Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 84 (1975)
Heft: 2

Artikel: Förderung der spitalexternen Krankenpflege
Autor: Frey, Ulrich
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-547803

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Förderung der spitalexternen Krankenpflege

Dr. Ulrich Frey, Direktor des Eidg. Gesundheitsamtes

Das beunruhigende Anwachsen der Spitalbehandlungskosten zwingt uns, Möglichkeiten zur Kostenbegrenzung zu studieren. Eine dieser Möglichkeiten ist der Ausbau der spitalexternen Krankenbetreuung – Betreuung als Oberbegriff verstanden, zu dem ausser der eigentlichen Krankenpflege auch Diagnostik und ärztliche Behandlung zu rechnen sind –, da man sich davon eine Verhinderung oder zum mindesten die Verkürzung des Spitalaufenthaltes verspricht. Diese Erwartung geht von der Voraussetzung aus, dass die spitalexterne Betreuung nicht nur billiger, sondern der Hospitalisation annähernd gleichwertig sei.

Zielsetzung

Durch spitalexterne Krankenbetreuung soll ein bestmögliches – um nicht zu sagen gleichwertiges – Leistungsangebot zu günstigeren Bedingungen offeriert werden. Dabei geht es, wie schon gesagt, um diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen, sowie auch um das Problem der Nachbetreuung. Aber auch das Problem des psychologischen Klimas spielt hinein, mit anderen Worten; es muss auch berücksichtigt werden, wo – im Spital oder zu Hause – sich der Patient «wohler fühlt». Es wäre unzweckmässig, für eine der beiden Varianten zu optieren, wenn dieselbe mit einem Missbehagen des Kranken und entsprechenden psychologischen Nachteilen verbunden wäre.

Aber auch das Problem der Differenzierung nach Krankheitszuständen und Krankheitsstadien, mit anderen Worten das Problem der «Pflegeintensität» steht zur Diskussion. Nicht jede Krankheit und nicht jeder Krankheitszustand kann in Heimbehandlung am besten versorgt werden. Ein weiteres Ziel wird somit sein, die Spitalbehandlung so genau wie möglich auf diejenigen Krankheiten und diejenigen Betreuungsstufen zu beschränken, die spitalextern nicht oder nur schlechter versorgt werden können.

Schon in der *Grundausbildung* der Krankenschwestern wird man sich in Zukunft mehr den spitalexternen, häuslichen Pflege- und Behandlungsmöglichkeiten zuwenden müssen, als dies heute noch der Fall ist. Leider krankt ja die Ausbildung der angehenden Mediziner am gleichen Übel – auch sie werden fast nur im Spital ausgebildet und lernen daher die Medizin aus einer sehr einseitigen Optik! In diesem Zusammenhang sei auch auf die Forderungen in Anita Meyers Studie hingewiesen, vermehrt ausgebildete «Gesundheitsschwestern» in der Gemeindepflege einzusetzen und diese nicht nur pflegen, sondern auch präventiv-medizinisch tätig sein zu lassen. Die Tätigkeit der Gemeindeschwester könnte durch Mitarbeit bei schulärztlichen oder anderen präventivmedizinischen Untersuchungen, Mithilfe bei Impfaktionen, Mitarbeit im Gesundheitsunterricht und vieles anderes mehr, wesentlich bereichert werden. Die Bevölkerung hätte hievon grossen Nutzen und die notorisch überlasteten Ärzte könnten sich entlasten lassen – wenn sie wollten!

Es ist aber auch eine besondere Schulung in organisatorischer Hinsicht, im «Management», erforderlich. Noch mehr als im Spitalbetrieb muss eine in der spitalexternen Pflege tätige Schwester sich zu organisieren wissen. Es ist auch auf die berufliche Weiterbildung hinzuweisen, die sowohl fachbezogen, wie organisations-orientiert sein muss und durch die zwangsläufig damit verbundenen Kontakte mit anderen Gleichgestellten wertvolle wechselseitige Anregungen zu vermitteln vermag.

