

Primary Nursing

Pflege neu organisieren

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Krankenhauslandschaft und mit ihr die Pflege befinden sich in einem tief greifenden Wandlungsprozess. Der wirtschaftliche Druck hat nachweislich zu einem überproportionalen Abbau von Pflegepersonal geführt. Gleichzeitig bringt die zunehmende Leistungsverdichtung aufgrund verkürzter Liegezeiten, die Einführung neuer und häufig komplizierter Behandlungsmethoden sowie die zunehmend vorhandenen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse (z.B. Expertenstandards) eine wachsende Notwendigkeit mit sich, pflegerisches Handeln mit innovativen Ideen zukunftsfähig zu machen.

Aber wie kann das gehen? Auf der Suche nach Rezepten, mit denen diese gewaltigen Anforderungen bewältigt werden können, rückt die Frage nach der richtigen Pflegeorganisation und optimierten Prozessen damit auf Seiten der Pflege das Konzept „Primary Nursing“ nun auch in Deutschland stärker in den Mittelpunkt des Interesses. Die Beiträge in diesem Heft machen deutlich, dass Primary Nursing für den Patienten aber auch für die Weiterentwicklung von Pflege eine große Chance darstellt. Dazu ist es aber unabdingbar, dass bei der Implementierung sowohl der vorhandene Bedarf seitens der Patienten (siehe den Beitrag von Peter Stratmeyer) als auch wesentliche Kriterien über die Ausgestaltung innerhalb dieses Pflegeorganisationsystems (siehe den Beitrag von Christoph Abderhalden) berücksichtigt werden.

Viel Erfolg!
Ihr



Dr. rer. medic. Michael Schulz,
Leiter des Bereichs Pflegeforschung am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Bielefeld



Lerneinheit 2

Patientenorientierte Pflege

Organisationskonzept Primary Nursing S. 02

Anforderungen an patientenorientierte Pflegeorganisation
Im Dienste der Patientenorientierung S. 05

Struktur-, Prozess-, Ergebniskriterien von Primary Nursing
Effektivität messen S. 10



Patientenorientierte Pflege

Organisationkonzept Primary Nursing

von Markus Lotz

Bettenabbau, kürzere Verweildauern, immenser Kostendruck – das ist der Alltag in den Akutkliniken. Das Organisationskonzept Primary Nursing kann helfen, diese Anforderungen zu bewältigen und Pflege patientenorientierter zu gestalten. Aber wie genau sieht dieses Konzept aus?

Die Pflege in Institutionen der stationären und ambulanten Krankenversorgung wird in Deutschland nach unterschiedlichen Organisationsmodellen gestaltet (z. B. Funktionspflege, Bereichspflege, Gruppenpflege). Die verschiedenen Systeme geben Auskunft darüber, wie Pflege in ihren Abläufen geplant, strukturiert und umgesetzt wird, wenngleich die Begriffe oft nicht scharf voneinander abgegrenzt sind. So besagt z. B. der Begriff „Bereichspflege“ nicht zwangsläufig, dass ein höheres Maß an Patientenorientierung umgesetzt wird; die Pflege kann auch in dieser Organisationsform durchaus tätigkeitsorientiert organisiert sein (d. h., eine Pflegefachkraft übernimmt eine Pflegehandlung wie die Vitalzeichenkontrolle bei allen Patienten einer Station).

Seit geraumer Zeit erfreut sich das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing im deutschsprachigen Raum eines wachsenden Interesses, denn das System ist aufgrund der zunehmenden Komplexität von medizinisch-pflegerischen Versorgungseinrichtungen und der Tendenz zu Ökonomisierungsprozessen aus Sicht der Pflege überaus bedeutsam, da es zur Umsetzung patientenorientierter Prinzipien und Arbeitsabläufen wesentliche Elemente beisteuern kann.

Das System wurde in den 60er Jahren von Marie Manthey am University Hospital von Minnesota (USA) eingeführt und ist insbesondere in den angloamerikanischen Ländern (z. B. USA, Großbritannien) schon seit einigen Jahrzehnten in zahlreichen Institutionen verbreitet. Auch in Deutschland wird das Pflegesystem zunehmend als ge-

eignetes Konzept zur Professionalisierung von Pflege und zur Qualitätsentwicklung angesehen.

Prinzip

Primary Nursing unterscheidet sich von den oben genannten tätigkeitsorientierten, arbeitsteiligen Organisationsformen dahingehend, dass jedem Patienten eine Pflegeperson für den Gesamtzeitraum der pflegerischen Versorgung in einer Institution zugeordnet ist.

Ziel. Das übergeordnete Ziel dieses Systems ist es, die Hierarchien abzuflachen und die Transparenz zu erhöhen, indem die Verantwortlichkeit auf eine Person konzentriert wird. Die arbeitsteilige Zerstückelung einzelner Pflegeleistungen soll ebenso überwunden werden wie undurchschaubare

Kommunikationswege zwischen allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Personen.

Schlüsselfigur Primary Nurse

Zentrale Schlüsselfigur ist dabei die so genannte Primary Nurse, die primär verantwortliche Pflegeperson. Jedem Patienten wird zum Zeitpunkt der stationären/ambulanten Aufnahme eine solche Primary Nurse zugeteilt, die bis zur Entlassung bzw. Verlegung/Beendigung des pflegerischen Auftrags die Verantwortung für dessen pflegerische Versorgung trägt.

Durch die Kontinuität der Betreuung ist es der Primary Nurse möglich, eine professionelle Beziehung zum Patienten aufzubauen. Vorteil eines intensiveren Vertrauensverhältnisses ist z. B., dass Belastungsfaktoren wie Angst oder Beunruhigung der Patienten besser erkannt und gemildert werden können. Zudem ist die Pflegeperson durch die kontinuierliche direkte Betreuung eines Patienten besser in der Lage, Pflege- und Behandlungseffekte zu beobachten und nachfolgend zu beurteilen. Dies hat einen günstigen Effekt auf die Pflegequalität sowie die gesamte stationäre Behandlung und Betreuung, denn Veränderungen und Entwicklungen auf Seiten des Patienten können besser erkannt und in Pflege- und Behandlungsleistungen umgesetzt werden.

Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit der Primary Nurse ist eine umfassend erhobene Pflegeanamnese und Informationssammlung, die alle wichtigen Daten des Patienten erfasst und dokumentiert. Auf der Basis dieser Informationen ist es der Primary Nurse möglich, eine aussagekräftige Pflegeprozessplanung zu entwickeln, für deren Einhaltung und Durchführung sie selbst die Verantwortung trägt und die sie mit ihrer Unterschrift in Kraft setzt. Zudem verfügt die Pflegekraft über ein hohes Maß an organisatorischer Autonomie und die Pflicht zur Rechenschaft für ihre „Verordnungen“. Sie ist im Grunde 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen der Woche für die ihr zugeordneten Patienten verantwortlich. Auch während ihrer Abwesenheit muss sie dafür Sorge tragen, dass der von ihr erstellte Pflegeplan durch eine zugeordnete Pflegefachkraft (die Associated Nurse) eingehalten wird.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Primary Nurse besteht in der zeitlichen Koordination der für den Patienten notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pfle-

gerischen Maßnahmen. Sie ist die zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle - auch für die Angehörigen und Bezugspersonen des Patienten - und steht in engem Kontakt mit allen an Pflege und Behandlung beteiligten Personen und Berufsgruppen. Die Pflegekraft ist jedoch nicht nur in ihrer Funktion als „Primärschwester/-pfleger“, sondern gleichzeitig auch als ausführende Person im Auftrag anderer Primary Nurses tätig. Während der Abwesenheit der Primary Nurse übernimmt die Associated Nurse die Pflege im Sinne einer Ausführungsverantwortung nach der Pflegeplanung der Primary Nurse.

Kernelemente

Primary Nursing basiert nach Manthey (2005) somit auf vier tragenden Säulen:

1. Verantwortung. Die Übernahme der pflegerischen Hauptverantwortung für den gesamten Zeitraum des stationären Aufenthaltes/der ambulanten Versorgung der Patienten wird durch eine qualifizierte Pflegefachkraft, die Primary Nurse, gewährleistet. Dies bedeutet eine 24-stündige, sieben Tage in der Woche andauernde Verantwortung der jeweiligen Primary Nurse.

2. Kontinuität. Die Zuteilung der täglichen Pflege erfolgt nach dem Prinzip der fallbezogenen Betreuung. Kontinuität bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die drei Bereiche „Pflegeprozess“, „Beziehungsgestaltung“ und „Personaleinsatzplanung“. Die Primary Nurse ist so häufig im Dienst, dass der Patient regelmäßigen und ohne eklante Lücken direkten Kontakt mit ihr hat. Sie fungiert in diesem Zusammenhang als fester Ansprechpartner für ihre Patienten. Ist die verantwortliche Primary Nurse nicht im Dienst, so berät sich die Associated Nurse im Zweifelsfall (z. B. im Falle der Notwendigkeit, von der Pflegeplanung der verantwortlichen Primary Nurse abweichen zu müssen) mit einer anderen Primary Nurse oder der Stationsleitung.

3. Direkte Kommunikation. Direkte Kommunikation im Pflegesystem Primary Nursing soll eine lückenlose schriftliche und mündliche Vermittlung von Informationen gewährleisten, um Verzerrungen durch Umwege über Dritte und Informationsverlusten entgegenzuwirken. Als zentrale „Schaltstelle“ im interdisziplinären Behandlungsteam übernimmt die Primary Nurse die Zusammenführung der vielfältigen Informationen. Sie informiert, schult und berät den Patienten sowie seine Angehörigen und Bezugspersonen. Eine wichtige Aufgabe der Prima-

ry Nurse besteht in der Koordination und Gestaltung der Kommunikation mit allen an der Pflege und Behandlung beteiligten Personen und Berufsgruppen, wobei der Patient und seine Angehörigen aktiv in den Kommunikations-, Planungs- und Gestaltungsprozess der Behandlung und Pflege eingebunden sind.

