

Langzeitpflege – Visionen für die Zukunft

Tagung des SBK Bern

13. November 2003

Inselspital Bern

Langzeitpflege aus berufssoziologischer Sicht

Barbara Dätwyler

Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Anwesende, sehr geehrter Herr Generalsekretär
Ich freue mich sehr an dieser Tagung zu diesem brennenden Thema einen Beitrag leisten zu dürfen.

F. Höpflinger (HÖPFLINGER 2003) hat uns die Aufgabenstellung für die Langzeitpflege in unserer Gesellschaft weit gehend aufgefächert. Wenn wir die chronisch kranken pflegebedürftigen Menschen zusätzlich einbeziehen, haben wir vor Augen, WAS zu tun ist und sein wird.

Ich schliesse mich nun mit den Fragen an, WER es tut und tun sollte und WIE es getan wird und getan werden sollte.

Die Vorbereitung dieses Referates hat mir vor Augen geführt, dass die Grundfrage der heutigen Tagung durch und durch eingewoben ist in die Politik, die staatlichen Strukturen, Interessen- und Machtverhältnisse, in die Wirtschaft, die vorherrschende Wirtschaftsphilosophie, und schliesslich in die Berufsstrukturen und deren Traditionen und sehr stark in die grundlegenden aktuellen Veränderungsprozesse im Bildungsbereich.

Die Grundfrage lautet: Wie geht unsere Gesellschaft mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Mitglieder um? Wie verteilt sie die Mittel? Sind wir vielleicht eine Gesellschaft geworden, die die grossen Mittel dafür einsetzt, ein möglichst hohes Alter zu erreichen, aber mit Alter, unheilbarer Krankheit und dem Ende des Lebens möglichst wenig zu tun haben will? Was sollen wir verstehen unter dem Titel „Selbständig bis ins hohe Alter“ im „Bund“ letzter Woche, wenn damit angekündigt wird, dass in Zukunft die notwendigen Pflegeheimplätze nicht finanzierbar sein werden (REGLI 2003)? Was bedeutet die Meldung vom 1. November 2003 in den Nachrichten des Radio DRS, dass eine Vereinigung betagter Menschen sich um den Ausschluss der Langzeitpflege aus der Krankenversicherung sorgt? Steuern wir auf eine Gesellschaft zu, welche betagte Menschen, sobald sie pflegeabhängig und todkrank sind, sozusagen aus der Gesellschaft entlässt, frei stellt, ihnen kaum mehr Lebensqualität anzubieten hat – und damit in letzter Konsequenz dem Wunsch nach Suizid Vorschub leisten könnte?

Diese Fragen sind nicht die Kernfragen der heutigen Tagung, aber sie liegen dieser unausweichlich zu Grunde.

Die Frage der heutigen Tagung lautet: Wie stellt sich die Pflegeprofession ihren Beitrag in der Langzeitpflege vor? Durch welche Visionen ist sie geleitet?

Eine gesellschafts- und gesundheitspolitische Entwicklung in die oben gezeichnete Richtung steht in tiefstem Widerspruch zum Selbstverständnis der Pflegeberufe. Einem Berufsverständnis, welches historisch begründet und im Berufscodex definiert ist.

Der Pflegeberuf hat andere Visionen, hat Wissen, Erfahrung, Konzepte und Instrumente entwickelt und ist bis heute bereit, kompetent und willens diese auch im Langzeitbereich umzusetzen.

Was aber nicht möglich ist:

Die Profession kann nicht fehlende Menschlichkeit in der Gesellschaft ersetzen oder eine zynische Politik kompensieren. Aber sie kann und soll Defizite benennen.

Seit Jahren leiden die Pflegenden unter ethischen Dilemmata. „Pflegende quält ethischer Konflikt“, dies der Titel eines Artikel zur Studie über Stress und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal 1989 (E.Z. 1989; HEIM 1991).

Alle folgenden Studien (DÄTWYLER and BAILLOD 1995; GÜNTERT et al. 1992; STRUB and KÜNZI 2001) zeigen dasselbe Bild: Die Pflegenden lieben ihren Beruf, lieben es Menschen zu pflegen, aber leiden darunter nicht genug Zeit für sie zu haben.

Unter diesen Umständen junge Mädchen – ich denke an den neuen Beruf der Fachangestellten Gesundheit – oder Pflegenden aus Ländern mit eigenem Pflegenotstand als Ersatz und Nachschub für die fehlenden Pflegefachfrauen und-männer vorzusehen dürfte keine geeignete Strategie darstellen.

Wenn ich den Fragen WER und WIE der Langzeitpflege nachgehen werde, verfolge ich eine berufssoziologische Perspektive. Die Berufssoziologie befasst sich mit der Frage der gesellschaftlichen Rolle und Funktion der Berufe.

Ich stütze mich auf zwei Leitkonzepte:

Erstens: In der Berufssoziologie der anglo-amerikanischen Tradition wird heute die Meinung vertreten, dass die Berufe als soziale Gruppen mehr politische Verantwortung übernehmen müssen, wenn die Professionalität – Qualität und Ethik – der freien Marktwirtschaft und der Unternehmensführung (managerialism) nicht zum Opfer fallen soll (DINGWALL 1999; EVETTS 2001; FREIDSON 2001).

Das zweite Leitkonzept stellt die Ethik, insbesondere die Berufsethik dar.

- Ich beschränke mich auf die beruflich ausgeübte Pflege und schliesse dabei alle beteiligten Berufsgruppen und –personen ein.
- Unter Langzeitpflege verstehe ich wiederkehrende oder ständige Pflege von physisch und/oder psychisch kranken Menschen.
- Bezüglich Pflegeverständnis stütze ich mich auf das SBK Dokument „Gesellschaft und Pflege“ von 1999 (KESSELRING and PANCHAUD 1999).

