

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege

**Primary Nursing als geeignetes Konzept
für die stationäre Altenpflege in
Deutschland**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 31.5.2011

Vorgelegt von: Daniela Züfle

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Uta Gaidys

Zweiter Prüfer: Bernd Dobritzsch

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung..... | 3 |
| 1.1 | Hintergrund und Problemstellung..... | 3 |
| 1.2 | Zielsetzung..... | 5 |
| 1.3 | Fragestellung | 5 |
| 1.4 | Methodik | 5 |
| 2 | Die Situation von geriatrischen Pflegeeinrichtungen in Deutschland | 7 |
| 2.1 | Strukturelle Bedingungen in der stationären Altenpflege | 7 |
| 2.1.1 | Ältere und Hochaltrige Pflegebedürftige in Altenpflegeheimen | 8 |
| 2.1.2 | Pflegepersonal in der stationären Altenpflege | 11 |
| 2.1.3 | Anforderungen an Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege .. | 13 |
| 3 | Das Konzept von Primary Nursing..... | 15 |
| 3.1 | Theoretischer Hintergrund | 15 |
| 3.1.1 | Definition und Begriffsabgrenzung von Primary Nursing..... | 15 |
| 3.1.2 | Konzeptbeschreibung | 16 |
| 4 | Anwendung von Primary Nursing in der stationären Altenpflege | 18 |
| 4.1 | Auswirkungen aus Sicht der Bewohner..... | 18 |
| 4.2 | Auswirkungen aus Sicht der Pflegenden..... | 28 |
| 5 | Diskussion | 36 |
| 6 | Limitationen | 40 |
| 7 | Literaturverzeichnis..... | 41 |

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Im Dezember 2009 waren in der Bundesrepublik Deutschland 2,34 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2011). Etwa ein Drittel der Betroffenen wurde in Pflegeheimen stationär versorgt, darunter überwiegend ältere Menschen. Angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklung wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung zukünftig noch weiter steigen.

Knapp ein Drittel aller 70-jährigen und älteren Menschen sind heutzutage von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen betroffen (BMFSF, 2001 und 2006). Hinzu kommt, dass schätzungsweise zwei Drittel der zu Pflegenden in Heimen unter Erkrankungen wie Alzheimer und anderen Demenzformen leiden (INQUA, 2008). Diese Personengruppe ist im Verlauf ihrer Erkrankung durch wachsende Hilflosigkeit und den Verlust der Kontrolle über ihre geistigen Fähigkeiten und körperlichen Funktionen geprägt (Weyerer, 2005). Die medizinische Versorgung dieser Klienten ist im deutschen Gesundheitswesen aktuell von Versorgungsbrüchen an problematischen Schnittstellen wie beispielsweise zwischen Kliniken und Pflegeheimen und/oder häuslichem Umfeld gekennzeichnet (BMFSF, 2006). Hinzu kommt, dass sich ältere Menschen auch im Alltag der stationären Altenpflege mit täglich mehrfach wechselnden Pflegepersonen konfrontiert sehen. Dies kann zur Folge haben, dass es für die Klienten sowie deren Angehörigen keine festen Ansprechpersonen in der Pflege gibt. Dabei spielen gerade bei der Zielgruppe der Demenz erkrankten Menschen der Aufbau und die Gestaltung einer konstanten pflegerischen Beziehung eine besondere Rolle für die Zusammenarbeit (Weyerer, 2005). Bei den Pflegenden können ständig wechselnde Bewohner zur Folge haben, dass sich niemand hauptsächlich für diese verantwortlich fühlt. Auch bei den Pflegenden kann dieser Umstand Einfluss auf das persönliche Verantwortungs- und Pflichtgefühl für die Patienten nehmen, was sich wiederum auf deren Versorgungsqualität auswirken kann. Bei den Schichtübergaben können gewonnene patientenbezogene Informationen verloren gehen. Zudem besteht in der stationären Versorgung die Gefahr, dass durch eine zu starke Fokussierung auf betriebliche und

organisatorische Abläufe, die individuellen Bedürfnisse der Bewohner in emotionaler, geistiger und seelischer Hinsicht in der Pflege zu wenig Beachtung finden (BMFSF, 2006).

Bereits im Dezember 2010 fand eine Initiative („Die gelbe Karte“) des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe statt. Für die Pflege wurde eine bessere Personalausstattung, eine effektivere Nutzung von finanziellen und personellen Ressourcen sowie eine sinnvollere Arbeits- und Rollenverteilungen bei den Gesundheitsberufen gefordert (Knüppel, 2010). Im betrieblichen Management sehen Verantwortliche vor allem in Einsparmaßnahmen und weiterer Optimierung von Pflegeprozessen eine Lösung für die Patientenversorgung (Christian, 2008). Doch Einsparungen ohne nachvollziehbare Konzepthinterlegung bergen die Gefahr einer entpersonalisierten Pflege, welche die Bedürfnisse des Patienten und Heimbewohners aus dem Fokus verliert. Eine optimale Patientenversorgung sollte deshalb drei Ebenen beinhalten: eine patienten-, eine personal- und eine betriebsbezogene Ebene (Manthey, 2002). Dies gilt auch für die stationäre Altenpflege, die mit ihrem älteren und multimorbiden Klientel besonders hohe pflegerische Anforderungen zu bewältigen hat. Mit der steigenden Anzahl von älteren pflegebedürftigen Menschen in Deutschland stellt sich immer dringlicher die Frage nach adäquaten und effektiven Pflegeorganisationskonzepten, die eine Versorgung gewährleisten können, welche die Situation von Pflegenden und Patienten zum Positiven verändert.

Das Primary Nursing Konzept von Marie Manthey (Manthey, 2002) wird seit einigen Jahren im Kontext der stationären Altenpflege als ein Lösungsansatz diskutiert. Es sieht vor, dass Planung und Durchführung der Pflege bei einer Person liegen und es damit eine sich verantwortlich fühlende Haupt Bezugsperson für die Heimbewohner gibt. Des Weiteren ist die Pflege durch Kontinuität, klare und zielgerichtete Kommunikationsstrukturen und Ausrichtung an den individuellen Patientenbedürfnissen gekennzeichnet. Es gilt zu überprüfen, ob Primary Nursing tatsächlich Anwendung in der stationären Altenpflege finden kann. Dies wäre der Fall, wenn den Heimbewohnern, die im Alter durch zunehmende Hilfebedürftigkeit und dem Verlust ihrer geistigen und körperlichen Fähigkeiten beeinträchtigt sind, eine angemessene und individualisierte Pflege zukommt. Gleichzeitig sollten die

Pflegenden durch bessere Arbeitsbedingungen und damit einer höheren Arbeitszufriedenheit ebenfalls vom Primary Nursing Konzept profitieren können.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, zu ermitteln, ob sich das Primary Nursing Konzept für die stationäre Altenpflege in Deutschland eignet. Fokussiert werden dabei die Auswirkungen des Konzepts auf Bewohner von geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen sowie auf deren Pflegenden. Die Ausarbeitung soll den LeserInnen durch eine kritische Auseinandersetzung mit der Thematik Argumente für und gegen die Anwendung von Primary Nursing im benannten Kontext aufzeigen.

1.3 Fragestellung

In dieser Arbeit wird die Frage bearbeitet, ob Primary Nursing ein geeignetes Konzept für die stationäre Altenhilfe in Deutschland ist. Damit verbunden ist die Frage, welche Bedürfnisse bei Bewohnern und Mitarbeitern der stationären Altenpflege vorhanden sind und ob Primary Nursing diese erfüllen kann.

1.4 Methodik

Methodisch basiert die Arbeit auf einer systematischen Literaturrecherche in Pubmed. Da die Auswirkungen des Konzepts auf Bewohner und auf Pflegende betrachtet werden, beinhaltet das PICO-Schemata zwei Outcomes:

| | |
|----------------|---|
| P | Elderly people OR nursing home OR old age home |
| I | Primary nursing OR primary nursing care OR primary care nursing |
| C | |
| O ₁ | Effect OR Quality improvement for patients OR |
| O ₂ | Effect OR effect on staff OR effect nursing OR job satisfaction OR staff satisfaction |

Anhand der PICO-Schemata wurde in Pubmed eine Freitextsuche mit folgenden Ergebnissen durchgeführt:

| | Suchbegriffe | Suchart | Verknüpfung | Limitationen | Treffer |
|-----|--|----------|-------------|--|---------|
| # 1 | Elderly people, nursing home, old age home | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 70830 |
| # 2 | Primary nursing, primary nursing care, primary care nursing | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 4020 |
| # 3 | Effects for patient, Quality improvement for patient, effects | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 386310 |
| # 4 | # 1, # 2, # 3 | Freitext | AND | | 353 |
| | | | | | |
| # 1 | Elderly people, nursing home, old age home | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 70830 |
| # 2 | Primary nursing, primary nursing care, primary care nursing | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 4020 |
| # 3 | Effects, effect on staff, effect nursing, job satisfaction, staff satisfaction | Freitext | OR | English, german, humans, Age: 65 +, 80 and over: 80+ years | 385294 |
| # 4 | # 1, # 2, # 3 | Freitext | AND | | 468 |

Die aufgezeigten Treffer wurden anhand ihrer Abstracts auf ihre Passung, Relevanz und Aussagekraft in Bezug auf die Thematik überprüft und ausgewählt. Dabei wurden Studien, die sich mit der betrieblichen Ebene sowie mit Prozessen der Einführung und Umsetzung von Primary Nursing beschäftigen, ausgeschlossen. In die Suche einbezogen wurden explizit ausländische Studien, da die pflegewissenschaftlichen Untersuchungen zu Primary Nursing im deutschen Sprachraum bisher begrenzt sind. Zudem erfolgte eine Handsuche im

GKV-Katalog mit den Begriffen Primary Nursing, Bezugspflege, Primärpflege, stationäre Altenpflege, Pflegequalität und pflegerische Versorgung sowie mit deren englischen Äquivalenten. Die dort aufgeführten Ergebnisse wurden wiederum auf ihre Passung, Relevanz und Aussagekraft zur Arbeitsthematik überprüft und ausgewählt. Bei den ausgewählten Studien handelt es sich um qualitative und quantitative Studien sowie um systematische Reviews.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Auswahl passender Studien sehr gering ist, da sich die meisten Untersuchungen zu Primary Nursing auf den klinischen Kontext beziehen und nicht auf die Langzeitpflege von Heimbewohnern. Eine Evaluation von Primary Nursing ist methodisch generell problematisch (Boeckler, 2006). Die Schwierigkeit beginnt mit dem Fehlen eines übereinstimmenden Verständnisses von dem, was Primary Nursing ist (Giovanetti, 1987; Ryan, 1998). Weiter fehlt es an validen und reliablen Messinstrumenten zum „Umsetzungsgrad des multi-dimensionalen Konstrukt Primary Nursing“ (Abderhalden, 2006, S. 420). Hinzu kommt, dass es sowohl im deutsch- als auch im fremdsprachigen Raum an einer Systematik in der Beforschung von Primary Nursing fehlt. So besteht eine unübersichtliche Vielfalt in Hinblick auf angewandte Forschungsmethoden, Studiendesigns und Populationen. Auch fehlt es an untersuchten, klar definierten und operationalisierten Variablen, die es ermöglichen, empirisch zuverlässige Daten über die Auswirkungen des Primary Nursing Konzepts zu gewinnen. Daher ist die Aussagekraft vieler Forschungen eingeschränkt. Die externe Validität dieser Arbeit ist beschränkt, da ein Großteil der Studien ihren Ursprung im Ausland hat. All diese Fakten sind in die Betrachtung und Bewertung der Methodik dieser Arbeit einzubeziehen.

2 Die Situation von geriatrischen Pflegeeinrichtungen in Deutschland

2.1 Strukturelle Bedingungen in der stationären Altenpflege

Die aktuelle Situation der stationären Versorgung wird in der Fachöffentlichkeit kritisch diskutiert. Im Fokus stehen dabei zum einen die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung wie beispielsweise die so genannte „Schnittstellenproblematik“ (BMFSF, 2006, S. 128) an den Übergängen zwischen

Pflegeheimen und häuslicher oder ambulanter Pflege. Zum anderen findet ein Diskurs darüber statt, dass in der Pflege der älteren Menschen der Schwerpunkt zu stark auf somatische Aspekte gelegt wird. Generell in Frage stehen Pflegekonzepte, die nicht ausreichend die individuellen Bedürfnissen der Bewohner von Altenpflegeheimen berücksichtigen (BMFSF, 2006). In diesem Kapitel werden zur Veranschaulichung der zurzeit vorherrschenden Rahmenbedingungen in der Altenpflege Merkmale und Situation älterer und hochaltriger Pflegebedürftiger sowie dem Pflegepersonal vorgestellt. Dabei werden auch Trends, die sich mit der demografischen Entwicklung in Deutschland abzeichnen, betrachtet. Daraus abgeleitet werden Anforderungen, die ein Pflegekonzept theoretisch erfüllen sollte, um sich als geeignet für die stationäre Altenpflege in Deutschland zu erweisen.

