



# „ICH FÜRCHTE MICH DAVOR, WÜRDE DIE SITUATION NOCH PREKÄRER WERDEN“

Woran es in der Pflege krankt, welche Funktionen die Pflegewissenschaft zu erfüllen hat und wie es sich mit dem vielzitierten Pflegenotstand verhält, darüber haben wir uns mit Universitätsprofessor Gerhard Müller, Leiter des Departments Pflegewissenschaft und Gerontologie an der UMIT Tirol, unterhalten.

INTERVIEW & FOTOS: MARIAN KRÖLL

**ECO.NOVA:** Ich kann mir vorstellen, dass Sie die Frage schon ein paar Mal gehört haben: Warum braucht die Pflege eine eigene Wissenschaft? **GERHARD MÜLLER:**

Diese Frage kann ich schon gar nicht mehr hören. Man muss sich fragen, warum sie noch immer gestellt wird, obwohl es das Fachgebiet in Österreich seit drei Jahrzehnten gibt und in anderen Ländern seit über 100 Jahren. Wir sind eine eigene Profession, die darauf bedacht ist, dass die Tätigkeiten, die in diesem Rahmen ausgeübt werden, auf einer Befähigung beruhen. Pflegepersonen brauchen in der Praxis das Wissen aus der Pflegewissenschaft, um ihrer Verantwortung, die bestmögliche Pflege anbieten zu können, gerecht zu werden.

**Wie transferiert die Pflegewissenschaft ihr Wissen in die Praxis?** Auf unterschiedlichen Wegen, aber lassen Sie mich nur drei von vielen nennen: Einerseits über Leitlinien, über sogenannte HTAs, Health Technology Assessments – das sind systematische, evidenzbasierte Bewertungen medizinischer Verfahren und Technologien im Hinblick auf deren Effekte auf die Gesundheitsversorgung – oder über Expertenstandards. Danach richten sich die Pflegepersonen in ihrer praktischen Tätigkeit. Die Ausübung der pflegerischen Tätigkeiten nach dem letzten Stand der Wissenschaft für diplomierte Pflegepersonen ist zudem gesetzlich verankert.

**Es gehört also zu den Kernaufgaben Ihrer Wissenschaft, die Standards in der Pflege hochzuhalten und weiterzuentwickeln. Ist es schwierig, dieses theoretische, von Ihrer Disziplin vorgegebene Niveau in der Praxis zu erreichen und zu halten?** Inwieweit diese Standards in die Praxis durchdringen, hängt immer davon

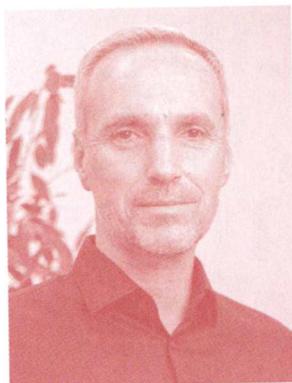
**„DIE PFLEGEPERSONEN SIND KÖRPERLICH UND PSYCHISCH AM ENDE. DIE GEWINNER IM GESUNDHEITSSYSTEM SIND WIR NICHT.“**

**GERHARD MÜLLER**

ab, wie sie in den Organisationen – etwa im Krankenhaus – gelebt werden. Gewähren können wir das nicht. Wie eine Qualitätssicherung in der Pflege funktionieren kann, ist in der Pflegewissenschaft bekannt und wird interdisziplinär diskutiert. Wir haben aber auch kein Patentrezept, weil Menschen glücklicherweise Individuen

sind, mit denen wir arbeiten dürfen. Die Frage ist immer, ob die Pflegeperson in den unterschiedlichen Situationen am Individuum mit den Ressourcen, die zur Verfügung stehen, das leisten kann, was sie kann und darf. Da wird es manchmal Abstriche geben müssen. Es ist mir wichtig, dass die Pflegepersonen ihr Handeln reflektieren. Diese Kunst, nachzudenken und ganz genau hinzusehen, muss in der Praxis noch mehr Raum bekommen.

