aufnahme einer solchen Ausbildung ist die erfolgreiche Absolvierung von zehn Schulstufen. Darüber hinaus wird die gesundheitliche, d.h. geistige und körperliche Eignung, sowie Vertrauenswürdigkeit vorausgesetzt. Weiters muss ein Aufnahmetest oder Aufnahmegespräch absolviert werden, eine Kommission entscheidet dann über die Aufnahme des Schülers bzw. der Schülerin. Die Ausbildung hat mindestens 4.600 Stunden in Theorie und Praxis zu umfassen; mindestens die Hälfte davon muss die praktische Ausbildung umfassen, mindestens ein Drittel die theoretische. Die Ausbildung schließt mit einer schriftlichen Fachbereichsarbeit und einer Diplomprüfung ab. Die erfolgreiche Absolvierung berechtigt zur Berufsbezeichnung als Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG).

9.4.2. Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn in Bachelorstudiengängen (verpflichtend ab 2024)

Ab 2024 wird die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn nur mehr an Fachhochschulen möglich sein.⁴⁵ Die Ausbildung wird damit tertiarisiert, der Abschluss ist ein akademischer. Die Zugangsvoraussetzungen für einen Fachhochschul-Bachelorstudiengang sind die allgemeine Universitätsreife (bzw. alternativ eine einschlägige berufliche Qualifikation), sowie die berufsspezifische und gesundheitliche Eignung. Auch hier muss ein Aufnahmeverfahren durchlaufen werden. Die Dauer der Ausbildung beträgt sechs Semester (drei Jahre) oder 4.600 Stunden bzw. 180 ECTS-Punkte, das Alter der Studierenden ist höher als in der sekundären Ausbildung, da ein Maturaabschluss (mindestens 12 Jahre Schulbildung) vorausgesetzt wird. Der Abschluss erfolgt mit einer Bachelorprüfung und der Vergabe des Titels Bachelor.

Diplomierte Pflegekräfte, die ihre Ausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen abgeschlossen haben, haben die Möglichkeit, innerhalb von drei Semestern ebenfalls einen Bachelor-Abschluss erlangen zu können (zwei Semester berufsbegleitender Lehrgang plus sechstes Semester des Bachelor-Studiums).

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindesten 60 Stunden zu besuchen (GuKG). Fortbildungen gibt es etwa in den Bereichen Pflege bei Demenz, bei Behinderungen, bei Kindern und Jugendlichen, sowie Vertiefungen in Arbeitsmethoden wie etwa Kinästhetik oder Validation.

⁴⁵ Vor dem 1.1.2024 Zeitpunkt begonnene Ausbildungen dürfen noch nach dem alten Schema beendet werden.

9.4.3. Fakultative Weiterbildung für DGKP

Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen können fakultative Weiterbildungen nach Wahl absolvieren, die in der Regel eine Dauer von mindestens vier Wochen bzw. 160 Stunden haben. Diese sind in folgenden Bereichen absolvierbar (BMASGK 2019b: 115f): arbeitsmedizinische Assistenz; basale Stimulation in der Pflege; asales und mittleres Pflegemanagement; Case and Care Management; Diabetesberatung; Ethik in der Pflege; Familiengesundheitspflege; Forensik in der Pflege; gerontologische Pflege; Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz; Gesundheitsvorsorge; Hauskrankenpflege; Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen; kardiologische Pflege; Kinästhetik; komplementäre Pflege (Bereiche Aromapflege, Ayurveda, Kindertuina, Therapeutic Touch); Kontinenz- und Stomaberatung; kultur- und gendersensible Pflege; onkologische Pflege; Palliativpflege; Pflege bei Aphereseverfahren; Pflege bei beatmeten Menschen; Pflege bei Demenz; Pflege bei endoskopischen Eingriffen; Pflege bei medizinisch unterstützter Fortpflanzung; Pflege bei Menschen im Wachkoma; Pflege bei speziellen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen; Pflege bei substanzgebundenem und substanzungebundenem Abhängigkeitssyndrom; Pflege in Krisensituationen; Pflege und Erziehung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; Pflege von behinderten Menschen; Pflege von chronisch Kranken; Pflegeberatung; Praxisanleitung; Public Health; Qualitätsmanagement; rehabilitative Pflege; Schmerzmanagement; Sterilgutversorgung; Übergangspflege; Wundmanagement u.a.

Die Ausbildungen schließen jeweils mit einer Abschlussprüfung bzw. einem Zeugnis ab.

9.4.4. Weiterführende Spezialisierungen

Für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gibt es die Möglichkeit, Berufsberechtigungen in Spezialisierungen zu erlangen. Diese Sonderausbildungen gibt es in folgenden Bereichen: Kinder- und Jugendlichenpflege (Dauer: ein Jahr bzw. 1.600 Stunden); psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (ein Jahr bzw. 1.600 Stunden); Intensivpflege (acht Monate bzw. 1.200 Stunden); Kinderintensivpflege (sieben Monate bzw. 1.000 Stunden); Anästhesiepflege (sieben Monate bzw. 1.000 Stunden); Pflege bei Nierenersatztherapie (sieben Monate bzw. 1.000 Stunden); Pflege im Operationsbereich (sieben Monate bzw. 1.000 Stunden); Krankenhaushygiene (sechs Monate bzw. 800 Stunden); Wundmanagement und Stomaversorgung (90 ECTS-Punkte); Hospiz- und Palliativversorgung (90 ECTS-Punkte); sowie psychogeriatrische Pflege (90 ECTS-Punkte). Die Sonderausbildungen schließen jeweils mit einer schriftlichen Abschlussarbeit und einer kommissionellen Abschlussprüfung und einem Diplom ab. Rechtlich stellen diese Ausbildungen eine Befugnisserweiterung dar, die innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit absolviert werden müssen (GuKG).

9.4.5. Postgraduale Ausbildung: Master-Abschluss

Aufbauend auf dem Bachelor-Abschluss an einer Fachhochschule kann ein Masterlehrgang für Spezialaufgaben in der pflegerischen Versorgung (wie etwa Management oder Lehre bzw. Gesundheits- und Pflegeberatung) absolviert werden. Dieser hat eine Dauer von vier Semestern (zwei Jahren) und 120 ECTS-Punkten und läuft berufsbegleitend. Berufserfahrung wird vorausgesetzt. Die Ausbildung schließt mit dem Titel Master of Science in Advanced Nursing Practice (MSc) ab.

9.4.6. Weitere Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungen

Mit der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 wurde das Berufsbild der Pflegefachassistenz in Österreich eingeführt. Die Ausbildung findet an Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege statt und dauert zwei Jahre bzw. 3.200 Stunden. Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung sind neben der gesundheitlichen Eignung, Vertrauenswürdigkeit und Kenntnissen der deutschen Sprache die erfolgreiche Absolvierung der zehnten Schulstufe oder die Berechtigung zur Ausübung der Pflegeassistenz (siehe unten). Weiters findet ein Aufnahmegespräch statt bzw. ein standardisiertes Aufnahmeverfahren. Die Entscheidung über die Aufnahme erfolgt durch eine Kommission. Der Abschluss der Ausbildung erfolgt mit einer kommissionellen Abschlussprüfung, nach welcher ein Diplom vergeben wird.

Die Ausbildung zur Pflegeassistenz (vormals Pflegehilfe, PflegehelferIn, umbenannt 2016 im GuKG) findet ebenfalls an Schulen zur Gesundheits- und Krankenpflege statt und dauert ein Jahr, bzw. 1.600 Stunden. Alternativ werden auch Lehrgänge für Pflegeassistenz angeboten. Die Aufnahmekriterien sind ähnlich wie bei der Pflegefachassistenz, allerdings sind nur neun absolvierte Schuljahre, bzw. die Pflichtschulabschlussprüfung nötig, d.h. dass die SchülerInnen jünger sind. Die Ausbildung schließt mit einer kommissionellen Abschlussprüfung ab. PflegeassistentInnen sind zu 40 Stunden Fortbildung innerhalb von je fünf Jahren verpflichtet.

Im Jahr 2020 wurden an neun Standorten in Österreich Schulversuche mit einem Fokus auf Pflegeberufe gestartet, um dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken: Einerseits Fachschulen für Sozialberufe mit vertiefter Vorbereitung auf die Gesundheits- und Pflegeausbildung (mit einer Dauer von drei Jahren) und andererseits eine Höhere Lehranstalt für Sozialbetreuung und Pflege in privater Trägerschaft (mit einer Dauer von fünf Jahren), die mit der Reifeprüfung und der Berufsberechtigung für Pflegeassistenz bzw. Pflegefachassistenz (je nach Schwerpunkt) abschließt.

9.4.7. Ausbildung von Personal im Langzeitpflege- und Betreuungsbereich

In der Langzeitpflege ist neben den verschiedenen Berufsgruppen, die dem Pflegepersonal zuzurechnen sind, Betreuungspersonal tätig. Die Regelung von Sozialbetreuungsberufen fällt nicht in die Zuständigkeit des Bundes, sondern in jene der

Bundesländer. Die Ausbildungen und Berufsbilder wurden allerdings im Rahmen einer Vereinbarung⁴⁶ bundesweit harmonisiert. Angehörige der Sozialbetreuungsberufe sind in Österreich: Diplom-SozialbetreuerInnen (Ausbildung von 3.600 Stunden) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (A), Familienarbeit (F), Behindertenarbeit (BA) oder Behindertenbegleitung (BB); sowie Fach-SozialbetreuerInnen (Ausbildung von 2.400 Stunden) mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (A), Behindertenarbeit (BA) oder Behindertenbegleitung (BB). Bei den Diplom- bzw. FachsozialbetreuerInnen A, F und BA ist die Ausbildung zur PflegeassistentIn integriert. Darüber hinaus gibt es noch die niederschwellige Ausbildung der HeimehelferInnen, für die eine 400-stündige Ausbildung Voraussetzung ist. Diese unterstützen betreuungsbedürftige (ältere) Menschen im Alltag.

9.5. Arbeitszeiten

Für in Gesundheitsberufen Beschäftigte in Krankenanstalten, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen gilt das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG⁴⁷). Für sie (ÄrztInnen ausgenommen) gilt generell eine Normalarbeitszeit von 40 Wochenstunden. Innerhalb eines Durchrechnungszeitraums von drei Monaten sind in einzelnen Wochen bis zu 60 Stunden möglich, die tägliche Normalarbeitszeit kann bis zu 13 Stunden betragen. Auch Übergabezeiten gelten als Arbeitszeit. Häufig gibt es 12 bzw. 12,5 Stunden-Schichten, die Tagesarbeitszeit darf normalerweise 13 Stunden nicht überschreiten. Die Wochenarbeitszeit darf innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden, und in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraums 60 Stunden nicht überschreiten. Per Betriebsvereinbarung, bzw. in Krankenanstalten mit öffentlichem Rechtsträger im Einvernehmen mit der Personalvertretung können die Durchrechnungszeiträume ausgedehnt werden. Nach sechs Stunden Arbeitszeit gebühren 30 Minuten Ruhepause. Tägliche Ruhezeiten zwischen einzelnen Schichten müssen mindestens 11 Stunden betragen. Die wöchentliche Ruhezeit hat nach dem Arbeitsruhegesetz (ARG) 36 Stunden pro Woche zu betragen; diese kann nach KA-AZG in einzelnen Wochen 36 Stunden unterschreiten bzw. ganz unterbleiben, "wenn in einem kollektivvertraglich, durch Betriebsvereinbarung oder im Einvernehmen mit der Personalvertretung festgelegten Zeitraum eine durchschnittliche Ruhezeit von 36 Stunden erreicht wird, wobei zur Berechnung nur mindestens 24-stündige Ruhezeiten herangezogen werden dürfen" (KA-AZG §7a (3)).

Während die wöchentlichen Normalarbeitszeiten im öffentlichen Bereich (Trägerorganisationen sind öffentliche Gebietskörperschaften) weitgehend bei 40 Stunden liegen, gelten im privatwirtschaftlichen Bereich teilweise kürzere Arbeitszeiten.

⁴⁶ Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe.

⁴⁷ Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz ist hier abrufbar: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051>

Im Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ) etwa liegt die Normalarbeitszeit bei 38 Stunden (2022 wird laut KV-Vereinbarung von 2020 auf 37 Wochenstunden reduziert), für Beschäftigte der Kliniken Diakonissen Linz und Schladming gelten etwa 39 Wochenstunden Normalarbeitszeit.

Zusätzlich zum gesetzlichen jährlichen Urlaubsanspruch von fünf Wochen (30 Werktage bzw. 25 Arbeitstage) wird für Kranken- und Pflegepersonal die sechste Urlaubswoche bereits frühzeitig (d.h. vor dem gesetzlichen Anspruch nach dem Urlaubsgesetz UrlG, das nach Vollendung des 25. Dienstjahres eine sechste Urlaubswoche vorsieht) gewährt. Im SWÖ-Kollektivvertrag etwa stehen bereits nach zehn Jahren Betriebszugehörigkeit zwei zusätzliche Tage Urlaub zu, nach 15 Jahren vier Tage und nach 20 Jahren bereits sechs zusätzliche Urlaubstage. In manchen privaten Kliniken (z.B. Privatklinik Döbling) gibt es generell sechs zusätzliche Urlaubstage für die Beschäftigten.

Im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung sieht der SWÖ-Kollektivvertrag Regelungen zu so genannten "geteilten Diensten" (längere Pause zwischen zwei Arbeitsphasen, etwa morgens/vormittags und am späteren Nachmittag/Abend) vor. Mittels Betriebsvereinbarung wird ermöglicht, die tägliche Arbeitszeit einmal zu teilen, d.h. einen zweigeteilten Dienst (inklusive der gesetzlichen Ruhepause) durch eine Unterbrechung zuzulassen. Wenn die Unterbrechung mindestens 1,5 Stunden (am Stück) dauert, gilt der Dienst als geteilter Dienst. An Wochenenden und Feiertagen ist (nur mit Zustimmung des Betriebsrats) eine zweite Teilung möglich. Generell muss die Tagesarbeitszeit an Tagen mit geteilten Diensten bei mindestens fünf Stunden liegen - in einer Betriebsvereinbarung kann allerdings eine Unterschreitung dieser Mindestdauer vereinbart werden. Die durch die Dienstteilung anfallenden Wegzeiten gelten als Arbeitszeit, die Fahrtkosten dafür sind zu vergüten.

9.6. Gehalt

Je nach Betreiber der Krankenanstalten bzw. Pflegeheimen, bzw. nach den Betreibern von mobiler Pflege, variieren die Gehälter für die Beschäftigten.

Im privatwirtschaftlichen Sektor sieht der größt Kollektivvertrag in der Branche, jener der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ)⁴⁸, insgesamt neun Verwendungsgruppen vor. Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sind in der Gruppe 7 zu finden (ebenso wie Diplom-SozialbetreuerInnen für Altenarbeit, Behindertenarbeit, Behindertenbegleitung und Familienarbeit), PflegefachassistentInnen in der Gruppe 6 (ebenso wie Fach-SozialbetreuerInnen für Altenarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung), PflegeassistentInnen in der Gruppe 5 und HeimhelferInnen in der Gruppe 4 zu finden.

⁴⁸ Der SWÖ-Kollektivvertrag ist aus der Kollektivvertragsdatenbank der Gewerkschaften abrufbar: <https://www.kollektivvertrag.at/kv/sozialwirtschaft-oesterreich-swoe-arb-ang/sozialwirtschaft-oesterreich-swoe-bags-rahmen/430827?term=sw%C3%B6>.

Die kollektivvertraglich vereinbarten Mindestlöhne bzw. -gehälter liegen im Jahr 2021 für diplomierte Pflegekräfte und ähnlich eingestufte Berufe in den ersten zwei Dienstjahren (Stufe 1) bei 2.443,30 € und steigen bis auf 3.494 € auf Stufe 18 (35-36 Dienstjahre). PflegefachassistentInnen haben ein kollektivvertragliches Mindesteinstiegsgehalt von 2.278,30 € (steigt bis zu 3.210,70 € auf der höchsten Stufe), PflegeassistentInnen erhalten ein Mindestgehalt von 2.122 € (steigt bis zu 2.907 €) und HeimhelferInnen verdienen in den ersten beiden Dienstjahren mindestens 1.965 €, nach 35-36 Jahren mindestens 2.587,10 €. Zusätzlich erhalten Pflegekräfte Aufzahlungen zwischen 32,40 € für ein Vollzeitmonat für PflegeassistentInnen und 108,20 € für DGKP (65 € für PflegefachassistentInnen). Meist werden auch weitere Zuschläge bezahlt, die die Gehälter erhöhen (z.B. Erschwerniszulage, Nachtarbeitszuschlag, Sonn- bzw. Feiertagszuschlag, Rufbereitschaft).

Nach dem Wiener Bedienstetengesetz (W-BedG⁴⁹), welches für Beschäftigte des Wiener Gesundheitsverbunds (der acht Kliniken und neun Pflegehäuser betreibt) gilt, liegt das Einstiegsgehalt für PflegeassistentInnen bei etwa 2.120 bis 2.270 €, für PflegefachassistentInnen bei etwa 2.270 bis 2.620 € und für diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bei etwa 2.620 bis 3.264 €, jeweils auf der untersten (von je 12) Gehaltsstufe. Auch hier gibt es eine Erschwernisabgeltung, diese liegt bei 150 € pro Monat und Beschäftigte; Sonn- bzw. Feiertags- und Nachtarbeitszuschläge fallen ebenso an. Auch in den anderen Bundesländern liegen die Einstufungen bzw. Gehälter ähnlich (z.B. liegt das Einstiegsgehalt für DGKP in Salzburg bei 2.747 € und steigt bis 3.440,70 € auf der höchsten Gehaltsstufe nach vielen Dienstjahren).

Mit diversen Zulagen und Zuschlägen liegen die Gesamtgehälter oft bis zu über zehn Prozent über den Grundgehältern (vgl. [AMS Gehaltskompass](#)).

9.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Eine aktuelle, 2021 veröffentlichte Studie untersucht die Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen basierend auf einer Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklimaindex, eine repräsentative Befragung von unselbständig Beschäftigten in Österreich ab 15 Jahren, die bereits seit 1997 durchgeführt wird. Jährlich werden etwa 4.000 Personen befragt. Für die Studie wurden die Ergebnisse aus 2010 bis 2020 kumuliert, um eine ausreichend große Personenanzahl in den drei ausgewählten Berufsgruppen zur Auswertung zur Verfügung zu haben. In Summe wurden knapp 2.000 Befragte in die Auswertung einbezogen (1.145 Befragte in den Bereichen Krankenpflege und medizinische Betreuung; 635 Befragte in der Altenpflege; und 211 Befragte in der Behindertenbetreuung). Im Fokus der Analyse stehen zwei Fragen: 1. Welche Aspekte der Arbeitszufriedenheit bei den Pflegebeschäftigten dazu führen, dass sie ihren Beruf

⁴⁹ Das Wiener Bediensteten-Gesetz ist hier abrufbar: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000547>

bzw. ihren Tätigkeitsbereich in naher Zukunft wechseln möchten, und 2. ob die Befragten es angesichts ihres Gesundheitszustands für (un)wahrscheinlich halten, ihren Beruf bis zur Pensionierung beizubehalten.

Im Bereich der Krankenpflege und medizinischen Betreuung sehen es 61 Prozent als unwahrscheinlich an, den Beruf bis zur Pension beizubehalten, in der Langzeitpflege sogar 75 Prozent. Signifikante Einflussfaktoren für diese Einschätzung sind psychische Belastungsfaktoren in der Arbeit (z.B. Zeitdruck, seelisch belastende Tätigkeit), ein Einkommen, das nicht oder nur knapp zum Leben ausreicht, wenig Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten, sowie atypische Arbeitszeiten - v.a. das Arbeiten zu Randzeiten. Frauen, Befragte mit niedrigerer Ausbildung (ohne Matura, maximal mittlere Abschlüsse) und nicht-österreichische StaatsbürgerInnen halten es tendenziell häufiger für unwahrscheinlich, den Beruf bis zur Pension auszuüben (BMSGPK 2021: 11ff).

Den Berufsausstieg, bzw. die Absicht, den Beruf zu wechseln, haben im Bereich der Krankenpflege und medizinischen Betreuung 13 Prozent vor, im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung 16 Prozent. Hier sind folgende signifikante Einflussfaktoren festzustellen: atypische Beschäftigungsverhältnisse wie Befristungen und Leiharbeit haben einen starken Effekt darauf, dass Beschäftigte ihren Beruf wechseln wollen (diese Beschäftigungsverhältnisse sind jedoch nur sehr marginal vorhanden⁵⁰); Pendeltätigkeit (Arbeitsort liegt außerhalb der Wohngemeinde); sowie hohe körperliche Arbeitsbelastungen. Der Wunsch, im Beruf zu bleiben, wird hingegen gefördert, wenn Pflegebeschäftigte das Gefühl haben, auch in fünf Jahren noch qualifiziert genug zu sein um ihre Tätigkeit gut auszuüben. Jüngere, Männer und Höherqualifizierte tendieren häufiger dazu, den Beruf wechseln zu wollen, während ältere Beschäftigte, Frauen und Pflegepersonal ohne höhere Ausbildung (Matura bzw. Studienabschluss) häufiger den Plan haben, im Beruf zu verbleiben (BMSGPK 2021: 13f).

Betrachtet man die Arbeitsbelastungen genauer, so zeigt sich, dass sich etwa ein Drittel der Beschäftigten in der Kranken- bzw. Altenpflege sehr und ziemlich von Zeitdruck belastet fühlt, 46 bzw. 38 Prozent fühlt sich sehr und ziemlich belastet aufgrund der seelisch belastenden Arbeit, fast ein Viertel vom ständigen Arbeitsdruck. Vom Wechsel der Arbeitsabläufe (je 18%) und der Unfall- und Verletzungsgefahr fühlen sich vergleichsweise wenige stark/ziemlich belastet (14 bzw. 10 Prozent):

⁵⁰ Etwa ein Prozent der Beschäftigten in der Krankenpflege ist in Leiharbeit, 3 Prozent in der Altenpflege. Über befristete Beschäftigungsverhältnisse verfügen etwa 3 Prozent der Befragten in beiden Bereichen.

Tabelle 11: Anteil der Beschäftigten, die sich in den jeweiligen Bereichen "sehr" bzw. "ziemlich" belastet fühlen:

Belastungen	Krankenpflege	Altenpflege
Zeitdruck	32 %	32 %
seelisch belastende Arbeit	46 %	38 %
Wechsel der Arbeitsabläufe	18 %	18 %
ständiger Arbeitsdruck ohne Zeit zu Verschnaufen	24 %	23 %
Unfall- und Verletzungsgefahr	14 %	10 %

Quelle: BMSGPK 2021: 17

Während es im Bereich der Krankenpflege keine signifikanten Unterschiede nach Dienstgebertyp (öffentliche und private Einrichtungen) gibt, fühlen sich Beschäftigte in der Altenpflege in öffentlichen Einrichtungen in den Bereichen Zeitdruck, Arbeitsdruck und seelische Belastung um etwa zehn Prozentpunkte häufiger belastet als solche in Privateinrichtungen (BMSGPK: 17).

