

## Die Pflege der Zukunft – der Pflege die Zukunft?

**Die Pflege ist im Verteilungskampf im Gesundheitswesen traditionell am kürzeren Hebel. Dies ist noch heute so. Aber heute betrachten die Pflegenden diesen Zustand nicht mehr als ihr unabänderliches Schicksal. Und sie haben erkannt, dass sich – bei allem grundsätzlichen gesellschaftlichen «Goodwill» gegenüber der Pflege – im Verteilungskampf niemand für sie einsetzen wird, wenn sie es nicht selber tun.**

### Rita Schnetzler

«Wir wollen anerkannt, bewundert und geliebt werden», forderte Elsbeth Wandeler als Annemarie-Josephine Grossenbacher-Hugentobler im nicht ganz ernst gemeinten «2500. brisanten Podiumsgespräch» [1] der «Irchel-Tagung» der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik vom 16. Oktober 2001. Es mag in der Pflege einige «Annemarie-Josephines» geben. Aber die grosse Mehrheit sieht ihre Rolle in den Bemühungen um die «Aufwertung der Pflege» anders, wie die Protestaktionen der vergangenen Monate und Jahre zeigten. An der Irchel-Tagung, die sich dem Thema «Aufwertung der Pflege und der Spitex» widmete, trat die Pflege selbstbewusst, selbstkritisch und mit politischem Bewusstsein auf.

### Die Pflege der Zukunft

In der Pflege besteht, wie eine Studie des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel [2] ergab, in den folgenden fünf Bereichen Weiterentwicklungsbedarf und ein Weiterentwicklungspotenzial:

■ **Aus- und Weiterbildung:** «Die Aus- und Weiterbildungen müssen sich verändern», ist Rebecca Spirig (wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der

Universität Basel) überzeugt. Die Aus- und Weiterbildung soll Pflegenden in Zukunft direkt in ihrem Arbeitsalltag unterstützen und fördern. Hier sieht Spirig eine Herausforderung für die Ausbildungsstätten, deren Angebot gemäss der neuen Bildungssystematik in Zukunft auf tertiärer Stufe angesiedelt sein wird. ■ **praktizierte Pflege:** Caring (sich «sorgen»), das Fördern von Patienten und Angehörigen und ein grosses Erfahrungswissen gehören, so Spirig, schon heute zu den Stärken der Pflegenden. Für die Zukunft gilt es einerseits, Räume zu schaffen, damit diese Stärken vermehrt in den Alltag eingebracht werden können. Andererseits muss die Pflege wissenschaftliche Erkenntnisse vermehrt beachten und ihr Handeln darauf abstützen und entsprechend begründen.

■ **Pflegewissenschaft:** Die Schweiz ist in Sachen Pflegeforschung ein «Entwicklungsland», so Rebecca Spirig. Forschungsprojekte in der Praxis liefern Wissen, das zur Begründung des täglichen Handelns nötig und hilfreich ist. Nicht nur in der Akut-, sondern auch in der Langzeitpflege sollen vermehrt Forschungsprojekte durchgeführt werden, forderte Monika Knecht (Präsidentin des Schweizer Berufs- und Fachverbandes der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege).

■ **politisches Engagement:** Gute Ausbildung, evidenzbasierte Praxis und praxisorientierte Forschung fördern zwar die Kompetenz der Pflegenden. Dies allein bewirkt aber noch keine Aufwertung der Pflege. Solange die Pflege gesetzlich als Hilfsberuf verankert ist, der seine Leistungen nur auf ärztliche Anordnung zu Lasten der Krankenkasse erbringen darf, ist sie, so Elsbeth Wandeler (Leiterin der Abteilung Berufspolitik/Dienstleistungen des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK), «am kürzeren Hebel». Sie könne sich keine Pflegenden vorstellen, welche die Forderung nach einer Anerkennung der Pflege als eigen-

ständigen Beruf nicht unterstützen würde, doppelte Rebecca Spirig nach. Nationalrat Rudolf Joder (SVP, Bern), der mit einer entsprechenden Motion an den Bundesrat gelangt ist, hofft, dass es ihm gelingen wird, diese Motion «gegen den Willen von Bundesrätin Dreifuss durchzusetzen»<sup>1</sup>. Er forderte die Pflegenden auf, bei den Parlamentariern ihrer Region Überzeugungsarbeit zu leisten. Gar so schwer dürften sie es dabei nicht haben, wenn die Quote, die der Ökonom Peter Eichenberger, Geschäftsführer der Spitex Basel, für den Basler Grossrat berechnet hat, auch für die eidgenössischen Räte gilt: In Basel sind gemäss Eichenberger immerhin 12 von 130 Grossräten enger mit der Pflege verknüpft.

