

Aus der Schweiz

# Management im Pflegedienst

Von Dr. rer. pol. Heinz Locher

## Inhaltsverzeichnis

1. Auch im Pflegedienst müssen Management-Funktionen wahrgenommen werden
2. Ungelöste Probleme im Krankenpflege-Management
3. Vorschläge zur Weiterentwicklung des Managements im Pflegedienst
  - 3.1 Grundsätzliches
  - 3.2 Entwicklungsansätze
    - 3.2.1 Untersuchung der im Pflegedienst wahrzunehmenden Management-Funktionen
    - 3.2.2 Die Beherrschung von Erneuerungsprozessen als Aufgabe des Managements im Pflegedienst
    - 3.2.3 Schaffung neuer oder Ausbau bestehender Kaderausbildungsstätten
    - 3.2.4 Schaffung von Lehrstühlen und Universitätsinstituten, die sich vor allem der betriebswirtschaftlichen Probleme nicht privatwirtschaftlicher Unternehmungen annehmen
    - 3.2.5 Bereitstellung von Mitteln zur Förderung der Forschung im Bereich des Krankenhaus- und Pflegedienst-Managements
    - 3.2.6 Durchführung von Untersuchungen über den Stand des Managements im Pflegedienst
    - 3.2.7 Förderung der allgemeinen Entwicklung des Berufsstandes
4. Schluß

## 1. Auch im Pflegedienst müssen Management-Funktionen wahrgenommen werden

Für den Begriff „Management“ bestehen nach meinen Erfahrungen bei der Lektüre der Fachliteratur mindestens so viele Definitionen wie es Autoren gibt, die eine Begriffserklärung angeben – wenn sie sich überhaupt dieser Mühe unterziehen. Das ist einerseits erstaunlich für einen so häufig verwendeten Begriff, andererseits vielleicht auch ein Hinweis darauf, daß „Management“ zu einer Formel geworden ist, deren Inhalt der Richtung nach allgemein verstanden wird, ohne daß ihre genaue Bedeutung erforscht würde.

Auch wir wollen uns dieser Aufgabe nicht unterziehen und einzig festhalten, daß mit „Management“ allgemein die Leitung einer Unternehmung gemeint wird. Den recht häufig vorgenommenen Abgrenzungen zwischen den Begriffen „Management“ und „Verwaltung“ kann entnommen werden, daß „Management“ einen positiven Beiklang hat, als etwas Dynamisches, Leistungsorientiertes erlebt wird, während bei der Nen-

nung des Begriffs „Verwaltung“ eher Assoziationen zu „statisch“, „verstaubt“, „bürokratisch“ geweckt werden.

Ein Manager ist demzufolge eine für die Leitung einer Unternehmung verantwortliche Persönlichkeit. Bei einer etwas eingehenderen Betrachtungsweise müßten wir noch zwischen dem Eigentümer-Unternehmer und dem (angestellten) Manager unterscheiden.

Für unser Thema erscheint es fruchtbar, anstatt von scharfsinnigen Definitionen von der Frage auszugehen, welche Funktionen für die Arbeit des Managements charakteristisch sind.

Die Aufgaben des Managements sind charakterisiert durch eine Vielzahl von teilweise gleichzeitig ablaufenden Willensbildungs- und Willensdurchsetzungsprozessen, die sich auf verschiedenste Bereiche erstrecken und deren Auswirkungen auf unterschiedliche Zeitspannen hinaus wirksam sind. Diese Willensbildungsprozesse (Entscheidfindung) und Willensdurchsetzungsprozesse (Anordnung, Kontrolle) beziehen sich nicht nur auf die Regelung des täglichen Geschehens, sondern auch auf so grundsätzliche und langfristige Aufgaben wie

- die Festlegung von Zielen und unternehmungspolitischen Grundsätzen;
- die Planung;
- die Festlegung der Aufbau- und Ablauforganisation
- die Personalentwicklung.

Es ist offensichtlich, daß diese Funktionen auch im Pflegedienst des Krankenhauses (auf diesen Einsatzbereich des Pflegedienstes sollen die nachstehenden Ausführungen beschränkt bleiben) wahrgenommen werden müssen. Demzufolge besteht auch ein Pflegedienst-Management, können die leitenden Führungskräfte des Pflegedienstes als Manager bezeichnet werden.

Es ist nicht üblich, den Leiter oder die Leiterin des Pflegedienstes als Manager zu bezeichnen; ja, es ist, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, verpönt. Als eine Journalistin ein Interview mit mir mit „humanitäres Management“ überschrieb, erhielt ich Proteste: Krankenpflege und Management seien zwei Bereiche, die sich gegenseitig ausschließen.

Auch die Bezeichnung einer Person als „Manager-Typ“ wird teils bewundernd, teils mißtrauisch verwendet: Manager werden zwar als entschlußfreudig, aber hart bis rücksichtslos im Verfolgen ihrer Ziele erlebt, als erfolgreich, aber einseitig die Leistung zu Ungunsten des Wohlbefindens ihrer Untergebenen betonend. Daß es derart handelnde Führungskräfte gibt, ist sicher unbestritten, aber eine derartige Haltung ist nicht notwendigerweise mit der Wahrnehmung von Management-Funktionen verbunden.

In den vorliegenden Ausführungen soll deshalb der Begriff „Management“ neutral verwendet werden und, wenn wir mit „Management“ eine Institution bezeichnen, alle leitenden Führungskräfte umfassen, deren Leistung für die Bestimmung des Handelns einer privatwirtschaftlichen Unternehmung oder einer anderen Organisation von wesentlicher Bedeutung ist. Je nach den zu lösenden Problemen kann der Geltungsbereich dieses Begriffs auch auf weitere Stufen der Hierarchie ausgedehnt werden und zwischen oberstem, oberem, mittlerem und unterem Management unterschieden werden.