Das subjektive Empfinden, mit dem Einkommen gut auszukommen, zeigt große Unterschiede zwischen den Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege. Während 61% in der Krankenpflege dies behaupten, sind es nur 36% der in der Altenpflege Tätigen. Vor allem im Hinblick auf die spätere Pension sind die Aussichten eher düster - nur 37 zw. 19 Prozent erwarten ein gutes Auskommen, rund die Hälfte der Befragten ein knappes Auskommen und 27% der in der Altenpflege Beschäftigten erwarten, nicht damit auszukommen. Beschäftigte in öffentlichen Institutionen schätzen ihre Einkommenslage etwas positiver als jene in privaten Einrichtungen.

Tabelle 12: Einschätzung der Beschäftigten (Anteil) über ihr Auskommen mit dem Einkommen und der Pension:

Art des Einkommens	Einschätzung	Kranken- pflege	Alten- pflege
Jetziges Einkommen	Komme gut damit aus	61 %	36 %
	Komme knapp damit aus	35 %	56 %
	Komme nicht damit aus	4 %	8 %
Spätere Altersversorgung	Komme gut damit aus	37 %	19 %
	Komme knapp damit aus	49 %	54 %
	Komme nicht damit aus	14 %	27 %

Quelle: BMSGPK 2021: 18

Samstagsarbeit ist sowohl in der Kranken-, als auch in der Altenpflege sehr weit verbreitet mit 85 bzw. 88 Prozent. Auch an Sonntagen wird von fast 80 Prozent gelegentlich bzw. häufig gearbeitet. Nachtarbeit ist hingegen in der Krankenpflege mit 70 Prozent weit verbreitet, in der Altenpflege (mit 42 Prozent) weit weniger.

Tabelle 13: Anteil der Beschäftigten, die zu den genannten Zeiten (atypische Arbeitszeiten) "gelegentlich" bzw. "häufig" arbeiten:

Gelegentliche oder häufige ...	Krankenpflege	Altenpflege
Samstagsarbeit	85 %	88 %
Sonntagsarbeit	78 %	79 %
Nachtarbeit	70 %	42 %

Quelle: BMSGPK 2021: 20

Trotz des häufigen Vorkommens von wenig familienfreundlichen Arbeitszeiten wird die Vereinbarkeit als relativ gut eingeschätzt. Fast ein Drittel der Beschäftigten bewertet die Vereinbarkeit in beiden Bereichen (Kranken- und Altenpflege) mit sehr gut, 48% in der Kranken- und 45% in der Altenpflege mit gut, während nur 4 bzw. 7 Prozent diese mit schlecht oder sehr schlecht bewerten.

Tabelle 14: Vereinbarkeit

Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	Krankenpflege	Altenpflege
sehr gut	31 %	29 %
2	48 %	45 %
3	17 %	20 %
4	3 %	6 %
sehr schlecht	1 %	1 %

Hinsichtlich der Faktoren der Autonomie bzw. Mitbestimmung zeigen sich Beschäftigte relativ zufrieden; mehr als die Hälfte in der Kranken- und Altenpflege sind zufrieden mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten, fast zwei Drittel mit den Gestaltungsmöglichkeiten. Die Zufriedenheit mit Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten ist in der Krankenpflege stärker ausgeprägt:

Tabelle 15: Zufriedenheit mit Ressourcen (sehr oder ziemlich), Anteil der Beschäftigten:

Zufriedenheit mit ...	Krankenpflege	Altenpflege
Mitbestimmungsmöglichkeiten	58 %	56 %
Gestaltungsmöglichkeiten	64 %	65 %
Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten	65 %	52 %

Literatur

- Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt A E, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 2019, 20(3): 1 – 288.
- BMASGK (2019a): Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten. Aktualisierte Ausgabe 2019, Wien
(<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>, Zugriff 13.5.2021)
- BMASGK (2019b): Gesundheitsberufe in Österreich, Wien
(<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=489>, Zugriff 17.5.2021)
- BMASGK (2019c): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (<https://jasmin.goeg.at/1080/>, Zugriff 17.5.2021)
- BMSGPK (2021): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index (SORA), Wien
(<https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegepersonal.html>, Zugriff 20.5.2021)
- Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen 2021 Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 46. Ausgabe, März 2021, Wien
- OECD (2018): OECD database. Health expenditure and financing, Paris
- Statistik Austria (2017): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2016, Wien
- Staflinger, Heidemarie (2019): Personalbedarf und -einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht, AK Oberösterreich, Linz
(https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitsundgesundheit/B_20_19_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf, Zugriff 20.5.2021)
- Staflinger, H. (2016): Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz
(https://ooe.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitswelt/arbeitsbedingungen/AB_2_016_Forschungsbericht_Mindestpflegepersonalschluesel_OO.pdf, Zugriff 20.5.2021)
- VVÖ (2017). Jahresbericht 2016. Wien: Versicherungsverband Österreich

10. LÄNDERBERICHT RUMÄNIEN

10.1. Organisation des Gesundheitssystems in Rumänien

10.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Das rumänische Gesundheitssystem ist auf zwei Ebenen organisiert. Die nationale Ebene ist für die Umsetzung der staatlichen Gesundheitspolitik verantwortlich, die Bezirksebene (*judet*) für die Erbringung der gesundheitlich-medizinischen Leistungen gemäß den zentral festgelegten Regeln. Die Hauptakteure auf der nationalen Ebene sind das Gesundheitsministerium und das *National Health Insurance House* NHIH. Das NHIH verwaltet und reguliert das soziale Krankenversicherungssystem. Die 43 regionalen Niederlassungen des NHIH (*district health insurance houses* DHIHs) schließen Verträge mit öffentlichen und privaten Anbietern ab, gemäß den Regeln des Rahmenvertrags, der zwischen dem NHIH und dem Gesundheitsministerium vereinbart wurde (Vladescu et al. 2016: 16, 18).

Rumänien liegt innerhalb der EU an letzter Stelle, was den Anteil der nationalen Gesundheitsausgaben am BIP betrifft. Im Jahr 2017 lagen diese bei 5,2 Prozent (EU-Durchschnitt 9,9 Prozent, Eurostat 2018). Der Anteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen ist mit über 80 Prozent relativ hoch. Der größte Teil der öffentlichen Finanzierung stammt aus den Krankenversicherungsbeiträgen an den National Health Insurance Fund (NHIF). Der Anteil an sogenannten privat getätigten „out of pocket“ Zahlungen ist die zweitgrößte Einnahmequelle für die Gesundheitsausgaben (19 Prozent). Diese Zahlungen bestehen hauptsächlich aus Direktzahlungen für Leistungen privater Anbieter bzw. Zuzahlungen für Medikamente. Es wird angenommen, dass der Anteil der informellen Zahlungen erheblich ist, der Umfang ist jedoch nicht bekannt (Vladescu et al. 2016: xixf).

Während die soziale Krankenversicherung in Rumänien im Prinzip eine Pflichtversicherung ist, deckt sie in der Praxis nur etwa 86 Prozent der rumänischen Bevölkerung ab. Nicht versichert sind etwa Menschen, die in der Landwirtschaft arbeiten oder nicht offiziell beschäftigt sind, bzw. Selbstständige oder Arbeitslose, die nicht für Arbeitslosen- oder Sozialversicherungsleistungen registriert sind, sowie Angehörige der Roma-Volksgruppe, die über keine Personalausweise verfügen. Dennoch sind auch diese Gruppen mit einem „Mindestleistungspaket“ versichert, das lebensbedrohliche Notfälle, ansteckende Krankheiten und die Versorgung während der Schwangerschaft abdeckt. Versicherte haben Anspruch auf ein umfassenderes Leistungspaket (Vladescu et al. 2016: xx). In der Praxis gibt es Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung mit schlechterem Zugang in ländlichen Gebieten, für sozioökonomische Gruppen wie

PensionistInnen, Arbeitslose, Selbstständige und LandarbeiterInnen, die Roma-Bevölkerung und Frauen. Politische Korruption wird auch im Gesundheitssektor als großes Problem wahrgenommen, aufgrund der hohen Prävalenz informeller Zahlungen (Vladescu et al. 2016: xxv).

Im Jahr 2014 gab es 527 Krankenhäuser im Land, über zwei Drittel davon öffentliche. Während die Anzahl öffentlicher Krankenhäuser rückläufig ist (v.a. nach der Schließung von 67 davon aufgrund schlechter Leistung 2011), hat in den letzten Jahren die Zahl an privaten Krankenhäusern zugenommen. Zwar sind die Krankenhäuser gleichmäßig im ganzen Land verteilt, dennoch ist in bestimmten Regionen die Zugänglichkeit stark eingeschränkt (Vladescu et al. 2016: 77). Die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen in Rumänien ist durch eine Überversorgung mit hochspezialisierter stationärer Versorgung und eine Unterversorgung mit der Primär- bzw. Grundversorgung gekennzeichnet. Gemeinde- oder HausärztInnen bilden die Basis des staatlichen rumänischen Gesundheitssystems; sie sind für die Weiterleitung für spezifischere bzw. anspruchsvollere Behandlungen an SpezialistInnen verantwortlich. Die Zahl dieser PrimärversorgerInnen ist allerdings in den letzten Jahren stark rückläufig.

Im Jahr 2018 gab es knapp über 11.000 HausärztInnen in Rumänien; dies sind um 25 Prozent weniger als noch sieben Jahre zuvor, so der rumänische Hausärzteverband. Nur wenige niedergelassene ÄrztInnen entscheiden sich heute für diese wichtige Gemeindeversorgung. Vor allem in kleineren Dörfern ist die Krise gravierend: 50 Prozent der 20 Millionen EinwohnerInnen Rumäniens leben in ländlichen Gebieten, aber sie werden nur von 38 Prozent der HausärztInnen versorgt (<https://www.dw.com/en/medical-exodus-leaves-romania-bulgaria-in-pain/a-44487178>).

In den letzten Jahren gibt es Bemühungen, die Rolle der Primärversorgung zu stärken und gleichzeitig die Bettenanzahl in Spitälern zu reduzieren. Dabei wurden hauptsächlich die Akutbetten reduziert, während die Zahl an Betten in Pflege- und Altenheimen gestiegen ist (Vladescu et al. 2016: 77).

10.1.2. Das Langzeitpflegesystem⁵¹

Die Langzeitpflege ist in Rumänien vorrangig informell geregelt. Öffentlich finanzierte Langzeitpflege und Sozialhilfe für ältere Menschen umfasst diejenigen, die keine Familie oder einen gesetzlichen Vormund haben; die keine Wohnung oder kein (ausreichendes) Einkommen haben; und diejenigen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen

⁵¹ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Rumänien: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Rumänien

oder einen besonderen Pflegebedarf haben. Die Anspruchsberechtigung für eine solche Betreuung wird im Einzelfall geprüft. Zur Verfügung stehende Leistungen sind eine vorübergehende oder dauerhafte häusliche Pflege; vorübergehender oder dauerhafter Aufenthalt in Altenpflegeheimen; Zugang zu Tagesstätten bzw. Seniorenclubs; und soziales Wohnen (Vlădescu et al. 2016: 117). Primär werden im LTC-System aber monetäre Leistungen erbracht (Pop 2018: 4).

Im Jahr 2016 gab es 368 stationäre Einrichtungen, davon 123 öffentliche, der Rest private. Die Zahl der BewohnerInnen lag bei etwa 14.500 oder 0,4 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre (Pop 2018: 4), eine der niedrigsten Raten in der EU. Stationäre Angebote sind eher in ländlichen Gegenden zu finden, während in größeren Städten eher mobile Dienstleistungen angeboten werden (doch auch dieses Angebot ist sehr klein, Pop 2018: 6). Die Wartezeiten für einen Platz in einem Alten- bzw. Pflegeheim sind sehr lang (etwa zwei Jahre, vgl. Popa 2010); aufgrund hoher Kosten sind hauptsächlich PensionistInnen mit einer hohen Pension, bzw. mit finanzkräftigen Familienmitgliedern (die die Kosten übernehmen) dort anzutreffen. Die Verbesserung des Zugangs zu LTC ist als eines der Ziele in der Nationalen Gesundheitsstrategie 2014-2020 enthalten (Vlădescu et al. 2016: 118).

10.2. Beschäftigung im Gesundheitssektor in Rumänien

Laut Eurostat-Daten (2019a) waren in Rumänien im Jahr 2018 etwa 14.400 KrankenpflegerInnen beschäftigt, sowie 126.000 PflegeassistentInnen und 70.000 Beschäftigte in der Betreuung (health care assistants). Damit verfügt das Land über eine sehr geringe Pro-Kopf-Anzahl an Krankenpflegepersonal, aber auch an ÄrztInnen, und zwar nicht nur im gesamteuropäischen Vergleich, sondern auch im Vergleich mit anderen osteuropäischen Staaten (obwohl es seit 2010 leichte Steigerungen gegeben hat). Zur Anzahl der Beschäftigten in mobiler Pflege allein gibt es keine Daten, da diese unter allgemeine Sozialhilfeleistungen fallen (Pop 2018: 13).

Das rumänische Gesundheitspersonal kann in vier Kategorien eingeteilt werden: ÄrztInnen (inkl. ZahnärztInnen), Pflegefachkräfte, ApothekerInnen und Hilfskräfte. Zu den Pflegefachkräften gehören KrankenpflegerInnen, Hebammen, SozialarbeiterInnen sowie ZahntechnikerInnen. Andere Personalkategorien im Gesundheitswesen (Verwaltungspersonal) machen weniger als fünf Prozent im Gesundheitssektor aus (Vlădescu et al. 2008, in Rohova 2011: 5). Pflegefachkräfte (inkl. AssistentInnen, s.o.) sind in allen Bereichen des rumänischen Gesundheitswesens vertreten und stellen die bei weitem größte Gruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen dar. Ein wesentlicher Aspekt im Hinblick auf die berufliche Autonomie unterscheidet das Berufsbild der KrankenpflegerInnen in Rumänien von dem in anderen (westeuropäischen) Staaten: Mit Ausnahme einiger Gemeindekrankenschwestern (community nurses) praktizieren Pflegekräfte unter der Aufsicht und Verantwortung eines Arztes oder einer Ärztin. Der Tätigkeitsbereich in der Krankenpflege ist gesetzlich definiert und umfasst ärztlich verordnete Behandlungen, die Bewertung des Pflegebedarfs, Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, sowie Forschung (Vlădescu/Olsavsky 2009).

Seit einigen Jahren gibt es eine massive Abwanderung von Gesundheitspersonal in westeuropäische Staaten. Die Emigration wurde vor allem mit dem Beitritt Rumäniens zur Europäischen Union 2007, aber auch infolge der Finanz- und Wirtschaftskrise, von der Rumänien sehr schwer getroffen wurde (und infolge dessen das Gehalt im öffentlichen Sektor um 25 Prozent gekürzt wurde), angetrieben (obwohl es auch bereits vor 2007 Auswanderung von Gesundheitspersonal gegeben hat). Häufige Gründe für das Verlassen des Heimatlandes sind etwa geringe Gehälter verglichen mit anderen Branchen; geringer Sozialstatus; fehlende Anerkennung der Leistung; begrenzte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten; und große Diskrepanzen zwischen dem Niveau der angeworbenen Kompetenzen und den vorgefundenen Arbeitsbedingungen, die es nicht ermöglichen, die erworbenen Fähigkeiten in der Praxis anzuwenden (etwa aufgrund von fehlender Infrastruktur, Ausrüstung, Material) (Vladescu et al. 2016: 78).

Seit 2007 haben 45.000 medizinische Fachkräfte Zertifikate beantragt, die es ihnen erlauben, im Ausland zu arbeiten. Bis heute haben etwa 14.000 rumänische ÄrztInnen und fast 50.000 KrankenpflegerInnen das nationale Gesundheitssystem verlassen, um im Ausland zu arbeiten⁵², viele davon in Italien, Spanien und Großbritannien.

Im Nordosten Rumäniens, der ärmsten Region, scheint die Abwanderung noch intensiver zu sein. Das Profil einer rumänischen KrankenpflegerIn mit einem hohen Migrationspotenzial könnte beschrieben werden als KrankenpflegerIn mit Abschluss in allgemeiner Krankenpflege an einer Krankenpflegeschule, im Alter zwischen 26 und 35 Jahren, die in einem städtischen Gebiet im Nordosten oder im Süden des Landes lebt (Vladescu/Olsavsky 2009). Eine Folge der Abwanderung ist, dass es in rumänischen Krankenhäusern, v.a. in benachteiligten, ärmeren Regionen, einen Mangel an bestimmten medizinischen Fachrichtungen gibt. Selbst große Krankenhäuser haben oft Schwierigkeiten, freie Stellen zu besetzen, diese bleiben häufig vakant aufgrund ihrer geringen Attraktivität bezüglich Bezahlung und Arbeitsbedingungen (Vladescu et al. 2016: 91).

10.3. Personalbedarf und Personalplanung

Wie bereits erwähnt, stellt die starke Auswanderung von qualifizierten medizinischen Fachkräften das rumänische Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, wodurch ein großes Defizit vor allem bei ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal besteht. Die Einwanderung nach Rumänien ist hingegen vernachlässigbar, sodass dieses Defizit nicht kompensiert werden kann. Vor dem Beitritt Rumäniens zur Europäischen Union im Jahr 2007 waren es hauptsächlich KrankenpflegerInnen, die ins EU-Ausland auswanderten, um dort zu arbeiten, seitdem liegt der Schwerpunkt bei ÄrztInnen. Die wichtigsten Destinationen für KrankenpflegerInnen sind Italien, Spanien und Großbritannien. Der Abfluss von qualifiziertem und dringend benötigtem Gesundheitspersonal hat negative Folgen für die rumänische Gesundheitsversorgung und die Qualität der medizinischen

⁵² Siehe hier: <https://www.dw.com/en/medical-exodus-leaves-romania-bulgaria-in-pain/a-44487178>.

Dienstleistungen. Auch die Ausgaben für die Ausbildung werden dem Staat nicht ersetzt. Trotz dieser seit mehreren Jahren bekannten und bestehenden Probleme für das Gesundheitssystem gibt es in Rumänien keine Personalstrategie in Bezug auf die Migration von Gesundheitsfachkräften (Rohova 2011). Auch Bemühungen, MitarbeiterInnen zu binden, sind bislang nicht erfolgreich gewesen. Der Globale Verhaltenskodex der WHO (siehe Kapitel 12.1.2) wird nur begrenzt umgesetzt: In einer Evaluierung wurden Lücken in Bezug auf verschiedene Aspekte des rumänischen Gesundheitssystems festgestellt, einschließlich der fehlenden Unterstützung für die Ausbildung, Anwerbung und Bindung von Gesundheitspersonal, v.a. in unterversorgten Gebieten. In Ermangelung größerer Systemreformen wird eine weitere Abwanderung des Gesundheitspersonals in städtische Gebiete und ins Ausland prognostiziert (Paina et al. 2016). Auch die Weltbank stellte bereits 2009 fest, dass die Humanressourcen für das Gesundheitswesen bei allen Gesundheitsreformen weitgehend ausgeklammert wurden (Vladescu/Olsavsky 2009). Zwar hat die rumänische Regierung mehrere Maßnahmen getroffen, um die Abwanderung einzudämmen, diese waren aber nur mäßig erfolgreich. Es wurden Kriterien eingeführt, um abgelegene Gebiete mit chronischem Mangel an Pflege- und medizinischem Personal zu definieren und zu klassifizieren. Entsprechend dieser Einstufung konnten dort tätige Gesundheitsarbeitskräfte verschiedene Anreize erhalten (z. B. kostenlose Unterkunft, "Einrichtungsgebühr" in Höhe zweier Durchschnittsgehälter, monatliche Bonuszahlungen von bis zu 50 Prozent des Grundgehalts, Subventionen für die Anschaffung neuer Geräte oder Ermäßigungen für lokale Steuern) (Vladescu/Olsavsky 2009).

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung (im Jahr 2050 werden 27,7 Prozent der rumänischen Bevölkerung älter als 65 Jahre sein und 8,5 Prozent älter als 85 Jahre) sieht man sich speziell auch im Bereich der Langzeitpflege mit großen Personalproblemen konfrontiert (Ugureanu et al. 2020).

10.4. Ausbildung

Vor 1990 gab es mehrere Ausbildungsgänge in der Krankenpflege; ab 1990 wurden KrankenpflegerInnen nur noch an sogenannten Krankenpflegeschulen ausgebildet. Die Ausbildung konnte nach Absolvierung der Pflichtschule begonnen werden und dauerte drei Jahre. Es gab damals mindestens 114 solcher Schulen mit etwa 31.000 Studenten pro Jahr (WHO 2000). In Rumänien wird der Begriff *ArzthelferIn* bzw. *medizinische Fachangestellte* (*medical assistant*) für KrankenpflegerIn verwendet (Vladescu et al. 2016).

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union musste Rumänien die Ausbildung für Krankenpflegefachkräfte adaptieren, um den Anforderungen der EU zu entsprechen (Richtlinie 2005/36/EG) – allerdings hatte es Schwierigkeiten dabei, die Mindeststandards zu Inhalt und Dauer der Krankenpflegeausbildung umzusetzen und die Ausbildung von der Sekundarstufe auf ein höheres (universitäres) Niveau zu bringen (De Raeve et al. 2017: 294). Die Einhaltung der in dieser Richtlinie dargelegten Anforderungen ist eine Voraussetzung für die Freizügigkeit von KrankenpflegerInnen

innerhalb der EU. Ab 2004 wurde mit der Anpassung der Krankenpflegeausbildung an die EU-Standards begonnen. Es standen von nun an zwei parallele Ausbildungsmöglichkeiten zur Verfügung, eine dreijährige Krankenpflegeschule und ein vierjähriges Krankenpflege-Studium an den medizinischen Universitäten. Nach Umsetzung des Bologna-Systems wurde dies auf ein dreijähriges Bachelor-Studium umgewandelt. Auch Master-Studiengänge (ein Jahr zusätzlich) sowie die Möglichkeit von Doktoratsstudien wurden geschaffen (Popovici 2017: 91).

KrankenpflegerInnen, die ihre Ausbildung an einer Krankenpflegeschule vor 2010 abgeschlossen hatten, konnten die in der Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen für die Anerkennung ihrer Berufsqualifikation nicht erfüllen; infolge dessen wurde die Möglichkeit einer Weiterbildung geschaffen⁵³, um die Berufsausbildung der KrankenpflegerInnen zu ergänzen. KrankenpflegerInnen können das „Zertifikat zur beruflichen Höherqualifizierung“ (*Certificatul de Revalorizare a Competențelor Profesionale*) erwerben, eine in Rumänien offiziell anerkannte voruniversitäre Qualifikation. Im Mai 2020 schließlich veröffentlichte die Europäische Kommission einen Bericht, in welchem sie attestierte, dass diese Höherqualifizierung in den EU-Mitgliedstaaten automatisch anzuerkennen ist.⁵⁴

KrankenpflegerInnen haben in Rumänien die Möglichkeit, eine weiterführende einjährige Spezialisierung in verschiedenen Fachrichtungen vorzunehmen, wie etwa öffentliche Gesundheit und Hygiene, Physiotherapie, Radiologie, Ernährung oder Labortechnik. Ebenso wie für ÄrztInnen ist auch für Krankenpflegepersonal eine kontinuierliche berufliche Weiterbildung erforderlich. Die jeweiligen Berufsverbände legen die Bildungsstandards und die Kriterien dafür fest. Die berufliche Weiterbildung wird alle fünf Jahre durch die Ansammlung einer ausreichenden Anzahl von Weiterbildungspunkten validiert. Wenn die Mindestanzahl an Punkten nicht erreicht wurde, müssen sogenannte Revalidierungsprüfungen abgelegt werden (Vlădescu 2016: 92). Um eine Managementposition zu bekleiden, etwa in der Abteilungsleitung oder der Pflegeleitung von Spitälern, muss ein Kurs in Spitalsmanagement absolviert werden (Vlădescu et al. 2016: 93). Die Mehrheit der KrankenpflegerInnen sind in der allgemeinen Pflege tätig (ohne Spezialisierung) (69 Prozent), gefolgt von Pädiatrie (10 Prozent) und Geburtshilfe-Gynäkologie⁵⁵ (7 Prozent) (Vlădescu/Olsavsky 2009).

