

Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke
Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12
58453 Witten
sbartholo@uni-wh.de

Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden

Zusammenfassung

Veränderungen von Aufgabenstrukturen der Gesundheitsberufe werden derzeit im Zuge des ökonomisch orientierten Wandels der Versorgungsstrukturen intensiv diskutiert. Im folgenden Beitrag liegt der Schwerpunkt auf der Krankenhausversorgung, bei der in vielerlei Argumenten von der weiteren Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegenden ausgegangen wird. Hauptthese ist hier, dass bei einer Neustrukturierung von Aufgaben die "forcierte Förderung der Entlassungsfähigkeit" der PatientInnen im Vordergrund stehen muss und erst davon ausgehend die Frage nach der Aufgabenverteilung gestellt werden darf. Vor diesem Hintergrund werden Anforderungen an zentrale Aufgabenbereiche von professionell Pflegenden beschrieben, die derzeitige defizitäre Situation anhand einiger Befunde dargestellt und daran einige Überlegungen angeschlossen.

Pflege im Krankenhaus, Pflegeaufgaben, Entlassungsfähigkeit von Patienten, Delegation ärztlicher Aufgaben, Empowerment, Prozesssteuerung

Short stay in hospitals - the role of nurses

Summary

Economically oriented changes in the health care system are currently accompanied by a broad discussion about changes in health professional's work structures. This article focuses on hospital care. An important part of public discussion suggests the further delegation of physician's tasks to nurses. Main proposition of this article is that the central part of patient care should be an "intensified support of patient's discharge ability". Questions of restructuring the tasks of health care professionals in hospitals may only be discussed upon this basis. Demands for the roles of nurses in enforcing patient's discharge ability are presented. Some empirical results characterize the current deficit situation and perspectives are shown.

hospital nursing care, role of nurses, discharge ability, empowerment, process control

Einführung: Fragestellung

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit den Aufgaben Pflegenden im Krankenhaus vor dem Hintergrund der ständig kürzer werdenden Verweildauer. Aus der verkürzten Verweildauer und den unter ökonomischen Kriterien geforderten Kostenkürzungen hat sich eine breite Diskussion über neue oder modifizierte Rollen der Gesundheitsberufe im Krankenhaus ergeben, in der immer wieder die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegenden in den Mittelpunkt gestellt wird. Statt dieser sehr verkürzten Sichtweise soll gefragt werden:

- welche Versorgungsnotwendigkeiten ergeben sich im Krankenhaus,
- welche Ziele sollten mit der Pflege im Krankenhaus erreicht werden und
- welche Aufgaben ergeben sich daraus für die Pflege?

Die Ausführungen werden hier auf die stationäre Versorgung reduziert, wenngleich die Barrieren zwischen ambulant und stationär im Krankenhaus zunehmend gesenkt werden und sich daraus ebenfalls Veränderungsnotwendigkeiten in der Krankenhausstruktur und -versorgung ergeben.

1. Indikatoren für Veränderungen in der Krankenhausversorgung

Die Krankenhausversorgung als ein besonders teurer Sektor ist Gegenstand weit reichender Veränderungen im Gesundheitswesen. Allem voran ist das DRG (Diagnosis Related Groups)-basierte Entgeltsystem zu nennen, mit dem die Krankenhausfinanzierung von einer Erstattung genutzter Pflge tage und einigen Fallpauschalen auf die Orientierung am

Leistungsaufwand für aufgrund medizinischer Diagnosen vergleichbare Patientengruppen umgestellt wurde. Dieses System soll durch die Pauschalen u.a. zu einer deutlich verkürzten Verweildauer im Krankenhaus führen (Schmidt et al. 2007). Weitere Reduktionen der Krankenhauskosten werden durch die Auslagerung medizinischer Behandlungen in den ambulanten Sektor erreicht.

Die Einführung des DRG-Systems hat einen seit langem sichtbaren Trend beschleunigt und nicht etwa erst entstehen lassen. Bereits vor ihrer Einführung in 2004 hatte sich die Verweildauer zwischen 1993 und 2003 durchschnittlich von 12,5 auf 8,9 Tage gesenkt. Dennoch zeigen Vergleichsdaten aus dem Jahr 2003, dass in Deutschland im Vergleich mit ähnlichen europäischen Ländern (Großbritannien, Niederlande, Frankreich, Schweiz) nach wie vor die Verweildauer fast am längsten ist, mit 9 Tagen ähnlich wie in der Schweiz. Eine vergleichbare Entwicklung findet sich bei der Bettenzahl, die zwischen 1993 und 2003 zwar um fast 14 % reduziert wurde, aber immer noch "Spitzenreiter" im europäischen Vergleich ist - wie dies in dem Gesundheitsbericht von 2006 bezeichnet wird (Robert Koch-Institut et al., 2006, S. 161, 169).

Entsprechend den demographischen Veränderungen und den medizintechnischen Entwicklungen nahm von 1994 - 2003 in den Krankenhäusern die Altersgruppe der über 75 jährigen PatientInnen um etwa 25% zu (Robert Koch-Institut et al., 2006).

