

Bibliomed
Medizinische Verlags-
gesellschaft mbH
Postfach 11 50
34201 Melsungen

ISSN 0340-5303

Die Schwester Der Pfleger

Sonderdruck

**Angelika
Abt-Zegelin:**

M.A.,
Pflegerwissenschaftlerin,

Universität
Witten/Herdecke

Zum Wesen beruflicher Pflege

Der folgende Text entstand im Rahmen der von der Robert Bosch Stiftung geförderten Zukunftswerkstatt „Pflege neu denken“. Durch „Sprachlosigkeit“ kann berufliche Pflege ihre wesentlichen Anliegen nicht deutlich machen – dieser Eindruck kam auf bei den zahlreichen Veranstaltungen, die die Empfehlungen der Zukunftswerkstatt und das neue Ausbildungskonzept vorstellten. So richtet sich der Text vor allem an Personen, die nicht selbst in der Pflege „Hand anlegen“. Möglicherweise können beruflich Pflegenden aber wichtige Argumente entnehmen. Zu wünschen ist, dass der Beitrag in Bildung und Praxis diskutiert wird.

Pflegeverständnis

Zum Wesen beruflicher Pflege

Angelika Abt-Zegelin

Eine der größten Sorgen jedes Menschen ist es, pflegebedürftig zu werden. Ein „Pflegefall“ zu sein, ist ein Stigma. Nicht umsonst „boomen“ derzeit Patientenverfügungen, die ein rechtzeitiges Ableben sichern sollen. Dies wirft ein denkwürdiges Licht auf den inneren Zustand unseres Gemeinwesens. Die gesundheitsbezogene Fürsorgepflicht des Staates erstreckt sich selbstverständlich auch auf das Feld der Pflege, beruflich Pflegenden erfüllen einen gesellschaftlichen Auftrag. Im nachstehenden Beitrag soll anhand von drei Argumentationssträngen – nämlich erstens breite Ausdifferenzierung des Pflegeberufes, zweitens Nähe des Pflegenden zum Gepflegten und schließlich künftige Anforderungen an den Pflegeberuf – das Wesen beruflicher Pflege vorgestellt werden.

Alltägliche Pflegesituationen – ein weites Feld

■ Da ist die junge querschnittgelähmte Frau, normalerweise selbstständig – nach einer Brustkrebsoperation und Chemotherapie bekommt sie Durchfälle. Sie kann sich allein nicht mehr helfen und kommt deswegen in die Klinik.

■ Da ist die chronisch kranke Rheumapatientin, schmerzverzerrt, sie trägt ihre zahlreichen schlechten Erfahrungen im Gesundheitssystem mit sich und kommt erstmalig in die Schmerzklinik.

■ Da ist der 40-jährige Lehrer, leukämiekrank, nach einer aufwändigen Knochenmarktransplantation. Nach jahrelangem Überlebenskampf bei chronischem Abwehrsyndrom droht er nun zu erblinden und sucht Hilfe.

■ Da ist der Obdachlose, immer wieder kommt er zur Klinikaufnahme, entweder mit Schädelprellung oder wegen „offener Beine“. Jetzt wird Darmkrebs festgestellt, und er soll ein Stoma (künstlicher Darmausgang) bekommen.

■ Da ist die Kinderkrankenschwester beim Medizinischen Dienst der Pflegekasse, nacheinander an einem Tag besucht sie eine Jugendliche mit Mukoviszidose, ein ertrunkenes Kind im Wachkoma, einen zwölfjährigen Diabetiker, einen zehnjährigen Anfallskranken und ein Kleinkind nach einer schweren Herzoperation.

■ Da ist der 82-jährige, fast bewegungsunfähige Mann, parkinsonkrank und allein zu Hause. Der Krankenpfleger vom ambulanten Pflegedienst, der zweimal täglich kommt, stellt die einzige Verbindung zur Außenwelt dar.

■ Da ist die Gruppe dementer Menschen; eine Altenpflegerin, Fachfrau für Gerontopsychiatrie, leitet in der Tagespflege die wöchentliche Validationsgruppe.

■ Da ist die junge Frau in der psychiatrischen Notfallambulanz; ein Feuerwehrmann hat sie vom Dach eines Hauses heruntergeholt, sie kommt, um vor einem weiteren Selbsttötungsversuch bewahrt zu werden.