■ **Engagement im Unternehmen:** Nicht nur auf gesamtschweizerischer Ebene, sondern auch im eigenen Unternehmen müssen Pflegenden vermehrt Einfluss nehmen, so fordert Elsbeth Wandeler. Noch zu oft zieren sich Pflegenden, Kaderstellen wahrzunehmen — und beklagen sich nachher über schlechtes Kader. Führungspersonen müssten sich dafür einsetzen, dass in den Pflegeinstitutionen Rahmenbedingungen für eine gute Pflegepraxis geschaffen werden.

### Der Pflege die Zukunft?

«Stimmt es, dass am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel Pflegenden arbeiten, die in den USA eine eigene Praxis als selbstständige «Nurse Practitioners» führten?», wollte Agnes Weber (Projektleiterin, Stiftung Schwesternschule und

<sup>1</sup> Die Motion beauftragt den Bundesrat, im Rahmen einer KVG-Teilrevision eine Vorlage zur generellen Aufwertung der Krankenpflege und zur rechtlichen Besserstellung der Pflegeberufe auszuarbeiten; unter anderem sollen die Krankenschwestern und Krankenpfleger als selbstständige Leistungserbringende im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung bezeichnet werden. Der Bundesrat hat beantragt, die Motion abzulehnen. Die Motion muss nun im Nationalrat und später gegebenenfalls im Ständerat behandelt werden (wenn es nach den Vorstellungen von Rudolf Joder geht, wird dies bereits erfolgt sein, wenn dieses Heft erscheint). Wenn beide Räte ihr zustimmen, ist sie für den Bundesrat verbindlich.

Krankenhaus vom Roten Kreuz Zürich-Fluntern) wissen. Rebecca Spirig bestätigte dies: In Regionen mit Ärztemangel übernehmen US-amerikanische «Nurse Practitioners» die Grundversorgung inklusive Medikamentenverschreibung. Am Institut für Pflegewissenschaft werden im Rahmen des «Bachelor of Nursing Science» Kurse in «Advanced Nurse Practice» angeboten; die Studentinnen lernen zwar nicht, Medikamente zu verordnen, aber sie lernen, das «physical assessment» – die umfassende Körperuntersuchung zur Bedarfsbestimmung – selber vorzunehmen.

Innovative Pflegenden stecken denn auch grosse Hoffnungen in Projekte für von Pflegenden geführte Abteilungen und Institutionen wie das in Bern geplante «Haus der Pflege». Ob es gelingen wird, für solche Projekte eine finanzielle Basis zu schaffen, wird aber wiederum, wie Elsbeth Wandeler betonte, davon abhängen, ob die Pflegenden als selbstständige Leistungserbringer zu Lasten der ob-

ligatorischen Krankenversicherung anerkannt werden.

Dies aber ist derzeit (im Dezember 2001) noch alles andere als gewiss. Der Motion Joder wird von Seiten der Krankenversicherer wie der Ärzte angelastet, dass sie zu einer Mengenausweitung führen würde. Letztlich gehe es darum, sich im Verteilungskampf zu behaupten, meint Elsbeth Wandeler. Die Frage laute: «Brauchen wir mehr Spitzenmedizin oder brauchen wir mehr Pflege?», meint Peter Eichenberger. Priorität haben sollte dabei aus seiner Sicht als Ökonom das, was den grösseren Nutzen bringt. Angesichts der zunehmenden Bedeutung chronischer Krankheiten wird dies künftig vermehrt die Pflege sein.

