



# Schrittmacherin



## Im Bild mit Bildung

Die Pflegesituationen sind komplex, die Qualitätsansprüche hoch, und die Belastung der Mitarbeitenden erreichen immer häufiger kritische Grenzen.

### Umgang mit Fehlern im Spitalalltag

11. August 2004  
Kursleitung: Dr. med. Heinz Hofstetter, Stefan Steiner  
Kursort: Tagungszentrum Blumenberg, Schänzlistrasse 33, Bern

Stürze und Unfälle bei Betagten sind häufig, und oft führen auch einfache Unfälle zu erheblichen Verletzungen.

### Traumatologische Ereignisse bei alten Menschen

25. August 2004  
Kursleitung: Stefan Steiner, Dragan Guberinic  
Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

Es braucht mehr als guten Willen und pflegerische Fachkompetenz für die Schritte in die selbständige Erwerbstätigkeit.

### Gefragt: Unternehmertum

23. September und 7. Oktober 2004  
Kursleitung: Elsbeth Wandeler, Lucien Portenier, Stéphane Buthey, Hans Jürg Scheidegger  
Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

### SBK-TAGUNG Psychisch kranke Menschen sind überall

Umgang mit psychisch kranken Menschen im Spital, in der Spitex und im Langzeitbereich – mit Buch-Vernissage.  
17. November 2004  
ReferentInnen: Christoph Abderhalden, Helena M. Roth, Jan Henk Kerssies, Erich Rohrbach, Loretta Giacomuzzi und Peter Rieder  
Kursort: Hörsaal Ettore Rossi, Kinderklinik, Inselspital, Bern

Anmeldung, Detailprogramme und weitere Informationen:  
SBK Sektion Bern  
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern  
Tel. 031 380 54 64  
E-Mail: bildung@sbk-be.ch  
www.sbk-be.ch

## Suchen Sie eine Stelle?

Melden Sie sich bei uns:  
Telefon 031 380 54 60  
E-Mail: stellenvermittlung@sbk-be.ch oder klicken Sie sich ins Internet: www.sbk-be.ch

**Aktuell:**  
Attraktive Stellenangebote im Langzeitpflegebereich in verschiedenen Regionen des Kantons Bern.

## Internationaler Tag der Pflege

Am Tag der Pflege vom 12. Mai 2004 hat der SBK zusammen mit dem SBGRL und dem Verband der PflegedienstleiterInnen im ganzen Kanton Bern 10 000 Buttons verteilt. Er fand grossen Anklang und wurde von vielen Pflegenden getragen. Das Motto des Weltbunds der Pflegenden ICN stand in diesem Jahr unter dem Motto «Arbeit mit Menschen in Armut – Pflegende bekämpfen die Armut».

## Gesamtarbeitsvertrag für den Langzeitbereich Abbruch der Verhandlungen

Der Verband Bernischer Alterseinrichtungen vba hat die Verhandlungen mit den Verbänden abgebrochen. Der SBK sowie seine Partnerverbände SBGRL (Schweizer Berufsverband der Geriatrie-, Rehabilitation- und Langzeitpflege) und vpod sind über diesen Entscheid sehr enttäuscht. Nachdem die Verbände und eine Delegation des vba während mehr als einem Jahr einen ausgereiften Entwurf diskutiert hatten, wurde er vom Vorstand des vba abgelehnt. Wir bedauern den Entscheid sehr, denn gerade der Langzeitbereich ist auf motivierte und qualifizierte Pflegenden angewiesen.

## Haben Sie eine Stelle anzubieten?

Für Betriebe besteht die Möglichkeit, auf unserer gut besuchten Homepage www.sbk-be.ch ein Inserat zu platzieren. Bereits ab CHF 100.– sind Sie dabei. Melden Sie sich bei uns, der kompetenten Stellenvermittlung für Pflegefachleute:

SBK Stellenvermittlung  
Monbijoustrasse 30  
3011 Bern  
Fon 031 380 54 60  
Fax 031 380 54 74  
E-Mail: stellenvermittlung@sbk-be.ch

## Hauptversammlung 2004

Doris Klossner und Lotti Brönnimann-Jungen sind nach langjähriger Vorstandstätigkeit zurückgetreten. Wir danken ihnen für ihr Engagement und wünschen ihnen privat sowie für ihre weiteren (Pflege-)Projekte alles Gute. Silvia Gigon (Altersheim Wildermettpark AG) wurde als Vorstandsmitglied und Vizepräsidentin gewählt. Franziska Luce-Dellsberger (Spitex Köniz) wird ebenfalls neu im Vorstand mitarbeiten. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!