Im Jahr 2004 gab eine neue Gesetzgebung für KrankenpflegerInnen und Hebammen ihrem Berufsverband die Befugnis zur Selbstregulierung und führte eine Zulassungspflicht ein. Ein nationales Register wurde eingeführt, in welchem alle ausgebildeten KrankenpflegerInnen und Hebammen registriert sind, unabhängig davon, ob sie in ihrem Beruf tätig sind (Vlădescu/Olsavsky 2009).

⁵³ Die Möglichkeit wurde aufgrund der Änderung der Richtlinie 2005/36/EG durch die Richtlinie 2013/55/EU geschaffen.

⁵⁴ Siehe https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2020-001667-ASW_EN.html.

⁵⁵ Im Jahr 1978 wurde die spezifische Hebammenausbildung abgeschafft und erst 2004 wieder eingeführt. Davor konnten Krankenpflegekräfte eine Spezialausbildung in Geburtshilfe und Gynäkologie ablegen um in diesem Bereich tätig zu sein (Vlădescu/Olsavsky 2009).

Die Zulassung zur Krankenpflegeausbildung basiert hauptsächlich auf den Schulergebnissen. Die Zahl der aufzunehmenden SchülerInnen wird vom Bildungsministerium streng geregelt, die Ausbildung vollständig finanziert. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit der Ausbildung an privaten Schulen, die Zahl der dort aufgenommenen Studierenden wird nicht kontrolliert. In Summe gibt es etwa 35.000 AbsolventInnen pro Jahr; nach Schätzung des Gesundheitsministeriums würden nur etwa 2.000 benötigt werden, basierend auf der Aufnahmekapazität des öffentlichen Gesundheitssystems (Vladescu/Olsavsky 2009).

10.5. Arbeitszeiten

Die gesetzliche Arbeitszeit in Rumänien liegt bei 40 Stunden pro Woche und acht Stunden pro Tag für einen Vollzeitarbeitsplatz. Die Arbeitszeit darf 48 Stunden pro Woche, einschließlich Überstunden, nicht überschreiten. Für Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren gilt eine reduzierte Arbeitszeit, diese ist auf sechs Stunden pro Tag und 30 Stunden pro Woche begrenzt. Bei Schichtarbeit kann die Arbeitszeit 8 Stunden pro Tag und 48 Stunden pro Woche überschreiten, sofern die Gesamtzahl der Arbeitsstunden, gerechnet auf einen Zeitraum von maximal drei Wochen, acht Stunden pro Tag und 48 Stunden pro Woche nicht überschreitet. Die Arbeitszeit, einschließlich Überstunden, darf ausnahmsweise 48 Stunden pro Woche überschreiten, sofern die durchschnittliche Arbeitszeit, berechnet für einen Referenzzeitraum von drei Kalendermonaten, 48 Stunden pro Woche nicht überschreitet. Für bestimmte Tätigkeitsbereiche oder Berufe kann eine kürzere oder längere tägliche Arbeitszeit, per spezifischer Verordnung, Kollektivvertrag oder individuellem Vertrag festgelegt werden. Auf einen Arbeitstag von 12 Stunden muss jedenfalls eine 24-stündige Ruhezeit folgen.

Arbeit, die zwischen 22 Uhr und 6 Uhr morgens geleistet wird, wird als Nachtarbeit eingestuft. Die Normalarbeitszeit für ArbeitnehmerInnen, die Nachtarbeit leisten, darf im Durchschnitt 8 Stunden pro Tag nicht überschreiten, berechnet für einen Bezugszeitraum von bis zu maximal drei Kalendermonaten, unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen zur wöchentlichen Ruhezeit. Beschäftigte, die Nachtarbeit leisten, haben Anspruch auf:

- entweder eine Kürzung der täglichen Normalarbeitszeit um eine Stunde für jene Tage, an denen sie mindestens drei Stunden Nachtarbeit leisten, ohne Kürzung ihres Grundgehalts;
- oder auf einen Zuschlag von mindestens 25 Prozent des Grundgehalts, wenn sie im Rahmen der normalen Arbeitszeit mindestens drei Stunden Nachtarbeit leisten.⁵⁶

⁵⁶ Nähere Informationen zu Arbeitszeit in Rumänien siehe hier: <https://ec.europa.eu/eures/main.jsp?catId=8417&acro=living&lang=en&parentId=7793&countryId=RO&living=>

Nachdem es einige Jahre Schwierigkeiten gegeben hatte⁵⁷, konnte die größte Gewerkschaft der Branche, Sanitas, im Dezember 2019 erfolgreich einen Kollektivvertrag für den Gesundheitsbereich abschließen (EPSU 2019).

Dieser Kollektivvertrag⁵⁸ mit einer Gültigkeit von 2019 bis 2021 sieht ebenso eine 40-Stunden-Arbeitswoche vor, wie es auch gesetzlich geregelt ist. Die maximal erlaubte Arbeitszeit (inkl. Überstunden) liegt bei 48 Stunden pro Woche. Es sind 8- oder 12-Stunden Schichten vorgesehen, wobei es ein Drei-Schicht-Modell (Früh, Tag, Nacht) gibt. Der Anspruch auf Jahresurlaub ist gestaffelt nach Dauer der Zugehörigkeit; während der gesetzlich festgelegte Anspruch bei 20 Tagen liegt, liegt im Gesundheits- und Sozialwesen das Minimum bei 21 Tagen im Jahr (bei bis zu einem Jahr Beschäftigung) und ist gestaffelt nach der Dauer der Beschäftigung (Beschäftigung zwischen einem Jahr und fünf Jahren: 22 Tage; Beschäftigung von fünf bis zehn Jahren: 23 Tage; von zehn bis 15 Jahren: 25 Tage; 15 - 20 Jahren: 28 Urlaubstage; 20 Jahren und mehr: 30 Urlaubstage im Jahr). Für jeweils fünf Jahre Zugehörigkeit in derselben Abteilung wird ein zusätzlicher Urlaubstag gewährt. Zumindest eine Urlaubsphase pro Jahr muss eine Länge von mindestens zehn Tagen aufweisen. Zusätzliche freie Tage sind verhältnismäßig großzügig bemessen und entsprechen den gesetzlichen Vorgaben (z.B. 5 Tage im Falle der (eigenen) Hochzeit; 5 Tage bei Tod eines Angehörigen; 3 Tage bei Geburt bzw. Hochzeit des Kindes). Zusätzliche freie Tage (zwischen drei und acht Tagen pro Jahr) gibt es bei erschwerten Arbeitsbedingungen (z.B. acht Tage für Personal auf Tuberkulose-Stationen, fünf Tage für Personal in Kinderkrebsstationen, drei Tage für Beschäftigte die in der Desinfektion oder ähnlichen Bereichen tätig sind).

10.6. Gehalt

Der soziale Status von KrankenpflegerInnen ist im Vergleich zu weniger qualifizierten ArbeitnehmerInnen in Rumänien bescheiden. Im Jahr 2004 lagen die Löhne im Gesundheitswesen bei etwa 89 Prozent des nationalen Durchschnittslohns; dies konnte bis 2008 auf 98 Prozent erhöht werden (Trif 2013). Zu dieser Zeit lagen die Gehälter sowohl im öffentlichen als auch im privaten Gesundheitsbereich nicht über 300 Euro (netto) pro Monat (Vladescu/Olsavsky 2009). Infolge der Austeritätsmaßnahmen, die die rumänische Regierung aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/09 einführen musste, wurden die Gehälter im öffentlichen Sektor von der Regierung um 25 Prozent gekürzt (trotz Bestehens eines Branchenkollektivvertrags). Darüber hinaus erhielten die Beschäftigten trotz der KV-Bestimmungen für die Jahre 2008-2010 weder das 13. Gehalt

⁵⁷ Für nähere Informationen dazu siehe Trif 2013.

⁵⁸ Der Kollektivvertrag ist hier zu finden (auf rumänisch): <https://lege5.ro/Gratuit/gm2timrwha3q/contract-colectiv-de-munca-la-nivel-de-sector-bugetar-sanatate-pe-anii-2019-2021-inregistrat-la-mmjs-dds-sub-nr-1206-din-data-de-4112019?pid=306366556&d=2021-01-09#p-306366556>

(ein zusätzlicher Monatslohn), noch an die Betriebszugehörigkeit gebundene Bonuszahlungen oder Überstundenvergütungen. Damit sind laut Gewerkschaft die Löhne der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Jahr 2010 um rund 40 Prozent gesunken, bei gleichzeitiger Steigung der Arbeitsbelastung (Trif 2013).

Vor allem in den letzten Jahren jedoch stiegen - auch aufgrund der Änderungen im Ausbildungssystem (Tertiärisierung) - die Gehälter kontinuierlich an. Seit März 2018 sind die Gehälter von ÄrztInnen und medizinischem Personal, die im öffentlichen rumänischen Gesundheitssystem arbeiten, um mehr als 70 Prozent angestiegen. Somit erreichen etwa allgemeine KrankenpflegerInnen nun ein Nettogehalt von 2.586 RON (556 €) (ohne Zulagen). Bei einer höheren Ausbildung (z.B. Universitätsabschluss oder Spezialisierung) können 3.000 RON (645 €) verdient werden (<https://www.romania-insider.com/govt-increase-doctors-salaries>).

10.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

In einer Studie, die die sogenannten „Push-Faktoren“ für ausgewanderte Gesundheitsfachkräfte untersucht hat (Rohova 2011: 17), wurden einige Punkte zu den Arbeitsbedingungen im rumänischen Gesundheitssystem abgefragt. Dabei war für die AutorInnen erstaunlich, dass es nicht so sehr die geringen Gehälter waren, die die Befragten dazu bewogen hat, ins Ausland zu migrieren, sondern Korruption, Probleme mit der Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems, unbefriedigende Gesundheitspolitik, die Notwendigkeit von "besonderen Beziehungen und Kontakten" für das berufliche Fortkommen, sowie ein Mangel an beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und postgradualer Ausbildung.

Eine erst kürzlich durchgeführte Untersuchung in geriatrischen stationären Abteilungen zeigt, dass sich die dort tätigen KrankenpflegerInnen nicht gewürdigt und stigmatisiert fühlen, weil die Gesellschaft die Besonderheiten ihrer Arbeit und die Arbeitsbelastungen nicht verstehen bzw. unterschätzen würden. Die Ausbildung würde AltenpflegerInnen nicht ausreichend auf die klinischen und administrativen Aufgaben vorbereiten, die sie erfüllen müssen. Außerdem sei die Aufteilung zwischen administrativer und klinischer Arbeit unausgewogen, es würde nicht ausreichend Zeit für die klinische Pflege bleiben. Aufgrund des Personalmangels seien der psychische Druck sowie die Personalfuktuation hoch. Die Pflegekräfte hätten oft das Gefühl, dass die ÄrztInnen ihre Arbeit nicht wertschätzen und das Arbeitspensum nicht richtig einschätzen würden, und dass das Management kein Verständnis aufbringen und ihre Bedürfnisse ignorieren würde (Ungureanu et al. 2020: 30).

Literatur

- De Raeve, Paul/Rafferty, Anne-Marie/Bariball, Louise/Young, Ruth/Boiko, Olga (2017): EU accession: A policy window opportunity for nursing? In: Health Policy 121, S. 292–299
- EPSU (2019): Health union achieves major victory with sector collective agreement (<https://www.epsu.org/epsucob/2019-december-epsu-collective-bargaining-news-23/health-union-achieves-major-victory-sector> , Zugriff 7.1.2021)
- Paina, Ligia/Ungureanu, Marius/Olsavszky, Victor Olsavszky (2016): Implementing the Code of Practice on International Recruitment in Romania – exploring the current state of implementation and what Romania is doing to retain its domestic health workforce. In: Human Resources for Health 2016, 14(Suppl 1): S. 22
- Pop, Luana (2018): ESPN Thematic Report on Challenge in long-term care. Romania, Brussels
- Popa, Daniela (2010): The long-term care system for the elderly in Romania. ENEPRI research report no. 85. European Network of Economic Policy Research Institutes (<http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANC137IEN%20RR%20No%2085%20Romania.pdf>, Zugriff 11.1.2021)
- Popovici, Silvia 2017: The Romanian Nurses' Professional Group Evolution – A Model of Analysis for the Professionalization Process ([http://praktiskegrunde.dk/2017/praktiskegrunde\(2017-1+2i\)popovici.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2017/praktiskegrunde(2017-1+2i)popovici.pdf), Zugriff 7.1.2021)
- Rohova, Maria (2011): Health professionals' migration - the case of Romania, in: Journal of Health Economics and Management, Vol. 2(40), 2011, pp. 3-21
- Trif, Aurora (2013): Romania: Collective bargaining institutions under attack, in Transfer: European Review of Labour and Research, Volume 19, issue 2
- Ugureanu, M-I. et al. 2020, The geriatric workforce in Romania: the need to improve data and management. In: European Journal of Public Health, Vol. 30, No. Supplement 4, iv28–iv31 (https://pdfs.semanticscholar.org/69cd/8e2893d20dafb0f7efa9d979886fac34d5bf.pdf?_ga=2.170241378.396820548.1610148063-1112810177.1609679525, Zugriff 7.1.2021)
- Vladescu, Cristian/Olsavsky, Victor (2009): Migration of Nurses: The Case of Romania, in: Management in Health, Vol 13, No 4 (<http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/view/91/186NSPHHSM>, Zugriff 7.1.2021)
- Vladescu, Cristian/Scîntee, Silvia Gabriela/Olsavszky, Victor/Hernández-Quevedo, Cristina/Sagan, Anna (2016): Health Systems in Transition. Romania: Health System Review, European Observatory on Health Systems and Policies
- World Health Organization, Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies (2000): Health care systems in transition: Romania (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108365>, Zugriff 7.1.2021)

11. LÄNDERBERICHT SCHWEDEN

11.1. Organisation des Gesundheitssystems in Schweden

11.1.1. Das öffentliche Gesundheitssystem

Schweden hat ein staatliches, vorwiegend steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Für die Steuerung, Organisation und Finanzierung sind drei verschiedene politische Ebenen zuständig: die nationale, die regionale und die lokale (Gemeinde-)Ebene. Auf der *nationalen* Ebene ist der Staat über das Ministerium für Gesundheit und Soziales für die allgemeine Gesundheitspolitik zuständig. Hier werden die Grundsätze der gesundheitlichen Versorgung festgelegt. Auf der *regionalen* Ebene sind 21 Provinzialverwaltungen für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten für die Bevölkerung verantwortlich. Diese sind weitgehend selbstständig und organisieren das Gesundheitssystem innerhalb der staatlich vorgegebenen Rahmenbedingungen ganz unterschiedlich. Zu ihren Aufgaben gehören die Bereitstellung und Finanzierung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. Auf der *lokalen* Ebene tragen die 290 Kommunen Verantwortung für die Pflege- und Wohnbedürfnisse älterer Menschen und Menschen mit Behinderungen. Das heißt, sie sind vor allem für die häusliche Pflege sowie für die Errichtung und Erhaltung von Pflegeheimen zuständig (Anell et al. 2012: 17).

Der Großteil der Gesundheits- und medizinischen Kosten in Schweden wird durch regionale und kommunale Steuern bezahlt. Beiträge der nationalen Regierung sind eine weitere Finanzierungsquelle, während Gebühren von PatientInnen (vorwiegend Selbstbehalte) nur einen kleinen Prozentsatz der Kosten decken. Es gibt eine Mischung aus öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen, die jedoch im Allgemeinen öffentlich finanziert werden. Im Jahr 2018 etwa wurden 13,5 Prozent der gesundheitlichen Dienstleistungen von den Provinzialverwaltungen finanziert, aber von privaten Anbietern durchgeführt. Ein Abkommen garantiert, dass für die PatientInnen die gleichen Regelungen und Gebühren gelten wie für kommunale Versorgungseinrichtungen. Die Gebühren für PatientInnen (Selbstbehalte) werden von den regionalen Provinzialverwaltungen festgelegt und liegen bei einem Spitalsaufenthalt bei maximal 100 SEK pro Tag (entspricht 9,62 €, gedeckelt mit 1.200 SEK in einem Zeitraum von 30 Tagen), bei einer Primärversorgungseinrichtung zwischen null und 300 SEK (abhängig vom regionalen Kreis) und Besuche bei SpezialistInnen oder in der Notaufnahme kosten bis zu 400 SEK (etwa 38 €). Allerdings gibt es ein oberes Kostenlimit: Eine PatientIn hat nicht mehr als SEK 1.150 (111 €) für ambulante medizinische Beratung innerhalb von zwölf Monaten zu bezahlen; alle Behandlungen die

darüber hinaus gehen sind kostenfrei. Für verschreibungspflichtige Medikamente liegt die Schwelle bei 2.350 SEK (226 €) innerhalb von zwölf Monaten.⁵⁹

Die Grundlage des Gesundheitssystems bildet die Primärversorgung; es gibt über 1.100 Primärversorgungseinheiten im ganzen Land sowie etwa 70 Krankenhäuser auf der regionalen Ebene. Hochspezialisierte Versorgung mit modernster technischer Ausrüstung ist in den sieben regionalen bzw. universitären Krankenhäusern konzentriert (Anell et al. 2012: 17).

Lange Wartezeiten auf ärztliche Behandlungen stellten lange Zeit ein großes Problem für schwedische PatientInnen dar. Im Jahr 2005 wurde daher eine „Gesundheitsversorgungsgarantie“ (*vårdgaranti*) umgesetzt. Nach Kontaktaufnahme mit einem lokalen Gesundheitszentrum sollte innerhalb von drei Tagen eine medizinische Beurteilung erfolgen; nach der Erstuntersuchung sollten PatientInnen nicht länger als 90 Tage auf den Besuch eines Spezialisten oder einer Spezialistin warten müssen, und nicht länger als 90 Tage auf eine Operation oder Behandlung, sobald feststeht, welche Behandlung erforderlich ist.⁶⁰ Wird die Wartezeit überschritten, wird den PatientInnen die Versorgung an einem anderen Ort (ohne Zusatzkosten, auch Reisekosten werden übernommen) angeboten. Zahlen von Anfang 2020 zeigen, dass diese Garantie relativ gut eingehalten wird: etwa 88 Prozent der PatientInnen suchen innerhalb von 90 Tagen eine SpezialistIn auf und 82 Prozent werden innerhalb weiterer 90 Tage behandelt oder operiert⁶¹. Diese Erfolgsquoten sind seit Anbeginn der Covid-19-Pandemie allerdings zurückgegangen, da es auch in Schweden zu einer Priorisierung von Covid-19 PatientInnen gekommen ist.⁶²

Private Krankenversicherung ist in Schweden nicht sehr verbreitet (etwa sechs Prozent der Bevölkerung, vgl. European Commission 2017: 7) und wird häufig vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt; private Gesundheitseinrichtungen werden, wie oben angeführt, jedoch häufig vom öffentlichen Gesundheitssystem beauftragt.

11.1.2. Das Langzeitpflegesystem⁶³

Das Gesetz über Gesundheit und medizinische Versorgung (Hälsö- och Sjukvårdslag) organisiert die Zuständigkeiten auf den verschiedenen administrativen Ebenen. Wie oben erwähnt ist die Bezirks- bzw. Regionalebene hauptsächlich für die stationäre

⁵⁹ Die Beträge wurden auf der staatlichen Website <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/> abgerufen (12. Oktober 2020).

⁶⁰ Diese Gesundheitsgarantie wird deshalb auch mit den Zahlen „0-3-90-90“ beworben.

⁶¹ Siehe <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, abgerufen am 12. Oktober 2020.

⁶² Ständig aktualisierte Daten dazu sind auf folgender Website abrufbar: <https://www.vantetider.se/resultat/covid-19-statistikside/>.

⁶³ Ausführlich zum Langzeitpflegesystem in Schweden: Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Schweden

Krankenhausversorgung, sowie für ambulante und Primärversorgung zuständig. Die 290 Kommunen bzw. Gemeinden sind verantwortlich für Pflegeheime, soziale Dienste und Wohnbedürfnisse älterer Menschen, sowie für die Versorgung von Behinderten. Auch häusliche Krankenpflege (d.h. in den Wohnräumen der PatientInnen) liegt hauptsächlich in der Verantwortung der Kommunen (in 90 Prozent aller 290 Kommunen war dies 2017 der Fall, Socialstyrelsen, 2017, zitiert in Smeds Alenius et al, 2019).

11.2. Beschäftigung im Gesundheitssektor in Schweden

Schweden hat (nach Dänemark und vor Finnland und den Niederlanden) mit 17,3 Prozent den zweithöchsten Beschäftigtenanteil im Gesundheits- und Sozialwesen an der Gesamtbeschäftigung (siehe Kapitel 1.2). Die Zahl der KrankenpflegerInnen je EinwohnerIn ist seit Mitte der 1990er Jahre gestiegen, hat aber in den letzten Jahren stagniert bzw. war sogar leicht rückläufig und lag 2016 bei 1.090 je 100.000 EinwohnerInnen (siehe Kapitel 1.2). Unter den nordischen Ländern hat Schweden damit die geringste Anzahl. Der Anstieg der Zahl der registrierten KrankenpflegerInnen je 1.000 EinwohnerInnen betrug zwischen den Jahren 2000 und 2015 nur 12 Prozent, im Vergleich zu Finnland und Dänemark, wo die Zahl der registrierten KrankenpflegerInnen um 35 bzw. 37 Prozent zunahm (OECD, 2017).

Wie oben erwähnt, ist der Großteil des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in Schweden unter der Kontrolle der 21 Provinzialverwaltungen und der 290 Kommunen. Während der letzten zwei Jahrzehnte hat sich die Personalzusammensetzung auf der regionalen Ebene stark verändert: Im Jahr 1993 machten registrierte KrankenpflegerInnen 57 Prozent des gesamten Pflegepersonals aus, während KrankenpflegehelferInnen (*nurse aides*) bzw. KrankenpflegeassistentInnen (*assistant nurses*) und HilfspflegerInnen (*practical nurses*) den Rest ausmachten. Im Jahr 2007 war der Anteil der registrierten KrankenpflegerInnen auf 71 Prozent gestiegen, was auf einen Rückgang vor allem bei den PflegehelferInnen zurückzuführen ist und eine Tendenz zur Höherqualifizierung aufzeigt. Der Anteil der PflegeassistentInnen ist in diesem Zeitraum relativ stabil geblieben. In den Kommunen ist die Zusammensetzung des Personals ähnlich. Dort gab es einen leichten Rückgang an Beschäftigten, der möglicherweise auf die teilweise Privatisierung der von den Kommunen erbrachten Gesundheits- und Pflegeversorgung zurückzuführen ist (Smeds Alenius, L. et al 2019: 146).

