

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

Umsetzung von Bezugspflege in der ambulanten Pflege - eine empirische Studie

Anett Urban

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG
ISSN 1610-7268

45

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Pflegesysteme	6
3	Primary Nursing	7
4	Durchführung der Studie	8
4.1	Methodischer Aufbau	8
4.2	Stichprobengröße	9
4.3	Ablauf der Befragungen in den einzelnen Einrichtungen	9
5	Auswertung und Ergebnisinterpretation	10
5.1	Gesamtprofil	10
5.2	Ergebnisse der Merkmaldimensionen von IzEP [®]	10
5.2.1	Orientierung an einem Konzept	10
5.3	Verantwortung und Koordination	12
5.3.1	Pflegeprozess	16
5.4	Kommunikation	18
5.5	Rollenverständnis	20
6	Kritische Betrachtung der Ergebnisse	22
7	Abschließende Betrachtung	23
	Literatur	24

Zusammenfassung

In stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ist die Arbeit nach dem Bezugspflegesystem ein wichtiges Kriterium zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI. Hier geht es vor allem um eine »nachvollziehbare schriftlich festgelegte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflegemitarbeitern« und darum, dass Pflegefachkräfte »für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich« sind. Im Vordergrund steht dabei, unter den spezifisch gegebenen personellen Möglichkeiten eine weitestgehend kontinuierliche und umfassende Versorgung eines Pflegebedürftigen durch einen konkrete Pflegekraft zu gewährleisten.

In einer empirischen Studie innerhalb des Bundeslandes Thüringen wurde anhand des Instrumentes zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP[®]) analysiert, inwieweit Bezugspflege in ambulanten Einrichtungen umgesetzt wurde. (Urban, 2008, bisher unveröffentlicht) Dazu wurden in fünf Prozent der ambulanten Pflegeeinrichtungen Thüringens 20 bis 30 leitfadengestützte Interviews unter den Angestellten durchgeführt. Es wurde herausgestellt, welche Pflegesysteme im ambulanten Pflegebereich Anwendung finden und wie

häufig Bezugspflege als eingesetztes Pflegesystem explizit genannt wird. Anhand der fünf Merkmale Pflegekonzeption, Arbeitsorganisation, Pflegeprozess, Kommunikation und Rollenverständnis konnte genau beurteilt werden, bis zu welchem Grad Bezugspflege in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt wird und in welchen Bereichen die Realisierung Schwierigkeiten bereitet.

Das Konzept der Bezugspflege und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden im Vortrag vor- und zur Diskussion gestellt. Dabei wird im Besonderen auf die speziellen strukturellen Besonderheiten ambulanter Pflegedienste eingegangen.

Transposition of Primary Nursing in outpatient care – an empirical study

Abstract

The regulatory requirements according to §80 SGB XI for quality assurance and control demand from stationary and ambulatory nursing facilities that they use primary nursing as their care system. This concerns particularly that a comprehensive assignment of a specific high-maintenance person to a certain attendant is set out in writing and that every caregiver is responsible for the regulation of the provision of care. Notably a continuous and all-embracing maintenance of a person in need of care by one concrete staff member should be ensured within the individually given personnel possibilities.

In an empirical study within the Federal state Thuringia was analyzed in which extent primary nursing is implemented in the care process of home health care services. For that purpose a special instrument was used which measures the implementation on the basis of different criteria (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen – IzEP[®]). During this investigation 20 to 30 manual-supported interviews were accomplished in five percent of all outpatient services of Thuringia. It was pointed out which care systems are used and how frequently primary nursing was assigned explicitly for that. On the basis of five characteristics – care conception, work plan, care process, communication and role perception – was determined exactly up to which degree primary nursing is applied to the ambulatory nursing facilities' care process. It was ascertained which problems occur over the period of implementation.

The concept of primary nursing und the results of the empirical study will be presented in the lecture which enlarges on the specific structural features of home health care services.

Schlagworte

- Ambulante Pflege
 - Pflegesysteme
 - Bezugspflege
 - Bereichspflege
 - Empirische Studie
 - outpatient care
 - care
 - primary nursing
 - Field maintenance
 - an empirical study
-
-

Über die Autorin

Anett Urban, geboren am 13.06.1973 in Berlin, geschieden, zwei Kinder; 1990-1993 Ausbildung zur Kinderkrankenschwester, 2000-2002 Weiterbildung zur Pflegedienstleitung im ambulanten Pflegebereich, seit 2002 Pflegemanagement-Studium an der Hamburger Fern-Hochschule; Seit 1995 im ambulanten Pflegebereich als PFK tätig, Juni 2006 - Dez. 2007 Pflegedienstleiterin eines ambulanten Pflegedienstes, seit Jan. 2008 Diplomzeit - Durchführung der empirischen Studie

1 Einleitung

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung zum angewandten Pflegesystem in ambulanten Pflegediensten im Freistaat Thüringen sagte der weit überwiegende Teil der Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräfte aus, es würde in ihrer Einrichtung nach dem Bezugspflegesystem gearbeitet. Die Studie erfasst mittels des Instruments zur Erfassung von Pflegesystemen (IZEP[®]) den tatsächlichen Umsetzungsgrad von Bezugspflege in Pflegediensten. Hierbei ergaben sich erhebliche Widersprüche, die im Verlauf des Vortrages aufgezeigt werden sollen.

Die Pflegeversicherung geht von einem Konzept der aktivierenden Pflege aus. Der Leitgedanke der Bezugspflege entspricht der in der Qualitätsvereinbarung nach §80 SGB XI geforderten ganzheitlichen Pflege. (vgl. Josuks, 2003, S. 26ff.) Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) fragt in seiner Anleitung zur Qualitätsprüfung nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege in der ambulanten Pflege vom 10. November 2005 explizit, ob die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert ist. Pflegebedürftige sollen demzufolge schriftlich nachvollziehbar konkreten Pflegefachkräften zugeordnet sein, die ihrerseits für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich sind und den Patienten weitestgehend kontinuierlich, individuell und umfassend betreuen.¹

Bei der vollständigen Implementierung der Bezugspflege treten in den meisten Einrichtungen bspw. aufgrund ihrer Arbeitsorganisation und der Patientenstruktur oder wegen eines Mangels an Fachkräften erhebliche Schwierigkeiten auf, die ebenfalls im Verlauf des Vortrages besprochen werden.

Gerade aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten und aufgrund der zunehmenden Komplexität der medizinisch-pflegerischen Versorgung findet in den letzten Jahren Bezugspflege hierzulande vermehrt Zuspruch, denn dieses Pflegesystem kann zur Professionalisierung der Pflege und zur Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen beitragen. (Lotz, M, 2007, S. 2) Es erlaubt es den Pflegefachkräften, einen optimal auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Pflegeprozess zu gestalten; der Patient einschließlich seiner Angehörigen steht im Mittelpunkt der Pflege.

2 Pflegesysteme

Zunächst werden die alternativen Pflegesysteme vorgestellt, die in ambulanten Pflegediensten zum Einsatz kommen. Patienten werden im allgemeinen unter Berücksichtigung einer effizienten Prozessplanung also vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Aspekte in einzelne Touren eingeteilt, wobei zusätzlich auf pflegerische Gesichtspunkte geachtet wird und unter Umständen persönliche Wünsche von Patienten und deren Angehörigen Einfluss nehmen. Es existiert im Idealfall ein Pflege- und Organisationsleitbild, das zur Entscheidung für ein bestimmtes Pflegesystem führt. (vgl. Herold, 1999, S. 472)

¹MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege – 10. November 2005 S. 21 – http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_amb_10112005.pdf. – Stand 28.08.2008

In vielen Pflegesystemen erfolgt die Kommunikation der Patienten, Angehörigen, Ärzte sowie anderer externer Partner vorwiegend über die Pflegedienstleitung des ambulanten Pflegedienstes und nicht über die einzelnen Pflegekräfte. Dazu gehören:

- *Tourenpflege*, bei der die Einteilung der Patienten in Pflegefachkraft- und Pflegehilfskrafttouren erfolgt und eine große Anzahl von Pflegefachkräften für die Betreuung eines Patienten verantwortlich ist. (vgl. Herold, 1999, S. 474; Josuks, 2003, S. 42). *Funktionspflege* zeichnet sich als Sonderfall der Tourenpflege aus und findet Anwendung, wenn ein ambulanter Pflegedienst zahlreiche Pflegehilfskräfte beschäftigt, welche ausschließlich im SGB XI – Bereich einsetzbar sind. (vgl. Herold, 1999, S. 474; Josuks, 2003, S. 42f.).
- Arbeitet ein ambulanter Pflegedienst in einem sehr großen Einzugsgebiet, so werden unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher und ökologischer Aspekte zumeist kleine *Pflegebereiche* oder *-bezirke* festgelegt und Patienten je nach Wohnort in eine bestimmte Tour eingeteilt und von verschiedenen Pflegefach oder Pflegehilfskräften versorgt. (vgl. Herold, 1999, S. 473; Josuks, 2003, S. 39ff).

In anderen Pflegesystemen übernehmen Pflegefachkräfte die Kommunikation nach außen und die Koordination des Pflegeprozesses:

- In der *Gruppen-* oder *Teampflege* als Form der Bereichspflege wird ein Patient von einer Gruppe von Pflegenden betreut. Häufig ist eine Pflegefachkraft als Teamleiter benannt und übernimmt die Aufgabe der Koordination der Arbeit und der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderen externen Partnern. (vgl. Herold, 1999, S. 474)
- *Bezugspflege* ermöglicht die direkte Zuordnung der Patienten zu einer speziell benannten Pflegenden, die in der Regel nur für die Gestaltung des Pflegeprozesses verantwortlich ist. Oft wird die Pflege des zugewiesenen Patienten durch andere Pflegekräfte übernommen. Innerhalb der Teampflege wird oft versucht eine Bezugspflege umzusetzen, indem nur die Pflegenden des Teams den zur Bezugspflegenden zugewiesenen Patienten versorgen.