4. Pflegeplanender gleich Pflegedurchführender. Die Pflegedurchführung der geplanten Maßnahmen liegt bei der Primary Nurse und - in deren Abwesenheit - bei der Associated Nurse. Um die Qualität und Angemessenheit der pflegerischen Leistungen evaluieren zu können, sollte sich die Primary Nurse so oft wie möglich selbst ein Bild von der Effizienz ihrer „Verordnungen“ machen, indem sie die direkte Pflege selbst durchführt, um damit auch die Beziehung zum Patienten aufrechtzuerhalten. Die Pflegeplanung der Primary Nurse muss von der Associated Nurse und den anderen pflegerischen Mitarbeitern übernommen werden, es sei denn, eine Abweichung von der Pflegeplanung ist zwingend erforderlich.



Belastungsmomente

Nachteile bzw. Belastungsmomente aus der Einführung des Pflegesystems entstehen dann, wenn bestimmte Voraussetzungen, institutionelle Gegebenheiten sowie die Prinzipien des Veränderungsmanagements im Rahmen der notwendigen Organisations- und Personalentwicklung unberücksichtigt bleiben:

- Angst des einzelnen Mitarbeiters durch ein höheres Maß an Transparenz, umfassender Verantwortung und einer Rollenverunsicherung,
- Belastungsmomente durch intensive Beziehung zwischen Primary Nurse und Patient,
- hohe Anforderungen an Kommunikation und Kooperation und Gefahr der Konflikte durch eine neue Hierarchieebene innerhalb der Pflege („Primary Nurse“ versus „Associated Nurse“),
- Konflikte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Probleme verursacht durch die Notwendigkeit der Umstrukturierung organisatorischer Abläufe auch anderer Berufsgruppen),
- hohe Anforderungen an die Organisation der Dienstplangestaltung und an die Personalentwicklung (z. B. zunehmender Bedarf an Fort- und Weiterbildung),
- punktuell gesteigerte Arbeitsbelastung (z. B. durch Umstrukturierungen zu Beginn der Implementierung des Pflegesystems).

Primary Nursing als Konzept kann grundsätzlich in allen Institutionen des Pflege- und Gesundheitswesens als Arbeitsorganisationssystem angewendet werden.

Schlüsselkompetenzen

Patientenorientierung impliziert die professionelle Nähe zum Individuum. Damit sich diese vertrauensvoll und verbindlich entwickeln kann, bedarf es zahlreicher Schlüsselkompetenzen in verschiedenen Bereichen. Manthey (2005) betont, dass die einzigartige Rolle der Pflege im Gesundheitssystem auf dem fortgesetzten Wissen über den Patienten gründet, welches nur die Pflegeperson haben kann, indem sie an allen Ereignissen, die der Patient rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche erfährt, partizipiert. Keiner der anderen in die stationäre Behandlung des Patienten eingebundenen Gesundheitsberufe hat Zugang zu einer solchen Wissensvielfalt. Primary Nursing bündelt all dieses Wissen in einer Person, die sämtliche Aspekte der Versorgung dieses Patienten zusammenführt und koordiniert und es auf diese Weise möglich macht, ihn im Krankenhaus so umfassend persönlich und menschlich zu versorgen.

Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass ein hohes Maß an Anforderungen an die Pflegefachkräfte gestellt wird. Um der besonderen Verantwortung als Primary Nurse gerecht werden zu können, sind besondere Fähigkeiten und Kenntnisse erforder-

lich, die vom Management eines Krankenhauses durch das Angebot von Fort- und Weiterbildung sichergestellt werden sollten. Denkbar ist z. B. eine umfassende Fortbildung zur Primary Nurse (mit einem Unterrichtsstundenumfang von ca. 200 Stunden, verteilt auf ein Kalenderjahr), welche die verschiedenen Kompetenzdimensionen, die zur Ausübung der beruflichen Rolle notwendig sind, berücksichtigt:

- **Fachkompetenzen** dienen dazu, Probleme mit fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten kreativ zu bewerten, einzuordnen und zu lösen. In diesem Zusammenhang sollten den Primary Nurses Fortbildungen zu relevanten Pflegephänomenen (z. B. Schmerzmanagement, Dekubitusprophylaxe) und Pflege Techniken (z. B. Umgang mit Ernährungssonden/PEG) angeboten werden, damit sie ihre pflegerischen Entscheidungen auf eine wissenschaftlich fundierte Basis stellen können.
- **Methodenkompetenzen** sind wichtig, um als Primary Nurse Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch kreativ gestalten zu können und das eigene Vorgehen zu strukturieren. Methodenkompetenz beinhaltet u. a. analytisches Denken, strukturierendes Denken, das Erkennen von Wechselwirkungen und Zusammenhängen, ganzheitliches Denkvermögen, Gefühl für künftige Entwicklungen sowie Kreativität und Innovationsfähigkeit. In diese Kompetenzkategorie fallen beispielsweise Fortbildungen zu den Themen „Effiziente Arbeitsprozessgestaltung“; „Patientenorientierte Pflegeprozessgestaltung“, „Analytisch-diagnostisches Denken im praktischen Pflegealltag“ sowie „Anleitung und Beratung von Patienten und deren Angehörigen“.
- **Sozialkompetenzen** sind erforderlich, um sich selbst organisiert in einer kooperativen Beziehung kommunikativ mit anderen Individuen auseinanderzusetzen. Sozialkompetenzen beinhalten u. a. Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Konfliktlösungsbereitschaft. Fortbildungen aus diesem Bereich sollten sich z. B. mit Themen wie „Professionelle Kommunikation“, „Konfliktmanagement“, „Patientensituation und -bedürfnisse sowie „Kooperation im Team“ befassen.
- **Personale Kompetenz** ist entscheidend für die Bereitschaft zu selbst organisierten Lernprozessen und beinhaltet u. a. die Fähigkeit, Selbstbilder und Einstellungen zu entwickeln und eigene Fähigkeiten zu

entfalten. Wichtig sind ein kongruentes Selbstkonzept, Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit zur kritischen Selbstwahrnehmung sowie ein konstruktiver Umgang mit Unsicherheiten. Hier könnten Fortbildungen wie „Effizientes Selbst- und Zeitmanagement“, „Umgang mit Belastungen und Ängsten im pflegerischen Alltag“ sowie „Gesundheitsförderung“ angeboten werden.

Die aufgeführten Kompetenzen beeinflussen sich wechselseitig und ergeben zusammenführend die notwendige und fundamentale Handlungskompetenz der Primary Nurse.

Infoservice

Autor

Markus Lotz,
Krankenpfleger, Dipl.-Pfleger (FH),
NLP-Lehrtrainer beim Deutschen Verband für Neurolinguistisches Programmieren (DVNLP)

Literatur

Manthey, M.: Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem. Hans Huber, Bern, 2005

Klassische Werk zum Organisationssystem Primary Nursing. Ausgehend von der geschichtlichen Entstehung der modernen Pflege innerhalb eines bürokratisierten Krankenhausbetriebs kommt Marie Manthey zu einer Neubestimmung dessen, was eine humane und professionelle Pflege ausmacht. Sie beschreibt, unter welchen Voraussetzungen Primary Nursing eingeführt werden kann.

Ersser, S., Tutton, E.: Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines Pflegesystems. Hans Huber, Bern 2005

Bücker, T.: Teamorganisation mit Primary Nursing. Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus. Schlütersche, Hannover 2006

Internet

<http://www.chcm.com>

Creative Health Care Management. Informationen über Marie Manthey und Primary Nursing mit link zu „Marie Manthey's Nursing Salon“, ein Forum, in dem sich Pflegepersonen austauschen können.

<http://www.thieme.de/cne/fortbildung/zusatzinfos.html>



Anforderungen an die patientenorientierte Pflegeorganisation

Im Dienste der Patientenorientierung

von Peter Stratmeyer

Die deutsche Pflege ist erfahren mit verheißungsvollen Innovationen. Ob Pflegedokumentation, Pflegeprozess, Pflegestandards, Pflege-theorien und Pflegemodelle. Immer wieder versprochen diese vermeintlichen Lösungen viel: mehr Transparenz, berufliche Aufwertung, Professionalisierung, Nachweis pflegerischer Leistungen und mehr Personal. Nicht viel ist – nach nüchterner Analyse – davon in den letzten Jahrzehnten eingetreten. Denn auch für Pflegeorganisation gilt: erst die Diagnose, dann die Therapie.

Ganzheitspflege, Bereichspflege, Bezugspflege waren gestern, heute gibt es Primary Nursing. Frau Marie Manthey als Begründerin dieses Pflegesystems erreicht mit ihrem hohen Alter in Deutschland mittlerweile Kultstatus. Primary Nursing wohin das Auge blickt: im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege, in der Psychiatrie, in der stationären Altenpflege. Netzwerke haben sich gebildet und Konferenzen werden abgehalten.

Aus der Perspektive eines kritischen Begleiters von betrieblichen Reform- und Reorganisationsprojekten in der Pflege ist Skepsis angebracht, ob Primary Nursing für sich genommen hinreichend Veränderungspotenzial zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegenden und zur höheren Pflegequalität entfalten kann. Wenn man z.B.

an die Anforderungen zur personellen Differenzierung von Primary Nurses und Associated Nurses denkt, ist nicht auszuschließen, dass durch diese Reform neue Probleme entstehen, die es vorher noch gar nicht gegeben hat. Für diese These stehen bereits Reformprojekte in der Pflege Pate.

So hat z.B. die Einführung des Pflegeprozesses zumindest in den ersten beiden Jahrzehnten seiner Einführung den bürokratischen Aufwand der Pflege erhöht, ohne den Nachweis besserer Pflegequalität erbracht zu haben.

Organisationsmaßnahmen – wie auch Primary Nursing – sind weder gut noch schlecht. Wie andere Strukturmaßnahmen schaffen sie Möglichkeiten und Restriktionen, Chancen und Risiken gleichermaßen.

Viel zu oft werden sie allerdings nicht als Instrumente zur Lösung von Problemen und zur Erreichung von Organisationszielen verstanden, sondern zu Organisationszielen umgedeutet. Maßstab zur Erfolgsbeurteilung wird dann, ob und in welchem Umfang das Instrument eingeführt wurde. Organisationsinstrumente haben jedoch Mittelcharakter, um Ziele besser und wirkungsvoller erreichen zu können.

