

Masterarbeit

Deutscher Titel der Masterarbeit	
Englischer Titel der Masterarbeit	
Verfasser/in Familienname, Vorname(n)	
Matrikelnummer	
Studium	
Beurteiler/in Titel, Vorname(n), Familienname	

Hiermit versichere ich, dass

1. ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst habe. Alle Inhalte, die direkt oder indirekt aus fremden Quellen entnommen sind, sind durch entsprechende Quellenangaben gekennzeichnet. Die Richtlinie zu Plagiaten und anderem Vortäuschen wissenschaftlicher Leistungen im Rahmen von Abschlussarbeiten ist mir bekannt.
2. die vorliegende Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland zur Beurteilung vorgelegt bzw. veröffentlicht worden ist*.
3. diese Arbeit mit der beurteilten bzw. in elektronischer Form eingereichten Masterarbeit übereinstimmt.
4. (nur bei Gruppenarbeiten): die vorliegende Arbeit gemeinsam mit

entstanden ist. Die Teilleistungen der einzelnen Personen sind kenntlich gemacht, ebenso wie jene Passagen, die gemeinsam erarbeitet wurden.

Datum _____



Unterschrift

Markus Augustin, BA

Matrikelnummer: 01230598

E-Mail: h1230598@wu.ac.at



Strukturelle Zusammenhänge des „Pflegerotstandes“ in Österreich

Eine Strukturanalyse mit Fokus auf stationäre Langzeitpflege in Wien

Masterarbeit

Masterstudiengang Sozioökonomie

Wirtschaftsuniversität Wien

Wintersemester 2022/2023

Zusammenfassung

Österreichs Langzeitpflegebereich ist seit Jahren oder gar Jahrzehnten von verschiedenen Herausforderungen betroffen. Diese entwickelten sich zunehmend zu krisenhaften Ausmaßen, die akuten (politischen) Handlungsbedarf erforderten. Darum gab und gibt es eine breite Palette an Eindämmungsversuchen gegen den sogenannten Pflegenotstand, der sich insbesondere am Pflegepersonalmangel manifestiert. Dadurch werden die Arbeitsbelastung und damit die Personalsituation und Problematik selbst zunehmend intensiviert. Allzu lange blieben wirksame Maßnahmen jedoch aus, den Gründen dafür wird in dieser Masterarbeit nachgegangen. Der spezifische Fokus liegt dabei auf der stationären Langzeitpflege (-landschaft) Wiens, innerhalb des österreichischen Kontexts. Die Betrachtung veröffentlichter Auseinandersetzungen mit dem Themenkomplex erlaubt die Annahme, dass den vorhandenen Defiziten eine vernetzte Struktur zugrunde liegt. Bestehend aus vier strukturellen Ebenen des (Langzeit-) Pflegesystems sowie drei makrostrukturellen Dimensionen. Unzählige wechselseitig verbundene Sachverhalte lassen sich diesen konstruierten Strukturbestandteilen zuordnen, darunter interne und externe Charakteristika der Langzeitversorgung. Dieses verstrickte Netz an Zusammenhängen zu überblicken, kann gegebenenfalls zur Lösungsfindung nachhaltiger Strategien beitragen. Darum soll hiermit ein grundlegender Beitrag zur Entwicklung holistischer Gegenmaßnahmen geleistet werden, wofür ein tiefgehendes strukturelles Verständnis erarbeitet wird. Für die Analyse solch komplizierter Gegebenheiten, wie einem potenziellen Pflege- oder Versorgungsnotstand, ist Multi- bzw. Interdisziplinarität unerlässlich. Zumal sich das Phänomen über zahlreiche Settings, Politikbereiche und dergleichen erstreckt. Mittels umfangreicher Literaturanwendung, Expert:innen-Interviews und Strukturanalyse können viele dieser Sphären und Verknüpfungen dargelegt werden. Dennoch besteht weiterhin Forschungsbedarf, besonders für die Erarbeitung sowie Umsetzung nachhaltiger Optimierungen. Die vorliegende Arbeit kann diesbezüglich zumindest eine Orientierungshilfe darstellen, anhand einer detaillierten Beschreibung der inhärenten Problemstruktur.

Schlüsselbegriffe: Pflegepersonalmangel, Langzeitpflege, Strukturanalyse, Pflegenotstand

Abstract

Austria's long-term care sector has been affected by various challenges for years or even decades. These difficulties increasingly developed into critical proportions, requiring immediate (political) interventions. Accordingly, there has been and continues to be a wide range of attempts to contain the so-called Care Crisis, which particularly manifests itself in the shortage of nursing staff. As a result, the workload and thus the personnel situation and problem itself are increasingly intensified. For too long effective measures have failed to materialize, the underlying cause will be explored in this master's thesis. The specific focus lies on the inpatient long-term care (landscape) of Vienna, within the Austrian context. An examination of published discussions of this complex of topics allows the assumption that the existing deficits are based on an interconnected structure. Consisting of four structural levels of the (long-term) care system and three macro-structural dimensions. Countless interconnected circumstances can be assigned to these devised structural components, including internal and external characteristics of long-term care. Overlooking this entangled web of interrelationships can potentially contribute to finding solutions to sustainable strategies. Therefore, a fundamental contribution to the development of holistic countermeasures is attempted, for which a deep structural understanding will be established. Multi- or interdisciplinarity is essential for the analysis of such extensive conditions as a potential Nursing or Care Crisis. Especially as the phenomenon spans numerous settings, policy areas, and the like. By utilizing a broad variety of literature, expert interviews, and structural analysis, many of these spheres and linkages can be outlined. Nevertheless, a demand of further research remains, especially for the design and implementation of long-term optimizations. The present paper can provide some guidance in this regard, through a detailed description of the inherent problem structure.

Keywords: Nursing Staff Shortage, Long-Term Care, Structural Analysis, Care Crisis

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Phänomenbeschreibung »Pflegenotstand«	9
2.1. Problemaufriss und -definition	10
2.2. Annahmen über Ursachen und Implikationen der Problematik	13
2.3. Eindämmungsbemühungen und Gegenmaßnahmen	15
3. Analytischer Rahmen und wissenschaftliche Vorgehensweise	19
3.1. Forschungsschwerpunkt stationäre Langzeitpflege in Wien	20
3.2. Methodik zur Feststellung und Analyse der Phänomenstruktur	23
3.2.1. Literaturrecherche, -anwendung und -analyse	23
3.2.2. Strukturanalyse	24
3.2.3. Expert:innen-Interviews	25
3.3. Identifikation und Darstellung verknüpfter Strukturelemente	27
4. Analyse der strukturellen Dimensionen des Pflegenotstandes	31
4.1. Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems	32
4.1.1. Strukturelle Mikroebene	32
4.1.2. Strukturelle Mesoebene	35
4.1.3. Strukturelle Makroebene	38
4.2. Gesellschaftlich-soziale Dimension	40
4.3. Öffentlich-mediale Diskursdimension	42
4.4. Politisch-ökonomische Dimension	46
4.4.1. Politisch-legistische Rahmenbedingungen	49
4.4.2. Finanzierung der Langzeitpflege	52
4.5. Strukturelle Kontextebene	53
5. Handlungsoptionen angesichts der Problemstruktur	56
5.1. Bekanntheit von Herausforderungen und Lösungswegen	57
5.2. Querverbindungen der Strukturelemente nutzen	59

5.3. Politische Priorisierung und systemische Anpassungen.....	61
6. Schlussfolgerungen	64
7. Literaturverzeichnis	69
8. Anhang	78
8.1. Fragebogen der Expert:innen-Interviews.....	79
8.2. Überblick getätigter Expert:innen-Interviews.....	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strukturelle Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems.....	28
Abbildung 2: Drei (system-) externe Dimensionen bzw. Bereiche der Makroebene	29
Abbildung 3: Struktur des „Pflegerotstandes“ im (Wiener) Langzeitpflegebereich.....	30

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgebende
AK	Arbeiterkammer
AMS	Arbeitsmarktservice
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft
DWS	Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen
Ex-IV	Expert:innen-Interview
FSW	Fonds Soziales Wien
GBR	Gesundheitsberuferegister
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
KV	Kollektivvertrag
MA	Magistratsabteilung
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGB/ARGE-FGV	Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe im ÖGB
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ORF	Österreichischer Rundfunk
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
SWÖ	Sozialwirtschaft Österreich
waff	Wiener Arbeitnehmer:innen Förderungsfonds
WHK	Wiener Heimkommission

1. Einleitung

Persönliches Interesse für den Themenbereich der Langzeitpflege erklärt sich aufgrund von Erfahrungen Verwandter und Bekannter, sowohl als Pflegekräfte wie auch Pflegebedürftige. Dadurch entstand frühzeitig ein Bewusstsein, dass stationäre, mobile oder häusliche Versorgung äußerst wichtig sind und uns alle jederzeit selbst betreffen können. In informellen Gesprächen bzw. Erlebnissen hat sich die prekäre Lage im österreichischen Pflegebereich mehrfach verdeutlicht. Bei der Recherche dazu wurde diese Einschätzung durch wissenschaftliche Studien weitgehend untermauert (z. B. von Krajic et al. bereits 2003 detailliert aufgearbeitet). Zudem existieren unzählige elaborierte Medienberichte, welche gar die Problematik eines sogenannten Pflegenotstandes oder einer Pflegekrise thematisieren (vgl. u. a. Domke Seidel 21.03.2022; Mazohl 2022; Ettinger 2021; John 2021). Wiederholte bundesweite Proteste und Demonstrationen von Pflegepersonal (für bessere Arbeitsbedingungen, Entlohnung etc.) sprechen eindeutig für das Vorherrschen von Missständen (vgl. Schmidt, Tomaselli 2022). Hierbei werden anstelle von Zugeständnissen nunmehr wirksame Handlungen und Maßnahmen gefordert, etwa unter dem Slogan respektive der Initiative »5 nach 12« (vgl. Faragheh 03.05.2022; ORF 10.11.2021). Gewerkschaftliche Interessensvertretungen sowie der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) versuchen die Tragweite der Problematik aufzuzeigen, um so Verbesserungen zu bewirken. Auch in Kooperation mit Ärzte- und Arbeiterkammer, als »Offensive Gesundheit«, oder mit der »motiv.allianz.pflege« (vgl. Offensive Gesundheit 2020: 9; ÖGKV 10.09.2019). Sogar politisch beauftragte Erhebungen, Strategieberichte, Planpapiere und Prognosen sind diesbezüglich zumeist kongruent. Darunter der Bericht des Rechnungshofs (2020), Pflegepersonal-Bedarfsprognose (vgl. Rappold, Juraszovich 2019), Endbericht der Taskforce Pflege (vgl. Rappold et al. 2021) sowie weitere Studien des BMASGK (2019) bzw. BMSGPK (2021). Doch wenn Existenz, Ursachen und Folgen des vermeintlichen Pflegenotstandes weitgehend bekannt sind, weshalb bleiben langfristige, effektive Gegenmaßnahmen aus? Zur Klärung scheint die Betrachtung der strukturellen Hintergründe und Kopplungen des Phänomen(-bereich-)s erforderlich. Diese sollen daher im vorliegenden Forschungsvorhaben (re-) konstruiert, verknüpft und aufgedeckt werden. Hierzu dient eine primäre Forschungsfrage als Hauptreferenzpunkt, sowie eine dazugehörige sekundäre Fragestellung für den lösungsorientierten Teilabschnitt.

Welche strukturellen Wechselwirkungen, bezogen auf die stationäre Langzeitpflege in Wien, begünstigen den sogenannten Pflegenotstand (bzw. dessen Fortbestand)?

Inwiefern können Erkenntnisse über die strukturellen Zusammenhänge des Pflegenotstandes zu dessen Reduktion beitragen?

Für die Beantwortung der Forschungsfrage(n) dienen bestehende Literatur, Studien und Statistiken, als auch Interviews mit Expert:innen der (Wiener) Versorgungslandschaft. Die gesammelten Informationen erlauben eine Strukturanalyse des Pflegenotstandes, bzw. von dessen Kernelementen. Denn schon im frühen Verlauf der Recherche fielen Verbindungen und Wechselbeziehungen auf, deren Analyse womöglich Implementationspotentiale erfolgreicher (politischer) Interventionen bedingt. Diesbezüglich ließen sich vier strukturelle Ebenen sowie drei makrostrukturelle Dimensionen identifizieren (siehe Abbildung 1-3). Diesen wechselseitig verbundenen Strukturelementen konnten jeweils empirische Phänomene zugeordnet werden (vgl. Kapitel 3.3 und 4). Zunächst eine systeminterne strukturelle Mikroebene, worunter etwa die Arbeitsorganisation (Arbeitsbedingungen, Hierarchien etc.) in (Wiens) stationären Langzeitpflegeeinrichtungen fällt. Eine strukturelle Mesoebene bildet in dieser Arbeit das Langzeitpflegesystem insgesamt, also andere Pflegesettings (mobile Dienste, akutstationärer Bereich u. Ä.) sowie dahingehende Ausbildungen. Die Makroebene entspricht der Organisation des Versorgungswesens und umfasst drei (externe) Dimensionen oder Einflussfaktoren. Die politisch-ökonomische Sphäre, welche u. a. Budgets, Finanzierung, Reformen, Gesetze, Ambitionen und Umsetzung umfasst. Dabei sind Akteur:innen wie politische Parteien, gewerkschaftliche Interessensvertretungen etc. maßgeblich. Weiters eine gesellschaftlich-soziale Dimension, in der gesellschaftliche Entwicklungen von Bedeutung sind. Doch auch die kollektive Wahrnehmung und Anerkennung des (stationären) Langzeitpflegebereichs bzw. dort Beschäftigter (vgl. Haim et al. 2022; Brugger et al. 2021: 4, 13; Fahimi 2021: 3f.; Bundesarbeitskammer 2020: 6; Hengstschläger 2019). Zudem erscheint eine öffentlich-mediale Diskursdimension als wichtig, hierzu zählen themenbezogene Medienberichte, Presseaussendungen, wissenschaftliche Arbeiten und betreffende Regierungsprogrammpunkte oder Ankündigungen. Zuletzt kann eine übergeordnete Kontextebene der jeweiligen Rahmenbedingungen angeführt werden, welche die genannten (miteinander vernetzten) Strukturbestandteile überschattet und beeinflusst. Darin finden sich kaum steuerbare kontextuelle Gegebenheiten, etwa die Covid-19 Pandemie, Demografie, Wohlfahrtsstaatsmodell oder Weltwirtschaftssystem. Ein verbindendes Element, sowie Ausdruck und Impuls der sogenannten Pflegekrise, stellt hier wohl der Pflegepersonal-mangel dar. Ein Zusammenspiel zahlreicher Faktoren hat zur gegenwärtigen, oftmals untragbaren (Personal-) Situation geführt, die Covid-19 weiter verschärft hat (vgl. u. a. Dowling 2022; Sorz, Potzmann 2022; Domke Seidl 21.03.2022; Fahimi 2021: 3; Goldgruber et al. 2021: 40f.; John 2021; Wiener Zeitung 20.10.2021; Staflinger, Leichsenring 2020).

Hoffentlich bewirken die resultierenden Forschungsergebnisse dieser holistischen, interdisziplinären Perspektive daher eine Optimierung der Zustände bzw. Bedingungen im Langzeitpflegebereich. Besonders hinsichtlich der Prognosen zur weiteren Zunahme der Problematik, bspw. aufgrund demografischen Wandels sowie unzureichendem Nachwuchs und Personalwegfällen (vgl. Famira-Mühlberger, Firgo 2019: 149f.; Rappold, Juraszovich 2019: 3ff.). Letztere werden unter anderem durch hohe Arbeitsbelastung oder Pensionierungen begünstigt (vgl. Schönherr 2021: 15ff.; Mazohl 2022; Greß 2022; Rappold, Juraszovich 2019; Szabo 2020: 12f.). Obwohl mehrere Problemfelder bereits von politischen Stellen erkannt und benannt werden, mangelt es an der Umsetzung langfristig wirksamer Maßnahmen (vgl. BMSGK 2019; Rechnungshof 2020; Rappold et al. 2021; BMSGPK 2021; ÖGB 23.08.2022). Möglicherweise kann diese Masterarbeit einige förderliche Strategien, oder bestehende Hürden zu Tage fördern, um dringend notwendige Verbesserungen zu erzielen (vgl. ÖGKV 10.09.2019; motiv.allianz.pflege 2019).

Dementsprechend gliedert sich der weitere inhaltliche Aufbau in eine einleitende Definition und Beschreibung des Phänomenbereichs »Pflegetotstand« (vgl. Kapitel 2). Weiters werden dessen strukturelle Hintergründe (Darlegung des Forschungsfeldes, genutzter Methoden und grafische Repräsentationen) im nachfolgenden Kapitel 3 dargelegt. Daraufhin werden die einzelnen Strukturelemente im Hauptteil im Detail analysiert (vgl. Kapitel 4). Gefolgt von Kapitel 5, den potenziellen Handlungs- bzw. Lösungsoptionen angesichts der Erkenntnisse. Abgerundet wird die Arbeit von einem prägnanten Fazit zum Abschluss (vgl. Kapitel 6).

2. Phänomenbeschreibung »Pflegetotstand«

Zunächst erfolgt eine grobe Charakterisierung der Problematik, woraufhin deren Begriffsbestimmung, Hintergründe und Auswirkungen sowie Entgegnungsversuche erläutert werden. Der Personalmangel im (Langzeit-) Pflegebereich ist anhand der themenbezogenen Literatur sowohl zentraler Ausdruck als auch Multiplikator des Pflegetotstandes. Weil sich dadurch die Arbeitsbedingungen für das (verbleibende) Pflegepersonal zumeist verschlechtern, sinkt die Bereitschaft im Pflegberuf zu verweilen oder einzutreten (vgl. Schönherr 2021: 15f.; INQA 2010: 3; Domke Seidl 21.03.2022; Kummer 2022: 3; Salzburger Nachrichten 14.06.2021). Der Mangel an Pflegefachkräften kann demnach als Bindeglied zwischen den eingangs angemerkteten strukturellen Bereichen erachtet werden. Tatsache ist, dass aufgrund gesellschaftlicher und demografischer Veränderungen der Pflege(-personal-)bedarf weiter zunehmen wird (vgl. u. a. Pratscher 2022: 172; FSW 2020; Rappold, Juraszovich 2019: 4f.; v. d. G. 2017: 1f.). Darum ist es sinnvoll systemisch-strukturelle Umstände, um

das Phänomen des Pflegetotstandes aufzudecken. Da diese Arbeit verknüpfte Ursachen für dessen Fortbestand beleuchtet, ist ein historischer Blickwinkel erforderlich. Einen solchen ermöglichen neben weiteren besonders Krajic et al. (2003), mit ihrer Diagnose, Definition und Analyse der Herausforderungen.

Aus unzähligen wissenschaftlich begründeten Untersuchungen, situativen Einschätzungen und Prognosen geht mittlerweile hervor, dass es dringend Veränderungen im Pflegesektor braucht, etwa bessere Arbeitsbedingungen. Darunter Berichte im Auftrag des BMSGPK (2019; 2021), des Rechnungshofs (2020) oder der Gesundheit Österreich (2020), um nur einige zu nennen. Daher lohnt sich ein akribischer Blick auf strukturelle Zusammenhänge dieser Gegebenheiten, wenngleich es bereits Gesetzesnovellen (z. B. GuKG-Novelle 2016) und erfolgssame Reformen gab (vgl. Schalek, Schmidt 2022; Faragheh 06.05.2022). Nachdem notwendige politische Handlungsanforderungen oftmals bekannt und publik sind, drängt sich indessen die Frage auf weshalb diese nur selten bzw. in Teilen realisiert werden (vgl. ÖGB 23.08.2022; vida 2022; Staflinger 16.02.2022; BMASGK 2019; BMSGPK 2021). Zumindest wird die vorherrschende Personalnot als zentraler Faktor weitgehend anerkannt, sowohl von Fachleuten wie auch einzelnen politischen Zuständigen (vgl. Ettinger 2021; Ettinger 2020). Ausgangspunkt ist also die hinlängliche Bekanntheit zahlreicher Probleme im Pflege- und Gesundheitsbereich, häufig als Pflegetotstand oder Pflegekrise bezeichnet (vgl. u. a. Hilfswerk 23.07.2021; Szabo 2020: iii; Offensive Gesundheit 2020: 9f.). Eine tiefgehende Betrachtung dieses Phänomens, sowie dessen Auslöser und Entgegnungsversuchen, soll ein grundlegendes Verständnis der Problematik schaffen.

2.1. Problemaufriss und -definition

„Während die Coronapandemie die Krise des österreichischen Pflegesystems verdeutlicht und zugleich verschärft hat, war das österreichische Pflegesystem bereits zuvor in der Krise.“ (Fahimi 2021: 3) Nach Einschätzung von Pflegeheimvertretungen und Sozialhilfeverbänden ist durch die Covid-19 Pandemie in Österreich gar ein Pflegetotstand zur Realität geworden (vgl. Kurier 05.10.2021). Dabei stehen bundesweit leere Betten, aufgrund von Personalmangel, einem existierenden Bedarf an Pflegeheimplätzen gegenüber. Tendenziell verschärft sich diese krisenhafte Versorgungssituation durch unterschiedliche Einflussfaktoren noch weiter. Viele Pflegekräfte ziehen nämlich einen Berufswechsel in Betracht, bedingt durch die hohe Arbeitsbelastung (vgl. Brugger et al. 2021: 3ff.; Kurier 05.10.2021; Hilfswerk 23.07.2021; INQA 2010: 3, 8). Auffällig ist, dass es kaum wissenschaftliche Versuche gibt den sogenannten Pflegetotstand begrifflich zu definieren. Mit Ausnahme von Krajic et al. (2003) finden

sich kaum weitere Quellen, die eine explizite Definition anstreben. Vielmehr wird häufig der Personalmangel oder -engpass als Synonym für das Phänomen angewendet. Das Hauptaugenmerk des vorliegenden Definitionsversuchs liegt daher ebenso auf der Knappheit von aktiven und potenziellen Pflegekräften. Dieses Verständnis deckt sich mit einem Großteil der eingeholten Expertisen sowie verfügbaren Schriftstücke (vgl. Ettinger 2021; John 2021; NeueZeit 01.06.2021; Ex-IV 3; 4; 6; 11). Beinahe alle befragten Expert:innen interpretieren den Pflegepersonalmangel als wesentlich für den vermeintlichen Pflege- oder Versorgungsnotstand, bzw. fallweise sogar gleichbedeutend.

Krajic et al. (2003: 5ff.) zufolge ist der Begriff zwar ein (gewerkschafts-) politisches Schlagwort, doch gleichwohl eine ernstzunehmende Selbstcharakterisierung seitens der Langzeitpflege (-kräfte). Die Autor:innen definieren den Pflegetotstand als Verknüpfung dreier fundamentaler Problemelemente. Denn neben Pflegepersonalengpässen sind weiters auch Qualitätsmängel sowie eine kollektive Problemwahrnehmung ausschlaggebend. Personalknappheit zeichnete sich bereits zur Entstehungszeit des Werkes ab und besteht fortan, etwa infolge von Nachwuchsmangel. Indikatoren sind hierbei vielzählige unbesetzte Arbeitsplätze, u. a. im stationären Langzeitpflegebereich. Einer der Gründe hierfür war mitunter die extensive Personalanwerbung der stationären Akutversorgung. Für Pflegequalitätsmängel gab es unglücklicherweise bereits Praxisbeispiele, bis hin zu Missständen oder gar Skandalen. Diese waren vermutlich Resultate von „ungünstigen Konstellationen von Knappheit und Managementfehlern“ (ebd.: 6). Die Problemwahrnehmung entspricht einem kollektiven Krisenbewusstsein zur Berufswirklichkeit, bspw. belastenden organisatorischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Schon damals waren einige kritische Trends absehbar die auf eine Intensivierung hindeuteten, insbesondere der Problemkomponente personeller Unterversorgung. In der Arbeit wird deshalb „eine Verlängerung der Berufsverweildauer als zentraler Ansatzpunkt für Maßnahmenentwicklung empfohlen.“ (Krajic et al. 2003: 7) Ob diesen Empfehlungen jedoch Folge geleistet wurde, ist nicht bekannt. Zumindest nahmen die Anzahl sowie Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen in Pflegeheimen zwischen 2008 und 2017 zu. So stieg die durchschnittliche Dauer von Arbeitsverhältnissen um 56 Prozent, was ungefähr 320 Tagen entspricht (vgl. Auer et al. 2018: 2).

Zahlreiche Quellen bezeichnen den gegenwärtigen Zustand des österreichischen Langzeitpflegebereichs als Pflegekrise (vgl. Gnahn 2022; NeueZeit 01.06.2021; Fahimi 2021), Versorgungskrise (vgl. Hilfswerk 04.02.2022) bzw. Care-Krise (vgl. Haim et al. 2022; Dowling 2022; Lavaud 2021). Nutzen also eine vergleichbare Terminologie für diesen Sachverhalt, ähnliches gilt für die Einschätzung der zwölf befragten Expert:innen. Hier wird ebenfalls

zumeist der Pflegepersonalmangel als elementarer Faktor thematisiert, wenngleich die Situation in Wien resilient wirkt (vgl. Ex-IV 2; 6; 8). Vereinzelt wird eine Abwendung der Krise oder des Notstandes noch als machbar angesehen (vgl. u. a. Greß 2022). Hierfür müssten Rahmenbedingungen wie Arbeitsbelastung, Betreuungsschlüssel, Entlohnung, Ausbildung etc. optimiert werden (vgl. Thalhammer 2012: 88; Bundesarbeitskammer 2020: 8; Goldgruber et al. 2021: 44). Denn obwohl der Pflege(-personal-)bedarf ansteigt, denken viele Pflegekräfte an einen Berufs- oder sogar Branchenwechsel (vgl. Dowling 2022; NeueZeit 01.06.2021). Dies trifft insbesondere für kürzlich eingestiegenes Personal zu, deckt sich also mit der vorhin angemerkten kurzen Berufsverweildauer (vgl. Krajic et al. 2003: 7f.). Diese beruht auf drei maßgeblichen Belastungsfaktoren, bezüglich Tätigkeitsspektrum, organisatorischen Gegebenheiten sowie gesellschaftlichen Einflüssen (vgl. ebd.: 7f.).

Bereits in den frühen 2000er-Jahren verzeichnete eine Untersuchung des Ludwig-Boltzmann-Instituts eine durchschnittliche Verweildauer in der Pflege von drei bis sechs Jahren, und das seit 2018 existierende Gesundheitsberuferegister zeigt auch keine besseren Zahlen. (Sorcz, Potzmann 2022)

Thalhammer (2012: 1) thematisiert den Pflegetotstand schon 2012, im Zusammenhang mit transnationaler Pflegekräftemigration nach Österreich. Er erkennt dennoch keine systemische Verbesserung im österreichischen Langzeit- bzw. Altenpflegebereich. Trotz dessen gesellschaftlicher Relevanz sind die berufliche Attraktivität und Rahmenbedingungen (Ausbildungen, Wertschätzung etc.) mangelhaft. Dem Autor zufolge geht dies so weit, dass hierzulande ein Pflegetotstand diagnostizierbar ist. Wenngleich eine überstrapazierende Nutzung des Begriffs vermieden werden sollte (vgl. ebd.: 1f.). ÖGKV Präsidentin Potzmann attestiert unlängst zwar noch keinen Pflegetotstand, allerdings warnt sie vor dahingehenden Tendenzen und Entwicklungen. Der Personalmangel und dessen Auswirkungen, sowie eine Zuspitzung der Situation, sind nämlich nicht abstreitbar (vgl. ÖGKV 30.08.2022). Ettinger (2021) sprach mit Pflegedirektor Schwaiger, der bereits 2021 einen Pflegetotstand angesichts gesperrter Betten in Langzeitpflegeheimen feststellte. Als entscheidendes Problem gilt hierbei das fehlende Pflegepersonal, darum seien Investitionen in die Pflegeausbildung wichtig. Eine Teilschuld trägt somit die Bundesregierung, diese habe laut Budget „kein Konzept für die Finanzierung, nicht einmal für die Mehrkosten in den kommenden Jahren.“ (Ettinger 2021) Bundesverantwortung sind nämlich die Geldleistungen, womit Bundesländer Versorgungssachleistungen bereitstellen müssen (vgl. Riedel et al. 2019: 5f.; Mazohl 2022).

Obgleich keine einstimmige Übereinkunft über die Existenz eines Pflegetotstandes vorliegt, können Defizite im (Langzeit-) Pflegebereich nicht von der Hand gewiesen werden. Je nach

Lesart bzw. Definition lässt sich für bestimmte Bereiche des Gesundheits- und Pflegewesens durchaus eine Krise oder gar ein Notstand konstatieren. Die jeweiligen Ursachen und Folgen sind mitnichten unerforscht, gab es doch bereits 2003 versierte Definitionsbemühungen. So stellten Krajic et al. (2003) die Frage, ob sich ein Pflegerotstand in Österreich diagnostizieren lässt. Zudem wurden schon damals potenzielle Lösungen präsentiert, etwa hinsichtlich der Arbeitsbedingungen. Nach wie vor werden Handlungsmöglichkeiten erarbeitet und publiziert, sogar vonseiten politischer Stellen beauftragt, doch offenbar nur bedingt umgesetzt.

2.2. Annahmen über Ursachen und Implikationen der Problematik

Ein historischer Rückblick zeigt also, die Probleme bzw. deren Ursachen sind keinerlei akut. Stattdessen können zahlreiche Hinweise darauf bereits in der Vergangenheit ausgemacht werden. Besonders bisherige Versuche der Reduktion des Phänomens stellen damit ein Indiz, für dessen langjähriges Bestehen dar (vgl. Mazohl 2022; Faragheh 06.05.2022). Die Problematik sowie Auslöser, Symptome und Folgen des Pflegerotstandes sind demnach keineswegs unbekannt. Dennoch sind hierbei noch einige relevante Aspekte nennenswert, wie bspw. resultierende Gesundheitsrisiken für Pflegekräfte (vgl. ÖGB 21.09.2022; Brugger et al. 2021: 3f.). Vor allem in Anbetracht der Auswirkungen auf den Langzeitpflegebereich sind diese bekanntlich hochgradig problematisch.

Einerseits findet sich angesichts der prekären Arbeitssituation kaum Nachwuchs, andererseits werden Beschäftigte dadurch aus dem Pflegeberuf vertrieben (vgl. Schönherr 2021: 15-20; Brugger et al. 2021: 3ff.; Offensive Gesundheit 2020: 16; INQA 2010: 7f.). Beides verschlimmert die Lage für verbliebenes Pflegepersonal demzufolge besteht hier eindeutig eine Abwärtsspirale, die womöglich in einer Krisensituation mündet. Thalhammer (2012: 105) wie auch Pflegerwältin Wlattnig (John 2021) sprechen in dem Zusammenhang von einer „Negativspirale“, bzw. bezeichnen den Pflegerotstand als solche. Häufig ist hinsichtlich des Mangels an Pflegekräften und weiteren Herausforderungen, wie steigendem Pflegebedarf, von ebendiesem die Rede (vgl. u. a. Szabo 2020: 12; Krajic et al. 2003: 5; Ettinger 2021). Fatal sind die einhergehenden Rückwirkungen, denn mangelnder Pflegenachwuchs sowie Personalwegfälle (etwa durch Berufswechsel oder Pensionierung) verschärfen das Problem weiter (vgl. Schönherr 2021: 5ff.; Offensive Gesundheit 2020: 11f.; Szabo 2020: 13; Ex-IV 3; 9; 10). Diese beiden Phänomene sind mitunter bedingt durch fallweise intolerable Arbeitsbedingungen, oder daraus resultierenden Gesundheitsbeschwerden (vgl. Bauer et al. 2018: 75f., 78f.; vida 2022; Faragheh 03.07.2020; Schönherr 2021: 15f.; NeueZeit 01.06.2021; Ettinger 2022:

Ex-IV 4). Hinzu kommt, dass seitens der Politik keine notwendigen budgetären Zugeständnisse für den Langzeitpflegesektor gemacht wurden bzw. werden (vgl. Ettinger 2021; ÖGKV 30.08.2022). Fest steht, die fortwährende Covid-19 Pandemie hat (politische) Prioritäten verschoben und etwaige Maßnahmen verzögert (vgl. Riedel 2021: 5f.; Ettinger 2020).

