

- und versuchen, ihre Probleme selbst in die Hand zu nehmen.
3. Die Patienten stellen Forderungen, als Menschen und Mitbürger behandelt zu werden.
 4. Der Pflegeprozeß gibt das Modell für die Individualisierung der Pflege auch unter den heutigen erschwerten Bedingungen.

Literatur

1. Pädagogisches Lexikon, Stuttgart 1961, Stichwort: Beruf
2. SEIDLER, Eduard: Diätetik und Krankenpflege. Deutsche Schwesternzeitung 1/1964, S. 8-11
3. MAI, Franz Anton: Unterricht für Krankenwärter. Mannheim 1782
- NIGHTINGALE, Florence: Rathgeber für Gesundheits- und Krankenpflege. Dt. Übersetzung, Leipzig 1878. Nachdruck: Brockhaus, Wiesbaden 1980

4. HENDERSON, Virginia: Grundregeln der Krankenpflege, Frankfurt 1963
5. NT, Mt. 25,40
6. Die Regeln des heiligen Benedikt, § 36, Beuroner Kunstverlag, Beuron 1965
7. WEIZSÄCKER, Viktor von: Grundfragen medizinischer Anthropologie, Hamburg 1948
8. Charta des Krankenhauspatienten. Krankenpflege 11/1979, S. 388
9. STICKER, Anna: Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, Stuttgart 1960
10. Bundestagsdrucksache 8/4461
11. WHO-EUR/RC 27/7, Kopenhagen 1977
12. NT, Römer 13,1
13. vgl. BERGMAN, Rebecca: Interpersonal Relations in Health Care Delivery and the Development of Interpersonal Skills. In: Noack, Horst, Hrsg. Medical Education and Primary Health Care, London 1980
14. GRAUHAN, Antje: Ausbildung als Vorbereitung auf die praktische Tätigkeit aus der Sicht der Pflegeberufe. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 9/79
15. z. B. CAPLOW, Merton, Parsons
16. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18. 3. 1981

17. Modellversuch „Lehrkräfte für Medizinalfachberufe“: Themenkatalog Krankenpflege. Hektographie 1977, vgl. auch: Grauhan, Antje: Das Wohl des Patienten – Ideal und Wirklichkeit. Krankenpflege, 1/1981.

Anschrift der Verfasserin:

Antje Grauhan
Leiterin des Modellversuchs
„Lehrkräfte für Medizinalfachberufe“
Freie Universität Berlin
Albrechtstraße 36a
1000 Berlin 41



Die Krise der Krankenpflege

Schlußfolgerungen eines Vergleichs zwischen Großbritannien, den Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland

Von Marion Ferguson

Wenn man ein Symposium veranstaltet, dessen Aufgabe es ist, sich mit der Krankenpflege auseinanderzusetzen, dann ist die Annahme berechtigt, daß es triftige Gründe gibt, die nach einer derartigen Auseinandersetzung verlangen. So ist zu hoffen, daß diese Art von Symposium und die Beschäftigung mit einer Analyse nun auf allen Ebenen weiterverfolgt wird, so daß sich alle Beteiligten, d. h. diejenigen, welche Krankenpflege ausüben und diejenigen, die von ihrer Ausübung betroffen sind, sich in den Problemen und Kernfragen auskennen und weiter forschen können.

Der Beitrag von Antje Grauhan über „Tradition und Wandel in der Krankenpflege“ ermöglicht erstens diese Auseinandersetzung in einem theoretischen Rahmen zu sehen und zu gestalten: Tradition und Wandel setzen sich auseinander mit gesellschaftlichen Kräften, die deshalb auf Schwierigkeiten stoßen, weil zwischen Tradition und Wandel eine Spannung entsteht – und diese Spannung in bezug auf die Krankenpflege bedarf einer substantiellen Analyse. Zweitens gibt das Thema Tradition und Wandel die Richtung der Analyse an: Wenn Weiterentwicklung des Berufsbilds als Notwendigkeit angesehen wird, ist es erforderlich, die Art und Weise des Wandels zu untersuchen. Und somit haben wir nun die Aufgabe, die Richtung und die Substanz, den Charakter der Spannung in bezug auf die Krankenpflege zu erforschen, zu erkennen und zu ändern.

In diesem Beitrag versuche ich eine Untersuchung über die sogenannte Krise der Krankenpflege anzustellen. Es besteht die Annahme, daß die Spannung, welche in der Ausein-

andersetzung zwischen Tradition und Wandel verwurzelt ist, gewisse Formen angenommen hat, die anscheinend in sehr verschiedenen Ländern zu sehr ähnlichen Krisen geführt hat. Und diese Tatsache ist der Grund, sich ernstliche Gedanken zu machen.

Was versteht man unter der Krise? Alvin Toffler¹, in seinem Buch „Future Shock“, oder auf Deutsch: Zukunftsschock, deutet an, wie Krisen entstehen, wie ein Schock konkrete Formen aufweist, die tief in das Persönliche und Berufliche eingreifen, so daß man gezwungen ist, neue bis jetzt unerprobte Rollen zu entwickeln.

Toffler argumentiert, daß der Zukunftsschock ein Produkt eines ganz besonders schnellen Wandels der Gesellschaft ist, wo sich das Neue nicht aus dem Alten harmonisch herausentwickelt, sondern wo sich das Neue dem Alten aufzwingt. Der Begriff des Zukunftsschocks dokumentiert die Tatsache, daß es kein zurück mehr gibt zum Gestern. Die gestrige Welt in ihren Formen und Werten existiert einfach nicht mehr, obgleich jede Gesellschaft, auch die unsrige, einige Widerstandsreste in sich birgt. Toffler erklärt weiter, daß man sich nicht nur mit der Tatsache abfinden muß, daß es kein Zurück mehr gibt, sondern daß das Neue auch nicht beständig ist. Die Änderung ist eben dauernd in Gang, dauernd in Fluß, und diese Art der raschen und nicht erwarteten Veränderung kann der Auftakt einer nicht unerheblichen Verwirrung sein.

Emile Durkheim² beschäftigte sich in der 2. Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts mit Krisen, indem er die industrielle Gesellschaft mit der feudalistischen verglich und erklärte,

wie unter der industriell-kapitalistischen Arbeitsweise im Unterschied zur feudalistischen der Arbeiter reglementiert ist, den ganzen Tag von seiner Familie getrennt ist, getrennt auch von seinem Arbeitsplatz wohnt, und daß die nun andere Situation neue Organisationsformen braucht und auch neue gesellschaftliche Beziehungen entwickelt. In diesem Prozeß entwickeln sich und existieren Konflikte, die der Schnelligkeit wegen keine Möglichkeit haben ein Gleichgewicht herzustellen. Durkheim zeigt weiter auf, daß es nicht nur allein die Schnelligkeit des Wandels ist, der Krisen heraufbeschwört, sondern ein ganz wichtiger Faktor ist auch die relative Ungleichheit der externen Verhältnisse, die Interessen der verschiedenen Gruppen und Klassen, die auch dazu beitragen, Konflikte hervorzurufen.

Die Krise in der Krankenpflege hat mit Sicherheit die gleichen Gründe wie die Krise in der Medizin

Es ist wohl auch nicht ein purer Zufall, daß von einer Krise in der Krankenpflege gesprochen wird. Es wird auch behauptet, daß eine Krise in der Medizin existiert und es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß eine ganz enge Verbindung zwischen beiden Krisen besteht, und daß dieselben Gründe beide Krisen hervorrufen. Die vermeintliche Krise in der Medizin hängt mit der Kostenexplosion und fraglich gewordenen Effektivität zusammen. Während in den

Entwicklungsländern die Sterbezahlen weiter sehr hoch bleiben, ist es in den entwickelten Ländern der Medizin nicht gelungen, Herr zu werden über solche Krankheiten, die die Menschen am meisten fürchten wie Krebs und Herzkrankheiten.

In den Vereinigten Staaten können sich immer weniger Menschen eine kostspielige medizinische Therapie leisten. In Großbritannien ist die chronische Unterfinanzierung des nationalen Gesundheitswesens verschlimmert worden durch eine neue scharfe Kostendämpfung und das Resultat ist eine quantitative und qualitative Verschlechterung des Gesundheitsdienstes. In der Bundesrepublik Deutschland läuft seit Jahren eine Diskussion über Kostenexplosion und qualitative Versorgung des Gesundheitswesens.³ Dieselbe Diskussion spielt auch in den Vereinigten Staaten eine sehr große Rolle.⁴ In vielen Ländern kritisieren Patientinnen die geschlechtsstereotypische Behandlung ihrer Probleme, die sie seitens der Medizin erfahren. Es gibt überall Berichte über Unzufriedenheit mit der Bezahlung und der Situation am Arbeitsplatz von denen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind.

Die Krise in der Krankenpflege erwartet eine Antwort auf drei Fragen

Ziel dieses Referats ist es, einige Merkmale aufzuzeichnen, anhand derer man erkennen kann, wie eine derartige Krise in der Krankenpflege aussieht, welche Ausmaße sie hat, was die Folgerungen sein könnten für die Krankenpflege und Fragen zu stellen nach den möglichen Wegen der Bewältigung dieser Krise. Ich möchte gleich zu Beginn sagen, daß ein Symposium, wie dieses nicht mit definitiven Antworten abschließen kann. Es können aber durch die Diskussion erklärende Hypothesen entwickelt werden, die zielgerechte Fragen aufwerfen, die nach Antwort suchen.

Das Thema: „Die Krise der Krankenpflege“ erwartet eine Antwort auf drei Fragen:

1. Worin besteht die Krise? Welcher Art sind die Konflikte? Und haben sie damit zu tun, daß das Berufsfeld der Krankenpflege Veränderungen unterworfen ist? Oder anders gesagt: Welchen Zusammenhang gibt es zwischen der Erweiterung des Gesundheitswesens, erkennbar am Prozeß der Klinifizierung und an einer Krise innerhalb der Krankenpflege?

2. Was sind die Faktoren, die mit der Art der Krankenpflegearbeit historisch und gesellschaftlich verwurzelt sind? Oder anders gesagt: Hat die Krise damit zu tun, daß die Krankenpflege ein Frauenberuf ist und daß Frauenberufe typische politische, ökonomische und soziale Merkmale aufweisen?

3. Was gibt es für mögliche Antworten seitens der Gesellschaft und seitens des organisierten Interesses des Krankenpflegeberufs zu dieser Krise?

Ausmaß der Krise in Großbritannien

Ein wichtiges Dokument, der Bericht der Königlichen Kommission über den nationalen Gesundheitsdienst, herausgegeben im Jahre 1979, unterrichtet über die Lage der Krankenpflege in Großbritannien.⁵ Die Tagespresse und Zeugenaussagen berichten von großem Personalmangel trotz der Tatsache, daß zum Beispiel zwischen den Jahren 1971 und 1977

Ob es einen echten Mangel an ausgebildetem Krankenpflegepersonal gibt, können nur Forschungsarbeiten belegen, erst dann können wir Forderungen stellen

die absolute Anzahl des Krankenpflegepersonals um 23 Prozent angestiegen ist. Aber trotz dieses Zuwachses ist zu verzeichnen, daß, weil im ganzen weniger Personal zur Verfügung steht, diese 23 Prozent auf 12 Prozent reduziert werden.

