

F: 6648

AUSBILDUNG UND EINSATZ VON HILFSKRÄFTEN  
IM KRANKENPFLEGE- UND HEBAMMENWESEN

Bericht einer WGO-Arbeitsgruppe

Frankfurt  
15.-18. September 1980

Übersetzung einer Veröffentlichung des Regionalbüros für Europa, die in der Reihe EURO - Berichte und Studien als Nummer 67 mit folgendem Titel erschienen ist: "Training and use of auxiliaries in the provision of nursing/midwifery care" (ISBN 92 890 1233 1).

Zur Beachtung

Der vorliegende Bericht stellt keine offizielle Veröffentlichung dar und darf nur mit Genehmigung der Weltgesundheitsorganisation rezensiert, in Kurzfassung oder auszugsweise wiedergegeben bzw. übersetzt werden. Namentlich gezeichnete Beiträge drücken ausschliesslich die Meinung des Verfassers aus.

## INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
1. Einleitung . . . . .	1
2. Allgemeines . . . . .	1
2.1 Definitionen . . . . .	1
2.2 Der Bedarf an Pflegehilfspersonal . . . . .	3
2.3 Pflegeentscheidungen auf forschungsbedingter Basis . . . . .	4
3. Das Gesundheitsteam und die Krankenpflegehelferin . . . . .	4
4. Pflegerische Betreuung in Abhängigkeit der Bedürfnisse . . . . .	5
5. Personalbeschaffung, Ausbildung und Einsatz von Pflegehilfspersonal . . . . .	6
5.1 Personalbeschaffung und Auswahl . . . . .	6
5.2 Ausbildung . . . . .	7
5.3 Berufliche Mobilität und Laufbahnfragen . . . . .	7
5.4 Einsatz der Pflegehilfskräfte . . . . .	8
5.5 Gesetzgebung . . . . .	9
5.6 Organisatorische Leitung (Management) und Aufsichtsführung . . . . .	10
6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen . . . . .	10
Anhang 1: Kurzbericht der Arbeitsgruppentagung über die Rolle des Krankenpflege- und Hebammenwesens im Rahmen des Gesundheitsbetreuungssystems Brüssel, 4.-7. Dezember 1979 . . . . .	12
Anhang 2: Diskussionsbeitrag über die gegenwärtigen Ausbildungs- und Einsatzverhältnisse des Hilfspersonals im Krankenpflege/Hebammenwesen unter besonderer Berücksichtigung der Lage im Vereinigten Königreich (Mrs. M. Hardie) . . . . .	16
Anhang 3: Teilnehmerverzeichnis . . . . .	23
Sonstige einschlägige WGO-Veröffentlichungen . . . . .	25



## 1. Einleitung

Die Tagung der Arbeitsgruppe über Ausbildung und Einsatz von Hilfskräften im Pflege- und Hebammenwesen wurde vom WGO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit der Regierung der Bundesrepublik Deutschland vom 15. bis 18. September 1980 in Frankfurt/Main veranstaltet. Es nahmen 21 Berater auf Zeit aus 14 Ländern, ein Mitarbeiter der WGO-Hauptverwaltung und zwei Mitarbeiter des WGO-Regionalbüros für Europa daran teil (vgl. Teilnehmerliste, Anhang 3).

Die Tagung fällt in den Rahmen des mittelfristigen Programms des Regionalbüros für Krankenpflege- und Hebammenwesen; das behandelte Thema ist wesentlicher Bestandteil aller vier Programmkomponenten. Die vorliegende Tagung bildet den Abschluss einer Reihe von drei WGO-Tagungen, die beiden Vorläufer waren das Symposium über Krankenpflagedienste (Stuttgart, 1978) (1) und die Arbeitsgruppentagung über die Rolle des Krankenpflege- und Hebammenwesens im Rahmen des Gesundheitsbetreuungssystems (Brüssel, 1979); der Kurzbericht über diese Tagung erscheint als Anhang 1.

Der Zweck der vorliegenden Tagung war:

- a) die Tagungsteilnehmer in das mittelfristige Programm der WGO für Krankenpflege- und Hebammenwesen in Europa einzuführen
- b) einen Überblick über den derzeitigen Stand der Ausbildung von Hilfskräften für die Krankenpflege und das Hebammenwesen in den Ländern der Europäischen Region zu vermitteln und ihre Rolle als Untergruppe des Pflegepersonals bei der pflegerischen Betreuung von Patienten/Klienten in Krankenhäusern, verwandten Institutionen und auch im gemeindenahen Pflegedienst zu erörtern
- c) nach Methoden zu suchen, nach denen Zahl und Kategorie der Hilfskräfte im Pflege- und Hebammenwesen ermittelt werden können, die zur zuverlässigen und leistungsfähigen pflegerischen Betreuung benötigt werden
- d) die verschiedenen Ausbildungs- und Einsatzformen der Hilfskräfte im Rahmen des Pflegewesens zu ermitteln
- e) die wichtigsten Probleme bei der Ausbildung und beim Einsatz von Hilfskräften aufzuzeigen
- f) Massnahmen zu empfehlen, um diese Probleme zu lösen..

Professor F. Zander, Parlamentarischer Staatssekretär des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn, in seiner Eigenschaft als Vertreter der Bundesrepublik Deutschland und K.H. Trageser, Stadtrat Frankfurt/Main, begrüßten die Teilnehmer. Dr. W. Fritsche, Referent für Personalplanung und -management im Gesundheitswesen, WGO-Regionalbüro für Europa, übermittelte Grüße des Regionaldirektors Dr. Leo A. Kaprio.

## 2. Allgemeines

### 2.1 Definitionen

Definitionen und Berufsbezeichnungen der Gesundheitskräfte dienen zahlreichen organisatorischen und politischen Zwecken, sie variieren aber stark im tatsächlichen Arbeitsinhalt.

Seit 1950 haben Organisationen wie der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN), die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) und die Weltgesundheitsorganisation (WGO) Definitionen der "Krankenpflegehilfskräfte" angeboten, die hauptsächlich darauf basierten, dass keine volle Krankenpflegequalifikation für die genannte Personengruppe vorliegt. Während in einigen Mitgliedstaaten eine ausbildungs- oder arbeitsmäßige Definition der Krankenpflege existiert, bestehen in einigen anderen Ländern noch keine festen gesetzlichen Krankenpflegebestimmungen, die für eine Klärung der Begriffe nötig sind (2).

Vor ein paar Jahren haben Vertreter von EG-Ländern anlässlich einer Tagung ein Modell entwickelt (s. nächste Seite), womit auf kollektiver Basis die gegenwärtig anzutreffenden Berufskategorien der Krankenpflege in den betreffenden Ländern verdeutlicht werden (3) können.

Die Pflegekräfte der Kategorie I werden den Angaben gemäss in allen Ländern nach formellen, landesweit anerkannten Vorschriften ausgebildet. In der Kategorie II und III bestehen beträchtliche Unterschiede in der Ausbildungsdauer und Ausbildungsart. Man findet hochentwickelte zweijährige Ausbildungsprogramme und auch unorganisierte, sporadische Ausbildungen am Arbeitsplatz ohne festgelegte Dauer vor. Von der (examinierten) Krankenschwester<sup>a</sup> wird generell in irgendeiner Form eine Berufserlaubnis verlangt, was dahingegen bei Pflegekräften der II. und III. Kategorie in den meisten Ländern nicht der Fall ist. Es sei auch bemerkt, dass in zwei EC-Ländern das Hebammenwesen als nicht zum Pflegewesen gehörend betrachtet und statt dessen als medizinische Disziplin eingestuft wird. Die Arbeitsgruppe betonte wiederholt, dass sowohl rechtlich als auch traditions-gemäss die Berufsbezeichnungen der verschiedenen Kategorien innerhalb der Krankenpflege vereinheitlicht und geschützt werden müssen. Nicht selten werden Pflegekräfte der II. oder III. Kategorie an Stellen eingesetzt, die für Krankenschwestern bestimmt sind. In solchen Fällen erhalten die Pflegehelferinnen oft die Bezeichnung "Schwester". Ausserdem werden häufig Stellenbezeichnungen wie Oberschwester, Stationschwester, Gesundheitsfürsorgerin, Unterrichtschwester usw. für offizielle Berufsbezeichnungen gehalten.

---

<u>Pflegekraft</u>					Sonstige Fach- krankenschwestern der Grundstufe, z.B. Pflegerin für geistig Behinderte	
<u>I. Kategorie</u>						
(normalerweise als Krankenschwester oder Hebamme bezeichnet)		Gemeinde- schwester	Allgemein- schwester	Kinder- kranken- schwester	Psychiatrie- schwester	Hebamme oder Ent- bindungs- pflegerin

---

<u>Pflegekraft</u>	
<u>II. Kategorie</u>	
(viele Berufstitel, doch meist unter der Sammelbezeichnung Krankenpflege- helferin bekannt)	
	Allgemeinpflegehelferin oder spezialisierte Pflegehelferinnen, deren Fach- gebiete meist der I. Kategorie entsprechen

---

<u>Pflegekraft</u>	
<u>III. Kategorie</u>	
(vielerlei Bezeich- nungen, u.a. Schwestern- helferin)	
	Helferin in der Allgemeinpflege einfacher Art oder auf zahlreichen, eng begrenzten Fachgebieten, z.B. in der Milchküche, oder Rückenpflege älterer Personen

---

Die Zweckmässigkeit einer Einteilung des Personals in drei Kategorien wurde angezweifelt, die Definition der Berufsgruppen ausschliesslich nach ihrer Ausbildung sei zumindest unvollständig. Bei anderen oft angewandten Definitionen wird die Beziehung des Pflegehilfspersonals zur Krankenschwester oder die Fachrichtung zugrunde gelegt, der die Pflegehilfskraft angehört. Eine unübersichtliche Situation ergibt sich besonders im Hinblick auf die Praxis der Leistungserbringung gegenüber dem Patienten. In einigen Ländern erfolgt der Erstkontakt mit dem Patienten erster Ebene durch eine Pflegehilfskraft; der Zweitkontakt (Pflegeorganisation) wird ebenfalls von einer Pflegehilfskraft oder aber von einer Krankenschwester durchgeführt, die über keine oder nur geringe zusätzliche Qualifikationen im Management oder Unterrichten verfügt. Die Krankenschwester auf der dritten Ebene hat am wenigsten direkten Kontakt mit dem Patienten und verfügt meist über die besten Qualifikationen sowie über die längste Ausbildung in der klinischen Praxis, im Management und Unterrichten; andererseits betreut sie nur in seltenen Fällen die Patienten direkt.

<sup>a</sup> Anmerkung des Übersetzers: Zur sprachlichen Vereinfachung werden im vorliegenden Text die weiblichen Pflegeberufsbezeichnungen auch stellvertretend für die männlichen verwendet

Die Arbeitsgruppe ermittelte ernste Hindernisse in den Ländern, wo die Pflegeausbildung hauptsächlich medizinisch orientiert ist und den Krankenpflegeschülern die "Krankheitslehre" oder "Pflege" als eine Reihe technischer Verfahren gelehrt wird. Unter diesen Bedingungen liegt oft nur wenig von erfahrenen Krankenschwestern ausgearbeitetes Material vor, so dass die Definition der "Krankenpflege" von Verfasser zu Verfasser verschieden ist.

Die Tagungsteilnehmer hielten fest an der Definition des Krankenpflegeprozesses als "einer Problemlösungsmethode für Patienten/Klienten, die erfordert, dass die Pflegebedürfnisse des Patienten erfasst, die zu ihrer Befriedigung erforderliche Pflege geplant und durchgeführt und das Pflegeergebnis ausgewertet wird". Diese Definition des Krankenpflegeprozesses wurde von allen Tagungsteilnehmern als relevante Arbeitsmethode für das Krankenpflegepersonal aller Kategorien angesehen.

## 2.2 Der Bedarf an Pflegehilfspersonal

In vielen Mitgliedstaaten fehlt es an professionellen Krankenschwestern. Dieser Mangel bewirkt in einigen Ländern, dass erstmals die Heranbildung neuer Pflegekräftekategorien mit kürzerer Ausbildung ernstlich erwogen wird. In anderen Ländern, wo bereits mehrere Pflegekräftekategorien bestehen, sieht man sich nach Methoden um, um den Personalbestand besser zu organisieren und optimal einsetzen zu können. In einigen Mitgliedstaaten stellt man sich die Frage, ob stark differenzierte Pflegeberufsgruppen den Bedürfnissen der Patienten/Klienten sowohl im Hinblick auf die kurative als auch präventive Gesundheitsversorgung gerecht werden. In einigen dieser Länder hat sich die Tendenz abgezeichnet, die Struktur zu vereinfachen und maximal zwei Pflegeberufskategorien einzusetzen. Diesen einzelstaatlichen Fragestellungen liegen traditionelle Organisationsformen zugrunde, die in einem wechselseitigen Verhältnis zu den Betreuungserwartungen von sowohl Krankenhauspersonal als auch allgemeiner Öffentlichkeit stehen.

In zahlreichen Ländern haben jedoch die technologischen und medizinischen Fortschritte, die sich wandelnden Sozial- und Verhaltensstrukturen sowie die zunehmenden Ansprüche einer besser informierten Bevölkerung die Nachfrage nach zusätzlichen Kadern an Pflegehilfskräften verstärkt. Einige Entwicklungsländer leiden anscheinend an einem Mangel an voll ausgebildetem Krankenpflegepersonal, wodurch die Durchführung der geplanten Gesundheitsprogramme ernstlich bedroht wird, insbesondere die Durchführung der primären Gesundheitsversorgung. Dadurch entsteht in vielen Disziplinen ein erhöhter Bedarf an Hilfskräften.

Die Arbeitsgruppe erkannte auch an, dass der Einsatz von sehr gut ausgebildetem Personal in Funktionen, die Hilfskräfte ausführen können, unrationell sei: die Länder benötigten Personal mit einer Ausbildung zur Durchführung einfacher technischer Arbeiten und Diagnoseverfahren sowie Behandlungsverfahren für weniger wichtige Krankheiten, wozu man nicht unbedingt voll qualifizierte Krankenpflegekräfte benötigt.