Nachfolgend (Tab. 1) einige Vergleichsdaten über einen relativ kurzen Zeitraum, der nur fünf Jahre umfasst, nämlich von Dezember 2000 bis Dezember 2005 (Statistisches Bundesamt 2001 und 2006):

	2000	2005	Veränderung in %
Anzahl Krankenhäuser	2242	2139	- 4,6 %
Verweildauer (Tage)	9,7	8,6	- 11,3 %
Bettenauslastung (%)	81,9	75,6	- 7,6 %
Hauptamtliche Ärzte (Vollzeitäquivalente)	108 696	121 610	+ 11,9 %
Pflegedienst (Vollzeitäquivalente)	332 269	302 346	- 9 %

Tab. 1: Einige Indikatoren für Veränderungen in Krankenhäusern zwischen 2000 und 2005

In diesem Zeitraum haben die Zahl der Krankenhäuser, die Verweildauer und auch die Bettenauslastung abgenommen. Die Personalsituation hat sich für die beiden wichtigsten Berufsgruppen jedoch unterschiedlich entwickelt: Während die Anzahl der Ärzte in diesen fünf Jahren um fast 12 % zunahm, sank die der Pflegenden um 9 %. Diese Feststellung ist unter ökonomischen Gesichtspunkten bedeutsam, vor allem nachdem durch die Ärztestreiks im vergangenen Jahr und die neuen Tarife im öffentlichen Dienst oder die organisatorische Auslagerung des Pflegepersonals in Service-Gesellschaften der Unterschied in den Gehältern der beiden Berufsgruppen gewachsen ist.

Die Personalveränderungen könnten als Indikator dafür genutzt werden, dass Anforderungen an pflegerische Aufgaben zurückgehen, während die an die Ärzte zunehmen. Sie können jedoch genauso gut als Indikator für das Eintreffen von Befürchtungen auf Seiten der Pflege gelten, nach denen notwendige pflegerische Leistungen unsichtbar bleiben, verdrängt werden und dem Kostendruck zum Opfer fallen könnten (Hunstein 2003, Bartholomeyczik 2002). Dies wird vor allem damit begründet, dass die DRG auf ärztlichen Diagnosen basieren, von denen viele jedoch typischerweise einen sehr unterschiedlichen Pflegeaufwand mit sich bringen können, auch wenn der ärztliche Aufwand ähnlich ist (Fischer 2002, Eberl et al. 2005).

Aufgrund des genannten Wandels befinden sich die Krankenhäuser auf dem Weg zu spezialisierten, oft hoch technisierten Intensivversorgungsinstitutionen mit dem Ziel, die

Patienten so schnell wie möglich wieder zu entlassen. Die Bettenzahl wird verringert, aber die Patienten in den verbleibenden Betten erfordern im Durchschnitt eine ungleich intensivere Pflege und Behandlung als bisher.

Bei den Veränderungen in den Strukturen der Krankenhausversorgung und dem Druck auf Kostensenkungen müssen die Fragen der Aufteilung von Versorgungsaufgaben zwischen Ärzten und Pflegenden neu aufgerollt werden, um nach best möglichen Lösungen für eine Patientenversorgung zu suchen, die auch unter den neuen Rahmenbedingungen umsetzbar sind.

2. Erforderliche Arbeiten zur Krankheitsbewältigung

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitspolitisch beabsichtigte kürzere Verweildauer den Interessen der Patienten grundsätzlich entgegenkommt, denn in der Regel möchten sie auch nicht länger als erforderlich im Krankenhaus bleiben. Außerdem hat ein langer Krankenhausaufenthalt für viele Patienten nachteilige Wirkungen wie der Verlust von Unabhängigkeit, ein erhöhtes Risiko für Infektionen, vermindertes Wohlbefinden und Lebensqualität (Macleod 2006). Nicht nur aus ökonomischen Gründen ist demnach eine verantwortliche Kürzung der Verweildauer ein wichtiges Ziel der Krankenhausbehandlung.

Die kürzere Verweildauer bedeutet jedoch für zunehmend mehr Patienten, dass auch nach der Entlassung weiterhin ein Versorgungsbedarf besteht, wengleich dies nicht in jedem Fall die Inanspruchnahme professioneller Angebote mit sich bringen muss. Zunehmend mehr Patienten im Krankenhaus haben chronische Krankheiten (Robert Koch-Institut et al. 2006), die Alters- und Morbiditätsstruktur verschieben sich, der Anteil Älterer an den Patienten steigt und Multimorbidität nimmt zu (Offermanns 2007). Patienten müssen sich längerfristig mit Aufgaben der Krankheitsbewältigung auseinandersetzen.

Krankheitsbewältigung wird hier im Sinne von Corbin und Strauss (2004) verstanden, die diese analytisch in verschiedene Bestandteile unterteilen: In krankheitsbezogene, alltagsbezogene und biographiebezogene Bewältigungsarbeiten, die mit Steuerungsarbeiten ergänzt werden müssen (Höhmann 2002, Schaeffer 2004).

- Krankheitsbezogene Arbeiten schließen alles ein, was sich auf bestehende oder drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen bezieht mit dem Ziel, ein möglichst hohes Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden und Sicherheit zu verwirklichen. Hierzu können von den Betroffenen und ihren Angehörigen auch professionelle Gesundheitsarbeiter einbezogen werden. Dieser Bereich ist derjenige, der im Krankenhaus durch die Gesamtorganisation gewährleistet wird und auf den sich die meisten Bestrebungen zur Förderung einer Patientenautonomie auch beziehen.
- Für das Leben außerhalb des Krankenhauses greift die so beschriebene Krankheitsbewältigung aber zu kurz, denn sie kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn sie in den Alltag integriert ist. Hierzu sind alltagsbezogene Bewältigungsarbeiten einzusetzen. Sie betreffen das Management aller Abläufe des täglichen Lebens, das vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr als Selbstverständlichkeit funktioniert.
- Biographiebezogene Bewältigungsarbeiten schließen alles ein, was hilft, die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen der Lebenssituation in die Biographie zu integrieren. Genannt werden dabei Identitätsanpassungen und die Konzeption von Selbst und Körper.
- Schließlich gewinnen Steuerungsarbeiten zunehmend an Bedeutung, wenn die Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens sinnvoll genutzt werden sollen und Unterstützungssysteme organisiert werden müssen.

