

# Ist die ärztlich-pflegerische Versorgung in der Schweiz reformbedürftig?

Autor(en): **Locher, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **82 (1973)**

Heft 4

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-548282>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Ist die ärztlich-pflegerische Versorgung in der Schweiz reformbedürftig?

Dr. H. Locher, Leiter der Abteilung Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuzes

Die ärztliche und pflegerische Versorgung unserer Bevölkerung basiert im wesentlichen auf zwei Säulen, der Praxis der niedergelassenen Ärzte einerseits, den Krankenhäusern andererseits. Trotz der unbestrittenen Qualität unseres Gesundheitswesens treten immer mehr Schwierigkeiten zutage, die uns allen wohlbekannt sind, sei es die beängstigende Kostenentwicklung oder der unwirtschaftliche Einsatz des im Spital tätigen Pflegepersonals, der Angehörigen von medizinisch-technischen Berufen und der Ärzte, um nur zwei Beispiele zu nennen. Deshalb soll nachstehend aufgezeigt werden, in welchen Bereichen sich Reformen aufdrängen.

## Die Notwendigkeit einer nationalen Gesundheitspolitik

*Ergänzung der Spitalplanungen durch die Planung der extramuralen Krankenpflege*  
Verschiedene Kantone haben bereits eine Spitalkonzeption oder Planung ausgearbeitet, was einen grossen Fortschritt gegenüber früher bedeutet. Diese Spitalplanungen sollten allerdings in nächster Zukunft ergänzt werden durch ebenso sorgfältige Untersuchungen und Konzeptionen über die extramurale Krankenpflege und Behandlung, also die medizinische und pflegerische Versorgung, die ausserhalb des Spitals erfolgt.

Es ist heute unbestritten, dass der extramuralen Krankenpflege in Zukunft ein viel stärkeres Gewicht zukommen muss als bis anhin. Niemand besitzt aber einen Überblick über die Vielzahl der bestehenden Einrichtungen von Gemeinden, Kantonen, kirchlichen und privaten Organisationen, so dass deren Tätigkeit weitgehend unkoordiniert nebeneinander ausgeführt wird.

## Neuorientierung des Kranken- und Unfallversicherungswesens

Das schweizerische Kranken- und Unfallversicherungswesen wird unabhängig von den bestehenden Spitalplanungen und den

Einrichtungen zur extramuralen Krankenpflege geregelt, so dass es zur übermässigen Inanspruchnahme von Spitalleistungen geradezu einlädt und zudem alle diejenigen finanziell benachteiligt, die in ihrem Heim oder in andern Einrichtungen als dem Spital, zum Beispiel dem Alterspflegeheim, ärztliche und pflegerische Leistungen erhalten.

Nachdem nun das Flimser Modell, das diese unheilvolle Entwicklung leider gefördert hätte, endgültig aus Abschied und Traktanden gefallen ist, bieten sich neue Gelegenheiten, auf dem Gebiet des Versicherungssektors nach besseren Lösungen zu suchen. Besonders die Tagespauschalen für Spitalleistungen und die bisher übliche Berechnung von durchschnittlichen Spitalkosten pro Patiententag müssen überprüft werden. Sie verleiten die für die Wirtschaftlichkeit eines Spitals Verantwortlichen dazu, Patienten tendenziell länger zu hospitalisieren als unbedingt nötig wäre oder auch leichter Kranke zu hospitalisieren, weil beide Massnahmen einen optisch günstigen Einfluss auf die durchschnittlichen Spitalkosten pro Patiententag ausüben, was natürlich nichts aussagt über die effektiven Kosten der Pflege und Behandlung dieser Patienten.

## Verlagerung der Prioritäten für die Forschung im Gesundheitswesen

Die im Gesundheitswesen eingesetzten Forschungsgelder werden in überwiegendem Masse für die klinische Forschung eingesetzt. Andere Aspekte des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel die Suche nach neuen Formen der medizinischen und pflegerischen Versorgung unserer Bevölkerung, bleiben weitgehend vernachlässigt.