Der gegenwärtige Zustand

Die spitalexterne *Versorgung* liegt in den Händen der niedergelassenen praktizierenden Ärzte, der Gemeindeschwestern, der Haus- und Heimpflegedienste und – für gewisse Spezialfälle – der zahlreichen Fürsorgeorganisationen. Die Aufzählung wäre indes unvollständig, würden nicht auch die Angehörigen, Freunde und Nachbarn des Pflegebedürftigen erwähnt.

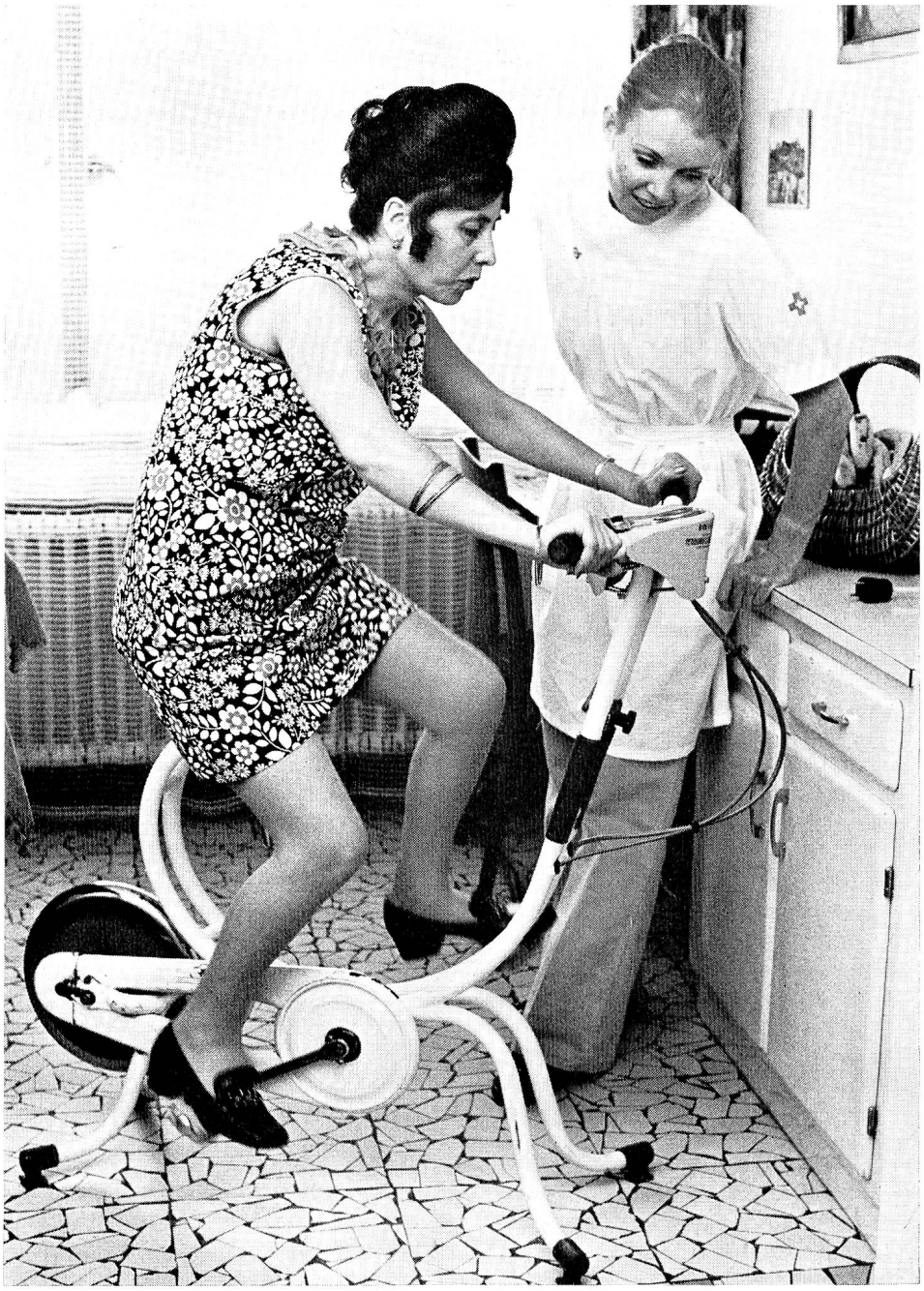
Die spitalexterne *Diagnostik* besorgen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – ausschliesslich die praktizierenden Ärzte, die mit Hilfe ihrer eigenen sowie zusätzlicher Einrichtungen der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Die oft aufwendigen Röntgenuntersuchungen erfordern häufig den Einsatz von Spezialinstituten. Es liegt auf der Hand, dass vor allem in diagnostischer Hinsicht der spitalexternen Krankenpflege Grenzen gesetzt sind. Viele heute gängige und unerlässliche Untersuchungen können im Hause des Patienten nicht vorgenommen werden. Der Patient muss die Arztpraxis, eine nahegelegene Klinik oder ein Spezialinstitut aufsuchen. Dies ist ja auch einer der Gründe, warum die Ärzte in zunehmendem Masse Hausbesuche auf das absolute Minimum beschränken.