Pflegearbeit ist höchst differenziert

All dies stellt nur einen kleinen Ausschnitt aus der Fülle von Situationen dar, denen berufliche Pflege täglich begegnet. Mögen noch die Schwerbrandverletzten-Station, das Hospiz, die Stroke-Unit, Kurzzeitpflege, Reha-Klinik, die Betreuung bei endoskopischen Untersuchungen oder die Frühgeborenen-Intensivstation mit „500g-Kindern“ dazukommen. Oder die engagierte Altenheimleitung, die täglich versucht, die Mitarbeiter/innen zu motivieren, trotz unzulänglicher Mittel eine akzeptable Pflege für die Bewohner/innen zu erreichen.

Es gibt kaum einen anderen Beruf, der eine ähnliche Bandbreite an Arbeitsfeldern bietet wie der Pflegeberuf.

In all diesen Feldern ist jeweils eine hohe Fachkompetenz erforderlich, Pflege kann bei vielen Problemen therapeutische Konzepte anbieten. Die Hilfesuchenden haben Anspruch darauf, dass die Pflegeprofis neues und gesichertes Wissen in ihrer Arbeit anwenden. Dies bedeutet, sich fortzubilden, fachlich zu diskutieren, zu recherchieren und Forschungsberichte zu reflektieren.

Nicht selten verfügen die Betroffenen selbst über ein hohes Maß an Wissen über ihre Krankheit und Beeinträchtigung. Sie sind die eigentlichen Experten. Beruflich Pflegende müssen, in Absprache mit den Kranken, fundierte Entscheidungen treffen – oft genug im Netz widersprüchlicher Anforderungen: Da ist die mit der Pflege des dementen Mannes total überforderte Ehefrau, sie will von einem Heim eintritt nichts hören. Da ist das misshandelte Kind, das in eine gewaltbereite Familie zurückgegeben wird; da ist der Krebskranke, der dringend Opiate braucht, die Medikamente aber ablehnt und unter den Nebenwirkungen stark leidet. Auf jeden dieser Klienten müssen die Pflegenden sich individuell einstellen, wohl wissend, dass hinter (fast) jedem Menschen eine Familie, ein soziales Netz steht – die Bezugspersonen müssen in Pflegesituationen stets „mitgedacht“ werden. Mitgedacht werden müssen auch andere Versorger: Es gibt Institutionen „davor“ und „danach“ und ohne interdisziplinäres Arbeiten geht eigentlich gar nichts. Alle kennen die Versorgungsbrüche zwischen stationär und ambulant, zwischen Hausarzt und Pflegedienst, zwischen Physiotherapie und Pflege, zwischen Rehabilitationsmaßnahme und Alltagsleben. Die Versorgungspfade in Deutschland sind – je nach Zuständigkeit – aufgesplittet: Genesung und Verselbstständigung werden dadurch enorm erschwert. Jeder Helfesektor beginnt wieder von vorn; eine effiziente Begleitung im Sinne eines Case-Managements ist nicht üblich. Der Pflege könnte hier eine Schlüsselfunktion erwachsen.

Reduziertes Bild von Pflege

In der Regel wird Pflege auf „körperpflegerische“ Aufgaben, auf handwerkliche Verrichtungen reduziert – die Begutachtungsrichtlinien mit ihren Zeitkorridoren spiegeln dies wider. Leider haben die beruflich Pflegenden selbst noch keine Sprache gefunden, diesen Eindruck zu korrigieren – obwohl sie tagtäglich einen anderen Arbeitsinhalt erleben. Schlimmer noch: Manche beruflich Pflegenden arbeiten konsequent an der Beseitigung ihrer Beruflichkeit mit, indem sie zum Beispiel Zivildienstleistende, Praktikanten mit elementaren Pflegeaufgaben betrauen.

„Pflegen kann jeder“ – diese Meinung ist weit verbreitet und immer wieder fordern Politiker, Langzeitarbeitslose in der Pflege einzusetzen. Tatsächlich kommen immer wieder Anfragen, ob es nicht möglich sei, leicht geistig Behinderte als pflegerische Hilfen zu schulen. Den Anfragern ist nicht klar, dass die Personaldecke sehr knapp ist und Verantwortung für pflegeabhängige Menschen übernommen werden muss.