2.1.1 Ältere und Hochaltrige Pflegebedürftige in Altenpflegeheimen

Ende Dezember 2009 wurden laut der Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt, 2011) von insgesamt 2,34 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland mit 717 000 Personen etwa ein Drittel vollstationär versorgt. Bei den vollstationären Einrichtungen handelt es sich mit einem Anteil von 93% überwiegend um Altenpflegeheime (Statistisches Bundesamt, 2011). Drei Viertel der stationär versorgten Menschen sind weiblichen Geschlechts (Statistisches Bundesamt, 2011). Das Alter liegt bei etwa der Hälfte aller Heimbewohner bei 85 Jahre und älter. Dass die zu erwartende Lebenszeit der älteren Bevölkerung aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts und des gestiegenen Lebensstandards in den westlichen Industriestaaten stark gestiegen ist und weiter zunimmt, ist hinreichend bekannt. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die Pflegebedürftigkeit entscheidend an (BMFSF, 2001). In diesem Kontext sollte die Entwicklung der familiären Strukturen betrachtet werden. Es ist festzustellen, dass eine Verlagerung von „eher horizontalen zu eher vertikalen Familienstrukturen“ (Böhm et al., 2009, S. 29) stattfindet. Das bedeutet, dass Familien heutzutage zwar mehrere Generationen umfassen, weil die Bevölkerung älter wird. Die einzelnen Generationen sind allerdings in der Anzahl mit weniger

Familienmitgliedern besetzt, weil die Geburtenrate zurückgegangen ist. Je älter die Menschen werden, desto mehr flachen die Generationsebenen ab (Böhm et al., 2009). Hinzu kommt, dass immer weniger Angehörige bereit sind, ihre Verwandten häuslich zu pflegen und dass Frauen, die traditionell die Rolle der Pflegenden in Privathaushalten eingenommen haben, verstärkt berufstätig sind (BMFSF, 2006). Die Folge ist, dass es zwei entgegengesetzte Entwicklungen gibt: ein quantitativer Anstieg der Pflegebedürftigkeit älterer und hochaltriger Menschen gegenüber einer sich reduzierenden Bereitschaft der häuslichen Angehörigenpflege (BMFSF, 2006). Ältere Pflegebedürftige werden zukünftig verstärkt die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Diese Tatsache spiegelt sich auch in der Pflegestatistik 1999 (Statistisches Bundesamt, 2011) wieder, der zu entnehmen ist, dass die stationäre Unterbringung von älteren Menschen in Pflegeheimen gegenüber der häuslichen und ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger doppelt so stark zugenommen hat.

Der häufigste Aufnahmegrund ins Pflegeheim ist die Erkrankung an Demenz. Mit den einhergehenden kognitiven Einbußen im Bereich Gedächtnis, Denkvermögen und Orientierung (Weyerer, 2005) führt sie dazu, dass die Betroffenen eine hohe Pflegebedürftigkeit entwickeln. Darüber hinaus machen Begleitorscheinungen der Erkrankung wie psychische Auffälligkeiten (Desorientiertheit, Depressionen, Schlafstörungen, Unruhe, Wahnwahrnehmungen, Aggressionen) im fortgeschrittenen Krankheitsstadium eine Beaufsichtigung der Erkrankten rund um die Uhr notwendig (Böhm et al., 2009). Es ist davon auszugehen, dass sich pflegende Angehörige mit den Auswirkungen der Demenzerkrankung überfordert fühlen und aus diesem Grund die Entscheidung zur Heimübersiedlung treffen. Neben der Demenzerkrankung leiden ältere pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen in der Regel an Multimorbidität, das heißt an der Betroffenheit durch mehrere Erkrankungen, darunter häufig chronische Erkrankungen. Die häufigsten Krankheitsbilder sind dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Hirninfarkte, Angina Pectoris) und solchen, die die Mobilität der Betroffenen einschränken (Arthrosen, Folgen von Frakturen). Auch Krebserkrankungen bei älteren Menschen nehmen zu. So betreffen etwa zwei Drittel aller neu diagnostizierten Krebserkrankungen Menschen ab 65 Jahren (BMFSF, 2006; Böhm et al., 2009). Abgesehen von Erkrankungen ist der natürliche

Alterungsprozess gekennzeichnet durch längere Genesungszeiten und zunehmenden Funktionsverlust wie beispielsweise bei der Immunabwehr (Böhm et al., 2009). Ältere Menschen sind zudem häufig von Harninkontinenz, Sturzgefährdung aufgrund verschleißbedingter Erkrankungen des Bewegungsapparates und zunehmender Einbußen der Sinneswahrnehmung wie das Gehör und das Sehvermögen betroffen (Böhm et al., 2009).

Eine Folge der demografischen Entwicklung ist auch, dass der Anteil von älteren und hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund in der stationären Altenpflege zunehmen wird (Böhm et al., 2009). Die wenigen gesicherten Angaben zum Gesundheitszustand dieser Zielgruppe weisen darauf hin, dass es sich um gesundheitlich besonders belastete Menschen handelt. Viele Menschen mit Migrationshintergrund verrichteten in ihrem Leben schwer körperlastige Berufstätigkeiten. Hinzu kommen psychische Belastungen, deren Ursachen vermutlich im Integrationsdruck sowie Trennung und Entfremdung von der zurück gebliebenen Familie und dem Heimatland liegen (El Cherkeh et al., 2010).

Bisher stellen Krankenhäuser den Ort da, an dem die meisten Menschen versterben. Für ältere und hochaltrige Pflegebedürftige gewinnt die Sterbebegleitung in der stationären Altenpflege eine zunehmende Bedeutung, da sich das Sterben aufgrund der dargestellten Entwicklungen mehr und mehr in die Heime verlegen wird. Sterbende haben individuelle spirituelle wie emotionale Bedürfnisse, mit denen sich Pflegende auseinandersetzen müssen. Dahingehend ist festzustellen, dass die palliative Betreuung in der stationären Altenpflege noch unzureichend ist. Dies bezieht sich sowohl auf die Qualifikation des Pflegepersonals als auch auf das generelle Vorhandensein eines palliativen Angebots innerhalb der stationären Versorgung älterer Menschen (BMFSF, 2006).

Was häufig in einer allgemein defizitorientierten Diskussion um die Versorgung älterer Menschen untergeht, ist die Tatsache, dass diese Zielgruppe „in hohem Maße zu Anpassungsleistungen in der Lage [sind] und [...] über Bewältigungsressourcen für den Umgang mit schwierigen Lebenssituationen [verfügen]“ (Böhm et al., 2009, S. 31). Durch präventive Maßnahmen kann der gesundheitliche Zustand und somit die Lebensqualität ältere Menschen maßgeblich beeinflusst werden (Böhm et al., 2009). Dazu bedarf es allerdings

einer kontinuierlichen Aktivierung der Menschen, die heutzutage im Alltag von Pflegeheimen noch zu kurz kommt (BMFSF, 2006).

2.1.2 Pflegepersonal in der stationären Altenpflege

Die Pflegenden tragen den zentralen Beitrag zu einer angemessenen und hochwertigen Versorgung der älteren und hochaltrigen Pflegebedürftigen in geriatrischen Einrichtungen. Betrachtet man die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal, sind diese durch viele belastende Rahmenbedingungen gekennzeichnet: Schichtarbeit, hohes Arbeitsvolumen bei komplexen Arbeitsinhalten, psychische und physische Belastungen, geringe gesellschaftliche Anerkennung des Berufes sowie eine nicht angemessene Vergütung der Arbeit (BMFSF, 2006). Die steigende Anzahl schwerstpflegebedürftiger und Demenzerkrankter Menschen sowie die damit verbundene Anforderungen nach konzeptionellen Veränderungen machen die Arbeit in der Altenpflege zu einer Herausforderung. Studien (BMFSF, 2006) zeigen auf, dass ein Zusammenhang zwischen der Arbeitssituation und der Gesundheit von Arbeitnehmern bestehen. Laut der NEXT-Studie (Simon et al., 2005) liegt die Arbeitsbelastung für Arbeitnehmer in Alten- und Pflegeheimen in quantitativer, körperlicher wie auch emotionaler Hinsicht im Vergleich zu anderen Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser und ambulanten Pflegediensten mit Abstand am höchsten. Dem „Leitfaden - Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege“ (Baum et al., 2008) ist zu entnehmen, dass die durchschnittliche Verweildauer im Beruf bei Mitarbeitern in Altenpflegeheimen nur etwa zehn Jahre beträgt. Zudem liegt der durchschnittliche Krankenstand etwa ein Fünftel höher als im übrigen Pflegebereich. Altenpflegende sind überdurchschnittlich gefährdet zu erkranken. Im Mittelpunkt stehen dabei Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Erkrankungen (Baum et al., 2008). Es ist auch die Rede von einem „Circulus vitiosus“ (Baum et al., 2008, S. 6). Durch die bestehende Arbeitsbelastung in der Altenpflege ist ein negatives Bild des Altenpflegeberufs in der öffentlichen Wahrnehmung entstanden ist. Dadurch kommen nicht ausreichend geriatrische Fachkräfte auf den Arbeitsmarkt nach. Dieser Umstand führte in der

Vergangenheit zu einer weiter steigenden Arbeitsbelastung in der Altenpflege, wodurch der negative Kreislauf geschlossen wird. Aktuell zeigt sich, dass in einzelnen Bundesländern durch intensive Image- und Informationskampagnen zur Nachwuchsförderung in der Altenpflege wie beispielsweise das 2009 in Hamburg begründete „Bündnis für Altenpflege“ (El-Cherkeh et al., 2010, S. 19) die Nachfrage in der Ausbildung wieder leicht anzieht. Doch stellt dies nur einen notwendigen Anfang da, der den Teufelskreis nicht allein durchbricht.

Der Prozess der Akademisierung und der Etablierung der Pflegeforschung am Standort Deutschland waren erste wichtige Schritte hin zur Professionalisierung der Pflege. Sie werden als „ein Zeichen der Emanzipation, aber auch der eigenständigen Profilierung der Pflege jenseits der verbreiten Vorstellung eines „Pflegen kann jeder““ (BMFSFJ, 2010, S. 190) gesehen. Doch Akademisierung und Pflegeforschung allein reichen nicht aus, um auch einen Wissenstransfer aus der Theorie in die Praxis zu gewährleisten. Die Vorstellungen von pflegerischen Aufgaben haben sich dahingehend verändert, dass es nicht mehr nur allein um die Durchführung von Pflegehandlungen am Patienten/Bewohner geht, sondern vielmehr um die Anwendung des Pflegeprozesses im Ganzen. Eine professionelle Pflegefachkraft sollte über weit reichende Qualifikationen verfügen, die sie in die Lage versetzen, die Gesamtverantwortung für die Gestaltung und Durchführung eines Pflegeprozesses zu tragen (BMFSFJ, 2010). Es bedarf fachlicher, methodischer, sozial-kommunikativer, persönlicher und ökonomischer Kompetenzen, um heutzutage Pflege professionell auszuüben. Daher sollten diese bereits in der Ausbildung bzw. im Studium angelegt und vermittelt werden (Griechen, 2005). Dies trifft ebenso auf Altenpflegende zu, die es mit schwierigen Herausforderungen wie zum Beispiel Multimorbidität und Demenzerkrankungen zu tun haben.

Ein Blick auf die Beschäftigungsverhältnisse in der Altenpflege zeigt, dass der Anteil der Vollzeitbeschäftigten mit einem Zuwachs von 2,3 % seit 1999 nur gering gestiegen ist, während der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in derselben Zeit um etwa 31 % wuchs (BMFSF, 2006). Dies könnte als Hinweis auf die vorherrschende Arbeitsbelastung gedeutet werden. Hinsichtlich der Qualifikationsstruktur in der Altenpflege zeigt sich, dass zwischen 1999 und 2003 die Anzahl der examinierten Pflegekräfte doppelt so stark zugenommen hat wie die Anzahl der Pflegehelfer

(BMFSF, 2006). Der höchste Zuwachs ist bei Pflegenden mit einer Hochschulausbildung zu verzeichnen (BMFSF, 2006). Es bleibt nach den Datenerhebungen allerdings unklar, wo diese im Bereich der Pflege tätig werden.

Insgesamt ist festzustellen, dass der Fachkräftebedarf in der stationären Altenpflege quantitativ weiter zunimmt und es eine Herausforderung darstellen wird, diesen zukünftig abzudecken (BMFSF, 2006). Gleichzeitig wird der Anspruch an die pflegerische Versorgung von älteren und hochaltrigen Menschen komplexer, so dass die Pflegenden auch mit neuen inhaltlichen Herausforderungen konfrontiert werden (siehe Kapitel 2.1.3).

2.1.3 Anforderungen an Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege

Angesicht der zusammen getragenen Fakten zur Situation älterer und hochaltriger Pflegebedürftiger sowie der Lage von Pflegenden in stationären Einrichtungen der Altenpflege wird deutlich, dass es die Pflege mit einer Vielzahl von sich veränderten Herausforderungen zu tun hat. Diese Entwicklungen werden sich angesichts der demografischen Entwicklung zuspitzen. Dabei kann eine quantitative Aufstockung des Pflegepersonals allein keine Lösung darstellen. Vielmehr geht es um die Notwendigkeit konzeptioneller Veränderungen, der sich die Pflege stellen muss. Denn insbesondere die Pflege nimmt erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität im hohen Alter. Aus diesem Grund ist es ein „wesentliches Qualitätsmerkmal der Pflege [...] eine aktivierende, ganzheitlich angelegte, gesundheitsfördernde Pflege [zu erbringen], die an die Kompetenzen und Wünsche der Pflegebedürftigen anknüpft.“ (BMFSF, 2006, S. 130).