Auch Urs Zaroni, Redaktor und Projektleiter Gesundheit des «Beobachters», ist von der wachsenden Bedeutung der Pflege überzeugt. Dennoch müsse er gestehen, dass er sich noch «praktisch nie mit der Pflege befasst» habe. Eine ähnlich widersprüchliche Haltung gegen-

über der Pflege ist auch in der Gesundheitspolitik zu beobachten. Dieser Zustand wird zwar aus Pflegekreisen zunehmend kritisiert und seit neuerem auch aktiv bekämpft. Auf politischer Ebene wird er aber vermutlich noch einiges Beharrungsvermögen beweisen, denn die Aufwertung der Pflege mag zwar im Interesse des Patienten wünschenswert sein, aber im Interesse des Geldbeutels ist sie es für viele gewichtige Player im Gesundheitswesen nicht. ■

## Bericht:

RITA SCHNETZLER  
REDAKTION «MANAGED CARE»

## Literatur:

1. «Das 2500. Podiumsgespräch über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen!» von Gerhard Kocher, erstmals vorgetragen an der Jubiläumsfeier der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik vom 14. September 2001; Internet: [www.sgpp.ch/news/pg.cfm](http://www.sgpp.ch/news/pg.cfm)
2. Rebecca Spirig et al.: Visionen für die Zukunft – Die Pflege als Beruf im Gesundheitswesen der Deutschschweiz. Pflege 2001; 14: 141–151

## Frauengesundheit – Männergesundheit oder: der Kampf um den Kuchen

**Der Kongress «Frauengesundheit – Männergesundheit. Geschlecht und Geschlechterdynamik in der ärztlichen Praxis», der vom 15. bis 17. November in Basel stattfand, beleuchtete die vielfältigen Auswirkungen des Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit und auf die ärztliche Versorgung aus verschiedensten Perspektiven. Der folgende Bericht beschränkt sich auf zwei Beispiele, die einen Eindruck von der Bedeutung des Themas vermitteln sollen.**

**Rita Schnetzler**

«Männer sind stark und schweigsam. Männer sind hart und gewalttätig. Männer sind selbstgenügsam. Männer haben keine Gefühle. Männer sind keine Weichlinge. Männer sind erfolgreich ...» – Wie satt wir sie haben, diese Klischeevorstellungen! Als ob wir als aufgeklärte Zeitgenossen solche Rollenvorstellungen nicht längst überwunden hätten. Als ob wir nicht längst verstanden hätten, dass Männer wie Frauen so genannt «weibliche» wie «männliche» Fähigkeiten haben.

### Genders matter

Doch Klischees sind hartnäckiger, als es uns lieb ist – auch in der Medizin. Dies wurde am Kongress «Frauengesundheit – Männergesundheit. Geschlecht und Geschlechterdynamik in der ärztlichen Praxis»

(siehe Kasten) deutlich. Zwei Beispiele:

### Ein Beispiel aus der Psychiatrie

In der Kriseninterventionsstation der Psychiatrischen Universitätsklinik sind über zwei Drittel der Eintretenden Frauen. Bei einer genaueren Analyse der Austrittsdiagnosen wurde festgestellt, dass bei den Frauen der Anteil der Suchtkranken weit höher war als bei den Männern. Es zeigte sich, dass nicht wie angenommen die Medikamentenabhängigkeit überwog, sondern die Alkoholabhängigkeit. Dieser Befund verblüffte, so die Psychiaterin Maria Hofecker Fallahpour (Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel), ist Alkoholabhängigkeit doch bei Männern weit häufiger als bei Frauen. Männer mit Alkoholpro-

blemen werden aber üblicherweise nicht in die Kriseninterventionsstation aufgenommen, weil man davon ausgeht, dass sie sich nicht an die Abteilungsregeln halten, sondern zwischendurch einmal die nächstgelegene Gaststube aufsuchen würden. Offenbar, so Hofecker Fallahpour, traue man alkoholabhängigen Frauen solche Regelverstöße nicht zu – und verbaue dadurch vielen Frauen den Weg zur Genesung, die im Fall der Alkoholabhängigkeit oft nur durch einen längeren stationären Aufenthalt erreicht werden könne.

