

30 Vgl. Radke, O.: Gesundheit ohne Klassendiskriminierung. Vortrag auf der 4. Intern. Arbeitstg. der IGM. Oberhausen, 11.–14. 4. 1972 Ms. ●. – Beyer/Winter: Lehrbuch der Sozialhygiene. Berlin (DDR) 1970, S. 127–152.

31 Übersicht über die Zahl der Gemeinschaftspraxen am 31. 12. 1974. Aufgestellt von der KBV. Empirische Untersuchungen außer der gemeinschaftspraxis '73 in: Wolff, M.: Die Gruppenpraxis – eine neue Organisationsform der ärztlichen Berufsausübung. Empirische Untersuchung über die Situation der Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland. Nürnberg 1973. (Sie umfaßt allerdings auch Partnerschaften und Praxisgemeinschaften.)

32 „gemeinschaftspraxis '73“, a.a.O., S. 45, 40.

33 Müller, W.: Einbeziehung der Freien Berufe in das Handelsrecht unter besonderer Berücksichtigung von Arzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Wirtschaftsprüfer und Architekt. Jur. Diss. Kiel 1968. S. 58, 59.

34 Nach Beendigung dieser Ausarbeitung ist das Gesundheitszentrum in eine finanzielle und damit auch organisatorische Krise geraten (vgl. Zum höheren Ruhme des sozialistischen Experiments! Gesundheitszentrum Gropiusstadt pleite? In: Deutsch. Ärztebl. 1977, S. 1117), deren Ursachen hier nicht mehr erörtert werden können. Sicher aber ist sie keine notwendige Folge dieser Organisationsform, da weitere ähnliche Einrichtungen existieren.

35 Parlow, S., I. Winter: Der Kampf der ärztlichen Landesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik. In: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine soziale Medizin (V), Argument-Sonderband 4, Berlin/West 1974, S. 50, 63–68. – Deppe, H.-U.: Die gesellschaftspolitische Rolle . . . , a.a.O., S. 6. Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, a.a.O. – Leopold, D.: Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Jur. Diss. Würzburg 1972.

36 Gemeinsame Pressemitteilung: Ein Einstieg zur Kostendämpfung im Krankenhaus. (Vereinbarung über Modellversuche zur vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung. Hrsg. Deutsch. Krankenhausgesellschaft u. Gesetzl. Krankenkassen.) Düsseldorf, Bonn 15. 7. 1975.

Dorothy C. Hall

Das Wesen der Krankenpflege und ihre gegenwärtige Praxis*

Die Entstehung der Krankenpflege verliert sich im Dunkeln der Geschichte. Wie die Medizin überhaupt, ist sie eine elementare menschliche Aktivität, hervorgerufen durch ein für die Gattung „homo sapiens“ charakteristisches Bedürfnis nach Hilfe, Trost, Sorge und Unterstützung bei psychischer oder körperlicher Not. So gesehen gehört die Krankenpflege zu den Grundfunktionen aller Gesellschaftsformen – von den einfachsten bis zu den am weitesten differenzierten. Sie besitzt also ein Leben und eine Form, die unabhängig ist von jeglichen Experten, die eine Gesellschaft hervorbringen mag, um sie zu entwickeln und zu systematisieren. So wie die Medizin

* Übersetzung aus dem Englischen von Christian Gaedt.

in der Form der Selbstbehandlung täglich bei Individuen und Familien in der ganzen Welt praktiziert wird, so ist auch die Krankenpflege in der nicht-professionalen Form ein integraler Teil des Alltagslebens. Das Ausmaß, in der sie in dieser Weise betrieben wird, hängt von vielen Faktoren ab. So insbesondere von dem Bildungsstand und der ökonomischen und technologischen Entwicklung einer Gesellschaft. So mag sich die nichtprofessionelle Krankenpflege in dem einen Fall auf Pflege und Ernährung beschränken – also auf Füttern, Waschen und Obdachgeben – wobei die Atmosphäre und die Art, wie die Hilfen geboten werden, die Sorge um die betroffenen Personen oder die betroffenen Gruppen ausdrückt. Bei höherem Stand von Bildung und technologischer Entwicklung sehen wir auf der anderen Seite, daß im Rahmen der Selbsthilfe hoch komplizierte Instrumente und Verfahrensweisen angewandt werden (z. B. ein Thermometer, ein Blutdruckmesser, ein Teststreifen zur Zuckerbestimmung im Urin), die die Informationen liefern, mit deren Hilfe die betreffenden Personen dann geeignete Abhilfemaßnahmen aussuchen. Professionelle Hilfe wird erst dann gesucht, wenn die Probleme so groß werden, daß das Individuum oder die Familie sich überfordert fühlen. An diesem Punkte sollten dann speziell ausgebildete Fachkräfte verfügbar sein und aktiv werden.

