

Behandlungsformen dagegen. Sie hat alternative Einrichtungen geschaffen, z.B. Frauengesundheitszentren, Frauenhäuser, Abtreibungs- und Sterilisationsberatung, die jedoch unter massiven Existenzschwierigkeiten leiden. Die Entwicklung entsprechender Formen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems wäre Ziel einer erweiterten autonomen Krankenpflege. Die öffentlich wirksame Kritik der Frauenbewegung an der Gynäkologie und die Vorbilder der alternativen Modelle könnten auf den Stationen von Schwestern genutzt werden.

Petra Botschafter-Leitner

Patientenorientierung — Personalorientierung

Ein Konflikt mit falschen Fronten

Betrachtet man die aktuelle Situation in der Krankenpflege, so stößt man in den Diskussionen über die Probleme und Perspektiven immer wieder auf zwei Komplexe, die sich scheinbar unversöhnlich gegenüberstehen, die aber bei näherem Hinsehen Ausdruck eines spezifischen gesellschaftlichen Interesses an Aufgaben und Funktionen des Pflegeberufes sind.

Der eine Komplex beinhaltet die kontinuierliche Verschlechterung der Gesundheitsversorgung durch Personalmangel und Rationalisierung im Krankenhaus und die damit einhergehende physische und psychische Belastung des Pflegepersonals, die Berufsunzufriedenheit und Fluktuation in der Krankenpflege ständig steigen lassen.¹ Der andere Komplex betrifft die verstärkt geführte Diskussion innerhalb der Krankenpflege über mehr Menschlichkeit, mehr Zuwendung, kurz gesagt: über die Umsetzung einer patientengerechteren Pflege.²

Noch heute hält die Krankenpflege fest an ihrer idealistischen Berufsmotivation des dienenden Helfens, sowohl dem Patienten als auch dem Arzt gegenüber. So hat sie bis heute nicht realisiert, daß sie ganz bewußt von gesellschaftlich relevanten Kräften auf diese (Frauen-)Rolle festgelegt wurde und noch wird.

Ein solches Berufsverständnis macht es schwer, wenn nicht unmöglich, eigene Interessen zu erkennen, zu formulieren und durchzusetzen. Nicht von ungefähr ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad der weiblichen Krankenpflegekräfte sehr niedrig.

Nur so ist einigermaßen nachvollziehbar, warum die Krankenpflege unter den sich heute unaufhörlich verschlechternden Arbeitsbedingungen nicht auf die Barrikaden steigt, sondern unter ihrem schlechten Gewissen fast zusammenbricht und sich in Resignation zurückzieht. Die heutige Situation der Krankenpflege wird als individuelles Versagen empfunden,

Schuldgefühle sind die Folge — wie im 19. Jahrhundert. Erst in den letzten Jahren gibt es Krankenschwestern und -pfleger, die nicht mehr nur stillschweigend den Beruf verlassen, sondern aktiv versuchen, sich aus einer Situation des permanenten schlechten Gewissens zu befreien und mit Hilfe der Gewerkschaften erstmals eigene Bedürfnisse und Interessen zu formulieren. In dieser Situation — auf der einen Seite Verknappung der finanziellen Ressourcen und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, auf der anderen Seite langsames Erwachen aus einem jahrhundertelangen Traum — in dieser Situation wird plötzlich wieder nach mehr Menschlichkeit im Krankenhaus gerufen, davor gewarnt, daß der Patient hinter und unter Apparaten nicht mehr gesehen wird, ist das Schlagwort von der (Rück-)Orientierung auf den Patienten in aller Munde.

Wenn man die gesellschaftliche Stellung der Krankenpflege in ihrer historischen Entwicklung kennt, so erstaunt es nicht, ja erscheint geradezu folgerichtig, daß dieser Ruf nach weniger Betriebsorientierung und mehr Patientenorientierung im Krankenhaus nur von der Krankenpflege ernsthaft aufgenommen wurde. Hier wird wieder einmal ganz deutlich, daß die Medizin die Krankenpflege braucht als schmückendes menschliches Beiwerk. Solange die Krankenpflege diese, ihr von der Medizin zugewiesene Funktion erfüllt, braucht sich diese nicht ernsthaft mit sozialwissenschaftlichen Aspekten des Krankheitsverständnisses auseinanderzusetzen. Unter diesem Gesichtspunkt trägt die Krankenpflege dazu bei, die ausschließlich naturwissenschaftliche Orientierung der Medizin mit allen ihren Folgen aufrechtzuerhalten.