Ein weiterer Grund für die Verwendung von Hilfskräften ist die Tatsache, dass nur eine ungenügende Anzahl von Schülern mit ausreichender Vorbildung für eine volle professionelle Ausbildung zur Verfügung steht. Weitere Gründe sind: die Unwilligkeit voll ausgebildeten Personals, in ländlichen Gebieten tätig zu sein, wo es an vielen Einrichtungen und Möglichkeiten fehlt, und unzureichende Mittel zur Übernahme der Lohnkosten und Kosten der längeren Ausbildung für die höher bezahlten Pflegeberufe. In bezug auf den ersten Punkt unterstrichen die Tagungsteilnehmer die Gefahr einer zu starken Ausbreitung der professionellen Ausbildung ohne gleichzeitige Bewahrung der Vorbildungsstandards - dadurch würden die Standards gesenkt, und der Mangel an Hilfskräften würde weiter bestehen.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass der Bedarf an Hilfskräften bei der Planung zahlen- und kategorienmässig genau abgeschätzt werden muss. Bevor Ausbildungsprogramme zusammengestellt werden, muss auch die Anzahl der examinierten Schwestern genau erwogen werden, damit das richtige zahlenmässige Verhältnis zwischen den beiden Gruppen hergestellt werden kann.

Auf der Arbeitsgruppentagung kamen auch gewisse Bedenken zum Ausdruck über die ungewollte Zunahme der Fachunterteilung in der Krankenpflege, die sich aus einer geänderten Technologie und medizinischen Behandlung ergibt. Dies führt unweigerlich zu einer "Spezialisierung" (und Inflexibilität), während eine "Allgemeinpflegerkraft" anpassungsfähig ist. In den Ausbildungsprogrammen kann man derartige fachspezifische Richtungen nicht immer verfolgen, was zu einer beträchtlichen Diskrepanz zwischen der Lehre und Praxis führt. Dies kann der Anstoss zur Unzufriedenheit und Konfliktbildung sein.

Einige Tagungsteilnehmer wiesen auf finanzielle Schwierigkeiten hin. Auch wenn eingesehen werde, dass die Ausbildung geändert werden müsse, fehle es u.U. an den erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen. Die Ausbildung der Hilfskräfte werde häufig im Vergleich zum Ausbildungsbedarf anderen Pflegepersonals als zweitrangig angesehen. Dies führe zu schlecht ausgebildeten Pflegekräften, die unter Überschreitung ihrer beruflichen Fähigkeiten Pflegefunktionen ausführen, die von anderen Pflegepersonen wahrgenommen werden müssten. Statistiken können den Eindruck erwecken, dass das Personal zahlenmässig ausreiche, doch bräuchten die Zahlenwerte nicht zu bedeuten, dass die Bedürfnisse des Patienten rationell und effektiv befriedigt worden sind. Eine Bemessung muss sowohl qualitativ als auch quantitativ erfolgen.

### 2.3 Pflegeentscheidungen auf forschungsbedingter Basis

Die Forschung als solche stellt keine Problemlösung dar; sie kann aber Angaben über Situationen und Personalgruppen machen, die bei entsprechender Analyse und Interpretation zur Lösung beitragen können. Die Forschung kann auch keine Entscheidungen herbeiführen, sie kann aber die Resultate ermitteln, wenn Entscheidungen nicht getroffen werden.

Im Vereinigten Königreich sind ausführliche Untersuchungen über Beschäftigungsverhältnisse, Ausbildung und Einsatz nicht vollqualifizierter Pflegekräfte durchgeführt worden; in Vergleichsversuchen wurde eine Reihe von Problemen angegangen (4). Ein Diskussionsbeitrag über einen Teil der in diesen Untersuchungen angeschnittenen Fragen ist als Anhang 2 beigelegt.

Es sei hiermit nicht angedeutet, dass ähnliche Versuche in anderen Mitgliedstaaten die gleichen Probleme aufdecken würden. Die Krankenschwestern brauchen jedoch eine Untermauerung ihrer persönlichen und fachlichen Beurteilung der Hindernisse, die einer guten Pflegepraxis im Wege stehen. Wenn eine zwangsläufig durchgeführte Untersuchung zu Ergebnissen führt, die als Entscheidungsgrundlage dienen können, lassen sich die Pflegeressourcen den Patientenbedürfnissen anpassen.

Die Arbeitsgruppe befürwortete eindringlich eine Erforschung der gegenwärtig stattfindenden Unterweisung und Verwendung der Pflegehilfskräfte in der gesamten Europäischen Region. Auf dieser Informationsbasis könnte man ein Kommunikations- und Informationssystem über die effektivere Nutzung der Pflegehilfskräfte aufbauen. Eine Untersuchung dieser Art würde auch die Führung laufend aktualisierter Verzeichnisse von Krankenpflegepersonal aller Kategorien fördern, wodurch diesbezügliche genauere statistische Informationen verfügbar würden.

### 3. Das Gesundheitsteam und die Krankenpflegehelferin

Die Teamarbeit sieht in der Praxis oft anders aus als auf dem Papier. Die Stellung der Pflegehilfskräfte in bezug auf die verwandten Gesundheitsfachkräfte verursacht einige Verwirrung, da in den Gesundheitsberufen eine Tendenz besteht, Untergruppen auszubauen und als getrennte Verwaltungsbereiche zu betrachten. Der Kontakt innerhalb der Teams erfolgt jedoch nicht immer und nicht ausschliesslich zwischen den Fachkolleginnen eines solchen Bereichs. In einigen Ländern besteht z.B. die Tendenz, multidisziplinäre Pflegehelferinnen bzw. Gehilfinnen auszubilden, die von verschiedenen Gesundheitsfachkräften ihre Anweisungen erhalten, dann aber in erster Linie gegenüber der Stelle verantwortlich sind, für die sie arbeiten.

Das Pflege-teamkonzept bezweckt die Betreuung des einzelnen Patienten durch eine Pflegegruppe. Mit anderen Worten, statt bestimmten Pflegekräften spezifische Aufgaben zuzuweisen, beteiligen sich alle Pflegepersonen in Teams an der Gesamtbetreuung einer bestimmten Patientengruppe. Diese Teams können ausschliesslich aus Krankenschwestern oder aus Pflegekräften verschiedener Kategorien bestehen. In den Vereinigten Staaten sind Forschungsversuche durchgeführt worden, mit dem Ziel, die optimale Zusammensetzung zur Befriedigung bestimmter Pflegebedürfnisse zu ermitteln (5). Andere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bestimmte Haltungen gegenüber Pflegehilfskräften und dem Organisationsvermögen der vollausgebildeten Krankenschwestern für den optimalen Einsatz der Pflegehilfskräfte genau so starke Determinanten für den optimalen Einsatz der Pflegehilfskräfte darstellen wie bei einer Funktionszuweisung in Abhängigkeit der erhaltenen Ausbildung (6).

Man sollte einsehen, dass die Pflegehilfskräfte ihren eigenen Platz im Gesundheitswesen haben und nicht bloss Untergebene der professionellen Berufsgruppen darstellen. Für eine harmonische Zusammenarbeit sind ein abgegrenzter Arbeitsbereich und festgelegte Pflichten wesentlich. Auch wenn man von Pflegehilfskräften nicht erwarten sollte, dass sie die Aufgaben voll ausgebildeter Krankenschwestern ausführen, so sollte doch ihre Arbeit so beschaffen sein, dass sie ein Gefühl der Verantwortlichkeit, des Leistungsvermögens und der Teamzugehörigkeit entwickeln können. Sie sollten auch merken, dass die vorgesetzten professionellen Kräfte sie unterstützen und schätzen. Die Arbeitsmoral wird aller Wahrscheinlichkeit nach noch mehr gestärkt, wenn bekannt ist, dass eine Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeit besteht.

Es kommt oft vor, dass Pflegehilfskräfte, statt eine Assistentenrolle zu spielen, professionelles Personal vertreten müssen. Dies erfordert eine sorgfältige, unterstützende Beaufsichtigung. In bestimmten Situationen werden die professionellen Kräfte am besten zur Beaufsichtigung der Pflegehilfskräfte eingesetzt und nicht für die direkten pflegerischen Arbeiten. In dieser Sicht kommt der Ermittlung des zahlenmässigen Verhältnisses zwischen voll ausgebildetem Personal und Pflegehilfskräften eine besondere Bedeutung zu.

Die Arbeitsgruppe kam zu dem Schluss, dass auf der Basis der gegenwärtig verfügbaren Informationen noch keine Vorschläge gemacht werden können bezüglich der Personalzusammensetzung in den verschiedenen Fachbereichen und der Personalzusammensetzung, wie sie die verschiedenen Patientenkategorien erfordern. Da es an Zeit und Studien fehlt, wurde entschieden, dass es in diesem Zusammenhang wichtiger sei, das Thema "pflegerische Betreuung in Abhängigkeit der Bedürfnisse" zu behandeln.

#### 4. Pflegerische Betreuung in Abhängigkeit der Bedürfnisse

Die Arbeitsgruppe kam zu der Auffassung, dass der Stellenwert der Pflegehilfskräfte und die Bedeutung ihres Fachniveaus am besten in Relation zu den Bedürfnissen der Patienten/Klienten/Familien diskutiert werden kann.

Eine Durchsicht der Berichte früherer WGO-Arbeitsgruppen enthüllte zwei Hauptproblembereiche: Kommunikation und Arbeitsteilung. Weitere Hindernisse sind: Bürokratismus, Konkurrenz unter Gesundheitsarbeitern, das Vorherrschen von "Solovorstellung" und "Alleingang" in den Gesundheitsberufen, die dominierende Rolle der Ärzte in Gesundheitsversorgungssystemen, Schwierigkeiten bei der Rollenfestlegung, Konflikte zwischen den Geschlechtern, Statusprobleme sowohl im akademischen als auch fachlichen Bereich, Mangel an Information sowie unzureichende Vorbereitung und Erfahrung in der Teamarbeit.

Einige Tagungsmitglieder wiesen darauf hin, dass eine Ausrichtung auf die Bedürfnisse (Patient/Klient/Familie/Gemeinde) im Gegensatz zu spezifischen Aufträgen oder Verfahren - einige dieser Hindernisse und andere Erscheinungen in der Gesundheitsversorgung, die häufig zu Konflikten führen, beseitigen oder abschwächen würden. Die in Teamarbeit gewonnenen Erfahrungen können z.B. zu einem Abbau der Statusunterschiede und zu Informationen führen, die nicht ausschliesslich von einer Berufsgruppe verwertet, sondern von allen beteiligten Berufssparten gemeinsam genutzt werden können. Eine gut geplante, vorbereitete und durchgeführte Teamarbeit kann zur Achtung vor den Fähigkeiten der anderen Gruppenmitglieder beitragen und dadurch die Zusammenarbeit erleichtern und das Konkurrenzdenken abschwächen. Ein besseres Verstehen der Arbeit des anderen verbessert das Rollenverständnis und ermöglicht einen Abbau des Bürokratismus. Die Patienten/Klienten benötigen in den meisten Fällen eine Reihe von Betreuungs- und Unterstützungsmassnahmen: Diagnose, medizinische Behandlung, körperliche und psychische Unterstützung. Nur der Teameinsatz, ob multidisziplinär auf professioneller Ebene oder vertikal mehrere Pflegeberufskategorien umfassend, oder beides gleichzeitig, ermöglicht eine ausreichende Deckung der Bedürfnisse. Weder der einzelne Gesundheitsbetreuer, noch die einzelne Fachdisziplin oder eine einzelne Ebene innerhalb einer Disziplin kann in vollem Ausmass das Gesamtspektrum der Bedürfnisse Geburt, Gesundheitsfragen, Krankheit, Behinderung, Rehabilitation und Tod bewältigen.

Die Diskussion der Pflegehilfskräfte erhält ihre besondere Relevanz durch den Umstand, dass eben die Pflegehilfskraft den längsten anhaltenden Kontakt mit dem Patienten hat. Dies gilt besonders für Krankenhäuser und Institutionen. Wenn man sich den Patientenbedürfnissen zuwendet, erhebt sich die wichtige Frage, wie die Pflegehilfskräfte am besten auszubilden und einzusetzen sind, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Wenn die Pflegehilfskraft nicht ausreichend darauf vorbereitet worden ist, am gesamten Krankenpflegeprozess (Erfassung der Pflegebedürfnisse, Planung und Durchführung der Pflege und Pflegeauswertung) teilzunehmen, gereicht dies dem Patienten zum Schaden. Die Pflegestandards könnten beträchtlich angehoben werden, wenn man mehr an eine bessere Ausbildung und Verwendung der Pflegehilfskräfte denken würde.

Eine Durchforstung der verschiedenen Berufsbezeichnungen wurde ebenfalls als wesentlich angesehen. Ein Zuviel an Berufskategorien mit verschiedenen Titeln und streng abgegrenzten Arbeitsgebieten verwirrt nicht nur Patienten und die im Gesundheitswesen Tätigen, sondern erschwert auch die Arbeit der Leitung. Aus den Diskussionen ergab sich eindeutig die Auffassung, dass aus der Sicht der Patienten und ihrer Familien in erster Linie eine Allgemein-Pflegekraft mit praktischen Fähigkeiten und einem wohlwollenden Verständnis der menschlichen Grundbedürfnisse wie ausgewogene Ernährung, persönliche Hygiene und soziale Bedürfnisse (Kommunikation und Betreuung) benötigt wird. Eine Allgemein-Pflegehelferin sollte die Management-Grundsätze gründlich kennen, eine ordnungsgeprägte Einstellung zur Beteiligung an der Betreuung und einen Sinn für die Grenzen ihrer Kompetenz

haben, so dass Überweisungen vorgenommen werden können, bevor Krisen und Notfälle eintreten. Pflegehilfspersonal in der primären Gesundheitsversorgung sollte, wenn es engen Kontakt mit den Patienten und Familien hat, die Gelegenheit haben, an Überwachungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen teilzunehmen. Wenn sie diese Rolle richtig ausfüllen sollen, müssen sie eine entsprechende Ausbildung erhalten.