Wie wir festgestellt haben, müssen die als für den Tätigkeitsbereich des Managements charakteristisch bezeichneten Aufgaben auch im Pflegedienst eines Krankenhauses wahrgenommen werden. Es wäre deshalb kaum sinnvoll, den Management-Begriff lediglich auf privatwirtschaftliche Unternehmungen zu begrenzen. Im öffentlichen Bereich bedürfen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch städtische Werke (Gas, Elektrizität, Straßenbau), Universitäten und Staatsbahnen eines Managements. Wie unzweckmäßig eine Begrenzung des Management-Begriffs wäre, zeigt sich schon daran, daß eine Reihe der genannten Institutionen des öffentlichen Bereichs auch als privatwirtschaftliche Unternehmung betrieben werden könnte (so gibt es beispielsweise staatliche und private Krankenhäuser, staatliche, halbstaatliche und private Luftverkehrsgesellschaften).

Ein anderer Grund für die Scheu, mit der man im Krankenhaus dem Management-Begriff gegenübertritt, könnte darin bestehen, daß man mit „Management“ nur eine besonders gute Art und Weise der Leitung einer Organisation bezeichnet . . .

Schließlich habe ich verschiedentlich die Erfahrung gemacht, daß – zumindest in der Schweiz – bei verschiedenen leitenden Pflegepersonen uneingestanden und unbewußt die Auffassung besteht, im Pflegedienst sei nur manuelle Arbeit wirkliche Arbeit.

In den folgenden Ausführungen gehen wir von der Tatsache aus, daß es auch im Pflegedienst des Krankenhauses Management-Aufgaben wahrzunehmen gilt.

## 2. Ungelöste Probleme im Krankenpflege-Management

Die Feststellung, daß es auch im Pflegedienst des Krankenhauses Management-Funktionen wahrzunehmen gilt, ist eine Sache, eine andere ist die Frage, wie gut diese Management-Aufgaben gelöst werden.

Das Schweizerische Rote Kreuz, das seit 1950 eine Kaderschule für die Krankenpflege betreibt (heute mit Ausbildungsstätten in Zürich und Lausanne), hat 1971 ein Gutachten in Auftrag gegeben, durch das der gegenwärtige Stand der Entwicklung von Einsatz und Ausbildung der Krankenpflegekader bewertet und Vorschläge für die weitere Entwicklung der Kaderschule unterbreitet werden sollten<sup>1</sup>. Die Expertin, selber erfahrene Krankenschwester und ehemalige Leiterin einer großen Krankenpflegeschule, nahm zwei Untersuchungen vor, einmal eine Erhebung über die Krankenpflegekader, zum andern eine Bewertung der zur Zeit einzigen in der Schweiz bestehenden Kaderschule, die durch das Schweizerische Rote Kreuz mit finanzieller Unterstützung von Bund und Kantonen betrieben wird.

Für die Erhebung über die Krankenpflegekader, auf die wir uns an dieser Stelle beschränken wollen, bediente sich die Expertin der folgenden vier Mittel:

– eines standardisierten Fragebogens, der von 571 Kaderschwester und -pflegern ausgefüllt wurde;

– eines weiteren, gleichartigen Fragebogens, der von 36 Schwesterngruppen aus Berufsverbänden beantwortet wurde;

– der Beobachtung von 30 Kaderschwester in ihrer Arbeit;

– freier Interviews mit 41 Arbeitgebern von Krankenpflegekadern.

Die Erhebung sollte Aufschluß geben über die Funktionen der Krankenpflegekader wie auch über ihre Anstellungsbedingungen und ihre Ausbildung.

Die Expertin ging bei ihrer Arbeit von einer Reihe von Hypothesen aus. Wenn ich diese Hypothesen, die sich auf schweizerische Verhältnisse beziehen, nachstehend anführe, geschieht dies, weil ich aus eigenen Beobachtungen, aus Gesprächen und Lektüre glaube davon ausgehen zu dürfen, daß sie auch für die Situation in der Bundesrepublik Deutschland von Bedeutung sind. Die Expertin schreibt<sup>2</sup>:

„Wir glaubten zum Beispiel

- daß sowohl die Krankenschwestern und -pfleger selbst als auch die Arbeitgeber noch eine recht unklare Vorstellung dessen haben, was die Aufgaben der Krankenpflegekader sind oder sein könnten;
- daß sich dieser Umstand ungünstig auf die Umschreibung der Funktionen, der Verantwortlichkeiten und der Entscheidungsbefugnis der Kader auswirkt;
- daß diese Unsicherheit wie auch das Fehlen einer gesetzlichen Definition der Krankenschwester in der Schweiz weder die Gesundheitsbehörden noch andere Institutionen im Dienste der Gesundheit ermutigt, eine fortschrittliche Politik für die Ausbildung und Anstellung der Kader, wie sie für deren qualitative und quantitative Förderung nötig wäre, zu verfolgen;
- daß die Anstellung und Beförderung der Kader in den Krankenhäusern vor allem von momentanen und kurzfristigen Bedürfnissen diktiert wird (Ruf nach Arbeitskräften);
- daß die Personalpolitik den Anforderungen eines Kaderpostens (die zusammenhängen mit den übertragbaren Aufgaben) wenig Rechnung trägt;
- daß zwar, wenn heute die Krankenpflegekader in der Leitung der Pflegedienste und in der Ausbildung ihren Platz haben, verschiedene andere ebenso wichtige Gebiete der Krankenpflege, wo die Kader ebenfalls eine Rolle zu spielen berufen wären, vernachlässigt werden, so z. B. spezialisierte und besonders anspruchsvolle Pflegegebiete, die große Berufskennnisse erheischen, die Planung im Gesundheitswesen und die Forschung in der Krankenpflege;
- daß die heutigen Arbeitsbedingungen für die Krankenpflegekader unbefriedigend sind. Dies betrifft vor allem die Organisation der Pflegedienste und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit, ferner die Besoldung und die sozialen und beruflichen Vorteile, namentlich die Möglichkeiten der Ausbildung und ständigen Weiterbildung im Beruf sowie den Anreiz zur Forschung in der Krankenpflege;
- daß alle diese Mängel die Krankenschwestern kaum dazu anregen, sich verantwortungsschweren Kaderposten zuzuwenden und noch lange und anspruchsvolle Studien zu unternehmen, um sich darauf vorzubereiten;
- daß die Politik der Gesundheitsbehörden der Schweizer Kantone hauptsächlich auf das Krankenhaus ausgerichtet ist, welches seine Bedürfnisse nach Krankenpflegepersonal fast ausschließlich nach der Quantität bemißt. Ansprüche an die Qualität beziehen sich meist nur auf die Behandlungspflege, auf die Administration der Pflegedienste und in geringerem Maße auf die Ausbildung;

