



BILD: SNI/SPOTMATAK/FOTOLIA

Wissen schafft Pflege

An der Paracelsus-Universität geschieht Ungewöhnliches: Es soll nun auch gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Medizin- und Pflegewissenschaftsstudenten geben.

ILSE SPADLINEK

Diese Bemühungen sind einzigartig im deutschsprachigen Raum, sie unterstreichen die Bedeutung der Zusammenarbeit und die mögliche zukünftige Aufgabenverteilung zwischen Pflege- und Arztberuf am Krankenbett. Vor über acht Jahren ist an der PMU das Institut für Pflegewissenschaft und -praxis gegründet worden, neben den erfolgreichen Bachelorstudiengängen (2-1-Modell Pflege und dem vom Kulturamt der Stadt Salzburg prämierten Onlinestudium Pflegewissenschaft) hat im Vorjahr der berufsbegleitende Masterstudiengang mit 25 Studierenden begonnen. Institutsvorstand Jürgen Osterbrink ist ein unermüdlicher Kämpfer für die Akademisierung der Pflege und für deren Anerkennung: stark in der Argumentation, stark die Stimme, beeindruckend die knappen zwei Meter Körpergröße – schon deshalb ist ein Gespräch auf Augenhöhe mit ihm eine Herausforderung.

UN: Es wird immer wieder darüber diskutiert, ob man in der Pflege wirklich mehr akademisierte Kräfte braucht – wozu brauchen wir sie also?
Osterbrink: Es ist absehbar, dass die Menschen immer älter werden, dadurch kommt es in Europa zu einem massiven Anstieg chronischer Erkrankungen und es wird mit Sicherheit zu einem Versorgungsgengpass kommen. Das bedeutet auch einen massiven Anstieg von Patienten in Krankenhäusern, mit wesentlich höherem Betreuungsaufwand. Dabei stellen wir jetzt schon fest, dass die Anzahl von Pflegenden und Ärzten immer geringer wird. Durch die neuen technischen Möglichkeiten bei Diagnose und Therapie wird die Ausbildung von Pflegenden zusätzlich zu einer komplexeren Aufgabe, die weit über den Dienst am Krankenbett hinausgeht.

UN: Als Universitätsprofessor und Pflegewissenschaftler legen Sie trotzdem Wert darauf, den Beruf als Pfleger von der Pike auf gelernt zu haben. Was hat bei Ihnen diesen Weg von der Praxis zur Theorie ausgelöst?
Das ist nicht voneinander zu trennen, es heißt ja auch Institut für Pflegewissenschaft und -praxis. Und zu meinem Weg: Es sind immer Menschen, die Menschen beeinflussen. Bei mir war es so, dass ich für ein Jahr bei Ärzte ohne Grenzen in Äthiopien

gearbeitet habe. Ich kam aus einer High-tech-Klinik in Deutschland und habe in Äthiopien noch einmal neu gelernt, mit meinen Händen und anderen Sinnen zu arbeiten. Dort habe ich Kolleginnen und Kollegen aus Skandinavien, England und den USA getroffen, die ein Masterdegree hatten, das es Mitte der Achtzigerjahre in Deutschland schlichtweg noch nicht gab. Ich war ungemein davon beeindruckt, wie sie es schafften, eine Praxisdisziplin wie die Pflege theoretisch untermauert und begründbar zu formulieren und diese Theoriebasierung auch praxisnah zu leben.

UN: Gibt es eigentlich eine klare Grenze, wo ärztliches Handeln und pflegewissenschaftliches Handeln beginnt bzw. aufhört?

An sich gibt es hier klare gesetzliche Regelungen, aber in gewissen Bereichen mag es auch Grauzonen geben. Die Zeit, wo jedes Wehwehchen im Krankenhaus versorgt werden kann, ist jedenfalls vorbei. Aber auch der Hausarzt als Einzelversorger für 24 Stunden an 365 Tagen entspricht nicht mehr einer zeitgemäßen Behandlung. Wir haben, wie gesagt, durch die Zunahme an Vielfacherkrankungen bei immer älter werdenden Menschen einen veränderten und höheren Betreuungsaufwand. Man muss daher Versorgung neu denken und die Kunst des effektiven Zusammenarbeits zwischen den beteiligten Berufsgruppen neu lernen, damit auch morgen noch eine optimale Versorgung in Stadt und Land möglich ist.

UN: Heißt das, der Arzt soll Kompetenzen abgeben und die Pflege mehr Kompetenzen übernehmen? Provokant formuliert: Arzt oder Ärztin stellen die Diagnose und die Pflegewissenschaft behandelt die Krankheit?

Ich formuliere es anders: Der Arzt stellt die Diagnose und legt die Therapie fest und die Pflege bringt ihre gewonnene Expertise im Follow-up ein und übernimmt die Betreuung im engen Schulterschluss mit den Ärzten. Ein Beispiel: Wir erleben in Österreich eine massive Zunahme der Lungenkrankheit COPD. Bisher ist es so, dass die Patienten immer kurzfristigere Krankenhausaufenthalte haben, die nicht nur für die Betroffenen selbst belastend, sondern auch für das Gesundheitssystem extrem teuer sind. Wir haben nun ein Forschungsprojekt beantragt, in dem wir gemeinsam mit dem PMU-Institut für Allgemeinmedizin und der Universitätsklinik für Pneumologie ge-

nau das versuchen: Ärzte diagnostizieren und legen die Therapie fest, wir bilden COPD-Nurses aus, die dann die Betroffenen und ihre Angehörigen unterstützen. Es besteht ein ständiger Kontakt zum Haus- oder Facharzt, was besonders dann zum Tragen kommt, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert. So gewinnen alle.

UN: Wie spannt sich denn überhaupt der Bogen Master – Bachelor – Pflegehilfskraft?

Beim Bachelor gilt es zunächst eine wissenschaftliche Fundierung zu legen, man setzt sich mit einem Thema vertiefend und literaturbasiert auseinander. Im Master geht es um Forschungsarbeiten mit klinischer Bedeutung und im Doktorat greift man noch tiefer ein und beantwortet komplexe Fragestellungen möglichst interprofessionell. Wenn wir den Bogen zur Pflegehilfskraft spannen, so werden hier Basisarbeiten von Pflegenden durchgeführt, die über eine kurz dauernde Ausbildung verfügen, aber dennoch eine Perspektive in einem krisensicheren Beruf haben. Der Bachelor würde zum Beispiel Teamleitung und somit Verantwortung für bestimmte Aufgabenbereiche übernehmen, am Beispiel COPD chronisches Wund- oder Schmerzmanagement. Master würden gewährleisten, zu einer beweisgestützten Pflege in einem ständigen qualitätssichernden Prozess – zum Beispiel durch vergleichende Fragestellungen oder Best-Practice-Modelle – im Krankenhaus immer das Bestmögliche zu erreichen.

UN: Welche inhaltlichen und strukturellen Maßnahmen erachten Sie in naher Zukunft als besonders dringend?

Vor allem ist die Schnittstelle zwischen Krankenhaus, Altenheim und ambulanter Pflege völlig ungelöst. Man tut so, als wäre jeweils ein Sektor für den anderen verantwortlich, und schafft keine Verbindung. Auch ist es immer noch so, dass wir als Professionelle von den Menschen gesucht werden, der Patient orientiert sich ausschließlich an uns Professionellen. Der Blickwinkel muss anders sein: Wir müssen uns am Menschen orientieren, an seinen Bedürfnissen und auch an den Bedürfnissen seiner Familie. Dann wird Versorgung tatsächlich neu gedacht und neu ausgeführt. Dazu braucht man natürlich Ärztinnen und Ärzte, man braucht Heilberufe wie die Pflege und man braucht selbstverständlich auch die Politik, die dieses Versorgungskontinuum mitträgt.



Jürgen Osterbrink BILD: SN/PMU