Chronische Krankheiten sind durch Dauerhaftigkeit und Folgeerscheinungen wie z.B. Multimorbidität und Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen gekennzeichnet

(Schaeffer et al. 2000). Außerdem bestehen sie aus wechselnden Abfolgen von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen, zu denen eine Akutbehandlung im Krankenhaus gehören kann. Die Bewältigungsarbeiten beziehen sich auf den gesamten Krankheitsverlauf, der von Corbin und Strauss als Traject (=Verlaufskurve) bezeichnet wird, die Krankheitsbewältigung als Trajectmanagement (Corbin et al. 2004).

In diesem Beitrag werden die Aufgaben der Krankheitsbewältigung jedoch - anders als bei Corbin und Strauss - ausschließlich auf den Krankenhausaufenthalt und dessen Schnittstellen am Beginn und Ende bezogen. Sie beziehen sich außerdem explizit nicht nur auf Personen mit chronischen Krankheiten, sondern auch auf Personen mit einem akuten Krankheitsgeschehen, das zeitlich begrenzt ist, dessen Episode aber mit der Krankenhausentlassung noch nicht beendet ist. Arbeiten zur Krankheitsbewältigung müssen hier sicherstellen, dass die zeitliche Begrenztheit des Krankheitsgeschehens auch erreicht wird, ohne sie besteht das Risiko der Umwandlung in eine chronische Krankheit.

3. Entlassungsfähigkeit als Ziel der Krankenhausversorgung

Weil die Krankenhausversorgung zunehmend nur einen Ausschnitt in einem Krankheitsverlauf darstellt, rückt die Frage in den Vordergrund, nach welchen Kriterien eine Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgen soll. Nach wie vor scheint kaum diskutiert zu werden, was Entlassungsfähigkeit heißt, welche Eigenschaften eine PatientIn nachweisen muss, die entlassungsfähig sein soll (Bartholomeyczik 2002). Zur Überprüfung, ob eine Entlassungsfähigkeit schneller erreicht werden kann und wie gut welche Maßnahmen dafür sind, müsste dieses Outcome erst operationalisiert werden. Die Charakteristika der Entlassungsfähigkeit müssen vor dem Hintergrund nachfolgender Versorgungsmöglichkeiten und dem Zustand vor Aufnahme ins Krankenhaus entwickelt werden. Bei einem alten Patienten, der aus einem Pflegeheim ins Krankenhaus z.B. wegen einer Schenkelhalsfraktur eingewiesen wurde, wird mit größter Wahrscheinlichkeit keine größere Selbständigkeit herzustellen sein als vor der Einweisung ins Krankenhaus. Andererseits muss bei der Entlassung eines nach einer Operation noch bewegungseingeschränkten Patienten die weitere Unterstützung so sicher gestellt sein, dass die vorher vorhandene Mobilität baldigst wieder erreicht werden kann.

Ein großer Mangel des DRG-Entgeltsystems liegt darin, dass es sich auf die Krankenhausversorgung beschränkt und nicht den Krankheitsverlauf als Ganzes betrachtet. Wenngleich versucht wurde, eine zu frühe Entlassung zu sanktionieren, indem das Krankenhaus keine weiteren Mittel für Patienten erhält, die innerhalb einer Frist mit der gleichen Diagnose wieder aufgenommen werden, bleibt die Frage, ob diese Maßnahme greift. Es sieht eher so aus, als würde mit viel Phantasie die Diagnosenfindung im Sinne des Krankenhauses optimiert als über die Kriterien für eine Entlassungsfähigkeit nachgedacht werden.

Entlassungsfähigkeit kann also kein an immer gleich definierten Gesundheitsindikatoren orientierter Standard sein. Sie muss die Selbstpflegefähigkeit, das Selbstmanagement und damit explizit die subjektive Wahrnehmung der PatientIn einbeziehen. Ebenso gibt die Situation vor der Krankenhausaufnahme Auskunft über Möglichkeiten von Selbstständigkeitsförderung. Darüber hinaus sind Informationen über die Umweltbedingungen im Sinne der potentiell erforderlichen Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt für das Urteil über die Entlassungsfähigkeit notwendig.

Zusammengefasst bedeutet dies für die Krankenhausversorgung, dass vorrangig die Entlassungsfähigkeit von Beginn des Krankenhausaufenthalts an als individuelles operationalisiertes Ziel definiert werden muss, und dass sämtliche Bemühungen darauf ausgerichtet sein müssen, für und mit dem Patienten dieses Ziel zu erreichen. Das klingt selbstverständlich, war es doch schon immer das Ziel, Patienten aus dem Krankenhaus

wieder zu entlassen. Es bedeutet aber auch, Patienten und ihre Angehörigen zu Akteuren werden zu lassen, um sie auf ihre Krankheitsbewältigungsarbeiten vorzubereiten und sie darin zu unterstützen. Dies geschieht bisher allgemein in einem völlig unzureichenden Maß, wird im Krankenhaus aber noch mehr vernachlässigt als in der ambulanten Versorgung, weil der Alltag der PatientInnen und ihre damit verbundenen Lebensumstände ausgeklammert sind. Außerdem müssen die Patienten als Nutzer des Gesundheitswesens vielfältige Barrieren überwinden, ist das System doch unüberschaubar, Zugänge gibt es fast nur über Professionelle, meist Ärzte, die die Prozessbegleitung nicht als ihre Kernaufgabe ansehen (Schaeffer 2004). Hiervon sind vulnerable Gruppen besonders stark betroffen (Schaeffer et al. 2006). Auch in der Versorgung von Patienten im Krankenhaus sind viele Berufsgruppen, Abteilungen und Funktionsbereiche beteiligt, deren Zusammenspiel unterschiedlich gut funktionieren kann. Je mehr Beteiligte es gibt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit von Fehlern. Eine große Anzahl von Autoren hat sich mit diesem Thema vor allem im Zusammenhang mit den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Institutionen und Organisationen befasst (Höhmman 2002). Die Komplexität des Krankenhauses als Organisation ist geradezu anfällig für Reibungsverluste zwischen Professionen genauso wie zwischen verschiedenen Funktionsbereichen (www.arbik.de 2007). Die einzelnen Fachgebiete und Funktionsbereiche scheinen "Zentrifugalkräfte" zu entwickeln, jeweils einer eigenen Logik zu folgen und entsprechend auseinander zu treiben (Feuerstein 1993). Insofern kommt nicht nur dem Schnittstellenmanagement, sondern auch der Schnittstellenreduktion und der Prozesssteuerung eine besondere Rolle zu. Bei der Krankenhausversorgung geht es jedoch nicht nur um das Schnittstellenmanagement innerhalb des Hauses, sondern auch um das bei der Aufnahme und der Entlassung.