Silvia Gigon



Franziska Luce-Dellsberger

## Impressum

**Adresse:**  
SBK Sektion Bern  
«Schrittmacherin»  
Monbijoustrasse 30  
3011 Bern  
Tel. 031 380 54 64  
Fax 031 380 54 74  
E-Mail:  
verband@sbk-be.ch  
www.sbk-be.ch

**Redaktion:**  
Liliane Zurflüh

**Journalistische Mitarbeit:**  
Alice Baumann

**Auflage:**  
6500 Ex.  
Geht an Mitglieder SBK  
Sektion Bern und  
Interessierte aus  
Gesundheit und Pflege

**Erscheinungsfrequenz:**  
4x pro Jahr

**Bestellen bei:**  
SBK Sektion Bern  
«Schrittmacherin»  
Tel. 031 380 54 64

**Gestaltung:**  
in flagranti  
Werbeagentur  
3250 Lyss  
www.inflagranti.ch

**Druck:**  
Ediprim AG  
2501 Biel

gedruckt auf Edelweiss:  
Altpapieranteil 90%

1  
Editorial

2-6  
Den Patientenprozess  
gemeinsam gestalten

7  
Volksvorschlag: «Für gute  
öffentliche Spitäler»

8  
Im Bild mit Bildung

## Editorial

Der Bericht zur Umsetzung der Heimverordnung regelt die minimalen Voraussetzungen, die eine Institution für eine Betriebsbewilligung erfüllen muss. Aus diesem Grund ist der Bericht für uns von grosser Bedeutung. Die darin vorgeschlagenen Stellenpläne genügen unseren Ansprüchen nämlich nicht.

Bereits an der Langzeittagung im November 2003 sind wir in unserer Resolution von einer Mindestanforderung von 1/3 Pflegefachpersonal für den gesamten Pflegebedarf auf der tertiären Stufe (DN II, DN I mit Zusatzqualifikation), 1/3 AbsolventInnen auf Sekundarstufe II (Fachangestellte Gesundheit, BetagtenbetreuerInnen, HauspflegerInnen etc.) und 1/3 Pflegehilfpersonal für den Langzeitbereich ausgegangen.

In unserer Stellungnahme zur Vernehmlassung betreffend Umsetzung der Heimverordnung, die wir in internen und externen Arbeitsgruppen intensiv diskutierten, haben wir uns für einen angemessenen Anteil von Pflegefachpersonen eingesetzt. Dies mit dem Ziel, die Qualität sowie eine fachkundige und würdige Pflege und Betreuung der PatientInnen und HeimbewohnerInnen zu gewährleisten.

Der SBK geht davon aus, dass für eine Pflege im Sinn der «guten Praxis» alle Berufsgruppen im Pflegeteam eng zusammen arbeiten. Nur unter qualifizierter Anleitung, Delegation und Kontrolle können wir dieses Ziel auch erreichen.

Unsere Stellungnahme dazu finden Sie auf unserer Homepage.

In den Diskussionen um Prozente, Schlüssel und Stellenpläne fällt uns immer wieder auf, wie uneinheitlich die Begriffe der Neuen Bildungssystematik sowie der neuen und alten Berufsgruppen verwendet werden. Gerade der Bericht braucht eigene verwirrende Bezeichnungen wie Primär-, Sekundär- und Tertiärstufe. Oft ist es für Aussenstehende schwierig, sich im Dschungel der Begrifflichkeiten und Abkürzungen zurecht zu finden. Wir setzen uns deshalb für einheitliche und klare Begriffe ein, damit Äpfel nicht mit Birnen verglichen werden.

Die Sektion Bern führt seit diesem Jahr zwei neue Interessengruppen. Die IG Psychiatrie hat bereits zwei Veranstaltungen in der UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) und im PZM (Psychiatrisches Zentrum Münsingen) initiiert zum Thema «Die Identität der Psychiatriepflege – Welche Ziele soll der Berufsverband verfolgen?» Die IG Freiberufliche hat ebenfalls ihre Aktivitäten aufgenommen.

Der SBK lebt vom Engagement seiner Mitglieder. Nur mit interessierten und noch aktiveren Mitgliedern können wir in den politischen Gremien und Arbeitsgruppen unsere Anliegen erfolgreich vertreten.

Wir wünschen Ihnen eine sonnige und erholsame Sommerzeit!

P.P.  
2500 Biel-Bienne

## Interview

## Den Patientenprozess gemeinsam gestalten

**Gion Caliezi, Assistenzarzt am Spital Bern Ziegler, Susanne Ernst, Assistenzärztin am Inselspital im Notfall, Claudia Kuster, Pflegeexpertin im Inselspital und Monika Ryter, Abteilungsleiterin Chirurgie im Spital Thun, diskutierten über die Qualität der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin. Die Fragen stellte die Journalistin Alice Baumann.**

**Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen haben viele gemeinsame Anliegen und können täglich Erfolge verzeichnen. Heute sprechen wir aber bewusst von den strukturellen Schwierigkeiten, den Respektlosigkeiten und Feindseligkeiten in dieser Zusammenarbeit.**

Text: Alice Baumann Fotos: Iris Krebs

**In Ihrem Alltag kommt es immer wieder zu Konflikten. Oft geht's ums Schwanken zwischen Überschätzung und Überforderung, aber auch um eine unklare Abgrenzung der beiden Berufsfelder. Herr Caliezi, wie erleben Sie diese Problematik im Zieglerspital?**

**Gion Caliezi:** Ich ziehe keine klaren Grenzen zwischen Pflege und Ärzteschaft, sondern arbeite als Arzt eng mit der Pflege zusammen. Differenzen gibt's aber immer, das ist klar.

**Differenzen heisst Sie haben Krach...**

**Caliezi:** Krach gibt's selten. Wichtig ist, dass alle Beteiligten ihre Leistung erbringen und sich alle bewusst sind, dass die Verantwortung letztlich immer bei uns Ärztinnen und Ärzten liegt.

**Spüre ich als Patientin, wenn ihr Differenzen habt?**

**Caliezi:** Nein. Es gibt zwar Differenzen, die im Patientenzimmer ausgelebt werden, sowohl solche zwischen zwei Ärzten sowie zwischen Ärzten und Pflegenden. Beides sollte aber nicht sein. Denn Unstimmigkeiten könnten die Patienten, deren Wohl das Zentrum unserer Arbeit ist, verunsichern.

**Susanne Ernst:** Viele Differenzen liegen gar nicht im Fachlichen begründet, sondern gehen

darauf zurück, dass wir sehr unterschiedliche Menschentypen sind und uns manchmal nicht gut vertragen. Dabei wissen wir alle, dass unsere Zusammenarbeit nicht davon abhängen darf, ob wir auch gemeinsam ein Bier trinken möchten oder nicht. Antipathien ausblenden zu können ist aber manchmal schwierig.

**Sympathie hin oder her: Trifft es zu, dass sich eine Schere auftut zwischen der wachsenden Autonomie der Pflegenden und ihrer sinkenden Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, Frau Ernst?**

**Ernst:** Die wachsende Autonomie der Pflege merke ich als Ärztin sehr stark. Es ist schon so, dass sich die Pflege mehr einmisch als früher. Generell kann ich ihre Aussage aber nicht bestätigen.

**Wie reagieren Sie, wenn Pflegendе sich abgrenzen und eine von Ihnen verordnete Handreichung verweigern statt ausführen?**

**Ernst:** Einfach zu sagen «Ich machs nicht!» wäre eine lausige Antwort, es braucht schon eine Erklärung. Mit einer guten Begründung lässt sich durchaus ein Mittelweg diskutieren, hinter dem beide Fachpersonen stehen können. Gibt's keinen Kompromiss, muss ich mich als Ärztin durchsetzen, weil mein Name unter der Verordnung steht.

**Ist es für Sie im Streitfall ein Problem, als einzige Ärztin fünf Pflegenden gegenüber zu stehen? Nehmen wir das Beispiel, dass die Pflegenden einen sehr alten, sterbenden Patienten nicht mehr stechen wollen, Sie aber schon?**

**Ernst:** Ja, unter diesen umgekehrten Machtverhältnissen leide ich manchmal. In einem solchen Fall muss ich den Oberarzt oder den Chefarzt beiziehen.

**Monika Ryter:** Meinungsverschiedenheiten sind häufig mit dem Vertrauen zwischen Arzt und Pflegefachperson lösbar. Wenn ich aufgrund positiver Erfahrung weiss, dass der Arzt eine hohe Fachkompetenz hat, vertraue ich ihm und führe seine Verordnung aus. Ich habe jedoch auch schon erlebt, dass Verordnungen gemacht wurden, deren Ausführung für den Patienten sehr schwerwiegende Folgen gehabt hätte. Die Weigerung der Pflegenden hat diese falsche Intervention verhindert. Die Pflege muss also mitdenken und notfalls intervenieren! Sie kann auch von sich aus eine höhere Instanz miteinbeziehen.

**Also geht's letztlich um die Glaubwürdigkeit einer Ärztin, eines Arztes. Wie erleben Sie das im Inselspital, Frau Kuster?**

**Claudia Kuster:** Dass von unserer Seite Aufträge verweigert werden, gibt es oft bei neuen Ärzten.



Gion Caliezi  
Assistenzarzt  
Spital Bern Ziegler

Susanne Ernst  
Assistenzärztin  
Inselspital

Claudia Kuster  
Pflegeexpertin  
Inselspital



Monika Ryter  
Abteilungsleiterin Chirurgie  
Spital Thun

ren. Kein Arzt ist richtig erfolgreich ohne gute Pflege und umgekehrt.

**Ernst:** In meinem Alltag erlebe ich das so: Die Pflege ist 15 Mal im Zimmer des Patienten, und ich als Assistenzärztin drei Mal. Wenn ich die Pflege gegen mich habe, kann ich einpacken. Daher fühle ich mich stärker abhängig von der Pflege als umgekehrt.

**Stellen Sie punkto Verhalten einen Unterschied fest zwischen weiblichen und männlichen Ärzten respektive Pflegenden? Vertraut eine Pflegefachfrau einem Arzt mehr als einer Ärztin, eine Ärztin einem Pflegefachmann mehr als umgekehrt? Wer ist kompetenter, wer kooperativer?**

**Kuster:** Es ist eine Frage der Kommunikation. Ich arbeite sehr gern mit Frauen zusammen, weil ich oft rasch das Gefühl habe, dass wir eine ähnliche Sprache reden, dass wir uns also auf der gleichen Ebene bewegen. Einem Assistenzarzt muss ich meistens mehr erklären, bis er mich versteht. Die Fachkompetenz steht aber immer vor dem Geschlecht.