Ohne im Einzelnen analysieren zu wollen, wie die Krankenpflege mit dem Vorwurf umgeht, der Patient stehe nicht (mehr) im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit, lassen sich zwei Ebenen der Diskussion unterscheiden. Einmal — und so hat es angefangen — wird in den Fachzeitschriften, also relativ abgehoben von den alltäglich am Krankenbett Stehenden, der Vorwurf angenommen und es werden die verschiedensten Modelle entwickelt, wie man dem Patienten (wieder) näherkommen könnte: Da wird die Funktionspflege verantwortlich gemacht und stattdessen die Gruppenpflege angepriesen; da wird die Trennung in Grund- und Behandlungspflege beklagt, zementiert durch die unterschiedliche Bezahlung — auch hier soll die Gruppenpflege Abhilfe schaffen; wir müssen die verschiedenen Stufen des Pflegeprozesses zur Anwendung bringen, sagen die einen, Krankenpflegeforschung fehlt, sagen die anderen. Einig sind sich alle, wenn es um die Benennung von Ausbildungsdefiziten geht: die Auszubildenden müssen mehr Kompetenzen im psychosozialen Bereich erlangen. Wenn man die verschiedenen Beiträge zur patientenorientierten Krankenpflege liest, hat man den Eindruck, Gesprächsführung sei *das* Mittel, mit dem alle Probleme zu lösen sind. Konkretes Ergebnis dieser in Fachzeitschriften und auf Kongressen geführten Diskussion waren Modelle, die die patienten-

tenorientierte Krankenpflege z.B. als Weiterbildungsmaßnahme, zum Thema hatten

Die zweite Ebene der Diskussion verläuft in den Krankenhäusern unter dem Pflegepersonal selbst. Hier wird weniger diskutiert, als vielmehr auf das reagiert, was in aller Munde ist: zunächst einmal wird der Vorwurf der Patientenferne angenommen. So weit, so gut. Die Ursachen allerdings werden, wieder in Fortsetzung alter Tradition, im persönlichen Versagen gesehen!

Wie schon vor hundert Jahren wird auch heute nicht thematisiert, daß eine Umsetzung von mehr Patientenorientierung scheitern muß, wenn nicht die Bedürfnisse des Krankenpflegepersonals mit in die Überlegungen einbezogen werden.

Die Krankenpflege muß lernen, daß es nicht nur legitim ist, eigene Bedürfnisse zu haben, sondern daß es im Sinne einer Patientenorientierung ist, diese Bedürfnisse zu artikulieren und auch gegen Widerstände durchzusetzen.

Die Krankenpflege muß auch lernen — aus ihrer eigenen konkreten Geschichte lernen — Forderungen wie sie heute mit der Patientenorientierung gestellt werden, zu hinterfragen, nach den Interessen, die dahinterstehen: Geht es wirklich um den Patienten? Wird nicht vielmehr der Patient als Hebel benutzt, dem Pflegepersonal individuelles Versagen und Schuldgefühle zu suggerieren — dies hat schon in der Vergangenheit hervorragend funktioniert!

Mit Krankenschwestern, die nur noch mit dem Gefühl über die Station gehen, den Patienten aus eigenem Unvermögen nicht optimal gepflegt zu haben, lassen sich Rationalisierungs-, Einsparungs- und Streichungsmaßnahmen auf der einen Seite, aber auch ärztliche Interessen an medizinischen Handlangerdiensten durch das Pflegepersonal auf der anderen Seite leichter durchsetzen als mit Krankenschwestern, die eigene Vorstellungen über ihre Bedürfnisse in der Krankenpflege haben und bereit sind, diese — vielleicht sogar mithilfe der Gewerkschaften — durchzusetzen.

Der zunächst als Widerspruch erscheinende Sachverhalt: auf der einen Seite Verknappung der Mittel, »Sparen« an allen Ecken und Enden, auf der anderen Seite der Ruf nach mehr Patientenorientierung ist also ein scheinbarer. In Wirklichkeit dokumentiert er das gesellschaftliche Desinteresse an einer eigenständigen, selbstbewußten und damit auch patientenorientierten Krankenpflege.

Die Krankenpflege kann noch weitere hundert Jahre über ihre Eigenständigkeit diskutieren, Modelle für eine Patientenorientierung entwickeln und die Unmenschlichkeit in den Krankenhäusern beklagen, es wird sich solange nichts an der konkreten Situation ändern, solange nicht die eigenen Interessen und Formen ihrer Durchsetzung zum selbstverständlichen Gegenstand von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie For-

schung in der Krankenpflege gemacht werden. Ebenso selbstverständlich muß dieser Gegenstand von Personen erforscht und gelehrt werden, die über eine entsprechende Ausbildung und Berufspraxis verfügen. Dies würde allerdings bedeuten, daß Möglichkeiten für Zusatzqualifikationen geschaffen werden, die es Krankenschwestern ermöglichen, ihre beruflichen Belange in Forschung und Lehre selbst zu vertreten.

Dies war der Anspruch des Modellstudienganges an der Freien Universität Berlin, wo Krankenschwestern und -pfleger in einem dreijährigen Studiengang zu Lehrern der Kranken- und Kinderkrankenpflege ausgebildet wurden. Gleichmaßen orientiert an den Bedürfnissen und Problemen des Patienten und des Pflegepersonals sollen nicht nur Lehrerqualifikationen vermittelt, sondern die gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenpflege von ihren Anfängen bis heute analysiert werden.

