

Claudia Bischoff

Hat die »Patientenorientierte Pflege« Durchsetzungschancen?

Innerhalb der Krankenpflege wird seit einigen Jahren das aus den USA stammende Konzept der »Patientenorientierten Pflege« diskutiert. Gegenwärtig werden Versuche unternommen, es in die Praxis umzusetzen, obwohl aufgrund der finanziellen Lage der Krankenhäuser die Bedingungen dafür mehr als ungünstig sind. Um der Frage nach den Durchsetzungschancen näher zu kommen, soll zunächst die Situation in der Krankenpflege sowie ihre Funktion im Krankenhaus betrachtet werden. In einem zweiten Schritt wird das Konzept der patientenorientierten Pflege dargestellt und zum Schluß werden seine Funktion und seine Einordnung in die Strategien der Krankenhäuser zur Effizienzsteigerung untersucht. Die folgenden Ausführungen haben dabei vorläufigen Charakter, denn noch liegen keine verwertbaren Erfahrungen mit der patientenorientierten Pflege vor. Es werden deshalb auch keine Lösungen angeboten, sondern eher Fragen aufgeworfen als beantwortet. Damit wird die Hoffnung verbunden, daß dieser Aufsatz den Anstoß gibt, sich kritischer als dies bisher der Fall war, mit der patientenorientierten Pflege auseinanderzusetzen.

1. Die Situation in der Krankenpflege

Die Krankenpflege ist gegenwärtig von den Folgen zweier Entwicklungen im Gesundheitswesen betroffen: zum einen von der Kostensenkungspolitik (a.), zum anderen von der Diskussion um mehr Humanität im Krankenhaus (b.).

a. Seit dem Beginn der 70er Jahre sind die Ausgaben für Gesundheitsleistungen stark angestiegen. Im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Rezession 1974/75 kam es zu einer Veränderung der Sozialpolitik, die, über eine stärkere Betonung der Subsidiarität, den Ausbau ambulanter Dienste, die Aktivierung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe bis hin zu einer Stärkung der »Eigenverantwortlichkeit« der Versicherten, insgesamt auf einen Abbau von Leistungen zielte — und das nicht erst seit der politischen »Wende«.

Seit dieser Zeit wird eine nicht mehr abreißende Diskussion um die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen geführt. Obwohl bei differenzierter Betrachtung weder von einer Explosion der Kosten die Rede sein kann¹, noch das Krankenhaus der größte Kostenblock an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ist² und zudem die finanzielle Situation der Krankenhäuser keineswegs erst seit den 70er Jahren problematisch ist, konzentrieren sich staatliche Kostensenkungsmaßnahmen und öffentliche

Vorwürfe in erster Linie auf das »unwirtschaftliche« Krankenhaus. Die Vermutung, daß damit »... der Rest der am Gesundheitswesen Beteiligten meinte, ungestört seinen eigenen Geschäften und Geschäftigkeiten nachgehen zu können«, erscheint in diesem Zusammenhang nicht abwegig³.

Die 1972 erfolgte Verabschiedung des KHG und der entsprechenden Pflegegesetze in den Ländern sollte Abhilfe schaffen und die Krankenhäuser auf eine wirtschaftlich sichere Basis stellen. Durch ein Bündel von Maßnahmen, insbesondere die im KHG verankerte Verpflichtung der Krankenhäuser zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung (§4 Abs. 1), die mittels Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Betriebsvergleichen kontrolliert wird, sowie den Zwang zu selbstkostendeckenden aber sozial tragbaren Pflegesätzen, wurden die Krankenhäuser gezwungen, alle Möglichkeiten der Kostensenkung und Rationalisierung zu nutzen, auch über den Weg der Leistungseinschränkung und des Leistungsabbaus. Insbesondere der Personalbereich steht im Mittelpunkt der Kostensenkungsmaßnahmen, sind doch über 70% der Betriebskosten Personalkosten, deren relativer Anteil zudem noch ständig gestiegen ist.

Auf die Krankenpflege wirken sich vor allem zwei Maßnahmen aus: zum einen die Ausgabenkürzungen in Form von Personalreduzierungen, zum anderen die Senkung der Verweildauer der Patienten.

— Betrachtet man sich die quantitative Entwicklung der letzten Jahre im Pflegepersonalbereich, so zeigt sich eine durchaus positive Bilanz. Von 1970 bis 1981 hat das Pflegepersonal bei jährlichen Steigerungsraten zwischen 5-10% von 121 Tsd. auf 211 Tsd. zugenommen, also um rund drei Viertel. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der belegten Betten pro Pflegekraft von 3,5 auf 2,0 vermindert⁵. Setzt man jedoch die Anwesenheit der Patienten (168 Std/Wo) in Bezug zur Arbeitszeit des Personals (40 Std/Wo), so ergibt sich ein anderes Bild: die Deutsche Krankenhausgesellschaft schätzt, daß eine Pflegekraft im Durchschnitt ihrer Anwesenheit mehr als 12 Patienten zu versorgen hat⁵.

Jeweils 60% der Planstellen werden mittels sogenannter Anhaltszahlen ermittelt, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in unregelmäßigen Abständen herausgegeben werden (zuletzt 1974). Anhaltszahlen werden entgegen den Intentionen der DKG nicht als Orientierungswerte, sondern als starre Schlüsselzahlen angewendet⁶. Gemäß den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenzen von 1975 und 1976 werden zudem noch die Anhaltszahlen aus dem Jahr 1969 (Umgerechnet auf die 40 Std/Wo) angewendet, die auf überholten Vorgabewerten für den Pflegezeitaufwand pro Patient auf Tag beruhen, außerdem eine viel zu geringe Ausfallquote beinhalten (15%). Die Personalbemessung mittels der veralteten Anhaltszahlen wird bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zudem besonders dogmatisch kontrolliert. Auch wenn es Hinweise gibt, daß die 1969er Zahlen nicht mehr ausschließlich angewendet werden müssen, beruht doch

der heutige Stellenplan darauf. Im Übrigen sind auch die Zahlen von 1974 inzwischen über zehn Jahre alt und den heutigen Anforderungen ebenfalls nicht mehr angemessen.

Wichtigstes Instrumentarium der Ausgabenkürzungen sind Personalreduzierungen. Sie reichen von direkten Stellenkürzungen über Nichtbesetzung von freiwerdenden Stellen, Vermeidung von Stellenplanerweiterung, der Anrechnung von Krankenpflegeschülern bis hin zur Betonung der »Selbstverantwortung« der Patienten⁷.

— Eine weitere Maßnahme zur Kostensenkung besteht in der zeitlichen Verdichtung der Behandlungsmaßnahmen mit dem Ziel der Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes der Patienten. Von 1970 bis 1981 hat die Zahl der behandelten Patienten von 9,3 Mio auf 11,6 Mio zugenommen; die Zahl der Pfl egetage ist jedoch fast gleichgeblieben (-3,2%), was auf eine Verkürzung der Verweildauer von 24,9 Tagen auf 19,2 Tage zurückgeführt werden kann⁸. Der durchschnittliche Arbeitsaufwand pro Patient und Tag ist dagegen nicht in gleichem Umfang gesunken, da bestimmte Leistungen unabhängig von der Aufenthaltsdauer in jedem Fall erbracht werden müssen. Besonders gravierend ist, daß es im Zusammenhang mit den Verweildauersenkungen zu Stellenkürzungen gekommen ist⁹.