Ältere und hochaltrige Pflegebedürftige verfügen noch über ein hohes Maß an Ressourcen. Pflegekonzepte, die auf Aktivierung dieser Ressourcen ausgerichtet sind, sind somit für die Gesundheitserhaltung älterer Menschen von großer Wichtigkeit. Dagegen kann Pflege, die nur die Grundpflege und „Bewahrfunktionen“ (Böhm et al., 2009, S. 18) erfüllt, die Kompetenzen älterer Menschen erheblich einschränken. Damit eine ressourcenorientierte Pflege möglich wird, bedarf es genauer Kenntnisse der pflegebedürftigen Menschen. Je

besser diese sind, desto konkreter kann der Pflegebedarf eingeschätzt, geplant und entsprechend zielgerichtet umgesetzt werden. Vieles spricht in diesem Zusammenhang dafür, dass angesichts der vielen zu berücksichtigenden Faktoren die Pflegeorganisation in einer Hand liegen sollte. Die alleinige Verantwortung und eine Kontinuität in der pflegerischen Versorgung könnten dazu beitragen, dass ältere Pflegebedürftigen individueller und bedarfsgerechter gepflegt und betreut werden. Für Heimbewohner, Familienangehörige und andere am Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen des Gesundheitswesens gäbe es dann zudem einen festen Ansprechpartner, der über alles informiert ist und eine direkte Kommunikation zu allen Beteiligten führt. So könnten vielerlei Synergieeffekte geschaffen werden und eine optimale Versorgung der älteren Pflegebedürftigen erreicht werden.

Die Anspruchnahme ärztlicher Versorgung in der stationären Altenpflege wird in der Regel durch Pflegende in den stationären Einrichtungen veranlasst (BMFSF, 2006). Eine Vernetzung pflegerischer und medizinischer Versorgung könnte erheblich positiven Einfluss auf die Gesundheit der älteren Menschen nehmen. Des Weiteren tragen Beschäftigung und gesellschaftliche Integrationen maßgeblich zur Lebensqualität und zur Erhaltung der Gesundheit von älteren Menschen bei (Böhm et al., 2009). In Hinblick auf diese psychosozialen Bedürfnisse und Anforderungen in der Versorgung älterer Menschen gibt es im deutschen Gesundheitswesen ein breit gefächertes Angebot. Für deren passgenaue Beanspruchung bedarf es allerdings einerseits der genauen Einschätzung des Bedarfs der zu Pflegenden und andererseits auch der Kenntnis der vorhandenen sozialen Infrastruktur. Die Pflege stellt für Heimbewohner die Schnittstelle zur Außenwelt dar und kann in diesem Zusammenhang eine Schlüsselposition einnehmen, um mit zielgerichteten pflegerischen Interventionen eine individuelle Versorgung zu planen und durchzuführen. Auch hier wird deutlich, dass gute Kenntnisse der Bewohner gefragt sind, aber auch ein hohes Qualifikationsniveau der Pflegenden. Nur so kann der pflegerische Bedarf mit entsprechend darauf zugeschnittenen Versorgungsangeboten bedient werden.

Auch in Hinblick auf die Versorgung am Lebensende sind einerseits veränderte Heimstrukturen wie beispielsweise quantitativ mehr Pflegefachkräfte sowie mehr Zeit für die Bewohner gefragt. Andererseits bedarf es auch weiterreichende

Kompetenzen des Pflegepersonals, damit diese befähigt werden, eine bewohnerorientierte Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Hospizdiensten, Seelsorgern und Ehrenamtliche zu koordinieren (BMFSF, 2006).

Die dargestellte Situation des Pflegepersonals (siehe Kapitel 2.1.2) verdeutlicht einerseits die hohen qualifikationsbezogenen Anforderungen, die in der Altenpflege bestehen. Andererseits zeigt sie, wie hoch die Arbeitsbelastung in körperlicher, quantitativer und emotionaler Hinsicht ist. Studien weisen darauf hin, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden mit zunehmender Autonomie und Gesamtverantwortung in der Versorgung von Pflegebedürftigen steigt (Simon et al., 2005).

Aus der Darstellung resultieren für die stationäre pflegerische Versorgung in Altenheimen mehrere Anforderungen. In erster Linie bedarf es einer Pflege, die auf sehr guten Kenntnissen über die einzelnen Heimbewohner und deren Bedürfnisse beruht, damit Pflegemaßnahmen individuell und fachgerecht eingeschätzt, geplant, bereit gestellt und umgesetzt werden können. Dies könnte dann gegeben sein, wenn Pflegenden es kontinuierlich mit einer bestimmten Gruppe von zu Pflegenden zu tun haben, für die sich verantwortlich fühlen. Außerdem bedarf es für eine Ausschöpfung der sozialen, medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten, die das deutsche Gesundheitswesen für Heimbewohner bietet, umfassende Kenntnisse dieser Ressourcen. Deren fachkompetente Zuweisung und Koordination macht eine direkte Kommunikation mit allen am Versorgungsprozess Beteiligten notwendig.

3 Das Konzept von Primary Nursing

3.1 Theoretischer Hintergrund

3.1.1 Definition und Begriffsabgrenzung von Primary Nursing

Nach Marie Manthey ist Primary Nursing eine „Methode der Pflegeorganisation“ (Esser et al., 2000, S. 3), welche durch die vier Grundelemente Verantwortung, Kontinuität, direkte Kommunikation und die Tatsache, dass Pflegeplanende

zugleich auch Pflegedurchführende sind, beschrieben wird (Schippers, 2006). Primary Nursing stellt allerdings nicht nur eine Form der Pflegeorganisation dar, sondern wird darüber hinaus auch als eine „Pflegephilosophie“ verstanden (Ersser et al., 2000, S. 3). Damit gemeint ist, dass Primary Nursing eine innere Haltung von Pflegenden impliziert, die im täglichen Umgang mit Patienten/Bewohnern diesen gegenüber eine hohe Wertschätzung zum Ausdruck bringt. So werden Pflegebedürftige in den Pflegeprozess einbezogen und ihre individuellen Bedürfnisse respektiert. Bestimmte Wertevorstellungen wie beispielsweise das „Recht des Patienten, maximale Kontrolle über sein Leben zu behalten“ (Ersser et al., 2000, S. 31) werden durch Primary Nursing mit getragen.

In der Literatur sind die Abgrenzungen von Primary Nursing zu den Begriffen Bezugspflege und Primärpflege verschwommen. Manche Autoren (Andraschko, 1996) verwenden den Ausdruck Bezugspflege synonym zum Begriff Primary Nursing. Schlettig und Von der Heide (Sowinski et al., 2004) vertreten die Ansicht, dass sich die Bezugspflege ausgehend vom Primary Nursing Konzept entwickelt hat und somit nicht identisch ist. Mischo-Kelling et al. (Mischo-Kelling et. al., 2007) übersetzen Primary Nursing mit dem Ausdruck Primärpflege und verwenden diesen somit synonym zum Begriff Primary Nursing. In dieser Arbeit wird von der Definition von Primary Nursing nach Marie Manthey ausgegangen. Primary Nursing wird in der Folge mit der Abkürzung PN und synonym mit der Bezugspflege verwendet.

3.1.2 Konzeptbeschreibung

PN wird in Kooperation eines Teams, bestehend aus einer Primary Nurse, Associate Nurses und der Stationsleitung umgesetzt. Die Primary Nurse stellt dabei die hauptverantwortlich Pflegende für eine bestimmte Patientengruppe dar. Die Associate Nurse wird aktiv, wenn sich die Primary Nurse nicht im Dienst befindet. Der Begriff Associate Nurse sagt zunächst nichts über die Qualifikation der Pflegenden aus, da es sich dabei auch um eine Primay Nurse handeln kann, die in Vertretung für eine abwesende Primary Nurse tätig wird und deren Pflegeanweisungen ausführt. Die Stationsleitung nimmt im Primary Nursing

Konzept eine tragende Rolle ein, da sich ihre Funktion im Vergleich zu anderen Organisationsformen der Pflege verändert. So fungiert sie vielmehr als eine „Managerin“ (Manthey, 2005, S. 76), deren Aufgabe es ist, „Personalentscheidungen selbstständig zu treffen, Ressourcen zuzuteilen, die Ausführung der Pflege zu überwachen und Standards für praktische Arbeit zu setzen“ (Manthey, 2005, S. 77).

Das erste Kernelement von PN ist die kontinuierliche, rechenschaftspflichtige Verantwortung einer Pflegeperson für alle pflegebezogenen Entscheidungen für eine bestimmte Patientengruppe. Diese umfasst alle Aspekte der Planung, Entscheidung, Durchführung und Kontrolle (Schippers, 2006), die auch während der Abwesenheit der Primary Nurse zu organisieren sind. In Bezug auf den Zeitraum der Verantwortung (Ersser et al., 2000) finden sich in der Literatur verschiedene Angaben. Für einige Autoren beschränkt sich der Zeitraum auf die Aufenthaltsdauer des Patienten, für andere schließt dieser Zeitraum auch die Nachversorgung, beispielsweise der Übergang in eine ambulante Versorgungsstruktur, ein. Der Aspekt der kontinuierlichen Verantwortungsübernahme für einen Patienten stellt eine tragende Säule in der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patient dar. Die Kontinuität der Pflege bei PN stellt einen wesentlichen Unterschied zu anderen Pflegeorganisationsformen da. Das zweite Kernelement von PN ist die tägliche Zuweisung der Pflege nach der Fallmethode. Dies bedeutet, dass pflegerische Aufgaben einerseits nach den Bedürfnissen der Patienten und andererseits nach den Qualifikationen des anwesenden Pflegepersonals verteilt werden (Manthey, 2005). Das dritte Kernelement des Primary Nursing Konzepts ist die direkte Kommunikation. Dabei nimmt die Primary Nurse die Schlüsselposition ein. Sie kommuniziert mit den Patienten und trägt die Verantwortung dafür, dass alle relevanten patientenbezogene Informationen an entsprechende Stellen weiter getragen werden. Dazu zählen Pflegenden im Team, medizinische und therapeutische Berufsgruppen sowie die Angehörigen (Ersser et al., 2000). Die veränderten Kommunikationsstrukturen haben Auswirkungen auf die traditionelle Rolle der Stationsleitung, die in anderen Pflegeorganisationsformen wie der Bereichs- oder Funktionspflege die Schlüsselrolle einnimmt. Bei PN ist es ihre Aufgabe, alle an die Primary Nurse gerichteten Informationen entsprechend

weiterzuleiten (Manthey, 2005). Die Primary Nurse ist zugleich Pflegeplanende wie auch –durchführende. Dieses vierte Kernelement bedeutet, dass die Primary Nurse aufgrund ihrer Informationssammlung zu Patienten eine angemessene Pflege plant und an ihnen durchführt. Die direkte Pflege durch die Primary Nurse ist notwendig, damit sie den Pflegebedarf ihrer Patienten feststellen, planen und die Wirksamkeit der festgelegten Pflegemaßnahmen beurteilen und bei Bedarf neu ausrichten kann (Ersser, et al., 2000).

4 Anwendung von Primary Nursing in der stationären Altenpflege

4.1 Auswirkungen aus Sicht der Bewohner

In Deutschland gibt es bisher kaum wissenschaftlich verwertbare Studien, die die Auswirkungen von PN auf Patienten untersuchen (Ersser et al., 2000). Wie in Kapitel 1.4 beschrieben weisen die durchgeführten Untersuchungen Mängel in Bezug auf ihre Forschungsmethodik auf, so dass ihre allgemeine Aussagekraft eingeschränkt ist. Zudem gibt es trotz des gemeinsamen Ziels, die Auswirkungen des Primary Nursing Konzepts zu erforschen, kaum Übereinstimmungen in Hinblick auf Studiendesign, Stichprobengrößen, Auswahl der Studienteilnehmer und Messinstrumente sowie der Auswahl von Messzeitpunkten nach Implementierung von PN. So erweist sich ein Vergleich der Studienergebnisse als schwierig (Boeckler, 2006).

Im niederländischen, skandinavischen und angloamerikanischen Raum findet sich eine Vielzahl an Untersuchungen, die PN und seine Auswirkung auf Patienten im klinischen Kontext untersuchen (MacGuire, 1990; Boumans et al., 1999; Rigby et al., 2001). In dieser Arbeit liegt das Augenmerk jedoch auf den Auswirkungen von PN auf Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen. Hierzu gibt es im deutschsprachigen Raum nur eine durchgeführte Studie, die sich konkret auf die gewählte Zielgruppe bezieht (Stuhl, 2006). Einige wenige Forschungen, die die Langzeitpflege im geriatrischen Kontext fokussieren, finden sich in den Niederlanden, Finnland, den USA und Großbritannien (Boumans et al., 2005; Laakso et al., 2001; Olson, 1998; Wilson et al., 1989; Haff et al., 1988). Auch hier

stößt man beim Versuch, die Studienergebnisse zu vergleichen auf ähnliche Probleme wie bei den Untersuchungen zur Auswirkung von PN auf Patienten.