Warum werden derartige Missstände trotz vielfältigen Hilferufen (Petitionen, Demonstrationen usw.) und alarmierenden Erkenntnissen (Fehleranfälligkeit, Gesundheitsrisiken etc.) politisch nicht wirksam eingedämmt? (Vgl. John 2022; Brugger et al. 2021: 3ff.; Faragheh 03.07.2020; Cichocki et al. 2016; Füreder 2005) Letztendlich könnte die Finanzierung von Maßnahmen zur Reformierung des Pflegebereichs doch zukünftige Einsparungen bedeuten (vgl. Dimmel 2012: 28f.). Zumal gesünderes, qualifiziertes Personal, ohne berufliche Überforderung, tendenziell seltener den Arbeitsplatz verlässt (vgl. Offensive Gesundheit 2021; Leichsenring et al. 2015: 11ff.). Nach eigener Einschätzung könnte die ausreichende Finanzierung als Sozialinvestition verstanden werden, die in Zukunft das Langzeitpflegesystem stabilisiert und langfristig sogar Kosten einspart. Denn gesundheitliche Überlastung durch berufliche Tätigkeiten bzw. die spezifische Arbeitsorganisation begünstigen einen Berufswechsel, oder frühzeitigen Berufsausstieg (vgl. Schönherr 2021: 15f.; Offensive Gesundheit 2021; Hilfswerk 23.07.2021; Bauer et al. 2018: 79; Leichsenring et al. 2015: 11f.). „Die kurze Verweildauer und die hohe Fluktuation von Pflegepersonen in Österreich sind u.a. [...] Hinweise darauf, dass im Pflegeberuf schlechte Arbeitsverhältnisse vorherrschen und viele verbesserungswürdige Mängel bestehen“ (Thalhammer 2012: 88). Aufstiegschancen, Entlohnung, Arbeitsbelastung, -bedingungen und dergleichen beeinflussen zudem das Berufsimago (vgl. ebd.: 88-93; Sorz, Potzmann 2022; Staflinger, Bauer 2019; Leichsenring et al. 2015: 11f.).

Die Problematik des Personalmangels im (Langzeit-) Pflegebereich ist weder neuartig noch überraschend, wie sich zeigt. Doch die mangelnde Datenlage zum verfügbaren, aktiven und benötigten Pflegepersonal erschwerte eine adäquate Einschätzung bzw. präzise Berechnung (vgl. Thalhammer 2012: 107f.; Pratscher 2022: 173; Kummer 2022; Meichenitsch 2022: Ex-IV 3). Zumindest bis zur Pflegepersonal-Bedarfsprognose (vgl. Rappold, Juraszovich 2019), oder der Einführung des Gesundheitsberuferegisters (GBR) (vgl. Bundesarbeitskammer 2022; Potzmann 2022: Ex-IV 7). Darum fordern Rechnungshof sowie Expert:innen nunmehr „ein intelligenter gesteuertes, auf Basis seriös erhobener Daten operierendes und bedarfsgerechter gestaltetes System.“ (Hilfswerk 04.02.2022) Da die Versorgungskrise nach deren Einschätzung bereits eingetreten ist, sind zeitnah effektive Maßnahmen anhand wissenschaftlicher und alltagspraktischer (internationaler) Expertise erforderlich (vgl. ebd.). „Stark bedroht vom Pflegemangel sind Pflegeheime, u. a. deshalb, weil die Pflege älterer Menschen

in der Ausbildung zu kurz kommt und noch immer als unattraktiv für viele wirkt.“ (Thalhammer 2012: 107) Darüber hinaus ist die Pflegeausbildung in Österreich zu undurchlässig, unzeitgemäß und demnach unattraktiv. Doch auch die Attraktivität des Pflegeberufs leidet unter einigen inhärenten Faktoren, wodurch Unzufriedenheit entsteht (vgl. ebd.: 105ff.; INQA 2010: 3; Bundesarbeitskammer 2020: 7ff.; Ex-IV 5; 6; 10). Darunter „belastende Arbeitsbedingungen, ungünstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen, schlechtes Image, mangelnde Autonomie, Wertschätzungs- und Anerkennungsdefizite, unregelmäßige Dienstzeiten“ etc. (Thalhammer 2012: 105).

Forderungen nach besseren Arbeits- bzw. Rahmenbedingungen im Gesundheits- sowie Pflegebereich sind dementsprechend nachvollziehbar und kommen mittlerweile von allen Seiten (Pflegekräfte, Gewerkschaften, Wissenschaft, Politik). Stattdessen zeichnen sich jedoch „Tendenzen der Ökonomisierung und Austeritätspolitik“ (Staflinger, Hötzingler 2022) ab, die den Pflegetotstand keinesfalls mindern (vgl. ebd.; Schmidt et al. 2021: 169, 173; Schönherr 2021: 6; Hagedorn 2019: 7; Bader et al. 2011: 20). „Bei den Ausgaben für die Langzeitpflege befindet sich Österreich mit 1,5 Prozent im westeuropäischen Vergleich im Bereich der Pflegeausgaben in Prozent des BIP im unteren Drittel.“ (Staflinger, Hötzingler 2022) Öffentlich wird demzufolge meist die mangelnde staatliche Finanzierung des Pflegesektors kritisiert, deren Folgen negativ auf alle Beteiligten wirken (vgl. BMASGK 2019: 14).

Unterfinanzierung, fragmentierte Zuständigkeiten und der damit in Zusammenhang stehende, chronische Personalmangel sowie eine hohe Personalfluktuation resultieren in einer Pflegekrise, in der die Nachfrage nach formalisierten Pflegeleistungen das vorhandene Angebot übersteigt. (Fahimi 2021: 5)

Als weitere potenzielle Ursachen nennt Fahimi (2021: 3f.) die gesellschaftliche Abwertung der Sorgearbeit. Zudem erkennt die Autorin diesbezüglich einhergehende Zuweisungen von Genderrollen, Stichwort Frauentätigkeit (vgl. Kapitel 4.2). Neben zugrundeliegenden Hintergründen und Auswirkungen der komplexen Problematik kann eine Betrachtung bisheriger oder geplanter Strategien und Problemlösungsversuche aufschlussreich sein.

2.3. Eindämmungsbemühungen und Gegenmaßnahmen

Dieser Textabschnitt bezieht sich primär auf umgesetzte oder intendierte Handlungsstrategien gegen den (steigenden) Pflegepersonalmangel in Wiens Langzeitpflegesektor. Verschiedene Akteur:innen spielen bei derartigen Gegenmaßnahmen bzw. Initiativen eine Rolle, zuweilen kooperativ bspw. die motiv.allianz.pflege. Sowohl politisch oder gewerkschaftlich wie auch seitens der Trägerorganisationen selbst liegen Bemühungen vor (vgl. Ex-IV 1; 2; 7; 11).

In den vergangenen Jahren sowie derzeit existieren unterschiedliche Vorstöße, um die oben dargelegten Herausforderungen einzudämmen. An den Strategien und Bemühungen, die bislang stattgefunden haben, lassen sich einige Parallelen ausfindig machen. So zielen diese nicht selten darauf ab, die (drohende) Personalnot im stationären Langzeitpflegewesen abzuschwächen. Dies beinhaltet die Bindung und Gewinnung von (Nachwuchs-) Pflegekräften, mittels Ausbildungsoffensiven, oder Anwerbung transnationaler Pflegekräfte (vgl. Hilfswerk 23.07.2021; Rappold, Juraszovich 2019: 62f.; vda, GPA-djp, SWÖ 2017: 3f.; DWS 2021: 12ff.; Thalhammer 2012: 1; ÖGKV 2022: 9; Riedel, Staflinger 2022).

Bereits 2016 beauftragte Stadträtin Wehsely die MA 24 mit der Entwicklung eines Strategiekonzepts (Pflege und Betreuung in Wien 2030) (vgl. FSW 2020: 5). Dieses sollte die Versorgungssicherheit in Wien weiterhin gewährleisten, etwa durch Strukturbereinigungen und Gesetzesänderungen. Notwendig sind dahingehende Initiativen aufgrund kritischer Rahmenbedingungen, z. B. demografischen Veränderungen oder limitierten Personalressourcen (vgl. ebd.: 5). Hier wurde der Handlungsbedarf also frühzeitig erkannt und ein durchdachtes Maßnahmenkonzept entwickelt. Individualisierte häusliche Unterstützungsangebote des Fonds Soziales Wien (FSW) sollten Angehörige, Spitäler und Pflegeheime entlasten. Diese Ausdifferenzierung von Versorgungsangeboten verkomplizierte jedoch deren Steuerung, zudem lagen kaum Instrumente zur komplexen Bedarfsermittlung vor (vgl. MA 24 2016: 14ff.). Dennoch konnte in Wien (bisweilen) ein Pflegetotstand verhindert werden, da die Stadtpolitik zeitgerecht reagierte und den erkennbaren Schwierigkeiten entgegensteuerte. Rehabilitations-, Remobilisations- wie auch Präventivmaßnahmen reduzierten den Zuwachs des Versorgungsbedarfs. Dem Pflegepersonalmangel wurde durch Rekrutierung, Ausbildung und optimierte Rahmenbedingungen entgegengewirkt. Weiters führte die Annäherung von Gesundheits- und Sozialbereich zu integrierten Versorgungsmöglichkeiten sowie Finanzausgleichen. Förderlich war das neuartige Finanzierungsmodell von Bund und Stadt, bzw. Kostenbeitragsmodell des FSW. Häusliche Versorgung wird gefördert und individuell angepasst, um die Autonomie Versorgungsbedürftiger zu erhalten (vgl. ebd.: 17ff.).

Doch der steigende Leistungsbedarf im (Langzeit-) Pflegebereich macht eine Erweiterung der Angebote und damit eine Personalaufstockung unentbehrlich. Zwar investiert die Stadt in die Pflegeausbildung, allerdings erreichen nur rund 40 Prozent der Absolvent:innen die Wiener Langzeitversorgung. Ein Großteil wählt stattdessen Tätigkeiten im Akutbereich, weshalb eine Attraktivierung unumgänglich scheint. (Vgl. DWS 2021: 3f.) Zahlreiche Maßnahmen zur Personalbedarfsdeckung sind bereits ausgearbeitet, z. T. sogar im Gange. Darunter die »Pflege Zukunft Wien«, eine Initiative des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen

(DWS) (2021: 6-12). Darin steht Innovationen und Digitalisierung der Pflegeabläufe sollen vorhandene Ressourcen schonen. Eine außenwirksame Ausbildungsinitiative zielt auf die Sicherung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs. Zur Personalgewinnung sind Imagekampagnen und Förderprogramme geplant, sowie verbesserte Rahmenbedingungen (Arbeitsumfeld, Weiterbildung etc.). Dies soll zudem „aktive Mitarbeiter*innen in der Pflege motivieren und [...] zu Botschafter*innen ihrer Profession“ (ebd.: 15) machen. Insgesamt muss eine breite Zielgruppe von Arbeitssuchenden angesprochen und animiert werden. „Der waff plant und koordiniert die Bedarfe mit dem FSW, dem Wiener Gesundheitsverbund, dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, den Unternehmen und dem AMS.“ (DWS 2021: 17) Externe Ausbildungskosten werden teilweise durch AMS und waff gedeckt. Aufgrund der gesellschaftlichen Signifikanz des Versorgungswesens kommt fallweise das Wiener Ausbildungsgeld von 400 Euro monatlich hinzu (vgl. ebd.: 15-19).

Verschiedene Schritte können zur Personalanwerbung, Personalbindung und Effizienz beitragen. Etwa niederschwellige Ausbildungsplätze, Arbeitsentlastung sowie Kooperation und Koordination zwischen Settings bzw. Trägern (vgl. DWS 2021: 33f.). Für die erwähnten Handlungsempfehlungen des DWS wurden u. a. Strategieentwürfe der MA 24 (2016: 33ff.) (Pflege und Betreuung in Wien 2030) berücksichtigt. Daraus geht hervor, dass zukunftsfähige (internationale) Rekrutierung von Pflegepersonal und ein nachhaltiges Finanzierungssystem erforderlich sind. Mittels Kostenausgleichs sowie Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich, was ein neues Wiener Pflegevorsorgegesetz erfordert. Weiters können „[e]videnzbasierte Planung und wirkungsorientierte Steuerung“ (MA 24 2016: 36) die künftige Versorgung sicherstellen. Die operative Umsetzung der Strategien koordiniert der FSW, unter Einbezug des DWS. Neben vorausschauender Planung ist dabei auch eine Evaluation getätigter Maßnahmen entscheidend (vgl. ebd.: 33-36; BMASGK 2019: 14f.). Der erste Evaluierungsbericht des FSW (2020: 4ff.) beleuchtet daher (realisierte) Interventionen des Strategiekonzepts aus 2016. An dessen Erarbeitung, Etablierung, Evaluierung und Weiterentwicklung FSW sowie MA 24 maßgeblich eingebunden sind. Dieser Bericht mit Standortbestimmung soll Umsetzungsgrad und Aktualität bzw. Angemessenheit der Bemühungen aufzeigen. Die Anpassung der Personalpolitik orientiert sich an der Personalbedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), um dem Pflegepersonal-mangel entgegenzuwirken (vgl. FSW 2020: 15). Damit gilt es „als Produktivfaktor und wichtige arbeitsmarktpolitische Investition in die Zukunft der Stadt Wien“ (ebd.: 21).

Nachdem die Herausforderungen im Langzeitpflegesektor nicht erst seit der Covid-19 Pandemie existieren, bestehen Eindämmungsversuche seit geraumer Zeit (insbesondere ab 2019)

(vgl. u. a. Fahimi 2021: 3; Sailer 2021: VII; ÖGB 23.08.2022, Domke Seidl 08.11.2022). Kooperative Initiativen widmen sich insofern der langfristigen Absicherung des Versorgungsstandards. Darunter die Offensive Gesundheit (2020), bzw. Gewerkschaften, Arbeiter- und Ärztekammer, die seit 2020 Verbesserungen anstrebt (vgl. ÖGB 23.08.2022). Optimierte Personalsituation, Rahmenbedingungen und Ausbildungen sollen ein zukunftsfähiges Pflegesystem gewährleisten. Diesbezüglich wird mithilfe der Bürgerinitiative »ACHTUNG GESUNDHEIT!« die dringende Notwendigkeit politischer Handlungen betont. Doch politische bzw. legislative Initiativen sind zumeist nicht vollumfänglich, bspw. die GuKG-Novelle 2022. Dadurch bleibt der erforderliche Attraktivierungsgrad des Pflegebereichs unerreicht (vgl. ebd.). Im Forderungskatalog des ÖGKV (2022: 2) finden sich, aus standespolitischer Perspektive wirksame, Maßnahmenempfehlungen u. a. anhand des Rechnungshofberichts. Diese behandeln Image- und Personalfrage, wobei jeweils die Rahmenbedingungen relevant sind. Für eine Imageaufwertung müssen zudem professionelle Pflegekompetenzen abgegrenzt, betont und politisch involviert werden. Bei der Sicherung von Personalressourcen muss ein „Spagat zwischen Rekrutierung und Mitarbeiterfürsorge“ (ebd.: 4) gelingen. Unterschiedliche teils umgesetzte Maßnahmen auf mehreren Handlungsebenen, wie Rahmenbedingungen oder Ausbildungen, können ggf. dazu beitragen. Sowohl politisch-legistische Verantwortung als auch jene von Dienstgebenden, liegt hierbei vor (vgl. ÖGKV 2022: 3-7).

Der zunehmende Pflegepersonalbedarf ist herausfordernd für das Versorgungssystem, da dieses ohne qualifizierte Pflegekräfte nicht funktionsfähig bleibt. Darum bietet das Sozialministerium mit Pflegepersonal-Bedarfsprognose und Endbericht der Taskforce Pflege einen Orientierungsrahmen (vgl. Kummer 2022: 1ff.). Zusätzlich ist eine Studie zur Personalbedarfsbemessung in Planung, zur bundesweiten Harmonisierung der Langzeitpflege. Im Jahr 2021 verfeinerte die GÖG mit dem »Pflegerreporting« die Datenlage im Pflegesektor. Durch diese regelmäßigen Berichte können situative Einschätzungen bezüglich Versorgungs- und Personalstatus sowie dementsprechende Steuerung erfolgen. Um dem Regierungspunktpunkt »zukünftiger Sicherung qualitätvoller Pflege« zu entsprechen, wird dem vorherrschenden Personalmangel mit dem Pflegereformpaket aktiv gegengesteuert (vgl. Kummer 2022: 3f.). Dennoch fehlen darin womöglich weitere wichtige Schritte und Maßnahmen (vgl. Staflinger, Leichsenring 2020; Staflinger, Hötzing 2022; John 2022; Golla 2022). Diesbezüglich kann etwa die 2019 etablierte motiv.allianz.pflege genannt werden. Ein Zusammenschluss aus ÖGKV, AK, Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt, Lebenswelt Heim - Bundesverband, ÖGB-ARGE/FGV sowie SWÖ (vgl. ÖGKV 10.09.2019). Deren erklärtes Ziel ist es die Pflegereform, und damit unentbehrliche Verbesserungen für den Langzeitpfe-

gebereich, voranzutreiben. Insbesondere aufgrund der absehbaren Herausforderungen hinsichtlich des Pflegepersonals. Darum wurde, im Sinne zukunftsorientierter Lösungsansätze, die Diskussion mit politischen Verantwortlichen beim #BrennpunktPflege gesucht (vgl. ÖGKV 10.09.2019). Zudem stellen die Allianzparteien ihre Handlungsempfehlungen für die gegenwärtige Legislaturperiode bereit (vgl. motiv.allianz.pflege 2019). Diese umfassen Expert:innen-Einbindung bei der Pflegereform sowie nötige Sofortmaßnahmen zur Problemreduktion, wie Personalmangel oder Belastungsfaktoren. Weiters werden attraktive Ausbildungswege, gezielte Systemsteuerung und nachhaltige Finanzierung nahegelegt (vgl. ebd.).

Darüber hinaus wurden mit der »Roadmap 2020«, der Offensive Gesundheit (2020: 10), vielzählige Umsetzungsratschläge vorgebracht. Für Lösungen in den Handlungsbereichen „Personalbemessung, Arbeitsbedingungen und Ausbildung“ (ebd.: 10; ohne Hervorhebung). Der Ergebnisbericht der Taskforce Pflege soll ebenfalls der „Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des bestehenden Systems“ (Rappold et al. 2021: IV) zuträglich sein. Fünf vorrangige Handlungsfelder (bspw. angemessene Rahmenbedingungen) wurden dafür identifiziert (vgl. ebd.: III f.). Obgleich dieser Bericht äußerst vielversprechend anmutet, erfordern die Empfehlungen auch einer erfolgreichen politischen Umsetzung (vgl. Faragheh 03.05.2022; Sorz, Potzmann 2022). Diese Tatsache gilt für all die erwähnten Maßnahmenpapiere, Handlungsvorschläge und dergleichen. An gut durchdachten Interventionspaketen mangelt es nämlich keineswegs, wie das Ausmaß dieses betreffenden Unterkapitels zeigt. Eine konsequente Implementierung, Evaluation sowie ausreichende Finanzierung sind jedoch obligatorisch dafür (vgl. Ex-IV 1; 4; 6; 9; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 30, 51 ff.; Schalek, Schmidt 2022; Golla 2022). Die dargelegten Ursachen für Entstehung sowie Fortbestand des Problemfeldes trotz aussichtsreicher Maßnahmen sind äußerst vielseitig und komplex, was eine Eingrenzung des Untersuchungsfeldes erfordert. Dies empfehlen auch Krajić et al. (2003: 14), besonders um schlussendlich Lösungspotenziale zu generieren. Darum wird im Folgeabschnitt (vgl. Kapitel 3.1) zunächst eine Differenzierung vor-, bzw. eine fokussierte Perspektive eingenommen.

3. Analytischer Rahmen und wissenschaftliche Vorgehensweise

Dass bereits seit Jahren einige Missstände oder systemische Defizite im österreichischen Langzeitpflegesektor bestehen, ist offenkundig kaum strittig wie Kapitel 2 (sowie 4 und 5) zeigt. Welche strukturellen Eckpfeiler die allfällige Bekämpfung des (drohenden) Pflegenotstandes verzögern bzw. gar verhindern, ist zumindest schemenhaft erkennbar. Dennoch fehlt bislang eine holistische Betrachtung der Wechselbeziehungen und Verbindungen einzelner Problembereiche oder Dimensionen. Diese soll nun erstellt werden, etwa in Form einer Literatur- bzw. Strukturanalyse sowie mittels fachkundiger Expertisen. Denn um die Annahme

der strukturellen Hintergründe und Zusammenhänge des Fortbestehens der Problematik überprüfen zu können waren einige methodische Arbeitsschritte vonnöten. Dadurch konnte das Verständnis über das Phänomen oder dessen treibende Kräfte vertieft und sogar ausgeweitet werden. Dieses Kapitel befasst sich daher detailliert mit dem interessierenden Forschungsfeld sowie der angewandten wissenschaftlichen Vorgehensweise. Daraufhin folgen eine Beschreibung und bildliche Darstellung vermeintlicher struktureller Hintergründe, die im Hauptkapitel einzeln einer tiefgehenden Analyse unterzogen werden. Besonders bei der vorangegangenen Auseinandersetzung mit Begriffsbestimmung, Ursachen und Gegenmaßnahmen der Problematik, haben sich deren Strukturbestandteile herauskristallisiert.

3.1. Forschungsschwerpunkt stationäre Langzeitpflege in Wien

Ein verzweigtes Netz von Zuständigkeiten, Aufgabenbereichen und Akteur:innen umspannt den Wiener Langzeitpflegebereich. In diesem Unterkapitel sollen erste Einblicke daher ein grobes Verständnis über dessen interne Gegebenheiten schaffen. Darauf aufbauend werden im späteren Verlauf externe Strukturen aufgezeigt und untersucht. Ende des Jahres 2020 waren in Wien 8.973 vollzeitäquivalente Beschäftigte in stationären Betreuungs- bzw. Pflegediensten tätig (vgl. Statistik Austria 2021: Tabelle 3). Der Bereich machte ebendort mit 1.109.760.783 Euro den weitaus größten Anteil der Aufwände, von insgesamt 1.386.185.236 Euro, aus (vgl. ebd.: Tabelle 4). Im Jahresverlauf (2015-2020) sind die Ausgaben für Betreuungs- und Pflegedienste in allen Bundesländern angestiegen, wobei Wien mit rund 166,8 Millionen Euro die größte Steigerung verzeichnete (vgl. Statistik Austria 2021: Tabelle 5). „Für die stationären Dienste wurden zuletzt (2020) 81 Prozent der gesamten Mittel ausgegeben (3,5 Mrd. €) [...]“ (Pratscher 2022: 184), weshalb dieses Setting als hauptverantwortlich für den Kostenanstieg gilt (vgl. ebd.: 184). Ein basales „Instrument zur Finanzierung und Steuerung der Wiener Pflege- und Betreuungsleistungen“ (MA 24 2016: 36) ist das österreichweit einzigartige Fördermodell des FSW. Ebendieses kann Liberalisierungsentwicklungen im Sozialbereich, sowie einhergehenden Konkurrenzkämpfen, Arbeitsbelastungen und dürftigen Arbeitsbedingungen, entgegenhalten. Die (Bedarfs-) Planung zukünftiger Angebote erfolgt qualitativ-inhaltlich und quantitativ, unter stetiger Kontrolle als auch Weiterentwicklung. Selbes gilt für bereits bestehende Leistungsangebote, die ebenfalls effizient sowie zweckkonform sein müssen (vgl. MA 24 2016: 36f.). Von 2015 bis 2020 stiegen in Wien (bzw. Österreich) die verrechneten Bewohntage und die Anzahl versorgungsbedürftiger Personen in stationären Einrichtungen. Demgemäß gab es einen Anstieg der Vollzeitäquivalente sowie der finanziellen Ausgaben und Einnahmen (vgl. Pratscher 2021: 32f.). Pandemiebe-

dingte Ausfälle erzeugen auch in Wien eine angespannte Personalsituation, trotz großzügigem Personalschlüssel und geringer Kostenminderung besonders in kommunalen Institutionen (vgl. John 2021). Wenngleich hier, nach mehrheitlicher Einschätzung befragter Expert:innen, noch vertretbare bzw. stabile Verhältnisse vorliegen (vgl. Ex-IV 2; 6; 8; 9).

Der projizierte Anstieg des Leistungsstundenausmaßes wird dennoch eine deutliche Personalausweitung erforderlich machen (vgl. Famira-Mühlberger, Firgo 2019: 153f.). Exakte Zahlen hierzu bleiben jedoch Resultate von Annahmen und Hypothesen, da der zukünftige Personalbedarf je betreuter Person kaum absehbar ist. Über Einflussfaktoren wie technologische Innovationen oder die Auswirkungen des Alters auf die durchschnittliche Pflegeintensität kann gegenwärtig nur spekuliert werden (vgl. ebd.: 153f.). Berechnungen zufolge steigt die Nachfrage nach Wohn- oder Pflegeheimplätzen in Wien bis 2030 erwartungsgemäß um etwa 30 Prozent (vgl. DWS 2021: 3ff.). Im gesamten Langzeitsektor werden hier daher insgesamt über 9.100 Pflegekräfte benötigt, insbesondere gehobener Dienst und Pflegeassistenz. Wobei ausländisches Pflegepersonal, das gegenwärtig ein Drittel der Beschäftigten ausmacht, unberücksichtigt bleibt (vgl. ebd.: 3-6). Über 50-jährige bilden ebenfalls rund ein Drittel des österreichischen Langzeitpflegepersonals, weshalb bis 2030 eine Pensionierungswelle vonstattengeht (vgl. Rappold, Juraszovich 2019: 3-6). Dem entstehenden Ersatzbedarf an Pflegekräften steht ein Zusatzbedarf, durch demografische Vorgänge sowie personelle Konkurrenz mit anderen Pflegesettings, gegenüber. Die genannten Umstände erfordern ein Bündel an unterschiedlichsten Maßnahmen, bezüglich Image- oder Attraktivitätssteigerung, Ausbildung etc. (vgl. ebd.: 3-6). Anhand dieser Prognosen hat der DWS (2021) mit der »Pflege Zukunft Wien« einen koordinierten Prozess initiiert. Damit soll der bis 2030 steigende Personalbedarf in Wien abgedeckt und so eine adäquate Versorgung sichergestellt werden. Demnach werden die kommenden Herausforderungen ebendort offensichtlich ernstgenommen. Zwar setzt die Stadt Wien zur Reduktion des Personalmangels zahlreiche Interventionen bzw. Investitionen um (vgl. Wiener Zeitung 20.10.2021; DWS 2021). Jedoch wird die Strategie der Ausbildung neuer Pflegekräfte sowie deren Integration in einen Bereich mit den derzeit vorherrschenden Arbeitsbedingungen kaum erfolgreich sein. Wenngleich mehr fähiges Personal das dauerhaft bleibt eine Entlastung bedeuten kann (vgl. Goldgruber et al. 2021: 43; Hilfswerk 23.07.2021; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 52f.).

Die Inanspruchnahme aller Pflegearrangements ist in Österreichs Hauptstadt am größten, allerdings variieren genaue Zahlen je nach Quelle. Definitiv existiert hier bereits eine Zunahme an Pflegebedürftigen und damit auch Personalbedarf (vgl. Szabo 2020: 17ff.). Dies ist durch demografische Alterung zweifach begründbar, denn dadurch trifft erhöhte Nachfrage

auf geringere (informelle) Versorgung (vgl. Rappold, Juraszovich 2019: 4f.; Schalek 2018; Ex-IV 4; 6; 8; 9). Für Wien errechnet die MA 24 bis 2030 einen Zuwachs der über 85-jährigen um 47 Prozent und immerhin 39 Prozent bei 75- bis 84-jährigen (vgl. Szabo 2020: 19-22). Der resultierende Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen sowie -personal muss also bis dahin gedeckt werden. Trotz eines feststellbaren Beschäftigungsanstiegs bleiben „insbesondere in der Langzeitpflege, Personallücken bei den Diplomkräften und den Pflegeassistentenkräften bestehen.“ (Szabo 2020: 22) Jedoch lässt sich kaum geeignetes Fachpersonal zur Nachbesetzung offener Stellen in dem Versorgungsbereich finden. Weitere Konsequenzen für die Personalausstattung haben die Genderverteilung (Frauen oft in Karenz, Teilzeit) und Altersstruktur der Pflegekräfte (vgl. ebd.: 17-24). Der Anteil weiblicher Pflegekräfte lag Ende 2020 in Wiens stationären Versorgungsdiensten bei rund 80 Prozent, aus knapp über 10.100 Personen (vgl. Pratscher 2021: 59-62). Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen weisen zumeist hohen Pflegebedarf auf, dementsprechend bezogen Ende 2020 etwa 70 Prozent Pflegegeld der Stufen 4 bis 7 (vgl. Pratscher 2022: 181f.). Die hohe Arbeitsintensität, verglichen zu anderen Pflegediensten (bzw. Pflegegeldstufen), erfordert qualifizierte Betreuungs- und Pflegepersonen. Zumal die statistische Verteilung aufzeigt, dass über 85-jährige mit 44,1 Prozent die größte Altersgruppe ausmachen. Mit immerhin 32 Prozent bilden die 75- bis 84-jährigen den zweitgrößten Anteil in Wiens stationären Pflegeheimen (vgl. ebd.: 181f.; ähnlich Mairhuber, Allinger 2021: 25). Zu berücksichtigende Faktoren nachdem hochaltrige Personen mehrheitlich eine ausgeprägte Pflegeintensität, d. h. erhöhten Leistungsstundenbedarf, aufweisen (vgl. Ex-IV 4; 5; 8; 11; Famira-Mühlberger, Firgo 2019: 153f.).