- daß es in der Schweiz vielleicht zu viele für die Bewältigung von sehr vielschichtigen Aufgaben nicht genügend vorbereitete Kader gibt;
- daß es andererseits, in gewissen Fällen, auch an Zahl und Qualität genügend Kaderschwestern und -pfleger gibt, daß diese aber nicht richtig eingesetzt sind;
- daß diese Kaderschwestern nur dann erfolgreich arbeiten können, wenn sie an ihrem Posten in administrativer Hinsicht Vorgesetzten unterstehen, die selbst genügend auf ihre hohen Funktionen vorbereitet wurden;
- daß andererseits die Ärzte, mit denen das Krankenpflegekader arbeiten muß, zu wenig auf verständnisvolle Teilnahme an Teamarbeit vorbereitet sind.“

Es würde zu weit führen, wollte ich hier alle Untersuchungsergebnisse darlegen – ein Teil davon wird zudem erst im Laufe dieses Herbstes fertig ausgewertet. Die vorliegenden Ergebnisse sind aber bereits sehr aufschlußreich:

#### „Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse“<sup>3</sup>

Die Kaderpersonen geben wenig Auskunft über ihre Funktionen, was eine unserer Hypothesen zum Teil bestätigt. Auf die Frage: ‚Welches sind in der Reihenfolge der Wichtigkeit Ihre hauptsächlichsten Aufgaben?‘ geben sie entweder den Titel ihres Postens an (Lehrerin für Krankenpflege, Abteilungs-Oberschwester usw.) oder ganz allgemeine Antworten (Organisation der Praktika, Führung des Pflegepersonals usw.). Es war uns nicht möglich, damit ein detailliertes Inventar der Tätigkeiten aufzustellen, wie wir es erhofft hatten.

Dieser Mangel an Auskünften über die eigentliche Tätigkeit legt die Vermutung nahe, daß es den Schwestern an der Übersicht gebricht, die ihnen erlaubt, ihre Arbeit im Rahmen einer bestimmten Funktion, mit den dieser zustehenden Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen zu erkennen. Es ist, als wären sie Gefangene der Routine und fänden vieles selbstverständlich. Unterschätzen gerade sie selbst die Vielfalt und die Bedeutung ihrer eigenen Arbeit?

Die Arbeitgeber, die wir mündlich befragten, äußern ziemlich bestimmte Ansichten hauptsächlich über die administrativen Funktionen der Krankenpflegekader im Krankenhaus. Die Arbeitgeber möchten die Kaderschwester besser auf die modernen Techniken des Managements vorbereitet sehen, mit mehr Vertrauen in ihre eigenen Möglichkeiten und dadurch fähiger, das ihr unterstellte Pflegepersonal sicher zu führen.

Wir mußten feststellen, daß weder Arbeitgeber noch Kader die Verbesserung der Pflegequalität als zur Funktion der verantwortlichen Schwester gehörig erwähnten.

Wenn man die Krankenschwestern fragt, welches die hauptsächlichsten Schwierigkeiten sind, die sich ihnen in ihren Kaderfunktionen beim Treffen von Entscheidungen in den Weg stellen, zählen sie in der Reihenfolge der Wichtigkeit folgende Punkte auf:

- Widerstand gegen Neuerungen,
- Schwierigkeiten der zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Mangel an qualifiziertem Personal,
- ungenügende Umschreibung ihrer Funktionen und ihrer Entscheidungsbefugnis.

Die Arbeitgeber sind der Ansicht, daß die Kompetenzen, die sie den Kadern einräumen, groß seien, besonders für Schwestern auf den obersten Stufen der Hierarchie.“

Den Antworten zu weiteren Fragebereichen kann entnommen werden

- daß bestehende Schwierigkeiten immer nur behelfsmäßig zu überbrücken versucht, nicht aber deren Ursachen angegangen werden;
- daß die Krankenpflegekader den Eindruck haben, ungenügend ausgebildet zu sein, um ihre Funktionen selbst auszubauen und sie den in der Krankenpflege verwirklichten Änderungen anzupassen.

Aufschlußreich sind die Ergebnisse der Umfrage über den Bedarf an Krankenpflegekadern:

Die befragten Arbeitgeber bedauerten den Mangel an Kader, der jede Auswahl ausschließe. Sie wünschen hochqualifizierte Kader, finden jedoch, die Dauer des Lehrgangs an der Kaderschule, der auf leitende Kaderfunktionen vorbereite (zehn Monate), schaffe schwer zu lösende Probleme (Stellvertretung, Kosten).