3 Primary Nursing

Primary Nursing (dt.: Bezugspflege) ist durch vier Grundelemente gekennzeichnet.

- Die *Verantwortung*, d.h. die Übertragung und Übernahme individueller Kompetenz für pflegerische Entscheidungen durch eine Pflegekraft.
- Die *Kontinuität* und somit die tägliche Zuteilung der pflegerischen Arbeit nach der Fallmethode.
- Die *direkte Kommunikation* zwischen der Pflegekraft und dem Patienten, den Angehörigen und allen internen und externen Partnern.

- Die Übernahme der *Verantwortung für die Qualität* der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person für die gesamte Betreuungszeit in der Einrichtung, d.h. 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche. (Manthey, 1980, S 61ff.; Ersser/Tutton, 2000,)

Die umfassende Verantwortung für die Pflege einer begrenzten Patientengruppe wird einer bestimmten Pflegefachkraft, der Primary Nurse (PN) übertragen, dazu gehören alle Aufgabenbereiche des Pflegeprozesses beginnend mit der Aufnahme des Patienten. Es kann von einer ganzheitlichen Versorgung eines Patienten durch eine Pflegefachkraft gesprochen werden. Einzig die Behandlungspflege wird vom Arzt angeordnet und von der PN im Rahmen des Einsatzplanes der Pflegefachkräfte durchgeführt. Ist sie nicht im Dienst übernimmt eine sogenannte Associate Nurse (AN) (vertretende Pflegekraft) die durchzuführende Pflege und hält sich dabei strikt an die Vorgaben der PN. Sie weicht von deren Pflegeplanung nur dann ab, wenn sich an der Versorgungssituation des zu Betreuenden etwas akut ändert. (vgl. Ersser/Tutton, 2000, S. 7ff.; Josuks, 2003, S 15) Die Aufgaben der Pflegedienstleitung beschränken sich auf die Koordination und auf das Management.

4 Durchführung der Studie

4.1 Methodischer Aufbau

Innerhalb des Thüringenweiten Forschungs- und Entwicklungsprojektes zur »Optimierung der Abbildung des Pflegeprozesses in der Pflegepraxis und der Pflegedokumentation« der Fachhochschule Jena wurden in fünf Prozent der ambulanten Einrichtungen in Thüringen 15 bis 30 leitfadengestützten Interviews durchgeführt, um deren angewandtes Pflegesystem zu analysieren.²

Es wurde erhoben, welches Pflegesystem im ambulanten Pflegebereich angewendet wird, bzw. wie häufig Bezugspflege als eigenes Pflegesystem explizit genannt wird. Der Umsetzungsgrad von Bezugspflege in den untersuchten Einrichtungen wurde ermittelt und Schwierigkeiten bei der Implementierung anhand der fünf festgelegten Merkmale für Pflegesysteme: Pflegekonzeption, Arbeitsorganisation, Pflegeprozess, Kommunikation und Rollenverständnis herausgestellt. Verwendet wurde dazu das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP©.³

Die Auswahl der Befragten in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen sowie die jeweiligen Stichprobengrößen sind durch das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP© vorgegeben und im IzEP©-Handbuch genau beschrieben. Sie richten sich nach der Größe der Einrichtung und erfolgen unter Berücksichtigung der vorgegebenen Ein- und Ausschlusskriterien nach dem Zufallsprinzip. (vgl. Abderhalden et. al., 2008, S. 22ff.)

Die Auswertung der einzelnen einrichtungsbezogenen Fragebögen erfolgte mit Hilfe der IzEP©-Software anhand der fünf festgelegten Merkmale für Pflegesysteme: Pflegekonzeption, Arbeitsorganisation, Pflegeprozess, Kommunikation und Rollenverständnis.

²<http://pflege.sw.fh-jena.de/pflegeprozess/index.asp>

³Nähere Informationen zur Entwicklung von IzEP©, seinen Zielen und dem Aufbau erfahren sie auf <http://izep.info/>

Weiterhin wurden Zusatzinformationen über die verschiedenen Einrichtungen, ihr Personal und zur Umsetzung des Pflegeprozesses erfasst, welche unter Umständen die Wahl und die Umsetzung des Pflegesystems beeinflussen. Im Ergebnis der IzEP[®]-Erhebung wurde für jede Einrichtung ein Profil erstellt, welches das angewandte Pflegesystem anhand der fünf Merkmale abbildet (vgl. Abderhalden et. al., S. 12).

Im Anschluss an alle Erhebungen erfolgte die für die Studie relevante Gesamtanalyse des Ausmaßes der Patientenorientierung und der Kontinuität der Patientenzuteilung bzw. der Vergleich von gewonnenen Daten aus verschiedenen Befragungen und Fragebogenbereichen mittels NSDstat⁴ bzw. über eine Excel-Statistik⁵, um generelle Trendaussagen ableiten zu können.

4.2 Stichprobengröße

Insgesamt wurde die Erhebung in 21 (5%) ambulanten Pflegeeinrichtungen in Thüringen durchgeführt.⁶ Dreizehn Einrichtungen befanden sich in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft; acht sind privat geführte Pflegedienste.

Die Studie startete im Januar 2008 und umfasst insgesamt Daten aus Befragungen von dreizehn Vorgesetzten (n_0)⁷, 21 Pflegedienstleitungen (n_1), 87 Pflegefachkräften (n_2), 122 Patienten (n_3), 46 Angehörigen (n_5), 21 mit dem jeweiligen Pflegedienst kooperierenden Ärzten und Therapeuten (n_4) sowie 36 anderen externen Partnern (n_6) der Pflegeeinrichtung (Wundschwestern, Mitarbeitern aus Sanitätshäusern und Apotheken). Des Weiteren wurden 93 Patientendokumentationen (n_7) analysiert. Wurde durch die Einrichtung angegeben, sie würde nach dem Bezugspflegesystem arbeiten, wurden zusätzlich Angaben aus deren Dienstplan (n_8) aufgenommen.

4.3 Ablauf der Befragungen in den einzelnen Einrichtungen

Jeder Einrichtung wurde ca. eine Woche vor dem Erhebungstermin der erste Teil des IzEP[®]-Fragebogen für die Pflegedienstleitung zugesandt, da dieser vor allem die Strukturdaten der Einrichtungen umfasst und in seiner Bearbeitung sehr umfangreich ist. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte durch die jeweilige Pflegedienstleitung nach Absprache der vorgegebenen Auswahlkriterien. Jeder Teilnehmer gab sein schriftliches Einverständnis zur Befragung und anonymen Auswertung seiner Daten. Die Befragung begann meistens bei der Pflegedienstleitung, um im Vorfeld bereits wichtige Daten der Einrichtung zu erhalten. Als Letztes erfolgte die Analyse der Pflegedokumentation und ggf. des Dienstplanes. Am Ende des Tages konnten in einem Abschlussgespräch mit der Pflegedienstleitung offene Fragen geklärt und der Tag ausgewertet werden. Die Erhebungsdauer lag je nach Größe der Einrichtung und Organisation des Ablaufes bei ein bis zwei Tagen. Nach Eingabe und Auswertung aller Daten, sowie der Erstellung eines Abschlussberichtes für jede Einrichtung erfolgte nochmals ein Auswertungsgespräch.

⁴NSDstat D3/0904 Student HFH WS2004/2005

⁵Microsoft Excel 2007

⁶Pflegestatistik – Thüringer Landesamt für Statistik 15.12.2007

⁷»n« entspricht der jeweiligen Anzahl der in die Analyse eingeflossenen, auswertbaren Antworten. Die angegebene Zahl stellt die Gruppe der Befragten dar.

5 Auswertung und Ergebnisinterpretation

Die Auswertung und Ergebnisinterpretation umfasst sowohl die merkmalsbezogenen Fragen von IzEP[®] als auch solche, welche vom angewandten Instrument nicht eindeutig mit Punkten bewertet werden. Die einzelnen Merkmalfragen werden anhand ihrer zugeordneten Dimensionen dargestellt (Tab. 1). Den einzelnen Merkmalen und ihren Dimensionen wurden genaue Definitionen⁸ zugeordnet.

Tabelle 1: Merkmale von Pflegesystemen mit ihren Dimensionen nach IzEP[®]

	Merkmals	Dimension	Dimension
1	Orientierung an einem Konzept	Vorhandensein	Durchdringungsgrad
2	Verantwortung und Kontinuität	Personenorientierung des Systems der Aufgaben-/Fallzuteilung	Personelle Kontinuität der Verantwortung
3	Pflegeprozess	Angestrebte personelle Kontinuität im Pflegeprozess	Personelle Kontinuität im Pflegeprozess
4	Kommunikation	Zuständigkeit für patientenbezogene Kommunikation	Personelle Kontinuität in der Kommunikation
5	Rollenverständnis	Angestrebte Dezentralisierung der Verantwortung für die Pflege	Wahrgenommene Autonomie durch die Pflegenden

In der nachfolgenden Diskussion werden die Antworten der verschiedenen Teilnehmenden zu bestimmten Kategorien der unterschiedlichen Merkmale miteinander kombiniert und verglichen.

5.1 Gesamtprofil

Im Gesamtprofil zur Umsetzung eines Pflegesystems hat laut IzEP[®] kein ambulanter Pflegedienst, privat wie freigemeinnützig, Bezugspflege erschöpfend implementiert. Die Werte der Umsetzung liegen zwischen 54% und 74% und sind somit dem Bereichspflegesystem zuzuordnen (Abb. 1 auf der nächsten Seite). Der Mittelwert über alle ambulanten Pflegedienste liegt bei 64%.