Auf übergeordneter Ebene lassen sich drei abstrakte Zielbereiche identifizieren: Zeit, Kosten und Qualität. Organisationsreformen sind nur dann vertretbar, wenn sie wenigstens eine dieser drei Zielbereiche verbessern helfen, ohne gleichzeitig die beiden anderen wesentlich zu beeinträchtigen. Wenn zwar die Versorgung der Patienten

besser wird, gleichzeitig aber dadurch Kosten entstehen, die nicht refinanziert werden können, so hat man nichts erreicht, aber gleichzeitig viel Schaden an der Motivation von engagierten Pflegekräften angerichtet.

In komplexen Organisationen, in denen die Versorgung in enger Kooperation arbeitsteilig von vielen Akteuren und mehreren Berufsgruppen erbracht wird, muss zudem erwartet werden, dass Organisationsvorhaben in einer systemischen Perspektive geplant und realisiert werden. Systemische Perspektive heißt, den eigenen Arbeitsbereich als Umwelt anderer Teilsysteme zu begreifen – gleichsam sich selber mit den Augen und mit dem Handlungsverständnis der anderen Berufsgruppen zu sehen. Optimierungen eines Bereiches dürfen nicht mit Verschlechterungen eines oder mehrerer anderer Bereiche „erkauft“ werden. Das wäre nicht nur unsolidarisch, sondern würde auch zur Beeinträchtigung der Gesamtleistung der Patientenversorgung führen.

In den weiteren Ausführungen wird daher beispielhaft eine Analyse der Versorgungssituation von Patienten im Krankenhaus vorgenommen. Daraus wird ein Handlungsprofil für Pflegende abgeleitet. Im letzten Schritt wird dann der Frage nachgegangen, welche Anforderungen an die Organisation pflegerischer Arbeit im Kontext einer berufsgruppenübergreifenden Versorgungsperspektive gestellt werden.

Versorgungsanforderungen

Der Vorwurf vieler Gesundheitswissenschaftlicher und auch des Sachverständigenrats der konzertierten Aktion des Gesundheitswesens an das Krankenhaus lautet seit vielen Jahren, dass die Versorgung noch immer am Leitbild der Akutmedizin orientiert ist und auf die besonderen Behandlungs- und Pflegebedürfnisse chronisch Kranker, Mehrfacherkrankter und Alterskrankter viel zu wenig Rücksicht genommen wird (z.B. Sachverständigenrat 2001, 2003). Diese Gruppe macht heute bereits einen Anteil von 80% aller Belegungstage aus und bestimmt eben auch mit zunehmendem Ausbau mikroinvasiver, ambulanter Behandlungsmethoden zukünftig immer mehr den Alltag des Krankenhauses (Schulz u.a., 2004).

Bei dieser Patientengruppe zeigen sich die Grenzen der Wirksamkeit eines ausschließlich kurativen medizinisch orientierten Behandlungsparadigmas. Dieses Leitbild geht zu sehr von den diagnostischen und therapeutischen Machbarkeiten aus und zu wenig

von psychosozialen Folgeproblemen des Lebens mit der Krankheit, von denen ja nicht nur die Patienten, sondern ebenso ihre Familien und Partner betroffen sind.

Ein Krankenhaus, das den Anspruch nach Patientenorientierung erhebt, wird dies v.a. mit ihrem Konzept zur Versorgung chronisch Kranker zu beweisen haben. Es gibt heute keinen ernst zu nehmenden Zweifel daran, dass die Behandlung dieser Menschen neben der medizinischen Therapie auch effektive Beiträge zur psychosozialen Bewältigung der Krankheiten leisten müsste.

Die krankheitsbedingten Lebensrisiken können nicht verhindert, aber durch professionell unterstützende Bewältigungsarbeit reduziert werden. Diese Arbeit ist nicht nur aus humanitären, sondern ebenso aus gesundheitsökonomischen Gründen geboten. In einer Krankheitskostenanalyse bezifferten Volmer und Kielhorn die Kosten der so genannten Non-Compliance in einer Größenordnung von insgesamt 15,8 bis 21 Milliarden DM (Vollmer u. Kielhorn, 1998). Diese Kosten sind vergleichbar mit denen einer großen Volkskrankheit wie der koronaren Herzerkrankung.

Definition Kosten der Non-Compliance. Dies sind prinzipiell vermeidbare Krankheitsfolgekosten, die dadurch entstehen, dass funktionelle Therapieregimes von Patienten nicht aufrechterhalten werden.

Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigung vollzieht sich aus der Perspektive von Patienten in drei vielfältig miteinander verschränkten „Arbeitsprozessen“ (Abb. 1):

- krankheitsbezogene Arbeit,
- Alltagsarbeit,
- biografische Arbeit.

Krankheitsbezogene Arbeit. Es geht darum, z.B. mitunter komplizierte Diätregeln einzuhalten, aufwändige Bewegungsübungen durchzuführen, Drainagen und Wunden zu versorgen, regelmäßige Arztbesuche zu organisieren und dergleichen mehr.

Alltagsarbeit. Dies bedeutet, das herkömmliche Leben von Arbeit und Freizeit unter den ungewohnten, kaum kalkulierbaren, wechselnden Bedingungen des Krankseins mit i.d.R. eingeschränkten Ressourcen immer wieder neu zu arrangieren. Krankheitsbezogene Arbeit und Alltagsarbeit können erheblich kollidieren.

Biografische Arbeit. Sie trägt eher unsichtbaren Charakter. Insbesondere chronisch Kranke haben die große Lebensaufgabe zu

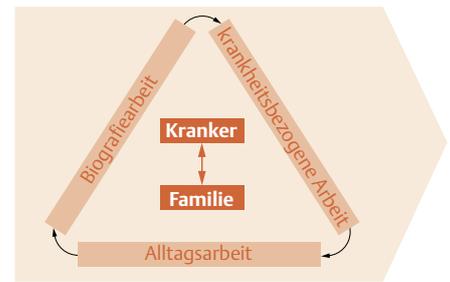


Abb. 1 Arbeitsprozesse der Krankheitsbewältigung

bewältigen, das durch Krankheit desintegrierte Leben wieder zu einem Ganzen zusammenzufügen. Frühere und verlässliche Definitionen der eigenen Körperfunktionen, der Selbstidentität, des Handelns, der Interaktionen mit anderen Menschen müssen immer wieder durch neue ersetzt werden.

Krankheitsverlaufskurve

Die Krankheitsverlaufskurve, die sich im komplexen Wechselspiel zwischen Krankheit, Alltagsbewältigung und familiärer Unterstützung bewegt, muss in die Biografie integriert werden, indem die Konsequenzen für das Leben akzeptiert werden (Corbin u. Strauss, 1988).

Die Patienten sind i.d.R. in soziale Systeme eingeflochten, die ebenfalls Arbeitsbeiträge zur Krankheitsbewältigung zu erbringen haben. Familien haben sich anders zu arrangieren, Rollen sind neu aufzuteilen, Alltagsabläufe und Zeitrhythmen müssen an die krankheits- und pflegebedingten Anforderungen adaptiert werden. Gelingt diese Anpassung nicht oder ist sie unzureichend, sind Resignation, Frustration und Depression nicht selten die Folgen.

Anpassung bedeutet hier für Betroffene und ihre Nächsten eine mitunter über viele Jahre andauernde, immer wieder neu zu aktualisierende Anstrengung, in der die Krankheitsverlaufskurve mehrere Phasen durchläuft (Abb. 2). Sie setzt ein mit dem ersten Auftreten von Symptomen einer Krankheit und dem Zeitpunkt der Mitteilung einer Diagnose. Stabile Phasen, in denen der Krankheitsverlauf mit Hilfe von Therapieprogrammen gut kontrolliert wird, können sich ablösen mit instabilen Phasen.



Abb. 2 Krankheitsverlaufskurve

Hier werden vermehrte Anstrengungen zur Krankheitskontrolle erforderlich. Wenn Symptome akut entgleisen oder lebensbedrohliche Zustände auftreten, wird ein Krankenhausaufenthalt unausweichlich (Corbin u. Strauss, 1998). Bis dahin können schon jahrelange Erfahrungen mit der Krankheit vorliegen, die den Umgang mit Diagnostik, Therapie und Pflege prägen. Pflegenden und Ärzten erscheinen diese Patienten mitunter eigenwillig, unmotiviert oder wenig kooperativ. Letztlich handelt es sich aber um die mitunter sehr schwierigen Anstrengungen, das Kranksein in das Leben einzubauen. Familiennetze können dabei unter starke Belastung geraten, manchmal reißen sie auch.

Ganzheitliche Versorgung

Therapeutische und rehabilitative Bemühungen bleiben dann hinter ihren Möglichkeiten zurück, wenn psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung vernachlässigt werden. Medizin und Pflege im Zeitalter chronischer Krankheiten heißt v.a., Krankheiten im lebensweltlichen und biografischen Kosmos der Patienten zu sehen und ihnen und ihren Familien dabei zu helfen, mit den durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Einschränkungen besser leben zu lernen.

Die Ziele nach Patientenorientierung und ganzheitlicher Versorgung sind nicht neu, sie fehlen heute in keinem Krankenhausleitbild. Damit sie allerdings mehr als unverbindliche Handlungsappelle sind, müssen sie in die Strukturen und Prozesse der Organisation übersetzt werden: in Stellenprofile, Zuständigkeiten, in verbindliche Kommunikationen, in Abläufe, in Rückmeldesysteme und dergleichen mehr.

So lautet die entscheidende Frage an die Pflege heute nicht mehr, was Ärzte zu ihrer Entlastung, Hilfestellung und Gefolgschaft wünschen, sondern was aus der Perspektive eines gleichermaßen patientenorientierten wie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen integrierten Versorgungsprozesses erforderlich ist.

