

## Diskussion



Birmensdorferstr. 67, 2. OG  
Postfach/C.P. 9177, 8036 Zürich  
info@denknetz.ch  
www.denknetz.ch  
IBAN CH85 0900 0000 8745 0463 8

# „Care“ in der Pflege – ein Auslaufmodell?

Susy Greuter

November 2015

**Im Zuge sich überstürzender Gesundheitsreformen haben sich betriebswirtschaftliche Rationalisierungsmethoden durchgesetzt, zum Beispiel in Form einer minutiösen Kontrolle der aufgewendeten Zeit. Der Artikel zeigt auf, dass dies dem Pflegepersonal in kontraproduktiver Weise die Möglichkeit entzieht, die von WissenschaftlerInnen stets unterstrichene Aufgabe der psychosozialen Beziehungnahme in der Pflege im für die Patienten und die Pflegenden zufriedenstellendem Mass noch zu erfüllen. Die „Evidenz basierten“ Pflegevorschriften und administrativen Nachkontrollen überwuchern zusätzlich die Gestaltungskompetenz des direkt beobachtenden Pflegepersonals. Es wird argumentiert, dass die Abwertung und Beschneidung der geschulten Sozialkompetenz und Eigenverantwortung einen bedeutenden Anteil hat am Schwinden der Berufszufriedenheit der Pflegenden. Dies wirkt sich in einer abnehmenden Attraktivität des Berufes aus, was oft zu einem frühen Berufsausstieg führt sowie Nachwuchsprobleme zur Folge hat und damit den Pflegenotstand verschärft. Gleichzeitig kann anhand neurologischer und endokrinologischer Forschungsergebnisse nachgewiesen werden, dass das interpersonelle „Pflegebündnis“ zwischen Pflegenden und Patienten eine eminente Funktion in der Heilung einnimmt. Doch gerade dieses Pflegebündnis wird durch Rationalisierungen verunmöglicht, Der chronische Mangel an Zeit und der verloren gegangene Grundauftrag für ein empathisches Eingehen auf die PatientInnen ist somit eine Fehlentwicklung, die das Gesundheitswesen möglicherweise mehr kostet, als die Betriebswirtschaft damit zu sparen meint.**

**Der Artikel basiert einerseits auf einer gründlichen Einarbeitung in die wissenschaftliche und institutionelle Sachlage, andererseits auf verschiedenen Einzelinterviews mit akademischen ForscherInnen, Lehrverantwortlichen, einzelnen Pflegenden und einer Fokusgruppe von sechs diplomierten Pflegefachfrauen. Mit Hilfe dieser Interviews wurde das Thema bezüglich der Situation in der Schweiz aktualisiert. Zitate aus diesen Interviews werden an geeigneter Stelle in den Text eingestreut; aus Datenschutzgründen sind die Zitate anonymisiert.**

### Die Kolonisierung der Pflege

„Der Dienstleistungssektor hinkt mit einer Steigerungsquote von nur 0,5 Prozent hinterher. Da der Dienstleistungsbereich über 70 Prozent der (US-) Volkswirtschaft ausmacht, haben wir hier ein wirklich dringendes Problem!“, mahnte MacKenzie 1974 (MacKenzie 1991:38), indem er den Dienstleistungssektor mit der damaligen

Produktivitätssteigerung der Industrie von 3,5 Prozent verglich.

MacKenzie, ein Übervater der heutigen Betriebswirtschafts- und Managementlehre, hatte mit seinem Ziel, den Ertrag der eingesetzten Mittel durch Produktivitätssteigerungen auch jenseits der Güterproduktion zu steigern, durchschlagenden Erfolg. Ein Grossteil der einstigen Schaltergeschäfte, wo ein Kunde einem Angestellten eins zu eins gegenübertrat, ist

inzwischen durch einen Automaten oder das Internet ersetzt – und wer seine Zahlungen noch am Postschalter erledigt, muss draufzahlen. Es ist vor allem die arbeitende Person die Kosten verursacht. AutorInnen, die demgegenüber die Differenz betonen zwischen unpersönlichen Dienstleistungen und den Dienstleistungen, die zwingend von Person zu Person erbracht werden müssen, sind weit weniger beachtet worden. Das Phänomen ist verbal sogar „patologisiert“ worden: Es sei die „Kostenkrankheit des Dienstleistungssektors“, dass für einige Nöte und Notwendigkeiten der Menschen noch immer eine Person eingesetzt werden muss, um sich von Mensch zu Mensch zu bemühen, die Probleme des Gegenübers einer Lösung zuzuführen.