In einem *ersten Schritt* werde ich dem **Begriff** der Langzeitpflege nachgehen. Was ist unter beruflicher Langzeitpflege zu verstehen? Begriff, historische Entwicklung und heutiger Stand.

Als *Zweites* wird die **berufliche Struktur** der Langzeitpflege dargestellt. **WER** übt die berufliche Langzeitpflege aus? Berufsgruppen der Langzeitpflege, Personalmangel: Stellenplan versus Professionalität, Politik mit den Berufsbezeichnungen.

Im *dritten Teil* wird die Frage des **WIE** der Langzeitpflege gestellt, einerseits die **politische Frage**, andererseits die Frage, **wie die Pflegeprofession die Aufgabe lösen kann**.

Zusammenfassung und **Schlussfolgerung** schliessen die Ausführungen ab.

I. Zum Begriff der beruflichen Langzeitpflege – Begriff, historische Entwicklung, heutiger Stand

Haben Sie die folgenden Assoziationen auch schon gehört?

Langzeitpflege als lange Zeit–, bzw. lange Weile–Pflege vielleicht im Gegensatz zu Kurzweil– oder Abwechslungs–Pflege?

Langzeitpflege als Langsam–Pflege gegenüber Schnell–Pflege? Deshalb beruflich eher geeignet für die Langsamen?

Langzeitpflege gegenüber Akutpflege – chronische Krankheit, Tod und sterben im Gegensatz zu Gesundheit, Heilung und leben.

Langzeitpflege als längi–Zyt–Pflege, also als Heimweh– oder Sehnsuchtspflege – haben Sie das schon gehört?

Langzeitpflege gehört in der **Umgangssprache** vermutlich zu jenen Begriffen, von denen man glaubt, dass sie klar und eindeutig seien. Die nähere Betrachtung zeigt, dass es nicht so ist und dass man deshalb vermutlich häufig aneinander vorbei diskutiert. Begriffe sind gesellschaftlichen Strömungen unterworfen, sie passen sich oft der Mehrheitsmeinung. **Mainstream** eben.

So haben wir uns zum Beispiel daran gewöhnt, dass das Problem der Langzeitpflege unter dem Aspekt des Images abgehandelt wird. Die Langzeitpflege habe ein schlechtes Image, darin liege die Ursache des Problems.

Das Image ist aber nur die Fassade, die äusserste Schicht einer Sache.

Wird im Zusammenhang mit der Langzeitpflege so viel von der Fassade gesprochen, damit man sich nicht mit der Substanz, der Wahrheit oder den Ursachen des Problems befassen muss?

Das Ziel der Tagung liegt nun nicht darin, das Image der Langzeitpflege aufzupolieren, damit es als Vision erstrahle.

Wir werden uns hinter der Fassade aufhalten. Die Visionen der Pflegeprofession liegen dort.

Langzeitpflege als pflegefachlicher Begriff

Versuchen wir nun, den Begriff der Langzeitpflege aus pflegefachlicher Sicht zu verstehen. Wir werden sehen, dass die üblichen Unterscheidungen zwischen Langzeit- und Akutpflege irrtümlich sind und dass sie ein Artefakt darstellen, also künstlich sind.

Langzeitpflege ist als Fachbegriff als Gegenteil zur Akutpflege aufgekommen. Als Akutpflege wird die Pflege in der Akutmedizin verstanden. Unter Akutmedizin versteht man die Medizin, welche die Infrastruktur eines Spitals braucht.

Rufen wir uns die Entstehung und Entwicklung der Pflege als Beruf in Erinnerung: Es war die moderne Medizin mit ihren rasanten Entwicklungen und spektakulären Erfolgen im Bereich der Chirurgie und Infektiologie, welche die Gründung der weltlich organisierten Berufspflege um 1900 nach sich zog (DÄTWYLER and LÄDRACH 1987; FRITSCHI 1990). Die Ausbildung der Krankenschwestern wurde an der Pflege im Spital ausgerichtet.

Was damals Akutpflege war, würden wir heute zu einem grossen Teil als Langzeitpflege verstehen.

So betrug die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten Wochen bis Monate, zum Teil sogar Jahre. Denken Sie an Poliomyelitis, an Diphtherie, an Tetanus oder an Tuberkulose bis zu jahrelangen Liegekuren. Viele Patienten starben einen langen Tod, oft an Komplikationen.

Zwei Zitate von Krankenschwestern, welche die Pflege um 1950 beschreiben dienen zur Illustration:

„... Wir hatten dort auch einen Haufen Leute mit perforiertem Blinddarm. Und das muss ich natürlich auch sagen, da wusste man noch nichts ... das heisst, anfangs 1950 kam dann langsam das Penizillin. Und vorher hatte man einfach gar nichts. Und da brauchte es den guten Willen und den guten Gesundheitszustand des Patienten, um das zu heilen. Und die perforierten Blinddärme, da sah ich viele, die magerten bis auf Haut und Knochen ab, bis sie sterben konnten. Man konnte ihnen einfach nicht helfen“ (DÄTWYLER et al. 1999, 28).

„Und von dort aus gab es den Herd in den Knochen, entweder im Knie oder wo auch immer, es gab es auch im Ellbogen oder auch in den Nieren. Oder vor allem eben Spondi, das trat nach der Pleuritis auf. ... Früher, in Braunwald, hatten wir Knochen-TB im Rücken, Spondilitis, da hatten wir eine junge Bauernfrau mit drei Kindern, das war am Anfang des Kriegs. Die brach auf einmal zusammen – die kurte sieben Jahre lang bei uns oben! Sieben Jahre lang lag die auf dem Rücken, bis sie wieder heim konnte, natürlich mit einem Korsett. Aber immerhin kam sie davon, aber wir hatten die sieben Jahre lang“ (DÄTWYLER et al. 1999, 32) .