Die Evakuierung eines Altenheimes bei Brandgefahr ist dabei eine deutliche und seltenere Marke; viel schlimmer sind tägliche Vernachlässigungen, Pflegefehler, subtile Gewalt und Verletzung der Menschenwürde durch unzureichende personelle Bedingungen.

Ein Jammer, dass viele Menschen erst dann anders über Pflege denken, wenn sie selbst oder als nahe Angehörige betroffen sind. Für prominente Mitbürger sind die Bedingungen in diesem Fall un-

gleich günstiger als für „Otto Normalverbraucher“. Der Ausdruck „Reha vor Pflege“ suggeriert dann auch, dass Pflege das „Allerletzte“ ist.

Sämtliche Ansprüche einer aktivierenden und rehabilitierenden, auf Wiedererlangung der Selbstständigkeit ausgerichtete Ansätze der Pflege werden damit untergraben. Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit sind nicht genug bekannt.

Pflege meint alltägliche Aufgaben

Es ist richtig, dass Pflege Alltagshandeln bedeutet – aber gerade dies ist für jeden Menschen als Basis für alle anderen Aktivitäten besonders wichtig. Es geht um Essen, Schlafen, Kommunizieren, Sinn und Betätigung finden, um Ausscheiden, Atmen, sich Bewegen – all dies wurde früher von den Pflegeberufen selbst geringschätzig als „Grundpflege“ bezeichnet. Bei Problemen in den einzelnen Bereichen ergeben sich ganze Bündel von Ursachen und Folgen.

Auch ist klar geworden, dass all diese Bereiche von den Menschen sehr individuell als „Selbstopflege“ gestaltet werden – bei Übernahme handeln Pflegenden also stellvertretend für die Betroffenen. Es gibt keinen anderen Beruf, der so dicht am und mit dem Menschen arbeitet wie der Pflegeberuf, grenzüberschreitend, „intimer als intim“, sagte Christine Sowinski, Pflegereferentin beim Kuratorium Deutsche Altershilfe. Dabei ist Würde zu erhalten und Autonomie anzustreben. Gemeint ist echte Selbstbestimmung, nicht eine oberflächliche Wahlfreiheit.

Besonders verantwortungsvoll wird Pflege dann, wenn die Pflegebedürftigen nicht mehr in der Lage sind, autonome Entscheidungen zu treffen, etwa bei geistiger Behinderung, bei Demenz oder bei Menschen im Wachkoma.

Es gibt kaum einen anderen Beruf, der der eine ähnliche Bandbreite an Arbeitsfeldern bietet wie der Pflegeberuf.

Pflege ist Beziehungshandeln

Um all dies zu gewährleisten, muss eine Beziehung zu dem jeweiligen Menschen aufgenommen werden. Fachlich gute Pflege gründet auf Beziehungshandeln. In wechselnden Situationen müssen beruflich Pflegenden Nähe und Distanz immer wieder ausbalancieren. Wenn man alle anvertrauten Personen nach Schema F behandle, „beschädige“ man den Pflegebedürftigen durch Missachtung seiner Bedürfnisse. Pflege kann nicht routinemäßig gegeben werden, es gibt wechselnde Anlässe und verschiedene ausgehandelte Ziele. Professionalität bedeutet ja gerade, dass die Pflegeprofis ihr erlerntes Regelwissen, begründet auf den einzelnen „Fall“, situationsgerecht und zum Wohle des Klienten anwenden können.

An dieser Stelle soll auf nicht ausgebildete, angelernte Hilfen zur familiären Unterstützung eingegangen werden. Sie sind sicher nötig, dürfen aber nicht mit fachlicher Pflege verwechselt werden – in der Regel sind sie nur auf eine bestimmte Pflegesituation, einen Haushalt eingestellt. Sofern keine komplexen Anforderungen vorliegen, übernehmen sie Tätigkeiten, die auch Familienmitglieder übernehmen würden. Pflegebedarf, der durch Professionelle gedeckt werden soll, wird künftig genauer definiert und durch gestufte Hilfesysteme aufgefangen werden müssen. Die berufliche Pflege definiert sich nicht über einzelne Tätigkeiten, der Pflegebedarf sollte aber durch „Pflegeprofis“ festgestellt werden. Eine professionelle Begleitung und Beaufsichtigung durch berufliche Pflege müsste zumindest dann gesichert werden, wenn Angehörige Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Die Unversehrtheit der zu pflegenden Person sollte im Interesse aller liegen.