Die Gründe für die geringe Verfügbarkeit dieser Kräfte liegen in kürzeren Arbeitsstunden, längeren Ferien und neueren Systemen der Ausbildung, nämlich die der Gemeindepflege und der Pflege der Psychiatrie, die nun miteinander geschlossen sind in die allgemeine Grundausbildung. Dieser Mangel an Krankenpflegekräften, so argumentiert der Bericht, hängt auch damit zusammen, daß zwar die Anzahl der Pflegetage kürzer geworden ist, nicht aber die Zahl der Patienten, von denen es mehr denn je gibt. Zusätzlich hängt der Mangel an Pflegekräften auch damit zusammen, daß es mehr und mehr Ärzte gibt und daß allein dadurch der Bedarf an Pflegepersonal steigt. Auf jeden zusätzlichen Arzt entfallen mehrere Schwestern und Pfleger.

Der Bericht dokumentiert weiter, daß der Mangel so groß ist, daß ca. 50 Prozent des gesamten Pflegepersonals nicht oder nur halb ausgebildet ist, daß Spezialabteilungen besonders gut ausgebildetes Personal brauchen und deshalb andere Abteilungen mehr und mehr von schlecht ausgebildetem Krankenpflegepersonal versorgt werden. Und daß das nicht voll ausgebildete Personal oft verantwortliche Stellen einnimmt, vor allem in den Sektoren der Altersversorgung und der Psychiatrie. Der Bericht hat weiter festgestellt, daß die geographische Verteilung des Krankenpflegepersonals sehr unterschiedlich ist. So hat zum Beispiel Schottland im Jahre 1977 68 Prozent mehr Krankenpflegepersonal und 57 Prozent mehr Hebammen pro 1000 Einwohner als Oxford in England gehabt.

Aber solange es keine Forschungsarbeiten gibt, die sich damit beschäftigen, ob und inwieweit Patienten gefährdet sind, die von schlecht ausgebildetem Personal versorgt werden, ist es wohl kaum angebracht Behauptungen aufzustellen, daß es einen echten Mangel an ausgebildeten Krankenpflegepersonen gibt. Was nun festzustellen wäre und worüber keine sicheren Daten existieren, ist die Dimen-

sion des Mangels in bezug auf ausgebildetes Personal. Nur anhand von solchen Daten können wir Forderungen stellen.

USA

In den Vereinigten Staaten sieht die Situation der Krankenpflege nicht etwa rosiger aus.⁶ Es wird behauptet, daß auch dort der Mangel an ausgebildetem Krankenpflegepersonal sehr akut ist. Eine amerikanische Studie⁷ betrachtet den Mangel aus vier verschiedenen Perspektiven: 1. Geographisch ungleiche Versorgung. 2. Die Expansion des Gesundheitswesens, welche mehr gut ausgebildetes Krankenpflegepersonal fordert. 3. Die unterschiedliche Bezahlung mancher Arbeitsplätze wie Nachtschicht und die Arbeit in kleinen nicht akkreditierten Krankenhäusern und Kliniken und 4. die große Anzahl von voll ausgebildeten Krankenpflegepersonen, die nicht im Beruf stehen.

Eine Bedarfsstudie hat ergeben, daß im Jahre 1982 zwischen 48 und 104 Prozent mehr Krankenpersonal gebraucht wird, als es heute gibt. Und die heutige Zahl ist innerhalb von zehn Jahren schon um 50 Prozent gestiegen. Dieser Mangel existiert in den Vereinigten Staaten auf allen Gebieten der Krankenpflege: den verschiedenen Hospitälern und in der Gemeinde, am Bett des Kranken und in der Verwaltung. Gebraucht werden allgemein ausgebildetes Personal und solches, das über Spezialausbildung verfügt. In Kalifornien sind 17 Prozent aller Stellen nicht besetzt; im Gebiet von Milwaukee sind es 12 Prozent. Im Westen Tennesseees sind es 35 Prozent, in Arizona 21 Prozent und in Texas 14 Prozent. In einigen Hospitälern ist das Verhältnis von Patienten zu ausgebildetem Krankenpflegepersonal 1:80 und viele der Leitungspositionen werden von Krankenpflegepersonal eingenommen, das nur praktisch ausgebildet worden ist. In einigen Staaten der USA arbeiten Krankenpflegepersonen ohne Lizenz, das sind Ausländer. Besonderer Mangel besteht in den Sektoren der Altersversorgung, der Psychiatrie und der Intensivpflege.

Bundesrepublik Deutschland

Laut Information einer Kollegin gibt es in der Bundesrepublik keine sicheren statistischen Angaben über Krankenpflegepersonen. Die Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“⁸ nennt eine Übersicht der Tagespresse, welche von Notständen am Klinikum Gießen berichtet, und vom Fehlen von 300 Kräften in München sowie von Hamburg, wo die Bundeswehr eingreifen mußte, weil die Situation in den Hamburger Krankenhäusern äußerst kritisch war. Die Fachzeitschrift „Krankenpflege“⁹ behauptet, daß 30 000 Krankenschwestern und -pfleger fehlen, und daß diese Zahl der Anzahl der offenen Stellen entspricht, die nicht besetzt sind.

Soweit einige Angaben über den vermeintlichen Mangel. Es ist nun an der Zeit, die Einstellung der Krankenschwestern zu ihrer Arbeit anzuhören.