Der Einsatz von Penizillin, dann auch Kortison und Anticoagulantien bedeutete eine entscheidende Wende in der Geschichte der Medizin und damit der Pflege (DÄTWYLER et al. 1999).

Die Fortschritt der Medizin gingen einher mit dem allgemeinen Wirtschaftsboom der Nachkriegszeit. Die Entwicklung der Akutmedizin und insbesondere der sogenannten Spitzenmedizin zog – aus heutiger Sicht – unglaublich viele Spitalbauten mit den entsprechenden Infrastrukturen nach sich.

Die Schweiz wurde zu einer Wohlstands- und Konsumgesellschaft. Gesundheit und Medizin wurden zum Konsumgut, die Medizin verhiess grenzenlose Machbarkeit. In der Pflege genossen die hoch technisierten Spezialisierungen wie Operationsschwester und dann Intensivpflege das höchste Ansehen.

In Pflegekreisen setzte um die Zeit der Gründung der Kaderschule 1951 die Reflexion über das Wesen der Pflege ein. Man begann sich mit Pflege-theorien und den Konsequenzen für das Pflegeverständnis zu befassen. Es ging darum die Berufspflege nicht mehr ausschliesslich im Spiegel der Medizin zu betrachten. Das Projekt der Neuen Ausbildungsbestimmungen (NAB), 1991 abgeschlossen, hat seine Wurzeln in dieser Bewegung. Inhaltlich stellt das Konzept der NAB einen Meilenstein dar, insofern die Konzepte Grundpflege und Behandlungspflege durch die 5 Funktionen ersetzt worden sind¹. Die unzutreffende Unterteilung der Pflege in einfache nicht medizinische und anspruchsvolle medizinische Pflege wurde damit aufgelöst.

Die Weiterbildungen HöFA I, HöFA II und schliesslich das Studium in Pflege entstammen ebenfalls dieser Entwicklungsphase in der Pflege.

Der SBK hat im gleichen Zug eine Reihe von Richtlinien und Normen zur Ausübung der professionellen Pflege erarbeitet und publiziert, die letzte betrifft die Ethik in der Pflegepraxis (*Ethik in der Pflegepraxis* 2003).

In den 70er Jahren – wir kehren in der Zeit nochmals zurück – herrschte Mangel an qualifizierten Pflegenden. Im Schweizerischen Roten Kreuz wurde unter der Mitarbeit namhafter Berufsvertreterinnen der Pflege die Pflegerin FA SRK, ein neuer Pflegeberuf geschaffen, zugeschnitten auf die Langzeitpflege. Man war allgemein der Meinung, dass eine weniger qualifizierte Berufsgruppe in der Pflege notwendig – und auch sinnvoll – sei. Unbestritten schien, dass die am besten ausgebildeten Pflegenden, die diplomierten Krankenschwestern, der Akutmedizin vorbehalten werden müssten.

Damit wurde die unterschiedliche Bewertung der beruflichen Pflege begründet, nicht inhaltlich, sondern in Bezug zum Stellenwert der Akutmedizin.

Im Berufsfeld der Pflege fand ein Bruch statt. Die Abgrenzung der Aufgaben erwies sich in der Praxis teilweise als problematisch. Der Bruch bildete sich in der Folge auch auf berufspolitischer Ebene ab: Der Schweizer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege (SBGRL) wurde gegründet als Repräsentant der Langzeitpflege. In der Terminologie der Neuen Bildungssystematik vertritt er vorwiegend

¹ Unterstützung und/oder stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens.
Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens.
Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.
Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie Erhaltung und Förderung der Gesundheit;
Beteiligung an Ein- und Wiedereingliederungsprogrammen. Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und der Entwicklung des Berufes; Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

Berufe auf der Sekundarstufe II. Der SBK wird als der Berufsverband der Akutpflege verstanden, heute der Tertiärstufe zugeordnet. Beides stimmt nicht ganz, weder statutarisch noch in der Absicht: der SBGRL nimmt auch Diplomierte auf und der SBK hat die Langzeitpflege nie ausgeschlossen.

Unter den Folgen dieser Ungereimtheiten leiden bis heute die Patientinnen und Patienten, die Langzeitpflege benötigen, aber auch Pflegende, einerseits unter dem Personalmangel, der auf sie zurückfällt, andererseits unter dem Gefühl von Ungerechtigkeit und Unangemessenheit.

Innerhalb der führenden Pflegekreisen wurde zwar bald erkannt, dass man sich mit der Implementation eines weniger qualifizierten Pflegeberufes für die Langzeitpflege im Irrtum befand, **weil die Anforderungen an die Pflege nicht davon abhängig sind, ob ein Krankheitsverlauf chronisch, akut oder tödlich und ob ein Mensch alt oder jung ist.** Die Terminologie der NAB mit den fünf Funktionen der Pflege stellen ein Beispiel für diese Einsicht und deren Umsetzung dar. Ebenso die Definition der Pflege des SBK im Jahre 1999.

Ich möchte den historischen Rückblick mit der folgenden **Zusammenfassung** abschliessen: **Die tiefere Bewertung der Langzeitpflege gegenüber der Akutpflege ist historisch und beruht auf dem höheren gesellschaftlichen Stellenwert der Akutmedizin. Sie ist nicht inhaltlich begründet. Dementsprechend besteht der Unterschied primär im gesellschaftlichen Ort der Ausübung: Pflege mit Medizin gegenüber Pflege ohne oder mit wenig Medizin.**

Im Wesen der Pflege und in den Anforderungen an die Ausübung der Pflege sind Langzeit- und Akutpflege identisch. Das heisst: die berufliche Unterteilung in Langzeit- und Akutpflege ist artefaktisch, künstlich.