4. Schlussfolgerungen für Anforderungen an Pflegende

In dem Paradigma, das dem DRG-Entgeltsystem zu Grunde liegt, wird die Krankenhausversorgung vor allem als ärztliche Versorgung gesehen. Ohne Zweifel ist die ärztliche Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus für die PatientInnen vorrangig von Bedeutung. Zu bedenken ist aber, dass eine Krankenhauseinweisung vor allem stattfindet, weil PatientInnen neben der ärztlichen Behandlung umfassende Pflege oder eine ständige Überwachung benötigen, die meist auch durch Pflegende geleistet wird. Ärztliche Behandlungen ohne Pflegenotwendigkeit oder enge Überwachung sind in der Regel auch ambulant durchführbar.

Ärztliche Arbeit im Krankenhaus ist häufig nicht so "ortsgebunden" im Sinne der stationsgebundenen Arbeit wie die der Pflege. Sie ist stärker an bestimmten Aufgaben in einem ärztlich definierten Bereich orientiert, so liegt z.B. die Hauptarbeit der Chirurgen im Operationssaal, die der Internisten neben der stationären Arbeit in Diagnostik-Funktionsbereichen. Hinzu kommt in Krankenhäusern mit ärztlicher Ausbildungsfunktion, dass es eine starke Fluktuation des ärztlichen Personals auf den Stationen gibt. Ärzte können also nur wenig zur Kontinuität der Versorgung beitragen.

Der Umfang erforderlicher pflegerischer Leistungen pro Fall wird mit steigendem Alter der Patienten und damit verbundener Multimorbidität steigen. Darüber hinaus wird der Einsatz der Medizintechnik zunehmen und in diesem Bereich erweiterte Aufgaben auf die Pflege zukommen.

Aus diesen Gründen kommt den Pflegenden in der stationären Krankenhausversorgung eine besondere Bedeutung zu, sie müssen zentrale Aufgaben in der Förderung und Unterstützung der Entlassungsfähigkeit der Patienten und bei der Vermeidung von Reibungsverlusten durch Schnittstellen übernehmen. Ihre Aufgabe muss in der forcierten Förderung der Entlassungsfähigkeit bestehen. Der Begriff "forciert" wird hier in seiner Bedeutung von "mit Nachdruck betreiben" gewählt (Kluge 2002), um auszudrücken, dass das Ziel der Entlassungsfähigkeit der Patienten bei allen Unterschiedlichkeiten der Behandlung und Pflege im Vordergrund aller Bemühungen stehen muss. Inhalt der forcierten

Förderung der Entlassungsfähigkeit muss die Vorbereitung der PatientInnen und Angehörigen auf die bestmögliche Übernahme der Bewältigungsarbeiten darstellen. Sie enthält Aufgaben für Pflegenden, die bereits seit Jahren als "innovative Potenziale und neue Handlungsfelder in der Pflege" (Böckler et al. 2004) diskutiert werden, nämlich Beratung/Information, Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation, Koordination/Vernetzung/Kooperation. Diese Aufgaben werden zwar vor allem im Zusammenhang mit der Entwicklung von Public Health diskutiert, sind allerdings auch auf der Ebene der individuellen Versorgung im Krankenhaus von Bedeutung.

Zuerst ist die **Individuelle Prozesssteuerung** zur Gewährleistung von Kontinuität und Sicherheit der individuellen Versorgung während des Krankenhausaufenthalts zu nennen. Da der Begriff Case Management inzwischen schillernd und für unterschiedlichste Aufgaben benutzt wird, soll er hier vermieden werden. Gemeint ist mit der individuellen Prozesssteuerung die Verantwortlichkeit einer Pflegenden für den gesamten Versorgungsprozess eines Patienten im Krankenhaus, von der Aufnahme bis zur Entlassung verbunden mit entsprechender Steuerungskompetenz. Das Modell des Primary Nursing, zu dem neben den Steuerungsaufgaben auch das Prinzip gehört, wesentliche Teil der erforderlichen professionellen Pflege selbst durchzuführen, ist hier angemessen (Ersner et al. 2000, Manthey 2005). Die verantwortliche Pflegenden plant die Entlassung - natürlich unter Einbeziehung der relevanten Akteure - und lässt sie sich nicht vom behandelnden Arzt mitteilen. Die Steuerung und Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie die letztliche Entscheidung für organisatorische Fragen sollte in einer Hand liegen. Voraussetzung für eine individuelle Prozesssteuerung sind effektive Kooperationen nicht nur zwischen Pflegenden und Ärzten bei der stationären Versorgung, sondern zwischen allen Professionen und deren Behandlungsplänen. Der bisher kaum stattfindende Austausch gerade zwischen ärztlichen und pflegerischen Planungen, aber auch mit anderen therapeutischen Berufen verhindert eine patientenorientierte Steuerung. Die individuelle Prozesssteuerung geht damit über die Anforderungen an das Entlassungsmanagement, wie es im Expertenstandard formuliert ist (DNQP 2004), deutlich hinaus, weil sie nicht nur auf den poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf orientiert ist. Außerdem bestehen ganz wesentliche Aufgaben der steuernden Pflegenden als primäre AnsprechpartnerIn für die PatientIn und in der Koordination aller beteiligten Berufsgruppen. Der Expertenstandard sollte allerdings selbstverständlich in die individuelle Prozesssteuerung integriert sein.

Kontinuität in der individuellen Versorgung kann auch bedeuten, dass einige bisher üblicherweise von Ärzten durchgeführte Behandlungsteile an die Pflegenden übergeben werden, weil Ärzte nicht kontinuierlich anwesend sind, z.B. die Wundversorgung oder auch Injektionen verschiedener Art. Wichtig hierbei ist allerdings, dass derartige Veränderungen der Aufgabenstrukturen nicht dazu dienen, je nach Bedarf Lücken zu füllen. Die Übernahme derartiger Aufgaben durch Pflegenden ist im Sinne einer Kontinuitätssicherung nur sinnvoll, wenn sie entsprechend als pflegerische Aufgabe festgeschrieben und mit einer persönlichen Verantwortungsübernahme, die sich nicht nur auf die Durchführung beschränkt, versehen wird. Dazu gehört also eine Entscheidungskompetenz der Pflegenden, bei der genau definiert werden sollte, was in die therapeutische Verantwortung der Ärzte und was in die pflegetherapeutische Verantwortung fällt.

Die individuelle Prozesssteuerung kann nur gemeinsam mit einer Steuerung der verschiedenen Prozesse im Krankenhaus funktionieren, wie z.B. ein zentrales Patientenmanagement, das auf die individuelle Steuerungsfähigkeit hin ausgerichtet ist. Als Beispiel ist die zentral gesteuerte Terminierung und Bettenbelegung zu nennen, die von einer Pflegenden übernommen werden kann (Plaster 2006).

Empowerment und Patientenedukation: Das Empowerment der Patienten (Sambale 2005) muss Patientenedukation nicht nur im Sinne einer Sachinformation, sondern als zielgerichtetes und planvolles Vorgehen Anleitung und Beratung enthalten (Müller-Mundt et al. 2000, Abt-Zegelin 2003). Beratung ist auch als Teil der Patientenedukation als komplexer

theoretischer Begriff zu verstehen (Engel et al. 2005), der hier aber nicht genauer ausgeführt werden kann. Ziel muss die Befähigung zum Selbstmanagement und zur Selbstpflege sein. "Selbst" spricht hier nicht nur die PatientIn an, sondern auch potentielle Angehörige, d.h. diese sind so früh wie möglich in den Versorgungsprozess einzubeziehen. Empowerment bedeutet vor allem die Stärkung zur Übernahme der Krankheitsbewältigungsaufgaben. Außerdem kann eine Empowerment nur dort gut gelingen, wo es in die individuelle Prozesssteuerung integriert ist.

Ein Teil des Empowerments, insbesondere der Anleitung ist die Befähigung, Medizintechnik - sofern nötig - als einen selbst zu steuernden Anteil im Leben kennen und akzeptieren zu lernen. Zukünftig werden vermehrt Patienten entlassen werden, die weiterer medizinischer Unterstützung zur Therapie benötigen, einfachstes Bsp. ist der Diabetiker mit erforderlichen Insulininjektionen und Blutzuckerkontrolle, aber auch PatientInnen mit Heimbeatmung gehören dazu. Gerade eine komplexere Technik (z.B. Beatmungsgerät) erzeugt meist mehr ein Gefühl der Abhängigkeit als der Beherrschung (Fiedler 2005). PatientInnen oder ihre Angehörigen müssen souverän mit dieser Technik umgehen können. Dazu gehören auch Maßnahmen, die üblicherweise als professionelle angesehen werden, aber durchaus als Selbstmanagement umgesetzt werden können wie z.B. das Katheterisieren der Blase bei Querschnittgelähmten.

Die weitestmögliche Wiederherstellung der körperlichen Selbstständigkeit ist ein wichtiger Teil des körperorientierten Empowerments. Was als selbstverständliche und traditionelle Aufgabe der Pflege klingt, wird leider noch längst nicht in alles Pflegehandeln integriert.

Umsetzbar sind die genannten Aufgabenbereiche nur, wenn das pflegerische Denken und Handeln von der REaktion zur PROaktion gelangt, wenn hermeneutisches Fallverstehen und prognoseorientierte pflegerische Diagnostik im Vordergrund stehen. Auch dies ist eine seit langem geforderte Grundlage pflegerischen Handelns, wird aber erst in Ansätzen umgesetzt (Brühe et al. 2004).

Die geschilderten Maßnahmen bedeuten, dass erweiterte Kompetenzen Pflegender nicht nur organisatorische (Prozesssteuerung), psychosoziale Bereiche (Empowerment, Patientenedukation) betreffen, sondern auch körperorientierte sowie den Umgang mit der Medizintechnik beinhalten müssen.

Aus der Sicht eines Controllers wurden diese Funktionen der Pflege auch bezeichnet als Katalysatorfunktion: Pflege erhält die Energie im Prozess aufrecht und bringt Dinge zur Klärung; Problemlösungsfunktion: Pflege integriert die verschiedenen Aspekte in den Behandlungsprozess und Ausbildungsfunktion: Pflege fördert das Lernen der Patienten, der Pflege und der Organisation (Plaster 2006).

5. Ansprüche und Wirklichkeit

Beratung, Information, Aktivierung und der Aufbau pflegerischer Beziehung sind wichtige Voraussetzungen und Methoden der o.g. Wege zur Entlassungsfähigkeit. Sie werden seit Jahren als zentrale pflegerische Aufgaben thematisiert (Bartholomeyczik 2001). Ein Blick auf empirische Ergebnisse von Studien aus Deutschland, die zumindest partiell Aufschluss über die Situation geben können, legen die Vermutung nahe, dass es hier vor allem um erfolglose Forderungen geht, die in der Praxis kaum Niederschlag gefunden haben.