Während diese Forschungsarbeit primär auf den stationären Langzeitpflegebereich von Wien fokussiert ist, lassen sich die Ergebnisse höchstwahrscheinlich auf den österreichischen Maßstab oder andere regionale Schwerpunkte übersetzen. Immerhin stammen einige Informationen aus bundesweiten bzw. gar internationalen Quellen, z. T. bezogen auf den akutstationären Bereich. Solche Publikationen, Initiativen und Broschüren haben zumindest in Teilen auch für den interessierenden Forschungsschwerpunkt ihre Gültigkeit. Weiters kann nicht ausgeblendet werden, dass unterschiedliche Pflege- und Betreuungsdienstleistungen miteinander in Verbindung stehen. Denn eine gegenseitige Be- oder Entlastung durch verschiedene Auslastung der verfügbaren in-/ formellen Angebote ist nachweisbar (vgl. Dammayr 2012: 264ff.; Lavaud 2021; John 2021). Selbstredend muss daher das ausgewählte Forschungsfeld innerhalb seiner kontextuellen Einbettung betrachtet werden. Also anhand des gesamtösterreichischen Langzeitpflegesystems und sogar Arbeitsmarktes (strukturelle Makroebene), oder unterschiedlicher Pflege- und Betreuungsarrangements sowie des (akutstati-

onären) Gesundheitssektors (Mesoebene). Zumal all diese Bereiche über die Ressourcenverteilung von Finanzmitteln oder Pflegepersonal zusammenhängen (vgl. Pichlbauer 2018; Staflinger, Leichsenring 2020; Famira-Mühlberger, Firgo 2018; Krajić et al. 2003).

Ob im österreichischen bzw. Wiens Langzeitpflegebereich nun eine Krise, ein Notstand oder gar eine Katastrophe herrscht, bleibt eine Definitionsfrage. Fakt ist, dass multiple Herausforderungen bestehen, deren strukturelle Ursachen identifizierbar sein dürften. Dieser Aufgabe wird in der vorliegenden Abschlussarbeit weiterhin nachgegangen. Dafür wird nun die methodische Vorgangsweise zur Identifikation und Analyse vermeintlicher Strukturelemente sowie deren Interaktionen beschrieben und daraufhin grafisch dargestellt.

3.2. Methodik zur Feststellung und Analyse der Phänomenstruktur

Literaturrecherche und -auswertung, Strukturanalyse sowie Expert:innen-Interviews sollen einen ganzheitlichen Blick auf die strukturellen Hintergründe des Pflegenotstandes generieren. Die einzelnen Methoden werden anknüpfend skizziert, einschließlich der jeweils eingesetzten Herangehensweise. Wichtig war im gesamten Forschungsprozess eine gewisse Offenheit und Flexibilität hinsichtlich ursprünglich getroffener Annahmen zu wahren. Die methodischen Ansätze wurden dabei an die interessierende Fragestellung sowie die Beschaffenheit des Phänomenbereichs adaptiert. Deren tatsächliche Eignung die angestrebten Erkenntnisse generieren zu können, bestätigte sich während dem Forschungshergang zunehmend.

3.2.1. Literaturrecherche, -anwendung und -analyse

Dieser erste methodische Schritt legte den Grundstein für die darauf aufbauende Herangehensweise und passierte überwiegend digital, auf Online-Suchmaschinen, Journalsammlungen sowie Bibliothekswebseiten. Sobald eine zugrundeliegende Basisliteratur auserkoren war, konnten weitere forschungsrelevante Werke daraus entnommen bzw. Querverweise entdeckt werden. Die Suche nach themenbezogenen Begriffen oder Begriffspaaren gestaltete sich ebenfalls ertragreich, da unzählige Artikel und wissenschaftliche Arbeiten hierzu existieren. Zudem führte die Recherche nach denkbaren Expert:innen für die Interviews zu vielversprechenden Quellen unterschiedlicher Art. Selbstverständlich musste während der Sammlung eine strukturierte Organisation bzw. Systematisierung stattfinden, woraufhin im späteren Verlauf eine Selektion folgte. Hierbei stellte also der Überfluss an verfügbarem Material eine Herausforderung dar, wobei angesichts der Fragestellung(en) ein hoher Bedarf daran besteht. Darum wurde bei der Suche und Sammlung geeigneter Quellen auf eine große perspektivische Bandbreite Wert gelegt. Genutzt wurden die ausgewählten Arbeiten, Be-

richte, (Zeitungs-) Artikel, Presseaussendungen oder dergleichen, um Inhalte für diese Masterthesis zu generieren. Doch auch zur Analyse ihrer Aussagen, Positionen, Entstehungszeiträume, Zusammenhänge usw., sowie im Lichte der zentralen vernetzten Strukturbausteine (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 75). Eine solche systematische Vorgehensweise ist besonders bei großen Informationsmengen und konkreten Fragestellungen vorteilhaft. Dabei ist der Kontext der (Forschungs-) Literatur zu berücksichtigen, bspw. in Beziehung zu anderen Studien. Hier existieren fallweise gegensätzliche Ergebnisse oder Ansichten, was durchaus aufschlussreich sein kann (vgl. Wetterich, Plänitz 2021:14ff.). Darum liegt im inhaltlichen Hauptteil, auch in Bezug auf die Interviewprotokolle, ein selektives Augenmerk darauf.

3.2.2. Strukturanalyse

Diese Methode wird fächerübergreifend angewandt, zumeist um komplexe Strukturen sowie „Wechselwirkungen zwischen Elementen und Faktoren“ (Business and Science 2022) zu untersuchen. Als Struktur können hierbei die vernetzten Phänomenbereiche bzw. deren Querverbindungen zueinander verstanden werden. Die akribische Analyse davon entspricht demnach einer sogenannten Strukturanalyse, in Ermangelung alternativer Terminologien. Wenngleich derartige Methoden häufig der Untersuchung und Optimierung von Personalstrukturen dienen, wie bei Remer und Staehle (2019: 91), bestehen noch andere Einsatzbereiche. Trappmann et al. (2011: 15ff.) nennen u. a. die Analyse sozialer Netzwerke im Feld der Politik- und Entscheidungsnetzwerke. Hierbei stehen soziale Beziehungen zwischen kollektiven Akteur:innen, auch in Form von Organisationen oder Verbänden, im Mittelpunkt. Einzelne Akteurspositionen „sowie Strukturmerkmale des gesamten Netzes“ (ebd.: 16) entstehen dadurch. Die Soziale Netzwerkanalyse, wobei Akteurspositionen, -beziehungen und Netzwerkstrukturen identifiziert werden, entspricht damit einer ähnlichen Methode. Vergleichbar sind zudem Systemanalysen, die gleichermaßen darauf abzielen mittels Interviews ebenso wie Literaturlauswertung einzelne Elemente und Wechselbeziehungen zu definieren. Da ein vertieftes Verständnis eines Problembereichs, sowie seiner immanenten Dynamiken, zur Entwicklung von Lösungsstrategien beitragen kann (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 76f.).

Im Fall des Pflagenotstandes und seiner konstituierenden Strukturkomponenten können dabei zweierlei Perspektiven eingenommen werden. Die systeminterne Mikroebene wäre als Gesamtstruktur bzw. -system vorstellbar, „durch drei Kategorien gekennzeichnet: Element, Beziehung, Grenze.“ (Remer, Staehle 2019: 91) Deren Elemente entsprechen hierbei verfügbarem Personal, Arbeitsplätzen usw., die ebenfalls in Beziehung zueinanderstehen (vgl. ebd.: 91). Wird jene Logik nun ein Abstraktionsniveau höher angewendet, können die diagnostizierten strukturellen Ebenen und Dimensionen als in Verbindung stehende Bestandteile

(Strukturelemente) aufgefasst werden. Aus dieser Sicht wird die vorliegende Analyse primär durchgeführt, zumal bereits einige mikrostrukturelle Untersuchungen des Langzeitpflegesystems existieren (z. B. Schmidt et al. 2021; Szabo 2020; Bauer et al. 2018; Glaser et al. 2018). Aufgrund des kontinuierlichen Wissenszuwachses, u. a. durch Expert:innen-Interviews, kann partiell von einem explorativen Vorgehen gesprochen werden. Da die in Erfahrung gebrachten Informationen eine etwaige Anpassung der hypothetischen Strukturkomponenten sowie ihrer Bindeglieder erlauben oder gar erfordern. Die eigentliche tiefgreifende Analyse erfolgt im nachstehenden Hauptteil (vgl. Kapitel 4). Darin werden Merkmale der einzelnen Ebenen (Mikro- bis Kontextebene) und Dimensionen (drei Einflussfaktoren der Makroebene) aufgearbeitet. Zuvor wird jedoch im folgenden Abschnitt noch das methodische Kernelement erläutert, woraufhin drei Darstellungen folgen.

3.2.3. Expert:innen-Interviews

Expert:innen werden befragt, „weil ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren.“ (Bogner et al. 2014: 13) Bei Expert:innen-Interviews steht demnach deren praxiswirksames Spezialwissen im Mittelpunkt (vgl. ebd.: 13f.). Selbes gilt für diese Erhebung, da hierfür strukturelle Hintergründe und Zusammenhänge des Phänomenbereichs bedeutsam sind. Das Sampling soll dazu beitragen, die Fragestellung der wissenschaftlichen Arbeit zu beantworten. Somit ist die Eignung jeweiliger Fachleute eine bewusste Entscheidung im Forschungsverlauf, basierend auf Informationen zum Forschungsfeld. Dabei sollten verschiedene Blickwinkel und Positionen ermittelt und befragt werden (vgl. Bogner et al.: 34f.). Die Einschätzung welche kollektiven Akteur:innen elementares Praxiswissen besitzen, basiert demzufolge auf verfügbarer Literatur. Die interviewten Expert:innen haben durch ihre Praxiserfahrungen substanzielle Einblicke in forschungsrelevante Sachverhalte. Damit „vertiefen sie das Verständnis für den Forschungsgegenstand auch über die unmittelbar verwertbaren Informationen hinaus.“ (Hildebrandt 2015: 242) Bei der Auswahl geeigneter Expertisen wurde daher angestrebt, multiple Perspektiven und Wissensbereiche einzubeziehen. Dennoch lassen sich marginale perspektivische Lücken nicht zur Gänze schließen. Unter anderem aufgrund forschungspraktischer und forschungspragmatischer Gründe, wie Erreichbarkeit oder Verfügbarkeit der Personen. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte zumeist schriftlich via E-Mail-Anfrage, nur vereinzelt über Telefongespräche. Sofern keine Einzelperson mit thematischen Fachkenntnissen auffindbar war, zunächst an die Organisation selbst. Die kontaktierten Stellen zeigten sich insgesamt äußerst empfänglich, bezüglich des höflichen Ansuchens um ein zeitnahes Expert:innen-Interview.

Mehrere Quellen konnten daraufhin für die Anfertigung eines Fragenkatalogs herangezogen werden. Kaiser (2021: 64f.) empfiehlt für die Erstellung des Interviewleitfadens eine Orientierung an den Forschungsfragen. Die Fragen sollten überdies zur Expertise der jeweiligen Expert:innen passen, weshalb akteursspezifische Leitfäden geeignet sind. Neben einigen grundsätzlichen Fragen, wird dabei auf spezifische Kriterien eingegangen. Der thematische Aufbau gestaltet sich anhand der eigenen Forschungslogik, „von allgemeineren auf spezielle Aspekte“ (ebd.: 65). Im erstellten Fragebogen (siehe Anhang 8.1) wird die Intention der Untersuchung eingangs genannt. Des Weiteren wurde versucht die leitenden Forschungsfragen in strukturierende Themenaspekte, sowie folglich Interviewfragen zu übertragen (vgl. Kaiser 2021: 66-69; Hildebrandt 2015: 251). Bogner et al. (2014: 27f.) teilen viele dieser Ansichten zu den Anforderungen von teilstrukturierten qualitativen Interviews. Zur Leitfaden-Konstruktion werden drei bis acht Themenblöcke mit jeweils ein bis drei Fragen empfohlen. Je nach Expertise oder Gesprächsverlauf kommt es zusätzlich zu ergänzenden Fragen. Zumal unterschiedliche Sichtweisen, Berufspositionen, Erkenntnisse etc. die Umformung des Basisleitfadens erforderlich machen. Ziel der Erhebung ist die empirische Hypothesenbegründung und Materialsammlung zur Beantwortung der Forschungsfrage/n (vgl. ebd.: 27-32).

In den Befragungssettings wurde explizit das Einverständnis der Expert:innen eingeholt, zur Tonaufnahme und Verwendung persönlicher Daten oder Interviewinhalte. Die Gesprächsführung war möglichst rezeptiv und adaptiv gestaltet, außerdem wurden nicht alle Fragen zwanghaft abgearbeitet (vgl. Hildebrandt 2015: 249ff.; Bogner et al. 2014: 28). Ein bewilligter Tonmitschnitt dient der späteren Auswertung, sowie ggf. notwendigen Transkriptionen. „Antworten der Gesprächspartner müssen auf Ihre Bedeutung hinsichtlich der Forschungsfragen bzw. des Erkenntnisinteresses beurteilt werden.“ (Hildebrandt 2015: 251) Eine qualitative Inhaltsanalyse ginge bei der Auswertung für die erforderliche Analysetiefe jedoch zu weit. Stattdessen werden mutmaßlich essenzielle Informationen der Aussagen genutzt, also paraphrasiert in die dazugehörigen themenrelevanten Passagen integriert. Dabei finden die jeweilige Expertise sowie berufliche Stellung, neben zusätzlichen Quellen, Berücksichtigung (vgl. ebd.: 253). Die ausgewählten Expert:innen umfassen eine interdisziplinäre Wissensbasis, durch vielseitige Einblicke und persönliche oder institutionelle Hintergründe. Diese facettenreiche Perspektivenvielfalt der leitfadengestützten Gespräche bzw. Fachkompetenzen ergänzte somit die vorhandene Literatur. Insgesamt stellen die gesammelten Erkenntnisse der Expert:innen-Interviews einen wichtigen Beitrag dar, besonders für Kapitel 3.3, 4 als auch 5. Damit kann zur Identifizierung und Repräsentation verantwortlicher Strukturbestandteile des Pflegenotstandes, sowie deren strukturellen Verknüpfungen, übergeleitet werden.

3.3. Identifikation und Darstellung verknüpfter Strukturelemente

Hinsichtlich des Andauerns bzw. gar einer Intensivierung der Herausforderungen in Österreichs Langzeitpflegesystem, drängt sich die Frage nach Begründungen dafür auf. Basierend auf bestehender Literatur, wie auch dem Fachwissen von Expert:innen, lässt sich ein Zusammenwirken zahlreicher wechselseitiger Einflussfaktoren vermuten. Darum scheint die Untersuchung struktureller Kopplungen im und um den Pflegebereich zweckdienlich. Möglicherweise kann deren Feststellung sogar zu einer Entschärfung der Langzeitkrise beitragen. Somit hätte die dargelegte Untersuchung, neben wissenschaftlichen Erkenntnissen, sogar praktische Implementationspotenziale und gesellschaftlichen Mehrwert. Die Analyse verfügbaren Quellenmaterials ermöglichte eine grobe Einteilung (hypothetisch) ursächlicher Kernbereiche des Fortbestehens der Problematik. Wenngleich diese nicht eindeutig abgrenzbar und meist durch gegenseitige Wechselwirkungen geprägt sind (vgl. Kapitel 4). Die Identifikation vermeintlicher Strukturmerkmale fand demgemäß zunächst mithilfe von Literatur sowie eigenen Annahmen statt. Die folglich durchgeführten Expert:innen-Interviews bezogen sich in Summe auf alle definierten Ebenen und Dimensionen. Ein starker Fokus lag dabei auf der polit-ökonomischen Dimension, der systeminternen Mikroebene, aber auch gesellschaftlich-sozialen Faktoren und der Diskursdimension.

Im Zuge der Erstellung des vorliegenden Werks kam es zur Ausdifferenzierung der zu Beginn angenommenen Strukturelemente. Die ursprüngliche systeminterne Sphäre verfeinerte sich zur strukturellen Mikroebene, ergänzt durch eine Meso- (gesamter Langzeitpflegebereich, Ausbildungen zu Sozial- und Pflegeberufen) sowie Makroebene (gesamtosterreichischer Arbeitsmarkt, drei externe Dimensionen). Die primären Vermutungen über konstituierende Strukturelemente und strukturelle Wechselwirkungen wurden im Forschungsverlauf also adaptiert. Einzelne Gegebenheiten, als vermeintliche Einflussfaktoren, in Wirkebenen zuzuordnen fällt jedoch nicht immer leicht (bspw. Pflegeausbildungen). Außerdem ist die eindeutige Feststellung linearer Ursache-Wirkungsbeziehungen kaum möglich. Zudem macht die hohe Komplexität des Problems selbst, eine strukturelle Darstellung bzw. Analyse keinesfalls unkompliziert. Ein Blick auf die komplexen Strukturen und Vernetzungen erscheint folglich hilfreich für dessen Verständnis (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 76f.; Remer, Staehle 2019: 91). Um empirische Informationen über solche Verstrickungen des Phänomenbereichs zu generieren, wurden themenspezifische Expert:innen befragt. Derartige Interviews extrahieren die Expertise ausgewählter Personen oder Organisationen, die eine gegebene (Gesamt-) Struktur prägen (vgl. Bogner et al. 2014: 13f.; Hildebrandt 2015: 251f.).

Ein Großteil der bereits angeführten Gegenmaßnahmen (siehe Kapitel 2.3) widmet sich der Personalsituation im Langzeitpflegekontext (Imagekampagnen bspw.). Viele der Handlungsebenen decken sich dementsprechend mit den hier unterstellten Einflussfaktoren. Dies bestätigt getroffene Annahmen über fundamentale Strukturkomponenten des Pflegenotstandes weitgehend. Verschiedene Sachverhalte in diesen miteinander verknüpften Ebenen und Dimensionen scheinen ausschlaggebend für Entstehung und Erhalt der Personalknappheit im (Wiener Langzeit-) Pflegesektor. Insgesamt entsteht dadurch ein Wechselspiel, dessen Auflösung präzise Kenntnisse darüber erfordert. Hierfür sollen drei grafische Repräsentationen, mit Bezug auf das Forschungsinteresse, dienlich sein. Selbe werden nun nacheinander dargestellt und prägnant erläutert, zumal eine vertiefte Analyse erst im Anschluss erfolgt.

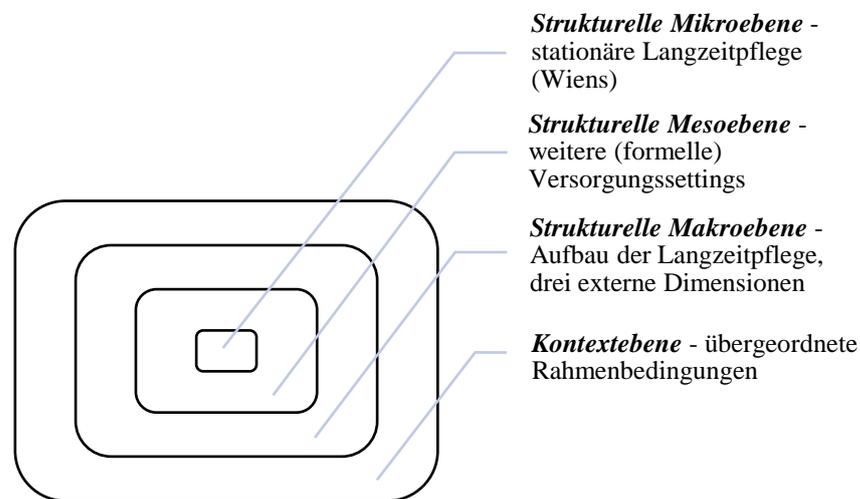


Abbildung 1: Strukturelle Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems
Quelle: Eigene Darstellung

Angesichts des Phänomens »Pflegenotstand« können einige Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems unterstellt werden (siehe Abbildung 1). Die zentrale Mikroebene entspricht systeminternen Charakteristika der stationären Langzeitpflege (in Wien), bspw. der dortigen Arbeitsorganisation. In der strukturellen Mesoebene finden sich deren Verknüpfungen zu anderen Versorgungssettings, sowie diesbezüglichen Ausbildungsangeboten. Als Makroebene kann die Organisation der österreichischen bzw. Wiener Langzeitpflege verstanden werden, außerdem sind hier drei makrostrukturelle Dimensionen zu verorten (vgl. Abbildung 2). Eine übergeordnet Kontextebene wird als weitgehend unabhängig von den darin eingebetteten mikro- bis makrostrukturellen Ebenen verstanden. Zwischen diesen genannten Strukturebenen besteht (oftmals) wechselseitige Einflussnahme (vgl. Kapitel 4.1).

In den Befragungen von Expert:innen hat sich die Existenz ursächlicher und aufrechterhaltender Faktoren (für Pflegepersonal- oder Pflegenotstand) in allen Ebenen bestätigt. Überdies finden sich in der themenrelevanten Literatur zahlreiche konstituierende Gegebenheiten innerhalb dieser vier zusammengehörigen Facetten der (stationären) Langzeitpflege. Hierbei sind exemplarisch etwa Glaser et al. (2018) erwähnenswert, mit ihrer arbeitswissenschaftlichen Analyse der stationären Langzeitpflege (Mikroebene). Ähnliches gilt für Schönherr (2021) Sonderauswertung der Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Zentral für die Mikro- und Mesoebene scheint die Pflegepersonal-Bedarfsprognose (vgl. Rappold, Juraszowich 2019), bspw. hinsichtlich der Ausbildung von Pflegekräften. Auch die Masterarbeit von Szabo (2020) kann diesbezüglich genannt und genutzt werden. Eine Abhandlung zum Arbeitsmarkt Pflege (vgl. Auer et al. 2018) beleuchtet die Makroebene, worin die drei identifizierten Dimensionen (vgl. Abbildung 2) zu verorten sind.

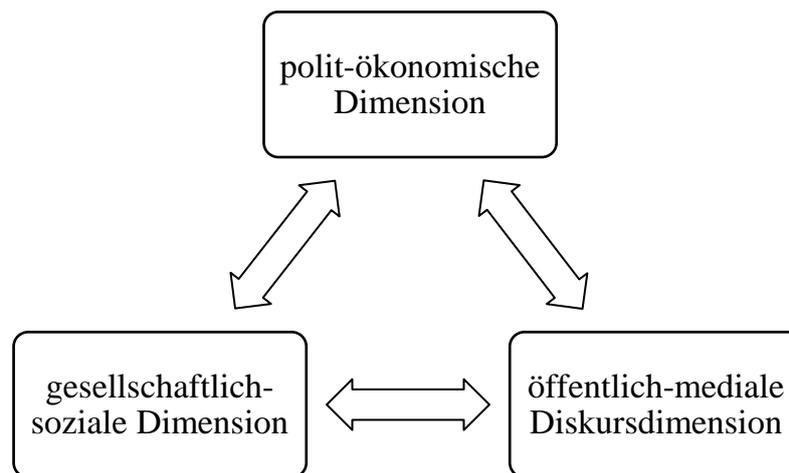


Abbildung 2: Drei (system-) externe Dimensionen bzw. Bereiche der Makroebene
Quelle: Eigene Darstellung

Einschlägige Quellen befassen sich außerdem mit den drei „externen“ Dimensionen, oder ihren wechselseitigen Verknüpfungen. Großteils können diese Aspekte der strukturellen Makroebene zugeordnet werden. Hierbei lassen sich Autor:innen wie Stafflinger, Schalek, Riedel, Fahimi, Haim, Rappold, Schmidt, zum Teil mit anderen anmerken. Weiters sind Organisationen, Verbände u. Ä. (AK, BMSGPK, DWS, GÖG, Hilfswerk, ÖGKV, ÖGB usw.) wichtige Urhebende von Studien, Berichten, Artikeln oder offenen Briefen mit Bezugnahme darauf. Eine eingehende Auswertung davon passiert im jeweiligen Unterkapitel des Hauptteils, an dieser Stelle erfolgt zunächst die weitere Erläuterung von Abbildung 2.

Die öffentlich-mediale Dimension beinhaltet verschiedenartige Diskurse über den Pflege- notstand bzw. -sektor. Gesellschaftlich-soziale Kriterien machen die gleichnamige Dimen- sion aus, darunter die kollektive Wertschätzung formeller Versorgung. Als entscheidendste Dimension präsentiert sich die polit-ökonomische, die erforderliche Interventionen oder Ressourcen umfasst. Diese drei makrostrukturellen Dimensionen des Pflegenotstandes (vgl. Abbildung 2), beeinflussen einander sowie Mikro- bis Makroebene des (stationären) Lang- zeitpflegewesens. Sie selbst unterliegen dabei Einflüssen aus den vier oben skizzierten struk- turellen Ebenen. Sogar Wechselwirkungen oder Rückwirkungen in den jeweiligen Ausgangs- bereich der Gesamtstruktur (siehe Abbildung 3) sind denkbar. Die nachfolgende Repräsen- tation aller Strukturelemente soll daher Abbildung 1 und 2 bildlich vereinen. Dabei wird jedoch aufgrund der hohen Zahl von Wechselwirkungen auf deren Darstellung verzichtet.

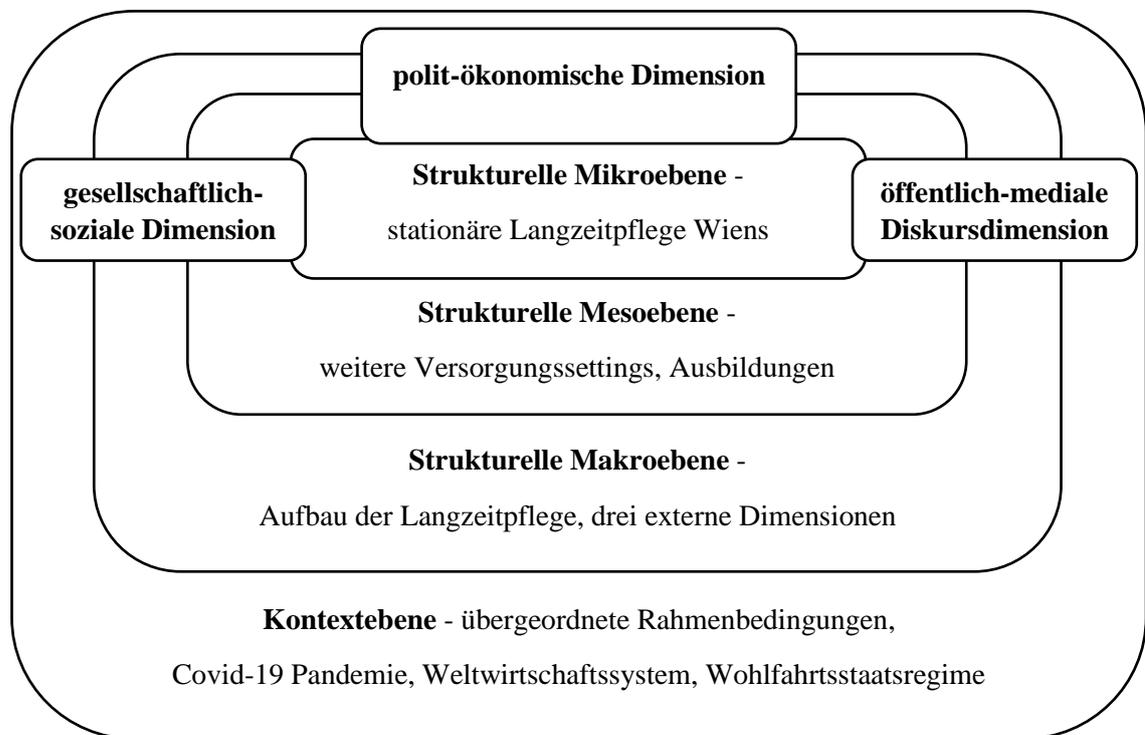


Abbildung 3: Struktur des „Pflegenotstandes“ im (Wiener) Langzeitpflegebereich
Quelle: Eigene Darstellung

Diese dritte Visualisierung verbindet die ersten beiden zu einer Art Gesamtstruktur des inte- ressierenden Phänomens (vgl. Abbildung 3). Im Zentrum davon steht wie bei Abbildung 1 die stationäre Langzeitpflege (in Wien) als systeminterne Strukturebene. Nachdem die vor- liegende Forschungsarbeit sich primär auf den genannten Bereich bezieht. Dennoch sind auch die umliegenden strukturellen Ebenen und Dimensionen der Problemstruktur von er- heblichem Interesse. Schließlich sind in allen Strukturelementen konstituierende Einflüsse

identifizierbar, wodurch der Pflegepersonalmangel kritische Ausmaße erreicht (vgl. Kapitel 4). Trotz wechselseitiger Beeinflussung zwischen Strukturbestandteilen (vgl. Abbildung 3), treffen die Auswirkungen meist die Mikroebene und verändern dortige Rahmenbedingungen (bspw. Arbeitsbelastung). Dabei wird der polit-ökonomischen Dimension aber unweigerlich besondere Aufmerksamkeit zuteil, wie Kapitel 4 (und 5) zeigt.

Zwar wird in diesem nächsten Abschnitt angestrebt passende empirische Erscheinungen in die Struktursegmente zu systematisieren, bspw. Pflegeberufsausbildung in der Mesoebene. Eine strikte Zuordnung von Gegebenheiten zu einer strukturellen Ebene bzw. makrostrukturellen Dimension ist jedoch kaum möglich. Zumal eine ausgeprägte (gegenseitige) Einflussnahme zwischen einzelnen zugewiesenen Sachverhalten nachweisbar ist. Hier kann etwa die Finanzierung der Pflegedienstleistungen aus dem öffentlichen Budget genannt werden, die wiederum von anderen Faktoren abhängt, u. a. aus der Kontextebene (vgl. Riedel 2021: 5). In Kapitel 4 wird noch dezidiert auf derartige Wechselbeziehungen, bzw. konkrete Phänomene der Strukturkomponenten eingegangen. Wie bei Abbildung 1 und 2 erwähnt ist hierfür reichliches Quellenmaterial zugänglich, sowohl zu den strukturellen Bestandteilen als auch ihren Querverbindungen. Eine gründliche Ausarbeitung und Analyse davon, sowie Integration der Äußerungen interviewter Expert:innen, findet auf den anschließenden Seiten statt.

4. Analyse der strukturellen Dimensionen des Pflegenotstandes

Prinzipiell finden sich also einige Tatbestände, die für eine Aufrechterhaltung bzw. Zunahme des Pflegenotstandes ausschlaggebend sind. Sie scheinen zumeist miteinander verknüpft und werden in diesem Hauptkapitel im Detail charakterisiert und analysiert. Selbstverständlich sind die einzelnen Strukturelemente weder eindeutig abtrennbar, noch kann eine Vollständigkeit der Wirkfaktoren garantiert werden. Dennoch erscheinen die tiefgehende Beschreibung sowie Untersuchung der vernetzten Ebenen und Dimensionen, oder deren Verflechtungen untereinander, notwendig und sinnvoll. Speziell in Anbetracht der zugrundeliegenden Hauptforschungsfrage, die neuerlich in Erinnerung gerufen wird:

Welche strukturellen Wechselwirkungen, bezogen auf die stationäre Langzeitpflege in Wien, begünstigen den sogenannten Pflegenotstand (bzw. dessen Fortbestand)?

Zunächst werden daher die determinierten Ebenen von Österreichs Langzeitpflegesektor dargelegt, woraufhin die separate Erörterung makrostruktureller Einflussdimensionen folgt. Den Abschluss bildet die Kontextebene, zumal diese auf alle anderen strukturellen Segmente wirkt. Währenddessen zeichnen sich Wechselwirkungen sowie Querverbindungen ab, was die Lesbarkeit und Kohärenz potenziell mindert. Ein gesondertes Kapitel für die genannten

Beziehungen zwischen Strukturbestandteilen wäre jedoch widersinnig und unübersichtlich. Hinzu kommt, dass in Kapitel 5 eine Nutzbarmachung angestrebt wird, wodurch eine Wiederkehr von Ausführungen zunähme. Darum erfolgt die anfangs beschriebene strategische Gliederung dieses inhaltlichen Schlüsselements.