Wenn als zweifelhafter Erfolg der Kostensenkungsmaßnahmen gemeldet wird: »Weniger Betten, weniger Krankenhäuser, weniger Pfl egetage, kürzere Verweildauer, konstante Patientenzahl«¹⁰, dann heißt das für das Pflegepersonal trotzdem mehr Arbeit.

Nun ist die Krankenpflege per se ein Beruf mit hohen psychophysischen Belastungen. Erschwerend kommt hinzu, daß sich die Arbeitsanforderungen durch medizinisch-technische Entwicklungen¹¹, durch Veränderungen in der Altersstruktur und im Krankheitsspektrum und die erhöhte Inanspruchnahme des Krankenhauses ständig erweitert haben.

In der Folge kam es zu einer ständigen Intensivierung der Arbeit, die durch Kostensenkungsmaßnahmen und künstliche Personalverknappung verschärfte wurde. Die steigenden Anforderungen, die kaum noch durch die Mehrarbeit des Personals kompensiert werden können, haben bereits zu einer Verschlechterung der Pflegequalität geführt.

Die Auswirkungen der Arbeitsintensivierung auf den Pflegebereich kann eine empirische Untersuchung illustrieren, die an zwei Krankenhäusern im Bundesgebiet und Westberlin durchgeführt wurde. Danach gaben 63% der befragten Pflegepersonen an, daß sie die Mehrarbeit durch Überstunden, 62% durch schnelleres Arbeiten und 62% durch Verzicht auf Gespräche mit dem Patienten kompensieren müssen¹². 52% gaben an, daß ihre freien Tage wegfallen, ebenfalls 52% waren gezwungen, oberflächlicher zu arbeiten und von der Grundpflege Abstriche zu machen. Zwei von drei Pflegepersonen leisteten Überstunden zwischen 5 und 19 Stunden im Monat, das sind durchschnittlich 4-5% Mehrarbeit¹³. Dazu kommen Über-

stunden, die nicht offiziell als solche angegeben werden. Fast 27% haben das Gefühl, die Arbeit nicht zu schaffen, bei 65% kommt dies manchmal vor. 70% geben an, daß sie sich bei der Arbeit hetzen müssen. Psychische Belastungen kommen hinzu. So litten 69% unter den ständig wechselnden Anforderungen, 60% unter dem miterlebten Leid der Patienten, 51% unter dem ständigen Zeitdruck¹⁴.

Die zunehmende Arbeitsintensivierung führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die von Befindlichkeitsstörungen bis hin zu arbeitsbedingten Erkrankungen führt. Die festgestellte hohe Fluktuationsrate und die geringe Berufsverweildauer veranlaßte die Autoren der Studie zu der Frage, ob die Krankenpflege überhaupt ein Beruf sei, der längerfristig ausgeübt werden könne¹⁵.

Die Kostensenkungsmaßnahmen im Personalbereich wirken sich jedoch nicht nur auf das Personal, sondern auch direkt auf den Patienten aus. Unter dem Druck der ständigen physischen und psychischen Überforderung werden bei der Grundpflege und der Kommunikation mit dem Patienten Abstriche gemacht. Für menschliche Zuwendung bleibt keine Zeit.

b. Genau dies wurde in der seit Ende der 70er Jahre verstärkt geführten Diskussion um »Humanität« im Krankenhaus¹⁶ dem Personal zum Vorwurf gemacht. Die Kritik richtete sich vor allem auf den Umgang mit dem Patienten. Bemängelt wurden die unzureichende individuelle Betreuung, die mangelnde Informations- und Gesprächsbereitschaft, der anonyme und stereotype Umgang, also diejenigen Aspekte, die eine psychosoziale Betreuung ausmachen, aufgrund der Arbeitsbedingungen aber nicht geleistet werden.

Nicht nur konservative Kritiker, sondern vielfach auch Stimmen aus der Krankenpflege selbst, führten dies auf individuelle Ursachen zurück. Verantwortlich gemacht wurde die mangelnde Dienstbereitschaft des Personals, die »falsche Einstellung« oder Qualifikationsdefizite beim Einzelnen. Dies gipfelte in der Aussage, daß gute Krankenpflege keine Sache der Personalmenge, sondern der »Einstellung« sei¹⁷.

Die wahren Ursachen der »Inhumanität« wurden selten bis nie angeführt: die sich immer weiter ausdifferenzierende Arbeitsteilung; ein ungebremster »Fortschritt« in der Medizin, der alles, was machbar ist, auch macht, ohne Rücksicht auf die menschlichen Folgekosten; eine Gesellschaft, die ihre Mitglieder wenig human behandelt; eine Arbeitswelt, in der entfremdete Arbeit geleistet werden muß; vor allem aber der Zusammenhang zwischen inhumanen Arbeitsbedingungen und menschenunwürdiger Behandlung des Patienten.

Die Debatte um Humanität hatte — abgesehen davon, daß einige es ganz ernst damit meinten — im Wesentlichen Alibifunktion. Sie sollte von den Ursachen der Inhumanität und den Auswirkungen der Kostensenkungsmaßnahmen ablenken, indem die Einzelnen verantwortlich gemacht

wurden für Humanitätsdefizite. Wenn Humanität zu einer Sache der »Ethik« und der Einstellung erklärt wird, wenn also gesellschaftliche Sachverhalte auf die individuelle Ebene verschoben werden, dann werden auch die Lösungsstrategien individuell ausgerichtet sein: Apelle, moralischer Druck, Vorwürfe oder Qualifizierungsprogramme ersetzen dann notwendige Veränderungen der Arbeitsbedingungen. Die Probleme können so natürlich nicht gelöst werden, aber Veränderungsbestrebungen ist damit ein wirksamer Riegel vorgeschoben worden.

Die Krankenpflege allerdings hat den Vorwurf, sich nicht genügend aufzuopfern, ernstgenommen. Die Humanitätsdebatte verweist ja zugleich darauf, daß die Krankenpflege ihre Funktion im Krankenhaus nicht mehr erfüllen kann. Seit ihren beruflichen Anfängen im 19. Jahrhundert, seit sie als »Familienersatz« und gleichzeitige Lohnarbeit ins Krankenhaus eingezogen ist, steckt die Krankenpflege in einem unlösbaren Widerspruch, der darin besteht, daß sie eine — den Zielen des Krankenhauses entsprechende — widersprüchliche Funktion zu erfüllen hat¹⁸. Das Krankenhaus unterliegt einem Doppelzweck: einerseits, von seinem Selbstverständnis her und in seiner Präsentation nach außen, ist es eine humane Institution zum Zweck der uneigennütigen Krankenversorgung, andererseits ist es ein Wirtschaftsbetrieb, der verbrauchte Arbeitsfähigkeit reproduzieren soll und dabei orientiert ist an den Prinzipien auch anderer wirtschaftlicher Organisationen: an Rationalität, Effektivität und Effizienz, an störungsfreiem Ablauf.