5.2 Ergebnisse der Merkmaldimensionen von IzEP[®]

5.2.1 Orientierung an einem Konzept

Aus verschiedenen Antworten der Pflegedienstleitung ($n_0 = 21$) und der Pflegefachkräfte ($n_1 = 87$) wurde abgeleitet, inwieweit »sich die Pflege ideell und praktisch an einem Konzept orientiert«. (Abderhalden et. al., S. 17)

Die Existenz eines Leitbildes/Konzepts für die Pflege und die Benennung eines Pflegeorganisationssystems in der ambulanten Pflegeeinrichtung (Dimension 1) erreichten bei

⁸Genaue Beschreibung gibt das IzEP[®] – Handbuch, S. 17

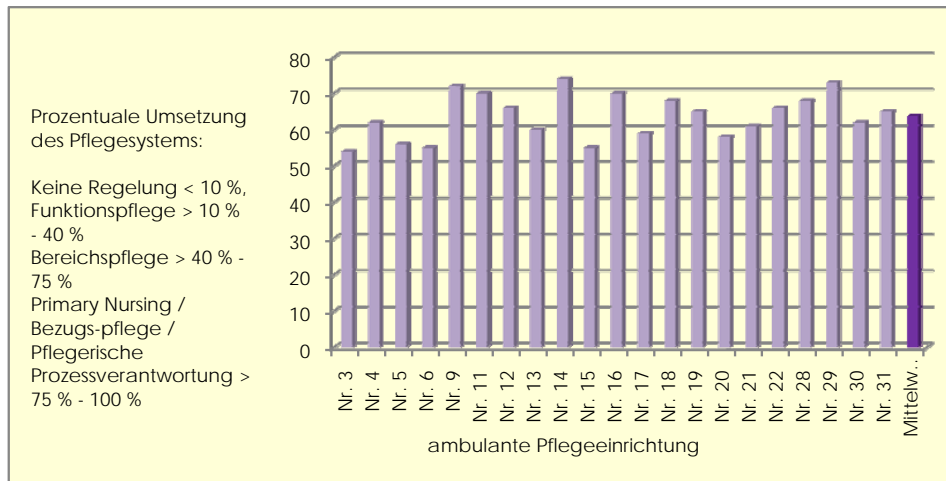


Abbildung 1: Gesamtprofile zur Umsetzung eines Pflegesystems in ambulanten Pflegeeinrichtungen

einem Ausprägungsbereich von 88% bis 100% einen Mittelwert von 95,1% (Abb. 2). Bekanntheit und Umsetzungsgrad der Leitbildinhalte (Dimension 2) kamen durchschnittlich auf 95,2% (Ausprägung von 85% bis 100%).

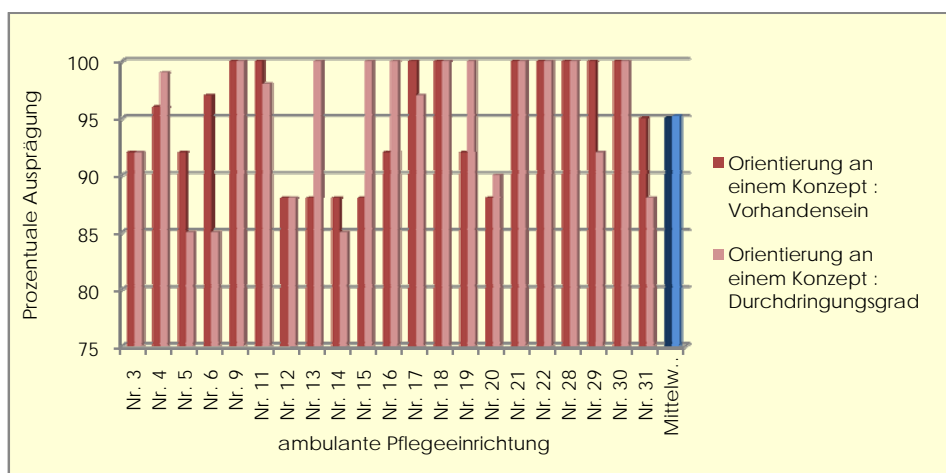


Abbildung 2: Ausprägung des Merkmals Orientierung an einem Konzept

Die Orientierung an einem Konzept, d.h. das Vorhandensein und die Umsetzung eines Pflegeleitbildes haben nach IzEP® am besten abgeschnitten. Fast 95% der Pflegedienstleiterinnen und Pflegefachkräfte beschrieben Aussagen zum Inhalt, zur Umsetzung und zur Bewertung der Arbeit nach dem Pflegeleitbild. Das ist möglicher Weise darauf zurückzuführen, dass die Entwicklung, Implementierung und Umsetzung eines Pflegeleitbildes in den letzten Jahren ein vieldiskutiertes Thema in der ambulanten Pflege und zahlreichen Fachzeitschriften war. Viele interne Fortbildungsveranstaltungen der letzten Jahre befassten sich mit den Inhalten des Leitbildes und deren Umsetzung. Zudem wird innerhalb der

Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nach dem Vorliegen eines schriftlich fixierten Leitbildes gefragt und ob dieses den Mitarbeitern bekannt sei.⁹

Von insgesamt 108 befragten Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften gaben 79 an, sie würden nach dem Bezugspflegesystem arbeiten. Zwölf Befragte nannten die Bereichspflege als in ihrer Einrichtung angewandtes Pflegesystem.

5.3 Verantwortung und Koordination

Anhand der Antworten der Pflegedienstleitung ($n_0 = 21$), der Pflegekräfte ($n_1 = 87$), der Patienten ($n_3 = 122$), des Arztes ($n_4 = 21$), der Angehörigen ($n_5 = 46$) und externer Partner ($n_6 = 36$) sowie ggf. der Analyse des Dienstplanes ($n_8 = 69$) wurde beurteilt, in welchem Umfang im angewendeten »Pflegesystem eine kontinuierliche Verantwortung für die Pflege individueller Patienten ideell und praktisch wahrnehmbar bei einzelnen Pflegenden liegt« (Abderhalden et. al., S. 17).

Dreh- und Angelpunkt im Pflegekonzept der Bezugspflege ist die individuelle Verantwortlichkeit einer Pflegefachkraft für den einzelnen Patienten während des gesamten Zeitraums seiner Betreuung durch die Pflegeeinrichtung und über ihre Dienstzeiten hinaus. Der Gesamtwert, der bestimmt inwieweit sich die Zuteilung der Verantwortung für die Pflege der Patienten ideell, planerisch und transparent an individueller Verantwortung (Dimension 3) orientiert, liegt bei einem Mittelwert von 57,1% mit Einzelwerten zwischen 39% und 79%. Im Arbeitsalltag liegt eine kontinuierliche Verantwortung einzelner Pflegenden für die Pflege individueller Patienten (Dimension 4) im Mittel bis zu einem Umfang von 57,0% vor. Hier lagen die Wertungen der verschiedenen Pflegedienste bei 45% bis 72% (Abb. 3).

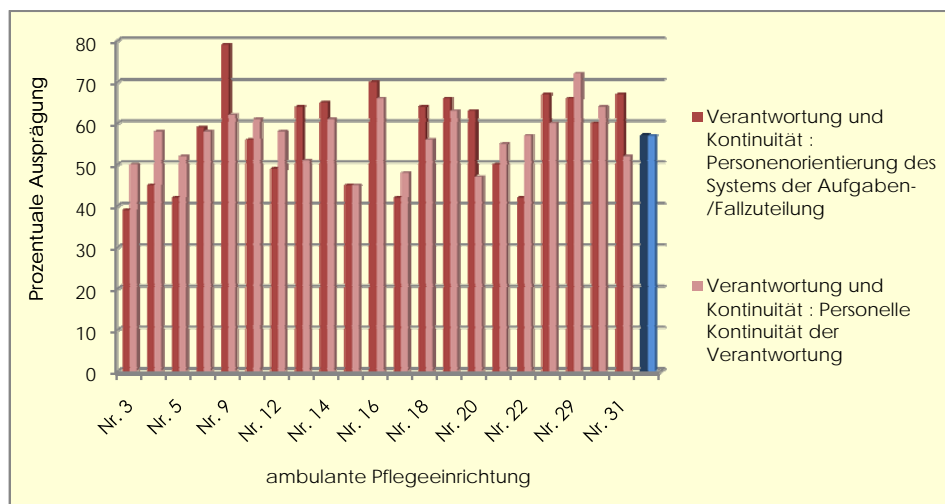


Abbildung 3: Ausprägung des Merkmals Verantwortung und Kontinuität

⁹Vgl. MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege – 10. November 2005, S 24f.)

Dies ist eines der Merkmale, welches eine niedrige Beurteilung erhielt. Es kann darauf geschlossen werden, dass die Abgabe von Verantwortung an die Pflegefachkräfte und die kontinuierliche Übernahme der Pflege durch eine Bezugspflegende nicht erfolgen.

Von 19 befragten Pflegedienstleiterinnen ($n_0 = 21$), welche die Bezugspflege als angewandtes Pflegesystem nannten, erklärten nur elf, sie hätten in ihrer Einrichtung eine fallverantwortlich Pflegende. Ebenso bezeichneten 60 befragte Pflegefachkräfte die Bezugspflege als angewandetes Pflegekonzept. Hier wurde jedoch nur 19 Mal bestätigt, dass es eine fallverantwortliche Pflegende gibt (Abb. 4 und Abb. 5 auf der nächsten Seite).

2.36 Wer ist verantwortlich für die Pflege eines einzelnen Patienten? (Was trifft am ehesten zu?)
 2.29 Wie benennen Sie Ihr Pflegeorganisationssystem bzw. die Art und Weise, wie sie ihre Arbeit organisieren?

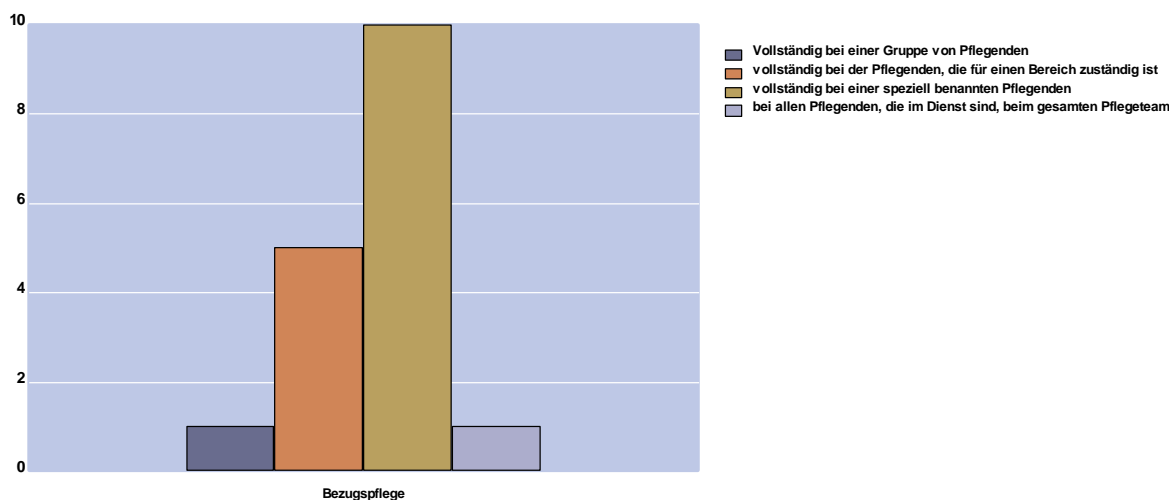


Abbildung 4: Antwortverhalten der PDL – Verantwortlichkeit für den Patienten innerhalb der Bezugspflege als angewandtes Pflegesystem (NSDstat)

Desweiteren sehen sich nur 39 der 59 befragten Pflegenden der Bezugspflege für einen zugewiesenen Patienten während seines gesamten Aufenthalts zuständig (8 x für die Dauer eines Dienstes, 12 x für mehrere aufeinander folgende Dienste oder Arbeitstage). Die befragten Pflegedienstleitungen nannten 14 Mal, dass die Bezugspflegende für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständig sei (Abb. 6 auf Seite 15 und Abb. 7 auf Seite 16).

Die Pflegedienstleiterinnen beschrieben die Organisation der Pflege in ihrer Einrichtung vorwiegend als Bezugspflege mit einer fallverantwortlichen Pflegenden, die für die Pflege bestimmter, ihr während der gesamten Betreuungszeit durch die Einrichtung zugeteilter Patienten zuständig ist. Wohingegen die Pflegefachkräfte, welche die Bezugspflege als ihr angewandtes Pflegesystem favorisierten, die Organisation der Pflege in ihrer Einrichtung eher als Bereichspflege und eine Aufteilung der Tätigkeiten nach eingeschätzten Kompetenzen der Mitarbeiter schilderten.

Häufig wurde während den Interviews der Pflegefachkräfte angegeben, dass eine Pflegehilfskraft schließlich nicht alle Pflgetätigkeiten und vor allem keine Behandlungspflege durchführen kann und somit eine Aufteilung der Pflege in einzelne Tätigkeiten erfolgen

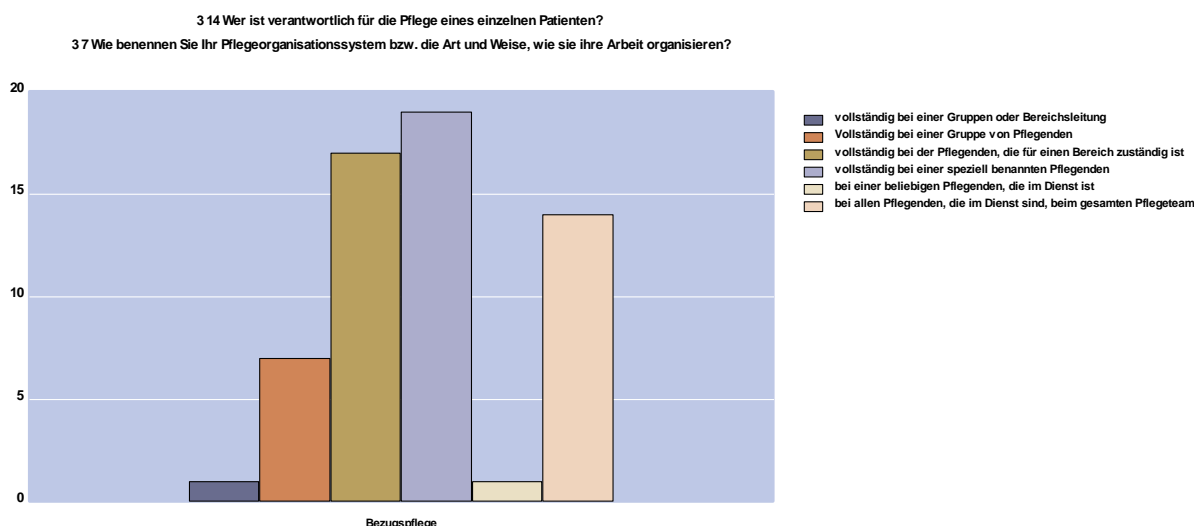


Abbildung 5: Antwortverhalten der Pflegefachkräfte – Verantwortlichkeit für den Patienten innerhalb der Bezugspflege als angewandtes Pflegesystem (NSDstat)

muss. Weiterhin wurde der Bereich häufig gleichgestellt mit der Patiententour, für die eine bestimmte Pflegende zuständig ist.

86% der befragten Ärzte beurteilten die Organisation der Pflege in den kooperierenden Einrichtungen als Bereichspflege (B). Ein Arzt gab an, dies nicht einschätzen zu können.

Innerhalb der Bezugspflege wird der Patient einer fallverantwortlichen Pflegenden zugeteilt. Hier sind wichtige Kriterien für die Auswahl der verantwortlichen Pflegenden, ob der Patient diese schon von früheren Aufenthalten kennt, ob die Pflegende in den nächsten Tagen anwesend ist, um den Pflegeprozess mit dem Patienten zu besprechen und zu gestalten bzw. welches Geschlecht der Patient gegenüber der Pflegekraft präferiert. Räumliche Kriterien und keine zu langen Anfahrtswege zu haben, sollten keine Kriterien der Zuteilung eines Patienten zu einer Pflegenden. (Mantey, 1980, S. 65ff.)

Im Kriterium der Zuweisung neu aufgenommenen Patienten zu bestimmten Pflegekräften gab es ein breites Spektrum an Ergebnissen (Abb. 8 auf Seite 17). Jede Befragte sollte die drei für sie wichtigsten Kriterien ankreuzen. Favorisiert wurde von den Pflegedienstleiterinnen die Zuweisung auf Grundlage der Komplexität der Pflege (85,7% von 21), von den Pflegefachkräften das Kriterium der Kompetenz (75,9 von 87).

Auffallend ist, dass keine zu langen Wege zu haben, bei den befragten Pflegedienstleiterinnen sowie den Pflegefachkräften der am dritthäufigsten genannte Entscheidungsgrund ist. Auch die Beachtung räumlicher Gegebenheiten wurde von beiden Gruppen häufig genannt. Vermutlich stehen bei der Entscheidungsfindung an dieser Stelle wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund.

Mehr als 1/3 der befragten Patienten ($n_3 = 121$) gab an, dass für sie mehrere Tage hintereinander dieselbe Schwester/derselbe Pfleger besonders zuständig ist (65%). Nur 25% meinten es sei für sie während des ganzen Aufenthaltes in der Einrichtung eine bestimmte Pflegende für sie besonders zuständig. Das Antwortverhalten der Angehörigen ($n_5 = 46$) spiegelt dies wieder (74% mehrere Tage hintereinander dieselbe Schwester/derselbe

3 14 Wer ist verantwortlich für die Pflege eines einzelnen Patienten?
 3 15 Für welchen Zeitraum gilt diese Verantwortung im Normalfall?

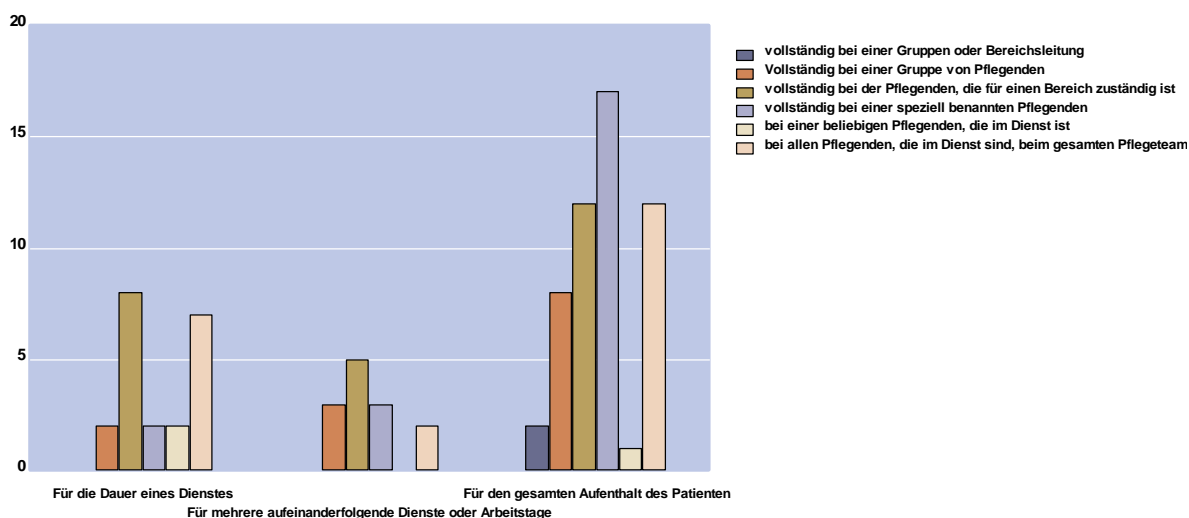


Abbildung 6: Antwortverhalten der PDL – Vergleich der Verantwortlichkeit für den Patienten und des Zeitraums der Verantwortung (NSDstat)

Pfleger). 62% der Ärzte ($n_4 = 20$) beurteilten, dass für ihre Patienten über mehrere Dienst dieselbe Pflegenden zuständig ist. Auch hier zeigt sich, dass keine Bezugspflege umgesetzt wird. Die Patienten sollten möglichst häufig von ihrer Bezugspflegenden gepflegt werden und sie an den anderen Tagen jederzeit erreichen können, damit die fallverantwortliche Pflegekraft auf Veränderungen im Pflegeprozess rasch reagieren kann. Auch muss eine feste Vertretungsregelung für die Bezugspflegenden eingehalten werden. (vgl. Mantey, 1980, S. 71)

17 PDL gaben an, in ihrer Einrichtung würde Bezugspflege durchgeführt. In 16 dieser Einrichtungen fand innerhalb der Dokumentationsbeurteilung eine Dienstplananalyse ($n_8 = 68$) statt. Zehn Einrichtungen gaben an, dass es in ihrer Einrichtung eine Vertretungsregelung für die Bezugspflegenden gibt. Die durchschnittliche monatliche Betreuungszeit der Patienten lag hier bei 28 Tagen. Sie wurden durchschnittlich zu 60% von ihrer Bezugspflegenden betreut. In den Einrichtungen mit einer Vertretungsregelung war die Bezugspflegenden im Mittel zu 59% im Dienst und wurde an 10,3 Tagen von ihrer AN vertreten. Dass die jeweilige Bezugspflegenden oder ihre Vertretung im Dienst war, erlaubt jedoch keine Aussage darüber, ob sie tatsächlich die ihr innerhalb der Bezugspflege zugeteilten Patienten versorgt hat.

Zwei Ärzte / Therapeuten gaben an, ihnen sei nicht bekannt, wer aus dem Pflgeteam für die Pflege der von ihnen behandelten Patienten zuständig ist, einer er könne dies nicht beurteilen. Die Zuständigkeit für ihre Patienten wurde von den Ärzten ($n = 20$) völlig unterschiedlich angegeben (6 x im jeweiligen Dienst zuständige Pflegenden, 5 x Bereichspflegenden, 4 x leitende Pflegenden, 3 x Bezugspflegenden). Wer für die Pflege ihrer Patienten zuständig sei, erfahren die Ärzte ($n_4 = 20$) durch direkte Nachfrage bei jemanden vom Pflgeteam (81%) oder entnehmen es der Patientendokumentation (52%).

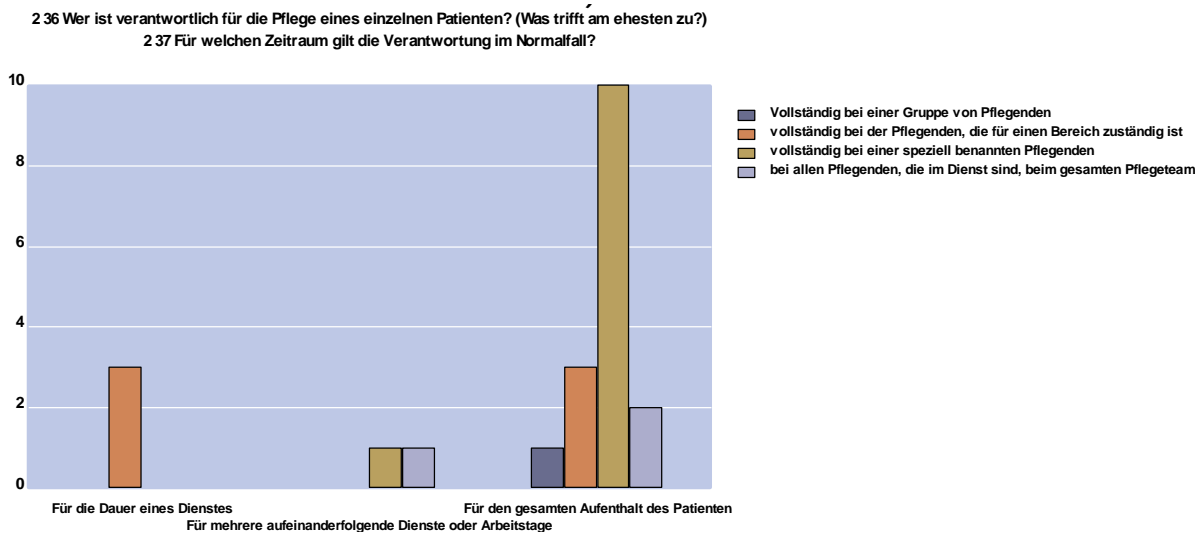


Abbildung 7: Antwortverhalten der Pflegefachkräfte – Vergleich der Verantwortlichkeit für den Patienten und des Zeitraums der Verantwortung (NSDstat)

Vier Ärzte gaben an, dass immer die Pflegedienstleitung der Einrichtung zuständig sei. Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich.

Angehörige würden sich bei fachlichen Fragen zu 40% an eine leitende bzw. zu 28% an die Bereichspflegende und zu 26% an die Bezugspflegende wenden. Externe Partner wenden sich zu 72% an die leitende Pflegende.

5.3.1 Pflegeprozess

Das dritte Merkmal von IzEP[®] beurteilt das »Ausmaß[ß], in dem die Zuständigkeiten für den Pflegeprozess klar geregelt [sind] und sich konzeptuell und praktisch am Ziel hoher personeller Kontinuität orientieren« (Abderhalden et. al., S. 17) und wird mittels der Antworten aus den Befragungen der Pflegedienstleitung ($n_0 = 21$), der Pflegefachkräfte ($n_1 = 87$) und der Analyse der Pflegedokumentationen ($n_7 = 93$) bestimmt.

Die Zuständigkeit für den Pflegeprozess ist im Mittel zu einem Ausmaß von 83% klar geregelt und am Ziel personeller Kontinuität orientiert (Dimension5; Ausprägung von 52% bis 100%). Bei der Umsetzung der verschiedenen Schritte des Pflegeprozesses für individuelle Patienten wird eine personelle Kontinuität (Dimension 6) von 72,3% (Ausprägung von 53% bis 100%; Abb. 9 auf Seite 18) erreicht.

Die Bezugspflegende ist für den gesamten Pflegeprozess des Patienten, von deren Aufnahme bis zu seiner Entlassung/seinem Ableben zuständig. Sie entscheidet in Absprache mit dem Patienten darüber, wie dieser gepflegt werden möchte, erstellt den Pflegeplan und führt die Pflege möglichst selber durch. Sie wird hierbei von anderen Pflegenden unterstützt. (vgl. Mantey, 1980, S. 69ff.)

Alle befragten Pflegedienstleiterinnen und Pflegefachkräfte gaben an, dass die Pflegeprozessschritte Informationssammlung (Pflegeanamnese, Pflegeassessment, pflegerische Situationseinschätzung, Pflegebedarfserhebung etc.), Feststellung von Pflegeproblemen

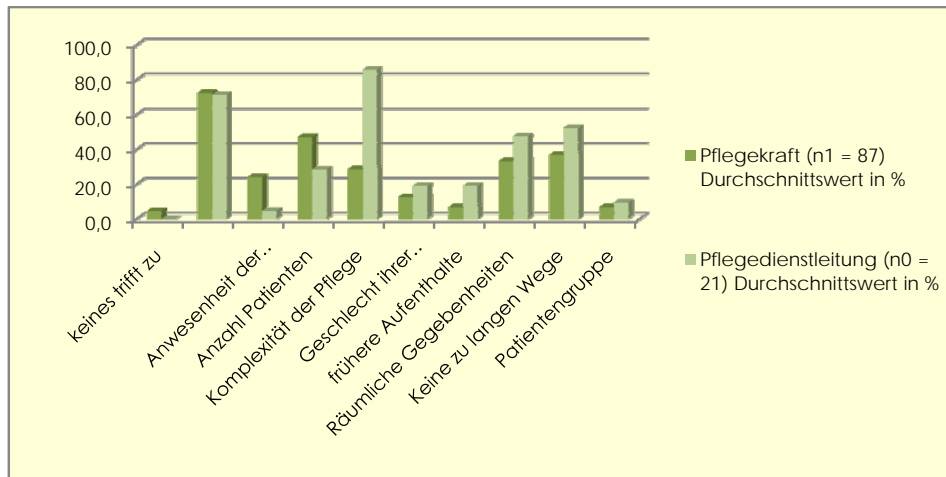


Abbildung 8: Antwortverhalten auf die Frage nach der Zuweisung neu aufgenommener Patienten

und –diagnosen (inkl. Risiken/Ressourcen), Erstellen einer individuellen oder standardisierten Pflegeplanung, Evaluation der Auswirkungen der pflegerischer Maßnahmen sowie die Überarbeitung und Anpassung der Pflegeplanungen in ihrer Einrichtung durchgeführt werden. Wer für die einzelnen Schritte im Pflegeprozess zuständig ist, wurde teilweise auch einrichtungsintern sehr unterschiedlich beurteilt. Hier wurden die Bereichspflegende, die Bezugspflegende, die im jeweiligen Dienst zuständige Pflegenden, eine leitende Pflegenden sowie jemand, der für diese Erhebung/ Aufgabe bei allen Patienten zuständig sei als verantwortlich angegeben.