So zeigt eine Längsschnittuntersuchung von Tätigkeiten Pflegender auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass die Kommunikation Pflegender mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemaßnahme nebenher läuft, in 2003 maximal gut 6 % aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf 2,5 % abnahm (Galatsch et al. 2006). Für Küchen- und Hausarbeit wird im Vergleich dazu mehr als 10% aller Tätigkeiten des Pflegeteams ausgewiesen. In derselben Studie wird ebenfalls

gezeigt, dass patientennahe Tätigkeiten insgesamt abgenommen haben. Dies spricht zumindest nicht für eine vermehrte Arbeit in Richtung Befähigung zur Entlassung, Anleitung und Beratung können nur einen geringen Stellenwert haben.

Das stimmt mit anderen Ergebnissen überein, nach denen Pflegende Beratung im Krankenhaus wenig explizit und gezielt anzugehen scheinen, auch wenn sie sie durchführen. Sie haben sie nicht im Rahmen ihrer Ausbildung erlernt und sind kaum in der Lage, sie professionell durchzuführen (Knelange et al. 2000). Auch einfache Informationsvermittlung wird als unzureichend im Krankenhaus angesehen (Christmann et al. 2004, Luderer et al. 2005).

Wenn Kontinuität und Sicherheit im Behandlungsprozess gefordert werden und dies Pflegende leisten sollen, dann müssen sie professionell Beziehung aufbauen können, auch dies ist eine lange gestellte Forderung (Schröck 1991). Empirische Ergebnisse zeigen jedoch, dass Beziehungsgestaltung Pflegender wenig professionell erfolgt und von spezifischen Situationen und beteiligten Individuen abhängt (Pohlmann 2006).

Wenngleich die frühstmögliche Einbeziehung von Angehörigen wesentlicher Bestandteil der Vorbereitung auf die Entlassung sein sollte, erleben Pflegende die Unterstützung und Betreuung von Angehörigen als störenden Zusatz zu ihrer eigentlichen Arbeit (Kuhlmann 2004). Pflege auf Intensivpflegestationen stellt besondere Herausforderungen dar, wenn die obigen Forderungen umgesetzt werden sollen, denn hier können die Patienten selbst aufgrund der Intensität ihrer Behandlung nur wenig aktiv werden. Dennoch sind sie u.U. sogar besonders stark empfindungsfähig, wichtige Weichen für den weiteren Weg werden gestellt. In diesem Zusammenhang spielen die Angehörigen eine besondere Rolle, sie erhalten teilweise eine existentielle Bedeutung für die PatientInnen (Metzing 2004). Die Angehörigen, die als BesucherInnen die Intensivstation erleben, fühlen sich nicht in pflegerische Arbeit einbezogen.

Die defizitäre Situation hängt sicher nicht nur damit zusammen, dass in der Konzeption von Pflege Empowerment und Gesundheitsförderung mit dem Ziel des Selbstmanagements und der Selbstpflege nicht ernsthaft wahrgenommen werden (Bartholomeyczik 2006b), sondern auch damit, dass diese Methoden umfassender Kompetenzen und damit einer spezifischen Qualifikation bedürfen.

Individuelle Prozesssteuerung wird als wichtiger Bestandteil von klinischen Versorgungspfaden (clinical pathways) beschrieben, die zunehmend für chronisch Kranke entwickelt werden und weit über die Krankenhausversorgung hinausreichen sollen. Nur leider wurden in Deutschland derartige Versorgungspfade in der Regel meist ohne die Integration pflegerischer Expertise entwickelt (Bartoszek 2004) oder allgemein wird die Pflegeperspektive kaum integriert (Hellige et al. 2005). Hier steht wesentliche Entwicklungsarbeit an. Ebenso wird die aktive Rolle der Patienten dort nur am Rande thematisiert.

Meist ausgeblendet wird, dass Patientengruppen unterschiedlichen Risiken ausgesetzt sind. Allem voran ist festzuhalten, dass es eine zunehmende soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen und geschlechtsspezifische Unterschiede gibt (SVR 2005), Tatbestände, die im Pflegebereich erst wenig thematisiert werden. Für die o.g. Maßnahmen heißt dies, die besonders vulnerablen Gruppen, Unterschichtangehörige, MigrantInnen, sehr gezielt und besonders zu fördern. Die Methoden der genannten Fördermaßnahmen des Empowerment und der Patientenedukation, aber auch die Selbstständigkeitsförderung müssen im Hinblick auf die soziale Ungleichheit intensiv überprüft werden. Hinzu kommt, dass die ebenfalls besonders bedürftige ältere Klientel anders angesprochen werden muss als jüngere PatientInnen, in der Regel ist für Ältere mehr Zeit einzuplanen (Best 2001).

Die erforderlichen Kompetenzen der Pflegenden müssen sich nicht nur auf die Förderung von Ressourcen (Bartholomeyczik 2006b) beziehen, die Angehörigenarbeit integrieren, sondern auch die Medizintechnik in den Blick nehmen.

6. Abschließende Überlegungen

Die öffentliche Diskussion über Veränderungen von Aufgabenstrukturen in der stationären Krankenhausversorgung orientiert sich sehr stark an den Fragen der Delegation von Tätigkeiten qualifizierter und damit teurer Professioneller an weniger qualifizierte und damit billigere Berufsgruppen (Job et al. 2006). Hierbei steht eine Hierarchielinie im Vordergrund, die bei Ärzten beginnt, als nächste Stufe die Pflegefachpersonen sieht und in einer dritten Ebene verschiedene Berufsgruppen anspricht, die von Arzthelferinnen über StationsassistentInnen bis zu Angelernten geht. Die notwendigen Veränderungen in der Versorgung von Patienten im Krankenhaus sollten an den Notwendigkeiten für die Patienten ansetzen, wie dies im vorliegenden Beitrag versucht wurde, und nicht daran, wie teure Mitarbeiter Aufgaben delegieren können, um die Gesamtarbeit billiger zu gestalten. Daher ist auch die Frage, ob Pflegenden gerne ärztliche Aufgaben übernehmen wollen und dies als Professionalisierungsschub ansehen, eine im Sinne einer effektiven Versorgung falsch gestellte Frage, auch weil sie berufs- und nicht versorgungsorientiert ist.