So ist diese „Kostenkrankheit“, reisserisch „Kostenexplosion“, im Gesundheitswesen zum alles beherrschenden Motto geworden. Gerade in der Schweiz, wo ein grosser Teil der Kosten nicht über eine allgemeine Sozialversicherung beglichen wird, sondern über die privaten, obligatorischen Krankenversicherungen, ist diese Botschaft in jedem Haushalt angekommen: Krankenkassenbeiträge drücken auf's Budget, sodass die minutiöse Kontrolle der Kosten – im Glauben, sie wären auf diese Weise einzudämmen – von den Nicht-Patienten vielfach begrüsst wird. Wenig beachtet bleibt dabei, dass die Kontrollen inzwischen selbst zu einem Apparat geworden sind, der einen beträchtlichen Anteil der Mittel und der Zeit des Gesundheitssektors aufzehrt – ohne dass dadurch einem kranken Menschen geholfen wird.

*„Das BESA (ein älteres Zeiterfassungsinstrument, dV) der 90er Jahre war weniger streng als das jetzige RAI. Das war anders: Wenn jemand vielleicht noch etwas selber machen kann, aber langsam ist, dann hat das mit BESA mehr gezählt als heute. Heute, wenn ich alles direkt erledige für jemanden, dann gibt das viel mehr (Gutschrift, dV), als wenn ich dasitze und warte und den Patienten in seinem Tempo machen lasse. Was das für die Psyche bedeutet: wenn jemand nicht mehr nachkommt mit Denken, wenn er zack-zack schon angekleidet ist und das Frühstück steht auch schon vor ihm – dabei ist er im Kopf noch halb im Bett und hat gar nicht gemerkt, was läuft.“*  
HS, Altenpfleger

Die Zeiterfassungssysteme in der Pflege werden – im Rhythmus der Klage über die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen – immer engmaschiger. Nach der SPITEX und den Altenheimen erfassen sie nun unter dem Vorwand des „Qualitätsmanagement“ auch die Spitäler. Wo liegt da Qualität, muss man sich aber fragen, wenn man die obige Episode liest? Zeitmessungssysteme stellen auf die medizinisch-technischen Anwendungen ab, die in ihrer Wirkung

direkt zählbar und messbar sind. Damit wird einzig die dafür einzusetzende - im Voraus berechnete – durchschnittliche Arbeitszeit der einzelnen Intervention als Pflege bewertet. Nur sie ist in der ambulanten Pflege den Krankenkassen verrechenbar. Im Spital dient die Zeiterfassung zur Berechnung der minimal nötigen Zahl an Personal, das, erforderlich ist, um alle medizinisch-technischen Interventionen noch verrichten zu können.

Leidtragend, ist, neben den PatientInnen, vor allem das Pflegepersonal. Einmal aus der höchst komplexen Ausbildung in die Praxis entlassen, erfährt es, dass die Umsetzung ihrer Aufgaben heute kolonisiert ist vom alles durchdringenden Credo unserer Gesellschaft: Produktivitätssteigerung = Kostenersparnis! Die Interaktionsprozesse für die individuelle Beobachtung und zur Vertrauensbildung zwischen Pflegenden und PatientInnen zählen darin nicht.

Die Pflegediagnose im Spital legt das fest und überträgt dies, zeitlich vorgegeben, in den Pflegeplan. Der Pflegeplan ist ein schon vor langem eingeführtes Instrument, das für die Koordination der Leistungen unerlässlich ist. Er wird von den PflegerInnen begrüsst, unter anderem auch deshalb, weil er bewusst macht, was die Pflege alles leistet. Der zusätzliche Leistungsrapport mahnt zwar alle Aufgaben nochmals an, frisst aber zuweilen die Zeit weg, um den Patienten selber nochmals zu sehen und zu befragen, ob alles in Ordnung sei.