Etwas besser ist es mit der ärztlichen *Therapie* bestellt: Vor allem durch die Zusammenarbeit mit qualifiziertem Pflegepersonal lassen sich heutzutage beachtliche therapeutische Leistungen im spitalexternen Bereich vollziehen. Dies gilt vor allem für den intern-medizinischen Bereich und die Geriatrie, jedoch nur sehr beschränkt für Chirurgie, Geburtshilfe und andere operative Disziplinen. Auch die Möglichkeiten der physikalischen Medizin, die man ja oft nicht missen möchte, sind beschränkt.

Wir kommen damit zum eigentlichen Kernproblem der *Krankenpflege:* An sich schiene es durchaus möglich, dem Kranken auch in seiner Wohnung eine angemessene Pflege angedeihen zu lassen, sofern gewisse äussere Voraussetzungen besser erfüllt wären. Allzu häufig stellen ungünstige Wohnungsverhältnisse, unzweckmässige Betten und fehlendes Pflegeinstrumentarium im weitesten Sinne ernsthafte Hindernisse für eine zu-

mutbare Heimbehandlung dar. In ländlichen Verhältnissen, teilweise auch in gut organisierten städtischen Gemeinden ist man zwar bestrebt, durch reichhaltige Krankenmobilienmagazine und einen mehr oder weniger gut ausgebauten Hauspflegedienst diese Lücken zu schliessen. Alles in allem ist die Situation aber recht unübersichtlich, der Kranke und seine Angehörigen wissen oft nicht, an wen sie sich für diese oder jene Leistung zu wenden haben. Es kommt dazu, dass in der heutigen Kleinfamilie und bei der herrschenden Vollbeschäftigung kaum mehr Angehörige bereit und in der Lage sind, die Betreuung eines kranken Familienmitgliedes zu übernehmen. Auch die Ärzte ziehen es vor, Kranke sofort zu hospitalisieren, wenn einigermassen anspruchsvolle diagnostische unt therapeutische Leistungen erforderlich sind.
Es ist offensichtlich, dass aus den dargelegten Gründen und wegen der beschriebenen Unzulänglichkeiten des heutigen Systems ein grosser Trend zur Hospitalisation bei Ärzten, Kranken und Angehörigen besteht. Dieser Trend wird durch die weitverbreitete Ansicht gefördert, das Spital biete die «bessere Medizin» an. Zudem ist es dank des ausgebauten Krankenversicherungssystems für viele Patienten finanziell günstiger, sich hospitalisieren zu lassen.
Alle diese Betrachtungen über den Status quo lassen hingegen die subtilen psychologischen Faktoren völlig ausser acht, was unter Umständen die Entscheidung zugunsten der einen oder anderen Betreuungsform wesentlich verändern könnte.

