



Schweizerisches Rotes Kreuz  
Croix-Rouge Suisse  
Croce Rossa Svizzera  
Swiss Red Cross

DIE EIGENSTAENDIGE FUNKTION DES PFLEGEDIENSTES

Dr. Heinz Locher

Referat gehalten anlässlich der Mitgliederversammlung  
der Bayrischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der  
Krankenpflege vom 11. Juli 1974 in München

## Die eigenständige Funktion des Pflegedienstes

Dr. Heinz Locher

Wer sind wir, woher kommen, wohin gehen wir, was unterscheidet unseren Beruf von andern, was verbindet uns mit andern? Diese Fragen stellen sich die geistig regen und interessierten Angehörigen einer jeden Berufsgruppe laufend, besonders in Situationen wie heute, in denen Besinnung not tut.

Die Antworten auf diese Fragen werden unterschiedlich ausfallen,

- je nach dem, der fragt;
- beeinflusst von den geistigen Strömungen der Zeit, der Berufsrealität, der sich wandelnden Umwelt;
- vielleicht auch abhängig von Modeerscheinungen.

Sie werden sich fragen, welches denn die Anlässe seien, die mich bewegen, über die eigenständige Funktion des Pflegedienstes nachzudenken.

Ich bin Leiter der Abteilung Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes. Dieses wurde von den Behörden des Bundes und der Kantone mit der Förderung, Regelung und Ueberwachung der Ausbildung in den Pflegeberufen betraut, einer Aufgabe also, mit der das Rote Kreuz, seinen Leitgedanken entsprechend von je her eng vertraut war, und die es bereits im letzten Jahrhundert aus eigener Initiative wahrgenommen hat.

So erlassen wir denn Ausbildungsrichtlinien und Stoffpläne, wir anerkennen Schulen, beraten sie, überwachen sie, entsenden Experten an Abschlussexamen. Das Schweizerische Rote Kreuz betreibt ferner eine Kadenschule für die Krankenpflege - die einzige in der Schweiz - mit Ausbildungsstätten in Zürich und Lausanne. Im weitern sind wir betraut mit der Information und Werbung für die Berufe des Gesundheitswesens und betreiben einen Beratungsdienst für Krankenhäuser.

Richtlinien für die Ausbildung von Pflegepersonal müssen von einem Ausbildungsziel ausgehen; dieses wiederum hat im Einklang zu stehen mit dem Berufsbild des Pflegepersonals, nicht unbedingt mit dem Berufsbild von heute und nicht unbedingt mit dem Berufsbild der Aerzteverbände oder der Bevölkerung. Alle diese Auffassungen und viele andere Gesichtspunkte sind aber zu berücksichtigen, mit ihnen auch die Berufsrealität.

Unsere Aufgabe und Verantwortung ist es, langfristig zu denken und zu planen, Entwicklungsprozesse einzuleiten und zu steuern - dies erfordert dauerndes Nachdenken über die eigenständige Funktion und die Ziele des Pflegedienstes.

Als Beispiel hierfür seien einige aktuelle Probleme aus unserer Arbeit erwähnt:

Die Berufsstruktur in der Krankenpflege hat sich in den letzten Jahren verändert, und damit auch das Berufsbild der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers. Die neu-

geschaffenen Berufe der Spitalgehilfin und der Krankenpflegerin/ des Krankenpflegers mit Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes (FA SRK), das zahlreiche unausgebildete Hilfspersonal, die vielen ausländischen Arbeitskräfte in den Spitälern, die Einführung von Teilzeitarbeit und Schichtbetrieb haben in den Spitälern dazu geführt, dass der diplomierten Schwester bzw. dem diplomierten Pfleger in vermehrtem Masse Führungsaufgaben und Anleitungsaufgaben (Praktika der Schüler aller Pflegeberufe) obliegen, für die sie vorbereitet sein müssen.

Aus dieser Neustrukturierung des Berufsbildes haben sich auch neue Konzepte und Organisationsformen im Pflegedienst ergeben (Einführung der Gruppenpflege).

Schon seit mehreren Jahren werden in unserem Lande grosse bildungspolitische Anstrengungen unternommen. Die heute vorherrschenden Tendenzen nach Erweiterung und Verbesserung der Schulbildung durch die Verlängerung der obligatorischen Schulzeit, die Schaffung von freiwilligen zusätzlichen Schulstufen, die Eröffnung von Fortbildungsschulen, die Bildung neuer Mittelschultypen usw. sind unverkennbar. Das Schweizerische Rote Kreuz musste in den letzten Jahren in vermehrtem Masse feststellen, dass die heutige Form der Krankenpflegeausbildung für Absolventen solcher Schulen immer mehr an Attraktivität verliert. Aus diesem Grunde zeichnet sich schon heute die deutliche Tendenz ab, dass ein grosser Teil der Kandidatinnen und Kandidaten von Krankenpflegeschulen aus Landregionen und andern Gebieten stammt, deren Bildungsangebot beschränkt ist. Das Schweizerische Rote Kreuz würde seiner Aufgabe nicht gerecht, wenn es nicht Massnahmen einleitete, die auch in Zukunft eine breite Rekrutierungsbasis für alle Pflegeberufe sicherstellen.

Bedingt durch die ständige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, besteht auch im Pflegedienst die Notwendigkeit zu Sparmassnahmen. Verschiedene Kantone der Schweiz haben deshalb einen Personalstop in den Krankenhäusern verfügt, in einem Kanton sogar einen Personalabbau. Dadurch wird das Problem aktuell, Normen für die Personaldotierung festzulegen. Die Studie über das Pflegewesen in der Schweiz wurde beauftragt, eine Wegleitung zur Berechnung des Personalbedarfs im Pflegedienst auszuarbeiten. Damit soll den verantwortlichen Behörden und Spitalleitungen ein Arbeitsinstrument zur Verfügung gestellt werden, welches ihnen behilflich sein wird

- bei der erstmaligen Berechnung oder der Ueberprüfung des Personalbedarfs im Pflegedienst, und
- bei der Abschätzung der Konsequenzen von geplanten Massnahmen, die sich auf den Pflegedienst auswirken, z.B. der Einführung neuer Organisationsformen, der Uebernahme von Forschungs- oder Ausbildungsaufgaben, der Anwendung von Personalrestriktionen usw.

Der Personalbedarf im Pflegedienst hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, welche - mit unterschiedlichem Zeitbedarf - zumindest teilweise beeinflussbar sind. Mit der Wegleitung sollen deshalb die für die Spitalleitung verantwortlichen Gremien und Einzelpersonen darauf hingewiesen werden, dass sie durch ihre Entscheidungen einen nicht unbedeutenden Einfluss auf den Personalbedarf im Pflegedienst ausüben.

Schliesslich sind auch die Forderungen nach einer Ueberprüfung der Pflegequalität, der Ruf nach Vermenschlichung des Krankenhauses nicht ausser Acht zu lassen. Das Spital ist keine Menschenreparaturwerkstätte, sondern muss eine ganzheitliche, individuelle Pflege gewährleisten. Die Patienten sollen sich nicht ausschliesslich dem Spital, sondern das Spital auch den Patienten anpassen.

Ist es zum Beispiel wichtig, dass der Berufsstolz der Nachtwachschwester darin besteht, der Tagschicht alle Patienten gewaschen zu übergeben, was zur Folge hat, dass diese am frühen Morgen geweckt werden müssen ?

Welcher Sinn kommt eigentlich dem täglich bei allen Patienten zelebrierten Ritual des frühmorgendlichen Fiebermessens zu ?

Anlässe zur Besinnung auf das Wesentliche sind also genügend vorhanden. Doch welche Antworten können auf die vielen aufgeworfenen Fragen gegeben werden, welches sind die Lösungen für die uns drängenden Probleme?

Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Krankenpflege kann uns dabei helfen. Sofern man bereit ist, gewisse Verallgemeinerungen und Verdichtungen in Kauf zu nehmen, lassen sich in der Entwicklung der Krankenpflege 3 Phasen unterscheiden:

#### 1. Phase

Für diese erste Phase ist es charakteristisch, dass das Werk von der Nächstenliebe getragen wird: Krankenpflege als Dienstleistung (mit Bindestrich), geleitet vom Caritasgedanken.

#### 2. Phase

In einer zweiten Entwicklungsphase - charakteristisch für die 60er und frühen 70er Jahre und auch noch heute in vielen Krankenhäusern vorherrschend - soll die durch das starke Wachstum gefährdete Uebersichtlichkeit durch Standardisierung und Normung, Planung, Spezialisierung und Koordination sichergestellt werden. Diese Begleitererscheinung einer konsequent auf die Zweckmässigkeit des Mitteleinsatzes ausgerichteten Spitalorganisation widersprechen offensichtlich den erwähnten Werten unserer Gesellschaft in bezug auf Gesundheit und Krankheit. Zu Recht stellt PLANTENGA<sup>1)</sup> fest, dass durch das Ueberwiegen der Behandlung "diejenige Funktion in der Krankenpflege mehr und mehr ins Hintertreffen gerät, die sich der Seele und dem geistigen Kern, dem Ich des Patienten widmet, und die eigentlich dem Pflegeberuf sein eigenes Gesicht gibt: die Begleitung". UUSKALLIO<sup>2)</sup> weist auf die Konsequenzen einer rationalen, bürokratischen Organisation der Spitalpflege und -behandlung, auf die an den Patienten gerichteten Rollenerwartungen hin:

- Passivität, Abhängigkeit, Ergebenheit
- wenig Information über seine Situation.

1) PLANTENGA, Hans, a.a.O. S.3

2) UUSKALLIO, Irma, Measuring Patient Attitudes, World Hosp. 6, 197, 1970

Für das diplomierte Pflegepersonal bedeutet dies einen Identitätsverlust, indem die Aufgaben der Grundpflege dem Hilfspersonal überlassen, dafür Diagnose- und Behandlungstechniken vom Arzt übernommen werden.