Die humanen und ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhauses stehen sich widersprüchlich gegenüber. Den Widerspruch hilft die Krankenpflege zu überbrücken. Sie hat eine Doppelfunktion zu erfüllen: zum einen repräsentiert sie den humanen Charakter der Institutionen nach außen; unterstützend wirkt dabei die Berufsideologie der Krankenpflege, die Pflege als uneigennützige, menschliche und persönliche Hilfeleistung, als Einzelpflege mit quasi-familialen Beziehungen und maximaler Bedürfnisbefriedigung für den Patienten definiert. Zum anderen ist die Krankenpflege den Prinzipien der Organisation unterworfen und hat nach innen einen reibungslosen Arbeitsablauf zu garantieren, d. h., sie hat die Aufgabe der Anpassung und Verfügbarmachung des Patienten für die Zwecke der Institution und der Medizin. Nach außen erscheint die Krankenpflege deshalb als Sinnbild der Menschlichkeit, nach innen macht sie Funktionspflege.

Tatsächlich darf sich die Zuwendung zum Patienten, wenn sie über ein absolut notwendiges Maß hinausgeht, höchstens individuell äußern, als individuelle Mehrarbeit, jedenfalls keine Kosten und keine Störung der Arbeitsabläufe verursachen. Bis heute gelten ja im Arbeitsalltag der Pflege Gespräche mit dem Patienten nicht als Arbeit, sondern eher als Drückerei und werden durch vielfältige Sanktionen geradezu verhindert.

Zwischen den beiden Polen — der persönlichen, familialen Einzelpflege und der Forderung nach Rationalität, Funktionalität und Effektivität oszilliert die Krankenpflege in einem mehr als prekären Gleichgewicht. Sie kompensiert, gleicht aus, ohne jedoch jemals die Zustände verändern zu können. Die Zwitterstellung der Krankenpflege zeigt sich auch im beruflichen Selbstverständnis: bis heute ist der Krankenpflege nicht klar, was sie eigentlich ist — persönliche Dienstleistung oder Arbeit? Beruf oder Liebeshätigkeit?

Verschärft durch die Kostensenkungsmaßnahmen und die Verschlechterung der Pflegequalität ist das Gleichgewicht empfindlich gestört worden. Tagtäglich mit Bedingungen konfrontiert, die patientenorientierte Pflege nicht zulassen, tagtäglich dem Gefühl ausgesetzt, wider besseres Wissen zu handeln, öffentlichen Vowürfen preisgegeben, ohne jedoch die gesellschaftlichen Zusammenhänge zu durchschauen, kam es zu einer Krise im beruflichen Selbstverständnis, die sich in individuellen Schuldgefühlen, in Versagensängsten und unzweckmäßigen Abwehrreaktionen, in Fluktuation und Berufsflucht äußert — also in individuellen Lösungsversuchen. Die Krankenpflege kann ihre Funktion nicht (mehr?) erfüllen. Ist die patientenorientierte Pflege die Antwort auf diese Situation, ist sie als kollektiver Lösungsversuch der unlösbaren Widersprüche, als Versuch, ihre Funktion unter veränderten Bedingungen doch noch zu erfüllen? Der Eifer, mit dem das Konzept trotz der eingangs geschilderten ungünstigen Bedingungen aufgenommen wurde, scheint auf das spezifische Interesse der Krankenpflege hinzuweisen.

Das Konzept der Patientenorientierten Pflege

Die patientenorientierte Pflege wurde bereits in den 50er Jahren innerhalb der amerikanischen Krankenpflege entwickelt¹⁹ und hat in der Folge zu weitreichenden Veränderungen in der dortigen Krankenpflegeausbildung und -praxis geführt. Ausgangspunkt war — ähnlich wie hier — zum einen die Kritik an der als unzureichend empfundenen Krankenversorgung, zum anderen gab die in den USA Anfang der 60er Jahre einsetzende Kostensteigerung im Gesundheitswesen Anlaß, sich mit kostengünstigeren Alternativen zur herkömmlichen Gesundheitsversorgung auseinanderzusetzen. Patientenorientierte Pflege wurde im Zusammenhang mit der Einführung der Progressivpflege²⁰ diskutiert, auf deren Anforderungen sie zugeschnitten ist. Die Progressivpflege stellt ein Rationalisierungskonzept innerhalb des amerikanischen Gesundheitswesens dar, das zur Effizienzsteigerung der medizinisch/pflegerischen Versorgung führen sollte. Eine Wurzel der patientenorientierten Pflege liegt somit in betrieblichen Rationalisierungsbestrebungen begründet²¹.

Theoretische Annahmen

Gesundheit und Krankheit werden nicht als statische Zustände, sondern als dynamische Prozesse auf einer Skala menschlichen Wohlbefindens gesehen²². Krankenpflege ist in diesem Verständnis ebenfalls ein Prozeß, ein dynamisches Geschehen zwischen Gesundheit, Krankheit und Sterben²³.

Analog zu den amerikanischen Überlegungen wird auch hier Krankenpflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß definiert²⁴.

Im Mittelpunkt der patientenorientierten Pflege steht der kranke Mensch mit seinen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen. Der Patient wird als mündiger Bürger gesehen, der selbstverantwortlich an seinem Gesundungsprozeß teilnimmt. Die Beziehung zum Patienten ist partnerschaftlich und darauf gerichtet, seine Abhängigkeit zu verringern, seine Fähigkeiten und Ressourcen zu aktivieren und ihm Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Entsprechend dieser Auffassung nimmt die Forderung nach Mitbestimmung, Aufklärung und Information eine zentrale Rolle ein.

Auch die Beziehung zu den anderen Gesundheitsberufen soll partnerschaftlich sein und unnötige Hierarchien abbauen. Arbeitsorganisatorisch drückt sich dies im Pflegeprinzip der Gruppenpflege²⁵ aus. Das Ziel ist die Verbesserung der Pflegequalität, womit gleichzeitig die Hoffnung auf eine höhere Berufszufriedenheit beim Personal verbunden wird.

Die patientenorientierte Pflege geht somit vom einzelnen Menschen und seinen Pflegebedürfnissen aus. Sie ist individualistisch und ganzheitlich ausgerichtet, von den Arbeitsbeziehungen her kooperativ. Das Konzept trägt durchaus emanzipative Züge, ist aber selbst noch nicht emanzipativ zu nennen.

