

# Long Term Care:

## Wissenschaft trifft Praxis



Sabine Pleschberger



Regina Ertl

Dieser Text geht auf ein Gespräch zwischen Regina Ertl und Sabine Pleschberger zurück, das sie zu Fragen der Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen in der Langzeitpflege sowie einem guten Zueinander von Wissenschaft, Politik und Praxis geführt haben.

**Fokus 1: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKPs) sind auf den Einsatz in der Langzeitpflege nicht hinreichend vorbereitet, ja sie bringen häufig sogar kontraproduktive Erfahrungen dafür mit.**

DGKPs die in Pflegeheimen arbeiten, haben zuvor überwiegend berufliche Erfahrungen in stationären Akuteinrichtungen gemacht. Die praktische Ausbildung erfolgt in erster Linie an der Ausbildungsstätte, also an Kliniken oder Krankenhäusern. Alles Einrichtungen, die geprägt sind von hierarchischen Strukturen mit hoher organisatorischer wie pflege- und medizintechnischer Standardisierung. Die Pflegepersonen sind geübt im Agieren innerhalb des mitverantwortlichen Aufgabenbereiches, routiniert in der Ausführung medizinisch, technischer Tätigkeiten und fokussiert auf Heilung und Entlassung der PatientInnen. Schnelle, komplikationslose Arbeitsabläufe sind gefordert, denn die Verweildauer der PatientInnen

muss von möglichst kurzer Dauer sein. Gut vorbereitet sind diese Pflegekräfte auf das medizinische Pflegefeld und das Pflegeverständnis ist nachhaltig von der Spitalpraxis geprägt.

In den Pflegeheimen treffen sie auf ein konträres Praxisfeld, charakterisiert durch Interaktion, Alltagsnormalität und -kontinuität, einem hohen Anspruch auf Individualität, da es sich um die Gestaltung von LebensRaum und LebensWelt der alten Menschen bis an ihr LebensEnde handelt. Hier ist gerontologische/ geriatrische Pflegeexpertise auf dem Boden höchster Eigenverantwortlichkeit gefordert. Es braucht die Konzeption und Umsetzung biografieorientierter Tagesstrukturen und „sozial verträglicher Organisationsabläufe“ im Sinne von Alltagsnormalität, höchste Kommunikations- und Beratungskompetenz (sowohl für Betroffene, Menschen mit Demenz als auch für Angehörige) und Pflegemodelle die adäquat sind für die Zielgruppe alter Menschen. Es geht um eine umfassende „ganzheitliche“ Lebensbegleitung die auch Hospizarbeit und Palliative Care einschließt. Ein Profil, deren Erfordernisse mit jenem der Pflege und Betreuung zu Hause eher zu vergleichen sind, als mit der Pflege im akutstationären Setting.

Dieses Kompetenzpaket muss in Ermangelung an systematischer Ausbildung und praktischer Erfahrung in der Praxis mit viel persönlichem Engagement der Pflegepersonen und finanziellen Mitteln der Trägerorganisationen in Fort- und Weiterbildungen erworben werden. Gerade so, als wären DGKPs für den Kernbereich ihres Berufsprofils, nämlich die Langzeitpflege, gar nicht qualifiziert. Dabei scheint eine erhebliche Hürde die Antwort auf die Frage zu sein: Wie kann die in der Grundausbildung erworbene auf Akutversorgung ausgerichtete Sozialisation überhaupt verändert werden?

**Fokus 2: Pflege hat sich in den letzten Jahren akademisiert und professionalisiert, dieser Prozess ging aber weitgehend an der Pflege für alte Menschen bzw. der gerontologischen / geriatrischen Pflege vorbei.**

Dank des Engagements zahlreicher PionierInnen ist es auch in Österreich gelungen, Pflege als akademische Disziplin zu verankern und die Pflegewissenschaft ist „von der Ausnahme zur Normalität geworden“ (Mayer Hg. 2009). Dies wird in einigen Bereichen deutlich, z.B. an der wachsenden Zahl von Studiengängen, der Einrichtung von Lehrstühlen an Universitäten und der Stabsstellen für Qualität in der Pflege, die von akademisierten Pflegekräften besetzt werden.

Zur Pflegewissenschaft gehört auch die Pflegeforschung, und diese etabliert sich im Vergleich zur Schaffung von Studiengängen zögerlich, zumal es in Österreich keine systematische Forschungsförderung dazu gibt. Geforscht wird daher primär im Kontext von studentischen Abschlussarbeiten, wie Bachelor- und Masterarbeiten und die Zahl an Dissertationen, jener Typ von Forschungs-

arbeit in dem annähernd ein international vergleichbares Qualitätsniveau erreicht werden kann, ist gering. Die Ursachen und Gründe dafür sind vielfältig, die Konsequenzen sind fatal: Wenn Pflegeforschung in erster Linie im Rahmen von Abschlussarbeiten von Bachelor- und Masterstudiengängen stattfindet, dann hängt die thematische Ausrichtung dieser Arbeiten naturgemäß mit den Inhalten und Zielsetzungen der Studiengänge zusammen. Dabei handelt es sich von Anfang an primär um eine pädagogische - oder um eine Managementausrichtung. Abschlussarbeiten in denen es um Pflegefachexpertise im Bereich der Versorgung und Pflege alter Menschen geht, sind eher die Ausnahme als die Regel.