Am Beispiel der häufigen Tätigkeit „Essen eingeben“ soll die situative Problematik deutlich gemacht werden: Ein Angehöriger kann zum Beispiel sehr gut das Essen eingeben, ein Pflegebedürftiger kann aber auch dadurch (langsam) zu Tode kommen, wenn immer wieder Speisen in die Luftröhre aspiriert werden, sei es durch falsche Lage, Schluckstörungen usw. – ganz abgesehen von Verletzungen der Würde oder Nahrungsverweigerung durch falsches Vorgehen bei der Essensangabe.

Ein gutes Beispiel für unreflektierte und Würde verletzende Pflege gab *Jochen Temsch*. In einem Aufsehen erregenden Artikel in der ZEIT (Nr. 48, 25.11.1994) hat er vor etlichen Jahren seine Zivi-Zeit bei einem ambulanten Pflegedienst beschrieben. Er empfand die zu Pflegenden als „Haufen welken Fleisches, als stinkende Leiber mit offenen zahnlosen und sabbernden Mündern“. Die ganze Nation regte sich in Leserbriefen auf – es ist schmerzlich, vorgeführt zu be-

kommen, wie eine Pflege-Massenversorgung im Zeittakt aussieht.

Für die Konturierung von beruflicher Pflege ist problematisch, dass Angehörige professionelle Pflege leisten, dass Berufsangehörige medizin-nahe Tätigkeiten übernehmen, dass es immer weniger engagierte und qualifizierte Berufspflegende gibt. Lebenslanges Lernen endet nicht mit einer dreijährigen Ausbildung! Es gibt beruflich Pflegenden, die unter den herrschenden Bedingungen „ausgebrannt“ sind. Es gibt zahlreiche Pflegepersonen ohne formale Qualifikation, die Anrede „Schwester“ verwischt hier die Grenzen. Die Strategie, in Zeiten eines Personalmangels, „jede hilfreiche Hand“, auch ohne Kopf, in die Pflege zu holen, wirkt langfristig destruktiv und macht den Beruf unattraktiv für engagierte und wissbegierige Menschen. Dabei müssten in einem System mit zahlreichen „Anforderungsetagen“ die wirklich Professionellen an den Schlüsselstellen steuern und überwachen.

Pflege ist politisch kaum beteiligt und macht ihre Berufsinhalte nicht deutlich

Berufliche Pflege hat zu wenig politischen Einfluss; als zahlenmäßig größte Gruppe im Gesundheitsfeld partizipiert Pflege kaum an Entscheidungen. Als Beruf eher junger Frauen ist Pflege schlecht organisiert. So wird auf Änderungen lediglich reagiert, eine aktive zukunfts-fähige Gestaltung gelingt kaum. Da auch die Pflegeempfänger keine Lobby bilden, kann sich der Niedergang zur Fließbandpflege ohne große Aufregung vollziehen.

Die Berufsgruppe „Pflege“ hat es auch versäumt, die wesentlichen Elemente ihres Berufes deutlich zu machen. Die ständig stattfindende Beziehungsarbeit etwa führt ein Schattendasein, sie wird nicht mitgeteilt in Dienstübergaben, Besprechungen oder Pflegedokumentationen. Dadurch, dass dieses wichtige Feld – abgesehen von wohlfeilen Pflegetheorien oder Leitbildern – im Alltag nicht ausdrücklich besetzt wird, kann es auch nicht eingefordert, wertgeschätzt und bezahlt werden. Alle Beteiligten wissen, dass in der Pflegearbeit getröstet, informiert, motiviert, beraten, beruhigt, Identität gestiftet, Kontakte hergestellt und viele andere kommunikativen Elemente gelebt werden. Pflegeempfänger befinden sich oft in existenzieller Not, auch dies erfordert besondere Fähigkeiten von den Professionellen. Soziologen wie *Goffman* oder *Strauß* haben sich schon vor vielen Jahren mit Pflegearbeit beschäftigt und auf diese „stumme“ Gefühlsarbeit hingewiesen. Heute empfehlen Kommunikationswissenschaftler und Linguisten den beruflich Pflegenden, diesen Teil ihrer Arbeit ausdrücklicher zu demonstrieren. Dies ist eine unerledigte Hausaufgabe, unerledigt seit der Zeit, da die

„stille“ Schwester im Krankenhaus eher dem Arzt und der Organisation diene und die Patienten funktional versorgte. Das Feld hat sich rapide verändert, eine anspruchsvolle Medizin braucht eine gute Pflege, beide differenzieren sich immer weiter, auch unabhängig voneinander. Chronisch Kranke und alte Menschen benötigen oft eher Pflege als Medizin.