Dass diese Ausgangslage für die laufende Bildungsreform eine Reihe grundlegender Probleme mit sich bringt, ist klar. Ich möchte hier nicht näher darauf eingehen, sondern nur eine Bemerkung anbringen: In den Pflegekreisen, zum grossen Teil auch in den Berufsverbänden, ist heute klar, anders als vor 30 Jahren, dass die Langzeitpflege in keiner Weise eine minderwertige und weniger anspruchsvolle Pflege ist und sein darf.

Wenn sich die alten Fehler in den neuen Strukturen wieder niederschlagen würden, müssten dies dieses Mal die Politiker, vor allem die Bildungspolitiker und Arbeitgeber bzw. deren Verbände verantworten.

II: Berufliche Struktur der Langzeitpflege: WER übt die berufliche Langzeitpflege aus?

Ich möchte nun den folgenden Fragen nachgehen: erstens, welche Berufe die Langzeitpflege ausüben und in welchem Zahlenverhältnis sie stehen; zweitens was unter dem Personalmangel in der Langzeitpflege zu verstehen ist; und drittens, welche Folgen die unterschiedliche Verwendung und Interpretation der Berufsbezeichnungen haben können.

In jeder Erhebung über die Situation des Personals im Gesundheitswesen taucht das Problem der Kategorisierung auf: welche Berufe sind welchen Bereichen zuzuordnen, welche der Pflege, welche der Betreuung, welche der Hauswirtschaft usw.

In der VAP-Studie (STRUB and KÜNZI 2001,IV) werden die folgenden Begriffe verwendet:

Pflegepersonal im engeren Sinn:

Kategorie 1: Pflegedienstleitung, Stationsschwestern Krankenschwestern und -pfleger (AKP, KWS, PSY), Pfleger/innen FA SRK, Pflegeassistent/innen und pflegerisches Hilfspersonal, Pflegende mit Zusatzausbildung.

Pflegepersonal im weiteren Sinn:

Kategorie 1

+Kategorie VBA Langzeitbereich: Pflege- und Betreuungspersonal

+Kategorie Spitex: alle in der Pflege und Hauswirtschaft tätigen Personen

In der laufenden Nationalfondstudie „Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege“ werden die folgenden Berufe in der Langzeitpflege aufgelistet:

Die Tabelle auf Seite 23 zeigt zugleich die prozentuale Verteilung² (vgl. PREY et al. 2002, 23)

² Bericht unter www.sbk-be.ch

DN II, DN I werden als gut qualifiziertes, FA SRK, Betagtenbetreuerin Hauspflegerin Pflegeassistentin, Pflegepraktikantin als qualifiziertes Pflegepersonal verstanden.

Im unübersichtlichen Kategoriensystem der Berufe widerspiegeln sich die historisch gewachsenen Strukturen auf der Ebene der Institutionen. Heime, Altersheime und Pflegeheime stehen in einer Tradition der Betreuung, nicht der Pflege. Die Berufe dieser Tradition sind im Zuge der demographischen Veränderungen und den Entwicklungen in der Akutmedizin allmählich mehr in pflegerische Aufgaben gewachsen.

Entsprechend haben sich spezifische Institutions- und Verbandskonstellationen ergeben mit unterschiedlichen Philosophien – beispielsweise in Bezug auf die Stellenpläne und Anforderungsprofile des Personals. So hat der Verband Bernischer Alteinrichtungen (VBA) eine eigene Schule gegründet für Betagtenbetreuerinnen.

Im Gegensatz dazu steht in der Tradition der Pflegeberufe die Frage der pflegerischen Qualifikation im Vordergrund. Seit Ende der 80er Jahre wird dieser Aspekt von den Pflegenden als kritisch beurteilt.

Pflegepersonal ist also nicht einfach Pflegepersonal. In der Langzeitpflege treffen heute zwei Gruppen von Berufen mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufeinander. Allein vor diesem Hintergrund scheint es verständlich, dass der Diskurs über die Zahlenverhältnisse, konkret die Ausgestaltung der Stellenpläne und Qualifikationsschlüssel kontrovers ausfällt.

In der Pflege gilt ein Idealwert von 80% diplomierter Pflegenden in der Akutpflege, 60% in der Langzeitpflege. Die Realität ist weit davon entfernt.

Die Bedarfsanalysen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern im Rahmen des Projektes „Umsetzung der Neuen Bildungssystematik“ ergeben, **dass mit der Zunahme der Pflegestufen ein Bedarf von 50–60 % an Diplomierten bestehe** ('Berufsbild und Berufsfelder. Fachangestellter Gesundheit. Synoptische Übersicht über die Berufsfelder FAGE in den vier Versorgungsbereichen Akut, Langzeit, Psychiatrie und Spitex' 2003; 'Konzept NBS im Kanton Bern' 2003)³. Gemeint sind die heutigen Abschlüsse DNII, DNI und die alten Diplome.

³ vgl. übrige Dokumente zum Stand des Projektes im August 2003: 'Auswirkungen der Bildungsreform NBS auf die Berufspraxis in Pflege und Betreuung. Auswertung der Praxisgespräche NBS' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 6. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Die Verbände SBK, VPLB und SBGRL vertreten gemeinsam dieses Verhältnis. Selbstverständlich müssen in der konkreten Situation die Pflegestufen einbezogen werden.