In der jüngeren Vergangenheit wurden zwar Studiengänge mit dem Anspruch auf Evidence Based Nursing und dem Fokus auf Pflegefachkompetenz entwickelt, aber die gerontologische / geriatrische Pflege steht auch darin nach wie vor im Hintergrund. Vergleichbar zur geriatrischen Medizin handelt es sich offensichtlich um ein Feld bzw. Klientel, das sich für gängige klinische Forschung schwieriger gestaltet. D. h., Zugänge über Evidence Based Nursing die gerade einen Boom erleben, sind nur bedingt für das Feld der gerontologisch / geriatrischen Pflege geeignet und hilfreich. So droht Gefahr, dass dieser Bereich erneut vom Forschungsmarkt verdrängt und die Professionalisierung dieser Pflegedisziplin besonders auf Managementaspekte reduziert bleibt.

**Fokus 3: Die Entwicklungen in der Long Term Care im Lichte eines Umbaus der Personalstrukturen in Verbindung mit der Professionalisierung des Pflegebe-**

**rufes sind kontraproduktiv für die Entfaltung einer zeitgemäßen und angemessenen Pflege für alte Menschen.**

Die fehlende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit gerontologischer/ geriatrischer Pflege trifft auf eine sozial- und gesundheitspolitische Stimmungslage, die von einer anhaltenden Dominanz des Ökonomischen und Betriebswirtschaftlichen geprägt ist. Es herrscht der Glaube vor, dass insbesondere in Heimen die Pflegeexpertise auf einen Personalschlüssel reduziert werden kann. Die Berechnungsmodelle führen dazu, dass DGKPs von den BewohnerInnen verdrängt und in administrative, organisatorische Aufgaben gedrängt werden. Sie finden Ihren Platz allenfalls bei medizinisch-pflegerischen Handlungen im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und in der Pflegeplanung, ohne die reelle Chance zu erhalten, die Pflegeprozesse selbst, die sie dann evaluieren sollen, fundiert begleiten zu können. Ein sehr zweifelhafter Pflegeauftrag, der einer flächendeckenden, zeitgemäßen Weiterentwicklung eines „guten Lebens“ auf der Basis gerontologisch/ geriatrischer Pflegeexpertise in einem Heim nicht gerade förderlich ist.

Wie sieht ein „zeitgemäßer“ Skill- und Grade-Mix in der geriatrischen Langezeitpflege aus? Die Definition von einfachen und komplexen Pflegeaufgaben lässt sich hier nicht einfach von medizinischen Diagnosen ableiten. Für augenscheinlich einfache Handlungen braucht es mitunter hohe fachliche Kompetenz. Das wissen alle, die schon einmal bei einem Menschen mit demenzieller Veränderung die Körperpflege durchgeführt haben. Im Sinne der Logik von Klaus Dörner, dem Pionier in der psychiatrischen Reformbewegung, gilt auch in der Betreuung und Pflege alter, insbesondere demenziell veränderter Menschen das Credo: Dass dem bedürftigsten Menschen die kompetenteste und am besten qualifizierte Person in der Betreuung zusteht. Die Bedürfnisse sind gerade in der Betreuung alter Menschen eben nicht nur medizinisch zu definieren, sie sind vielfach psychosozial und nur vermeintlich „einfach“, wie z.B. Essen und Trinken oder Spazierengehen. Aktuelle Konzepte werden diesen Herausforderungen nicht hinreichend gerecht und differenzieren nach einer medizinischen Logik.

**Fokus 4: Was ist zu tun?**

Wir brauchen für die Langzeitpflege ein Bildungsangebot, das uns mit ExpertInnen beschickt, die sich in die gerontologisch/ geriatrische Pflege in der „Lebenswelt Heim“ unmittelbar einbringen und/oder als MentorInnen den MitarbeiterInnen in der täglichen Arbeit zur Verfügung stehen, die mit Forschungserkenntnissen bewegen und verändern wollen. Der Bildungsweg der geriatrisch/gerontologischen PflegeexpertInnen soll aber anschlussfähig sein an einen akademischen Werdegang. Nur so ist es möglich, im Bereich der Altenpflege zu promovieren. Mit diesem Qualifizierungsweg könnten dann nicht nur Führungspositionen eingenommen werden, in denen die pflegerische Expertise kaum zur Geltung kommt, sondern auch pflegerische Fachkarrieren eröffnet oder eine wissenschaftliche Karriere angestrebt werden.

**Univ. Prof. Dr. Sabine Pleschberger**

Leiterin des Instituts für Pflege- und Versorgungsforschung, UMIT Wien

**Regina Ertl**

Generalsekretärin des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs