

# «Die Verteilung des Gutes Pflege in Knappheitssituationen»

Kritische Reflexion des Konzepts zur Prioritätensetzung in der Pflege  
des Zentrums für Entwicklung und Forschung in der Pflege, Zürich

Diplomarbeit

im Rahmen des Master-Studienganges 2001-2003  
Master of Advanced Studies in Applied Ethics (MAE)

von

Patricia Infanger  
Vonmattstrasse 44  
6003 Luzern

28. Februar 2003

Erstgutachterin: Dr. des. Susanne Boshammer (Zürich)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Schaber (Zürich)

Tutorin: Barbara Bleisch (Zürich)

<b>0</b>	<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Das Gut Pflege .....</b>	<b>5</b>
2.1	Pflege als knappes Gut .....	5
2.1.1	Die Ebenen der Verteilung .....	5
2.1.2	Wer verteilt was an wen?.....	6
2.2	Das Pflegeverständnis .....	7
2.2.1	Der Mensch ist auf Pflege angewiesen.....	7
2.2.2	Die professionelle Pflege.....	8
2.2.3	Pflege als fürsorgliche Zuwendung.....	10
<b>3</b>	<b>Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege .....</b>	<b>12</b>
3.1	Hintergrund.....	12
3.1.1	Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege.....	12
3.1.2	Ausgangslage der Konzeptentwicklung .....	12
3.2	Vorstellung des Konzepts zum Setzen von Prioritäten in der Pflege.....	14
3.2.1	Bedingungen für die Inkraftsetzung des Konzepts zur Prioritätensetzung.....	14
3.2.2	Der Aufbau des Konzepts zur Prioritätensetzung.....	15
3.2.3	Die Kategorien.....	16
<b>4</b>	<b>Kritik am Konzept zur Prioritätensetzung: .....</b>	<b>18</b>
4.1	Die Bestimmung des Bedarfs .....	18
4.2	Das Problem der Kategorisierung .....	20
4.3	Die Frage der Güterabwägung.....	22
4.4	Die Gefahr des Dammbrochs .....	25
4.5	Das Problem der Autonomie .....	28
4.6	Die Integrität der Pflegenden.....	31
4.7	Das Problem der Kooperationsbereitschaft.....	32
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>43</b>

# 1 Einleitung

Viele Menschen bezeichnen die Gesundheit als ein wichtiges Gut.<sup>1</sup> Auch die Erhaltung oder Wiedererlangung gesundheitlichen Wohlbefindens gilt als ein prioritäres Bedürfnis. Aus dieser Beurteilung des Stellenwertes der Gesundheit ergibt sich der gesellschaftliche Konsens, dass mittels des Gesundheitswesens alle die Möglichkeit erhalten sollen, ihr individuelles Wohlbefinden anzustreben. Zur Unterstützung dieses Strebens sollen Einrichtungen für die Wiederlangung der Gesundheit bereitgestellt werden oder Hilfen für das Leben bei bleibender Einschränkung geboten werden.

Doch diese Versorgung wird immer kostenintensiver. Früher reichten die in das Gesundheitswesen investierten Mittel, weil die medizinischen und pflegerischen Handlungsmöglichkeiten beschränkt waren. Es gab in vielen Fällen gar keine Wahlmöglichkeiten, sondern es bestand die Pflicht, alle zur Verfügung stehenden Mittel in die Überlebenshilfe zu investieren.<sup>2</sup> Heute ist die Situation zunehmend so, dass durch die „Fortschrittsfalle“<sup>3</sup>, die „add-on-technologies“<sup>4</sup> und die stetig steigende Lebenserwartung das Bedürfnis nach Leistungen im Gesundheitswesen der Art in die Höhe getrieben wird, dass die Finanzierung immer mehr zum Problem wird. Neben dem generell grösseren Bedarf an Leistungen im Gesundheitswesen ist im Pflegebereich eine zunehmende Personalknappheit festzustellen. Für das Zustandekommen dieses Pflegenotstandes sind viele Faktoren ausschlaggebend, beispielsweise die gestiegene Nachfrage nach Pflegeleistungen infolge der oben beschriebenen Tendenzen, die zunehmend kürzere Verweildauer der Berufstätigen im Pflegeberuf, die politischen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen und der Imageverlust des Pflegeberufes.

Hier stellt sich nun die ethische, gesellschaftliche und politische Frage, wann das Gesundheitswesen an seine ökonomischen Grenzen stösst. Wenn man davon ausgeht, dass es einen gesellschaftlichen Konsens darüber gibt, dass in Zukunft irgendwo eine Grenze

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesamt für Statistik, 1998: 27.

<sup>2</sup> Vgl. Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe, 1999: 3.

<sup>3</sup> Mit dem Begriff „Fortschrittsfalle“ ist gemeint, dass medizinisch/diagnostisch/therapeutisch immer mehr möglich ist. Viele dieser medizinischen Interventionen bewirken, dass Menschen immer länger, aber eben auch kränker am Leben bleiben. (Die schwere Diabetikerin hat früher die Amputation ihres Beines gar nicht mehr erlebt.)

<sup>4</sup> Der Begriff „add-on-technologies“ beschreibt das Phänomen, dass immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten entwickelt werden, welche ihrerseits aber nicht andere, möglicherweise teurere Massnahmen ersetzen, sondern zu den bestehenden medizinischen Massnahmen hinzugefügt werden, also zusätzliche Kosten bedeuten. Vgl. hierzu auch Noichel, 2001: 174.

gezogen werden muss, ab der gewisse Leistungen im Gesundheitswesen nicht mehr allen geboten werden können, dann stellt sich die Frage nach den moralisch zulässigen Verfahren und Kriterien hierfür. In ethischer Hinsicht findet eine Diskussion dieses Themas schon seit längerer Zeit statt. Auffallend ist aber, dass bei den Überlegungen fast immer nur das Arbeitsfeld der ÄrztInnen mit den diagnostischen Verfahren, medizinischen Interventionen, pharmakologischen Leistungen und dergleichen Beachtung finden. Der ganze Bereich der pflegerischen Leistungen wird entweder unter die medizinischen Leistungen subsumiert, oder aber es besteht keine Sensibilität für die Rolle dieser grossen Gruppe von AkteurInnen im Gesundheitswesen. Die Pflegenden verursachen einerseits einen wesentlichen Teil der hohen Personalkosten im Gesundheitswesen, und sie sind andererseits AkteurInnen mit einem eigenständigen Kompetenzbereich, in dem sie selbstverantwortlich Entscheide fällen und Prioritäten setzen und so auch direkten Einfluss auf die Verteilung von Leistungen nehmen. Weiter ist das Gut Pflege nicht identisch mit andern Gütern im Gesundheitswesen wie beispielsweise diagnostische Verfahren, Medikamente usw.. Aus diesen Gründen ist es nötig, dass auch der Bereich der Pflege einer ethischen Reflexion unterzogen wird, wenn es darum geht, alle knappen Güter im Gesundheitswesen gerecht zu verteilen.

Meiner Meinung nach muss bei der Verteilung des Gutes Pflege immer ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit und das daraus folgende Pflegeverständnis begleitend sein, da man andernfalls dem Menschen mit seinen komplexen Reaktionen auf gesundheitliche Störungen nicht gerecht würde. Davon darf auch in Situationen der Knappheit nicht abgewichen werden.

Das Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege am Universitätsspital Zürich hat ein Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege<sup>5</sup> im Akutspital ausgearbeitet. Dieses Konzept operiert auf der Mikro-Allokationsebene<sup>6</sup> und gibt Hinweise dafür, welche Pflegeleistungen delegiert, gekürzt oder weggelassen werden, wenn die auf einer Pflegestation im Akutspital zur Verfügung stehenden Pflegenden quantitativ oder qualitativ nicht genügen, um den anstehenden Arbeitsanfall zu bewältigen.

Die zentrale Frage dieser Arbeit ist nun, ob dieses Hilfsmittel zur Setzung von Prioritäten in der Pflege dem Anspruch gerecht wird, dieses umfassende Verständnis von Pflege auch in Knappheitssituationen zu berücksichtigen oder nicht.

---

<sup>5</sup> Siehe Anhang IV: III – XVI.

<sup>6</sup> Siehe Kapitel 2.1.1: 6.

Das Vorgehen wird das Folgende sein. Nach der Klärung von grundsätzlichen Fragen zur Verteilung aus ethischer Sicht wird das Pflegeverständnis, von dem im Grundsatz auch bei der Verteilung in Knappheitssituationen ausgegangen werden muss, dargestellt (Kap. 2.) Es folgt die Vorstellung des Konzepts zum Setzen von Prioritäten in der Pflege des Zentrums für Entwicklung und Forschung in der Pflege am Universitätsspital Zürich (Kap. 3). Anschliessend werden Aspekte aus dem Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege aufgegriffen, die aus Sicht des normativ aufgeladenen Pflegeverständnis diskussionswürdig sind und einer kritischen Prüfung unterzogen (Kap.4). Ausgehend von dieser Prüfung wird in den Schlussfolgerungen festgehalten, wo das Konzept zum Setzen von Prioritäten dem Pflegeverständnis genügt und wo aus ethischer Sicht Bedenken bestehen. (Kap.5).

Einleitend möchte ich noch bemerken, dass mir die Vorstellung, künftig über mögliche Verteilungsverfahren des Gutes Pflege nachdenken zu müssen, nicht gefällt. Ich bin auch nach wie vor nicht sicher, ob es soweit kommen muss. Trotzdem scheint es mir wichtig, sich von Seiten der Pflegepersonen her an der laufenden Diskussionen zu beteiligen. Nur so kann sich die Pflege zumindest gewisse Einfluss- und Eingriffsmöglichkeiten bewahren, die sonst verschlossen bleiben, und sie kann Argumente für oder gegen sich ergebende Tendenzen entwickeln und vertreten.

## 2 Das Gut Pflege

Im Folgenden werden zunächst einige grundsätzliche Allokationsfragen angesprochen, damit die Verteilungsproblematik der vorliegenden Arbeit eingegrenzt werden kann.

Dann wird das normativ aufgeladene Pflegeverständnis dargestellt, von dem in der Arbeit ausgegangen wird. Es ist als Idealvorstellung zu verstehen, das es als Ziel anzustreben gilt. Das Pflegeverständnis dient im Kapitel 4 als Reflexionsgrundlage für die kritische Prüfung des Konzepts zum Setzen von Prioritäten in der Pflege.

### 2.1 Pflege als knappes Gut

#### 2.1.1 Die Ebenen der Verteilung

Grundsätzlich entstehen Verteilungsfragen jeglicher Art aus einer Knappheit an Gütern. Kersting<sup>7</sup> beschreibt das treffend mit folgenden Worten:

„Nichts ist im Überfluss vorhanden. Alles ist knapp: nicht nur die äusseren Güter sind knapp, auch die Güter des Leibes und der Seele und die des Verstandes erst recht. Auch das Leben selbst ist knapp. (...) Weil wir uns mit Güterknappheit arrangieren müssen, entstehen Anspruchskonflikte und Verteilungsprobleme, denn jeder möchte lieber mehr als weniger haben. Und weil Verteilungsprobleme existieren, besteht Gerechtigkeitsbedarf.“

Wenn das Gut Pflege als knappes Gut betrachtet wird, das verteilt werden muss, dann muss geklärt werden, von welcher Ebene der Verteilung überhaupt die Rede ist, wer verteilt, was genau verteilt wird und wer AdressatInnen der Verteilung sind.

Ob im Gesundheitswesen generell eine besonders akute Situation der Knappheit besteht ist umstritten. Einige meinen, durch die Vermeidung von Fehlbelegungen, das Weglassen der „low-chance-medicine“<sup>8</sup>, das Einfordern nur noch evidenz-basierter Medizin und Pflege, die Optimierung betrieblicher Abläufe usw. könnte der Aufwande so gesenkt

---

<sup>7</sup> Kersting, 2000: 20.

<sup>8</sup> Unter „low-chance-medicine“ versteht man diagnostische Verfahren und Therapien, deren Ertrag geringfügig oder zweifelhaft sind. Vgl. Birnbacher, 1999: 52.

werden, dass eine Beschränkung nicht nötig sei. Andere hingegen meinen, eine unbeschränkte Versorgung mit Leistungen aus dem Gesundheitswesen würde zu einer Monopolisierung des Ressourcenverbrauchs im Gesundheitswesen führen und keine Mittel für andere öffentliche Güter übrig lassen. Aus diesem Grund sei es unausweichlich, nach fairen Bedingungen für die Zuweisung von Gesundheitsleistungen zu suchen.

Bei Verteilungsfragen im Gesundheitswesen, gibt es grundsätzlich zwei Gerechtigkeitsprobleme. Erstens ist da die Frage nach dem Verteilungssystem. Hier werden meistens die Varianten Verteilung über den Markt, Verteilung über den Staat oder ein Mischmodell aus beiden diskutiert.

Fällt die Antwort, wie hier in der Schweiz, zugunsten der teilweise oder ganz beim Staat liegenden Variante aus, stellt sich die zweite Frage, nämlich jene nach der gerechten Verteilung innerhalb des Gesundheitswesens selber. Verteilungsentscheide werden auf verschiedenen Ebenen gefällt. Auf politischer Ebene wird entschieden, wie viel Geld generell in Gesundheitswesen und wie viel in andere Bereiche des Sozialstaates fließen soll (Makro-Allokation). Auf der Ebene der Meso-Allokation wird entschieden, wie viel Geld welchem Ziel, welcher Sparte, welchem Leistungsbereich innerhalb des Gesundheitswesens zugesprochen wird. Die Zuteilung der Ressourcen auf die konkrete Einzelperson wird dann auf der Ebene der Mikroallokation festgelegt.<sup>9</sup> Diese Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit der Verteilung von Pflegeleistungen auf der Mikro-Allokationsebene.

### **2.1.2 Wer verteilt was an wen?**

Bei Allokationsentscheiden allgemein stellt sich die Frage, wer die Verantwortung für die Verteilung trägt. Verteilungsinstanzen nichtmenschlichen Ursprungs (beispielsweise die Natur, der Zufall, Gott) sind weder belangbar noch rechenschaftspflichtig. Nur die Verteilung, die von Menschen vorgenommen wird, ist begründungsbedürftig. Nur sie hat normativen Charakter und entscheidet mit, wie die Bedingungen für unser Zusammenleben sind.<sup>10</sup>

Weiter muss geklärt werden, um was es sich beim zu verteilende Gut handelt. Die distributive Gerechtigkeit beschäftigt sich mit sozialen Gütern, die unter den Mitgliedern einer Solidargemeinschaft auf- oder umverteilt werden. Wie diese sozialen Güter verteilt wer-

---

<sup>9</sup> Vgl. Fuchs, 1999:178 - 179.

<sup>10</sup> Vgl. Kersting, 1999: 143 und 2000: 9 - 20.

den, ist abhängig von ihrer sozialen Bedeutung und Bewertung. Wenn sich in dieser Arbeit die Frage nach der Verteilung des Gutes Pflege stellt, spielt unweigerlich die Frage nach der sozialen Bedeutung und Bewertung des Gutes eine Rolle.<sup>11</sup>

Die letzte grundsätzliche Frage bei Allokationsentscheiden ist, an wen das Gut verteilt wird. Verteilungsadressaten können Tiere, Menschen (jetzt lebende, sowie kommende Generationen) und Institutionen im weitesten Sinne sein. Wenn man über die Verteilung von Pflegeleistungen im menschlichen Gesundheitswesen nachdenkt, ist offensichtlich, dass es sich bei den Adressaten um jetzt lebende Menschen handelt. Wem jedoch wie viel Pflege zugesprochen wird, muss noch geklärt werden.

## **2.2 Das Pflegeverständnis**

Das hier skizzierte Pflegeverständnis will aufzeigen, dass Pflege ein unabdingbares Gut ist, und wie sich die professionelle Pflege in der Schweiz über ihre offiziellen Organe definiert. Für die vorliegende Arbeit wird das Pflegeverständnis noch um den Aspekt der Fürsorge erweitert, weil dies den Wirkungskreis und die Qualität der Pflege entscheidend verändert.

### **2.2.1 Der Mensch ist auf Pflege angewiesen**

Um nachzuweisen, dass Pflege ein Gut ist, auf das grundsätzlich alle Menschen angewiesen sind, kann angeführt werden, dass der Mensch als leibliches Wesen existiert. Der Leib wird nicht als ein dualistisch begriffener Gegensatz zum Geist, dem Bewusstsein oder der Seele verstanden. Der Leib ist eine Art Orientierungsnulldpunkt oder Umschlagstelle, von dem oder der aus sich Raum, Zeit, Wahrnehmung, soziale und geschlechtliche Situierung bestimmen lassen. Durch die leibliche Existenz sind wir auf andere bezogen, wir existieren in den Augen der Anderen und beeinflussen einander. Die Verletzlichkeit dieses Leibes und die Bezogenheit aufeinander bringt die Notwendigkeit der Fürsorge mit sich.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. Walzer, 1992: 32 - 36.

<sup>12</sup> Vgl. Schnell 2002: 13 - 15.

Sich umeinander sorgen, füreinander sorgen, sich einander zuwenden, einander pflegen sind wesentliche Elemente des Menschseins. Sorge, Fürsorge, Zuwendung sind Terminiologien mit vielfältigem Inhalt und kommen in verschiedenen Bereichen des menschlichen Lebens zum Tragen. Sie werden sowohl in einem privaten Kontext wie auch in einem erzieherischen, psychologischen, politischen, medizinischen, oder, wie in dieser Arbeit, pflegerischen Kontext gebraucht.<sup>13</sup>

Am ehesten bringt man die fürsorgliche Pflege mit der Betreuung von Kindern in Verbindung. Aber nicht nur Kinder mit ihrem entwicklungsbedingten Unvermögen für ihre eigene Existenz zu sorgen, sind auf Menschen angewiesen, die sie pflegen. Alle Menschen können durch Erkrankungen, Verletzungen, Übergänge (z.B. Geburt eines Kindes, Altern, Migration) oder Behinderungen in den alltäglichen Fähigkeiten vorübergehend oder langfristig eingeschränkt werden. Holoch<sup>14</sup> schreibt, dass jeder Mensch, ob gesund oder in irgend einer Form beeinträchtigt, für seine Entwicklung auf Empathie und das Gefühl der Zuneigung von Anderen angewiesen ist.

### **2.2.2 Die professionelle Pflege**

Jeder Mensch verfügt über ein gewisses pflegerisches Grundwissen und gewisse pflegerische Fähigkeiten bezogen auf die Selbstpflege und auch bezogen auf die Pflege anderer Personen. Diese Laienpflege für andere ist eine Hilfe, die sich am Bedürfnis der anderen Person orientiert und auf persönlich gemachten Erfahrungen beruht. Sie wird in der Regel freiwillig geleistet.

Die professionelle Pflege, von der diese Arbeit ausgeht, unterscheidet sich von der Laienpflege, in dem sie sich an bestimmten Qualitätskriterien orientiert. Sie setzt eine geregelte Ausbildung basierend auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung und dem Erlangen praktischer Handlungskompetenzen voraus.<sup>15</sup>

Die professionelle Pflege versteht sich heute nicht mehr nur als „Krankenpflege“, sondern sie schliesst die „Gesundheitspflege“ mit ein. Das heisst, Pflegende bemühen sich um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, um die Verhütung von Krankheit, mo-

---

<sup>13</sup> Vgl. van der Arend / Gastmans, 1996: 83.

<sup>14</sup> Vgl. Holoch, 2002: 88.