„Sorge tragen“ (care), soweit es die Gesundheit und die Krankheit betrifft, wurde als die elementare Funktion der Krankenpflege (nursing) beschrieben, gerade so wie im „Heilen“ (cure) oder „Lindern“ (correct) die elementare Funktion der Medizin gesehen wurde. Die meisten Befürworter dieser Definitionen stimmen darin überein, daß sie eine allzu starke Vereinfachung darstellen und daß in vielen Fällen die Überschneidung zwischen diesen beiden Bereichen so groß ist, daß sie häufig nicht mehr getrennt werden können. So wird sicherlich der Unterschied von „Sorge tragen“ (care) und „Heilen“ (cure) in der Öffentlichkeit aber auch von den Angehörigen der medizinischen Berufe kaum verstanden. Die Tatsache, daß diese beiden Bereiche so häufig miteinander vermengt sind, darf eine gedankliche klärende Trennung nicht verhindern und entlastet die Betroffenen nicht von der Verantwortung, beides zu beschreiben und zu entwickeln. Wenn „Pflegen“ und „Heilen“ als zwei Seiten einer Münze verstanden werden, wird besser verständlich, daß beide Seiten gut geprägt sein müssen, damit sie deutlich zu unterscheiden sind. Ist eine Seite unkenntlich, so ist der Wert der ganzen Münze verloren. In den letzten 40 Jahren ist auf der „Heilen“-Seite der „Pflege/Heilen“-Münze zu tief graviert worden, während die „Pflege“-Seite vernachlässigt und abgegriffen wurde. So ist es nun schwierig, den Wert der Münze für die Gesundheit zu erkennen¹.

„Krankenpflege“ und „Medizin“ haben sich schon immer einer exakten Definition entzogen. Ein möglicherweise glücklicher Umstand, denn er erlaubt eine Flexibilität und eine Entwicklung, die anderenfalls nicht möglich gewesen wären. Das Wesen der Krankenpflege jedoch ist gut genug beschrieben worden, so daß sie einerseits als eine eigenständige Einheit gesehen und studiert werden kann und andererseits deutlich unterscheidbar von anderen Medizinindisziplinen geworden ist. Gerade das Beschreiben der „Anatomie der Krankenpflege“ ist unser besonderes Anliegen in dieser Arbeit.

Wenn wir alle Definitionen des letzten Jahrhunderts und die der ersten Jahre unseres Jahrhunderts unberücksichtigt lassen, so bleibt als möglicherweise am besten akzeptierte, offizielle und relativ moderne Definition der „Krankenpflege“ die, die Virginia Henderson in den 50er Jahren vorgeschlagen hat. Zusammengefaßt hat Henderson folgendes festgestellt:

„Die einzige Aufgabe der Krankenpflege ist es, dem Kranken oder gesunden Individuum beizustehen bei der Durchführung von Aktivitäten, die zur Heilung oder zur Erholung (oder aber zu einem friedvollen Tod) beitragen, und die es auch alleine durchführen würde, wenn es die notwendige Kraft, den notwendigen Willen oder das dafür notwendige Wissen hätte. Dabei muß es das Ziel sein, dem Individuum zu helfen so schnell wie möglich seine Unabhängigkeit zu gewinnen.“²

Seither wurde diese Definition mehrfach erweitert. Als besonders nützlich erwies sich eine Ergänzung einer Expertengruppe, die vor kurzem das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Entwicklung eines mittelfristigen Programmes für Krankenpflege/Hebammendienste in Europa beraten hat. Diese Gruppe meinte, daß für die Weiterentwicklung eines Verständnisses des Wesens der Krankenpflege das sog. Positionspapier der Krankenpflege³ und Hendersons Definition nützliche Diskussionsgrundlagen sind:

„... wie auch die Tatsache, daß es Hauptaufgabe der Krankenpflege ist, Individuen und Familien zu helfen, mit dem, was die anatomische und physiologische Gesundheit genannt wird, zurechtzukommen. Mit anderen Worten, die Krankenpflege hat im Gegensatz zu der Medizin nicht die alles bestimmende Aufgabe größere anatomische, physiologische oder genetische Abnormalitäten zu heilen, sondern eher dem Patienten/Betreuten und seiner Familie zu helfen mit den Widrigkeiten fertig zu werden, die nicht notwendigerweise geheilt werden können oder die unter ärztlicher oder anderer Fachaufsicht gerade geheilt oder auf andere Weise beeinflußt werden. Bei jeglicher Intervention müssen beide Berufsgruppen die psychologischen und sozialen Situationen in Rechnung stellen, in der der Patient/Betreute oder die Familie sich befinden. Die Überschneidung des medizinischen und des krankenschwägerischen Bereiches wurde von der Gruppe einheitlich anerkannt und akzeptiert. Aber es bestand auch Übereinstimmung darüber, daß die Entwicklung beider Bereiche als getrennte, sich aber ergänzende Einheiten wesentlich war, um einen ausgewogenen humanistischen Gesundheitsdienst zu gewährleisten und daß dies eine bessere Interpretation und mehr tatkräftiger Aufmerksamkeit bedürfe.

Die Anwendung dieses Konzeptes gab der Krankenpflege ein weites Spektrum von Verantwortlichkeiten, aber zur gleichen Zeit wurde sie klar von der Medizin getrennt. Mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitsdienst hat die Krankenpflege die besondere Aufgabe, verantwortlich dafür zu sorgen, daß der Gesundheitsdienst humanisiert wird, und zu garantieren, daß die Rechte des Individuums als menschliches Wesen, wenn es vom Gesundheitsdienst erfaßt wird, nicht verletzt werden. Bei der Ausübung dieser Verantwortlichkeit muß die Krankenpflege notwendigerweise Wissen und Fähigkeiten entwickeln, Individuen und Familien zu helfen, ihr Gesundheitsverhalten und ihre hygienische Umgebung zu verändern, mit einfacheren Abweichungen vom Normalzustand fertig zu werden, das Wissen und/oder die praktische Durchführung von Maßnahmen zur persönlichen und/oder Familien-Hygiene zu vertiefen oder zu verbessern, die Anordnungen der Ärzte oder anderer Therapeuten zur gesunden Lebensführung wirksam zu unterstützen und ein gesundes Verhältnis zu den Grenzen körperlicher und geistiger

Fähigkeiten zu entwickeln. Hinzu kommt noch die traditionelle Rolle der Krankenpflege, die sich darauf beschränkt, direkte körperliche Pflege und psychologische Unterstützung zu gewähren für Individuen, die unfähig waren, für sich selbst zu sorgen“.

Es ist eine seltsame und ernüchternde Tatsache, daß die Krankenpflege als eine von der Medizin getrennt zu sehende Fachrichtung um die Jahrhundertwende möglicherweise besser verstanden wurde als heute. Das schnelle und ausgedehnte Wachstum der medizinischen Technologie in der Folge zweier Weltkriege und der damit zusammenhängende Aufstieg des Arztes zum allmächtigen Richter in Sachen körperlicher und geistiger Gesundheit führte zu einer verhängnisvollen Wende in der Entwicklung dessen, was, zumindest im kontinentalen Europa, als „paramedizinische oder andere medizinische Hilfsberufe“ bekannt geworden ist.