4.1. Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems

Die strukturellen Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems wurden grafisch bereits in Abbildung 1, sowie als Gesamtstruktur in Abbildung 3, dargestellt. Nun soll deren sequenzielle Beschreibung etwaige Besonderheiten dieser Teilbereiche des Forschungsinteresses herausstreichen. Dabei wird den Implikationen vom bzw. auf den Pflegenotstand und damit der zentralen Fragestellung kontinuierlich Beachtung geschenkt. Wie oben angemerkt, ist eine ultimative Kategorisierung empirischer Sachverhalte schwierig. Zudem werden bestehende Wechselwirkungen zwischen strukturellen Elementen unmittelbar einfließen.

4.1.1. Strukturelle Mikroebene

Die erste und zentrale Ebene bildet das stationäre Langzeitpflegewesen (in Wien) sowie dessen Beschaffenheit (siehe Abbildung 1 und 3). Zumal hierin zahlreiche systeminterne Einflüsse und Konstellationen zur Personalnot beitragen, etwa ausgeprägte Belastungen und Hierarchien. Darum erfolgt nun ein detaillierter Blick auf ebensolche Gegebenheiten im besagten Bereich. Stationäre Langzeitpflege umfasst die (zumeist) dauerhafte Pflege und Betreuung hilfsbedürftiger Menschen, in dafür vorgesehenen institutionellen Einrichtungen (vgl. Thalhammer 2012: 58f.). Gemäß der OECD wird dabei selten eine gesundheitliche Verbesserung angestrebt, sondern die Alltagssituation für Bewohner:innen erträglich gestaltet. Dies gilt insbesondere für die Altenpflege, wo anstelle von Regeneration die Steigerung der Lebensqualität maßgeblich ist (vgl. ebd.: 58f.). Allein daraus ergeben sich im Berufsleben der Pflegekräfte potenzielle Herausforderungen, Krajić (2022: Ex-IV 5) nennt z. B. andersartige Erfolgserlebnisse. Viele Tatbestände (bspw. Arbeitsbelastung) in dieser „internen“ Mikroebene nähren die Problematik des Pflegepersonalmangels und somit des Pflegenotstandes (vgl. u. a. Schönherr 2021; Bauer et al. 2018; Glaser et al. 2018). Dadurch werden überdies dementsprechend negative Auswirkungen in weitere Struktursegmente ausgeweitet, etwa die gesellschaftlich-soziale oder öffentlich-mediale Dimension.

Als ein zentraler Problemaspekt kann die vorherrschende Arbeitsorganisation in der stationären Langzeitpflege angesehen werden (vgl. Cichocki et al. 2016: 4; INQA 2010: 7ff.). Füreder (2005: 35) bezeichnet die Arbeitsorganisation der Funktionspflege als demotivierend

oder gar belastend. Dies geht so weit, dass mitunter sogar von »Fließbandpflege« gesprochen wird (vgl. Füreder 2005: 35; Schalek 2018). Jedenfalls deckt sich diese Einschätzung mit einigen Aussagen der geführten Expert:innen-Interviews. Die Versorgungskrise ist Schalek (2022: Ex-IV 10; sowie Fahimi 2021: 8) zufolge von Rationalisierung, geringer Individualität und fordistischer Pflege geprägt. „Arbeitsabläufe werden zunehmend rationalisiert [, weil] Fürsorgearbeit als prekäre Lohnarbeit“ (Bader 2011: 21) organisiert wird. Pflegekräfte wünschen sich ausreichend Zeit für Pflegetätigkeiten bzw. Pflegebedürftige, konträr dazu existieren aber Dauerstress und Abfertigung im Minutentakt (vgl. u. a. Bauer et al. 2018: 71f.; Schalek 2018; INQA 2010: 8; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Steigende Taylorisierung (Fragmentierung von Arbeitsprozessen) (vgl. Schönherr 2021: 6) sowie Ökonomisierung (ökonomische Nutzenmaximierung) (vgl. Dammayr 2012: 268), stehen gestiegenen Ansprüchen der Pflegebedürftigen gegenüber. Einerseits bleibt dadurch weniger Betreuungszeit pro Person und die pflegerische Autonomie nimmt durch Standardisierung ab (vgl. Schönherr 2021: 22; Bauer et al. 2018: 71ff., 74f.). Andererseits entstehen höhere Anforderungen an das Pflegepersonal, das zusätzlich Aufgaben erfüllen muss, die keinen Fachpflegetätigkeiten entsprechen (vgl. Hammerer, Allmer 2022: Ex-IV 1; Rappold 2022: Ex-IV 6; Staflinger 2022: 28; Staflinger, Hötzing 2022; Staflinger, Gratzner 2016). Hinzu kommt Zeitdruck durch Personalengpässe und gestiegenen Dokumentationsaufwand, insbesondere für diplomierte Pflegekräfte (vgl. INQA 2010: 5, 7ff.; Glaser et al. 2018: 2). Pflegende der stationären Langzeitversorgung empfanden eine Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, besonders wegen Personalmangels (neben Anforderungszunahme und Zeitnot) (vgl. Bauer et al. 2018: 70f.).

Grundsätzlich können starre Bürokratie sowie der Beibehalt „traditioneller“ Arbeitsabläufe und Strukturen als problematisch angesehen werden (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5). Oft haben derartige vereinheitlichte Vorgaben keinen Mehrwert im Sinne der Arbeitserleichterung. Stattdessen entstehen dadurch komplexe Arbeitsprozesse, obwohl berufliche Handlungen individuell ausfallen sollten, anhand eines offenen Auftrags. Eine Standardisierung der Pflegepraxis ist infolgedessen kaum möglich, wird jedoch angewandt. Pflegekräfte können daher häufig nicht nach ihren Idealen bzw. Werteinstellungen arbeiten, bspw. zwischenmenschlich. Darum flüchten viele oder stumpfen gewissermaßen ab, worunter die Pflegequalität leidet. Die Bürokratie ist hierfür blind und steuert die jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen, z. B. kontinuierliche Machtverhältnisse. Die Pflegetätigkeit entspricht damit einer arbeitsteiligen Organisation, mit ausgeprägter Rangordnung. Im Langzeitsektor liegt demnach eine strukturierte Berufspraxis anhand bürokratischer Regeln vor. (Vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5; Schönherr 2021: 6; Dammayr 2012: 264; Bauer et al. 2018: 73, 77; Leichsenring et al. 2015: 12f.; Hagedorn 2019: 3, 7, 9f.; Schalek 2018; INQA 2010: 8) Auch Stelzhammer

(2022: Ex-IV 9) erachtet die erhebliche Hierarchie im Gesundheits- und Pflegebereich, sowie Abhängigkeiten bspw. von Ärzt:innen, als problematische Aspekte. Jeweilige Kompetenzen und Verantwortungen sind strikt auf die Gesundheitsberufe (z. B. DGKP, PFA, PA) verteilt (vgl. AK Wien 2021). Doch diese Aufgaben- und Arbeitsteilung ist veraltet und dient mitunter der Zuweisung von Tätigkeiten, ohne tatsächliche Aufwertung oder Kompensation (Pausackl, Potzmann 2022). Dadurch entstehen Entsolidarisierung wie auch Fragmentierung zwischen Professionen und sogar Branchen (vgl. Hagedorn 2019: 9f.). Gegenwärtig scheinen die Berufsbezeichnungen und Arbeitsverteilung komplexer als vor einigen Jahren. Die hohe Komplexität sowie unerfüllbaren persönlichen Bedürfnisse Pflegebedürftiger sind von Pflegekräften schwer ertragbar (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5). Gestiegene Arbeitsbelastungen in der intramuralen Langzeitpflege, etwa infolge von Zeitkürzungen bzw. quantitativer oder qualitativer „(Personal-) Rationierung“, können zudem die Versorgungsqualität mindern (vgl. Bauer et al. 2018: 70f., 77; Dammayr 2012: 269; INQA 2010:7ff.; Rappold 2022: Ex-IV 6).

Glaser et al. (2018: 2) erachten einige Belastungsschwerpunkte der stationären Langzeitpflege als ursächlich für die ausgeprägte Beanspruchung dieser Berufsgruppen, bspw. Zeit- und Arbeitsdruck. Brugger et al. (2021: 3ff.) sprechen von unterschiedlichen Stressoren, die den Pflegepersonalmangel verstärken. Hinsichtlich der hohen und belastenden Anforderungen an (Alten-) Pflegekräfte, ist deren Entlohnung allerdings unzureichend (vgl. ebd.: 3ff.; Schönherr 2021: 18; Schönherr, Zandonella 2020: 18-22; Füreder 2005: 35f.; Leichsenring et al. 2015: 11f.). Jener Aspekt wurde von vielen Interviewpartner:innen angemerkt, auch in Relation zum akutstationären Bereich (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5; Schönherr 2021: 18; vida, GPA-djp, SWÖ 2017: 3; Leichsenring et al. 2015: 11). Eine Erhöhung wäre zwar wünschenswert, u. a. erschwert aber die personelle Größe des Langzeitpflegewesens (rund 165.000 Personen laut GBR) Gehaltsverhandlungen (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Dennoch wird hier nicht die einzige (mikrostrukturelle) Problemlage verortet, sondern in den Rahmenbedingungen insgesamt, also auch Arbeitsbelastung, -bedingungen, -zeiten usw. (vgl. u. a. Ex-IV 5; 9; 10; Krajic et al. 2003: 7). Schönherr (2021: 13) zufolge verhindern mehrere strukturelle Gegebenheiten (z. B. Einkommen, Dienstzeiten, Belastung) der Tätigkeit häufig einen Berufsverbleib bis zur Pensionierung. Verbesserungen in diesen Belangen würden die geringe Attraktivität des Langzeitsettings bzw. Pflegberufs erhöhen (vgl. Szabo 2020 27; Thalhammer 2012: 88; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 52f.) und sind zumeist von der AG-Seite erwünscht. Sie erfordern aber oftmals finanzielle Mittel oder systemische Umstrukturierungen (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10; ähnlich vida 2022). Nichtsdestotrotz werden derartige Anstrengungen nötig sein, angesichts massiver zusätzlicher Arbeits- und Gesundheitsbelastung der Pflegekräfte

durch die Covid-19 Pandemie, Personalnot etc. (vgl. Staflinger 2022: 27f.; Brugger et al. 2021: 4ff.; Staflinger, Leichsenring 2020; Krajic 2022: Ex-IV 5; Eder 2022: Ex-IV 11).

Ein kritischer Punkt diesbezüglich sind heterogene, unzeitgemäße Personalbemessungsgrundlagen (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4; Staflinger, Leichsenring 2020; Offensive Gesundheit 2020: 11f; Bauer et al. 2018: 72; Staflinger, Gratzner 2016). Nachdem das Langzeitpflegepersonal ohnedies einen schwierigen Case-Mix zu versorgen hat (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5), aufgrund bedenklicher Anreize durch die „Koppelung zwischen PflegegeldEinstufungen und Mindestpflegepersonalschlüssel“ (Glaser et al. 2018: 74). In angepassten Personalschlüsseln wird mehr qualifiziertes Personal erforderlich sein, wodurch bessere Arbeitsbedingungen resultieren. Folglich werden Pflegequalitätsmängel reduziert und zugleich Berufsverweildauer sowie Nachwuchsgewinnung gefördert (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10; Brugger et al. 2021: 3ff.; Leichsenring et al. 2015: ix, 11f.). Anscheinend liegen bezüglich einiger Aspekte der Arbeitszufriedenheit Unterschiede zwischen Versorgungssettings sowie dem Geschäftszweig der Trägerschaften vor. In öffentlichen Altenpflegeeinrichtungen empfinden Beschäftigte mehr Zeit- und Arbeitsdruck sowie Belastungen als in Privateinrichtungen. Wenngleich Gestaltungsmöglichkeiten und Einkommenssituation in Ersteren geringfügig besser eingeschätzt werden (vgl. Schönherr 2021: 17-22; ähnlich Bauer et al. 2018: 15f., 38-41). Institutionen tragen zwar Verantwortung den genannten Belastungen entgegenzuwirken (vgl. Füreder 2005: 36), doch Politik oder Trägerorganisationen allein können nicht viel bewirken. Es bedarf zudem „anwaltschaftlichen Handelns“ (Rappold 2022: Ex-IV 6) der Pflegekräfte selbst, etwa zeitraubende, berufsfremde Tätigkeiten zu verweigern. Sie sollten positive Facetten des Pflegeberufs nach außen kommunizieren, anstelle der entstandenen Frustration (vgl. ebd.). Insgesamt existiert demzufolge eine Reihe systemischer Defizite, bzw. struktureller Probleme im und um den Langzeitpflegebereich. Die angeführten mikrostrukturellen Faktoren bedingen in Summe mitunter eine Verringerung der Attraktivität des Pflegeberufs oder -sektors. Hierneben intensivieren diverse Umstände in weiteren Ebenen des österreichischen Pflegewesens die (personellen) Herausforderungen.

4.1.2. Strukturelle Mesoebene

Die Mesoebene umfasst weitere Versorgungskontexte, bspw. teil-/ akutstationär, mobil oder informell, sowie diesbezügliche Ausbildungsangebote. Auch auf dieser Ebene wirken Phänomene förderlich für die Entstehung und den Beibehalt des Pflegenotstandes, wie Konkurrenz um Pflegekräfte. Bei der Untersuchung des Pflegesystems müssen daher, neben der stationären Langzeitversorgung, andere Pflegearrangements gleichermaßen bedacht werden. Denn nach Einschätzung von Pflegeanwältin Wlattnig umfasst der Pflegepersonalmangel

bereits alle Versorgungssettings. Die Situation im stationären Umfeld kann etwa durch (informelle) häusliche und mobile Pflege- und Betreuung beeinflusst werden. Doch nicht nur über die Klientel besteht eine Verbundenheit zwischen den Care-Bereichen, sondern auch durch verfügbares (potenzielles) Pflegepersonal. (Vgl. John 2021; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 51f.; Ex-IV 2; 6; 7; 8) Krajic et al. (2003: 6) sowie Leichsenring et al. (2015: 11) erkannten bspw. eine Abwanderung von stationären Langzeitpflegekräften in akutstationäre Positionen, also personelle Konkurrenz. Zusammenhänge mit Care-Arrangements außerhalb der institutionellen Langzeitpflege sind demnach als wesentlich zu erachten. Solche Wechselwirkungen sind in der bisher vorhandenen Literatur allerdings erstaunlich wenig thematisiert.

Nach Pichlbauer (2018: 13f.) erfolgt dauerhafte Versorgung u. a. im Rahmen informeller Angehörigenpflege, mobiler Dienste und stationärer Einrichtungen. In Österreich stellt Ersteres ein zentrales Standbein des Pflegesystems dar. Diese häufig von betagten, weiblichen Laien getätigte Langzeitpflege bzw. -betreuung nimmt jedoch ab. Zudem entstehen Folgekosten, durch „vermehrte, aber vermeidbare Inanspruchnahme des Akutversorgungssystems“ (ebd.: 14). Lavaud (2021) versteht informelle sowie formelle Sorgearbeit, aufgrund ihrer Zusammengehörigkeit, als gleichermaßen von der Pflegekrise betroffen. Die Covid-19 Pandemie hat ihr übriges zur Überlastung beigetragen, wengleich dadurch die unbezahlte familiäre Versorgung zunahm (vgl. ebd.; Marschitz 2022: Ex-IV 8). Dies dürfte eine temporäre Erscheinung darstellen und durch erneutes zurückgehen der Angehörigenpflege werden institutionelle Angebote wieder stärker ausgelastet (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4; Rappold, Juraszovich 2019: 29). Die Abschaffung des Pflegeregresses verstärkte nämlich Anreize rasch in eine hohe Pflegestufe und damit stationäre Arrangements zu gelangen (vgl. Pichlbauer 2018: 20). So kam es infolgedessen erwiesenermaßen zu einer gesteigerten Nachfrage an intramuralen Pflegedienstleistungen (vgl. Riedel 2021: 8f.). Zur regionalen Auslastung stationärer Pflegeheime lagen überdies keine exakten Statistiken vor, was eine Über- oder Unterversorgung bedingen konnte (vgl. Pichlbauer 2018: 16).

Ein großes Problem war demnach die mangelnde Datenlage zum Pflegebereich (vgl. Kummer 2022; Meinhart 2019; Zellhofer 2022: Ex-IV 2), wo erst 2018 ein GBR etabliert wurde (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Zuvor bestand geringe Steuerbarkeit und daher zumeist ein Verzug oder Übermaß bei Ausbildungen, also ein insuffizientes Versorgungswesen. Zukünftig wird extramurale Fürsorge forciert, durch Prävention und Gesundheitsförderung. Denn jedes zusätzliche gesunde Jahr reduziert die Versorgungslast, also Kosten und Personalstunden im Langzeitpflegebereich. Um stationäre Angebote zu entlasten, müssen Menschen möglichst lange und weitgehend autonom zuhause leben (vgl. ebd.; ähnlich Marschitz 2022:

Ex-IV 8; Schalek 2022: Ex-IV 10). Die Darlegung der formellen Beschäftigungszahlen ist laut Auer et al. (2018: 2) äußerst komplex, dennoch ist eine Zunahme nachweisbar speziell in Pflegeheimen. Auch das (hiesige) Arbeitskräftepotenzial sowie die Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen sind zwischen 2008 und 2017 angestiegen. Trotzdem werden mittelfristig (und langfristig) steigende Bedarfe an Fachkräften für solche Institutionen prognostiziert. Obendrein ist die Zahl gemeldeter offener Stellen für Pflegepersonal merklich gestiegen (vgl. ebd.: 2-5). Darum müssen die vielseitigen Ausbildungspfade in den Pflegebereich ebenfalls Berücksichtigung finden. In der AK-Online-Umfrage „Wege in die Pflege“ wurden Ansichten zu unterschiedlichen Aspekten abgefragt, z. B. Niederschwelligkeit, Finanzielles etc. (vgl. Schalek, Fahimi 2020: 2-6). Dadurch soll eine attraktive Gestaltung der Bildungswege in Pflege- bzw. Sozialbetreuungsberufe gelingen. Zumal derzeit noch Hürden für einen einfachen Ein-, Um- oder Aufstieg existieren, bspw. zwischen Qualifikationen. Obwohl Ausbildungen mehrfach ausschlaggebend sind, als Einstiegstor in die Berufswelt sowie zur Kompetenzvermittlung. „Die Bedingungen der Grundausbildung als auch der innerberuflichen Fort- und Weiterbildungen bestimmen darüber hinaus auch die realen Möglichkeiten für persönliche Berufskarrieren.“ (ebd.: 2) Die Ausbildung von DGKP oder Pflegeassistentenberufen ist eindeutig ein Bindeglied der Versorgungssettings, wie stationärer Langzeitpflege, akutstationärem Bereich, mobilen Diensten usw., und damit elementarer Teil der Mesoebene.

Viele konsultierte Expert:innen hatten zweckdienliche Informationen über Pflegeberufsausbildungen, weshalb zusammengefasste Einblicke folgen. Die Auszubildenden „fischen im selben Teich“ (Potzmann 2022: Ex-IV 7) um Nachwuchs, doch dieser ist endlich. Der Bildungslift fährt zudem insgesamt aufwärts, weshalb die Pflegeausbildung (sowie -beruf) ein attraktives Angebot werden muss. Anstelle einer Professionalisierung der Langzeitpflegeberufe wird in Österreich indessen auf eine einjährige Ausbildung gesetzt, was problematisch ist. Denn in der Praxis trifft geringqualifiziertes Personal auf komplexere Therapiesituationen und Krankheitslast (vgl. ebd.). Akademisierung und infolge Professionalisierung der Pflege durch qualifizierte Ausbildungen sind also notwendig, etwa für eine Reduktion von Hierarchien. Zumal die ohnedies geringe ärztliche Versorgung in der Langzeitpflege stetig abnimmt, wodurch erhöhter Bedarf an gut ausgebildeten Personen vorliegt (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Die dreijährige Fachhochschulausbildung beinhaltet jedoch weniger Praxisstunden und einen theorielastigen Fokus, anders in der eingestellten Grundausbildung. Die besonders für den Langzeitpflegebereich nötige (berufs-) praktische Erfahrung fehlt dadurch und die erforderliche Praxiseignung lässt sich erst spät einschätzen (vgl. Ex-IV 11; ähnlich Ex-IV 2; 4; 8). Weitere Kritikpunkte an bestehenden Ausbildungsangeboten sind der feh-

lende berufspolitische Fokus sowie erschwerte Zugänglichkeit bzw. Erreichbarkeit gehobener Positionen (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11; Marschitz 2022: Ex-IV 8; Bundesarbeitskammer 2020: 6). Auszubildende vermitteln überdies ein realitätsfernes Bild von der Pflegetätigkeit oder dem Pflegealltag, da unzutreffende Standards für die professionelle Praxis versprochen werden (vgl. Krajcic 2022: Ex-IV 5). Die geweckten Erwartungen werden im Berufsleben nicht erfüllt, was häufig zu einem »Praxisschock« führt. Anspruchsvolle sowie qualifizierte Personen verlassen daher insbesondere den Langzeitpflegesektor zeitnah wieder (vgl. ebd.). Eder (2022: Ex-IV 11) spricht diesbezüglich von Organisations- oder gar Setting-Hopping, also einem Wechsel des Arbeitgebenden bzw. Versorgungskontexts. Zweifellos bestehen unterschiedliche Attraktivität und Anforderungen zwischen den Settings, besonders im Langzeitpflegealltag müssen Tätigkeiten individuell angepasst sein. Dementsprechend sind eigenständige Entscheidungen und Berufserfahrung vonnöten, weshalb der Altenpflegebereich selten am Beginn einer Pflegekarriere steht (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Dies erschwert die Nachwuchsgewinnung zusätzlich zu demografischen und mikrostrukturellen Einflüssen.

Viele Pflegeberufsbilder finden sich deshalb auf der bundesweiten Mangelberufsliste, die größte Unterversorgung besteht dieser zufolge an DGKP (vgl. Glösel 2022). Dies ist kohärent mit der Einschätzung von Famira-Mühlberger und Firgo (2019: 155f.) oder Eder (2022: Ex-IV 11). Seit 2020 finden sich auch Pflegefachassistenz sowie Pflegeassistenz auf der Liste, die eine Personalanwerbung aus Drittstaaten erleichtern soll. Dadurch bleiben hierzulande jedoch Investitionen in den Pflegesektor aus und mangelhafte Rahmenbedingungen unverändert (vgl. Glösel 2022; Ettinger 2022: Ex-IV 4). Da die Gesundheits- und Sozialberufsangehörigen aus derselben begrenzten Ansammlung verfügbarer sowie geeigneter (Nachwuchs-) Fachkräfte stammen, sind die Platzierungen auf der Mangelberufsliste nachvollziehbar. Angesichts dieser Tatsache müssen Ausbildungen und Berufspraxis entsprechend attraktiv gestaltet werden. Insbesondere weil der österreichische Arbeitsmarkt gegenwärtig einem »Arbeitnehmermarkt« entspricht (vgl. Wirtschaftskammer 31.08.2022; Potzmann 2022: Ex-IV 7; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; Famira-Mühlberger, Firgo 2019: 155f.). Arbeitgebende (AG) passen Voraussetzungen (bspw. Arbeitszeitmodelle oder Entlohnung) zum Teil bereits an, sodass Ansprüche und Arbeitsrealitäten zusammenpassen (vgl. Ex-IV 6; 8; 11).

4.1.3. Strukturelle Makroebene

Auf dieser Ebene kann der strukturelle Aufbau bzw. die systemische Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens verortet werden. Komplexe strukturelle Zusammenhänge zwischen politischen Ebenen, zuständigen Stellen (MA, FSW usw.) sowie Versorgungseinrichtungen oder -arrangements sind zu betonen. Ein zentrales Schlagwort, das hinsichtlich des

österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems häufig fällt, ist »Kompetenz-Wirrwarr«. Oftmals bezogen auf den Föderalismus, bzw. die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern (vgl. u. a. Mazohl 2022; John 2022; Ex-IV: 3; 4; 7; 8; 10; 11), im Kapitel (4.4) zur polit-ökonomischen Sphäre vertieft diskutiert. Eine weitere problembehaftete makrostrukturelle Konstellation ist diesbezüglich zudem die strikte Trennung von Gesundheits- und Sozialbereich (vgl. u. a. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; Bundesarbeitskammer 2020: 2f.; Pichlbauer 2018: 18f.). Damit stellt Österreichs Versorgungswesen unzweifelhaft einen Einzelfall im europäischen Raum dar (vgl. Pichlbauer 2018). Dies erschwert jedoch die erstrebenswerte Integration des Pflegesektors im Gesundheitswesen, bspw. um gesundes Altern zu fördern. Bedenklich, nachdem „die Progression der Pflegebedürftigkeit [...] mit einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einhergeht.“ (ebd.: 5) Eine derartige systemische Spaltung führt zu mangelhafter Kooperation der zwei Leistungsbereiche, obwohl Versorgungsbedürftige meist beide in Anspruch nehmen (vgl. Bundesarbeitskammer 2020: 2; BMASGK 2019: 15, 87; Schalek 2022: Ex-IV 10).

Im Übrigen steht der hiesige (formelle) Pflegebereich unter internationalem Konkurrenzdruck sowie steigendem Kostendruck, die mitunter an Beschäftigte übertragen werden (vgl. Schmidt et al. 2021: 169; Dammayr 2012: 264f.) Eine kritische Situation wenngleich nachvollziehbar, insofern das wirtschaftliche Fortbestehen der Trägereinrichtungen zu sichern ist (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Zukünftig werden Rekrutierung und Integration transnationaler Pflegekräfte also unverzichtbar, in Österreich existiert jedoch keine systematische Anwerbungsstrategie (vgl. ebd.; Meichenitsch 2022: Ex-IV 3). Außerdem stellt dies keine langfristige Problemlösung dar, sondern lediglich eine ethisch bedenkliche Symptomlinderung (vgl. Riedel, Staflinger 2022; Ex-IV 6; 7; 10; 11). Denn der gesamteuropäische oder globale Arbeitsmarkt enthält ebenso wie der heimische nur eine limitierte Zahl an Arbeits- bzw. Pflegekräften, bei steigendem Bedarf daran. Zudem bieten die potenziellen Zielländer unterschiedliche Attraktivität für Migrationsanreize, wodurch internationaler Wettbewerb besteht (vgl. Ex-IV 7; 8; 9; 11). Österreich weist im zwischenstaatlichen Vergleich aber weder einen idealen Ruf noch besonders attraktive Rahmenbedingungen auf (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Riedel, Staflinger 2022; Domke Seidl 21.03.2022; Bundesarbeitskammer 2020). Diese Ausführungen bilden nur einen Bruchteil relevanter Kriterien und Sichtweisen auf die Makrostruktur des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems, als auch den Pflegepersonalmangel. Darüber hinaus lassen sich drei ausschlaggebende Dimensionen weitgehend in die gerade erläuterte Strukturebene einordnen, deren gesonderte Beschreibung nun erfolgt.

4.2. Gesellschaftlich-soziale Dimension

Diese makrostrukturelle Dimension umfasst gesellschaftlich-soziale Aspekte, die bspw. Arbeitsbelastung oder Personalknappheit in der stationären Langzeitpflege verstärken. Etwa abnehmende Angehörigenversorgung, aufgrund veränderter Erwerbs-, Familien- und Haushaltsstrukturen (vgl. u. a. Pratscher 2022: 172; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 21ff.; Hagedorn 2019: 1). Weiters sind hier Phänomene wie historisch gewachsene, normative Genderrollen oder gesellschaftliche Anerkennung zentral (vgl. Lavaud 2021). Solch gesellschaftlich-soziale Sachverhalte können sich somit ebenfalls auf die Personalsituation des Langzeitpflegebereichs auswirken. Hierbei sind auch mangelnde Wertschätzung bzw. Anerkennung für Pflegewesen und -profession zu nennen (vgl. Glaser et al. 2018: 57; Thalhammer 2012: 105; Staflinger, Bauer 2019; Schalek 2018). Diese drücken sich am geringen Einkommen, oder begrenzter kollektiver Solidarität aus (vgl. Mazohl 2022; ÖGB 21.09.2022; Schönherr, Zandonella 2020: 9; Ex-IV 2; 6; 7 10). Diesbezüglich „orten geschlechtertheoretische und feministische Perspektiven weitere, den gesellschaftlichen Verhältnissen zugrundeliegende Auslöser für die Pflegekrise.“ (Fahimi 2021: 3) Gemeint ist die gesellschaftliche Abwertung sowie Genderzuschreibung der Sorgetätigkeit (vgl. ebd.: 3f.).

Ein gesellschaftlich-sozialer Gesichtspunkt ist demnach besonders hervorzuheben, nämlich Genderaspekte. Zumal ein Großteil der bezahlten und unbezahlten Sorgearbeit von Frauen getätigt wird (vgl. Meinhart 2019; Ex-IV 1; 2; 8). Damit stehen womöglich geringes Ansehen oder soziale Normen in Verbindung, Stichwort »Frauenberufe« also weibliche Konnotation der Tätigkeiten bzw. Branche (vgl. Riedel 2021: 7).

Die „Devaluationsthese“ geht z.B. davon aus, dass Frauen und ihre Arbeit einen geringeren gesellschaftlichen Status innehaben als Männerberufe, was sich auch auf die ökonomische Bewertung der von ihnen ausgeübten Berufe überträgt. (Schönherr, Zandonella 2020: 9)

Potenziell wirken sich derartige gesellschaftlich-soziale Einflüsse auf die Attraktivität der Berufsgruppen bzw. des Tätigkeitsfeldes aus. So können stereotypische „normative“ Ansichten männlichen Nachwuchsggf. davon abschrecken, in den Pflegebereich einzusteigen. Männer ertragen berufliche Anerkennungsdefizite schlechter als Frauen, aber erhalten höhere Wertschätzung in prestigeträchtigen Berufen (vgl. Schönherr, Zandonella 2020: 24f.). Obwohl Pflege eine tragende Rolle im Gesundheitswesen einnimmt, bleiben dementsprechende Würdigungen der Pflegekräfte und Prestige der Professionen aus. Vielmehr insinuiert der mehrdeutige Begriff, dass nahezu alle Frauen solche Leistungen intuitiv vollbringen können (vgl. Sailer 2021: Vf.). Durch patriarchale Machtverhältnisse in bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaften entstand eine genderspezifische Arbeitsteilung (vgl. Fahimi 2021: 7f.). Weiblichen

Subjekten wird dabei die reproduktive Sphäre zugewiesen und damit Care-Arbeit zugetragen. Darum verrichten Frauen hierzulande einen großen Teil der informellen sowie formalisierten Versorgungsleistung. Dazu kommt die permanente gesellschaftliche Abwertung von „weiblicher“ (Sorge-) Arbeit, wie auch Versorgungsbedürftigen. Wenngleich eine strategische Abwehrreaktion erkennbar ist, indem Frauen zunehmend solch marginalisierten Berufszweigen fernbleiben (vgl. Fahimi 2021: 7f.). Die bereits erwähnte Abnahme der Angehörigenpflege beruht partiell auf veränderten Familien- oder Haushaltsstrukturen sowie erhöhter Frauenerwerbstätigkeit (vgl. Pratscher 2022: 172; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 21ff.; Meinhart 2019; Biwald et al. 2011: 70; Ex-IV 3; 4; 8). Die prognostizierte Zunahme von Einpersonenhaushalten, sogar in der Altersgruppe über 65-jähriger, reduziert informelles Pflegepotenzial überdies. Selbes gilt für die verhältnismäßige Altersstruktur und die steigende Erwerbsquote von Frauen, die etwa drei Viertel der informellen Versorgung leisten (vgl. Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 21f.). Ein großer Teil dieser Leistungen passiert innerhalb derselben Generation, doch auch intergenerational ist die Familie für das Pflegesystem äußerst relevant (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Anfänglich genannte Faktoren gesellschaftlichen Wandels erschweren Angehörigenpflege jedoch zunehmend. Ebenso wie höhere Altersunterschiede zwischen Eltern und Kindern (Generationslücke), jüngeres Pensionsantrittsalter usw. Außerdem wollen Angehörige ein selbstbestimmtes Leben und Versorgungsbedürftige keine Abhängigkeit bzw. Bittsteller-Position einnehmen (vgl. ebd.). Solche Entwicklungen erhöhen die Inanspruchnahme formeller Pflegedienste (vgl. Biwald et al. 2011: 70), was abermals die Verbundenheit der Settings aufzeigt.