<sup>15</sup> Vgl. Krilla, 2000: 85 – 93.

tivieren zu gesundheitsförderlichem Verhalten, befähigen zu angemessener Selbst- und Laienpflege, helfen beim Wiedererlangen von Gesundheit, unterstützen bei der Neuorientierung und Selbständigkeitssteigerung bei bleibender Krankheit oder Behinderung und begleiten Menschen beim Sterben. Sie befassen sich mit den eng verflochtenen Beziehungen zwischen täglichem Leben und Gesundheit und mit den Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen und Behandlungsfolgen auf das Alltagsleben der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen. PatientInnen und Angehörige werden in ihrer Auseinandersetzung mit diesen Auswirkungen beraten, unterstützt und begleitet. Das Gesamtangebot der beruflichen Pflege fasst das Schweizerische Rote Kreuz, das für die Reglementierung des Berufes zuständig ist, in fünf Funktionen zusammen:

- „**Funktion 1:** Unterstützung in und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Funktion 2:** Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens
- Funktion 3:** Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen
- Funktion 4:** Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits. Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen
- Funktion 5:** Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes. Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen<sup>16</sup>

Die Haltung und Handlung in den fünf Funktionen der Pflege vollzieht sich auf der Grundlage von Schlüsselqualifikationen<sup>17</sup>, fachlichen Fähigkeiten und eines Grundlagenwissens. Der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK<sup>18</sup>) fasst das, was die Gesellschaft von der professionellen Kranken- und Gesundheitspflege erwarten kann, folgendermassen zusammen:

---

<sup>16</sup> Schweizerisches Rotes Kreuz, 1992: Ausbildungsziele für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege, Anhang A.

<sup>17</sup> Siehe Anhang I: I.

<sup>18</sup> Im Folgenden wird für den Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger die Abkürzung SBK verwendet.

„Die Gesundheits- und Krankenpflege befasst sich mit den Auswirkungen und Folgen von aktuellen oder potentiellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihrer Behandlungen auf das Alltagsleben einzelner Menschen, ihrer Angehörigen und von Gruppen. Die Gesundheits- und Krankenpflege leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung. Die beruflich Pflegenden motivieren Menschen, gesunderhaltende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu übernehmen. Sie unterstützen diese Menschen, ihren Alltag den sich daraus ergebenden Veränderungen anzupassen.“<sup>19</sup>

Der SBK lehnt sich mit dieser Definition einerseits an die Definition der Pflege der World Health Organization<sup>20</sup> und andererseits an die klassische Beschreibung der Pflege von Henderson<sup>21</sup> an.

Das Einsatzgebiet der Pflegenden ist dementsprechend vielfältig. Mögliche Arbeitsbereiche sind beispielsweise Spitäler, Rehabilitationskliniken, ambulante Pflegedienste, Alters- und Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen, Hospize oder Krankenkassen.

### **2.2.3 Pflege als fürsorgliche Zuwendung**

Unter professioneller Pflege wird gemäss den offiziellen Definitionen die Fähigkeit verstanden, berufliche Anforderungen mit Sachverstand und Umsicht zu bewältigen. Das Pflegeverständnis kann aber noch weiter gehen, hin zur Vorstellung, dass, wie Holoch<sup>22</sup> das ausdrückt, Pflegenden für die PatientInnen und ihre Angehörigen auch „zuständig“ sind. Besonders in den humanistischen Pflege-theorien<sup>23</sup> erschöpft sich die pflegerische Tätigkeit nicht in der Versorgung der PatientInnen bezüglich ihrer physischen Bedürfnisse, sondern man versteht Pflege als Betreuung, Fürsorge und Zuwendung, die geprägt ist durch die Beziehung zwischen den Beteiligten. Menschen benötigen für die Bewältigung ihrer alltäglichen Probleme im Umgang mit Veränderung, Erkrankung, Einschränkung und Behinderung fürsorgliche Unterstützung, die sich an der individuellen Reaktion

---

<sup>19</sup> Definition SBK, zit. in Kesselring / Panchaud, 1999: 6.

<sup>20</sup> Siehe Anhang II: I – II.

<sup>21</sup> Siehe Anhang III: II.

<sup>22</sup> Vgl. Holoch, 2002: 67.

<sup>23</sup> Stäling zitiert Meleis der beschreibt, dass sich vier Denkschulen entwickelt haben, denen sich die bestehenden Pflege-theorien zuordnen lassen. Er nennt die Bedürfnistheorien, die Interaktionstheorien, die humanistischen Theorien und die ergebnisorientierten Theorien. Vgl. Stäling, 2000: 106 – 107.

auf den funktionellen Gesundheitszustand im Sinne des integrierten Pflegemodells von Käppeli<sup>24</sup> orientiert.

Für dieses Verständnis von Pflege brauchen Pflegende die Bereitschaft, sich vom Schicksal der PatientInnen berühren zu lassen, sie erlauben den PatientInnen im Leiden sie selber zu bleiben und versuchen sie zu verstehen. Die Pflegenden akzeptieren Gegebenheiten, die sich nicht verändern lassen, sie behandeln alle PatientInnen gleich und sind bereit, für sie einzustehen. Die Pflegenden selber wissen um ihre eigene Verletzlichkeit und nehmen diese bewusst in Kauf, denn sie ist Ausdruck davon, dass Leiden zum normalen Leben aller gehört. Diese Mitmenschlichkeit ist nicht unprofessionell, denn einerseits besitzen die Pflegenden eine Basis mit fachlichen Fähigkeiten und Kompetenzen und andererseits erschliesst sich den Pflegenden gerade durch diese Menschlichkeit in der konkreten Situation, was zu tun ist.<sup>25</sup> Es findet eine Verlagerung der Interessen von der Situation der Pflegenden zu der Erlebniswelt der anderen Person statt. Van der Arend<sup>26</sup> formuliert das mit den Worten: „Die Wirklichkeit, mit der der andere konfrontiert wird, fordert mich auf, etwas daran zu ändern.“

Dieses Pflegeverständnis wendet sich gegen die bis in die 70er Jahre vorherrschende, naturwissenschaftlich orientierte Vorstellung von einer ergebnis- und erfolgsorientierten, nur auf das Ziel der Heilung hinarbeitenden Pflege.<sup>27</sup>

Nicht zuletzt trägt die von Fürsorge und Mitleiden geprägte Pflege dazu bei, die Entwicklung der pflegenden Person selber zu fördern. Das Erleben von vielfältigen Situationen, die Wahrnehmung von Gefühlen wie beispielsweise Mut, Verlust, Unzulänglichkeit, sich auf Personen einlassen und all diese Erfahrungen bewusst zu reflektieren, ermöglicht den Pflegenden, sich als Berufsperson und als Mensch weiterzuentwickeln. Wenn Pflegende dazu fähig sind sich einzugestehen, dass die Sorge um einen anderen Menschen mit zum Beruf gehört und dass die damit verbundenen Gefühle der Pflegenden unausweichlich sind, kann dies zusätzlich die Stressbewältigung unterstützen.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Siehe Anhang V: XVII.

<sup>25</sup> Vgl. Käppeli: Unveröffentlichtes Manuskript 365 – 366.

<sup>26</sup> Van der Arend, 1996: 86.

<sup>27</sup> Vgl. Holoch, 2002: 89.

<sup>28</sup> Vgl. Holoch, 2002: 91.

### **3 Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege**

In diesem Kapitel wird das Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege, welches das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege<sup>29</sup> entwickelt hat, kurz vorgestellt und es wird die Ausgangslage der Konzeptentwicklung skizziert. Dann folgt die Vorstellung des Konzepts zum Setzen von Prioritäten in der Pflege.

#### **3.1 Hintergrund**

##### **3.1.1 Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege**

Seit 1989 gibt es am Universitätsspital in Zürich (USZ<sup>30</sup>) eine Stabsstelle für Entwicklung und Forschung in der Pflege. 1993 wurde diese Stabsstelle zum Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege (ZEFP<sup>31</sup>) umstrukturiert. Die Aufgaben des ZEFP sind die Förderung der Pflegewissenschaft sowie die Integration der Erkenntnisse in den pflegerischen Alltag, die Entwicklung und Sicherung der Pflegequalität und die Professionalisierung der MitarbeiterInnen des Pflegedienstes am USZ. Am ZEFP werden Forschungs- und Entwicklungsprojekte realisiert, die den PatientInnen, den Berufsangehörigen sowie Einrichtungen im Gesundheitswesen zugute kommen.

##### **3.1.2 Ausgangslage der Konzeptentwicklung**

In den letzten Jahren erhöhte sich, wie in der Einleitung geschildert, die Nachfrage nach Pflegeleistungen. Durch die verkürzte Aufenthaltsdauer im Akutspital wird der Pflegebedarf der PatientInnen in den verbleibenden Tagen im Spital ungleich höher. Zudem kommen zu den somatischen Beschwerden der PatientInnen im Spital zunehmend auch soziale und psychische Probleme, die einen erhöhten Pflegebedarf zur Folge haben.

Ende der Neunziger Jahre verschärfte sich die Personalsituation in vielen Institutionen des Gesundheitswesens dramatisch. Die Stellenpläne waren vielerorts stark unterbesetzt

---

<sup>29</sup> Siehe Anhang IV: III – XVI.

<sup>30</sup> Im Folgenden wird für das Universitätsspital Zürich die Abkürzung USZ verwendet.

<sup>31</sup> Im Folgenden wird für das Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege des USZ die Abkürzung ZEFP verwendet.

und die Personalfuktuation war sehr hoch, so auch im USZ. Dies führte dazu, dass an den besetzten Stellen oft BerufsanfängerInnen oder Pflegende, die neu in der Institution waren, arbeiteten, was sich wiederum nachteilig auf die Qualität der Arbeit auswirkte. Durch die ständige Überlastung der verbleibenden Pflegepersonen kam es auch zu immer mehr krankheitsbedingten Ausfällen.

Die Pflegenden hatten einerseits eine hohe Sensibilität für die moralischen Auswirkungen der schlechteren Pflegequalität, andererseits hatten sie wenig praktisches Veränderungspotenzial, da ihnen die Zeit zur Reflexion und die Problemlösungskompetenz auf fachlicher, juristischer und ethischer Ebene fehlte.

Im USZ kam erschwerend hinzu, dass zu dieser Zeit die Kommunikation im Management auf allen Stufen sowohl horizontal als auch vertikal schlecht funktionierte. Mit den Disziplinen ausserhalb des Pflegedienstes wurde generell wenig zusammengearbeitet.

Auf diesem Hintergrund und auf Grund des Auftrages des ZAFP (Sicherung der Pflegequalität, Unterstützung und Beratung der Pflegepersonen) haben sich 1999 dessen Mitarbeiterinnen entschlossen, ein Hilfsmittel zum Umgang mit diesem akuten Pflegezustand zu entwickeln. Bei der Entwicklung des Hilfsmittels wollte das ZAFP lineare Kürzungen der Pflegeleistungen, wie z.B. nur einmal am Tag das Bett der PatientInnen machen, vermeiden. Sie wollten auch keine klinik-<sup>32</sup>, organ-, oder altersbezogenen Kürzungen vornehmen. Und sie wollten, dass das Hilfsmittel kongruent mit dem Pflegeleitbild des USZ<sup>33</sup> ist.

Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege wurde nie in Kraft gesetzt. Als das Papier im Herbst 1999 in die Vernehmlassung ging, entstand bei verschiedenen Pflegenden, Gruppierungen aus dem Gesundheitswesen und der zugezogenen Öffentlichkeit der Eindruck, dass das USZ mit diesem Instrument die Rationierung der Pflege einführen will. Dies führte zu grosser Empörung und Widerstand gegenüber dem Papier des ZAFP, so dass nach der Auswertung der retournierten Vernehmlassungsbogen das Projekt vom ZAFP abgebrochen wurde.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Mit Kliniken sind die verschiedenen Fachbereiche wie beispielsweise Medizin, Orthopädie, Urologie, Herzchirurgie, Onkologie, Dermatologie, Gynäkologie und so weiter gemeint.

<sup>33</sup> Siehe Anhang VI: XVIII – XXIII.

<sup>34</sup> Die Informationen wurden persönlichen Gesprächen mit Silvia Käppeli, Leiterin des ZAFP entnommen.

## 3.2 Vorstellung des Konzepts zum Setzen von Prioritäten in der Pflege

Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege<sup>35</sup> ist ein vierzehnteitiges Hilfsmittel, in dem erläutert wird, wann und wie das Konzept zur Prioritätensetzung zum Einsatz kommt, von welchen Grundannahmen das ZEFP bei der Entwicklung ausging, wie das Konzept aufgebaut ist und wie sich die Kategorien zusammensetzen, mit deren Hilfe die Prioritätensetzung in der Pflege vorgenommen wird.

### 3.2.1 Bedingungen für die Inkraftsetzung des Konzepts zur Prioritätensetzung

Das Konzept zur Prioritätensetzung kommt im Setting Akutspital in Situationen zum Einsatz, in denen die Ressourcen der Pflege nicht ausreichen, um das Niveau der „angemessenen Pflege“ gewährleisten zu können.

Die Niveaubezeichnung „angemessene Pflege“ beruht auf dem in der Pflege wohl geläufigsten Hilfsmittel zur Bestimmung der Pflegequalität. Es ist das Stufenmodell von Fiechter / Meier<sup>36</sup>. Sie beschreiben folgende Stufen der Pflegequalität:

- „Stufe 3, optimale Pflege:** Der Patient und seine Angehörigen sind in die Pflegeplanung miteinbezogen. Der Patient erhält gezielte Hilfe in seiner Anpassung an veränderte Umstände.
- Stufe 2, angemessene Pflege:** Der Patient erfährt Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gewohnheiten, die er äussert.
- Stufe 1, sichere Pflege:** Der Patient ist mit dem Nötigsten versorgt. Er ist nicht gefährdet. Er erleidet keinen Schaden.
- Stufe 0, gefährliche Pflege:** Der Patient erleidet Schaden oder ist durch Unterlassungen oder Fehler in der Pflege gefährdet.“

Die Stufen sind knapp formuliert und erlauben lediglich einen qualitativen Hinweis, nicht aber die exakte Messung der Pflegequalität. Fiechter / Meier gehen davon aus, dass das absolute Minimum der Pflegequalität die „sichere Pflege“ sein muss. Das ZEFP stützt

<sup>35</sup> Im Folgenden wird das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege Konzept zur Prioritätensetzung genannt.

<sup>36</sup> Fiechter / Meier, 1981: 174.

sich im Konzept zur Prioritätensetzung zur Benennung der Pflegequalität auf dieses Stufenmodell.

Als Grund dafür, dass die Ressourcen nicht ausreichen, die Anzahl oder die Art der PatientInnen mit ihrer jeweiligen Pflegeintensität zu versorgen gibt das ZEF an, dass quantitativ zu wenig Pflegepersonal auf der Abteilung ist, oder dass die vorhandenen Pflegepersonen (z.B. Lernende, neuen MitarbeiterInnen, BerufsanfängerInnen) qualitativ nicht über die Kompetenzen verfügen, die zu bewältigende Arbeit in angemessener Qualität zu erledigen.

Bevor in einer Pflegenotstandssituation auf einer Abteilung das Konzept zur Prioritätensetzung angewandt werden darf, muss sicher gestellt werden, dass alle berufsfremden Arbeiten abgegeben oder eingestellt wurden. Wenn das der Fall ist, kann die Stationsleitung einen Antrag für die Anwendung des Konzeptes zur Prioritätensetzung an die Leiterin Pflege der entsprechenden Klinik stellen. Der Antrag bezieht sich immer auf die ganze Abteilung und nie nur auf einzelne PatientInnen. Die Leiterin Pflege klärt dann ab, ob eine Reduktion von indirekten Pflegetätigkeiten (z.B. Bürotage, Arbeitsgruppen usw.) möglich ist, oder ob anderswo personelle Ressourcen freizumachen sind. Ist das nicht möglich, wird die Leiterin Pflege den Antrag bewilligen. Die betroffenen Personen aus der Pflege, dem ärztlichen Dienst und die PatientInnen werden von der Leiterin Pflege persönlich oder mit Informationsblätter über den Entscheid informiert.<sup>37</sup>

### **3.2.2 Der Aufbau des Konzeptes zur Prioritätensetzung**

Das Konzept zur Prioritätensetzung, stützt sich in einem sehr knapp gehaltenen „Theorieansatz“ auf das integrierte Pflegemodell von Käppeli<sup>38</sup>, das Leitbild des Pflegedienstes des USZ<sup>39</sup> und auf die Grundsätze der Pflegediagnostik<sup>40</sup>. Diese Theorieansätze legen die Vermutung nahe, dass das ZEF von einem ähnlich umfassenden Pflegeverständnis ausgeht, wie es in Kapitel 2.2 beschrieben wird.

Die Prioritätensetzung des Konzeptes beruht auf der Kategorisierung von PatientInnensituationen und auf der den Kategorien entsprechenden Gewichtung des Pflegeangebotes.

---

<sup>37</sup> Siehe Anhang IV: XVI.

<sup>38</sup> Siehe Anhang V: XVII.

<sup>39</sup> Siehe Anhang VI: XVIII - XXIII.

<sup>40</sup> Vgl. Käppeli, 1998:16 – 18.

Die PatientInnenensituation<sup>41</sup> setzt sich aus der medizinischen Situation (Gesundheitszustand gemäss medizinischer Diagnostik), dem pflegerischen Zustand (gemäss Pflegediagnostik<sup>42</sup>) der Interpretation dieser Situation durch die verantwortliche Pflegeperson und kontextuellen Faktoren (z.B. Stationskultur, Leistungsniveau, Stabilität einer Station u.s.w.) zusammen. Aufgrund der Beurteilung der PatientInnensituation können die PatientInnen einer der vorgegebenen Kategorien<sup>43</sup> zugeordnet werden, welche im Kapitel 3.2.3 genauer besprochen werden.

Die Situationen der PatientInnen erfordern ein gewisses Pflegeangebot<sup>44</sup> aus den Bereichen Pflegehandlungen, Zuwendung, Information/Kommunikation. Normalerweise sind die Pflegeleistungen, die die PatientInnen brauchen, auf das Niveau der „angemessenen Pflege“ ausgerichtet. Das heisst, die Pflege wird mit den PatientInnen unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Gewohnheiten geplant und durchgeführt. Wenn das Konzept zur Prioritätensetzung in Kraft ist, gilt das Prinzip, dass nur noch „die wichtigsten“ Pflegediagnosen berücksichtigt werden. Das heisst, PatientInnen erhalten nur noch Leistungen auf dem Niveau der „sicheren Pflege“, was bedeutet, dass die PatientInnen mit dem Nötigsten versorgt werden, damit sie nicht gefährdet sind oder Schaden erleiden. Mit der Anpassung der Pflegequalität von einer „angemessenen“ auf die „sichere“ Stufe verfolgt das ZEPF das Ziel, die PatientInnen vor „gefährlicher Pflege“, bei der die Möglichkeit besteht, dass die PatientInnen Schaden erleiden oder durch Unterlassungen gefährdet sind, zu schützen.

### 3.2.3 Die Kategorien

Zur praktischen Umsetzung des Konzepts zur Prioritätensetzung werden die PatientInnen je nach Einschätzung der PatientInnensituation einer Kategorie zugeteilt. Die Kategorien 7 und 8 müssen laut Konzept jeweils mit einer weiteren Kategorie kombiniert werden.

---

<sup>41</sup> Siehe Anhang IV: III.