Von der Bundesrepublik Deutschland hört man, daß arbeitslos gemeldete Krankenschwestern lediglich Teilzeitbeschäftigungen suchen⁸ und auch diese nur zu bestimmten

Tageszeiten. Eine britische Studie¹⁰ über Angestelltenverhältnisse von Krankenpflegepersonal ergab, daß für die Mehrzahl der Krankenschwestern sogenannte familiäre Gründe ausschlaggebend waren, ihren Beruf aufzugeben. Hierbei ist die Frage zu stellen, ob die sogenannten familiären Gründe nicht noch andere miteinschließen; 42 Prozent der Befragten bewarben sich um andere Hospitalstellen. Es wird behauptet, daß sich diese Befragten nur im Stellenwechsel befanden. Die amerikanische Berufsorganisation der Krankenpflege hat einen Bericht zusammengestellt,⁷ in dem Krankenschwestern anfangen auszupacken. Es scheint, daß Schwestern weniger unzufrieden sind mit der eigentlichen Arbeit der Pflege, sondern vielmehr mit dem Arbeitsplatz, an dem die Pflege stattfindet. In der Hauptsache behandelte die Kritik dieser Schwestern folgende Aspekte: Zuerst und wohl am Wichtigsten war das Gehalt. Es geht nicht nur darum, daß das Gehalt als zu gering betrachtet wird im Vergleich zu der Verantwortung, welche die Schwestern tragen, sondern auch zu gering im Vergleich zum Gehalt der Ärzte.¹¹ Es geht auch darum, daß die finanzielle Differenzierung innerhalb der verschiedenen Krankenpflegegrade zu flach ist, d. h. finanziell gesehen lohnt sich der Aufstieg einfach nicht. Es wird weiter geklagt über zuviel Papierarbeit, zuviel Formulare müssen ausgefüllt werden; es wird darüber geklagt, daß die Krankenpflegeleitung keine oder wenig Unterstützung den Schwestern und Pflegern auf den Stationen gibt; es wird darüber geklagt, daß es keine Kindergärten gibt für die Kinder der Schwestern; daß nur wenig oder keine Fortbildungsmöglichkeiten existieren;

Die Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Krankenpflege

daß es keine zusätzliche Vergütung gibt; daß Arbeitsstunden nicht gewählt werden können; daß das Berufsbild der Krankenpflege niedrig eingeschätzt wird; daß Diskussionen über die Arbeit reine Formsache sind, und daß sie nur stattfinden innerhalb des Rahmens der Autorität und der Bürokratie, beides Formen einer Übermacht der Institution gegenüber ihren Angestellten. All dies sind strukturelle Spannungen. Hinzukommen noch Enttäuschungen über mangelhafte zwischenmenschliche Beziehungen zu Patienten und Mitarbeitern, d. h. die individuelle Pflege wird kaum betont und es gibt auch kaum eine wechselseitige Beziehung und Beeinflussung zwischen Ärzten und Krankenpflegepersonal.

Soweit die Aussagen von Schwestern in den USA, die allerdings mit Kommentaren von Kolleginnen und Kollegen aus Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland übereinstimmen. Nun können wir eine Zwischenbilanz ziehen.

Zwischenbilanz

Diese kurz berichteten und skizzierten Aspekte übermitteln eine hohen Grad an Unzufriedenheit. Die heutige Vielschichtigkeit der

Krankenpflege war zur Zeit des Anfangs ihrer Professionalisierung (Ausbildung nach Regeln, Entstehen eines Berufsstands) in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts kaum vorauszusehen. Um 1848 machte sich in Deutschland die damalige ärztliche Reformbewegung unter der Leitung von Dr. Virchow¹² Gedanken über eine professionelle Krankenpflege, die anstatt der Kirche den Ärzten unterstellt sein sollte. Dies war die Zeit, wo man anfang große Krankenhäuser zu bauen, wo die Bevölkerung noch in der Hauptsache auf dem Lande lebte und anfang, sich in den Städten anzusiedeln¹³ und wo sich vor allem die gesellschaftliche Position der Frau änderte.¹⁴ Das Resultat war, daß die Krankenpflege aus dem privaten Haushalt hinüber in das öffentliche Spital verlagert wurde, daß pflegerische Eigenschaften und Kompetenzen mit sogenannten spezifischen weiblichen Tugenden identifiziert wurden,¹⁵ wo professionelle Kompetenz und Handeln der Krankenpflege als die von Ärzten delegierte physische Versorgung der Patienten als Ausdruck der Medizin angesehen wurde.

Die wichtigsten Dimensionen der Wandlung des Gesundheitswesens seit dem zweiten Weltkrieg sind wohl in der Expansion des Gesundheitswesens zu finden, bedingt durch die Beschleunigung der medizinisch-technischen Entwicklung und durch die zunehmende Bedeutung von chronischen und Zivilisations-Krankheiten. Die Krankenpflege heute ist nicht mehr nur mit akuten Krankheitsereignissen beschäftigt, sondern sie erstreckt sich auch auf das psychische und soziale Umfeld. Die Konsequenz für die Krankenpflege liegt auf der Hand: Eine Zunahme des Krankenpflegepersonals sowie eine Erweiterung des Berufsfelds im Sinne von Zuwachs an Entscheidungs- und Handlungskompetenzen. Seit den 60er Jahren hat die Krankenpflege angefangen sich ernstlich mit einem Teil dieser Entwicklung auseinanderzusetzen und eines der Resultate ist der sogenannte Krankenpflegeprozeß, eingeführt von den Vereinigten Staaten, eine Methodik, nach der angestrebt wird, Patienten, wo immer sie auch sein mögen, individuell und systematisch zu pflegen und zu gleicher Zeit Anstrengungen zu machen, die Qualität der Krankenpflege abzuschätzen, und sie, soweit es möglich ist aufgrund von Forschungsergebnissen, weiterzuentwickeln.

Die Krankenpflege heute erstreckt sich auch auf das psychische und soziale Umfeld

Zentral im Krankenpflegeprozeß ist die Notwendigkeit, die Mitarbeit des Patienten oder Klienten zu erstreben. Der Patient ist nun nicht mehr zu betrachten als der passive Mensch, der medizinische und pflegerische Therapien über sich ergehen läßt. Sondern als aktiver Mitverantwortlicher für seine eigene Gesundheitsentwicklung hat er Anspruch auf volle und offene Information, so daß er zusammen mit

den Mitarbeitern des Gesundheitsdienstes Entscheidungen über seine eigene Gesundheit – wie relativ auch immer – treffen kann. Ein derartiges Pflegen ist aber nur möglich, wenn die hierarchischen Schranken zwischen dem Patienten und dem professionellen Mitarbeiter wegfallen, so daß der Patient seine Autonomie behält. Konflikte zwischen Krankenschwestern und Patienten können natürlich in der Auseinandersetzung mit dem nun autonomen Patienten über die Ablehnung oder auch Verweigerung von spezifischen therapeutischen Interventionen entstehen. Die Angst seitens der professionellen Schwester geht dann um etwaigen Kompetenzverlust, der sogenannten Deprofessionalisierung. Auf der anderen Seite ist die Kompetenz der Schwester aber auch beschnitten, weil die heutige Krankenpflege, genau wie die von gestern, der Medizin untergeordnet ist, trotz autonomer Bestrebungen seitens der modernen Krankenpflege.