**Reflexion ist wichtig, keine Frage. Sie braucht aber Zeit und manchmal auch Anleitung, etwa als Supervision. Geht sich das im „Tagesgeschäft“ – Stichwort Pflegenotstand – überhaupt aus?** Wir erleben gerade einen Umbruch, weg von gewohnten, eingefahrenen und mitunter unreflektierten Praktiken. Die Praxis muss neu gedacht werden, es braucht einen Systemwechsel. Dieser Wandel ist schwierig und gerade im Laufen. Viele Aufgaben, mit denen sich Ärzte im Krankenhausalltag befassen müssen, könnten eigentlich von diplomierten Pflegepersonen übernommen werden. Das sind fast schon Rituale, die nicht hinterfragt werden. Es braucht auch keinen Arzt, um eine erhöhte Temperatur festzustellen und zu dokumentieren. Wir brauchen neuere, effizientere Abläufe. Das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonen muss neu verhandelt werden. ▶



**„WIR BRAUCHEN NEUERE,  
EFFIZIENTERE ABLÄUFE. DAS  
VERHÄLTNISS ZWISCHEN ÄRZTESCHAFT  
UND PFLEGEPERSONEN MUSS NEU  
VERHANDELT WERDEN.“**

GERHARD MÜLLER

72

**Die Ärzteschaft hat eine funktionierende Lobby, beim Pflegepersonal ist die nicht annähernd im selben Ausmaß wahrnehmbar. Ausbildungsbedingt gibt es zwar objektiv ein hierarchisches Gefälle, aber muss sich die Pflege stärker von den Ärzten emanzipieren?** Die Lobby der Ärzte würde jede Berufsgruppe gerne haben. Die Pflege muss sich aber definitiv emanzipieren. Ärzte haben nichts anderes als ein Diplomstudium absolviert. Traditionell bekommen Mediziner aber einen Dokortitel dafür. In der wissenschaftlichen Expertise ist die Pflegewissenschaft höher anzusiedeln, weil Mediziner keine Wissenschaftler sind. Pflegepersonen schließen mit dem Bachelor ab, können aber einen Master und ein anschließendes Doktorat machen. Es gibt einige wissenschaftliche Projekte, bei denen wir mit Medizinerinnen zusammenarbeiten, etwa beim Forschungszentrum VASCage. Es geht nicht nur um Emanzipation, sondern auch um Imagepflege. Und eine solche beginnt bei jeder einzelnen Pflegeperson. Ich muss nicht warten, bis jemand für mich eintritt, sondern ich beginne selbst damit, Imagepflege zu betreiben. Wir müssen als Pflegepersonen von innen heraus zu einem neuen Selbstbewusstsein kommen. Applaudieren ist zwar nett, aber damit kann man keine Rechnungen bezahlen.

**Der Pflegenotstand ist ein wiederkehrendes Motiv in sämtlichen Diskussionen ums Thema. Haben wir einen solchen und falls ja, wie gravierend ist er?** Wir

hatten vor der Coronakrise schon einen Pflegenotstand und der ist in der massivsten Krise, die wir zu unseren Lebzeiten erleben mussten, nicht besser geworden. Die Pflegepersonen sind körperlich und psychisch am Ende. Die Gewinner im Gesundheitssystem sind wir nicht. Es wäre höchst an der Zeit, daraus zu lernen und mit gewissen Dingen im österreichischen Gesundheitssystem aufzuräumen.

**Was kann man gegen diesen Notstand unmittelbar tun? Pflegekräfte wachsen auch nicht auf Bäumen.** In den Medien ist immer wieder von der Pflegelehre die Rede. Das ist sicher kein Allheilmittel, weil sie lediglich die Pflegeassistenten betrifft. Wir können aber mit dieser einjährigen Ausbildung prinzipiell viele Menschen binnen kurzer Zeit ausbilden. Die sogenannten Pflegefachassistenten könnten auch relativ schnell ausgebildet werden, bei diplomierten Pflegepersonen, die nach dem Bachelor in die Pflege gehen, dauert die Ausbildung eben mal drei Jahre. Alles, was in diese Richtung unternommen wird, ist positiv. Man sollte sich die Pflegelehre ansehen und nach einer gewissen Zeit bewerten, ob sie funktioniert. Sie nicht auszuprobieren, wäre in der Situation fatal. Ich bin auch dafür, die Diplomierten aufzustocken, dabei aber die Qualität keinesfalls aus den Augen zu verlieren. Es braucht zudem Lösungen für die Menschen, die Pflegebedarf haben und aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die Angehörigen kennen sich oft nicht aus, da

braucht es Beratung durch Pflegepersonen. Es braucht Personen in den Gemeinden, die Ansprechpartner für pflegespezifische Fragestellungen sein können. Das können sogenannte Community Nurses leisten.