Zunächst stellt sich die Frage, anhand welcher Variablen Auswirkungen von PN auf Bewohner wie Patienten gemessen werden können. Schaepe (Schaepe, 2006), die den Einfluss von PN als Pflegesystem auf die Pflegequalität untersucht, stellt fest, dass hierbei in der Forschung hauptsächlich die Bereiche Patientenzufriedenheit und Pflegequalität betrachtet werden. Wie allerdings die einzelnen Variablen zur genauen Beschreibung von Patientenzufriedenheit und Pflegequalität definiert sind, variiert dabei von Studie zu Studie. Zudem bleibt ungeklärt, inwiefern Studienergebnisse aus dem klinischen Kontext auch auf Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen übertragbar sind, da es sich um verschiedene Settings handelt. Aus diesem Grund wurden für diese Arbeit fast ausschließlich Studien gewählt, die sich eindeutig an Bewohner in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen richten. Dies hat zur Folge, dass sich die Auswahl auf nur wenige Studien beschränkt. Die untersuchten Variablen variieren dabei von Studie zu Studie. Sie werden in der Folge einzeln vorgestellt und in der Ergebnissynthese dem Aspekt Bewohnerzufriedenheit oder Pflegequalität zugeordnet.

Stuhl (Stuhl, 2006) führte die bisher einzig bekannte Studie zur Untersuchung der Auswirkungen von PN in der Altenpflege in Deutschland durch. Dabei handelt es sich um eine Studie mit quasi-experimentellem Design. Es erfolgte eine Umstellung von der „Gruppenpflege mit Anteilen funktioneller Pflegetätigkeiten“ (Stuhl, 2006, S. 34) auf PN. Bewohnerzufriedenheit wurde anhand der Kriterien Verhaltensänderungen, beispielsweise in Bezug auf Nahrungsverweigerung und aggressivem Verhalten, sowie der allgemeinen Bewohnerzufriedenheit definiert. Die Datenerhebung erfolgte in Form einer regelmäßigen und systematischen Verhaltensbeobachtung durch Pflegenden mithilfe einer angepassten Cohen-Mansfield-Skala (Cohen-Mansfield, 1999), die Verhaltensauffälligkeiten misst. Zur Erfassung der allgemeinen Bewohnerzufriedenheit wurden Interviews mit den Bewohnern durchgeführt, in denen erfragt wurde, wie diese die Arbeit der Pflegenden hinsichtlich verschiedener Aspekte einschätzen und wie sich das soziale Umfeld in der Heimumgebung gestaltet. Die Evaluation zeigte, dass sich in den Bereichen „Gefährdung durch Weglaufen, Nahrungsverweigerung,

abweichende Vokalisation der Bewohner, Anfassen anderer (mit schmutziger Hand) und sexuelle körperliche Annährungsversuche“ (Stuhl, 2006, S. 80) das Verhalten nach Implementierung von PN verbesserte. In weit mehr Kategorien zeigten sich durch PN tendenziell negative Entwicklungen im Verhalten der Bewohner. Die Autorin begründet die positiven Ergebnisse mit einer verbesserten Beziehung zwischen Pflegenden und Heimbewohner und der Tatsache, dass beide mehr Zeit füreinander haben. Dadurch dass die Primary und Associate Nurses genauere Kenntnisse der Bedürfnisse der Bewohner haben, könnten sie zielgerichteter planen. Zudem hätten sie den Überblick, welche pflegerische Tätigkeiten sie wann und wie häufig durchgeführt haben, so dass unnötige Wiederholungen vermieden werden konnten, was wiederum mehr Zeit für andere Aktivitäten mit den Patienten zuließ. Bei den negativen Resultaten stellte die Autorin zur Diskussion, ob diese im Zusammenhang mit einer Verschlechterung von gegebenen Demenzerkrankungen stehen können. Eine ausführliche Auswertung der Bewohnerbefragung ist der Studiendarstellung nicht zu entnehmen. Die Autorin fasste weiterhin zusammen, dass sich Belastungen der Bewohner durch PN insgesamt verringern, da die Pflege individualisierter ist, weniger Personalwechsel stattfinden und insgesamt mehr Zeit für pflegerische Tätigkeiten zur Verfügung steht. Die Studie ist in ihrer Methodik kritisch zu bewerten, da sich die Cohen-Mansfield-Skala aus Sicht der Autorin für die Erfassung der Bewohnerzufriedenheit in diesem Studiendesign als nicht geeignet erwiesen hat. Gründe sind unter anderem, dass Veränderungen über einen längeren Zeitraum und bedingt durch Krankheitsbilder wie die Demenz nicht eindeutig zu erfassen sind. Zudem war die Stichprobengröße mit 33 Bewohnern klein. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Altenpflegeeinrichtungen ist deswegen nicht empfehlenswert. Zudem wurden die Rahmenbedingungen im Verlauf der Studie Mitarbeiterbedürfnissen so angepasst, dass sie im Grunde nicht mehr den konzeptionellen Anforderungen von PN nach Manthey entsprechen. So wurden die Bezugspflegenden in einem wöchentlichen Rhythmus gewechselt, um Erschöpfungserscheinungen der Mitarbeiter entgegen zu wirken, die nicht fortwährend mit „schwierigen“ (Stuhl, 2006, S. 87) Bewohner arbeiten wollten. Auch kam es durch Fluktuation und Abwesenheit beim Personal dazu, dass über den Untersuchungszeitraum Befragungen zum selben Bewohner mit unterschiedlichen Pflegenden durchgeführt wurden.

Boumans et al. (Boumans et al., 2005) untersuchten in den Niederlanden in einem experimentellen Studiendesign unter Beteiligung von drei Altenpflegeheimen die Auswirkungen bewohnerorientierter Pflege auf die Pflegequalität, das Wohlbefinden der Bewohner und die Zufriedenheit mit der Pflege. Die Altenheime wurden von der Funktionspflege auf ein Bezugspflegesystem umgestellt. Die Merkmale bewohnerorientierter Pflege wurden mit Bezugspflege, Anwendung des Pflegeprozesses, bewohner- und stationsbezogenen Aufgaben sowie Kommunikation mit verschiedenen Schwerpunkten (Bewohner, Station) beschrieben. Alle Aspekte wurden mit jeweils verschiedenen und bereits erprobten niederländischen Messinstrumenten gemessen. Das Wohlbefinden der Bewohner wurde anhand der Messgrößen Allgemeinzustand und Lebenszufriedenheit mit einer 10-Punkte-Skala nach Van Rossum und Courtens (Van Rossum, 1993; Courtens, 1993) erfasst. Zufriedenheit mit der Pflege wurden anhand einer 10-Punkte-Skala nach Bekkers et al. (Bekkers et al., 1990) gemessen, wobei sowohl Bewohner als auch Angehörige befragt wurden. Die Pflegequalität in Hinblick auf die Prozessgestaltung wurde in drei Kategorien geteilt: „coordination of care“, „instrumental aspects“ und „expressive aspects“ (Boumans et al., 2005, S. 243). Diese wurden anhand von Punkteskalen sowie durch Beobachtungen erfasst. Das Ergebnis zeigte, dass die Pflegequalität insgesamt zunahm. Dies wurde auf die Einführung der Bezugspflege und der dadurch gewonnenen Mehrzeit, die Pflegenden mit den Bewohnern verbrachten, zurückgeführt. Zudem stiegen der Umfang bewohnerbezogener Aufgaben und die Häufigkeit der Anwendung des Pflegeprozesses. Dies zeigte jedoch keine signifikanten Auswirkungen auf das von den Bewohnern wahrgenommene Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der Pflege. Die Autoren stellten fest, dass die Implementierung der Bezugspflege ein hohes Maß an Aufwand und viel Zeit bedarf, was angesichts des Arbeits- und Zeitdrucks in niederländischen Altenpflegeheimen schwierig ist. Auch hier fanden über den Untersuchungszeitraum Fluktuationen beim Personal statt, was vermutlich den Implementierungsprozess beeinflusste. Ein weiterer Grund, der eventuell die Ergebnisse verzerrt, ist der so genannte „ceiling-effect“ (Boumans, 2005, S. 248). Das heißt, dass in der ersten Testerhebung vor Einführung der Bezugspflege bereits so hohe Werte in der Bewohnerzufriedenheit erzielt wurden, dass eine Steigerung in der zweiten Erhebung nach Implementierung der Bezugspflege kaum möglich war. Außerdem wurden die Kontroll- und

Interventionsgruppen nicht zufällig gewählt, sondern von den Stationen bestimmt. Die Autoren stellten fest, dass es aufgrund von Personalbewegungen zwischen den Kontroll- und Interventionsgruppen sowie durch Austausch unter den Mitarbeitern zwangsweise zur Beeinflussung untereinander kam. Dieser Effekt könnte die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben. Es wird zur Diskussion gestellt, inwiefern der Hospitalisierungsprozess der Bewohner deren Erwartungen und Wahrnehmung hinsichtlich Veränderungen in der Pflege beeinflusst. Die Aussagekraft der Studienergebnisse in Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit ist in mindestens zweierlei Hinsichten eingeschränkt. Zum einen untersucht die Studie Auswirkungen einer bewohnerorientierten Pflege, die nur teilweise dem Primary Nursing Konzept entspricht. So entfällt beispielsweise der Aspekt der Verantwortung der Pflegenden für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern als eines der vier maßgeblichen Merkmale von PN nach Manthey vollständig. Zudem fanden die Untersuchungen in Niederlanden statt, so dass die externe Validität begrenzt ist und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf einen deutschen Kontext kritisch zu betrachten ist.

Laakso et al. (Laakso et al., 2001) untersuchten in Finnland die Umstellung von Funktionspflege auf PN in einem Altenpflegeheim und die damit gesammelten Erfahrungen von Bewohnern, Angehörigen und Pflegenden. In diesem Kapitel werden zunächst nur die Auswirkungen auf die Heimbewohner und ergänzend die Wahrnehmung der Angehörigen dargestellt. Gewählt wurde ein qualitatives Studiendesign, bei dem ausschließlich Interviews mit den einzelnen Zielgruppen durchgeführt wurden. Diese hatten die Schwerpunkte Veränderungen und Stellung der Bewohner in der Einrichtung, die Beziehung zwischen Pflegenden und Heimbewohnern und ihren Angehörigen sowie die Rolle der Pflegenden als Versorgende. Die Datenanalyse erfolgte anhand einer dreistufigen Inhaltsanalyse der gesammelten Informationen nach Miles und Hubermann (Miles et al., 1994). Insgesamt wurden zehn Bewohner interviewt. Die Ergebnisse zeigten, dass sich für die Bewohner weder die Pflege an sich noch ihre Stellung innerhalb der Einrichtung durch den Wechsel auf PN signifikant verändert hat. Es gab in diesem Kontext sowohl positive wie negative Rückmeldungen, wobei mit der Befragung deutlich wurde, dass einige Bewohner die Bedeutung von PN nicht einzuschätzen wussten. Einige Angehörige gaben die Rückmeldung, dass die Heimatmosphäre

freundlicher und wärmer geworden sei. Doch auch hier war das Ergebnis nicht signifikant. Insgesamt wurden wahrgenommene Veränderungen von Bewohnern und Angehörigen auf eine erhöhte Pflegebedürftigkeit aufgrund von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes zurückgeführt und weniger auf konzeptionelle Erneuerungen. Auch in Hinblick auf die Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohner zeigten sich für letztere keine signifikanten Veränderungen. Einige Bewohner gaben an, dass sie zwischen der Primary Nurse und anderen Pflegenden keinen Unterschied im Umgang wahrnahmen. Für andere Bewohner wiederum hatte sich die Primary Nurse im Verlauf zu einer engen Vertrauensperson in jeglicher Hinsicht entwickelt. In Bezug auf die Rolle der Pflegenden als Versorgende zeichnete sich ebenfalls kein eindeutiges Ergebnis ab. So gaben einige Bewohner an, dass die Pflegenden sowohl vor als auch nach Implementierung von PN gestresst wirkten und dass sich der Zeit- und Arbeitsdruck sogar verstärkt hätte. Andere Bewohner erlebten durch PN, dass die Pflegenden mehr Zeit für sie hatten und ihre Bedürfnisse besser erkannten und darauf eingingen. Laakso et al. (Laakso et al., 2001) stellen wie Boumans (Boumans et al., 2005) fest, dass die untersuchten Bewohner seit der Heimaufnahme einen Hospitalisierungsprozess durchlaufen hätten, der es ihnen erschwerte, zu unterscheiden, welche Veränderungen in der Pflege auf die Einführung von PN zurückzuführen waren. Die Aussagekraft der Studie ist begrenzt, da die Anzahl der Studienteilnehmer sehr klein gehalten wurde. Diese wurden von den Stationsleitungen zielgerichtet ausgewählt, so dass sie Angaben zu den Vorgängen innerhalb der Einrichtungen machen konnten. Es finden sich keine Angaben über demografische Daten von Bewohnern wie Angehörigen, was die Studienqualität an sich und auch die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten in Frage stellt. Die Durchführenden der Untersuchung waren insofern nicht neutral gegenüber der Einrichtung und deren Bewohner, da sie mit diesen vertraut waren. Methodisch weist die Studie von Laakso et al. (Laakso et al., 2001) also einige Mängel auf, so dass auch hier die Aussagekraft eingeschränkt ist.

Olson (Olson, 1998) untersuchte die Auswirkung von PN auf die geriatrische Langzeitpflege in einer amerikanischen Einrichtung. Alle aufgeführten Ergebnisse weisen auf einen positiven Effekt von PN auf Heimbewohner. In einem Zeitraum von zwei Jahren gingen Zwangsmaßnahmen bei Bewohnern vollständig zurück.

