

2.7 ‚Care‘ in der Pflege – ein Auslaufmodell?

Susy Greuter

Im Zuge sich überstürzender Gesundheitsreformen haben sich betriebswirtschaftliche Rationalisierungsmethoden durchgesetzt, unter anderem in Form einer minutiösen Kontrolle der aufgewendeten Zeit. Nachfolgend wird aufgezeigt, dass dies dem Pflegepersonal in kontraproduktiver Weise die Möglichkeit entzieht, die von WissenschaftlerInnen stets unterstrichene Aufgabe der psychosozialen Beziehung im für die PatientInnen und die Pflegenden zufriedenstellendem Mass noch zu erfüllen. Die „Evidenzbasierten“¹ Pflegevorschriften und administrativen Nachkontrollen überwuchern zusätzlich die Gestaltungskompetenz des direkt involvierten 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 PatientInnen eine eminent wichtige 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 der Erarbeitung der wissenschaftlichen und organisationellen Sachlagen, 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 (1991, 38), indem er den Dienstleistungssektor mit der damaligen Produktivitätssteigerung der Industrie von 3,5 Prozent verglich. MacKenzie, ein Übersetzer 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 Schaltermotoren, 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 das Personal am Schalter, das Kosten verursacht. AutorInnen, die die Differenz betonen zwischen unpersönlichen

1 „Evidence based Nursing“ bezeichnet die wissenschaftlich erhärteten Verfahren, die in langjähriger Pflegeerfahrung nachweisbare Resultate erbracht haben.

Dienstleistungen und den Dienstleistungen, die zwingend von Person zu Person erbracht werden müssen, sind weit weniger beachtet worden. Das Phänomen ist verbal sogar pathologisiert 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 das 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.

„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 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.

„Das BESA (ein älteres Zeiterfassungsinstrument, die Verfasserin, 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, Altenpflege

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 anspruchsvollen Ausbildung in die Praxis entlassen, erfährt es, dass die Pflegerealität

heute kolonisiert ist vom alles durchdringenden Credo unserer Gesellschaft:
Produktivitätssteigerung = Kostenersparnis! Die Interaktionsprozesse zwischen Pflegenden und PatientInnen, die für die individuelle Beobachtung und zur Vertrauensbildung notwendig sind, zählen darin nicht.

Die Pflegediagnose im Spital legt fest, was an pflegerischen Leistungen notwendig ist und überträgt dies, versehen mit zeitlichen Vorgaben, 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, wie es ihm geht.

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

HS, Altenpflege

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 dem Pflegeaufwand bei den neuen Finanzierungssystemen in den Spitälern nur ungenügend Rechnung getragen wird. In den Fallpauschalen, die seit 2012 in allen Spitälern als Berechnungsbasis dienen, ist der vergütete Gesamtaufwand im Voraus bestimmt - die Pflegediagnose wird darin nicht berücksichtigt. Und auch die Pflegediagnose stellt im Prinzip nur die Pflegeleistungen fest, nicht aber die Umstände, unter denen diese geleistet werden müssen. Dem Umstand, dass ein Patient zusätzlich zu seiner Krankheit an den Rollstuhl gefesselt ist und damit eine weit anstrengendere Pflege erheischt, wird damit nur Rechnung getragen, wenn die ärztliche Diagnose dies mit einbezieht..... 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 Dutzende 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 Relevanz der pflegenden Angehörigen entdeckte man, als sie vielfach nicht mehr da waren, weil sie weggezogen, in Berufskarrieren gefordert oder ganz einfach nicht zur Verfügung standen. Für die Professionellen der Pflege begann man sich erst zu interessieren, als der Personalbedarf wuchs und der „Nachschub“ immer schwieriger wurde.

Es wird geschätzt, dass bis in zwölf Jahren, im 2030 bis 36'000 Pflegenden fehlen werden, allen voran diplomierte Pflegefachfrauen und -männer mit „Tertiär-Abschluss“, wie die Diplom-Ausbildung 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 2014 nur 42 Prozent der Tertiärausbildungen (aber immerhin 80% der Sekundärausbildungen) besetzt werden. Das jährliche Ausbildungsdefizit über die letzten zehn Jahre wurde auf 5'400 Personen hochgerechnet. Zu denken gibt auch

die Tatsache, dass diplomierte PflegerInnen im Durchschnitt lediglich 15 Jahre im Beruf verbleiben.