<sup>42</sup> Üblicherweise wird unter Pflegediagnosen das verstanden, was Carroll-Johnson folgendermassen zusammenfasst: „Pflegerdiagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegefachkraft verantwortliche ist.“ Carroll-Johnson zitiert in: Gordon / Bartholomeyczik, 2001: 13.

<sup>43</sup> Siehe Kapitel 3.2.3: 16 – 17.

<sup>44</sup> Siehe Anhang IV: III.

Das Konzept zur Prioritätensetzung unterscheidet die folgenden neun PatientInnenkategorien<sup>45</sup>:

- Kategorie 1: Standardsituation
- Kategorie 2: Abklärungssituation
- Kategorie 3: Gesundheitsschädigendes Verhalten
- Kategorie 4: Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch-psychisch stabiler Situation
- Kategorie 5: Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch-psychisch instabiler Situation
- Kategorie 6: Unzureichende therapeutische Möglichkeiten unbefriedigende Pflegesituation
- Kategorie 7: Verzögerter Austritt/Übertritt in eine andere Institution
- Kategorie 8: PrivatpatientInnen aus dem Ausland
- Kategorie 9: Informierter Konsument

Die Kategorien werden anhand der Struktur „Beschreibung“, „Intention“, „Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante“, „Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand“, „Was wird reduziert?“ und „Gewichtung des Pflegeaufwandes bei der Minimalvariante“ konkretisiert.<sup>46</sup>

Die „Beschreibung“ enthält Merkmale, auf Grund derer entschieden werden kann, welche PatientInnen dieser Kategorie zugeordnet werden sollen. Beim Abschnitt „Intention“ wird das Ziel und die Absicht der Pflege genannt. Unter dem Titel „Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante“ wird ersichtlich, welche Pflegeleistungen unter normalen betrieblichen Umständen erbracht werden, so dass das Niveau der „angepassten Pflege“ erreicht wird. Im Abschnitt „Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand“ ist festgehalten, welche Pflegeleistungen aus betrieblichen Gründen reduziert erbracht werden. Sie orientieren sich am Niveau der „sicheren Pflege“. Unter „Was wird reduziert?“ wird aufgezählt, welche Pflegemaßnahmen im Ausnahmezustand reduziert, delegiert oder weggelassen werden. Zum Schluss jeder Kategorie wird die „Gewichtung des Pflegeaufwandes bei der Minimalvariante“ mit einem Punktesystem visualisiert.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Siehe Anhang IV: IV.

<sup>46</sup> Siehe Anhang IV: VI – XV.

<sup>47</sup> Siehe Anhang IV: V.

## 4 Kritik am Konzept zur Prioritätensetzung:

Im Kapitel 2.2 wurde das Pflegeverständnis als anzustrebende Zielvorstellung vorgestellt. Dieses Pflegeverständnis ist nicht nur geprägt durch eine fachliche Vorstellung des Gutes Pflege, sondern es gibt auch normative Hinweise, was „gute Pflege“ bedeutet. Wenn man nun das Konzept zur Prioritätensetzung<sup>48</sup> mit Hilfe des Pflegeverständnisses einer kritischen Reflexion unterzieht, kristallisieren sich verschiedene Fragen heraus, die in diesem Kapitel behandelt werden. Wie wird beispielsweise der Bedarf der PatientInnen an Pflege bestimmt? Welche Probleme entstehen durch die Zuteilung von PatientInnen in Kategorien? Wie wurde bei der Güterabwägung vorgegangen? Besteht die Gefahr des Dammbbruchs oder der Verletzung der Autonomie der PatientInnen? Wird die Integrität der Pflegenden gewahrt? Und was wird an Kooperationsbereitschaft erwartet?

Fragen welche die Kategorie 8 Privatpatientinnen aus dem Ausland<sup>49</sup> betreffen, werden in dieser Arbeit nicht behandelt. Natürlich würden auch im Zusammenhang mit dieser Kategorie ethische Fragen entstehen. Aber da diese Gruppe von PatientInnen auf eigenen Wunsch im USZ<sup>50</sup> sind und sie als private AuftraggeberInnen (reine SelbstzahlerInnen) auftreten, stellen sich nicht dieselben Fragen wie bei regulären PatientInnen des USZ.

### 4.1 Die Bestimmung des Bedarfs

Wenn sich die Frage stellt, wer wie viel des knappen Gutes Pflege auf der Mikroallokationsebene<sup>51</sup> bekommen soll, stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl. Das Gut Pflege könnte man der Person zukommen lassen, die es erwerben kann, der Person, die es verdient hat oder der Person, die ein Bedürfnis danach geltend machen kann.<sup>52</sup>

Die Verteilung des Gutes Pflege nach monetärer Kaufkraft ist hier keine Variante. Wie in Kapitel 2.1.1 erwähnt wurde, fungiert beim Gut Pflege (zumindest im Grundversicherungsbereich) der Staat als Verteilungsinstanz und nicht der freie Markt. Der Staat

---

<sup>48</sup> Siehe Anhang IV: III – XVI.

<sup>49</sup> Siehe Anhang IV: XIV.

<sup>50</sup> Siehe Fussnote 30.

<sup>51</sup> Siehe Kapitel 2.1.1: 6.

<sup>52</sup> Vgl. Walzer, 1992: 51 – 58.

verfolgt das Interesse der Sicherheit und Wohlfahrt aller seiner Mitglieder. Die Verteilung nach Kaufkraft würde jene Mitglieder der Gesellschaft bevorteilen, die über die Ressource Geld verfügen, und das kann nicht im Sinne des Staates sein. Es entspricht auch nicht dem im Kapitel 2.2 skizzierten Pflegeverständnis, nach dem alle Menschen in gewissen Situationen der Pflege bedürfen. Die Preise würden zwar die Nachfrage, nicht aber den Bedarf regeln.<sup>53</sup> Zudem müssen Verteilungsmodi untereinander kohärent sein, und so kann der „Verkauf“ der Ressource Pflege auf der Mikroallokationsebene keine Möglichkeit darstellen, wenn man sich auf der Makroallokationsebene<sup>54</sup> für ein Verteilungsmodell, das ganz oder teilweise beim Staat liegt, entschieden hat.<sup>55</sup>

Die Verteilung nach Verdienst fällt ebenso weg. Die Menschen bedürfen der Pflege nicht durch eine Leistung, sondern durch ihre Leiblichkeit<sup>56</sup>. Somit verdient niemand mehr oder weniger Pflege. Und selbst wenn ein Mensch ein Gut verdient hat, besteht trotzdem noch kein Anspruch darauf. Der Verdienst sagt auch nichts darüber aus, wie dringend jemand das Gut Pflege braucht.

Als letzte Variante kann man das Gut Pflege jenen zukommen lassen, die ein berechtigtes Bedürfnis anmelden können. Durch seine Leiblichkeit ist der Mensch ein verletzlichem Wesen und Träger von verschiedensten Bedürfnissen, welche er in Situationen von Unfall, Krankheit, Veränderung und so weiter nicht aus eigener Kraft zu decken vermag. So ist er auf die Fürsorge und Hilfe anderer angewiesen.

Im Konzept zur Prioritätensetzung wird die Zuteilung des Gutes Pflege je nach Bedürfnis so gelöst, dass die PatientInnen auf Grund der sogenannten PatientInnensituation<sup>57</sup> den verschiedenen Kategorien<sup>58</sup> zugeteilt werden. Die PatientInnensituation wird durch die Einschätzung der zuständigen Pflegenden anhand der medizinischen Situation, dem pflegerischen Zustand und den kontextuellen Faktoren bestimmt. Die so geartete Zuteilung stellt sicher, dass die Pflege nicht linear oder in Bezug auf spezielle gesundheitliche Probleme gekürzt oder zugeteilt wird, sondern dass die Bedürftigkeit der einzelnen Menschen ausschlaggebend ist.

---

<sup>53</sup> Vgl. Kliemt, 1997: 21.

<sup>54</sup> Siehe Kapitel 2.1.1: 6.

<sup>55</sup> Vgl. Kersting, 1997: 176.

<sup>56</sup> Siehe Kapitel 2.2.1: 7.

<sup>57</sup> Siehe Anhang IV: III.

<sup>58</sup> Siehe Anhang IV: IV.

Bedürfnisse sind etwas schwer Fassbares, und auch die Priorität unter den verschiedenen Bedürfnissen ist nicht leicht zu bestimmen. Es gibt wohl Bedürfnisse, die lebensnotwendig sind, wie das Bedürfnis nach Wasser, Nahrung, Schlaf und Wärme. Doch die Priorisierung richtet sich nicht nur nach der Natur des Menschen. Auch sozio-kulturelle und geschichtlich-situative Gegebenheiten bestimmen, welcher Art die Bedürfnisse sind. Und schliesslich hat jedes Individuum auch eigene Vorstellungen über die Wichtigkeit seiner Bedürfnisse.

Ein möglicher Ordnungsversuch ist die Unterscheidung verschiedener Bedürfnisebenen. Mertens<sup>59</sup> nennt beispielsweise die physischen Basisbedürfnisse von elementarer Dringlichkeit (z.B. Ernährung, Schlaf, Bewegung), danach folgen die psychischen Grundbedürfnisse (z.B. Streben nach Liebe, Zugehörigkeit) und schliesslich die Bedürfnisse geistig-personaler Sinnrealisation (Verlangen nach Wissen, Verstehen, Schönheit, Transzendenz).

Das Konzept zur Prioritätensetzung berücksichtigt die verschiedenen Ebenen der Bedürfnisse insofern, dass als Hilfsmittel für die Prioritätensetzung sowohl die medizinische Situation als auch der pflegerische Zustand gemäss den Pflegediagnosen<sup>60</sup> eine Rolle spielen. Da beim Stellen der Pflegediagnose die PatientInnen bestimmen, ob die Pflegediagnose zutreffend ist oder nicht, kann man sagen, dass die individuelle Bewertung der Bedürfnisse zumindest teilweise berücksichtigt wird. Generell sind jedoch in den verschiedenen Kategorien die physischen Bedürfnisse wesentlich stärker gewichtet. Bei den Pflegediagnosen gilt die Einschränkung, dass nur „die wichtigsten“ berücksichtigt werden. Diese Gewichtung legt die Annahme nahe, dass bei der Prioritätensetzung die dringlicheren den ranghöheren Bedürfnissen vorgezogen werden.<sup>61</sup> Dringlich ist hier im Sinne von physischer Dringlichkeit zu verstehen.

## 4.2 Das Problem der Kategorisierung

Der Entscheid, wem wie viel Pflege zugesprochen wird, soll vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall gefällt werden.<sup>62</sup> Dies stellt sicher, dass jeder Mensch potentiell in gleicher Weise von der Knappheit getroffen ist. Das Konzept zur Priorität-

---

<sup>59</sup> Vgl. Mertens, 1998: 298 - 299

<sup>60</sup> Pflegediagnosen können sowohl physische wie auch psycho-soziale Bedürfnisse der PatientInnen beinhalten. Siehe Fussnote 42.

<sup>61</sup> Vgl. Schüller zitiert in Mertens, 1998: 299.

<sup>62</sup> Vgl. Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe, 1999: 4.

tensetzung garantiert das auf Grund der Kategorien. Den Kategorien werden PatientInnen entsprechend der Einschätzung ihrer PatientInnensituation zugeteilt und die Pflege wird so unabhängig von der faktischen Präferenz, entsprechend dem Bedarf zugesprochen.

Durch diese Kategorisierung ist eine Gleichbehandlung aller sichergestellt. PatientInnen werden nicht auf Grund ihrer Person Pflegeleistungen zugesprochen oder vorenthalten, sondern auf Grund der Zugehörigkeit zu einer PatientInnenkategorie, innerhalb welcher vorgängig, ohne Ansehen der Person, Prioritäten gesetzt wurden. Gleichheit wird nicht durch das gleiche Ausmass an Pflegeleistungen für jede Person gewährleistet, sondern durch die Gleichbehandlung aller bei der Einteilung in Kategorien. Denn für die Verteilung der Leistungen soll nicht das Prinzip „jedem das Gleiche“ sondern „jedem das Seine“ gelten. Der Einwand, dass mit der Zuteilung einer Person in eine Kategorie die Gefahr der Diskriminierung oder der Geringschätzung der Person einhergeht, kann damit entkräftet werden, dass eben gerade die Umstände der Krankheitssituation und nicht die Person selber den Ausschlag für die Zuordnung geben.<sup>63</sup>

Mit den unterschiedlichen Kategorien erfüllt das Konzept zur Prioritätensetzung auch die Forderung, dass Bedürftigere vorgezogen werden. Denn je nach Komplexität der PatientInnensituation werden mehr oder weniger Pflegeleistungen zugestanden. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass, wie unter Kapitel 4.1 ausgeführt, hier vor allem die physiologischen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Bei der Verteilung von Pflege muss auch sichergestellt werden, dass nicht Betreuende willkürlich von Fall zu Fall beurteilen, wie viel Pflege dieser speziellen Person zugeteilt wird. Der Entscheid, wer wie viel Pflege bekommt, muss über einen gesellschaftlichen Prozess erreicht werden.

Welche Pflegeleistungen nach dem Konzept zur Prioritätensetzung eine Reduktion erfahren, wurde im Prozess der Erarbeitung von den Mitarbeiterinnen des ZEF<sup>64</sup> bestimmt. Der geforderte gesellschaftliche oder politische Diskurs wurde nicht geführt. Dies ist insofern problematisch, als diese Allokationsbeschlüsse nicht einfach pflegefachliche Entscheide sind, sondern immer auch ethische Komponenten wie die Frage nach Gerechtigkeit, Autonomie, Werthaltungen und so weiter beinhalten.

Klinikintern wurde das Konzept zur Prioritätensetzung an einer zweitägigen Pflegekardertagung diskutiert, bevor es in die Vernehmlassung ging. Während der Vernehmlassung

---

<sup>63</sup> Vgl. Leist, 2001: 312 – 313.

<sup>64</sup> Siehe Fussnote 31.

sung wurde das Konzept zur Prioritätensetzung dann verschiedenen Gruppen<sup>65</sup> vorgelegt. Problematisch scheint mir hier, dass die am unmittelbarsten Betroffenen nur wenig oder gar nicht einbezogen wurden. Von den ausführenden Pflegenden konnten nur einzelne Stellung nehmen, und die Gruppe der PatientInnen wurde überhaupt nicht berücksichtigt. In der Gesellschaft kann dieser offene Umgang mit Zugangsbeschränkungen wie hier mit Kategorien zu Unruhe führen. Dies hat sich auch in der empörten und ablehnenden Reaktion der Medien und InteressensvertreterInnen bezüglich des Konzepts zur Prioritätensetzung gezeigt. Kurzfristig wird eine verdeckte Zugangsbeschränkung von den Betroffenen oft leichter akzeptiert, weil sie als schicksalhaft-natürlich erlebt wird. Langfristig verträgt sich dieses Vorgehen aber nicht mit der Grundidee der Demokratie.

Für die Pflegenden wird durch das Konzept zur Prioritätensetzung ein Rahmen abgesteckt, in welchem sie die Reduktion der Pflege auf Grund von vorgegebenen Kriterien vornehmen können. Die Gefahr der Willkür wird somit reduziert. Die Vorgabe von Kategorien und handlungsleitenden Anweisungen kann eine emotionale und moralische Entlastung für die individuelle Pflegende / den individuellen Pflegenden bedeuten. Der Entscheid muss nicht mehr allein als Individuum gefällt und verantwortet werden.

### **4.3 Die Frage der Güterabwägung**

Bei der Güterabwägung handelt es sich um ein vernunftgeleitetes Verfahren, bei dem gewissen Bedürfnissen der Vorrang vor anderen zugestanden wird. Auf Grund der Knappheitssituation können nicht alle Bedürfnisse befriedigt werden. Es ist zum Vorneherein auch nicht klar, welchen Bedürfnissen der absolute Vorrang zuzusprechen ist. Wie unter 4.1 erwähnt, sind Bedürfnisse sozio-kulturell und geschichtlich-situativ bedingt. Und selbst innerhalb einer Gesellschaft herrscht bezüglich der Prioritätensetzung der Bedürfnisse keineswegs Einigkeit. Was als Übel und was als Gut empfunden wird, kann variieren.

Nach dem im Kapitel 2.2 skizzierten Pflegeverständnis kommen den bio-medizinischen Aspekten, den therapeutisch-pflegerischen Interventionen sowie den Reaktionen der

---

<sup>65</sup> Im USZ wurden die LeiterInnen Pflege, die SchulleiterInnen, die Stationsleitungen, pro Klinik eine Pflegende, die Spitalleitung, die KlinikdirektorInnen angeschrieben. Ausserhalb des USZ der Fachdienst Pflege der Gesundheitsdirektion Zürich.

Menschen Bedeutung zu. Aus all diesen Teilen entstehen bei den PatientInnen verschiedenartige Bedürfnisse. Es gibt in diesem Pflegeverständnis also keine klare Vorrangstellung bestimmter Bedürfnisse.

Im Konzept zur Prioritätensetzung werden den PatientInnen verschiedenartige Bedürfnisse zugestanden, sie können aber auf Grund der Knappheitssituation nicht alle erfüllt werden. Das Konzept zur Prioritätensetzung gibt nun, der Name sagt es bereits, den einen Bedürfnissen den klaren Vorrang vor den andern. Dies erkennt man beispielsweise daran, dass bei den Pflegediagnosen, die massgebend für den pflegerischen Zustand sind, in der Knappheitssituation nur „die Wichtigsten“ berücksichtigt werden.

Bei der Gewichtung des Pflegeangebotes<sup>66</sup> verwendet das ZEPF Begriffe, die problematisch sind. Die Begriffe „Pflegehandlung“, „Zuwendung“ und „Information / Kommunikation“ suggerieren, dass nur ein Teil der von den Pflegepersonen erbrachten Leistungen „echte“ pflegerische Handlungen sind, nämlich nur jene, die „Pflegehandlungen“ heissen. Dies verleitet dazu, dass die anderen, sozusagen „berufsfremden“ Leistungen in Situationen der Ressourcenknappheit auch weggelassen werden könnten. Dies ist nicht im Sinne des im Kapitel 2.2 formulierten Pflegeverständnisses. Das Pflegeverständnis versteht alle in der visuellen Darstellung genannten Aufgabengebiete als zur Pflege zugehörig. Es geht aber auch von einem „Fallverständnis“ aus, dass es nicht zulässt, dass die Pflegeleistungen in dem Sinne fragmentiert und isoliert behandelt werden.

Nimmt man eine Güterabwägung vor, wird versucht, möglichst genau herauszufinden, welche Folgen aus den Handlungen oder Unterlassungen entstehen. Beachtet werden soll, dass die entstehenden Übel so weit als möglich minimiert werden. Hierfür gilt, dass unter sonst gleichen Umständen jene Handlung vorgezogen werden soll, die ein bestimmtes Übel mit kleinerer Wahrscheinlichkeit zur Folge hat. Bei Übeln die unvermeidbar sind, soll man jene die kleiner und/oder von kürzerer Dauer sind, vorziehen. Muss mit negativen Nebenwirkungen gerechnet werden, nimmt man sie in Kauf, wenn sie zum Nutzen vieler beitragen. Die durch die Nebenwirkungen entstandenen Übel sollen aber auf jeden Fall geringer sein, als jene, die entstehen würden, wenn man auf die Handlung verzichten würde.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Siehe Anhang IV: III.

<sup>67</sup> Vgl. Feldhaus, 1998: 185 – 186.