Die Tradition der Heime, welche auf die Betreuung von gesunden Betagten eingestellt ist, die demographischen Prozesse, die Veränderungen der Medizin, Finanzknappheit, Wertewandel u.a.m. führen dazu, dass die Stellenpläne in der Langzeitpflege heute in der Regel nicht angepasst sind.

Ein Zitat aus der VAP-Studie: „Wir sind einfach zu wenig Leute. (...) Ich meine, unsere Direktion sagt uns, dass sie in Bern sagen, dass es nach den Pflegefällen, die sie deklariert hat, die richtige Menge Personal ist und dass wir längstens genügend Leute seien. (...) aber wie sollen wir es machen? Ich meine, wie soll man das machen, wenn man am Morgen neun Toiletten machen muss mit den anderen Dingen daneben? Das geht einfach nicht. Es geht nicht“ (MOSER et al. 2001,15).

Zu wenig qualifiziertes Personal führt zur Verminderung der Qualität der Pflege, bzw. zu Überbelastung der Pflegenden. „Wir hatten eine gute Pflegequalität, und nun sinkt sie laufend. Leute müssen ins Spital, weil etwas passiert ist, Leute mit Hautproblemen, Stürze. (...). Wir haben viel mehr Stürze, das ist einfach so. Und man setzt einfach auch mehr Medikamente ein, weil man keine Zeit hat“ (MOSER et al. 2001,46). Sowohl die VAP-Studie als auch die Studie Langzeit zeigen eine sehr hohe Belastung der Pflegenden. Viele Pflegenden empfinden die sinkende Qualität sehr schmerzlich. Manche verlassen die Langzeitpflege, wenn sie bessere Angebote haben oder hegen den Wunsch dies zu tun. Viele denken gar nicht daran in der Langzeitpflege zu arbeiten. Ein Circulus vitiosus.

In diesem Zusammenhang wird dann gesagt, die Langzeitpflege habe eben ein schlechtes Image.

Fazit:

Die steigende Pflegebedürftigkeit führt in der Langzeitpflege Berufsgruppen mit unterschiedlichem historischen Hintergrund zusammen, Betreuung und Pflege. Die Tradition „Betreuung“ mit kleinem Pflegeanteil, Finanzknappheit, gesellschaftliche Wandel u.a.m. führen zu einem „systemimmanenten“ Personalmangel. Es braucht mehr diplomiertes Pflegepersonal, damit die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten den fachlichen d.h. auch den ethischen Regeln genügen kann und damit die Aufgaben in der Ausbildung wahrgenommen werden können.

Nun kann nicht gesagt werden, dass die Pflegenden die Entwicklung passiv erleiden würden. In einem Artikel der Schweizerischen Handelszeitung im Zusammenhang mit landesweit ca. 1000 offenen Pflegestellen beschreibt der Autor den „Teufelskreis von Personalmangel, Arbeitsstress, Unzufriedenheit im Beruf, vermehrten Kündigungen, höherer Fluktuation usw.“ (MAYER 1987). Datum: 3. September 1987. Seither haben sich Aktionen und Studien abgelöst: die Anpassung der Stellenpläne hat nie stattgefunden und ist zu einem bitteren Dauertraktandum der Berufspolitik geworden. Die Formulierungen, Formen von Aktionen, Mobilisation usw. laufen Gefahr zur Leier zu werden. Eben zum schlechten Image.

Nicht nur keine Anpassung, sondern das Gegenteil hat stattgefunden. Die VAP-Studie zeigt, dass in den 90er Jahren Pflegestellen um 7% abgebaut und – insbesondere im Langzeitbereich – diplomiertes Personal mit Hilfspersonal ersetzt wurde, während gleichzeitig die Pflegestufen gestiegen sind (STRUB and KÜNZI 2001,79). Die Ärztstellen haben sich von 1986 bis 1998 um 30% erhöht (STRUB and KÜNZI 2001, IV).

Exkurs: die Politik mit den Berufsbezeichnungen

Erlauben Sie mir hier einen kurzen Exkurs:

Die Fakten sind klar, klar genug, damit man sowohl von den Behörden, als auch den Arbeitgebern klare Signale und eindeutige Strategien zur Verbesserung und zukünftigen Sicherung der Langzeitpflege erwarten kann.

Wir haben verstanden, dass verschiedene Berufe mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten in der Langzeitpflege arbeiten. Mit grossem personellem Aufwand der Behörden, der Betriebe, der Schulen und der Verbände sind die Kompetenzen und Funktionen der verschiedenen Berufe im Rahmen des Projektes „Umsetzung der Neuen Bildungssystematik“ (NBS) eruiert und festgelegt worden ('Berufsbild und Berufsfelder. Fachangestellter Gesundheit. Synoptische Übersicht über die Berufsfelder FAGE in den vier Versorgungsbereichen Akut, Langzeit, Psychiatrie und Spitex' 2003).

Anstatt dass eine eindeutige Verwendung der Berufsbezeichnungen dekretiert würde, scheint es beinahe, als ob ein Interesse am vorherrschenden Begriffswirrwarr bestehen würde.

Das eine sind die oben gezeigten Unklarheiten in den Berufsbezeichnungen. Zusätzlich entstehen Missverständnisse dadurch, dass die Institutionen der Langzeitpflege Betagtenbetreuerinnen, Hauspflegerinnen und FA SRK als diplomiertes Pflegepersonal bezeichnen und so auf einen Anteil von 60% von Diplomierten kommen. Dasselbe gilt auch für den Stellenplan des VBA: ein Drittel diplomiertes Personal und von diesem Drittel ein Drittel Diplomierter, heute DNII und DNI.