Der Einsatz von Psychopharmaka reduzierte sich innerhalb von vier Jahren von 17% auf sechs Prozent der Heimbewohner. Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen nahm von 24 auf sieben Bewohner innerhalb eines Jahres ab. Stuhlinkontinenz reduzierte sich um 80%, Blaseninkontinenz um 50%. Eine Umfrage zur Zufriedenheit von Heimbewohnern bewertete auf einer sechsstufigen Skala die Pflegequalität mit 5.09 Punkten, wobei „6: fantastic“ (Olson, 1998, S. 4) bedeutet. Es gibt keinerlei Angaben zur Forschungsmethodik, so dass die Aussagekraft der Ergebnisse vollständig in Frage zu stellen ist.

Haff et al. (Haff et al., 1988) in den USA evaluierten PN in der geriatrischen Langzeitpflege aus Sicht von Bewohner, ihren Angehörigen und Pflegenden. Die Auswertung erfolgte mithilfe eines Evaluationsprogramm, dem „Renzulli Key Features Model“ (Renzulli et al., 1972), welches einen vierstufigen Vergleich zwischen der Situation vor und nach der Einführung von PN vornimmt. Mit diesem Instrument wurden in der Vergangenheit bereits positive Erfahrungen in der Auswertung von Gesundheitsversorgungsprogrammen gesammelt. Die Datensammlung und -auswertung erfolgt mit einer Mischung verschiedener Methoden von deskriptiven, quantitativen und qualitativen Instrumenten auf sieben Themenbereiche bezogen: Verständnis des Primary Nursing Konzepts, die Rollen der Primary und Associate Nurse, Kommunikation, Verantwortung, Pflegequalität und Einstellungen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Bewohner über kein Konzeptverständnis verfügten. Sie wussten jedoch zu jeder Zeit, wer ihre zuständige Primary Nurse und bei deren Abwesenheit ihre Associate Nurse waren und hatten das Gefühl, dass ihre individuellen Bedürfnisse den Pflegenden bekannt sind und diese ihre Versorgung fast immer darauf ausrichteten. Sie fühlten sich von den Primary Nurses in Entscheidungsprozesse meistens eingebunden und hatten das Gefühl, dass die zuständigen Pflegenden ihre Wünsche zeitnah aufgriffen und erfüllten. Dieser Eindruck wurde von den Angehörigen in der Regel geteilt. In Hinblick auf die Kommunikation gaben die Bewohner an, dass die Primary Nurse nur manchmal pflegerische Interventionen mit ihnen besprach. Dennoch zeigten sich die Bewohner in Bezug auf die Pflegequalität sehr zufrieden.

Wilson et al. (Wilson et al., 1989) führten in Kanada über einen Zeitraum von zwei Jahren einen Vergleich zwischen PN und „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S.

1) auf Ebene von Mitarbeitern und Patienten/Bewohnern in einem geriatrischen Langzeitpflegesetting durch. Dabei wurde das Design einer prospektiven, quasi-experimentellen Studie für nicht vergleichbare Gruppen gewählt, da es sich einerseits um Patienten einer geriatrischen Rehabilitationsstation handelte und andererseits um Bewohner einer Langzeitpflegestation. Im Folgenden werden nur die Ergebnisse der Langzeitpflege dargestellt und deswegen der Terminus „Bewohner“ gewählt. Untersucht wurden die beiden Pflegesysteme auf Bewohnerwohlbefinden und mitarbeiterbezogene Aspekte (siehe Kapitel 4.2). Das Bewohnerwohlbefinden wurde anhand von drei Kriterien betrachtet und mit unterschiedlichen Messinstrumenten erfasst. Das subjektive Wohlbefinden wurde mit der Tranquility-Agitation-Self-Rating-Scale (Morris et al., 1975) gemessen, wozu die Bewohner in Rahmen von Interviews befragt wurden. Diese Ergebnisse wurden ergänzt mit Angaben zur emotionalen Befindlichkeit, gemessen mit der Vitality und Personal Control Scale (Reid et al., 1980). Pflegende, die die jeweiligen Bewohner kannten, nahmen anhand der Skalen eine Einschätzung vor. Vervollständigt wurde die Datenerhebung mit einer Quantifizierung der Maßnahmen zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens der Bewohner mithilfe der Geriatric Residents' Goal Scale (Cornbleth, 1978). Untersucht wurde auch die Ausführung der Pflege anhand durchgeführter Pflegetätigkeiten sowie an der Kontinuität der Pflege. Hierzu wurden sechs Messgrößen festgelegt, die durch Pflegedokumentation erfasst wurden. Insgesamt wurden innerhalb von zwei Jahren bis zu 21-mal Daten erhoben. Die Anzahl der Studienteilnehmer in der geriatrischen Langzeitpflegestation betrug im Durchschnitt 21,7 Bewohner. Die Ergebnisse zeigten auf, dass hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens der Bewohner bei PN eine stärkere Zunahme als bei „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 10) zu verzeichnen war. Dies wurde mit einer von den Bewohnern wahrgenommen Verminderung ihrer Unruhe unter Anwendung von PN begründet, welche in den Studienausführungen nicht näher beschrieben wird. Bei der Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit der Bewohner durch Pflegende konnte kein Unterschied zwischen „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 10) und PN festgestellt werden. Die Pflegedurchführung hat sich bei PN deutlich verbessert, was durch eine steigende Anzahl von Dokumentationseinträgen belegt wurde. Auch die Kontinuität in der pflegerischen Zuständigkeit nahm bei PN im Vergleich stärker zu. Insgesamt wies die Studie

keine signifikanten Belege dafür auf, dass PN im Vergleich zu „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 12) eine positivere Auswirkung hat. Allerdings zeichnen sich Tendenzen ab, die für PN sprechen. Die Studienergebnisse scheinen reliabel, da die Messinstrumente ausführlich beschrieben wurden, in anderen Untersuchungen erfolgreich erprobt und deren Anwendung korrekt stattfand. Die Autoren resümierten, dass allgemein gültige Definitionen für gängige Pflegebegriffe die Erfassung von Pflegeaktivitäten vereinfachen würden. Diese Aussage wird durch die hier dargelegten Studien und ihre unterschiedlichen Definitionskriterien zur Bewohnerzufriedenheit und Pflegequalität sowie durch die Ergebnisse weiterer Untersuchungen zum Thema Evaluation von PN gestützt (Boeckler, 2006; Abderhalden, 2006; Schaepe, 2006). Als eine weitere Schwierigkeit in der Durchführung der Studien wurde mehrfach die Personalfuktuation in den untersuchten Einrichtungen benannt, die den Implementierungsprozess von PN und somit eventuell auch die Ergebnisse insgesamt beeinflusst haben (Stuhl, 2006; Boumans et al., 2005). So kam es beispielsweise dazu, dass Einschätzungen von Bewohnern von verschiedenen Pflegenden vorgenommen wurden, da sich Zuständigkeiten durch Personalwechsel veränderten. In zwei Studien wird der Hospitalisierungsprozess der Bewohner thematisiert (Boumans et al., 2005; Laakso et al., 2001). Es stellte sich die Frage, inwiefern dieser Prozess die Erwartungen und Wahrnehmungen der Bewohner auf Veränderungen innerhalb der Einrichtung beeinflusste. Einige Bewohner führten die Tatsache der zugenommenen pflegerischen Zuwendung auf den Umstand zurück, dass sich ihre eigene Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustands erhöht hatte (Laakso et al., 2001). Diese Möglichkeit wird auch von Stuhl in Betracht gezogen (Stuhl, 2006).

Auch wenn die Studienergebnisse keine signifikant positiven Auswirkungen von PN auf die Bewohner aufweisen, machen einige Studien Vorteile von PN in Bezug auf die Bewohnerzufriedenheit deutlich. So wurde mehrfach festgestellt, dass durch PN die Pflege von Bewohnern und Angehörigen als individualisiert erlebt wurde, das heißt, dass individuelle Bedürfnisse erkannt und berücksichtigt wurden (Stuhl, 2006; Laakso et. al, 2001; Haff et al., 1988). Einige Bewohner machten die Erfahrung, dass PN mehr Kontinuität und damit auch mehr Zeit für die Pflegenden verschafft, um sie mit den Bewohnern zu verbringen (Stuhl, 2006; Wilson, 1989).

In Hinblick auf den Bereich Pflegequalität mit seinen vielfältigen Definitionsgrößen in den verschiedenen Studien wurde ebenfalls festgestellt, dass kein signifikant positiver Effekt durch PN für die Bewohner zu messen war. Es zeichnet sich eine Richtung ab: verstärkt bewohnerorientierten Aufgaben und eine Zunahme in der Anwendung des Pflegeprozesses (Boumans et al., 2005) sowie umfassendere Dokumentationen im Rahmen der Pflegeplanung (Wilson, 1989).

Auffallend ist bei allen Studien, dass der Aspekt der persönlichen Beziehung zwischen Bewohnern und Pflegenden, also der Aufbau und die Gestaltung eines Vertrauensverhältnisses, in den Studien kaum Erwähnung findet. So werden zwar die Kontinuität der Pflege (Stuhl, 2006; Wilson, 1989) und auch die Frage, ob Pflegende durch PN mehr Zeit mit Bewohnern verbringen können, untersucht (Stuhl, 2006; Wilson, 1989). Doch finden sich weder Aussagen darüber, welche Auswirkungen diese Umstände auf die Qualität der Beziehung haben noch wie die zusätzliche Zeit mit den Bewohnern genutzt wird. Nur Laakso et al. (Laakso et al., 2000) widmeten sich in ihrer Studie dem Beziehungsaspekt und ermittelten in diesem Zusammenhang widersprüchliche Wahrnehmungen der Bewohner, so dass keine eindeutige Aussage abgeleitet werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Frage nach den Auswirkungen von PN auf Bewohner in der stationären Altenpflege anhand der hier aufgeführten Studien nicht eindeutig zu beantworten ist. Die Studien unterscheiden sich methodisch zu sehr, als dass ein Vergleich und die Zusammenführung der Ergebnisse aussagekräftig sind. Die Studienresultate haben eine Spannweite von positiven bis negativen Auswirkungen hinsichtlich der Bewohnerzufriedenheit und Pflegequalität, wobei keine einheitlichen und gängigen Definitionen der untersuchten Variablen angewendet wurden. Allerdings kann vorsichtig resümiert werden, dass alle Studien in ihrem Kontext mehr neutrale bis positive Effekte von PN für die Bewohner messen konnten. Auch wenn diese nur bedingt ein signifikantes Niveau erreichen, lässt sich hieraus eine Tendenz ableiten: PN kann in Bezug auf die Bewohner für die stationäre Altenpflege ein geeignetes Konzept sein, da es Hinweise darauf gibt, dass die Zufriedenheit der Bewohner und die Pflegequalität zunimmt.

4.2 Auswirkungen aus Sicht der Pflegenden

Die Untersuchungen der Auswirkungen von PN auf Pflegende im Bereich der geriatrischen Langzeitpflege sind zahlenmäßig sehr begrenzt. Es finden sich zwar zahlreiche Studien, die PN und die Rolle der Pflegenden untersuchen, doch unterscheidet sich jeweils das Setting oder die Zielgruppe der Pflegenden (Rigby et al., 2001; Boumans et al., 1996, 1999; Melchior et al., 1999; Thomas, 1991). So sind die Studien entweder auf einen klinischen Kontext bezogen und somit nicht auf die Langzeitpflege (Boumans et al., 1999; Thomas, 1991; Rigby et al., 2001) oder es handelt sich um den Bereich der Langzeitpflege, jedoch nicht um die Zielgruppe von Heimbewohnern wie sie in dieser Arbeit untersucht wird (Melchior et al., 1999). Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit von Studien, die sich mit PN und seinen Auswirkungen auf Pflegende im geriatrischen Kontext befassen, werden im Folgenden auch Studienergebnisse vorgestellt, die nur bedingt übertragbar auf die Situation von Altenpflegenden sind. Allerdings verdeutlichen sie eine Tendenz dahingehend, was PN bei Pflegenden bewirken kann.

Bei den Untersuchungen zu den Auswirkungen von PN auf die Pflegenden wird ebenfalls eine Vielfalt von verschieden definierten Variablen und Messinstrumenten angewendet. Die Zeitpunkte der Datenerfassungen variieren in den Untersuchungen stark. Boeckler (Boeckler, 2006) stellt in ihrer umfassenden Literaturrecherche über Evaluationsstudien zu PN fest, dass die Studiendurchführenden in den meisten Fällen davon ausgehen, dass zum gewählten Messzeitpunkt PN bereits implementiert ist. Dies sei aber meistens nicht der Fall bzw. ginge es aus den Untersuchungen nicht hervor, woran genau fest gemacht wird, dass PN tatsächlich umgesetzt wurde. Diese Aussage trifft auf die im Folgenden angeführten Studien zu.