Bereits in den Ausbildungslehrplänen müssen für die erweiterten Aufgaben des Pflegepersonals Voraussetzungen geschaffen werden

Weil Mitentscheidung, Mitarbeit und Mitverantwortung des Patienten im Krankenpflegeprozeß unentbehrlich sind, müssen in den Lehrplänen der Ausbildung für diese neue Funktion Voraussetzungen geschaffen werden – und dann ist es auch notwendig, die traditionelle Krankenhausstruktur zu durchbrechen, um die Einführung des Krankenpflegeprozesses zu konkretisieren und zu gewährleisten. Die Bereitschaft des Krankenpflegepersonals, den Krankenpflegeprozeß in die alltägliche Arbeit einzubauen, bringt neue Probleme mit sich, die von Mal zu Mal durchgearbeitet werden müssen. Problemlos ist der Krankenpflegeprozeß nicht!

Wenn Mangel an Krankenpflegepersonal und allgemeine Unzufriedenheit Ausdruck der Krise in der Krankenpflege sind, so kann festgestellt werden, daß ihre charakteristischen Merkmale in den drei Ländern USA, Großbritannien und Bundesrepublik Deutschland sich sehr ähneln. Trotz der Tatsache, daß es in Großbritannien ca. 10 Prozent Krankenpfleger gibt und daß von ihnen 70 Prozent Führungspositionen bekleiden,¹⁶ ist die Krankenpflege ein Frauenberuf, dessen charakteristische Merkmale niedrige Gehälter, geringer Status, wenig berufliche Autonomie, beschränkte und begrenzte Arbeitsbedingungen sind.

Der Vorteil von Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Ländern ist es, die Perspektive der Analyse zu erweitern und das Problem des Berufsfelds nicht provinziell zu sehen, sondern zu erkennen, daß die Probleme der Krankenpflege in der Auseinandersetzung mit der jeweiligen Gesellschaft entstehen. Diese Auseinandersetzung hat sozial-politische Dimensionen. Im allgemeinen hat sich die Krankenpflege bisher geweigert, sich mit sozial-

politischen Dimensionen zu befassen, bis auf einige wenige, zum Beispiel Agnes Karll, der deutschen Krankenpflegereformerin, zu Anfang dieses Jahrhunderts. Die Merkmale der Krise zeigen aber die Notwendigkeit, sich mit den sozial-politischen Dimensionen auseinanderzusetzen, die Anteil und Einfluß haben auf politische Erwägungen in bezug auf das Gesundheitswesen im allgemeinen und in bezug auf die Position der Frauen.

Zunächst wiederholt sich in der Krise der Krankenpflege das gesellschaftliche Problem der Unterdrückung der Frau. Die Krankenschwester hat durch ihren Eintritt in das Erwerbsleben, durch ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Produktionsprozeß zwar den ersten Schritt zu ihrer eigenen Emanzipation getan. Es bleibt aber dahingestellt, ob der Beruf gefördert wird und ob die Emanzipation sich weiter entwickeln kann (angesichts der Geringschätzung weiblicher Qualifikationsen – zum Teil durch die Frauen [?] selbst). Entscheidend für die Stellung der Frau in der Gesellschaft und für die Stellung der Krankenpflege in der Gesellschaft ist, ob ihre Qualifizierung, die der Frau und die der Krankenschwester im öffentlichen Leben, gefördert oder nur geduldet wird. Was bisher unterblieben ist, ist eine systematische Förderung weiblicher Ausbildung und eine systematische Förderung der Krankenpflege seitens des Staates. Es wäre wohl an der Zeit, daß Krankenschwestern selber, wo immer sie arbeiten, ihre eigenen Forderungen formulieren und anfangen zu verstehen, daß die Unterdrückung der Frau und die Unterdrückung der Krankenpflege eng zusammenhängen. Ihre diesbezüglichen Forderungen um gute Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, um günstigere Arbeitsbedingungen wie kürzere Arbeitsstunden, Krippen für ihre Kinder, besseres Gehalt und Aufstiegsmöglichkeiten als Gegenstand gewerkschaftlicher Forderungen, in Frauenorganisationen und in professionellen Berufsorganisationen ist unbedingt erforderlich, wenn ihre Position als gleichberechtigte Frau und als gleichberechtigte Mitarbeiterin im Gesundheitswesen – als Krankenschwester – in die Tat umgesetzt werden sollen.