*„Am Schluss ist der ganze administrative Aufwand grösser, als was du in der Pflege machst“*  
HS, Altenpflege

*„Diese administrativen Dinge – ihr Ausmass ist einfach riesig im Gegensatz zu früher. Das braucht heute neben den Ärzten, Pflegern, Küche etc. viel mehr Angestellte. Ich möchte nicht sagen, dass die nicht berechtigt seien – aber das schlägt sich auch nieder in Kosten. Dann ist es die Pflege, wo man einsparen kann?“*  
AZ, Psychiatriepflege

Die Gespräche der Pflegefachleute drehen sich in hohem Masse um die Tücken der Zeiterfassung und der „Wertigkeit“ ihrer Arbeit. Neben den Klagen über den ständigen Zeitdruck gibt es die Befürchtung, dass der Pflegeaufwand bei den neuen Finanzierungssystemen in den Spitälern nur ungenügend berücksichtigt wird. In den Fallpauschalen, die seit 2012 in allen Spitälern als Finanzierungsbasis dienen, ist der vergütete Gesamtaufwand im Voraus bestimmt, unabhängig vom wirklichen Aufwand im einzelnen Fall. Wird dem Umstand, dass ein Patient zusätzlich zu seiner Krankheit an den Rollstuhl gefesselt ist und damit eine weit anstrengendere Pflege erheischt,

Rechnung getragen? Die Pflegediagnose stellt nur die Pflegeleistungen, nicht aber die Umstände fest ... So kann oft zusätzlicher Zeitdruck entstehen, der die Pflegenden und die PatientInnen in Bedrängnis bringt

## **Pflegenotstand**

In den letzten Jahren sind auch in der Schweiz hunderte von Untersuchungen und Forschungen gemacht worden zu Themen der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens. Pflegenden, und insbesondere beruflich Pflegenden, kamen dabei relativ spät in den Fokus. Die Wirtschaftlichkeit der pflegenden Angehörigen entdeckte man, als sie vielfach nicht mehr da waren, weil weggezogen, in Berufskarrieren gefordert oder unwillig. Für die Berufspflegenden begann man sich zu interessieren, als der Bedarf wuchs und der „Nachschub“ immer schwieriger wurde.

Es wird geschätzt, dass bis in sechs Jahren, im 2020 ungefähr 30'000 Pflegenden fehlen werden, allem voran 18'000 diplomierte Pflegefachfrauen und -männer mit „Tertiär-Abschluss“, wie die Diplombildung seit einigen Jahren genannt wird. Und mit Sorge wird bemerkt, dass zu wenig Leute noch Lust haben, diesen einst beliebtesten Frauenberuf zu ergreifen. Im Kanton Bern wurden 2012 von 350 Ausbildungsangeboten lediglich 70 Prozent besetzt und gesamtschweizerisch konnten 2013 nur halb so viele Personen ausgebildet werden, wie nötig wäre, um den Bedarf zu decken. Bedenklich ist auch die Tatsache, dass diplomierte PflegerInnen im Durchschnitt lediglich 15 Jahre im Beruf verbleiben.

Schweizerische Umfragen, die die Gründe für diesen Exodus eruieren wollen, gehen meist ausführlich auf allgemeine Problematiken der Arbeitsplatzbewertung ein: Vereinbarkeit mit einer Familie, mit Freizeitwünschen, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten, Lohn, Arbeitsklima, eigene Handlungsspielräume und Mitbestimmungsmöglichkeiten, Stress, physische und psychische Belastung (Imboden 2014). Dass sich diese Berufe aber mit den Rationalisierungsschritten grundlegend verändert haben, wird wenig berücksichtigt. Dabei wird von vielen befragten Pflegefachpersonen die Verschiebung der Anforderungen auf ein gerütteltes Mass administrativer Aufgaben als die grösste Belastung empfunden. Der im Vergleich zur Komplexität des Berufes noch immer mässige Lohn ist der zweite Klagepunkt, aber dann werden auch gleich die allzu rigiden Vorgaben und der Mangel an Zeit in der Pflege genannt. Wird all dies mit dem Konzept des „Stress“ angemessen beschrieben? Die Problematik der Arbeitsstrukturen wird in den