Es wurde auf der Tagung angedeutet, dass in speziellen Behandlungszentren und hochtechnisierten Abteilungen die pflegerischen Bedürfnisse des Patienten effektiver und wirtschaftlicher durch ausschliessliche Verwendung von vollausgebildeten Krankenschwestern befriedigt werden. Dies wurde von den anderen Tagungsteilnehmern nicht bestritten. Sie wiesen jedoch darauf hin, dass der Gross- teil der Gesundheitsversorgung sich auf gemeindenaher Ebene abspielt und deshalb die oben erwähnte Einsatzform in der primären Gesundheitsversorgung weder realistisch noch anstrebenswert ist.

## 5. Personalbeschaffung, Ausbildung und Einsatz von Pflegehilfspersonal

### 5.1 Personalbeschaffung und Auswahl

Obwohl durch die hohe Arbeitslosigkeit in der gesamten Europäischen Region theoretisch gute Voraussetzungen für die Einstellung von Pflegehilfskräften bestehen müssten, ist nicht zu übersehen, dass andererseits die finanziellen Mittel für Gesundheitsversorgungsprogramme stark gekürzt werden. Das wirkt sich u.a. auf eine eventuell geplante Erweiterung der Ausbildung von Pflegehilfskräften und die Einstellungsziffern aus. In manchen Ländern, besonders in solchen, die einen hohen Allgemeinbildungsstand aufweisen, fehlt es auf dem Arbeitsmarkt an Kräften, die sich für die Pflegehilfe interessieren, da sie in ihrer jetzigen Form wenige Anreize bietet; schlechte Bezahlung, geringes Ansehen, keine ausbildungsmässigen Voraussetzungen und mangelnde Gelegenheit zur Weiterbildung lassen die Arbeit nicht attraktiv erscheinen. In einigen Ländern tragen diese Nachteile dazu bei, dass zahlreiche Bewerbungen von Personen ausländischer Abstammung berücksichtigt werden, die manchmal nur vorübergehend im Land wohnen und oft die Sprache, Kultur, Sitten und Erwartungen des Gastlandes nur unzureichend verstehen.

Eine Grundbedingung bei der Auswahl von Bewerbern für Pflegehilfsberufe ist ein ausreichendes Verständnis der Funktionen, die die angehende Hilfskraft zur Deckung der Pflegebedürfnisse auszuführen hat. Diese Funktionen müssen auch im richtigen Verhältnis zu sozialen Gepflogenheiten und kommunalen Einschränkungen stehen; man braucht eine Kraft mit zeitgemässen Kenntnissen, die aber gleichzeitig in den kommunalen Bereich ihres künftigen Einsatzes passt.

Auf die bestehenden Ausbildungsmöglichkeiten sollte öffentlich aufmerksam gemacht werden, damit die richtigen Bewerber aufmerksam werden; in Schulen und durch kommunale Einrichtungen sollte der humanitäre Aspekt der Pflegehilfsberufe betont werden. Eine frühzeitige Unterweisung junger Leute in Erster Hilfe und Hygiene durch Erziehungseinrichtungen und freiwillige Organisationen ist sehr wertvoll, nicht nur weil potentielle Bewerber dadurch einen Einblick in die Gesundheitsarbeit erlangen, sondern weil sie dadurch die Möglichkeit haben, festzustellen, ob sie ein echtes Interesse an der Pflegehilfe aufbringen können.

Bei der Zulassung zur Ausbildung sollte man sich in bezug auf Alter und Geschlecht auch nach den lokalen kulturellen Verhältnissen richten. Bei der Auswahl von Pflegehilfsschülern ist auch darauf zu achten, dass sie körperlich und psychisch robust sind, Initiative entwickeln können, selbständig und zuverlässig arbeiten und Interesse an ihrer Arbeit haben. Bringt die Bewerberin bereits Erfahrung mit, lässt sich dadurch ein eventueller Mangel in anderer Richtung ausgleichen, z.B. in bezug auf schulische Leistungen. Besondere Fähigkeitstests und Anpassungskurse vor der eigentlichen Ausbildung stellen nützliche Methoden zur Aussonderung ungeeigneter Kandidaten dar. Man sollte beim Auswahlverfahren auch eine gewisse persönliche Ermutigung der Kandidaten nicht unterlassen.

Eine kurze Probezeit, eventuell im Rahmen der Ausbildung, ist angebracht, da sich dann die Bewerberin über ihre Berufsabsicht eindeutig klar werden und andererseits das Ausbildungspersonal bzw. der Arbeitgeber die Geeignetheit der Schülerin feststellen kann.

Die Auswahl zukünftiger Pflegehilfskräfte ist also eine vielseitige Angelegenheit; bisher hat man die psychosozialen und praktischen Anforderungen zu wenig beachtet. Die Tagungsteilnehmer waren sich darin einig, dass eine stärkere Beachtung der Auswahlverfahren zu einer qualitativen Anhebung der Pflegehilfsberufe führen würde. Jedes Land sollte Auswahlrichtlinien festlegen, die national anerkannt werden und auch eine Zeugnispflicht beinhalten. Parallel mit einer Anhebung der allgemeinen schulischen Ausbildung eines Landes sollten auch die schulischen Voraussetzungen für Bewerber der Pflegehilfsberufe angehoben werden.

## 5.2 Ausbildung

Die Mehrheit der Tagungsteilnehmer berichtete von schlechten Verhältnissen in bezug auf Einrichtungen und Lehrpersonal für Pflegehilfskräfte. Ein eventueller Grund hierfür sei die Haltung, dass die Ausbildung eher als Notbehelf angesehen werde. Mit anderen Worten kommt in dem Mangel an organisierten Ausbildungsstätten, qualifizierten Lehrschwestern und weiterführenden Ausbildungsmöglichkeiten die, wenn auch nicht offen ausgedrückte, Erwartung der Gesundheitsberufe zum Ausdruck, dass die Pflegehilfskräfte sowieso "verschwinden" würden. Schon seit mehreren Jahrzehnten ist bezweifelt worden, dass diese Gruppe in Zukunft noch benötigt würde. Die Arbeitsgruppe äusserte die Ansicht, dass solche Zweifel nicht mehr beständen. Offensichtlich gibt es viele Aufgaben in der Krankenpflege, die nur von voll ausgebildeten Krankenschwestern wahrgenommen werden können, doch werden andere Funktionen am rationellsten vom Pflegehilfspersonal durchgeführt. Dahingegen bestand keine Einigkeit in bezug auf die Forderung, dass nur vollausgebildete Krankenschwestern Organisationsaufgaben innerhalb der Krankenpflege, Manager-Aufgaben für das Pflegepersonal und komplizierte, technologische praktische Funktionen durchführen sollen. Die Tagungsteilnehmer aus den Ländern, wo immer noch eine starke medizinische Dominanz vorherrscht, trafen dort eine geringere Differenzierung des Pflegepersonals verschiedener Kategorien an als ihre Kolleginnen aus anderen Ländern.

In bezug auf Leitlinien zur Erstellung der Curricula vertrat die Arbeitsgruppe die Ansicht, dass je nach Mitgliedsland, und manchmal auch je nach Gebieten oder Regionen eines Landes, verschiedene Schwerpunkte zu legen sind. In welchem Umfang Grundfächer wie Soziologie, Biologie oder Physik zu berücksichtigen sind, sollte nur nach ihrer Bedeutung im Hinblick auf das Verständnis der zu lehrenden Hauptfächer beurteilt werden. Man war sich einig, dass eine genaue Berichtführung wichtig ist und die Ausbildungsprogramme auch die Berechnung von Dosen, Mixturen usw. enthalten sollten. Das Unterrichtsniveau für Pflegehilfskräfte wird in der gesamten Region als relativ niedrig angesehen. Die Unterweisung erfolgt oft während der Arbeit und durch Personen ohne pädagogische Ausbildung. Die Teilnehmer waren überzeugt, dass Pflegehilfskräfte, genau wie die Lernschwestern, von qualifizierten Lehrschwestern unterrichtet werden sollten.

Man war sich einig, dass Ausbildungsprogramme theoretischen und praktischen Unterricht, Management des Pflegeprozesses und Grundsätze der Personalführung enthalten sollten, letzteres in dem Umfang wie dies für die Pflegehilfskraft als Teammitglied nötig ist.

Um das Team-Konzept zu verwirklichen, muss der Unterricht für Pflegehilfskräfte auch gewisse Elemente des Unterrichts für andere Personalkategorien enthalten. Da ein gemeinsamer Unterricht für Schüler mit stark voneinander abweichenden schulischen Voraussetzungen nicht angebracht ist, könnte man bei der Ausbildung in Grundbegriffen homogene Gruppen zusammenfassen. Dies gilt besonders für die praktische Ausbildung. Welches Ausbildungssystem auch gewählt wird, ist es immer ratsam, einer logischen Lernsequenz zu folgen. Die Kombination von Theorie und Praxis setzt voraus, dass Einrichtungen für den theoretischen Unterricht, für praktische Versuche, Vorführungen und Tätigkeiten vorhanden sind. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe vertraten den Standpunkt, dass der Unterricht laufend zu kontrollieren ist, um sicherzustellen, dass die im Unterricht behandelten Verfahren auch tatsächlich in der Praxis angewandt werden können.

Die modernen Unterrichtsmethoden befürworten einen individuellen Ansatz unter Berücksichtigung der persönlichen Stärken und Schwächen des Schülers. Ein Ziel der Pflegehilfeausbildung besteht in der Stärkung der Persönlichkeit; die Auszubildende sollte sich ein gewisses Selbstvertrauen im Umgang mit dem Patienten/Klienten aneignen, wodurch auch das Vertrauen des Patienten gegenüber dem Pflegepersonal wächst. Pflegehilfeschulen sollten nach festen Richtlinien eingerichtet sein und eine offizielle Zulassung erfordern. Personen, die eine Ausbildung am Arbeitsplatz durchlaufen haben, sollten einen Befähigungsnachweis dafür erhalten, der es ihnen gestattet, den erworbenen Fertigkeiten entsprechend tätig zu sein. Sie sollten auch die Möglichkeit haben, ihre Fähigkeiten auszubauen, entweder durch Wiederholungskurse oder offizielle Ausbildungskurse.

## 5.3 Berufliche Mobilität und Laufbahnfragen

Viele Länder entwickeln alternative Ansätze innerhalb der bestehenden Gesundheitsversorgungssysteme. Die primäre Gesundheitsversorgung wird in zunehmendem Masse als Basis für eine sekundäre und tertiäre Betreuungsebene angesehen. Durch eine solche Veränderung der Versorgungssysteme wird eine Reihe neuer Berufskategorien auf allen Stufen geschaffen, einschliesslich fachlicher Berufe, technischer Assistenzberufe und Tätigkeiten mit minimaler Ausbildung.

Die Tagungsteilnehmer empfahlen, eine eventuelle Neukreierung von Gesundheitsberufen nur im Rahmen eines umfassenden Entwicklungsplans des Gesundheitswesens durchzuführen. Die Festlegung von Laufbahnordnungen für neue Berufe und deren wirtschaftlichen Implikationen sollten schon im Planungsstadium berücksichtigt werden. In zahlreichen Ländern hat die inflexible Krankenpflegeausbildung und -praxis dazu geführt, dass Personengruppen mit einer bestimmten Krankenpflege- oder Pflegehilfsausbildung bei der beruflichen Weiterbildung auf Schwierigkeiten stossen. In vielen Fällen gibt man dann den Pflegeberuf auf oder muss zur Erreichung weiterer Qualifikationen wieder von vorn anfangen.

Zur Aufrechterhaltung der Berufsmotivation sollte für die Pflegehilfskraft die Aussicht auf eine vernünftige Laufbahn bestehen. Dies braucht nicht unbedingt eine Beförderung zu bedeuten: durch Flexibilität innerhalb der Systeme wird die berufliche Mobilität auf der gleichen Stufe ermöglicht. Drei Personalkategorien können innerhalb bestimmter Berufssysteme bereits zuviel sein, besonders wenn Lernschwestern oder Schüler zum Arbeitskräftepotential beitragen. Ebenso gilt, dass eine Weiterausbildung ihren Sinn verliert und Unzufriedenheit oder sogar Konflikte zwischen dem Personal verschiedener Stufen auftreten können, wenn berufliche Qualifikationen und Ausbildungsebenen nicht mit der Arbeitsverteilung und den Kompetenzbereichen zusammenpassen. Die Arbeitsgruppe meinte, dass die Ausbildung fortschrittlich sein und den Verantwortungsbereich vergrössern sollte. Man sollte eine Lohn/Gehaltskala mit stufenmässigen Erhöhungen verwenden und dem Personal, das sich bewährt hat und über entsprechende Fähigkeiten und Erfahrung verfügt, Beförderungsmöglichkeiten bieten.

Ein Teil der Pflegehilfskräfte wird vielleicht eine volle Fachausbildung anstreben; bei entsprechenden ausbildungsmässigen Voraussetzungen sollte auch der Weg zum akademischen Unterricht offenstehen. Hierbei muss jedoch auch an Punkte gedacht werden wie: Wahrung der zuvor erworbenen Berufs- und Altersversorgungsrechte, Ausbildungsurlaub oder Dienstfrei und Stipendien. Einige Teilnehmer äusserten, dass den Pflegehilfskräften die Gelegenheit gegeben werden soll, ihre Schulbildung zu verbessern, damit auch sie die Möglichkeit der Weiterbildung und Beförderung hätten.

#### 5.4 Einsatz der Pflegehilfskräfte

Pflegehilfskräfte sind nicht nur in Entwicklungsländern, sondern auch in Industrieländern von Bedeutung. Sie werden gebraucht, um das Angebot der Gesundheitsdienste zu verbreitern, in denen ein Mangel an voll ausgebildeten Fachkräften besteht, und um die erfahrenen und gut ausgebildeten Fachkräfte rationell zu verwenden. Ab und zu verlautet, dass Pflegehilfskräfte eine vorübergehende Lösung, ein Notbehelf oder ein nicht kompetenter Ersatz für examinierte Krankenschwestern seien. Man bekommt auch zu hören, dass die Krankenschwestern nicht ohne weiteres Pflegehilfskräfte als festen Bestandteil eines geordneten Pflegepersonalsystems ansehen. Die Arbeitsgruppe vertrat einstimmig die Auffassung, dass unglücklicherweise die Tendenz bestünde, die Leistungsmöglichkeiten der Pflegehilfskräfte zu unterschätzen und ihre Tätigkeit als eine Arbeit anzusehen, die examinierte Schwestern viel besser ausführen könnten, wenn sie die Zeit dazu hätten.