Schweizer 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, eigenen Handlungsspielräumen und Mitbestimmungsmöglichkeiten, Stress, physischen und psychischen Belastung (Imboden 2014, Addor et al., 2016). Wie sich die psychische Belastung konstituiert und welchen Anteil daran die Tatsache haben mag, dass sich diese Berufe mit den Rationalisierungsschritten grundlegend verändert haben, blieb bis 2015 kaum erörtert. Dabei wird von vielen der 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 gleich die allzu rigiden Vorgaben und der Mangel an Zeit in der Pflege genannt. Wird all dies mit dem Konzept des „Stress“ angemessen beschrieben? In neueren Studien wird die Frage nach Pflegekontextfaktoren und moralischem Stress sehr differenziert angegangen (Kleinknecht et al. 2015). Lösungsmöglichkeiten werden in verbesserten Aus- und Absprachen im Team gesehen, was nachweislich auch grossen Einfluss auf die Berufszufriedenheit hat (Schwendimann et al. 2016). Angesichts des herrschenden Zeitgeistes scheinen aber betriebswirtschaftliche Massnahmen weiterhin nicht hinterfragbar.

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 langen Tradition der Unterschätzung selbst diplomierter 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 BetriebswirtschaftlerInnen, die keinen Bedarf für Zwischenmenschliches 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 Nebensächlichlichkeit 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 und wozu wir auch ausgebildet sind.“

PT, SPITEX

Es erstaunt nicht, dass Schaffert et al. (2015) in ihrer Studie zu Berufslaufbahnen und -rollen in der Pflege finden, dass von vielen AbsolventInnen der tertiären Ausbildung eine starke Diskrepanz zwischen dem Stellenwert von Pflege-theorien in der Ausbildung und deren Wichtigkeit in der erlebten Berufspraxis empfunden wurde.

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 (Orrung Wallin et al., 2013). In der späteren Studie von Kleinknecht et al. wird hier von der 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. Dies kann die Balance aus dem Gleichgewicht bringen und 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 das Pflegepersonal - teils sicher in Notwehr gegen die Hektik des Arbeitstempos - Abstriche bei denjenigen 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. Die ‚Begutachtung neuer Patienten‘ steht an zweiter und ‚notwendige Konversationen‘ an dritter Stelle der oft unterlassenen oder temporär aufgeschobenen einer insgesamt 32 Details umfassenden Liste von Pflegehandlungen (Schubert et al. 2012, Dhaini et al. 2016). Die erste und die dritte dieser drei Aufgaben, die am häufigsten fallen gelassen werden, 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, Akutpflege

Tatsächlich ist selbst für fast die Hälfte befragter Berufsanfängerinnen eine Verbesserung der Möglichkeit zur Kontaktnahme mit Patienten und eine Abnahme des Zeitdruckes eine Bedingung, dass sie sich einen langfristigen Verbleib in ihrem neuerworbenen Beruf vorstellen können (Schaffert et al. 2015).

In der Ausbildung hat der Interaktionsprozess zwischen Pflegenden und Patienten einen bedeutenden Platz. Die psychosozialen Berufsanforderungen 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, wie mir der Leiter der Ausbildungsentwicklung der Fachhochschule für Pflege nachwies.

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 einer deutschen Klinik wurde mir 2015 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 schlafen und in dieser Zeit finde ich es toll, wirkliche Gespräche mit PatientInnen zu führen. Wenn ich aber eine junge Diplomiertere bin, habe ich noch nicht diese Erfahrung und Strategien, einmal zu sagen: ‘Da kann ich etwas zurückstellen, jetzt ist ein Gespräch ganz wichtig.’“

UT, Akutpflege

„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 (Hess & Hess-Cabalzar 2012). Solche fruchtbaren Beziehungen zu PatientInnen

unterscheiden sich allerdings von „edukativer Kommunikation“², die heute in der Lehre teilweise einen wichtigen Platz einnimmt - aber das einführende ‚Caring‘ nicht ersetzt.