Analyse
Eine Veränderung des gegenwärtigen Zustandes setzt sorgfältigste Analysen der verschiedenen Faktoren voraus, die das ganze System zu beeinflussen vermögen.
In *organisatorischer Hinsicht* fällt auf, dass die verschiedenen über das Land verstreuten Heimpflege- und Betreuungsorganisationen ungenügend koordiniert sind, das ganze System unübersichtlich ist und nur wenige Fachleute den Überblick über das Ganze haben. Auch die Ärzte sind oft über die Möglichkeiten im Bereiche ihres Praxisgebietes unvollständig orientiert. Auch die unterschiedliche Trägerschaft der genannten Organisationen – öffentlich-rechtliche, gemeinnützige, private usw. – dient nicht der Verbesserung der «Transparenz». Niemand weiss eigentlich so recht, wer für was zuständig ist, und der Kranke sieht sich dementsprechend einem Gestrüpp von hilfswilligen aber ungleichmässig ausgelasteten Betreuungsorganisationen gegenüber. Zuguterletzt erhält er – wenn mehrere dieser Organisationen an seiner Betreuung beteiligt waren – von verschiedenen Seiten verschieden kalkulierte Rechnungen, was auch nicht zur Verbesserung seiner Stimmung beiträgt!
Zur Zeit wohl noch wichtiger als die organisatorischen Mängel sind die *personellen Schwierigkeiten.* Wir wissen, dass weniger der quantitative Mangel an Gemeinde-Pflegepersonal, sondern dessen Überalterung bedenklich ist. Eine 1972 abgeschlossene Studie im Kanton Bern hat ergeben, dass 55 Prozent der in der Gemeindepflege tätigen Schwestern über 50 Jahre alt waren, 13 Prozent (nämlich 38 Schwestern) waren sogar schon im AHV-Alter.
Ein weiteres Problem sind die *Kosten:* Der Beweis, dass die spitalexterne Behandlung wirklich billiger sei als die Hospitalisation, ist noch nicht erbracht. Wenn man alle Zusatzleistungen, die der zu Hause behandelte Kranke zu erbringen hat, zusammenzählt, kommt man auch auf erstaunliche Beträge! Es kommt dazu, dass die Spitalbehandlung durch die Sozialversicherung heute noch besser abgedeckt wird und der Kranke bei Heimbehandlung viel zu viel aus seiner eigenen Tasche beisteuern muss.
Sehr wesentlich fallen im weiteren *gesellschaftsstrukturelle* Gegebenheiten ins Gewicht: es wurde schon angedeutet, dass der Trend zur Kleinfamilie und zur frühzeitigen Verselbständigung junger Familienmitglieder die Möglichkeiten der Heimbehandlung erheblich einschränkt. Dies wirkt sich vor allem auf die Betreuung Betagter aus. Nur noch wenige Familienangehörige sind heute willens und zufolge ihrer intensiven beruflichen Beschäftigung in der Lage, einen betagten Angehörigen, der einige betreueri-



Es gibt eine ganze Reihe von Therapiemöglichkeiten, die auch in der Wohnung anwendbar sind, zum Beispiel dieser veloähnliche Apparat, welcher der Patientin hilft, die Beweglichkeit ihrer gelähmten Beine zu verbessern. Der Energieaufwand ist auf einer Skala abzulesen und wird von der Schwester überwacht.

Die Gesundheitsschwester in der Gemeinde ist für vielerlei zuständig: für pflegerische Massnahmen wie beispielsweise eine Blasenspülung (unten links) oder die Verabreichung von Augentropfen (oben rechts), aber auch für Gesundheitskontrollen aller Art, die Anleitung zur Verhütung von Krankheiten und die Beratung in sozialmedizinischer Hinsicht. Sie arbeitet mit dem Arzt, mit Betreuungsdiensten und Laienpflegerinnen zusammen.
Die Hauspflegerin (oben links) nimmt sich vor allem des Haushalts beim Patienten an, hat aber in ihrer zweijährigen Ausbildung auch eine Einführung in die Krankenpflege erhalten und kann der Gesundheitsschwester an die Hand gehen.

sche und pflegerische Anforderungen stellt, bei sich zu Hause zu behalten.
Schliesslich ist auch auf den modernen *Wohnungsbau* und die Art der *Besiedelung* hinzuweisen: Abgesehen davon, dass im modernen Wohnungsbau erstaunlicherweise immer noch krasse Fehler in bezug auf die Anpassung an die Bedürfnisse Behinderter, sowie Schallisolation, Besonnung usw. gemacht werden, sind viele Wohnungen infolge der hohen Mietpreise so klein, dass schon die kurzfristige Behandlung eines Kranken ein Problem darstellt. Besser ist es diesbezüglich auf dem Lande, wo man glücklicherweise oft noch vernünftiger baut.