Sogenannte "district nurses", eine Spezialkategorie von KrankenpflegerInnen, für die es einen eigenen Berufstitel gibt (Registrierung erforderlich) spielen eine zentrale Rolle in der schwedischen Gesundheitsversorgung, da sie für viele Erstkontakte mit dem Gesundheitssystem verantwortlich sind. Sie arbeiten sowohl auf der regionalen Ebene im Rahmen der Primärversorgung, als auch im kommunalen Sektor (Anell et al. 2012: 77) und sind bereits seit 1994 befugt, bestimmte Medikamente zu verschreiben. Die Übertragung der Verantwortung für die Betreuung älterer Menschen bzw. für häusliche Pflege und Betreuung in fast ganz Schweden von den Regionalkreisen zu den Kommunen in den 1990er Jahren (die sogenannte Ädel-Reform oder "Care of the Elderly" Reform)

bedeutete einen Einschnitt in die Beschäftigtenstruktur. Das Ziel der Reform war es, die medizinischen und sozialen Versorgungsangebote für ältere Menschen auf einer Ebene zu integrieren. Zugleich sollten Anreize für den Ausbau von Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, um den Krankenhaussektor zu entlasten. Auf der Gemeindeebene wurde dafür eine neue lizenzierte Position geschaffen, die der "Medicinskt ansvarig sjuksköterska" (MAS, übersetzt mit "medizinisch verantwortliche KrankenpflegerIn"), die Verantwortung trägt für die Aufrechterhaltung der PatientInnensicherheit und der Qualität der Pflege in den kommunalen Gesundheitseinrichtungen (Smeds Alenius et al., 2019: 144). Weiters kam es zu einem Anstieg des Anteils von lizenziertem Personal (wie etwa registrierte KrankenpflegerInnen) bei einem generellen Rückgang der Zahl des hauptsächlich nicht-lizenzierten Personals (wie etwa Betreuungskräfte); eine große Zahl davon wurde vom regionalen auf den kommunalen Sektor übertragen (Anell et al. 2012: 74f). Grundsätzlich ist auf der regionalen Ebene hauptsächlich besser bzw. länger ausgebildetes lizenziertes Personal tätig. Auf der kommunalen Ebene hingegen ist vorwiegend nicht-lizenziertes medizinisches (Hilfs-)Personal tätig. Im Jahr 2010 waren etwa 170.000 bzw. 195.000 Personen bei den Regionalkreisen bzw. Kommunen im Bereich Gesundheit, medizinische Versorgung und Langzeitpflege beschäftigt. Von den MitarbeiterInnen auf der regionalen Ebene waren 17 Prozent ÄrztInnen, 42 Prozent KrankenpflegerInnen und 30 Prozent PflegehelferInnen. Unter dem kommunalen Personal waren sieben Prozent KrankenpflegerInnen, während 83 Prozent PflegehelferInnen und anderes nicht lizenziertes Personal waren (Anell et al. 2012: 75).

Der größte Arbeitgeber im Bereich der stationären und häuslichen Pflege sind die Kommunen. Zusammen beschäftigen sie etwa 153.300 LTC-Pflegekräfte (Pflege(fach)assistenz, PflegehelferInnen und persönliche AssistentInnen) (Celik 2020: 33). Die Kommunen betreiben die häusliche und stationäre Langzeitpflege, während die Regionen für die Gesundheitsversorgung, z. B. Krankenhäuser, zuständig sind. Es gibt auch viele private Akteure in diesem Sektor, besonders im Bereich der Langzeitpflege. Diese unterstehen anderen Kollektivverträgen mit anderen Arbeitgeberorganisationen, aber den gleichen Gewerkschaften. Die Kollektivverträge sind im Sektor daher sehr ähnlich (Celik 2020: 33).

11.3. Personalbedarf und Personalplanung

Mehrere Stellen sind in Schweden an der Erstellung von Daten zur Personalplanung und -prognose für das Gesundheitswesen beteiligt. Neben dem schwedischen Statistikamt, das Prognosen für den gesamten nationalen Arbeitsmarkt erstellt, werden vom Nationalen Rat für Gesundheit und Sozialwesen (National Board of Health and Welfare NBHW) berufsgruppenspezifische Prognosen erstellt, die etwa ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen oder Hebammen umfassen. Die Hochschulbehörde wiederum ist zuständig für die Analyse des (zukünftigen) Personalangebots und für das Gleichgewicht zwischen der Anzahl der graduierten KrankenpflegerInnen und der Nachfrage am Arbeitsmarkt (Alenius et al. 2019: 147f).

Ein Bericht der Statistikbehörde aus 2017 zeigt auf, dass der Mangel an lizenzierten KrankenpflegerInnen zugenommen hat; etwa 80 Prozent der Arbeitgeber haben angegeben, Schwierigkeiten mit der Rekrutierung bzw. Besetzung offener Stellen zu haben. Insbesondere der Mangel an spezialisierten KrankenpflegerInnen (siehe unten) steigt stark an, obwohl es Anstrengungen gegeben hat, Ausbildungsplätze zu steigern und Spezialisierungen für KrankenpflegerInnen zu erleichtern. In vielen Regionalkreisen werden - je nach regionalen Personalengpässen - auch bezahlte Spezialisierungslehrgänge angeboten (Alenius et al. 2019: 148). Die Ausgestaltung des Personalstandes (d.h. Personalschlüssel) obliegt den Regionalbehörden - diese werden aber häufig an die Krankenhäuser weiterdelegiert (Alenius et al. 2019: 147).

Im Budget 2015 hat die Regierung vorgeschlagen, ab 2015 jährlich 1 Milliarde SEK (entspricht ca. 107 Millionen €) zur Verfügung zu stellen, um das Gesundheitspersonal von unnötigen Verwaltungsaufgaben zu entlasten und sicherzustellen, dass ihre berufliche Kompetenzen besser genutzt werden. Dies sollte durch eine Verbesserung der administrativen Prozesse und Systeme erreicht werden, sowie durch eine bessere Abstimmung der Aufgaben mit den Fähigkeiten und Kompetenzen des Gesundheitspersonals. Auch der Mangel an Krankenhausbetten und das Problem der Überbelegung von Krankenhäusern sollten angegangen werden (European Observatory on Health Systems and Policies 2015).

Im Bereich der Langzeitpflege wird die Frage des Personalmangels in Bezug auf den Mangel an ausgebildeten Personen diskutiert. Laut der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten würde der Mangel an Personen mit sekundären Berufsabschlüssen von knapp über 2.000 Personen im Jahr 2017 auf 56.000 im Jahr 2025 und 143.000 im Jahr 2035 ansteigen. Gleichzeitig wird erwartet, dass die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, von 530.000 auf etwa 808.000 Menschen im Jahr 2030 steigen wird. Währenddessen entspricht die jährliche Zahl der AbsolventInnen etwa der Hälfte des Bedarfs des Arbeitsmarktes. Es gibt aber Bemühungen der schwedischen Behörden, die Zahl der AbsolventInnen zu erhöhen: Mittlerweile gibt es fast doppelt so viele erwachsene AbsolventInnen einer Sekundärausbildung im Bereich der Pflege als Jugendliche. Dabei handelt es sich um MigrantInnen und neu in Schweden angekommene Menschen, die in diesem Bereich eine Berufsausbildung anstreben (Celik 2020: 26).

11.4. Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften

11.4.1. Basisausbildung

Wie in vielen anderen europäischen Staaten auch war das Gesundheits- und Krankenpflegeprogramm in Schweden früher nicht-akademisch; bereits 1982 wurde auf eine zweijährige akademische Ausbildung umgestellt, 1993 wurde diese Ausbildung auf drei Jahre verlängert (teilweise auf Bachelor-Niveau). Seit 2007 schließt die Ausbildung in allen Programmen (als Teil des Bologna-Prozesses) mit einem Bachelor-Abschluss ab

(Alenius et al. 2019: 144). Die Ausbildung für Gesundheitsberufe wird in Schweden vom Staat finanziert. KrankenpflegerInnen werden an etwa 30 Universitäten, Fachhochschulen und sonstigen unabhängigen Ausbildungsinstitutionen ausgebildet. Seit 1993 ist jede Ausbildungseinrichtung für ihr eigenes Programm verantwortlich, weshalb es auch gewisse Unterschiede gibt; jedenfalls muss die Ausbildung aber gesetzlich festgelegten Vorschriften entsprechen, die etwa besagen dass die Ausbildung für KrankenpflegerInnen 180 ECTS-Punkte umfassen soll. Weiters muss einer Reihe von Anforderungen (Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, professionelle Einstellung, ethische Überlegungen) entsprochen werden. Als Mitglied der Europäischen Union ist Schweden auch verpflichtet, die Richtlinien des EEC-Abkommens (Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union, 2013) zu befolgen, die besagen, dass die Krankenpflegeausbildung zu mindestens einem Drittel aus theoretischer Ausbildung und zu mindestens 50 Prozent aus klinischer Ausbildung bestehen sollte (Alenius et al. 2019: 144f). Im Jahr 2017 wurden etwa 6.000 StudentInnen zur Krankenpflegeausbildung zugelassen (2000 waren es noch etwa 4.000). Die Zahl der AbsolventInnen der regulären Krankenpflegeausbildung hat sich von etwa 2.900 im Jahr 2000 auf 4.200 im Jahr 2017 erhöht; es wird erwartet, dass sich diese Zahlen weiter erhöhen, vor dem Hintergrund, dass die schwedische Regierung plant, die Anzahl der Studienplätze sowohl in der grundlegenden Krankenpflegeausbildung, als auch in Spezialisierungsprogrammen zu erhöhen (Alenius et al. 2019: 146). Die Ausbildungsstätten bestimmen grundsätzlich eigenständig das Format und den Zeitpunkt der jeweiligen Abschlusstests. Im Jahr 2007 gab es ein Pilotprojekt, in welchem in vier unterschiedlichen Hochschulen standardisierte und gleichzeitige Abschlusstests stattfanden. Diese beinhalteten sowohl eine schriftliche Abschlussprüfung, als auch eine praktische Testung an einer PatientIn; bei zweitem Teil ist auch ein wesentliches Kriterium der Note die Patientenzufriedenheit. Mehr als die Hälfte der Ausbildungseinrichtungen haben diese Form der Abschlussprüfung in ihre Programme aufgenommen (Alenius et al. 2019: 146).

Nach Abschluss der Ausbildung können KrankenpflegerInnen bei der Zulassungsbehörde NBHW eine Lizenz/Registrierung zur Ausübung ihres Berufs beantragen. Damit tragen KrankenpflegerInnen einen geschützten Berufstitel (lizenzierte KrankenpflegerInnen). Eine Lizenzierung bzw. Registrierung gibt es auch für die Berufe der Hebamme (diese sind lizenzierte KrankenpflegerInnen mit einer spezifischen Qualifikation in der Geburtshilfe) und für RadiologiekrankenpflegerInnen. Letzere haben eine grundsätzlich andere Ausbildung in Radiologiepflege, diese sind keine lizenzierten KrankenpflegerInnen. Die Lizenz wird nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung beantragt und ohne weitere Auflagen erteilt (Alenius et al. 2019: 144).

11.4.2. Fach- bzw. Spezialisierungsausbildung

Nach mindestens einem Jahr Berufspraxis können KrankenpflegerInnen eine Fachausbildung absolvieren, die 40-60 Wochen (bzw. 60 bis 90 ECTS-Punkte) dauert. Dabei kann aus elf Spezialisierungsprogrammen gewählt werden (z.B. Chirurgie, Intensivpflege oder Anästhesie). Der Abschluss dieser Spezialisierungsausbildungen führt zu keiner (zusätzlichen) Lizenz, jedoch zu geschützten Berufsbezeichnungen. Der

Titel der registrierten KrankenpflegerIn ist in Schweden ebenso eine geschützte Berufsbezeichnung und kann nur von Personen mit besonderen Qualifikationen geführt werden (Anell et al. 2012: 81, Alenius et al. 2019: 144).

11.4.3. Postgraduale Masters-Ausbildung

Es gibt die Möglichkeit, eine einjährige weiterführende Ausbildung im Ausmaß von 60 ECTS-Punkten an die Basisausbildung einer lizenzierten KrankenpflegerIn anzuschließen (die mit einem "Magister" abschließt), oder ein zweijähriges weiterführendes Programm im Ausmaß von 120 ECTS-Punkten zu absolvieren, das mit einem "Master" abschließt. An jede dieser beiden Abschlüsse gibt es auch noch die Möglichkeit eines PhD-Studiums, das aber nur von sehr wenigen in Anspruch genommen wird.⁶⁴

11.4.4. Karriereentwicklung

In vielen regionalen Landkreisen und Kommunen in Schweden gibt es einen Trend zu beruflichen Positionen für lizenzierte KrankenpflegerInnen, die eine gewisse Weiterbildung erfordern. Dazu gehören etwa Kliniken für PatientInnen mit Diabetes, COPD oder Herzinsuffizienz, die von Krankenpflegepersonal geleitet werden. Generell gibt es in Schweden aber keine Strategie, wie KrankenpflegerInnen mit weiterführender Ausbildung eingesetzt werden können/sollen, bzw. wie man von diese weiterführenden Spezialisierungen bestmöglich nutzen könnte. Der Einsatz passiert meist ad-hoc und unterscheidet sich stark nach dem Landkreis, der Kommune oder aber den einzelnen Krankenhäusern bzw. spezialisierten Abteilungen (Alenius et al. 2019: 147).

KrankenpflegerInnen können grundsätzlich eine klinische Karriere, eine akademische Karriere oder eine Kombination aus beidem einschlagen. Etwa die Hälfte der KrankenpflegerInnen entscheidet sich nach Abschluss der Basisausbildung für eine Spezialisierung. Der überwiegende Großteil wählt in weiterer Folge eine klinische Karriere (im Unterschied zu einer akademischen). Hier können in weiterer Folge im Karriereverlauf auch Positionen mit Führungsverantwortung angestrebt bzw. übernommen werden. Neben ÄrztInnen sind KrankenpflegerInnen oftmals klinische Leitungspersonen in öffentlichen Krankenhäusern, und insbesondere auch in der Primärversorgung. Dafür ist eine akademische Karriere nicht nötig (Anell et al. 2012: 82).

⁶⁴ Der Anteil der registrierten KrankenpflegerInnen mit einem PhD-Abschluss lag im Jahr 2010 bei nur etwa einem Prozent (Hermansson 2010, zitiert in Alenius et al. 2019).

11.4.5. Ausbildung von Personal im Langzeitpflege- und Betreuungsbereich

Folgende Berufsgruppen werden für die Bereitstellung von mobiler Betreuung und Pflege eingesetzt und sollten eine entsprechende Ausbildung erhalten: HilfskrankenpflegerInnen und Haushaltshilfen, mit einer dreijährigen Sekundarstufe II-Ausbildung; KrankenpflegerInnen, mit einer dreijährigen tertiären Ausbildung; Spezialisierte KrankenpflegerInnen, mit einer vierjährigen tertiären Ausbildung und der Befugnis zur Verschreibung von Medikamenten aus einer begrenzten Liste; HaushaltshilfemanagerInnen ("home help officers"), mit einer dreijährigen Ausbildung auf Universitätsniveau; persönliche AssistentInnen, zumindest mit einem kurzen Kurs, aber häufig haben diese eine dreijährige Sekundarstufe II-Ausbildung (Fagerström/Willman 2013:274).

Auch wenn das Ausbildungsniveau im Laufe der Zeit aufgrund verschiedener staatlicher Initiativen gestiegen ist, fehlt immer noch jeder fünfte Betreuungs- und Pflegekraft in stationären Einrichtungen und jeder vierte mobilen Betreuungs- und Pflegekraft eine entsprechende Ausbildung (Stranz/Szebehly 2018:48).

Im Jahr 2017 forderte die Gewerkschaft Kommunal (organisiert ArbeitnehmerInnen auf Gemeindeebene, d.h. im Bereich der Langzeitpflege) von der schwedischen Regierung die Einführung einer Berufslizenz für PflegeassistentInnen, um den Status des Berufs zu stärken und den Langzeitpflegesektor attraktiver zu machen. Die Regierung reagierte mit dem Vorschlag einer geschützten Berufsbezeichnung (da Lizenzierung in der Regel einen Hochschulabschluss voraussetzen), die im Jahr 2025 eingeführt wird (Celik 2020: 27).

Im privaten Sektor hat der größte Langzeitpflegeanbieter in Schweden (Ambea) die Berufsbezeichnung der "Service-AssistentInnen" als Vorstufe des Berufsbildes der Pflegeassistenten initiiert. In Zusammenarbeit mit der schwedischen Arbeitsverwaltung und einem Weiterbildungsunternehmen werden v.a. neu angekommenen MigrantInnen Praktika, Schulungen und daran anschließend die Möglichkeit einer Beschäftigung gegeben. Der Titel der "Service-AssistentInnen" beinhaltet einfachere Aufgaben für gering qualifizierte Arbeitskräfte und für neu angekommene MigrantInnen, die den Beruf der Pflegehilfe anstreben. Durch diese Qualifizierungsmaßnahmen können auch diejenigen, die bereits in Beschäftigung sind, in verantwortlichere Positionen kommen (z. B. als Vorgesetzte der neuen MitarbeiterInnen) (Celik 2020: 27).

11.5. Arbeitszeiten

Die gesetzliche Arbeitszeit für Vollzeitbeschäftigung liegt bei 40 Stunden, allerdings werden über Kollektivverträge, die in Schweden weit verbreitet sind, meist kürzere Vollarbeitszeiten vereinbart. Der Kollektivvertrag für lizenzierte KrankenpflegerInnen, die bei den Kommunen bzw. auf der Regionalebene bei den Kreisverwaltungen angestellt sind (Sveriges Kommuner och Regioner SKR) sieht eine Vollzeitbeschäftigung von 38

Wochenstunden vor. Für KrankenpflegerInnen, die in Nacht-, Tag- und Abenschichten arbeiten (d.h. im Dreischichtbetrieb) beträgt die Vollzeitarbeitszeit 34 Stunden und 20 Minuten (also 34,22 Stunden) pro Woche ([SKR, 2020](#)). In einigen Institutionen wurde in den letzten Jahren mit einem 6-Stunden-Tag (bzw. 6-Stunden-Schichten) experimentiert, etwa im Svartedalen-Altersheim in Göteborg oder im Uniklinikum Göteborg, allerdings ist es bislang bei Pilotprojekten geblieben. Wenngleich das Projekt etwa im Altersheim aus Beschäftigtensicht positiv ausgefallen ist (weniger Krankenstände, höhere Motivation), wurde es aus Kostengründen nach zwei Jahren nicht weiter verlängert.

Der gesetzliche Urlaubsanspruch liegt bei 25 Tagen im Jahr, dies gilt im Prinzip auch für den Gesundheits- und Pflegebereich. Auch hier gibt es mit zunehmender Seniorität weitere Urlaubstage.

11.6. Gehalt

Die Löhne und Gehälter werden in den Kollektivverträgen auf Branchenebene vereinbart, wobei es hier keine national gültigen Löhne gibt, sondern lokal abweichende Gehaltsvereinbarungen. Es gibt verschiedene Kollektivverträge für den öffentlichen und privaten Sektor. Während auf der Arbeitgeberseite im öffentlichen Bereich der SKR verhandelt, sind es auf der Beschäftigtenseite die Gewerkschaften Kommunal (vertritt Gemeindebedienstete, d.h. hauptsächlich Beschäftigte in der Langzeitpflege) und Vardförbundet (Landeskreisebene, d.h. hauptsächlich Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Spitälern).

Das Brutto-Einstiegsgehalt (13 mal monatlich) für KrankenpflegerInnen in Schweden liegt zwischen 20.000 und 30.000 SEK (entspricht zwischen 1.987 € und 2.981 €) im Monat. Laut der größten Gewerkschaft für Gesundheitsbedienstete (Vardförbundet) lag das Durchschnittsgehalt im Jahr 2019 über alle Berufsgruppen hinweg (ausgenommen Management-Positionen, bei welchen der Durchschnitt bei 46.800 SEK oder 4.648 € lag) bei 35.040 SEK (3.480 €). KrankenpflegerInnen hatten 2019 ein durchschnittliches Gehalt von 33.600 SEK (3.337 €), Hebammen von 38.240 SEK (3.788 €), radiologische KrankenpflegerInnen von 33.450 SEK (3.322 €) und spezialisierte Fachkrankenschwestern hatten ein Gehalt von 37.430 SEK (3.717 €) (siehe [Vardforbundet 2020](#)). Das Gehalt für KrankenpflegerInnen ist im kommunalen Sektor höher als auf der Provinzebene, da die Kommunen im Vergleich Schwierigkeiten haben, Personal im Allgemeinen und lizenziertes Personal im Besonderen anzuwerben (Anell et al. 2012).

In der häuslichen und institutionellen Langzeitpflege sind PflegeassistentInnen (assistant nurses) die wichtigste Untergruppe der Beschäftigten. Das Verdienst liegt hier im Durchschnitt etwa zwischen 28.100 und 28.400 SEK (2.795 bis 2.825 €) pro Monat. Persönliche AssistentInnen verdienen im Durchschnitt etwa 27.000 SEK (2.686 €) pro Monat (Celik 2020: 33).

11.7. Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen sind in Schweden generell gut reguliert, einerseits über entsprechende Gesetze, andererseits über Kollektivverträge. Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist vergleichsweise hoch, wenngleich auch hier die größten Probleme mit Personalmangel erklärt werden können.

In der in diesem Bericht schon mehrfach erwähnten RN4CAST-Studie berichteten ca. 61 Prozent der befragten KrankenpflegerInnen, dass sie sich fast nie (d.h. ein paar Mal im Jahr oder seltener) von ihrer Arbeit ausgebrannt fühlen. Dies deckt sich mit einer im Jahr 2011 vom NBHW durchgeführten Umfrage, in welcher Vollzeit beschäftigte KrankenpflegerInnen antworteten, dass sie eher mit der Anzahl ihrer Arbeitsstunden zufrieden sind, als dass sie weniger arbeiten möchten (Socialstyrelsen, 2011, zitiert in Alenius et al. 2019: 148). Nach den schwedischen RN4CAST-Daten gab die Mehrheit der befragten KrankenpflegerInnen (57 Prozent) an, mit ihrer derzeitigen Tätigkeit mäßig zufrieden zu sein. Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie nicht die Absicht hätten, ihre derzeitige Stelle innerhalb des nächsten Jahres aufgrund von Unzufriedenheit zu verlassen.

Im Bereich der Langzeitpflege⁶⁵ wird ein etwas anderes Bild gezeigt: Hier ist die Unzufriedenheit vieler Beschäftigter groß aufgrund von als schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen, Stress und Personalmangel, sowie hoher Fluktuation. Über zwei Drittel (70 Prozent) des Personals im Bereich der stationären und mobilen Betreuung und Pflege von älteren Menschen geben an, dass die Personalausstattung mindestens einmal pro Woche unzureichend ist. Das Problem wird als konstant beschrieben. 42% glauben, dass die Personalausstattung so gering ist, dass sie sogar mindestens einmal pro Woche ein Risiko für das Leben der älteren Menschen darstellt (Celik 2020:12).

