

Der Einfluss des Pflegesystems auf die Qualität der Pflege(dokumentation) – Ein Beitrag zur Methodenentwicklung zur Evaluation von Pflegesystemen

Christiane Schaepe

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Pfleger- und Gesundheitswiss. Christiane Schaepe
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg . Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8 . D-06097 Halle (Saale)
Tel.: 0345 – 557 4472 . Fax.: 0345 – 557 5431
E-Mail: christiane.schaepe@medizin.uni-halle.de

KURZBIOGRAPHIE

1997-2002	Hochschulstudium an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Abschluss: Pflege- und Gesundheitswissenschaft (Diplom) Schwerpunkt: Allgemeine & Klinische Gesundheits- und Pflegeforschung
seit 3/2002	Mitglied der Arbeitsgruppe zur Evaluation von Primary Nursing und zur Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP)
seit 1/2003	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Zusammenfassung

Fragestellung

Zahlreiche Entwicklungen zu neuen Pflegeorganisationsformen führen zu der Frage, welchen Nutzen eine Änderung der bisherigen Pflegeorganisation hat. Während der Erfolg von Primary Nursing im Hinblick auf Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit bereits untersucht wurde, ist die Frage nach Verbesserungen Qualitätsbezogener Outcomes der Pflege durch neue Pflegesysteme weitgehend unbeantwortet. Diese Untersuchung stellt sich deshalb der Frage, welchen Einfluss die Organisationsform Primary Nursing im Vergleich zu anderen Pflegesystemen auf die Qualität der Pflege nimmt.

Material & Methode

In einem quasi-experimentellen Vergleich von jeweils zwei Stationen mit unterschiedlichen Pflegesystemen in zwei Kliniken wird die Problemidentifikation im Rahmen der Pflegeplanung untersucht. Die Qualität der Problemidentifikation wird erfasst durch den Vergleich tatsächlicher und dokumentierter Pflegeprobleme eines Patienten (n=6 je Station) auf der Basis von NANDA – Pflegediagnosen, die durch ein zustandsbezogenes Pflegeassessment (RAI[®]) und eine Dokumentationsanalyse bestimmt wurden.

Ergebnisse

Für eine untersuchte Klinik wurde eine bessere Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme im Pflegesystem Primary Nursing nachgewiesen, als auf der Vergleichstation (Bereichspflege). Für die zweite untersuchte Klinik wurde ein entgegengesetzter Effekt aufgedeckt. Die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme ist unabhängig vom Pflegesystem stark gestreut. In den Bereichen Stimmungslage und Psychosoziales Wohlbefinden war die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme am niedrigsten.

Diskussion & Schlussfolgerung

Primary Nursing kann nur unter bestimmten Bedingungen einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der dokumentierten Pflegeprobleme leisten. Bedingt wird diese durch die inhaltstheoretische Ausrichtung von Pflege und die individuelle Kompetenz der Pflegenden. Primary Nursing ist keine Organisationsform, die zwangsläufig zu Patientenorientierter Pflege führt. Grundvoraussetzung für weitere Untersuchungen zu Outcomes von Pflegesystemen ist die Entwicklung eines Instrumentes zur Einschätzung des vorhandenen Pflegesystems, um Vergleichbarkeit herzustellen.

Schlüsselwörter:

Primary Nursing; Pflegesysteme; Pflegeorganisation; Evaluation; Qualitätsverbesserung

1 Einleitung

Der Bedeutungszuwachs und die Veränderung des Anforderungsprofils der Pflegepraxis in Deutschland - hervorgerufen durch weit reichende gesellschaftliche Veränderungen - fordert professionelles fundiertes Pflegehandeln in allen Settings der pflegerischen Versorgung. Der zu bewältigende Anforderungswandel, der einen Paradigmenwechsel und eine Umorientierung der Pflege in Deutschland notwendig macht, zeigt sich vor allem in neuen Konzepten zur Versorgungsgestaltung und in Methoden zur Leistungserfassung und -darstellung. Die aus der gesundheitlichen Problemlage der Bevölkerung resultierenden ökonomischen Rahmenbedingungen führten zu Reformbestrebungen, die Rationalität, Effektivität und Effizienz in der Pflege fordern, unter der Bedingung, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu steigern und zu sichern. Die Leistungserbringer sind nach §§ 135 und 137 SGB V sowie § 80 SGB XI/PQsG zur Qualitätssicherung und zum Nachweis eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements verpflichtet, um die Qualität der Behandlungsleistungen transparent zu machen, zu sichern und zu verbessern.

Ein bedeutender Wandel hat sich in Bezug auf die organisatorischen Strukturen der deutschen Krankenpflege vollzogen, mit dem Ziel die Komplexität von Versorgungseinrichtungen mit Patientenorientierung zu vereinbaren. Die Innovation patientenorientierter Pflegeorganisation in Deutschland ist die seit Mitte der neunziger Jahre beginnende Übernahme von Primary Nursing bzw. Bezugspflege aus dem europäischen Ausland und den USA. Da die Änderung des Pflegesystems auf der Mesoebene der Pflegepraxis die Qualität der Pflege auf Mikroebene direkt beeinflusst, ist es sinnvoll diese Innovation im Hinblick auf die oben genannten Forderungen zu reflektieren und deren Wirksamkeit wissenschaftlich zu fundieren. Bartholomeyczik (2000:79) sieht einen großen Forschungsbedarf bezüglich Primary Nursing, der sich auf die Frage des Nutzens für den Patienten, die Auswirkungen auf die Pflegenden und auf mögliche organisatorische Lösungen bezieht.

Die vorliegende Untersuchung hinterfragt die Rechtfertigung der Pflegeorganisationsform Primary Nursing im Vergleich zu herkömmlichen Pflegesystemen (z.B. Bezugspflege) unter dem Aspekt der Pflegequalität in der direkten Pflege. Ziel soll es sein eine Entscheidung für Primary Nursing an einem empirisch gesicherten Ergebnis zu treffen, die bisher fast ausschließlich eine philosophische oder ethische Entscheidung war (vgl. Giovannetti 1986). In der wissenschaftlichen Diskussion um die Befürwortung von Primary Nursing im deutschsprachigen Raum wird fast ausschließlich mit theoretisch erwarteten Vorteilen argumentiert, die empirisch nicht bewiesen sind.

„Professionelle Pflege ist die Übereinstimmung von erforderlicher und erbrachter Leistung.“ (Isfort 2002:582). Während die erbrachte Pflegeleistung schon ein vielfach untersuchter Forschungsgegenstand ist, wird in dieser Untersuchung der Schwerpunkt auf die erforderliche Pflege gelegt. Die Prozessqualität der Bestimmung von erforderlicher Pflege in der Praxis wird als mangelhaft angesehen, obwohl sie unter qualitativer und ökonomischer Perspektive eine große Bedeutung einnimmt (vgl. Käppeli 1995; Fischer 1999). Es stellt sich die Frage, ob eine Neuerung wie Primary Nursing, zum Beispiel durch fallspezifisches Handeln, zur Professionalisierung der Pflege im Sinne eines handlungstheoretischen Professionalisierungsverständnisses beitragen kann beziehungsweise welche Bedingungen dafür notwendig sind (vgl. Weidner 1995:53).

2 Forschungsfrage & Ziele

Aus theoretischen Argumentationen und Praxiserfahrungsberichten konnte die These extrahiert werden, dass die Pflegeorganisationsform Primary Nursing eine aussagekräftige und nachvollziehbare Pflegeplanung bedingt, die sich in einer qualitativ verbesserten Pflegedokumentation spiegelt. Diese These ist bedeutsam in Bezug auf die Forschungsergebnisse zur Umsetzung der Pflegeplanung und des Pflegeprozesses im deutschsprachigen Raum, die aufzeigen, dass es große Defizite gibt (vgl. Höhmann et al. 1996). Ein Beleg für den Nutzen von Primary Nursing im Hinblick auf die Umsetzung des Pflegeprozesses wäre ein starkes Argument für die Implementierung dieser Organisationsform.

Grundlage für die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess ist die Bedarfseinschätzung der notwendigen Pflege eines Patienten, da darauf jede weitere Planung von Pflege aufbaut (vgl. Buckley-Viertel 1995). „Ohne ein differenziertes Assessment (Datensammlung & Befundinterpretation), das in eine genaue Zustandsbeschreibung (Pflegediagnose) und ein angestrebtes Outcome mündet, kann die Notwendigkeit von Maßnahmen nicht beurteilt werden.“ (Hunstein et al. 2000). Zegelin (2000b) schreibt der kompetenten Durchführung von Pflegeplanung / Pflegeprozess absolute Priorität zu, da dies die Grundlage für rationale Personal- und Leistungsbemessungsverfahren bildet. Zentral dafür ist die Erfassung der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit, da dies Leistungen und Zeiten begründet – Zegelin (2000a:2) sieht darin den Forschungsbedarf Nummer Eins.

Aufgrund der profunden Aussagen der Literatur, wurde der Schwerpunkt der Evaluation von Primary Nursing für diese Untersuchung auf die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme im Rahmen der Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess gelegt. Für die vorliegende Untersuchung wurde folgende Forschungsfrage formuliert: *Welchen Einfluss nimmt die Pflegeorganisationsform Primary Nursing im Vergleich zu anderen Pflegeorganisationssystemen auf die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme in der Pflegeplanung eines Patienten?*

Die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme wird definiert als individuelle Übereinstimmung von tatsächlichem und dokumentiertem Pflegebedarf eines Patienten, da bei hoher Übereinstimmung von einer individuell erfolgten Pflegebedarfsermittlung, als Qualitätskriterium, ausgegangen werden kann. Forschungsziel dieser Studie ist der Nachweis einer qualitativ besseren Erfassung von Pflegeproblemen im Rahmen der Pflegeplanung im Primary Nursing - System. Damit verbunden soll eine Bestätigung positiver Effekte von Primary Nursing zur wissenschaftlichen Fundierung der Arbeitsorganisationsform, als Argumentationsgrundlage zur weiteren Verbreitung, beitragen. Eine Bestätigung der These würde angesichts der mangelhaften Dokumentationspraxis der Pflege in Deutschland aus rechtlicher Perspektive und im Hinblick auf die Einführung der DRGs im Zusammenhang mit den pflegerelevanten Nebendiagnosen aus ökonomischer Perspektive eine Lösungsmöglichkeit bieten.

Ziel dieser Untersuchung ist es auch, im Hinblick auf die Forschungsfrage geeignete Methoden und Erhebungsinstrumente zu entwickeln.

3 Theoretischer Bezugsrahmen & Forschungsstand

3.1 Forschungsstand zur Wirksamkeit von Primary Nursing

Die Forschungsbemühungen zu Primary Nursing richten sich auf drei Bereiche:

- 1) die Auswirkungen auf die Pflegenden,
- 2) die Umsetzung organisatorischer Möglichkeiten von Primary Nursing und
- 3) der Nutzen für den Patienten.

Die Evaluationen zur Umsetzung bestimmter Konzepte von Primary Nursing beziehen sich auf die Prüfung festgelegter Qualitätskriterien in den Einrichtungen, wobei die Bedeutsamkeit dieser Erhebungen darin liegt, Aussagen zur Qualität der Umsetzung eines Konzeptes von Primary Nursing für die jeweilige Institution zu machen. Zur Auswirkung auf die Pflegepraxis können diese Untersuchungen keinen Beitrag leisten, und werden deshalb in dieser Analyse nicht eingehender betrachtet.

Die Untersuchungen zu Primary Nursing und Bezugspflege in Deutschland beziehen sich fast ausschließlich auf die Auswirkungen des Pflegesystems auf die Pflegenden unter arbeits- und organisationswissenschaftlicher Perspektive (vgl. Elkeles 1994; Lorenz-Krause 1996; Büssing et al. 1996, 1997; Windel et al. 2000; Mischo-Kelling 2002).

Ersser et al. (2000:137) stellen fest, dass es kaum Studien zu den Auswirkungen von Primary Nursing auf den Patienten gibt, die wissenschaftlich verwertbar sind, da eine Vielzahl von Studien Ungenauigkeiten in Bezug auf den Forschungsaufbau und die angewendeten Methoden vorweisen. Die Untersuchungen zu Auswirkungen des Pflegesystems auf den Patienten erstrecken sich hauptsächlich auf zwei unterschiedliche Bereiche – die Patientenzufriedenheit und die Pflegequalität. Diskutiert werden auch therapeutische Effekte durch Primary Nursing als Ergebnisindikatoren, wobei es keine wissenschaftlich verwertbaren Studien dazu gibt, da sich die Effekte forschungsmethodisch nicht eindeutig auf Primary Nursing zurückführen lassen (vgl. Ersser et al. 2000:146).

Studien zur Patientenzufriedenheit stellten sowohl höhere als auch unveränderte Patientenzufriedenheiten im Primary Nursing – System fest, wobei kritisch an zu merken ist, dass die allgemeine Aussagekraft der Studien durch die methodischen Schwierigkeiten von Zufriedenheitsbefragungen eingeschränkt ist (vgl. Ventura et al. 1982; Sellick 1983; Baker et al. 1991; Pontin et al. 1996; Wu et al. 2000; Spurgeon et al 2001).

Für Deutschland liegen, bis auf eine Untersuchung, keine wissenschaftlich verwertbaren Studien zur Veränderung der Patientenzufriedenheit oder Pflegequalität in Bezug zur Einführung von Primary Nursing vor. Windel et al. (2000:52) haben in einer Untersuchung die pflegerische Dienstleistungsqualität als Ergebnisqualität in unterschiedlichen Pflegesystemen vergleichend untersucht, wobei die Dimensionen Kommunikation, Bedürfnisorientierung, Atmosphäre, Reagibilität, Verlässlichkeit, fachliche Qualität und Kompetenz berücksichtigt wurden. Im Pflegesystem der Bezugspflege wurde eine signifikant höhere pflegerische Dienstleistungsqualität durch Patienten eingeschätzt (vgl. Windel 2000:106). Die Ergebnisse dieser Studie vereinbaren Zufriedenheitsergebnisse mit Aussagen zur Pflegequalität im Bezug auf das Pflegeoutcome aus der Perspektive des Patienten.

Zum Nachweis einer verbesserten Pflegequalität wird eine Vielzahl von Methoden verwendet, um möglichst viele Aspekte der Pflegequalität abzudecken. Am häufigsten finden direkte Beobachtungen von Pflegehandlungen oder Pflegekompetenzen, sowie Audits der Pflegedokumentationen statt (vgl. Boeckler 2006).

Direkte Beobachtungen von Pflegehandlungen erfolgten bei verschiedenen Studien anhand der Skala zur Evaluation der Qualität der Patientenpflege (QUALPACS), wobei jeweils höhere Pflegequalitäten in Primary Nursing – Systemen festgestellt wurden (vgl. Felton 1975; Eichhorn et al. 1979; Reed 1988; Archibong 1999). Eine Verbesserung der Pflegequalität im Primary Nursing – System im Vergleich zu traditionellen Pflegesystemen wurde auch anhand des Rush Medicus Tools gemessen, welches auf den Schritten des Pflegeprozesses basiert (vgl. Martin et al. 1983; Culpepper et al. 1986). Nissen et al. (1997:101) zeigte entgegen der Erwartungen nur eine minimale Erhöhung der Pflegequalität für Primary Nursing gegenüber traditionellen Pflegesystemen anhand eines niederländischen Messinstrumentes (Lacko's scale vgl. Lacko 1985), wobei die Erhöhung fast ausschließlich im Bereich der „technischen“ Pflege lag. Eine Untersuchung zur Evaluation der Pflegedurchführung anhand der Slater Nursing Competencies Rating Scale, zeigte, dass die Pflegequalität stärker abhängig ist von der Pflegekompetenz als vom Pflegesystem (vgl. Shukla 1981). Dieses Ergebnis wurde in einer Folgestudie bestätigt (vgl. Shukla 1982).

Insbesondere ältere Untersuchungen, die die Messung der Pflegequalität über Phaneuf's Pflege – Audits (vgl. Phaneuf 1976) vornahmen, stellten eine bedeutend bessere Pflegequalität bei Primary Nursing fest (vgl. Felton 1975; Reed 1988; Pearson et al. 1988). Im Gegensatz dazu stellten Webb et al. (1997:399) anhand eines Audit-Tools, welches sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientierte, kaum positive Veränderungen bezüglich der Pflegequalität in der Pflegedokumentation fest. Insbesondere wurde unabhängig vom Pflegesystem ein Mangel an psychosozialen Assessmentdaten und ein Überhang an medizinischen Daten ermittelt, wobei die parallel durchgeführten Interviews zeigten, dass psychosoziale Probleme erkannt werden und entsprechende Pflege auch erfolgt, ohne dass eine Dokumentation resultiert (vgl. auch Davis et al. 1994; Hale et al. 1997). Webb et al. (1997:399) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass sich der Anteil an Kommunikation im Primary Nursing – System erhöht, diese Kommunikation aber nicht über das Medium der Pflegeprozessdokumentation erfolgt.

3.2 Der Einfluss von Primary Nursing auf die dokumentierte Pflegeplanung

Die Verwertbarkeit der Studien ist aufgrund konzeptioneller und methodischer Probleme im Hinblick auf die Komplexität von Primary Nursing stark eingeschränkt. Die große Konzeptvielfalt zu Primary Nursing erschwert die Anwendung operationalisierter Definitionen zu Primary Nursing oder zugehörigen Konzepten (vgl. MacGuire 1989a, b), wodurch die Studien jeweils nur für die Institutionen Gültigkeit besitzen in denen sie durchgeführt wurden. Weiteres Problem ist der Ausschluss der vielen in Gesundheitsinstitutionen vorliegenden Einflussfaktoren, um den Effekt eindeutig auf das Pflegesystem zurückführen zu können. Alle Studien zur verbesserten Pflegequalität durch Primary Nursing sind methodisch beschränkt. Die Wahl der Methode und die damit verbundene bisher konsenslose Diskussion zur Messung von Pflegequalität, schränkt die Gültigkeit des Instrumentes als Maßstab für Pflege ein. Beispielhaft sei hier angeführt die Methode der Dokumentationsanalyse, die nicht zur Evaluation der Pflegequalität ausreicht, da nicht alles dokumentiert ist, was pflegerisch geleistet wurde (vgl. Webb et al. 1997:400). Der Anteil an Forschungsarbeiten in der Literatur zu dieser Thematik ist erstaunlich gering, was auf die genannten forschungsmethodischen Schwierigkeiten zurückzuführen ist (vgl. Giovanetti 1986).

Die vorangestellte Literaturanalyse zeigt, dass in Ländern, die sich schon länger mit Primary Nursing beschäftigen, in unterschiedlichem Ausmaß positive Auswirkungen bezüglich der Pflegequalität mit dieser Organisationsform verbunden werden. Im Hinblick auf die oben beschriebenen Probleme mit der Anwendung des Pflegeprozesses in Deutschland, stellt sich die Frage, ob die Prinzipien von Primary Nursing auch die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess positiv beeinflussen. Diese Frage kann durch bisher durchgeführte wissenschaftliche Untersuchungen nicht beantwortet werden, allerdings wurde sie vielfach theoretisch aufgegriffen.

Ausgehend von der These, dass der Wert der Pflegeplanung abhängig ist vom Wert der Informationen, auf denen sie beruht (vgl. Ersser et al. 2000:150), ist die Kernfrage, ob Primary Nursing Pflegenden bessere Möglichkeiten eröffnet, wertvolle Informationen zu erhalten und zu dokumentieren. Diese Frage wird in zahlreichen Erfahrungsberichten auch in Deutschland bejaht (vgl. Pittius 1992:251; Müggler 1992:54; Brechbühler 1992:61; Brechbühler 1994:12; Andraschko 1996:8; Lynch 1998:41; Hoppe 1998:2; Schreiner 2000:22; Fischer 2000:369; Streubelt 2001:26). Die theoretische Be-

gründung dieser These erfolgt ausgehend von den Elementen, die sich hinter Primary Nursing verbergen, da sie Ziele verfolgen, die die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung maßgeblich beeinflussen (vgl. Abbildung 1).

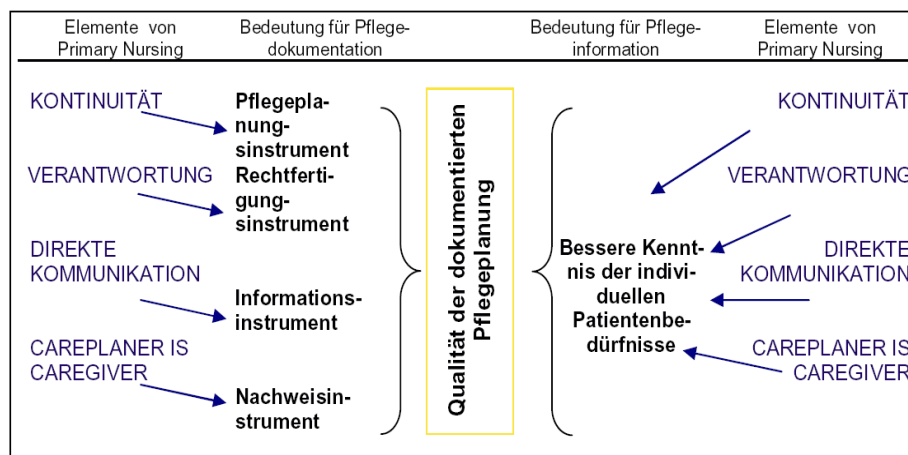


Abbildung 1: Einfluss der Elemente von Primary Nursing auf die dokumentierte Pflegeplanung

Die Kontinuität der Pflege über 24 Stunden für einen Patienten kann nur durch eine exakte Dokumentation einer Pflegeplanung durch die Primary Nurse gewährleistet werden, da sie als Planungs- und Informationsinstrument die Arbeitsgrundlage und Kommunikationsbasis der Pflegenden bildet (Ersser 2000:112; Schreiner 2000:22). Weiterhin hat die Primary Nurse in diesem Pflegesystem die volle pflegerische Entscheidungsverantwortung, so dass die Pflegedokumentation ein Rechtfertigungsinstrument der Primary Nurse darstellt (vgl. Müggler 1992:54; Pittius 1994:251). Eine Befragung von Pflegenden, die Primary Nursing durchführen zeigte, dass die Pflegenden subjektiv der Meinung sind durch dieses Pflegesystem bessere Kenntnisse über die Patienten zu erlangen und damit eine höhere Versorgungsqualität ermöglichen (vgl. Mischo-Kelling 1999:27). Die beschriebenen Argumente zeigen, dass die Verbesserung der dokumentierten Pflegeplanung aus der Notwendigkeit für die Pflegeorganisationsform Primary Nursing erfolgt. Bestimmt wird die Verbesserung der dokumentierten Pflegeplanung durch das Vorhandensein einer fixierten Pflegeplanung, einer lückenlosen Verlaufsdocumentation, die Anwendung des Pflegeprozesses und die Erfassung individueller Pflegebedürfnisse der Patienten.

Ersser et al. (2000:150f.) weisen darauf hin, dass es keine Garantie gibt, dass die Möglichkeiten für eine verbesserte Pflegeplanung, im Primary Nursing – System wirksamer genutzt werden als bei anderen Pflegesystemen.

3.3 Bedeutung der Problemidentifikation im Rahmen der Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess

Die Problemidentifikation als Pflegebedarfsbestimmung stellt die erste und zweite Phase im Pflegeprozess dar und bildet damit die Grundlage für die Erstellung eines Pflegeplanes (vgl. Buckley-Viertel 1995; Settelen-Strub 1997). Das Ergebnis der Bedarfsbestimmung sind Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen, die auf der Grundlage des Pflegeassessments bestimmt werden. Der Assessmentbegriff in der Pflege „bedeutet eine Beurteilung des Gesundheitszustandes, der die Sammlung und Auswertung klinischer Daten erfordert“ (Gordon 2001:203).

Im Laufe der Professionalisierung der Pflege wurden insbesondere in den USA und den skandinavischen Ländern Pflegeprobleme exakt beschrieben und standardisiert. Inhaltlich wird die Pflegediagnose von der NANDA (1994) als eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/ Lebensprozesse definiert, deren Bedeutung darin liegt, dass sie Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen zur Zielerreichung, für die die Pflegenden verantwortlich ist, bildet.

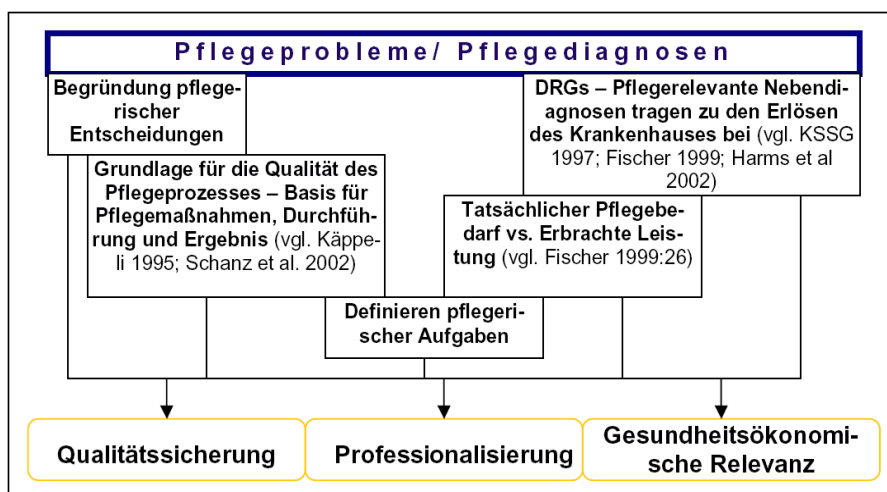


Abbildung 2: Bedeutung der Pflegeproblemidentifikation im Pflegeprozess

Abbildung 2 stellt die Bedeutung der Problemidentifikation im Pflegeprozess dar. Sie erhält insbesondere einen Bedeutungsgehalt in Bezug auf gesundheitsökonomische Aspekte, Qualitätssicherung und Professionalisierung der Pflege. „Pflegediagnosen begründen, weshalb eine bestimmte Pflege eingeleitet wird. Ohne eine solche Begründung lässt sich schwerlich feststellen, ob die durchgeführten Pflegehandlungen im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung wirksam oder unwirksam, notwendig oder nicht notwendig, nützlich oder direkt schädlich sind.“ (Mortensen 1998:13).

4 Material und Methode

4.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Pilotstudie folgt dem Design einer quasi-experimentellen, prospektiven Felduntersuchung in Vorbereitung auf eine hypothesenprüfende Untersuchung zur Evaluation der Intervention ‚Primary Nursing‘ in Bezug auf die Qualität der Identifikation von Pflegeproblemen im Rahmen der Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. Im Vordergrund steht ein Vergleichsgruppendesign, wobei unterschiedliche Pflegesysteme einer Klinik bezüglich dieser Fragestellung verglichen werden.

Der erste Teil der Untersuchung besteht darin, dass Pflegesystem der beteiligten Stationen der jeweiligen Kliniken zu bestimmen. Die Zuordnung des Pflegesystems als unabhängige Variable ist Grundvoraussetzung für die weitere Untersuchung, da die Kontrollgruppe in Bezug auf die Experimentalgruppe eindeutig charakterisiert wird. Die Bestimmung des Pflegesystems erfolgt anhand des Klassifikationsinstrumentes für Pflegesysteme von Windel et al. (2000:25).

Der zweite Teil der Untersuchung besteht in der Erfassung der Pflegeproblemidentifikation im Rahmen der Pflegeplanung in den jeweiligen Pflegesystemen als abhängige Variable. Im Mittelpunkt steht dabei der Vergleich tatsächlich vorhandener Pflegeprobleme mit den durch die Pflegenden identifizierten und dokumentierten Pflegeproblemen eines Patienten. Dazu wird eine Einschätzung von Patienten durch ein Assessment vorgenommen, um vorhandene Pflegediagnosen zu identifizieren. Weiterhin werden Inhaltsanalysen von Pflegedokumentationen zur Erfassung dokumentierter Pflegeprobleme durchgeführt. Die beiden Erhebungselemente werden jeweils miteinander verglichen, zahlenmäßig bestimmt und bilden eine Forschungseinheit. Durch eine Multizentrische Studienanlage wird sowohl ein Vergleich zwischen unterschiedlichen Pflegesystemen, wie auch zwischen den Kliniken angestrebt.

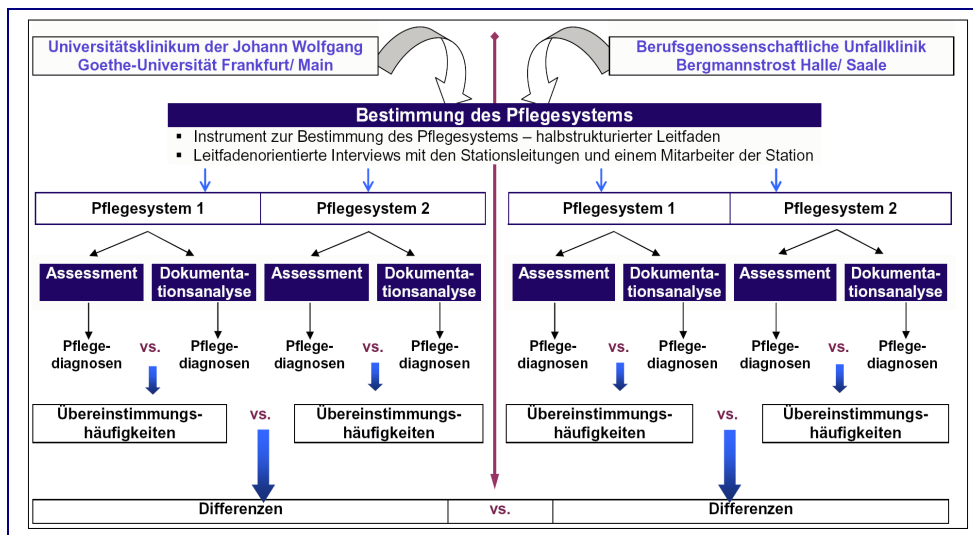


Abbildung 3: Forschungsdesign

4.2 Hypothese

Das Pflegesystem Primary Nursing führt, nach Analyse der vorhandenen Literatur, aufgrund der Unabdingbarkeit der Pflegedokumentation und Pflegeplanung für diese Organisationsform der Pflege, zu einer Pflegedokumentation und Pflegeplanung, die fachlich aussagekräftiger und nachvollziehbarer als in anderen Pflegesystemen ist. Die Pflegedokumentation stellt dabei die Qualitätsverbesserung der Pflege dar, die unmittelbar durch die Art und Weise des Pflegesystems (Primary Nursing) verursacht wird.

Für diese Pilotstudie wurde die Pflegeproblemidentifikation und -dokumentation als Teilaspekt der dokumentierten Pflegeplanung zur näheren Untersuchung extrahiert. Die theoriebasierte Exploration führte zu einer gerichteten, unspezifischen Unterschiedshypothese:

„In der Pflegeorganisationsform Primary Nursing ist die Übereinstimmung (Qualität) der dokumentierten Pflegeprobleme im Rahmen der Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess mit den tatsächlichen Pflegebedürfnissen des Patienten größer, als in anderen Pflegesystemen.“

4.3 Stichprobe

Die Auswahl der beteiligten Kliniken resultiert aus der vorhandenen Durchführung von Primary Nursing auf mindestens einer Pflegestation als Einflussvariable, da die Umsetzung von Primary Nursing sehr zeitaufwendig und umfangreich ist und nicht im Rahmen dieser Studie geleistet werden konnte. Beide Kliniken führen Stationen im Primary Nursing - System und anderen bisher nicht näher bestimmten Pflegesystemen.

Die Vergleichstationen in den beteiligten Kliniken werden ausgehend von den feststehenden Pflegestationen mit dem Organisationssystem Primary Nursing ausgewählt. Kriterium für die Auswahl der Vergleichsstation ist das Vorhandensein eines anderen Pflegesystems als Primary Nursing. Zusätzlich sollen die Patienten einen Pflegebedarf aufweisen, der es ermöglicht überhaupt Pflegeprobleme in einem gewissen Umfang zu identifizieren. Dieser wird anhand der intern weitergeführten Messung des Pflegeaufwandes zur Pflege-Personalregelung (PPR) abgelesen. Die Vergleichsstationen zu den jeweiligen Primary Nursing - Stationen der Kliniken wird innerhalb der Klinik gesucht, um kulturelle Unterschiede anderer Kliniken als Counfounder zu vermeiden, auch wenn dadurch ein Vergleich gleichen Patientenkontexts unmöglich wurde. Für diese Untersuchung ist es allerdings nicht notwendig eine absolute Vergleichbarkeit herzustellen, da die Problemidentifikation der Pflegenden für einen Patienten mit den tatsächlich vorhandenen Pflegeproblemen des Patienten verglichen wird.

In Krankenhaus 1 wird eine Knochenmarktransplantations-Station (Primary Nursing) mit einer Allgemeinchirurgischen Station mit Schwerpunkt Herz-Thorax-Chirurgie verglichen. In Krankenhaus 2 wird zu einer Rückenmarkverletzten-Station (Primary Nursing) eine Unfallchirurgische Station vergleichend hinzugezogen.

Die zur Bestimmung der Pflegesysteme notwendigen halbstandardisierten Interviews werden mit den Stationsleitungen und einem im Dienst befindlichen Mitarbeiter der jeweiligen Stationen durchgeführt, so dass insgesamt 8 halbstandardisierte Interviews geführt werden.

Die Patienten der jeweiligen Stationen werden zum Einschluss in diese Studie anhand der Kriterien Lebensalter und Pflegeaufwand ausgewählt. Ausschlusskriterium ist ein Lebensalter über 60 Jahren, um den Einfluss eines Altersbildes als Confounding auf die Qualität der Pflegeproblemidentifikation und –dokumentation zu vermeiden. Die PPR - Eingruppierung der Allgemeinen Pflege muss eine „A2“ oder „A3“ aufweisen. Die Patienten, die diesen Kriterien genügten, wurden in Form einer anfallenden Stichprobe in die Studie aufgenommen, sofern sie sich für diese Untersuchung bereit erklärten.

Aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Voruntersuchungen und damit unbekannter Effektgröße konnte keine spezifische Hypothese formuliert werden. Der optimale Stichprobenumfang, der sich aus der zu erwartenden Effektgröße ergibt, ließ sich damit nur schwer bestimmen. Es wurde eine Fallzahlschätzung durch das Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und medizinische Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt. Aus theoretischen Überlegungen wurde als Erfolgsrate 99% Übereinstimmung angesetzt, da die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation eine gesetzlich vorgeschriebene Bringleistung ist und jede Abweichung einen Qualitätsmangel darstellt. Eine kritische Differenz von 9 % sollte als aussagekräftiger Unterschied nachgewiesen werden. Die Fallzahlschätzung ergab für eine Power von 95% einen Stichprobenumfang von 120 Fällen je Untersuchungsgruppe. Dieser Stichprobenumfang konnte in dieser zeitlich begrenzten Arbeit nicht geleistet werden, so dass zur näheren Eingrenzung der Effektgröße eine Pilotstudie durchgeführt wurde. Dafür wurde eine 10% Stichprobe des optimalen Stichprobenumfanges gewählt.

Der Stichprobenumfang betrug 12 Untersuchungseinheiten je Pflegesystem. Das heißt, von jeder vorher ausgewählten Station wurden 6 Patienten, die den Kriterien genügten, in die Studie einbezogen.

4.4 Datenerhebung

4.4.1 Bestimmung des Pflegesystems

Die Erhebung der Daten zur Bestimmung des Pflegesystems erfolgt mittels halbstrukturierter Interviews in Form einer qualitativen Befragung (vgl. Bortz et al. 2005: 289). Leitfaden bildete das vorhandene standardisierte Instrument von Windel et al. (2000). Im Gespräch wurden ausschließlich offene Fragen gestellt.

4.4.2 Bestimmung der Pflegediagnosen eines Patienten

Die Erhebung der Pflegediagnosen eines Patienten erfolgte auf der Basis eines umfangreichen Assessments. Das Assessment bestand aus der Pflegeanamnese in Form eines persönlichen Gespräches mit dem Patienten und einer körperlichen Untersuchung.

Das persönliche Gespräch erfolgte leitfadenorientiert am Assessmentinstrument. Es wurde die Technik des „Trichterns“ (funneling) verwendet, indem von allgemeinen, offenen Fragen zu spezielleren Fragen übergegangen wurde, um richtungweisend dysfunktionales und funktionales Verhalten zu erfassen. Es wurden immer offene Fragen ohne Antwortvorgaben gestellt. Alle Gespräche fanden ihren Einstieg über den Grund des Krankenhausaufenthaltes. Es wurde nicht zwingend zu jedem Kriterium eine Frage gestellt, da einige Merkmale auch aus dem Gespräch beziehungsweise aus der Beobachtung heraus charakterisiert wurden. Das Assessment stellte eine Simulation einer praktischen Pflegeanamnese dar.

Das stark strukturierte Assessmentinstrument bildet über einen Buchstaben-Zahlen-Code Symptome in den einzelnen Bereichen ab. Über eine entwickelte Matrix, die Symptomen Pflegediagnosen gegenüber stellt, wurden Pflegediagnosen ermittelt. Die Kennzeichen und die daraus hervorgegangene Pflegediagnosen wurden mit den jeweiligen Patienten verifiziert und validiert. Dieser Prozess führte im Ergebnis zur Bestimmung der Pflegediagnosen, die in der weiteren Untersuchung zum Vergleich herangezogen wurden. Die Erhebungen der Pflegediagnosen der Patienten erfolgten durch die Forscherin.

Das Medium der Pflegediagnosen wurde für diese Studie verwendet, da ein standardisiertes Instrument von Pflegeproblemen die Vergleichbarkeit zwischen den tatsächlichen Pflegeproblemen des Patienten und den dokumentierten Pflegeproblemen gewährleisten sollte. Die NANDA – Pflegediagnosen boten durch Definition, Symptomatik und Ätiologie operationalisierte Diagnosen an, die ohne zusätzlichen Aufwand anwendbar waren. Zudem sind die Pflegediagnosen der NANDA weit verbreitet, werden häufig verwendet und seit 30 Jahren weiterentwickelt, wodurch sie international anerkannt sind. Es besteht die Möglichkeit der Anbindung an Interventions- und Outcomeklassifikationen (NIC / NOC) sowie an leistungsbezogene Fallpauschalen, wodurch das entwickelte Instrument Potenziale für

weitere Studien in sich birgt. Kritisch ist anzubringen, dass die verwendeten Pflegediagnosen überwiegend noch nicht wissenschaftstheoretisch und methodologisch fundiert sind, sondern durch einen Konsens von Pflegefachkräften definiert wurden. Allerdings gibt es derzeit keine Alternativen für standardisierte Pflegeprobleme, so dass momentan konsentrierte Pflegediagnosen im Vergleich zu einer eigenen Entwicklung von Standardisierungen von Pflegeproblemen die fundierteste Entwicklung darstellen.

Assessmentinstrument zur Bestimmung des Pflegebedarfs eines Patienten

Grundlage des Assessmentinstrumentes für diese Studie bildet das ins deutsche übersetzte ‚Minimum Data Set‘ (MDS), ein Teil des Resident Assessment Instrument® 2.0 (RAI®), welches als zustandsbezogenes Pflegemessinstrument bekannt ist. Das RAI® wurde ursprünglich konzipiert für die stationäre Langzeitpflege, trotzdem ist die Anwendung in dieser Studie sinnvoll, da es sich um Patienten mit zum Teil sehr langen Liegezeiten handelt. Das RAI®-MDS ist eine Formularstruktur, welche es ermöglicht detailliert den Zustand eines Patienten kontinuierlich zu beschreiben. Dafür stehen Formulare zur vollständigen und im weiteren Verlauf zur verkürzten Beurteilung zur Verfügung. Hier wurde das RAI®-MDS - Formular für die vollständige Beurteilung herangezogen (vgl. Garms-Homolová 2000:154). Das Resident Assessment Instrument® 2.0 wurde als Ausgangspunkt gewählt, da es ein anerkanntes und verbreitetes Verfahren zur Zustandmessung in der Pflege ist und zusätzlich im Vergleich zu anderen möglichen Instrumenten, wie FIM® (Functional Independence Measure), GBA (Geriatrisches Basisassessment) oder die Pflege-Personalregelung (PPR) der Anforderung dieser Studie, strukturiert und umfassend den Pflegebedarf einer bestimmten Patientengruppe zu messen, genügt. Da das RAI® für die stationäre Langzeitpflege konzipiert ist, mussten Modifikationen in Bezug auf den Einsatz in der Akutpflege vorgenommen werden. Dies hat zur Folge, dass die getestete Reliabilität des Instrumentes nicht mehr gegeben ist und neue Messungen notwendig sind.

Die Erweiterung und Anpassung an die Akutpflege des RAI®-MDS erfolgte auf der Basis von Pflegediagnosen der Nordamerikanischen Pflegediagnosenvereinigung (NANDA). Grundlage bildete das ‚Handbuch Pflegediagnosen‘ von Gordon (2003), welches die aktuellsten von der NANDA anerkannten Pflegediagnosen enthält. Die NANDA – Pflegediagnosen wurden gewählt, da sie zum heutigen Zeitpunkt die Symptome und Risikofaktoren der Pflegediagnosen am genauesten beschreiben. Aufgrund der dort beschriebenen Symptome, die bestimmte Pflegediagnosen operationalisieren, wurden neue Kriterien in das ursprüngliche RAI®-MDS eingebunden und somit eine Erweiterung zu akutpflegerisch relevanten Elementen vorgenommen.

Dem Assessmentinstrument vorangestellt wurde die Erfassung struktureller Kriterien, wie Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer, medizinische Diagnosen, Pflegesystem, PPR – Einstufung, Datum und Uhrzeit des Assessments. Außerdem wurde die Dauer des Assessments erfasst, um die Vergleichbarkeit der Daten gewährleisten zu können.

Das neu entwickelte Assessmentinstrument wurde in Form eines Pretests geprüft und danach nochmals modifiziert. Da das Assessmentinstrument eine gewisse Leitfadenvorgabe macht, wurde insbesondere die Reihenfolge bestimmter Elemente optimiert, um das praktische Assessment zu erleichtern.

Instrument zur Bestimmung von Pflegediagnosen aufgrund der Assessmentdaten

Zur Bestimmung der Pflegediagnosen aufgrund der erhobenen Assessmentdaten wurde eine Matrix entwickelt, die Symptome den Pflegediagnosen zuordnet. Grundlage hierfür waren die symptomatisch beschriebenen NANDA – Pflegediagnosen (vgl. Gordon 2003). Diese Matrix zeigt für bestimmte Symptome mögliche Pflegediagnosen an, die entsprechend gekennzeichnet werden können. Das vorliegende Instrument kann nur hypothetische Pflegediagnosen anzeigen, die entsprechend geprüft und validiert werden müssen. Zusätzlich wurde ein Seitenverweis der einzelnen Pflegediagnosen zum ‚Handbuch Pflegediagnosen‘ (Gordon 2003) angelegt, um eine adäquate Bestimmung der Pflegediagnosen zu ermöglichen.

Die 139 verwendeten Pflegediagnosen wurden nach den Kategorien des Assessmentinstrumentes geordnet, um die Bestimmung der Pflegediagnosen zu erleichtern.

Die Qualität der Datenerhebung wird bei beiden Instrumenten zur Erhebung der Pflegediagnosen eines Patienten im Wesentlichen beeinflusst durch den Kenntnisstand und die Qualität des Anwenders, was als methodische Kritik vorangestellt werden soll. Für diese Studie ist sie jedoch in gewissem Maße zu vernachlässigen, da alle Erhebungen durch die Forscherin selbst durchgeführt wurden.

4.4.3 Inhaltsanalyse der Pflegedokumentationen in Bezug auf Pflegeprobleme

Die Pflegedokumentationen der an dieser Studie beteiligten Patienten wurde bezüglich der Frage, welche Pflegeprobleme während des Analysezeitraums von den Pflegenden für den Patienten identifiziert und dokumentiert wurden, analysiert. Analysegegenstand innerhalb der Pflegedokumentation war die Pflegeplanung und der Pflegeverlaufsbericht.

Der Analysezeitraum ergab sich aus dem Zeitpunkt des durchgeführten Assessments. Wurde das Assessment eines Patienten im Frühdienst durchgeführt, war der Periodenzeitraum für die Dokumentationsanalyse vom Beginn des Spätdienstes des Vortages bis einschließlich des Spätdienstes des Begutachtungstages festgesetzt. Erfolgte das Assessment im Spätdienst erstreckte sich der Analysezeitraum vom Beginn des Nachtdienstes des Vortages bis einschließlich des Nachtdienstes dieses Begutachtungstages. In die Analyse wurden damit jeweils vier Schichten einbezogen. Die Dokumentationsanalyse erfolgte in der Regel 24 Stunden nach dem Assessment. Dieser Periodenzeitraum wurde gewählt, da die Erwartungshaltung besteht, dass in dieser Zeit alle aktuellen Pflegeprobleme dokumentiert sein müssten, die auch zum Zeitpunkt des Assessments relevant waren. Die Pflegenden der Stationen wurden bewusst nicht darüber informiert, was bei der Inhaltsanalyse der Pflegedokumentationen erfasst wurde, um Verzerrungseffekte von Seiten der Pflegenden zu vermeiden. Die Inhaltsanalysen der Pflegedokumentationen wurden durch die Forscherin durchgeführt.

5 Ergebnisse

5.1 Intervention: Primary Nursing

Die abhängige Variable kann in Bezug auf die Pflegeorganisationsform Primary Nursing näher charakterisiert werden, da die beteiligten Kliniken Konzeptionen zur Umsetzung entwickelt haben. In Tabelle 1 sind wichtige Eckpunkte der Konzepte und ihrer Umsetzung im Vergleich dargestellt.

Tabelle 1: Vergleich der eingeführten Konzepte zu Primary Nursing in den Krankenhäusern

Merkmale	Krankenhaus 1	Krankenhaus 2
Zeitraum der Einführung	01/2002 – 2003	12/1997 – 2001
Art der Konzeption	Detaillierte Rahmenkonzeption für die Umsetzung von Primary Nursing – Fachgebietsübergreifend	Pflegekonzept für ein Zentrum für Rückenmarkverletzte – mit dem Schwerpunkt der Bezugspflege
Begrifflichkeit	Primary Nursing ≠ Bezugspflege	Primary Nursing = Bezugspflege
Primary Nursing ist ...	Ein System der Pflegeorganisation („system for delivering nursing service“ [Manthey 1980:31])	Pflegeorganisationsform und Pflegephilosophie
Eingeführte Elemente zur Umsetzung von Primary Nursing	(a)Verantwortung (b)Kontinuität (c)Direkte Kommunikation (d)Caregiver as Careplaner (vgl. Manthey 2002)	(a)Verantwortung (b)Kontinuität (vgl. Manthey 2002) (c)„Comprehensive Care“
Evaluation	Begleitend zur Einführung anhand von Qualitätskriterien für die Umsetzung von Primary Nursing	Bisher keine Evaluation

Dieser Vergleich zeigt Unterschiede in der konzeptionellen Gestaltung von Primary Nursing in den beiden untersuchten Kliniken auf. Bedeutsam ist insbesondere die Abgrenzung von Primary Nursing und Bezugspflege im Konzept des Krankenhauses 1 und die Abgrenzung von Primary Nursing als Pflegeorganisationsform der Pflege im Vergleich zu Krankenhaus 2. Die Konzepte von Primary Nursing wurden in Krankenhaus 2 nur teilweise umgesetzt, wobei aber zusätzlich eine Einbettung in ein Pflegekonzept für eine spezifische Patientengruppe erfolgte. Auf der Station des Krankenhauses 1 war die Einführungsphase von Primary Nursing zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht abgeschlossen. Auf der Station des Krankenhauses 2 galt die Einführung von Primary Nursing zum Untersuchungszeitpunkt seit einem dreiviertel Jahr als vollzogen.

Tabelle 2: Einordnung der Stationen hinsichtlich des Pflegesystems nach Windel et al. (2000)

KH/ Station		Einteilungskriterien * Pflegeprinzip								Pflege- system
		Zuständige Pflegekraft begleitet die Visite		Verzicht auf „Runden“		Fest zugewiesene Patientenzustä ndigkeit		Kontinuierliche Patientenzustä ndigkeit		
	PS	SL	M	SL	M	SL	M	SL	M	
KH 2 Station 1	1,05	+	+	+	+	+	+	3	3	Ganzheitliche Bezugspflege
KH 2 Station 2	2,57	+	+	±	±	+	+	1	2	Bereichsorientier te Pflege
KH 1 Station 1	0,6	+	+	+	+	+	+	3	3	Ganzheitliche Bezugspflege
KH 1 Station 2	1,56	+	+	+	+	±	±	2	1	Bereichsorientier te Pflege

Erläuterungen:
SL= Stationsleitung; M= Mitarbeiter der Station
+ = Kriterium erfüllt; ± = Kriterium eingeschränkt gegeben; - = Kriterium nicht erfüllt
0=nicht vorhanden; 1= pro Schicht; 2= für mehrere an aufeinander folgenden Tagen; 3= geplant für die
überwiegende Zeit des Patientenaufenthaltes
der in der Tabelle angegebenen „Pflegeschlüssel“ (PS) bezieht sich auf das Verhältnis von Patientenzahl zu
dreijährig examinierten Pflegekräften der Station (Ist-Zustand)

Die Strukturgleichheit der beiden Stationen mit Primary Nursing in den beiden Kliniken ist aus konzeptionellen Gründen nicht gegeben. Deshalb steht für diese Studie der klinikinterne Vergleich im Vordergrund. Klinikübergreifend können die im internen Vergleich ermittelten Unterschiede gegenüber gestellt werden.

Die Bestimmung des Pflegesystems der teilnehmenden Stationen ergab nach dem Klassifizierungsinstrument von Windel et al. (2000) die in Tabelle 2 dargestellte Zuordnung.

Das auf alle Stationen angewendete Klassifikationsschema ordnet die Stationen, die nach eigenen Angaben ‚Primary Nursing‘ durchführen der ‚ganzheitlichen Bezugspflege‘ zu. Beide Vergleichsstationen wurden nach den erhobenen Einteilungskriterien der ‚bereichsorientierten Pflege‘ zugeordnet.