Leider gibt es bisher auch keinen Diskurs darüber, welche Aufgaben Ärzte delegieren sollten (z.B. KMA 2005, Bachstein 2005, Job et al. 2006), bzw. warum es gerade die immer wieder genannten Aufgaben der Blutabnahmen und i.v. Injektionen und keine anderen sind wie z.B. die Prozesssteuerung (Ausnahme: Schrappe 2007). Die Vermutung liegt nahe, dass Delegationsaufgaben oft jene sind, die die jeweiligen Berufsgruppen nicht gerne machen. Zusammenfassend ist diese Debatte dadurch gekennzeichnet, dass "erbittert darüber gerungen [wird], dass es zu Verschiebungen kommt, die von Vorteil für die eine oder andere Berufsgruppe sind." Es ist eine Diskussion um "Macht und Einfluss, statt sich darum zu bemühen, die Gesundheitsversorgung besser zu organisieren und umzusetzen." (Schrappe 2007, S. 185).

Wenn Pflegenden, wie hier gefordert, zentrale Steuerungs- und Empowerment-Aufgaben übernehmen sollen, müssen einige Konsequenzen daraus erfolgen:

Pflegepersonal darf nicht aus Kostengründen abgebaut werden. Die derzeitige Strategie, Pflegepersonal in den Krankenhäusern zu reduzieren, verbaut die Umsetzung der erforderlichen individuellen Prozesssteuerung. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass es etliche Aufgaben gibt, die derzeit von qualifizierten Pflegenden durchgeführt werden, aber ebenso gut auch an anders oder weniger qualifizierte übergeben werden können. Dazu gehören viele pflegefremde Aufgaben im Bereich von Administration, Hauswirtschaft und Botendiensten, für die es seit Jahren Veränderungsvorschläge gibt (Bartholomeyczik et al. 1993), die aber immer wieder von Pflegenden durchgeführt werden (Blum 2003, Galatsch et al. 2006). Bei der Personalbemessung muss nach der Erfüllung von Kontinuität und Sicherheit, den Möglichkeiten des Empowerment mit dem Ziel der Entlassungsfähigkeit im Vordergrund stehen.

Dennoch wird es einen Skill-Mix geben müssen, bei dem allerdings mit größter Vorsicht neue Berufsgruppen in die stationäre Krankenhausversorgung integriert werden sollten. Im Vordergrund der Entscheidungen sollte hier die Frage des Schnittstellenmanagements stehen, da jede neue Berufsgruppe neue Schnittstellen mit sich bringt. Von großer Bedeutung ist hierbei die Verteilung der Entscheidungsverantwortung, von deren Klarheit und inhaltlicher Abgestimmtheit die Minimierung von Reibungsverlusten abhängt. Der Skill-Mix besteht aber nicht nur aus Pflegenden, evtl. neuen Helferberufen und angelernten Hilfskräften, sondern auch aus unterschiedlich qualifizierten Pflegenden.

Die immer wieder geforderte Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses Pfleger von einer krankheitsorientierten zu einer gesundheitsorientierten Sichtweise ist nach wie vor nur in Ansätzen vorhanden, die Übernahme persönlicher Verantwortung bereitet nach wie vor Schwierigkeiten (Bartholomeyczik 2006a). Die aktive Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in Entscheidungen und Pläne, die eine gute Informationsbasis auf Seiten der Patienten und Angehörigen voraussetzt, besteht erst in Ansätzen. Der Widerspruch zwischen der geforderten Partizipation von PatientInnen und professioneller Dominanz (Löser-Priester 2005) muss sehr bewusst bearbeitet werden. Ein hermeneutisches Fallverstehen, das Voraussetzung für prognostisches Verstehen und Handeln ist, eine unabdingbare Kompetenz für die "forcierte Unterstützung der Entlassungsfähigkeit", scheint insbesondere mit einer Hochschulqualifikation verbunden zu sein (Brühe et al. 2004). Es ist zu erwarten, dass die neuen grundständigen Bachelorstudiengänge AbsolventInnen hervorbringen, die das geforderte berufliche Selbstverständnis und die erforderlichen Kompetenzen in die Basis der stationären Versorgung einbringen.

Außerdem muss differenzierter reflektiert werden, was derzeit und zunehmend vermehrt von PatientInnen und Angehörigen erwartet werden kann. Das geforderte Empowerment hat Grenzen, der Anspruch an Selbstmanagement und Selbstpflege kann zu einer Überforderung der PatientInnen und der Angehörigen führen. Schließlich handelt es sich zunehmend um ältere Menschen, die darüber hinaus auch krank sind. Nicht alles ist mit den genannten Maßnahmen machbar, es gilt, eine Gratwanderung zwischen Überforderung und Hilflosigkeit erfolgreich zu bewältigen und hier geschlechts- und schichtspezifischen Besonderheiten entgegen zu kommen. Grenzen des Machbaren müssen im Auge behalten werden, notwendige Ergänzungen und professionelle Hilfe müssen in Betracht gezogen werden. Dieses Thema bedarf allerdings eines eigenen und vertieften Diskurses.

Letztlich bleibt als der wichtigste Wunsch, dass die Veränderungen der Krankenversorgung integriert wird in eine allgemeine Veränderung der Versorgung, bei der als wichtiges Stichwort die Ambulantisierung zu nennen ist. Auch hier gibt es ähnliche wesentliche Aufgaben, die im kleineren Bereich das Krankenhaus betreffen, denn auch hier sind Kontinuität, Sicherheit, Schnittstellenmanagement, Empowerment bedeutsame Kriterien, sollen die Veränderungen nicht nur zu Lasten der Patienten gehen.