Die befragten Krankenpflegekader hingegen finden, die Arbeitgeber in den Krankenhäusern schätzten die Kaderausbildung nicht richtig ein. Sie vermissen zudem Vorschriften, durch welche die Krankenhäuser verpflichtet würden, eine durch die jeweilige Situation (Personalbestand, Personalstruktur, Arbeitsanfall usw.) bestimmte Zahl von angemessen ausgebildetem Kader einzustellen. Schließlich bemängeln sie in diesem Zusammenhang die im Vergleich zur ausgedehnten Verantwortung ihrer Ansicht nach zu beschränkten Entscheidungsbefugnisse<sup>4</sup>.

Aus diesen Ergebnissen geht schlüssig hervor, daß das Management im Pflegedienst – werde es nun als Institution betrachtet (die leitenden Krankenpflegekader) oder sei damit die Art und Weise gemeint, wie im Pflegedienst Management-Funktionen wahrgenommen werden (Management als Funktion) – in wesentlichem Maße entwicklungsbedürftig ist.

Diese Aussage gilt mindestens für die schweizerischen Verhältnisse – sie gilt aber auch, wenn meine Informationen zutreffen, in einer den besonderen Verhältnissen angepaßten Weise für die Bundesrepublik Deutschland.

Damit stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen die gegenwärtige Situation verbessert werden könnte.

### 3. Vorschläge zur Weiterentwicklung des Managements im Pflegedienst

#### 3.1 Grundsätzliches

Es ist sehr schwierig, die richtigen Antworten auf diese Frage zu finden. Offensichtlich ist es nicht möglich, die gewünschten Veränderungen lediglich durch einen richtungsweisenden Entscheid zu realisieren. Aus den erwähnten Hypothesen – auch wenn sie nicht alle durch entsprechende Untersuchungen ausdrücklich bestätigt werden sollten – sowie aus den ersten Erhebungsergebnissen geht eindeutig hervor, daß es nicht nur an Sachwissen und dessen richtiger Anwendung fehlt, sondern gleichzeitig, wenn nicht vorher, Haltungen, Einstellungen, Prinzipien zu überprüfen sind, nicht nur beim Pflegepersonal, insbesondere beim leitenden Pflegepersonal selbst, sondern auch bei Ärzten und Verwaltungsleitern, den verschiedenen Berufsverbänden und Fachgesellschaften und nicht zuletzt bei den Behörden. Die Leitung des Pflegedienstes wird nicht lediglich durch Vorgesetztenkurse für Oberschwester und Oberpfleger verbessert, auch nicht allein durch die gesetzliche Vorschrift einer bestimmten Leitungsorganisation im Krankenhaus. Die weitere Entwicklung der Leistungsfähigkeit des Pflegedienst-Ma-

agements kann nur durch die gleichzeitige Einleitung verschiedener Entwicklungsprozesse in verschiedensten Bereichen sichergestellt werden. So haben meines Erachtens beispielsweise die jeweils geltenden Zulassungsbedingungen und die Unterrichtsweise in der Krankenpflegegrundausbildung einen wesentlichen Einfluß auf Quantität und Qualität der Krankenpflegekader. Der Status der Krankenpflegekader wird nicht nur von Besoldungsvorschriften geprägt, sondern hängt z. B. in nicht unwesentlichem Maße auch von dem Bestehen einer staatlichen oder im staatlichen Auftrag durchgeführten Registrierung aller Kader ab, die eine entsprechende Qualifikation nachweisen können.

### 3.2 Entwicklungsansätze

#### 3.2.1 Untersuchung der im Pflegedienst wahrzunehmenden Management-Funktionen

Einen ersten Ansatz zur Weiterentwicklung des Managements im Pflegedienst bildet die nähere Untersuchung der im Pflegedienst wahrzunehmenden Management-Funktionen mit dem Ziel, im Sinne einer Management-Lehre für den Pflegedienst Handlungsanweisungen auszuarbeiten. In diesem Bereich bestehen auch im deutschsprachigen Gebiet erfreuliche Ansätze. Wenn ich an dieser Stelle auf eine der Management-Funktionen näher eingehe, geschieht dies einer wesentlichen Erkenntnis wegen, die mit dem Studium dieser Funktion verbunden ist – ich meine:

#### Die Festlegung der Ziele des Pflegedienstes als Management-Aufgabe

Ohne eine klare Zielsetzung sind die übrigen Aufgaben des Managements schwerlich wahrnehmbar. Die Auseinandersetzung mit den Zielen des Pflegedienstes bildet deshalb eine vorrangige Aufgabe des Pflegedienst-Managements.

Die Ziele, deren Erreichung das Pflegepersonal anstreben soll, sind aber eng verbunden, überschneiden sich oder sind sogar identisch mit den Zielen der Ärzte sowie des medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personals.

Wenn die Auseinandersetzung mit den Zielen der eigenen Arbeit eine vorrangige Aufgabe des Managements im Pflegedienst darstellt, diese Ziele sich aber zumindest teilweise mit denjenigen verwandter Berufsgruppen decken – und das ist die wesentliche Erkenntnis – kann es kein Management im Pflegedienst geben ohne ein Management im ärztlichen, im medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereich, in denen man sich ebenfalls Klarheit über die eigene Zielsetzung schaffen muß.

In diesem Sinne gibt es keine Autonomie des Pflegebereichs, sowenig wie es in diesem Sinne eine Autonomie des ärztlichen Bereichs geben kann. Das Management im Pflegedienst muß Teil des Krankenhausmanagements bilden.