Das ungeheure Wachstum der Krankenhäuser und die damit zusammenhängende Institutionalisierung nahezu aller Pflege von Kranken und Verletzten reduzierte die Hauskrankenpflege, soweit sie durch Fachkräfte durchgeführt wurde, auf ein Minimum. So wurde der Krankenpflegedienst, zumindest in den meisten Fällen, als *der* Lieferant organisierter, umfassender Krankenpflege angesehen und die Krankenpflegefachkräfte kamen in die Rolle von Krankenhausmitarbeitern, die hauptsächlich damit befaßt waren, in Abteilungen der Institution ihre Dienste zu leisten und eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Arzt und seine Patienten sich begegnen können.

Mit Zunahme des Krankenhaus-Kultes wurden sogar gesunde Personen – die Schwangeren und die älteren Menschen sind hierfür bezeichnende Beispiele – in die Patientenrolle gezwungen und so behandelt, als ob sie krank wären.

Im Gegensatz hierzu versucht die Gemeindeschwester, die Kranken in ihrer eigenen Wohnung zu behandeln. Diese Einrichtung hat sich jedoch nur in einigen wenigen Ländern entwickelt. Dabei hat sich die Familiengesundheitsfürsorge häufig in eine Reihe von Krankenpflegeberufe differenziert und spezialisiert, wie z. B. der „Health visitor“, die „District nurse“, die „visiting nurse“, die „midwife“ usw. Nur in wenigen Organisationsformen zeigt sich im Ansatz ein breitgefächerter ambulanter Pflegedienst, der imstande ist, eine umfassende Familiengesundheitsfürsorge zu gewährleisten.

Die Ausbildung des Krankenpflegepersonals wurde strikt auf die Krankenhäuser beschränkt. Unter diesen Umständen begann praktisch der Krankenpflegeschüler vom Tage seiner Ankunft an, das auszuführen, was man hier unter Krankenpflege verstand. Auf diese Weise führte er – so in einigen Fällen – den größten Teil der Arbeiten aus, die in einem Krankenhaus üblich sind. Diese Kombination von Ausbildung und Dienstleistung ist immer noch sehr gut abgesichert. Sie entstand in der letzten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf dem Boden der Notwendigkeiten und des verfügbaren Personals, das ein primär soziales Interesse an der Pflege von Kranken hatte. Sie war in vieler Hinsicht sehr geeignet für die Zeit und die Gesellschaft, für die sie geschaffen wurde. Für die letzten zwei Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts hat sie jedoch ihren Sinn für die Gesundheitsfürsorge verloren; Veränderungen wurden jedoch nicht vorgenommen. Auf einem von der Weltgesundheitsorganisation geförderten Symposium in Den Haag 1972 vertraten die

Teilnehmer von 21 Ländern Europas folgende Meinung über diese Form der Ausbildung:

„Diese Ausbildungsprogramme waren im Wesentlichen krankheitsorientiert und deshalb wenig geeignet, um die Auszubildenden zu befähigen, Pflegedienste in allen Aspekten der Gesundheitsfürsorge zu leisten.“⁴

Weiterhin: in den meisten Fällen,

„bilden diese Programme Krankenpflegepersonal isoliert von allen anderen Gesundheitsberufen und ähnlichen Fachrichtungen aus. Die Berufsvorbereitung der „Krankenschwester“⁵ ist unter diesen Umständen traditionell gebunden und in vielen Fällen ist sie ohne Bedeutung für Gegenwart oder Zukunft.“⁴

Da in den industrialisierten Gesellschaften die übertragbaren und anderen infektiösen Krankheiten nicht mehr das Hauptproblem darstellen, mehr Menschen mit chronischen Krankheiten länger und bis ins hohe Alter hinein leben, schwere Verletzungen, z. B. als Folge von Arbeits- und Verkehrsunfällen nicht notwendigerweise zum Tode führen, sondern die Verletzten mehr und mehr zu Invaliden machen und die Vorteile einer aufklärenden präventiven und unterstützenden Gesundheitsfürsorge allmählich den Politikern bewußt werden, ist die Notwendigkeit für rationales Denken und effektives Handeln in bezug auf die Krankenpflegedienste dringend geworden.