Einige Beispiele sollen zeigen, welche neuen Formen auf ihre Vor- und Nachteile hin untersucht werden müssten:

- Gruppenpraxen von niedergelassenen Ärzten.
- Sozialmedizinische Zentren in Agglomerationen.

- Neue Organisationsformen der Gemeindegrenzenpflege mit Pflegeteams, zusammengesetzt aus Angehörigen verschiedener Pflegeberufe unterschiedlicher Ausbildung und aus Laien.

Es besteht ferner eine Diskrepanz in der Bereitschaft, finanzielle und personelle Quellen für medizinische Forschung einerseits, für die Forschung in der Krankenpflege andererseits einzusetzen. Der *Forschung in der Krankenpflege* muss in Zukunft ein bedeutendes Gewicht beigelegt werden, diese Forderung gilt auch für die Grundlagenforschung im Pflegewesen. Es kann nicht angehen, dass zum Beispiel der Studie über das Pflegewesen in der Schweiz, deren Untersuchungen wertvolle Aufschlüsse über den Einsatz des Pflegepersonals auf den Spitalabteilungen und die Bedürfnisse der Patienten an Pflege gegeben haben, weitere Forschungsprojekte mit der Begründung verwehrt werden, es sei nun genug geforscht, jetzt müssten die Forscher selber, sozusagen als Betriebsberater, in die Praxis gehen und die Nützlichkeit ihrer Kenntnisse persönlich beweisen.

Ein weiteres vernachlässigtes Forschungsgebiet innerhalb des Gesundheitswesens bilden die *betriebswirtschaftlichen Probleme des Krankenhausbetriebs*. Einige Beispiele sollen zeigen, welche Fragen einer näheren Untersuchung bedürften:

- Organisationsformen und Führungskonzepte in der stationären Krankenversorgung.
- Kaderplanung und Kaderentwicklung im Spital.
- Führungs- und Organisationsprobleme auf der Ebene Chefarzt, Oberschwester, Verwalter.
- Einführung von Neuerungen im Spital.
- Arbeitsanalytische Untersuchungen von Arbeitsabläufen und Pflegeeinrichtungen, bei denen Rationalisierungseffekte zu erwarten sind.

## Ausbildung von Fachleuten für leitende Funktionen im Gesundheitswesen

Ein wichtiger Teil der zu formulierenden nationalen Gesundheitspolitik ist die *Ausbildung von Fachleuten* im Gesundheitswesen zu widmen.

Obwohl immer neue Aufgaben zu lösen sind und die auf das Gesundheitswesen entfallenden Ausgaben in Gemeinden, Kantonen und im Bund beträchtlich ansteigen, leisten wir uns den Luxus, die im Gesundheitswesen an leitender Stelle tätigen Personen für ihre Tätigkeit nicht oder nur unzulänglich vorzubereiten. Von Medizinerinnen, die als Spitalärzte tätig werden wollen, von Krankenschwestern, die im Operationssaal oder in der Intensivpflege verantwortungsvolle Stellen zu übernehmen gedenken, um nur zwei Gruppen zu nennen, wird verlangt, dass sie eine Zusatzausbildung absolvieren.

Für alle diejenigen aber, die im Gesundheitswesen in gesamtschweizerischen oder kantonalen Gremien an führender Stelle tätig sind, bestehen kaum Ausbildungsmöglichkeiten.

Deshalb sollten in allernächster Zukunft als erste Stufe einer solchen Ausbildung interdisziplinäre Weiterbildungskurse veranstaltet werden. Als zweite Stufe sollte ein eigentlicher Ausbildungsgang als Nachdiplomstudium für Ärzte, Krankenschwestern, Ökonomen und Juristen geschaffen werden, der auf Universitätsebene zu organisieren wäre. Dieser Studiengang würde auf die Übernahme leitender Funktionen im Gesundheitswesen vorbereiten.