Wenn man eine Änderung der Stellenstruktur und des Leistungserbringungssystems im Gesundheitswesen plant, müssen die eventuellen Folgen frühzeitig ermittelt und gegebenenfalls entsprechende Schritte unternommen werden. Es ist besonders nötig, klar die Verantwortungsbereiche und Aufgaben der bereits im Gesundheitsversorgungssystem eingesetzten Personalkategorien und die der neu hinzukommenden festzulegen. Weitere zu beachtende Faktoren sind: 1. Die Tatsache, dass die Öffentlichkeit mehr über die Verfügbarkeit des Gesundheitsdienstes weiss und ihn deshalb mehr in Anspruch nehmen und höhere Kosten verursachen wird. 2. Die Ressourcen sind begrenzt, weshalb die Prioritäten laufend überprüft werden müssen. 3. Grössere Bevölkerungsgruppen, besonders Senioren, benötigen den Gesundheitsdienst in zunehmendem Umfang.

Viele Jahre hindurch haben die Krankenschwestern in den meisten Gesundheitsversorgungssystemen den grössten Teil der gesundheitlichen Betreuung durchgeführt, ihre Rollen und Funktionen können jedoch nicht unverändert bleiben - sie müssen sich, wie bei den anderen Gesundheitsarbeitern, ändern und öfters überprüft werden. Es ist deshalb von entscheidender Wichtigkeit, die eventuellen Konsequenzen der in den Gesundheitssystemen geplanten Änderungen abzuschätzen, damit die relevanten Modifikationen in Pflegepraxis, Management, Ausbildung und Forschung durchgeführt werden können.

Die Krankenschwestern müssen ermitteln, welche Dienstleistungen ihr Beruf den verschiedenen Bevölkerungsgruppen gegenüber erbringen kann, und welche Unterstützung sie von anderen Gesundheitskräften (einschliesslich der Pflegehilfskräfte) benötigen, um ihre Aufgaben effektiv und zu vertretbaren Kosten auszuführen. Doppelarbeit und ungerechtfertigte Überlappung der Tätigkeiten von Ärzten, Pflegepersonal der verschiedenen Kategorien und anderer Gesundheitsarbeiter sollten auf ein Mindestmass beschränkt werden. Die Krankenschwestern müssen an der umfassenden, interdisziplinären Überprüfung der Rollen und Funktionen aller Gesundheitsarbeiter innerhalb des Systems beteiligt werden. Ein wesentlicher Teil einer solchen Überprüfung sollte die laufende Evaluierung des Beitrags der Pflegeberufe sein, einschliesslich der Pflegehilfsberufe.

Es zeigte sich deutlich in den Diskussionen der Arbeitsgruppe, dass eine Ausweitung des Pflegebereichs der Pflegehilfskräfte, und nicht eine Schrumpfung, als anstrebenwert angesehen wird.

Die Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils wurde als ein grosser Bereich angesehen, in dem die Pflegehilfe ausgebaut werden kann. Es wurde vorgeschlagen, dass sich die Pflegehilfskräfte auf die Altenpflege spezialisieren sollten. Ein solcher Schritt würde aber zur weiteren Zersplitterung der Krankenpflege führen. Die Altenpflege würde dann vielleicht auch als eine "uninteressante" Pflegeeinrichtung mit ihren eigenen Standards betrachtet werden, obwohl sie einen hohen Ausbildungsstand und Einsatzbereitschaft fordert. Durch die Besprechung dieser Möglichkeiten tauchte auch ein anderer wichtiger Aspekt auf, der einer weiteren Diskussion bedarf: die Verwendung von Pflegehilfspersonal in der häuslichen Betreuung im Rahmen der Gemeindepflege.

In vielen Industrieländern der Region gewinnen die Rehabilitation von Unfallverletzten und chronisch Kranken bzw. die Langzeitpflege zunehmend an Bedeutung; auch hier könnten besonders Pflegehilfskräfte eingesetzt werden. Es liegt auf der Hand, dass das Pflegehilfspersonal am meisten auf dem Gebiet leistet, auf dem es ausgebildet worden ist. Trotzdem wird es laufend bei Patientengruppen eingesetzt, deren Leiden, Schwierigkeiten und Bedürfnisse das Wissen und den Verantwortungsbereich der Pflegehilfskräfte überschreiten. Eine solche Praxis bringt nicht nur offensichtliche Nachteile und manchmal eine Schädigung der Patienten mit sich, sondern stellt auch eine schlechte Nutzung der Kapazität der Pflegehilfskraft dar. Die Arbeitsgruppe betonte, dass ein solches Vorgehen möglichst vermieden werden sollte.

Die Tagungsteilnehmer drängten darauf, für das gesamte Krankenpflegepersonal des Gesundheitswesens leistungsoptimale Tätigkeitsebenen festzulegen. In diesem Zusammenhang wären auch die relevanten gesetzlichen Vorschriften zum Schutz des Pflegepersonals und der Patienten zu beachten.

#### 5.5 Gesetzgebung

Die gegenwärtigen Gesetze in einigen Ländern, in denen der Hauptschwerpunkt auf der kurativen Betreuung in Krankenhäusern und anderen klinischen Einrichtungen liegt, behindern den Aufbau der Pflegehilfsdienste ausserhalb der Institutionen. Wenn die Pflegehilfskräfte nicht besonders dafür ausgebildet werden, die Gesundheitsbetreuung auch zu Hause beim Patienten und in den Gemeinden durchzuführen, werden einzelstaatliche Pläne hinsichtlich einer gleichmässigeren Verteilung der Gesundheitsbetreuungsressourcen unweigerlich innerhalb gewisser Grenzen bleiben. Die primäre Gesundheitsversorgung nimmt im Hinblick auf die Erreichung des sozialen Hauptziels der WGO und ihrer Mitgliedstaaten, nämlich die Ermöglichung eines guten Gesundheitszustands für alle bis zum Jahr 2000, eine Schlüsselstellung ein. Die Arbeitsgruppe unterstrich, dass das Gesundheitspersonal der Primärversorgung auch Pflegehilfskräfte umfassen soll; sie werden besonders in geographisch abseits liegenden Gegenden gebraucht, wo nur wenige oder gar keine vollausgebildeten Kräfte vorhanden sind.

Die rechtlichen Aspekte der klinischen Verantwortlichkeit beim Einsatz von Pflegehilfskräften wurden als wichtiges Thema für weitere Untersuchungen angesehen. Die Arbeitsgruppe sah ein, dass sie dieses Thema nicht richtig behandeln konnte, weil die relevanten Gesetze der verschiedenen Mitgliedstaaten nicht ausreichend bekannt waren. Man brachte jedoch ein Hauptanliegen zur Sprache: es muss eine logische Verkettung zwischen Umfang und Art der Pflegehilfeausbildung, Umfang und Art der erforderlichen Beaufsichtigung der Pflegehilfskräfte und Umfang und Art der ihnen zugeteilten Verantwortung bestehen. Die Ermittlung konkreter Determinanten für diese dreifache Beziehung wurde als nötig angesehen, damit den examinierten Krankenschwestern Indikatoren zur Verfügung stehen, nach denen sie ihre Management-Funktionen ausführen können. Man erkannte die Tatsache, dass durch einen Ausbau der Pflegehilfeausbildung auch der Verantwortungsbereich des Pflegehilfspersonals vergrössert würde. Trotzdem gilt der Grundsatz, dass die ausgebildeten Krankenschwestern, wenn sie Pflegehilfskräfte unterweisen, auch für deren Beaufsichtigung zu sorgen haben. Die Fachkräfte sind nicht nur für ihre eigene praktische Tätigkeit verantwortlich, sondern auch dafür, dass die Hilfskräfte gebührend angeleitet, beraten und unterstützt werden und ihnen die Fertigkeiten und das Wissen vermittelt werden, die für eine sachgemässe Pflegebetreuung erforderlich sind. Von den Pflegehilfskräften sollte nie verlangt werden, die Gesamtverantwortung für die Betreuungsleistung zu übernehmen.

## 5.6 Organisatorische Leitung (Management) und Aufsichtsführung

Die organisatorische Leitung wurde von der Arbeitsgruppe als eine Grundfunktion der Pflegebetreuung angesehen. Die Teilnehmer zeigten grosses Interesse an den Vorteilen des Krankenpflegeprozesses bei der Patientenbetreuung. Mitarbeiter des WGO-Regionalbüros für Europa berichteten im Rahmen des mittelfristigen Programms für Pflege- und Hebammenwesen über diesen Punkt. Man betonte, dass während der gesamten Ausbildungsdauer die angehende Krankenschwester in organisatorischen Fragen unterwiesen werden soll. Die den Krankenschwestern zufallende Aufgabe der Verteilung von menschlichen und sonstigen Ressourcen verlangt ein erhebliches Mass an Befähigung auf diesem Gebiet. Ein gegenwärtiges Hindernis beim Einsatz von Pflegehilfskräften scheint ein Mangel an Organisationsvermögen seitens der leitenden Krankenschwestern zu sein, was bewirkt, dass diese Aufgaben nicht gut genug ausgeführt werden. Es wurde auch betont, dass eine Management-Ausbildung periodisch durchzuführen sei und sich nicht auf einen einzelnen Lehrgang beschränken soll; ein Verständnis dieses Aufgabengebiets ist für alle Kategorien des Pflegepersonals notwendig.

## 6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. Die Pflegehilfskraft im Krankenpflege- und Hebammenwesen gehört zum Gesundheitsbetreuungsteam und nimmt als solche auf ihrem Fähigkeitsniveau an der Leistungserbringung teil. Es ist Aufgabe der voll ausgebildeten Schwester, der Pflegehilfsperson bei der Entwicklung des Verständnisses und der fachlichen Fähigkeiten für die Ausführung jeder Phase des Krankenpflegeprozesses (Erfassen der Pflegebedürfnisse, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegeauswertung) behilflich zu sein.
2. Alle pflegepersonalmässigen Ressourcen sind für eine Besserung und Weiterentwicklung der Pflegebetreuung von ausschlaggebender Bedeutung. Die Pflegebetreuung als solche muss auf einer belegten Erfassung und Anerkennung der Gesundheitsbedürfnisse von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen gründen. Ein Mitspracherecht der Patienten bei der Feststellung und Mitteilung ihrer Gesundheitsbedürfnisse ist anzuerkennen. Vollausgebildete Krankenschwestern und Pflegehilfskräfte sollten diese Entwicklung fördern und die Meinung des Patienten in jeder Phase des Krankenpflegeprozesses berücksichtigen.
3. Die Anwerbungs- und Auswahlrichtlinien sind so abzufassen, dass die schulischen Voraussetzungen die Bewerber befähigen, im Zuge ihrer Ausbildung die Fähigkeit zur zuverlässigen und effektiven praktischen Pflegebetreuung zu erwerben. Das schulische Mindestniveau für eine Ausbildung in der Krankenpflege sollte im Takt mit der allgemeinen schulischen Ausbildung eines Landes ansteigen. Zudem sollten die eingestellten Pflegehilfskräfte gemäss den im betreffenden Land festgelegten beruflichen Massstäben eine ausreichende Berufsmotivation und ein zufriedenstellendes Berufsverhalten aufweisen. Auf gesamtstaatlicher Ebene sind Auswahlverfahren einzuführen. Die früher erwähnte ausbildungsmässige Vorbereitung wird als die wichtigste Voraussetzung dafür angesehen, dass Pflegehilfskräfte dazu ausgebildet werden können, unter Berücksichtigung der Patienten/Klientenbedürfnisse und -erwartungen und der verfügbaren Ressourcen die Pflegebetreuung zu planen und durchzuführen.
4. Alle Pflegepersonalkategorien sollten eine ausreichende Pflegeausbildung durchlaufen, bevor sie zur praktischen Pflegearbeit zugelassen werden. Dauer, Inhalt und Methoden der Pflegehilfsausbildung sollten auf Landesebene<sup>a</sup> festgelegt werden. Dabei sind die identifizierten Bedürfnisse von Patienten/Klienten/Familien zugrunde zu legen; es ist zu prüfen, ob der Kandidat die Fähigkeiten erworben hat, die seiner jeweiligen Berufskategorie innerhalb des Pflegepersonals entsprechenden Tätigkeiten ausführen zu können. Die Pflegehilfskräfte sollten eine derartige schulische Vorbildung erhalten, dass sie als Teamangehörige sowohl im Krankenhaus als auch im Gemeinderahmen pflegerisch tätig sein und das erforderliche Wissen und Berufskönnen erwerben können.
5. Das für die Ausbildung der Pflegehilfskräfte zuständige Lehrpersonal sollte aus examinierten Krankenschwestern bestehen, die nicht nur in der Krankenpflege, sondern auch in der Pädagogik qualifiziert sind. Pädagogische Voraussetzungen bilden einen ebenso wichtigen Aspekt in der Krankenpflege und dürfen nicht vernachlässigt werden. Es wird dringend empfohlen, die Ausbildung nach einem durchdachten Lehrplan und an einer anerkannten, zugelassenen Krankenpflegeschule durchzuführen, deren Lehrkörper aus vollqualifizierten Lehrschwestern besteht.
6. Den Pflegehilfskräften muss der Erwerb zusätzlicher Qualifikationen und das Einschlagen weiterführender Laufbahnen möglich gemacht werden. Eine Pflegehilfskraft, die über die schulischen Voraussetzungen verfügt, muss die Möglichkeit haben, durch eine kontinuierliche theoretische und praktische Weiterbildung jede in ihren Grenzen liegende berufliche Ebene zu erreichen; Aufstiegs-hindernisse sollten beseitigt werden.