5.2 Analyse der Übereinstimmungen von tatsächlichen und dokumentierten Pflegeproblemen

Zur Darstellung der Übereinstimmung von tatsächlichen und dokumentierten Pflegeproblemen wurde die prozentuale Übereinstimmung gewählt. Diese wurde je Patient aus den durch die Forscherin ermittelten „tatsächlichen“ Pflegediagnosen und den für diesen Patienten dokumentierten Pflegeproblemen gebildet. Nachfolgend werden die ermittelten Ergebnisse getrennt für die beiden untersuchten Kliniken und anschließend im Vergleich dargestellt.

Krankenhaus 1

Die Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ am Krankenhaus 1 hat im Mittel der dort erhobenen Fälle eine Übereinstimmung der Pflegediagnosen von 42,5 %. Die Spannweite der prozentualen Übereinstimmungen von 45 Prozentpunkten ist von allen untersuchten Stationen die Größte. Von Bedeutung ist hierbei das Minimum (19%) und Maximum (64%) der Übereinstimmungen, da diese beiden Fälle Extremwerte sind (vgl. Abbildung 4). Betrachtet man die prozentualen Übereinstimmungen der Fälle bei Ausschluss der Extremwerte, so liegen diese zwischen 40% und 44 % eng zusammen.

Die Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ des Krankenhauses 1 weist einen Mittelwert der prozentualen Übereinstimmungen der Pflegediagnosen von 31,9% auf. Die Streuung der Übereinstimmungen der Fälle ist mit einer Standardabweichung von 4,9 Prozentpunkten im Vergleich zur ‚bereichsorientierten‘ Station des Klinikums aber auch im Vergleich zu den Stationen des Krankenhauses 2 am geringsten. Die Spannweite der prozentualen Übereinstimmungen beträgt lediglich 13 Prozentpunkte (Minimum = 27%; Maximum = 40%).

Der Vergleich der beiden beteiligten Stationen des Krankenhauses 1 zeigt, dass die prozentuale Übereinstimmung der Pflegediagnosen in den untersuchten Fällen auf der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ im Mittel höher ist, als auf der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘. Hervorzuheben ist, dass die Übereinstimmungen bei fünf von insgesamt sechs Fällen aus der ‚bereichsorientierten Pflege‘ über beziehungsweise gleich mit dem Maximum (40%) der prozentualen Übereinstimmungen der Stationen mit ‚ganzheitlichen Bezugspflege‘ liegen (vgl. Abbildung 4).

Die Ergebnisanalyse für das Krankenhaus 1 zeigt, dass die Dokumentationspraxis der Pflegeprobleme auf der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ im Mittel qualitativ besser erfolgt, als auf der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘. Für die Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ kann zur Vergleichsstation keine bessere Pflegeplanung und Pflegedokumentationspraxis anhand der Pflegeproblemdokumentation in Folge des praktizierten Pflegesystems festgestellt werden.

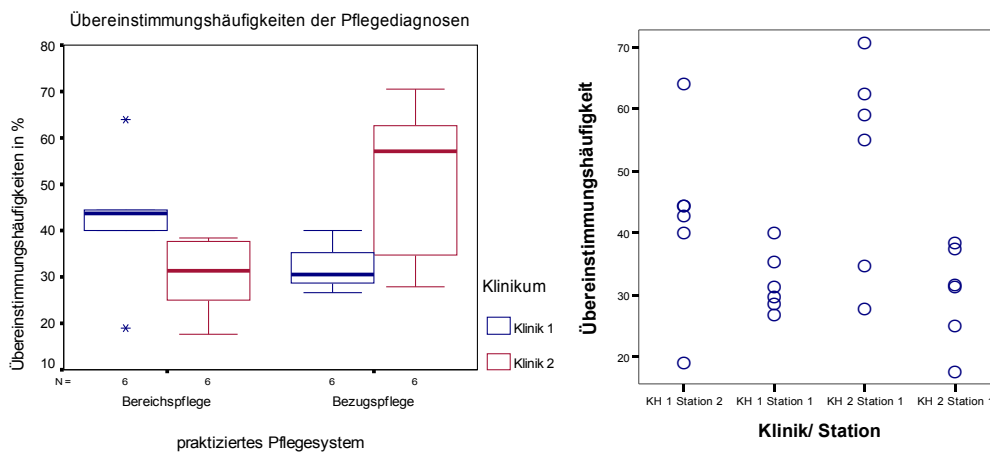


Abbildung 4: Übereinstimmungshäufigkeiten der Pflegediagnosen in unterschiedlichen Pflegesystemen & Streuung

Krankenhaus 2

Die ‚bereichsorientierte Station‘ des Krankenhauses 2 weist im Mittel eine prozentuale Übereinstimmung der Pflegediagnosen von 30,2% auf. Die prozentuale Übereinstimmung der Fälle liegen zwischen 17,7% und 38,2%. Die Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ hat im Mittel eine prozentuale Übereinstimmung von 51,6%, die damit um 21,4 Prozentpunkte höher liegt als bei der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘.

Die Streuung der prozentualen Übereinstimmungen der Fälle ist, wie die Standardabweichung zeigt, bei der ‚ganzheitlichen Bezugspflege‘ (16,7%) größer als bei der ‚bereichsorientierten Pflege‘. Die hohe Streuung der Werte dieser Station vermindert die Repräsentativität des Mittelwertes. Die höchste Fallbezogene Übereinstimmung der Pflegediagnosen dieser Untersuchung liegt auf der Station des Krankenhauses 2 mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ bei 70,6%.

Die Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ weist auch insgesamt höhere prozentuale Übereinstimmungen auf als die Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘. Fünf von sechs Fällen der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ liegen oberhalb des Mittelwertes (30,2%) und Medianes ($z_{KH2 S2}=31,4\%$) der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘.

Für das Krankenhaus 2 konnte durch die Datenanalyse eine bessere Pflegeproblemdokumentation auf der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ im Gegensatz zur Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ identifiziert werden.

Vergleich zwischen den Krankenhäuser

Im Pflegesystem der ‚bereichsorientierten Pflege‘ weist die Station des Krankenhauses 1 bis auf einen Extremwert höhere Übereinstimmungen der dokumentierten Pflegeprobleme auf, als die Station des Krankenhauses 2 (vgl. Abbildung 4). Die Mittelwerte dieser beiden Stationen (30,2% [KH 2]; 42,5% [KH 1]) zeigen ebenfalls diesen Unterschied. Die niedrigsten Übereinstimmungen bezogen auf alle erhobenen Fälle liegen auf den Stationen mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ (17,7% [KH 2]; 19,1% [KH 1]).

Beim Vergleich der Stationen mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ ist besonders die unterschiedliche Streuung der Werte auffällig. Die Station des Krankenhauses 2 weist eine hohe Streuung ($s_{KH2 S1}=16,7\%$) der prozentualen Übereinstimmungen auf, während die Station des Krankenhauses 1 die geringste Streuung ($s_{KH1 S1}=4,9\%$) von allen untersuchten Stationen hat. Daran wird deutlich, dass die Qualitäten der dokumentierten Pflegeprobleme auf der Station des Krankenhauses 2 fallweise stark differieren, während sie auf der Station des Krankenhauses 1 relativ konstant sind.

Der Vergleich der Mediane ($z_{KH2 S1}=57,1\% > z_{KH1 S1}=30,4\%$) der beiden Stationen mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ mit einer Differenz von 26,6 Prozentpunkten zeigt, dass die prozentualen Übereinstimmungen bei Krankenhaus 2 eindeutig höher liegen als in Krankenhaus 1. Dieser Sachverhalt wird anhand des Streudiagramms (vgl. Abbildung 4) besonders sichtbar. Vier von insgesamt sechs beobachteten Fälle der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ des Krankenhauses 2 liegen weit oberhalb der prozentualen Übereinstimmungen der Fälle der Bezugspflegestation des Krankenhauses 1.

Im Pflegesystem der ‚*ganzheitlichen Bezugspflege*‘ der beiden Kliniken gibt es bezüglich der Pflegeproblemdokumentationspraxis große Unterschiede, wobei die Station des Krankenhauses 2 die aussagekräftigeren Pflegeproblemdokumentationen vorzuweisen hat. Beim Vergleich der bereichsorientierten Stationen wurde für die Station des Krankenhauses 1 die bessere Dokumentation der Pflegeprobleme festgestellt.

5.3 Zusammenhang: Übereinstimmungen der Pflegeprobleme & praktiziertes Pflegesystem

Um der Frage nach dem Zusammenhang von der Höhe der prozentualen Übereinstimmung und dem praktizierten Pflegesystem nachzugehen, wurde eine Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt.

Für das Krankenhaus 1 konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Der Korrelationskoeffizient verweist jedoch auf einen negativen Zusammenhang. Die höheren Übereinstimmungshäufigkeiten korrelieren tendenziell mit dem praktizierten Pflegesystem der ‚*bereichsorientierten Pflege*‘.

Für Krankenhaus 2 wurde ein signifikanter Zusammenhang festgestellt. Der Korrelationskoeffizient Spearman - Rho von 0,579 ($p < 0.05$) verweist auf einen mittleren Zusammenhang zwischen prozentualer Übereinstimmung der Pflegeprobleme und praktiziertem Pflegesystem. Höhere Übereinstimmungen assoziieren hier mit dem Pflegesystem der ‚*ganzheitlichen Bezugspflege*‘.

Für Krankenhaus 2 kann damit die aufgestellte Hypothese, dass die Übereinstimmung der tatsächlichen Pflegebedürfnisse des Patienten mit den dokumentierten Pflegeproblemen im Rahmen der Pflegeplanung im Pflegesystem der ‚*ganzheitlichen Bezugspflege*‘ größer ist, fundiert werden. Im Gegensatz dazu kann die Hypothese für Krankenhaus 1 nicht bestätigt werden.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Übereinstimmungsgrad und Liegezeit des Patienten sowie Pflegebedarf konnte nicht nachgewiesen werden.

5.4 Analyse der Übereinstimmungen von erfassten und dokumentierten Pflegediagnosen nach Diagnosen-Sets

Die kritischen Problembereiche, die das Assessment und die Pflegediagnosen kategorisieren, wurden zur Bildung von Diagnosen-Sets verwendet. Alle Pflegediagnosen eines thematischen Bereiches sind zu einem Diagnosen-Set zusammengefasst worden und wurden in dieser Form analysiert. Ziel dieser Analyse ist die Bestimmung der Sets, die die prozentualen Übereinstimmungen der einzelnen Stationen am stärksten beeinflussen (vgl. Abbildung 5).

Von allen insgesamt durch die Begutachtung festgestellten Pflegediagnosen auf den beteiligten Stationen wurden 60,3% der Pflegediagnosen laut Pflegedokumentation nicht von der Pflege der jeweiligen Stationen diagnostiziert. Der Anteil nicht festgestellter Pflegediagnosen ist im Set ‚Stimmungslage und Verhalten‘ besonders hoch. In diesem Set wurden 25,3 % aller durch die Begutachtung bestimmten Pflegediagnosen festgestellt, wodurch dieses Set anteilig die größte Bedeutung erhält. Von der Gesamtzahl der festgestellten Pflegediagnosen in diesem Set wurden 22,6% der Diagnosen laut Pflegedokumentation nicht von den Pflegenden der Stationen diagnostiziert. Das Set ‚Stimmungslage und Verhalten‘ beinhaltet den verhältnismäßig größten Anteil nicht diagnostizierter Pflegediagnosen auf den untersuchten Stationen und beeinflusst deshalb den Übereinstimmungsgrad am stärksten negativ. Der Anteil nicht - diagnostizierter Pflegediagnosen laut Pflegedokumentation in diesem Set liegt auf der Station mit ‚*ganzheitlicher Bezugspflege*‘ des Krankenhauses 1 mit 9,2 %, gefolgt von der Station mit ‚*bereichsorientierter Pflege*‘ dieses Klinikums mit 6,5%, am höchsten.

Einen großen Anteil der laut Pflegedokumentation nicht - diagnostizierten Pflegediagnosen nimmt weiterhin das Set ‚Körperliche Funktionsfähigkeit‘ ein. 24,2% aller durch die Begutachtung diagnostizierter Pflegediagnosen liegen in diesem Set, insgesamt wurden jedoch 12,8% der Pflegediagnosen durch die Pflegenden laut Pflegedokumentation nicht diagnostiziert.

Die beiden oben beschriebenen Sets beinhalten mehr als die Hälfte (59%) der laut Pflegedokumentation nicht diagnostizierten Pflegediagnosen.