Einige der bereits in Kapitel 4.1 vorgestellten Studien beschäftigen sich auch mit der Frage, wie sich PN auf das Rollenverständnis, die Arbeitszufriedenheit und -belastung der Pflegenden auswirkt (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2005; Wilson, 1989, Haff et al., 1988). So stellen Haff et al. (Haff et al., 1988) in ihrer einrichtungsbezogenen Evaluation von PN fest, dass die Mehrheit der Pflegenden ein Konzeptverständnis von PN aufwiesen und dies entsprechend in ihrem pflegerischen Handeln umsetzen konnten. Weiterhin stellte sich heraus, dass je

höher die Qualifikation der Pflegenden, desto positiver die Einschätzung der Anwendung von PN. Diese Aussage wird unterstützt durch die Resultate der NEXT-Studie (Simon et al., 2005), die bereits in Kapitel 2.1.1 und 2.1.2 erwähnt werden.

Stuhls (Stuhl, 2006) Untersuchung zur Mitarbeiterzufriedenheit infolge der Implementierung von PN erstreckt sich über insgesamt sechs Wohnbereiche in einem Altenpflegeheim in Deutschland. Die Ergebnisse weichen voneinander ab, was die Autorin auf die unterschiedliche Bereitschaft der Pflegenden zur Veränderung hin zu PN begründet. So lässt sich in einem Wohnbereich feststellen, dass PN die Mitarbeiterzufriedenheit in den Bereichen „Einflussnahme auf zugeteilte Arbeitsaufgaben, ausreichende Anwendung von Kenntnissen und Fähigkeiten, allgemeine Informationsweitergabe, Erschwernis durch unklare Zuständigkeiten und das Gefühl zu haben, mit der Arbeit etwas Sinnvolles zu tun“ (Stuhl, 2006, S. 78) verbessert hat. In drei weiteren Wohnbereichen verschlechterte sich nach zehn Wochen die Arbeitszufriedenheit zunächst. Dies führt die Autoren auf die Umstellung von Gruppenpflege auf PN und den damit verbundene Stress, der für die Pflegenden entstand, zurück. Nach einer weiteren Befragung vier Monate später hat sich der Grad der Arbeitszufriedenheit nicht oder nur in einigen Bereichen verändert, wie beispielsweise bei der Informationsweitergabe und der Einflussnahme auf die Aufgabenzuteilung. Ein weiterer Wohnbereich machte auf Personalebene durchweg positive Erfahrungen mit PN. Ein letzter Wohnbereich zeigte sich bei der Implementierung nicht kooperativ, so dass schließlich nur ein von vier Aspekten von PN eingeführt werden kann. Aus diesem Grund konnten keine verwertbaren Daten zur Mitarbeiterzufriedenheit gesammelt werden. Stuhl resümierte, dass sich durch die Implementierung von PN die Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohnern verbessert hat, dass die Pflege aus Sicht der Pflegenden individueller geworden ist und dass Verantwortungsbereiche durch PN klarer abgesteckt sind. Hinsichtlich nachteiliger Auswirkungen von PN stellten ein Drittel der Mitarbeiter fest, dass sie über zu wenig Wissen in Bezug auf andere Bewohner verfügten und somit Unsicherheiten in der Pflege dieser Personen verspürten. Insgesamt zog Stuhl ein positives Resümee, machte aber deutlich, dass die Stichproben zu klein und der Zeitraum der Untersuchung zu kurz war, so dass eine Verallgemeinerung der

Ergebnisse nicht sinnvoll ist. Die Ergebnisdarstellung der Studie erscheint an vielen Stellen nicht transparent, da Daten zwar erhoben, aber nicht dargestellt werden und von der Autorin frei interpretiert wurden.

Laakso et al. (Laakso et al., 2001) fanden in ihrer Studie heraus, dass alle Pflegende der drei untersuchten niederländischen Altenpflegeheime nach der Einführung von PN mehr Zeit für die Bewohner hatten und in die Lage versetzt wurden, diesen eine individuell ausgelegte Pflege zukommen zu lassen. Dies stand auch im Zusammenhang damit, dass sie sich nun anzahlmäßig auf weniger Patienten konzentrieren konnten und mehr Informationen über diese gewannen, was ihnen dabei half, schwierige Verhaltensweisen besser nachvollziehen zu können. Allerdings gab es von den Pflegenden widersprüchliche Rückmeldungen dazu, ob diese Tatsachen die Stellung der Bewohner und die ihnen zu gekommene Pflege qualitativ tatsächlich verbesserte. Einige Pflegende gaben an, dass sich durch PN ihre Wahrnehmung auf die Bewohner dahingehend verändert hat, dass sie diese nun als Individuen und nicht mehr als „Arbeitsobjekte“, „objects of works“ (Laakso et al., 2001, S. 480) betrachteten. Ihr Verantwortungsgefühl erstreckte sich nun auf alle Belange der Bewohner und sie schätzten die Zeit, die sie gemeinsam mit diesen verbrachten, aus oben genannten Gründen als sehr wichtig ein. Die Tatsache, dass die Bewohner den Pflegenden mehr Zufriedenheit, Vertrauen und Respekt entgegen brachten trug dazu bei, dass mehr Wärme und Nähe in der pflegerischen Beziehung entstehen konnte. Ein wichtiger Aspekt war auch, dass Pflegende mit PN neue Möglichkeiten der Herangehensweise an ihre Arbeit entdeckten. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wirkte sich PN bei einigen positiv aus, da ein engerer Kontakt entstand und die Pflegenden die Verwandten nun besser einbeziehen konnten. Allerdings gaben einige Pflegende auch an, dass sie Angehörige auch als fordernd wahrnahmen und diesen deshalb aus dem Weg gingen. Insgesamt empfanden Pflegende weniger Zeitdruck und sie erlebten die Arbeitsatmosphäre als entspannter. Dazu trug die Tatsache bei, dass Probleme offen und zeitnah besprochen wurde – ein Umstand, der sich mit der Einführung von PN entwickelt hatte. Alle Pflegenden gaben an, dass die durchgeführten Schulungen zum Konzept von PN notwendig waren, damit sie sich beruflich den Anforderungen entsprechend weiter entwickeln konnten. Insgesamt

gestaltete sich die Arbeit mit PN für sie herausfordernder, aber auch lohnender. Es gab allerdings auch Pflegende, die PN als eine Bedrohung ansahen, weil sie eine Zunahme der Arbeitslast und auch des Konfliktpotential innerhalb des Pflorgeteams befürchteten. Die Studie weist in den einzelnen Untersuchungsbereichen keine signifikanten, eindeutigen Ergebnisse auf.

Wilson et al. (Wilson et al., 1989) untersuchten die Auswirkungen von PN auf Pflegende im Vergleich zu „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 1). Dabei betrachteten sie die Arbeitsmoral, die an drei Aspekten gemessen wurde: Abwesenheit durch Krankheit, Jobwechsel und eine Eigendarstellung zur Arbeitszufriedenheit. Zudem wurde eine Befragung der Pflegenden durchgeführt, die ermittelte, welche Einstellungen und Ansichten die Befragten in Bezug auf ihre Arbeit hatten. Die Ergebnisse zeigten in den Bereichen Arbeitszufriedenheit, -abwesenheit und Personalfuktuation keine signifikanten Zunahmen durch PN und keine Unterscheide zwischen PN und „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 11) auf. Dennoch zeigten die quantitativen Erhebungen sechs und zwölf Monate nach Umsetzung von PN bei den Mitarbeitern eine Bevorzugung der Bezugsgegenüber „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 12). Die Antworten bezogen sich unter anderem auf die Bereiche Verantwortung, Problemlösungskompetenzen, Kontinuität in der Pflege und Informationsweitergabe. „Team nursing“ (Wilson et al., 1989, S. 12) erhielt indes nicht wesentlich schlechtere Rückmeldungen. Nur in den Bereichen Pflegeplanung, verfügbare Zeit mit Bewohnern, Gründlichkeit und Erleichterung der Pflege schnitt PN mit besseren Werten ab. Eine genaue Beschreibung der jeweilig gemessenen Aspekte ist der Studienbeschreibung nicht zu entnehmen. Es wird nur erwähnt, dass gängige Definitionen von Pflegebegriffen (z. B. Kontinuität, Pflegequalität) Messungen pflegerischer Tätigkeiten vereinfachen würden. Die Studie stellt abschließend zur Diskussion, warum einerseits die Pflegeumsetzung durch PN messbar erleichtert wurde, aber gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit mit PN nicht entsprechend anstieg. Den Studienergebnissen sind keine signifikant negativen oder positiven Auswirkungen von PN auf die Pflegenden zu entnehmen.

Berkhout et al. (Berkhout at al., 2004) untersuchten in einer quasi-experimentellen Studie über einen Zeitraum von 22 Monaten die Einführung von PN und ihre Auswirkungen auf die Pflegenden in einem niederländischen Altenpflegeheim. Die

Messzeitpunkte liegen vor der Einführung von PN sowie sechs und 16 Monate danach. Eine Fragestellung bezog sich darauf, inwiefern die verschiedenen Merkmale der Bezugspflege implementiert wurden. Im Fokus standen die Bereiche Bewohnerzuteilung, Anwendung des Pflegeprozesses, Neuverteilung von Aufgaben und Kommunikation. Angewandte Messinstrumente waren dabei verschiedene niederländische Skalen, die sich in vorher gegangenen Studien als zuverlässig erwiesen hatten. Zudem wurden einige zufällig gewählte Bewohner befragt und Beobachtungen vor Ort durchgeführt. Eine weitere Forschungsfrage war, welche Auswirkungen die Einführung von PN auf die Pflegenden in Hinblick auf Arbeitsmerkmale wie Autonomie, Arbeitsanforderungen und soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte hatte und welche psychologischen und verhaltensbezogenen Auswirkungen sich durch PN heraus kristallisierten. Letztere umfassten die Bereiche Arbeitszufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, Gesundheitsbeschwerden und Fehlzeiten. Alle Angaben dazu wurden mithilfe von Fragebögen und halbstrukturierter Interviews mit den Pflegenden gesammelt. Alle untersuchten Variablen wurden in der Studie genau definiert. Die gesammelten Daten wurden später in der Auswertung in Bezug zueinander gestellt. Vorher formulierte Arbeitshypothesen wurden auf ihr Eintreten hin überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass der Implementierungsprozess von PN nur teilweise erfolgreich war. So wurden Erfolge durch eine zunehmende Häufigkeit in der Bewohnerzuteilung zu Primary Nurses erzielt. Die Anwendung des Pflegeprozesses nahm signifikant zu, ebenso bewohnerbezogene Tätigkeiten bei der Neuverteilung von pflegerischen Aufgaben. Hinsichtlich der Variable Kommunikation wurden Anzeichen einer verschlechterten Qualität deutlich. Im Bereich Arbeitsautonomie fanden sich Hinweise darauf, dass innerhalb der Bezugspflege in einzelnen Aspekten mehr Handlungsfreiraum für die Pflegenden bestand. So konnten sie mehr Einfluss auf ihre Arbeitszeiten, den Inhalt und Umfang ihrer Arbeit sowie das Arbeitstempo nehmen. Dennoch wurde insgesamt keine Zunahme der Arbeitsautonomie verzeichnet. Die Hypothese, dass Arbeitsanforderungen für die Pflegenden mit der Bezugspflege steigen, konnte nicht bestätigt werden. Ebenso verhielt es sich in den Bereichen soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Arbeitszufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, Gesundheitsbeschwerden und Fehlzeiten. Es zeigten sich keine negativen Effekte, aber auch keine signifikant positiven Auswirkungen durch die Einführung

von PN. Mithilfe der qualitativ gesammelten Daten in den Interviews konnten einige Schwierigkeiten der Implementierung identifiziert werden. So taten sich Stationsleitungen schwer, ihre traditionell zentrale Führungsrolle aufzugeben und Koordinationsaufgaben an die Primary Nurses zu delegieren. Doch auch anders herum hatten die Pflegenden Probleme damit, die dezentralisierenden Strukturveränderungen durch die Einführung von PN anzunehmen. Die Autoren führten dies auf die lange Zeit vorherrschenden, stark hierarchisch geprägten Strukturen in der Pflege und die Schwierigkeit, diese zu verändern, zurück. Methodisch weist die Studie einige Probleme auf: so wurden die Interventions- und Kontrollgruppe nicht zufällig gewählt. Auch hier ist die Rede von so genannten „ceiling effects“ (Berkhout et al., 2004, S. 630) und vom „Hawthorne effect“ (Berkhout et al., 2004, S. 630), die möglicherweise auftraten. Die Autoren stellten im Nachhinein in Frage, ob die Messinstrumente fein genug waren, um Auswirkungen der Veränderungen zu erfassen. Sie resümierten abschließend, dass trotz der Tatsache, dass die quantitativen Datenerhebungen nur in drei Bereichen (Anwendung des Pflegeprozesses, Bewohnerzuteilung und Zunahme bewohnerbezogener Aufgaben) signifikante Ergebnisse ermitteln konnte, die Studie positive Auswirkungen von PN auf die Pflegenden verdeutliche. Befragungen der Mitarbeiter zeigten, dass die Pflegenden ihre Arbeit nach der Einführung von PN als attraktiver empfanden, weil sie mehr Verantwortung erfahren und aus ihrer Sicht die Pflegequalität zunimmt. Die Autoren schlussfolgerten außerdem, dass die Implementierung von PN bei den Pflegenden ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Zuwendung in Form von Schulungen, Trainings, Supervisionen und Unterstützung des Arbeitsumfelds von Kollegen bis über die Leitungsebenen hin bedarf. Besonders die Aspekte Rollenverständnis, Aufgaben und Verantwortung von Stationsleitungen und Pflegenden würden eine intensive Auseinandersetzung erfordern. Für den Veränderungsprozess sei eine offene und freundliche Arbeitatmosphäre hilfreich.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der bisher aufgeführten Studien ist nur mit Vorsicht zu tätigen, da sich die Studien wie eingangs beschrieben methodisch sehr voneinander unterscheiden und eine Vergleichbarkeit kaum möglich ist. Aus diesem Grund wird im Folgenden eine Tendenz aufgezeigt, die sich aus der Summe der dargestellten Studienergebnisse ableiten lässt. Bis auf Teilergebnisse