Umfragen nicht wirklich erfragt: Die qualitative Veränderung des Arbeitsfeldes steht nicht zur Diskussion

Um der Abwertung der Pflege zu begegnen, hat sich besonders der schweizerische Dachverband der Pflegefachpersonen (SBK) in den vergangenen drei Dekaden bemüht, die Professionalität dieses Berufes zu unterstreichen. Dies war nötig, um der lange tradierten Unterschätzung selbst der diplomierten Pflegefachleute zu begegnen. Die unerlässliche Sozialkompetenz wurde zuvor gerne als „weibliches Arbeitsvermögen der fürsorglichen Pflege“ dargestellt, also als „naturegegeben“ und deshalb, analog etwa der blossen Muskelkraft der Männer, nur gering zu vergüten. Aber der Professionalitäts-Diskurs wurde – ganz entgegen der Absicht der SBK – erneut vornehmlich bezüglich der technisch-wissenschaftlichen Seite entwickelt und wahrgenommen. Er wirkte dadurch, zum jetzigen Leidwesen vieler Pflegefachleute, in der gleichen Richtung wie der Rationalisierungswunsch der BetriebswirtschafterInnen, die keinen Bedarf für Soziales erkennen möchten. Beziehung und emotionale Anteilnahme gehören gemäss dieser verengten Sicht des Pflegebedarfs ins Private, das eigentlich von Angehörigen und Freunden zu leisten wäre. Von Ausserberuflichen bestenfalls als Nebensächlichkeits innerhalb der Pflege gesehen, bleibt die eigentliche Fürsorge, das ‚Care‘ ein sozusagen fraglos gewährleistetes Hobby der zu 90 Prozent weiblichen Pflegefachkräfte. Dies, obwohl sowohl vom SBK wie von GesundheitsforscherInnen immer wieder betont wird, dass „es für die Qualität einer Pflegehandlung wichtig ist, dass die pflegende Person emotional Anteil nimmt und in ihrem Handeln von einer ‚Caring-Motivation‘ geleitet wird.“ (Jochimsen 2003b:41). Die heutigen Strukturen der Pflege aber bewirken etwas anderes.

*„Manchmal geht es in der Praxis nur noch darum, Arbeit zu absolvieren“  
UT, Akutpflege*

*„Es ist ein irrsinniges Missverhältnis entstanden zwischen den Forderungen, was wir bieten müssen (an pflegerisch-technischen Leistungen; dV) und dem, von dem wir wissen, wie es richtig wäre (bezüglich psychosozialen Bedarf; dV) und wozu wir auch ausgebildet sind.“  
Petra, SPITEX*

PflegerInnen sind in der Mehrzahl stark beziehungsorientiert, und ihre Arbeitszufriedenheit hängt eng mit dem Verhältnis zu den Patienten zusammen (Blüher, 2004). Dies spricht auch eine schwedische Studie an, die Berufszufriedenheit versus Stress und Belastung in der Arbeit in Pflegeheimen erörtert. Hier wird von einer

Gewissensbelastung gesprochen, die entsteht, wenn das Personal ausserstande ist, jene Pflegequalität zu erbringen, die gemäss der professionellen Ausbildung und Ethik nötig wäre. Diese innere Belastung addiert sich zum Stress der externen Anforderungen und kann die Balance aus dem Gleichgewicht bringen, also schliesslich einen Berufsabbruch bewirken.

Anlässe zu solcher Gewissensbelastung bieten sich im heutigen Alltagsstress der Pflege häufig: Eine Untersuchung des Instituts für Pflegewissenschaften in Basel zeigt auf, dass die PflegerInnen - teils sicher in Notwehr gegen die Hektik des Arbeitstempos - Abstriche bei den Anteilen der Pflege machen, auf welche kurzfristig und ohne unmittelbaren Schaden verzichtet werden kann, auch wenn sie auf Dauer unerlässlich sind. ‚Emotionelle und psychologische Unterstützung‘ zu bieten ist die häufigste Unterlassung, während die ‚Begutachtung neuer Patienten‘ an zweiter und ‚notwendige Konversationen‘ an dritter Stelle der oft unterlassenen oder temporär aufgeschobenen einer insgesamt 32 Details umfassenden Liste von Pflegehandlungen stehen (Schubert et al, 2012). Die erste und die dritte dieser drei häufigst fallengelassenen Aufgaben stehen allerdings auch nicht auf den Pflegeplänen – sie würden also für die Leistungsbemessung nicht gewichtet.