In den Sets ‚Kognitive Fähigkeiten‘, ‚Kommunikative Fähigkeiten‘, ‚Sehfähigkeit / Geruchswahrnehmung‘ und ‚Psychosoziales Wohlbefinden‘ wurde keine übereinstimmende Diagnosestellung ermittelt, da in diesen Bereichen keine dokumentierten Pflegeprobleme erfasst waren.

Die höchste Übereinstimmung der Pflegediagnosen der Begutachtung und der dokumentierten Pflegediagnosen liegt im Set ‚Atmung‘ mit 90%.

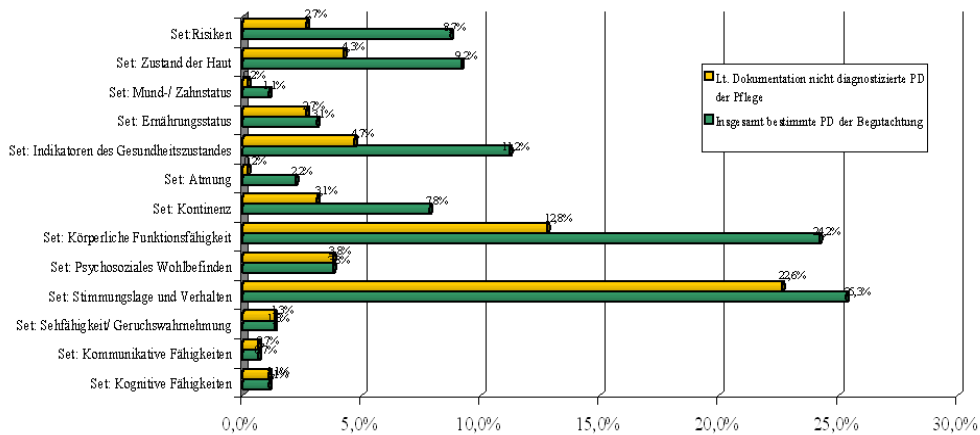


Abbildung 5: Verteilung der nicht - diagnostizierten Pflegediagnosen in den Diagnosen-Sets

Die identifizierten Diagnosen-Sets, die den Hauptanteil der nicht diagnostizierten Pflegediagnosen stellen, wurden weiterhin bezüglich ihrer stationsbezogenen Ausprägung analysiert. Betrachtet wurden hierzu die prozentualen Übereinstimmungen der Sets ‚Stimmungslage und Verhalten‘, ‚Körperliche Funktionsfähigkeit‘ und ‚Indikatoren des Gesundheitszustandes‘ im Vergleich zu den Übereinstimmungen aller Pflegediagnosen und im Vergleich ‚bereichsorientierte Pflege‘ und ‚ganzheitliche Bezugspflege‘ (vgl. Abbildung 6 und 7).

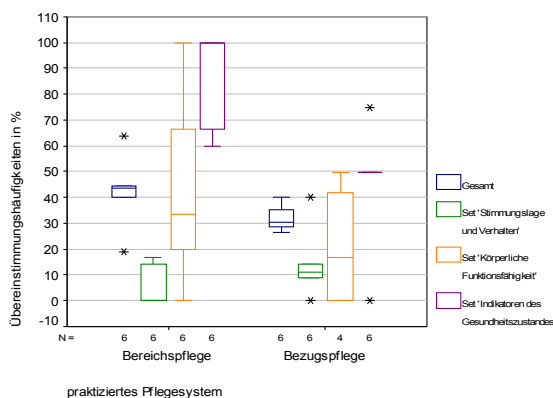


Abbildung 6: Prozentuale Übereinstimmungen von Diagnosen-Sets Krankenhaus 1

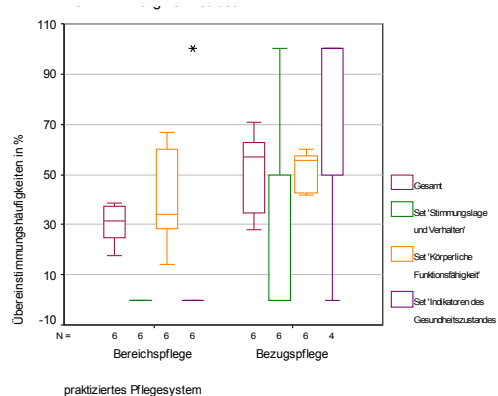


Abbildung 7: Prozentuale Übereinstimmungen von Diagnosen-Sets Krankenhaus 2

Die ‚bereichsorientierte Station‘ des Krankenhauses 1 weiß im Set ‚Stimmungslage und Verhalten‘ in vier von sechs Fällen keine Übereinstimmung auf. Der höchste gemessene Übereinstimmungsgrad auf dieser Station betrug 16,7%. Auf der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ dieses Krankenhauses lagen in fünf von sechs Fällen Übereinstimmungen vor, wobei die höchste Übereinstimmung mit Abstand bei 40% (Ausreißer) lag. Bis auf diesen Ausreißer liegen die prozentualen Übereinstimmungen dieses Sets im Krankenhaus 1 auf einem sehr niedrigen Niveau. Auf der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ wurden bei mehr Fällen als auf der Vergleichsstation Übereinstimmungen festgestellt, wenn auch der Übereinstimmungsgrad sehr niedrig war (vgl. Abbildung 6).

Im Krankenhaus 2 konnte ein eindeutiger Unterschied zwischen den zu vergleichenden Stationen im Set ‚Stimmungslage und Verhalten‘ festgestellt werden. Während auf der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘ keine Übereinstimmung festgestellt wurde, zeigte die Analyse der Station mit ‚ganzheitlicher Bezugspflege‘ in zwei von sechs Fällen hohe Übereinstimmungsgrade (50%/ 100%). In den anderen vier untersuchten Fällen wurden ebenfalls keine Übereinstimmungen mit der externen Begutachtung festgestellt (vgl. Abbildung 7).

Im Krankenhaus 1 spiegeln die prozentualen Übereinstimmungen der dargestellten Sets die Tendenz der höheren Übereinstimmungsgrade bei der *'bereichsorientierten Pflege'*, wie in der Gesamtbetrachtung festgestellt, wieder. Ausnahme bildet das Set *'Stimmungslage und Verhalten'*, welches tendenziell höhere Übereinstimmungen auf der Station mit *'ganzheitlicher Bezugspflege'* aufzeigte, insgesamt aber auf niedrigem Niveau.

In Krankenhaus 2 zeigen die Ergebnisse der Setbezogenen Auswertung ohne Ausnahme den gleichen Zusammenhang wie die Gesamtbetrachtung – die prozentualen Übereinstimmungen auf der Station mit *'ganzheitlicher Bezugspflege'* sind höher als auf der Vergleichsstation.

Für beide Kliniken ist festzustellen, dass die Streuung der prozentualen Übereinstimmungen der Fälle auch in den betrachteten Diagnosen-Sets groß ist. Ausgeschlossen werden kann damit, dass die Streuung der Werte von bestimmten Diagnosen-Sets abhängig ist, weil sie nur bei bestimmten Pflegediagnosen auftreten.

6 Diskussion/Schlussfolgerungen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden im folgenden Methoden und Ergebnisse kritisch reflektiert und diskutiert. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob Primary Nursing einen positiven Einfluss auf die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme im Vergleich zu anderen Pflegesystemen hat.

Die Forschungsfrage kann nicht eindeutig beantwortet werden, da die Ergebnisse eine Diskrepanz aufweisen, die zu hinterfragen ist. Für den Nachweis einer tatsächlichen Verbesserung der Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme spricht die methodische Konzeption, dokumentierte Pflegeprobleme mit den individuellen Pflegebedürfnissen des jeweiligen Patienten zu vergleichen und die Übereinstimmung als Maß für Qualität zu werten. Bisherige Studien bestimmten eine Qualitätsverbesserung am zahlenmäßigen Auftreten bestimmter Pflegeprobleme und dessen Verteilung in unterschiedlichen Pflegesystemen (vgl. Seidl et al. 1988a; Davis et al. 1994; Webb et al. 1997). Diese Studien können keine Aussagen zur tatsächlichen Übereinstimmung der Pflegeprobleme mit den individuellen Patientenbedürfnissen machen, wie dies in dieser Studie durch Kombination der Erhebungsmethoden Assessment und Dokumentationsanalyse erfolgte.

Methodenkritik

Kritisch ist anzumerken, dass das Studiendesign des Vergleichs von dokumentierten und individuell tatsächlich vorhandenen Pflegeproblemen nicht berücksichtigt, dass die Pflegedokumentation nicht das tatsächliche Wissen der Pflegenden um die individuellen Pflegebedürfnisse eines Patienten spiegelt (vgl. Webb et al. 1997:400). Die Erfassung des Wissens der verantwortlichen Pflegenden zu den Bedürfnissen eines Patienten als zusätzliche Vergleichsquelle wäre auch im Hinblick auf die Ergebnisse sinnvoll. Im Studienansatz wurde allerdings bewusst darauf verzichtet, da der Schwerpunkt auf die schriftliche Niederlegung der erfassten Pflegeprobleme eines Patienten gelegt wurde. Nur diese kann tatsächlich als Informationsquelle gelten, da auch die forensische Absicherung hierüber erfolgt. Es wird davon ausgegangen, dass bei den Pflegenden ein mündliches Wissen über die Pflegeprobleme eines Patienten vorhanden ist und auch kommuniziert wird, welches weit über den dokumentierten Anteil hinausgeht. Deshalb können die Ergebnisse dieser Studie nicht gleichgesetzt werden mit dem Wissen, welches tatsächlich in die Pflegepraxis einfließt. Diese Tatsache erklärt auch die insgesamt sehr niedrig erscheinenden prozentualen Übereinstimmungen, obwohl eine annähernd hundertprozentige Übereinstimmung für eine effiziente Pflege zu erwarten ist.

Es wird kritisch darauf hingewiesen, dass die unterschiedliche konzeptionelle Ausgestaltung der *'ganzheitlichen Bezugspflege'* in den Kliniken, trotz übereinstimmender Klassifikation, bei direktem Vergleich dieser beiden Stationen zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann. Die konzeptionellen Unterschiede wurden in Kauf genommen, da diese Untersuchung auf umgesetzte Konzepte von *'ganzheitlicher Bezugspflege'* angewiesen war. Die Ergebnisse sind deshalb vorwiegend klinikbezogen zu betrachten.

In der methodenkritischen Betrachtung dieser Untersuchung soll weiterhin die Vergleichbarkeit der Stationen innerhalb einer Klinik in Bezug auf erklärende Ko-Variablen angesprochen werden. Die Vergleichsstationen in den beiden Kliniken unterscheiden sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und des Pflegeaufwandes (erfasst durch PPR - Einstufung) der in die Studie einbezogenen Patienten. Sowohl für die Aufenthaltsdauer, wie auch für die PPR - Einstufung konnte in beiden Kliniken kein di-

rekter Zusammenhang zur Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme nachgewiesen werden. Es wird angemerkt, dass ein Prä-Post-Test-Design auf jeweils einer Pflegestation für diese Untersuchung methodisch sinnvoller ist, um eine höhere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Mit dieser Studienanlage könnte eine genauere Aussage zur Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme zum Zeitpunkt vor Einführung eines neuen Pflegesystems gemacht werden, was mit dem in dieser Untersuchung verwendeten Forschungsdesign nicht möglich ist. Es kann durch die vorliegende Untersuchung nicht eindeutig bestimmt werden, ob eine Verbesserung für die einzelne Station eingetreten ist. Ein Prä-Post-Test-Design konnte für diese Studie nicht angewendet werden, da die zeitliche Begrenzung dieser Arbeit eine Einführung von Primary Nursing nach einer Nullpunkterhebung nicht zugelassen hätte. Die Qualität der verwendeten Testmethode wurde in Bezug auf Reliabilität und Validität nicht näher untersucht. Es wird aber betont, dass die Bestimmung der Messgenauigkeit der verwendeten Instrumente von Bedeutung ist und die hier erhaltenen Ergebnisse methodisch stärken könnten.

Eine bessere Pflegeplanung durch Primary Nursing?!

Die durchgeführte Untersuchung zeigt, dass das Pflegesystem einer Station im Krankenhaus einen Einfluss auf die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme hat. Das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing beeinflusst die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme in der Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess positiv. Allerdings zeigt die Untersuchung auch, dass die positive Qualitätsveränderung der dokumentierten Pflegeprobleme durch Primary Nursing scheinbar von bestimmten Bedingungen abhängig ist, da der Nachweis einer verbesserten Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme nicht für beide an der Untersuchung beteiligten Kliniken erfolgen konnte.