Die Analyse der Pflegedokumentationen ($n_7 = 93$) ergab, dass in vier Dokumentationen Einträge zu Pflegeproblemen/-diagnosen und Ressourcen des Patienten sowie zu Zielen und Maßnahmen in der Pflege fehlten. Die Mehrzahl der pflegerelevanten Einträge wurde von den Bereichspflegenden vorgenommen. In den Dokumentationen fanden sich zwar Hinweise auf eine Pflegeüberleitung. Da diese meist nur mit den Stammdaten versehen wurde, konnte nicht beurteilt werden, wer diese erhob. Wohingegen Einträge zur »Gestaltung der letzten Lebensphase« fehlten.

Die Durchführung der einzelnen Pflegeprozessschritte wird von fast allen befragten Pflegedienstleiterinnen und Pflegefachkräften bestätigt. Allerdings ist nicht eindeutig geregelt und transparent, wer für diese einzelnen Prozessschritte zuständig ist. In fünf der beurteilten Einrichtungen wird eine Bezugspflege zu 100% bereits angestrebt. In einer Einrichtung ist laut IzEP© eine fallverantwortliche Pflegenden für den gesamten Pflegeprozess des Patienten zuständig. Die auftretenden Probleme in der Umsetzung von Bezugspflege sind zurückzuführen auf die fehlende Definition der Zuständigkeiten für die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses und auf die fehlende Kenntnis, was die Aufgaben einer fallverantwortlichen Pflegenden sind. Die Tragweite wird nicht überschaut.

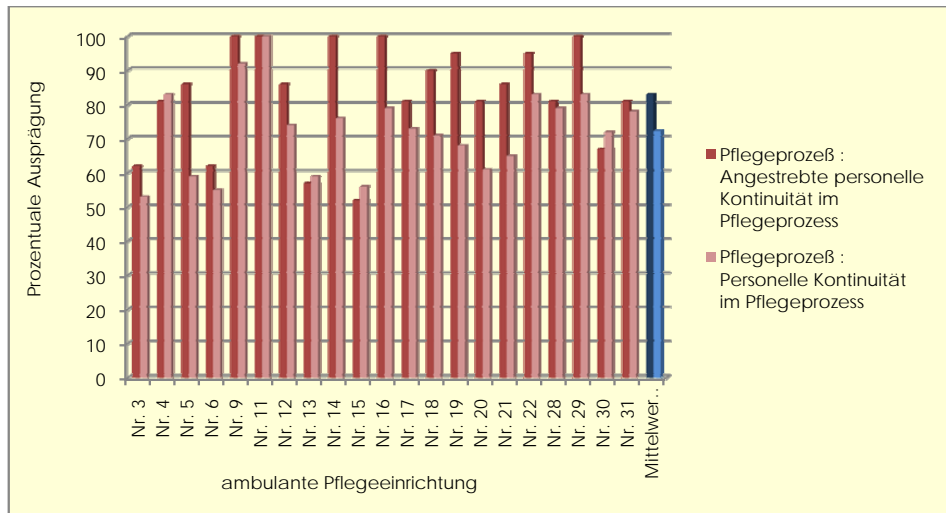


Abbildung 9: Ausprägung des Merkmals Pflegeprozess

5.4 Kommunikation

Aufgrund der sehr vielen unterschiedlichen Partner in der Pflege sind die Kommunikationswege besonders umfangreich. Das Erhalten und die Weitergabe von Informationen sind aber überaus wichtig. Um die verschiedenen Kommunikationswege umfassend beurteilen zu können, wurden Antworten der Pflegedienstleitung, der Pflegekräfte, der Patienten, des Arztes, der Angehörigen und externer Partner herangezogen und beurteilt wie klar »die Zuständigkeiten für die Kommunikation mit und über den Patienten [klar] geregelt sind und sich konzeptuell und praktisch am Ziel hoher personeller Kontinuität orientieren« (Abderhalden et. al., S. 17).

Die Kommunikation mit und um den Patienten zeichnen sich bis zu einem Gesamtwert von 61.1% (Ausprägung von 42% bis 90%, siehe Abb. 10 auf der nächsten Seite) durch ihre klare Regelungen und ihre Orientierung an personeller Kontinuität aus (Dimension 7). Zu durchschnittlich 52,2% wird die personelle Kontinuität erreicht (Dimension 8, Ausprägung von 41% bis 66%). Auch in diesem Merkmal zeigt sich ein relativ niedriges Abschneiden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass nicht festgelegt wurde, wer wofür zuständig ist.

Eine fallverantwortliche Pflegendende ist »das Sprachrohr des Patienten« und seiner Angehörigen, sie setzt sich für seine Belange ein. Sie kommuniziert mit ihm und über ihn. Sie stellt sicher, dass vertretende Pflegekräfte, Ärzte / Therapeuten und andere externe Partner Kenntnis von seinen Bedürfnissen und Wünschen erhalten.

Fast alle (92%) Aufnahmegespräche, und somit auch die Begrüßung des Patienten, werden aufgrund des Wirtschaftlichkeitsfaktors von der Pflegedienstleitung geführt. Sie schließt innerhalb dieser Gespräche mit dem Patienten, seinen Angehörigen bzw. seinem Betreuer den Pflegevertrag ab. Dass die Pflegedienstleiterin für das Aufnahmegespräch zuständig ist, wurde sogar in 86% der Einrichtungen schriftlich festgelegt.

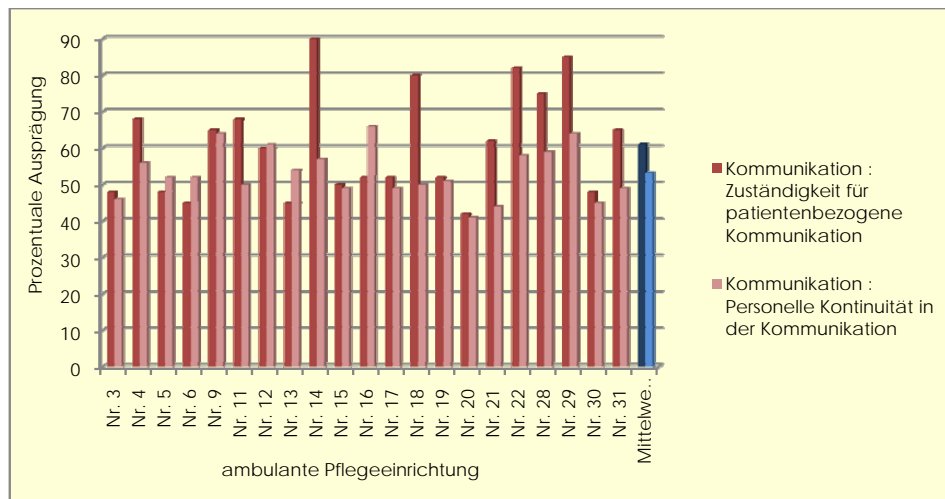


Abbildung 10: Ausprägung des Merkmals Kommunikation

Dass mit den Patienten Termine abgesprochen werden und Standortbestimmungen erfolgen, dass die pflegerische Situation des Patienten in strukturierten pflegerischen und interprofessionellen Fallbesprechungen vorgestellt und besprochen wird, wurde von allen Pflegedienstleiterinnen und fast allen Pflegefachkräften angezeigt. Wer für diese Gespräche zuständig ist und wer diese im Alltag tatsächlich führt, wurde von den Befragten völlig unterschiedlich angegeben.

Elf Pflegedienstleiterinnen erklärten, dass das pflegerische Informations- und Beratungsgespräch mit Angehörigen oder anderen externen Bezugsgruppen des Patienten von einer leitenden Pflegenden geführt werden soll (6 x Bezugspfleger, 4 x Bereichspfleger). 44% der Pflegefachkräfte ($n_1 = 86$) sahen die Verantwortung ebenso bei einer leitenden Pflegenden. Pflegerische Informations- und Beratungsgespräche zu führen, ist aber eindeutig eine Aufgabe der Pflegefachkräfte, welche ihre Patienten und deren Angehörigen beispielsweise zu den verschiedenen Prophylaxen, zu Diäten bzw. zu Lagerungsmöglichkeiten beraten. Dies erfolgt teilweise täglich innerhalb der Pflege, wird aber anscheinend nicht als Aufgabe der Pflegefachkraft wahrgenommen.

Die Patienten sagen mehrheitlich aus, dass sie pflegebezogene Gespräche vorwiegend mit einer Pflegenden, die oft für sie zuständig ist, führen und dass sie sich an diese Person auch vertrauensvoll bei persönlichen Sorgen und Anliegen wenden. Den Kontakt zum Arzt halten nach Angabe der Patienten ebenfalls die Pflegenden, die oft für sie zuständig ist oder die Pflegedienstleitung.

Beispielhaft für die Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegeeinrichtung sind Gespräche über die nötigen Vorbereitungen auf die Entlassung bzw. die Gestaltung des Lebensabends, die von 64% der Patienten ($n_3 = 118$) nicht wahrgenommen wurde bzw. wurde ihr Stattfinden abgestritten. Die 42 Patienten bei denen ein solches Gespräch stattfand, gaben an, dass es von einer Pflegenden, welche oft für sie zuständig war (21 x) bzw. von der Pflegedienstleitung (12 x) geführt wurde. Vor allem die Gestaltung der letzten Lebensphase wurde von den Patienten nicht wahrgenommen, obwohl alle

PDLs und 79 Pflegefachkräfte angaben, dass die Besprechungen zu den pflegerischen Anteilen der Entlassungsplanung/ Pflegeüberleitung/ Gestaltung der letzten Lebensphase mit dem Patienten erfolgen würde. Die Bemühungen der Mitarbeiter erreichen in diesem Beispiel nicht die Betroffenen.