<sup>a</sup> Anmerkung des Übersetzters: Gemeint ist nicht Bundesland, sondern Einzelstaat, Nation

7. Die Pflegehilfskräfte sollten wie das übrige Pflegepersonal an einem geordneten, fortlaufenden, stufenmässig gegliederten Unterricht teilnehmen. Ein solcher Unterricht regt zur kreativen Pflegearbeit an, die Teilnahme sollte als Pluspunkt im Hinblick auf eine Erweiterung des Aufgabebereichs gewertet werden.
8. Der theoretische Unterricht in der Pflegehilfsausbildung muss den Schülern die Grundsätze der Pflegebetreuung vermitteln, gleichgültig ob sie in Krankenhäusern oder in den Gemeinden erfolgen wird. In dem Masse, wie man sich des Gesundheitsdefizits bewusst wird, werden in dieser Untergruppe des Pflegepersonals, besonders auf Gemeindeebene, Änderungen erforderlich werden.
9. Konstruktive Teambeziehungen und Beziehungen zwischen Patient/Klient und Pflegeperson werden entwickelt, indem man die Management-Ausbildung auf allen Ebenen des Pflegepersonals betreibt. Die examinierte Schwester muss eine gute Befähigung zur Personalführung und Pflegepraxis an den Tag legen, damit sie die Arbeit der Pflegehilfskräfte positiv beeinflusst. Auch diese sollten gewisse Kenntnisse der organisatorischen Grundsätze haben und bei der Pflegearbeit nach einer planmässigen Methode vorgehen. Das Konzept des Krankenpflegeprozesses, das sowohl eine organisatorische Methode als auch eine Pflegebetreuungsmethode darstellt, ist auf die klinischen und organisatorischen Tätigkeiten des gesamten Pflegepersonals anwendbar. Es hat erwiesenermassen bewirkt, dass das Personal mit seiner Arbeit und der Patient/Klient mit der Pflege zufrieden ist.
10. Wenn das Pflegewesen seine Ressourcen rationalisieren und an globalen, regionalen, nationalen und multinationalen Gesundheitsbetreuungsvorhaben teilnehmen will, müssen neue Strategien für die Ausbildung, Umverteilung und Verwendung der Pflegehilfskräfte aufgestellt werden. Die Arbeitsgruppe bekräftigte die Ziele der Erklärung von Alma-Ata und legte ihre eigenen Initiativen für die Ausbildung und den Einsatz der Pflegehilfskräfte im Rahmen der Strategien zur Erreichung eines guten Gesundheitszustands für alle bis zum Jahr 2000 vermittelt der primären Gesundheitsversorgung fest. Um eine ausreichende Grundlage für derartige Initiativen zu schaffen, empfahl die Arbeitsgruppe die Anfertigung einer Studie als Ausgangspunkt für eine Harmonisierung der Verwendungs- und Ausbildungsformen von nicht examinierten Pflegehilfskräften. Eine Untersuchung alternativer Formen würde einen Überblick darüber vermitteln, wo und wie eine Harmonisierung durchgeführt werden kann.
11. Um konkrete Schritte zur Rationalisierung der Krankenpflegerressourcen einzuleiten, muss zunächst ein deskriptives und statistisches Bild der derzeitigen Ausbildung und Verwendung der Pflegehilfskräfte in der gesamten Region gezeichnet werden. Wenn die Länder ein regelmässig aktualisiertes Register des gesamten Pflegepersonals führen würden, wäre eine solche Darstellung einfacher. Die Arbeitsgruppe empfahl, die bereits von der WGO in Zusammenarbeit mit einigen Ländern aufgestellte Informationsgrundlage auf die ganze Europäische Region auszudehnen.
12. Es wurde der Vorschlag gemacht, das wichtige Thema der Krankenpflegegesetzgebungen weiter zu untersuchen, da sie für die Aufsichtsverantwortung der Krankenschwester gegenüber den Pflegehilfskräften eine Rolle spielen. Man sollte ausserdem einen genauen Bezug zwischen der Rechtsverantwortlichkeit, Aufsichtsverantwortlichkeit und ausbildungsmässigen Vorbereitung ermitteln.

#### LITERATURNACHWEIS

1. Nursing services: report on a WHO Symposium. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1980 (EURO Reports and Studies, Nr. 22)
2. De Moerloose, J. Legislation concerning services and education. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1979
3. European Communities/WHO Meeting on Nursing Personnel Information Systems. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1977 (Dokument ICP/HSD 044)
4. Hardie, M. The nursing auxiliary in the National Health Service, Parts I and II. Edinburgh, Scottish Home and Health Department, 1978/79
5. Partznick, M. A guide for staffing a hospital nursing service. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1966 (Public Health Papers, Nr. 31)
6. Roberts, D.E. The staffing of public health and outpatient nursing services. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1963 (Public Health Papers, Nr. 21)

Anhang 1

KURZBERICHT DER ARBEITSGRUPPENTAGUNG ÜBER DIE ROLLE DES KRANKENPFLEGE-  
UND HEBAMMENWESENS IM RAHMEN DES GESUNDHEITSBETREUUNGSSYSTEMS  
BRÜSSEL, 4.-7. DEZEMBER 1979

An der Tagung nahmen 26 Berater auf Zeit und 4 direkte Mitarbeiter des WGO-Regionalbüros für Europa teil. Die anderen Teilnehmer umfassten Ärzte, Krankenschwestern, leitende Vertreter der öffentlichen Gesundheitsverwaltung und einen Gesundheitsökonom, die alle Schlüsselpositionen in der Gesundheitsversorgung innehaben.

Ziel der Arbeitsgruppe war:

1. die gegenwärtig üblichen organisatorischen Teilsysteme des Pflegewesens in den Ländern der Europäischen WGO-Region zu überprüfen
2. Leitlinien für die Planung effektiver organisatorischer Teilsysteme des Pflegewesens auf landesweiter, regionaler und lokaler Ebene zu formulieren
3. Strategien zur Überwindung der Haupthindernisse bei der Einführung wünschenswerter Formen der derzeitigen Organisationssysteme auszuarbeiten
4. Vorschläge zu unterbreiten für die Entwicklung zweckmässiger Pflegepersonal-Untergruppen und für eine Verbesserung der Methoden zur Ermittlung der zahlenmässigen und fachlichen Zusammensetzung des Pflegepersonals, das zur Deckung des Pflegebedarfs von Patienten/Klienten und Familien benötigt wird.

Die Tagung war die zweite von insgesamt drei Tagungen, die im Rahmen des mittelfristigen Programms des Regionalbüros über Krankenpflege- und Hebammenwesen in Europa veranstaltet werden, und stellte zugleich eine Fortsetzung des Symposiums über Krankenpflegedienste dar, das im November 1978 in Stuttgart stattfand.

Diskussion

Nachdem der Arbeitsgruppe zunächst Berichte über gegenwärtige Management-Teilsysteme des Pflegewesens vorgetragen worden waren, stellte die Gruppe fest, dass trotz der WGO-Berichte und Empfehlungen der letzten 30 Jahre, in denen wiederholt auf die Notwendigkeit der Einrichtung bzw. des Ausbaus rationeller Management-Systeme für das Pflegewesen durch die Länder hingewiesen worden war, diese kaum zu Änderungen der ungleichen und schwerfälligen Struktur geführt haben, die in der Mehrzahl der Länder der Europäischen Region besteht.

Die Tatsache, dass effektive Organisationssysteme für das Pflegewesen in nahezu allen Ländern der Region fehlen, wurde u.a. folgenden hindernden Faktoren zugeschrieben:

- ein allgemeines Unverständnis seitens der Gesundheitsberufe und der Öffentlichkeit, die Krankenpflege als eigene Gesundheitsdisziplin anzusehen, und ein damit verbundenes Versäumnis, ihre wirkliche Rolle im Gesundheitswesen zu erkennen
- das Fehlen einer nationalen Politik bezüglich der Krankenpflege und ihrer Rolle im Rahmen des gesamten Gesundheitssystems
- das traditionelle Nichtvertretensein der Krankenschwestern in Entscheidungsgremien auf nationaler bzw. regionaler Ebene
- die häufige Abneigung der Krankenschwestern, Verantwortlichkeiten auf höherer Ebene zu übernehmen oder sich den Herausforderungen zu stellen, die mit dem Wandel ihrer Rolle und Funktionen in Zusammenhang stehen
- das Fehlen genauer Information über Pflegewesen, Krankenpflegeausbildung, Pflegepersonal usw.
- die von den Ärzten in vielen Ländern über die Krankenpflege ausgeübte Dominanz.

Eingedenk der Notwendigkeit für die Länder, ihre Gesundheitspolitik dahingehend zu revidieren, dass ein zunehmendes Schwergewicht auf die primäre Gesundheitsversorgung, die multidisziplinäre Teamarbeit und die Mitarbeit der Leistungsempfänger an der Entwicklung geeigneter Gesundheitsprogramme gelegt wird, hob die Gruppe hervor, dass die Länder die Form und Besonderheiten ihres eigenen Gesundheitspersonalwesens und der zugehörigen Organisationsstruktur klarer festlegen müssten, ehe eine operationelle Umstrukturierung, einschliesslich Vorkehrungen für die regionale, nationale und lokale Organisation der Pflegedienste, vorgenommen werden könne.

Die Gruppe sprach sich dafür aus, dass die Zuständigkeit für die organisatorische Leitung im Pflegewesen bei den Krankenschwestern auf folgenden drei Ebenen liegen sollte: organisatorische Durchführung der Krankenpflege als solcher (der Grundstein der Krankenpflegeorganisation), Organisation der mittleren Ebene und Organisation auf der Führungsebene.

Besonders hervorgehoben wurde die Notwendigkeit, dass die Führungskräfte des Pflegewesens eine vertikale und horizontale Kommunikations- und Kooperationsstruktur ausarbeiten und zu der Entwicklung der einschlägigen nationalen Politik in Sachen Pflegewesen beitragen, und zwar in den Bereichen Organisation der pflegerischen Betreuung und des Pflegepersonals, Krankenpflegeausbildung, Normen für die praktische Pflegearbeit usw.

Die Gruppe diskutierte eingehend über die Entwicklung von Ausbildungsprogrammen für das Pflegepersonal aller Organisationsebenen. Die Ausbildung an der Universität oder an gleichwertigen Instituten und das Angebot einer solchen Ausbildung auf multidisziplinärer Grundlage wurden als äusserst wichtig angesehen für die Vorbereitung von Krankenschwestern für leitende Stellen.

Ebenso wichtig sei es, die Ergebnisse der Krankenpflegeforschung in die Ausbildung einfließen zu lassen und auch zwischenmenschliche Kommunikation zu lehren.

#### Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. In Fällen, wo Länder die bestehenden organisatorischen Teilsysteme des Pflegewesens weiterentwickeln oder ein neues effektives Teilsystem einführen wollen, sollte ein Krankenpflegeressort geschaffen und in das allgemeine Gesundheitssystem auf nationaler Ebene eingegliedert werden, das von entsprechend qualifizierten Fachkräften für Pflegewesen zu leiten und zu besetzen ist.
2. Im Falle eines Landes mit föderalistischem System oder einem System, in dem die Entscheidungsfindung anderweitig dezentralisiert ist, sollte ein Krankenpflegeressort ähnlich dem unter Punkt 1 erwähnten auf regionaler Ebene eingerichtet werden. Zwischen den Krankenpflegeressorts auf nationaler und regionaler Ebene wie auch horizontal zwischen den einzelnen Dienststellen müssen wirksame Systeme der Kommunikation und Zusammenarbeit entwickelt werden.
3. Wo Krankenschwestern Stellen in verschiedenen Abteilungen im Gesundheitsministerium innehaben und kein eigener Krankenpflegeressort besteht, sollten gewisse Möglichkeiten vorgesehen werden, um deren wirksame Kommunikation und Zusammenarbeit sicherzustellen. Die Krankenschwestern sollten gemeinsam eine allgemeine Krankenpflegepolitik ausarbeiten und sich bei der eigenen Arbeit nach dieser Politik richten.
4. Ein Ressort für Krankenpflege auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollte in sich die Zuständigkeit für die Verwaltung und Leitung sowohl des institutionellen als auch des Gemeindekrankenpflegedienstes vereinigen.
5. Die Haupthindernisse, die der Verwirklichung wünschenswerter Reformen im Management der Pflegedienste entgegenstehen, lassen sich bezeichnen als: strukturell, politisch, beruflich, geographisch, kulturell, organisatorisch, finanziell, anschauungsmässig, sozial und ausbildungsbedingt.
6. Zu den Funktionen der Krankenpflegeressorts auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sollten die folgenden zählen:
  - Mitwirkung an der allgemeinen Planung und an der Festlegung der Politik für das Gesundheitswesen
  - Planung der Pflegedienste und, wo angezeigt, Krankenpflegeausbildung
  - Festlegung einer allgemeinen Politik für die Ausübung des Pflegeberufes bzw. auch die Krankenpflegeausbildung
  - Kooperation mit beruflichen und verwandten Gruppen zur Erleichterung der gemeinsamen Entscheidungsfindung

- Anregung, Förderung, Koordinierung und Durchführung von Krankenpflegeforschung und gegebenenfalls Beteiligung an allgemeiner und Gesundheitssystemforschung
- Zusammenarbeit mit anerkannten Krankenpflege-Berufsverbänden bei der Ausarbeitung normativer Verfahrensvorschriften und Standards für die Pflegepraxis
- Mitwirken an der Gesamtplanung und Bewirtschaftung der Krankenpflegeressourcen
- Einrichtung und Führung von einschlägigen Informationssystemen über Krankenpflegedienste und gegebenenfalls Krankenpflegeausbildung
- Beratung der Entscheidungsträger auf Regierungsebene über alle die Krankenpflege unmittelbar betreffenden Angelegenheiten.

7. Bei der organisatorischen Leitung der Krankenpflege sollte man sich geeigneter Verfahren aus anderen Fachbereichen bedienen, z.B. der Operationsforschung, der industriellen Betriebsführung usw.; jedoch sollte man sich darüber klar sein, dass die Betreuung von Menschen nicht ohne weiteres verglichen werden kann mit der Betreuung von leblosen Dingen wie Maschinen, und dass die vorgenannten Verfahren somit nur begrenzt anwendbar sind und sorgfältig angepasst werden müssen.