Anhand der Papiere des Konzepts zur Prioritätensetzung ist unklar, wie das ZEFPP die Güterabwägung vorgenommen hat. Das Konzept zur Prioritätensetzung gibt nur darüber Auskunft, wie das Endresultat aussieht, und sagt nichts über das Vorgehen. Dies ist insofern ungeschickt, als für Aussenstehende die dahinterstehenden Werthaltungen und Entscheidungen nicht nachvollziehbar sind. Das ZEFPP ist bei der Güterabwägung offensichtlich zum Schluss gekommen, dass allfällige Gefährdungen auf Grund der Unterlassung von Pflegeinterventionen bei der Unterstützung in und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>68</sup> und bei der Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen<sup>69</sup> schwerer wiegen als der weitgehende Verzicht auf Begleitungs- und Betreuungsaufgaben.

Das Konzept zur Prioritätensetzung ist spezifisch für das USZ entwickelt worden, welches vorwiegend ein Akutspital ist. Die PatientInnen sind in der Regel nur kurze Zeit in dieser Institution. Die Pflegebedürftigkeit ist im Akutspital meistens nicht der Eintrittsgrund. Bei der Hospitalisation in einem Akutspital steht die medizinische Abklärung oder Intervention im Vordergrund. Die Pflege ergibt sich praktisch immer in der Folge davon. Wenn man vom Kerngeschäft der medizinischen Abklärung und Intervention ausgeht, dann könnte man für die Pflege ableiten, dass sie sich auf den daraus entstehenden Pflegebedarf konzentrieren kann. Dies würde den Schwerpunkt bei den sich an der biologischen Funktionalität orientierenden Bedürfnissen erklären. Dieses Verständnis ist aber eine eindeutige Verkürzung des Pflegeverständnisses in Richtung mechanistisch-technisch-funktionales, an der Medizin orientiertes Verständnis von Pflegeleistungen. Es wird ausgeblendet, dass sowohl PatientInnen als auch Pflegenden Begleitungs- und Betreuungsaufgaben wie Antizipieren, Trösten, Erklären, Erleichtern, verfügbar Sein, Umsorgen, das Vermitteln des Gefühls von Geborgenheit und Sicherheit oft als wichtiger einstufen als instrumentelle Handlungen.<sup>70</sup>

Nach dem Konzept zur Prioritätensetzung geht das ZEFPP also davon aus, dass die Pflegenden prioritär verrichtungsorientierte, manuelle, auf medizinisch-pflegerische Leistungen spezialisierte Handlungen ausführen müssen. Die Begleitungs- und Betreuungsaufgaben werden gekürzt. Wahrscheinlich geht das ZEFPP von der Annahme aus, dass PatientInnen im Akutspital oft über ein verfügbares und funktionierendes Beziehungs-

---

<sup>68</sup> Funktion 1, siehe Kapitel 2.2.2: 9.

<sup>69</sup> Funktion 2, siehe Kapitel 2.2.2: 9.

<sup>70</sup> Vgl. Käppeli: Unveröffentlichtes Manuskript 395.

netz verfügen, das diese Aufgaben bei der meist relativ kurzen Hospitalisationsdauer kompensieren kann.

Die Delegation an Angehörige ist insofern eine Variante, weil jeder Mensch über ein gewisses Mass an Laienpflegefähigkeit verfügt. In stabilen, einfacheren Situationen können die Ressourcen der Angehörigen wahrscheinlich mobilisiert werden, und die Fähigkeiten zur Begleitung, Betreuung und Unterstützung können auch ausreichen. Anders kann es allerdings bei schwierigeren Situationen (unverhofftes Ereignis, längere Dauer, komplexer Verlauf etc.) aussehen. Angehörige haben in der Regel eine laienhafte Wahrnehmung der Situation und nehmen somit oft nur aktuelle Probleme wahr. Sie können die Zusammenhänge nicht erkennen und potentielle Probleme nicht abschätzen. Sie benötigen Informationen und Beratung der Pflegenden. Möglicherweise fühlen sie sich auch schon in stabilen Situationen unsicher, ängstlich oder überfordert. Krisenhafte Geschehen lassen manche Angehörige auch ihre eigenen Grenzen vergessen, und dies führt sie dann in einen für sie selbst prekären Zustand. Durch ihre emotionale Verflochtenheit mit den Betroffenen bedürfen sie häufig selbst der Begleitung und Unterstützung von Pflegenden. Kommen die Pflegenden dieser Aufgabe nicht nach, vernachlässigen sie nicht nur die Betreuungs- und Begleitungsaufgabe gegenüber den PatientInnen, sondern sie nehmen auch die Angehörigenarbeit nicht mehr wahr.

Ebenfalls fraglich ist, was mit jenen PatientInnen geschieht, welche nicht über ein funktionierendes oder verfügbares Beziehungsnetz verfügen und somit die Betreuungs- und Begleitungsaufgaben nicht kompensieren können.

Offen bleibt auch, was mit den zur Pflege gehörenden Aufgaben der Gesundheitsförderung, der Rehabilitation, der Wiedereingliederung, der Zusammenarbeit, der Qualitätsentwicklung und der Entwicklung des Berufes ist. Diese Bereiche werden vom Konzept zur Prioritätensetzung nicht explizit erfasst und es ist unklar, ob sie als Aufgabe der Pflegenden vergessen wurden oder einfach wegfallen.

#### **4.4 Die Gefahr des Dammbbruchs**

Die Gefahr eines Dammbbruchs (auch „slippery slope“ genannt) stellt sich immer dann, wenn es keine scharfe Grenze zwischen dem moralisch noch Erlaubten und dem nicht mehr Erlaubten gibt, sondern ein allmählicher Übergang besteht. Die Bedenken bestehen darin, dass, wenn man einen Schritt in eine Richtung zulässt, unweigerlich weitere

Schritte in diese unerwünschte Richtung folgen werden. Ob dem wirklich so ist, hängt davon ab, ob die unerwünschten Folgen plausiblerweise aus dem ersten Schritt folgen, und ob die Folgen wirklich unerwünscht sind.<sup>71</sup>

Auf Grund des theoretischen Ansatzes<sup>72</sup>, der in der Einleitung des Konzeptes zur Prioritätensetzung erwähnt wird, kann man sagen, dass das ZEFPP grundsätzlich von einem Pflegeverständnis ausgeht, dem eine Reduktion der Pflege, wie es im Konzept vorgeschlagen wird, zuwider läuft. Die Konzentration auf die Funktionen<sup>73</sup> 1 und 3 sowie die Reduktion der Pflegequalität<sup>74</sup> auf die Stufe der „sicheren Pflege“ entspricht nicht den Vorstellungen des ZEFPP über professionelle Pflege. Man kann also sagen, dass das Konzept zur Prioritätensetzung ein Schritt in eine für das ZEFPP prinzipiell unerwünschte Richtung ist.

Im Konzept zur Prioritätensetzung wird explizit erwähnt, dass die Reduktion der grundsätzlich „angemessenen Pflege“ nur in bestimmten, vorübergehenden Ausnahmesituationen gestattet ist. Die Reduktion wird nur vorgenommen, wenn es keine andere Alternative mehr gibt. Sie wird ausdrücklich nur deshalb gemacht, damit bei allen PatientInnen mindestens eine „sichere Pflege“ garantiert werden kann und damit ein Abrutschen in die „gefährliche Pflege“ verhindert werden kann. Das ZEFPP setzt also eine klare Grenze zwischen der noch akzeptablen und der nicht mehr zu akzeptierenden Pflegequalität. Eine Gefahr des Dammbrochs wäre also vorerst nicht gegeben.

Obwohl das ZEFPP mit der „sicheren Pflegequalität“ eine Grenze setzt, könnte man die Gefahr des Dammbrochs trotzdem darin sehen, dass sich die Qualität der Pflege nachhaltig verschlechtern könnte. Für diese Vermutung spricht, dass die Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht auf eine baldige Stabilisierung der finanziellen und personellen Situation hindeutet. Eher das Gegenteil ist der Fall. Eine mögliche Folge wäre, dass das Konzept zur Prioritätensetzung häufig in Kraft treten muss, oder sogar Standard werden könnte. Die Argumentation könnte dann in die Richtung gehen, wie sie heute zwischen „optimaler“ und „angepasster Pflegequalität“ geführt wird, nämlich, dass eine „optimale Pflegequalität“ zwar wünschenswert wäre, aber nicht realistisch sei. In der neuen Situa-

---

<sup>71</sup> Vgl. Precht / Burkard, 1999: 549.

<sup>72</sup> Siehe Anhang IV: III.

<sup>73</sup> Siehe Kapitel 2.2.2: 9.

<sup>74</sup> Siehe Kapitel 3.2.1: 14.

tion wäre dann eine „angepasste Pflegequalität“ wünschenswert, aber nur eine „sichere“ realisierbar. Dass diese Bedenken durchaus realistisch sind, zeigt die Studie „Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen“<sup>75</sup>. In den Schlussfolgerungen der empirischen Untersuchungen wird festgehalten, dass im stationären Bereich eine klare Verschiebung der Ressourcen weg von der Pflege hin zur medizinischen Technologie stattgefunden hat. Dies um die Nachfrage der PatientInnen nach einer Spitzenmedizin zu decken, um den Betriebsertrag zu steigern und weil die MedizinerInnen eine mächtigere Lobby bilden als die Pflegenden.

Bedenken bestehen sicher auch, weil der Berufsstand der Pflegenden in den letzten Jahrzehnten sehr viel in die Eigenständigkeit und Professionalisierung investiert hat. Das Pflegeverständnis hat sich verändert, und die Bereiche, für die Pflegenden ausgebildet und zuständig sind, haben sich ausgeweitet. Die Verankerung des erweiterten Berufsbildes der Pflege bei anderen Berufen und in der Öffentlichkeit ist aber noch nicht gesichert. Wenn nun eine Beschneidung des Pflegeangebotes auf Grund der Knappheitssituation vorgenommen wird, dann könnte das zur Folge haben, dass die Entwicklungen des Pflegeberufs aufgehoben oder teilweise sogar wieder aufgehoben werden. Weil sich wahrscheinlich in breiten Teilen der Öffentlichkeit das erweiterte Bild der Pflege noch nicht durchgesetzt hat, wird das Bewusstsein um den Verlust des Angebotes möglicherweise auch gering ausfallen.

Die Übernahme gewisser Tätigkeiten durch das Bezugsnetz der PatientInnen birgt auch die Gefahr, dass hier noch weitere Schritte folgen könnten. Man könnte sich möglicherweise an Gesundheitssystemen anderer Länder orientieren, in denen es üblich ist, dass Teile der Körperpflege oder die Ernährung nicht von den Pflegenden gesichert werden, sondern auf die PatientInnen und deren Beziehungsnetz zurückfällt. Hier stellt sich jedoch wiederum die gleiche Frage wie sie unter 4.3 behandelt wurde, nämlich was mit denjenigen PatientInnen geschieht, die kein intaktes oder verfügbares Beziehungsnetz haben, das sich um diese Aufgaben kümmern könnte.

---

<sup>75</sup> Vgl. Schopper / Baumann-Hölzle / Tanner, 2001: 19.

## 4.5 Das Problem der Autonomie

Liegt die Diagnosekompetenz über den Zustand der PatientInnen und somit die Einordnung in eine bestimmte Kategorie nicht bei den PatientInnen selber, sondern bei den ÄrztInnen und Pflegenden, stellt sich die Frage nach der Verletzung der Autonomie der PatientInnen, da sie durch eine „fremde Autorität“ in ihrer Selbstbestimmung und Unabhängigkeit beschnitten werden. Die Autonomie der PatientInnen ist eines der Prinzipien, welches nach Beauchamp / Childress<sup>76</sup> bei medizinethischen Entscheidungen beachtet werden muss. Es soll garantiert werden, dass die PatientInnen situationsbezogene Handlungsautonomie erhalten. Sie ist dann gegeben, wenn PatientInnen verstehen, worum es geht, und wenn sie bewusst und ohne steuernde Einflussnahme Dritter über ihre Behandlungs- und Pflegeperspektive entscheiden können.<sup>77</sup>

Beim Konzept zur Prioritätensetzung können die PatientInnen zum grössten Teil nicht selber entscheiden, auf welche Pflegehandlungen sie freiwillig verzichten und welche ihnen unverzichtbar erscheinen. Eine begrenzte Einflussmöglichkeit haben die PatientInnen lediglich über die Pflegediagnosen, weil hier zum Ausdruck kommt, welches ihre individuellen Reaktionen und Probleme auf Grund ihres Gesundheitszustandes sind. Aber auch hier gibt das Konzept zur Prioritätensetzung vor, dass in Knappheitssituationen „nur die wichtigsten“ Pflegediagnosen berücksichtigt werden. Grundsätzlich werden die PatientInnen von den Pflegenden je nach PatientInnensituation einer Kategorie zugeteilt, und diese Kategorie gibt vor, welche Handlungen durchgeführt, reduziert oder weggelassen werden.

Dieser Umstand, sich der Beurteilung von Anderen unterwerfen zu müssen, kann von den Betroffenen als Entmündigung erlebt werden. Die Zuteilung zu Kategorien ohne eigenes Zutun und eigene Einflussmöglichkeiten könnte auch als stigmatisierend erlebt werden.<sup>78</sup> Dagegen lässt sich jedoch einwenden, dass durch das Vorgehen des Konzepts zur Prioritätensetzung eben gerade nicht die Person selber bewertet und in dem Sinne stigmatisiert wird, sondern die Umstände.<sup>79</sup>

Die Beschneidung der Autonomie kann dadurch gerechtfertigt werden, in dem die weiteren Prinzipien (Nicht-Schadensprinzip, Gerechtigkeitsprinzip, Fürsorgeprinzip) von

---

<sup>76</sup> Vgl. Beauchamp / Childress, 1989.

<sup>77</sup> Vgl. Schöne-Seifert, 1996: 567 – 568.

<sup>78</sup> Vgl. Krebs, 2000:21- 24.

<sup>79</sup> Vgl. Leist, 2001: 313.

Beauchamp / Childress<sup>80</sup> beigezogen werden. Beauchamp / Childress gehen davon aus, dass in Entscheidungssituationen ein Überlegungsgleichgewicht zwischen den verschiedenen Prinzipien gefunden werden muss. Also spielt in Allokationsentscheidungen nicht nur die Autonomie eine Rolle, sondern auch das Nicht-Schadensprinzip, das Gerechtigkeitsprinzip und das Fürsorgeprinzip. Dies hat zur Folge, dass sich nebst den Fragen der Selbstbestimmung auch die Fragen des Paternalismus, des Gemeinwohls und der Fürsorge stellen.

Von Paternalismus spricht man dann, wenn beispielsweise Pflegende gegen bekannte, autonome Präferenzen von PatientInnen verstossen, weil sie davon ausgehen, dass sie so das Wohl der PatientInnen besser befördern oder aber dass sie so einen Schaden für die PatientInnen abwenden können.<sup>81</sup> Für die Entscheidung, welcher Kategorie PatientInnen zugeteilt werden, ist die PatientInnensituation entscheidend. Die PatientInnensituation wird vor allem über medizin-technisches und pflegerisches Fachwissen festgelegt. Dies lässt den Eindruck entstehen, dass allokativen Entscheidungen alleine mit Hilfe von Fachwissen entschieden werden können. Geht man vom rein funktionellen Gesundheitszustand mit seinen relativ objektiven Daten aus, dann können die Fachentscheidungen sicher einen wesentlichen Beitrag zur bedarfsgerechten Verteilung beitragen. Bezieht man in die Betrachtung aber auch die individuellen Reaktionen auf den Gesundheitszustand und die therapeutischen Interventionen mit ein, kann die Entscheidung über den Pflegebedarf nicht mehr nur „von aussen her“ getroffen werden. Fachentscheidungen sind auch nie nur rein fachliche Entscheidungen, sondern sie sind immer mit normativen Komponenten durchsetzt.<sup>82</sup> Beim Konzept zur Prioritätensetzung wurden diese ethischen Komponenten nicht sichtbar gemacht.

Diese eher paternalistische Haltung, dass aus fachlicher Sicht entschieden wird, was Menschen an Pflegeleistungen zugeteilt wird oder nicht, wird in Knappheitssituationen wohl mit dem Prinzip der Gerechtigkeit verteidigt. Menschliche Freiheit ist prinzipiell begrenzt, und in Situationen der Ressourcenknappheit endet die Handlungsfreiheit der Einzelnen früher, als wenn Ressourcen in genügender Menge vorhanden sind. In Knappheitssituationen müssen stets auch Überlegungen bezüglich des Gemeinwohls in die Entscheidungen einfließen.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Vgl. Beauchamp / Childress, 1989.

<sup>81</sup> Vgl. Schöne-Seifert, 1996: 571 – 574.

<sup>82</sup> Vgl. Kersting, 1997: 205.

<sup>83</sup> Vgl. Pieper, 2000: 170.

Immer wieder wird die Position vertreten, dass durch eine umfassende Aufklärung und die Ermittlung der wirklichen Präferenzen der einzelnen PatientInnen Ressourcen im Gesundheitswesen gezielt verteilt und gespart werden könnte. Durch dieses Vorgehen würde man gleichzeitig die Autonomie der PatientInnen wahren und im Sinne des Gemeinwohls ökonomisch mit den Ressourcen umgehen. Ob durch die Ermittlung und Berücksichtigung der jeweiligen Präferenzen jedoch wirklich gespart werden kann, ist fraglich. Schöne-Seifert<sup>84</sup> gibt zu bedenken, die von den PatientInnen bevorzugten medizinischen Behandlungen decken sich eventuell nicht mit den üblicherweise vorgeschlagenen, verbrauchen aber in der Konsequenz nicht weniger Ressourcen. Die gleichen Konsequenzen kann man sich auch für die Pflegehandlungen denken (z.B. Verzicht auf Intensivpflege dafür ebenso personal und zeitintensive Palliativpflege). Das Erfragen der Präferenzen würde möglicherweise auch die Gefahr bergen, dass beispielsweise besser gebildete Personen mit mehr Informationen und vielfältigeren Strategien zu mehr Leistungen kommen könnten als jene, die nicht über diese Fähigkeiten verfügen. Dies würde wiederum Fragen der Gerechtigkeit aufwerfen.

Das in Kapitel 2.2 formulierte Pflegeverständnis stellt den Begriff der Zuwendung und Fürsorge ins Zentrum. Fürsorge wird hier nicht als paternalistische Haltung verstanden, sondern meint, dass die Pflegenden ein echtes Interesse an den zu betreuenden PatientInnen entwickeln und sich auf eine Beziehung einlassen. Daraus entsteht die berufliche und moralische Verantwortung, sich mit Hilfe ihrer fachlichen, sozialen, methodischen und persönlichen Fähigkeiten einzusetzen, das Leiden zu mindern, die Situation zu verbessern und für die PatientInnen und ihre Angehörigen da zu sein. Schnell<sup>85</sup> beschreibt diese Art der Verantwortung für eine andere Person als jene, die das betrifft, was man gegenwärtig, im Angesicht des Anderen, zu tun hat, im Bewusstsein darum, dass man ständig die Verantwortung für andere mitträgt, ob man dies bejaht oder nicht. Diese Form der Verantwortung beinhaltet, dass Pflegende nicht „ihre Verantwortung für die PatientInnen antreten“, sondern dass sie „von den PatientInnen verantwortlich gemacht werden“.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Schöne-Seifert, 1997: 48.

<sup>85</sup> Vgl. Schnell, 2002: 16.

<sup>86</sup> Vgl. van der Arend / Gastmans, 1996: 74 - 76.