Die unterschiedliche Interpretation der Berufsbezeichnungen enthält politische Brisanz, weil Qualifikationen und Kompetenzen verwischt werden können. Insofern die Bezeichnung Pflegefachpersonal bezüglich der KVG Leistungen relevant ist, sind handfeste finanzielle Interessen im Spiel. Die Pflege ist auf diese Weise auch mit ungenügenden Stellenplänen über die Krankenversicherung finanzierbar.

Wenn alle beteiligten Berufe als Pflegeberufe deklariert werden, ist beispielsweise der Schluss der Autorinnen der Studie Langzeit folgerichtig, dass das Personal in der Langzeitpflege gut qualifiziert sei (PREY et al. 2002). Die Studie nimmt allerdings keinen Bezug auf die Qualität der Pflege.

Wir leben immer noch in Sparpaketen.

Deshalb komme ich noch einmal auf die Alterspolitik zurück, vielmehr die **Kommunikation** darüber. „Selbständig bis ins hohe Alter“ heisst, dass der wachsende Bedarf an Pflegeheimplätzen, im Jahr 2030 9000 mehr als heute (200 Pflegeheime), nicht finanzierbar sein wird. Die Alten – wir werden es sein – dürfen dafür auf den Bauernhof. Das Konzept sieht zwar vor, dass die Pflegeberufe gefördert würden, aber hierzu gab es keine nähere Angaben. Ob vielleicht die Bäuerinnen oder deren Töchter gemeint sind (REGLI 2003)?

Fazit:

Eine eindeutige Verwendung der Berufsbezeichnungen ist notwendig, damit die Qualität der Pflege sichergestellt werden kann.

Dient die unterschiedliche Verwendung der Berufsbezeichnungen politischen Zwecken?

Es wäre aber zu einfach, das Problem der Langzeitpflege an der Kommunikationsstrategie der GEF, den SAR-Entscheiden der Regierung oder der Philosophie der Arbeitgeber festzumachen. Die politische Marschrichtung wird im Grossen Rat, bzw. im Parlament

festgelegt. Dieses wird demokratisch gewählt und widerspiegelt die gesellschaftlichen Verhältnisse.

Die Frage, welche Mittel für die Langzeitpflege zur Verfügung gestellt werden, entscheidet sich letztlich dort. Und damit die Frage, WIE die Pflegeprofession die Aufgabe lösen kann.

III. Wie kann die Pflegeprofession die Aufgabe lösen? Profession und Ethik

Ich habe am Anfang die Frage gestellt, ob die grossen Mittel dafür eingesetzt würden, damit die Menschen ein möglichst hohes Alter erreichen, aber Alter, unheilbare Krankheit und das Ende des Lebens verdrängt, so weit wie möglich ausgeblendet würden. Im vorherigen Abschnitt habe ich aufgezeigt, dass die Langzeitpflege heute schon unter Personalmangel leidet. Und ich habe darauf hingewiesen, dass die politische Stimme der Pflegenden nicht wirksam genug gewesen ist.

Wenn die Pflegeprofession ihre Aufgabe in der Langzeitpflege realisieren will, kommt sie um die politische Frage des Stellenwertes und damit der Verteilung der Ressourcen nicht herum.

Dabei geht es nicht nur darum sich passiv nach der Antwort zu richten, zum Beispiel mit Rationierungsmassnahmen in der Pflege, sondern auch darum die Frage aktiv zu gestalten.

Seit kurzem wird in der Soziologie die These vertreten, dass die Professionen ihre aktive Rolle in der Gestaltung der Gesellschaft wieder neu erlangen müssen⁴ (ABBOTT 1988; DINGWALL 1999; EVETTS 2001; FREIDSON 1994).

Anlass sind die dramatischen globalen sozial- und wirtschaftspolitischen Veränderungsprozesse der letzten Jahre. Unter dem Siegeszug des Neoliberalismus sind die

⁴ „In general, then, reclaiming and reinterpreting the concept of professionalism entails the professions themselves leading the way in the monitoring and assessment of professional competences and performance, and in demonstrating accountability, in the same ways in which in their different formations and histories they have monitored initial education, training and licensing“ Evetts, J. 2001. 'Professionalization and Professionalism: explaining professional performing initiatives' *Professional performance*. Zurich.

Professionen immer mehr unter Druck geraten. „Markt“ ist zum Leitprinzip geworden, Effizienz und Konkurrenz sind die Zauberworte.

Die Vorherrschaft der Wirtschaft wird allmählich wieder in Frage gestellt – nachdem grosse Konzerne geplatzt sind wie Luftblasen mit harten Konsequenzen für die Allgemeinheit. Es scheint deshalb an der Zeit zu sein, dass die Berufe wieder vermehrt in die Verantwortung genommen werden. **Zur Definition der Berufe gehören nicht nur spezifische Fachkompetenz und Zuständigkeit, sondern auch der ethische Kodex, der gesellschaftlich garantiert, dass die Dienstleistung im Sinne des Gemeinwohls und zu Gunsten des Kunden, Klienten, Patienten ausgeführt wird.**

Das bedeutet, dass die Professionen nicht mehr in politisch neutraler Unabhängigkeit verharren können, sondern zu ihrer Verantwortlichkeit stehen müssen (DINGWALL 1999).

Das gilt auch für die Pflege.

Eine starke Profession setzt das Bewusstsein der Berufsangehörigen voraus, der Profession verpflichtet zu sein, der gesellschaftlichen Rolle sowie den Regeln der Kunst. Eine starke Profession hat eine politische Stimme durch ihren Berufsverband (ABBOTT 1988; FREIDSON 2001; LARSON 1977).