Dies liegt vor allem daran, daß in der Bundesrepublik das — ohnehin problematische — Konzept mit bedeutenden Einschränkungen rezipiert wurde, die hier allerdings nur in aller Kürze dargestellt werden können. So läßt sich auch nach fünfzehn Jahren der Diskussion noch nicht einmal der Ansatz einer Theorie finden. Patientenorientierung hat hier eher den Charakter einer sozialen Bewegung angenommen. Eng an die amerikanischen Auffassungen angelehnt übernimmt die deutsche Krankenpflege deren affirmative und unkritische Haltung gegenüber Gesundheitspolitik und Strukturen des Gesundheitswesens.

Auf der anderen Seite wird die theoretische und intellektuelle Seite des Konzeptes vernachlässigt, die bei den Amerikanern sehr ausgeprägt ist. Dies führt zum einen dazu, daß mit ungeheuer komplexen Begriffen wie »Selbstwertgefühl des Patienten«, »psychosoziale Betreuung«, »ganzheitliche Bedürfniserfassung«, usw. jongliert wird, die nicht definiert sind, mit denen in der Praxis aber bereits unbefangen umgegangen wird²⁶. Zum zweiten wird das Konzept auf die Methode der Pflegeplanung reduziert und damit praktizistisch verkürzt²⁷. Die Theorieabstinenz der bundesdeut-

schen Krankenpflege zeigt sich zum dritten darin, daß die Bedingungen und Modalitäten der Umsetzung von patientenorientierter Pflege noch in keiner Weise geklärt sind.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die individualistische und kompensatorische Auffassung von patientenorientierter Pflege, die die gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenpflege verdrängt, vielmehr suggeriert, inhumane Zustände könnten individuell aufgehoben werden²⁸. Zusammengenommen bewirkt dies, daß mit dieser Auffassung von Patientenorientierung die Verhältnisse nicht verändert, sondern stabilisiert werden. Damit wird das Konzept nicht nur konservativ, sondern es werden Entpolitisierung und Entsolidarisierung hervorgerufen und die Arbeitenden daran gehindert, ihre Lage als kollektive zu begreifen, die kollektiv verändert werden kann.

Die Pflegeplanung

Die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozeßmodell ist die Methode der patientenorientierten Pflege. Hierbei werden Lösungsstrategien angewendet, wie sie z. B. auch in der Betriebswirtschaft üblich sind; sie bestehen aus einer Anzahl vorgeschriebener und untereinander in Beziehung stehender planerischer Schritte, die auf ein Ziel ausgerichtet sind und deren Erfolg kontrolliert wird. Planung, Steuerung und Kontrolle des Arbeitsablaufes sind das Ziel. Vier Schritte werden üblicherweise unterschieden:

1. Erhebung der Pflegebedürfnisse

Im ersten Schritt werden Informationen über die körperlichen und psychosozialen Pflegebedürfnisse des Patienten erhoben, was in Form eines Aufnahmegespräches zwischen Schwester und Patient vor sich geht. Außer der Sammlung von Informationen ist hierbei von Bedeutung, daß die Pflegeperson den Patienten kennenlernt, und dieser eine Bezugsperson hat, denn in der Regel soll er von dieser Pflegekraft auch weiterhin versorgt werden. Das Aufnahmegespräch dient zusammen mit der Krankengeschichte und dem Verordnungsplan als Grundlage für die Festlegung der Pflegeziele. Neue Informationen können im Lauf der Zeit eingearbeitet werden.

2. Festlegen der Pflegeziele und Erstellen eines Pflegeplanes

Je nach Art der Pflegeprobleme und Bedürfnisse des Patienten werden Pflegeziele definiert. Pflegeziele beschreiben bestimmte Stadien, die der Patient zu einer bestimmten Zeit oder bei der Entlassung durch Pflege und Therapie erreicht haben sollte.

Dabei sind einige Forderungen zu beachten:

- die Pflegeziele sollen in eine Rangfolge gebracht werden,
- sie sollen realistisch sein, d. h., mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können,

- sie sollen eine Zeitangabe enthalten,
- sie werden in Nah- und Fernziele untergliedert,
- sie müssen ständig überprüft werden.

Den Pflegezielen zugeordnet werden Pflegemaßnahmen, mit denen die Ziele unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten erreicht werden sollen. Der ärztliche Verordnungsplan kann an dieser Stelle integriert werden. Der Patient wird über die Pflegeziele und Pflegemaßnahmen informiert und so weit wie möglich einbezogen.

3. Durchführung der Pflege

Die pflegerischen Maßnahmen werden anhand des Pflegeplanes durchgeführt. Der Vorteil liegt darin, daß alle Mitarbeiter gleichermaßen informiert sind und die Pflege einheitlich durchführen. In die Pflegeverrichtungen soll der Patient so weit wie möglich einbezogen werden, d. h., daß über die Körperpflege und Ausführung von Verordnungen hinaus auch beraten, erklärt, und informiert wird. Alle Pflegemaßnahmen, Beobachtungen über den Zustand des Patienten sowie seine Reaktionen werden im Pflegebericht kurz festgehalten.

4. Kontrolle der Pflege anhand der Pflegeziele

Die Wirkung der Pflege wird anhand des Pflegeplanes und der Pflegeziele fortlaufen beobachtet und kontrolliert. Dies kann im Rahmen von täglichen Übergabe- und Teambesprechungen stattfinden. Dabei wird ggf. die Pflege den veränderten Bedürfnissen des Patienten angepaßt, d. h., neue Pflegeziele und Maßnahmen werden festgelegt.

c. Die Pflegedokumentation

Die Pflege wird schriftlich in einem geeigneten Dokumentationssystem festgehalten²⁹. Das Dokumentationssystem ersetzt die bisher üblichen, unsystematischen Datenträger (Nachtwachenbuch ...), die einen beträchtlichen Zeitaufwand verursachen und zudem durch Übertragungsfehler unzuverlässig sein können. Bei einem Dokumentationssystem finden sich die gesamten Informationen über einen Patienten an einer Stelle und sind jederzeit abrufbar. Wird es richtig eingesetzt und können alle Mitarbeiter damit umgehen, wird Zeit gespart. Es dient außerdem als Grundlage für die Dienstübergabe zwischen den Schichten. Die Pflegedokumentation ist somit ein Arbeitsmittel mit Rationalisierungseffekt.

Nun ist aber zu bedenken, daß die patientenorientierte Pflege mit einem höheren physischen, psychischen und zeitlichen Aufwand durch die intensivere Betreuung und die größere Nähe zum Patienten verbunden ist. Dies soll im Einzelnen etwas näher ausgeführt werden.

Zum einen wird die Grundpflege aufgewertet und soll vor allem nicht

mehr an Hilfräfte abgegeben werden. Wie gezeigt wurde, wird aber gerade die Grundpflege aus Zeitmangel vernachlässigt. Da an der Behandlungspflege, die weisungsgebunden und kontrollierbar ist, keinesfalls Abstriche gemacht werden können, muß also eine zusätzliche Leistung erbracht werden.

Weitere Belastungen entstehen durch die psychosoziale Betreuung, also die andere Qualität der Zuwendung zum Patienten: es werden mehr Gespräche geführt, auch mit Angehörigen. Schwerkranke und Sterbende werden intensiver betreut, Gesundheitsberatung wird durchgeführt.