Die Versorgungsstrategien schließen einander nicht aus, gerade bei der Behandlung und Betreuung von chronisch Kranken können alle Strategien eingesetzt werden, z.T. auch zeitlich überlappend (s. Infobox oben). Wie an den Beispielen zu erkennen ist, unterscheidet sich Pflege von der Medizin vor allem darin, dass ihr Handeln nicht auf das Erkennen, Verhüten, Heilen und Lindern von Krankheiten ausgerichtet ist, sondern auf

Berufsübergreifende Strategien in der Gesundheitsversorgung

- In der **Kuration** heilt der Arzt im Operationssaal einen Knochenbruch; während die Pflegekraft den Heilungsprozess durch regelmäßige Wundversorgung unterstützt.
- In der **Rehabilitation** stellt der Arzt bei einem demenziell Erkrankten die Medikation so ein, dass aggressive Verhaltensweisen kontrolliert werden; die Pflegenden sorgen durch validierendes Verhalten dafür, dass dieser Patient am sozialen Leben wieder teilhaben kann.
- In der **palliativen Versorgung** gewährleistet der Arzt durch Medikamente eine größtmögliche Kontrolle belastender Symptome; die Pflegenden sorgen für ein möglichst barrierearmes Umfeld, damit eine optimale Nutzung der noch vorhandenen Ressourcen des Kranken ermöglicht wird.
- In der **Sterbebegleitung** nimmt der Arzt dem Patienten die Schmerzen; die Pflegenden ermutigen und unterstützen Angehörige, den Sterbenden zu begleiten. (Dahlgaard u. Stratmeyer, 2006).

das Kranksein. Sie unterstützt Patienten und ihre Familien darin, eine möglichst hohe Lebensqualität auch unter gesundheitlicher Einschränkung und Pflegeabhängigkeit aufrechtzuerhalten.

Psychosoziale Leistungen als Aufgabe der Pflege

Besonders im angloamerikanischen Raum kommt Pflegenden bei der Unterstützungsarbeit chronisch Kranker daher eine zentrale Rolle zu. Die Berufsgruppe der Pflegenden weist günstige Merkmale auf, die andere so nicht haben:

- Als größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens verfügen Pflegenden über die häufigsten und längsten Klientenkontakte.
- Ihre körpernahe, oftmals intime Tätigkeit erlaubt ihnen intensive und vertrauliche Einblicke in die Lebenswelt von Patienten und ihrer Bezugssysteme.
- Wenn auch bisher in Deutschland kaum als berufliche Kompetenz professionalisiert, ist doch Begleiten, Fördern, Entwickeln, Trösten, Informieren, Beraten tief

im Selbstverständnis und in der Tradition der pflegerischen Arbeit verwurzelt. So gesehen wäre es nahezu eine sträfliche Ressourcenverschwendung, auf diese Potenziale der Pflege in der Gesundheitsversorgung zu verzichten.

Der Pflegeprozess hat sich hierzulande bisher allerdings zu einseitig auf den Bereich der Körperfunktionen konzentriert. Erforderlich ist eine stärkere Orientierung auf psychosoziale Leistungen. Aus den geschilderten Anforderungen lässt sich ein patientenorientiertes Handlungsprofil zur Unterstützung von Patienten und Angehörigen ableiten (s. Infobox, S. 8).

Psychosoziale Interventionen nehmen den Charakter einer Gegenrationalität zu einer einseitig körperbezogenen und vorwiegend technisch orientierten Medizin ein. Komplementäre Arbeitsteilung, so wie wir sie verstehen, bedeutet in diesem Sinne konkret, dass vorrangig Pflegenden die Aufgabe zugewiesen wird, Anwalt dieser psychosozialen Handlungsperspektive zu sein (**Abb. 3**).

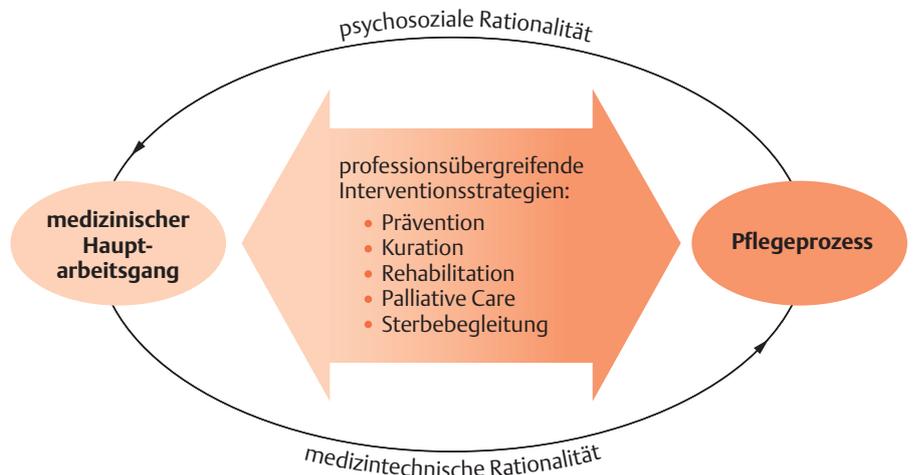


Abb. 3 Komplementäre Handlungslogiken

Patientenorientiertes Handlungsprofil der Pflege

Körperfunktionsorientierte Unterstützung

Zu der körperfunktionsorientierten Unterstützung zählen alle Aufgaben, die vorübergehend oder auf Dauer dazu geeignet sind, verlorene bzw. eingeschränkte Körperfunktionen von Patienten zu substituieren und ein Höchstmaß an körperlicher Funktionalität zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Pflegenden stehen hierfür mittlerweile eine ganze Reihe pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und hinreichend empirisch gesicherter therapeutisch, präventiv und rehabilitativ wirksamer Konzepte zur Verfügung (z.B. Bobath-Konzept, Basale Stimulation, Kinästhetik).

Sozioemotionale Unterstützung

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Bewältigung von gravierenden medizinischen Eingriffen und chronischer Krankheit immer eine erhebliche emotionale und biografische Belastung bedeutet, kommt Pflegenden die Funktion zu, besonderes Verständnis für das Verhalten der Patienten zu entwickeln, ihnen emotionalen Beistand zu leisten sowie offen zu sein für Sorgen, Nöte und Hoffnungslosigkeit. Sie tragen aber auch dazu bei, dass Ärzte und andere berufliche Akteure die besondere Belastungssituation der Patienten und ihr damit verbundenes Verhalten besser nachvollziehen können. Pflegende vermitteln darüber hinaus soziale Unterstützung im Familienverbund z.B. durch die Organisation von Besuchsdiensten. Zur qualifizierten Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen Pflegende über hinreichende kommunikative Kompetenzen verfügen.

Handlungs- und verhaltensorientierte Unterstützung

Patienten und Angehörige müssen unterstützt werden, einen Großteil der krankheits- und pflegebezogenen Aufgaben in eigener Regie unter den Bedingungen der Häuslichkeit und des Alltags nachhaltig zu erfüllen. Insbesondere das untrennbare Konglomerat von individuell erlebter Lebensqualität, alltäglichen Handlungsverpflichtungen, persönlicher Motivation und eigenen Überzeugungen, Zutrauen in eigene Bewältigungskompetenzen erfordert, dass Patienten bei der Identifikation und Durchsetzung ihrer selbstbestimmten Handlungsziele unterstützt werden (Empowerment). Diese Aufgabe geht oftmals weit über das bloße Informieren und Anleiten bezüglich medizinischer und pflegerischer Sachverhalte hinaus. Pflegenden stehen hierfür spezifische Konzepte der Patienten- bzw. Angehörigen-schulung und -beratung zur Verfügung.

Medizin und Pflege als integrierter Versorgungsprozess

Medizin und Pflege müssen komplementär zu einem integrierten patientenorientierten Versorgungsprozess verschmolzen werden. Dabei kommt es darauf an, dass beide den jeweils anderen Handlungsbeitrag bei der Patientenversorgung einzuschätzen wissen und bereits bei der eigenen Handlungsplanung den komplementären Bereich mitdenken können: So weiß z.B. die Pflegende um die Bedeutung der Medikamenteneinnahme für den Erfolg der Therapie und um die Dringlichkeit der Röntgenuntersuchung zur

Sicherstellung der Diagnose und richtet ihr Handeln darauf aus. Der Arzt ist informiert über die Selbstversorgungsbedürfnisse des Patienten und die häuslichen Versorgungsprobleme und stellt sein Therapiekonzept darauf ab.

Insbesondere bei Patienten mit komplexeren Problemen reicht dieses „mitdenkende“ Handlungskonzept allerdings nicht aus. Erforderlich werden ein aktiver Austausch und eine verbindliche Handlungsvereinbarung. Hierfür sind geeignete Kooperationsformen wie interdisziplinäre Visite oder Fallbesprechung zu schaffen.

Das Grundkonzept komplementärer Leistungsbeiträge von Pflege und Medizin darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Patienten zur Sicherstellung von Diagnostik und Therapie ins Krankenhaus i.S. eines medizinischen Hauptarbeitsgangs kommen und Ärzten die Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung übertragen ist. Beide Berufsgruppen sind mit ihren jeweiligen Leistungsbeiträgen daher zwar durchaus gleichwertig, nicht jedoch gleichberechtigt. Vielmehr kommt dem ärztlichen Beruf die Rolle einer Leitprofession zu, die durch das Krankenversorgungsrecht, aber auch durch

Beispiele zum Management des Behandlungsprozesses

- Die Pflegende initiiert oder führt ohne Rücksprache routinemäßig geplante Untersuchungen aus (Standarduntersuchungen), koordiniert sie und stellt ihre Durchführung sicher. Auf dieser Grundlage ist sie verantwortlich, patientenbezogen medizinisch-pflegerisch koordinierte Tagesplanungen zu erstellen.
- Die Pflegende überwacht den Behandlungsprozess insgesamt. Hierzu gehören Aufgaben wie Terminüberwachung von Untersuchungen, Eingangskontrolle von Befunden, grobe Plausibilitätsprüfung von ärztlichen Anordnungen, Information der Ärzte bei auffälligem Patientenverhalten, grob pathologischen Befunden, u. Ä.
- Die Pflegende moderiert den Übergang in die ambulante bzw. stationäre Anschlussversorgung. Zur Übernahme des Entlassungsmanagements gehören gute Kenntnisse der häuslichen und ambulanten Bedingungen und mobilisierbarer Unterstützungsressourcen, das frühzeitige Einbeziehen des Sozialdienstes, ggf. Kontaktaufnahme mit externen Pflegediensten, die Abstimmung pflegerischer Hilfebedarfe, Entlassungsgespräche und Bereitstellung geeigneter Informationsträger.
- Perspektivisch sollten – wie in anderen Ländern üblich – auch Teile des ärztlichen Behandlungsprogramms von Pflegenden eigenverantwortlich übernommen werden, sofern hierfür kein spezifischer medizinwissenschaftlicher Sachverstand erforderlich ist. Zu denken ist hier an die Weiterbehandlung eines bekannten Diabetes mellitus als Nebendiagnose oder das selbstständige Schmerzmanagement innerhalb eines vom Arzt vorgegebenen Behandlungsrahmens.

die Rechtsprechung sanktioniert ist. Neben den eigenen Aufgaben im Pflegeprozess haben Pflegende auch Aufgaben zu übernehmen, die sich unmittelbar aus dem ärztlichen Aufgabenbereich ableiten und an Pflegende delegiert werden. Dabei handelt es sich zum einen um Assistenzaufgaben wie Hilfestellungen bei Punktionen, Gabe von Medikamenten, Blutentnahmen. Zum anderen handelt es sich aber auch um umfänglichere Managementfunktionen, die zur Sicherstellung des gesamten integrierten Versorgungsprozesses übernommen werden (Dahlgaard u. Stratmeyer, 2006) (**Abb. 4**).