Die Fragen nach gesetzlichen Regelungen, Berufsmotivation, Frauenrolle, Verhältnis zur Medizin, zum Arzt und zu den übrigen Berufsgruppen sowie zum Verhältnis des Pflegepersonals untereinander sollten helfen herauszufinden, warum die Krankenpflege nach wie vor nicht eigenständig ist und ob überhaupt jemand — die Krankenpflege eingeschlossen — ein Interesse an dieser eigenständigen Krankenpflege hat.

Umgekehrt formuliert, sollte der These nachgegangen werden, ob nicht Aspekte der Krankenpflege wie »frauliche Eigenschaften«, »Idealismus«, »Patientenorientierung« je nach den gesellschaftlichen Gegebenheiten bewußt eingesetzt wurden, um Interessen der Medizin und ihrer Vertreter sowie der Krankenhausträger durchzusetzen. Die Forderung nach mehr Patientenorientierung in der Krankenpflege unter gegebenen Bedingungen hat wenig mit einer verbesserten Versorgung des Patienten und gar nichts mit mehr Eigenständigkeit der Krankenpflege zu tun!³

Anmerkungen

1 Trotz insgesamt gestiegener Zahl der beschäftigten Krankenschwestern und -pfleger, fehlen heute 28.000 Pflegekräfte. In dieser Zahl sind 15.000 zwar vorhandene, aber nicht besetzte Stellen miteinbezogen (für den ärztlichen Bereich handelt es sich um 20.000 Ärzte, die fehlen, einschließlich 6.000 vorhandener, aber nicht besetzter Stellen). — Da die insgesamt gewachsene Zahl an Pflegekräften oft als Argument benutzt wird, zu behaupten, die Situation im Pflegebereich habe sich nicht verschlechtert, soll kurz statistisch dargestellt werden, welche Entwicklungen diesem Zuwachs gegenübergestellt werden müssen, ehe man damit argumentieren kann. — Nimmt man das Jahr 1965 als Ausgangsbasis und betrachtet den Zeitraum bis 1978, ergibt sich folgendes Bild:

- 51.000 Pflegekräfte wurden zusätzlich benötigt, um die gestiegene Zahl der Patienten (über 3 Mill.) zu versorgen;
- 32.427 wurden benötigt, um die Arbeitszeitverkürzung (von 47 auf 40 Stunden) auszugleichen;

- 34.640 wurden gebraucht, um die Mehrarbeit durch die Verweildauerverkürzung (von 27,4 auf 20 Tage) zu bewältigen, dann bleiben noch
- 9.000 übrig für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in den Funktionsbereichen wie Anästhesie, OP usw.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Gegenwärtiger und künftiger Bedarf an Krankenpflegekräften — Krankenpflegeenquête. In: Das Krankenhaus, Zentralblatt des deutschen Krankenhauswesens, Heft 6 und 7, 1979; H.-W. Müller: Personalsituation im deutschen Krankenhaus: Vorschläge der DKG liegen auf dem Tisch! In: Das Krankenhaus, Heft 11, 1980, S.407ff. Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.): Fachserie 12 — Gesundheitswesen — Reihe 1: Ausgewählte Zahlen für des Gesundheitswesen, entsprechende Jge.

- 2 Zur Diskussion um die patientenorientierte Krankenpflege vgl. insbesondere: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Fachblatt für Kranken- und Kinderkrankenpflege; Demokratisches Gesundheitswesen, Zeitschrift für Gesundheits- und Sozialberufe, Heft 5/81; Gesundheitsreport, Informationen der Gewerkschaft ÖTV, u.a. Nr. 2/82.
- 3 Zum Problem der »Eigenständigkeit« vgl.: A. Mergner, Die historische Entwicklung der staatlichen Krankenpflegeausbildung, unveröffentl. Diplomarbeit, Fachbereich Klinikum Steglitz, der Freien Universität Berlin, SS 1981.

Denise Couture, Marc Renaud, Louise-Hélène Trottier

Dequalifizierung oder Überqualifizierung in der Krankenpflege?

Erfahrungen aus Quebec/Kanada*

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der kanadischen Provinz Quebec haben in den letzten zehn Jahren eine auf der ganzen Welt wahrscheinlich beispiellose Umwälzung erfahren. Durch zahlreiche und tiefgreifende Eingriffe hat die (Provinz-)Regierung dabei versucht, im Rahmen der außerordentlich schnellen und weitgehenden Reorganisierung des gesamten Gesundheitssektors die Arbeitsteilung umzustrukturieren und eine Reihe von neuen sozialen Bewegungen und neuen sozialen Verhaltensweisen zu adaptieren bzw. zu kooptieren.¹

* Die Verfasser sind dem DAAD (Denise Couture), dem Programm CAFIR (Marc Renaud) und dem kanadischen Ministerium für sozialen Wohlstand (Louise-Hélène Trottier) zu Dank verpflichtet, ohne deren Hilfe der vorliegende Aufsatz nicht hätte geschrieben werden können. Aus dem Französischen von Monique Kriescher-Fauchs. Ein Fremdwortverzeichnis befindet sich am Schluß dieses Aufsatzes.