Die Krankenhäuser der verschiedenen Typen stellen aber lediglich eine bestimmte Form der ärztlich-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung dar. Es sind ihnen ganz bestimmte Aufgaben zuzuordnen, die durch andere Formen des Angebots medizinisch-pflegerischer Versorgung weniger gut wahrgenommen werden können. Das Nachdenken über Aufgaben und Ziele des eigenen Krankenhauses – diese zentrale Aufgabe des Krankenhausmanagements – kann sinnvoll nur als Teil einer Konzeption für das gesamte Gesundheitswesen geschehen, das alle Angebotsformen an ärztlich-pflegerischer Leistung erfaßt.

Das primäre Ziel des Pflegedienstes ist auf den Patienten bezogen, es heißt Gesundheit oder Genesung, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes. Der Inhalt des Begriffs Gesundheit ist bekanntlich umstritten, er variiert je nach den in einem Kulturbereich geltenden Werthaltungen bezüglich Gesundheit und Krankheit.

Je nach dem Inhalt, der dem Gesundheitsbegriff und damit dem primären Ziel des Pflegedienstes zugeordnet wird, ergeben sich ganz unterschiedliche Konsequenzen, beispielsweise bezüglich des Personalbedarfs und damit der Kosten.

Grundlegende Aufgaben des Managements im Pflegedienst wie die Festlegung eines Stellenplans können ohne vorherige Definition der angestrebten Pflegequalität, also des Begriffs, mit dem das auf die Genesung des Patienten bezogene Ziel konkretisiert und operationalisiert wird, nicht wahrgenommen werden.

Welchen Beitrag zur Genesung der Patienten soll der Pflegedienst eines Krankenhauses leisten? Soll die Pflege lediglich sicher sein (Ziel: Der Patient soll durch den Spitalaufenthalt nicht geschädigt werden), muß der Patient lediglich in der Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen unterstützt, das Schwerkraft der Aktivität des Pflegepersonals also auf die physischen Bedürfnisse des Patienten gelegt werden? Oder soll auf die Lebensgewohnheiten des Patienten und auf die ihn bedrängenden Probleme Rücksicht genommen werden? Soll das Pflegepersonal die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Spitalaufenthalt und seine psychische Verarbeitung der daraus entstehenden Probleme beachten? Oder soll der Patient gar in die Planung und Ausführung der Pflege einbezogen werden? Ist es die Aufgabe des Pflegepersonals, die persönliche Weiterentwicklung des Patienten zu fördern? Diese grundsätzlichen Fragen müssen beantwortet werden, soll das Management des Pflegedienstes seine Aufgabe sinnvoll wahrnehmen können. Die Antwort kann, wie wir gesehen haben, nicht vom Pflegedienst allein gegeben werden.

#### 3.2.2 Die Beherrschung von Erneuerungsprozessen als Aufgabe des Managements im Pflegedienst

Als zweiten Entwicklungsansatz greife ich eine Fähigkeit heraus, der gerade in der heutigen Situation im Pflegedienst eine besondere Bedeutung zukommt, die Beherrschung von Erneuerungsprozessen.

Erneuerungsprozesse sind für das Management im Pflegedienst von doppelter Bedeutung, einmal weil das Management im Pflegedienst, wie dargelegt wurde, als Institution wie als Funktion der Entwicklung bedarf, zum andern, weil ja alle seine Tätigkeitsbereiche nicht einmalige, sondern dauernd wahrzunehmende Aufgaben umfassen. Einmal gefundene Lösungen sind laufend daraufhin zu überprüfen, ob sie den geänderten Verhältnissen noch entsprechen.

Die Tätigkeit des Pflegepersonals, und darin liegt ein besonderes Merkmal, unterscheidet sich von derjenigen aller übrigen Berufe des Gesundheitswesens durch dessen dauernde Anwesenheit auf der Pflegeeinheit, selbst wenn es sich nicht ständig im Krankenzimmer aufhält. Dazu kommt, daß die Krankenpflege als personale Dienstleistung nur zu einem kleinen Teil lagerfähig ist, also erst im Augenblick der Konsumation erbracht wird<sup>5</sup>. Diese zwei charakteristischen Merkmale des Pflegedienstes haben zur Folge, daß sich die meisten Änderungen im Krankenhaus auf den Pflegedienst auswirken, seien es Neuerungen in der Ausbildung der Medizinstudenten, die Aufnahme von

nagements kann nur durch die gleichzeitige Einleitung verschiedener Entwicklungsprozesse in verschiedensten Bereichen sichergestellt werden. So haben meines Erachtens beispielsweise die jeweils geltenden Zulassungsbedingungen und die Unterrichtsweise in der Krankenpflegegrundausbildung einen wesentlichen Einfluß auf Quantität und Qualität der Krankenpflegekader. Der Status der Krankenpflegekader wird nicht nur von Besoldungsvorschriften geprägt, sondern hängt z. B. in nicht unwesentlichem Maße auch von dem Bestehen einer staatlichen oder im staatlichen Auftrag durchgeführten Registrierung aller Kader ab, die eine entsprechende Qualifikation nachweisen können.

### 3.2 Entwicklungsansätze

#### 3.2.1 Untersuchung der im Pflegedienst wahrzunehmenden Management-Funktionen

Einen ersten Ansatz zur Weiterentwicklung des Managements im Pflegedienst bildet die nähere Untersuchung der im Pflegedienst wahrzunehmenden Management-Funktionen mit dem Ziel, im Sinne einer Management-Lehre für den Pflegedienst Handlungsanweisungen auszuarbeiten. In diesem Bereich bestehen auch im deutschsprachigen Gebiet erfreuliche Ansätze. Wenn ich an dieser Stelle auf eine der Management-Funktionen näher eingehe, geschieht dies einer wesentlichen Erkenntnis wegen, die mit dem Studium dieser Funktion verbunden ist — ich meine:

#### Die Festlegung der Ziele des Pflegedienstes als Management-Aufgabe

Ohne eine klare Zielsetzung sind die übrigen Aufgaben des Managements schwerlich wahrnehmbar. Die Auseinandersetzung mit den Zielen des Pflegedienstes bildet deshalb eine vorrangige Aufgabe des Pflegedienst-Managements.