Der Staat hat es unterlassen, die weibliche Ausbildung insgesamt und die in der Krankenpflege im besonderen systematisch zu fördern

Zweitens spiegelt die Krise der Krankenpflege auch die sozial-politische und ökonomische Krise unserer Gesellschaft wider. Die Frage besteht, ob das große Wachstum im Gesundheitswesen, demonstriert durch die zunehmende Anzahl von Ärzten, vor allem in den Krankenhäusern, mehr zu tun hat mit Marktgesetzen als mit gesundheitsförderndem Bedarf.¹⁷ Diese Frage hat der Tübinger Anatom, Prof. Michael Arnold, bereits angeschnitten und in dem Sinne beantwortet, daß für die Riesenmengen an neuen Ärzten künstlich

krankgemachte oder hauptberufliche Kranke zur Verfügung stehen müssen.¹⁸

Trotz allem hat sich das Krankheitsbild der industriellen Bevölkerung so geändert, daß es heute viele Arten von Krankheiten gibt, die eine gute Krankenpflege mehr denn je beanspruchen. Die Krankheiten der industriellen Gesellschaft sind vor allem Krebs- und Herzkrankheiten, Arthritis und Diabetes – alle diese Krankheiten töten und verkrüppeln Leute heute mehr als es gestern der Fall war. In Großbritannien starben 1975 an Herzkrankheiten 26 Prozent, 13 Prozent an Kreislaufstörungen, 20 Prozent an Krebs und 4,5 Prozent an chronischer Bronchitis, an Asthma und an Emphysem.¹⁹ Aber es ist auch wichtig, in diesem Zusammenhang nicht zu vergessen, daß Krankheitsbilder nicht ebenmäßig in der Bevölkerung verteilt sind. Zum Teil ist es auch die soziale und ökonomische Organisation unserer Gesellschaft, die der ungleichen Verteilung der Krankheiten der Bevölkerung zugrunde liegt.

Mitglieder der Arbeiterklasse sind beispielsweise immer mehr den Krankheitsrisiken ausgesetzt, als die Mittelklasse.²⁰ Es gibt markante Unterschiede zum Beispiele in den Säuglingssterblichkeitszahlen. In den Jahren 1970 bis 1972 war in Großbritannien die Sterbensrate während der ersten Lebenswoche für die Babys der sozialen Klasse 5, der der ungelerten Arbeiter, zweimal so hoch wie der der Klasse 1, der professionellen Berufe. Und am Ende des ersten Jahres war der Unterschied viermal so groß. Die Situation der Klassenunterschiede in bezug auf Krankheit sind so gut dokumentiert,²¹ daß ich hier nicht mehr näher darauf eingehen muß, außer Bertold Brecht zu zitieren, dessen Worte nach wie vor auf unsere Situation zutreffen.²²

Die Rede eines Arbeiters an einen Arzt

Kannst Du heilen? Wenn wir zu dir kommen, werden uns unsere Lumpen abgerissen und du horchst herum an unserem nackten Körper. Über die Ursache unserer Krankheit würde dir ein Blick auf unsere Lumpen mehr sagen. Dieselbe Ursache zerschleißt unsere Körper und unsere Kleider. Das Reißen in unserer Schulter kommt, sagst du, von der Feuchtigkeit – von der auch der Fleck in unserer Wohnung kommt. Sage uns also, woher kommt die Feuchtigkeit?

Die Krankenpflege könnte der Ansatzpunkt sein, die anscheinende Anarchie im Gesundheitswesen, die sich in der Hauptsache im Krankenhausbereich entwickelt, einer bedeutenden Veränderung zu unterziehen, so daß der Schwerpunkt des Gesundheitswesens in der Vorbeugung liegt, die unterteilt ist einerseits in persönliche Gesundheitserziehung und andererseits in soziale Erforschung der Umwelt, so daß ein klares Bild entstehen kann über die Zusammenhänge von Umweltverschmutzung durch Fabriken, radioaktives Material und anderen zum Teil berufsbedingten

Krankheiten. Die Gesundung der Bevölkerung liegt in unseren eigenen Händen, die wir als Frauen, als Krankenschwestern und/oder als Gesundheitsschwestern in die Wege leiten können.

Zusammenfassung und Ausblick

Krankenpflegeschulen arbeiten in der Hauptsache mit Tätigkeitskatalogen, die von der Ärzteschaft aufgestellt worden sind. Zugegeben, die Komitees, welche zusammensitzen, um derartige Tätigkeitskataloge aufzustellen, haben auch Krankenpfleger und Krankenschwestern als Mitglieder. Aber ausschlaggebend in diesen Komitees ist die Ärzteschaft. Sie definiert, bestimmt und begrenzt das Berufsfeld der Krankenpflege. Seit Virchows Zeiten sind wir nicht sehr viel weitergekommen. In

Wir müssen uns einig werden über den Inhalt der Krankenpflege

der Krankenpflegepresse wird viel von einer Partnerschaft mit Ärzten gesprochen: Von dieser Partnerschaft liest man aber nichts in der ärztlichen Presse, obwohl dort viel über Krankenpflege gelesen wird, ohne welche das gesamte Gesundheitswesen zusammenbrechen würde.

Wir sind uns also alle darüber einig, daß sich die Medizin und die Krankenpflege gegenseitig brauchen: Wir sind uns nicht einig über das Machtverhältnis zueinander: Außerdem sind wir uns nicht einig über den Inhalt der Krankenpflege. Eine Analyse der Tätigkeitskataloge weist auf, daß wir es nur mit ganz bestimmten Techniken, also spezifischen Handlungen in spezifischen Situationen zu tun haben. Dies ist aber keine Basis einer Berufsentwicklung, sondern nur ein Aufzählen von bestimmten Tätigkeiten.

Die Schwierigkeit, der Krankenpflege einen Inhalt zu geben, hängt damit zusammen, daß wir dauernd Dinge tun, die wir kaum reflektieren – ob diese oder jene Tätigkeit wirklich in den Aufgabenbereich der Krankenpflege fällt. Oder, ob die Ärzte, weil sie sich in anderen neueren Richtungen weiterentwickeln, einen Teil ihrer Arbeit abgeben und sie der Krankenpflege überlassen.