## 4.6 Die Integrität der Pflegenden

Würde das Konzept zur Prioritätensetzung eingeführt und umgesetzt, hätte dies laut den Verantwortlichen des ZEFPP zur Folge, dass auch in Knappheitssituationen allen PatientInnen eine „sichere Pflegequalität“ geboten werden kann. Das ZEFPP ist, wie unter 4.3 ausgeführt, der Ansicht, dass es besser sei, allen mindestens eine „sichere Pflegequalität“ zukommen zu lassen, als weiterhin an der „angemessenen Pflegequalität“ festzuhalten. Daraus lässt sich schliessen, dass das ZEFPP trotz der allgemeinen Verschlechterung der Pflegequalität in Knappheitssituationen in der Einführung des Konzepts zur Prioritätensetzung den grösseren Nutzen für die meisten PatientInnen, Pflegenden, Angehörigen und alle sonst noch Beteiligten sehen.

Die unmittelbar Ausführenden des Konzepts zur Prioritätensetzung sind die Pflegenden am Bett. Sie müssen erstens die Zuteilung der PatientInnen zu den verschiedenen Kategorien vornehmen und zweitens die über das Hilfsmittel des Konzepts zur Prioritätensetzung bestimmte, reduzierte Pflege durchführen. Dies kann in der konkreten Pflegesituation dazu führen, dass Pflegenden etwas tun oder unterlassen müssten, das für sich gesehen der spontanen moralischen Intuition dieser Personen widerspricht. Trotzdem müssten sie die Handlungen durchführen oder unterlassen, weil die Konsequenz zum grösstmöglichen Nutzen aller Beteiligten beiträgt.

Normalerweise geht man davon aus, dass erwachsene Menschen in Verbindung mit anderen Menschen stehen, und dass sie persönliche Zielsetzungen und Projekte verfolgen. Sie haben bestimmte sittliche Einstellungen, die, bei zuwiderlaufenden Handlungsweisen, zu schlechtem Gewissen, Abscheu oder Empörung führen können.<sup>87</sup> Beim im Kapitel 2.2 skizzierten Pflegeverständnis geht man von einer „echten“ Beziehung zwischen den PatientInnen und Pflegenden aus. Schnell<sup>88</sup> vergleicht die Qualität dieser Beziehung mit dem aristotelischen Modell der Freundschaft, aus dem das unausgesprochene Ethos der Nichtgleichgültigkeit gegenüber Anderen abgeleitet wird. Die Pflegebeziehung ist aber keine reziproke, freundschaftliche Beziehung im herkömmlichen Sinne. Denn die Situation der Krankheit, der Krise, des Leids, des Übergangs und so weiter lässt eine asymmetrische Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen entstehen, in der die PatientInnen in ihrer Pflegebedürftigkeit auf die

---

<sup>87</sup> Vgl. Nida-Rümelin, 1995: 92 –94.

<sup>88</sup> Vgl. Schnell, 2002: 287 – 290.

Pflegenden angewiesen sind. Die Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen weicht im Bereich der Erwartungen deutlich von einer Freundschaftsbeziehung ab, im Bereich der Zugewandtheit jedoch bleibt die Qualität bestehen. Diese Haltung des Nicht-Gleichgültig-Seins kann in Situationen, in denen nach dem Nutzenprinzip Pflegeleistungen reduziert werden müssen, zu einem moralischen Konflikt beim Individuum führen. Die Pflegenden würden ausgehend von dieser Haltung und von einem umfassend verstandenen Pflegverständnis, das heisst, bei einem Verständnis von Pflege bei dem man die Komplexität des Menschen einzubeziehen versucht, die Pflege nämlich nicht nach dem Nutzenprinzip, sondern nach dem, was die Situation, in der sich die PatientInnen befinden, und entsprechend dem, wie die Betroffenen darauf reagieren, verteilen.

Dieser Umstand kann dazu führen, dass das vom ZEFP verfolgte Ziel der Entlastung der Pflegenden von der moralischen Verantwortung nicht erreicht wird. Die Vorgaben des Konzepts zur Prioritätensetzung können die Pflegenden in eine Dilemmasituation bringen, in der sie entweder die Möglichkeit haben, den Anweisungen des Konzeptes zur Prioritätensetzung zu folgen, wodurch sie aber gegen ihre Vorstellung von „guter Pflege“ handeln, oder sie handeln nach ihren eigenen Massstäben und kommen in Konflikt mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Eine gewisse Entlastung für die Pflegenden könnte das Wissen darüber sein, dass es in einer Dilemmasituation keine „richtige“ oder „gute“ Lösung gibt, sondern dass von zwei Möglichkeiten, die beide in eine unerwünschte Richtung führen, eine gewählt werden muss.

#### **4.7 Das Problem der Kooperationsbereitschaft**

Nicht nur den Pflegenden wird in der Umsetzung des Konzeptes zur Prioritätensetzung etwas zugemutet, sondern auch den Angehörigen, anderen Fachpersonen und den PatientInnen. Es wird vorausgesetzt, dass diese Personengruppen das Konzept zur Prioritätensetzung akzeptieren und sich aktiv an der Umsetzung beteiligen.

Besonders deutlich wird das Ausmass der erwarteten Kooperation von den PatientInnen in der Kategorie 3 Gesundheitsschädigendes Verhalten<sup>89</sup>. Dieser Kategorie werden

---

<sup>89</sup> Siehe Anhang IV: VIII - IX.

PatientInnen zugeteilt, bei denen in der Situationseinschätzung festgestellt wird, dass ihr soziales Verhalten Schwierigkeiten bereitet, oder dass die Beziehung zwischen den PatientInnen und Pflegenden oft zu Diskussionen Anlass gibt, oder dass die PatientInnen ein gesundheitsschädigendes Verhalten zeigen. Für die PatientInnenkategorie werden die Handlungen und die Zuwendung der Pflegenden auf das Minimum gekürzt. Die Informationsvermittlung wird im Vergleich zum Normalniveau der Pflegequalität um die Hälfte gekürzt.

Grundsätzlich soll mit der Kategorisierung der PatientInnensituationen eine Gleichbehandlung aller erreicht werden, weil nur die momentane Bedürftigkeit für die Zuteilung massgebend ist und keine anderen Merkmale (z.B. sozialer Status, Lebensalter, Geschlecht und so weiter) der Person. Die Gleichbehandlung aller soll eine gerechte Verteilung garantieren. Die treibende Kraft hinter dieser Gleichbehandlung ist die Idee, dass Benachteiligungen, für die der einzelne Mensch nichts kann, ausgeglichen werden sollen.<sup>90</sup> Ungleichheiten, die Folgen von bewussten Entscheidungen von Menschen sind, müssen hingegen nicht ausgeglichen werden. Daraus lässt sich ableiten, dass Menschen, die auf Grund von eigenen Entscheidungen in Not geraten, keinen Anspruch auf Ausgleich geltend machen können.<sup>91</sup>

Die Prioritätensetzung des ZEFPP lässt vermuten, dass sie davon ausgeht, dass gesundheitsschädigendes oder sozial auffälliges Verhalten als selbstbestimmtes Verhalten verstanden wird. Die Folge, die Kürzung von Pflegeleistungen und bei extrem wenig Kooperation sogar der Zwangsaustritt aus der Institution, ist somit eine selbstverantwortete Ungleichheit. Diese Ungleichheit muss, weil sie nicht zufällig zustande gekommen ist, vom Individuum akzeptiert werden.

Hier kann man sich nun fragen, ob zumindest gesundheitsschädigendes Verhalten wirklich in diesem Masse eine eigene, frei gewählte Entscheidung ist oder nicht. Die Krankheitsbilder (beispielsweise Suchterkrankungen, Anorexie, Bulimie) oder Problemfelder (beispielsweise Uneinsichtigkeit nach einem Herzinfarkt), die für gesundheitsschädigendes Verhalten angeführt werden, weisen zudem einen Zusammenhang mit der sozialen und gesellschaftlichen Situation der Betroffenen auf. Dies deutet darauf hin, dass gesundheitsschädigendes Verhalten nicht einfach als selbstbestimmtes und deshalb

---

<sup>90</sup> Vgl. Krebs, 2000: 7.

<sup>91</sup> Vgl. Krebs, 2000: 22.

selbstverschuldetes Verhalten, das in der Folge nicht ausgeglichen werden muss, verstanden werden kann.

In der Regel kann in einer Beziehung zwischen erwachsenen Menschen und im Fällen von Entscheiden „Normalität“<sup>92</sup> erwartet werden. Der Zustand von Krankheit, Erschütterung, Veränderung und so weiter kann aber dazu führen, dass Menschen sich nicht logisch und gesellschaftlich konform verhalten. Hier besteht laut Schnell<sup>93</sup> die Gefahr, dass diese Menschen aus dem Schutzbereich der Ethik fallen, weil sie die Regeln nicht mehr befolgen können. Genau diese Gefahr besteht auch beim Konzept zur Prioritätensetzung, wenn PatientInnen auf Grund ihres sozial auffälligen oder gesundheitschädigenden Verhaltens benachteiligt oder von der Pflege ausgeschlossen werden.

In der Pflege geht das Verständnis von Gesundheit und Krankheit über das bloße Funktionieren oder Nicht-Funktionieren des Körper hinaus. Aus diesem Grund sieht es die Pflege als eine ihrer Aufgaben an, in Krisensituationen PatientInnen zu begleiten. Geht man von diesem Grundverständnis aus, ist bei der Betreuung von nicht kooperativen oder im Umgang schwierigen PatientInnen genau dieser Mehraufwand an Zuwendung, Information und Zeit der explizite Auftrag der Pflegenden.

---

<sup>92</sup> „Normalität“ meint hier, dass ein Verhalten erwartet werden darf, das sich im Rahmen des gesellschaftlich Üblichen bewegt, also ein einigermaßen vernünftiges, logisches, korrektes Verhalten. Vgl. Schnell 2002: 292.

<sup>93</sup> Vgl. Schnell, 2002: 292.

## 5 Schlussfolgerungen

Werden die herausgearbeiteten Kritikpunkte zusammengefasst, lässt sich Folgendes sagen.

Grundsätzlich ist das ZEF<sup>94</sup> von einem nachvollziehbaren Anliegen ausgegangen. Sie wollten in einer aus ihrer Sicht gegebenen Situation der Ressourcenknappheit ein Hilfsmittel schaffen, das sowohl eine gerechte Verteilung der Pflege garantiert, als auch eine Unterstützung und Entlastung der Pflegenden ist.

Dieses pragmatische Vorgehen ist meiner Meinung nach legitim, darf aber nicht die einzige Aktivität sein, die das ZEF unternimmt. Parallel zu einem Hilfsmittel, das auf die Bewältigung des Alltags ausgerichtet ist, muss im Interesse eines umfassenden Pflegeverständnisses den entscheidenden Stellen klar und mit Nachdruck kommuniziert werden, dass unter diesen Umständen keine „gute Pflege“ geleistet werden kann, und dass das Arbeiten mit dem Konzept zur Prioritätensetzung<sup>95</sup> nicht zum Dauerzustand werden darf. Wird dies nicht gemacht, dann wird die Tendenz unterstützt, dass in Knappheitssituationen der Ökonomismus über die Zuteilung von Pflege entscheidet. Das heisst, dass Pflegeleistungen ein finanzieller Wert beigemessen wird und je nach finanzieller Situation den PatientInnen Pflege zugeteilt wird oder nicht. Das Zuteilen eines finanziellen Wertes zu einer Pflegeleistung bedingt, dass die Leistung und ihr Einsatzgebiet klar zu benennen ist. Wie in den vorangegangenen Kapiteln sichtbar wurde, befinden sich viele Pflegeleistungen aber eben gerade nicht in einem klar fass- und messbaren Bereich. Bei einem solchen Vorgehen werden vor allem jene Leistungen erfasst und somit bevorzugt, die sich an den Basisbedürfnissen elementarer Dringlichkeit<sup>96</sup> und den Funktionen<sup>97</sup> 1 und 3 der Pflege orientieren. Dies bedeutet eine Verkürzung des Pflegeverständnisses auf ein mechanistisch-technisch-funktionales, an der Medizin orientierten Pflegeverständnis.

Das Konzept zur Prioritätensetzung hält einer kritischen Prüfung der Anforderung, dass auch in Situationen der Knappheit bei der Verteilung des Gutes Pflege ein umfassendes Pflegeverständnis wegweisend sein muss, nur teilweise stand.

---

<sup>94</sup> Siehe Fussnote 31.

<sup>95</sup> Siehe Anhang IV: III – XVI.

<sup>96</sup> Siehe Kapitel 4.1: 20.

<sup>97</sup> Siehe Kapitel 2.2.2: 9.

Es werden den PatientInnen beispielsweise ganz im Sinne des integrierten Pflege-modells<sup>98</sup> verschiedene Bedürfnisse zugestanden. Bei der Reduktion der Leistung in der Knappheitssituation wird aber einseitig, klar zu Gunsten der an einem mechanistisch-technisch-funktionalen, an der Medizin orientierten Verständnis von Pflege, gekürzt. Warum das ZEF die Prioritäten in dieser Art und Weise setzt, ist nicht nachvollziehbar. Die aus dem Pflegeverständnis erwachsende Forderung, dass in Knappheitssituationen vor allem den Bedürftigeren geholfen werden muss, genügt das Konzept zur Prioritätensetzung weitgehend. Eine Einschränkung muss dahingehend gemacht werden, dass das Konzept zur Prioritätensetzung unter „bedürftig“ vor allem die nahe an der körperlichen Funktionstüchtigkeit liegenden Bedürfnisse versteht. Das Konzept zur Prioritätensetzung garantiert mit der Kategorisierung<sup>99</sup>, dass nicht linear, dem Alter entsprechend, geschlechterbezogen, organbezogen oder ähnlich gekürzt wird, sondern dass die Kürzung ohne Ansehen der Person entsprechend dem Grad der Bedürftigkeit gemacht wird.

Nicht beachtet wird, dass die Frage der Prioritätensetzung nicht nur institutionsintern diskutiert werden darf. Um eine breite Akzeptanz zu finden, muss, wie überall in der angewandten Ethik, ein gesellschaftlicher Meinungsbildungsprozess stattfinden. Entsprechend der gesamtgesellschaftlichen Beurteilung soll dann ein gesellschaftlicher Auftrag für die Pflege formuliert werden. Natürlich muss in so einem Meinungsbildungsprozess der Berufstand der Pflegenden Einfluss nehmen und sein Pflegeverständnis und das Angebot, welches die Pflege bieten kann, vertreten. Es besteht nämlich die Gefahr, dass die Öffentlichkeit sich nicht bewusst ist, was das Angebot der Pflege wirklich umfasst und wie sich der Verlust von Pflegeleistungen konkret auswirken würde. Letztendlich soll aber vermieden werden, dass die Pflegenden sich in ihren Idealbildern und Ansprüchen verstricken und dabei die gesellschaftliche Realität ausser Acht lassen.

Durch die weitgreifende Reduktion von Pflegeleistungen aus dem Bereich der Begleitung und Betreuung wird der Fürsorgeaspekt der Pflege stark vernachlässigt. Dass die Pflege aus einer Haltung der Fürsorge sowohl zum Wohlbefinden und der Genesung der PatientInnen beiträgt, als auch ein Teil der beruflichen Motivation und Genugtuung ist, wird nur wenig beachtet. In der Kategorie 3<sup>100</sup>, welcher PatientInnen mit gesundheitsschädigendem, oder sozial auffälligem Verhalten zufallen, werden zudem die Begleitungsaufgaben von Menschen in schwierigen Situationen reduziert. Beachtet man die Entwicklungen im Gesundheitswesen, werden mit dieser Reduktion Probleme, die in

---

<sup>98</sup> Siehe Anhang V: XVII.

<sup>99</sup> Siehe Kapitel 4.2: 21.

<sup>100</sup> Siehe Anhang IV: VIII.

Zukunft noch zunehmen, zugunsten eines reibungslosen Betriebsablaufs ausgeblendet. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen weisen darauf hin, dass PatientInnen die sozial auffällig sind, die zu ihren physischen auch psychische Probleme haben, die kein soziales Netz haben, welches sie auffängt und die zu sogenannten DrehtürpatientInnen<sup>101</sup> werden, zunehmen. Durch die Reduktionen im Begleitungs- und Betreuungsbereich gewinnt man den Eindruck, dass grosse Teile der therapeutischen Rolle der Pflegenden mit der Laienpflege ersetzt oder weggelassen werden kann. Der Pflegebedarf von Angehörigen wird nur am Rande ins Konzept zur Prioritätensetzung aufgenommen.

Auch andere Anteile der Pflege wie beispielsweise die Gesundheitsförderung, die Zusammenarbeit, die Qualitätssicherung oder die Entwicklung des Berufes finden im Konzept zur Prioritätensetzung wenig oder keine Beachtung, und es ist unklar, was mit ihnen geschieht, wenn das Konzept zur Prioritätensetzung in Kraft tritt.

Die Beschneidung der Autonomie der PatientInnen mit der Begründung des Gemeinwohls ist bedauerlich aber in Situationen der Knappheit eine logische Konsequenz. Wenn allerdings vorrangig die Fürsorge den Sparmassnahmen zum Opfer fällt, dann beraubt man die Pflege einer ihrer wesentlichen Anteile. Denn die fürsorgliche Haltung ist es, die Pflegende in der konkreten Situation erkennen lässt, was jeder Mensch individuell am Nötigsten braucht.

Die unterschiedlichen Rollen, welche die Pflegenden innerhalb des Konzepts zur Prioritätensetzung inne haben, können einen schwierigen Rollenkonflikt auslösen. Einerseits sind die Pflegenden öffentliche VertreterInnen des Gesundheitswesens, die nach universalen Kriterien der Gerechtigkeit handeln müssen. Andererseits haben sie durch die Eigenheit der pflegerischen Tätigkeit eine grosse Nähe zu den PatientInnen. Sie kommen ihnen gegenüber in die Rolle der oder des Vertrauten. In dieser Rolle agiert man kontextbezogen und kann durch das Wissen aus der Beziehung potentiell erschliessen, welche Bedürfnisse das Individuum hat. Diese beiden Rollen verlangen von den Pflegenden oft Unterschiedliches und lösen eine Zerrissenheit aus.<sup>102</sup>

Hier wäre es dringend nötig, sich weiterführende Gedanken darüber zu machen, was dazu beitragen könnte, die Zerrissenheit der Pflegenden am Bett zu mildern.

---

<sup>101</sup> Als DrehtürpatientInnen werden jene PatientInnen bezeichnet, die aufgrund der Sparentwicklungen im Gesundheitswesen früh aus einem stationären Aufenthalt entlassen werden. Bei der Entlassung ist die physische oder psychische Situation noch instabil und dekompenziert in manchen Fällen sehr schnell wieder, was einen erneuten stationären Aufenthalt zur Folge hat.

<sup>102</sup> Vgl. Pillen, 2002: 164.

Der Einsatz des besprochenen Konzepts zur Prioritätensetzung könnte unter Knappheitssituationen zur kurzfristigen Bewältigung des Alltags in einem Akutspital, mit dem Vorbehalt, dass es nicht die einzige Massnahme sein darf, diskutiert werden. Keinesfalls dürfte das Konzept zur Prioritätensetzung in dieser Form in Institutionen oder Settings zur Anwendung kommen, in denen die Pflege eine zentralere Rolle spielt als im Akutspital. Gemeint sind hier beispielsweise Alters- und Pflegeheime, Hospize, Behinderten- und Langzeitpflegeinstitutionen oder die ambulante Pflege. Werden hier Pflegeleistungen reduziert, folgt oft eine wesentliche Einbusse an Lebensqualität für die PatientInnen, die schlecht oder gar nicht durch das Beziehungsnetz oder ähnliches aufgefangen werden kann.