Das bio-psycho-soziale Modell der Patientenversorgung einerseits und die verantwortliche Übernahme der notwendigen Koordination, Integration und Steuerung des Diagnostik-, Therapie- und Pflegeprozesses zu einem widerspruchsfreien Gesamtversorgungsprozess andererseits stellen besondere Anforderungen an den Pflegedienst:

- Die patientenbezogenen Zuständigkeiten der Pflegenden müssen gegenüber Patienten, Angehörigen, Ärzten und allen anderen an der Versorgung Beteiligten eindeutig zugewiesen und geregelt sein.
- Die jeweils zuständigen Pflegekräfte dienen als feste Ansprechpartner und Informationszentralen in allen patientenbezogenen Belangen und werden auch in die wesentlichen patientenbezogenen Informationsprozesse einbezogen. Hierzu bedarf es der kontinuierlichen Präsenz zu der Zeit, in der die wesentlichen Kernprozesse ablaufen.
- Die jeweils zuständige Pflegekraft ist umfassend und v.a. aktuell informiert über die ihr anvertrauten Patienten und dementsprechend informationspflichtig

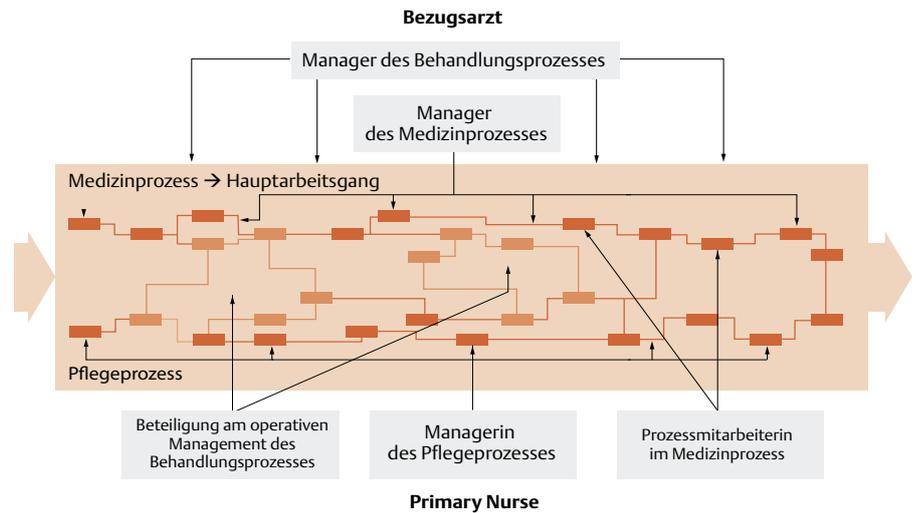


Abb. 4 Strukturansforderungen an eine kooperative Prozessorganisation

und auskunftsfähig. Hierfür ist es notwendig, dass sie hinreichende Kontaktzeiten mit dem Patienten und den Angehörigen hat und auch wesentliche Handlungen selbst erledigt, um einen eigenen Eindruck über die Situation des Patienten zu haben. Ihr Verantwortungsbereich muss hierfür überschaubar sein.

- Der Dynamik der Versorgungsprozesse im Krankenhaus ist es i.d.R. geschuldet, dass die zuständige Pflegekraft schnell auf die Prozesse einwirken kann. Auch hierfür ist eine kontinuierliche Präsenz zu den leistungsintensiven Zeiten erforderlich. Diese Anforderung stellt sich in der Langzeitversorgung natürlich anders als in der Intensivmedizin.
- Die erhöhten Anforderungen an die Patientenversorgung erfordern es, dass nicht mehr alle Pflegenden für diese verantwortungsvollen Funktionen vorgesehen werden können. Es sind daher hierfür die engagiertesten und geeignetsten Pflegekräfte auszuwählen.

Insgesamt lässt sich aus diesen Anforderungen folgende grundsätzliche Notwendigkeit für die Strukturorganisation der Pflege ableiten: Benötigt wird eine dezentrale, möglichst schnittstellenarme Patientenversorgung mit klaren Zuständigkeiten. Wenn Primary Nursing diese Anforderungen erfüllt, ist es ein zukunftsorientiertes geeignetes Pflegeorganisationssystem.



Infoservice

Autor

Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege.

Literatur

Corbin, J. M., Strauss, A. L.: Weiterleben lernen. Chronische Kranke in der Familie. Piper, München 1988
 Corbin, J. M.; Strauss, A. L.: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ull-

stein medical, Wiesbaden 1998
 Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Luchterhand, Neuwied 2006
 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten. Bonn 2000/2001
 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten. Bonn 2003
 Schulz, E. u.a.: Auswirkungen der demogra-

phischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich – Modellberechnung bis zum Jahre 2050. Deutsches Institut für Wirtschaft (Hrsg.): Wochenbericht des DIW Berlin 44/00, www.diw.de
 Vollmer, T., Kielhorn, A.: Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann, F. (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Hogrefe, Göttingen 1998

Internet

<http://www.thieme.de/cne/fortbildung/zusatzinfos.html>



Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing

Effektivität messen

von Christoph Abderhalden

Mit Primary Nursing wird die Pflege professioneller, patientenorientierter, und sowohl Patienten als auch Pflegende sind zufriedener. Wie aber kann man sicherstellen, dass das tatsächlich so ist? Was sind die Merkmale von gutem Primary Nursing? Wie misst man die Qualität von Primary Nursing?

Zu den Merkmalen professioneller Pflege gehört ein systematisches, auf Fachwissen basiertes, ergebnisorientiertes Vorgehen nach dem Pflegeprozess, die Zusammenarbeit mit den Patienten im Rahmen einer reflektierten Beziehung und die Koordination der Pflege mit den Tätigkeiten anderer Helfer. Es besteht in der pflegerischen Fachwelt ein breiter Konsens darüber, dass solcherart professionelles Handeln am besten im Rahmen von patientenorientierten Organisationsformen wie Primary Nursing erreicht werden kann, und es ist gut belegt, dass diese Organisationsform mit höherer Arbeitszufriedenheit verbunden ist als z.B. funktionelle oder Gruppenpflege.

Damit Primary Nursing zu den erwarteten positiven Ergebnissen bei Patienten, Angehörigen, Pflegenden und auch für die Berufsentwicklung führt, muss die Qualität des praktizierten Primary Nursing stimmen.

Eine Qualitätsbestimmung des Pflegesystems Primary Nursing setzt voraus, dass es Kriterien gibt, welche „gutes“ Primary Nursing beschreiben und an denen die Praxis gemessen werden kann.

Es ist nicht ganz einfach, Primary Nursing auf einer konkreten und beobachtbaren Ebene zu beschreiben. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass das Verständnis von Primary Nursing und sein Umsetzungsgrad in der Praxis verschiedener Pflegeinstitutionen

unterschiedlich ist. Unterschiede in der konkreten Umsetzung ergeben sich dabei zwangsläufig schon aus Faktoren wie der Art der gepflegten Patienten, der Verweildauer, der Teamzusammensetzung (Skill- und Grademix) usw.

Es ist außerdem so, dass sich in der Praxis verschiedene Pflegesysteme überlappen, es gibt Mischformen. Primary Nursing lässt sich in der Praxis nicht immer klar abgrenzen von den Pflegesystemen Funktionspflege (task allocation), Patientenzuteilung (patient allocation) und Gruppenpflege (team nursing). In der Forschung erschweren die Unterschiede in der Praxis von Primary Nursing und die Überschneidungen

der Systeme die wissenschaftliche Überprüfung durch vergleichende Studien sehr (Boeckler, 2006; Giovanetti, 1997; Thomas u. Bond, 1991).

Die im Folgenden verwendeten Qualitätskriterien stützen sich auf zwei Quellen: Zum einen auf die Ergebnisse einer deutsch-schweizerisch-österreichischen Arbeitsgruppe zur Evaluation von Pflegesystemen, welche eine große Zahl von bestehenden Evaluationsinstrumenten gesichtet hat und in einem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen zusammenfasst (Abderhalden u.a., 2006; Boeckler, 2006), sowie auf eine breit angelegte Delphi-Studie in der Schweiz, in der sich Fachleute über wichtige Merkmale von Primary Nursing einigten (Needham u. Abderhalden, 2002).

Ein verbreiteter Ansatz bei der Festlegung von Qualitätskriterien ist die Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die entsprechende Formulierung von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (Donabedian, 1966).

Strukturkriterien beschreiben geforderte oder angestrebte organisatorische, personelle und ausstattungsmäßige Rahmenbedingungen. Prozesskriterien beschreiben Abläufe und Handlungen. Ergebniskriterien beschreiben erwartete oder angestrebte Resultate.

Strukturkriterien

Folgende Elemente gehören zu den strukturellen Merkmalen von gutem Primary Nursing.

Rollen- und Aufgabenbeschreibung

Es gibt eine klare Beschreibung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Primary Nurses, evtl. ergänzt mit Angaben über den Zeitraum, in dem bestimmte Einzelaufgaben des Pflegeprozesses erledigt werden müssen. Diese Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung ist interdisziplinär bekannt und akzeptiert.

Zuteilung

Die Zuteilung der Patienten ist klar geregelt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist bekannt, wer Primary Nurse sein wird. Bei regulär geplanten Eintritten wird die Primary Nurse im Voraus bestimmt, bei wieder eintretenden Patienten übernimmt, wenn möglich und therapeutisch-pflegerisch sinnvoll, die „alte“ Primary Nurse erneut die Rolle als Primary Nurse.