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. Pflege und Gesellschaft, 7 Sonderausgabe, 103-115.
- Bachstein, E. (2005): Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. Pflege Aktuell, 59, 544-547.
- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Krohwinkel, M., Petsch, M., Schäfer, E., Schulz, B. (1993). *Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen*. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. Pflege Aktuell, 55, 284-287, 344-347, 412-414.
- Bartholomeyczik, S. (2002): Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In S. Kolb, et al., IPPNW (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* Frankfurt am Main: Mabuse, 229-235.
- Bartholomeyczik, S. (2006a): Verantwortung - eine Frage der Professionalität. Mabuse, 31, 51-55.
- Bartholomeyczik, S. (2006b): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. Pflege und Gesellschaft, 11, 210-223.
- Bartoszek, G. (2004): *Interdisziplinäre Versorgungspfade bei Patienten mit Schlaganfall - Darstellung pflegerischer Aufgaben*. unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Witten/Herdecke

- Best, J. T. (2001): Effective teaching for the elderly: back to basics. *Orthopedic Nursing*, 20, 46-52.
- Blum, K. (2003). *Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Böckler, U., Görres, S. (2004). Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Deinstleistungen in der Pflege. *Pflege*, 17, 105-112.
- Brühe, R., Rottländer, R., Theis, S. (2004). Denkstile in der Pflege. *Pflege*, 17, 306-311.
- Christmann, E., Holle, R., Schüssler, D., Beier, J., Dassen, T. (2004): Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegende - Am Beispiel von PatientInnen mit Schlaganfall. *Pflege*, 17, 165-175.
- Corbin, J. M., Strauss, A., L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber, 2. Aufl.
- DNQP (2004). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Eberl, I., Bartholomeyczik, S., Donath, E. (2005): Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege*, 18, 364-372.
- Engel, F., Sickendiek, U. (2005): Beratung - ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft*, 10, 163-171.
- Ersser, S., Tutton, E. (2000): Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Huber.
- Feuerstein, G. (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. In B. Badura, G. Feuerstein, T. Schott (Eds.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (pp. 41-67). Weinheim: Juventa.
- Fiedler, S. (2005): Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität bei heimbeatmeten Erwachsenen und ihre Bedeutung für die Pflege - Eine empirische Literaturanalyse unveröffentlichte Bachelorarbeit, Universität Witten/Herdecke
- Fischer, W. (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Bern: Huber.
- Galatsch, M., Schroller, M. (2006): Erwartungen und Wirklichkeit. Vortrag bei der Tagung "Pflegen trotz DRG", Witten 8.12.06
- Hellige, B., Stemmer, R. (2005): Klinische Behandlungspfade: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung? *Pflege*, 18, 176-186.
- Höhm, U. (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Ed.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*. (pp. 289-428). Hannover: Vincentz.
- Hunstein, D. (2003): Pflegerische vs. Medizinische Aussagen in DRGs. *Pflege und Gesellschaft, Sonderausgabe*, 7, 161-180.
- Job, P., Voigt, H., Leffler, K. (2006): Hohe Übereinstimmung beim "heißen Eisen" Delegation. *Die Schwester Der Pfleger*, 690-694.
- kma (2005). Starke Schwestern. Mehr Kompetenzen. www.kma-online.de, Stand: 28.1.2005.
- Kluge, F. (2002). *Etymologisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter.
- Knelange, C., Schieron, M. (2000): Beratung in der Pflege - als Aufgabe erkannt und professionelle ausgeübt? *Pflege & Gesellschaft*, 5, 4-11.
- Kuhlmann, B. (2004): Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen. *Pflege*, 17, 145-154.
- Löser-Priester, I. (2005): Patientenedukation in der Pflege zwischen professioneller Dominanz und Partizipation. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 42, 26-45.
- Luderer, C., Behrens, J. (2005): Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. *Pflege*, 18, 15-23.
- Macleod, A. (2006): The nursing role in preventing delay in patient discharge. *Nursing Standard*, 21, 43-48.
- Manthey, M. (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber.
- Metzing, S. (2004): Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts auf einer Intensivstation. In A. Abt-Zegelin (Ed.), *Fokus: Intensivpflege*.

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing (pp. 159-217). Hannover: Schlütersche.

Müller-Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S., Brinkhoff, S. (2000): Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege & Gesellschaft*, 5, 42-53.

Offermanns, M., Müller, U. (2007). Welche Krankenhausleistungen werden im Jahr 2010 nachgefragt? *Die Schwester Der Pfleger*, 46, 247-249.

Plaster, T. (2006): Strategische Handlungsoptionen im DRG-System aus Sicht des Krankenhaus-Managements. Vortrag bei der Tagung "Pflegen trotz DRG", Witten 8.12.06

Pohlmann, M. (2006). Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19, 156-162.

Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.

SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Berlin: Deutscher Bundestag.

Sambale, M. (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Hannover: Schlütersche.

Schaeffer, D., Moers, M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderungen für die Pflege. In Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 447-483

Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber.

Schaeffer, D., Ewers, M. (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft*, 11, 197-209.

Schmidt, C., Möller, J. (2007): Katalysatoren des Wandels. In Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer, 3-19

Schrappe, M. (2007): Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben. In Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006, Schwerpunkt: Krankenhaus im Umbruch*. Stuttgart: Schattauer, 177-186

Schröck, R. (1991): Das Beginnen und das Beenden einer Beziehung. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 44, 699-705.

Statistisches Bundesamt (2001): Fachserie 12 Gesundheitswesen. Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2000. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006): Fachserie 12 Gesundheitswesen. Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, 2005. Wiesbaden