Literatur

Anell, Anders/Glenngård, Anna H./Merkur, Sherry (2012): Health Systems in Transition – Sweden: Health System Review 2012, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO

Celik, Sirin (2020): The long-term care workforce – Sweden: Eurofound (unveröffentlichtes Dokument)

European Commission (2017): State of Health in the EU - Sweden Country Health Profile 2017 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/355998/Health-Profile-Sweden-Eng.pdf?ua=1, Zugriff 13.10.2020)

European Observatory on Health Systems and Policies (2015): Health Systems and Policy Monitor, online addition to Health Systems in Transition (HiT Profile of Sweden) (<https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=4.2%20Huma>)

⁶⁵ Mehr Informationen zu Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege siehe Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten, Länderbericht Schweden.

[n%20resources&Type=Section#18Fundstorelievetheadministrativeburdenforhealthcarestaff](#), Zugriff 12.10.2020)

Fagerström, Cecilia/Willmann, Ania (2013): Sweden. In: Genet, Nadine/Boerma, Wienke/Kroneman, Madelon/Hutchinson, Allen/Saltman, Richard B. (Hrsg.) Home Care across Europe. Case Studies, European Observatory on Health Systems and Policies

OECD (2017): Health at a Glance
(https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf, Zugriff 12.10.2020)

Smeds Alenius, Lisa/Lindqvist, Rikard/Tishelman, Carol (2019): Sweden, in: Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European Countries, 143-151
(<https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/labour-market/employment-and-working-hours/the-swedish-occupational-register-with-statistics/pong/statistical-news/the-swedish-occupational-register-with-occupational-statistics-2018/>, Zugriff 12.10.2020)

Stranz, Anneli/Szebehely, Marta (2018): Organizational trends impacting on everyday realities. The case of Swedish eldercare. In: Christensen, Karen/ Pilling, Doria (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Work around the World, London, S. 45-58

12. PERSONALBEDARF UND PLANUNG: INTERNATIONALE STRATEGIEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Alternde Bevölkerungen, steigende Lebenserwartung und sonstige gesellschaftliche Entwicklungen (wie etwa höhere Frauenerwerbstätigkeit) führen zu einem steigenden Bedarf an Gesundheits-, Pflege- und Betreuungspersonal weltweit. Internationale Organisationen, die diesen Trend seit Jahren beobachten, haben Handlungsempfehlungen für Nationalstaaten formuliert, um einem drohenden Personalmangel rechtzeitig entgegenzuwirken. Die Weltgesundheitsorganisation WHO, die Vereinten Nationen UN, die Organisation für wirtschaftliche Kooperation und Entwicklung OECD sowie die Europäische Union haben in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten Strategien entwickelt, die Nationalstaaten bei ihren Planungsvorhaben unterstützen sollen. Die WHO etwa beschäftigt sich seit 2006 mit dem Themenbereich und hat sowohl eine globale, als auch europäische Strategie für Beschäftigung im Gesundheitswesen entwickelt. Darüber hinaus wurde ein globaler Verhaltenskodex für die Rekrutierung von internationalem Gesundheitspersonal verabschiedet. In enger Abstimmung mit der WHO gibt es auch Initiativen der UNO bzw. der OECD. Im Jahr 2008 veröffentlichte die EU-Kommission ein Grünbuch über die europäischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen (European Commission 2008) und setzte damit das Thema auf die europäische Agenda. Wenige Jahre später (2012) folgte ein Aktionsplan. Spezifisch für den Bereich der Langzeitpflege veröffentlichte die OECD erst kürzlich Handlungsempfehlungen und Prognosen für den zukünftigen Personalbedarf (OECD 2020).

Gemein ist all diesen internationalen Initiativen, dass es sich um *Handlungsempfehlungen* handelt, die Personalplanung schlussendlich Sache der Nationalstaaten ist. Ziel der Initiativen, die teilweise auch von Forschungs- und Netzwerkprojekten begleitet werden, ist die Bereitstellung von Instrumentarien zur Unterstützung. Es gibt jedoch keine Empfehlungen bezüglich eines ‘angemessenen’ Personalschlüssels, hier agieren die Nationalstaaten souverän und sehr unterschiedlich.

Hinsichtlich numerischer Schätzungen des aktuellen Personalmangels in Europa und den Nationalstaaten, bzw. Prognosen für die Zukunft ist die Datenlage nicht zufriedenstellend und teilweise recht unterschiedlich. Während es global bzw. europaweit nur sehr rudimentäre Schätzungen oder Prognosen gibt ohne Offenlegung der Berechnungsmethoden, ist die Datenlage und -qualität in den Nationalstaaten sehr unterschiedlich ausgeprägt. In manchen Ländern, wie etwa Irland, gibt es Daten nur für den öffentlichen, nicht jedoch privaten bzw. Non-Profit-Bereich. In anderen Ländern gibt es hingegen sehr genaue Berechnungen und Prognosen.

12.1. Weltgesundheitsorganisation WHO

Die Weltgesundheitsorganisation beschäftigt sich seit etwa fünfzehn Jahren ausführlich mit dem Thema der Personalressourcen im Gesundheitswesen („human resources for health“, kurz HRH genannt). Seit dem Weltgesundheitsbericht 2006 (WHO 2006) setzt die WHO in diesem Bereich global die Agenda. Der Bericht, der für 57 Staaten (kein europäisches Land darunter) von einem *kritischen* Mangel an Gesundheitspersonal ausging, ging 2006 von einem Defizit von 2,4 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen aus (WHO 2006: XVIII), insbesondere in asiatischen Staaten und Subsahara-Ländern. Im Bericht rief die WHO zu einem Aktionsplan im Bereich HRH auf und in der Folge wurden viele politische Initiativen und Resolutionen der World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung, die entscheidungstragende Körperschaft der WHO) beschlossen. Im folgenden werden zwei wesentliche Resolutionen der WHO, auf die sich auch andere internationale sowie nationale Strategien häufig berufen, rezipiert.

12.1.1. WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030

Nach Erwartungen der Weltgesundheitsorganisation WHO werden das Bevölkerungswachstum, die alternde Gesellschaft und die sich verändernden Krankheitsmuster in den nächsten fünfzehn Jahren zu einer größeren Nachfrage nach gut ausgebildetem Gesundheitspersonal führen. Für 2013 schätzte die WHO bereits einen bedarfsgerechten Mangel an 9 Millionen KrankenpflegerInnen und Hebammen weltweit. In ihrer 2016 veröffentlichten „globalen Strategie für Beschäftigung im Gesundheitswesen 2030“ (WHO 2016a) wird berichtet, dass nach Prognosen der WHO und der Weltbank bis 2030 weltweit etwa 40 Millionen neue Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen geschaffen werden, hauptsächlich in Ländern mit hohem und mittlerem Einkommen (Liua et al. 2016). Es würden 18 Millionen zusätzliche Gesundheitsfachkräfte, vor allem in ressourcenschwachen Gebieten, benötigt werden, um eine hohe und effektive Abdeckung des breiten Spektrums an Gesundheits- und Pflegediensten zu erreichen, die zur Gewährleistung eines gesunden Lebens für alle notwendig sind (WHO 2016a: 12). Es wird von einem Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen bis 2030 von weltweit bis zu 9,9 Millionen (ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen und Hebammen) ausgegangen. Dies untermauert die Ergebnisse der zentralen Gesundheitsindikatoren des WHO-Regionalbüros für Europa, die darauf hindeuten, dass die Zahl der Gesundheitsfachkräfte in der Region möglicherweise nicht ausreichen werden, um den künftigen Gesundheitsbedarf einer alternden Bevölkerung zu decken, obwohl die Zahl der Gesundheitsfachkräfte im letzten Jahrzehnt gestiegen ist. Ungleichgewichte und Engpässe beim Gesundheitspersonal sind laut WHO ein Problem in der Europäischen Region. Obwohl die Zahl der ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen in der Region in den letzten 10 Jahren allgemein um etwa 10% gestiegen ist, sei es unwahrscheinlich, dass dieser Anstieg stabil und ausreichend sein würde, um den Bedarf der alternden Bevölkerung zu decken. Gleichzeitig sind die Ungleichheiten bei der Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal zwischen den Ländern groß (WHO Regional Office for Europe 2020). Die „Globale Strategie für Beschäftigung im

Gesundheitswesen“ (WHO 2016a) skizziert politische Optionen für die Mitgliedstaaten der WHO, für das WHO-Sekretariat und Empfehlungen für andere Interessengruppen anhand von vier Zielen; die vorgeschlagenen Maßnahmen sollen von den Mitgliedstaaten berücksichtigt werden. Ein Jahr nach der Veröffentlichung dieser globalen Strategie wurde bei der 67. Tagung des WHO-Regionalbüros für Europa in Budapest 2017 ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO zur Umsetzung der Strategie beschlossen. Damit solle ein „grundlegend umgestaltetes und effektives Fachkräfteangebot innerhalb gestärkter Gesundheitssysteme auf Dauer aufrechterhalten“ werden (WHO 2017: 1). Der Handlungsrahmen ist an der Globalen Strategie und an dem UN-Dokument „Beschäftigung im Gesundheitswesen und Wirtschaftswachstum“ (siehe weiter unten) ausgerichtet und knüpft an sie an. Darin heißt es, „die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region können bei der Schaffung eines nachhaltigen Arbeitskräfteangebots im Gesundheitswesen Fortschritte erzielen, indem sie die vier strategischen Ziele der Globalen Strategie umsetzen, die an die Gegebenheiten in der Europäischen Region angepasst wurden“:

• **Strategisches Ziel 1: Ausbildung und Leistungsfähigkeit** (WHO 2017: 9)

- a) die Intensivierung einer transformativen und hochwertigen beruflichen und fachlichen Bildung und Ausbildung und des lebenslangen Lernens, damit alle Gesundheitsfachkräfte über die Fähigkeiten verfügen, die dem gesundheitlichen Bedarf der Bevölkerung entsprechen, und ihr volles Potenzial ausschöpfen können;
- b) Gewährleistung und Bereitstellung einer Ausbildung für das Gesundheitspersonal, bei der die Erfordernisse des Systems mit denen der Einzelpersonen vereinbart und so die Anforderungen der betreffenden Länder an Führungskompetenz, Gesundheitsversorgung, öffentliche Gesundheit und Pflege berücksichtigt werden;
- c) gezielte Nutzung der Möglichkeiten von Informations- und Kommunikationstechnologien, um zur Bereitstellung transformativer Bildungsangebote und zur Förderung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitspersonals beizutragen;
- d) Stärkung der Kapazitäten und Verbesserung der Qualität von Bildungseinrichtungen durch Akkreditierung; und
- e) Förderung der Leistungsfähigkeit, der Motivation, der Zufriedenheit und des Wohlbefindens des Gesundheitspersonals und seiner Bindung durch Förderung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen (gemäß der Definition der ILO) und Schaffung positiver Arbeitsumfelder.

• **Strategisches Ziel 2: Planung und Investition** (WHO 2017: 10)

- a) Förderung von Investitionen in die Schaffung menschenwürdiger Arbeitsplätze im Gesundheitswesen mit den richtigen Qualifikationsprofilen, in der erforderlichen Anzahl und am richtigen Ort, insbesondere für Frauen und junge Menschen;
- b) Durchführung einer umfassenden Analyse des Arbeitsmarkts mit dem Ziel der Entwicklung angemessener Konzepte und Strategien;

- c) Entwicklung von Instrumenten und Plänen, die den Bedarf an und die Nachfrage nach Gesundheitspersonal sowie das entsprechende Angebot unter verschiedenen Zukunftsszenarien quantifizieren;
- d) Einleitung ressortübergreifender Maßnahmen und Beteiligung mit dem Ziel, Investitionen in Gesundheitspersonal zu vereinbaren;
- e) Entwicklung von Konzepten und Instrumenten für die Bewertung und Optimierung des erforderlichen Qualifikationsmixes; und
- f) Investitionen in eine langfristige Steuerungsfunktion der staatlichen Politik und in entsprechende Strategien, insbesondere im Hinblick auf die Achtung der Rechte des weiblichen Gesundheitspersonals.

• **Strategisches Ziel 3: Kapazitätsaufbau** (WHO 2017: 10f)

- a) Gewährleistung, dass die Bedeutung der Politik- und Systemsteuerung sowie der Führung des Gesundheitspersonals in dem nationalen Rahmenkonzept klar vermittelt und deutlich erkennbar wird;
- b) Einrichtung eines Referats oder einer Abteilung für Gesundheitspersonal auf der entsprechenden nationalen oder regionalen Ebene mit ausreichenden Kapazitäten und genügend Gewicht, um die erforderlichen Analysen durchzuführen, die maßgeblichen Akteure an einen Tisch zu bringen und die nötige Berichterstattung auf allen staatlichen Ebenen in die Wege zu leiten; und
- c) Verbesserung und Stärkung des institutionellen Umfelds und der Steuerung und Beaufsichtigung der Ausbildung, Regulierung, Akkreditierung und Leistungsfähigkeit des Gesundheitspersonals.

• **Strategisches Ziel 4: Analyse und Erfolgskontrolle** (WHO 2017: 11)

- a) die Unterstützung evidenzgeleiteter Personalkonzepte und -planung durch Ausbau der Informationssysteme über Gesundheitspersonal und sonstiger Mechanismen für eine wirksame Erhebung, Meldung und Analyse zuverlässiger Daten über Gesundheitspersonal, etwa durch Einführung nationaler Register für Gesundheitspersonal und nationaler Gesundheitspersonalkonten;
- b) die Gewährleistung von Transparenz und Zugänglichkeit der Daten über das Gesundheitspersonal und von deren regelmäßiger Meldung; und
- c) die Überwachung von Fortschritten bei der Umsetzung und Planung von Konzepten durch Anwendung von Ansätzen der Arbeitsmarktanalyse, um einen etwaigen Anpassungs- oder Veränderungsbedarf zu bestimmen.

Die Überprüfung der Erreichung der „milestones“ der globalen Strategie erfolgt jährlich in Abstimmung mit anderen von der WHO genannten Zielen, etwa mit dem Verhaltenskodex (siehe unten).

12.1.2. WHO Global Code of Practice

Im Jahr 2010 beschloss die Weltgesundheitsversammlung den „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ (Globaler Verhaltenskodex der WHO für die internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal) (WHO 2010). Dieser Kodex legt freiwillige Praktiken für eine ethische Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern fest und empfiehlt den Nationalstaaten eine wirksame Planung des Gesundheitspersonals sowie der Ausbildung und Strategien zur Mitarbeiterbindung, die den Bedarf an internationalem Personal reduzieren würden. Der Kodex rät ab vor einer aktiven Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern, in denen ein kritischer Mangel herrscht, und betont die Bedeutung der Gleichbehandlung von eingewandertem Gesundheitspersonal mit im Inland ausgebildetem Gesundheitspersonal. Der Kodex wurde bislang zwei Mal überprüft (2015 und 2019), ihm wurde (vor dem Hintergrund wachsender Arbeitskräftemobilität) hohe Relevanz und Umsetzung und zunehmende Bekanntheit beigemessen. Die verstärkte Berichterstattung der Mitgliedstaaten über den Globalen Verhaltenskodex der WHO habe auch zu einer Verbesserung der globalen Daten und Informationen über die internationale Mobilität des Gesundheitspersonals beigetragen. Sowohl rechtliche als auch verhaltensbezogene Wirksamkeit konnte in mehreren Ländern nachgewiesen werden. Allerdings würden der zunehmende Umfang und die wachsende Komplexität der Mobilität des Gesundheitspersonals eine Herausforderung für die nationalen Gesundheitssysteme darstellen. Viele der am stärksten betroffenen Länder sind am wenigsten mit dem Globalen Kodex der WHO befasst, weshalb es nötig sei, die Umsetzung und Wirksamkeit des Kodex zu erweitern und zu vertiefen (WHO 2019: 2).

12.2. Vereinte Nationen UN: UN High Level Commission on Health Employment and Economic Growth

Auch die Vereinten Nationen beschäftigen sich mit dem Personalbedarf im Gesundheitswesen; im März 2016 wurde die Einsetzung einer Kommission für Beschäftigung und Wirtschaftswachstum im Gesundheitswesen angekündigt. Diese Kommission wurde beauftragt, Maßnahmen vorzuschlagen, um die Schaffung von mindestens 40 Millionen neuen Arbeitsplätzen im Gesundheits- und Sozialbereich zu fördern und den prognostizierten Mangel an 18 Millionen Gesundheitsfachkräften, vor allem in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (siehe oben), bis 2030 zu verringern. Der anschließende Bericht der Kommission (WHO 2016b) betonte, dass der Gesundheitssektor ein Schlüsselsektor der Wirtschaft und ein Arbeitsplatzgenerator ist und wies darauf hin, dass Wirtschaftswachstum und Entwicklung von einer gesunden Bevölkerung abhängen. Das Gesundheitspersonal sei ausdrücklich nicht als Kostenfaktor, sondern als Wachstumsmotor zu sehen, als eine Investition mit greifbaren sozioökonomischen Erträgen.

Unter anderem empfahl der UN- Bericht, einen Implementierungsplan zu erstellen, der 2018 gemeinschaftlich von der WHO, OECD und ILO veröffentlicht wurde (WHO 2018). Er sieht vor, den Weg zu einer universellen Gesundheitsversorgung (global) zu beschleunigen und durch die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsfachkräften innerhalb gestärkter Gesundheitssysteme die Ziele der Agenda für nachhaltige Entwicklung 2030 („sustainable development goals“ SDG der UNO) zu erreichen. Dazu sind laut UNO Investitionen sowohl in den Ausbau als auch in die Transformation des globalen Gesundheits- und Sozialwesens wesentlich.

Folgende **Empfehlungen** werden in dem Bericht (WHO 2018) abgegeben:

1. Förderung von Investitionen zur Schaffung menschenwürdiger Arbeitsplätze („decent jobs“) im Gesundheitssektor, insbesondere für Frauen und Jugendliche, mit den richtigen Qualifikationen, in der richtigen Anzahl und an den richtigen Stellen.
2. Maximierung der wirtschaftlichen Teilhabe von Frauen und Förderung ihrer Ermächtigung durch die Institutionalisierung weiblicher Führung, durch die Beseitigung von geschlechtsspezifischen Vorurteilen und von Ungleichheiten im Bildungswesen und auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen.
3. Ausbau einer transformativen, qualitativ hochwertigen Bildung und Weiterbildung (lebenslanges Lernen), damit alle Beschäftigten des Gesundheitswesens über Fähigkeiten verfügen, die den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen, und ihr Potenzial voll ausschöpfen können.
4. Reform der Dienstleistungsmodelle, die sich auf die Krankenhausversorgung konzentrieren und stattdessen Konzentration auf Prävention und die effiziente Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen, erschwinglichen, integrierten, gemeindenahen, menschenzentrierten primären und ambulanten Versorgung unter besonderer Berücksichtigung unterversorgter Gebiete.
5. Nutzung der Möglichkeiten kostengünstiger Informations- und Kommunikationstechnologien zur Verbesserung der Gesundheitserziehung, der auf den Menschen ausgerichteten Gesundheitsdienste und der Gesundheitsinformationssysteme.
6. Gewährleistung von Investitionen in die Kernkapazitäten der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005), einschließlich der Entwicklung von Fähigkeiten nationaler und internationaler Gesundheitsfachkräfte in humanitären Situationen und Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sowohl in akuten als auch in längerfristigen Notsituationen. Gewährleistung des Schutzes und der Sicherheit aller Gesundheitsfachkräfte und Gesundheitseinrichtungen in allen Bereichen.
7. Beschaffung angemessener Finanzmittel aus inländischen und internationalen Quellen, aus öffentlichen und ggf. privaten Quellen, und Prüfung einer breit angelegten Reform der Gesundheitsfinanzierung, wo dies erforderlich ist, um in die richtigen Qualifikationen, menschenwürdige Arbeitsbedingungen und in eine angemessene Anzahl von Beschäftigten im Gesundheitswesen zu investieren.
8. Förderung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene; Einbeziehung der Zivilgesellschaft, der Gewerkschaften und

anderer Organisationen des Gesundheitspersonals sowie des Privatsektors; und Ausrichtung der internationalen Zusammenarbeit zur Unterstützung von Investitionen in das Gesundheitspersonal als Teil der nationalen Gesundheits- und Bildungsstrategien und -pläne.

9. Die internationale Anerkennung der Qualifikationen des Gesundheitspersonals vorantreiben, um den Einsatz der Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten zu optimieren, den Nutzen der Migration von Gesundheitspersonal zu erhöhen und ihre negativen Auswirkungen zu verringern und die Rechte der Migranten zu schützen.

10. Durchführung einer soliden Forschung und Analyse der Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen unter Verwendung harmonisierter Messgrößen und Methoden, um die Evidenz, die Rechenschaftspflicht und das Handeln zu stärken.

12.3. Europäische Union: *EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*

Die Europäische Union beschäftigt sich ebenso bereits seit längerem mit dem Themenbereich. Im Jahr 2008 veröffentlichte die EU-Kommission ein Grünbuch über die europäischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen (European Commission 2008) und setzte damit das Thema auf die europäische Agenda. Im Jahr 2012 (European Commission 2012) wurde ein Aktionsplan erstellt, mit den Zielen der Verbesserung von Planung und Prognose des Arbeitskräftebedarfs im Gesundheitswesen, sowie mit der Vorausschätzung des künftigen Kompetenzbedarfs und der Verbesserung der beruflichen Weiterbildung bzw. dem Austausch bewährter Praktiken (good practice) zu effektiven Anwerbe- und Behaltestrategien von Gesundheitspersonal (EC 2012: 8).

Von 2013 bis 2016 beteiligten sich eine Reihe von Partnern aus 28 europäischen Ländern an einer „Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting“, einer Kollaboration zwischen der EU und der Europäischen Freihandelsassoziation EFTA. Die Ziele der Kooperation waren der Austausch bewährter Verfahren („good practice“), die Entwicklung von Prognosemethoden für den Bedarf an Gesundheitspersonal und effektive Personalplanung sowie die Verbesserung der EU-weiten Daten über das Gesundheitspersonal. Die während des Dreijahresprogramms erstellten Berichte umfassen Dokumente über Mobilität, künftige Qualifikationsanforderungen und Nachhaltigkeit sowie ein Handbuch über Methoden zur Planung des Gesundheitspersonals, das die in einer Reihe von EU-Ländern entwickelten Planungspraktiken beschreibt und analysiert.

Der Bericht über Daten zur Planung des Gesundheitspersonals (Kovacs et al. 2016) fasst Erkenntnisse und Erfahrungen bezüglich der Herausforderungen bei den Daten zur Planung des Gesundheitspersonals zusammen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein Toolkit zur Planung des Gesundheitspersonals entwickelt, das Unterstützung bei der

Verwaltung und Entwicklung der Planung des Gesundheitspersonals bieten soll. Bei dem Toolkit handelt es sich um eine Sammlung praktischer Instrumente, darunter Protokolle, Richtlinien, Checklisten und Bewertungsskalen, die entwickelt wurden, um die Länder bei der Anpassung standardisierter Prozesse zur Planung des Gesundheitspersonals zu unterstützen. Der kürzlich dazu veröffentlichte Bericht des Expertennetzwerks [SEPEN](#) (European Commission 2021) gibt einen Überblick über die Gesundheitspersonalplanung und -politik in den 27 EU-Mitgliedsstaaten und dem Vereinigten Königreich. Der Bericht zeigt, dass drei Viertel der Staaten (21 von 28) Systeme zur Planung des Gesundheitspersonals eingerichtet haben, wobei der Fokus sehr stark auf medizinische Berufe (AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen, ZahnärztInnen) gerichtet ist. Acht Länder schließen auch KrankenpflegerInnen, Hebammen und ApothekerInnen in die Planung ein, fünf Länder haben ihren Fokus auf alle (anerkannten) Gesundheitsberufe ausgeweitet, so etwa Italien, wo die Planung bis zu 30 Berufe umfasst. Der Zeithorizont der Planungen reicht von kurz (1-5 Jahre) bis langfristig (10-25 Jahre), die Häufigkeit der Projektionen variiert zwischen jährlich, alle drei (z.B. in den Niederlanden) oder alle vier Jahre (z. B. in Finnland) (European Commission 2021: 33).