Zwar stiegen zu Beginn der Covid-19 Pandemie Aufmerksamkeit und Wertschätzung für die systemrelevanten (Langzeit-) Pflegeberufe, systemische Missstände bestanden jedoch schon vorher (vgl. Fahimi 2021: 3; Sailer 2021: VII; Bundesarbeitskammer 2020: 6; Eder 2022: Ex-IV 11; Domke Seidl 08.11.2022). Eine verstärkte Betonung der gesellschaftlichen Wertigkeit sowie Relevanz der Langzeitversorgung ist allerdings verabsäumt worden. Wenngleich eine starke Positionierung der Bedeutsamkeit sinnvoll gewesen wäre (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11). Zumindest wurde die Systemrelevanz der professionellen Pflege (-Berufe) pandemiebedingt konsequent verdeutlicht (Sailer 2021: VII). Obwohl das standardisierte Berufsprestige der systemrelevanten Berufsgruppen »Pflege und medizinische Betreuung« sowie »Altenpflege und Behindertenbetreuung« bereits zuvor knapp über dem österreichischen Durchschnitt lag (vgl. Schönherr, Zandonella 2020: 18). An der Einkommenshöhe ist dies besonders für Letztere jedoch keinesfalls bemerkbar, speziell in Anbetracht ihrer überdurchschnittlich hohen beruflichen Belastungen (vgl. ebd.: 18-22). Dennoch wird die gesellschaftliche Würdigung

von Berufsangehörigen der Altenpflege subjektiv als ausreichend eingeschätzt, in der betreffenden Studie von Schönherr und Zandonella (2020: 24). Die Ergebnisse von Glaser et al. (2018: 57) zeichnen hingegen ein konträres Bild, eines als marginal empfundenen gesellschaftlichen Ansehens. Immerhin scheint die gesellschaftliche Vorstellung über Pflegekräfte und den Pflegeberuf verzerrt (vgl. Hammerer, Allmer 2022: Ex-IV 1). Eine geringe monetäre Wertschätzung ist definitiv nachweisbar, ob dies auf Genderaspekten basiert, ist jedoch unklar. Die Tätigkeiten in der (Langzeit-)Pflege entsprechen potenziell sogar einem gesellschaftlichen Tabuthema, zumal der Pflegeberuf häufig mit Krankheit oder Bedürftigkeit konnotiert wird. Möglicherweise kann deswegen ein gesellschaftliches Desinteresse bzw. eine Art kollektiver Verdrängung unterstellt werden, wengleich dies beinahe alle Menschen betrifft (vgl. ebd.; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; Glaser et al. 2018: 57). Gerade darum ist der begrenzte Stellenwert unverständlich, in Anbetracht der gesamtgesellschaftlichen Signifikanz eines funktionierenden Pflegesystems (vgl. u. a. Glaser et al. 2018: 57; Schönherr, Zandonella 2020: 25; Lavaud 2021; Haim et al. 2022; Domke Seidl 08.09.2022; Schalek 2022: Ex-IV 10). Die gesamte Bevölkerung muss daher zukünftig für Pflegeinteressen eintreten, also geschlossenen Solidarität beweisen (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Diese Voraussetzung eignet sich zur Überleitung in die öffentlich-mediale Diskursdimension, Gegenstand im Folgekapitel.

4.3. Öffentlich-mediale Diskursdimension

Die mediale bzw. öffentliche Darstellung des Phänomenbereichs (Pflegenotstand im Langzeitpflege) erscheint für dessen strukturellen Zusammenhänge ebenfalls bedeutsam. Darum wurden zahlreiche themenspezifische Presseaussendungen, (Online-) Artikel sowie wissenschaftliche Literatur herangezogen. Die systematische Anwendung heterogener Quellen verdeutlicht die Bandbreite medialer Berichterstattung sowie öffentlicher Dokumente und Diskurse. Ebendiese sind konstituierend für die nun darzulegende öffentlich-mediale Strukturdimension der Makroebene.

Prinzipiell finden sich in allen weithin bekannten Medienunternehmen Veröffentlichungen zum Thema Pflegenotstand oder Pflegepersonal-mangel. Weiters besteht maßgebliches Interesse daran in diversen wissenschaftlichen Disziplinen (z. B. Soziologie, Politik- und Pflege-wissenschaft). Enge wechselseitige Verbindungen zwischen den beiden Strukturbereichen - gesellschaftlich-sozial und öffentlich-diskursiv - sind dabei oftmals erkennbar. Denn nachteilige gesellschaftliche Konnotationen des vermeintlich weiblichen Tätigkeitsbereichs, bzw. kommunizierte Vorurteile darüber, sind denkbare Multiplikatoren der Problemlage (vgl. Ex-IV 1; 5; 9; Riedel 2021: 7). Beide verändern das gesellschaftliche Image des Langzeitsektors, potenziell zum Negativen (vgl. Glaser et al. 2018: 57; Leichsenring et al. 2015: 42). Selbes gilt

für Warnungen und Aufschreie, z. B. gewerkschaftliche Überlastungsanzeigen, die ein düsteres Bild der Situation im Pflegebereich zeichnen (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Bislang wurde auch in dieser wissenschaftlichen Arbeit ein Fokus auf problematische Facetten des (Langzeit-) Pflegewesens gelegt. Angesichts der Fragestellung ist dies zwar plausibel, geht jedoch mit Rückwirkungen einher, bspw. durch Imageschädigung von Pflegeberufen oder -branche. Selbes trifft auf öffentliche Aussendungen, Diskussionen, Demonstrationen sowie die Nutzung defizitärer Diagnosen (Bsp. »Pflegenotstand«) zu. Darum ist eine Betonung der positiven Seiten unabdingbar, etwa die erforderliche Wissensbasis, Selbstständigkeit oder Praxiserfahrung (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10; Eder 2022: Ex-IV 11; Leichsenring et al. 2015: 42), als auch beruflicher Vielseitigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten. Fehlerhafte Strategien, unbedachte Äußerungen („jede/r kann pflegen“) sowie klischeehafte Imagekampagnen schaden dem Berufsbild. Marketingstrategien müssen also vorteilhafte bzw. realitätsnahe Gesichtspunkte des Sektors und der Profession vermitteln (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9).

Dasselbe müssen Pflegekräfte selbst anstreben und bereichernde Aspekte ihrer gesellschaftsrelevanten, anspruchsvollen Tätigkeit nach außen tragen (vgl. Leichsenring et al. 2015: x, 42; Rappold 2022: Ex-IV 6; Eder 2022: Ex-IV 11). An Erfolgsberichten mangelt es nicht, zumal die Langzeitpflege (von Hochaltrigen) die »Königsdisziplin« bildet (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11). Doch wenn erfolgreiche Maßnahmen von Pflegeheimen medial verbreitet werden, wird seitens der Pflegeszene hinterfragt oder gar kritisiert. Demnach ist ein negativer Blick auch in der Pflegeprofession bzw. in Pflegepersonen verankert (vgl. ebd.). Ein weiteres Problem in Österreich ist, dass positive Rollenbilder für den Pflegeberuf in der Öffentlichkeit fehlen (vgl. Hammerer, Allmer 2022: Ex-IV 1). Stattdessen herrscht eine geringe Wahrnehmung und Pflegende haben keine öffentliche Bühne oder Stimme. Minister:innen stehen demgegenüber im öffentlich-medialen Fokus, jedoch ohne jegliche Pflegeausbildung sowie -praxis (vgl. ebd.). Selbst wenn eine Plattform für Pflegekräfte existieren würde, mangelt es oftmals an Kompetenzen des Eigen- bzw. Selbstmarketings (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6; Eder 2022: Ex-IV 11; Sailer 2021: Vf.). Pflegende heben laut Rappold (2022: Ex-IV 6) meist die Schattenseiten ihres Berufsalltags hervor, was dem Ansehen schadet. Doch auch Gewerkschaften tragen mit der primären Betonung von Problemen oder Überlastung im (stationären) Langzeitpflegebereich dazu bei. Vorzüge des Berufs bzw. der Branche bleiben hingegen ausgeblendet, negative Aussichten schrecken infolge ab. Vielmehr ist folglich ein positiver Drall vonnöten, um Handlungspotenziale zu betonen. Getätigte situative Verbesserungen, etwa nach Skandalen, sind offen zu kommunizieren (vgl. Ex-IV 6; 11; 4; Leichsenring et al. 2015: x). Weil darüber bisweilen selten berichtet wird, stattdessen verbreiten Medien oft ein defi-

zitäres Bild über Pflege (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11; Gnahn 2022). Der Pflegeskandal in Salzburg, wurde exemplarisch von mehreren interviewten Expert:innen thematisiert. Potzmann (2022: Ex-IV 7) sieht darin, anhand von Rückmeldungen aus der Praxis, nur die Spitze des Eisbergs. Dieser besagte Fall in einem Pflegeheim der SeneCura-Gruppe erschütterte die gesamte Pflegebranche (vgl. Domke Seidl 08.09.2022). Neben der Problematik shareholder-orientierter Investitionen in kritische (soziale) Infrastruktur, habe die Versorgungskrise dazu beigetragen. Zumal privatwirtschaftliches Profitstreben die Funktionsweise des Pflegebereichs beeinträchtigt (vgl. ebd.). Überdies resultiert ein Imagedebakel sowie daraus folgende Implikationen für Pflegekräfte, Pflegeheime und Pflegesektor (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4).

Die mediale Gegenwart des Themas »Pflegenotstand« ist unbestreitbar, so berichten viele Medienunternehmen von fortwährenden Problematiken im Langzeitpflegebereich (vgl. Gnahn 2022). Entsprechend der journalistischen Tendenz negative Nachrichten zu veröffentlichen, da schlechte Neuigkeiten gute Schlagzeilen darstellen (vgl. Kunze 2021). Insofern verständlich, weil Menschen einem »Negativity Bias« unterliegen, d. h. auf negative Inhalte sensibler reagieren. Dennoch bestehen positive Ansätze wie konstruktiver Journalismus, mit Lösungsvorschlägen bzw. ganzheitlicher Perspektive (vgl. ebd.). Immerhin haben Medien sowie Medienberichterstattende das Privileg, die Aufmerksamkeit auf (strukturelle) Schwachpunkte oder Probleme zu lenken (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4). Insbesondere bei gesellschaftsrelevanten Themen, bspw. der Langzeitpflege, ist dies bedeutsam. Ein Medium schafft Öffentlichkeit und erzeugt ggf. Druck auf politische Entscheidungstragende, wie das Pflegereformpaket des Frühjahrs 2022 beweist. Wobei die Aktivitäten und der Einsatz des ÖGKV ebenfalls zu würdigen sind (vgl. ebd.). Auch für die Interessensvertretung ÖGB/ARGE-FGV stellt Außenwirksamkeit und Öffentlichkeitsarbeit ein zentrales Instrument dar. Darum werden Plakate, Druckwerke (z. B. Gesund & Sozial), wissenschaftliche Arbeiten und ähnliches finanziert (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2). Um den Tag der Pflege am 12. Mai herrscht besonders viel mediale Präsenz sowie öffentliches Engagement, etwa gewerkschaftliche Aktivitäten (vgl. Schmidt, Tomaselli 2022; Faragheh 03.05.2022).

Die Covid-19 Pandemie bzw. deren Folgen haben dem Gesundheits- und Pflegesektor vermehrt öffentliche, mediale wie auch politische Aufmerksamkeit verschafft. Speziell im frühen Pandemieverlauf erlangte der (Langzeit-) Pflegebereich Zuwendung vonseiten der Politik (vgl. Hilfswerk 23.07.2021). Brisant ist, „dass das Thema nur in der Krise Beachtung findet und dann wieder aus dem politischen Diskurs verschwindet.“ (ebd.) Mit Ausnahme von strategischen Erwähnungen des Pflegewesens, als beliebtes Wahlkampfthema (vgl. vida 2022;

Hengstschläger 2019; ÖGKV 10.09.2019). Häufig wird in offenen Briefen (darunter Kummer 2022), Presseaussendungen (bspw. des ÖGKV) u. Ä. der Eindruck von Schuldabweisung oder Verantwortungszuweisung erweckt. Anstelle von notwendigen gezielten Kooperationen und gemeinsamen systematischen Anstrengungen, werden beteiligte Akteursparteien dadurch auseinandergetrieben (vgl. Ex-IV 3; 6; 10). Wenngleich einige Aussagen, Rechtfertigungen, Kritikpunkte usw. legitim anmuten (vgl. u.a. Kummer 2022). In der Diskursdimension kann, neben medialen und wissenschaftlichen Publikationen, zudem (mangelnde) Kommunikation verortet werden. Zwischen Pflegeeinrichtungen und -arrangements, Interessensvertretungen, Politikebenen (Bund, Länder etc.) sowie innerhalb politischer Sektionen. Nachdem diese Verständigung zumeist bereichs- oder fachspezifisch ausfällt, sind Vermittlungsposten wie Zellhofer (2022: Ex-IV 2) sie einnimmt und vorschlägt von Bedeutung. Solche Übermittlungspersonen sollten in der Lage sein, unterschiedliche Fachsprachen oder Jargons zu „übersetzen“ (vgl. Ex-IV 3; 1; 6). Weiters ließe sich mithilfe eines Bindeglieds (z. B. Generalsekretär:in) ggf. die »Dämmzone« zwischen politischen Ebenen überbrücken (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4). Sogar Demonstrationen können, als ein öffentlicher Ausdruck von Unmut über bestehende Missstände, mit der Diskursdimension assoziiert bzw. als Diskursform verstanden werden (vgl. Schmidt, Tomaselli 2022; ORF 10.11.2021). Derartige kollektive Bemühungen verbinden außerdem die strukturelle Mikroebene mit der polit-ökonomischen Dimension, wechselseitig sofern der öffentliche Druck Verbesserungen erzielt.

Je nach Kontext, Art des Mediums, oder beteiligten Akteur:innen von Diskursen lassen sich also mehrere Diskursebenen sowie -formen unterscheiden. Aus der strukturellen Mikroebene heraus kann in die Öffentlichkeit kommuniziert werden, etwa über soziale Netzwerke oder Protestaktionen (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11; ORF 10.11.2021). Innerhalb der Berufsgruppen kommt es u. a. im Rahmen der Ausbildungen zur Vermittlung unrealistischer bzw. beschönigter Zustände (vgl. Krajič 2022: Ex-IV 5; Leichsenring et al. 2015: ix). Externer, z. B. politischer oder gesellschaftlicher, Austausch über den Pflegesektor existiert ebenso (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Wissenschaftliche Arbeiten sowie mediale Berichterstattung, nach Rücksprache mit Betroffenen in der Pflegepraxis, stellen eine weitere Möglichkeit dar (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4). All diese Diskursformen können Rückwirkungen auf den bezuggenommenen Bereich haben, bspw. das Image des Pflegeberufs als auch Pflegearrangements beeinflussen (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4; Eder 2022: Ex-IV 11). Damit ist es eine Gratwanderung existierende Probleme im Langzeitpflegebereich sachlich anzusprechen, oder eine überspitzte Darstellung der Situation zu skizzieren. Besonders Gewerkschaften müssen daher vorsichtig debattieren, um nicht selbst personelle Herausforderungen zu intensivieren

(vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Weder Alarmismus noch Beschwichtigungen, also ein Herabspielen der Ernsthaftigkeit bzw. Dringlichkeit der Umstände im Versorgungswesen, sind dienlich. Zumal nachweislich Verbindungen zwischen Berufsimagen und Nachwuchsfindung bestehen (vgl. Ex-IV 4; 6; 7; Staflinger, Bauer 2019). Eine erforderliche Imageaufwertung muss aber mit tatsächlichen Verbesserungen einhergehen, speziell der beruflichen Rahmenbedingungen (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4; Eder 2022: Ex-IV 11; Schmidt, Tomaselli 2022; vida 2022; Staflinger, Bauer 2019). Hierbei liegen jedoch verflochtene strukturelle Hindernisse vor, etwa intransparente und verschachtelte politische Verantwortlichkeiten (vgl. Rechnungshof 2020; Sorz, Potzmann 2022; Ex-IV 2; 3; 9; 10). Was besonders angesichts des akuten politischen Handlungsbedarfs hochgradig problematisch ist (vgl. Ex-IV 7; 10; 11; Hilfswerk 23.07.2021), wie die anschließenden Kapitel zeigen.

4.4. Politisch-ökonomische Dimension

Zunächst erfolgt eine Erläuterung der Kernpunkte dieser makrostrukturellen Dimension, woraufhin zwei maßgebliche Facetten davon vertiefend nähergebracht werden. Zur politökonomischen Dimension zählen u. a. Politikbereiche, die mit dem Pflegebereich in Verbindung stehen, wie Budget-, Gesundheits- und Sozialpolitik (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Dieses umfangreiche Strukturelement beinhaltet Aspekte, die mit Ursachen der Entstehung und/oder Intensivierung der Pflegekrise sowie deren unerlässlichen Bekämpfung verknüpft sind. Manches davon hat sich in den Ausführungen zur strukturellen Makroebene bereits angedeutet, bspw. der hohe Komplexitätsgrad politischer Verantwortungsbereiche. Darunter unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten von Gesundheits- und Sozialwesen, die eine Abstimmbarkeit bzw. Durchlässigkeit beider Ressorts verringern (vgl. MA 24 2016: 13; Fahimi 2021: 5). Weiters sind die Aufteilung von Wirkungsbereichen, Zuständigkeiten und Kompetenzen anhand der Bund-Länder-Vereinbarungen gemäß Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) nennenswert (vgl. Parlament 2020).

Diese „15a-Vereinbarungen sollen eine rechtsverbindliche, aber freiwillige Koordination zwischen dem Bund und den Ländern [...] ermöglichen.“ (Parlament 2020) Eine derartige innerstaatliche Kompetenzverteilung ist unverzichtbar im kooperativen Föderalismus (vgl. ebd.), beides wird jedoch als problematisch eingeschätzt (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Weil damit Komplexität sowie Heterogenität im Versorgungskontext einhergehen, wie unterschiedliche Regelungen und gesetzliche Vorschriften der Bundesländer belegen (vgl. Staflinger 16.02.2022; Bundesarbeitskammer 2020: 2f.; Ex-IV 2; 7; 9; 11). „Durch die Zersplitterung der Kompetenzen gibt es in Österreich derzeit keine Institution, die für das Thema Pflege

hauptverantwortlich zeichnet und die Entwicklung in diesem Bereich vorantreibt.“ (motiv.alianz.pflege 2019) Die oftmals unterstellte politische Inaktivität beruht also möglicherweise partiell auf jenen komplexen Verantwortlichkeiten (vgl. u. a. ÖGKV 14.07.2022; Ettinger 2022: Ex-IV 4; Schalek, Schmidt 2022; John 2022; Fahimi 2021: 5). Zumindest lassen sich Handlungsversäumnisse nicht leugnen, angesichts der langjährigen Bekanntheit von Herausforderungen im Langzeitsektor (vgl. Goldgruber et al. 2021: 42; Cichocki et al. 2016: 3; Krajic et al. 2003; Domke Seidl 21.03.2022; Faragheh 03.05.2022; Sorz, Potzmann 2022).

Auf dem Papier bearbeitet die Regierung die Krise [...] schon seit mindestens einem Jahrzehnt. So gab es bereits die „Reformarbeitsgruppe Pflege“ (2012), eine „parlamentarische Enquete zur Langzeitpflege“ (2017), einen „Masterplan Pflege“ (2018) und schließlich eine „Task Force Pflege“ (2020). (Mazohl 2022)

Doch nur wenige dieser medienwirksamen Verbesserungsvorschläge für die Langzeitpflege wurden tatsächlich umgesetzt (vgl. Schalek, Schmidt 2022). So blieb etwa der 2021 vorgestellte Bericht der Taskforce Pflege, der unzählige viable Handlungsmöglichkeiten aufzeigt, lange ungenutzt (vgl. ebd.; Goldgruber et al. 2021: 43; Ettinger 2022: Ex-IV 4). Ähnliches gilt für die mannigfachen Empfehlungen aus der bereits 2020 übergebenen »Roadmap« der Offensive Gesundheit (2020), sowie den Rechnungshofbericht desselben Jahres (vgl. Golla 2022; Rechnungshof 2020). Mit deutlichen Warnungen und Optimierungsempfehlungen richtet sich der ÖGKV (vgl. 14.07.2022) wiederholt an verantwortliche Stellen der Landespolitik. Dabei wird betont, dass der krisenhaften Situation in der professionellen Pflege tatkräftig entgegnet werden muss, wenngleich unklare Zuständigkeiten ebendies erschweren (vgl. ebd.). Diesbezüglich ist auch die berufspolitische Fragmentierung in verschiedene Interessensvertretungen (AK, Gewerkschaften, Berufsverbände) hinderlich. Diese stehen Interessen der AG-Seite gegenüber und der Politik fehlt ein einzelner zuständiger Stakeholder der Langzeitpflege (vgl. Sorz, Potzmann 2022). Politische Inaktivität spitzt die Lage weiter zu, dennoch enthält die aktuelle Pflegereform keine langfristigen Optimierungen (vgl. ÖGKV 14.07.2022; Golla 2022). Obwohl effektive Reformierungen seitens politischer Verantwortlicher seit Jahren mehrfach versprochen wurden, herrschte lange Stagnation (vgl. Goldgruber et al. 2021: 43; Faragheh 06.05.2022; ÖGB 23.08.2022; Schmidt, Tomaselli 2022; John 2021). Diese „Ankündigungspolitik“ (Pötzmann 2022: Ex-IV 7) führt zu Verzögerungen, was den Frust betroffener Pflegekräfte erhöht. Mitunter bleiben zugesicherte Verbesserungen ganz aus, da ohne Einbindung fachkundiger Personen oft Unklarheiten bei der Umsetzung bestehen (vgl. ebd.). Außerdem empfindet das Pflegepersonal die mangelnde Priorisierung vonseiten der Volksvertretung als Geringschätzung (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4).

Selbst Beamt:innen des Sozialministeriums resignieren, wenn Politiker:innen ihnen kein Gehör schenken oder inaktiv bleiben, obwohl konkrete Missstände sowie Lösungsvorschläge vorliegen. Die dargelegte politische Passivität und Ineffizienz lag zum Teil wohl an den Auswirkungen der Covid-19 Pandemie. Beides verschärfte die Problematik, hinsichtlich zeitnah erforderlicher Handlungen im Langzeitpflegebereich (vgl. Etinger 2022: Ex-IV 4). Zumeist liegen die Ursachen gegenwärtiger Probleme, wie z. B. einem drohenden Pflegenotstand, in Versäumnissen der Vergangenheit. Die demografische Entwicklung zur »Altersurne« ist seit Dekaden belegt, dennoch geschahen keine nachhaltigen politischen Interventionen, um die Folgen abzumildern (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Trotz hinreichender Kenntnisse vielzähliger Schwierigkeiten im Pflege- und Gesundheitsbereich, etwa bezüglich der Personalausstattung (vgl. Hilfswerk 23.07.2021; Szabo 2020: iii; Offensive Gesundheit 2020: 9f.; Domke Seidl 21.03.2022; Ex-IV 2; 8; 9; 10).

Offenbar existieren zwar vielfältige Bemühungen um die Schieflagen und Herausforderungen im (Wiener Langzeit-) Pflegesektor anzugehen (siehe Kapitel 2.3). Oftmals fehlt bei den Handlungsempfehlungen jedoch ein direkter Draht zu Entscheidungstragenden (vgl. Ex-IV 1; 3; 4; 6). Dies gilt anscheinend sogar für politisch beauftragte Maßnahmen- und Strategie-papiere, bspw. der Taskforce Pflege, wie die erläuterte Trägheit verdeutlicht (vgl. Goldgruber et al. 2021: 42f.). Politische Barrieren bei der Implementierung dringend notwendiger Maßnahmen gegen die Versorgungskrise sind daher kaum abzustreiten (vgl. Ex-IV 10; 9; 7; 2). Personelle Instabilität der Regierung erschwert überdies die Arbeit der ÖGB/ARGE-FGV sowie ÖGKV, durch häufige Postenwechsel etwa im Gesundheitsministerium (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2; Potzmann 2022: Ex-IV 7). Prioritäten politischer Verantwortungstragender orientieren sich mitunter an persönlichem Eigennutzen, zudem ist deren Denk- und Handlungsweise stark von Wahlperioden und Parteipolitik geprägt (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2). Vorrangiger Fokus der regierenden Wirtschaftspartei war in den vergangenen Jahren die Stärkung der Wirtschaft bzw. Wirtschaftstreibenden (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Weitere Hemmnisse sind die erwähnte Vielschichtigkeit polit-ökonomischer Verantwortungsbereiche sowie heterogene Vorgaben auf Länderebene, bspw. zu Personalschlüsseln (vgl. Kummer 2022; Schalek, Schmidt 2022; Bundesarbeitskammer 2020: 2; Zellhofer 2022: Ex-IV 2). Viele Expert:innen erkennen weiters eine unzureichende Finanzierung als ausschlaggebend für die Problematiken. Denn in Österreich werden lediglich 1,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die Bereitstellung von Pflegedienstleistungen veranschlagt (vgl. Fahimi 2021: 5; Schmidt et al. 2021: 169; Staflinger, Hötzingler 2022). Dieser Finanzierungsmangel begünstigt, in Verbindung mit fragmentierten politischen Kompetenzen, den Pflegepersonal-mangel und damit krisenhafte Zustände in der stationären Langzeitpflege (vgl. Fahimi 2021: 5). Zwei

polit-ökonomische Bereiche sind deshalb besonders zu akzentuieren, politisch-legistische Kriterien sowie Finanzierungsaspekte. Beiden wird nun jeweils ein Unterkapitel gewidmet, um deren strukturelle Implikationen den Pflegenotstand betreffend hervorzuheben.

4.4.1. Politisch-legistische Rahmenbedingungen

In diesem Teilbereich der strukturellen Dimension polit-ökonomischer Einflüsse werden drei Themengebiete primär angesprochen. Kollektivvertragsverhandlungen, (Mindest-) Personalausstattung bzw. -schlüssel, sowie Gesetzesänderungen oder -reformierungen. All diese Gesichtspunkte werden im Hinblick auf die (stationäre) Langzeitpflege und den darin vorherrschenden Pflegepersonalengpässen diskutiert.

Nachdem berufliche Rahmenbedingungen wesentliche Auswirkungen auf die Zufriedenheit des Pflegepersonals haben (vgl. Kapitel 4.1.1), ist deren Ausverhandlung relevant. Denn Kollektivverträge (KV) können einen Beitrag für bessere Arbeitsbedingungen und Berufsattraktivität leisten (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Bei den KV-Verhandlungen muss die SWÖ als AG-Vertretung antizipieren was polit-ökonomisch realisierbar ist. Zudem müssen Sozialeinrichtungen dabei wirtschaftlich konkurrenzfähig bleiben, ohne Pflegekräfte zu vertreiben (vgl. ebd.). Aus Beschäftigtenperspektive braucht es daher arbeitsrechtliche Verträge mit guten Konditionen, z. B. Personalschlüssel mit ausreichend qualifiziertem Personal (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6; vida 2022). Damit reichen die Auswirkungen der KV-Verhandlungen um berufliche Rahmenbedingungen bis in die strukturelle Mikroebene. Sie bilden einen Dreh- und Angelpunkt zwischen Politik, Gewerkschaften (vida, GPA), Branchenvertretung der AG (SWÖ), Trägerschaften und Mitarbeiter:innen (vgl. Krainz 2022). Erst im Herbst 2022 haben Vertreter:innen der Sozialwirtschaft u. a. um eine kollektivvertragliche Anhebung der Gehälter verhandelt. Speziell niedrige Einkommensschichten sollten in Anbetracht der immensen Inflation davon profitieren. Die nötigen Finanzmittel dafür, sind den Gewerkschaften zufolge vorhanden, gehören aber an die Einrichtungen umgeschichtet (vgl. ebd.). Schlussendlich konnte mit dem »SWÖ-KV 2023« eine Einigung erzielt werden (vgl. Gewerkschaft GPA 2022: 4f.). Darin finden sich Vereinbarungen berufsrechtlicher Anpassungen hinsichtlich der Gehälter, Arbeitszeiten, Zuschläge oder dergleichen. Der 2004 etablierte SWÖ Kollektivvertrag (ehem. BAGS-KV) für den Gesundheits- und Sozialbereich erfordert seit jeher die konstruktive Kooperation aller Beteiligten (vgl. ebd.: 4f.). Je nach Regierungspartei/en gestaltet sich die Ausverhandlung von Berufsgesetzen und Verordnungen, unter Beachtung aller Involvierten, mitunter schwierig. Die gewerkschaftliche Interessensvertretung von Beschäftigten (bspw. berufspolitisch oder wirtschaftlich) ist daher unverzichtbar

(vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2). Insbesondere angesichts der eingeschränkten Verhandlungsposition der Belegschaft im Pflegebereich, da kollektive Arbeitsniederlegung undenkbar ist (vgl. Haim et al. 2022; Schmidt, Tomaselli 2022; Ettinger 2022: Ex-IV 4). Pflegekräften fallen derartige Handlungen aufgrund emotionaler Verbundenheit schwer, dieses Phänomen wird »Care Penalty« genannt. Dadurch besteht eine Machtasymmetrie gegenüber politischen Entscheidungstragenden, z. B. bei KV- oder Gehaltsverhandlungen (vgl. Haim et al. 2022).