**Ernst:** Ich habe anders erlebt: Als junge Assistenzärztin litt ich unter einem Mangel an Frauensolidarität. An meiner ersten Stelle wurde mir alles abverlangt, ich hätte vom ersten Tag an funktionieren sollen wie ein erfahrener Profi. Als zwei Monate nach mir ein Assistenzarzt seinen ersten Dienst antrat, wurde er von der Pflege mit liebevollen Sprüchen, Blumen und Schokoladekäfern willkommen geheissen. Das hat mich damals verletzt.

**Herr Caliezi, was sagen Sie als Arzt dazu?**  
**Caliezi:** Das hängt von den Anforderungen an die Assistenten ab. In der Rehabilitations-Klinik, in der ich meine Ausbildung begann, mussten

nur wenige Entscheide sofort gefällt werden. Dies führte dazu, dass die Pflegenden geduldiger waren und die Kommunikation dementsprechend gut lief. In Akutspitälern dagegen geraten junge Assistenzärzte und -ärztinnen massiv unter Druck. Wenn sie mangels Erfahrung nicht binnen kurzer Zeit einen Entscheid fällen können, verlangt die Pflege sofort den Entscheid des Oberarztes. Umgekehrt will der erfahrene Assistenzarzt von der Pflege eine sofortige professionelle Umsetzung seiner Anordnung, erwartet also gleichermassen Erfahrung auf der Seite der Pflegefachleute.

**Ernst:** Immerhin ist die einzelne Pflegefachfrau oder -mann besser behütet im Team als der einzelne Assistenzarzt. Speziell in der Nacht ist man sehr allein als junge Ärztin.

**Ryter:** Genau in solchen Nächten erleben wir die konfliktreichsten Situationen. Trifft ein unerfahrener Arzt auf eine unerfahrene Pflegefachfrau, wissen beide nicht was tun, wenn es einem Patienten plötzlich sehr schlecht geht. Das kann zu negativen Folgen für den Patienten und zu gegenseitigen Beschuldigungen führen.

**Inzwischen nähern sich die beiden Berufe an: Der Pflegeberuf bezieht sich heute expliziter auf wissenschaftliche Grundlagen, und viele Pflegendе betrachten die Arbeit am Bett nur als Zwischenschritt in ihrer Berufskarriere. Versagen studierte Pflegeexpertinnen im Pflegealltag, oder beherrschen Sie das Sowohl-als-auch, Frau Kuster?**

**Kuster:** Ich studiere nicht Medizin, sondern Pflege – ich tangiere das Berufsfeld der Ärzte nicht. Wir kommen uns demnach nicht so wesentlich näher, dass daraus mehr Konflikte resultieren. Basis des Studiums der Pflegewissenschaft ist eine seriöse Ausbildung am Bett. Man bewegt sich also nach wie vor sehr nah an der Praxis. Ich bestehe jedenfalls darauf, dass ich trotz meiner höheren Fachausbildung eine gute Pflegefachfrau bin.

**Ryter:** Unser Ziel ist eine ganzheitliche Pflege der Patientinnen und Patienten. Durch die Anwendung von Pflege-theorien versprechen wir uns eine noch bessere Betreuung unserer Patienten unter Einbezug ihrer Lebenssituationen.

**Zurück zum Vorwurf, die Arbeit am Bett sei heute für viele Pflegefachleute nur eine Zwischenstation. Was sagen Sie dazu?**  
**Kuster:** Ich finde es völlig legitim, ein höheres Karriereziel zu verfolgen. Deswegen pflege ich doch nicht schlechter!



#### Und wie verkräftet die Ärzteschaft diese Professionalisierung? Verspüren Sie deswegen mulmige Gefühle, Frau Ernst?

**Ernst:** Mulmige nicht, aber teilweise befremdliche. Ich persönlich glaube nicht daran, dass man sich ein paar Jahre lang vom Bett entfernen und ein Fachgebiet studieren kann, um nachher wieder in den Alltag zurück zu kehren, als ob nichts geschehen wäre. Auch wir Ärztinnen wären nach einem weiteren Studium sofort weg vom Fenster.

**Ryter:** Ein Beispiel sind Projekte, die von Theoretikern entworfen werden, aber mangels Praxistauglichkeit nicht umgesetzt werden können. Es braucht sowohl Denker wie Macher, und die müssen aufeinander eingehen können. Sonst sind Reformen chancenlos.

#### Trifft es zu, dass anfänglich die Pflegefachfrau den Assistenzarzt «bemuttert», und ist der Arzt erfahren, «bevattert» er die Pflegefachfrau? Damit hätten wir die alte Hierarchie wieder hergestellt...