Bei der Bestimmung der Primary Nurse wird darauf geachtet, welche Pflegeperson in nächster Zeit im Dienst ist. Die aktuelle

Arbeitsbelastung (Anzahl der Patienten und deren Pflegekomplexität und -intensität, zusätzliche Aufgaben usw.) sowie Kompetenz/Erfahrung der einzelnen Primary Nurses wird bei der Zuteilung berücksichtigt. Bei der Zuteilung von Patienten wird außerdem überlegt, ob aus pflegerisch-therapeutischen Gründen das Geschlecht der Primary Nurse berücksichtigt werden soll. Die Stationsleitung überwacht und koordiniert die Zuteilung der Primary Nurses.

Die Zuteilung erfolgt nicht erst nach einigen Tagen aufgrund einer sich anbahnenden Beziehung oder aufgrund von Sympathie. Weder die Patienten wählen ihre Primary Nurse noch die Primary Nurses ihre Patienten.

Es ist nicht möglich, allgemeinverbindliche Kriterien über die Zahl der Patienten zu formulieren, welche einer Primary Nurse zugeteilt sein sollen, da dies von zu vielen verschiedenen Faktoren abhängt. Ein Merkmal von gutem Primary Nursing ist nur das Vorliegen eines transparenten und rationalen Systems der Zuteilung („was wird beachtet“).

In Ergänzung zum System der Zuteilung der Primary Nurses gibt es ein klares System der Vertretungsregelung. Dieses ist so gestaltet, dass bei Abwesenheiten der Primary Nurse jederzeit klar ist, wer sie vertritt.

Qualitätsdimensionen

Struktur

Hierzu gehören z.B.:

- Organisation
- Führung
- Ressourcen

Prozess

Hierzu gehören z.B.:

- Aufgaben
- Pflegeprozess
- Beziehung

Ergebnis

Hierzu gehören z.B.:

- Patient
- Angehörige
- Pflegeperson
- Profession



Anforderungsprofil

Zum System des Primary Nursing gehört ein klares Anforderungsprofil an die Primary Nurses. Die Rolle der Primary Nurse kann nicht von Hilfspersonen übernommen werden, d.h., dass die Funktion einer Primary Nurse nur von examinierten Pflegenden übernommen wird.

In vielen Betrieben gelten als weitere Kriterien der Besuch einer Fortbildung über das Pflegesystem und die Aufgaben einer Primary Nurse, ein bestimmtes Maß an Berufserfahrung oder Erfahrung im Fachgebiet (z.B. zwei Jahre) oder eine besondere Motivation. Ob weitere Anforderungen gestellt werden, hängt von den konkreten Umständen ab. Teilzeitarbeitende können z.B. dann die Rolle einer Primary Nurse übernehmen, wenn die Verweildauer der Patienten sehr lang ist und es sich um relativ stabile Zustände handelt, oder wenn sich die (kurzen) Einsätze der Pflegenden mit einer sehr kurzen Verweildauer decken.

Dienst- und Arbeitsplanung

Zu gutem Primary Nursing gehört, dass das System bei der täglichen Arbeitsplanung/Arbeitsverteilung und beim Übergabesystem berücksichtigt wird. Bei der Dienstplanung geht es darum, eine möglichst hohe Kontinuität zu erreichen. Ziel dabei ist, dass die Primary Nurse eines Patienten an möglichst vielen Tagen des Krankenhausaufenthalts des Patienten im Dienst ist.

Bei Patienten mit längerer Verweildauer sollte dieser Wert etwa 50% oder mehr der Pflgetage des Patienten betragen. Bei kurzer Verweildauer sollte er höher, bei sehr kurzer Verweildauer (weniger als fünf Tage) sollte er bei 100% liegen. Mit guter Planung und Zuteilung sollte erreicht werden, dass die Primary Nurse auf jeden Fall in den ersten Tagen der Behandlung sowie in den Tagen vor der Entlassung und am Entlassungstag anwesend ist.

Die tägliche zeitliche Planung pflegerischer Aufgaben und die Planung wichtiger interdisziplinärer Besprechungen und die Anwesenheit der Primary Nurse sollten aufeinander abgestimmt sein.

Rolle und Aufgaben der Stationsleitung

Zur Struktur von gutem Primary Nursing gehört, dass eine zentrale Aufgabe der Stationsleitung die Koordination und Unterstützung der Tätigkeit der Primary Nurses auf ihrer Station ist.

Unterstützung und Schulung

Den Primary Nurses sollte Beratung/Supervision oder Ähnliches zur Verfügung stehen (z.B. die Möglichkeit, zur Pflege ihrer Patienten Pflegeexperten zu konsultieren) und es sollte ein spezielles Anleitungs- bzw. Ausbildungsprogramm für Primary Nurses geben.

Evaluation

Ein Strukturmerkmal von gutem Primary Nursing ist das Vorhandensein eines Konzepts für die laufende Evaluation. Regelmäßig überprüft werden soll einerseits das allgemeine Funktionieren des Systems, andererseits die Arbeit der einzelnen Primary Nurses. Die Evaluation der Arbeit der einzelnen Primary Nurses kann durch regelmäßige Selbstevaluation erfolgen, aber auch im Rahmen von Intervision, Fallbesprechungen und durch die Stationsleitung z.B. im Rahmen von Mitarbeitergesprächen.



Prozesskriterien

Die wichtigsten Prozesskriterien bestehen in der Beschreibung der Aufgaben, die in einem gutem Primary-Nursing-System von den Pflegenden übernommen werden. Es besteht Konsens darüber, dass die Primary Nurses folgende Aufgaben haben.

Aufgaben der Primary Nurses im direkten Patientenkontakt

Eine erste und wichtige Aufgabe der Primary Nurse ist die Orientierung ihrer Patienten (und allenfalls der Angehörigen) über das Pflegeorganisationssystem und die Rolle der Primary Nurse, die Art und die Gestaltung der Zusammenarbeit und die Einführung ihrer Patienten ins Stationsleben.

Pflegeprozess. Die Primary Nurse ist grundsätzlich für den Pflegeprozess ihrer Patienten verantwortlich, sie:

- führt die pflegerische Einschätzung (das Pflegeassessment) durch,
- formuliert Pflegeprobleme bzw. stellt die Pflegediagnosen,
- erstellt den Pflegeplan,
- koordiniert den Pflegeplan mit anderen Berufsgruppen,
- ist verantwortlich für regelmäßige schriftliche Evaluationen des Pflegeplans,
- ist verantwortlich für die Dokumentation der Pflege,
- führt die Pflegemaßnahmen wann immer möglich selbst aus,
- arbeitet bei allen Schritten des Pflegeprozesses mit den Patienten zusammen,
- informiert die Patienten über alle Schritte des Pflegeprozesses.

Die Primary Nurse tritt – nach Absprache mit dem Patienten – in Kontakt mit den Angehörigen des Patienten.

Entlassung und Überleitung. Die Primary Nurse ist verantwortlich für pflegerische Anteile der interdisziplinären Entlassungs- bzw. Überleitungsplanung und für den pflegerischen Anteil von Entlassungs- bzw. Verlegungsberichten, evaluiert beim Austritt die Pflege mit dem Patienten zusammen bzw. evaluiert beim Austritt gemeinsam mit dem Patienten die Bezugspflege. Sie nimmt – mit Einverständnis des Patienten und in Absprache mit dem interdisziplinären Team – im Rahmen der Austrittsvorbereitung Kontakt mit nachbetreuenden Stellen auf.

Die Primary Nurse nimmt bei Verlegungen von Patienten einen direkten Vorkontakt auf und informiert – sofern

Wichtige Qualitätskriterien für Primary Nursing

Strukturkriterien

- klare Rollen- und Aufgabenbeschreibung
- klare Regelungen für die Patientenzuteilung
- klares Anforderungsprofil für die Primary Nurses
- auf Kontinuität ausgerichtete Dienst- und Arbeitsplanung
- unterstützende Rolle und Aufgaben der Stationsleitung
- Unterstützung- und Schulungsangebot für Primary Nurses
- Evaluationskonzept

Prozesskriterien

- Aufgaben der Primary Nurses im direkten Patientenkontakt
 - Orientierung der Patienten über das Pflegeorganisationssystem und die Gestaltung der Zusammenarbeit
 - alle Schritte des Pflegeprozesses
 - Kontakt mit den Angehörigen
 - Austrittsvorbereitung
- Intra- und interdisziplinäre Koordinations- und Kommunikationsaufgaben
- aktive Gestaltung der Arbeitsbeziehung mit den Patienten

Ergebniskriterien

- hohe Pflegequalität
- Umsetzung des Pflegeprozesses
- guter Informationsstand der Patienten
- konstruktive Arbeitsbeziehungen mit Patienten
- hohe Zufriedenheit der Patienten
- Autonomie der Patienten
- Einbezug der Angehörigen in die Pflege
- gute interdisziplinäre Zusammenarbeit

der Patient damit einverstanden ist – Personen, die den Patienten vor der Hospitalisation betreut haben.

Koordinations- und Kommunikationsaufgaben

Die Primary Nurse:

- koordiniert die Pflege im interdisziplinären Team und im Pfllegeteam,
- ist verantwortlich für den ihre Patienten betreffenden Informationsfluss,
- nimmt teil an pflegerischen und interdisziplinären Fallbesprechungen, wenn es um ihre Patienten geht,
- koordiniert Termine für Gespräche, Zusammenkünfte usw. zwischen Patienten, deren Angehörigen und anderen Mitgliedern des interdisziplinären Teams,
- ist eine „Informationsdrehscheibe“ mit Blick auf ihre Patienten,
- ist Ansprechperson für Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter usw.

Beziehungsaufgaben

Die Primary Nurse:

- pflegt – wenn sie im Dienst ist – tägliche Kontakte zu ihren Patienten,
- orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten,
- übernimmt im Team eine Art „anwaltschaftliche Interessensvertretung“ für ihre Patienten,
- reflektiert ihre Rolle gegenüber ihren Patienten.

Sie übernimmt die Initiative für die Gestaltung der Beziehung und richtet ihr Engagement (aktiv bis eher passiv) in der Beziehungsgestaltung nach den pflegerisch-therapeutischen Zielen.