Die Ziele, deren Erreichung das Pflegepersonal anstreben soll, sind aber eng verbunden, überschneiden sich oder sind sogar identisch mit den Zielen der Ärzte sowie des medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Personals.

Wenn die Auseinandersetzung mit den Zielen der eigenen Arbeit eine vorrangige Aufgabe des Managements im Pflegedienst darstellt, diese Ziele sich aber zumindest teilweise mit denjenigen verwandter Berufsgruppen decken — und das ist die wesentliche Erkenntnis — kann es kein Management im Pflegedienst geben ohne ein Management im ärztlichen, im medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Bereich, in denen man sich ebenfalls Klarheit über die eigene Zielsetzung schaffen muß.

In diesem Sinne gibt es keine Autonomie des Pflegebereichs, sowenig wie es in diesem Sinne eine Autonomie des ärztlichen Bereichs geben kann. Das Management im Pflegedienst muß Teil des Krankenhausmanagements bilden.

Die Krankenhäuser der verschiedenen Typen stellen aber lediglich eine bestimmte Form der ärztlich-pflegerischen Versorgung der Bevölkerung dar. Es sind ihnen ganz bestimmte Aufgaben zuzuordnen, die durch andere Formen des Angebots medizinisch-pflegerischer Versorgung weniger gut wahrgenommen werden können. Das Nachdenken über Aufgaben und Ziele des eigenen Krankenhauses — diese zentrale Aufgabe des Krankenhausmanagements — kann sinnvoll nur als Teil einer Konzeption für das gesamte Gesundheitswesen geschehen, das alle Angebotsformen an ärztlich-pflegerischer Leistung erfaßt.

Das primäre Ziel des Pflegedienstes ist auf den Patienten bezogen, es heißt Gesundheit oder Genesung, allenfalls die Ermöglichung eines friedlichen Todes. Der Inhalt des Begriffs Gesundheit ist bekanntlich umstritten, er variiert je nach den in einem Kulturbereich geltenden Werthaltungen bezüglich Gesundheit und Krankheit.

Je nach dem Inhalt, der dem Gesundheitsbegriff und damit dem primären Ziel des Pflegedienstes zugeordnet wird, ergeben sich ganz unterschiedliche Konsequenzen, beispielsweise bezüglich des Personalbedarfs und damit der Kosten.

Grundlegende Aufgaben des Managements im Pflegedienst wie die Festlegung eines Stellenplans können ohne vorherige Definition der angestrebten Pflegequalität, also des Begriffs, mit dem das auf die Genesung des Patienten bezogene Ziel konkretisiert und operationalisiert wird, nicht wahrgenommen werden.

Welchen Beitrag zur Genesung der Patienten soll der Pflegedienst eines Krankenhauses leisten? Soll die Pflege lediglich sicher sein (Ziel: Der Patient soll durch den Spitalaufenthalt nicht geschädigt werden), muß der Patient lediglich in der Aufrechterhaltung aller lebenswichtigen Funktionen unterstützt, das Schwerkgewicht der Aktivität des Pflegepersonals also auf die physischen Bedürfnisse des Patienten gelegt werden? Oder soll auf die Lebensgewohnheiten des Patienten und auf die ihn bedrängenden Probleme Rücksicht genommen werden? Soll das Pflegepersonal die Einstellung des Patienten zu Krankheit und Spitalaufenthalt und seine psychische Verarbeitung der daraus entstehenden Probleme beachten? Oder soll der Patient gar in die Planung und Ausführung der Pflege einbezogen werden? Ist es die Aufgabe des Pflegepersonals, die persönliche Weiterentwicklung des Patienten zu fördern? Diese grundsätzlichen Fragen müssen beantwortet werden, soll das Management des Pflegedienstes seine Aufgabe sinnvoll wahrnehmen können. Die Antwort kann, wie wir gesehen haben, nicht vom Pflegedienst allein gegeben werden.

#### 3.2.2 Die Beherrschung von Erneuerungsprozessen als Aufgabe des Managements im Pflegedienst

Als zweiten Entwicklungsansatz greife ich eine Fähigkeit heraus, der gerade in der heutigen Situation im Pflegedienst eine besondere Bedeutung zukommt, die Beherrschung von Erneuerungsprozessen.

Erneuerungsprozesse sind für das Management im Pflegedienst von doppelter Bedeutung, einmal weil das Management im Pflegedienst, wie dargelegt wurde, als Institution wie als Funktion der Entwicklung bedarf, zum andern, weil ja alle seine Tätigkeitsbereiche nicht einmalige, sondern dauernd wahrzunehmende Aufgaben umfassen. Einmal gefundene Lösungen sind laufend daraufhin zu überprüfen, ob sie den geänderten Verhältnissen noch entsprechen.