**Gibt es das Modell in Österreich schon?**

Derzeit wird vor allem auf politischer Seite zwar viel davon geredet, es sind aber noch viele Fragen offen, auch was die Finanzierung betrifft. Primärversorgungszentren, die als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem fungieren sollten, können nur von Ärzten eingerichtet werden, obwohl das andere Berufsgruppen genauso können sollten. Meistens ist auch keine Pflegeperson im Primärversorgungszentrum vorgesehen. Laut Definition sind das keine Primärversorgungszentren, sondern nichts anderes als Gruppenpraxen. Bis 2030 braucht es Anlaufstellen für Pflegefragen, sonst wird das System kollabieren. Mit Community Nurse und Primärversorgungszentren, welche die Pflege berücksichtigen, kann man den intramuralen Bereich entlasten, die Ströme kanalisieren und zielgerichtet und nahe am Bedarf der pflegenden Angehörigen beraten. Andernfalls verzweifeln die Angehörigen, organisieren sich von irgendwoher eine 24-Stunden-Kraft oder geben den Elternteil, die Frau oder den Gatten ins Pflegeheim. Und das werden wir uns bald nicht mehr leisten können.

**Ein weiterer massiver Ausbau der Plätze in Wohn- und Pflegeheimen dürfte eine sehr teure Lösung sein, sofern er denn überhaupt machbar ist.** Ja, und das ist auch ein massiver Widerspruch zum politischen Bekenntnis „ambulant vor stationär“. Es wird Zeit, dass diesem Bekenntnis Taten folgen. Wir haben nämlich nach wie vor sehr viele Bewohner in den Pflegeheimen, die eigentlich lieber zu Hause, in den eigenen vier Wänden gepflegt werden würden. Natürlich kommt noch erschwerend die gesellschaftliche Tendenz dazu, dass Kinder aus dem Familienverbund ausziehen. Großfamilien gibt es kaum mehr. Es fehlt ehrlich gesagt auch an den Anreizen, die eigenen Eltern möglichst lange zu Hause zu betreuen.

**Wie kann ein solcher Anreiz aussehen?**

Der erste Schritt kann sein, dass es in der Gemeinde eine Pflegeperson gibt, die einem durch das System hilft und zeigt, wohin man sich für welche Angelegenheit wenden kann, den konkreten Pflegebedarf erhebt und Empfehlungen ausspricht. Es geht auch



darum, die Angehörigen zu entlasten, ihnen notwendige Auszeiten von der Betreuung zu ermöglichen. Beispielsweise zu ermöglichen, dass die pflegenden Angehörigen in Urlaub fahren können in dem Wissen, dass ihre pflegebedürftigen Eltern in dieser Zeit gut versorgt sind. Das kann in der Übergangspflege in einem Heim sein oder durch eine Vertretung. Diese Angebote gehören ausgebaut.

#### **Ist eine vollständige Professionalisierung der Pflege, also ein kompletter Verzicht auf die Angehörigenpflege, illusorisch?**

Das ist absolut unrealistisch. Es gibt 800.000 Menschen im Land, die ihre Angehörigen pflegen, davon 70 bis 80 Prozent Frauen, die älter als 69 Jahre sind. Diese pflegenden Angehörigen müssen wir schützen und entlasten, aber wir können sie nicht ersetzen. Wir müssen erkennen, dass diese Laienpflege ein Fulltime-Job ist, und sie monetär anerkennen. Hier werden große gesellschaftliche Leistungen erbracht.

**Was halten Sie aus pflegewissenschaftlicher Sicht von der 24-Stunden-Betreuung?** Das Phänomen muss man eher aus soziologischer und ökonomischer und nicht so sehr aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachten. Die Pflegepersonen, die in der 24-Stunden-Betreuung tätig sind, sind in ihren Herkunftsländern sicher gut aus-

gebildet. Da geht es rein um die Grundpflege vor Ort, aber keine tiefen Kompetenzen, wie sie etwa eine diplomierte Pflegekraft besitzt. Eine 24-Stunden-Betreuung muss auch beraten und kontrolliert werden, damit keine Fehler passieren. Es bräuchte eine bessere Qualitätssicherung. Ein weiteres Problem ist, dass die 24-Stunden-Kräfte in ihren Herkunftsländern fehlen. Damit lösen wir möglicherweise unsere Pflegeprobleme. Überall dort, wo es eine Überalterung der Gesellschaft gibt, stehen wir vor denselben Problemen.