einer Studie (Berkhout et al., 2004) weisen die Untersuchungen keine signifikant positiven oder negativen Auswirkungen von PN auf (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2001, Wilson et al., 1989; Haff et al., 1988). Allerdings sind allen Studien Ansätze positiver Veränderungen durch PN zu entnehmen. So nehmen Pflegende wahr, dass sie über mehr Zeit für die Bewohner verfügen (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2001; Berkhout et al., 2004; Wilson et al., 1989). Im Bereich der Kommunikation konnte durch PN Verbesserung in der Informationsweitergabe erreicht werden (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2001; Wilson, 1989). Allerdings ermittelten Berkhout et al. (Berkhout et al., 2004) in ihrer Studie eine verschlechterte Qualität im Bereich Kommunikation. Es kann der vorsichtige Schluss gezogen werden, dass PN den Pflegenden mehr Autonomie in ihrer Tätigkeit verschafft (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2001, Berkhout et al., 2004; Wilson et al., 1989). Hier gilt aber zu berücksichtigen, dass der Begriff Autonomie von den jeweiligen Autoren sehr unterschiedlich definiert wird. Wenn man jedoch darunter zusammen fasst, dass es sich hierbei um eine Erweiterung der Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegenden sowie weniger Kontrolle durch Vorgesetzte handelt, dann kann diese Aussage getroffen werden. Auch hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit unter Pflegenden zeigen sich tendenziell positive Ergebnisse (Stuhl, 2006; Berkhout, 2004; Wilson et al., 1989). Allerdings auch hier mit der Einschränkung, dass Arbeitszufriedenheit in den verschiedenen Studien keiner einheitlichen Definition unterworfen ist.

In den Ausführungen dieses Kapitels wurde eine Vielzahl weiterer Aspekte benannt, die im Rahmen der dargestellten Studien untersucht wurden und die positive Auswirkungen auf Pflegende durch PN andeuten. Allerdings handelt es sich dabei um Messgrößen, die jeweils nur in einer Studie erhoben wurden. Einige Beispiele hierfür sind die Anwendung von Kenntnissen und Fähigkeiten, Klarheit hinsichtlich von Zuständigkeiten, Sinnhaftigkeit (Stuhl, 2006), Kenntnisse über und Wahrnehmung von Bewohnern und deren Bedürfnisse (Laakso et al., 2001), Problemlösungskompetenzen, Kontinuität in der Pflege, Gründlichkeit und Erleichterung der Pflege (Wilson et al., 1989).

Es gibt Hinweise, dass PN unterschiedliche Auswirkungen auf verschieden qualifizierte Pflegende hat (Haff et al., 1988; Thomas, 1992). In diesem Zusammenhang ist die Studie von Thomas et al. (Thomas, 1992) hervorzuheben,

die die Wahrnehmung von qualifizierten Pflegekräften und Hilfskräften auf verschiedene Pflegeorganisationsformen untersucht. Verglichen wurden dabei PN, Gruppen- und Funktionspflege. Die Untersuchung bezieht sich nicht auf die geriatrische Langzeitpflege, jedoch auf die Zielgruppe älterer Menschen im klinischen Kontext. Daher ist eine Übertragbarkeit der Studienresultate nur bedingt möglich. Da sie sich jedoch auf die Pflege älterer Menschen bezieht und Unterschiede zwischen den Pflegesystemen aufdeckt, werden die Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt. Es zeigte sich, dass PN aus Sicht der examinierten Kräfte vergleichsweise signifikant höhere Werte in Bezug auf Arbeitsautonomie und Unterstützung durch Vorgesetzte erzielt. Pflegende fühlen sich stärker einbezogen und erfuhren bei der Arbeit mehr Innovation und weniger Kontrolle durch Vorgesetzte. Die Ergebnisse entsprachen den Erfahrungen von pflegerischen Hilfskräften. Zudem fühlten sie sich bei PN besser ins Team integriert und erlebten weniger Arbeitsdruck als bei den Kollegen in der Gruppen- und Funktionspflege. Die Autoren führten die Resultate auf eine veränderte Kultur bei PN zurück, die eine ganzheitliche und individualisierte Pflege für den Patienten anstrebt. Diese würde qualifikationsübergreifend gelebt und verändere die strenge Aufgabentrennung und –verteilung zwischen Hilfskräften und examinierten Pflegenden im Sinne einer patientenorientierten Pflege. Diese Studie verdeutlicht einen wichtigen Aspekt in Bezug auf PN, da das Konzept einerseits die Rollen von Primary und Associate Nurses vorsieht (Manthey, 2005) und andererseits die Personalsituation in der Altenpflege durch eine Vielzahl von Hilfskräften geprägt ist (BMFSF, 2006), die es gilt in konzeptionelle Entwicklungen einzubeziehen. Zudem wurde von den Autoren dieser Studie eine wichtige Komponente von PN thematisiert: PN stellt nicht nur eine Form der Pflegeorganisation oder ein Pflegesystem dar, sondern ist verbunden mit einer Philosophie, einer Kultur der Pflege, welche von den Mitarbeitern verstanden, akzeptiert, verinnerlicht und somit praktiziert werden muss. Nur so kann PN seine vollständige Wirkung entfalten (Ersser et al., 2000). Melchior et al. (Melchior et al., 1999) führten eine Studie durch, die die Auswirkungen von PN in einer psychiatrischen Langzeitpflege auf arbeitsbezogene Faktoren untersuchte. Das Ergebnis ist auf den Kontext dieser Arbeit nur eingeschränkt zu übertragen. Da es sich jedoch um ein Setting in der Langzeitpflege handelt und die Demenz bei älteren und hochaltrigen Menschen eine zunehmend auftretende psychiatrische Erkrankung und Herausforderung

darstellt, wird die wichtigste Erkenntnis kurz dargestellt. So erfuhren Pflegende mit der Einführung von PN mehr Autonomie bei der Arbeit und nahmen trotz eines umfassenderen Verantwortungsbereichs diesen als weniger komplex wahr. Darin könnte zunächst ein Widerspruch gesehen werden. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass aufgrund der Tatsache, dass Pflegende durch PN ihre Arbeit eigenständiger gestalten können und dabei weniger einer Kontrolle unterliegen, die Komplexität der Aufgaben in der Wahrnehmung abnimmt. Die Ergebnisse dieser Studie werden gestützt durch die Resultate anderer bereits angeführter Untersuchungen, die sich direkt auf Pflegende in geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen beziehen (Stuhl, 2006; Laakso et al., 2001, Berkhout et al., 2004; Wilson et al., 1989).

5 Diskussion

In dieser Arbeit wurde die aktuelle Situation von geriatrischen Pflegeeinrichtungen in Deutschland anhand einer Darstellung ihrer strukturellen Rahmenbedingungen aufgezeigt. Dabei wurde die Situation der älteren und hochaltrigen Pflegebedürftigen sowie der Pflegenden in Altenpflegeheimen beschrieben. Daraus abgeleitet wurden Anforderungen, die Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erfüllen sollten. Dazu gehört beispielsweise, dass den Pflegenden ein Rahmen geboten wird, innerhalb dessen es ihnen möglich ist, eine kontinuierliche pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dies kann dazu beitragen, dass Pflegende sehr gute Kenntnisse über die Bewohner gewinnen und so deren Bedürfnisse erfassen und entsprechende Interventionen planen können. Zudem sollte ein Pflegekonzept vorsehen, dass Pflegende eine ganzheitliche Verantwortung für alle Belange einer bestimmten Anzahl von Bewohnern tragen. Dies könnte zu einer höheren Kontinuität in der Pflege von Heimbewohnern führen. Aus den Anforderungen an ein geeignetes Pflegekonzept leiten sich entsprechende Qualifikationsanforderungen an die Pflegenden ab, die diese unter anderem in die Lage versetzen, die sozialen, medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten im Sinne einer bestmöglichen Bewohnerversorgung auszuschöpfen. Dazu bedarf es bei den Pflegenden fachlicher, sozial-kommunikativer und

methodischer Kompetenzen. Nachdem die Situation der stationären Altenpflege in Deutschland und daraus abgeleitete theoretische Anforderungen an ein Pflegekonzept dargelegt wurden, folgte ein Kapitel, das sich der Vorstellung des Konzepts von Primary Nursing nach Manthey widmet. Im Hauptteil dieser Arbeit wurde anhand der aktuellen Studienlage die Auswirkungen von Primary Nursing auf Bewohner und Pflegende aus deren jeweiligen Sicht dargelegt.

Die Literaturrecherche zeigte, dass es nur eine begrenzte Anzahl von Untersuchungen gibt, die sich überhaupt mit der Situation von Bewohnern und Pflegende in der stationären Altenpflege befassen. Die meisten Studien zu PN widmen sich dem klinischen, patientenorientierten Kontext, so dass eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf deutsche Altenpflegeheime sehr fraglich ist. Bei den verfügbaren Studien, die sich explizit mit PN in stationären Altenpflegeheimen beschäftigen, wurde fest gestellt und dargelegt, dass diese erhebliche methodische Unterschiede in Bezug auf Studiendesign, untersuchte Variablen, angewandte Messinstrumente und die Datenanalyse aufweisen. Somit ist eine Vergleichbarkeit und Zusammenführung der Ergebnisse nur bedingt möglich. Fast alle Untersuchungen weisen methodische Mängel auf, so dass ihre Aussagekraft einschränkt ist. Da die meistens Studien im Ausland durchgeführt wurden, ist eine Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse in Frage zu stellen. Als eine besonders große Herausforderung in dieser Arbeit kristallisierte sich die Tatsache heraus, dass die verschiedenen Studien unterschiedliche Variablen untersuchten. Es fehlen klar definierte und operationalisierte Variablen, die systematisch untersucht werden. Ähnlich verhält es sich mit den unterschiedlichen Zeitpunkten der Datenerfassungen in den einzelnen Studien und der Frage, wann ist PN eigentlich implementiert und woran ist dieser Umstand festzumachen. Diese Frage wird in keiner der aufgeführten Studien eindeutig geklärt. Weiterhin ist der Hospitalisierungsprozess von Heimbewohnern hervor zu heben und zu hinterfragen. Die Frage, welchen Einfluss die Aufnahme und der Aufenthalt von älteren und hochaltrigen Menschen in Pflegeheimen auf das psychische, seelische und körperliche Befinden nehmen, ist wenig erforscht. Die Idee, dass der Hospitalisierungsprozess die Wahrnehmung von Heimbewohnern beeinflusst, wurde in einigen der aufgeführten Studien diskutiert. So stellt sich die Frage, wie dieser Vorgang in Studien operationalisiert und messbar gemacht werden kann

und als Erkenntnis in die Untersuchung der Auswirkungen von PN einbezogen werden kann.

Anhand der Studienergebnisse konnten auf Ebene der Bewohner keine signifikant positiven oder negativen Auswirkungen durch PN festgestellt werden. Die hier aufgeführten Studien liefern zwar Hinweise auf positive Veränderungen durch PN, diese sind allerdings aus den bereits genannten methodischen Gründen nicht oder nur bedingt evident. Positive Tendenzen sind dahingehend zu erkennen, dass durch PN die Pflege von Bewohnern als individualisierter und kontinuierlicher erlebt wurde. In einigen Studien machten Bewohner und Angehörige mit PN die Erfahrung, dass insgesamt mehr Zeit für die Pflege entstand. Diese Aspekte können als ein Beitrag zu einer höheren Bewohnerzufriedenheit gesehen werden. In Bezug auf die Pflegequalität konnten durch PN ebenfalls keine signifikant positiven und negativen Ergebnisse ermittelt werden. Allerdings konnte auch hier eine positive Tendenz hin zu vermehrt bewohner- statt stationsorientierten Aufgaben, eine zunehmende Anwendung des Pflegeprozesses und umfassendere Dokumentationen im Rahmen der Pflegeplanung fest gestellt werden – alles Aspekte, die die Qualität von Pflege optimieren können. Studien, die die Auswirkungen von PN auf Pflegende untersucht haben, konnten ebenfalls keine signifikant positiven oder negativen Effekte feststellen. Allerdings zeichnen sich auch hier Ansätzen positiver Veränderungen durch PN ab. Dazu gehören eine verbesserte Informationsweitergabe innerhalb der Pflgeteams, höhere Arbeitszufriedenheit von Pflegenden sowie die Tatsache, dass Pflegenden angaben, mehr Autonomie bei der Arbeit zu haben. Weitere positive Aspekte, die mit der Implementierung von PN einhergingen, waren, dass Pflegenden bessere Kenntnisse über die Bewohner hatten, für die sie zuständig waren. Diese Tatsache vereinfachte die Zusammenarbeit dahingehend, dass Bewohner bedürfnisorientierter und somit individualisierter gepflegt werden konnten. Auch gaben einige Pflegenden an, dass aus ihrer Sicht durch PN Zuständigkeiten klarer verteilt seien und dass ihre Fachkenntnisse und Fähigkeiten stärker gefragt wurden und mehr zur Anwendung kamen. Es zeigte sich außerdem, dass sich pflegerische Hilfskräfte bei PN besser ins Team integriert fühlten und weniger Arbeitsdruck erlebten als ihre gleich qualifizierten Kollegen in der Gruppen- und Funktionspflege. Die Autoren stellen dieses Erleben in Zusammenhang damit,

dass PN nicht nur eine Form der Pflegeorganisation darstellt. Vielmehr beinhaltet PN auch eine besondere Kultur der Pflege, die qualifikationsübergreifend in der Arbeitswirklichkeit gelebt wird. Deshalb sollte PN von den Mitarbeitern gewollt und verinnerlicht sein, damit es erfolgreich praktiziert wird und somit seine vollständige Wirkung entfalten kann.