12.4. OECD Handlungsempfehlungen

12.4.1. OECD Report on Healthcare Planning

Auch die OECD hat sich mit dem Thema Personalplanung im Gesundheitswesen befasst, als Schwerpunkt des Programms des OECD Gesundheitskomitees in den Jahren 2013-14 und 2015-16. Der Bericht (OECD 2016) bereitet die Ergebnisse auf und analysiert Trends und nationale Maßnahmen, die sich auf die Nachfrage und das Angebot von Gesundheitspersonal auswirken. Der Schwerpunkt der Analyse des Gesundheitspersonals liegt auf ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen, da diese nach wie vor eine vorherrschende Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen, aber auch auf den laufenden Bemühungen, diese traditionellen Berufsgrenzen zu überwinden. Der Bericht konstatiert, dass die Bewältigung der künftigen Gesundheitsbedürfnisse einer alternden Bevölkerung, in der viel mehr Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, mehr Innovationen bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erfordern würde. Es werde weiters notwendig sein, die neuen Technologien und die Fähigkeiten der verschiedenen Kategorien von Gesundheitsfachkräften auf allen Ebenen effektiver zu nutzen und den Menschen, wo immer sie leben, einen effektiveren Zugang zu Dienstleistungen zu ermöglichen.

Der Bericht enthält eine Reihe an Empfehlungen hinsichtlich der Planung des Bedarfs und der Nachfrage nach Gesundheitspersonal (OECD 2016: 89 bzw. OECD 2013: 11):

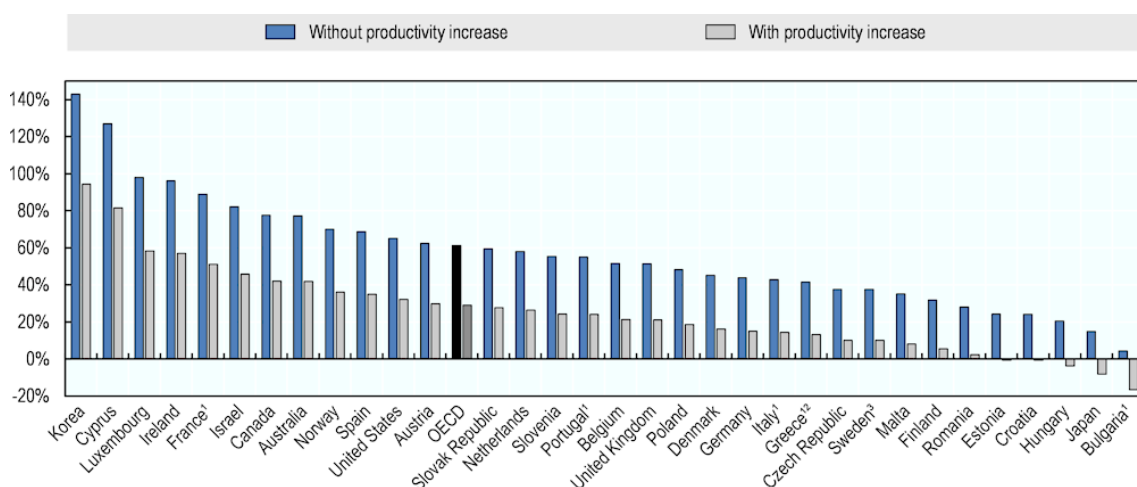
- Die Personalplanung im Gesundheitswesen ist keine exakte Wissenschaft und muss regelmäßig aktualisiert werden: Die Einschätzung des künftigen Angebots und der künftigen Nachfrage nach ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen oder anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe in 10 oder 15 Jahren ist eine komplexe Aufgabe, die auf der Angebotsseite und mehr noch auf der Nachfrageseite mit Unsicherheiten behaftet ist. Projektionen basieren zwangsläufig auf einer Reihe von Annahmen über die Zukunft; diese Annahmen müssen im Lichte sich verändernder Umstände, neuer Daten und der Auswirkungen neuer Politiken und Programme regelmäßig neu bewertet werden.
- Der erste Schritt jeder Projektion sind gute Daten über die aktuelle Situation. Einer der Hauptvorteile einer verstärkten Planung des Gesundheitspersonals besteht darin, dass sie häufig Verbesserungen in diesem entscheidenden ersten Schritt auslöst.
- Projektionen des Gesundheitspersonals sollten dazu beitragen, einen "Jo-Jo"-Ansatz bei der Aufnahme von StudentInnen und dem Eintritt in medizinische und pflegerische Berufe zu vermeiden: Die verfügbaren Erkenntnisse zeigen, dass die Beschäftigung im Gesundheitssektor tendenziell weniger konjunkturanfällig ist als die Beschäftigung in anderen Branchen. Daher sollte die Planung des Gesundheitspersonals die langfristigen strukturellen Faktoren im Auge behalten und eine übermäßige Empfindlichkeit gegenüber konjunkturellen Schwankungen vermeiden.
- Verbesserungen auf der Angebotsseite müssen sich stärker auf das Ende der Erwerbskarriere konzentrieren: Die meisten Prognosemodelle für das Gesundheitspersonal haben ihr Augenmerk auf den Neueintritt in verschiedene Berufe gerichtet, dem Austritt durch den Ruhestand jedoch weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Es ist notwendig, dies insbesondere für ÄrztInnen, aber auch für andere Berufe, genauer zu betrachten, da sich viele Beschäftigte im Gesundheitswesen dem Pensionsalter nähern und ihre Entscheidungen in den kommenden Jahren einen großen Einfluss auf das Angebot haben werden.
- Notwendigkeit des Übergangs von der einfach-professionellen zu einer multiprofessionellen Personalplanung im Gesundheitswesen: Projektionsmodelle für das Gesundheitspersonal müssen in der Lage sein, die Auswirkungen der verschiedenen Modelle der Gesundheitsversorgung integrierter zu bewerten, da viele Länder nach Möglichkeiten suchen, die Erbringung von Dienstleistungen neu zu organisieren, um besser auf die Alterung der Bevölkerung und die wachsende Belastung durch chronische Krankheiten reagieren zu können. Dies ist besonders wichtig im Bereich der Primärversorgung, wo sich die Rollen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Berufsgruppen in einigen Ländern rasch weiterentwickeln.
- Modelle zur Planung des Gesundheitspersonals müssen die geographische Verteilung des Gesundheitspersonals angemessen berücksichtigen: Eine landesweite Ausgewogenheit des Gesundheitspersonals bedeutet nicht zwangsläufig, dass es keine regionalen Engpässe oder Überschüsse gibt. Eine angemessene Bewertung der Lücken zwischen Angebot und Nachfrage muss unter die nationale Ebene hinausgehen, um die geographische Verteilung des Gesundheitspersonals zu beurteilen, und wie sich diese im Laufe der Zeit unter verschiedenen Szenarien entwickeln könnte.

12.4.2. OECD Report 2020: Langzeitpflegebedarf

In einem aktuellen Bericht zur Langzeitpflege beschäftigt sich die OECD (OECD 2020) mit dem zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal („long-term care workers“ oder LTC-workers). Unter diesen sind KrankenpflegerInnen (und AssistentInnen) sowie persönliche BetreuerInnen (personal care workers) zusammengefasst, die entweder in Institutionen außer Spitälern (d.h. Pflegeheimen u.ä.) oder in der Betreuung zuhause tätig sind. In den OECD-Ländern sind etwa 70 Prozent der LTC-Beschäftigten persönliche BetreuerInnen, etwas mehr als die Hälfte der LTC-Beschäftigten arbeiten in Institutionen, der Rest in privaten Haushalten (OECD 2020: 18).

In untenstehender Grafik wird der Bedarf an zusätzlichen Beschäftigten in der Langzeitpflege im Jahr 2040 aufgezeigt, um den Status quo (gleichbleibendes Verhältnis zwischen LTC-Beschäftigten und Personen ab 65 Jahren, im OECD-Durchschnitt 5:100) zu halten (blaue Balken). Dies würde – unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung – einem zusätzlichen Bedarf von etwa 13,5 Millionen Beschäftigten bis 2040 entsprechen bzw. einem Plus von 60 Prozent (OECD 2020: 10). Die grauen Balken zeigen dabei ein Alternativszenario auf: Durch den Einsatz von Technologie und die Änderung von Arbeitsvereinbarungen zur Steigerung der Effektivität der Dienstleistungserbringung könnte der zusätzliche Bedarf an Arbeitskräften nach OECD-Berechnungen bis 2040 halbiert werden (OECD 2020: 14), so die OECD (dies sollte jedoch kritisch hinterfragt werden).

Grafik 9: Bedarf an Langzeitpflegekräften bis 2040



Quelle: OECD 2020 (Note: OECD is the unweighted average of the 28 OECD countries shown in the chart.

1. Data are based on ISCO 3-digit and NACE 2-digit codes. 2. Data must be interpreted with caution, as sample sizes are small. 3. Data refer only to the public sector.)

Source: EU-Labour Force Survey and OECD Health Statistics 2018, with the exception of the Quarterly Labour Force Survey for the United Kingdom and ASEC-CPS for the United States; Eurostat Database for population demographics (data refer to 2016 or nearest year).

Auch über 2040 hinaus sind nach OECD-Berechnungen weitere Anstrengungen nötig, um ausreichend Personal für die Langzeitpflege zu rekrutieren: Bis zum Jahr 2050 wird eine Verdoppelung des Bevölkerungsanteils von über 80-Jährigen vorhergesagt, und nur zwei Personen im erwerbsfähigen Alter pro Person über 65 Jahren (OECD 2020: 3).

Von den LTC-Beschäftigten sind etwa 90 Prozent weiblich und 20 Prozent im Ausland geboren; das Gehalt von gleichwertigen Berufen liegt in der Langzeitpflege etwa 35% unter jenem in Spitälern (OECD 2020: 3). Das ist nur einer der Gründe (u.a. neben schlechten bzw. schwierigen Arbeitsbedingungen), warum die Personalfluktuationsrate so hoch ist. Trotzdem haben erst rund die Hälfte der EU-Mitgliedstaaten seit 2011 Rekrutierungsmaßnahmen oder Reformen in der Branche umgesetzt (OECD 2020: 4).

Denn abgesehen von der steigenden Gesamtzahl der benötigten Arbeitskräfte in der Langzeitpflege und -betreuung wird sich auch die Zusammensetzung der älteren Bevölkerung ändern: Immer mehr Menschen leiden an multiplen chronischen Erkrankungen und/oder Demenz. Das Qualifikationsprofil von Langzeitpflegekräften spiegelt diese neuen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung noch nicht wider, und ihre Ausbildung sollte entsprechend angepasst werden, so die OECD (2020: 14).

Betreuungskräfte (personal care workers) haben oftmals sehr niedrige Einstiegsvoraussetzungen für ihren Beruf. Weniger als die Hälfte der OECD-Länder verlangen von Beschäftigten in diesem Bereich einen Mindestschulabschluss oder Ausbildungszertifikate, und nur wenige garantieren, dass Beschäftigte eine entsprechende ausreichende Ausbildung erhalten haben. Obwohl Geringqualifizierte die größte Gruppe in diesem Bereich darstellen, müssen Langzeitpflegekräfte viel Zeit aufwenden, um komplexere Aufgaben als eine Art von Basispflege zu erledigen, einschließlich der Hilfe beim Waschen, Essen und Bewegen. In mehr als zwei Dritteln der OECD-Länder führen die ArbeitnehmerInnen Tätigkeiten wie die Überwachung des Gesundheitszustands, die Kommunikation mit Familien und Fachleuten und „Case Management“ aus. Beschäftigte in der Langzeitpflege sind nicht immer ausreichend über geriatrische Erkrankungen, soziale Kompetenz, die Betreuung nach Krankenhausentlassungen und das Management von Notfällen oder Trauerfällen geschult. Dies kann die Qualität der angebotenen Versorgung beeinträchtigen. (OECD 2020: 14)

Um den Personalmangel zu reduzieren, bzw. ihm vorzubeugen, muss laut OECD (2020: 25ff) mit umfassenden Maßnahmenpaketen an folgenden Stellen nachgeschärft werden:

- Ausweitung der Bemühungen um die Anwerbung neuer Arbeitskräfte
- Bindung an den Arbeitgeber durch Verbesserung der Arbeitsplatzqualität und der Aus- bzw. Weiterbildung und

- Erhöhung der Wirksamkeit der angebotenen Dienstleistungen - durch bessere Nutzung der Technologie und Koordination der Pflege, während gleichzeitig der Bedarf älterer Menschen an Langzeitpflegedienstleistungen hinausgezögert wird.

Herausforderungen in diesem Sektor und erfolgreiche Beispiele aus einigen Ländern geben Einblick in die künftigen Prioritäten. Angesichts des Ausmaßes der schlechten Arbeitsplatzqualität und der hohen Kosten, die durch die Fluktuation verursacht werden, sind verbesserte Arbeitsbedingungen und Ausbildungsperspektiven die erste politische Priorität, während ein sicheres Arbeitsumfeld die Grundlage der Systeme der Langzeitpflege bleiben sollte.

12.5. *Fazit zu internationalen Strategien*

Zwischen den Strategien und Handlungsempfehlungen internationaler Organisationen gibt es relativ große Überschneidungen. Gemeinsam ist allen, dass sie Handlungen in folgenden Bereichen empfehlen, um der akuten und v.a. prognostizierten Personalknappheit entgegenzuwirken:

- Daten sammeln: Personalregister, Daten zur Mobilität, für eine evidenzgeleitete Personalplanung
- Arbeitsmarktanalyse für Personalplanung ohne Rücksichtnahme auf konjunkturelle Schwankungen, regelmäßige Aktualisierung von Angebot/Bedarf/Nachfrage und von Zukunftsszenarien (Bevölkerungsentwicklung u.a.)
- Ausbildung: Akkreditierung von Ausbildungen, die im Ausland erlangt wurden; Aktualisierung der Ausbildung hinsichtlich neuer Anforderungen (Alterung der Bevölkerung, Multimorbidität im Alter, Demenz, Prävention/Gesundheitserziehung), Qualifikationsmix
- Investitionen in menschenwürdige Arbeit, in Gesundheitspersonal, in neue Technologien (v.a. bzgl. Alten- bzw. Langzeitbetreuung und -pflege), in universelle Gesundheitsversorgung und gleichberechtigten Zugang, in MitarbeiterInnenbindung
- Kapazitätsaufbau, Erhöhung des politischen Gewichts, sektorübergreifende Zusammenarbeit

Literatur

- European Commission 2008: Green Paper on the European Workforce for Health, Brussels (https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf, Zugriff 18.9.2020)
- European Commission 2012: COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT on an Action Plan for the EU Health Workforce, Brussels (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf, Zugriff 18.9.2020)
- European Commission (2021): Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28. Final study report, Brussels (http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2021/02/D4_Final-study-report_EB-02-20-972-2A-N.pdf, Zugriff 31.5.2021)
- Kovacs, Eszter et al. 2016: Report on Health Workforce Planning Data, Deliverable 0.43 Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, Semmelweis University, Budapest (https://semmelweis.hu/emk/files/2016/03/WEB_Report-on-HWF-planning-data.pdf, Zugriff 18.9.2020)
- Liua, J. X. et al. 2016: Global health workforce labor market projections for 2030, Policy Research Working Paper No. 7790 (Washington, DC, World Bank Group)
- OECD 2013, Health Workforce Planning in OECD Countries. A Review of 26 Projection Models from 18 Countries, Paris (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwb-en, Zugriff 17.9.2020)
- OECD 2016, Health Workforce Policies in OECD Countries – Right Jobs, Right Skills, Right Places, Paris (<https://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm> , Zugriff 17.9.2020)
- WHO 2006: World Health Report 2006 – Working together for health, WHO, Geneva (<https://www.who.int/whr/2006/en/#:~:text=The%20World%20Health%20Report%202006%20%2D%20working%20together%20for%20health,-The%20World%20Health&text=The%20report%20reveals%20an%20estimated,health%20workers%20are%20most%20needed>, Zugriff 17.9.2020)
- WHO 2010: WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16 (https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, Zugriff 17.9.2020)
- WHO 2016a: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, Geneva (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, Zugriff 17.9.2020)
- WHO 2016b: Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf?ua=1>, Zugriff 19.9.2020)
- WHO/Regionalbüro für Europa 2017: Resolution: Auf dem Weg zu einem nachhaltigen Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen: ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO, Budapest (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/349155/67rs05g_HRH_170891.pdf, Zugriff 15.9.2020)
- WHO 2018: “Working for Health”: A Five-Year Action Plan for Health Employment and Inclusive Economic Growth 2017–2021

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf?ua=1>,
Zugriff 15.9.2020)

WHO 2019: Draft Evidence Brief No. 2. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Reporting, Compliance and Effect (2010-2019). WHO Health Workforce Department, Geneva (https://www.who.int/docs/default-source/health-workforce/eag2/2nd-review-of-code-relevance-and-effectiveness-evidence-brief-2-code-effectiveness.pdf?sfvrsn=8f250b55_2, Zugriff 15.9.2020)

WHO Regional Office for Europe 2020: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-workforce/data-and-statistics>

13. SYNTHESE

Alternde Bevölkerungen, steigende Lebenserwartung und weitere gesellschaftliche Entwicklungen (erhöhte Frauenbeschäftigung, gestiegene Qualitätsansprüche) führen zu einem steigenden Bedarf an Gesundheits-, Pflege- und Betreuungspersonal weltweit. Schätzungen der WHO haben etwa bereits 2013 einen globalen Mangel an neun Millionen KrankenpflegerInnen und Hebammen vorhergesagt; bis 2030 könnten etwa 40 Millionen neue Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen geschaffen werden, hauptsächlich in Ländern mit hohen und mittleren Einkommen (WHO 2016, Liua et al. 2016). Auch in der Europäischen Union sind faktisch alle Staaten von einem akuten oder prognostizierten Personalmangel im Gesundheits- und Sozialwesen betroffen. Um dem (drohenden) Personalmangel entgegenzuwirken, kann an mehreren Stellschrauben gedreht werden. Diese werden im Folgenden zusammenfassend beschrieben.

Migration

Eine davon ist die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland; dies allerdings verschiebt den Bedarf nur, da der Personalmangel ein globales Phänomen ist. Die WHO hat mit dem *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* freiwillige Praktiken zur Auslandsrekrutierung festgelegt, und warnt insbesondere davor, Personal aus Entwicklungsländern, in denen ein kritischer Mangel herrscht, zu rekrutieren. In Europa ist eine Ost-West-Migration von (Kranken-)PflegerInnen bzw. Betreuungspersonen evident (siehe Kapitel 2), aber auch aus von der Wirtschafts- und Finanzkrise besonders betroffenen Staaten ist eine Abwanderung ersichtlich. In einigen mittel- und osteuropäischen Ländern, aus denen viele qualifizierte Gesundheitsfachkräfte abgewandert sind, um in Westeuropa Arbeit zu finden, ist der Personalmangel bereits akut (ETUC, undatiert). Hierbei muss aber betont werden, dass es sich meist weniger um eine aktive bzw. systematische Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland handelt, sondern die Initiative bei den auswanderungswilligen Beschäftigten selbst zu finden ist.

In Summe lebten etwa 145.000 Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte sowie Assistenzkräfte aus der EU in einem EU-Land, dessen Staatsangehörigkeit sie nicht haben, sowie 257.000 persönliche Betreuungs- und Pflegekräfte, in Summe also über 400.000 im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigte Personen (exklusive ÄrztInnen) (Fries-Tersch et al. 2018: 114). Inklusive ÄrztInnen sind Deutschland, Großbritannien, sowie Italien, Österreich, Frankreich und Spanien zahlenmäßig die Hauptzielländer. Betrachtet man den Anteil der im Ausland geborenen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräften (inkl. Drittstaatsangehörige) an allen einschlägigen Fachkräften, so ist ersichtlich, dass dieser in Luxemburg (29%), Irland (26%), dem Vereinigten Königreich (22%), Österreich (20%), Lettland (17%) und Deutschland (16%) am höchsten ist. In absoluten Zahlen sind Deutschland (218.000), das Vereinigte Königreich (152.000), Italien (42.000) und Frankreich (40.000) die Hauptzielländer (OECD 2015).

Bei den persönlichen Betreuungs- und Pflegekräften (Sozialberufe) ist Italien zahlenmäßig das bedeutendste Zielland, mit etwa 44% (bzw. 112.000) aller migrierten persönlichen Pflege- und Betreuungskräfte, gefolgt von Großbritannien (23%) und Deutschland (8%), Spanien (5%) und Österreich (3% oder 8.000 Personen) (Fries-Tersch et al. 2018: 114). PendlerInnen (d.h. grenzüberschreitende ArbeitnehmerInnen) sind in diesen Zahlen nicht berücksichtigt. Die Abhängigkeit von migriertem persönlichem Betreuungs- und Pflegepersonal ist in Italien am höchsten (17% aller in diesem Bereich tätigen Personen kommt aus den EU-28 Staaten und weitere 24% aus Drittstaaten), gefolgt von Luxemburg (16% aus den EU-28) und Österreich (9% aus den EU-28 und 5% aus Drittstaaten) (Fries-Tersch et al. 2018: 221f).

Woher kommen diese migrierten Gesundheits- und Pflegefachkräfte aus dem EU-Ausland nun? Die Gesundheitsfachkräfte (inklusive ÄrztInnen) werden vorrangig aus drei Ländern rekrutiert, nämlich Rumänien (49.000), Polen (42.000) und Italien (33.000); dicht dahinter folgen Deutschland, Griechenland, Irland, Portugal, Spanien, Kroatien, die Niederlande und Frankreich mit jeweils über 15.000 Gesundheitsfachkräften, die im EU-Ausland leben. Italien, Deutschland, sowie Frankreich sind hier also unter den Top-Nationen, sowohl als Ziel-, als auch als Herkunftsländer zu finden (Fries-Tersch et al. 2018: 131). Irland und Kroatien (je 22%), sowie Rumänien (18%) weisen prozentuell die höchsten Anteile an im Ausland lebenden Gesundheitsfachkräften auf (Fries-Tersch et al. 2018: 225f). Von den etwa 257.000 persönlichen Pflege- und Betreuungskräften, die im EU-Ausland wohnen, kommen etwa zwei Drittel aus nur drei Staaten, nämlich Rumänien (122.000), Polen (39.000) und Bulgarien (13.000). Zu den wesentlichen Gründen, im EU-Ausland zu arbeiten, gehören einerseits bessere Karriere- bzw. Berufsaussichten (wie etwa im Falle jener Länder, die besonders von der Finanz- und Wirtschaftskrise ab 2008/09 betroffen waren und aufgrund von Austeritätsmaßnahmen rigorose Kürzungen, Einstellungsstopps und Jobkürzungen vornahmen), bessere Arbeitsbedingungen (inkl. ein höheres Gehalt, v.a. für osteuropäische Pflegekräfte, die in westlichen EU-Ländern arbeiten), aber auch - wie etwa im Falle von rumänischen Expatriates - generelle Unzufriedenheit mit dem heimischen Gesundheitssystem (Rohova 2011). Wenngleich es an genauen, zentral erhobenen Zahlen zu den jeweiligen Nationalitäten der im EU-Ausland Beschäftigten mangelt, ist jedenfalls ersichtlich, dass sprachliche und geographische Nähe häufig eine große Rolle spielen (z.B. Irland - Vereinigtes Königreich, Frankreich - Belgien - Luxemburg, Österreich - Deutschland, Rumänien - Italien - Spanien, siehe auch einzelne Länderberichte).