Insofern die Professionen per definitionem den Interessen ihrer Klienten verpflichtet sind, muss sich die Pflegeprofession in die Debatte um den Stellenwert der Langzeitpflege einschalten. Die politische Frage ist, ob die Gesellschaft angemessene Pflege bis zum Tod haben will oder ob sie darauf verzichtet zugunsten von andern Gütern (DINGWALL and ALLEN 2001).

Pflege als Beruf wird nicht angezweifelt. Sämtliche Studien belegen dies. „Mir macht eigentlich vieles Freude. Es macht mir Freude, wenn ich ins Zimmer hineinkomme und mich eine alte Frau mit ihrem zahnlosen Mund anlächelt. Wenn ich ihnen dort helfen kann, wo sie nicht mehr können“ (vgl. auch: DÄTWYLER and BAILLOD 1995; MOSER et al. 2001,7).

Aber die Pflegenden sind an die Grenzen des Möglichen und teilweise des Vertretbaren gekommen. „Man macht es möglich, darum heisst es ja auch, was wir denn wollen, es gehe ja, aber wie es geht das fragt niemand“ (VAP: DÄTWYLER and FANKHAUSER 2002).

Deshalb führt die Frage des WIE der Langzeitpflege heute und insbesondere mit Blick auf die Zukunft unausweichlich in die Ethik.

Es ist kein Zufall, dass das Thema der Ethik heute auffallend stark aufkommt.

- Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat in diesem Jahr ein umfassendes, sehr hilfreiches Dokument mit dem Titel „Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen“ herausgegeben (in Vernehmlassung) ('Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen' 2003). Das Dokument enthält eine Anzahl wichtiger Literaturhinweise, unter anderem auf die Grundrechte in der Schweizerischen Bundesverfassung.
- Der SBK hat in den Jahren 1990, 1992, 2000 und 2003 Dokumente zum Thema der Berufsethik herausgegeben (*Ethik in der Pflegepraxis* 2003; *Ethik und Pflege* 2000; *Ethische Grundsätze für die Pflege* 1990; *Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen* 1992). Auch diese enthalten zusätzliche Grundlagen wie die Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1948 und die Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN), aus den Jahren 1953, 1965, 1973 und 2000.
- „Alt werden im Kanton Bern“, das Leitbild der kantonalen Altersplanung, basiert auf fünf Zielsetzungen mit ethischem Gehalt .
 1. Selbständigkeit und Selbsthilfe, das heisst Erhaltung und Förderung der vorhandenen Fähigkeiten
 2. Wahlfreiheit und Kontinuität, das heisst die Betagten haben die Wahl zwischen verschiedenen Wohnformen
 3. Solidarität, das heisst Rücksichtnahme auf alle Generationen
 4. Bürgernähe, das heisst Einbezug der betagten Bevölkerung in die Altersplanung
 5. Vernetzung, das heisst Vernetzung und Koordination der Angebote ('Zwischenbericht zum Stand der Umsetzung Alterspolitik 2005' 2002).

Der ethische Kodex der Professionen ist verbindlich.

Im Fall, dass die Pflegenden ihre ethischen Grundregeln nicht einhalten können, müssen und dürfen sie die Verantwortung weiter geben an die Vorgesetzten, Arbeitgeber, Behörden, Berufsverbände, Politik, Bürgerinnen und Bürger. Zu wenig Zeit ist und bleibt zu wenig Zeit. Zu wenig qualifizierte Pflegenden sind und bleiben zu wenig qualifizierte Pflegenden.

IV. Zusammenfassung

Die Langzeitpflege ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe.

Die Gleichwertigkeit von Langzeit- und Akutpflege ist in der Theorie vollzogen, in der Praxis noch nicht.

In der Langzeitpflege treffen unterschiedliche Berufskulturen zusammen: Betreuung und Pflege.

Es besteht ein „systemimmanenter“ Personalmangel.

Die unterschiedliche Verwendung und Interpretation der Berufsbezeichnungen kann gravierende Folgen für die Qualität nach sich ziehen.

Die Lösung der Ressourcenproblematik (Verteilung) setzt eine klare Benennung der Problemstellung voraus.

Die Professionen müssen (wieder) politische Verantwortung übernehmen.

Die Pflegeprofession ist der Berufsethik verpflichtet.

Schlussfolgerungen

1. Es ist höchste Zeit, dass sich die Pflegeprofession Gehör verschafft auf allen politischen Ebenen und in der Bevölkerung. Es ist höchste Zeit, dass sie gehört wird.

Sonst werden wir alle arm dran sein.

2. Die Pflegeprofession (das heisst alle Berufsgruppen der Pflege) muss noch stärker werden. Ihre politische Stimme noch klarer.

Die Berufe der Pflege müssen sich der Verantwortung und Rolle als Profession noch tiefer bewusst werden.

Gehört werden heisst unter anderem: von der Regierung, sehr geehrter Herr Gerber, dem Grossen Rat und auch von den Arbeitgebern. Wir wollen die Lösungen zusammen mit Ihnen suchen – nicht rechtfertigen und verteidigen, was klar ist und letztlich rechtsgültige Grundrechte betrifft. Als ExpertInnen wollen und können wir sowohl denken als auch rechnen.

3. Eine Studie über die Merkmale und Ursachen von guter Pflege kommt zum folgenden Schluss:

"Die Pflege ist nur so gut, wie die Pflegenden, die sie ausführt. Gute Pflege kommt von einer Pflegenden, welche motiviert ist und gerne an ihrer Stelle arbeitet, gute Kommunikationsfähigkeiten und das richtige Wissen hat, welches sie zu hinterfragen und anzupassen bereit ist. Diese Pflegenden arbeiten gut, wenn ihre Vorgesetzten dieselbe Motivation und Fähigkeiten haben (...) und die Klugheit, den Mitarbeiterinnen Verantwortung zu geben" (BUTTERWORTH and BISHOP 1995).