## Ein Beispiel aus der Onkologie

Brustkrebs ist die häufigste Todesursache bei Frauen. Prostatakrebs ist die häufigste Todesursache bei Männern. Rund 12 Prozent der Frauen erkranken an Brustkrebs. Fast 20 Prozent der Männer erkranken an Prostatakrebs. Mit beiden Krebserkrankungen kann man jahrelang leben. Beim Brustkrebs besteht eine geringe, beim Prostatakrebs keine Evidenz bezüglich der Frage, ob Früherkennungsprogramme die Überlebenszeit verlängern. Bei allen Ähnlichkeiten zwischen den beiden «Geschlechterkrankheiten» bestehen aber im Hinblick auf die Forschung wie auch im Hinblick auf die Versorgungslage deutliche Unterschiede, wie Alexander Kiss, Leiter der Abteilung für Psychosomatik am Kantonsspital Basel, aufzeigte. So gibt es zahlreiche Studien zu den psychischen Auswirkungen der Brustkrebsoperation, aber kaum solche zu den psychischen Auswirkungen der Prostatakrebs-Operation, und dies, obwohl die Männer nach der Operation mit hoher Wahrscheinlichkeit impotent und eventuell inkontinent bleiben, während bei den Frauen die längerfristige Einschränkung der Lebensqualität, nicht zuletzt dank den Fortschritten in der Behandlung (z.B. Möglichkeiten der brusterhaltenden Operation, psychoonkologische Betreuung, Selbsthilfegruppen) auf nur 30 bis 40 Prozent geschätzt wird. Für Prostatakrebs gibt es in der Schweiz gemäss Kiss keine Selbsthilfegruppen, und die Urologen fühlen sich nicht für die psychische Situation ihrer Patienten zuständig. Das ist scheinbar auch nicht nötig: Studien weisen darauf hin, dass die Ehefrauen der operierten Männer nach

## Kongressinhalte

Der Kongress «Frauengesundheit – Männergesundheit. Geschlecht und Geschlechterdynamik in der ärztlichen Praxis» war gemeinsame Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaften für Psychosoziale Medizin, für Psychosomatische Medizin, für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe und für Prävention und Gesundheitswesen. Die Wissenschaftliche Kongress-Leitung hatte Elisabeth Zemp (Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen und Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Basel).

Der Kongress war in vier thematische Blöcke gegliedert:

- Körper/Körperkonzepte und Geschlecht
- Eigene Identität und ärztliches Handeln/eigene Klientele
- Geschlecht und Kommunikation im ärztlichen Setting
- Frauengesundheit – Männergesundheit

Der vorliegende Bericht bezieht sich ausschliesslich auf den vierten Themenblock.

der Prostataoperation depressiver sind als ihre Männer. «Die Frauen übernehmen die Gefühlsarbeit für ihre Männer», so das Fazit von Alexander Kiss.

## Der Kampf um den Kuchen

Die beiden Beispiele machen deutlich: «Gender matters»<sup>1</sup>. Der kleine (biologische) Unterschied hat auf vielfältigen Wegen und in vielfältigen Formen grosse und oft diskriminierende Auswirkungen auf die medizinische Versorgung von Frauen wie von Männern.

Um aber solche Unterschiede benennen und, darauf aufbauend, Lösungen entwickeln zu können, braucht es Daten. Für die Erhebung solcher Daten braucht es Geld. Dieses Geld ist beschränkt. Dass es überhaupt vorhanden ist, so der Tenor am Kongress, ist der Frauenbewegung der Siebziger- und Achtzigerjahre zu verdanken. Und jetzt kommen die Män-

ner und beanspruchen einen Teil des Kuchens für sich.

Dass dies bei Frauen, die viel Energie in den Kampf gegen die Diskriminierung und für die Gleichstellung der Frauen investiert haben (und in vielen Bereichen der Gesellschaft bis heute benachteiligt sind), Ängste und Widerstände wecken kann, ist verständlich. Andererseits ist un schwer zu erkennen, dass es immer Männern wie Lebenspartnerinnen, Frauen wie Lebenspartnern sowie dem weiteren Umfeld der Betroffenen schaden wird, wenn sich die medizinische Versorgung an überkommenen Rollenbildern orientiert. Dies kann auch nicht im Interesse der Kostenträger liegen, die ihrer männlichen wie ihrer weiblichen Kundenschaft eine qualitativ hochstehende, zielgruppengerechte Versorgung gewährleisten möchten. Um Abhilfe zu schaffen, müssen bestehende Versorgungsmuster aufgezeigt und aus der Genderperspektive hinterfragt werden. Dazu braucht es Geld. ■

## Bericht:

RITA SCHNETZLER

<sup>1</sup> Der englische Begriff «gender» heisst Geschlecht, steht aber im Unterschied zu «sex» nicht für das biologische Geschlecht, sondern für sozial, kulturell, historisch und wirtschaftlich bedingte Rollenzuschreibungen.