Arbeitszeiten

Um den (drohenden) Personalmangel im Gesundheits- und Sozialwesen abzuwenden, haben weitere Stellschrauben, an denen gedreht werden kann, mit der Attraktivierung des Berufs bzw. den Arbeitsbedingungen zu tun. Dabei gibt es in gewissen Bereichen (z. B. Arbeitszeit, Ausbildung) allerdings EU-weite Vorgaben bzw. Mindeststandards, die von allen EU-Mitgliedstaaten eingehalten werden müssen, womit die Variabilität etwas eingeschränkt ist.

Die EU-Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG) legt gemeinsame Mindestvorschriften für ArbeitnehmerInnen in allen Mitgliedstaaten fest, die im Rahmen der nationalstaatlichen Gesetzgebung umgesetzt werden müssen. Dazu gehören die Begrenzung der Arbeitszeit (nicht mehr als 48 Stunden im Wochendurchschnitt, einschließlich Überstunden); tägliche und wöchentliche Mindestruhezeiten (tägliche Mindestruhezeit von elf zusammenhängenden Stunden und wöchentliche kontinuierliche Mindestruhezeit von 35 Stunden); bezahlter Jahresurlaub (mindestens vier Wochen pro Jahr); sowie Sonderschutz bei Nachtarbeit. Die Richtlinie ermöglicht auch eine flexible Ausgestaltung der Arbeitszeit. So können etwa Mindestruhezeiten bei bestimmten Tätigkeiten teilweise oder ganz aufgeschoben werden. In Kollektivverträgen kann eine flexible Ausgestaltung der Arbeitszeit eingeräumt werden, indem z. B. erlaubt wird, die wöchentliche Arbeitszeit über einen Durchrechnungszeitraum von bis zu zwölf Monaten zu berechnen. Einzelne ArbeitnehmerInnen können sich dafür entscheiden, mehr als 48 Stunden pro Woche zu arbeiten („Opt-out“-Klausel, Artikel 22: "Den Mitgliedstaaten ist freigestellt, die Obergrenze für die wöchentliche Arbeitszeit nicht anzuwenden, solange sie die allgemeinen Grundsätze der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer einhalten und bestimmte Schutzmaßnahmen treffen"). Laut einem Bericht der Europäischen Kommission (2017) über die Durchführung der Richtlinie 2003/88/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung in den Mitgliedstaaten haben in Summe 18 Mitgliedstaaten von der Opt-out Regel Gebrauch gemacht. In sechs davon (Bulgarien, Kroatien, Zypern, Estland, Malta und Vereinigtes Königreich) gilt das Opt-out unabhängig von der Branche, in den anderen zwölf (Belgien, die Tschechische Republik, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Lettland, Niederlande, Österreich, Polen, Slowakei, Slowenien und Spanien) ist die Nutzung des Opt-out auf Arbeitsplätze mit einem hohen Anteil an Bereitschaftsdienst, (z.B. im Gesundheitswesen oder bei Notfalldiensten) beschränkt.

Der Vergleich der Arbeitszeiten im Gesundheits- und Sozialwesen ist schwierig, da es innerhalb der einzelnen Länder bereits große Unterschiede gibt, etwa je nach Arbeitgeber (privat oder öffentlich), Beruf (Sozialbetreuungsberufe oder Krankenpflegeberufe) oder aber Kollektivvertrag bzw. sonstige vertragliche Regelungen. Allein in Österreich liegen die Wochenarbeitszeiten je nach Branche bzw. Arbeitgeber zwischen 38 Stunden (bzw. ab 2022 37 Stunden in einigen Kollektivverträgen, wie etwa dem der Sozialwirtschaft Österreich) und 40 Stunden. Teilweise gibt es auch unterschiedliche Arbeitszeiten beim gleichen Arbeitgeber, etwa in Irland: Während die Normalarbeitszeit für Beschäftigte, die bei der Health Service Executive HSE tätig sind, früher bei 37,5 Stunden lag, wurde die Arbeitszeit für neu Eintretende im Zuge der Austeritätsmaßnahmen auf 39 Stunden erhöht. In Frankreich liegt die Arbeitszeit generell bei 35 Stunden, so auch im Gesundheits- und Sozialwesen, in Italien arbeiten KrankenpflegerInnen 36 Stunden gemäß dem nationalen Kollektivvertrag für das Gesundheitswesen, in Deutschland liegt die Arbeitszeit je nach Tarifvertrag zwischen 38,5 und 40 Stunden, in Schweden bei 38 Stunden. In allen Ländern ist häufig Schichtdienst, insbesondere für Krankenhauspersonal, mit einer Maximaldauer von 12(-13) Stunden, vorgesehen. In Schweden wird häufig nach einem Drei-Schicht-Modell gearbeitet, die wöchentlichen Arbeitszeiten liegen in diesem Fall bei 34 Stunden und 20 Minuten. Tendenziell wird in

Krankenhäusern eher Vollzeit gearbeitet, in den Sozialbetreuungsberufen häufiger Teilzeit. Der von der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie vorgesehene Mindestjahresurlaub von vier Wochen wird in fast allen Ländern, zumindest bei KrankenpflegerInnen übertroffen. Die Ansprüche steigen häufig mit den Dienstjahren. In Rumänien und Polen sind als Einstieg 20 Urlaubstage vorgesehen, in Spanien und Irland 22 Tage, in Schweden und Österreich 25 Tage, in Deutschland und Frankreich 30 Tage.

Ausbildung

Die Ausbildung von KrankenpflegerInnen und Hebammen (neben ÄrztInnen, ZahnärztInnen oder ApothekerInnen) ist innerhalb der EU-Staaten bereits weitgehend harmonisiert, sodass von ähnlichen Ausbildungsniveaus auszugehen ist: Mit der Umsetzung der Europäischen Richtlinie 2005/36/EG⁶⁶ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen wurden die Ziele der Förderung der Freizügigkeit qualifizierter ArbeitnehmerInnen innerhalb der EU verfolgt; sie diene der Verwirklichung des Europäischen Binnenmarkts im Bereich der Anerkennung von Berufsqualifikationen und somit der Vereinfachung, Angleichung und Transparenz von Berufsankerkennungen innerhalb der EU. Die Richtlinie bezieht sich auf die sogenannten „reglementierten Berufe“, zu denen auch KrankenpflegerInnen und Hebammen gezählt werden (außerdem die Berufe des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin, des Tierarztes/der Tierärztin, des Apothekers/der Apothekerin, des Architekten/der Architektin, sowie weitere freie Berufe, sofern sie reglementiert sind). Diese Richtlinie erleichtert es somit KrankenpflegerInnen und Hebammen, die in einem Mitgliedsstaat qualifiziert wurden, in einem anderen Mitgliedsstaat ihren Beruf auszuüben (daneben müssen sie natürlich über Sprachkenntnisse verfügen, die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlich sind). Die Anerkennung der Berufsqualifizierung basiert auf den harmonisierten Mindestanforderungen an die Ausbildung, die in der Richtlinie in Abschnitt 3 festgelegt werden. Darin wird etwa geregelt, dass mindestens zehn Jahre allgemeine Schulbildung Voraussetzung für die Ausbildung sind, diese muss in Vollzeitausbildung mindestens drei Jahre dauern (4.600 Stunden, davon mindestens ein Drittel theoretischer Unterricht sowie mindestens die Hälfte klinisch-praktische Unterweisung). Weiters wird ein Mindestausbildungsprogramm festgelegt, außerdem werden die Ausbildungsnachweise in den EU-Mitgliedstaaten namentlich aufgelistet (Anhang V/5.2.1 und 5.2.2, bzw. für Hebammen Abschnitt 6 und Anhang V.5/5.5.1 und 5.5.2). Mit der Richtlinie 2013/55/EU (zur Änderung der vorher genannten Richtlinie 2005/36/EG) wurden die Ausbildungsvoraussetzungen adaptiert und die Tertiarisierung der Ausbildung (auf Hochschulniveau) in die Wege geleitet (noch nicht überall umgesetzt). Die Voraussetzungen für den Beginn einer Ausbildung zur diplomierten Krankenpflegekraft variieren daher teilweise noch bis zur vollständigen Umsetzung des Bologna-Prozesses in den einzelnen Mitgliedstaaten, gemein ist ihnen aber mindestens der Abschluss einer sekundären Ausbildung bzw. 10 bis 12 absolvierte Schuljahre und teilweise ein Mindestalter von 17 oder 18 Jahren (Lathinen et al. 2014: 1045).

⁶⁶ Siehe hier: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE>.

Anders als bei der Ausbildung von KrankenpflegerInnen und Hebammen gibt es im Bereich der Ausbildung für Krankenpflegeassistentenberufe (in der Literatur häufig HCAs (*healthcare assistants*) genannt) sowie bei den Sozialbetreuungsberufen keine europaweite Harmonisierung. Die HCAs liegen in den Nationalstaaten etwa zwischen den Ausbildungsstufen 2 und 4 auf dem achstufigen Europäischen Qualifikationsrahmen, die Ausbildungsdauer variiert zwischen acht Monaten (etwa in Dänemark und Frankreich) und vier Jahren in Finnland und der Tschechischen Republik (Eurodiaconia 2015: 7, 53f). Zur Ausbildung für Betreuungsberufe gibt es keine europaweit vergleichenden Informationen, es ist davon auszugehen, dass es auch hier große Variationen gibt bzw. teilweise auch Personen ohne jegliche Ausbildung in diesen Berufen tätig sind.

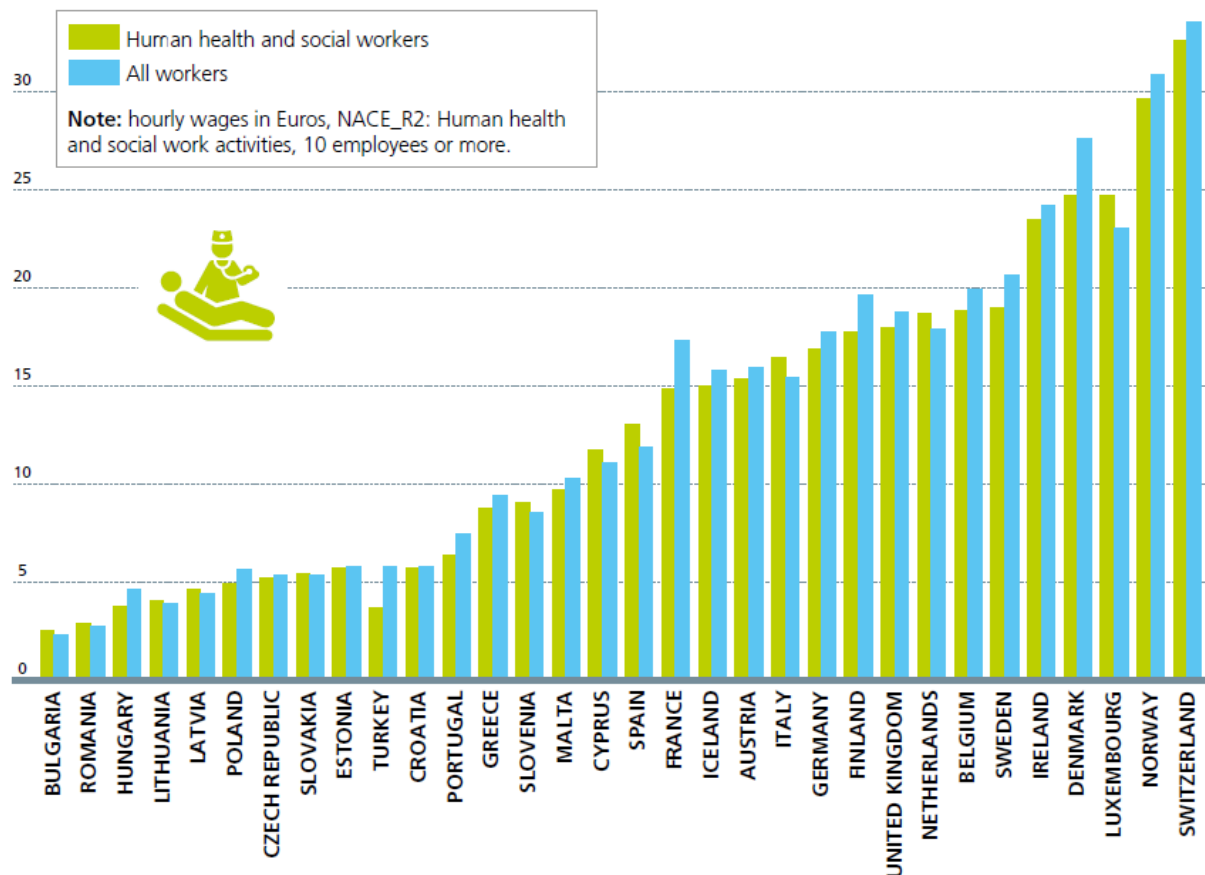
Bezahlung

Obwohl die Zahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen in der Europäischen Union in Summe in den letzten Jahren stetig gestiegen ist - selbst in den Krisen Jahren, als die Beschäftigung in anderen Sektoren stark zurückging⁶⁷ (Europäische Kommission 2014: 4) - hat sich dies nicht in einer deutlichen Verbesserung der Bezahlung niedergeschlagen. Mehrere Studien verdeutlichen, dass Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen weniger verdienen als Beschäftigte mit vergleichbarer Qualifikation und Berufserfahrung in anderen Branchen und Berufen (siehe etwa England et al. 2002, Budig und Misra 2010).

Betrachtet man die durchschnittlichen Stundenlöhne von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen (alle Berufsgruppen) im Vergleich mit dem Durchschnittsverdienst aller ArbeitnehmerInnen in einem Staat, so wird ersichtlich, dass nur in Luxemburg, den Niederlanden, Italien, Spanien, Zypern, und Slowenien der Verdienst im Gesundheits- und Sozialwesen bedeutend höher als im Durchschnitt aller Branchen liegt; in der Slowakischen Republik, Lettland, Litauen, Rumänien und Bulgarien verdienen im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigte ebenso geringfügig mehr als der nationale Durchschnitt, allerdings auf einem recht niedrigen Niveau. In allen anderen Staaten liegen deren Durchschnittsgehälter unter dem durchschnittlichen Stundenlohn. Zu bedenken ist, dass in diesen Zahlen etwa auch (überdurchschnittlich gutverdienende) ÄrztInnen berücksichtigt sind.

⁶⁷ Wenngleich es auch in einigen Ländern, wie etwa Irland, zu Einstellungsstopps gekommen ist.

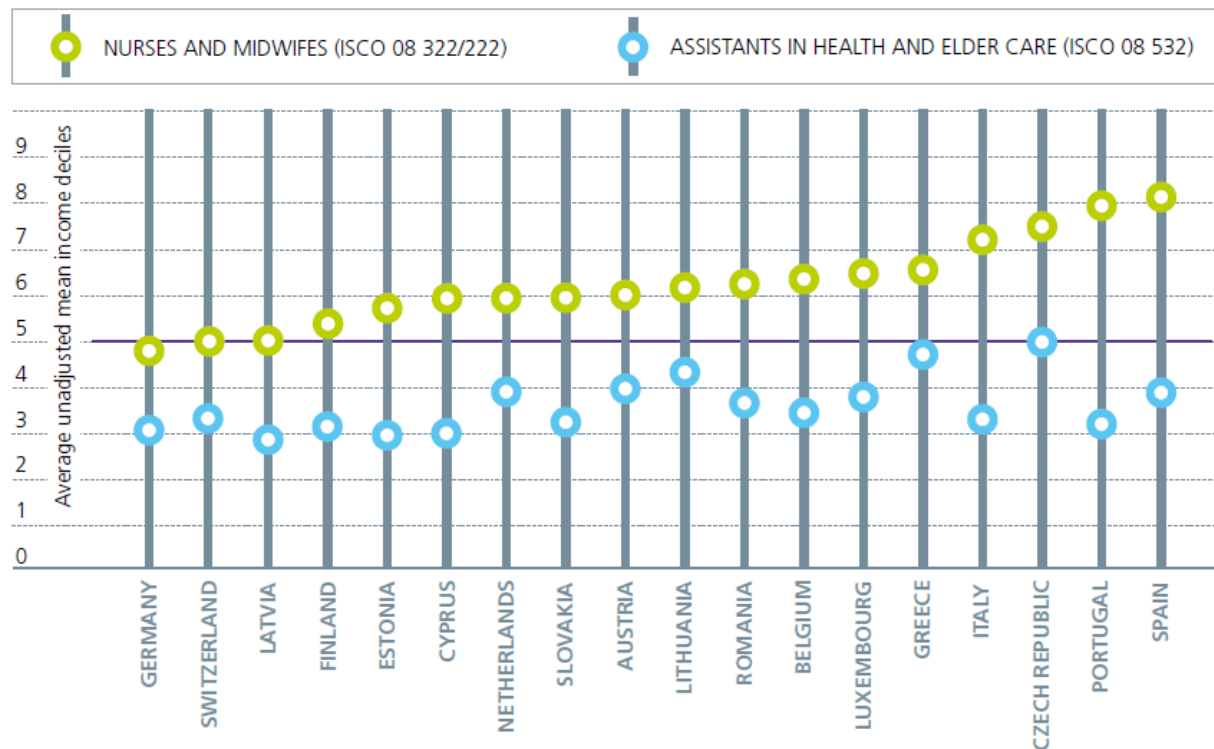
Grafik 10: Durchschnittliche Stundenlöhne der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich zu den durchschnittlichen Stundenlöhnen in der Gesamtwirtschaft



Quelle: EPSU 2018: 11 (Eurostat-Daten 2014)

Die Bezahlung im Gesundheits- und Sozialwesen variiert nicht nur enorm im internationalen Vergleich, sondern auch je nach Berufsgruppen. Beschäftigte in geringer qualifizierten Assistenzberufen im Gesundheits- und Sozialwesen haben ein deutlich geringeres Einkommen als der nationale Durchschnittslohn in ihrem Land. Das durchschnittliche relative Einkommen ist außerdem umso niedriger, je höher der Frauenanteil in diesem Sektor ist - und dies gilt sowohl für qualifizierte KrankenpflegerInnen und Hebammen, als auch für weniger qualifizierte (Assistenz-)berufe (EPSU 2018). Die Analyse der Situation verschiedener Berufsgruppen innerhalb des Gesundheits- und Sozialpflegesektors ergibt große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Ländern (gemessen an der relativen Einkommensposition von Pflegekräften im Vergleich zu allen anderen Berufen). Betrachtet man die Berufsgruppen der Krankenpflege(fach)kräfte und Hebammen (ISCO-08 Berufsgruppen 222 und 322, siehe Kapitel 1) mit den Betreuungskräften in Institutionen (ISCO-08 532, siehe Kapitel 1), so werden die Unterschiede deutlich ersichtlich, wie Grafik 11 zeigt:

Grafik 11: Relative Einkommensposition von Krankenpflege- und Betreuungskräften in der gesamten Einkommensverteilung (Medianeinkommen nach Dezilen)



Quelle: EPSU 2018: 15 (Eurostat LFS-Daten 2016)

Während die Einkommen von qualifizierten Gesundheits- und Pflegekräften bzw. Hebammen in nahezu allen Ländern überdurchschnittlich sind (Ausnahmen sind Lettland, wo die Einkommen ziemlich genau beim Medianeinkommen liegen (d.h. 50% der ArbeitnehmerInnen verdienen mehr und 50% weniger als den Median), und Deutschland mit leicht unterdurchschnittlichen Einkommen), zeigt sich bei den Sozialbetreuungsberufen ein anderes Bild; einzig in der Tschechischen Republik liegen die Gehälter im Bereich der Medianeinkommen, in Griechenland nur leicht darunter, in den weiteren Ländern, für welche Daten vorhanden sind, beträchtlich darunter.

Diese Zahlen werden von einer aktuellen Studie der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound), die Daten der Verdienststrukturerhebung von Eurostat analysiert hat, weitgehend bestätigt (Dubois 2021). Tabelle 15 zeigt den Stundenlohn im Gesundheits- und Sozialwesen (auch differenziert zwischen Heimen und Sozialwesen ohne Heime) als Anteil der nationalen Durchschnittsverdienste über alle Branchen hinweg. Hier ist allerdings wieder zu berücksichtigen, dass im Gesundheitswesen auch medizinisches Personal (ÄrztInnen u.a.) berücksichtigt ist.

Es zeigt sich, dass der Verdienst im Gesundheitswesen in fast allen EU-Mitgliedstaaten (außer Frankreich, Griechenland und Ungarn) über dem Durchschnittsverdienst liegt; am

höchsten ist er vergleichsweise in Rumänien (179%), Luxemburg (157%), Spanien (137%) und Malta (135%). Österreich und Deutschland liegen hier mit 111% gleichauf.

Im Sozialwesen gibt es die vergleichsweise höchsten Verdienste in den Niederlanden (96%), Luxemburg und Österreich (je 92%); die niedrigsten in Bulgarien (62%), Estland und Italien (je 65%). Wenngleich im EU-27 Durchschnitt die Anteile am Durchschnittsverdienst in Heimen und im Sozialwesen ohne Heime relativ ausgeglichen ist (79 bzw. 80%), zeigen sich hier große nationale Unterschiede (etwa 39 Prozentpunkte Unterschied in Zypern, 23 in Lettland und 22 Prozentpunkte Unterschied in Luxemburg).

Tabelle 15: Stundenlohn im Gesundheitswesen (NACE 86) und im Sozialwesen (Heime, NACE 87 und Sozialwesen außer Heime, NACE 88) als Anteil am nationalen Durchschnittsverdienst, 2018 (in %)

	Gesundheits- wesen (NACE 86)	Sozialwesen (NACE 87 & 88)	Heime (NACE 87)	Sozialwesen ohne Heime (NACE 88)
Frankreich	94	74	79	69
Griechenland	98	89	86	90
Ungarn	99	77	77	76
Belgien	101	78	84	73
Polen	101	81	86	76
Dänemark	103	84	86	83
Finnland	104	79	82	76
Slowakische Republik	107	78	75	95
Schweden	107	86	86	85
Vereinigtes Königreich	109	74	71	67
Österreich	111	92	92	93
Deutschland	111	83	82	84
Kroatien	112	83	82	83
Bulgarien	112	62	62	62
Tschechische Republik	113	85	87	80
Irland	114	74	70	76
Slowenien	114	79	76	88
Estland	116	65	64	66
Zypern	116	75	55	94
Litauen	116	77	72	86

EU-27 Durchschnitt	116	79	79	80
Portugal	119	73	69	78
Niederlande	120	96	96	95
Italien	122	65	68	63
Lettland	125	71	60	83
Malta	135	80	80	80
Spanien	137	70	69	72
Luxemburg	157	92	106	84
Rumänien	179	89	95	78

Quelle: Eurofound (2021), basierend auf der Verdienststrukturerhebung 2018 (Structure of Earnings Survey von Eurostat) (Die Daten gelten für alle ArbeitnehmerInnen (einschließlich Auszubildende). Alle Beträge werden als Anteil des Durchschnittslohns in den Sektoren der NACE Rev. 2, Abschnitte B-S (außer öffentliche Verwaltung und Verteidigung; gesetzliche Sozialversicherung) dargestellt. Die Verdienststrukturerhebung erlaubt keine Aufschlüsselung der Daten nur für 88.1 (nicht-stationäre Langzeitpflege)).