Nicht zu vernachlässigen ist auch der erhebliche Zeitaufwand, der durch die Pflegeplanung und Dokumentation entsteht. Meistens wird nur auf die Zeitersparnis hingewiesen, es wird jedoch vergessen, daß die Pflegeplanung etwas Neues ist, das zu der üblichen Arbeit hinzukommt. Individuelle Pflegeplanung bedeutet nachdenken, reflektieren, kommunizieren, schreiben, kontrollieren und erneut nachdenken. Koordinations- und Kommunikationsaufwand werden steigen, Teambesprechungen, Übergaben zwischen Schichten und Kooperation mit anderen Berufen kommen hinzu.

Da die patientenorientierte Pflege noch nicht eingeführt ist, liegen natürlich noch keine konkreten Erfahrungen, geschweige den Arbeitszeitstudien vor, die dieses belegen können; trotzdem ist der Einwand nicht von der Hand zu weisen, daß eine solche, patientenbezogene Pflege mehr Aufwand verursacht, der nicht allein durch Rationalisierung der Arbeitsorganisation aufgehoben werden kann, sondern geradezu zwangsläufig mehr Personal voraussetzt. Dies wird von der Krankenpflege nicht bedacht, die mit ihrer Behauptung, die patientenorientierte Pflege braucht nicht mehr Personal, ihre eigenen Ziele gefährdet.

Interessant ist nun, daß die patientenorientierte Pflege sowohl eine rational-betriebsorientierte Komponente hat (Planung, Steuerung, Kontrolle von pflegerischen Betriebsabläufen), als auch eine emotional-humanitäre (individuelle Zuwendung, Bedürfnisbefriedigung, psychosoziale Betreuung), die sich zwar nicht scharf trennen lassen, aber doch voneinander abgegrenzt werden können.

Diese Doppeldeutigkeit verweist auf die Doppelfunktion der Krankenpflege, einmal betriebsorientiert zu arbeiten und reibungslose Arbeitsabläufe zu ermöglichen, zum anderen die Humanität im Krankenhaus zu garantieren. An dieser Stelle erhebt sich also folgende Frage: Kann die patientenorientierte Pflege dazu beitragen, daß die Krankenpflege ihre Doppelfunktion besser als bisher erfüllt? Kann die patientenorientierte Pflege die Ziele des Krankenhauses nach Wirtschaftlichkeit und Humanität erfüllen? Und wenn ja, was bedeutet dies in Bezug auf ihre Durchsetzungschancen?

Diese Überlegungen sind nicht so abwegig, wie sie denen, die die Patientenorientierung allein als humanitäres Konzept sehen, erscheinen mögen.

Nicht allein ist in der amerikanischen Krankenpflege die betriebswirtschaftliche Seite der patientenorientierten Pflege niemals geleugnet worden, auch bei uns gibt es Hinweise, daß das Konzept zur Optimierung der Betriebsabläufe im Krankenhaus eingesetzt werden kann, wie im folgenden ausgeführt wird. Allerdings handelt es sich hierbei um vorläufige Überlegungen, denn noch kann auf keine praktischen Erfahrungen zurückgegriffen werden.

Patientenorientierung als Möglichkeit der Effizienzsteigerung

Kostensenkungen durch reine Sparmaßnahmen im Personalbereich finden dort ihre »natürliche« Grenze, wo die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses so weit absinkt, daß sie auch mit freiwilliger Mehrarbeit nicht mehr zu kompensieren ist. Dieser Punkt scheint jetzt erreicht zu sein. In dieser Situation spielen betriebswirtschaftliche Lösungsstrategien, d. h. solche, die eine Optimierung der betrieblichen Abläufe durch Rationalisierung aller Leistungsbereiche zum Ziel haben, eine immer größere Rolle. Neuere Strategien zur Kostensenkung, vor allem im Personalbereich, konzentrieren sich zunehmend auf eine Effizienzverbesserung, d. h., eine Verbesserung der Relation zwischen Leistungen und aufgewendeten Mitteln. Die Frage lautet hierbei: Wie kann eine möglichst hohe Leistung bei möglichst geringem Personaleinsatz erzielt werden? Unter den Bedingungen der ständigen Mittelknappheit kann die Antwort nur lauten: durch Erhöhung der Arbeitsproduktivität des vorhandenen Personals, sprich: durch Intensivierung der Arbeit.

Wenn selbst von Krankenhausexperten die finanzielle Lage der Krankenhäuser sehr pessimistisch beurteilt wird³⁰ und außerdem davon ausgegangen werden kann, daß auch die neuen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung den Zwang zur Rationalisierung eher noch verstärken werden³¹, dann erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß auch in Zukunft kaum zusätzliche Planstellen geschaffen werden.

Welche Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung ohne Kostenerhöhung bietet nun die patientenorientierte Pflege? Zwei Möglichkeiten sind denkbar: Zum einen durch Arbeitsrationalisierung (a.), zum anderen durch Erhöhung der Qualifikation und Arbeitsmotivation des vorhandenen Personals (b.).

a. In der Betriebswirtschaftslehre werden die Aufbauorganisation eines Betriebes, die die Verteilung der betrieblichen Aufgaben auf die einzelnen Stellen und ihre Beziehungen untereinander regelt und die Ablauforganisation, d. h., die räumlich-zeitliche Strukturierung von Arbeitsvorgängen unterschieden. Beides ist allerdings nicht scharf voneinander zu trennen. Ziel einer Rationalisierung der Arbeitsorganisation ist es, die Auslastung der Betriebsmittel und die Durchlaufzeit der Arbeitsabläufe zu optimieren, um Kosten zu sparen.

Im pflegerischen Bereich ist dies einmal möglich durch die in patienten-

orientierten Pflege favorisierte Gruppenpflege. Bisher herrscht noch überwiegend das arbeitsteilige Funktionspflegeprinzip vor³². Ab einem bestimmten Komplexitätsgrad der Arbeitsaufgaben wird dieses System dysfunktional, da die Vorteile der routinisierten Arbeitsabläufe durch einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsbedarf aufgehoben werden. Zudem ist das hierarchische Einliniensystem, bei dem alle Informationen über die Stationsschwester laufen, nicht mehr in der Lage, die anfallenden Informationen zu verarbeiten und bereitzustellen. Im Sinne des Betriebsablaufes optimaler ist die Gruppenpflege, bei der mehrere Pflegegruppen zu einer Abteilung zusammengefaßt sind. Die Überlegung dabei ist, daß eine einzelne Pflegegruppe (Station) nur in der Hauptbetriebszeit wirtschaftlich arbeiten kann, es für betriebsschwache Zeiten aber größerer Einheiten bedarf, um eine effiziente Personalauslastung zu erreichen, d. h., das Personal je nach Arbeitsanfall auf die Gruppen zu verteilen³³. Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind in diesem System verteilt. Dies entspricht den Methoden moderner effizienter Betriebsführung und soll die Motivation des Personals erhöhen. Für die Arbeitenden ist damit jedoch eine Verdichtung der Arbeit verbunden, da die »betriebsschwachen« Zeiten für die dringend benötigte Regenerierung nicht mehr genutzt werden können.