Aus diesen Kursen könnte sich ein *interdisziplinäres Ausbildungszentrum für das Gesundheitswesen* entwickeln, dem im übrigen auch die Ausbildung der obersten Kader für das Spitalwesen übertragen werden könnte.

#### *Ausbildung in den Pflege- und medizinisch-technischen Berufen*

Nach dem Nichtzustandekommen der neuen Bildungsartikel der Bundesverfassung ergibt sich eine weitere Aufgabe in der zu schaffenden nationalen Gesundheitspolitik – Überprüfung der Ausbildung in den Pflege- und medizinisch-technischen Berufen. Anlässlich der Revision der Wirtschaftsartikel der Bundesverfassung im Jahre 1947 lehnten es die eidgenössischen Räte ab, in Artikel 34ter Absatz I lit. g, der den Bund zur Aufstellung von Vorschriften über die berufliche Ausbildung in Industrie, Gewerbe, Handel, Landwirtschaft und Hausdienst ermächtigt, auch die Krankenpflege aufzuführen. Die Ansicht überwog, dass die Krankenpflege zu einem Lebensbereich gehöre, der in die Zuständigkeit der Kantone fallen müsse. Da aber trotzdem ein wachsendes Interesse an einer gesamtschweizerischen Regelung und Förderung der Ausbildung in Krankenpflege bestand und die Kantone selber diese Aufgabe nicht an die Hand nahmen, sprang das Schweizerische Rote Kreuz in die Lücke. Es tat dies als Institution, die bereits Erfahrungen in diesem Arbeitsgebiet gesammelt hatte.

Heute regelt es die Berufsbildung in allgemeiner Krankenpflege, psychiatrischer Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege, praktischer Krankenpflege und die der medizinischen Laborantinnen und der Laboristinnen. Diese Ordnung beruht auf der historischen Entwicklung und ist nicht ganz folgerichtig. Denn einerseits sind nicht alle Pflegeberufe erfasst, andererseits gehören die Berufe der medizinischen Laborantinnen und der Laboristinnen nicht zu den Pflegeberufen.

Heute bestehen noch folgende Pflegeberufe, deren Ausbildung nicht vom Schweizerischen Roten Kreuz geregelt und überwacht wird:

- die *Spitalgehilfinnen*, für deren Ausbildung Richtlinien der Sanitätsdirektoren-

konferenz bestehen und denen ein kantonalen Fähigkeitsausweis abgegeben wird;

- die *Hebammen*, für deren Ausbildung Richtlinien der Sanitätsdirektorenkonferenz bestehen und denen ein kantonales Diplom abgegeben wird;
- die *Pflegerinnen für Geburtshilfe und Gynäkologie*, deren Ausbildung unter dem Patronat der Schweizerischen Gynäkologischen Gesellschaft steht, die auch den Fähigkeitsausweis erteilt;
- die *Pflegerinnen für das gesunde Kind*, deren Ausbildung in einer der Schweizerischen Vereinigung von Schulen für die Pflege gesunder Kinder angeschlossenen Schule erfolgt, die auch den Ausweis abgibt.

Die Überwachung der Aus- und Weiterbildung der medizinisch-technischen Berufe erfolgt fast durchwegs durch die Fachverbände. Zu den medizinisch-technischen Berufen zählen wir unter anderem Diätassistentinnen, technische Röntgenassistentinnen, Physiotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Arztgehilfinnen.