Der Eurofound-Bericht (Dubois 2021) konstatiert, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Sozialbetreuungsberufen (inklusive einer Erhöhung der Gehälter) dazu beitragen würde, des Problem des Personalmangels zu entschärfen.

Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

In allen Ländern gibt es Unzufriedenheit mit gewissen Aspekten der Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, wie aus den Länderberichten ersichtlich ist. Im Rahmen der mehrfach zitierten RN4CAST-Studie wurde in 12 europäischen Ländern unter den diplomierten Krankenpflegekräften eine Befragung zu deren Arbeitszufriedenheit durchgeführt (Aiken et al. 2013). In allen Ländern gab es unter dem Krankenpflegepersonal eine gewisse Unzufriedenheit, diese variierte allerdings in großem Ausmaß, wie Tabelle 16 zeigt:

Tabelle 16: Arbeitsunzufriedenheit, Austrittsabsichten und Wahrnehmungen, wo und ob ein anderer Arbeitsplatz gefunden werden könnte (in % der jeweiligen befragten KrankenpflegerInnen)

	Country											
	Belgium	England	Finland	Germany	Greece	Ireland	Netherlands	Norway	Poland	Spain	Sweden	Switzerland
Percent of nurses dissatisfied with –												
Job in general	22	39	27	37	56	42	11	21	26	38	22	21
Work schedule	25	25	18	17	45	21	13	25	28	50	25	21
Opportunities for advancement	32	39	51	38	70	59	34	53	61	69	62	30
Independence at work	15	17	9	8	62	23	10	5	42	40	8	6
Professional status	25	18	31	33	67	28	18	22	45	50	23	15
Wages	63	46	75	66	83	74	58	78	79	63	80	34
Educational opportunities	24	33	39	30	77	61	32	50	45	54	51	23
Annual leave	35	13	21	24	54	19	20	30	53	39	32	39
Sick leave	18	19	10	23	52	27	9	9	45	23	22	15
Study leave	30	39	19	48	56	62	29	41	60	53	31	34
Choice of nursing as a career	12	24	15	24	40	28	7	12	14	20	6	11
Would not recommend hospital to a nurse as a place to work (pct.)	26	27	17	37	61	31	14	14	51	30	26	14
Percent of nurses that –												
Intend to leave current job within one year (pct.)	30	43	49	36	49	44	19	25	44	27	34	28
Would seek job Nursing in another hospital (pct.)	41	47	51	38	28	49	40	27	42	37	34	47
Nursing not in hospital (pct.)	29	30	28	15	37	25	34	37	38	46	44	30
Not in nursing (pct.)	30	23	21	47	35	25	26	36	20	18	22	24
Total of all nurses that intend to leave nursing	8	10	10	17	17	11	5	9	9	5	7	6
Say it would be easy to find another acceptable job in nursing (pct.)	74	46	77	30	16	18	67	63	32	22	44	77

Quelle: Aiken et al. 2013: 148 (n = 33.659 medizinisch-chirurgisch tätige KrankenpflegerInnen in 488 Krankenhäusern in 12 europäischen Staaten (inkl. Norwegen, Schweiz, England))

Die geringste Unzufriedenheit mit dem Beruf im allgemeinen haben KrankenpflegerInnen in den Niederlanden (11%) geäußert, in Griechenland ist die Unzufriedenheit (56%) mit Abstand am höchsten. Das Gehalt war eine bedeutende Quelle der Unzufriedenheit für einen beträchtlichen Anteil des befragten Krankenpflegepersonals (von nur 34% Unzufriedenen im Hochlohnland Schweiz bis zu 83% in Griechenland. Aber auch in Schweden zeigen sich 80% mit dem Gehalt unzufrieden, 79% in Polen, 75% in Finnland, 74% in Irland, 66% in Deutschland.

Eine gewisse Unzufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten wurde ebenfalls von einer Mehrheit der KrankenpflegerInnen in mehr als der Hälfte der Länder geäußert, und Unzufriedenheit mit den Bildungsmöglichkeiten wurde von mehr als der Hälfte der Befragten in fast der Hälfte der Länder angegeben. Trotz dieser scheinbar hohen Unzufriedenheit gaben in allen Ländern außer Griechenland (40%) und Irland (28%) weniger als ein Viertel der befragten KrankenpflegerInnen an, mit ihrer Berufswahl unzufrieden zu sein.

Erschreckend hoch ist der Anteil derjenigen, die angeben, innerhalb des nächsten Jahres ihren Job wechseln zu wollen (zwischen 19% in den Niederlanden und 49% in Finnland und Griechenland); zwischen 18% (Spanien) und 47% (Deutschland) würden auch den Pflegeberuf an sich verlassen wollen.

Auf die Frage, ob sie in ihrer letzten Schicht Zeit hatten, verschiedene pflegerische Aufgaben zu erledigen, die als Kennzeichen guter Praxis angesehen werden, berichtete eine beträchtliche Anzahl der befragten KrankenpflegerInnen, dass viele Aufgaben wegen hoher Arbeitsbelastung und Zeitmangel nicht erledigt werden konnten. Insbesondere Aufgaben wie Gespräche mit oder Aufklärung von PatientInnen und ihren

Familien blieben bei etwa der Hälfte der Befragten in einer Mehrheit der Länder in ihrer letzten Schicht unerledigt (Aiken et al. 2013: 146).

Weitere Studien über Pflegepersonal in Krankenhäusern in Europa haben außerdem hohe Arbeitsbelastungen und Burnout(-Gefahr) bei KrankenpflegerInnen konstatiert, insbesondere in Arbeitsumgebungen, die eine professionelle Pflegepraxis nicht unterstützen. Ein Ergebnis der RN4CAST-Studie war, dass Krankenhäuser, in denen die Arbeitsumgebung als gut oder exzellent eingeschätzt wurde und in denen das Pflegepersonal weniger PatientInnen betreute, Burnout, Unzufriedenheit und die Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen, geringer waren, die Qualität und Sicherheit der Pflege jedoch höher und die PatientInnen eher mit ihrer Pflege zufrieden waren (Aiken et al. 2012).

Betrachtet man den Langzeitpflegebereich, so zeigt sich, dass Beschäftigte in der Langzeitpflege in der EU unterdurchschnittlich zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind (81% geben an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, verglichen mit 86% aller Beschäftigten in der EU und 86% der Beschäftigten im Gesundheitswesen (inkl. ärztliches Personal) (EWCS 2015, zitiert in Eurofound 2021: 29). In der vergleichenden Nordcare-Studie, die seit den 1990er Jahren in Dänemark, Finnland, Schweden und Norwegen durchgeführt wird, und vor einigen Jahren auch in Österreich und Deutschland repliziert wurde (vgl. Bauer et al. 2018), zeigen sich große Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsbedingungen. In allen Ländern zeigt sich unter den Befragten eine starke Intention, den Beruf nicht bis zur Pensionierung auszuüben bzw. die Überlegung, den Beruf zu verlassen.⁶⁸ Insbesondere in den untersuchten nordischen Staaten (Schweden, Finnland, Dänemark, Norwegen) ist diese Intention ausgeprägter, je höher die formale Ausbildung ist (keine Daten für Deutschland und Österreich). Im Zehnjahresvergleich zeigt sich in den nordischen Staaten, dass die Intention in allen vier untersuchten Ländern zwischen 2005 und 2015 gestiegen ist. Dies geht einher mit einem erlebten Anstieg der körperlichen und psychischen Erschöpfung in diesem Zeitraum (Vabø 2018).

Wie man den gegenwärtigen Herausforderungen im Langzeitpflegebereich aus Beschäftigtensicht begegnen kann und wo Verbesserungspotenziale bestehen, ist in vielen nationalen und internationalen Studien aufgezeigt worden, oftmals scheitert es an der (politischen) Umsetzung bzw. an mangelnder Finanzierung. Ein Beispiel für einen möglichen Handlungsleitfaden gibt eine 2015 in Österreich veröffentlichte Studie (Leichsenring et al. 2015), die 53 Themen und Schlüsselaspekte identifiziert, die aus Sicht der Beschäftigten „gute Pflege“ ausmachen. Wenngleich diese Leitlinien aus dem Blickwinkel des österreichischen Langzeitpflegesystems entwickelt wurden, sind sie zu einem guten Teil global transferierbar. Herausforderungen betreffen insbesondere Aspekte zu den Arbeitsbedingungen und Einschätzungen zur Organisation der Langzeitpflege. Dazu zählen Themen wie Arbeitszeiten und Belastungen am

⁶⁸ In Österreich und Deutschland wurde die Frage gestellt, ob die Beschäftigten beabsichtigen, bis zum Pensionsantrittsalter ihre Arbeitstätigkeit weiter auszuüben, in den nordischen Staaten, ob Sie ernsthaft überlegt haben, ihren Beruf aufzugeben.

Arbeitsplatz, gute Beziehungen zu betreuten Personen und deren Angehörigen sowie zu KollegInnen, Organisations- und Kompetenzstrukturen in der Langzeitpflege sowie die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen einzelnen Berufsgruppen.

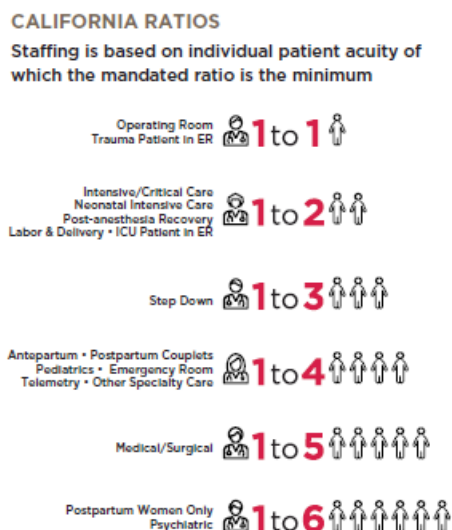
Personalausstattung

Einer der wesentlichsten Aspekte der Arbeitszufriedenheit, aber auch der PatientInnenzufriedenheit ist die Personalausstattung bzw. das quantitative Verhältnis zwischen Personal und PatientInnen (*nurse-to-patient ratio*). Aus mehreren Studien ist bekannt, dass die chronische Unterbesetzung auf klinischen Stationen negative Auswirkungen auf die PatientInnengesundheit hat und auch bei den MitarbeiterInnen zu zahlreichen schlechten Behandlungsergebnissen beiträgt (Sasso et al. 2019). Die Bestimmung des optimalen Personalbedarfs ist ein komplexes Thema; die Festlegung von Personaluntergrenzen wird ganz unterschiedlich gehandhabt, von nationalen bzw. regionalen Vorgaben oder Empfehlungen bis hin zu einzelnen Einrichtungen, die den Personalschlüssel festlegen. In Italien etwa geben regionale Leitlinien die empfohlene Anzahl an benötigten Pflegekräften pro Pflegebett an: In der Intensivstation werden 1,75 Pflegekräfte pro Bett, in der Herz- und Neurochirurgie eine Pflegekraft, in der Neonatologie 0,7, in der Kardiologie (und vielen weiteren Bereichen) 0,75, oder in der Langzeitpflege 0,38 Pflegekräfte pro Bett empfohlen (siehe <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rapporto-infermieri-pazienti-la-determinazione-dell-organico.html>). In Österreich ist die Ausstattung mit Pflegepersonal in Krankenanstalten und Pflegeheimen auf Bundesebene im Kranken- und Kuranstaltengesetz KAKuG relativ vage geregelt. In Alten- und Pflegeheimen gibt es in einigen Bundesländern Vorgaben für die Personalausstattung bzw. Personalberechnung, basierend auf den Pflegestufen der BewohnerInnen. In Deutschland wurden erst 2018 Mindestbesetzungsregelungen für jene Bereiche der Krankenhausversorgung, in denen PatientInnen einem hohen Risiko ausgesetzt sind, eingeführt (etwa auf Intensivstationen, in der Geriatrie, Kardiologie, oder Unfallchirurgie). Die derzeit gültigen Untergrenzen lauten für den Bereich der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin eine Pflegekraft pro zwei PatientInnen in der Tag- bzw. drei PatientInnen in der Nachtschicht; in der Geriatrie, Allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie eine Pflegekraft pro zehn PatientInnen in der Tagschicht bzw. 20 PatientInnen in der Nachtschicht. In der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung wird auch der maximale Anteil von Pflegehilfskräften festgelegt, welcher auf die Erfüllung der Untergrenzen anrechenbar ist. In der Intensivmedizin und pädiatrischen Intensivmedizin darf der Anteil der Pflegehilfskräfte an der Gesamtzahl der Pflegekräfte fünf Prozent nicht überschreiten, in der Geriatrie 15% in der Tag- und 20% in der Nachtschicht, sowie in der allgemeinen Chirurgie und Unfallchirurgie zehn Prozent in der Tag- und Nachtschicht (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html>). Auch in Belgien gibt es festgelegte Mindestpersonalquoten in Akutkrankenhäusern je nach Fachrichtung. Für 30 chirurgisch-medizinische Betten gibt es etwa eine Mindestanforderung von 12 KrankenpflegerInnen. Wenn die Pflegeintensität in den

Bereichen allgemeine innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Intensivstationen über dem festgelegten nationalen Benchmark liegt, so wird ein zusätzliches (variables) Budget für jene Krankenhäuser ausgeschüttet, die das erreichen (Bruyneel et al. 2019: 7).

Sucht man nach Beispielen guter Praxis hinsichtlich des Personalschlüssels in Akutkrankenhäusern außerhalb der EU, lohnt der Blick in die USA, die sich mit dem Thema bereits seit vielen Jahren (auch wissenschaftlich) beschäftigen. Aufgrund einer "PatientInnensicherheitskrise" (laut konservativer Schätzung sterben jährlich etwa 250.000 PatientInnen an vermeidbaren Fehlern in Krankenhäusern) wird seit vielen Jahren an der verpflichtenden Umsetzung an Mindestraten von qualifizierten Krankenpflegekräften (registered nurses) gearbeitet. Bislang gibt es in Kalifornien als einzigem Bundesstaat seit 2004 rechtlich verbindliche Personaluntergrenzen. Diese wurden vom California Health Department in einem jahrelangen Prozess, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und anderen Faktoren erstellt und sind wie folgt definiert:

Grafik 12: Personalausstattung (nurse-to-patient ratios) mit qualifizierten Pflegefachkräften (registered nurses) in Kalifornien



Quelle: NNU (National Nurses United) (undatiert): Registered Nurses Staffing Ratios. A Necessary Solution to the Patient Safety Crisis in U.S. Hospitals

Nach der Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Studie der Universität Pennsylvania⁶⁹ (Aiken et al. 2010), die die Wirkung des kalifornischen Gesetzes bestätigte und zeigte, dass bei einer landesweiten Umsetzung des Verhältnisses Tausende von PatientInnenleben gerettet werden könnten, arbeitete die NNU (die größte amerikanische Gewerkschaft von Krankenpflegefachkräften) mit den Gesetzgebern, basierend auf den Personaluntergrenzen von Kalifornien, einen Vorschlag für bundesweit

⁶⁹ Die Studie wurde unter der Federführung von Linda Aiken durchgeführt, die auch für das in diesem Bericht häufig zitierte europäische RN4CAST-Forschungsprojekt verantwortlich zeichnet (<https://cordis.europa.eu/project/id/223468/reporting/de>).

umzusetzende Personalschlüssel aus, der die Zustimmung von immer mehr Bundesstaaten findet.

Tabelle 17: Vorgeschlagene Personalausstattung für das US-Bundesgebiet

Intensivpflege	1:2	TraumapatientInnen in der Unfallstation	1:1
Neonatale Intensivpflege	1:2	IntensivpatientInnen in der Unfallstation	1:2
Operationssaal	1:1	„Step down“ (Zwischenpflege nach der Intensivpflege)	1:3
Post-Anästhesie	1:2	Telemetrie	1:3
Entbindung	1:2	Chirurgie	1:4
Antepartum	1:3	Koronarstation	1:2
Entbindung und Postpartum (kombiniert)	1:3	Respiratory Care Unit (Beatmung)	1:2
Neugeborenenstation	1:6	Verbrennungszentrum (-station)	1:2
Postpartum „couplets“ (Mutter&Baby)	1:3	Sonstige spezialisierte Stationen	1:4
Intermediäre Neugeborenenpflege (eine Stufe unter Neugeborenenintensivpflege)	1:4	Psychiatrie	1:4
Kinderheilkunde	1:3	Rehabilitation	1:5
Unfallstation	1:3	Medizinische Pflegeeinrichtung („skilled nursing facility“)	1:5

Quelle: NNU (National Nurses United), <https://www.nationalnursesunited.org/ratios>

Neben der Verbesserung der PatientInnensicherheit bzw. -gesundheit zeigte die Einführung des Mindestpersonalschlüssels auch rundum positive Auswirkungen auf das Krankenpflegepersonal. Die positive Wirkung von einem höheren Verhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen wird in Studien vielfach bestätigt, wie etwa eine Metaanalyse (Shin et al. 2018) zeigt.

Fazit

Neben dem Verdienst und verschiedenen organisationalen und arbeitskulturellen Faktoren (wie etwa Arbeitsumfeld, Autonomie, Unterstützung in Verwaltungsaufgaben, Zusammenarbeit) scheint ein angemessener Personalschlüssel *der* Schlüsselfaktor zur Attraktivierung von Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen zu sein. Mit einem angemessenen Verhältnis zwischen Pflegenden und PatientInnen bzw. KlientInnen nimmt der Stress (und damit die Burnout-Gefahr) ab, die Arbeitszufriedenheit steigt und die Absicht, den Beruf zu verlassen, sinkt. Außerdem steigt damit auch die PatientInnensicherheit (reduzierte Mortalität) und -zufriedenheit. Dies gilt sowohl für den Krankenpflege- als auch für den Langzeitpflegebereich. Damit kann auch - mittel- bis langfristig - dem akuten und sich in Zukunft noch verstärkenden Personalmangel entgegen getreten werden.

Literatur

- Aiken, L. H. et al. (2010): Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. In: Health Services Research, 45(4), pp. 904-921 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x>, Zugriff 12.3.2021)
- Aiken, Linda H./Sermeus, W./Van den Heede, K./Sloane, D.M./Busse, R./McKee, M./Bruyneel, L./Rafferty, A.M./Griffiths, P./Moreno-Casbas, M.T./Tishelman, C./Scott, A./Brzostek, T./Kinnunen, J./Schwendimann, R./Heinen, M./Zikos, D./Strømseng Sjetne, I./Smith, H.L./Kutney-Lee, A. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: British Medical Journal 344 (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>, Zugriff 22.6.2021)
- Aiken, Linda H./Sloane, Douglas M./Bruyneel, Luk/Van den Heede, Koen/Sermeus, Walter (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: International Journal of Nursing Studies 50: 143-153 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196798/>, Zugriff 4.8.2020)
- Bauer, Gudrun/Rodrigues, Ricardo/Leichsenring, Kai/Six, Magdalena (2018): Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Eine Untersuchung auf Basis der internationalen NORDCARE-Befragung, Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Wien (<https://www.euro.centre.org/publications/detail/3289>, Zugriff 22.6.2021)
- Bruyneel, Luk/Van den Heede, Koen/Sermeus, Walter (2019): Belgium. In: Rafferty, Anne Marie/Busse, Reinhard/Zander-Jentsch, Britta/Sermeus, Walter/Bruyneel, Luk (Hrsg.): Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries, RN4CAST, WHO, S. 3-16
- Budig, M.J./Misra, J. (2010): How care-work employment shapes earnings in cross-national perspective", in International Labour Review, Vol. 149 (4), 441-460
- England, P/Budig, M./Folbre, N. (2002): Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work, in Social Problems, Vol. 49(4), 455-473

- Eurodiaconia (2015): The education, training and qualifications of nursing and care assistants across Europe, Brussels (<https://www.eurodiaconia.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/The-education-training-and-qualifications-of-nursing-and-care-assistants-across-Europe-Final.pdf>, Zugriff 21.6.2021)
- Dubois, Hans (2021): Wages in long-term care and other social services 21% below average, Eurofound
- European Commission (2014): Health and social services from an employment and economic perspective, EU Employment and Social Situation, Quarterly Review, Supplement December 2014, Luxemburg
- European Commission (2017): Bericht der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat und den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss. Bericht über die Durchführung der Richtlinie 2003/88/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung in den Mitgliedstaaten, Brüssel (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017DC0254&from=EN>, Zugriff 21.6.2021)
- ETUC (European Trade Union Federation) (undatiert): Fact Sheet Working Time in the Health Sector in Europe, Brussels (https://www.etuc.org/sites/default/files/A_TT_secteur_sante_u_EN_1.pdf, Zugriff 21.6.2021)
- Fries-Tersch, Elena/Tugran, Tugce/ Rossi, Ludovica/Bradley, Harriet (2018): 2017 annual report on intra-EU labour mobility. Final Report January 2018, Second edition September 2018, Brussels (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cd298a3c-c06d-11e8-9893-01aa75ed71a1/language-en>, Zugriff 5.11.2019)
- Lahtinen, Pia/Leino-Kilpi, Helena/Salminen, Leena (2014): Nursing education in the European higher education area – Variations in implementation, in: Nurse Education Today 34 (2014): 1040-1047
- Leichsenring, Kai/Schulmann, Katharine/Gasior, Katrin/Fuchs, Michael (2015): Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege, Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Wien (https://www.arbeiterkammer.at/infopool/wien/Gute_Pflege_August_2015.pdf, Zugriff 22.6.2021)
- OECD (2015): International Migration Outlook 2015, OECD Publishing, Paris (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015_migr_outlook-2015-en, Zugriff 20.11.2019)
- Rohova, Maria (2011): Health professionals' migration - the case of Romania, in: Journal of Health Economics and Management, Vol. 2(40), 2011, pp. 3-21
- Sasso, L./Bagnasco, A./Catania, G./Zanini, M./Aleo, G./Watson, R. & RN4CAST@IT Working Group (2019): Push and pull factors of nurses' intention to leave. In: Journal of Nursing Management, 27(5), 946-954, doi:10.1111/jonm.12745
- Shin, Sujin/Park, Jin-Hwa/Bae, Sung-Heui (2018): Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis, in: Nurs Outlook 66(3):2 73-282 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685321/>, Zugriff 22.6.2021)
- Vabø, Mia (2018): Nordic Care Work in transition: Trends in Working Conditions in Denmark, Finland, Sweden and Norway, EPN Conference *Practical Nurses in Europe -work environment and lifelong learning*, June 7th, 2018 (https://www.practicalnurses.org/file/05e554479be493eb9f37d0baaecc53c4/MIA_VABO_EPNpdf, Zugriff 22.6.2021)