— Die patientenorientierte Pflege beinhaltet eine größere Nähe zum Patienten, was auch den Wünschen der Krankenpflege entspricht, die von patientenfernen Tätigkeiten befreit werden möchte. Dies deckt sich mit Strategien des Krankenhauses, den »Direktpflegeanteil« zu erhöhen, bzw. »Leerläufe« abzubauen. Dabei werden die sogenannten pflegefernen Tätigkeiten ausgegliedert und an andere, niedriger qualifizierte Berufe delegiert. Bisher betraf dies vor allem die Hol- und Bringedienste, Reinigungsdienste, und Schreivarbeiten, seit neuestem werden auch ganz neue Berufe, wie die Versorgungsassistenten³⁴ geschaffen, die die Materialbeschaffung übernehmen. Sinn und Zweck dieser Maßnahmen ist die Einsparung der teuren Arbeitskraft der Krankenschwester, also der Abbau »qualitativer Leerkosten«. Leerläufe sollen abgebaut werden, indem eine gleichmäßige Auslastung der Arbeitsabläufe angestrebt wird. Da dies nur möglich ist, wenn die gesamte Krankenhausorganisation umgestellt wird, ist zu vermuten, daß unter dem Deckmantel des »Wohles des Patienten« an die Wiedereinführung des geteilten Dienstes gedacht wird³⁵.

Nicht berücksichtigt wird in solchen Überlegungen, daß sowohl die patientenfernen Tätigkeiten als auch die aus einer verengten betriebswirtschaftlichen Sichtweise so bezeichneten Leerläufe (wenn es sie überhaupt noch gibt) eine wichtige Entlastungsfunktion haben. Es ist fraglich, ob der — jenseits aller Ideologie — stark belastende Umgang mit dem Patienten weiter ausgedehnt werden kann ohne Gefahr für die psychische Gesundheit der Arbeitenden. Auf der anderen Seite sind gerade diese »Leerläufe« die einzige Zeit, die für die Kommunikation mit dem Patienten genutzt

werden könnte und wer garantiert, daß die durch Arbeitsrationalisierung gewonnene Zeit auch tatsächlich für den Patienten zur Verfügung steht und nicht zum Personalabbau führt, wie das aufgrund der Verweildauerverkürzungen schon vorgekommen ist?³⁶

Pflegeplanung und -dokumentation sind selbst Mittel zur Rationalisierung der Arbeitsorganisation, denn sie planen, steuern und kontrollieren pflegerische Arbeitsabläufe, vermeiden also Reibungsverluste. Die Krankenpflege erhofft sich von der Pflegedokumentation einerseits eine Zeiterparnis, andererseits eine Verbesserung der Pflegequalität. Dies mag zutreffen, nur ist die Dokumentation noch keine patientenorientierte Pflege und nützt nicht unbedingt nur dem Patienten.

Zunächst nützt sie nämlich der Krankenpflege selbst. Mit der Pflegeplanung hat die Krankenpflege ein Instrument in die Hand bekommen, das ihre Existenzberechtigung beweist. Indem sie sich für kompetent erklärt, die umfassende Betreuung kranker Menschen bewerkstelligen zu können, hat sie sich zur Expertin in diesem Bereich gemacht und kann sich deutlich von anderen Berufen abgrenzen. Damit ist ein großer Schritt in Richtung Eigenständigkeit getan.

Weiterhin nützt die Dokumentation dem Krankenhaus und zwar in mehrerlei Hinsicht. Zum einen wird bei sinkender Verweildauer der Patienten eine exakte Planung und Dokumentation unumgänglich, da der Arbeitsaufwand pro Patient und Tag so verdichtet wird, daß er anders nicht mehr bewältigt werden kann. Es werden also damit reibungslosere Arbeitsabläufe ermöglicht³⁷. Bedenkt man die Neigung der Krankenpflege, die patientenorientierte Pflege auf die reine Technik zu verkürzen, dann ist durchaus zu vermuten, daß eine mechanisch ausgeführte Pflegeplanung, die ja eine Rationalisierung vorher nicht-rationalisierter Bereiche, nämlich der Beziehung zum Patienten darstellt, eine noch größere Distanz zum Patienten bedeutet. Läßt man sich nicht mit der Planung qualitativer Bereiche völlig auf einen rationalistischen Umgang mit dem Patienten ein?

Zum zweiten ist mittels der Dokumentation eine laufende Überprüfung der Leistungsprozesse möglich. Geprüft werden kann, welche und wieviele Leistungen erbracht worden sind und in welchem Verhältnis die Leistungen zu den aufgewendeten Mitteln stehen. Nun ist aber eine qualitative Leistungsmessung in der Krankenpflege (noch?) nicht möglich³⁸ und es ist sogar zu fragen, ob sie überhaupt wünschenswert ist. Ist es der richtige Weg, Qualitatives quantitativ zu messen? Was mißt man dabei eigentlich? Und begibt man sich damit nicht völlig in die Hände der Meißfanatiker? Welche »Leistung« wird z. B. durch das Gespräch mit dem Patienten erbracht? Wie stellt man sie dar? Wieviel Zeit ist dafür zu veranschlagen und steht diese im Verhältnis zum Erfolg? Was ist der Erfolg eines Gesprächs? Die Zufriedenheit oder das bessere Befinden des Patienten? Und wenn er sich nicht besser befindet nach dem Gespräch, war es dann ineffiziente Ar-

beit und läßt man sie dann weg? Wie leistet man psychosoziale Betreuung und wie mißt man sie an den aufgewendeten Mitteln? Da qualitative Leistungen weder meßbar, noch darstellbar, noch eigentlich kontrollierbar sind, besteht die Gefahr, daß sie unter dem Druck der Arbeitsbedingungen auch unberücksichtigt bleiben.

Wenn man dazu noch den theoretischen Rückstand der Pflege bedenkt, der es bisher nicht erlaubt, psychosoziale Betreuung zu definieren, dann sind diese Bedenken umso mehr gerechtfertigt. Die Krankenpflege erhofft sich durch eine zeitsparende Dokumentation mehr Zeit für den Patienten. Aber abgesehen davon, daß Pflegeplanung und -dokumentation nicht unbedingt so viel Zeit ersparen, wie angenommen wird, muß auch bezweifelt werden, daß die gewonne Zeit für den Patienten benutzt werden kann und nicht zu Stellenkürzungen führt.

Zum dritten kann die Dokumentation im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Betriebsvergleiche zwischen Krankenhäusern herangezogen werden. Leistungsüberprüfungen im Krankenhaus beruhen auf betrieblichen Kennziffern, die aus betriebswirtschaftlichen Vergleichen gewonnen werden, wobei die billigste Leistung als Maßstab genommen wird. Dies setzt aber repräsentatives Datenmaterial voraus, welches die Dokumentation bereitstellen kann. Stellt sich nun bei einem Betriebsvergleich heraus, daß die gleiche Arbeit von weniger Personal verrichtet werden kann, kann dies zum Hebel für Stellenkürzungen werden.