Nun ist es wohl auch nicht angebracht, diese Art von Berufserweiterung einfach kategorisch abzulehnen. Aber, solange wir mit der Aufstellung von Tätigkeitskatalogen beschäftigt sind, werden wir nicht anfangen, fundamentale Fragen zu stellen über das Warum, Weshalb, Wieso der Krankenpflege. Um der Krankenpflege den Inhalt zu geben, den Status, der gebraucht wird, um das Krankenpflegepersonal im Beruf zu halten, müssen wir uns ernsthafte Gedanken um eine Entwicklung dieses Inhalts machen, der weitergehen muß als die Aufstellung von Tätigkeitskatalogen. Wir müssen uns auch darüber Gedanken machen und Daten herbeibringen, daß die Auffassung und Interpretation der kranken- und gesundheitspflegerischen Tätigkeit anders aussieht für Krankenpfleger als für Krankenschwestern.

schaefer & lau

Anatomische Modelle
Anatomische Wandtafeln
Skelette
Badepuppen, Übungspuppen

Anatom.-biolog. Unterrichtsmittel

Im Gellhornpark 20 · 2056 Glinde · Telefon (040) 7108010 + 7106374

Geräte für Erste Hilfe
Dia-Serien
Schuleinrichtungen
Laienkurse

Übungskoffer
Sofortmaßnahmen am Unfallort etc.

Bitte fordern Sie Kataloge und Preislisten

Die sex-stereotypisierte Welt, in der wir arbeiten, prägt unsere Auffassungen, und viele unserer männlichen Kollegen verstehen die Berufsprobleme der Krankenschwestern nicht, weil sie nicht denselben Spannungen unterworfen sind. Die Tatsache, daß Frauen oft zwei Berufe haben – die der Krankenpflege und den ihres Haushalts – und die Tatsache, daß im Berufsleben der Arzt ein Mann ist, erschwert oft die berufliche Belastung durch die nach Geschlecht differenzierte Arbeitsteilung im Gesundheitswesen.

Die Krankenpflege der Zukunft hat große Aufgaben – die, an der Gesundung der Bevölkerung mitzuarbeiten, und die der Entwicklung des eigenen Berufs – unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der Situation der Frau.

Literatur

1. TOFFLER, Alvin: Future Shock, Pan Books, Ltd. 1970
2. DURKHEIM, Emile: The Division of Labor in Society, The Free Press of Glencoe, 1963
3. Der diskrete Charme der Polit-Strategie. Kehren und Kehraus der Kostendiskussion, Berliner Ärzteblatt, 1976, 89, 11, 2. Juni, S. 526-532

MÜLLER, Hans-Werner: Die Kostendynamik der Krankenhäuser und die Ursachen, Dt. Ärzteblatt, Heft 49, 7. 12. 1978

MÜLLER, Hans-Werner: Zur permanenten Kritik an den Krankenhäusern, Das Krankenhaus 9/1976

4. RELMAN, A.: The new medical-industrial complex, New England Journal of Medicine, Vol. 303, No. 17, S. 963-970

5. MERRISON, A.: Royal Commission in the National Health Service, Kapitel I, III, IV, V; HMSO, July, 1979

6. Nursing Shortage, American J. of Nursing, March, 1979, S. 430-469

7. Nurses' Solution for Nursing's Crisis, American J. of Nursing, January, 1981, S. 71-77

8. Besorgniserregender Personalmangel an unseren Krankenhäusern, Das Krankenhaus 5/80

9. Ausübung der Krankenpflege durch „jedermann“ möglich, Krankenpflege 7/8, 34. Jahrgang, S. 268

10. MERCER, G. M.: The Employment of Nurses, Croom Helm, 1980

11. Das Verhältnis des Durchschnittsgehaltes von Schwestern zu Ärzten ist ungefähr 1:4/5

12. ACKERKNECHT, Erwin: Beiträge zur Geschichte der Medizinalreform von 1848, Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin, Bd. 25, 1932

13. SPEED, P. F.: Social Problems of the Industrial Revolution, Pergamon Press, 1975

14. ABEL-SMITH, B.: A History of the Nursing Profession, Heinemann, 1960

CARPENTER, M.: The New Managerialism and Professionalism in Nursing, in: Stacey et al.

DAVIES, C.: Continuities in the Development of Hospital Nursing, Journal of Adv. Nursing, 2, 1977

15. EHRENREICH, B.: The Health Care Industry, A Theory of Industrial Medicine, Social Policy, Vol. 6, No. 3. Nov/Dec. 1975

16. ARNOLD, N.: Where have all the Nurses Gone? Brit. Med. Journ. 19. 1. 1980, S. 199-200

17. ILLICH, I.: Medicinal Nemesis, Calder and Boyars, 1975

18. ARNOLD, M.: Dt. Ärzteblatt 75, 1978, 36, S. 2003

19. DHSS: On the State of the Public Health of the Year, HMSO, 1975, 1976, S. 12-13

20. OPCS: Occupational Mortality, 1970-72, Decennial supplement, HMSO 1978

21. PRESTON, B.: Statistics of Inequality, Sociological Review, Vol. 22, No. 2, 1974, S. 103-107

OPCS: The General Household Survey, 1976, HMSO, 1978, S. 226-231

22. BRECHT, B.: Gedichte, 4, Suhrkamp Verlag, 1961, S. 84

Anschrift der Verfasserin:

Marion Ferguson
Director of Nursing Studies
Bedford College
Regent's Park
London/NWL



Die kompetente Empfehlung zur Dekubitus-Prophylaxe (gegen Wundliegen)

Vegat® Spray

- Lokale Schutztherapie durch lückenlose Filmbildung
- Keine Einschränkung der Hautatmung und Transpiration
- Kein Austrocknen der Haut
- Mit dem wundheilungsfördernden Effekt

Zusammensetzung: Das auf der Haut verbleibende Konzentrat enthält 2% Panthenol, 98% Dimethylpolysiloxan (Silikon).

Eigenschaften: Vegat® Spray fettet nicht und wird reizlos vertragen, ist konservierungsmittelfrei und schützt vor hautschädigenden Stoffen bzw. äußeren Einflüssen (z. B. Druck, Scheuern, Schweiß). Der Wirkstoff Panthenol verhindert die Austrocknung und hält die Haut elastisch.