*„Ich weiss, dass es ganz viele Leute gibt, die aus dem Beruf aussteigen, weil sie finden ‚Ich kann mit den Patienten nicht mehr so in Kontakt kommen, wie ich es mir vorstelle und wozu ich ausgebildet wurde.‘*

*UT, Akutpflegerin*

In der Ausbildung hat der Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Patienten einen bedeutenden Platz. Die psychosozialen Berufoanforderungen sind mehrfach eingebaut in die Lehre, die neben Ethik auch Soziologie und Psychologie umfasst. An der Höheren Fachschule beider Basel werden die StudentInnen in die Pflege-Theorie der interpersonalen Beziehung nach H. Peplau eingeführt, die das Ziel eines „Pflegebündnisses“ mit den Patienten setzt. Kommunikation, zielgerichtete Interaktion und Beratung werden im Lernbereich Training und Transfer auch praktisch (in Simulation) geübt. Letzteres nimmt nicht weniger als 20 Prozent der ganzen Ausbildungszeit in Anspruch, wies mir der Leiter der Ausbildungsentwicklung einer Fachhochschule für Pflege nach.

### **Beziehungsbedarf ist keine Sentimentalität**

Es sind nicht nur solch fragwürdige Effekte der im Kampf gegen die „Kostenkrankheit“

vorgenommenen Rationalisierungen, die fragen lassen, was das Gesundheitswesen damit gewonnen hat. Stammt Heilung aus einer Abfolge von Apparate-unterstützten ‚Screenings‘, Medikamenten und physischen Interventionen? Ist Heilung noch das Hauptziel des Gesundheitswesens oder ist es die Rentabilität und der Absatz von hochkomplexen Interventionen, Pharmaprodukten sowie die Amortisation von Diagnose-Apparaten? Was bewirkt der Bedeutungsverlust, die Unterschätzung des zwischenmenschlichen Faktors?

Bei all den Rationalisierungs- und Kontrollmassnahmen, die betriebsökonomisch als Optimierungen gelten, ist eine längst bekannte, immer wieder auftauchende Beobachtung übergangen worden, die ein weiteres Potential für die Heilung darstellt: Patienten, die vom Gesundheitspersonal in passender Weise angegangen und einbezogen werden, genesen schneller. Von einem Arzt und einer Ergotherapeutin wurde mir berichtet, dass in der Abteilung, der eine erfahrene Pflegerin vorsteht, 30 bis 40 Prozent der Patienten schneller genesen, als solche mit den gleichen Beschwerden in anderen Stationen. Diese Frau pflegt einen sehr familiären Umgang mit den Kranken, die sie morgens begrüsst, mit denen sie scherzt, denen sie zur Beruhigung auch mal über den Rücken streicht und um deren Bedürfnisse sie sich individuell bemüht. Sie wird zwar auch als „distanzlos“ belächelt – erzielt aber mit dem Vertrauen, das sie schafft, eine erstaunliche Wirkkraft. Ähnliche Effekte wurden in zahlreichen Studien festgestellt: von der Schmerzreduktion nach Operationen, wenn zuvor ein informatives und ermutigendes Gespräch mit dem Patienten geführt wurde, bis zu wenig erklärlichen Genesungen aufgrund unspezifischer medizinischer Interventionen, jedoch einer psychosozial stimulierenden Interaktion.

Tragisch ist, dass erfahrene Pflegefachfrauen und -männer die Zeit für solche Zuwendung nur aufbringen können, indem sie die Anweisungen nach eigenem Ermessen umpolen oder indem sie Freizeit opfern. Letzteres ist von vielen Spitexpflegerinnen bekannt, die ihre Pausen benützen, um überhaupt mal Zeit für einen Kaffee mit ihrer Patientin zu haben.