Es wäre jedoch falsch, nur die negativen Aspekte dieser Entwicklungsphase zu sehen. Einmal ist darauf hinzuweisen, dass das Eindringen des betriebswirtschaftlichen Denkens in das Krankenhaus eine notwendige Entwicklung ist. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass Organisation und Planung Mittel und nicht Zwecke in sich darstellen.

### 3. Phase

Welches wird nun die nächste Entwicklungsphase sein, die gerade wir, als für die Ausbildung Verantwortlichen, heute einleiten müssen, soll sie morgen Realität werden ?

Eine dritte Phase würde sich dadurch auszeichnen, dass der Patient, seine Gesundheitserziehung und persönliche Entfaltung, wieder in den Mittelpunkt rücken, also diejenigen Elemente, welche dem höchsten Qualitätsniveau der Pflege angehören.

Welches wird die eigenständige Funktion der Krankenschwester und des Krankenpflegers sein ?

Wir haben uns auf das Wesentliche in der Krankenpflege zu besinnen.

Wesentlich, charakteristisch und eigenständig an der Krankenpflege war, ist und bleibt meines Erachtens das, was PLANTENGA die Begleitung des Patienten nennt: "Zu sehen, was die Nöte des Patienten sind, und wie ihnen darin geholfen werden kann."

Aber auch Angehörige anderer Berufe treten mit dieser oder einer ähnlichen Haltung dem Patienten gegenüber: Der Arzt, der Sozialarbeiter, der Pfarrer. Demnach bedarf es noch weiterer Merkmale zur Charakterisierung der besonderen, eigenständigen Funktion des Pflegedienstes.

Vera Maillard, Beraterin der WHO, sagte mir im Gespräch dazu, Krankenpflege sei Kommunikation durch direkten physischen und zwischenmenschlichen Kontakt zwischen Pflegeperson und Patient. Der direkte physische Kontakt - am ausgeprägtesten realisiert in der Grundpflege - ist demnach ein zusätzliches Abgrenzungsmerkmal.

Es ist eine primäre Aufgabe der Krankenpflege, dem Patienten alle diejenigen Handreichungen zu erbringen, die er selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte (Virginia Henderson, Grundregeln der Krankenpflege).

Damit verbunden ist aber ein drittes, eher quantitatives Charakteristikum: Die Aufgabe, dem Patienten bei der Aufrechterhaltung seiner normalen Lebensfunktion beizustehen, erfordert eine dauernde Präsenz, wenn nicht im Krankenzimmer, so doch auf der Pflegestation, oder in der Gemeindepflege, in der Wohnung oder deren näheren Umgebung, selbstverständlich immer abhängig vom Schweregrad der Krankheit. Es ist dagegen ein dauerndes, durch die Art der wahrzunehmenden Aufgaben bestimmtes Merkmal sowohl der Krankenhaussituation als auch

der ambulanten Versorgung, dass z.B. die Aerzte oder Angehörige anderer Heilberufe verhältnismässig kurze Zeit beim Patienten verbringen.

Für mich wird das charakteristische und eigenständige am Pflegeberuf bestimmt:

- durch die Einstellung, die Haltung der Pflegenden zum Patienten;
- die besondere Art der wahrzunehmenden Aufgaben;
- sowie die Dauer des Kontaktes zum Patienten.

Daneben bedarf es auch in der Pflege der erwähnten konzeptionellen, organisatorischen, technischen und Führungsfähigkeiten, welche die Voraussetzung zur Wahrnehmung der übrigen Funktionen darstellen.

Von dieser Basis gehe ich bei meiner Arbeit aus.

Eine nächste Entwicklungsphase des Pflegedienstes wird deshalb unter Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der organisatorischen und technischen Errungenschaften der zweiten Phase in einer erneuten, bewusst gemachten und bewusst gestalteten Rückbesinnung auf den Kern der Pflege Tätigkeit bestehen müssen, der Hinwendung zum Patienten.

Sollte diese neue Entwicklungsrichtung nicht eingeschlagen werden, könnte dies sehr wohl in einigen Jahrfrüften das Ende der Pflegeberufe bedeuten. Aufgerieben und aufgeteilt wären sie dann zwischen den vielen neugeschaffenen medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen, die Grundpflege angelernten Hilfskräften überlassend.

Das Schlagwort der später 70er und der 80er Jahre muss demnach lauten:

Die Pflege der Krankheit ist tot -  
es lebe die Pflege der Kranken,  
es lebe die Gesundheitspflege.

Dies heisst aber nicht, dass wir nun dem betriebswirtschaftlichen Denken, der Organisation des Pflegedienstes den Rücken kehren dürfen. Wo die zweite Entwicklungsphase noch nicht realisiert ist, wird man sie vorerst in die Wege leiten müssen.

9.9.1974  
Lo/sch/ch