Somit ist mit der Pflegeplanung und -dokumentation im betriebsorientierten Sinn eine Effizienzsteigerung vielleicht möglich, aber nur über den Weg der Arbeitsintensivierung und der vermehrten Kontrolle über das Personal. Ob die Pflege damit im qualitativen Sinn wesentlich verbessert werden kann, ist fraglich.

b. Getreu der Auffassung innerhalb der Krankenpflege, die die patientenorientierte Pflege als individualistisches Konzept sieht, das vor allem durch Einstellungsänderung und Qualifizierung individuell durchgesetzt werden muß, konzentrieren sich alle Bemühungen in der Krankenpflege auf die Aus- und Weiterbildung. Die für patientenorientierte Pflege benötigten Qualifikationen gehen weit über die in der heutigen Ausbildung vermittelten hinaus. Nicht nur das berufsbezogenen Wissen muß intensiviert, erweitert und präsent sein, auch die soziale Kompetenz (Beobachtungs- und Wahrnehmungsfähigkeit, Sensibilität, Zuwendungstechniken) muß ausgebildet werden. Vergessen wird fast durchgängig, daß die patientenorientierte Pflege auch intellektuelle Kompetenz voraussetzt (analytisches, logisches, systematisches und problemlösendes Denken, Entscheidungs- und Bewertungsfähigkeit, schriftliches Ausdrucksvermögen, Wichtiges vom Unwichtigen trennen können, Ursache- und Wirkungszusammenhänge erkennen können, Reflexionsvermögen, kritisches Denkvermögen, um nur einiges zu nennen).

Unabhängig davon, ob die Qualifikationen im Rahmen des bestehenden Ausbildungssystems und der jetzigen nicht-akademischen Lehrerbildung überhaupt vermittelt werden können, ist die Qualifizierung des Krankenpflegepersonals für die patientenorientierte Pflege auf dem Weg der Ausbildung ohne jede Kostensteigerung für das Krankenhaus möglich, da sie von den vorhandenen Lehrkräften übernommen wird. Auch die Fort- und Weiterbildung, die von Berufsverbänden, Gewerkschaften und anderen Institutionen durchgeführt wird, verursacht keine Kosten, sieht man einmal von gelegentlichen Dienstbefreiungen ab. Es gibt zum Beispiel keine Anzeichen dafür, daß für die innerbetriebliche Fortbildung, für die die leitende Pflegekraft verantwortlich aber oft überfordert ist, Stellen geschaffen werden. Hier wäre aber ein wichtiger Weg, patientenorientierte Pflege im Krankenhaus umzusetzen, denn über die Ausbildung allein, würde es eine Krankenschwesterngeneration dauern.

Von der Einführung der patientenorientierten Pflege wird eine höhere Arbeitsmotivation und Berufszufriedenheit erhofft, da sich Berufsmotivation (Menschen helfen wollen) und Patientenorientierung zu entsprechen scheinen. Ein wichtiges Moment der Arbeitsmotivation ist die Möglichkeit, auf die eigenen Arbeitsabläufe einzuwirken, d. h., einen gewissen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum zu haben. Dies wäre mit der Ganzheitspflege, die übermäßige Arbeitsteilungen aufhebt, sicher möglich. Durch Qualifizierung und Motivierung erscheint eine Leistungssteigerung somit zwar denkbar, ist aber dann mit einer Intensivierung der Arbeit verbunden, wenn beides zur Produktivitätssteigerung genutzt wird, d. h., wenn nicht genügend Personal zur Verfügung gestellt wird.

4. Fazit

Wie gezeigt wurde, ist eine Effizienzsteigerung mit Hilfe der patientenorientierten Pflege zwar möglich, ließe sich aber nur über eine Intensivierung der Arbeit zu Lasten des Pflegepersonals durchsetzen.

Darüberhinaus liegt aber in der Doppeldeutigkeit der patientenorientierten Pflege als gleichzeitig betriebsorientiertes und humanitäres Konzept die Gefahr, daß sich unter den Bedingungen der gegenwärtigen Kostensenkungspolitik nur die betriebsorientierten Anteile durchsetzen lassen werden. Die humanitären Anteile, die psychosoziale Betreuung also, werden — so ist zu vermuten — in den Bereich der persönlichen Mehrarbeit fallen. Damit werden sie aber zufällig und beliebig ausführbar.

Durchsetzen lassen werden sich im Wesentlichen also die Anteile, in denen sich die Interessen der Krankenpflege und des Krankenhauses begegnen: in der Pflegedokumentation. Die Krankenpflege erhofft sich davon eine Leistungsdarstellung, bezweckt also (unter anderem) Professionalisierungs- und Profilierungsabsichten; die Krankenhäuser können damit ihre Betriebsabläufe optimieren. Dokumentation ist aber noch keine patienten-

orientierte Pflege.

Setzen sich nur die betriebsorientierten Anteile durch, dann ist eine Effizienzverbesserung, die sich in Mark und Pfennig ausdrückt, eine »leistungsfähigere« Pflege, so weit sich Leistung auf das Meßbare und Darstellbare beschränkt, vielleicht möglich. Aber ob die Pflege damit auch humaner, d. h., qualitativ verbessert wird?

Qualitativ kann die Pflege nur dann verbessert werden, wenn dafür die Voraussetzungen geschaffen werden: genügend Personal mit patientenorientierten Qualifikationen und Arbeitsbedingungen, die eine menschliche Zuwendung zum Patienten erlauben. Dazu wären aber Veränderungen notwendig.

Die kompensatorische und individualistische Auffassung der Krankenpflege von Patientenorientierung, die zugleich Ausdruck eines spezifischen gesellschaftlichen Interesses an einer unmündigen Pflege ist, ist aber ein Hemmschuh für Veränderungen. Sie stabilisiert bestehende Verhältnisse eher.

Spricht dies nun gegen die Einführung der patientenorientierten Pflege? Keineswegs. Mißbrauch spricht nicht gegen Gebrauch. Aber über die Möglichkeiten des Mißbrauchs sollte man sich im Klaren sein. Beim Umgang mit diesem Konzept ist es wichtig, sich nicht von eigenen Ansprüchen und Wuschdenken leiten zu lassen, sondern sich Klarheit zu verschaffen über die Möglichkeiten, Ziele und Folgen. Patientenorientierung verstanden als kritische Theorie und Praxis birgt sehr wohl Möglichkeiten der Emanzipation von Patient und Personal, wird aber das Krankenhaus verändern.