Doch auch die Personalsituation beeinflusst die Berufsattraktivität für aktive und potenzielle Pflegekräfte maßgeblich (vgl. Bauer et al. 2018: 70f.). Stationäre Einrichtungen müssen gemäß § 3a Abs. 5 des Pflegefondsgesetzes eine „ausreichende“ Personalausstattung aufweisen, anhand von Qualifikationen, Anforderungen etc. (vgl. Kummer 2022: 3; Rechnungshof 2020: 117). Österreichs Bundesländern obliegen nach Art 15 Abs. 1 B-VG die rechtlichen Kompetenzen zur Festlegung von Personalberechnungsvorgaben in Pflegeheimen (vgl. Staflinger 2022: 2f.). Dadurch entstehen regionalspezifische Differenzen sowohl in Form von Inkompatibilität (bspw. der Indikatoren zur Personalbemessung) sowie Heterogenität, etwa bezüglich einzusetzendem Qualifikationsmix und damit ggf. der Pflegedienstleistungsqualität (vgl. Staflinger 2022: 25; Staflinger 16.02.2022; Mazohl 2022; Staflinger, Gratzner 2016). Teilweise sind die Vorgaben sogar grenzwertig, bis hin zur Überforderung des Pflegepersonals oder Nachteilen für Versorgungsbedürftige (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11). Wobei Wien den großzügigsten Personalschlüssel Österreichs aufweist, laut Berechnungen des Rechnungshofberichts von 2020 (vgl. Staflinger 2022: 25; Mazohl 2022; John 2021). Dennoch wurden hier, ungeachtet der besseren Betreuungsverhältnisse, zu hohe Arbeitsanforderungen und -belastungen von Pflegekräften verspürt (vgl. Bauer et al. 2018: 73, 77). Der unzeitgemäße Mindestpflegepersonalschlüssel wurde österreichweit jahrelang kaum angepasst, trotz einer Verdichtung der Pflegearbeit und veränderten Grundbedingungen. Weshalb Beschäftigte zunehmend unter zeitlicher Belastung stehen, worunter die uneinheitlich definierte Pflegequalität leidet (vgl. Staflinger 2022: 25-28; Gruber 2022; Staflinger 16.02.2022; Sorz, Potzmann 2022; Bauer et al. 2018: 77). Die Kopplung des Personaleinsatzes an Pflegegeldstufen erlaubt keine ganzheitliche Berücksichtigung konkreter Versorgungsaufwände. Überdies bleiben personelle Fehlzeiten oder steigende Dokumentationsanforderungen unberücksichtigt (vgl. Staflinger 16.02.2022; Staflinger, Gratzner 2016; ähnlich Glaser et al. 2018: 2; INQA 2010: 5, 7ff.). Betreffend der Praxisrahmenbedingungen sind harmonisierte verpflichtende Personaluntergrenzen vonnöten (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; vida 2022). Darum wird ein bundesweiter Personalschlüssel anhand des tatsächlichen Zeit- und Arbeitsaufwandes gefordert (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2). Politisch ist ein einheitliches Personalbemessungsinstrument erwünscht, wird aber durch heterogene länderspezifische Systeme erschwert oder verhindert

(vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Entsprechende Reformen bzw. Maßnahmen werden politisch verhandelt und entschlossen, die Umsetzung leisten Beamt:innen der Ministerien. Hierbei bestehen effiziente interne Strukturen, zwischen Bund und Ländern herrscht jedoch ein Kooperationsdefizit (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3).

Demgemäß sind Gesetzesänderungen, bzw. -reformierungen oder -novellen, weder banal noch mühelos umsetzbar. Dabei werden zudem die außerordentliche Vernetztheit sowie Größenordnung des Langzeitpflegewesens deutlich (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Tiefgehende Eingriffe, wie eine denkbare Flexibilisierung des Mindestpersonalschlüssels zum bedarfsorientierten Berufsgruppenmix, wirken auf weitere Bereiche (vgl. ebd.). Dennoch scheinen rechtliche bzw. gesetzliche Adaptierungen in Anbetracht der erwarteten Zunahme von Herausforderungen unausweichlich (vgl. Glaser et al. 2018: 1). Das aktuelle Pflegereformpaket stellt notwendige kurzfristige Verbesserungen dar, also Akutmaßnahmen mit Sofortwirkung (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3). Der Bundesgesetzentwurf zur Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle 2022) war nach Ansicht des ÖGB/ARGE-FGV jedoch verbesserungswürdig. Aufgrund einiger kritisierbarer Aspekte oder Auslassungen hinsichtlich harmonisierter Personalbemessung, Kompetenzerweiterung der DGKP, Pflegeausbildungen usw. (vgl. Preterebner 2022). Anstelle der geforderten Akademisierung des Pflegebereichs ist eine von zahlreichen Expertisen als kritisch erachtete Pflegelehre beabsichtigt (vgl. ebd.; Bundesarbeitskammer 2020: 6f.; Golla 2022; Zellhofer 2022: Ex-IV 2; Eder 2022: Ex-IV 11). Dieses Ausbildungsmodell entspricht weder dem geltenden Mindestalter von 17 Jahren, noch löst es den Pflegenotstand (vgl. Schalek, Fahimi 2020: 2; Pellar 2022). Die Umsetzung der Pflegereform wird zudem durch die Länderzuständigkeit entscheidender Kriterien beeinträchtigt, darunter Pflegedienstleistungen oder -ausbildungen (vgl. Schalek, Schmidt 2022). Auf Bundesebene gilt es die dafür nötige Finanzierung zu gewährleisten, sprich Finanzmittel bereitzustellen. Beides erfordert „Kooperation und Verbindlichkeit zwischen Bund und Ländern“ (ebd.), wobei die 15a Vereinbarung sich nicht bewährt hat (vgl. Schalek, Schmidt 2022). Eine jahrelange „Chronologie des Versagens“ (Faragheh 06.05.2022), also mangelnden Erfolgen bisheriger Reformversuche, zeugt davon (vgl. ebd.; Riedel, Staflinger 2022). Nunmehr wurde offenbar fachkundigen Empfehlungen gefolgt, wie u. a. die Zweckzuschussgesetze mit Fokus auf Ausbildung und monetäre Rahmenbedingungen erkennen lassen (vgl. John 2022; Meichenitsch 2022: Ex-IV 3; Kummer 2022: 4; Domke Seidl 08.11.2022; Hilfswerk 06.07.2022). Optimierungen dieser Art bedürfen ebenso wie der reguläre Aufrechterhalt des Langzeitpflegesystems einer ausreichenden Finanzierung (vgl. Ex-IV 4; 6; 9; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 30, 51).

4.4.2. Finanzierung der Langzeitpflege

Die oben diskutierten Prozesse und Verbesserungsmaßnahmen erfordern eine angemessene Finanzierungsstruktur für die stationäre Langzeitpflege. Bisher ist das österreichische Finanzierungsmodell, ohne Sozialversicherung sowie mit getrennten Kompetenzen bei Mittel- und Leistungserbringung, ungewöhnlich für einen kontinentalen Wohlfahrtsstaat (vgl. Riedel et al. 2019: 5f.). Leistungen sollten bundesweit einheitlich sein und ein angepasster Finanzausgleich müsste die jeweilige Lage der Bundesländer berücksichtigen, etwa bezüglich Pflegebedarf, Finanzmittel etc. (vgl. ebd.: 6; DWS 2021: 21). Finanzausgleich bedeutet die Verteilung von Geldern vom Bund an die Länder, also eine Regelung zwischen den Finanzausgleichspartnern (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3; Schmidt et al. 2021: 174). Gegenwärtig bleiben bei dieser innerstaatlichen Mittelallokation regionale (bspw. sozioökonomische) Unterschiede unzureichend beachtet (vgl. Riedel et al. 2019: 5f.; Schmidt et al. 2021: 168, 173f.). Außerdem ist die Zweckungebundenheit der Finanzmittel aus dem Finanzausgleich ein Hauptproblem der 15 a B-VG, neben folgenfreier Missachtung der Vereinbarung. Zunehmende Kosten für den Betrieb und Erhalt der Langzeitpflege setzen zudem steigende monetäre Ressourcen voraus (vgl. Schalek, Schmidt 2022). Bundesländer brauchen demnach eine zusätzliche Dotierung der Pflege, um bspw. den Personalbedarf zu finanzieren. Nachdem Sozialleistungen wie das Pflegegeld valorisiert bzw. an Teuerungen angepasst sind, entsteht nämlich ein weiterer enormer Kostenanstieg. Demgegenüber entfallen Einnahmen durch die Covid-19 Pandemie, weshalb ein (partielles) Wiedereinsetzen des Pflegeregresses diskutiert wird (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4). Dessen kostenintensive Abschaffung geschah Anfang 2018, ohne vorherige Einbindung der Bundesländer (vgl. ebd.; Pichlbauer 2018: 20f.; Rechnungshof 2020: 46f., 51f.). Bundeszuständigkeit sind nämlich Geldleistungen, die Länder müssen damit Sachleistungen etablieren und erhalten. Der Pflegefonds dient als finanzieller Zuschuss dafür, entspricht jedoch einer Behelfslösung (vgl. Schalek, Schmidt 2022; Pellar 2022). Der Bund hat also kaum Steuerungsbefugnisse, da die Länder vornehmlich für die Ausgestaltung der Pflegevorsorge verantwortlich sind (vgl. Kummer 2022: 1ff.). Eine finanzielle Unterstützung in Form von Zweckzuschüssen (z. B. aus dem Pflegefonds) findet aber statt, zur Sicherung der formellen Langzeitpflege. Die Verwendung dieser sowie zusätzlicher Mittel, bspw. zum Auf- oder Ausbau von Versorgungsleistungen, obliegt den Ländern (vgl. ebd.: 1ff.).

Überwiegend wird jedoch eine Unterfinanzierung des gesellschaftsrelevanten Pflegewesens festgestellt (vgl. Fahimi 2021: 5; Hammerer. Allmer 2022: Ex-IV 1; BMASGK 2019: 14). Mitunter aufgrund von (politischen) Sparmaßnahmen (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2),

wodurch ein geringer „Versorgungsgrad formalisierter Pflegeleistungen“ (Fahimi 2021: 5) resultiert. „Eine Budgetpolitik, die den Handlungsspielraum des Sozialstaats einzuengen begann und dabei neben Privatisierungen auf Personalabbau setzte“ (Pellar 2022) ist daher bedenklich. Budgetäre Investitionen in den (Langzeit-) Pflegebereich gelten fälschlicherweise nicht als Wirtschaftsfaktor, trotz ihrer großen Umwegrentabilität. Dadurch wären Staatsausgaben bspw. zur Gesundheitsprävention aber ein langfristig lohnendes Investment (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Dimmel 2012: 28f.). Die großenteils öffentliche Daseinsvorsorge wurde infolge der Finanzkrise 2008 stattdessen für private Investitionen bereitgestellt (vgl. Domke Seidl 08.09.2022). Eine verantwortungslose Entscheidung, da betriebswirtschaftliche Privatgewinne hohe volkswirtschaftliche Folgekosten verursachen. Weil diese Profite etwa durch Einsparungen zulasten der Angestellten sowie Pflegebedürftigen erwirtschaftet werden (vgl. ebd.; Domke Seidl 21.03.2022). Doch „qualitätsvolle Pflege[-dienstleistungen] sind Eckpfeiler einer Gesellschaft - und keine Renditeobjekte!“ (Domke Seidl 08.09.2022) Ein quantitativer sowie qualitativer Ausbau der Pflegelandschaft wurde bereits vor der Covid-19 Krise im laufenden Regierungsprogramm (2020-2024) festgelegt (vgl. Riedel 2021: 5). „Die Pandemie hat einerseits die Dringlichkeit dieser Einschätzung verdeutlicht, andererseits hat die Finanzierung der gesetzten Gegenmaßnahmen die Spielräume für Investitionen verringert.“ (ebd.: 5) Jener Aspekt bildet nur einen exemplarischen Einfluss der übergeordneten kontextuellen Rahmenbedingungen, die das Hauptkapitel hiernach vervollständigen.

4.5. Strukturelle Kontextebene

Die nun zuletzt thematisierte Ebene überschattet die vorangegangenen Strukturelemente und zeichnet sich durch marginale Beeinflussbarkeit aus. Viele der Facetten haben sich bereits angedeutet, etwa die andauernde Covid-19 Pandemie und deren Folgen. Weiters die Bedeutung des demografischen Wandels, Wirtschaftssystems sowie Wohlfahrtsstaatsmodells. All diese Aspekte wirken auf die skizzierten strukturellen Ebenen des österreichischen (Langzeit-) Pflegesystems, wie auch die drei erläuterten makrostrukturellen Dimensionen.

So hat die globale Pandemie mit einhergehenden Restriktionen die Staatsausgaben, Arbeitsbelastung sowie Dienstplanunsicherheit durch Personalausfälle erhöht (vgl. Ex-IV 1; 4; 11; Staflinger 2022: 27; WHK 2020: 35-38; ähnlich Schmidt, Tomaselli 2022). Einzelne Pflegeheime sind aufgrund von Übersterblichkeit, isolierenden Besuchsregelungen usw. in kritischen Auslastungsbereichen unter 90-prozentiger Belegung (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Der unvorbereitete Langzeitpflegebereich wurde besonders stark von Infektionen betroffen, wodurch (beruflich) Pflegenden einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt waren (vgl. Rocard et al. 2021: 4, 10). Covid-19 richtete hier also merklichen Schaden an, doch interne

Solidarität und Zusammenarbeit zwischen Behörden, Krisenstab Pflege etc. sind gestiegen (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; WHK 2020: 34). Zudem rückte die Systemrelevanz von Pflegeberufen dadurch vermehrt in die öffentliche Wahrnehmung (vgl. Sailer 2021: VII; Lavaud 2021; Schönherr, Zandonella 2020: 1; Staflinger, Leichsenring 2020). Doch auch die (teils) prekären Bedingungen für Mitarbeiter:innen besagter Sektoren wurden deutlich und seit Pandemiebeginn verschärft (vgl. Fahimi 2021: 3; Schönherr 2021: 15-20; Wiener Zeitung 20.10.2021). Darum haben zahlreiche Pflegekräfte den (Langzeit-) Pflegesektor verlassen, was die (Personal-) Situation weiter zuspitzte (vgl. Goldgruber et al. 2021: 40; Ex-IV 1; 6; 9).

Ähnlich problematische Einflüsse resultieren, in mehrfacher Hinsicht, aus demografischen Veränderungen bzw. generationaler Alterung (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; Sailer 2021: VIII; Rappold, Juraszovich 2019: 3ff.; Dowling 2022). Marschitz (2022: Ex-IV 8) nennt solche unveränderlichen, aber berechenbaren Prozesse als zentrale Problemstellung. Dadurch steigt aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung die Anzahl Pflegebedürftiger, bei gleichzeitig sinkendem Arbeitskräftepotenzial am Arbeitsmarkt. Erschwerend hinzu kommen voraussichtlich die längere Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie höhere Intensität von Pflegehandlungen (vgl. ebd.; Ettinger 2022: Ex-IV 4; Schalek 2018). Eine Zunahme multipler oder demenzieller Erkrankungen ist annehmbar, jedoch nur eingeschränkt prognostizierbar (vgl. Rappold, Juraszovich 2019: 4; Famira-Mühlberger, Firgo 2019: 153f.; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Weil hochaltrige und/oder kranke Personen den größten Pflegebedarf aufweisen, wird die Knappheit von Pflegeressourcen vermutlich weiter verstärkt (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5). Dadurch wachsen zukünftig die Anforderungen an, bzw. Herausforderungen für, (stationäre Langzeit-) Pflegekräfte (vgl. Glaser et al. 2018: 1). Weshalb Mazohl (2022) von einer Intensivierung der Abwanderung aus Pflegeberufen sowie reduzierter Angehörigenversorgung ausgeht. Die Alterszusammensetzung der österreichischen Bevölkerung und damit aktiver wie auch potenzieller Pfleger:innen entwickelt sich zunehmend zur »Urne« (vgl. Thalhammer 2012: 10-12; Potzmann 2022: Ex-IV 7). So steigt der Pflegebedarf und die Deckung des Ersatz- sowie Zusatzbedarfs wird zugleich erschwert (vgl. Rappold, Juraszovich 2019: 4f.; Riedel 2021: 7; Gnahn 2022; Eder 2022: Ex-IV 11).

Darüber hinaus spielt das kapitalistische bzw. neoliberale Weltwirtschaftssystem eine maßgebliche Rolle. So fördern Effizienz- und Profitstreben Konkurrenz um Personalressourcen, Förderungen usw. sowie prekäre Arbeitsbedingungen oder gar ein prekäres Pflegesystem (vgl. Dimmel 2012; Dammayr 2012). Österreichs Versorgungsbereich unterlag in den vergangenen Jahren einer neoliberalen Umstrukturierung, etwa in Form von Umschichtungen zwischen Staat, Markt, Drittem Sektor und Privathaushalten (vgl. Dammayr 2012: 263f.).

Dies veränderte wohlfahrtsstaatliche Mechanismen und bedingte eine ökonomische Profitorientierung in der Sozialwirtschaft. Dadurch entstand ein Wettbewerb zwischen Sozialeinrichtungen, der Kosteneinsparungen erforderlich machte. Der skizzierte Ökonomisierungsprozess erschwert also die Rahmenbedingungen für Institutionen sowie Pflegekräfte (vgl. Dammayr 2012: 263f., 268). Dementsprechend verortet auch Dimmel (2012: 29-32) Tendenzen der Vermarktlichung und damit Prekarisierung bzw. „institutionalisierte Geringerschätzung“ (ebd.: 30) von Sozialdienstleistungen. Diese Instrumente zur Kostenreduktion sozialwirtschaftlicher Leistungen im neoliberalen Sozialstaat bewirken soziale Folgekosten, bspw. externalisiert in andere Budget-Töpfe wie des Gesundheitswesens. Zellhofer (2022: Ex-IV 2) erachtet den periodischen Mangel an Pflegekräften als Produkt der jeweiligen kontextuellen Voraussetzungen. Häufig beruhen Personalengpässe im (Langzeit-) Pflegesystem demnach auf rigorosen Einsparungsversuchen seitens der Politik oder Trägerschaften (vgl. ebd.). Da die personelle Knappheit jedoch Arbeitsdruck, Zeitmangel und den Entfall von Tätigkeiten verursacht, wird durch Sparen am Personal letztlich nichts eingespart (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Die steigende Ökonomisierung führt dennoch zu (weg-) rationalisierten Betreuungszeiten sowie vermehrten Zusatzaufgaben, aufgrund institutioneller Sparmaßnahmen (vgl. Hammerer, Allmer 2022: Ex-IV 1; Leichsenring et al. 2015: 9). Folglich führt eine ausgeprägte Gewinnorientierung in Sozialeinrichtungen zwangsläufig zu Qualitätsmängeln und Prekarität (vgl. Lavaud 2021; Rotter 2022). Insbesondere zumal die zeitaufwändigen interindividuellen Pflegeleistungen nur begrenzt ökonomisch rationalisierbar sind (vgl. Dowling 2022; Dimmel 2012: 31). Privatisierung und Finanzinvestitionen treffen besonders den stationären Pflegesektor, sind hierzulande aber weitgehend reguliert (bspw. erlaubte Renditen). Zudem variieren öffentliche, gemeinnützige oder gewerbliche Pflegeheime angesichts der institutionellen Rahmenbedingungen, z. B. Entlohnung, Zielsetzung (vgl. Rotter 2022).

Die Art des Wohlfahrtsstaatsmodells bzw. Auslegung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen sowie Verantwortlichkeiten ist ebenfalls bedeutsam. In Österreich besteht eine Mischform zwischen staatlicher und familiärer Verantwortung bei der Versorgung (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Riedel et al. (2019: 3ff.) definieren das Land daher als kontinentalen Wohlfahrtsstaat, mit mittlerer Leistungserbringung für die Gesamtbevölkerung. Als Finanzierungsquelle dafür gelten Steuereinnahmen ohne Zweckbindung, Sozialversicherungsbeiträge werden hingegen nicht genutzt. Ein Großteil der Versorgung wird familiär geleistet, da Altenbetreuung überwiegend als Familienaufgabe angesehen wird (vgl. Mairhuber, Allinger 2021: 24f.; Meinhart 2019; Krajcic 2022: Ex-IV 5). In solch einem familialen Regime erachtet die Politik systematische Entwicklungen des Wohlfahrtsstaates im Langzeitpflegebereich als vermeidbar.

Wenngleich demografischer Wandel und die Alterung der Bevölkerung den Mangel an Pflegeressourcen zuspitzen (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5; Hagedorn 2019: 1). Innerhalb „des Wohlfahrtsdreiecks (Staat, KlientInnen, Leistungserbringer) [werden] Preise, Bedingungen und Qualität politisch festgelegt“ (Dimmel 2012: 31). Privatisierung, Rationalisierung sowie Unterfinanzierung öffentlicher Versorgungsleistungen, im Rahmen des neoliberalen „Abbaus des Sozialstaates“ (Bader et al. 2011: 19), belasten die gesellschaftliche Infrastruktur. Krisentendenzen im Versorgungssektor betreffen überdies weitere Gesellschaftsbereiche und verursachen Folgekosten (vgl. ebd.: 19ff.). Derzeit bilden multiple Krisen eine große Herausforderung, weil dadurch zahlreiche Systemressourcen gebunden sind (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Auf dieser Ebene ließen sich daher noch weitere Aspekte aufzählen, die (politische) Prioritäten vom Versorgungswesen und dortigen Herausforderungen ablenken. Beispielhaft können die gegenwärtige Energie- und Inflationskrise erwähnt werden (vgl. Premrov et al. 2022). Viele problematische Faktoren im Langzeitpflegesektor zeichneten sich aber bereits vor Jahren als besorgniserregende Trends ab. Der fehlende (politische) Überblick der Gesamtsituation, ermöglichte eine Entwicklung zur jetzigen kritischen (Personal-) Situation (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Ettinger 2022: Ex-IV 4; Meinhart 2019).

Wie mehrmals betont können die in Kapitel 4 erläuterten Phänomene nicht kompromisslos einer Ebene oder Dimension zugeschrieben werden. Eine rigorose Abgrenzung der Strukturelemente scheint angesichts dieser Tatsache sowie den ausgeprägten Wechselbeziehungen ohnedies wenig zweckdienlich. Da zwischen den identifizierten Ebenen und Dimensionen keine klar definierbaren Grenzen, sondern Schnittstellen und sogar Schnittmengen vorliegen. Doch gerade solche Überschneidungen oder Wechselwirkungen sind potenziell zur Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten und deren Durchsetzung förderlich.

5. Handlungsoptionen angesichts der Problemstruktur

Dieses finale inhaltliche Kapitel soll die vernetzten strukturellen Aspekte nutzbar machen und daraus persistente Problemlösungen ableiten. Denn vielseitige Handlungspotenziale sind verfügbar und der Handlungsbedarf ist zunehmend dringlich (vgl. Goldgruber et al. 2021: 42; Offensive Gesundheit 2020: 10). Fundierte Bewältigungsvorschläge und Strategieempfehlungen gegen die Pflegepersonalknappheit sind bereits reichlich vorhanden. Viele davon beziehen sich sogar auf Phänomene der skizzierten strukturellen Ebenen und Dimensionen bzw. deren Verknüpfungen, etwa Imageaufwertung (vgl. Gnahn 2022; Pausackl, Potzmann 2022; Staflinger, Bauer 2019). Daran scheitern (systemische) Anpassungen des Versorgungswesens also keineswegs, vielmehr sind wechselseitige Faktoren in multiplen Strukturkompo-

nenten identifizierbar (vgl. Kapitel 4). Als maßgeblichste Dimension mutet die polit-ökonomische an, wie der Umfang des entsprechenden Kapitels (4.4) verdeutlicht. Auch seitens der befragten Expert:innen wurde jener Sphäre außerordentliche Aufmerksamkeit entgegengebracht, darum liegt ein Hauptaugenmerk darauf. Durch die immense Vielschichtigkeit des Langzeitpflegesektors (siehe u. a. Kapitel 4.1 und 4.4) fällt eine Analyse der Strukturen oder Handlungsperspektiven keinesfalls leicht. Oftmals können derart tiefgründige Einblicke in die Problemstruktur aber zu Optimierungen beisteuern (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 76f.), so finden sich auch hier implementierbare Möglichkeiten. Sicherlich ist dabei politische Verantwortungsübernahme gefragt (vgl. Sorz, Potzmann 2022; Domke Seidl 21.03.2022), jedoch bestehen weitere Ansatzpunkte zur situativen Verbesserung im Forschungsfeld. Darum wird zunächst deren erwiesene Existenz erläutert, worauf eigene Ableitungen folgen.

5.1. Bekanntheit von Herausforderungen und Lösungswegen

Die Bekanntheit von personellen bzw. systemischen Schwachstellen im Langzeitpflegewesen sowie entsprechenden Lösungsstrategien wurde z. T. schon dargelegt (vgl. Kapitel 2.1; 2.3; 4.1.; 4.4). Eine drohende oder gar vorherrschende Krisenhaftigkeit ist gesellschaftlich als auch politisch demnach weitgehend anerkannt, wie sich herauskristallisierte. Dennoch wurde bislang nicht in ausreichendem Maße entgegengesteuert, wenngleich das 2022 initiierte Pflege-reformpaket einen ersten Schritt darstellt (vgl. Ex-IV 3; 7; 10; Staflinger, Hötzing 2022; ÖGB 23.08.2022; Preterebner 2022). Weitere (systemisch-strukturelle) Verbesserungspotenziale existieren dessen zuhauf, wie Rappold (2022: Ex-IV 6) anmerkt. Für fast alle Ebenen und Dimensionen finden sich bereits verschriftlichte Lösungsansätze, sogar deren Wechselwirkungen betreffend. So zum Beispiel im Bericht der Taskforce Pflege oder der Pflegepersonal-Bedarfsprognose, beides vom BMSGPK beauftragt (vgl. Rappold, Juraszovich 2019; Rappold et al. 2021). Demzufolge besteht kein Mangel an vielversprechenden Konzepten und Empfehlungen, zur Erwidern der (personellen) Herausforderungen (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Darum bezieht sich dieser lösungsorientierte Abschnitt vornehmlich auf die zuvor veranschaulichte Problemstruktur (vgl. Kapitel 4). Hier erfolgt also eine Auseinandersetzung mit der sekundären Forschungsfrage, die nun erneut vergegenwärtigt wird:

Inwiefern können Erkenntnisse über die strukturellen Zusammenhänge des Pflege-notstandes zu dessen Reduktion beitragen?

In Kapitel 4 konnten u. a. selbstverstärkende Tendenzen des Pflegepersonal-mangels sowie dessen dominierende Strukturelemente identifiziert werden. Zwar sind Inaktivität und man-

gelnde Priorisierung vonseiten der Politik als mitverantwortlich anzunehmende Problemursachen (siehe Kapitel 4.4). Lösungsstrategien sind unterdessen auch andernorts anzusetzen, etwa der Aufwertung des gesellschaftlichen Stellenwerts, oder sozialwirtschaftlicher Kollektivverträge (vgl. Ex-IV 6; 8; 10; Krajic et al. 2003: 8ff.; Leichsenring et al. 2015: 42; Hengstschläger 2019). Die komplexe Vernetzung der im Hauptkapitel erläuterten Ebenen und Dimensionen zu verstehen, kann hierbei zuträglich sein (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 76f.). Zweifellos erfordert die Bekämpfung existenter Probleme ein Zusammenwirken heterogener Akteur:innen. Darunter Politik, Gewerkschaften, Berufsverbände, Trägerorganisationen, Pflegekräfte, Privatpersonen, Medien und Wissenschaft (vgl. Rappold, Juraszovich 2019: 55f.; Rappold 2022: Ex-IV 6). Im Zentrum muss die nachhaltige Beseitigung der systemisch-strukturellen Ursachen des fortdauernden Pflegepersonalmanagements stehen, anstelle von öffentlichkeitswirksamen aber letztlich ineffektiven Symptomlinderungen (vgl. Gruber 2022; Hammerer, Allmer 2022: Ex-IV 1; Potzmann 2022: Ex-IV 7).

Denn die bekannten Herausforderungen im Langzeitpflegebereich sind definitiv nicht mit unsystematischen Einzelmaßnahmen lösbar. Handlungs- sowie Umsetzungsstrategien müssen aufgrund des beschriebenen Komplexitätsgrades facettenreich und extensiv ausfallen (vgl. Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 52f.; Hilfswerk 04.02.2022; ÖGB 23.08.2022; Meinhart 2019; Ettinger 2022: Ex-IV 4). Gerade deshalb macht eine, wie im Hauptkapitel vorgenommene, detaillierte Darlegung der zugrundeliegenden Phänomenstruktur Sinn (vgl. Wittmayer, Hölscher 2017: 76f.). Langfristige Problemlösungen sollten bestenfalls alle strukturellen Ebenen und Dimensionen umfassen, insbesondere jene Aspekte die von Expert:innen oder wissenschaftlichen Quellen genannt werden. Solch multiperspektivische bzw. mehrgliedrige Ansätze finden sich etwa bei Krajic et al. (2003), Leichsenring et al. (2015), Szabo (2020), Goldgruber et al. (2021). Weiters im Bericht des Rechnungshofes (2020), der Taskforce Pflege (2021), des DWS (2021), in der Roadmap der Offensive Gesundheit (2020), einem Schreiben der Bundesarbeitskammer (2020), der *motiv.allianz.pflege* (2019) oder in der Pflegepersonal-Bedarfsprognose (2019). Unzählige dieser Lösungswege zielen nicht bloß auf die Symptombekämpfung, bspw. durch (ggf. transnationalen) quantitativen Personalzugewinn (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Zusätzlich zu deren Nutzung bzw. Verwirklichung können die Kenntnisse der dargelegten Strukturbestandteile sowie deren Wechselbeziehungen verwertbar sein. Nur dadurch lassen sich nachhaltige systemische Verbesserungen erzielen, was nachfolgend zumindest in schriftlicher Form angestrebt wird.

5.2. Querverbindungen der Strukturelemente nutzen

Vielzählige zusammenhängende Einflussfaktoren für die Verschärfung der Pflegepersonalknappheit sind also bereits identifiziert. Dies zeichnet sich deutlich in den entwickelten Handlungsvorschlägen ab, die zumeist drei bis fünf zentrale Angriffspunkte beinhalten (vgl. u. a. Rappold, Juraszovich 2019; Rechnungshof 2020; Szabo 2020; Rappold et al. 2021; DWS 2021). Darunter Finanzierung, Rahmenbedingungen, politische Verantwortlichkeiten, Ausbildungen oder Berufsimagen der Langzeitpflege. Ein elementares Paradigma stellt dabei die Anwerbung und Bindung von qualifiziertem Pflegepersonal dar (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Goldgruber et al. 2021: 44; Rappold, Juraszovich 2019: 14, 71). Bei der Entwicklung und Umsetzung denkbarer Initiativen wird häufig die Mitwirkung jeweiliger Expert:innen als fundamental erachtet (vgl. motiv.allianz.pflege 2019; Hilfswerk 23.07.2021). Diese zeigen erhebliche Bereitschaft Ihre Expertise in die Problembekämpfung einfließen zu lassen, was die durchgeführten Interviews ebenso belegen (vgl. Hilfswerk 23.07.2021). Eine Berücksichtigung der aufgezeigten Strukturelemente und Strukturverhältnisse kann überdies dienlich sein. Denn hierbei liegen vielfältige Wechselwirkungen vor, wie die vorangegangenen Schilderungen illustrieren (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Speziell in Kapitel 4 finden sich derartige Verbindungen und Multiplikatoren der Problematik, sowie entscheidende Faktoren.