Es gibt glücklicherweise Institutionen, in denen es so ist. Mit einem guten Image. Und Wartelisten von Bewerberinnen und Bewerbern.

Die Vision besteht in der Verbreitung und Vermehrung solcher Institutionen. Deshalb freue ich mich sehr auf die nachfolgenden Referate. Ich danke Ihnen.

Literatur

Abbott, A. 1988. 'The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour' *University of Chicago Press*. Chicago.

'Auswirkungen der Bildungsreform NBS auf die Berufspraxis in Pflege und Betreuung. Auswertung der Praxisgespräche NBS' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 6. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

'Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen' 2003. *Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW.

'Berufsbild und Berufsfelder. Fachangestellter Gesundheit. Synoptische Übersicht über die Berufsfelder FAGE in den vier Versorgungsbereichen Akut, Langzeit, Psychiatrie und Spitex' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 3. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Butterworth, T. and Bishop, V. 1995. 'Identifying the characteristics of optimum practice experts in nursing, midwifery and health visiting'. *Journal of Advanced Nursing* 22: 24-32.

Dätwyler, B. and Baillod, J. 1995. *Mit-Leidenschaft, Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Dätwyler, B. and Fankhauser, M. 2002. 'Bericht der Expertinnen- und Expertengruppe VAP' *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Untersuchung im Rahmen des Projekts "Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP)*. Bern.

Dätwyler, B. and Lädach, U. 1987. *Professionalisierung der Krankenpflege: Zur Entstehung der Berufsrankenpflege in der Schweiz*. Basel: Recom.

Dätwyler, B., Meier, M., Menzi-Kuhn, C., Lang-Studer, B. and Böheim, R. 1999. *Erlebte Geschichte der Pflege zwischen 1930 und 1970 in der Schweiz: ein Beitrag zur historischen Pflegeforschung*. Bern: Direktion Pflege, Medizinisch-technische und Medizinisch-therapeutische Bereiche, Inselspital.

Dingwall, R. 1999. 'Professions and social order in a global society'. *International Review of Sociology*. 131-140.

Dingwall, R. and Allen, D. 2001. 'The implications of healthcare reforms for the profession of nursing'. *Nurs Inq* 8: 64-74.

E.Z. 1989. 'Pfleger quält ethischer Konflikt Studie über Stress und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal'. *Berner Tagwacht*.

Ethik in der Pflegepraxis 2003. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK.

Ethik und Pflege 2000. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK.

Ethische Grundsätze für die Pflege 1990. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK.

Evetts, J. 2001. 'Professionalization and Professionalism: explaining professional performing initiatives' *Professional performance*. Zurich.

Freidson, E. 1994. *Professionalism reborn : theory, prophecy, and policy*. Cambridge: Polity.

Freidson, E. 2001. *Professionalism : the third logic*. Cambridge: Polity.

Fritschi, A. 1990. *Schwesterntum: Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege 1850-1930*. Zürich: Chronos.

'Grundsätze zur Fachhochschule' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 4. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Güntert, B., Orendi, B. and Weyermann, U. 1992. *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung*. Bern: Huber.

Heim, E. 1991. 'Job stressors and coping in health professions'. *Psychother Psychosom* 55: 90-9.

Höpflinger, F. 2003. 'Demographische Alterung und Pflegebedürftigkeit' *Langzeitpflege - Visionen für die Zukunft*. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer, Sektion Bern.

Kesselring, A. and Panchaud, C. 1999. *Gesellschaft und Pflege*. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK.

'Konzept NBS im Kanton Bern' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Larson, M.S. 1977. 'The rise of professionalism: A Sociological Analysis' *University of California Press*. Berkeley, Los Angeles, LondonCopies Muristr.

Mayer, R. 1987. 'Personalsituation in Schweizer Spitälern: Barmherzigkeit im Stundentakt' *Schweizerische Handelszeitung*.

'Meilensteine für die Umsetzung NBS Tabelle' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 1. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Moser, M.S., Stamatiadis, M. and Baillod, J. 2001. 'Mündliche Befragung der Pflegenden (Baustein 5)' *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Untersuchung im Rahmen des Projekts "Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP).* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).

'Postulate aus dem Projekt "Verbesserte Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung in Gesundheitsberufen" an das Projekt NBS' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS / Beilage 7. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Prey, H., Schmid, M. and Storni, M. 2002. 'Zur Situation des Personals in der Langzeitpflege' *Projekt im Rahmen des nationalen Forschungsprogrammes 45 "Probleme des Sozialstaates".* SWC St. Gallen. ecce Basel.

'Projektorganisation NBS für die Umsetzungsphase' 2003. *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Konzept NBS. Projektorganisation Umsetzungsphase. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen 1992. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK.

Regli, S. 2003. 'Selbständig bis ins hohe Alter. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion stellt Massnahmen und Ziele der Alterspolitik 2005 vor' *Der Bund.* Bern.

Stemmer Obrist, G. and Goetze, W. ohne Datum. 'Curricula der Berufsschulen für Krankenpflege im Kanton Bern. Analysen-Empfehlungen' *Projekt NBS. Neue Bildungssystematik im Kanton Bern. Beilage. 9. Sitzung der Kerngruppe vom 28. August 2003.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Dienststelle Berufsbildung.

Strub, S. and Künzi, K. 2001. 'Auswertung von Routinestatistiken (Baustein 1)' *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Untersuchung im Rahmen des Projekts "Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP)*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).

'Zwischenbericht zum Stand der Umsetzung Alterspolitik 2005' 2002. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).