**Ryter:** Ja. Wer führt den Assistenzarzt in seine Arbeit auf der Station ein? Wir! Ein Assistenzarzt – es kann sich auch um eine Frau handeln – erhält wenig Führung und Begleitung durch ärztliche Vorgesetzte. Er (oder sie) bekommt selten Beratung und Feedback über die Durchführung seiner Arztvisite oder über seinen Kommunikationsstil mit dem Patienten. Die Rückmeldung erhält der Assistenzarzt von uns!

**Ernst:** Ich bin klar dagegen, dass der Oberarzt dem Assistenzarzt vor den Ohren der Pflege Feedback gibt, dafür gibt es intimere Orte und Zeiten.

**Ryter:** Tatsache ist, dass neue Assistenzärzte zu wenig informiert werden über diagnostische und therapeutische Abläufe. Daher müssen wir häufig die Information übernehmen. Übrigens unterscheiden sich in diesem Punkt Chirurgie und Medizin: In der Chirurgie stehen Oberarzt und Chefarzt den ganzen Tag im OP; es ist äusserst schwierig, sie zu treffen. Dies verunmöglicht eine kontinuierliche Kommunikation.

#### Eine konkrete Frage an die anwesenden Ärzte: Auf wie vielen Stationen habt ihr eine konzeptionelle Einführung bekommen? Wo war euch von Anfang an klar, wie diese Abteilung funktioniert?

**Caliezi:** Früher war es die Norm, dass der Assistenzarzt auf seine Abteilung und in sein Büro geführt wurde und die Krankengeschichten seiner Patienten erhielt. Danach besuchte er das Stationsbüro und erfuhr von der Pflege, was wie ablief. Ah ja, und wenn er Glück hatte, wurde ihm

noch erklärt, wie sein Piepser funktioniert; dann fing er an. Heute versuchen wir die Einführung langsamer und intensiver durchzuführen, teilweise mit bis zu dreiwöchiger Betreuung durch einen anderen Assistenten.

**Kuster:** Unser Problem in der Pflege ist doch, dass die Assistenzärzte so schnell wechseln. Wir wissen nie, was er oder sie bereits weiss und was noch nicht. Die von euch geschilderte Einführung finde ich jedenfalls völlig ungenügend. Es ist nicht mein Job, in meiner knappen Zeit die jungen Assistenzärztinnen und -ärzte einzuführen!

**Ryter:** Wer nur kurz da ist, kennt den Tagesablauf nicht und kommuniziert ungenügend mit uns. Nimmt ein Assistenzarzt mit uns Pflegenden Kontakt auf und vereinbart einen Zeitpunkt für die Visite, machen wir die Patienten auf diesen Zeitpunkt hin bereit, lassen ihre Verbände offen etc. Steht auch der Assistent den ganzen Tag im OP, warten wir vergeblich auf die Schlussberichte der austretenden Patientinnen und Patienten. Dann müssen wir immer wieder hartnäckig nachfragen. Ein Assistenzarzt, dem eine konstruktive Zusammenarbeit wichtig ist, ruft gelegentlich aus dem OP an. Das ermöglicht uns, offene Fragen und Probleme zu besprechen.

#### Aus beiden Äusserungen spricht die knappe Ressource Zeit.

**Ryter:** Ja. Kommt ein Assistenzarzt erst abends aus dem OP, kann er nicht noch auf Visite gehen oder Gespräche mit Angehörigen führen. Zudem hat er ja noch viel Papierkram zu erledigen. Das weitere Vorgehen für den nächsten Tag können wir ebenso wenig miteinander besprechen.

**Ernst:** Das sind strukturelle Probleme. In solchen Situationen fehlt klar eine zusätzliche Arbeitskraft. In der Realität hört der eine Assistenzarzt am 31. des Monats auf, und der nächste fängt am 1. an. Da überlappt sich nichts.



#### Es gibt ja den provokativen Spruch: Ärzte hats genug, Pflegende sind rar. Trifft das zu?

**Ernst:** Das geschieht ganz klar, dass Chefs sich uns gegenüber so äussern: «Mach was du willst, aber mach mir die Schwestern nicht verrückt...»

**Ryter:** Ist das wahr? Das habe ich noch nie gehört!

**Ernst:** Doch. Am Inselspital beispielsweise mussten Abteilungen verkleinert werden, weil es zu wenig Pflegende hatte für die Anzahl Betten. Das kratzt am Ego jedes Chefs. Wir Ärztinnen sind also eher ersetzbar als ihr Pflegefachfrauen.

**Ryter:** Typischerweise kommen Optimierungsvorschläge, wie ein Spital für seine Patienten attraktiver werden könnte, oft von der Pflege, nicht von den Ärzten. Auch setzt sich die Pflege für ihren eigenen Berufsstand ein. Die Assistenzärzte erfahren viel weniger Unterstützung aus den eigenen Reihen. Es sollte eigentlich nicht Sache der Pflege sein, zu schauen, dass es den Assistenten besser geht!

**Ernst:** Ja, es besteht ganz klar Handlungsbedarf auf unserer Seite. Noch gelten wir als «Ver-schleissmaterial»: Wir kommen, schufteten und gehen bald wieder.