Die Beziehungsarbeit ist Teil der Fachlichkeit, eine veränderte Ausbildung muss diesem Bereich mehr Rechnung tragen. Leider werden bisher immer noch Fächer wie Psychologie, Pädagogik, Soziologie von „Fremd“-Dozenten, völlig unabhängig von Pflege, unterrichtet: „Gesprächsführung macht der Psychologe“ oder „Ethik macht der Klinikpfarrer“ ist oft zu hören. Dringend nötig ist eine neue Struktur der Ausbildungsinhalte, eine Struktur, die neue Erkenntnisse integrieren kann.

Herausforderungen für die Zukunft

Im letzten Teil soll auf die künftigen Anforderungen eingegangen werden. Allerdings soll noch einmal darauf hinweisen werden, dass es wenig Sinn macht, weitere Qualifikationen einzufordern angesichts des fehlenden Verständnisses vieler Bürger, dass Pflegendе überhaupt eine Ausbildung benötigen. Zuerst müssen also die bereits genannten Kernelemente beruflicher Pflege demonstriert und „transportiert“ werden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich in den nächsten Jahrzehnten fast verdoppeln, Schwerstpflegebedürftige werden zunehmen, die Therapien werden aufwändiger, die Krankenhäuser entlassen schneller und die Menschen werden älter.

Dem gegenüber steht, dass die Familien weniger in der Lage und bereit sind, zu pflegen.

Beruflich Pflegendе werden zunehmend koordinierend tätig sein müssen. Es geht um die Beratung pflegender Angehöriger, um die Überwachung und Anleitung von Hilfskräften, um die Organisation informeller Netzwerke oder um eine gute Einarbeitung von Kolleg/innen aus anderen Ländern.

Patientenedukation wird einen großen Aufschwung nehmen; Trainingskurse, Call-Centers, Tele-Pflege werden an der Tagesordnung sein – Pflegendе werden an „neuen“ Orten arbeiten. Pflegehäuser, Pflegepraxen, Teilzeit- und Kurzeinrichtungen usw. werden die Versorgungslandschaft bilden. Beruflich Pflegendе werden mehr Verantwortung für ihr Handeln tragen.

An „Pflegeorten“ werden alle Altersgruppen gleichzeitig versammelt sein; die Aufhebung der getrennten Pflegeausbildung nach Altersgruppen in einer generalistischen Ausbildung ist demnach folgerichtig. Alle diese Berufe sind Heilbe-

rufe im besten Sinn. Wie der ärztliche Beruf und andere Heilberufe begleiten sie Menschen und versetzen sie in den Stand, eine für sich selbst bejahende Lebensnormalität zu finden. Heilberuf meint also nicht, dass Experten gemeint sind, die das einzig wahre Wissen über Gesundheit anzubieten haben.

Wichtig wird die diagnostische Kompetenz der Pflegeprofis: Ursachen und Form der Pflegebedürftigkeit müssen klar erkannt werden. Die bisherigen Konzepte der isoliert betrachteten Kategorien von Pflege reichen nicht aus. Gemeint ist auch nicht eine bloße Zuweisung der Probleme zu irgendwelchen importierten Klassifikationssystemen. Vielmehr müssen die beruflich Pflegenden heute lernen, Zusammenhänge zu analysieren und daraus Strategien zur Besserung der Lage der Pflegebedürftigen zu entwickeln.

Sich zu pflegen, gehört zum Bereich des komplexen menschlichen Handelns. Wenn ein Mensch nicht mehr für sich sorgen kann oder will, gibt es vielerlei Aspekte zu bedenken.