In Hinblick auf die Ausgangsfragestellung dieser Arbeit, ob Primary Nursing ein geeignetes Konzept für die stationäre Altenhilfe in Deutschland ist, konnte hier keine eindeutige Antwort ermittelt werden. Zwar scheint Primary Nursing nach Marie Manthey konzeptionell einen angemessenen und passenden Ansatz für die stationäre Altenpflege darzustellen, doch kann dies durch die Studienlage nicht eindeutig belegt werden. Eine weitere Fragestellung lautete, welche Bedürfnisse bei Bewohnern und Mitarbeitern der stationären Altenpflege vorherrschen und ob das Konzept von Primary Nursing diese Ansprüche erfüllen kann. Auch diese Frage kann anhand der Studienlage nicht hinreichend beantwortet werden, da sich die jeweiligen Untersuchungen nicht mit der Frage nach Bewohner- und Mitarbeiterbedürfnissen befassen. Obwohl im Zusammenhang von PN immer wieder der Aufbau und die Gestaltung einer persönlichen Beziehung und eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten/Bewohnern und Pflegenden hervorgehoben werden (Manthey, 2005; Ersser et al., 2000; Andraschko, 1996), findet diese Thematik in den hier aufgeführten Studien kaum Beachtung. Ebenso verhält es sich mit der Ermittlung von den Bedürfnissen der Bewohner und Pflegenden. Die vorgestellten Studien vollziehen entweder einen Vergleich zwischen einem Zeitpunkt vor und nach der Implementierung von PN oder sie vergleichen Aspekte der Pflege zwischen verschiedenen Organisationsformen. Um jedoch tatsächlich festzustellen, ob PN ein geeignetes Konzept für die stationäre Altenpflege darstellt, empfiehlt es sich, zunächst die Bedürfnislage von Bewohnern und Pflegenden zu ermitteln. Im Anschluss daran könnte anhand qualitativer und quantitativer Untersuchungen herausgefunden werden, ob PN als Konzept diese Bedürfnisse erfüllen kann.

Abschließend kann gesagt werden, dass PN nicht zwangsläufig zu einer besseren Pflege und Versorgung älterer Menschen in Pflegeheimen führen muss. Die Veränderung hin zu einer neuen Form der Pflegeorganisation sollte vom Team gewollt und von den Leitungsebenen unterstützt und intensiv begleitet werden. Es

erscheint daher sinnvoll, PN nicht nur ergebnisorientiert, sondern auch prozessbezogen zu untersuchen. Die einzelnen Studien verdeutlichen, dass der Prozess der Implementierung häufig insbesondere von den Pflegenden als belastend und herausfordernd erlebt wurde. Hier könnte durch gezielte Pflegeforschung untersucht werden, welche Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung bestimmend sind. PN ist in vielerlei Hinsichten noch nicht bzw. zu wenig systematisch untersucht worden. So ist theoretisch denkbar, dass mittels PN therapeutische Erfolge erzielt werden könnten. Die zusätzliche Zeit, die durch PN für Bewohner und Pflegende entstehen kann, könnte für bestimmte pflegerische Interventionen genutzt werden, um vorhandene Ressourcen durch Aktivierung so lange wie möglich zu erhalten. Ein Beispiel wäre die Erhaltung der Mobilität, wodurch die Sturzgefährdung älterer Menschen gesenkt werden könnte. Auch könnten Pflegende durch bessere Kenntnisse der Bewohner eine Verminderung von herausforderndem Verhalten erzielen. Allerdings setzen solche Ansätze fundierte Fachkenntnisse der Pflegenden voraus. Die Qualifikation des Personals ist daher eine entscheidende Größe. Hier sind besonders die Einrichtungen gefragt, ihr Personal entsprechend zu fördern und weiterzubilden. Dies gilt auch für Krankenpflege- und Hochschulen, um bereits in der pflegerischen Ausbildung und im Studium die fachlichen und methodischen Kompetenzen zu bilden.

6 Limitationen

Mehrere Faktoren schränken die Aussagekraft dieser Arbeit ein. Zum einen ist die Thematik dieser Arbeit ein noch wenig beforschtes Gebiet, so dass die Auswahl von Studien gering ist. Zum anderen wurden bei den verfügbaren Studien eine Vielzahl von unterschiedlichen Forschungsmethoden angewendet und die dabei untersuchten Variablen nicht klar bzw. verschieden definiert, so dass sich ein Vergleich der Ergebnisse schwierig gestaltet. Des Weiteren stammen bis auf eine Ausnahme alle Studien aus dem Ausland, so dass eine Übertragbarkeit dieser Studienerkenntnisse auf die deutsche stationäre Altenpflege nur bedingt möglich ist.

7 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Boeckler, U., Schippers, A., Feuchtinger, J., Schaepe, C., Schori, E., Welscher, R. (2006) *Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung*. Printernet 07(08), 420-424.
- Andraschko, H. (1996) *Das System der Bezugspflege – eine Neuerung, die in der Wirklichkeit wirkt*. Pflegezeitschrift, Heft 12, 3–12.
- Baum, F., Beck, B., Flöder, B., Köhler, S., Kufner, S., Ramm, M., Stangenberger, S., Wortmann, N. (2008) *Leitfaden – Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW. http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/EP-LRue-11__Leitfaden__Praevention__von__Rueckenbeschwerden__stat__Altenpflege,property=pdfDownload.pdf. Download: 19.04.2011
- Bekkers, F., de Bakker, F., van Dartel, H., Meermann, D., van Vliet, J. (1990) *Implementation of Patient-oriented Nursing and the Quality of Nursing Care*. Van Gorcum, Assen.
- Boeckler, U. (2006) *Primary Nursing einfach evaluieren? Eine Auseinandersetzung mit Problemen und Strategien*. Printernet, 07(08), 404-417.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. (2009) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. Berlin: Robert Koch-Institut. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=gastd&p_a_id=15460413&p_lfd_nr=1. Download: 19.04.2011
- Boumans, N., Berkhout, A., Landwwerd, A. (2005) *Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care*. Scandinavian Journal of Caring Science, 19, 240-250.
- Boumans, N., Landeweerd, J. (1999) *Nurses' Well-being in a Primary Nursing Care Setting in The Netherlands*. Scandinavian Journal of Caring Science, 13: 116-122.
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006) *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner*. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf>. Download: 13.04.2011
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010) *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Altersbilder in der Gesellschaft*. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Download: 13.04.2011
- Christian, K. (2008) *Konzeptentwicklung: Primary Nursing in einer geriatrischen Abteilung*. Die Schwester/der Pfleger, 12.
- Cohen-Mansfield, J. (1999) *Measurement of Inappropriate Behavior Associated with Dementia*. Journal of Gerontological Nursing, 25(2), 42-51.
- Cornbleth, T. (1978) *Evaluation of goal attainment in geriatric setting*. Journal of the American Geriatrics Society, 26, 404-407.
- Courtens, A. (1993) *Characteristics of Care and Quality of Life for Patients with Cancer*. PhDThesis, Datawyse/Universitaire Pers, Maastricht.
- El-Cherkeh, T., Fischer, M. (2010) *Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potenziale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg*. Hamburg:

Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut.

http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/HWWI_Policy_Paper_3-17.pdf. Download: 19.04.2010

- Ersner, S., Tutton, E. (2000) *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. Bern: Verlag Hans Huber, 1. Auflage.
- Giovanetti, P. (1987) *Gruppen- oder Einzelverantwortung in der Krankenpflege: Besteht ein Unterschied in der Qualität der Pflege? Beurteilung der Pflegequalität*. Referate der 4. Tagung über Forschung in der Krankenpflege des Schweizer Berufsverbands der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK), 43-60. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger.
- Glaser, J., Lampert, B., Weigl, M. (2008) *Arbeit in der stationären Altenhilfe. Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, 1. Auflage.
<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-34-arbeit-in-der-altenpflege,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>.
Download: 13.04.2011
- Griechen, Heike (2005) *Professionelle Pflege*. Bremen: Landesfachbeirat Pflege,
<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/21152%202006%20LFP%20Professionelle%20Pflege%20mit%20EBN.pdf>. Download: 24.04.2011
- Haff, J., McGowan, C., Potts, C., Streekstra, C. (1988) *Evaluating primary nursing in long-term care: Provider and consumer opinions*. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3): 44-53.
- Knüppel, J. (2010) *Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“*. Hintergrundinformationen. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
<http://dbfk.de/gelbekarte/presse/Zahlen%20-%20Daten%20-%20Fakten%20Pflege%20knue%202010-10.pdf>. Download: 19.04.2011
- Knüppel, J. (2010) *Gelbe Karte*. Die Schwester/der Pfleger, 11.
- Laakso, S., Routasalo, P. (2001) *Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses*. Journal of Advanced Nursing, 33(4), 475-483.
- MacGuire, J. (1991) *Quality of care assessed: using the Senior Monitor Index in three wards for the elderly before and after a change to primary nursing*. Journal of Advanced Nursing, 16(5), 511–520.
- Manthey, M. (2005) *Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Verlag Hans Huber, 2. unveränderte Auflage.
- Melchior, M., Halfens, R., Abu-Saad, H., Philipsen, H., Van den Berg, A., Gassman, P. (1999) *The effects of primary nursing on work-related factors*. Journal of Advanced Nursing, 29(1): 88-96.
- Miles, M., Huberman, A. (1994) *Qualitative Data Analysis: an Expanded Sourcebook*. California: Sage Publications, 2nd edition.
- Mischo-Kelling, M., Schütz-Pazzini, P. (2007) *Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen*. Bern: Verlag Hans Huber, 1. Auflage.
- Morris, J., Sherwood, S. (1975) *A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale*. Journal of Gerontology, 30(1), 77-84.
- Olson, J. (1998) *Primary nursing's impact on long-term care*. Creative Nursing, 4(2), 8-9.
- Pfaff, H. (2011) *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandsergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/SozialeLeistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004,property=file.pdf>. Download: 12.04.2011
- Reid, D., Zeigler, M. (1980) *Validity and stability of a new desired control measure pertaining to psychological adjustment of the elderly*. Journal of Gerontology, 35(3), 398-402.

- Renzulli, J., Archambault, F., Callahan, C. (1972) *Key features: A practical model for program evaluation*. Curriculum Trends, 10, 1-8.
- Rigby A., Leach, C., Greasley, P. (2001) *Primary Nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 525-532.
- Ryan, A., Logue, H. (1991) *Developing an audit tool for primary nursing*. Journal of Clinical Nursing, 7(5), 417-423.
- Schaepe, C. (2006) *Der Einfluss des Pflegesystems auf die Qualität der Pflege(dokumentation). Ein Beitrag zur Methodenentwicklung zur Evaluation von Pflegesystemen*. Printernet, 07(08), 425-440.
- Schippers, A. (2006) *Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe*. Printernet, 7(8), 441-442.
- Schlettig, H., Von der Heide, U. (1995) *Bezugspflege*. Berlin: Springer Verlag, 2. korrigierte Auflage.
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H., Kümmerling, A., Büscher, A., Müller, B. (2005) *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Wuppertal: Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de>. Download: 19.04.2011
- Sowinski, C., Esser, H. (2004) *Planungshilfe Bezugs(personen)pflge. Personenzentrierte Pflege auch in „traditionellen“ Pflegeeinrichtungen. Arbeitshilfe für einen organisatorischen Wandel von der Funktions- zur Bezugspflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe. <http://www.kda.de/files/bmg/2005-02-14-band13.pdf>. Download: 10.5.2011
- Statistische Ämter des Bundes und Landes (2010) *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bunde und in den Ländern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Heft 2. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/demografischer_wandel_heft2.pdf. Download: 13.04.2011
- Stuhl, T. (2006) *Primary Nursing in der stationären Altenpflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Thomas, L. (1992) *Qualified nurse and auxiliary perception of their work environment in primary, team and functional nursing wards*. Journal of Advanced Nursing, 17, 373-382.
- Van Rossum, H. (1993) *Effects of Preventive Home Visits to the Elderly*. PhDThesis, Datawyse/Universitaire Pers, Maastricht.
- Weyerer, S. (2005) *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Altersdemenz*. Berlin: Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Heft 28. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9663&p_sprache=d&p_uid=gaste&p_aid=79094257&p_lfd_nr=1. Download: 19.04.2011
- Wilson, N., Dawson, P. (1989) *A Comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting*. International Journal of Nursing Studies, 26(1), 1-13.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum, Ort

Unterschrift