**Kuster:** So denken wir Pflegenden nicht über euch Assistenten, das ist eure eigene Wahrnehmung!

#### Konkret gefragt: Hats eigentlich genug medizinische Hände am Inselspital?

**Ernst:** Manchmal ja, manchmal nein. Grundsätzlich ja.

#### Und Pflegende?

**Ernst:** Wer einen Notfall erleidet – zum Beispiel ein Schädelhirntrauma –, bekommt sofort Hilfe. Bei grossem Arbeitsanfall bleiben diejenigen sitzen oder liegen, deren Behandlung Zeit hat. Ein verknackter Fuss ist zwar äusserst unangenehm für den Patienten, aber für uns noch lange kein Notfall, er hat Priorität 3 oder 4.

#### Wenns Konflikte gibt im Spital, liegt die Assoziation nahe: Früher liefs im Spital so wie in vielen Familien. Der Mann und Vater – der Arzt – befahl; die Frau und Mutter – die Krankenschwester – führte aus. Wie oft vermuten Sie historische Gründe hinter den Konflikten?

**Kuster:** Das Verhältnis Assistenten zur Pflege ist in diesem Punkt weniger gefährdet. Schwieriger sind zum Teil die Beziehungen zwischen Pflege und leitenden Ärzten. Problematisch wirds mit deutschen Assistenzärzten: Sie haben eine ganz andere Kultur und eine dementsprechend harte Einstellung gegenüber der Pflege. In

Deutschland ist die Hierarchie ausgeprägter.

**Ernst:** Dass auch Frauen medizinisch ausgebildet sind, stimmt auf Assistenten-Niveau und teilweise auch auf der Ebene der Oberärzte. Darüber aber hats sehr wenig Ärztinnen. Also ist dort auch der Umgang traditioneller. Letztlich steht immer noch der Mann zuoberst.

**Ryter:** Ich habe Chefärzte erlebt, mit denen man kaum reden konnte. Momentan aber haben wir Chefärzte, die uns stark einbeziehen in ihre Entscheidungen. Bei ihnen hat die Pflege einen hohen Stellenwert. Was den Patienten betrifft – beispielsweise den Zeitpunkt seines Austritts – haben wir eine informativ-beratende Funktion. Und wenn ein Patient eine Therapie nicht mehr will, fungieren wir als seine Anwältinnen und vertreten ihn gegenüber der Ärzteschaft, wenn er dies nicht selber übernehmen kann. Das ist Teil der guten Zusammenkultur in unserem Spital.

#### Aus der Sicht der Ärzteschaft ist das Pflegepersonal schuld an den Missständen, weil es heutzutage verdienen statt dienen will. Trifft dies zu, Frau Ryter?

**Ryter:** Sicher sind wir nicht mehr die dienenden Nonnen! Wir pflegen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit, die allen zu Gute kommt.

#### Eine weitere Tatsache ist, dass die Spitzenmedizin teilweise zu Allmachtsfantasien von Ärzten respektive von Patienten gegenüber der Ärzteschaft geführt hat. Diesem Phänomen steht eine Verdrängung der Armen und Alten entgegen, denen niemand helfen will oder kann. Frau Kuster, hat der rasante technologische Fortschritt einen Qualitätsverlust zur Folge? Prallt eine Spitzenmedizin auf eine ungenügende Pflege? Oder kann die Pflege Schritt halten?

**Kuster:** Wenn der Ausbildungsstand der Pflege so hoch bleibt wie er heute ist, schaffen wir den Ausgleich. Dann hat die Medizin in uns gute, kompetente Ansprechpartner. Problematisch ist, wenn die Pflege ihre Ausbildung reduziert.

#### Eine Fachangestellte genügt demnach Ihren Ansprüchen nicht?

**Kuster:** Nein. Nicht, wenn sie diplomierte Pflegefachpersonen ersetzen soll.

#### Was tut die Ärzteschaft gegen den drohenden Mangel an pflegerischer Fachkompetenz?

**Caliezi:** Haben wir eine Alternative zur laufenden Entwicklung im Ausbildungsbereich? Ich erwarte von der Pflege ein Mitdenken und die fachliche Kompetenz, dass sie sich von einem Patienten zuerst selbst ein Bild macht, wenn möglich mit allen medizinischen Parametern wie Blutdruck, Puls und Temperatur. Es kommt immer wieder vor, dass wir Anrufe in der Art wie «du musst vorbeikommen, dem Patienten geht es nicht gut» erhalten. Auf die Frage nach Blutdruck und Puls kommt dann gelegentlich die Antwort «das weiss ich nicht».

In Bezug auf neue Untersuchungen oder medizinische Abklärungen mit den entsprechenden Verhaltensmassnahmen bin ich durchaus für «Learning by doing», das heisst Ärzte und Pflegende informieren sich gemeinsam und lernen anhand der neuen Situation den Ablauf und die speziellen Veränderungen kennen. Der Patient ist ein lebendiges Objekt, und auch wir Ärzte lernen immer wieder sehr viel in der Praxis.