Die Tätigkeit des Pflegepersonals, und darin liegt ein besonderes Merkmal, unterscheidet sich von derjenigen aller übrigen Berufe des Gesundheitswesens durch dessen dauernde Anwesenheit auf der Pflegeeinheit, selbst wenn es sich nicht ständig im Krankenzimmer aufhält. Dazu kommt, daß die Krankenpflege als personale Dienstleistung nur zu einem kleinen Teil lagerfähig ist, also erst im Augenblick der Konsumation erbracht wird<sup>5</sup>. Diese zwei charakteristischen Merkmale des Pflegedienstes haben zur Folge, daß sich die meisten Änderungen im Krankenhaus auf den Pflegedienst auswirken, seien es Neuerungen in der Ausbildung der Medizinstudenten, die Aufnahme von

der VESKA, der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, durchgeführt wird. Er richtet sich an obere und oberste Kader des ärztlichen, des Verwaltungs- und des Pflegebereichs, wobei der Wunsch ausgedrückt wird, die drei Leiter der entsprechenden Bereiche eines Krankenhauses möchten den Kurs gleichzeitig besuchen. Die Kursleitung verspricht sich davon nicht nur einen besseren Lernerfolg, sondern – und dies ganz besonders – Erleichterungen bei der Realisierung des Gelernten in der Praxis.

### 3.2.4 Schaffung von Lehrstühlen und Universitätsinstituten, die sich vor allem der betriebswirtschaftlichen Probleme nicht privatwirtschaftlicher Unternehmungen annehmen

Unser Wissen über die spezifischen Managementprobleme im Pflegedienst und im Krankenhaus allgemein ist ungenügend. Es könnte durch die Schaffung von Lehrstühlen an Universitäten wesentlich erweitert werden, die sich in erster Linie der betriebswirtschaftlichen Probleme nicht privatwirtschaftlicher Unternehmungen annehmen.

Die an unseren Universitäten gelehrt Betriebswirtschaftslehre ist auch heute noch weitgehend auf gewinnorientierte privatwirtschaftliche Unternehmungen und deren spezifischen Probleme hin ausgerichtet. Es ist aber offenkundig, daß wesentliche Grundprobleme und die dafür bereitgestellten Lösungsansätze auch für den öffentlichen Bereich Geltung haben, wenn sich dort auch besondere Probleme stellen. Diese sollten auf der Basis der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre durch darauf spezialisierte Lehrstuhlinhaber und Universitätsinstitute untersucht und gemeinsam mit den in diesem Bereich tätigen Praktikern gelöst werden.

Erste Ansätze dazu bestehen in verschiedenen Ländern. Ich hatte selber Gelegenheit, das große Interesse von Betriebswirtschaftsstudenten an Fragen der Krankenhausleitung festzustellen. Andererseits ergreifen heute immer mehr Angehörige des Pflegepersonals nach einigen Jahren Berufstätigkeit im Pflegedienst, oft an verantwortungsvoller Stelle, noch ein Hochschulstudium, das sie zur besseren Wahrnehmung ihrer Managementaufgaben vorbereitet.

### 3.2.5 Bereitstellung von Mitteln zur Förderung der Forschung im Bereich des Krankenhaus- und Pflegedienst-Managements

Staatliche Mittel zur Förderung der Forschung werden in beträchtlichem Ausmaß für die verschiedensten Wissensbereiche und Forschungsprojekte bereitgestellt. Sie fehlen für den Bereich des Krankenhaus- und Pflegedienst-Managements weitgehend. Immerhin sind einige Ausnahmen bekannt, so zum Beispiel aus England das „Hospital Internal Communication Project“ und die erwähnten Untersuchungen über die Krankenhausorganisation der Brunel University. In der Schweiz besteht seit einigen Jahren die „Studie über das Pflegewesen in der Schweiz“, deren Untersuchungsergebnisse wesentliche Impulse zur Überprüfung des Pflegedienstes im Krankenhaus beigetragen haben. In der Bundesrepublik Deutschland ist insbesondere die Tätigkeit des Deutschen Krankenhausinstitutes hervorzuheben.

Es erstaunt immer wieder von neuem, welche große Beträge man für Krankenhausbauten auszugeben bereit ist, wenn man sie mit den spärlichen Mitteln vergleicht, die zum Studium der mit dem Betrieb dieser Krankenhäuser verbundenen Probleme bereitgestellt werden.

### 3.2.6 Durchführung von Untersuchungen über den Stand des Managements im Pflegedienst

Die im Rahmen der Expertise über die Rotkreuz-Kaderschule für die Krankenpflege in der Schweiz durchgeführte Erhebung über die Funktionen, die Anstellungsbedingungen und die Ausbildung der Krankenpflegekader hat den zuständigen Instanzen wertvolle Anregungen gegeben, die beispielsweise zur Entwicklung erster Ansätze für ein Personalmarktmodell im Pflegedienst beigetragen haben. Mit diesem Modell sollen in einer fortgeschrittenen Phase Fragen wie die folgenden beantwortet werden können:

Welche Zahl von Absolventen der Krankenpflegegrundausbildung wird benötigt, damit – unter Annahme gleichbleibender Karrieregänge – die Zahl leitender Krankenpflegekader mit einer bestimmten Vorbildung in zehn Jahren um 15 Prozent erhöht sein wird? Es wäre wünschenswert, daß weitere Unternehmungen dieser Art durchgeführt werden könnten.

### 3.2.7 Förderung der allgemeinen Entwicklung des Berufsstandes

Schließlich sei als weitere indirekte Maßnahme zur Weiterentwicklung des Managements im Pflegedienst die Förderung der allgemeinen Entwicklung des Berufsstandes erwähnt.

Den nachstehend genannten Aufgaben kommt dabei eine besondere Bedeutung zu:

- Prägung zeitgemäßer Berufsbilder und deren Vertretung nach außen;
- Einflußnahme auf Ziele, Programme und Zulassungsbedingungen für die Ausbildungsgänge aller Stufen und Bereiche;
- Mitwirkung bei der Durchführung von Zusatz-, Spezial- und Kaderausbildungen, in erster Linie in Pilotprojekten.