Naturwissenschaftlicher Nachweis

Die Wirkung der empathischen Beziehung zu den Patienten wird oft 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 (Krummenacher et al. 2010): 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 Opioiden 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 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 variiert dieser Effekt zusätzlich. Dies weist auf die hohe Kunst des Ermessens hin, welche Art der Beziehungsnahe für den einzelnen Kranken angemessen ist: eine wichtige Dimension der Pflege und Betreuung, die Sozialkompetenz erheischt. Es wird damit offenkundig, dass Gesundheitsfachleuten eine zentrale Rolle zukommt in der einführenden Unterstützung der Therapie. Es ist deshalb nur schwer verständlich, dass Gesundheitsplaner diesen Faktor in ihren

2 Bei edukativer Kommunikation geht es darum, dem Patienten ein gesundheitsförderndes Verhalten zu vermitteln

Rationalisierungsübungen übergehen konnten. Die Schaffung einer positiven Erwartung bei den Kranken, die Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl voraussetzt, kann durch raschere und nachhaltigere Genesungen mehr Ressourcen einsparen als der Zeitgewinn, den eine wegrationierte Beziehungnahme einbringt. Ein Zeitgewinn nota bene, der durch vermehrte administrative Kontrollarbeiten wieder vernichtet wird.

Literatur:

Addor, Véronique, Schwendimann, Gauthier, René, Antoine, Jacques, Wernli, Boris, Jäckel, Dalit & Paignon, Adeline (2016): Nurses at Work. In: OBSAN Bulletin 8

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

Beck, Dieter (1981): Krankheit als Selbstheilung, Frankfurt am Main.

Benedetti, Fabrizio (2011): The Patient's Brain, Oxford

Blüher, Stefan (2004): „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

Schubert, Maria (2005): Effects of rationing of nursing care in Switzerland on patients and nurses outcomes, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Dhaini, Suzanne, Simon, Michael, Zuniga, Franziska (2016): Wenn das Personal krank ist, leidet die Pflegequalität. In: NOVAcura 5

Egbert, Lawrence D., Battit, George, Welch, Claude & Bartlett, Marshall (1964): Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of the patients. In: The New-England Journal of Medicine, No.16

Hess, Christian und Hess-Cabalzar, Annina (2012): Menschenmedizin, Berlin

Heusser, P., Neugebauer, E., Berger, B., Hahn, C. (2012): Integrative und personalisierte Gesundheitsversorgung, Gesundheitswesen Nr. 74, Stuttgart

Imboden, Nathalie (2014): Care – Synthesebericht Retention von Pflegern (unveröffentlichtes Manuskript, Bern)

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

Kleinknecht-Dolf, Michael, Spichiger, Elisabeth, Frei, Anna, Müller, Marianne, Martin, Jacqueline S., Spirig, Rebecca (2015): Monitoring von Pflegekontextfaktoren. In: Pflege, 28, 93-107 .

Krummenacher, Peter, Candia, Victor, Folkers, Gerd, Schedlowski, Manfred & Schönbachler, Georg (2010): Prefrontal cortex modulates placebo analgesia. In: Pain, 148

Madörin, Mascha (2005): Pflege – eine Herausforderung für die Gesundheitsökonomie. In: Managed Care 7/8

MacKenzie, Alec (1991): Die Zeitfalle, Wien.

OdA Santé (2016): Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen „Pflege“, Bern

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

Peplau, Hildegard (1988): Interpersonale Beziehung in der Pflege – ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel

Riforth Joseph & Fichten, Wolfgang (1994): Gesundheitsförderndes Handeln in der Krankenpflege, Berlin und München

Ruegger, Heinz (2012): Personalnotstand, Bern

Schaffert, René, Robin, Dominik, Mahrer Imhof, Romy, Rüesch, Peter(2015): Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege aus der Sicht von Berufseinsteigenden. In: ZHAW Reihe Gesundheit N° 4. Winterthur

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

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

Schwendimann, René, Dhaini, Suzanne, Ausserhofer, Dietmar, Eggberg, Sandra & Zuniga, Franziska (2016): Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross sectional survey study. In: BioMed Central.