#### Was verstehen Sie alle unter Qualität im Gesundheitswesen?

**Ryter:** Ich finde, wir sollten den gesellschaftlichen Veränderungen besser Rechnung tragen. Früher kam der Patient ins Spital und übergab die Verantwortung. Heute hat der Patient seine Krankheit via Internet, Fernsehen und Zeitungen so differenziert recherchiert, dass sein Informationsbedarf viel höher ist als früher. Er will im Detail wissen, wie seine Operation verlaufen ist, welche Nebenwirkungen ein Medikament hat und wie seine Laborwerte sind. Es geht nicht an, dass der Arzt auf einen Einwand des Patienten hin antwortet: Was wissen Sie denn schon, ich habe schliesslich zehn Jahre lang studiert! Nein, wir dürfen unsere Patienten nicht mehr als unmündig betrachten. Wir müssen akzeptieren, dass sie mitreden können und wollen und anspruchsvoller geworden sind. Pflege wie Medizin



müssen dem gestiegenen Qualitätsbewusstsein gerecht werden. Und zwar in bester Zusammenarbeit!

**Kuster:** Qualität heisst, dass der Patient die beste Betreuung erhält von allen Berufsgruppen und das Spital möglichst gesund wieder verlassen kann, ohne eine zweite Krankheit aufzulesen.

**Caliezi:** Wir versuchen das Optimum für den Patienten zu erreichen und zwar in möglichst kurzer Zeit und mit einem möglichst vernünftigen Kostenaufwand.

**Ernst:** Qualität heisst, dass ein Verunfallter umgehend ins Spital transportiert sowie dort rasch und kompetent versorgt wird.

**Vergessen wir die aktuelle Spardiskussion: Wie müssten die Spitäler ihre Strukturen verändern und Ressourcen ausbauen, damit Ihre Arbeitsbedingungen besser würden?**

**Ernst:** Das Wichtigste wäre, dass ich als Ärztin mit der Arbeit aufhören dürfte, wenn ich müde bin. Das ist heute nicht der Fall. Zudem wünsche ich mir einen ruhigen Arbeitsplatz mit einem Computer, der mir den Zugang zu den Patientendaten eröffnet. Heute renne ich durchs ganze Spital, wenn ich Patienteninfos brauche, und wir teilen uns eine minimale Infrastruktur zu zehnt!  
**Caliezi:** Ich wünsche mir eine angemessene Anzahl Patienten. Zudem kritisiere ich die wachsende Bürokratie des gesamten Gesundheitswesens, welche immer noch zum grössten Teil vom Assistenzarzt ausgeführt werden muss. Als Assistent verbringe ich mehr Zeit mit Formularen, als dass ich Patienten sehe. Zynisch ausgedrückt, ist



es für eine kürzere Arbeitszeit wichtiger, dass ich das Zehn-Finger-System beherrsche, als dass ich fundierte medizinische Kenntnisse habe.

**Ernst:** Ich gebe meinem Kollegen Recht: Wir sind akademisch ausgebildete Sachbearbeiter. Man erwartet von uns, dass wir alle Papiere möglichst rasch und gut verwalten.

**Zum Schluss haben Sie als Pflegende noch einen Wunsch frei: Wonach sehnen Sie sich?**

**Kuster:** Ich wünsche mir gut qualifiziertes Personal. Und dass alle Berufsgruppen ihre gemeinsamen Ziele festlegen. Es würde mir in meiner Arbeit helfen, wenn mir der Arzt seine Behandlungsmassnahmen und deren Wirkung erklären würde, damit ich diese nachvollziehen und

unterstützen könnte. Das verstehe ich unter einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

**Ryter:** Wir sollten den Patientenprozess vom Eintritt bis zur Entlassung interdisziplinär, das heisst gemeinsam, gestalten. Das würde uns allen viele Reibereien ersparen und zu einer besseren Versorgungs- und Betreuungsqualität der Patientinnen und Patienten führen.

## Gute Gründe für den Volksvorschlag «Für gute öffentliche Spitäler»



**In der Aprilsession hat die Mehrheit des Grossen Rates das neue Spitalversorgungsgesetz (SpVG) verabschiedet. Der SBK, die Personalverbände und die Gewerkschaften beschlossen darauf hin, einen Volksvorschlag zu lancieren.**

Wir lehnen mit dem Volksvorschlag nicht das gesamte Gesetz pauschal ab, sondern machen im Volksvorschlag konkrete Vorschläge, welche Regelungen wir verändern möchten. Unsere Kritik am Spitalversorgungsgesetz konzentriert sich auf zwei Bereiche:

### – Kein wirksamer Schutz für das Personal

Das aktuelle Gesetz gewährt dem Personal in den Spitälern keinen wirksamen Schutz der Anstellungsbedingungen. Der Gesamtarbeitsvertrag (GAV) wird zwar erwähnt, aber vorgeschrieben sind nur orts- und berufsübliche Anstellungsbedingungen. Diese Regelung ist völlig unverbindlich und lässt den Arbeitgebern einen sehr grossen Spielraum. Nach einer allfälligen Kündigung des GAV könnten die einzelnen Spitalgruppen voneinander unabhängige Lohn- und Personalregelungen einführen.