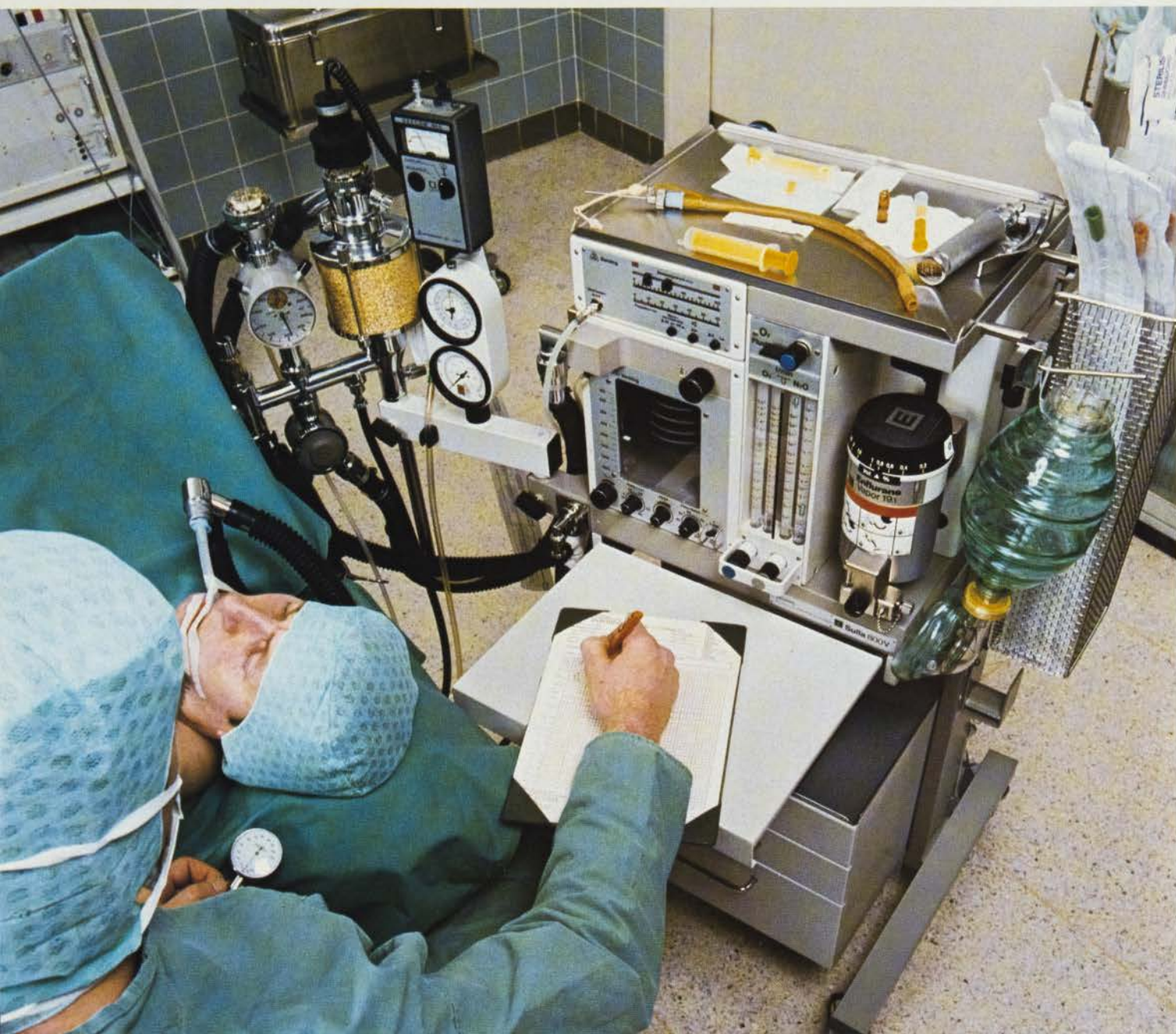
Anwendungsgebiete: Unterstützung der Dekubitus-Therapie; Spontan-Fissuren; Abdeckung von Amputationstümpfen; Hautschutz bei nässenden Ekzemen und dort, wo der Wundrand bzw. die Haut gegen Sekrete und Feuchtigkeit geschützt werden sollen.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Vegat® Spray ein- bis zweimal täglich gleichmäßig auf die gut abgetrockneten Hautflächen sprühen.

200-ml-Spraydose DM 10,80 (Stand: 1. 4. 1981).

Declimed · Zweigniederlassung der Desitin-Werk Carl Klinke GmbH · Postfach 630 109, 2000 Hamburg 63

Die 800er-Serie von Dräger mit Monitoring-Einheiten und Zubehör: Eine neue Qualität in der Anästhesie



Narkoseapparat Sull'a® 800.
Der Platzsparer mit geringen Fahrgestellbreiten. Individuell zu dimensionieren aus dem 800er-Baukastensystem

Mit den 800ern stehen den Anästhesisten für die Belange der achtziger Jahre konzipierte, individuell zu gestaltende „Arbeitsplätze“ zur Verfügung.

Allen gemeinsam:

Kompakt-Bauweise mit Variationsmöglichkeiten, Sicherheits-Einrichtungen entsprechend den DGA1-Empfehlungen, O₂-Überwachung, O₂-Mangelsignal mit Lachgassperre, O₂-Bypass, manuelle oder automatische Beatmung, Meßröhrenblock oder Gasmischer (Typen M), integrierbares Narkosebeatmungsgerät Ventilog® (Typen V), aufklimbare Monitore, abnehmbares Sekretflaschenpaket, Narkosegas-Beseitigung, passendes Zubehör wie die kalibrierten Verdunster Dräger-Vapor® 19.1 für Halothan und Enflurane und Drägersorb® 800. Atemkalk in Pillenform. Ein Atemkalk mit minimalem Abrieb – von den Praktikern lange gefordert und darum integraler Bestandteil des 800er-Konzepts.