Sie macht die Beziehung zwischen ihr und dem Patienten in Gesprächen zum

Thema, besonders im Fall von Störungen der Zusammenarbeit.

Ergebniskriterien

Von Primary Nursing insgesamt können – immer im Vergleich mit anderen Pflegesystemen wie Funktions-, Bereichs- oder Gruppenpflege – folgende Ergebnisse erwartet werden:

- Ein besserer Informationsstand der Patienten, eine bessere Arbeitsbeziehung zu den Patienten, mehr Vertrauen von Seiten der Patienten, größere Zufriedenheit der Patienten, höhere Autonomie und Selbstversorgungsfähigkeit der Patienten.
- Ein besserer Einbezug der Angehörigen in die Pflege.
- Eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Eine höhere Pflegequalität, eine bessere Umsetzung des Pflegeprozesses.
- Unter Umständen eine Verkürzung der Verweildauer.
- Eine höhere Arbeits- und Berufszufriedenheit bei den Pflegenden, vermehrter Einfluss der Pflege auf die Gesamtbehandlung, höhere Autonomie in der Berufsausübung, persönliche Entwicklung in der Arbeit.
- Ein höherer Berufsstatus der Pflege, eine Stärkung der beruflichen Identität.

Auf einer tieferen Abstraktionsebene können als Ergebnisse von Primary Nursing auch unmittelbare Ergebnisse einzelner Prozesse aufgefasst werden.

»**Beispiel.** Das Prozesskriterium „Eine erste und wichtige Aufgabe der Primary Nurse ist die Orientierung ihrer Patienten (und allenfalls der Angehörigen) über das Pflegeorganisationssystem und die Rolle der Primary

Nurse“ sollte zu folgenden Ergebnissen (Prozessergebnisse, Minioutcomes) führen:

1. Der Patient weiß, dass er eine Bezugsperson hat,
2. Der Patient, wer das ist,
3. Der Patient weiß, wofür die Primar Nurse zuständig ist.«

Qualität von Primary Nursing evaluieren

Man kann zwei Formen von Evaluation unterscheiden:

- laufende, eher informelle (formative) Evaluation im Alltag,
- formelle (summative) Evaluationen.

Formative Evaluation. Sie dient dazu, im Arbeitsalltag immer wieder das Funktionieren von Primary Nursing zu besprechen und zu reflektieren. Sie geschieht gemeinsam im Team, individuell als Primary Nurse, im Kontakt mit andern Berufsgruppen und vor allem auch im Gespräch mit Patienten und Angehörigen. Formative Evaluationen bestehen i.d.R. vorwiegend aus Selbsteinschätzungen der Beteiligten und dem Erfassen des subjektiven Erlebens der Beteiligten, aus dem Einholen von Feedback.

Formelle Evaluationen. Sie bestehen aus systematischer Erhebung und Auswertung von Daten und der systematischen Beurteilung, inwieweit die untersuchte Praxis den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien entspricht. Summative Evaluationen bestehen i.d.R. aus Fremdeinschätzungen, es werden standardisierte Erhebungsmethoden verwendet, und das Ziel ist, möglichst objektive und vergleichbare Information zu gewinnen.

Laufende formative Evaluation

Primary Nurses können ihre eigene Arbeit im Alltag durch folgende Fragen selbst überprüfen (Beispiele):

Fragen zu den Strukturkriterien im Bereich „Rollen-/Aufgabenbeschreibung“:

- Ist mir meine Rolle klar?
- Sind mir meine Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten klar?

Fragen zu den Strukturkriterien im Bereich „Zuteilung“:

- Stimmt die Zuteilung der Patienten für mich?
- Stimmt die Arbeitsbelastung?
- Gibt es Patienten, bei deren Pflege ich aufgrund mangelnder Erfahrung/Fachkompetenz Schwierigkeiten habe?
- Klappt die Vertretungsregelung?
- Klappt die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Kolleginnen, die mich vertreten?
- Kann ich mich darauf verlassen, dass in meiner Abwesenheit meine Patienten im Sinne der von mir erstellen Pläne gepflegt werden?
- Werde ich von meinen Vertreterinnen gut informiert über das Geschehen in meiner Abwesenheit?
- Sind die Patienten und meine anderen Partner in der Arbeit über die Vertretungsregelung genügend informiert?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich „Aufgaben im direkten Patientenkontakt“:

- Wie gut gelingt es mir, meinen Patienten meine besondere Rolle und meine Aufgaben als Primary Nurse zu erklären?
- Wie gut ist die Zusammenarbeit mit den Patienten bei den Schritten des Pflegeprozesses?
- Fühlen sich meine Patienten einbezogen?
- Wie gut sind sie über die von mir formulierten Pflegeprobleme/-diagnosen und -pläne informiert?
- Können sich meine Kolleginnen aufgrund meiner Dokumentation ein gutes Bild meiner Patienten machen?
- Werden die von mir festgelegten Pflegepläne von meinen Kolleginnen respektiert?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich „Koordinations- und Kommunikationsaufgaben“:

- Kennen die für meine Patienten zuständigen Ärzte und Therapeuten meine Rolle und Aufgaben?
- Wenden sie sich mit Fragen/Anliegen zu meinen Patienten direkt an mich?

- Wie gut klappt der direkte Informationsaustausch zwischen mir und den für meine Patienten zuständigen Ärzten und Therapeuten?
- Bin ich bei wichtigen Besprechungen über meine Patienten dabei (z.B. wenn es um die Entlassungsvorbereitung geht)?
- Kommt es vor, dass meine Patienten von mir und meinen interdisziplinären Partnern widersprüchliche Informationen erhalten?

Fragen zu den Prozesskriterien im Bereich „Beziehung“:

- Haben meine Patienten den Eindruck, dass ich ihre Bedürfnisse genügend berücksichtige?
- Wenden sich meine Patienten mit wichtigen Fragen, Anliegen direkt an mich?
- Wie bringe ich in Erfahrung, wie die Patienten die Zusammenarbeit mit mir als Primary Nurse erleben?
- Wie äußern sich meine Patienten beim Abschlussgespräch vor der Entlassung darüber, wie sie mein Primary Nursing erlebt haben?
- Was finden sie gut, was könnte nach Ansicht der Patienten verbessert werden?

Formelle summative Evaluation

Im Rahmen von formellen summativen Evaluationen geht es darum, „objektive“ Anhaltspunkte für eine gute Umsetzung von Primary Nursing zu finden. Es geht dabei

Informationsquellen und Erhebungsmethoden

Mögliche Informationsquellen

- Patienten
- Pflegende
- Vorgesetzte
- Angehörige
- Ärzte
- Therapeuten, Sozialarbeiter
- Stationskonzepte
- Konzepte, Regelungen zu Primary Nursing
- Patientendokumentationen
- Dienstpläne

Erhebungsmethoden

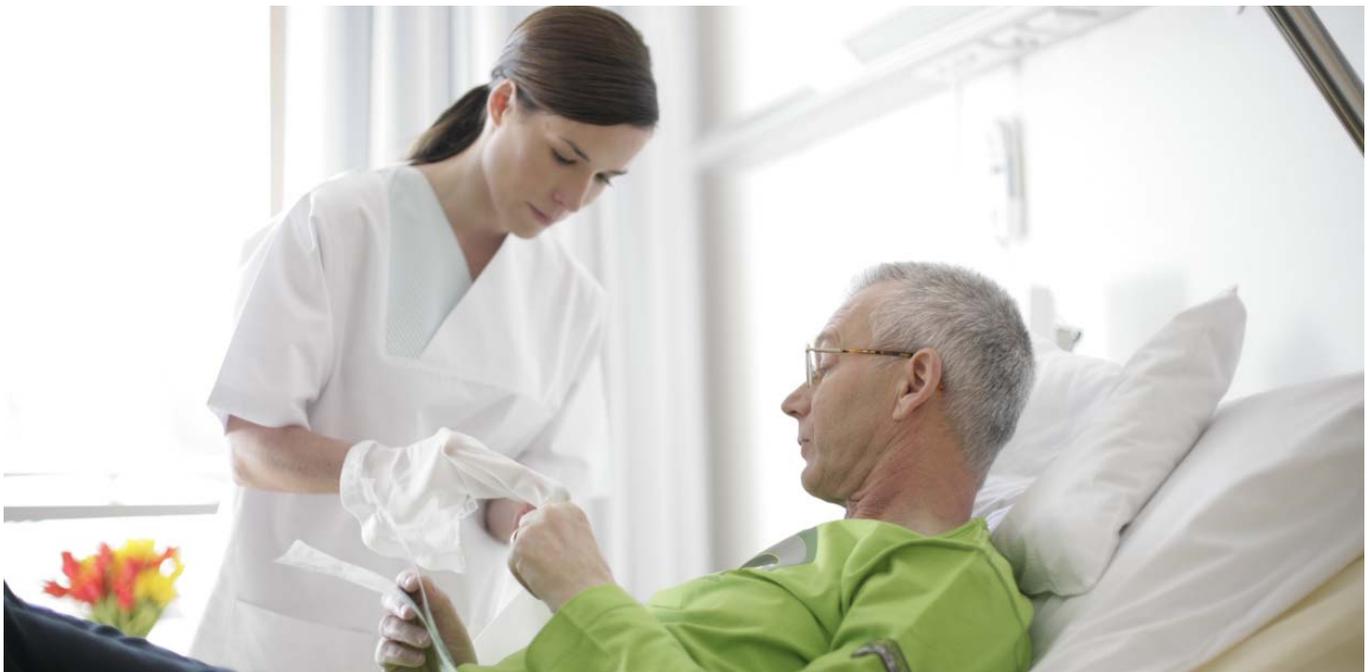
- schriftliche Befragungen
- mündliche Befragungen
- Beobachtungen im Stationsalltag
- Dokumentenanalysen
- Dienstplananalysen

weniger darum, was auf Papier geplant oder als Konzept definiert ist, sondern darum, ob die Umsetzung im Alltag sichtbar, wahrnehmbar ist. Gutes Primary Nursing zeigt sich in verschiedensten Aspekten des Pflegealltags, und entsprechend müssen bei einer systematischen Evaluation von Primary Nursing verschiedene Informationsquellen und Erhebungsmethoden berücksichtigt und kombiniert werden.