In Artikel 27bis der nicht zustandegekommenen Bildungsartikel hiess es:

«Der Bund regelt die Berufsbildung» (Abs. 4). «Die zuständigen Organisationen sind vor Erlass der Ausführungsgesetze anzuhören. In der Berufsbildung können sie zur Mitwirkung beim Vollzug herangezogen werden.» (Abs. 6)

Diese Vorschrift hätte eine Neukonzeption der Überwachung und Regelung der Ausbildung in den Pflege- und medizinisch-technischen Berufen ermöglicht. Das Schweizerische Rote Kreuz hätte es als zweckmässigste Lösung erachtet, wenn ihm die Regelung und Überwachung der Ausbildung in allen Pflegeberufen übertragen worden wäre; es hätte sich zudem bereit erklärt, allenfalls auch die Regelung und Überwachung der Ausbildung in den medizinisch-technischen Berufen zu übernehmen, sofern die Bundes- und Kantonsbehörde sowie die entsprechenden Berufsverbände damit einverstanden gewesen wären.

Nach der Abstimmung vom 4. März 1973 ist diese Neuregelung durch Massnahmen auf dem Gebiet des Bildungswesens nicht mehr möglich. Deshalb gilt es, sie durch Massnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens herbeizuführen. Es wird eine Aufgabe der zu schaffenden schweizerischen Gesundheitspolitik darstellen, zwischen den Kantonen und dem Bund einerseits, dem Schweizerischen Roten Kreuz und allfälligen weiteren interessierten Organisationen andererseits eine klare Lösung zu finden und die Regelung und die Überwachung der Berufsausbildung in den Pflege- und medizinisch-technischen Berufen nicht nur mit einer neuen Rechtsgrundlage zu versehen, sondern auch die Finanzierung dieser Aktivitäten sicherzustellen,

## **Der Gesundheitsrat**

*Zur Festlegung einer nationalen Gesundheitspolitik ist ein schweizerischer Gesundheitsrat zu schaffen*

### *Zusammensetzung des Gesundheitsrates*

Im Gesundheitsrat sollten die nachstehenden Institutionen vertreten sein:

- die *Kantone*, als hauptsächlichste Hoheitsträger im Gesundheitswesen (bzw. die Sanitätsdirektorenkonferenz);
- der *Bund* (z. B. Eidgenössisches Gesundheitsamt, Bundesamt für Sozialversicherung usw.);
- die *Hochschulen*, insbesondere die medizinischen Fakultäten;
- der *Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung*;
- *private Organisationen*, die im Gesundheitswesen tätig sind, wie die VESKA, das SRK, die Verbindung Schweizer Ärzte, die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, die Berufsverbände des Pflegepersonals und des medizinisch-technischen Personals, die Krankenkassen, das Schweizerische Krankenhausinstitut.

### *Aufgaben des Gesundheitsrates*

Dem Gesundheitsrat wären insbesondere die folgenden Aufgaben zu übertragen:

- Ausarbeitung von Grundsätzen einer nationalen Gesundheitspolitik, bezüglich der anzustrebenden Ziele und der Festlegung von Prioritäten sowie der einzusetzenden Mittel und einzuleitenden Massnahmen.
  - Überprüfung der heutigen Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kantonen und privaten Organisationen, die im Gesundheitswesen tätig sind.
  - Veranlassen von diesbezüglichen Untersuchungen und wissenschaftlichen Forschungen.
  - Ausarbeitung von entsprechenden Empfehlungen an die zuständigen Behörden.
- Der Gesundheitsrat diene ferner als Begegnungsorgan für alle im Gesundheitswesen tätigen Institutionen. Er wäre vom Bundesrat im Einverständnis mit der Sanitätsdirektorenkonferenz einzusetzen.

### *Schlussfolgerungen*

Wir sind von der Frage ausgegangen, ob die ärztlich-pflegerische Versorgung unserer Bevölkerung reformbedürftig sei. Diese Frage muss zumindest teilweise bejahend beantwortet werden. Es gilt, durch die Formulierung einer nationalen Gesundheitspolitik die Entwicklungswege für die kommenden Jahre und Jahrzehnte vorzubereiten, damit die ärztlich-pflegerische Versorgung unserer Bevölkerung auch in Zukunft gewährleistet sei.