Für langfristige Optimierungen sind demnach unterschiedliche Vorgehensweisen notwendig, wenngleich Details offenbleiben (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Zwischen den Expert:innen-Interviews sind diesbezüglich eindeutige Parallelen doch auch Reibungspunkte erkennbar. Besonders geteilte Ansätze stellen Potenziale für Verbesserungen, oder zumindest Grundlagen für nötige konstruktive Gespräche zwischen Beteiligten dar (vgl. ebd.; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Zum Teil herrschen allerdings Differenzen über die Angemessenheit bzw. Wirksamkeit von Maßnahmen (bspw. Pflegelehre, Pflegekräftemigration), was Entscheidungen erschwert. Die mitunter gegensätzlichen Ansichten von (konsultierten) Expert:innen verdeutlichen daher die Notwendigkeit der Miteinbeziehung von Betroffenen, also Pflegekräften (vgl. Ex-IV 1; 9; 11; Leichsenring et al. 2015: 15f.). Jedenfalls sind sachliche Diskussionen verschiedener Akteur:innen unerlässlich, um gezielte Kooperationen zu vereinbaren. Das Ergebnis ist hoffentlich eine Verschränkung von Konzepten, in ein umfangreiches Maßnahmenbündel (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Leichsenring et al. (2015: ixf.) identifizieren bspw. drei grundlegende Handlungsebenen auf denen Bemühungen stattfinden müssen, gesellschaftspolitisch, institutionell sowie individuell. Der Interventionsbedarf begrenzt sich damit nicht ausschließlich auf die polit-ökonomische Ebene, nachdem weitere Handlungsfelder gegen die Negativspirale verfügbar und nutzbar sind (vgl. Abbildung 3).

Ein Teil der Verantwortung, Verbesserungen der Rahmenbedingungen im Pflegebereich zu erzielen, liegt etwa bei Pflegekräften selbst (vgl. Leichsenring et al. 2015: x). Indem anwalt-schaftliches Handeln gegen etwaige Missstände eingesetzt oder die Pflgetätigkeit weniger als Berufung aufgefasst wird (vgl. Ex-IV 6; 7; 11; Goldgruber et al. 2021: 42). Die institutionelle Organisation bedarf künftig einiger Anpassungen, bzw. muss das Konzept stationärer Altenpflege allgemein überdacht werden (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11; Goldgruber et al. 2021: 42; Pichler 2021: 16). Außerdem wird ein kollektives Umdenken erforderlich sein, bspw. hinsichtlich des gesellschaftlichen (und politischen) Stellenwerts hilfsbedürftiger Personen (vgl. Ex-IV 1; 4; 9; Lavaud 2021; Hengstschläger 2019). Ferner würde eine gesundheitsfördernde gesellschaftliche Haltung pflegende Angehörige und das formelle Versorgungssystem entlasten (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Demnach besteht individuelle Selbstverantwortung zur gesundheitlichen und sozialen Prävention. Dabei erlauben gezielte Unterstützungsnetzwerke mehr Autonomie, also geringe Abhängigkeit von externer Betreuung (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8). Zumal besonders die Vorbeugung im Alter als vielversprechend angesehen wird, bspw. des Verhaltens oder der Umgebungsverhältnisse (vgl. Riedel et al. 2019: 8f.). (Tertiär-) Prävention wird in Österreich jedoch vernachlässigt und ist dementsprechend schwach ausgeprägt. Mithilfe von Ressourcen, etwa physischer wie auch sozialer Aktivität, ließe sich hierbei die Pflegebedürftigkeit verzögern (vgl. Pichlbauer 2018: 17ff.). Das derzeit vorherrschende »Reparatursystem« ermöglicht stattdessen individuelle Lebensstile ohne Rücksichtnahme, anstatt kollektive Gesundheitskompetenzen zu stärken (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7). Diese Eigenverantwortung zur Gesundheitsprophylaxe muss daher auf gesellschaftlicher, institutioneller sowie politischer Ebene geweckt werden (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6; Marschitz 2022: Ex-IV 8). Ansatzweise passieren zwar Optimierungen trotz der politischen Scheu eine größere Lenkungswirkung zu etablieren, z. B. Risikofaktoren kompensieren oder Anreize zur Gesundheitsförderung setzen (vgl. Marschitz 2022: Ex-IV 8; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Potenziell kann diesbezüglich eine breite Bewusstseins-schaffung über die Fragilität und Relevanz des Pflegesektors förderlich sein (vgl. Zellhofer 2022: Ex-IV 2; Leichsenring et al. 2015: 42). Öffentliche Diskurse sollten aber weniger defizitär ausfallen (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11), was bei eintretenden Verbesserungen der Praxisbedingungen (bspw. reduzierter Arbeitsbelastung) ohnehin passieren dürfte.

Nachdem offensichtlich eine Summe vernetzter Ursachen (siehe Kapitel 2.2 sowie 4) besteht, sind einzelne Lösungsversuche unzureichend (vgl. Meinhart 2019; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 52f.; Ettinger 2022: Ex-IV 4). Vielmehr muss eine koordinierte Gesamtstrategie entwickelt, etabliert und evaluiert werden (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6; Schmidt et al. 2021: 168).

Dafür ist aufgrund der signifikanten Komplexität u. a. der Resort-Zuständigkeiten, zweifelsfrei vernetztes Denken erforderlich (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Die pandemiebedingte Ausnahmesituation ließe sich für maßgebliche Umstrukturierungen im Versorgungswesen nutzen (vgl. Sailer 2021: VII; Lavaud 2021; Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Stelzhammer (2022: Ex-IV 9) nennt hierbei eine Verbesserung der Systemdurchlässigkeit zwischen Versorgungssettings, bspw. mittels Vereinheitlichung und Digitalisierung. Wenngleich Bemühungen in allen Strukturbereichen passieren müssen, stellte sich die polit-ökonomische Dimension als besonders ausschlaggebende heraus. Schließlich sind viele der beschriebenen multiperspektivischen Lösungsansätze nicht ohne politischen Handlungswillen sowie finanzielle Mittel implementierbar (vgl. Ex-IV 1; 4; 9; 10; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 30, 51ff.; Schalek, Schmidt 2022). Weil aussichtsreiche Gestaltungsmöglichkeiten Zusatzkosten verursachen, deren Finanzierung schwierig doch unausweichlich scheint (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6). Die notwendige polit-ökonomische Vorrangigkeit des (Langzeit-) Pflegebereichs kann ggf. durch Anstrengungen aus unterschiedlichen strukturellen Ebenen oder Dimensionen gelingen, bspw. Mikroebene, gesellschaftlich-soziale und öffentlich-mediale Dimension.

5.3. Politische Priorisierung und systemische Anpassungen

An dieser Stelle wird zuletzt das unverzichtbare Erfordernis politischer und systemisch-struktureller Interventionen diskutiert. Zumal sich die Frage aufdrängt, ob in Österreich eine geringe Priorisierung sozialpolitischer Belange unterstellt werden kann. Angesichts der langjährigen Existenz von Herausforderungen und sogar Problemen im Pflegebereich deutet vieles darauf hin (vgl. Krajic et al. 2003: 6ff.; Domke Seidl 21.03.2022; Krajic 2022: Ex-IV 5). Darum gilt es politische Verantwortungsübernahme einzufordern, auf Bundes- sowie Landesebene (vgl. Ex-IV 2; 3; 7; 8; 11). Denn rückblickend sind der Pflegnotstand bzw. dessen Auswüchse weder neuartig noch unbekannt (vgl. Krajic et al. 2003: 6ff.). Einige (stadt-) politische Arbeit wurde infolgedessen bereits geleistet, um den institutionellen Pflegebereich zu entlasten (Strategiearbeit usw.) (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4; Hagedorn 2019: 5ff.). Da Versorgungsleistungen einen zentralen Themenbereich der Gesundheits- und Sozialpolitik darstellen, bei steigenden Anforderungen (vgl. ÖGKV 10.09.2019; Hagedorn 2019: 1). Bislang fehlt jedoch eine Reflexion über die Reichweite und Effektivität gelungener Anstrengungen, zudem ist deren Wirkung oft erst Jahre später nachweisbar (vgl. Rappold 2022: Ex-IV 6; Potzmann 2022: Ex-IV 7).

Bei potenziellen politischen Handlungsoptionen ist die Miteinbeziehung von Expert:innen aus Pflegepraxis und Wissenschaft obligatorisch (vgl. Ex-IV 11; 9; 2; 1; Hilfswerk 23.07.2021; motiv.allianz.pflege 2019). Wenngleich das Pflegereformpaket diesen Eindruck erweckt und

als wichtiger Anfang gilt, sind weitere Initiativen zur Pflegepersonalbedarfsdeckung erforderlich (vgl. Staflinger, Hötzingler 2022; John 2022; Preterebner 2022; Staflinger, Leichsenring 2020). Fachlich existiert überwiegend Einigkeit hinsichtlich notwendiger Lösungsschritte, Detailfragen können bei ausreichender politischer Handlungsbereitschaft geklärt werden (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Viable Empfehlungen zur Problembhebung existieren also durchaus, Krajic (2022: Ex-IV 5) und Zellhofer (2022: Ex-IV 2) orten hierbei aber ebenfalls unzureichende Tatkraft seitens der Politik. Hinzu kommt im Fall der aktuellen Regierung eine mangelnde Kontinuität politischer Postenbesetzung (vgl. ebd.). Eine maßgebliche Barriere gegen Verbesserungen ist die Grundvoraussetzung politischen Willens, für deren Umsetzung (vgl. u. a. Schalek 2022: Ex-IV 10). Doch der Langzeitpflegebereich befindet sich nicht unter den oberen Prioritäten der Regierenden. Durch ansteigenden medialen Druck erlangt das Thema allerdings gesellschaftliche Aufmerksamkeit (vgl. ebd.). Wichtig ist somit ein verstärktes Bewusstsein über die Notwendigkeit wirksamer Gegenmaßnahmen, was politische Prioritätensetzungen verschieben kann (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3).

Tatsache ist, dass Investitionen in den Langzeitpflegebereich unverzichtbar und obendrein gesellschaftlich ertragreich sind (vgl. Krajic 2022: Ex-IV 5; Golla 2022; Bundesarbeitskammer 2020: 2f.; Famira-Mühlberger, Firgo 2018: 30, 51; Dimmel 2012: 28f.; Haim et al. 2022). Sogar gesamtwirtschaftliche Vorteile in mehreren Politikfeldern seien mit dem Ausbau der (formellen) Langzeitpflege erwartbar (vgl. Riedel 2021: 3, 12ff.). Die steuerfinanzierte Schaffung von Pflegeberufen weist zudem eine hohe Wertschöpfung mit dem Faktor 1,7 auf. Wegen der Personalintensivität des Pflegesektors, landen rund 50 Prozent der Nettoausgaben über Steuern und Sozialabgaben wieder im öffentlichen Budget. Ein qualitativer sowie quantitativer Ausbau, also bezüglich der Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzanzahl, wirkt speziell seit Pandemiebeginn unumgänglich (vgl. ebd.: 11, 14). Denn ohne gezielte Weiterentwicklung der öffentlichen Daseinsvorsorge kann die Bewältigung der Versorgungskrise definitiv nicht gelingen (vgl. Dowling 2022). Legistisch ließen sich etwa verbindliche Mindeststandards für die kritische Infrastruktur etablieren (vgl. Domke Seidl 08.09.2022; Gruber 2022; Pichler 2021: 16; Schalek 2018). Dafür ist eine einheitliche Definition von Pflegequalität erforderlich, anstelle unterschiedlicher Grundlagen der Bundesländer (vgl. Gruber 2022). Beispielsweise um einen adäquaten und zeitgemäßen Mindestpersonalschlüssel in ganz Österreich durchzusetzen (vgl. Ex-IV 2; 7; 10; Leichsenring et al. 2015: ix.f.; Schalek 2018; Staflinger, Bauer 2019; Kummer 2022).

Strukturell gesehen sind Finanzflüsse transparenter zu gestalten, dadurch wären vorbildliche Regionen und Institutionen identifizierbar (vgl. Ettinger 2022: Ex-IV 4). Optimierungen hinsichtlich der systemischen Transparenz (z. B. des GBR) erleichtern die Personalbedarfsplanung und Koordination, von Ausbildungen etc. (vgl. Ex-IV 10; 3; 2; Hilfswerk 04.02.2022). Dafür sind jedoch verlässliche Daten sowie harmonisierte Steuerungs- und Planungsgrundlagen erforderlich (vgl. Ex-IV 3; 9; 10; Hilfswerk 06.07.2022). Allgemein werden Vereinheitlichungen im Langzeitpflegesektor empfohlen, etwa des Mindestpersonalschlüssels (vgl. Potzmann 2022: Ex-IV 7; Schalek 2022: Ex-IV 10; Staflinger 2022: 28f.). Ebenso wie ein Überkommen der systemischen Trennung von Gesundheits- und Sozialbereich, bspw. der Finanzierungstöpfen oder Ressorts, durch Strukturreformen. Bestehende Schnittstellen der beiden großen Settings (akut-/ stationäre Versorgung) müssen so zu durchlässigen Nahtstellen werden, um die allokative Ineffizienz zu verringern (vgl. Ex-IV 8; 9; 10; motiv.allianz.pflege 2019; BMASGK 2019: 87). Zumal Kooperation als auch Abstimmung zwischen Pflegeheimen und Akutversorgung die Prävention von Pflegebedarf bzw. Kosteneinsparungen ermöglichen (vgl. BMASGK 2019: 15, 87, 163). Einheitliche Leistungserbringung für Sachleistungen sowie die Berücksichtigung regionaler Aspekte im Finanzausgleich wären weiters sinnvoll (vgl. Riedel et al. 2019: 6; Schmidt et al. 2021: 173f.; DWS 2021: 21).

Zumindest wird eine Vermittlung und Koordinierung sowie gezielte Zusammenarbeit zwischen politischen Zuständigkeitsbereichen nötig sein (vgl. Ex-IV 2; 3; 4; 6; 10; Kummer 2022; Schalek, Schmidt 2022). Darum soll laut aktuellem Regierungsprogramm eine Zielsteuerung die Kooperation zwischen Finanzausgleichspartnern (Bund, Länder usw.) wie auch Ministerien erleichtern (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3; Kummer 2022; Hilfswerk 06.07.2022). Schalek (2022: Ex-IV 10; 2018) schlägt zudem die Nutzung des Pflegefonds vor, um österreichweit einheitliche (Mindest-) Versorgungsstandards bzw. -leistungen zu definieren. Ein Problem stellt nämlich die bislang zu geringe Steuerung mithilfe des besagten Zweckzuschusses dar (vgl. Mazohl 2022). Dieser ließe sich instrumentell z. B. als Pflegegarantiefonds nutzbar machen und dadurch zur bundesweiten Harmonisierung und Vereinfachung beitragen (vgl. Schalek 2018; sowie 2022: Ex-IV 10). Zumal die Dimension des Langzeitpflegebereichs zu groß ist für länderspezifische Rahmenbedingungen, wie Finanzierung oder Berechnungsmodelle. Die Bundesländer lehnen eine Stärkung des Pflegefonds jedoch ab, da ihre Gestaltungsspielräume abnehmen würden (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10; Marschitz 2022: Ex-IV 8). Außerdem sind Systemumstellungen bzw. -anpassungen zeit- und ressourcenintensiv sowie hochkomplex (vgl. Ex-IV 3; 4; 10; Hilfswerk 23.07.2021). Nichtsdestotrotz müssen derartige Anstrengungen zeitnah passieren, um eine andernfalls denkbare Eskalation zu verhindern (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10).

Zwar wird die stationäre Langzeitpflege Wiens in vielen Aspekten positiv eingeschätzt, etwa bezüglich Finanzierung, politischen Zuständigkeiten, Personalausstattung etc. (vgl. Ex-IV 2; 6; 8; 9; 10; 11). Überdies umfassen die dort laufenden Interventionen bereits alle aufgezeigten strukturellen Ebenen (vgl. Kapitel 2.3). Ungeachtet dessen werden auch hier Maßnahmen zur Deckung des zunehmenden (formellen) Versorgungsbedarfs nötig sein (vgl. Pratscher 2022: 172; Rappold, Juraszovich 2019: 4f.; MA 24 2016: 36). Österreichweit wären weitere zentrale Ansprechpersonen für Gesundheits- und Sozialbereich, wie der Wiener Stadtrat Hacker, von Vorteil (vgl. Eder 2022: Ex-IV 11). Zusätzlich benötigt der Gesundheits- und Sozialminister gesamtpolitisch größere Handlungsfähigkeit (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; John 2022). Minister:innen sollten zudem verstärkten Austausch mit Trägerschaften sowie Stakeholdern (z. B. Gewerkschaften) anstreben (vgl. Meichenitsch 2022: Ex-IV 3). Diese und andere vorhandene Lösungsvorschläge sind durch politische Zuständige gezielt und kooperativ umzusetzen, um langfristige Verbesserungen zu erzielen (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10; Golla 2022). Eine herausfordernde Aufgabe, wenngleich die steigende Problemintensität die Chancen dafür erhöht. Denn angesichts der Krisensituation nimmt der öffentliche Druck auf Entscheidungstragende zu und damit hoffentlich die Bereitschaft sich solch langwierigen Optimierungsprozessen zu stellen (vgl. Ex-IV 10; 7; 4; ÖGB 23.08.2022). Hierbei wären Pragmatismus sowie Mut zur Umsetzung evidenzbasierter Lösungen hilfreich und wünschenswert (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9). Wohingegen politische Handlungsversäumnisse äußerst problematisch sind, aber die Realisierung erster Reformschritte erlaubt begrenzten Optimismus (vgl. Schalek 2022: Ex-IV 10). Zumal Sozialminister Rauch sich offenbar für den Langzeitpflegesektor bzw. die Implementierung des Pflegereformpakets einsetzt (vgl. Stelzhammer 2022: Ex-IV 9; Domke Seidl 08.11.2022). Darüber hinaus gilt es existierende strukturelle Barrieren aufzulösen und systemische Anpassungen voranzutreiben.

6. Schlussfolgerungen

Zustände in Österreichs Alten- und Pflegeheimen sind aktuell durchaus erforscht, wie eine Vielzahl an Studien belegt. Der Pflegesektor sowie damit verbundene Herausforderungen erlangen hierzulande also wissenschaftliche, mediale und berufspolitische Aufmerksamkeit. Allerdings bleiben deren basale Hintergründe nur geringfügig untersucht und thematisiert, zumindest gesamtstrukturell betrachtet. Weshalb diese Masterarbeit darauf abzielte, verflochtene Ursachen für den Fortbestand vorherrschender Missstände aufzudecken. Für die teils prekären Rahmenbedingungen im stationären Kontext gibt es nämlich vielfältige Begründungen. Eine davon sowie zugleich ein Resultat ist der sogenannte »Pflegerotstand«. Eben solche und ähnliche defizitäre Diagnosen, wie Pflege-, Versorgungs- oder Care-Krise,

sind keineswegs unumstritten. Dennoch scheint es legitim solch alltagssprachliche Begriffe bzw. politische Schlagwörter in den wissenschaftlichen Diskurs aufzunehmen. Schließlich handelt es sich dabei um einen Ausdruck von bestehenden Schwierigkeiten, der akuten Handlungsbedarf betonen soll. Zumal der erwartbare Rückgang an (potenziellen) Pflegekräften, bei paralleler Zunahme von Versorgungsbedürftigen und -bedürftigkeit die Brisanz der Lage illustriert. Trotzdem ist ein umsichtiger sowie balancierter Umgang mit der Bezeichnung und Thematik ratsam. Abschließend wird daher eine reflektierte Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen intendiert.

Zum ganzheitlichen Verständnis komplexer Sachverhalte wie den strukturellen Zusammenhängen des Pflegenotstandes ist Interdisziplinarität unverzichtbar. Ein derartiger perspektivischer Weitblick wurde hier angestrebt, wenngleich einzelne tote Winkel unvermeidbar sind. So zeigt sich speziell die politisch-ökonomische Dimension als weitgehend intransparent und äußerst vielschichtig (vgl. Kapitel 4.4). Auch diese Forschungsarbeit vermag demnach nur Teilaspekte zu beleuchten, deren Analyse indessen wichtige Erkenntnisse generieren konnte. Frühzeitig kristallisierten sich verflochtene Wirkungsweisen angesichts des vermeintlichen Pflegenotstandes oder dessen Andauerns heraus. Vielseitige Erklärungen, Gegenmaßnahmen sowie Verknüpfungen bezüglich des Phänomens im stationären Langzeitpflegebereich (von Wien) wurden aufgezeigt. Damit bestätigte sich die Eignung der gewählten Methodenkombination zur Identifikation und Untersuchung davon. Vor allem in die Beschreibung struktureller Elemente (vgl. Kapitel 4) und nachhaltiger Problemlösungsansätze (vgl. Kapitel 5) konnte die eigens erhobene Expertise einfließen. Die Meinungen von Expert:innen über Ursachen, systemisch-strukturelle Defizite sowie viable Lösungswege decken sich oftmals, kontrastieren aber vereinzelt. Dementsprechend wurde versucht, einzelne Positionen und Blickwinkel zu berücksichtigen bzw. integrieren.

Eine Vielzahl der beschriebenen Gegebenheiten in den festgelegten Ebenen und Dimensionen beeinflussen einander. Fast alle haben negative Effekte auf die Personalausstattung in stationären Pflegeheimen. Dies erzeugt wiederum Auswirkungen auf die skizzierten Strukturkomponenten, bspw. die medial-diskursive Dimension. Infolgedessen kann das Image der Pflegeberufe bzw. -branche leiden, was die Nachwuchsgewinnung hemmt. Dadurch steigt die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte weiter an, was viele zu einem beruflichen Um- oder Ausstieg bewegt. Besonders kritisch ist also, dass der Pflegepersonalmangel offensichtlich ein selbstverschärfendes Problem darstellt. Hierbei sind mehrere Einflüsse der strukturellen Mikro- bis Makroebene der Langzeitpflege (siehe Kapitel 4.1) erwähnenswert, etwa institutionelle Rahmenbedingungen. So senkt die spezifische mikrostrukturelle Arbeitsorganisation

(hierarchisch, standardisiert, belastend u. Ä.) potenziell die Pflegequalität sowie Attraktivität des Tätigkeitsfeldes. Nachdem der (internationale) Arbeitsmarkt gegenwärtig umkämpft ist existiert jedoch nicht nur Konkurrenz zu anderen Versorgungssettings, deren Bindeglied die Berufsausbildung ist. Auf dieser strukturellen Mesoebene ist eine gegenseitige Be- oder Entlastung erkennbar, zumal formelle Arrangements dieselbe Quelle für Pflegekräfte, Klientel und öffentliche Finanzierung erschließen. Die makrostrukturelle Organisation des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie der Bund-Länder Kompetenzaufteilung weist systemische Defizite auf, wodurch mangelhafte Abstimmbarkeit resultiert. Folglich entstehen vermeidbare Zusatzkosten und -aufwände, die sich mittels gezielter Kooperation beider Leistungs- bzw. Zuständigkeitsbereiche schmälern ließen. Neben diesen angedeuteten polit-ökonomischen Gesichtspunkten, finden sich auch eine gesellschaftlich-soziale und öffentlich-mediale Dimension auf der Makroebene des Langzeitpflegewesens. Die genannten Umstände verstärken einander und tragen so zur Personalknappheit bei, wodurch die Problematik weiter intensiviert wird. Insofern ließen sich wechselseitige strukturelle Verbindungen sowie eine detaillierte Problemstruktur nachweisen (vgl. Kapitel 4).

Doch österreichweit bestehen Unterschiede in der Versorgungssicherheit und -qualität, was eine klare Diagnose bezüglich des Vorherrschens eines Pflegenotstandes kaum ermöglicht. Davon abgesehen gelten eindeutige Herausforderungen im formellen (Langzeit-) Pflegebereich grundsätzlich als unstrittig. Wobei der bereits prävalente Pflegepersonalmangel kurz- bis langfristig die Hauptaufgabe darstellt. Eine Verkettung struktureller Elemente und Interferenzen tragen zu dessen Fortbestehen und Ausweitung bei, sofern keine ausreichend nachhaltigen Interventionen dagegen unternommen werden. Im Wiener Langzeitpflegesystem werden kritische Zustände voraussichtlich ausbleiben, aufgrund frühzeitiger Handlungen auf allen Strukturebenen (bspw. Pflege und Betreuung in Wien 2030). Oft liegt es demnach in der Länderverantwortung die Versorgungssachleistungen zukunftsweisend auf- und auszubauen. Ob dies für die restlichen Bundesländer Österreichs gilt bleibt abzuwarten, hinsichtlich der heterogenen Ausgangslagen. Zumindest deuten mediale Berichte und sogar Skandale gegenwärtig auf einige Schwierigkeiten hin. Immerhin betreffen zahlreiche der diskutierten Probleme andere Bundesländer oder Regionen zumeist sogar noch stärker als Wien, nämlich Systemundurchlässigkeit, komplexe Trennung der Zuständigkeiten sowie Finanzierung. Sollten also maßgebliche systemisch-strukturelle Verbesserungen durchgeführt werden, profitiert die gesamtösterreichische Versorgungslandschaft. Notwendig sind solcherlei Optimierungen angesichts der demografischen Entwicklungen definitiv, ansonsten drohen erhebliche Konsequenzen. Die Intransparenz des dargelegten Phänomenbereichs erschwert aber die Erarbeitung bzw. Verwirklichung erforderlicher Maßnahmen, wie eine zielgerichtete

Steuerung oder Vereinheitlichungen. Systemische Anpassungen müssen überdies den Langzeitpflegesektor selbst als auch dessen polit-ökonomischen Kontext betreffen. In Zeiten von Vielfachkrisen sind politische Prioritätensetzungen jedoch nicht einfach festzulegen. Darum muss die gesamtgesellschaftliche Wichtigkeit eines intakten Langzeitpflegesystems sowie Sinnhaftigkeit dahingehender Anstrengungen und Investitionen akzentuiert werden. Womit zur prägnanten Auseinandersetzung mit der gestellten Unterfrage übergegangen wird.

Besonders in Kapitel 4 wurde also anhand von Überlegungen, verfügbaren Quellen und Erkenntnissen unterschiedlicher Expert:innen eine intrikate Gesamtstruktur dargelegt. Erwartungsgemäß existieren indessen Limitationen bei der Strukturanalyse solch umfangreicher Themengebiete. Nachdem innere Abläufe zwangsläufig unerkant bleiben, bspw. politischer Interaktionen, institutioneller Gegebenheiten sowie weiterer Phänomenbereiche. Hierbei konnte die fachkundige Expertise involvierter Expert:innen die Einblicktiefe bzw. das Strukturverständnis aber erweitern. Einzelne Einflussfaktoren des Pfl egenotstandes sind allerdings umstritten, weshalb vielmehr ein Bündel an problematischen Aspekten als ausschlaggebend zu attestieren ist. Diesbezüglich ließen sich hochkomplexe Verstrickungen erkennen, die bei der erforderlichen Lösungsfindung berücksichtigt werden müssen. Bislang werden Verantwortlichkeiten zwischen strukturellen Akteur:innen verschoben, wenngleich eine lösungsorientierte Zusammenarbeit zielführender wäre. Unzählige viable Strategien hierfür finden sich unterdessen in bisherigen Eindämmungsbemühungen, primär auf die stationäre Langzeitpflege Wiens bezogen (vgl. Kapitel 2.3). Effektive systemisch-strukturelle Verbesserungspotenziale für fast alle erläuterten Strukturelemente sind demnach zur Genüge vorhanden, sie müssen lediglich ergriffen werden. Insbesondere die gegenseitigen Verstärkungen der Herausforderungen über Dimensionen oder Ebenen hinweg sind potenzielle Angriffspunkte, bestenfalls unter Einbindung betroffener Pflegekräfte. Letztendlich besteht großer Handlungsbedarf, an substanziellen Entscheidungen und Umsetzungsschritten vonseiten politischer Verantwortlicher. Zahlreiche Akteurspositionen müssen kooperativ ihre Umsetzungsverantwortung von Gestaltungsmöglichkeiten wahrnehmen, z. B. Finanzausgleichspartner. Ob die notwendige Implementierung einer gemeinsamen politischen Zielsetzung bzw. -steuerung tatsächlich gelingt, ist aber offen. Darüber hinaus liegt es ebenso in der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, Entlastungen für den Langzeitpflegesektor sowie dessen Berufsangehörige zu bewirken. Dies beginnt bei individueller Selbstverantwortung zur gesundheitlichen und sozialen Prävention, was die Versorgungslast mindert. Kollektiv gesehen ist zukünftig also größere Solidarität dem Pflegepersonal gegenüber nötig, etwa um deren eingeschränkte Verhandlungsposition zu stärken zur Optimierung beruflicher Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 5).

Bei der vorliegenden Strukturanalyse finden sich vereinzelt systemische Defizite, die in Summe einen bedenklichen Abwärtstrend ergeben. Insbesondere hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung, Versorgungssicherheit und -qualität in der stationären Langzeitpflege, wie auch anderen Settings. Die Ausmaße des Pflegebereichs erschweren jedoch die Analyse vorhandener Strukturen sowie eine systematische Planung und Steuerung. Aufgrund zahlreicher Verknüpfungen und Überschneidungen ist ein breites Spektrum an Ministerien und Politikfeldern betroffen. Dies wird noch erschwerend ergänzt durch die föderalistische Verantwortungsverteilung in Österreich. Alle besagten Faktoren stellen Hemmnisse für kooperative Anstrengungen dar, die in Anbetracht der prognostizierbaren Zuspitzung unerlässlich sind. Deren Ausgangspunkt könnte die Verbesserung von Rahmenbedingungen für Pflegekräfte sein. Dafür müssen sie selbst, doch auch die Gesellschaft, Trägerschaften, Interessensvertretungen, Medien oder Politik eintreten. Kapitel 5 verdeutlichte diesbezüglich die Nutzbarkeit der aufgezeigten strukturellen Wechselwirkungen. Dennoch liegt weiterer Forschungsbedarf vor, speziell für die Entwicklung und Etablierung nachhaltiger Problemlösungsstrategien. Eine multidisziplinäre Betrachtung der Problematik »Pflegetotstand« macht dabei Sinn, angesichts der hohen systemisch-strukturellen Komplexität. Sowohl des verbesserungswürdigen Langzeitpflegesektors und dessen Verknüpfungen, als auch polit-ökonomischer Kompetenzen und Verantwortungsfelder. Auffällig ist die bislang geringe wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den verstrickten Zusammenhängen unterschiedlicher Pflegearrangements. Obwohl diese Settings des Pflege- bzw. Gesundheitssystems in mehrfacher Hinsicht miteinander verbunden sind, bspw. über Klientel, Finanz- oder Personalressourcen. Möglicherweise bestehen hierbei ebenfalls Verbesserungspotenziale, mithilfe einer holistischen Betrachtungsweise und Bedarfsplanung. Dasselbe trifft zu bei Optimierungen der Datenlage im, sowie Durchlässigkeit zwischen, Gesundheits- und Sozialbereich. Derartige systemische Umstrukturierungen (Vereinfachung, Vereinheitlichung etc.) sind zwar ressourcenintensiv, aber unverzichtbar, um Österreichs Versorgungslandschaft dauerhaft aufrechtzuerhalten.