Die von zahlreichen Autoren aufgestellte These und die Hypothese dieser Untersuchung, dass Primary Nursing Bedingungen schaffen kann, die die dokumentierte Pflegeplanung qualitativ verbessert (vgl. Pittius 1992:251; Müggler 1992:54; Brechbühler 1992:61; Brechbühler 1994:12; Andraschko 1996:8; Lynch 1998:41; Hoppe 1998:2; Schreiner 2000:22; Fischer 2000:369; Streubelt 2001:26; Björvell et al. 2003), kann eingeschränkt bestätigt werden. Die Ergebnisse bekräftigen jedoch auch die Aussage von Ersser et al. (2000:150f.), dass Primary Nursing aufgrund seiner Eigenschaften kein „Selbstläufer“ ist, der automatisch zu einer verbesserten Pflegeplanung führt.

Während für Krankenhaus 2 eine Qualitätsverbesserung der dokumentierten Pflegeprobleme durch Primary Nursing festgestellt werden konnte, ist die Tendenz für das Krankenhaus 1 entgegengesetzt. Dieses Ergebnis spiegelt den ambivalenten Forschungsstand zur Auswirkung von Primary Nursing wieder, der sowohl positive als auch keine Effekte bezüglich der Pflegequalität für dieses Pflegesystem bestimmt (vgl. Webb et al. 1997; Nissen et al. 1997; Archibong 1999). Vorrangig stellt sich die Frage, wodurch diese unterschiedlichen Ergebnisse beeinflusst werden.

Pflegekonzept vs. Pflegeorganisationsform

In den untersuchten Kliniken wurden individuell an die Institution angepasste Konzepte entwickelt und umgesetzt. Der konzeptionelle Unterschied zwischen den untersuchten Kliniken besteht in den umgesetzten Elementen von Primary Nursing und in der pflegekonzeptuellen Einbettung des Pflegesystems. Während das Krankenhaus 1 die Umsetzung aller vier Elemente für Primary Nursing von Manthey (1980) anstrebt, hat sich das Krankenhaus 2 auf die Elemente ‚Verantwortung‘ und ‚Kontinuität‘ beschränkt und diese in den Kontext von ‚Comprehensive Care‘ (nach Guttman) gestellt und damit ein interdisziplinäres Therapieverständnis in den Mittelpunkt gestellt. Aufgrund dieser unterschiedlichen Konzeptionsansätze kann vermutet werden, dass eine inhaltliche pflegekonzeptionelle Ausgestaltung neben den organisatorischen Elementen von Primary Nursing notwendig ist, um qualitative Verbesserungen für die Pflege zu erreichen. Es stellt sich auch die Frage, ob bestimmte Elemente von Primary Nursing verstärkt auf die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung einwirken. Bezogen auf die Ergebnisse dieser Untersuchung muss man hier auf die eingeführten Elemente des Krankenhauses 2 – ‚Kontinuität‘ und ‚Verantwortung‘ - verweisen. Theoretisch ist dies durchaus logisch, da insbesondere ‚Kontinuität‘ eine exakte Pflegeplanung erfordert und Kenntnisse individueller Patientenbedürfnisse fördert. Ersser et al. (2000:9) sieht in der ‚Kontinuität‘ das Schlüsselkonzept, welches Beziehungen zwischen Patienten und Pflegenden bewirkt. Das Element der ‚Verantwortung‘ führt zu einem höheren Stellenwert der Pflegedokumentation als Rechtfertigungsinstrument. Allerdings ist die Begründung für die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht allein in diesen beiden Elementen zu finden, da auch im Krankenhaus 1 diese Elemente umgesetzt wurden.

Einflussfaktoren: Umsetzungsstand von Primary Nursing und Dokumentationssysteme

Weiterhin sind die Konzepte zu Primary Nursing in den untersuchten Kliniken unterschiedlich lang eingeführt. Die längere Umsetzung des Konzeptes in Krankenhaus 2 kann im Zusammenhang mit der in dieser Untersuchung aufgedeckten Qualitätsverbesserung stehen. Begründet werden kann dies durch den Übergang von der Implementierungsphase, die hohe Anforderungen an die Stationen stellt, zur Etablierung dieses Konzeptes als Normalzustand auf der Station (vgl. Büssing et al. 1997). Diese Tatsache würde bedeuten, dass die Auswirkungen von Primary Nursing für die Pflegequalität erst in der zweiten Generation auftreten, wenn die Station nicht mehr mit der Einführung belastet ist.

Die Ergebnisse des Krankenhauses 1 können beeinflusst sein durch das Vorhandensein einer teilstandardisierten Pflegeplanung auf der Station mit ‚bereichsorientierter Pflege‘, während auf der Station mit Primary Nursing nur eine teilstandardisierte Maßnahmeplanung vorlag. In Krankenhaus 2 standen beiden Stationen die gleichen Pflegedokumentationsinstrumente zur Verfügung. Objektiv dürfte das Pflegedokumentationssystem keinen Einfluss auf die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme nehmen, trotzdem wird davon ausgegangen, dass es den Pflegenden leichter fällt standardisiert vorgegebene Pflegeprobleme zu kennzeichnen, als diese in eigener Sprache zu formulieren. Deshalb wird diese Tatsache als Counfounder für die Ergebnisse des Krankenhauses 1 angesehen und entsprechend darauf hingewiesen.

Die Kompetenz der Pflegenden bestimmt die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung?!

Auf allen untersuchten Stationen wurden unabhängig vom Pflegesystem große fallbezogene Unterschiede in der Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme aufgedeckt. Die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung scheint demnach abhängig von der individuellen Kompetenz der einzelnen Pflegeperson. Diese Tatsache wurde auch in anderen Studien zur Auswirkung von Primary Nursing festgestellt (vgl. Shukla 1981; 1982). Sie schreiben der Pflegekompetenz einen höheren Einfluss auf die Pflegequalität zu, als dem Pflegesystem. In der US-Amerikanischen Literatur wird dabei auf die unterschiedlichen Qualifikationen, die in den USA möglich sind hingewiesen als Ursache für qualitative Unterschiede. Für die vorliegende Untersuchung können Unterschiede in der Qualifikation der Pflegenden der untersuchten Stationen keine Begründung für die starken Qualitätsdifferenzen darstellen, da die Pflegenden bis auf jeweils eine Ausnahme eine dreijährige Krankenpflegeausbildung nach den in Deutschland vorgegebenen gesetzlichen Bestimmungen absolviert hatten. Die fallbezogenen Unterschiede verweisen deshalb auf individuelle Unterschiede der Pflegenden unabhängig von der Ausbildungsqualifikation. Um eindeutige Aussagen zu diesen Unterschieden machen zu können, hätten zusätzlich zu Assessment und Dokumentationsanalyse die verantwortlichen Pflegenden zugeordnet und entsprechend charakterisiert werden müssen. Beeinflusst werden kann die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung zum Beispiel auch durch die Merkmale Berufserfahrung, Fortbildungsstand, Motivation, Arbeits- und Berufszufriedenheit.

Die fallbezogenen Differenzen der Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme zeigen sich unabhängig von der Art der Pflegeprobleme. Wie schon in früheren Studien festgestellt, sind es insbesondere psychosoziale Daten, die nachteilig dokumentiert werden (vgl. Davis et al. 1994; Hale et al. 1997; Webb et al. 1997). Es kann damit ausgeschlossen werden, dass nur bestimmte Pflegeprobleme fallbezogen qualitativ vernachlässigt werden.

Die gewählte Stichprobe kann aufgrund der fallbezogenen Unterschiede als ausreichend gelten, da diese auch bei einem größeren Stichprobenumfang aufgetreten wären und die Ergebnisse nicht entscheidend verändert hätten. Der Schwerpunkt weiterer Forschungsbemühungen muss deshalb auf dem Vergleich von mehreren Stationen beziehungsweise Kliniken mit einem eingeführten Konzept Primary Nursing liegen.

Psychosoziale Pflegediagnosen in der Pflegedokumentation

Die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme in den Bereichen Stimmungslage, Verhalten und Psychosoziales Wohlbefinden waren im Vergleich zu anderen Kategorien am niedrigsten. Es wurden selten Pflegeprobleme in diesen Bereichen dokumentiert, obwohl Bedarf auf Seiten der Patienten vorhanden war. Die Station mit Primary Nursing des Krankenhauses 2, die insgesamt die qualitativ höheren dokumentierten Pflegeprobleme vorweisen konnte, ist insbesondere in dieser Kategorie eindeutig besser als die anderen Stationen. Trotzdem wird die Vernachlässigung psychosozialer Probleme, wie auch bei Seidl et al. (1988), Davis et al. (1994), Hale et al. (1997), Nissen (1997) und Webb et al. (1997) festgestellt, durch diese Untersuchung transparent. Die erwarteten individuelleren Kenntnisse der Patientenbedürfnisse durch Primary Nursing im psychosozialen Bereich konnten in Krankenhaus 2

nachgewiesen werden, allerdings auch nicht für alle untersuchten Fälle. Insbesondere für den Bereich der psychosozialen Pflegeprobleme hat die Einführung von Primary Nursing den wenigsten Nutzen gezeigt, obwohl die Patientenorientierung genau in diesem Bereich angestrebt wurde. Diese Ergebnisse verweisen nach wie vor auf die mangelnde Einsicht über die Bedeutung dieser Probleme für die berufliche Pflege von Menschen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Pflege selbst auf körperpflegerische Aufgaben und handwerkliche Verrichtungen reduziert (vgl. Zegelin 2002:3). Die Ergebnisse verweisen aber auch auf die fehlende sprachliche Kompetenz der Pflegenden diese Probleme schriftlich zu fixieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses Wissen mündlich zum Beispiel in Dienstübergaben kommuniziert wird und nicht über das Medium Pflegedokumentation (vgl. auch Webb et al. 1997:399; Zegelin 2002:4). Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Anzahl der Fehldiagnosen oder fehlenden Diagnosen in der Pflege sehr hoch sind und damit die kulturellen Erwartungen an eine Profession nicht gegeben sind. Zegelin (2002:4) bezeichnet dies treffend als „Beschädigung des Pflegebedürftigen durch Missachtung seiner Bedürfnisse“. Von einer Profession Pflege kann hier noch nicht gesprochen werden.

Inhaltlose Rahmenkonzepte in der Pflege

Auch eine patientenorientierte Pflegeorganisation kann die Umsetzung des Pflegeprozessverständnisses nicht ohne zusätzliche Maßnahmen herbeiführen. Der Pflegeprozess wird kritisiert bezüglich fehlender inhaltlicher Ausgestaltung, fehlender Patientenorientierung und fehlendem Beziehungsprozess (vgl. Höhmann 1996; Stratmeyer 1997; Schöninger et al. 1998; Wietek 1999; Fischbach 2001). Primary Nursing ist genau wie der Pflegeprozess eine strukturelle Vorgabe, die inhaltlich nicht genau bestimmt ist, sondern lediglich eine Struktur bzw. ein Vorgehen zur Organisation von Pflege vorgibt. Primary Nursing kann damit ohne inhaltliche Ausgestaltung, zum Beispiel durch die Betonung von Beziehungsprozessen (Bezugspflege), keinen Einfluss auf das Pflegeprozessverständnis nehmen, da nicht ein Rahmenkonzept mit einem anderen Rahmenkonzept gefüllt werden kann. Zur Verbesserung des Pflegeprozessverständnisses und damit der praktischen Pflegeplanung ist Patientenorientierung und Beziehungsgestaltung notwendig. Diese beiden Aspekte müssen als Zielelemente von Primary Nursing inhaltlich bestimmt und umgesetzt werden, um eine Verbesserung der Pflegeplanung zu erreichen, da auch in einem Primary Nursing – System funktionale Pflege möglich ist.

Resümee

Das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing kann nur unter bestimmten Bedingungen einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der dokumentierten Pflegeprobleme leisten. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die organisatorischen Elemente von Primary Nursing nicht allein die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess beeinflussen können, sondern dass auch andere Faktoren eine Bedeutung einnehmen. Bedingt wird die Qualität der dokumentierten Pflegeplanung auch durch die inhaltstheoretische Zielausrichtung von Pflege und die individuelle Kompetenz der Pflegenden. Das Ergebnis zeigt, dass der theoretisch verbundene Nutzen von Primary Nursing im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung der Pflege(dokumentation) kritisch hinterfragt werden muss, da dieser, wie die vorliegende Studie zeigt, nicht zwangsläufig eintritt.