#### **Menschliche Ressourcen sind begrenzt.**

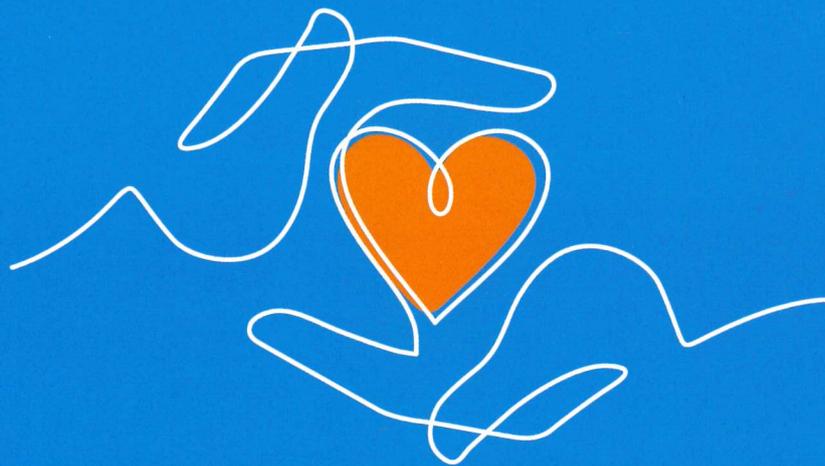
**Was kann der Fortschritt in der Robotik für die Pflege leisten?** Die Robotik sehe ich als reine Unterstützung der Pflegepersonen, sie kann die Pflege durch den Menschen nie ersetzen. Nicht einmal die Körperpflege und erst recht nicht die zwischenmenschliche Beziehung. Es werden auch nicht Pflegeroboter auf den Stationen herumfahren und menschliche Kräfte ersetzen. Dieses Szenario wird aus technischer Sicht nie realisiert werden können. Als simples Hilfsmittel kann die Robotik allerdings zukünftig sehr wohl fungieren. Mit der künstlichen Intelligenz werden wir Daten in Zukunft effizienter zusammentragen und auswerten können. Die KI kann lernen, die Daten miteinander in Beziehung zu setzen und aussagekräftig zu machen.

**Welche konkreten Anreize müssen gesetzt werden, um mehr Menschen in die Pflege zu holen?** Anreize monetärer Art sind wichtig, aber nicht das Einzige. Viele junge Menschen wollen nicht 100 Prozent, sondern 75 oder 50 Prozent arbeiten. Es braucht flexiblere Arbeitszeitmodelle, weil Life-Work-Balance ein zunehmend wichtiger Punkt ist. Das ist nachvollziehbar, weil es Zeit braucht, psychisch belastende Arbeitssituationen zu verarbeiten. Wir müssen größere Anstrengungen unternehmen, um Menschen in die Pflege zu holen, und viele Dinge ausprobieren. Allerdings halte ich nichts davon, automatisch alle Arbeitsuchenden in die Pflege zu schicken. Das ist dem Image nicht unbedingt zuträglich. Wir müssen und dürfen die Qualität gegenüber der Quantität nicht vernachlässigen. Ein Anreiz könnte sein, die Praktikumszeiten in der Ausbildung zu einem Pflegeassistentenberuf zu bezahlen oder überhaupt – wie es bei den Polizeischülern der Fall ist – die gesamte Ausbildung hindurch zu bezahlen.

**Was würden Sie sich für die unmittelbare Zukunft wünschen?** Einen angemessen differenzierten Blick auf die vielfältige Pflege.

**Wird die Situation noch prekärer, bevor sie besser wird?** Ich hoffe ehrlich gesagt, dass sie nicht mehr prekärer wird, als sie bereits ist, und fürchte mich davor, wenn sie noch prekärer werden würde. ■

# Pflege FALL



**BEZIEHUNGSSTATUS:** ES IST KOMPLIZIERT.

**ALTERSGERECHT ALTERN.** Ruf nach neuen Strategien  
**VORSORGE:** Das Alter ist zum Tanzen da  
**BEZIEHUNGSPFLEGE:** Warum wir andere brauchen  
**WALK OF FAME:** Tiroler Jungunternehmerpreis