Eine zentrale Frage ist, ob das System von Patienten und von interdisziplinären Partnern der Pflege wahrgenommen wird und wie es erlebt wird. Dabei geht es darum, zu prüfen, ob das System so kommuniziert wird, dass es die angesprochenen Personen verstehen.

Befragungen von Patienten. Sie können z.B. folgende Fragen enthalten:

- Gibt es jemanden unter den Schwestern und Pflégern, der speziell für Sie zuständig ist? (Wie heißt diese Person? [Wird sie Primary Nurse genannt?])
- Welches sind die Aufgaben Ihrer Primary Nurse? (Beschreiben lassen)
- Werden Sie von der Primary Nurse ausreichend in Entscheidungen einbezogen?
- Haben Sie an jedem Tag, an dem Ihre Primary Nurse arbeitet, mindestens einen kurzen Kontakt mit ihr?
- Informiert Sie Ihre Primary Nurse, wenn sie mehr als drei Tage abwesend ist, wer für Sie zuständig ist in ihrer Abwesenheit?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, Ihre Probleme zu erkennen?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?
- Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihre Primary Nurse bemüht, Lösungen für Ihre Probleme zu finden?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Primary Nurse Sie genügend informiert über alles, was die Behandlung hier auf der Station anbetrifft?
- Wann hat das letzte längere Gespräch mit Ihrer Primary Nurse stattgefunden? Ist ein nächster Gesprächstermin mit Ihrer Primary Nurse vereinbart?
- Die Primary Nurse muss für Sie einen Pflegeplan erstellen. Wurden Sie von Ihrer Primary Nurse genügend informiert über Ihren Pflegeplan?
- Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Betreuer (Arzt, Primary Nurse, Sozialarbeiter, Ergotherapeut usw.) in Bezug auf Ihre Behandlung gut



zusammenarbeiten?

- Erhalten Sie von Ihrer Primary Nurse und anderen Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen?

Dokumentenanalyse. In der Patientendokumentation sollte die besondere Aufgabe und Verantwortung der Primary Nurse sichtbar sein. In Dokumentenanalysen kann z.B. unter Verwendung der Handzeichenliste geprüft werden, ob es Eintragungen gibt über Gespräche der Primary Nurse mit ihren Patienten und ob die Mehrzahl der Eintragungen zum Pflegeprozess (Assessment, Planung, Berichte/Evaluation) von der Primary Nurse stammen. Da die Verantwortung für den Pflegeprozess der zugeteilten

Patienten die zentrale Aufgabe von Primary Nurses ist, ist die Prüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation des Pflegeprozesses ein wichtiges Element der Evaluation von Primary Nursing.

Befragungen von Ärzten/Therapeuten. Ärzte oder andere Therapeuten können in Bezug auf einzelne Patienten nach dem Namen der zuständigen Primary Nurse befragt werden (den sie in einem gut funktionierenden Primary Nursing und bei guter Zusammenarbeit kennen sollten). Sie sollten beschreiben können, wofür die Primary Nurse verantwortlich ist. Sie können gefragt werden, ob diese Primary Nurse ihre Arbeit

gut mit ihnen als zuständigem Arzt koordiniert oder ob es oft zu Doppelspurigkeiten, Missverständnissen, widersprüchlicher Information der Patienten kommt.

Befragungen von Primary Nurses. Primary Nurses können über die von ihnen wahrgenommene Autonomie und Entscheidungsbefugnis bei der Pflege der ihnen zugeteilten Patienten befragt werden, darüber, ob sie bei Bedarf genügend Unterstützung erhalten, wie sie die Zusammenarbeit zwischen sich und ihren Vertretungen erleben, ob sie in ihrer Rolle als Primary Nurse pflegerische Aspekte in genügendem Ausmaß in die interdisziplinäre Zusammenarbeit einbringen können.

Infoservice

Autor

Christoph Abderhalden, Dipl.-Pflegefachmann Psychiatrie, Lehrer für Pflegeberufe, Pflegeexperte und Pflegewissenschaftler, Leiter der Forschungsstelle Pflege und Pädagogik in den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern.

Literatur

Abderhalden, C. u.a.: Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *PrInterNet* 7 (2006) 420–424
 Boeckler, U.: Primary Nursing einfach evaluieren? *PrInterNet* 7 (2006) 404–419
 Bowers, L.: The significance of primary nursing. *Journal of Advanced Nursing* 14 (1989) 13–19

Büssing, A.: Neue Entwicklungen in der Krankenpflege: Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen 1997

Donabedian, A.: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (1966) 166–206
 Ersser, S., Tutton, E.: Primary nursing: Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Hans Huber, Bern 2000
 Giovanetti, P.: Gruppen- oder Einzelverantwortung in der Krankenpflege: Besteht ein Unterschied in der Qualität der Pflege? In:

Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (Hrsg.): Beurteilung der Pflegequalität: Referate der 4. Tagung über Forschung in der Krankenpflege des Schweizer Berufsverbands der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK). SBK, Bern 1987

Manthey, M.: Primary Nursing, ein personenbezogenes Pflegesystem. Hans Huber, Bern 2005
 Marram, G. u.a.: Primary Nursing. C.V. Mosby, St. Louis MO 1979
 Needham, I., Abderhalden, C.: Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. *Psych Pflege heute* 8 (2002) 189–193
 Thomas, LH., Bond, S.: Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *Int J Nurs Stud* 28 (1991) 291–314

Fragebogen – Pflege neu organisieren



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Nur eine Antwort ist jeweils richtig. Wenn Sie 7 der 10 Fragen richtig beantwortet haben, erhalten Sie 3 CNE-Fortbildungspunkte. Im Heft finden Sie einen Antwortbogen, in den Sie die Antworten aller Lerneinheiten dieser Ausgabe einfügen können. Sie können die Fragen auch **online** beantworten: <http://thieme.de/cne/fortbildung/fragebogen.php>

- 01** Um Aussagen zur Effektivität von Primary Nursing treffen zu können, wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterschieden. Welches der folgenden Kriterien ist kein Strukturkriterium?
- A Klare Rollen- und Aufgabenbeschreibung
 - B Klare Regelung für die Patientenzuteilung
 - C Auf Kontinuität ausgerichtete Dienst- und Arbeitsplanung
 - D Kontakt mit den Angehörigen
 - E Unterstützungs- und Schulungsangebot für Primary Nurses
- 02** Die Kosten der Non-Compliance wurden im Jahre 1998 angegeben mit:
- A 1,8 bis 3 Mio. DM
 - B 15,8 bis 21 Milliarden DM
 - C 90 bis 97 Mio. DM
 - D 100.000.000 Euro
 - E 4,8 bis 6 Milliarden DM
- 03** Für welches der folgenden Pflegeorganisationsmodelle ist am deutlichsten eine dezentrale Verantwortung charakteristisch?
- A Funktionspflege
 - B Bereichspflege
 - C Primary Nursing
 - D Gruppenpflege
 - E Tagespflege
- 04** Mit dem Organisationsmodell Primary Nursing soll auch auf die veränderten Versorgungsanforderungen im Zeitalter chronischer Erkrankungen reagiert werden. Dazu gehört:
- A Sich stärker am Leitbild der Akutmedizin orientieren
 - B Stärkung eines kurativ medizin-technischen Behandlungsparadigmas
 - C Stärkere Fokussierung auf chronisch kranke Menschen und psychosoziale Folgeprobleme
 - D Verkürzung der Liegezeiten
 - E Abbau von Pflegestellen
- 05** Das Pflegeorganisationsmodell Primary Nursing wurde in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts in Amerika entwickelt. Dabei wird die Entwicklung des Modells im Wesentlichen einer Person zugeschrieben. Ihr Name ist:
- A Florence Nightingale
 - B Christoph Abderhalden
 - C Juliet Corbin
 - D Marie Manthey
 - E Nancy Roper
- 06** Welches der folgenden Elemente ist **keines** der Kernelemente von Primary Nursing?
- A Pflegeplanender ist gleich Pflegedurchführender
 - B Stationsleitung ist für den Arzt der wichtigste Informationspool
 - C Direkte Kommunikation
 - D Kontinuität
 - E Verantwortung
- 07** Welche Aussage ist richtig?
- A Die Rolle der Primary Nurse kann auch von einer Hilfsperson übernommen werden.
 - B Die Rolle der Primary Nurse kann nur von einer examinierten Pflegekraft übernommen werden.
 - C Die Primary Nurse wird vom Arzt bestimmt.
 - D Alle Mitglieder des Pflegeteams arbeiten zwangsläufig als Primary Nurses.
 - E Teilzeitarbeit ist im Rahmen von Primary Nursing grundsätzlich nicht möglich.
- 08** Welcher der folgenden Begriffe stellt **keine** berufsübergreifende Strategie in der Gesundheitsversorgung dar?
- A Palliative Versorgung
 - B Rehabilitation
 - C Pflegeorganisation
 - D Sterbebegleitung
 - E Kurative Medizin
- 09** Die Primary Nurse ist für mehrere Patienten zuständig. Für die Gestaltung der Beziehung zu den Patienten gilt:
- A Die Primary Nurse tritt nicht direkt mit den Patienten in Beziehung, da sie nur die Pflegepläne entwickelt.
 - B Für die Beziehungsgestaltung ist die Associated Nurse zuständig.
 - C Die Primary Nurse pflegt – wenn sie im Dienst ist – tägliche Kontakte zu ihren Patienten.
 - D Die Beziehungsaufnahme wird von der Stationsleitung angeordnet.
 - E Primary Nursing ist dasselbe wie Beziehungspflege.
- 10** Welche Aussage trifft zu?
- A Als Primary Nurse arbeiten alle Mitarbeiter der Pflege.
 - B Für die Rolle der Primary Nurse sollten die engagiertesten und geeignetsten Pflegekräfte ausgewählt werden.
 - C Bei Primary Nursing wird darauf geachtet, dass alle Mitarbeiter für alle verantwortungsvollen Positionen vorgesehen werden.
 - D Unabhängig vom Aufgabenprofil der Institution (Altenheim, Krankenhaus, ambulante Pflege) funktioniert Primary Nursing immer gleich.
 - E Im Rahmen von Primary Nursing sind Verantwortungsbereiche ähnlich zugeteilt wie in der Funktionspflege.