Gleichzeitig müsste man allerdings die Frage stellen, wie sich die Situation in diesen Institutionen oder Settings heute darstellt. Ist es nicht weitgehend so, dass beispielsweise in der ambulanten Pflege Angehörige grosse Anteile der Pflege und Betreuung übernehmen und die Pflege vor allem in der Funktion 1 und 3 zum Zuge kommt?

Das ZEPF schreibt im Konzept zur Prioritätensetzung dass sie PatientInnen als biopsychosoziale und spirituelle Einheit verstehen und sowohl der subjektiven Befindlichkeit als auch dem objektiven Gesundheitszustand der PatientInnen in der Pflege Rechnung tragen wollen. Das Konzept zur Prioritätensetzung selber müsste dahingehend überarbeitet werden, dass die Anteile der Fürsorge und der Begleitung und Betreuung von PatientInnen und Angehörigen sowie die Integration von „schwierigen Patienten“ auch in Knappheitssituationen möglich bleibt. Es darf nicht sein, dass entweder die medizinische Dringlichkeit oder die ökonomische Situation entscheidet. Handlungsleitend soll das sein, was wir als „gute Pflege“ bezeichnen.

## **Danksagung!**

Folgenden Personen möchte ich ganz herzlich für die Unterstützung während dem Schreiben dieser Arbeit danken. **Barbara Bleisch, Susanne Boshammer, Sandra Huber-Ingold, Carsten Hübler, Martin Infanger, Silvia Käppeli, Kathrin Krammer, Markus Lerchi, Andrea Müller-Gut und Walter Wyrsh.**

## 6 Literaturverzeichnis

BEAUCHAMP, Tom L. / CHILDRESS, James F. 1994<sup>4</sup>. Principles of Biomedical Ethics. Oxford, New York Toronto: Oxford University Press.

BIRNBACHER, Dieter. 1999. „Ethische Probleme der Rationierung im Gesundheitswesen.“ In: BRUDERMÜLLER, Gerd (Hrsg.). Angewandte Ethik und Medizin. Würzburg: Königshausen & Neumann. 49 –63.

Bundesamt für Statistik. 1998. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93. Neuchâtel.

FELDHAUS, Stephan. 1998. „Güter- und Übelabwägung. 2.4. Übelminimierung und Übelabwägung.“ In: KORFF, Wilhelm / BECK, Lutwin / MIKAT, Paul. (Hrsg.). Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 185 – 190.

FIECHTER, Verena / MEIER, Martha. 1981<sup>9</sup>. Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Recom.

FUCHS, Christoph. 1999. „Ethische Aspekte der Mittelknappheit im Gesundheitswesen: Die Bedeutung von Leitlinien.“ In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 4. 175 - 186.

GOGL, Anna / STADELMANN-BUSER, Christine. 1993. „Theoretische Perspektive.“ In: KÄPPELI, Silvia (Hrsg.). Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 13 - 19.

GORDON, Marjory / BARTHOLOMEYCIK, Sabine. 2001. Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München, Jena: Urban & Fischer.

HENDERSON, Virginia. 1977. Grundregeln der Krankenpflege. Veröffentlicht durch den Weltbund der Krankenschwestern: Basel: Krager.

HOLOCH, Elisabeth. 2002. Situierendes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluation von Modellen Situierendes Lernens in der Pflegeausbildung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

KÄPPELI, Silvia. Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Unveröffentlichtes Manuskript, erscheint voraussichtlich 2003. Bern: Huber.

KÄPPELI, Silvia. 1998<sup>2</sup>. „Pflegediagnostik als Grundlage des Qualitätsmanagement.“ In: ANDEREGG-TSCHUDIN, Hedy / KÄPPELI, Silvia / KNOEPFEL-CHRISTOFFEL, Annalis. Qualitäts-Management am

Beispiel der Pflegediagnostik. Vom Wissen zum Handeln. Projekthandbuch für Verantwortliche im Pflegedienst. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Fachdienst Pflege. 16 – 40.

KESSELRING, Annemarie / PANCHAUD, Catherine. 1999. Gesellschaft und Pflege. Bern: Broschüre des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger.

KERSTING, Wolfgang. 1997. Recht, Gerechtigkeit und demokratische Tugend. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

KERSTING, Wolfgang. 1999. „Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.“ In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 4: 143 – 173.

KERSTING, Wolfgang. 2000. Theorien der sozialen Gerechtigkeit. Stuttgart, Weimar: Metzler.

KLIEMT, Hartmut. 1997. „Rechtsstaatliche Rationierung.“ In KIRCH, Wilhelm / KLIEMT, Hartmut. (Hrsg.). Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer. 20 – 41.

KREBS, Angelika. 2000. „Die neue Egalitarismuskritik im Überblick.“ In: KREBS, Angela (Hrsg.). Gleichheit oder Gerechtigkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 7 – 37.

KRILLA, Veerle. 2000<sup>9</sup>. „Professionelle Pflege.“ In: KELLNHAUSER et al (Hrsg.). Thiemes Pflege. Entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart, New York: Thieme. 85 – 103.

LEIST, Anton. 2001. „Chancengleichheit in der Medizin.“ In: KOLLER, Peter (Hrsg.). Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart. Wien: Passagen. 303 – 326.

MERTENS, Gerhard. 1998. „Bedürfnis/Bedürfnisethik. 2. Ethisch.“ In: KORFF, Wilhelm / BECK, Lutwin / MIKAT, Paul. (Hrsg.). Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 298 – 301.

NIDA-RÜMELIN, Julian. 1995<sup>2</sup>. Kritik des Konsequentialismus. München: Oldenburg.

NOICHEL, Franz. 2001. „Medizin und die begrenzten Ressourcen. Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen.“ In: Salzburger Theologische Zeitschrift 5 (2). 167 –180.

PIEPER, Annemarie. 2000<sup>4</sup>. Einführung in die Ethik. Tübingen, Basel: Francke.

PILLEN, Angelika. 2002. Gerechtigkeit und Pflege. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 15 (5). 163 – 169.

PRECHTL, Peter / BURKARD, Franz-Peter. (Hrsg.) 1999<sup>2</sup>. Metzler-Philosophie-Lexikon: Begriffe und Definitionen. Stuttgart, Weimar: Metzler.

SCHNELL, W. Martin. 2002. „Leiblichkeit – Verantwortung – Gerechtigkeit – Ethik.“ Und „Ethik als Lebensentwurf und Schutzbereich.“ In: SCHNELL, W. Martin (Hrsg.). Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studie über den bedürftigen Menschen. Bern, Göttingen: Huber. 9 – 22 und 285 – 296.

SCHÖNE-SEIFERT, Bettina. 1997. „Fairness und Rationierung im Gesundheitswesen?“ In: KIRCH, Wilhelm / KLIEMT, Hartmut. Rationierung im Gesundheitswesen. Regensburg: Roderer. 42 – 52.

SCHÖNE-SEIFERT, Bettina. 1996. „Medizinethik.“ In: NIDA-RÜMELIN, Julian. (Hrsg.) Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Stuttgart: Kröner. 552 – 648.

SCHOPPER, Doris / BAUMANN-HÖLZLE, Ruth / TANNER, Marcel. (Hrsg.) 2001. Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Teil 1. Zusammenfassung der Befunde und Empfehlungen. Schweizerisches Tropeninstitut, Basel und Dialog Ethik, Zürich.

Schweizerisches Rotes Kreuz. 1992. Bestimmungen für die Diplombildungen in Gesundheits- und Krankenpflege an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen. Ausbildungsbestimmungen.

STÄHLING, Eva. 2000<sup>9</sup>. „Pflegetheorien.“ In: KELLNHAUSER et al (Hrsg.). Thiemes Pflege. Entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart, New York: Thieme. 106 -107.

Unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen“. 1999. Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Zürich.

VAN DER AREND, Arie / GASTMANS, Chris. 1996. Ethik für Pflegende. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

WALZER, Michael. 1992. Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit. Frankfurt am Main, New York: Campus.

WHO, Copenhagen: 1993. Nursing in Action: Strengthening Nursing and Midwifery to support health for All. Ed. J. Salvage. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 48.

## 7 Anhang

### Anhang I.

Definition des Begriffes Schlüsselqualifikationen nach dem Schweizerischen Roten Kreuz, 1992: 5: “Unter **Schlüsselqualifikationen** werden Fähigkeiten und Einstellungen verstanden, die sowohl in der Berufsbildung als auch für die Persönlichkeitsentwicklung notwendig sind. Sie sind für die Ausübung der Pflege wichtig, aber nicht vom Fachgebiet abhängig.“ Die Schlüsselqualifikationen des Schweizerischen Roten Kreuzes werden im Anhang A zu den Bestimmungen für die Diplomausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege folgendermassen benannt:

- „Pflegesituationen im gesamten und in ihren Elementen wahrzunehmen und zu beurteilen
- Ressourcen bei sich und anderen wahrzunehmen, zu erhalten und zu entwickeln
- Grenzen zu akzeptieren und geeignete Hilfe zu beanspruchen bzw. anzubieten
- Veränderungen einer Situation zu erkennen sowie mittel- und langfristige Entwicklungen vorauszusehen
- Prioritäten zu setzen, Entscheidungen zu treffen und Initiativen zu ergreifen
- Aufgrund von Prinzipien ein breites Repertoire an Methoden und Techniken einzusetzen
- Pflegeverrichtungen geschickt und sicher auszuführen
- Sich situationsgerecht, verständlich und differenziert auszudrücken
- Zum Lernen zu motivieren, Verhaltens- und Einstellungsänderungen aufzuzeigen und zu unterstützen
- Die Wirkung des eigenen Handelns zu beurteilen und daraus zu lernen
- Ethische Grundhaltungen zu entwickeln und sie in der konkreten Situation zu vertreten
- Aus einer Grundhaltung der Wertschätzung heraus mit anderen zusammenzuarbeiten
- Im Wechselspiel zwischen Anteilnahme, Engagement und Distanz Beziehungen aufzunehmen, zu erhalten und abzulösen
- Konflikte anzugehen, zu lösen oder auszuhalten
- Für Veränderungen und Neuerungen offen zu sein“

Aus: Schweizerisches Rotes Kreuz. 1992: . Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen. Ausbildungsbestimmungen.

### Anhang II.

Definition des Begriffes Pflege nach der WHO, 1993: 21: “Der gesellschaftliche Auftrag der Pfleg ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu

helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden. Und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen“.

Aus: KESSELRING, Annemarie / PANCHAUD, Catherine. 1999. Gesellschaft und Pflege. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger.

### **Anhang III.**

Definition des Begriffes Pflege nach Virginia Henderson, 1977: 10: „Hilfeleistung für den Einzelnen, ob krank oder gesund, in der Durchführung jener Handlungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedlichen Tod), welche die Person selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn sie über die nötige Kraft, den Willen oder das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistungen sollen so geschehen, dass die Person so rasch wie möglich ihre Unabhängigkeit wieder erlangt. Das ist jener Bereich in der Tätigkeit der Pflegenden, der ihrer alleinigen Kontrolle unterliegt und in der sie ihr eigener Meister ist. Ferner hilft sie dem Patienten, der vom Arzt aufgestellten Behandlungsplan durchzuführen. Als Mitglied des medizinischen Behandlungsteams unterstützt sie die anderen Mitglieder bei ihrer Tätigkeit, wie diese auch ihr bei der Planung und Abwicklung des gesamten Programmes beistehen, ob es sich nun um Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit, der Genesung oder um Beistand in der Todesstunde von Patienten handelt“.

HENDERSON, Virginia. 1977. Grundregeln der Krankenpflege. Veröffentlicht durch den Weltbund der Krankenschwestern: Basel: Krager.



## Anhang IV.

# Ein Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege

© Copyright 08. September 1999 ZEFP USZ

Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der direkten Pflege kommt erst zum Zug, wenn die Prioritätensetzung in der indirekten Pflege bzw. bei berufsfremden Arbeiten ausgeschöpft ist.

## 1. Theoretischer Ansatz

Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der Pflege ist kongruent mit:

- dem integrierten Pflegemodell<sup>1</sup>
- dem Leitbild des Pflegedienstes USZ
- den Grundsätzen der Pflegediagnostik USZ

Die Patientin<sup>2</sup> wird als bio-psycho-soziale und spirituelle Einheit betrachtet. Sowohl seine subjektiv erlebte Befindlichkeit als auch sein objektiver Gesundheitszustand werden in der Pflege berücksichtigt.

Das Setzen von Prioritäten beruht einerseits auf der **Kategorisierung von Patientinnensituationen** (nicht auf der Kategorisierung von Patientinnen).

Eine Patientinnensituation besteht aus:

- der medizinischen Situation (Gesundheitszustand gemäss medizinischer Diagnostik)
- dem pflegerischen Zustand (gemäss Pflegediagnostik)
- der Interpretation dieser Situation durch die verantwortliche Pflegeperson
- kontextuellen Faktoren (z.B. Stationskultur, Leistungsniveau, Ausbildungsniveau, Stabilität einer Station, etc.)

Die Situation einer einzelnen Patientin kann in der Regel einer der vorgegebenen neun Kategorien (vgl. Instrument) zugeordnet werden. Die Situationen der Patientinnen der Kategorien 8 und 9 müssen in der Regel mit Merkmalen anderer Kategorien kombiniert werden.

Das Setzen von Prioritäten beruht andererseits in einer **Gewichtung des normalen Pflegeangebots**. Das Pflegeangebot besteht grundsätzlich aus drei Bereichen:

- Pflegehandlungen
- Zuwendung
- Information/Kommunikation

Die Situation jeder Patientin erfordert bestimmte Leistungen aus jedem Bereich. Das Gesamt dieser Leistungen nennen wir Pflegeaufwand. Normalerweise erhält jede Patientin **alle Leistungen, welche sie/er braucht auf dem Niveau der angemessenen Pflege**<sup>3</sup> (vgl. im Instrument „Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante“).

<sup>1</sup> Käppeli, S.: Pflegekonzepte, Huber, Bern, 1993

<sup>2</sup> Es wird immer die weibliche Form verwendet; sie gilt stellvertretend auch für Männer

<sup>3</sup> Vgl. Fichter/Meier, Pflegeplanung, Recom Verlag, Basel, 1981



Wenn die Ressourcen der Pflege dieses Qualitätsniveau nicht zulassen, müssen Prioritäten gesetzt bzw. die einzelnen Bereiche der Pflege gewichtet werden. Diese Prioritätensetzung erfolgt nach dem Prinzip:

- Nur die wichtigsten Pflegediagnosen jeder Patientin werden berücksichtigt

Die Patientin erhält in diesem Ausnahmezustand nur noch Pflegeleistungen, welche dem Niveau der „sicheren Pflege“<sup>4</sup> entsprechen.

Prioritätensetzung in der Pflege heisst also, dass die normalerweise „angepasste Pflege“ auf das Niveau der „sicheren Pflege“ reduziert wird. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Patientinnen vor „gefährlicher Pflege“<sup>5</sup> geschützt werden.

Das Prioritätensetzen in der direkten Pflege hat **interdisziplinäre Anteile**. Dies bedeutet, dass nicht ausschliesslich Grundpflegemassnahmen, Zuwendung oder Information/Kommunikation, sondern auch behandlungspflegerische Massnahmen in Absprache mit dem ärztlichen Dienst reduziert werden müssen.

## 2. Umsetzung

Das Instrument zur praktischen Umsetzung dieses Konzepts zur Prioritätensetzung besteht in einer Liste von **neun Kategorien von Patientinnensituationen**:

**Kategorie 1: Standardsituation**

**Kategorie 2: Abklärungssituation**

**Kategorie 3: Gesundheitsschädigendes Verhalten**

**Kategorie 4: Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch-psychisch stabiler Situation**

**Kategorie 5: Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch-psychisch instabiler Situation**

**Kategorie 6: Unzureichende therapeutische Möglichkeiten unbefriedigende Pflegesituation**

**Kategorie 7: Verzögerter Austritt/Übertritt in eine andere Institution**

**Kategorie 8: Privatpatientinnen aus dem Ausland**

**Kategorie 9: Informierter Konsument**

Jede Situation enthält die Abschnitte:

- Beschreibung
- Intention
- Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante
- Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand
- Was wird reduziert
- Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante

---

<sup>4</sup> Fichter/Meier, 1981

<sup>5</sup> Fichter/Meier, 1981



## Beschreibung

Die Beschreibung einer Kategorie enthält diejenigen Merkmale, auf Grund welcher entschieden werden kann, welcher Kategorie ein Patientin zugeordnet wird.

## Intention

Aus der Intention gehen das Ziel und die Absicht der Pflege hervor.

## Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Dies beschreibt die Pflegeleistungen, welche unter normalen betrieblichen Umständen erbracht werden, so dass das Niveau „angepasste Pflege“ erreicht wird.

## Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Dies beschreibt die Pflegeleistungen, welche ausnahmsweise aus betrieblichen Gründen reduziert erbracht werden, so dass das Niveau „sichere Pflege“ erreicht wird.

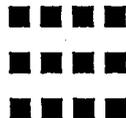
## Was wird reduziert?

Unter diesem Titel ist der Unterschied zwischen der Normalvariante und der Minimalvariante konkretisiert.

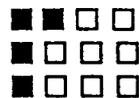
## Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante

Diese Rubrik macht die Prioritätensetzung sichtbar. Im Normalfall erhält jede Patientin entsprechend seiner/ihrer Situation (Kategorie) aus jedem der drei Bereiche der Pflege, was sie benötigt. Diesen Pflegeaufwand gewichten wir mit vier Punkten pro Bereich: ■ ■ ■ ■.

Im Normalfall erhält also jede Patientin drei mal vier Punkte:



Die Gewichtung des Pflegeaufwandes bei der Minimalvariante zeigt die Prioritätensetzung in den einzelnen Bereichen der Pflege, in dem nur noch diejenigen Punkte ausgefüllt bleiben, welche gewichtet sind, z.B.:



Wenn Prioritäten in der direkten Pflege gesetzt werden müssen, muss bei jeder Patientin eine **Situationseinschätzung** durchgeführt werden (Pflegediagnostik und Kategorisierung der Situation der Patientin).