*„Ich versuche mich so gut es geht, da heraus zu schlaufen und in dieser Zeit finde ich es toll, wirkliche Gespräche mit PatientInnen zu führen. Wenn ich aber junge Diplomierete bin, habe ich noch nicht diese Erfahrung und Strategien, einmal zu sagen: ‚Da kann ich etwas zurückstellen, jetzt ist ein Gespräch ganz wichtig.‘“*

*UT, Akutpflegerin*

„Dem Pflegepersonal kommt die wichtige Rolle zu, in Gesprächen und im Kontakt mit dem Patienten dessen individuelle Einstellung zur Krankheit herauszufinden. Durch sein Verhalten kann das klinische Personal den Patienten ermutigen, über die eigene Wahrnehmung der Krankheit nachzudenken, um eine Aktivierung der Selbstheilungskräfte zu erreichen“ (Fichten& Riforth 1994:67). Das kann einen zeitlichen Gewinn in der Behandlung erbringen und vielleicht auch das - als nachhaltiger und vorbeugend beschriebene – Gewähr-Werden von Zusammenhängen und Gründen der eigenen Erkrankung. Solche fruchtbareren Beziehungen zu Patienten unterscheiden sich auch von „edukativer Kommunikation“, die heute in der Lehre teilweise einen wichtigen Platz einnimmt - aber das einführende ‚Caring‘ nicht ersetzt.

### **Naturwissenschaftlicher Nachweis**

Sie werden etwas abschätzig „Placebo-Effekte“ genannt. Trotzdem hat sich die naturwissenschaftlich argumentierende Neurologie und Endokrinologie diesen Prozessen inzwischen zugewandt. Die Untersuchung des psychosozialen „Klimas“, das im Hin und Her zwischen PatientIn und Pflegefachperson aufkeimt, wurde damit Sache der neurobiologischen Forschung:

Anhand von Messungen der Hirnströme und der bei der Interaktion mit dem Arzt (oder Pflegenden) ausgeschütteten neuronalen Botenstoffe wird untersucht, welches Verhalten im Umfeld der Verabreichung von pharmazeutisch wirkungslosen Pillen welche Reaktionen beim Kranken zeitigt: Placebo werden Reaktionen genannt, welche aufgrund der Ausschüttung von Dopaminen oder endogener Opioide direkt die positive Einstellung erhöhen, entspannen und ein Gefühl der Belohnung aktivieren – Nocebo hingegen solche, die die Ängstlichkeit erhöhen und negative Folgen der Behandlung erwarten lassen. „Placebo“ oder „Nocebo“ sind aber offensichtlich nicht die Pillen, sondern die begleitende Interaktion zwischen MedizinerIn/ PflegerIn und PatientIn. Die so in Bewegung gesetzten Neurotransmitter scheinen sich an dieselben Rezeptoren zu binden und teilweise dasselbe zu bewirken wie pharmazeutische Mittel oder diese zumindest zu verstärken respektive abzuschwächen. Die in der Behandlung freigesetzten Botenstoffe können bestimmte Agenzien sogar „vertreten“, wenn sich mit der Zeit eine positive Konditionierung einstellt.

So konnte in den Versuchen z.B. bei Hypoglykämie (Unterzuckerung) oft die Heilmitteldosis allmählich gesenkt werden.

Ohne menschliche Präsenz und Ankündigung verabreichte Medikamente dagegen (welche also nicht von „beflügelnden“ Botenstoffen begleitet sind) erwiesen sich als weniger effektiv, als im Falle der Begleitung durch eine positive Interaktion.

Die Studien zu Fragen, in welchem Bereich des Gehirns Reaktionen auf psychosoziale Einwirkungen stattfinden, sowie zur neurologischen und endokrinologischen Übermittlung gehen auf tausende von Experimenten zurück. Ihre Wirkungen sind für eine ganze Reihe von Krankheiten erfasst. Einer der bekanntesten Forscher in diesem Gebiet, F.Benedetti, verortet dies als „wissenschaftliche Evidenz einer verschlungenen Beziehung zwischen mentaler Aktivität und verschiedenen physiologischen Funktionen.“ Die Forschungen, meint er, „weisen auf grosse Einflüsse des Geistes auf den Körper hin. Das psychologische Befinden des Patienten und soziale Faktoren, die auf ihn eindringen, sind alle in die Pathophysiologie und die Behandlungs-Resultate einer bestimmten Krankheit einbezogen“ (Benedetti, 2011:39; Übersetzung dV).