Innerhalb der Bezugspflege erfolgt die Pflegeübergabe von der fallverantwortlichen Pflegenden (PN) direkt an ihre festgelegte Vertretung (AN). Somit werden wichtige pflegerelevante Aspekte über einen kurzen Kommunikationsweg direkt weitergegeben. (vgl. Ersser/Tutton, 2000, S. 9)

Von den Pflegedienstleiterinnen und Pflegefachkräften wurde aber gleichermaßen angegeben, dass die Pflegeübergabe überwiegend von einer Bereichspflegenden an die nächste Bereichspflegende erfolgen soll bzw. erfolgt.

Für die Kommunikation mit Ärzten/ Therapeuten und externen Partnern sind in den meisten Pflegeeinrichtungen die Zuständigkeiten nicht eindeutig geregelt bzw. unter den Mitarbeitern bekannt. Umgekehrt wenden sich Ärzte/ Therapeuten und externe Partner ihrerseits zum überwiegenden Teil an die Pflegedienstleitung, da sie diese leichter erreichen können und häufig nicht bereit sind die Telefonnummern aller zuständigen Pflegenden parat zu haben. Ebenso sprechen Angehörigen in der Regel Mitarbeiter aus dem Pflegeteam an, wenn sie diese während der Pflege antreffen, weil dies für sie der einfachste Kommunikationsweg ist. Das macht deutlich, wie wichtig es ist, dass eine Bezugspflegende mit großer Regelmäßigkeit persönlich die Pflege an ihren Patienten vornimmt, den Informationsbedarf des Patienten bzw. seiner Angehörigen wahrnimmt, sich für ihn einsetzt und seine Wünsche und Bedürfnisse an alle an der Pflege Beteiligten weiterleitet.

5.5 Rollenverständnis

Mit Hilfe der Befragungen der Pflegedienstleitung, der Pflegekraft und des Vorgesetzten der Pflegedienstleitung wurde das Rollenverständnis untersucht und ermittelt, inwieweit, »in dem im Pflegesystem die Rolle der Pflegenden durch individuelle Verantwortung und Entscheidungsbefugnis für den gesamten Pflegeprozess gekennzeichnet ist« (Abderhalden et. al., S. 17).

Das Ausmaß, in dem vom Pflegemanagement die Übernahme individueller Verantwortung für den Pflegeprozess durch die praktisch Pflegenden und entsprechende Entscheidungsbefugnisse angestrebt und gefördert werden (Dimension 9), erreichte in den beurteilten ambulanten Pflegediensten einen Mittelwert von 58,1% bei einer Ausprägungsbreite von 49% bis 65%, einmal sogar 81% (Abb. 11 auf der nächsten Seite). Dagegen wurde für die wahrgenommene Autonomie der Pflegenden, also das Ausmaß, in dem die praktisch Pflegenden die individuelle Verantwortung und Entscheidungsbefugnis für den gesamten Pflegeprozess als zentrale Merkmale ihrer Rolle erkennen (Dimension 10), ein Mittelwert von 80,2% erzielt (Ausprägungen von 64% bis 93%).

Die Bezugspflegende trägt die Verantwortung für den Pflegeprozess der ihr zugewiesenen Patienten von deren Aufnahme bis zur ihrer Entlassung / dem Ableben. Sie wird in ihrer Arbeit von der Pflegedienstleiterin beratend unterstützt. Ihre Vorgesetzte greift in den eigentlichen Pflegeprozess nicht direkt ein.

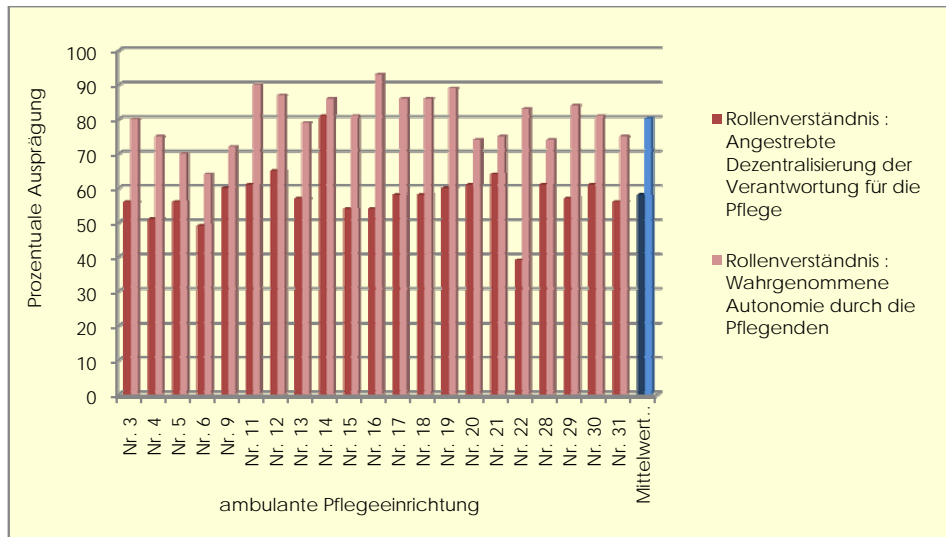


Abbildung 11: Ausprägung des Merkmals Rollenverständnis

Über 75% der Pflegefachkräfte führen ihre Tätigkeit nahezu im Sinne einer Bezugspflege durch bzw. sehen sich verantwortlich für den Pflegeprozess der ihnen zugewiesenen Patienten in ihren Diensten. Sie beziehen den Patienten und ggf. dessen Bezugsperson in die Pflegeplanung mit ein und fühlen sich hauptsächlich verantwortlich für die Qualität der von ihnen selbst durchgeführten Pflege. Mehr als 55% der Pflegefachkräfte sehen es als ihre Aufgabe, die Planung der Pflege mit anderen Berufsgruppen zu koordinieren, sich an der Pflegeplanung ihrer Kollegin für ihre Patienten zu orientieren und ihr bei Abweichungen Bericht zu erstatten, Tätigkeiten entsprechend der Fähigkeiten an ihnen zugewiesene Pflegehilfskräfte zu delegieren bzw. fühlen sich für die Ausbildung der ihnen zugewiesenen Lernenden verantwortlich. Allerdings fühlen sie sich ihren Patienten nur während der Pflege derartig verpflichtet, ansonsten sehen sie die Zuständigkeit bei sich wie bei allen anderen Mitarbeitern auch bzw. bei der Pflegedienstleitung und zwar für jeden einzelnen Pflegebedürftigen.

Abb. 9 zeigt deutlich, dass die wahrgenommene Autonomie der Pflegefachkräfte in allen Einrichtungen höher ist als die angestrebte Dezentralisierung der Verantwortung für die Pflege durch die Pflegedienstleitung sowie ihren unmittelbaren Vorgesetzten.

PDL und Vorgesetzte sehen die Verantwortung für den Pflegeprozess bei den Pflegefachkräften. Andererseits stimmen 86% der PDL zu, dass es zu ihrem Aufgabenbereich gehört Pflegevisiten durchzuführen, um den Pflegeprozess mitzugestalten, was von allen Vorgesetzten unterstützt wird. 71% der PDL sagen aus, dass sie ggf. Pflegeplanungen korrigieren; das wird von 77% der Vorgesetzten auch erwartet. 67% der PDL möchten, dass sich die Ärzte, bei Fragen an die PDL oder die Schichtleitung wenden, dieser Meinung sind auch 85% der Vorgesetzten. Diese Aufgaben sollten im Pflegesystem der Bezugspflege vollständig an die Pflegefachkräfte übergeben werden. Die Pflegedienstleiterinnen greifen in den Pflegeprozess ein, obwohl sie lediglich eine beratende Funktion wahrnehmen sollten. In [Abbildung 12 auf der nächsten Seite](#) ist zu erkennen, dass die

PDL unter Anweisung/Duldung ihrer Vorgesetzten zahlreiche weitere Tätigkeiten ausübt, die nach dem Bezugspflegesystem nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen.