Die Krankenpflege ist die Fachrichtung, die wenigstens im Ansatz Antworten geben müßte auf die Prioritätsprobleme auf dem Gebiet der Pflege. Wie bereits angedeutet, ist der überwiegende Teil dieser Berufsgruppe so schlecht ausgebildet, so heruntergekommen in ihrem Status und so verarmt in ihrem Einfluß, daß es ihm schlichtweg nicht möglich ist, diesen Aufgaben gerecht zu werden. Die Fachdisziplin Krankenpflege ist so lange vernachlässigt worden und blieb so lange unterentwickelt, daß nur ein radikales Umdenken und beträchtliche Investitionen an Zeit, Geld und Energie es schaffen könnte, die Krankenpflege so weit zu bringen, daß sie den in sie gesetzten Erwartungen gerecht werden kann. So lange das nicht erreicht ist, fehlt in der Gesellschaft eines der wichtigsten Bestandteile eines effektiven Gesundheitssystems. Auch heute noch hat das folgende Zitat aus dem Bericht des Krankenpflegeexpertenkomitees der Weltgesundheitsorganisation von 1950 seine Bedeutung:

„In vielen Ländern mit einer hochentwickelten Medizin und einer unterentwickelten Krankenpflege spiegelt der Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht den fortgeschrittenen Entwicklungsstand der Medizin wider“⁶.

Es ist nunmehr dringend notwendig, daß die Krankenpflege sich jetzt befreit von den Hypotheken der Vergangenheit und sich gleichzeitig diejenigen traditionellen Eigenarten bewahrt, die sie in der Gegenwart bereichern und auch in der Zukunft ihre Bedeutung haben werden. Die Krankenpflege sollte die Bedeutung ihrer Rolle zur Anerkennung bringen. Dieser Beruf hat die vorrangige Aufgabe als Partner der Medizin und der Betreuten innerhalb des Heil/Pflege-Teams seine Aufgaben zu erfüllen. Es sollte gerade diese Berufsgruppe sein, von der der stärkste Druck zum Studium und Entwicklung der Pflege sowohl der Kranken als der Gesunden ausgeht. Dies setzt je-

doch eine Organisation voraus, in der die Krankenpflege nicht nur ihre laufenden und unmittelbaren Aufgaben erfüllen kann, sondern die auch Forschung und Studium ermöglicht und so Wissen und Technologie auf diesem Gebiet vorantreibt.

Die gegenwärtigen Entwicklungstendenzen in vielen Gesellschaften deuten darauf hin, daß der Gesundheitsdienst der Zukunft sich mehr auf die Aufgabe zentriert, den Gesundheitszustand zu verbessern und zu erhalten, anstatt im Falle einer Krankheit Individuen und Familien zu behandeln. Dabei wird die Rolle von Individuen und Gruppen für eine gesunde Lebensweise genauso betont wie die Notwendigkeit, Wissen und Technologie effektiv und verantwortungsvoll kontrolliert anzuwenden. Von diesen Tendenzen ausgehend erscheint es dringend notwendig, die traditionellen Fachrichtungen im Gesundheitsdienst sowohl hinsichtlich ihrer geleisteten Dienste als auch hinsichtlich ihres Ausbildungsganges, der sie prägt, kritisch zu untersuchen, um zu erreichen, daß die sich ändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung stärker beachtet werden.

Anmerkungen

1 Hall, Dorothy C., Nursing Personnel Systems, Journal of Advanced Nursing, 1976, 1, p. 84.

2 Henderson, Virginia, ICN Basic Principles of Nursing Care, 4th Edition, S. Karger, Basel (Switzerland), 1963, p. 3.

3 Hall, D. C. (1975), A position paper on nursing, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (unpublished document EURO/NURS 75. 1).

4 World Health Organization, Regional Office for Europe, Higher education in nursing; Report on a Symposium, The Hague, 30. October – 3. November 1972, Copenhagen (1973), p. 8.

5 „Die Krankenschwester ist eine Person, die eine Basis-Schwesternausbildung abgeschlossen hat und sowohl qualifiziert als auch autorisiert ist, uns in ihrem Land ihren außerordentlich verantwortungsvollen Beruf zur Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit und Sorge für die Kranken auszuüben.“ WHO Expert Committee on Nursing, Fifth Report, World Health Organization Technical Report Series Nr. 347, Geneva (1966), p. 9.

6 World Health Organization, Expert Committee on Nursing, Report of the First Session, February 1950.