Diese Aufgaben werden erleichtert durch einen hohen Organisationsgrad des Pflegepersonals, durch die zielbewußte Leitung der einzelnen Organisationen sowie durch eine Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen, in denen Angehörige der Pflegeberufe zusammengeschlossen sind.

## 4. Schluß

Wir sind es uns selber, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegedienst, den Steuerzahlern und nicht zuletzt allen gegenwärtigen und zukünftigen Patienten schuldig, alle Vorkehrungen zu treffen, damit wir unsere Aufgaben in leitenden Funktionen des Pflegedienstes sachdienlich wahrnehmen können.

### Literaturhinweise

- <sup>1</sup> Kaderschule für die Krankenpflege. Zusammenfassung des Expertenberichts. Hrsg. vom Schweizerischen Roten Kreuz, Bern 1973
- <sup>2</sup> Zusammenfassung des Expertenberichts, a. a. O., S. 10
- <sup>3</sup> Zusammenfassung des Expertenberichts, a. a. O., S. 12
- <sup>4</sup> Zusammenfassung des Expertenberichts, a. a. O., S. 15
- <sup>5</sup> Vgl. hierzu Volkholz, Volker: Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1973, S. 49 ff.
- <sup>6</sup> Rowbottom, Ralph u. a.: Hospital Organization. Heinemann Publ. Ltd., London, 1973

Nach einem Vortrag, gehalten anlässlich der vom Fortbildungszentrum für Krankenpflege im Berufsbildungswerk des DGB veranstalteten Stuttgarter Fortbildungstage für Krankenpflegepersonal vom 23. bis 25. Oktober 1974.

Anschrift des Verfassers: Dr. rer. pol. Heinz Locher, Leiter der Abteilung Krankenpflege, Schweizerisches Rotes Kreuz, CH-3001 Bern, Postfach 2699

In diesem Zusammenhang möchten wir auf die Besprechung des Buches: Locher, H., Der Pflegedienst im Krankenhaus, Seite 155 im selben Heft aufmerksam machen. – D. Schriftl.

# Deutsche Schwestern- Zeitung

# Deutsche Krankenpflege- Zeitschrift

Fachblatt für die Kranken- und Kinderkrankenpflege

Heft 3 · 1. März 1975  
28. Jahrgang  
Verlag W. Kohlhammer GmbH  
Stuttgart

## Inhaltsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Vorsorgeuntersuchungen in der Pneumologie<br>Von Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Brandt                                     | 112 |
| Die Röntgendiagnostik der Mamma in der Vorsorgeuntersuchung<br>Von Prof. Dr. med. H. Witt und Dr. med. H. Bürger      | 115 |
| Management im Pflegedienst<br>Von Dr. rer. pol. Heinz Locher  | 120 |
| Ein Bildbericht: 23. Weltspiele der Querschnittgelähmten  | 126 |
| Die Gruppe und ihre Dynamik<br>Von Dr. phil. Irmgard Schmidt-Sommer   | 128 |
| Stellungnahmen zum Entwurf eines Gesetzes über nichtärztliche Heilberufe in der Geburtshilfe und in der Krankenpflege | 133 |
| Wer rät mit?  | 135 |
| Eine Krankenschwester im französischen Gesundheitsministerium   | 136 |

## Tagungsberichte

|   |     |
|---|-----|
| Planung und Bau von Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge und Krankenversorgung unter eingeschränkten personellen, materiellen und finanziellen Mitteln und Möglichkeiten<br>Von R. J. Sahl | 137 |
|---|-----|

Fortbildungstage für die Altenpflege  
Von K.-H. Rothländer

## Die Kinderkrankenschwester

|   |     |
|---|-----|
| Lokale Anomalien der Haut bei Säuglingen und Kleinkindern<br>Von Dr. Dr. med. H. Weyers | 143 |
| Pflegebericht über eine Examenswache<br>Von Marion Kalff                                | 146 |
| Zeitschriftenspiegel  | 151 |
| Buchbesprechungen   | 155 |
| Was jeder wissen sollte   | 159 |
| Mitteilungen des IKF  | 160 |
| Umschau   | 161 |

**Titelbild:** Bei den 23. Weltspielen der Querschnittgelähmten vom 20. bis 28. Juli 1974 in Stoke Mandeville, Aylesbury, England, siegte im Basketball – einem Freundschaftsspiel – die Frauenmannschaft aus Argentinien. S. a. Bildbericht Seite 126 und 127 im selben Heft. – Foto: Helmut Weiss

Herausgegeben unter Mitwirkung der Verbände für die deutschen Schwestern und Pfleger im In- und Ausland  
Hauptschriftleitung: Oberin Ilse Witte, 7 Stuttgart 1, Postfach 747, Urbanstraße 12–16, Telefon 24 54 46, Fernschreiber 07 23 820  
Ständige Mitarbeiter: Oberin Annelore Burkert, Oberin Eva von Gadow, Oberin Gusti Gruber, Oberin Lisa Schleiermacher, Oberschwester Edith Fischer, Schwester Liselotte Hölzel-Seipp, Dr. med. Fritz Oelze, Professor Dr. sc. med. Helmut Patzer, Professor Dr. med. Eduard Seidler, Dr. Dr. med. Helmut Weyers und Internationales Kuratorium zur Fortbildung von Schwestern, Pflegern, Sozialarbeitern und Beschäftigungstherapeuten in der Nervenheilkunde e. V. (IKF)

**Beilagenhinweis:** Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma Mona Strumpf- und Wirkwaren (mit angeklebter Bestellkarte), 7500 Karlsruhe 1, sowie der Firma Paul Schrader & Co, 2800 Bremen 1, bei. Einem Teil dieser Ausgabe ist ein Prospekt des Kreiskrankenhauses, 8019 Ebersberg/Obb. beigelegt.  
Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.