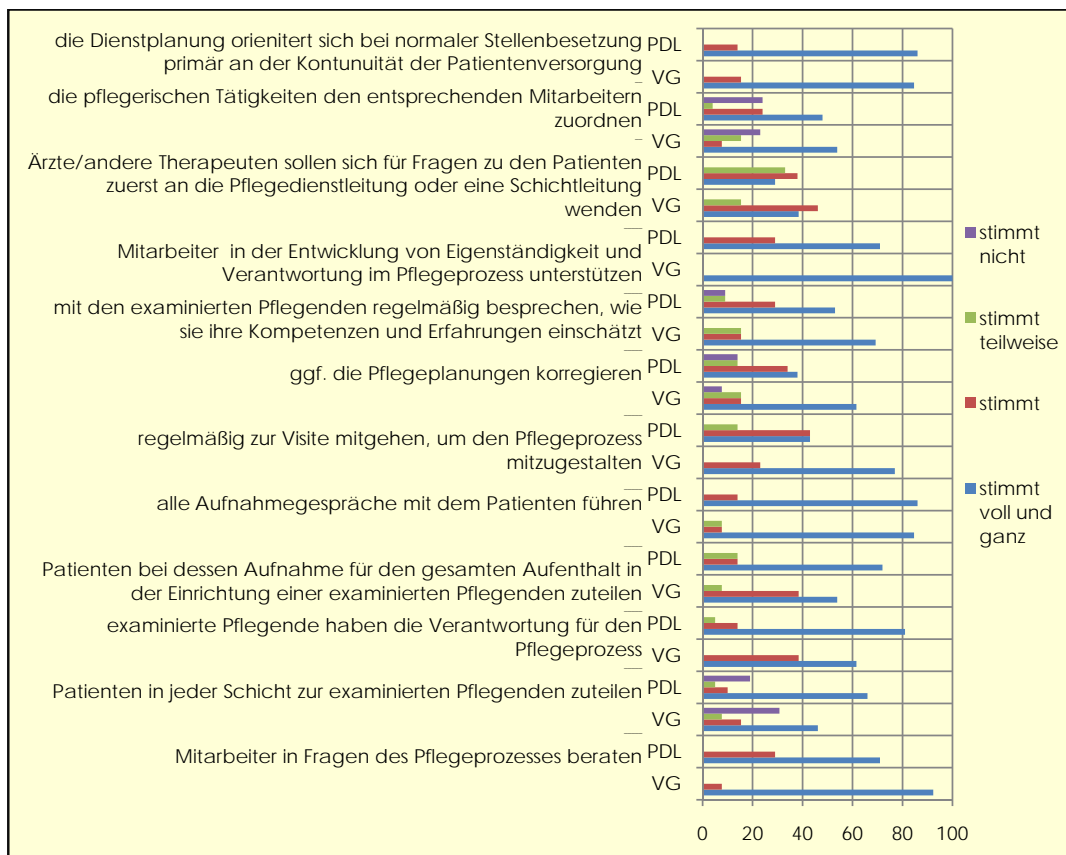


Abbildung 12: Antwortverhalten der Pflegedienstleiterinnen und Vorgesetzten in Bezug auf ihr Rollenverständnis

6 Kritische Betrachtung der Ergebnisse

Die Auswahl weiterer Einrichtungen für die Erhebung gestaltete sich schwierig. Es waren meist Einrichtungen beteiligt, welche ein Interesse an Veränderungen für ihren Pflegedienst zeigten und somit positiv gegenüber den Erhebungen eingestellt waren.

Die Auswahl der Befragtenstichprobe oblag nach vorheriger Absprache der Auswahlkriterien nach IzEP[®] immer der Pflegedienstleitung. Allein sie konnte einschätzen, welche Patienten befragt werden konnten, welcher Angehöriger hinzugenommen werden kann und ob Angehörige eines bestimmten Patienten zur Befragung zur Verfügung stehen. Weiterhin sollte in das Tagesgeschehen der Pflegedienste so wenig wie möglich eingegriffen werden. Somit wurden meist die am Befragungstag im Dienst befindlichen Pflegefachkräfte interviewt, anstatt streng den Auswahlkriterien zu folgen.

Die Auswahl der Patientenstichprobe ist kritisch zu betrachten. Viele durch ambulante Dienste betreute Patienten sind hochbetagt und multimorbid erkrankt. Nur wenige

betreute Patienten verstehen die teilweise langen Fragen und Antwortmöglichkeiten und können diese adäquat beantworten. Zudem möchten sie aus verschiedenen Gründen teilweise ihr Einverständnis zur Befragung nicht geben. Die Befragung der Patienten erfolgte meist im Beisein der Pflegedienstleitung, da die Vertrauensbasis für die Befragung größtenteils nicht gegeben war. Die Patienten fühlten sich nicht wohl, waren unsicher. Dies könnte Rückschlüsse auf das Antwortverhalten – positivere Antworten – zulassen.

Das extrem gute Abschneiden der Einrichtungen im Merkmal Leitbild kann darauf beruhen, dass die Inhalte des Pflegeleitbildes vom MDK erfragt werden und somit in den Köpfen der Pflegekräfte sehr präsent sind. Es muss angeführt werden, dass alle Fragen zum Leitbild offene Fragen sind. Es ist laut IzEP[®] keine weitere Inhaltsanalyse vorgesehen. Die Punkte werden immer verteilt, wenn eine Antwort gegeben wurde, unabhängig davon ob das Leitbild wiedergegeben wurde.

Die Frage zum Pflegeprozess und zur Kommunikationsstruktur nach der Pflegeüberleitung, dem Entlassungsmanagement und der Gestaltung der letzten Lebensphase eines Patienten im ambulanten Pflegedienst konnte nicht immer eindeutig beantwortet werden. Teilweise werden nur einzelne dieser Gespräche durchgeführt. Hier wurde die Antwort gewertet, wenn einer dieser Bereiche erfüllt wurde. Alle drei Punkte sind Inhalte der ambulanten Pflege und sollten daher getrennt betrachtet werden.

Weiterhin fehlt innerhalb der Patientenbefragung die Möglichkeit einer Angabe, dass bestimmte Dinge durch die Angehörigen und nur durch sie erbracht werden. Im ambulanten Pflegebereich ist die Einbeziehung der Angehörigen unabdingbar. Viele Patienten besprechen Sorgen, Anliegen und z.B. die Gestaltung ihrer letzten Lebensphase erstmal vordergründig mit ihren Angehörigen und nicht mit den Pflegenden. Hier sollte innerhalb des Instruments auch die Auswahlmöglichkeit für Angehörige bestehen.

Die Fragen im Dienstplan nach der Anwesenheit der Bezugspflegenden in den letzten Tagen sagen nichts darüber aus, ob Patient auch von ihr oder ihrer Vertretung versorgt wurde bzw. wie häufig die Bezugspflegende wirklich vor Ort war.

7 Abschließende Betrachtung

Im Rahmen der Empirischen Untersuchung zur Ausprägung des Pflegesystems in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Thüringen wurde festgestellt, dass die Umsetzung der Bezugspflege (Primary Nursing) den Einrichtungen teilweise erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Die Pflege soll sich in fast allen Pflegestationen nach der Ganzheitlichkeit und Individualität des Patienten richten und es wurde in der Regel die Bezugspflege als das angewandte Pflegeorganisationssystem bzw. die Art und Weise der Arbeitsorganisation genannt. Ihre Umsetzung und Transparenz wurde dagegen zumeist nicht vollständig realisiert. Oftmals wissen die Mitarbeiter sehr wohl, dass sie für die Gestaltung des Pflegeprozesses eines bestimmten Patienten eingeteilt und zuständig sind. Fragt man sie aber danach, wer für die Pflege eines einzelnen Patienten verantwortlich ist, antworten die meisten, das wären alle Pflegenden oder die für den Bereich zuständige Pflegenden. Auch wird die Dauer dieser Verantwortung völlig unterschiedlich angegeben, von bis Diensten- de, über mehrere aufeinander folgende Dienste oder Arbeitstage bis schließlich für die

gesamte Aufenthaltsdauer des Patienten variieren die Zeitangaben. An diesen Punkten muss dringend ein Umdenken eingeleitet werden.

79 Pflegedienstleiterinnen und Pflegekräfte gaben an, in ihrer Einrichtung Bezugspflege umzusetzen. Betrachtet man nun die oben aufgeführten Ergebnisse, so wird deutlich sichtbar, dass die einzelnen Elemente der Bezugspflege nicht realisiert wurden. Eine Vermutung, warum die Bezugspflege von so vielen Pflegefachkräften als ihr angewandtes Pflegesystem genannt wurde, könnte sein, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in seinen Kontrollen direkt danach fragt, ob in der Einrichtung Bezugspflege umgesetzt wird¹⁰ und somit irgendwann festgelegt wurde, dass Bezugspflege durchgeführt wird. Diese Festlegung zeigt sich häufig in einer schriftlichen Zuteilung bestimmter Pflegepatienten (SGB XI) zu einer Pflegefachkraft.¹¹ Diese Zuteilung erfolgt meist nur für die Überarbeitung der Patientendokumentation und hier vor allem die regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung nach einem bestimmten Zeitplan. Die eigentliche Umsetzung erfolgt nicht. Das Verständnis, was Bezugspflege ausmacht und dass diese auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen umsetzbar ist, fehlt meiner Meinung nach vor allem bei den Pflegefachkräften.

Des Weiteren fällt es den ambulanten Pflegeeinrichtungen sehr schwer den Patienten, Angehörigen und externen Partnern transparent zu machen, wer die Bezugspfleger sind und somit Ansprechpartner bei Problemen und Fragen sein sollten.

Literatur

- Abderhalden, C.; Boeckler, U.; Dobrin Schippers, A.; Feuchtinger, J.; Krassnig, M.; Milachowski, S.; Schaepe, Ch.; Schori, E.; Welscher, R. (2008): *Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP © Handbuch*. Bern: Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Fischer, Th.; Schütz-Pazzini, P. (2003): »Wollen wir Fließband- oder Wissensarbeiter sein?« Interview mit Marie Manthey. In: *Pflegezeitschrift*, 6, S. 420.
- Herold, E.-H. (1999): *Ambulante Pflege – Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde*. Band 3. Hannover: Schlütersche GmbH & Co.KG
- Josuks, H. (2003): *Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege*. Ein Leitfaden für die Implementierung eines neuen Pflegesystems. Hannover: Schlütersche.
- Lotz, M. (2007): *Organisationskonzept Primary Nursing*. In: *Primary Nursing Pflege neu organisieren*; <http://www.thieme.de/cne/fortbildung/zusatzinfos.dtml>- Stand 25.08.2008
- Manthey, M. (2002a): *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Huber.

¹⁰ »4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?« (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege – 10. November 2005, S 21)

¹¹ »Eine nachvollziehbare schriftlich festgelegte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflege-mitarbeitern ist Ausgangspunkt für die Bezugspflege« (MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege – 10. November 2005, S 21)

MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege
– 10. November 2005 S. 21 – http://www.mdk.de/media/pdf/Anleitung_amb_10112005.pdf. – Stand 28.08.2008.