7. Literaturverzeichnis

- Arbeiterkammer (AK) Wien (2021): Beruf Pflege. Rechte und Pflichten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Besser informiert. 3. überarbeitete Druckauflage, August 2021.
- Auer, Eva; Grieger, Nadine; Wach, Iris (2018): Der Arbeitsmarkt im Bereich der Pflege älterer Menschen. Spezialthema zum Arbeitsmarkt. Arbeitsmarktservice Österreich, Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation.
- Bader, Pauline; Becker, Florian, Demirovi, Alex, Dück, Julia (2011): Die multiple Krise. Krisendynamiken im neoliberalen Kapitalismus. In: Demirovi, A.; Dück, J.; Becker, F.; Bader, P.: Vielfachkrise im finanzdominierten Kapitalismus. VSA: Hamburg. S. 11-28.
- 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. AK Wien.
- Biwald, Peter; Hochholdinger, Nikola; Köfel, Manuel; Gencgel, Marcel; Haindl, Anita (2011): Pflege und Betreuung in Österreichs Städten. Status Quo, Entwicklung und Reformoptionen. Endbericht des KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Brugger, Michael; Hengalova, Rebeka; Stefan, Jana (2021): COVID-19 und die von österreichischen Langzeitpflegekräften wahrgenommenen Stressoren. Globalisierung und Sozialpolitik II. Wirtschaftsuniversität: Wien. https://kompetenz-online.at/wp-content/uploads/2021/05/Pflegekraefte_u_Cov19_deutscheFassung.pdf [12.01.2023]
- Bundesarbeitskammer (2020): Online-Umfrage des BMSGKP über die GÖG: Qualitätsvolle Pflege auch in Zukunft sichern! Brief an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bundesarbeitskammer (2022): Das Gesundheitsberuferegister. Portal der Arbeiterkammern. https://www.arbeiterkammer.at/service/gbr/Das_Gesundheitsberuferegister.html [02.11.2022]
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) (2019): Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege. Ansatzpunkte für Reformen.
- Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2021): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2020. Sozialministerium Wien.
- Business and Science (2022): Strukturanalyse. BAS Business And Science GmbH. <https://business-and-science.de/strukturanalyse/> [18.11.2022]
- Cichocki, Martin; Krajic, Karl; Saupe, Bernhard; Bader, Eva; Neuhold, Christine (2016): Arbeit und Gesundheit in der stationären Altenbetreuung. FORBA-Gespräch zur Arbeitsforschung 2/2016 – 27.4.2016.

- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2021): White Paper zu Pflege Zukunft Wien. https://dachverband.at/wp-content/uploads/2021/06/Whitepaper_Pflege-Zukunft-Wien_v20210518.pdf [16.09.2022]
- Dammayr, Maria (2012): Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung: Das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich. Lucius & Lucius. Arbeit, Vol.21 (4), S. 263-277.
- Dimmel, Nikolaus (2012): Sozialwirtschaft unter Prekarisierungsdruck. Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. WISO 35. Jg. (2012), Nr. 1, S. 27-47.
- Domke Seidel, Christian (08.09.2022): Pflegeskandal in Salzburg: So gefährden Investoren Infrastruktur. Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/pflegeskandal-in-salzburg-investoren-kritische-infrastruktur/> [14.11.2022]
- Domke Seidel, Christian (21.03.2022): Pflege- und Betreuungsnotstand: Weitere Verschärfungen drohen! Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/pflege-und-betreuungsnotstand/> [01.09.2022]
- Domke Seidl, Christian (08.11.2022): Frage des Blickwinkels: Sozialminister Johannes Rauch über sein Budget. Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/budget-sozialministerium-johannes-rauch-interview-inflation-corona-pflege/> [13.11.2022]
- Dowling, Emma (2022): Raus aus der Care-Krise: was jetzt zu tun ist. A&Wblog. <https://awblog.at/raus-aus-der-care-krise/> [13.11.2022]
- Ettinger, Karl (2020): Pflegereform - Sag mir, wo die Pflegekräfte sind. Wiener Zeitung. <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2086902-Sag-mir-wo-die-Pflegekraefte-sind.html> [14.09.2022]
- Ettinger, Karl (2021): „Wir sind schon mitten im Pflegenotstand“. Wiener Zeitung. <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2124933-Wir-sind-schon-mitten-im-Pflegenotstand.html> [07.09.2022]
- Fahimi, Miriam (2021): Neue Sorgekonflikte in Zeiten der Pflegekrise. Digitalisierung der stationären Langzeitpflege und ihre geschlechtertheoretische Verortung. ie.Working Paper No. 11. Institut für Internationale Entwicklung, Universität Wien.
- Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias (2018): Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Auftrag des Hilfswerks Österreich.
- Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias (2019): Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten. WIFO-Monatsberichte, 92(3), S. 149-157.
- Faragheh, Toumaj (03.07.2020): Wenn Pflegearbeit krank macht. ÖGB. <https://www.oegb.at/themen/gesundheit-und-pflege/pflege/wenn-pflegearbeit-krank-macht> [19.09.2022]
- Faragheh, Toumaj (03.05.2022): Demo zum Tag der Pflege. ÖGB. <https://www.oegb.at/themen/gesundheit-und-pflege/pflege/tag-der-pflege> [13.09.2022]

- Faragheh, Toumaj (06.05.2022): Pflegereform: Chronologie des Versagens. ÖGB. https://www.oegb.at/themen/gesundheits-und-pflege/pflege/pflegereform_versagen [12.11.2022]
- Fonds Soziales Wien (FSW) (2020): Evaluierungsbericht zur Maßnahmenplanung Pflege und Betreuung 2030. Mit Standortbestimmung. Im Auftrag von Peter Hacker (Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport).
- Füreder, Bernhard (2005): Strukturelle Ursachen für die Entstehung des Burnout beim Pflegepersonal und dessen Auswirkung auf die Patienten. DGKP Fachbereichsarbeit. Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege: Linz.
- Gewerkschaft GPA (2022): Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich („SWÖ-KV“). Stand 1. Jänner 2023. Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes: Wien.
- Glaser, Jürgen; Seubert, Christian; Hopfgartner, Lisa; Prskalo, Matea; Roose, Daniel (2018): Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung. Bundesarbeitskammer: Wien.
- Glösel, Kathrin (2022): Noch mehr „Mangelberufe“ und Saison-Arbeiter erhöhen den Lohndruck für Fachkräfte. Kontrast.at. <https://kontrast.at/mangelberufe-oesterreich-2022/> [25.11.2022]
- Gnahn, Christine (2022): Die Zukunft der Pflege. Raus aus dem Mangel. Salzburger Nachrichten. <https://karriere.sn.at/karriere-ratgeber/neuigkeiten-trends/die-zukunft-der-pflege-124414696> [24.09.2022]
- Goldgruber, Judith; Hasenbichler, Lydia; Haas-Wippel, Waltraud (2021): Die Zukunft braucht Pflege - die Pflege braucht Zukunft. Springer Vienna: Wien. Procure: Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe, Vol.26 (10), S. 40-43.
- Golla, Markus (2022): AT: Zellhofer: „Keine Euphorie, angebliche Pflegereform nur eine weitere Ankündigung!“. Pflege Professionell. <https://pflege-professionell.at/at-zellhofer-keine-euphorie-angebliche-pflegereform-nur-eine-weitere-ankuendigung> [21.09.2022]
- Greß, Johannes (2022): Die „wahren Leistungsträger:innen“ in der Corona-Krise: Was hat sich seither verändert? Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/die-wahren-leistungstraegerinnen/> [13.11.2022]
- Gruber, Andreas (2022): Pflegeskandal in Salzburg - der Versuch einer Herleitung. Materie. <https://materie.at/gb/pflegeskandal-in-salzburg-der-versuch-einer-herleitung/> [22.10.2022]
- Hagedorn, Jonas (2019): Rezension: Ein großer Wurf! Wie Maria Dammayr das Pflegesystem Österreichs analysiert. (Ethik und Gesellschaft 2/2019: Enhancement). Ökumenische Zeitschrift für Sozialethik.
- Haim, Daniel; Mader, Katharina; Schultheiß, Jana (2022): Beklatschte Systemrelevanz: eine feministische Perspektive auf die kritische Infrastruktur der Daseinsvorsorge. A&Wblog. <https://awblog.at/beklatschte-systemrelevanz/> [15.09.2022]

- Hengstschläger, Markus (2019): Pflegenotstand in Österreich. Es ist 5 vor 12. Ö1 Radiodoktor. <https://oe1.orf.at/programm/20191128/579778/Pflegenotstand-in-Oesterreich> [12.11.2022]
- Hildebrandt, Achim (2015): Experteninterviews. Buchkapitel. In: Hildebrandt, Achim; Jäckle, Sebastian; Wolf, Frieder; Heindl, Andreas: Methodologie, Methoden, Forschungsdesign. Springer Fachmedien: Wiesbaden. S. 241-255.
- Hilfswerk Österreich (04.02.2022): Braucht Österreich ein neues Pflegemodell? Onlineartikel. <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/artikel-detail/news/braucht-oesterreich-ein-neues-pflegemodell> [19.09.2022]
- Hilfswerk Österreich (06.07.2022): Hilfswerk zur Pflegereform. Presseaussendung. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20220706_OTS0154/hilfswerk-zur-pflegereform-lob-fuer-verbesserungen-zweite-etappe-muss-folgen [17.09.2022]
- Hilfswerk Österreich (23.07.2021): Offener Brief zur Pflegereform. Onlineartikel. <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/artikel-detail/news/offener-brief-zur-pflegereform> [02.11.2022]
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2010): Zeitdruck in der Pflege reduzieren. Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.
- John, Gerald (2021): Wenn Pflege fast schon gefährlich ist. Der Standard. <https://www.derstandard.at/story/2000132162419/wenn-pflege-fast-schon-gefaehrlich-ist> [08.09.2022]
- John, Gerald (2022): Diese Pflegereform ist mehr als nur ein weiteres Papierl. Der Standard. <https://www.derstandard.at/story/2000135655848/diese-pflegereform-ist-mehr-als-nur-ein-weiteres-papierl> [27.08.2022]
- Kaiser, Robert (2021): Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. 2. Auflage. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Krainz, Lena (2022): Beschäftigte im Sozial-, Pflege- und Gesundheitsbereich wollen 15 % mehr Lohn – sonst droht Streik. Kontrast.at. <https://kontrast.at/kv-verhandlungen-pflege-2022/> [12.11.2022]
- Krajic, Karl; Nowak, Peter; Vyslouzil, Monika (2003): Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Kummer, Nikolaus (2022): Ausschussbegutachtung 262/AUA betr. „ACHTUNG GESUNDHEIT! – ES IST 5 NACH 12: Gemeinsam fordern wir gute Arbeit und faire Bezahlung für alle im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich“ (Nr. 42/BI); Schreiben des BMSGPK. 4688/SBI XXVII. Stellungnahme an die Parlamentsdirektion.

- Kunze, Eltje (2021): »Negative Nachrichtflut führt dazu, dass sich Menschen nicht mehr beteiligen«. <https://www.bildung.sachsen.de/blog/index.php/2021/06/30/negative-nachrichtflut-fuehrt-dazu-dass-sich-menschen-nicht-mehr-beteiligen/> [02.12.2022]
- Kurier (05.10.2021): Mangel an Pflegekräften: „Man muss von einem Notstand sprechen“. Kurier. <https://kurier.at/chronik/oesterreich/vertreter-von-pflegeheimen-pflegenotstand-bereits-eingetreten/401758737> [08.09.2022]
- Lavaud, Barbara (2021): Care-Arbeit: Frauen entlasten, Jobs schaffen, Geld investieren. KOMPETENZ-online. <https://kompetenz-online.at/2021/02/04/care-arbeit-frauen-entlasten-jobs-schaffen-geld-investieren/> [15.09.2022]
- 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 AK Wien.
- Mairhuber, Ingrid; Allinger, Bernadette (2021): Transnationale Betreuungs- und Pflegekräfte in europäischen Privathaushalten. Endbericht AK Wien, Abt. Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik. Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt: Wien.
- Mazohl, Michael (2022): Flucht aus den Pflegeberufen: Pflerexit droht. Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/pflerexit-pflegenotstand-arbeitsbedingungen-pflege-analyse/> [13.11.2022]
- Meinhart, Edith (2019): Pflegenotstand in Österreich: Was können wir tun? Profil. <https://www.profil.at/oesterreich/zeitbombe-pflege-10696949> [12.11.2022]
- motiv.allianz.pflege (2019): Motivallianz Pflege. Gemeinsame Vorschläge der Allianzpartner zum Thema Pflege für die Gesetzgebungsperiode 2019-2024. <https://www.lhpv.at/download/attachments/46563727/20191211%20Motiv.allianz.pflege%20Punkte%20f%C3%BCr%20Regierungsprogramm.pdf?version=1&modificationDate=1576151483000&api=v2> [02.11.2022]
- NeueZeit Redaktion (01.06.2021): Pflegekrise: Jede 4. Pflegekraft will aufhören. NeueZeit. <https://neuezeit.at/pflegekrise-lohn-freizeit/> [17.09.2022]
- Offensive Gesundheit (2020): Roadmap 2020. Gemeinsame Initiative und Publikation der Offensive Gesundheit, einer Kooperation im Gesundheitswesen.
- Offensive Gesundheit (2021): Gesamtergebnisse der Online-Umfrage „Ich glaub‘, ich krieg‘ die Krise“. Präsentation der Offensive Gesundheit. <https://offensivegesundheit.at/wp-content/uploads/2021/10/Gesamtergebnisse-Online-Umfrage-%E2%80%99Ich-glaub%E2%80%98-ich-Krieg%E2%80%98-die-Krise.pdf> [08.10.2022]
- Österreichischer Gewerkschaftsbund (21.09.2022): Mehr Wertschätzung für Pflegepersonal. https://www.betriebsraete.at/cms/S06/S06_0.b.a/1342591088846/home/beitraege/mehr-wertschaetzung-fuer-pflegepersonal?d=Touch%3B [21.09.2022]
- ÖGB (23.08.2022): Bürgerinitiative „ACHTUNG GESUNDHEIT! -- ES IST 5 NACH 12: Gemeinsam fordern wir gute Arbeit und faire Bezahlung für alle im Gesundheits- und Langzeitpflegebereich“. Offener Brief des ÖGB an die Parlamentsdirektion.

- ÖGKV (10.09.2019): motiv.allianz.pflege lädt zu #BrennpunktPflege. Presseaussendung. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20190910_OTS0053/motivallianzpflege-laedt-zu-brennpunktpflege [29.10.2022]
- ÖGKV (14.07.2022): Offener Brief an die Landesgesundheitsräte und Landessozialräte Österreichs. <https://oegkv.at/aktuelles/offener-brief-an-die-landesgesundheitsraete-und-landessozialraete-oesterreichs/> [05.09.2022]
- ÖGKV (30.08.2022): Scheitert auch diese Pflegereform wieder am Geld? Presseaussendung. https://www.ots.at/amp/pr/OTS_20220830_OTS0026/ [03.09.2022]
- ÖGKV (2022): Position des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes zur Pflege.Zukunft.Österreich. 3. Draft 09.2022. Maßnahmenpapier des ÖGKV.
- ORF (10.11.2021): Landesweiter Protest der Gesundheitsberufe. ORF Onlineartikel. <https://oesterreich.orf.at/stories/3129443/> [13.09.2022]
- Parlament (Republik Österreich) (2020): Was sind 15a-Vereinbarungen? Fachinfos zu aktuellen Parlamentsthemen. <https://fachinfos.parlament.gv.at/politikfelder/parlament-und-demokratie/was-sind-15a-vereinbarungen/> [03.12.2022]
- Pausackl, Christina; Potzmann, Elisabeth (2022): Pflege in Österreich: „Wir haben das Image, dass wir eh jeden nehmen“. Zeit Arbeit. <https://www.zeit.de/2022/22/pflege-oesterreich-reform-gehalt-ausbildung/komplettansicht> [03.09.2022]
- Pellar, Brigitte (2022): Die Geschichte der Pflege. Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/die-geschichte-der-pflege/> [13.11.2022]
- Pichlbauer, Ernest G. (2018): Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.
- Pichler, Erika (2021): Verklärter Blick nach Österreich. Vienna: Springer Vienna. Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ, Vol.62 (5), S. 14-16.
- Pratscher, Kurt (2021): Pflegedienstleistungsstatistik 2020. Statistik Austria. Bundesanstalt Statistik Österreich: Wien.
- Pratscher, Kurt (2022): Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2020. Statistische Nachrichten 3/2022. S. 172-186.
- Premrov, Tamara; Soukup, Nikolai; Wukovitsch, Florian (2022): Teuerungskrise bringt Rückschritte bei der nachhaltigen Entwicklung von Wohlstand und Wohlergehen in Österreich. A&Wblog. <https://awblog.at/wohlstandsbericht-2022-teuerung-bringt-rueckschritte/> [12.12.2022]
- Pretebner, Karl (2022): Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geändert wird (GuKG-Novelle 2022). ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe.
- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Wien.

- Rappold, Elisabeth; Juraszovich, Brigitte; Weißenhofer, Sabine; Edtmayer, Alice (2021): Taskforce Pflege. Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich GmbH: Wien.
- Rechnungshof Österreich (2020): Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes. Rechnungshof Österreich: Wien.
- Remer, Andreas; Staehle, Wolfgang H. (2019): Strukturanalyse. In: Staehle, Wolfgang H.: Personalmanagement. De Gruyter: Berlin, Boston. Vol.6, S. 91-156.
- Riedel Monika; Staflinger, Heidemarie (2022): Migration und Pflegenotstand – ein altes Thema mit neuen Facetten. A&Wblog. <https://awblog.at/migration-und-pflegenotstand/> [14.11.2022]
- Riedel, Monika (2021): Ausbau der Pflege aus gesamtwirtschaftlicher Sicht. Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS). Policy Brief Nr. 1/2021.
- Riedel, Monika; Kraus, Markus; Föbtleitner Sophie (2019): Finanzierung der Langzeitpflege unter Berücksichtigung europäischer Finanzierungsmodelle und die Rolle von Prävention. Studie des „IHS – Institut für Höhere Studien“ im Auftrag des BMASGK.
- Rocard, Eileen; Sillitti, Paola; Llena-Nozal, Ana (2021): “COVID-19 in long-term care: Impact, policy responses and challenges”. OECD Health Working Papers, No. 131, OECD Publishing: Paris.
- Rotter, Alexandra (2022): Geschäftsmodell Pflegeheim. Arbeit&Wirtschaft. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/geschaeftsmodell-pflegeheim/> [13.11.2022]
- Sailer, Gerda (2021): Pflege im Fokus. Herausforderungen und Perspektiven - warum Applaus alleine nicht reicht. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Salzburger Nachrichten (14.06.2021): Auszubildende sehen Pflege-Zukunft negativ. Salzburger Nachrichten. <https://www.sn.at/panorama/oesterreich/auszubildende-sehen-pflege-zukunft-negativ-105191695> [13.09.2022]
- Schalek, Kurt (2018): Die „unsichtbare“ Qualität der Langzeitpflege. A&Wblog. <https://awblog.at/langzeitpflege/> [28.09.2022]
- Schalek, Kurt (2020): Working Paper: Pflegebedarf. Arbeiterkammer Wien, Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik.
- Schalek, Kurt; Fahimi, Miriam (2020): Die Situation der Pflegeausbildungen in Österreich. Endbericht zur Umfrage „Neue Wege in die Pflege“. Ergebnisse der großen AK-Online-Befragung. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.
- Schalek, Kurt; Schmidt, Andrea E. (2022): Pflegereform gut organisiert: Die Lösung liegt so nah. A&Wblog. <https://awblog.at/pflegereform-gut-organisiert/> [02.09.2022]
- Schmidt, Andrea E.; Waitzberg, Ruth; Blümel, Miriam (2021): Langzeitpflege und -betreuung: Über Bedarfsgerechtigkeit und chancengerechten Zugang am Beispiel Österreich. Momentum quarterly, Vol.10 (3), S. 168-175.

- Schmidt, Colette M.; Tomaselli, Elisa (2022): Österreichweiter Aufstand gegen den Pflegenotstand. Der Standard. <https://www.derstandard.at/story/2000135641519/tag-der-pflege-oesterreichweiter-aufstand-gegen-den-pflegenotstand> [09.10.2022]
- Schönherr, Daniel (2021): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. Bericht des SORA Institutes: Wien. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Schönherr, Daniel; Zandonella, Martina (2020): Arbeitsbedingungen und Berufsprestige von Beschäftigten in systemrelevanten Berufen in Österreich. Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index. Institute for Social Research and Consulting.
- Sorz, Uschi; Potzmann, Elisabeth (2022): „Unser Gesundheitssystem steht und fällt mit der Situation der Pflege“. Gespräch mit INGO (Innovation Gesundheit Oberösterreich). <https://www.ingo-news.at/pflege/elisabeth-potzmann-interview.html> [03.09.2022]
- Staflinger, Heidemarie (16.02.2022): Personalberechnung in Alten- und Pflegeheimen: „warm, satt, sauber“ oder „zukunftsfit“? A&Wblog. <https://awblog.at/personalberechnung-in-alten-und-pflegeheimen/> [07.09.2022]
- Staflinger, Heidemarie (2022): Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen - Herausforderungen - Entwicklungsbedarf. Update: Rechtliche Grundlagen in den Bundesländern. AK Oberösterreich: Linz.
- Staflinger, Heidemarie; Bauer, Gudrun (2019): Langzeitpflege zwischen Imagepolitik und zeitgemäßen Rahmenbedingungen. A&Wblog. <https://awblog.at/zeitgemaesse-rahmenbedingungen-fuer-die-langzeitpflege/> [28.09.2022]
- Staflinger, Heidemarie; Gratzner, Alexander (2016): Mindestpersonalschlüssel in der Pflege. A&Wblog. <https://awblog.at/mindestpflegepersonalschluessel-in-alten-und-pflegeheimen-utopie-oder-wirklichkeit/> [12.11.2022]
- Staflinger, Heidemarie; Hötzing, Sophie (2022): Von der Wiege bis zur Bahre – Personal als Mangelware? A&Wblog. <https://awblog.at/von-der-wiege-bis-zur-bahre-personal-als-mangelware/> [15.09.2022]
- Staflinger, Heidemarie; Leichsenring, Kai (2020): Covid-19: Das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem am Limit. A&Wblog. <https://awblog.at/gesundheits-und-pflegesystem-am-limit/> [15.09.2022]
- Statistik Austria (2021): Betreuungs- und Pflegedienste. Pflegedienstleistungsstatistik. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialeleistungen/betreuungs-und-pflegedienste> [14.10.2022]
- Szabo, Susanne (2020): Handlungsempfehlungen zur Abdeckung des künftigen Personalbedarfs in Wiener Pflege und Betreuungseinrichtungen. Masterarbeit Fachhochschule Campus Wien: Soziale Wirtschaft und Soziale Arbeit.
- Thalhammer, Gerald (2012): Auswirkungen der Eingliederung von Pflegepersonen aus dem Ausland in die österreichische Altenpflege am Beispiel des Bundeslandes Wien. Diplomarbeit Universität Wien: IDS-Pflegewissenschaft.

- Trappmann, Mark; Hummell, Hans J.; Sodeur, Wolfgang (2011): Strukturanalyse sozialer Netzwerke: Konzepte, Modelle, Methoden. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- vida (2022): Gute Pflege für alle braucht attraktive Arbeitsbedingungen. https://www.vida.at/cms/S03M/S03_4.5.2.a/1342582213799/kollektivvertrag/gesundheit/meldungen-aus-dem-fb/gute-pflege-fuer-alle-braucht-attraktive-arbeitsbedingungen [07.09.2022]
- vida; GPA-djp; SWÖ (2017): Unterlage zur Pressekonferenz, 4. September 2017, Wien. Gute Pflege für alle braucht attraktive Arbeitsbedingungen! In Kooperation der Gewerkschaft vida, GPA-djp und Sozialwirtschaft Österreich.
- Wetterich, Cita; Plänitz, Erik (2021): Systematische Literaturanalysen in den Sozialwissenschaften. Eine praxisorientierte Einführung. Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto.
- Wiener Heimkommission (2020): Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtskommission eingerichteten Wiener Heimkommission 2020. WHK: Wien.
- Wiener Zeitung (20.10.2021): Pflegekräfte wollen nicht mehr. Wiener Zeitung. <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/wien-politik/2125218-Pflegekraefte-wollen-nicht-mehr.html> [07.09.2022]
- Wittmayer, Julia; Hölscher, Katharina (2017): Transformationsforschung. Definitionen, Ansätze, Methoden. Texte 103/2017. Umweltbundesamt: Dessau-Roßlau.

8. Anhang

Anhangsverzeichnis

Interviewleitfaden der Expert:innen-Interviews	79
Überblick der Expert:innen-Interviews.....	81
Danksagung.....	82

8.1. Fragebogen der Expert:innen-Interviews

Interviewleitfaden der Expert:innen-Interviews

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zu diesem Expert:innen-Interview, über die strukturellen Zusammenhänge des Pflegenotstandes in der Wiener Langzeitpflege. Dieses Gespräch würde ich mit Ihrer Zustimmung gerne aufzeichnen, zur späteren Auswertung. Ihre Angaben werden folglich in Verbindung mit Personendaten wie Name, Beruf, Organisation usw. stehen. Wäre es daher in Ordnung für Sie, wenn ich die Inhalte dieses Interviews im Rahmen meiner Masterarbeit verwende? Könnten Sie zunächst einige zentrale Informationen zu Ihrer Person, Organisation und Tätigkeit preisgeben?

Danke sehr, nun noch zum groben Ablauf des bevorstehenden Interviews. Beginnen möchte ich mit einer offenen Einstiegsfrage. Nehmen Sie sich für die Beantwortung ruhig Zeit, ich möchte dadurch versuchen Ihre Einschätzung bzw. Ansichten kennenzulernen. Daraufhin folgen dann spezifischere Fragen zu dem Thema, auch hier gilt, dass Sie gerne mit Ihren Erfahrungen ausschweifen können. Lassen Sie also bitte Ihre spezifische fachliche Expertise sowie persönliche (Praxis-) Erfahrungen einfließen. Ich würde überwiegend bei Unklarheiten nachfragen, bzw. unterbrechen.

Sie haben bereits bei der Kontaktaufnahme von den fünf Dimensionen erfahren, die ich als maßgeblich für das Fortbestehen des Pflegenotstandes erachte (systemintern, polit-ökonomisch, gesellschaftlich-sozial, öffentlich-medial sowie kontextuell). In welchen Bereichen würden Sie Ihre persönliche Expertise verorten? Allenfalls kann ihr spezifisches Fachwissen mir tiefe Einblicke sowie mögliche Querverbindungen aufzeigen, darum folgt nun der Hauptabschnitt des Interviews. Falls es noch Fragen oder Wünsche Ihrerseits gibt, können wir diese gerne zuvor noch abklären.

Leitfaden-Fragen zu relevanten Themenaspekten

- **Verständnis der Thematik / Problematik**

1. Was verstehen Sie unter dem Pflegenotstand / der Pflegekrise, in Bezug auf stationäre Langzeitpflege?
 - Kann dieser grundsätzlich für den Wiener Langzeitpflegebereich attestiert werden?
2. Wo liegen, Ihrer Meinung nach, die Hauptursachen für die Entstehung dieses Problems?

- **Bewusstsein / Wissen über Gegenmaßnahmen**

3. Welche Maßnahmen zur Bekämpfung der Ursachen bzw. des Ausmaßes vom Pflegenotstand stehen, oder standen, zur Verfügung?
4. Gab es Ihres Wissens bereits (erfolgreiche) Bemühungen zur Reduktion des Pflegenotstandes?
 - Falls ja, welcher Art? (bspw. Pflegekräftemigration)

- **Fachmeinung zu den strukturellen Ursachen**

5. Welche strukturellen Faktoren verhindern Verbesserungen, bzw. haben positive Veränderungen im Langzeitpflegebereich bisher verhindert?
 - Würden Sie noch weitere Dimensionen zu den fünf erarbeiteten ergänzen?
6. Welche zentralen Eckpfeiler und Wirkzusammenhänge für den Fortbestand des Pflegenotstandes gibt es aus Sicht Ihrer Organisation / Tätigkeitsfeld?

- **Einschätzung zur Problemlösung**

7. Was muss passieren, um die Problematik nachhaltig, also langfristig zu entschärfen?
8. Wie können Hindernisse solch potenzieller Lösungswege abgeschwächt werden?

- **Jeweilige spezifische Expertise**

- spezifische Fragen, je nach Expertise / Tätigkeitsbereich - Dimensionen berücksichtigt.
- **FSW** bspw. Expertise im Bereich der Pflegefinanzierung, politische Praxis im (Langzeit-) Pflegebereich usw. [- **dieser Abschnitt wurde jeweils angepasst an das Fachwissen**]

Wurde ein für Sie relevanter Aspekt außer Acht gelassen, oder würden Sie gerne noch etwas ergänzen bzw. hinzufügen? Jedenfalls bedanke ich mich recht herzlich für Ihre wertvolle Zeit und die sachdienliche Unterstützung. Sie leisten mit diesem Interview einen äußerst wichtigen Beitrag zu meiner Masterarbeit. **Vielen Dank! [+ Kontaktinformationen]**

8.2. Überblick getätigter Expert:innen-Interviews

Überblick der Expert:innen-Interviews

(Interviewt hat ausschließlich der Verfasser: Markus Augustin)

1. Interview, vom 03.10.2022 – Ex-IV 1

Frau Hammerer und Frau Allmer - Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft

2. Interview, vom 06.10.2022 – Ex-IV 2

Herr Zellhofer - Fachgruppenvereinigung – Österr. Gewerkschaftsbund (ÖGB/ARGE-FGV)

3. Interview, vom 10.10.2022 – Ex-IV 3

Frau Meichenitsch - BMSGPK, Leiterin der Abteilung IV/B/13

4. Interview, vom 11.10.2022 – Ex-IV 4

Herr Ettinger - Wiener Zeitung

5. Interview, vom 13.10.2022 – Ex-IV 5

Herr Krajic - Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA)

6. Interview, vom 17.10.2022 – Ex-IV 6

Frau Rappold - Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

7. Interview, vom 18.10.2022 – Ex-IV 7

Frau Potzmann - Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)

8. Interview, vom 24.10.2022 – Ex-IV 8

Herr Marschitz - Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ)

9. Interview, vom 25.10.2022 – Ex-IV 9

Frau Stelzhammer - Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (DWS)

10. Interview, vom 27.10.2022 – Ex-IV 10

Herr Schalek - Arbeiterkammer (AK) Wien

11. Interview, vom 27.10.2022 – Ex-IV 11

Frau Eder - Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

Danksagung

Diese letzte Seite ist all jenen gewidmet, die zur Erstellung meiner akademischen Abschlussarbeit beigetragen haben. Insbesondere bin ich den zwölf Expert:innen zu Dank verpflichtet, die sich zu einem Interview bereit erklärt haben. Ohne deren Fachwissen wären wohl viele bedeutsame Aspekte, im Zusammenhang des Forschungsinteresses, unbeleuchtet geblieben. Die Bereitwilligkeit Ihre wertvolle Zeit im Sinne der Wissenschaft zu opfern ist keineswegs selbstverständlich. Ich hoffe, dass die daraus entstandenen Erkenntnisse zu einer realen Entlastung im (stationären Langzeit-) Pflegebereich beitragen können.

Weiters gilt es Herrn ao. Univ. Prof. Dr. August Österle zu danken, der diese Masterarbeit mit seiner themenbezogenen Expertise betreut hat. Seine fachkundige Unterstützung sowie langjährigen Erfahrungen in dem Forschungsbereich waren ebenso unverzichtbar. Er half mir besonders im späten Verlauf des Entstehungsprozesses mit hilfreichen Empfehlungen.

Zum Abschluss gebührt meiner Partnerin großer Dank, die stets eine unglaubliche Stütze darstellt. Dies gilt für die gesamte akademische Laufbahn, begrenzt sich aber nicht darauf.

Bei Ihnen allen möchte ich mich hiermit herzlich bedanken!