Möglicherweise gibt es auch eine andere Generation von Pflegebedürftigen, anspruchsvolle, gut informierte Nutzer, die darauf pochen, dass Pflege qualitativ und diskret geschieht. Lebensweltbezug, Kontinuität und Verantwortlichkeit zeichnen sich als wichtige Indikatoren ab. Das gesamte Gesundheitssystem wird sich verändern; neben einer preiswerten Basisversorgung („Mc-Pflege“) wird es Gut- und Besserversorgung für zahlungsbereite „Kunden“ geben. Eine große Gruppe von Hilfebedürftigen könnte „durchs Netz fallen“. Alte demente Mitbürger, Behinderte, Migranten, psychisch Kranke und sozial Schwache bedürfen eines besonderen Schutzes, gerade und besonders durch die Pflegeberufe. In Kompetenzmodellen der beruflichen Pflege wird immer auch die ethische Dimension angesprochen: Eine aktiv-ethische Haltung fordert Christa Olbrich (1999). Patricia Benner (1994) weist auf die kritische Selbstreflexion hin. Kulturelle Sensibilität wird gefordert und auch analytische Distanz.

*Die Berufsgruppe
Pflege hat versäumt,
die wesentlichen Elemente
ihres Berufes
deutlich zu machen.*

Die Aufzählung von Qualifikationswünschen kann mühelos fortgesetzt werden: Präventive, gesundheitsfördernde Strategien sollen von Pflegenden umgesetzt werden, EDV-Kenntnisse sind erforderlich, überhaupt steigen auch die technischen Anforderungen. Das Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und High-Tech soll geregelt werden. Fähigkeiten der Evaluation werden verlangt; selbstverständlich sollen Pflegendе sich wissenschaftlicher Erkenntnisse bedienen. Dabei bleibt und ist Pflege vor allem ein „Berührungsberuf“.

Es gibt einen merkwürdigen „Spagat“ zwischen der Inflation von Pflege nach dem Motto „pflegen kann jeder“ und den tatsächlichen Erwartungen im Pflegefeld.

Pflege – in allen Ebenen mitdenken

Die bisherigen Änderungen und Anforderungen bewegten sich alle im primären Bereich, also im direkten Kontakt zu den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Auf anderen Ebenen müssen Prozesse organisiert, gemanagt und gelehrt werden: natürlich mit Sachverstand, aber dazu mit weiteren Werkzeugen und Kenntnissen.

Auf ganz andere Felder von Pflege macht *Miriam Hirschfeld* (WHO) aufmerksam: Neben der horizontalen Gliederung in die verschiedenen Arbeitsbereiche von der Prävention über Kuration zur Palliativpflege ist auch eine vertikale Aufgliederung bewusst zu machen. Gemeint ist: Neben der direkten Pflegesituation muss Pflege auf politischen Ebenen und Settings, die Einfluss auf Pflege nehmen, berücksichtigt werden. Eine Beteiligung Pflegender fordert auch die „Münchener Erklärung“ der EU-Gesundheitsminister, verabschiedet auf einer WHO-Tagung im Juni 2000. Die deutsche Pflege muss international „anschlussfähig“ werden. Damit Angehörige der Pflegeberufe in Gremien mitbestimmen, in denen Entscheidungen über Pflege gefällt werden, sind wieder andere Kompetenzen bei Pflegenden erforderlich.

In der Gesundheitspolitik, in Forschungsfördergremien, in Kranken- und Pflegekassen, in Firmen der Medical-Branche, in Medien usw. spielen die Interessen der Pflege noch eine untergeordnete Rolle. Es fehlen Pflegeprofis in unserem Rechts- und Gutachterwesen, in der Verbraucherberatung, auf der Entscheidungsebene von Kommunen und Wohlfahrtsverbänden, in der Software-Industrie, in nationalen und internationalen Organisationen, um nur einige Beispiele zu nennen. All diese Wirkmöglichkeiten werden nur einer kleinen Gruppe vorbehalten bleiben – aber selbst diese fehlt heute noch.

Um künftig menschenwürdige Pflege zu sichern, müssen die Ausbildung und Rahmenbedingungen von Pflege verbessert werden – Werbekampagnen mit Hochglanzbroschüren, Zertifizierungen oder Qualitätsauflagen reichen nicht aus. Für alle an Pflege beteiligten Menschen ist es „fünf vor zwölf“, um die Werte und Chancen einer guten pflegerischen Versorgung unserer Gesellschaft deutlich zu machen.

Literaturangaben:

www.uni-wh.de/de/pflewi/Das-Wesen-der-Pflege.pdf

Angelika Abt-Zegelin, Juli 2002

Weitere Exemplare dieses Sonderdruckes können bei der
Redaktion Die Schwester/Der Pfleger,
Postfach 1150, 34201 Melsungen angefordert werden.