8. Eine organisatorische Betreuung des Patienten, Klienten und der Familie ist das Grundanliegen der organisatorischen Handhabung aller Krankenpflegedienste. Die Unterweisung auf diesem Gebiet sollte deshalb fester Bestandteil aller Grundprogramme der Krankenpflegeausbildung sein und auf allen anderen Stufen der Ausbildung noch verstärkt und erweitert werden, um auf diese Weise Krankenschwestern für die organisatorische Durchführung der unmittelbaren Patientenbetreuung (Management der ersten Stufe) und für mittlere und leitende Managementpositionen in den Krankenpflegediensten vorzubereiten.

Die organisatorischen Aufgaben im Krankenpflegedienst sollten von Krankenschwestern durchgeführt werden, und wo angezeigt, sollten Studien durchgeführt werden, um die organisatorische Seite des Pflegewesens auf allen Stufen zu verbessern.

9. Organisatorische Ausbildungsprogramme für den Pflegedienst sollten festgelegt, geplant und eingeführt werden für Pflegefachkräfte, die auf den verschiedenen, klar festgelegten und ineinandergreifenden Ebenen des Krankenpflegedienstes tätig sind. Die Krankenpflegeausbildung und die praktische Ausübung des Pflegeberufes sollten besser aufeinander abgestimmt sein, und beide sollten von entsprechend qualifizierten Fachkräften gelehrt werden.

10. Im Rahmen der organisatorischen Struktur des Gesundheitswesens und mit Unterstützung durch oder in Zusammenarbeit mit Universitäten, spezialisierten Instituten und höheren Lehranstalten sollten Ausbildungsprogramme eingeführt werden für die Vorbereitung von Krankenschwestern, die leitende Positionen einnehmen sollen, für die eine Kenntnis breitgefächert Managementprinzipien auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene eine Voraussetzung ist.

Der Inhalt dieser Kurse sollte auf die Konzepte der organisatorischen Leitung der allgemeinen Gesundheitsversorgungssysteme (Budgetierung, Planung, Organisation usw.) abgestellt sein und auch Gesundheitsökonomie, Gesundheitsstatistik und Epidemiologie, Systemanalyse, Arbeitgeber-Arbeitnehmerverhältnis, Sozialpsychologie und Kommunikationsfähigkeiten sowie fortgeschrittene Krankenpflege umfassen. Wo immer möglich, sollten diese Managementkurse auf multidisziplinärer Grundlage durchgeführt werden.

11. Es ist dringend angezeigt, dass das Pflegepersonal den Pflegeberuf als fundamentale menschliche Aktivität und als eine eigene Disziplin anerkennt, die auf Gesundheit und Forschung basiert. Das Pflegepersonal sollte dahingehend tätig werden, sowohl im eigenen Kreis wie gegenüber Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die der Fachdisziplin zugrundeliegenden Konzeptionen, den Wissensfundus und das Fachkönnen abzuklären und zu erläutern, die insgesamt die Krankenpflege charakterisieren und ihre Rolle im Rahmen des allgemeinen Gesundheitsdienstes abgrenzen.

12. Gesundheitsfachkräfte sollten Studien durchführen über die spezifischen Funktionen der verschiedenen Hauptdisziplinen des Gesundheitswesens, sich überschneidende Funktionen sollten festgestellt werden zwecks besserer Informierung der Öffentlichkeit und der Schaffung eines wirksameren und wirtschaftlicheren Versorgungssystems für die Bevölkerung.

13. Das Pflegepersonal sollte ermutigt und unterstützt werden, in verständlicher, kompetenter und überzeugender Form über alle Aspekte der Krankenpflege, einschliesslich der organisatorischen Durchführung, in Wort und Schrift zu berichten. Beiträge, in denen die Organisation und Leitung der Pflegearbeit an Patienten und Familien sowie im Gemeindebereich als gemeinschaftliche Aufgabe abgehandelt werden, sollten gemeinsam von Pflegepersonal, Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften verfasst und ihre Veröffentlichung in medizinischen und Krankenpflege-Fachzeitschriften gefördert werden.

Anhang 2

DISKUSSIONSBEITRAG ÜBER DIE GEGENWÄRTIGEN AUSBILDUNGS- UND EINSATZVERHÄLTNISSE  
DES HILFSPERSONALS IM KRANKENPFLEGE/HEBAMMENWESEN  
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER LAGE IM VEREINIGTEN KÖNIGREICH

Mrs. M. Hardie<sup>a</sup>

Einleitung

Mit diesem Beitrag soll der Hintergrund zur Besprechung von Fragen in Verbindung mit Beschäftigung, Unterweisung und Einsatz des Pflegehilfspersonals im Krankenpflegewesen geliefert werden. Die zugrunde liegenden Studien wurden hauptsächlich von 1975 bis 1980<sup>b</sup> im Vereinigten Königreich durchgeführt.

Studien im Vereinigten Königreich

Die britischen Studien dienen im gesamteuropäischen Kontext nur als Beispiel. Es ist nicht unerheblich, dass auch in anderen Ländern ähnliche, grosse Unterschiede in bezug auf Anstellungs- und Unterweisungspraktiken für Pflegehilfskräfte innerhalb eines oder zwischen verschiedenen Bereichen des Gesundheitsdienstes vorkommen. Die hier angeschnittenen Probleme brauchen aber nicht notwendigerweise in einem anderen Land aufzutreten, da dieses eine andere ausbildungsmässige, organisatorische und politische Struktur haben kann. Der Bedarf an Arbeitskräfteinformationen ist jedoch ein in bisherigen WGO-Berichten über die Krankenpflege ständig wiederkehrendes Thema und kann folgendermassen in nachstehendem (übersetztem) Zitat zusammengefasst werden:

"Es ist ein besserer Überblick über den Einsatz des bestehenden Pflegepersonals innerhalb des Gesundheitswesens, innerhalb des betreffenden Dienststrahmens und innerhalb der verschiedenen Abteilungen erforderlich, bevor eine Arbeitsteilung durchgeführt werden kann. Zusammengefasste Zahlenangaben für die Krankenpflege, unter Einschluss nicht ausgebildeter Pflegehilfskräfte und Krankenhausarbeitskräften, sind für die Planung eines ausgewogenen Ressourceneinsatzes von geringem Nutzen" (1).

Zwei Ziele der Arbeitsgruppe, die auch die britischen Studien motiviert haben, sind:

- die Feststellung der verschiedenen Ausbildungs- und Einsatzformen für die Pflegehilfskräfte innerhalb der Bereiche des Pflegedienstes
- Feststellung grösserer Probleme bei der Ausbildung und Verwendung der Pflegehilfskräfte.

Erhebungsberichte als solche bieten keine Lösungen für die Ressourcenknappheit: sie können nicht breit genug angelegt werden, um alle Ressourcenbeiträge gleichermassen zu berücksichtigen. Sie können auch nicht die politischen Implikationen der "Evaluierung" mit der wichtigen Aufgabe, die "Tatsachen" festzustellen und zu verstehen, in Einklang bringen. Die Hauptfunktion der britischen Studien war die Erarbeitung einer Informationsbasis für weitere Ermittlungsfragen. Hinter Statistiken mit landesdeckenden Gesamtbeschäftigungsziffern für Pflegehilfskräfte, die ungefähr 30 Prozent des gesamten Pflegepersonals ausmachen, verbarg sich die Tatsache, dass zwischen den Gesundheitsverwaltungsbezirken in bezug auf den Einsatz dieser Personenkategorie extreme Unterschiede bestehen. In den Bezirken schwankt der Anteil der Pflegehilfskräfte in Allgemeinkrankenhäusern zwischen 4 und 63 Prozent, in Gemeindepflegediensten zwischen 0 und 34 Prozent und in psychiatrischen Abteilungen zwischen 7 und 97 Prozent. Es bestehen enorme Diskrepanzen in bezug auf die Zahl der Ausbildungsstunden, obwohl zugegebenermassen in ungefähr 80 Prozent der Bezirke ein Unterricht in irgendeiner Form besteht (hauptsächlich Einweisung und Unterricht am Arbeitsplatz). Nur in 30 Prozent der Bezirke werden die Hilfskräfte unter der Aufsicht von Lehrschwestern und nicht von Krankenschwestern mit Leitungsfunktionen unterrichtet. Die Verwendung von Pflegehilfskräften steht in umgekehrtem Verhältnis zur Zahl des voll qualifizierten Pflegefachpersonals; eine

<sup>a</sup> Research Associate, Nursing Research Unit, University of Edinburgh, Vereinigtes Königreich

<sup>b</sup> Daten von anderweitigen Studien - Forschungsprogramm, das vom Scottish Home and Health Department im Zeitraum 1975-80 finanziert (Teil I mit finanziellen Beiträgen des Department of Health and Social Security, England und Wales) und unter der Schirmherrschaft der University of Edinburgh, Nursing Research Unit, durchgeführt wurde

Beziehung zur Verwendung der examinierten Kräfte bei der praktischen Arbeit besteht jedoch nicht. Die Beschäftigung von Pflegehilfskräften in den Bezirken steht in direktem Zusammenhang mit den Personalbewegungen der Pflegeschüler innerhalb des Systems. Im Vereinigten Königreich werden in Schottland die meisten und in Nordirland die wenigsten Pflegehilfskräfte verwendet. Im National Health Service (NHS), dem britischen staatlichen Gesundheitsdienst, werden in der Behindertenpflege, psychiatrischen Pflege und in den geriatrischen Bereichen der allgemeinen Gesundheitsbetreuung die meisten Hilfskräfte eingesetzt. Unter Zugrundelegung dieser Tatsachen wurden weitere Nachforschungen angestellt, um die Logik derartig abweichender Einsatzstrukturen in Zweifel zu ziehen und die örtliche Arbeitsteilung zu untersuchen.

Die britischen Studien basieren auf zwei grösseren Erhebungen über Beschäftigung, Einsatz und Ausbildung der Pflegehilfskräfte in allen Regionen, Gebieten und Bezirken des NHS. Im ersten Teil werden die Grundsatzrichtlinien für Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern und in der Gemeindepflege des allgemeinen Gesundheitsdienstes behandelt (2). Teil 2 ist ein begleitender Bericht über Hilfskräfte in der psychiatrischen Betreuung (3). Der sich z.Z. in Bearbeitung befindliche Teil 3 enthält Erhebungs- und Befragungsdaten von rund 600 Pflegekräften in drei Bezirken (auf drei verschiedenen Beschäftigungsebenen). Anhand der durch diese Untersuchungen geschaffenen Grundlage hat sich eine Reihe von Fragen herauskristallisiert. Durch sie soll eine grobe Schätzung dieser Personalgruppe im Vereinigten Königreich vorgenommen und das Problem der verschiedenen Definitionen von "Pflegehilfskraft" angegangen werden.

#### Statistische Angaben

Die Definitionen für Pflegehilfskräfte weichen voneinander ab, wie aus den nachstehenden Abschnitten hervorgeht. Dementsprechend bestehen auch Abweichungen in bezug auf statistische Angaben über das eingesetzte Pflegehilfspersonal in der Europäischen Region, je nachdem welche Definitionen und damit verbundenen Berufsbezeichnungen verwandt werden. In zunehmendem Masse, wie der Pflegeverwaltung bestens bekannt ist, hängen Definitionen und Berufsbezeichnungen (und damit die statistischen Angaben) sehr stark von der wirtschaftlichen und haushaltmässigen Auffassung der Arbeitsteilung ab, d.h. von den Haushaltsposten für die verschiedenen Arten von Hilfskräften. Auf jeden Fall sind aussagekräftige, vergleichbare Zahlenwerte für die Länder der Region und alle Kategorien des arbeitenden Pflegepersonals nur schwer zu ermitteln.

Zahlen- und Prozentwerte für Pflegehilfskräfte sind nichts weiter als Indikatoren für eine angenommene, wenn auch nicht immer geplante oder befolgte, Arbeitsteilung des Pflegepersonals auf der Grundlage mehrerer Ausbildungsstufen. In welcher Beziehung die verschiedenen Pflegepersonalstufen zur Pflegepraxis stehen, ist eine komplizierte Frage, die nicht ohne weiteres statistisch angegangen werden kann. Zahlen- und Verhältniswerte können erst an zweiter Stelle ermittelt werden, d.h. nachdem man zuerst die verschiedenen Ebenen der Pflegearbeit festgestellt hat (4). Das Verhältnis von vollausgebildetem zu nicht vollausgebildetem Personal in den verschiedenen Pflegebereichen ist von örtlicher Bedeutung; es liegen jedoch noch keine Beweise dafür vor, dass ein hoher Anteil in einem Bereich dieselbe Wirkung hat wie in einem anderen. Eine bestimmte Personalzusammensetzung an einer Stelle kann gute Arbeitsergebnisse bewirken, während sie andernorts nicht unbedingt Erfolg hat; dies hängt von anderen, sowohl internen als auch externen Faktoren in bezug auf Pflegeauffassung und -praxis ab, also von den beteiligten Personen.

#### Definitionen

Definitionen des Begriffs "Pflegehilfskräfte" existieren auf internationaler Ebene (ICN, IAO, WGO), sie werden aber auf einzelstaatlicher Ebene nicht unbedingt benutzt. Es gibt traditionelle Auffassungen und Bezeichnungen für die Pflegekräfte, die nur schwer zu ändern sind. Zum jetzigen Zeitpunkt wird in den meisten Ländern der Begriff "Pflegehilfskräfte" auf alle Pflegepersonen angewandt, die eine gewisse arbeitsbezogene Ausbildung haben, aber nicht über die Grundqualifikationen zur Ausübung des Krankenschwesternberufes verfügen. Verwirrung entsteht aufgrund mehrerer, miteinander verbundener, Gründe: die Hilfskräfte können verwaltungs- und organisationsmässig "vertikal" oder "horizontal" der Krankenschwester zugeordnet sein; es kann sein, dass eine oder mehrere Arten von Hilfskräften beschäftigt werden; die Hilfskräfte verfügen u.U. über viel Lebenserfahrung und werden ungeachtet eines Befähigungsnachweises als kompetent angesehen; zu guter Letzt gilt: Wenn keine ausdrücklichen Ebenen der Pflegearbeit existieren, die mit den verschiedenen Pflegeberufsstufen, mit oder ohne Fachbefähigungsnachweisen, übereinstimmen, scheint sich eine Einteilung nach Berufsstufen auf Kosten der Verwendungskriterien durchzusetzen (5). Bei den Fachkräften der Gesundheitsversorgung gibt es zahlreiche Ausbildungsrichtungen für die Primärversorgung, die das Personal zum direkten Patientenkontakt "berechtigen". In diesem Sinne sind alle Gesundheitsarbeiter, das Fachpersonal und das Hilfspersonal, Helfer der Patienten und des Kollegen. Auch wenn

in bezug auf Arbeit und Verantwortungsbereich das gesamte Personal in Teilgruppen aufgeteilt werden muss, ist die Bezeichnung "Pflegehilfskraft" genau wie der Begriff "Krankenschwester" ein weiter Begriff, der zu viele Möglichkeiten zulässt und deshalb nicht ausreicht, um zu bezeichnen, wer welche Tätigkeiten bei der Patientenbetreuung durchführt.