### 3. Instrument

#### Kategorie 1 Standardsituation

##### Beschreibung:

- Stabiler Verlauf der Erkrankung entsprechend den Erwartungen und der Prognose
- Klar abgrenzbare Gesundheitsproblematik und Abhängigkeit
- Funktionierende Kooperation mit den Betreuungspersonen
- Wirksame Bewältigungsressourcen sind sichtbar
- Standardisierte Pflege- und Behandlungskonzepte können angewandt werden und zeigen die erwartete Wirkung
- Auftretende Probleme können mit bekannten Lösungen und Massnahmen gelöst werden
- Organisatorische und betriebliche Abläufe können wie vorgesehen eingehalten werden

##### Intention:

- Behebung oder Verminderung der körperlichen Störung
- Prävention möglicher Komplikationen

##### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Fachlich korrekte Durchführung und Evaluation der Pflege entsprechend den Standardpflege- und -behandlungskonzepten

Massnahmen zur Prävention möglicher Komplikationen werden durchgeführt

Patientinnen kennen ihre Ansprechperson

Individuelle Anliegen werden berücksichtigt

Die Patientinnen erhalten fortlaufend Informationen zum geplanten Pflege- und Behandlungsplan

##### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Fachlich korrekte Durchführung der notwendigsten Massnahmen

Bei einem erhöhten Risiko werden Massnahmen zur Prävention möglicher Komplikationen durchgeführt

Funktionelle Pflege möglich, Patientinnen sind informiert, an wen sie sich wenden können

Die Patientinnen erhalten die nötigsten Informationen zum geplanten Pflege- und Behandlungsplan

##### Was wird reduziert?

- Körperpflege nur so weit ausführen, dass Gefährdungen ausgeschlossen sind
- Präventive Massnahmen werden nur bei Patientinnen mit einem erhöhten Risiko durchgeführt
- pflegerisch-therapeutische Massnahmen reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Massnahmen nach Absprache mit dem Arzt reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- Beschränkung der Information auf die Aspekte, welche für eine sichere Pflege unabdingbar sind (Kommunikationsbedürfnisse der Patientinnen werden unter Umständen nicht erfüllt)
- Reduktion der Zuwendung auf das Nötigste

##### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

- Handlung
- Zuwendung
- Information/Kommunikation



## Kategorie 2 Abklärungssituation

### Beschreibung:

- Medizinisch-diagnostische Abklärungen stehen im Vordergrund
- Vorbereitung, Durchführung der diagnostischen Massnahmen und die Nachbetreuung müssen exakt entsprechend der Standards durchgeführt werden
- Verschiedene medizinisch-diagnostische Massnahmen müssen innerhalb bestimmter Zeitlimiten organisiert und koordiniert werden
- Patientinnen brauchen viel Information und Unterstützung bei der Bewältigung der Ungewissheit und den Strapazen der Untersuchung
- Manchmal auch tragische Situation (bei möglicher schwerer Erkrankung, bei jungen Patientinnen etc.)
- Patientinnen sind in den ATL weitgehend unabhängig
- Patientinnen verhalten sich angepasst und kooperativ

### Intention:

- medizinische Diagnosestellung
- Unterstützung bei physischen/psychischen Belastungen

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufs der geplanten Abklärungen

Fachlich korrekte Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge der Untersuchungen

Patientinnen erhalten die Möglichkeit, belastende Gefühle wie Angst, Ungewissheit, Erschöpfung etc. mitzuteilen und erhalten kompetenten Beistand

Routineinformation der Patientinnen zu den Untersuchungen und den entsprechenden Massnahmen

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Verschiebung oder evtl. ambulante Durchführung der Untersuchungen wird in Betracht gezogen

Fachlich korrekte Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge der Untersuchungen

Patientinnen können belastende Gefühle wie Angst, Ungewissheit, Erschöpfung etc. mitteilen

Patientinnen erhalten die nötigsten Informationen zu den Untersuchungen und entsprechenden Massnahmen

### Was wird reduziert?

1. Verschiebung geplanter Untersuchungen bei pflegerisch aufwendigen Vorbereitungen oder Nachbetreuungen
2. Wenn Untersuchungen nicht verschoben werden können:
  - Massnahmen zur Vorbereitung werden von einem anderen Dienstzweig (z.B. Arzt, Personal des Untersuchungsortes) übernommen (z.B. venöser Zugang legen, Verabreichung von Medikamenten etc.)
  - Begleitung des Transports von Patientinnen nach speziellen Untersuchungen wird von einem anderen Dienstzweig (z.B. Arzt, Personal des Untersuchungsortes) oder von Pflegenden einer anderen Station übernommen)
  - Die Überwachungsmassnahmen werden nach Absprache mit dem Arzt bei normalen Parametern weniger engmaschig durchgeführt (ausser bei Risikopatientinnen)
  - Der Beistand konzentriert sich auf die Hauptbelastung (Angst, Ungewissheit)
  - Reduktion der Information auf das Nötigste

Hinweis: Die Massnahmen unter Punkt 2 für den Ausnahmezustand müssen im Voraus mit den jeweiligen Bereichen ausgehandelt werden

### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

- Handlung
- Zuwendung
- Information/Kommunikation



### Kategorie 3 Gesundheitsschädigendes Verhalten

#### Beschreibung

- Patientinnen mit gesundheitsschädigendem Verhalten (z.B. Drogen- oder Alkoholabhängige, Patientinnen mit schwerer oder chronischer Erkrankung und in der Folge mit wiederholten Spitaleintritten, Patientinnen mit Anorexie/Bulimie, uneinsichtige Patientinnen, z.B. nach Herzinfarkt etc.)
- Die Zusammenhänge zwischen gesundheitsschädigendem Verhalten und der Erkrankung werden z.T. tabuisiert oder ignoriert
- Die Beziehungen zwischen Patientin und Pflegeperson und deren Compliance sind oft Gegenstand von Diskussionen (z.B. fehlendes Vertrauen, Distanzverhalten etc.)
- Das soziale Verhalten der Patientinnen bereitet Schwierigkeiten (Missachtung von Regeln etc.)
- Die Pflege dieser Patientinnen kostet viel Energie

#### Intention:

- Behebung oder Verminderung der körperlichen Störung
- Prävention möglicher Komplikationen
- Veränderung des Gesundheitsverhaltens

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Die Ziele der Pflege sowie der medizinischen Behandlung werden mit den Patientinnen besprochen (interdisziplinär)

Anpassungen und Änderungen des Pflege- und Therapieplans werden in der Regel von der Bezugsperson nach Absprache mit den anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen vorgenommen

Die erwartete Übernahme der Selbstverantwortung wird thematisiert

Die Patientinnen haben eine Bezugsperson, mit welcher sie ihre Fragen und Probleme besprechen können

Die Patientinnen erhalten die zum Verständnis von Pflege- und Behandlungsplan notwendigen Informationen

Klare Verhaltensregeln und Anweisungen sind abgesprochen und möglichst schriftlich festgehalten

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Fachlich korrekte Durchführung und Evaluation der Pflege gemäss dem interdisziplinär vereinbarten Minimalpflegeplan

Anpassungen und Änderungen des Pflege- und Therapieplans werden in der Regel von der Bezugsperson nach Absprache mit den anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen vorgenommen

Die erwartete Übernahme der Selbstverantwortung wird thematisiert

Wenn nicht von einer minimalen Kooperation ausgegangen werden kann, wird versucht, eine speziell qualifizierte Fachperson zur Festlegung des Pflegeplanes zuzuziehen oder es wird eine Verlegung oder ein Austritt erwogen

Die Patientinnen haben eine Bezugsperson, mit welcher sie ihre Fragen und Probleme besprechen können

Die Patientinnen erhalten die zum Verständnis von Pflege- und Behandlungsplan notwendigen Informationen

Klare Verhaltensregeln und Anweisungen sind abgesprochen und möglichst schriftlich festgehalten



### Was wird reduziert?

- Körperpflege nur so weit ausführen, dass Gefährdungen ausgeschlossen sind
- präventive Massnahmen werden nur bei erhöhtem Risiko durchgeführt
- pflegerisch-therapeutische Massnahmen reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Massnahmen nach Absprache mit dem Arzt reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- Die Zeit für Information und Diskussion wird beschränkt (Zeitpunkt und Dauer der Gespräche werden durch die Bezugsperson festgelegt)
- Gegebene Anweisungen und Verhaltensregeln werden nicht weiter diskutiert und nicht geändert
- Die Einhaltung der Anweisungen wird ausser bei starker Gefährdung des Patientinnen nicht speziell überwacht
- Bei starker Gefährdung muss die Patientin in eine Institution, wo die Überwachung gewährleistet werden kann, verlegt werden
- Das Management der Patientinnensituation wird einer zugezogenen speziell qualifizierten Fachperson übergeben

### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung	■ □ □ □
Zuwendung	■ □ □ □
Information/Kommunikation	■ ■ □ □



## Kategorie 4

### Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch-psychisch stabiler Situation

#### Beschreibung

- Die Situation der Patientinnen zeichnet sich durch eine hohe Komplexität bezüglich medizinischer Diagnosen und Pflegediagnosen aus (z.B. bei schweren physischen/psychischen Erkrankungen, bei zu rehabilitierenden oder sterbenden Patientinnen)
- Die Patientinnen sind in vielen A/TL-Bereichen abhängig; der Bedarf an direkter Pflege ist hoch
- Erfordert intensive Präsenz der Pflege
- Erfordert eine patientinnenorientierte, individuelle Pflege, die jedoch im voraus geplant werden kann
- Zusätzliche Belastung der Pflegenden durch Angehörige

#### Intention:

- Behebung oder Verminderung der körperlichen Störung
- Prävention zusätzlicher Komplikationen
- Begleitung im Leiden und/oder Sterben

#### Qualitätsniveau der Pflege

##### Normalvariante

Fachlich korrekte Durchführung und Evaluation der Pflege gemäss dem mit Patientin und Angehörigen vereinbarten Pflege- und Behandlungskonzept

Die Pflege wird fortlaufend dem Zustand und Befinden des Patientinnen angepasst

Je nach Situation steht eine Bezugs- oder Ansprechperson zur Verfügung

#### Qualitätsniveau der Pflege

##### Minimalvariante im Ausnahmezustand

Fachlich korrekte Durchführung und Evaluation der Pflege gemäss dem mit Patientin und Angehörigen vereinbarten Minimalpflegeplan

Die Prioritäten der Pflege werden fortlaufend dem Zustand und Befinden des Patientinnen angepasst

Zeitaufwendige medizinische und rehabilitative Massnahmen werden in Absprache mit dem Arzt reduziert

Patientinnen und Angehörige kennen ihre Ansprechperson

#### Was wird reduziert?

- Überwachungsmassnahmen werden nicht routinemässig durchgeführt, sondern nur bei Gefährdungen und/oder bei Veränderungen des Gesundheitszustandes
- Körperpflege nur so weit durchführen, dass Gefährdungen ausgeschlossen sind und das Wohlbefinden der Patientinnen aufrecht erhalten werden kann
- Wenn möglich werden Angehörige zur Unterstützung der Patientinnen für Hilfeleistungen eingesetzt (z.B. Essen eingeben, evtl. Unterstützung bei der Körperpflege)
- Medizinische und rehabilitative Massnahmen werden wo möglich reduziert durchgeführt (eine kurzfristige Stagnation des Genesungsprozesses bzw. des Rehabilitationsprozesses wird in Kauf genommen, eine Verschlechterung des Zustandes muss jedoch ausgeschlossen werden)
- Falls notwendig muss der Pflegebedarf im psychosozialen oder spirituellen Bereich von Drittpersonen abgedeckt werden

#### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung	■ ■ ■ □
Zuwendung	■ ■ □ □
Information/Kommunikation	■ □ □ □



### Kategorie 5

### Intensive Pflegebedürftigkeit bei physisch/psychisch instabiler Situation

#### Beschreibung:

- Instabiler gesundheitlicher Zustand, z.B.
  - bei plötzlicher unerwarteter Verschlechterung, Komplikation (z.B. post-operativ, iatrogen)
  - bei Blutungen bei Wöchnerinnen
  - bei unruhigen, verwirrten Patientinnen
  - bei psychischen Krisen oder Ausnahmezuständen (z.B. suizidalen Patientinnen)
- Ungewisse, nicht abschätzbare, potenziell und akut lebensbedrohliche Entwicklung
- Die physische/psychische Situation kann sich jederzeit in verschiedene Richtungen entwickeln
- Bei auftretenden Problemen muss rasch gehandelt werden
- intensive Zusammenarbeit mit anderen Diensten ist notwendig (Ärzte etc.)

#### Intention:

- Gewährleisten des Überlebens
- Stabilisierung des physisch/psychischen Zustandes

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Massnahmen zur Überwachung werden zuverlässig und korrekt durchgeführt

Massnahmen zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation werden durchgeführt

Vorkehrungen zur Prävention von Komplikationen werden getroffen

Es wird eine Bezugsperson bestimmt

Patientin und Angehörige werden fortlaufend über den Pflege- und Behandlungsplan informiert

#### Was wird reduziert?

- Information wird reduziert

#### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung	■ ■ ■ ■
Zuwendung	■ ■ □ □
Information/Kommunikation	■ □ □ □

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Massnahmen zur Überwachung werden zuverlässig und korrekt durchgeführt

Massnahmen zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation werden durchgeführt

Vorkehrungen zur Prävention von Komplikationen werden getroffen

Patientinnen und Angehörige kennen ihre Ansprechperson

Patientinnen werden über das Nötigste informiert



## Kategorie 6

### Unzureichende therapeutische Möglichkeiten/unbefriedigende Pflegesituation

#### Beschreibung:

- Herausragende Problematik, die während der Hospitalisation nicht ausreichend behandelt werden kann (Patientinnen, die objektiv die Behandlung und Betreuung mehrerer Spezialisten benötigen, z.B. Schmerzpatientinnen, Patientinnen, die sowohl an einer psychischen als auch an einer somatischen Erkrankung leiden, z.B. latent suizidale, depressive, aggressive, verwirrte Patientinnen)
- Zustand und Verfassung der Patientinnen erschwert oder verunmöglicht die Pflege
- Es besteht ein pflegerisch-therapeutischer Bedarf, dem nicht entsprochen werden kann
- Hinterlassen trotz bestmöglicher Pflege Gefühle von Unzufriedenheit, Insuffizienz, Erfolglosigkeit und Ungenügen beim Patientinnen oder bei den Pflegenden
- Oft hin- und herschieben und/oder mangelnde Kooperation zwischen verschiedenen Instituten oder Fachspezialisten
- Kommunikation erschwert

#### Intention:

- Gewährleistung der Sicherheit
- Beistand im Aushalten der Situation
- Optimierung des therapeutischen Angebotes

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Zur Klärung der Problematik wird eine speziell qualifizierte Fachperson zur Beratung zugezogen

Klare Deklaration und Dokumentation der erbrachten Pflege sowie der nicht durchführbaren Pflegeleistungen

Die Festlegung der Pflege- und Behandlungskonzepte erfolgt interdisziplinär

Es wird eine Bezugsperson bestimmt

Es finden regelmässige Standortgespräche mit Patientin und Angehörigen statt

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Zur Klärung der Problematik wird eine speziell qualifizierte Fachperson zur Beratung zugezogen und evtl. auch als Bezugsperson eingesetzt

Klare Deklaration und Dokumentation der erbrachten Pflege sowie der nicht durchführbaren Pflegeleistungen

Die Festlegung der Pflege- und Behandlungskonzepte erfolgt interdisziplinär

Es wird eine stationsexterne Bezugsperson beigezogen

Gespräche mit Angehörigen nach Möglichkeit

#### Was wird reduziert?

- Entlastung des Teams durch externe Fachperson

#### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung	■ ■ □ □
Zuwendung	■ ■ □ □
Information/Kommunikation	■ ■ □ □



## Kategorie 7

### Verzögerter Austritt/Übertritt in eine andere Institution

#### Beschreibung:

- Personen, bei welchen ein Aufenthalt im Akutspital nicht mehr notwendig ist, die zur weiteren Betreuung und Therapie in eine andere Institution verlegt werden sollen oder deren Entlassung vorgesehen ist (z.B. rekonvaleszente oder wieder gesunde Patientinnen, Betagte etc.)
- Patientinnen sind selbständig oder auf wenig Hilfe angewiesen
- Der Austritt oder Übertritt (in Rehabilitation) muss organisiert und vorbereitet werden
- Organisatorische Abläufe im Zusammenhang mit dem Aus- oder Übertritt können nicht wie vorgesehen eingehalten werden

#### Intention:

- Unterstützung in der Übergangsphase

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Pflege entsprechend Pflegebedarf

Patientinnen kennen ihre Ansprechperson

Patientinnen erhalten fortlaufend Informationen zur Situation

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Fachlich korrekte Durchführung der notwendigsten pflegerischen Massnahmen

Patientinnen kennen ihre Ansprechperson

Patientinnen erhalten die nötigsten Informationen zur Situation

#### Was wird reduziert?

- Bei normalen Parametern werden keine Kontrollen der Vitalzeichen durchgeführt
- Die Körperpflege wird nur so weit durchgeführt, dass Gefährdungen ausgeschlossen sind

#### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung  
Zuwendung  
Information/Kommunikation

Gewichtung je nach Kategorie  
Gewichtung je nach Kategorie  
■ □ □ □



## **Kategorie 8 Privatpatientin aus dem Ausland**

### **Beschreibung:**

- Krankheitsbild oder Abklärung, welche einen ärztlichen Spezialisten erfordern
- Bei Eintritt/Austritt: Allgemeinzustand stabil (d.h. eine weite Reise ist möglich)
- Hoher post-operativer Pflegebedarf
- Erleben und Verhalten von Patientin und Angehörigen sind für Pflegende schwer fassbar (fremde Kultur, Fremdsprache)
- Vorwiegend aus Oberschicht aus einem Land mit tieferem Lebensstandard
- Vor allem auf den (Chef-)Arzt und die medizinische Behandlung ausgerichtet
- Männliche Patientinnen sehen die Rolle der Frau (Pflegerin) als Dienerin
- Sind in jeder Hinsicht fordernd
- Angehörige leben während der Hospitalisation im Hotel oder von der Familie weit entfernt

### **Intention:**

- Behebung oder Verminderung der körperlichen Störung
- Prävention möglicher Komplikationen

### **Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante**

Fachlich korrekte Durchführung und Pflege entsprechend den Standardpflege- und -behandlungskonzepten

Massnahmen zur Prävention möglicher Komplikationen werden durchgeführt

Hotellerieleistungen werden im Rahmen der Möglichkeiten erbracht

Patientin und Angehörige kennen ihre Ansprechperson

Patientin und Angehörige erhalten fortlaufend Informationen zum Standardpflege- und -behandlungsplan, wenn nötig unter Einbezug eines Dolmetschers

### **Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand**

Pflegerische Leistungen können nicht reduziert werden, weil die Patientin als private Auftraggeberin und Selbstzahlerin die Leistungen bestimmt

Zur Entlastung im Ausnahmezustand werden auf Kosten der Patientinnen zusätzliche personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt

### **Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:**

Die Gewichtung erfolgt je nach Pflegesituation entsprechend der aufgeführten Kategorien



## Kategorie 9 Informierte Konsumentin

### Beschreibung:

- Patientinnen für Wahl- und Routineeingriffe
- Patientinnen sind gut informiert und vorbereitet (haben diejenigen Leistungen ausgewählt, die sie wollen, z.B. Typ der Operation, Narkoseart, zusätzliche Leistungen, z.B. Spitalkomfort, Hotellerie, Chefarzt)
- Stabiler Verlauf entsprechend den Erwartungen
- Patientinnen verhalten sich kooperativ und selbst bestimmend
- Fordern intensive Kommunikation und Diskussion über Pflege und Behandlung
- Wollen aus dem Angebot verschiedener pflegerischer Massnahmen auswählen und bei der Planung der Pflege mitbestimmen
- Patientinnen fordern die Anpassung der Institution an ihre Bedürfnisse (z.B. die Organisation der Abläufe, Eintritts- und Austrittspunkt etc.)