Möglichkeiten zur Förderung

Der Ausbau der spitalexternen Krankenpflege ist nur möglich, wenn alle oder zum mindesten möglichst viele der dargelegten Faktoren im Sinne der Verwirklichung des angestrebten Ziels verändert werden können.
Unter der Voraussetzung, dass genügend qualifiziertes und verjüngtes Personal für die spitalexterne Krankenbehandlung zur Verfügung steht und unter der Voraussetzung, dass unsere Gesellschaft entsprechend motiviert wird und in Zukunft eher bereit ist, gewisse Opfer gegenüber einem kranken Angehörigen zu erbringen und auch unter der Voraussetzung, dass in Zukunft zweckmässigere und grössere Wohnungen gebaut werden, wäre eine Förderung durch gewisse organisatorische und finanzielle Massnahmen durchaus denkbar.
Bevor ich daran gehe, ein mögliches Modell, das einer Optimierung der spitalexternen Krankenbetreuung dienen könnte, zu skizzieren, möchte ich jedoch mit allem Nachdruck darauf hinweisen, dass noch ein langer und beschwerlicher Weg vor uns liegt, bis unsere Gesellschaft die erforderlichen Wandlungen durchgemacht hat und auch die baulichen und personellen Voraussetzungen vorhanden sind.
Dessen ungeachtet möchte ich versuchen, in wenigen Worten darzulegen, durch welche organisatorischen Massnahmen die spitalexterne Krankenpflege gefördert werden könnte: Ich gehe von der Prämisse aus, dass die Krankenbetreuung als etwas Ganzes zu betrachten ist und die – leider tief verwurzelte aber unrichtige – scharfe Trennung zwischen intra- und extramuraler Medizin abzulehnen ist. In der «*globalen Krankenbetreuung*» hat jeder das zu tun, was er am besten kann und was dem Patienten am besten dienlich ist. Die Drehscheibe ist der praktizierende Arzt, der darüber entscheidet, welche Form von Diagnostik und Behandlung im Einzelfall anzuwenden ist. Es sollen fliessende Übergänge bestehen zwischen privatärztlicher (extramuraler) und Spitalbehandlung. Die Hospitalisation soll nicht Platz greifen, um dem Arzt oder den Angehörigen eine möglichst bequeme Lösung zu bieten und ihnen unangenehme Arbeiten abzunehmen, sondern um dem Kranken optimale diagnostische und therapeutische Leistungen, die ihm ausserhalb des Spitals nicht angeboten werden können, zur Verfügung zu stellen. Aus dieser Konzeption liesse sich ein Modell entwickeln, bei dem ambulante Dienste und Spital möglichst eng aneinander angelehnt werden. Es könnte beispielsweise eine ärztliche Einzel- oder Gruppenpraxis in nächster Nähe des Spitals oder sogar in Räumen desselben untergebracht sein. Der Arzt würde wie bisher als freier Unternehmer praktizieren, hätte aber gleichzeitig das Behandlungsrecht im Spital. Man könnte noch weitergehen, indem Arzt und Spital gewisse diagnostische und therapeutische Einrichtungen (Labor, Röntgen, physikalische Therapie und anderes) gemeinsam benützen würden.
Was nun den eigentlichen Betreuungsdienst – Krankenpflege, Fürsorge usw. – betrifft, wäre eine *Koordinations- und Informationsstelle,* gewissermassen eine *regionale Zentralstelle* zu schaffen, die wiederum enge Verbindung zum Spital und zur Ärzteschaft unterhalten müsste. Dabei müssen die individuellen Trägerorganisationen keinesfalls verschmolzen oder aufgelöst werden. Es wäre jedoch von grossem Vorteil, sie in einer derartigen Zentralstelle zusammenzufassen. Sowohl Arzt, wie Patient hätten dann nur noch eine Kontaktstelle, an die sie sich zu wenden hätten. Diese Zentralstelle sollte – und dies dürfte eines der grössten Hindernisse sein! – wenn möglich interkomunal oder regional konzipiert werden, da vor allem in kleinen Landgemeinden die Beschränkung auf eine einzelne Gemeinde viel zu wenig Möglichkeiten offen lässt. Nur durch eine regionale Konzeption ist eine befriedigende spitalexterne Krankenbetreuung überhaupt denkbar. Es wäre von grossem Wert, wenn diese Zentralstelle im Spital untergebracht werden könnte. Dadurch wären Spital, Arzt und Betreuungsdienste gewissermassen in «Tuchfühlung», mehr oder weniger «unter einem Dach», was der Koordination und Arbeitserleichterung sicher nur dienlich sein könnte.
Damit ein solches spitalexternes System zum Tragen kommt, müssen aber auch die diagnostischen Untersuchungen und anspruchsvollere therapeutische Leistungen an den Patienten herangetragen werden. Dazu braucht es unter Umständen ein leistungsfähiges *Transportsystem.* Bei vielen Kranken könnte eine Hospitalisation vermieden werden, wenn gewisse aufwendige Untersuchungen – ich denke da vor allem an Röntgenuntersuchungen – und sogar gewisse kleinere operative Eingriffe ambulant in der Praxis des Arztes, oder im Spital vorgenommen werden könnten, ohne dass der Patient hiefür hospitalisiert werden muss. Dies setzt voraus, dass die Krankentransporte zu annehmbaren Preisen vorgenommen werden können.