Die hypothesenkonträren Effekte dieser Untersuchung beweisen die Relevanz der bearbeiteten Forschungsfrage. In zukünftigen Forschungsarbeiten sollte untersucht werden, wie sich die Qualität der dokumentierten Pflegeprobleme auf anderen Stationen und in anderen Kliniken nach Einführung von Primary Nursing verändert hat und wie die Konzepte von Primary Nursing speziell ausgestaltet wurden, da sich in Deutschland facettenreiche Vorstellungen für Primary Nursing entwickelt haben. Bedingung wären operationalisierte Definitionen für Primary Nursing – Konzepte und die Bestimmung der tatsächlichen Umsetzung dieses Konzeptes in der Praxis, um Schlussfolgerungen in Bezug auf qualitative Veränderungen der Pflege auch im Bezug auf Einzelelemente von Primary Nursing ziehen zu können. Die bisher vorliegenden Instrumente zur Messung der Umsetzung von Primary Nursing oder von Pflegesystemen allgemein nehmen eine unzureichende Differenzierung vor, um ein Pflegesystem tatsächlich zu spezifizieren und betrachten Pflegesysteme nur eindimensional, so dass die Erfassung eines Pflegesystems einer Station auf einem Kontinuum mit Abbildung einzelner Facetten derzeit nicht möglich ist, und somit die Vergleichbarkeit von tatsächlich vorhandenen Pflegesystemen auch bezüglich der Messung von Outcomes erschwert ist. Ziel der pflegewissenschaftlichen Forschung muss es auch sein gültige und verlässliche Instrumente zur Erhebung des individuellen Pflegebedarfs zu entwickeln, die sowohl für die Pflegepraxis als auch für die Pflegeforschung nutzbar sind, um eine Bestimmung von individueller Pflege zu ermöglichen.

Bedeutend ist, was die Einzelemente von Primary Nursing im Verhalten der Pflegenden bewirkt und wie sich dies konsequenterweise auf den Patienten und die Pflege als Outcome auswirkt. Für die Umsetzung moderner Pflegeorganisationsformen und Pflegesysteme ist ein Nachweis der Wirksamkeit unabdingbar, da die Umstellung auf Primary Nursing auch eine Ressourcenfrage ist. Bisher bleibt unklar, ob Primary Nursing zu einer höheren Pflegequalität als Bereichspflege führen kann oder ob Patienten in einem Bereichspflegesystem genauso zufrieden sind wie in einem Primary Nursing - System. Um auf der Ebene des Pflegemanagements eine Entscheidung für ein Pflegesystem und seine Ausgestaltung treffen zu können, müssen Aussagen über Ergebniskriterien vorliegen und die Frage nach der „best practice“ in Bezug auf das Pflegesystem beantwortet werden. Hierin liegt ein weitgehend unbeforschtes Feld.

Literatur

- Andraschko, H.G. (1996): Das System der Bezugspflege. In: *Pflegezeitschrift*. 49(12): 1-12 (Beilage)
- Archibong, U.E. (1999): Evaluating the impact of primary nursing on the quality of nursing care: a Nigerian study. In: *Journal of Advanced Nursing*. 29(3):680-689
- Baker, H./Pearson, A (1991): The experience of patients in a professionell nursing unit. *Aust J Adv Nurs*. 9(1): 15-9
- Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: *Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D. [Hrsg.] (2000): Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa
- Boeckler, Uta (2006): Primary Nursing einfach evaluieren? - eine Auseinandersetzung mit Problemen und Strategien. *PRInternet*. In dieser Ausgabe
- Bortz, J./ Döring, N. (2005): *Forschungsmethoden und Evaluation*. 3. vollst. überarb. und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer
- Brechbühler, M. (1992): Wenn Pflege erste Priorität hat... .In: *Krankenpflege Soins Infirmirs*. 1992(2):60
- Brechbühler, M. (1994): Bezugspflege – auch auf ihrer Station? In: *Krankenpflege Soins Infirmirs*. 1994(11):11-12
- Buckley-Viertel, D. (1995): Bedarfseinschätzung als Grundlage des Pflegeprozesses. In: *Pflegezeitschrift*. 48(2): 87-89
- Büssing, A./ Barkhausen, M./ Glaser, J./ Schmitt, S. (1997): Evaluation der Einführung eines ganzheitlichen Pflegesystems. *Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München*. Bericht Nr.41
- Büssing, A./ Glaser, J. (1996): Bereichspflege: Analyse und Bewertung ganzheitlicher Pflegestrukturen. *Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München*. Bericht Nr.25
- Carey, R. (1979): Evaluation of a primary nursing unit. In: *American Journal of Nursing*. 1979 (7):1253-1255
- Culpepper, R./ Richi, M./ Sinclair, V./ Stephens, N./ Betz, L. (1986): The effects of primary nursing on nursing quality assurance. In: *Journal of Nursing Administration*. 16 (4): 24-31
- Davis, B./ Billings, J./ Ryland, R. (1994):Evaluation of nursing process documentation.In: *Journal of Advanced Nursing*. 24(9):960-968
- Eichhorn, M./ Frevert, E. (1979): Evaluation of a primary nursing system using the quality patient care scale. In: *Journal of Nursing Administration*. 9(10):11-15
- Elkeles, T. (1994): *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege*. 5. Auflage. Frankfurt: Mabuse-Verlag
- Ersner, S./Tutton, E. (2000): *Primary Nursing: Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. 1. Auflage. Bern: Hans Huber
- Felton, G. (1975): Increasing the quality care by introducing the concept of primary nursing: a model project. In: *Nursing Research*, 24(1): 27-32
- Fischbach, A. (2001): Vom Ende des Pflegeprozesses. In: *Die Schwester / Der Pfleger*. 40(2):173-175
- Fischer, Th. (2000): Primary Nursing. In: *PR-Internet*. 2(10): 367-374
- Fischer, W. (1999): *Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik*. Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin
- Garms-Homolová, V./ Gilgen, R. (2000): *RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument*. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber
- Giovannetti, P. (1986): Evaluation of Primary Nursing. In: *Annual Review of Nursing Research*. 1986: 127-151
- Gordon, M (2003): *Handbuch Pflegediagnosen – das Buch zur Praxis*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer
- Hale, C./ Thomas, L./ Bond, S./Todd, C. (1997): The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. In: *Journal of Clinical Nursing*. 1997(5):XX
- Höhmann, U./ Weinrich, H./ Gätschenberger, G. (1996): *Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege*. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung [Hrsg.]. Band 261-Sozialforschung. Bonn: Referat Öffentlichkeitsarbeit
- Hoppe, M. (1998): Primary Nursing im Evang. Amalie Sieveking-KH e.V. – Ein Erfahrungsbericht nach zwei Jahren Projektarbeit. In: *Pflegezeitschrift*. 51(7):1-9 (Beilage)

- Hunstein, D./ Bartholomeyczik, S. (2000): Thesenpapier „Erforderliche Pflege“ .<http://home.knuut.de/d.hunstein.hsk-wiesbaden/Pflegeforschung/Pflegebedarf/pflegebedarf.html>.
- Isfort, M.: Die drei ??? und die pflegerischen Erfassungsinstrumente. In: Die Schwester Der Pfleger. Melsungen. Bibliomed, 2002 (7):578ff
- Käppeli, S. (1995): Pflegediagnosen in der Akutpflege. In: Pflege. 1995(2):114ff
- Lacko, B.J.S. (1985): Measuring nursing quality: validity and reliability of an instrument to measure quality of care (in dutch). Maastricht University. Faculty of Health Sciences, Nursing Sciences Department
- Lorenz-Krause, R. (1996): Evaluationsstudie: Einführungsprozess der „Bezugspflege“. Unveröffentlichter Bericht. Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- Lynch, M./ Knipfer, E. (1998): Professionelle Pflege durch Primary Nursing. In: Heilberufe. 50(2):40-41
- MacGuire, J. (1989a): An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit fort he elderly Part 1: Pinciples and practice. In: International Journal of Nursing Studies. 26(3):243-251
- MacGuire, J. (1989b): An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit fort he elderly Part 2: Operationalizing the principles. In: International Journal of Nursing Studies. 26(3):253-260
- Manthey, Marie (1980): The practice of primary nursing. Bosten: Blackwell Scientific
- Marram, v. S. (1980): Evaluating the impact of primary nursing: outcomes. In: Nursing Dimension. 1980(4):48-50
- Martin, P./ Stewart, A. (1983): Primary and non-primary nursing – evaluation by process criteria. In: The Australian Journal of Advanced Nursing. 1(1):31-37
- Mischo-Kelling, M. (1999): Die Einführung der primären Pflege – Ein Beitrag zur Optimierung der Versorgungsprozesse und zur Qualitätsverbesserung. In: Landenberger, M. / Klein, R. / Horn, I. / Ferenszkiewicz, D. [Hrsg.] (2002): Pflegepfade in Europa. Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa. Mabuse: Frankfurt/Main
- Mortensen, R. (1998): Pflegediagnosen – Entwicklung und Anwendung. Heidelberg: v.Decker
- Müggler, E. (1992): Ich bin Krankenschwester und für ihre Pflege verantwortlich. In: Krankenpflege Soins Infirmirs. 1992(2):52
- Nissen, J./ Boumans, N./ Landeweerd, J. (1997): Primary Nursing and quality of care: a dutch study. In: International Journal of Nursing Studies. 34(2): 93-102
- Pearson, A. [Hrsg] (1988): Primary Nursing: Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units. London: Croom Helm
- Phaneuf, M.C. (1976): The Nursing Audit: Profile for Excellence. New York: Appleton-Century-Crofts
- Pittius, G. (1992): Primary Nursing – ein Erfahrungsbericht. In: Die Schwester / Der Pfleger. 31(3):250-253
- Pontin, D./ Webb, C. (1996): Assessing patient satisfaction Part 2 Findings: nursing, the hospital and patients concerns. Journal of Clinical Nursing 5: 33-40
- Reed, S. (1988): A comparison of nurse-related behaviour, philosophy and job satisfaction in team and primary nursing. In: Journal of Advanced Nursing. 13(3): 383-395
- Roberts, L. (1980): Primary Nursing. Do patients like it, are nurses more satisfied, does it cost more?. In The Canadian Nurse. 1980 (12): 20-23
- Schöninger, U./ Zegelin-Abt, A. (1998): Hat der Pflegeprozess ausgedient?. In: Die Schwester/ Der Pfleger. 37(4):305-310
- Schreiner, E. (2000): Bezugspflege – die Umstellung eines Pflegesystems. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift.53(11):20-23
- Seidl, E./ Walter, I. (1988a): Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Untersuchungen von 100 Pflegedokumentationen. Teil 1. In: Pflege. 1(1):50-56
- Seidl, E./ Walter, I. (1988b): Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Untersuchungen von 100 Pflegedokumentationen. Teil 2. In: Pflege. 1(2): 104-111
- Sellick, K. (1983): Primary nursing: an evaluation of ist effects on patient perception of care and staff satisfaction. In: International Journal of Nursing Studies. 20(4):265-273
- Settlen-Strub, Ch. (1997): Der diagnostische Prozess bei der Pflege. In: Pflege. 10: 35-42
- Shukla, R. (1981): Structure vs. People in primary nursing: an inquiry. In: Nursing Research. 30(4):236-241
- Shukla, R. (1982): Nursing Care structure and productivity. In: Hospital and Health Service Administration. 27(16):45-58
- Spurgeon, P./ Hicks C. Et al. (2001): Antenatal, delivery and postnatal caomparisions of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. Midwifery 17(2): 123-132
- Stratmeyer, P. (1997): Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess. In: Dr.med.Mabuse. 22(106) (März/April):34-38
- Streubelt, M. (2001): Primary Nursing – Grundlagen - Praxiserfahrungen in der Rehabilitationspflege – Qualifizierung. In: BALK Info. Juni 2001: 22-29
- Ventura, M./ Fox, R./ Corlev, M./ Mercurio, S. (1982): A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. IN: Nursing Research. 31(4): 226-231

- Webb, Ch./ Pontin, D. (1997): Evaluating the introduction of primary nursing: the use of a care plan audit. In: Journal of Clinical Nursing. 1997(6): 395-401
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis – ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses. In: Pflege. 8(1): 49-57
- Wieteck, P. (1999): Pflegeplanung – Vom Anspruch zur Umsetzung in der Pflegepraxis. In: Die Schwester / Der Pfleger. 38(5): 408-411
- Windel, A./ Wolf, D./ Teichert, C./ Zimolong, B. (2000): Gruppenarbeit im Gesundheitswesen (GIG). Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Wu, M.L./ Courtney, M. Et al. (2000): Models of nursing care: a comparative study of patients satisfaction on two orthopaedic wards in Brisbane. Aust J Adv Nurs. 17 (4): 29-34
- Zegelin-Abt, A. (2000a): Anforderungen an Personalmessungssysteme aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Redeskript vom Landespflegekongress. http://www.uni-wh.de/de/pflewi/lehrstuehle/aaz_29112000.htm. Stand: 4.4.2001
- Zegelin-Abt, A. (2000b): Noch einmal: der Pflegeprozess. In: Die Schwester/ Der Pfleger. 39(6):500-501
- Zegelin-Abt, A. (2002): Zum Wesen beruflicher Pflege. In: Die Schwester/ Der Pfleger. 41(7):1-6 (Sonderdruck)