Anmerkungen

- 1 vgl. *Wachtel* in: »das Krankenhaus« 10/1984, S. 428-432
- 2 vgl. *Regler* in: »das Krankenhaus« 1/1985, S. 3
- 3 *Heinemann* in: »das Krankenhaus« 3/1983, S. 89
- 4 *Pröll, U. und Streich, W.*: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Forschungsbericht Nr. 386 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Dortmund 1984, S. 8ff
- 5 Deutsche Krankenhausgesellschaft: Erhebung zur Personallage in den Krankenhäusern, Düsseldorf 1982, S. 72
- 6 vgl. dazu: Personalbemessung für den ärztlichen und pflegerischen Dienst der Krankenhäuser in: »das Krankenhaus« 8/1982, S. 348-350
- 7 Aus der »Selbstverantwortung« wird nur zu leicht Selbstverschuldung. So wird z. B. die »Larmoyanz und Liebe der Deutschen zum Leiden« (vgl. ötv-dialog, September 1985, S. 14) verantwortlich gemacht für die gegenüber amerikanischen Verhältnissen längere Verweildauer der Patienten im Krankenhaus, ohne zu berücksichtigen, daß bei uns krankenhausexterne flankierende Maßnahmen fehlen, zudem die Patienten auf die Verweildauer wohl kaum nennenswerten Einfluß haben. Dies ist gleichzeitig ein gutes Beispiel für die Psychologisierung und Individualisierung gesellschaftlicher Sachverhalte.

- 8 Pröll ..., S. 3
- 9 vgl. »das Krankenhaus« 3/1981
- 10 Schütz in: »das Krankenhaus« 10/1984, S. 424
- 11 Girth, E., u. a.: Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 4, Berlin 1979, S. 72-85
- 12 Pröll ..., S. 59
- 13 Pröll ..., S. 60
- 14 Pröll ..., S. 68f, S. 76
- 15 Pröll ..., S. 170
- 16 vgl. »Aktion mehr Menschlichkeit«, Sonderdruck »Deutsches Ärzteblatt — Ärztliche Mitteilungen«, Heft 30/1980
- 17 vgl. Meier, M. und Schellenberg, M.: Krankenpflege heute, in: *Rocom Monitor*, Jan-Feb-Mrz 1984; Herbstsitzung der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen, in: »das Krankenhaus« 1/1981, S. 32
- 18 vgl. Bischoff, C.: Frauen in der Krankenpflege, Campus-Verlag 1984, S. 170ff
- 19 vgl. Abdellah, F. u. a.: Patient-centered Approaches in Nursing, New York 1960
- 20 Im Pflegesystem der Progressivpflege werden die Patienten nicht mehr nach Krankheiten, Diagnosen oder medizinischen Disziplinen gruppiert, sondern nach dem Grad der Pflegeabhängigkeit. Vgl. Vopp, S.: Zur Einführung der Progressivpflege in Universitätskliniken, in: »das Krankenhaus« 10/1973, S. 393-399; Swertz, P. und Unkelbach, E.: Modellkrankenhäuser mit Minimalpflege im Land Rheinland-Pfalz, in: »das Krankenhaus« 3/1983, S. 135-138
- 21 vgl. Abdellah, F. u. a.: New Directions in Patient-centered Nursing, New York 1973, S. 39-68
- 22 Fiechter, V. und Meier, M.: Pflegeplanung. eine Anleitung für die Praxis, Rocom, Editiones Roches, 1981, S. 18f
- 23 Bitzer, L. und Leschik, M.: Der Krankenpflegeprozeß als Methode zur Verbesserung der Krankenpflege aus der Sicht der Unterrichtskräfte, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 4/1983, Beilage
- 24 Krankenpflege wird also nicht als Arbeit definiert. Dazu muß man wissen, daß in den USA die praktische Pflege nicht von den ausgebildeten Krankenschwestern (Registered Nurses) ausgeübt wird, sondern von Helferberufen. Insofern ist es dort logisch, Krankenpflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß zu definieren. In der deutschen Krankenpflege liegen jedoch andere Verhältnisse vor und insofern verschleiert eine solche Definition hier den Arbeitscharakter der Pflege. Vgl. Kabus, L.: Entmündigung der Krankenpflege — die Formel von Virginia Henderson, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 9, Berlin 1983; Bischoff, C.: Frauen ... 1984
- 25 Die Gruppenpflege ist eine Form des Pflegesystems der Ganzheitspflege. Hierbei werden vier bis sechs Pflegegruppen, die jeweils zwölf bis achtzehn Patienten betreuen, zu einer Abteilung zusammengefaßt. Die Patienten werden nicht arbeits- teilig, sondern ganzheitlich versorgt.
- 26 vgl. Weisbrod-Frey, H. in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5/1983, S. 305
- 27 Ein Beispiel für die Theorieabstinenz der Krankenpflege ist das vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege herausgegebene Heft »Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation« (1985) zur innerbetrieblichen Fortbildung.

Hier wird im Vorwort angeführt, daß »bewußt« auf eine theoretische Behandlung des Themas verzichtet wurde und auf weiterführende Literatur im Anhang verwiesen. Auch dort findet man jedoch kaum Abhandlungen zur Theorie der patientenorientierten Pflege. Dies verführt geradezu zu einer technizistischen und mechanistischen Anwendung der Pflegeplanung.

- 28 Exemplarisch hierzu vgl. *Juchli, J.*: Sein und Handeln, Rocom, Editones Roches 1983; zur Kritik von *Juachli* vgl. *Bischoff, C.*: Frauen ... 1984
- 29 Dokumentationssysteme werden von verschiedenen Firmen angeboten (Kardex, Hinz, Stocker, Optiplan, usw.). Sie bestehen im Wesentlichen aus einer Klarsichtkartei, d. h. aus einer Mappe mit 10-25 Taschen. Jeder der Taschen enthält einen Formularsatz pro Patient. Eine Leiste mit farbigen Signalstreifen ergänzt das Formularsystem.
- 30 vgl. *Müller* in: »das Krankenhaus« 1/1984, S. 1
- 31 vgl. *Regler* in: »das Krankenhaus« 1/1985, S.2
- 32 entfällt
- 33 vgl. *Sorgatz* in: »das Krankenhaus« 1/1984, S. 47
- 34 vgl. *Naegler/Richter* in: »das Krankenhaus« 4/1985, S. 126
- 35 In diesem Zusammenhang muß an den Versuch erinnert werden, Krankenpflegeschüler/innen erneut zu kasernieren. Dies ist eine Vorstufe zur Einführung des geteilten Dienstes. Vgl. »Die Schwester/Der Pfleger« 10/1985, S. 834
- 36 vgl. »das Krankenhaus« 1/1984, S. 47
- 37 vgl. die Stellungnahme des Deutschen Krankenhausinstitutes zur Organisation des pflegerischen Dienstes, in: »das Krankenhaus« 2/1984, S. 224
- 38 Eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegebene Studie zur Qualitätsmessung in der Krankenpflege lag mir bei Redaktionsschluß noch nicht vor. Es ist jedoch fraglich, ob hier das — prinzipielle — Problem der quantitativen Messung qualitativer Bereiche gelöst worden ist.