Die Definitionen des Krankenpflegepersonals im Vereinigten Königreich weichen von denen anderer Länder ab. Es gibt vier rechtlich geregelte Pflegeberufe mit qualifizierender dreijähriger Grundausbildung in den Bereichen Allgemeinpflege, psychiatrische Pflege, Pflege geistig Behinderter und Kinderpflege, sowie drei mit einer mehr praktischen zweijährigen Ausbildung in den Bereichen Allgemeinpflege, psychiatrische Pflege und Pflege geistig Behinderter (in Schottland fallen die letzten drei genannten Berufe zusammen); im Sinne der jeweiligen Kategorie liegt also eine "volle" Qualifikation vor. Das "Pflegehilfspersonal" besteht aus Pflegekräften ohne spezifische Ausbildung, die sehr verschiedene Aufgaben ausführen, von der Patientenannahme, Helfer- und Bodenfunktionen, reinen hauswirtschaftlichen Funktionen bis zu ausschliesslich patientenzentrierter Arbeit in einfacher oder komplizierter Form. Manche Pflegehilfskräfte verrichten Pflegearbeiten jeglicher Art, man verlangt dies sogar von ihnen; andere haben einen engen Aufgabenbereich, der sich trotzdem mit dem der vollausgebildeten Krankenschwestern überlappen kann. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung war, dass man die Pflegehilfskraft nicht anhand der auszuführenden Tätigkeit definieren kann. Da einige oder alle der zuvor genannten Funktionen in einem bestimmten Bereich des NHS aus Krankenpflegemitteln bestritten werden, hat man sie als "Hilfsfunktionen der Krankenpflege" bezeichnet. Aus anderer Perspektive gesehen, können manche Pflegehilfskräfte (je nach ihrer Tätigkeit) genauso gut als organisatorische Helfer des Gesundheitswesens angesehen werden.

Bei einem Vergleich der Ausbildungsdauer der verschiedenen Pflegeberufe in Europa zeigt es sich, auch wenn zugegebenermassen die Tätigkeitsmerkmale der einzelnen Kategorie nicht unbedingt vergleichbar sind, dass die Krankenschwesterausbildung 2 1/4-3 1/2 Jahre und die Pflegehelferinnenausbildung 1 1/2-2 Jahre, mancherorts aber auch nur 10-12 Monate dauern kann. Ausserdem gibt es in einigen Ländern nichtqualifizierte Pflegehilfskräfte, die man eventuell "Schwesternhelferinnen" nennen könnte.

#### Problemstellung für die Diskussion

Im Verlaufe jeder Untersuchung tauchen, bildlich gesehen, Hauptstrassen, Nebenstrassen, Kreisverkehr und Sackgassen auf. Wo der Weg einen hinführt, lässt sich oft nicht voraussehen; doch dient es der Problemlösung, wenn man skizziert, wo man bereits gewesen ist. Durch Meinungsaustausch und weitere Forschungsarbeit kann man einzelne Barrieren beseitigen und sozusagen den "Stadtplan" ändern. Im restlichen Teil des Beitrags werden die in britischen Studien aufgezeigten Probleme dargelegt und ähnliche Erscheinungen in anderen europäischen Ländern aufgezeigt, wonach wir uns fragen können, in welcher Richtung es weitergehen soll. Um einen Meinungsaustausch zu fördern, müssen wir an dieser Stelle einige Punkte klarlegen.

Folgende Voraussetzungen sind zu beachten:

- a) Die Verwendung von Hilfskräften in der Patientenbetreuung ist weder eine neue noch eine ungewöhnliche Erscheinung. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die Betätigung fähiger und williger Personen im Interesse ihrer eigenen Gesundheit und Betreuung der Mitmenschen unangebracht sei.
- b) Die Kategorie der Pflegehilfskräfte wird automatisch durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen im Pflegebereich geschaffen, wenn nicht genügend Personen angeworben, ausgebildet und langfristig beschäftigt werden können, um das Leistungsniveau zu erhalten.
- c) Eine Arbeitsteilung der Krankenpflege ergibt sich unter allen Verhältnissen, wo mehr Patienten als Pflegepersonen vorhanden sind.
- d) Der Pflegeberuf setzt den festen Willen voraus, zu helfen und beizustehen. Aufgrund der intimen und persönlichen Natur der Pflegearbeit werden immer gewisse Fertigkeiten verlangt, doch können Ebene, Art und Dauer der erforderlichen Ausbildung verschieden sein.
- e) Es gibt keinen Bezug zwischen Patienten und Pflegeperson, der nicht ein gewisses Urteilsvermögen voraussetzen würde; ein solcher Bezug sollte auch speziell auf den einzelnen Patienten abgestimmt sein. Es gibt allerdings verschiedene Beurteilungsebenen, sie können sich auf menschliche Grundbedürfnisse, besondere Behandlungserfordernisse und damit verbundene Planungszwecke beziehen.

### Pflegehilfskräfte: echte oder künstliche Probleme?

Eine grundlegende Entscheidung müssen die Krankenschwestern (und vielleicht die Allgemeinheit) treffen, nämlich ob die in den Verantwortungsbereich der Krankenschwestern fallenden Tätigkeiten eine professionelle Qualifikation erfordern oder nicht. Wenn ja, müssen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, da gemäss den Ausführungen in den obigen Absätzen a), b) und c) ein Mangel an vollausgebildeten Pflegekräften und damit ein "Problem" eintreten wird. Wenn nein, stellt der Einsatz von Hilfskräften kein Problem dar und sollte in der Krankenpflege auch nicht als solches aufgefasst werden. Nach Meinung der Verfasserin stellen die vorgenannten Punkte a), b) und c) keine Probleme dar; im Verantwortungsbereich der Krankenschwestern gibt es eine Reihe von Tätigkeiten, die keine Vollausbildung verlangen. Im "Krankenpflegeprozess" verfügen die Krankenschwestern über ein Mittel, die Arbeit aufzuteilen. Kein noch so gründlicher Forschungseinsatz wird ermitteln können, welchen Leistungsumfang das Gesundheitswesen wünscht oder sich leisten kann: dies ist eine politische Angelegenheit, die, wahrscheinlich unter Hinzuziehung von Fachleuten, von den Behörden entschieden werden muss.

Bei der Beurteilung des in der Patientenpflege erforderlichen Fachkönnens müssen wir besonders die Eigenschaften beachten, die auf einer fachlich anspruchslosen Ebene hoch entwickelt sein können, z.B. Entscheidungsvermögen und Urteilskraft. Man kann u.U. von einer Pflegehilfskraft erwarten, dass sie gutmütig, geschickt und verantwortungsbewusst ist, andererseits aber in bezug auf die Pflegeplanung wenig Urteilsvermögen aufweist; in diesem Fall würden die Patienten eine Art der Pflege erhalten. Wenn dahingegen das gesamte Pflegepersonal aus vollausgebildeten Krankenschwestern bestehen würde, würde man eine andere Art der Pflege erhalten, die nicht unbedingt besser sein muss. Auch wenn bei der Krankenpflege Haltungen und Wertmassstäbe eine wichtige Rolle spielen, herrscht kein Zweifel daran, dass die Ausführung einfacher Arbeiten vielen Fachkräften langweilig werden würde, ihr erworbenes fachliches Können würde verkümmern, wenn es nicht praktiziert wird. Eine solche Verschwendung knapper Ausbildungsressourcen würde einen erheblichen Mangel an professionellem Urteilsvermögen bedeuten.

Auch wenn wir davon ausgehen, dass das Pflegehilfspersonal nicht mehr Probleme verursacht als andere Personalgruppen, ist doch schon die Anwendung des Begriffs "Gruppe" in sich selbst problematisch. Bei unserer Untersuchung stiessen wir auf harten Widerstand, wenn wir in Verbindung mit den Pflegehilfskräften verallgemeinern wollten; wir wurden eindeutig darauf hingewiesen, dass jede Hilfskraft ein Individuum ist. Bei der qualitätsmässigen Beurteilung der durch die Hilfskräfte erfolgenden Patientenbetreuung besteht zu wenig Einigkeit in bezug auf die Bewertungsziele (6). Eine Verwaltungsperson fasste ihre Haltung folgendermassen zusammen: "Bei der Verwendung der Hilfskräfte gibt es keine Probleme, nur bei ihrem falschen Einsatz." In unserer Diskussion sollten wir vielleicht versuchen, die Kriterien für verschiedene Bewertungsebenen (wobei auf allen Ebenen mit Fachkönnen gerechnet wird) festzustellen. Wir sollten uns auch bemühen, zu ermitteln, in welcher Weise Pflegehilfskräfte in unserem System falsch eingesetzt werden, welches die Gründe hierfür und welches die Resultate sind, mit denen wir uns nicht abfinden können.

### Die Problematik der Normenfestsetzung in der Krankenpflege

Der Umstand, dass das Thema "Pflegehilfskräfte" oft im Zusammenhang mit Pflegenormen auftritt, ist für mehrere Probleme bezeichnend. Der relativ hohe Ausbildungsstand in den meisten Ländern rückt Berufsgruppen mit mehr helfenden als eigenständigen Funktionen in ein schlechtes Licht. Die Krankenschwestern können diesen Sachverhalt ausgezeichnet verstehen und dürfen sich nicht taub stellen, wenn Gruppen innerhalb ihres Bereichs in bezug auf Stand und Befugnisse anerkannt werden wollen. Im Pflegedenken haben sich in diesem Jahrhundert zwei Entwicklungstendenzen bemerkbar gemacht, einmal der Ausbildungswettbewerb (dadurch lassen sich die Befähigungen der Einzelpersonen differenzieren, was sich dann in der Ergreifung eines bestimmten Berufs niederschlägt) und zum anderen die weibliche Erwerbstätigkeit ausserhalb des Hauses; dies führte dazu, dass der Krankenschwester mit der besten Ausbildung am meisten Bedeutung beigemessen wird, da diese auch die höchsten Normen widerspiegelt. Die praktisch tätigen Krankenschwestern zeigen jedoch eine vehemente Reaktion auf eine solche ausdrückliche Eskalation der "Professionalisierung" in der Krankenpflege. Durch britische Studien und Aussagen des Krankenpflegepersonals aller Stufen wurde uns gegenüber zum Ausdruck gebracht, dass hochstehende Normen in der Pflegepraxis nicht notwendigerweise von hohen beruflichen Qualifikationen abgeleitet werden können. Auf jeden Fall kann festgestellt werden, dass die Pflegepersonen mit einer besseren Ausbildung sich mehr vom Patienten entfernen und leitende Stellen im Management sowie Funktionen in der Ausbildung und Forschung einnehmen, die weniger gut oder überhaupt nicht ausgebildeten Pflegekräfte verbleiben dahingegen im täglichen direkten Kontakt mit den Patienten. Dieser Trend führte dazu, dass für Aufsichtsfunktionen und tatsächliche Patientenbetreuungsfunktionen verschiedene Standards gesetzt werden. Bei unseren Diskussionen wäre es u.U. von Nutzen, die Rolle der Pflegehilfskräfte bei einer Standardisierung der Pflegepraxis zu untersuchen.

In zunehmendem Masse erfolgt die direkte Patientenpflege durch Lernschwestern und nicht ausgebildetes Personal einerseits und durch fortgebildete, spezialisierte Kräfte (Hebammen, Schwestern auf Intensivstationen usw.) andererseits. Diese Entwicklung und der Umstand, dass die meisten Patienten sich in einer weniger intensiven bzw. langfristigen Betreuung befinden, bewirkten, dass die verbleibende vollausgebildete Krankenschwester eine komplizierte und schwierige Rolle wahrzunehmen hat, die Aufsicht. Die Stationsschwestern beaufsichtigen die Lernschwestern und Unausgebildeten. Es tauchen aber eine Reihe von Fragen auf: Worin besteht eigentlich die Aufsicht? Welche Normen gelten für die Aufsicht? Welche Kriterien gelten für eine ausreichende Aufsicht?

Ein Wirtschaftler stellte hier die Frage: "Welche Beziehung besteht zwischen der erforderlichen Beaufsichtigung von Pflegekräften und der Ausbildung, die letztere erhalten haben?" Aus unseren Fragen und Beobachtungen ergab sich, dass, abgesehen von den Lernschwestern, kein Nachweis für eine solche Beziehung vorlag. Man kann deshalb nur schwer die Beaufsichtigungskosten für das Hilfspersonal (das im Vereinigten Königreich nicht unter das Ausbildungssystem fällt) ermitteln, im Gegensatz zu den Beaufsichtigungskosten für Lernschwestern im ersten, zweiten und dritten Jahr bzw. bei zwei anderen Pflegepersonalebenen. In unserer Studie konnten die Stationsschwestern keinen quantitativen bzw. qualitativen Unterschied ihrer "Aufsichtsfunktion" gegenüber dem Personal verschiedener Stufen angeben. Nach der Auffassung des Wirtschaftlers sollte sich die Ausbildung in einer Niederbringung der Beaufsichtigungskosten niederschlagen oder aber umgekehrt, ein grösserer Beaufsichtigungsaufwand sollte den Ausbildungsbedarf senken. Anscheinend gelten diese Beziehungen aber nicht.