### **Kostensparnisse bei der Pflege?**

Vermindertes Ansprechen auf eine Therapie kann also psychosoziale Gründe haben - durch individuelle Verschiedenheiten der PatientInnen zusätzlich variiert. Dies weist auf die hohe Kunst des Ermessens hin, welche Art der Beziehungnahme den einzelnen Kranken angemessen ist: eine wichtige Dimension der Pflege und Betreuung, die Sozialkompetenz erheischt.

Es ist offenkundig, dass Gesundheitsfachleuten eine zentrale Rolle zukommt in der einführenden Unterstützung der Therapie. Es ist deshalb fast unglaublich, dass Gesundheitsplaner diesen Faktor in ihren Rationalisierungsübungen übergehen konnten. Die Schaffung einer positiven Erwartung bei den Kranken, die Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl voraussetzt, kann durch raschere und nachhaltigere Genesungen mehr sparen als der Zeitgewinn, den eine wegrationierte Beziehungnahme einbringt. Zeitgewinn, der zudem durch vermehrte administrative Nachkontrollen wieder vernichtet wird.

## **Ausgewählte Literatur:**

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Rationing of Nursing Care in Switzerland, 2005

Dietmar Ausserhofer et al.: The Association of Patient Safety and Nurse-related organizational factors with selected Patient Outcomes, *Internat. Journal of Nursing Studies*, 2012

Dieter Beck: Krankheit als Selbstheilung, Insel-Verlag 1981

Fabrizio Benedetti: The Patient's Brain, Oxford University Press 2011

Stefan Blüher: „Liebesdienst und Pflegedienst“ – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements. In: Blüher, Stefan und Manfred Stodberger (Hg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: VS Verlag 2004, 11-51.

Lawrence D. Egbert, George Battit, Claude Welch & Marshall Bartlett: Reduction of post-operative Pain by encouragement and instruction of the Patients, *The New-England Journal of Medicine*, No.16, 1964

P.Heusser, E.Neugebauer, B.Berger, C.Hahn; Integrative und personalisierte Gesundheitsversorgung, *Gesundheitswesen* Nr. 74, Thieme-Verlag 2012

Nathalie Imboden: Care – Synthesebericht Retention von Pflegern (unveröff.Manuskript, 2014)

Maren Jochimsen: Die Gestaltungskraft des Asymmetrischen – Kennzeichen klassischer Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik* 4 (1), 2003, S. 38-51.

Peter Krummenacher, Victor Candia, Gerd Folkers, Manfred Schedlowski & Georg Schönbacher: Prefrontal cortex modulates placebo analgesia, *Pain* 148/2010

Mascha Madörin: Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie, *Managed Care* 7/8, 2005

Alec McKenzie : Die Zeitfalle, Sauer-Verlag, 1991 (Amacom Eds, 1974)

Anneli Orrung Wallin, Anna-Karin Edberg, Ingela Beck & Ulf Jakobsson: Psychometric Properties concerning four instruments measuring job satisfaction, strain, stress of conscience in a residential care-context, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, No. 57, 2013

ODA : Rahmenlehrplan Pflege HF, 2011

Hildegard Peplau, *Interpersonale Beziehung in der Pflege – ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*, Reclam-Verlag Basel 1995 (McMillan, 1988)

Joseph Riforth & Wolfgang Fichten, *Gesundheitsförderndes Handeln in der Krankenpflege*, Verlag Quint –Essenz 1994

H.Ruegger: Personalnotstand, Curaviva, 2012

Maria Schubert, Dietmar Ausserhofer, Mario Desmedt, René Schwendimann, Emmanuel Lesaffre, Baoyue Li & Sabine de Geest: Levels and correlates of implicit rationing in nursing care in Swiss acute care-hospitals, *Internat. Journal of Nursing Studies* 2012

Corinne Schwaller: Zu Emotionalität, Professionalität und wirtschaftlichem Spardruck: Die Ökonomisierung der Arbeitswelt „Spitex“ aus Sicht der Pflegenden, unveröff. Masterarbeit, Bern 2011