Die Kostenfrage

Es liegt auf der Hand, dass auch ein solches System Umtriebe mit sich bringt und etwas kostet. Es kann nur attraktiv sein, wenn es billiger als die Spitalbehandlung ist und die Familie des Kranken nicht über Gebühr belastet. Dies bedeutet, dass die Krankenversicherung nicht nur die eigentlichen Leistungen entschädigt – und zwar zu vernünftigen Ansätzen – sondern man müsste sich überlegen, ob man nicht dem Kranken beziehungsweise seinen Angehörigen auch noch eine Art «*Inkommoditätsentschädigung*» ausrichten sollte. Es ist ja klar, dass es mit der durch die Gemeindeschwester verabfolgten Spritze oder dem Dienst der Heimpflegerin allein nicht getan ist. Wenn man einen Angehörigen zu Hause behandelt, hat man zahlreiche andere Unbequemlichkeiten zu tragen. Es schiene mir, dass von Seiten des Versicherungssystems auch diesbezüglich ein Anreiz geschaffen werden sollte, um eine unnötige aber oft eben finanziell für den Patienten vorteilhaftere Hospitalisation zu vermeiden.

Schlussfolgerungen

Wir sind uns ja wohl alle darüber einig, dass die spitalexterne Krankenpflege als Bestandteil einer «globalen Krankenbetreuung» ausgebaut und gefördert werden muss, wobei chirurgische und medizinische Notfälle, oder Patienten mit Krankheitsbildern, die eine aufwendige und hochspezialisierte Untersuchung und Behandlung erfordern, weiterhin unbedingt in Spitalpflege gegeben werden sollen. Gerade um diese schweren und wirklich hospitalisationsbedürftigen Fälle jederzeit aufnehmen zu können, sollten die Spitäler nicht mit einfachen Pflege- oder Untersuchungsfällen belastet werden. Dies gilt vor allem für die Geriatrie, wo es sehr oft aus rein pflegetechnischen Gründen zur Spitaleinweisung kommt, die medizinisch nicht streng indiziert wäre.
Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein sinnvoller und zweckmässiger Ausbau der spitalexternen Krankenbetreuung tiefgreifende Wandlungen gesellschaftsstruktureller, organisatorischer und finanzieller Art erfordert. Viel Umdenken und gegenseitige Anpassung werden erforderlich sein, bis wir das uns gesteckte Ziel erreicht haben werden. Es ist ausgeschlossen, mit heutiger Denkweise, heutiger Gesellschaftsstruktur und heutiger Organisation der Gemeindekrankenpflege mehr als unwirksames Flickwerk zu leisten. Es sollte jedoch möglich sein, durch gemeinsame Anstrengungen die Bevölkerung so zu sensibilisieren, dass gewisse dringend notwendige strukturelle Änderungen schon in nächster Zeit schrittweise realisiert werden können. Dabei soll uns aber nur ein Bestreben leiten, nämlich Lösungen zu treffen, die für den Kranken in medizinischer und psychologischer Hinsicht besser und für die Allgemeinheit finanziell tragbar sind.