#### Das Problem des Unterrichts

Die Beziehung zwischen den einzelnen Unterrichtsprogrammen und der späteren Praxis ist im Vereinigten Königreich sehr uneinheitlich. Auch wenn mancherorts offizielle Unterrichtsprogramme bestehen, nehmen (aus verschiedenen organisatorischen und persönlichen Gründen) nicht alle Hilfskräfte daran teil. Grösstenteils waren die Hilfskräfte der Auffassung, dass die Ausbildung nicht ausreiche, um ihnen das nötige Fachkönnen und Selbstvertrauen zu vermitteln. Wir stellten auch fest, dass die Krankenschwestern enttäuschend wenig über die Ausbildungsprogramme für Hilfskräfte wussten; sie hielten den Unterricht zum Teil für unzureichend, weil die praktischen Regeln nicht mit ihrer eigenen Ausbildung übereinstimmten. Die Unterrichtsprogramme haben meist allgemeinen Charakter, die Zahl der Sonderausbildungen (Geriatric, Chirurgie, Schulkrankenpflege usw.) ist verwindend gering.

Erschwert wird im Vereinigten Königreich die Funktionsabgrenzung und Unterweisung der Hilfskräfte durch den gleichzeitigen Einsatz von Lernschwestern. Es wird teils angeführt, dass die Verwendung der Lernschwestern die Hilfskräfte motiviert und teils, dass sie sie hemmt. Andererseits können die Lernschwestern von den Hilfskräften Wissen beziehen. Doch wird durch die Einbeziehung der Lernschwestern in das Pflegeteam oft eine Abgrenzung des Verantwortungsbereichs behindert, die bei der einzelnen Pflegekraft sonst meist vorliegt. Dies hängt mit den zahlreichen Bereichen zusammen, die sich die Lernschwester aneignen muss. Was an einem Tag der Arbeitsbereich der Hilfskraft war, ist es am nächsten Tag schon nicht mehr. Die Funktionen, die die Hilfskraft tagsüber nicht ausführen darf, werden vielleicht im Nachtdienst von ihr erwartet. Wie soll die Hilfskraft unterrichtet werden? Ihr beruflicher Stand und das ihr abverlangte Können ändern sich laufend. Wie ist also ihre Ausbildung festzusetzen - allgemein/spezifisch, funktions/rollen-orientiert oder arbeits/patienten-zentriert? Bei unseren Diskussionen können wir den Versuch unternehmen, unsere Erwartungen und Probleme in Verbindung mit der Ausbildung von Hilfskräften auf verschiedenen Stufen abzuklären.

#### Problematik beim Einsatz der Hilfskräfte

Wir können nicht umhin, die Probleme bei der Zuweisung der Aufgaben an die Hilfskräfte zu identifizieren. Diese Probleme treten in ähnlicher Weise wohl auch bei anderen Pflegepersonalgruppen auf. Gang (4) würde uns wohl vorwerfen, dass wir uns nicht gründlich genug mit den verschiedenen Tätigkeitsebenen (Ebenen, auf die wir den Unterricht zweckmässig und rationell ausrichten können), d.h. mit der Arbeitsteilung in unserem Bereich, befassen. Statt dessen beschäftigen wir uns immer noch mit einer Aufteilung unseres verfügbaren Personals in bezug auf Standesansehen, Titel, Uniformen, Gehälter und Löhne, Ausbildung usw. Wenn der "Krankenpflegeprozess" nicht als "professionelle Ideologie" in den Himmel gehoben, sondern statt dessen als praktische Methode bzw. realistischer Ansatz benutzt wird, werden wir in ihm vielleicht genau das richtige Instrument finden, um die pflegerische Betreuung effektiv zu gestalten und dadurch das verfügbare Pflegepersonal rationell einzusetzen. In den britischen Untersuchungen wird die Stellung der Krankenschwestern und Hilfskräfte anhand des nachstehenden Problemkatalogs ausgewertet. Eine Lösung der Probleme

liegt für manche auf der Hand. Jedenfalls steht fest, dass die Ziele für eine organisatorische Ordnung der Patientenbetreuung nicht nur aus der Sicht einer einzigen Pflegekraftkategorie festgelegt werden dürfen, da die derzeitig vom Pflegepersonal aller Ebenen durchgeführten Arbeiten breit gefächert sind.

#### Spezifische Probleme in Verbindung mit den Hilfskräften

a) Können und Fähigkeiten der Hilfskräfte sind eingeschränkt:

- die Ausbildung ist zu begrenzt
- die Hilfskräfte werden in unrealistischem Umfang durch Vorschriften behindert
- ihre Einsatzbereitschaft lässt u.U. zu wünschen übrig
- ihre mentalen Fähigkeiten sind eventuell begrenzt
- sie werden u.U. durch ihre schulische Vorbildung (oder deren Mangel) am Zugang zur Krankenschwesterausbildung gehindert.

b) Die Hilfskräfte verursachen bestimmte Schwierigkeiten im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Personal und Patienten:

- sie verbleiben länger an ihrer Arbeitsstelle
- sie sind meist älter, reifer und praktisch erfahrener
- sie verübeln es u.U. den neuen Krankenschwestern und Lernschwestern, dass diese eine Ausbildung erhalten
- die Tätigkeitsebenen sind nicht einheitlich festgelegt
- sie verübeln es, dass man ihnen Arbeiten überlässt, die nicht angesehen und "weniger wert" sind
- sie sind im allgemeinen weniger gebildet und "gehen Probleme nicht rationell an"
- die Patienten sind sich vielleicht nicht über die "Stellung" der Hilfskraft klar und verwechseln die Kategorien.

c) Die Hilfskräfte überschreiten ihre Kompetenzen:

- mit zunehmender Erfahrung werden sie in ihrer Arbeit sicher
- da sie länger in ihrer Stelle verbleiben, kennen sie die Patienten eventuell besser und glauben, dass sie am besten wissen, was zu tun ist
- wenn sie in einer Notlage oder unter anderen Umständen einmal eine verantwortliche Position eingenommen haben, kehren sie nur widerwillig an ihre vorherige Stellung zurück
- sie wehren sich stark dagegen, einen Mangel an Wissen oder Können zuzugeben
- sie tragen u.U. nachts, zu anderen unbequemen Tageszeiten oder am Wochenende eine höhere Verantwortung
- sie verfügen u.U. über eine echte Einsatzbereitschaft und eine gute Erfahrung, die von dem bestehenden, nicht dafür ausgelegten, System nicht anerkannt werden.

d) Die Hilfskräfte sind Ursache besonderer organisatorischer Schwierigkeiten:

- der Einsatz von Hilfskräften zu "unbequemen" Tageszeiten erschwert ihre Ausbildung
- sie führen oft Teilzeitarbeit aus und tragen damit zu administrativen Komplikationen und Kosten bei
- mancherorts liegen die Fehlzeiten bei den Hilfskräften höher.

Das vorliegende Diskussionspapier zeigt nur die Spitze des Eisbergs und berührt eine Menge eventuell untergeordneter Probleme; zum jetzigen Zeitpunkt wird nicht versucht, entsprechende Antworten zu finden. In dem vorgegebenen Rahmen soll dargelegt werden, dass die Art der Arbeit und nicht das Personal unser Ausgangspunkt sein sollte und dass die Hilfskräfteproblematik Teil der Pflegeproblematik ist und nicht umgekehrt. Was wir benötigen, sind Personalressourcen auf allen Ebenen, die wir identifizieren können. Es wird Fachwissen benötigt, um die Verfahren zur Angleichung der Ressourcen an die Bedürfnisse zu entwickeln. Es obliegt den Fachleuten, uns die Hilfsmittel in die Hände zu geben, damit wir unsere Personalressourcen ermitteln und sie innerhalb der Patientenbetreuung unterstützen können.

Die in britischen Studien angewandten Definitionen der Pflegekräfte:

Pflegepersonal, Kategorie I: "Eine Person, die eine Grundausbildung der Krankenpflege durchlaufen hat; sie ist qualifiziert und berechtigt, in ihrem Land zwecks Förderung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheiten und Betreuung der Erkrankten pflegerische Arbeiten auf höchster Verantwortungsebene durchzuführen" - Nursing, 1978.

Pflegepersonal, Kategorie II: "Pflegepersonen, die eine allgemeine Patientenbetreuung einfacherer Art durchführen können, was sowohl fachliche als auch zwischenmenschliche Befähigungen voraussetzt. Angehörige dieser Kategorie sollten in der Lage sein, unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Bedürfnisse des Einzelpatienten präventive, kurative und rehabilitative Betreuungsleistungen zu erbringen" - WHO Technical Report Series, No. 347, 1966 (Fifth report of the WHO Expert Committee on Nursing).

Pflegepersonal, Kategorie III: "Pflegepersonen, die befähigt sind, bestimmte Aufgaben der Patientenbetreuung durchzuführen, wobei beträchtlich weniger Urteilsvermögen vorausgesetzt wird. Personen dieser Kategorie sollten fähig sein, ein gutes Verhältnis zu den Patienten herzustellen und zuverlässig unter Aufsicht die Arbeiten durchzuführen, für die sie ausgebildet wurden" - WHO Technical Report Series, No. 347, 1966 (Fifth report of the WHO Expert Committee on Nursing).

## SCHRIFTTUM

1. Trends in European nursing services: report on a Working Group, Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 1972 (document EURO 4405) S. 13.
2. Hardie, M. The nursing auxiliary in the NHS. Part I: A policy study covering the nursing services in the United Kingdom with the exception of the psychiatric field, Edinburgh, Nursing Research Unit, University of Edinburgh, 1978.
3. Hardie, M. The nursing assistant in the NHS. part II: A policy review within the psychiatric nursing services in the United Kingdom. Edinburgh, Nursing Research Unit, University of Edinburgh, 1979.
4. Cang, S. The consequences for nursing work of an explicit definition of the term "patient". In: Hardie, M. & Hockey, L., ed. Nursing auxiliaries in health care. London, Croom Helm, 1978, S. 147-152.
5. Jaques, E., ed. Health services: their nature and organization and the role of patients, doctors and the health professions. London, Brunel University Health Services Organization Research Unit, Heinemann Educational Books, 1978, S. 97-112.
6. Jefferys, M. Problems of measuring the quality of general practice care. Science and public policy, 3(1) (1976).

Anhang 3

## TEILNEHMERVERZEICHNIS

## BERATER AUF ZEIT

- Mrs M.T. Barreira Antunes  
Nursing Officer, Directorate-General of Hospitals, Lissabon, Portugal
- Miss M.-P. Braulotte<sup>a</sup>  
Teacher, School of Nursing, Perigueux, Frankreich
- C. Calamandrei  
Nursing Teacher, Santa Maria Nuova Hospital, Florenz, Italien
- Mrs O. Durzova  
Institute for Post-Basic Education of Paramedical Staff, Bratislava, Tschechoslowakei
- Frau H. Faderbauer  
Landesoberin des Kärntnerischen Berufsverbandes für Krankenpflege, Klagenfurt, Österreich
- Mrs M. Hardie  
Research Associate, Nursing Research Unit, University of Edinburgh, Vereinigtes Königreich  
(Berichterstatteerin)
- Frau M. Hochstrasser  
Stellvertretende Leiterin des Pflegedienstes, Universitätshospital Zürich, Schweiz
- Frau K. Hoffmann<sup>a</sup>  
Adelheid-Testa-Haus, Freiburg, Bundesrepublik Deutschland
- D. Hohlin<sup>a</sup>  
Stadtkrankenhaus Offenbach, Bundesrepublik Deutschland
- Frau R. Kölle<sup>a</sup>  
Verbandsvorsitzende des Bundes Deutscher Hebammen, Weinsberg, Bundesrepublik Deutschland
- Frau L. Kroeker<sup>a</sup>  
Stellvertretende Geschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege, Frankfurt a.M., Bundesrepublik Deutschland (Stellvertretende Vorsitzende)
- Miss C. Manche  
Nursing Officer, Inspectorate of Schools for Paramedical Personnel, Brüssel, Belgien
- Sister E.K. Nielsen  
Director, School of Nursing, Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen, Hellerup, Dänemark
- Mrs E. Panikian  
Institute for Auxiliary Medical Personnel, Sofia, Bulgarien
- Frau U. Peretzki<sup>a</sup>  
(ÖTV), Stuttgart, Bundesrepublik Deutschland
- Miss M. Perrot  
Director, School for Nursing Auxiliaries, St. Camille Hospital, Bry-sur-Marne, Frankreich
- Miss I.M. Rydholm  
Director of Nursing Services, University Hospital, Linköping, Schweden

<sup>a</sup> Teilnahmekosten nicht von der WGO bestritten

Frau I. Simon

Geschäftsführerin des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege, München, Bundesrepublik  
Deutschland (Vorsitzende)

Mrs K. Sövényi

Chief Nurse, Department of Preventive and Curative care, Ministry of Health, Budapest, Ungarn

D.O. Williams

Assistant General Secretary, Confederation of Health Service Employees, Banstead, Surrey,  
Vereinigtes Königreich

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Regionalbüro für Europa

Dr. W. Fritsche

Regionalbeauftragter für Personalplanung und -management

Frau E. Stussi

Referentin für Pflegewesen

WGO-Hauptverwaltung

Dr. A. Mangay Maglacas

Senior Scientist for Nursing, Division of Health Manpower Development

## SONSTIGE EINSCHLÄGIGE WGO-VERÖFFENTLICHUNGEN

Legislation concerning nursing/midwifery services and education: report on a WHO Working Group. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1981 (EURO Reports and Studies, Nr. 45).

Continuing education of health personnel and its evaluation: report on the technical discussions at the twenty-ninth session of the Regional Committee for Europe. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1980 (EURO Reports and Studies, Nr. 33).

Nursing services: report on a WHO Symposium. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1980 (EURO Reports and Studies, Nr. 22).

Kaprio, Leo A. Primary health care in Europe. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1979 (EURO Reports and Studies, Nr. 14).

Evaluation of inpatient nursing practice: report on a Working Group. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1979 (EURO Reports and Studies, Nr. 4).

Allred, H. The training and use of dental auxiliary personnel. Kopenhagen, WGO-Regionalbüro für Europa, 1977 (Public Health in Europe, Nr. 7).

Reference material for health auxiliaries and their teachers, 2nd ed. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1981 (WHO Offset Publications, Nr. 28).