### Intention:

- Behebung oder Verminderung der körperlichen Störung
- Prävention möglicher Komplikationen

#### Qualitätsniveau der Pflege Normalvariante

Verschiedene Möglichkeiten von Pflege- und Behandlungsmassnahmen werden mit den Patientinnen besprochen & fachlich korrekt durchgeführt

Alternative Behandlungs- & Pflegemassnahmen können angeboten und durchgeführt werden

Der Pflegeplan wird unter Einbezug der Patientinnen erstellt

Patientinnen kennen ihre Ansprechperson

#### Qualitätsniveau der Pflege Minimalvariante im Ausnahmezustand

Fachlich korrekte Durchführung und Evaluation der Pflege entsprechend der Standardpflege- und -behandlungskonzepte

Bei erhöhtem Risiko werden Massnahmen zur Prävention möglicher Komplikationen durchgeführt

Patientinnen erhalten die nötigsten Informationen zum geplanten Pflege- und Behandlungsverlauf

Patientinnen kennen ihre Ansprechperson

Den Patientinnen wird dargelegt, weshalb sie sich den Erfordernissen der Organisation anpassen müssen (wie Patientinnen in Standardsituation)

### Was wird reduziert?

- Körperpflege nur so weit ausführen, dass Gefährdungen ausgeschlossen sind
- Präventive Massnahmen werden nur bei Patientinnen mit einem erhöhten Risiko durchgeführt
- pflegerisch-therapeutische Massnahmen reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- medizinisch-diagnostische und medizinisch-therapeutische Massnahmen nach Absprache mit dem Arzt reduzieren (Häufigkeit) oder wo möglich weglassen
- Beschränkung der Information auf die Aspekte, welche für eine sichere Pflege unabdingbar sind (Kommunikationsbedürfnisse der Patientinnen werden unter Umständen nicht erfüllt)
- Reduktion der Zuwendung auf das Nötigste

### Gewichtung des Pflegeaufwandes bei Minimalvariante:

Handlung	■ ■ □ □
Zuwendung	■ □ □ □
Information/Kommunikation	■ ■ □ □



#### **4. Vorgehen bei der Umsetzung des Konzepts Prioritätensetzung in der Pflege**

Das Konzept zum Setzen von Prioritäten in der direkten Pflege kommt erst zum Zug, wenn die Prioritätensetzung in der indirekten Pflege bzw. bei berufsfremden Arbeiten ausgeschöpft ist.

Der Entscheid für die Minimalvariante betrifft immer eine ganze Station und nicht einzelne Patientinnen.

##### **Entscheid für die Minimalvariante:**

1. Die Stationsleiterin beantragt die Minimalvariante bei der Leiterin Pflege der Klinik.

##### **Kriterien:**

- ⇒ Aktuelle Personalsituation (quantitativ / Anzahl Personen)
  - ⇒ Fachliche, soziale und individuelle Kompetenz der Pflegenden (qualitativ / Lernende, neue Mitarbeiterinnen etc.)
  - ⇒ Anzahl/Art der Patientinnen und deren Pflegeintensität (LEP)
2. Die Leiterin Pflege der Klinik klärt folgende Punkte:
    - ⇒ Ist eine Reduktion anderer Tätigkeiten möglich (indirekte Pflege, berufsfremde Arbeiten, Reduktion der Bürotage, Arbeitsgruppen verschieben etc.)?
    - ⇒ Gibt es andere personelle Ressourcen (innerhalb und ausserhalb der Klinik)?
  3. Die Leiterin Pflege der Klinik fällt den Entscheid: Minimalvariante ja oder nein.
  4. Die Leiterin Pflege der Klinik informiert:
    - ⇒ die jeweilige Leiterin Pflegedienst des Sektors
    - ⇒ den zuständigen Oberarzt / die zuständige Oberärztin
    - ⇒ die Patientinnen (persönlich oder mit Flugblatt)
  5. Als Unterstützung während der Umsetzung und zur Klärung offener Fragen besteht eine Hotline, welche von einem Mitglied der PDL bedient wird. Tel. 3449, von 07.30 bis 17.00 Uhr.
  6. Die Stationsleiterin dokumentiert auf dem Personalblatt LEP die Daten, an welchen mit der Minimalvariante gearbeitet wurde. Zur Markierung des LEP-Personalblatts existiert ein Spezialkleber.

## Ein integriertes Pflegemodell von Silvia Käppeli (1990)

<i>Bio-medizinische Aspekte</i>	<i>Sozial-geisteswissenschaftliche Aspekte der Pflege</i>
<p><i>a) Inhalte</i></p> <p>Funktioneller Gesundheitszustand</p> <p>Alle therapeutischen Interventionen inklusive Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gesundheit</li><li>- Normalität</li><li>- Krankheit</li><li>- Abnormität</li><li>- Invalidität</li><li>- Behinderung</li></ul> <p>In diesem Bereich gibt es messbare Normen. Der gesunde Organismus kann mit quantitativen Methoden erfasst werden.</p>	<p><i>a) Inhalte</i></p> <p>Reaktionen auf den funktionellen Gesundheitszustand</p> <p>Reaktionen auf alle therapeutischen Interventionen, inklusive Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wie erlebt eine Person den funktionellen Gesundheitszustand bzw. die therapeutischen Interventionen?</li><li>- Wie reagiert sie darauf?</li><li>- Welchen Sinn und welche Bedeutung gibt sie ihnen (Wertsysteme, Glaubenssysteme, Lebens-einstellung)?</li><li>- Wie geht sie damit um/bewältigt sie sie? Wie lebt sie damit? (Gestaltung des Lebensstiles, der Aktivitäten des täglichen Lebens etc.).</li><li>- Wofür übernimmt sie Verantwortung?</li><li>- Welche Entscheidungen trifft sie?</li><li>- Was lernt die Person daraus? (Entwicklung, wachsen daran.)</li><li>- Wie integriert eine Person ihren funktionellen Gesundheitszustand und therapeutische Interventionen in ihr soziales Umfeld oder in ihre materiellen Bedingungen?</li></ul> <p>In diesem Bereich gibt es keine Normen, nur vergleichbare Tendenzen.</p> <p>Reaktionen können nicht mit quantitativen Methoden erfasst, sondern nur beschrieben und verglichen werden. Man erkennt Tendenzen.</p>
<p><i>b) Zielsetzungen</i></p> <p>Gewährleisten des Überlebens des Organismus/der biologischen Strukturen und Funktionen.</p> <p>Da Überleben ein integraler Bestandteil der Lebensqualität ist, ist es selbstverständlich, dass therapeutische Interventionen in beiden Bereichen integriert werden müssen.</p>	<p><i>b) Zielsetzungen</i></p> <p>Unterstützen und positive Beeinflussung aller Reaktionen im Sinne der Optimierung der Lebensqualität.</p> <p>Da Überleben ein integraler Bestandteil der Lebensqualität ist, ist es selbstverständlich, dass therapeutische Interventionen in beiden Bereichen integriert werden müssen.</p>
<p><i>c) Expertise</i></p> <p>Im organischen Bereich, in dem man sich auf relativ objektive Daten stützen kann, kann der Berufsangehörige als Experte betrachtet werden. Er kennt die Werte und kann sie richtig beurteilen.</p> <p>Der Patient sollte sich anpassen und kooperieren.</p>	<p><i>c) Expertise</i></p> <p>Im Bereich der Erfahrung, die die vom Patient subjektiv erlebte Wirklichkeit darstellt, muss die betroffene Person als Experte für die Beurteilung der Situation betrachtet werden.</p> <p>Die Berufsangehörigen sollten sich anpassen und kooperieren.</p>

GOGL, Anna / STADELMANN-BUSER, Christine. 1993. „Theoretische Perspektive.“ In: KÄPPELI, Silvia (Hrsg.). Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 18 - 19.

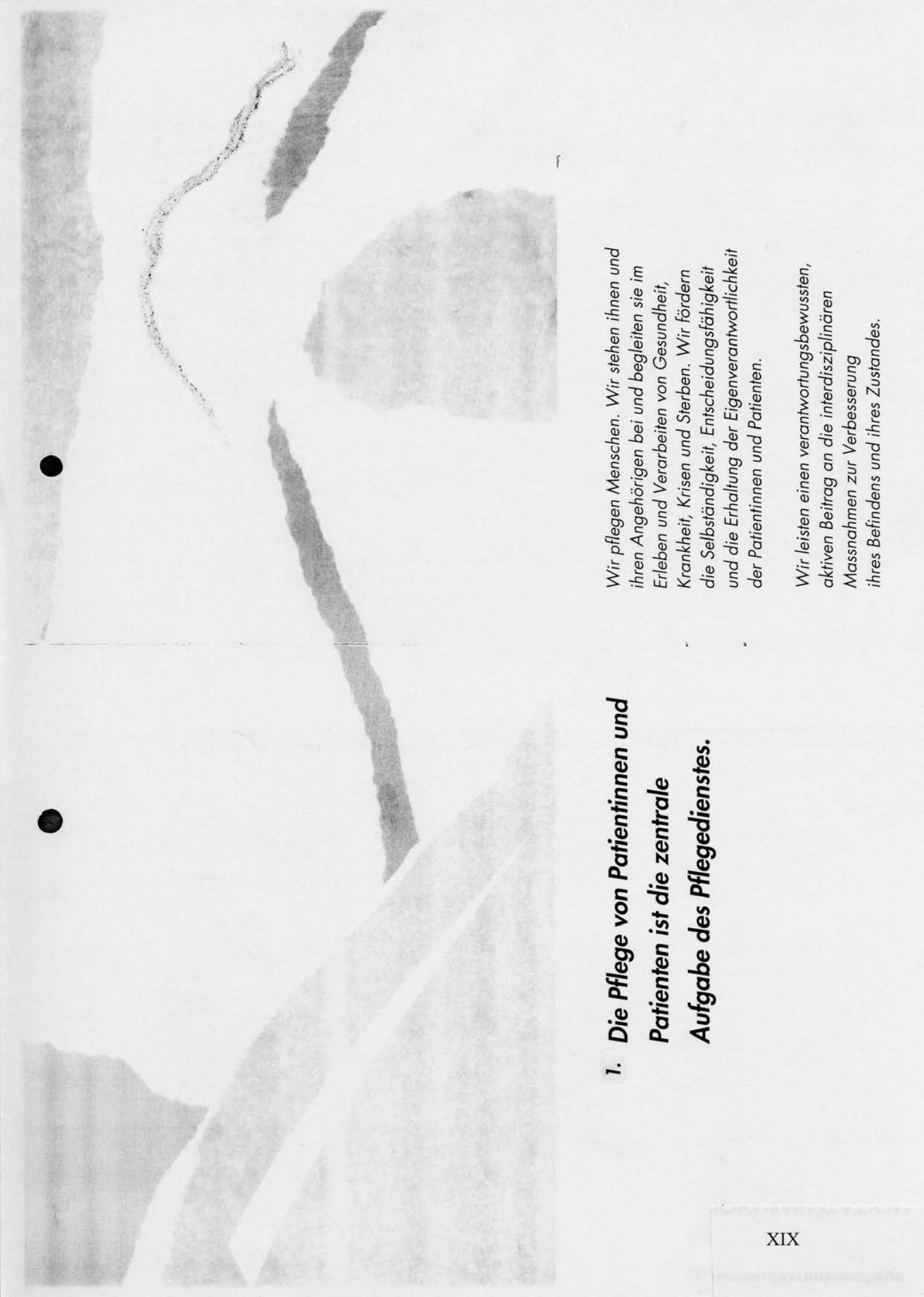
Anhang VI.

# Leitbild für den Pflegedienst

Unsere Werte und Ziele



UNIVERSITÄTSSPITAL  
ZÜRICH



**1. Die Pflege von Patientinnen und Patienten ist die zentrale Aufgabe des Pflegedienstes.**

*Wir pflegen Menschen. Wir stehen ihnen und ihren Angehörigen bei und begleiten sie im Erleben und Verarbeiten von Gesundheit, Krankheit, Krisen und Sterben. Wir fördern die Selbständigkeit, Entscheidungsfähigkeit und die Erhaltung der Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten.*

*Wir leisten einen verantwortungsbewussten, aktiven Beitrag an die interdisziplinären Massnahmen zur Verbesserung ihres Befindens und ihres Zustandes.*

**2. Professionelle Pflege ist eine Wissenschaft und eine Kunst. Sie wird im Rahmen berufsethischer Grundsätze\* ausgeführt.**

*Wir achten das Leben und den Tod, respektieren die Werte und wahren die Rechte und die Würde aller Patientinnen und Patienten. Wir orientieren uns an ihrem kulturellen Hintergrund, ihrer Biographie, ihren Ressourcen und an ihren aktuellen Lebensumständen und leiten unser Handeln von diesen ab.*

*Wir setzen unsere Fach- und Sozialkompetenz und Kreativität ein und übernehmen die Verantwortung für unser Handeln.*

*Unser Engagement an der Pflegeforschung trägt bei zur Entwicklung unserer Kompetenz.*

*Die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten können sich auf uns verlassen.*

\* *Ethische Grundsätze für die Pflege, SBK, 1990*

**3. Unsere Pflegequalität ist gut.\***

*Die Pflegequalität wird von der Leitung des Pflegedienstes festgelegt. Jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter setzt sich ein für deren Entwicklung und Realisierung.*

*In der Pflege beachten wir die Sicherheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie die Wirksamkeit unseres Handelns.*

*Pflege wird wirtschaftlich und umweltbewusst ausgeführt.*

\* *Stufe 2: Angemessene Pflege Fiechter, V. Meier, M. in Juchli, L. 1991 Krankenpflege, Thieme-Verlag, Stuttgart / New York, S. 111*

#### **4. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das wichtigste Potential des Pflegedienstes.**

*Wir betrachten uns als eigenständige, lern- und entwicklungsfähige Persönlichkeiten und Partnerinnen/Partner.*

*Wir setzen uns ein für die Verwirklichung unseres Leitbildes.*

*Unser Führen und Fördern besteht darin, Ressourcen zu aktivieren sowie mit geeigneten Mitteln oder Massnahmen zu ergänzen.*

*Lehren und lernen sind Bestandteile unseres Berufsalltags. Wir schaffen geeignete Bedingungen für die Aus- und Weiterbildung sowie für Lern- und Veränderungsprozesse.*

*Fachliche und persönliche Fortbildung ist ein Recht und eine Pflicht aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst.*

*Wir engagieren uns für die Werte und Anliegen des Pflegedienstes.*

*Wir beraten und unterstützen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bewältigung von Konflikten und bei der Lösung von Problemen.*

●

**5. Die Organisation der direkten Pflege und die Struktur des Pflegedienstes tragen bei zur Sicherung der Pflegequalität und der Arbeitszufriedenheit.**

Der Pflegedienst ist hierarchisch aufgebaut.

Im Rahmen der Gesamtstruktur und des Leitbildes des Pflegedienstes sind wir offen für alternative Organisationsstrukturen. Diese richten sich nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Wir setzen uns dafür ein, dass die strukturellen Voraussetzungen und Mittel den Aufgaben entsprechen.

Entscheidungskompetenzen werden möglichst dezentral an die zuständigen Stellen delegiert.

Der Information messen wir grosse Bedeutung bei und streben kurze Informationswege an.

Berufliche und persönliche Voraussetzungen, Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen sind auf jeder Stufe festgelegt.

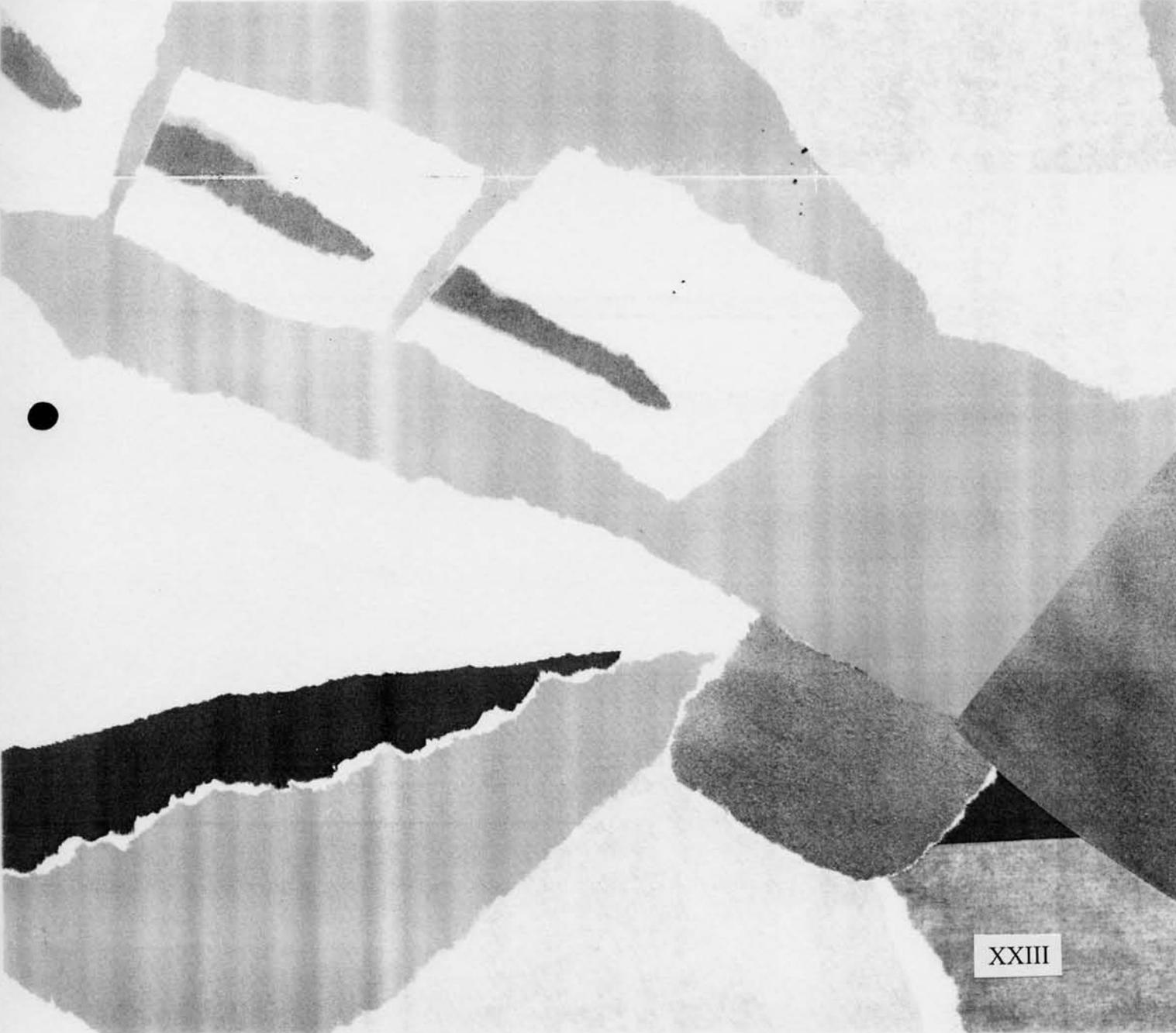
●

**6. Pflege ist eine eigenständige Aufgabe innerhalb des Gesamtauftrages des USZ.**

Wir sind gleichwertige Partnerinnen und Partner aller an diesem Auftrag beteiligten Berufsgruppen. Deshalb ist Zusammenarbeit, vor allem mit den Aerzten und Aerzinnen, ein zentrales Element, um die Pflegequalität zu sichern und die Arbeitszufriedenheit zu erhalten.

Dies setzt voraus, dass wir gemeinsam Ziele setzen, Aufgaben lösen und Probleme konstruktiv angehen.

Wir sind bereit, uns zu exponieren und wo nötig, Grenzen zu setzen.



**Erarbeitet durch die  
Leitung Pflegedienst:**

Josef Arnold

Esther Hager

Evi Lehner

Marianne Stucki

Rosmarie Beeler

Anne-Marie Hubmann

Leiter Pflegedienst

Leiterin Sektor 1

Leiterin Sektor 2

Leiterin Sektor 3

Leiterin Sektor 4

Leiterin Sektor 5

**Mitarbeit:**

Dr. Sylvia Käppeli

Stabsstelle

Entwicklung/

Forschung Pflege

**Grafische Gestaltung:**

Werbeagentur Enzo Bertozzi AG

8107 Buchs

Illustrationen Beatrice Lanz