Der SBK setzt sich dafür ein, dass keine Ungleichbehandlung gegenüber den Staatsangestellten und keine unterschiedliche Behandlung des Personals in den verschiedenen Spitälern möglich wird. Ein Signal in diese Richtung kann die Personalsituation in der Pflege noch zusätzlich verschärfen.

Die Verbände fordern, dass sich die Arbeitgeber dem Gesamtarbeitsvertrag für das Personal bernischer Spitäler (GAV) anschliessen oder ihrem Personal Arbeitsbedingungen bieten, die punkto Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen dem GAV entsprechen. Sollte es zu einem vertragslosen Zustand kommen, soll der Regierungsrat zum Schutz des Personals und der Qualität Mindestanforderungen festlegen.

– **Unsere Spitäler sind keine Privatsache**  
Das verabschiedete Gesetz öffnet privaten Anbietern den Zugang zur öffentlichen Spitalversorgung. Es legt sogar den Grundsatz fest, dass die öffentliche Hand nur noch dort Träger der Spitäler und Spitalgruppen ist, wo sich keine privaten Anbieter finden. Die Verbände fordern, dass der Kanton kapital- und stimmenmässig mindestens die Mehrheit an den Institutionen hat. Damit bliebe die Kontrolle beim Kanton, und eine gute öffentliche Grundversorgung sowie die demokratische Kontrolle wären gewährleistet.

Wir müssen innerhalb von drei Monaten 12 000 Unterschriften sammeln. Wir sind dringend auf Ihre Unterstützung angewiesen. Unterschriftenkarten und -bogen können direkt bei uns bestellt werden unter Telefon 031 380 54 64, per E-Mail: [verband@sbk-be.ch](mailto:verband@sbk-be.ch) oder auf unserer Homepage [www.sbk-be.ch](http://www.sbk-be.ch). Beachten Sie bitte, dass auf einer Karte nur Stimmberechtigte einer Gemeinde unterschreiben dürfen. Herzlichen Dank!

### Anzeige

<p><b>Huber &amp; Lang</b> <b>Fachbücher · Medien</b> Schanzenstr. 1 (Bubenberghaus), Postfach, 3000 Bern 9, Tel. 031 300 46 46, Fax 031 300 46 56 <a href="mailto:contactbern@huberlang.com">contactbern@huberlang.com</a></p>	<p><b>Huber &amp; Lang</b> <b>HUMANA</b> Stadelhoferstrasse 28, Postfach, 8021 Zürich 1 Tel. 043 268 32 22, Fax 043 268 32 20 <a href="mailto:contactzurich@huberlang.com">contactzurich@huberlang.com</a></p>	
<p>Gärtner, H.: <b>Gute Gespräche führen</b> Ein Arbeitsbuch für gelingende Besuche im Krankenhaus, Altenheim und in der Gemeinde- arbeit 2004. 144 S., Tab., kart., CHF 27.30 (Gütersloher Verlagshaus) 3-579-05530-5</p>	<p>Latasch, L. / E. Knipler (Hrsg.): <b>Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege</b> 2., überarb. Aufl. 2004. 807 S., ill., geb., CHF 80.– (Urban &amp; Fischer) 3-437-35717-X</p>	<p>Reuschenbach, B.: <b>Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege</b> 2004. 415 S., geb., CHF 64.– (Urban &amp; Fischer) 3-437-27000-1</p>
<p>Innes, A. (Hrsg.): <b>Die Dementia Care Mapping Methode (DCM)</b> Anwendung und Erfahrungen mit Kitwoods person-zentriertem Ansatz 2004. 154 S., kart., CHF 52.50 (Hans Huber) 3-456-84040-3</p>	<p>Naegele, V.: <b>Himmelblau und Rosfrau</b> Vom Haus für gefährdete Mädchen zum Sozial- Medizinischen Zentrum für Frau, Mutter und Kind 2004. 263 S., Abb., geb., CHF 48.– (NZZ) 3-03429-054-5</p>	<p>Schwarzkopf, A.: <b>Praxiswissen für Hygienebeauftragte</b> Anleitungen für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste 2004. 280 S., kart., CHF 31.90 (Kohlhammer) 3-17017887-3</p>
<b>Huber und Lang – Ihre Fachbuch- und Medienhandlung!</b>		
<b>Bestellung</b>		
Name/Vorname	Anzahl	Buchtitel
PLZ/Ort	Anzahl	Buchtitel
Datum/Unterschrift	Anzahl	Buchtitel
<b>Bitte in Blockschrift ausfüllen und an eine der folgenden Adressen senden:</b>		
<p><b>Huber &amp; Lang, Schanzenstrasse 1, Postfach, 3000 Bern 9, Fax 031 300 46 56</b>  <b>Huber &amp; Lang, HUMANA, Stadelhoferstrasse 28, Postfach, 8021 Zürich 1, Fax 043 268 32 20</b></p>		

Achtung: Hintergrund beigefügt