



Primary Nursing / Bezugspflege Positionspapier der DFPP

Mit diesem Positionspapier spricht sich die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e. V.) für das Organisationssystem der Bezugspflege (Primary Nursing) aus und empfiehlt die Umsetzung in allen Arbeitsbereichen der psychiatrischen Pflege.

Die DFPP unterstützt die Professionalisierung in der psychiatrischen Pflege und fördert die Qualität von Hilfe- und Pflegeangeboten für Menschen mit psychischen Gesundheits Herausforderungen. Ein wichtiges Element ist dabei die Gestaltung einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Pflegenden und Nutzenenden. Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird auch durch die Art der Organisation von Pflegearbeit mitbedingt.

Das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG) hat vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegefachpersonen definiert. Nach § 4 PflBG trägt eine Pflegefachperson die Verantwortung für die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. In den Anlagen 1 bis 5 der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) wird die Ausrichtung der Pflegeausbildung an einer personenorientierten, verantwortlichen Pflege deutlich. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nur sinnvoll, sondern erforderlich, ein geeignetes Pflegesystem zu nutzen, das diese Ausrichtung unterstützt.

Kernmerkmale der Bezugspflege

Die personenorientierte Pflege ist ein zentrales Ziel der Bezugspflege. Die Bezugspflege entspricht dem Konzept von Primary Nursing (PN). Es ist ein von Mary Manthey (2005) Anfang der 1960er Jahre in den USA eingeführtes personenorientiertes Pflegeorganisationssystem. In Deutschland wurde es als „Bezugspersonensystem“, „Bezugspersonenpflege“ oder „Bezugspflege“ bekannt (Needham & Abderhalden, 2002). Im weiteren Text wird die deutsche Bezeichnung „Bezugspflege“ verwendet.

Die Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege ist an vier wesentlichen Merkmalen auszurichten (vgl. Wessel & Manthey, 2015, S. 38 ff.):

- (1) **Verantwortung:** Eine Pflegefachperson identifiziert gemeinsam mit dem Patienten und/oder Angehörigen die Bedürfnisse des Patienten und übernimmt die Verantwortung für den personenorientierten Beziehungs- und Pflegeprozess.
- (2) **Kontinuität:** Die Kontinuität der Pflege wird sichergestellt, indem die Pflege personen- und nicht aufgabenbezogen erfolgt.

Vorstand:

Dorothea Sauter (Präsidentin)
Uwe Genge (Stellv. Präsident und Schatzmeister)
Michael Mayer (Stellv. Präsident)

Geschäftsstelle

DFPP e.V.
c/o Uwe Genge
Eichenhang 49
89075 Ulm

Kontakt

www.dfpp.de
Fax: +49-731-94034932
genge@dfpp.de

Bankverbindung

Sparkasse Ulm
BAN DE 94 6305 0000 0021 1889 94
BIC SOLADES1ULM

- (3) Zuverlässige Kommunikation: Die verantwortliche Bezugspflegeperson arbeitet mit allen am Pflege- und Behandlungsprozess beteiligten Personen zusammen und setzt sich dafür ein, dass die Hilfen auf die individuellen Bedürfnisse der zu nutzenden Person abgestimmt sind.
- (4) Unterstützung durch die Leitung: Die Leitung und das Management unterstützen die Bezugspflege mit hoher Priorität und fördern autonome Entscheidungen der Bezugspersonen.

Aufgrund der konsequenten Personenorientierung und der klar zugewiesenen Verantwortung stellt die Bezugspflege den idealen Rahmen dar, um eine wertebasierte, vertrauensvolle und Sicherheit vermittelnde pflegerische Beziehung zu einer betroffenen Person und ihren relevanten Bezugspersonen zu entwickeln.

Gesamtverantwortung für den Beziehungs- und Pflegeprozess

Position 1:

Die Bezugspflegeperson gestaltet und verantwortet den personenorientierten Beziehungs- und Pflegeprozess.

In der Bezugspflege ist eine Pflegefachperson für den Pflegeprozess einer bestimmten Anzahl von zu pflegenden Personen verantwortlich. Im Rahmen dieser Zuständigkeit ermittelt die verantwortliche Pflegefachperson („primary nurse“) gemeinsam mit der jeweils zu pflegenden Person und gegebenenfalls ihren relevanten Bezugspersonen die individuellen Pflegebedürfnisse und entwickelt in Abstimmung mit den betroffenen Personen eine Pflegeplanung. Falls die Pflege, wie in einem Mehrschichtsystem üblich, nicht durchgängig von der verantwortlichen Pflegefachperson durchgeführt werden kann, übernehmen andere Pflegenden („associate nurses“) die geplanten Aufgaben. Die klare Zuteilung von Verantwortung zielt auf personelle und fachliche Kontinuität, um eine hohe Qualität der Pflege und größtmögliche Zufriedenheit der betroffenen Person zu erreichen (Wessel & Manthey, 2015, S. 39). Die Verantwortung beginnt bereits vor der Aufnahme der zu pflegenden Person und endet mit dem Abschluss der Pflegedienstleistung, im gegenseitigen Einvernehmen oder mit Überleitung in eine andere Einrichtung. Die konsequente Ausrichtung des Beziehungs- und Pflegeprozesses an den Bedürfnissen, Zielen und Werten der Person in ihrer spezifischen Lebenssituation ermöglicht eine recoveryorientierte Pflege.

Sicherung der Kontinuität in der Pflege für Betroffene

Position 2:

Die verantwortliche Bezugspflegeperson stellt die Kontinuität der personenorientierten Pflege sicher. Sie fördert die Personenorientierung in Behandlung und Hilfeplanung.

Ein wichtiges Ziel der Bezugspflege ist es, die Kontinuität der personenorientierten Pflege für die betroffene Person zu gewährleisten. Wenn die verantwortliche Pflegefachperson Pflegehandlungen nicht selbst durchführen kann, delegiert sie Aufgaben an eine dafür qualifizierte Pflegeperson („associate nurse“). Die unterstützende Pflegeperson realisiert die Pflegeplanung der Bezugspflegeperson. Bei akuten Veränderungen soll die unterstützende Pflegefachperson über die fachliche Kompetenz verfügen, sensibel zu überprüfen, inwiefern eine Abweichung der vorliegenden Pflegeplanung erforderlich

ist. Unter Umständen kann sie mit temporären Anpassungen in der Pflegeerbringung reagieren (Manthey, 2011). Entsprechende Veränderungen werden nachvollziehbar begründet und dokumentiert.

Für die Kontinuität der Pflege kann es auch sinnvoll sein, dass die Pflege von einer anderen Pflegefachperson („associate nurse“) auch dann weiter übernommen wird, wenn die verantwortliche Pflegefachperson („primary nurse“) wieder zur Verfügung steht. Bei der Entscheidung sind Fragen des Wohlbefindens der zu pflegenden Person, der Qualität der Pflege und der Anforderungen durch weitere zu pflegende Personen zu berücksichtigen.

In seltenen Fällen kann es auch sinnvoll sein, dass die Gesamtverantwortung an eine andere Pflegefachperson übertragen wird. Dies ist jedoch mit der zu pflegenden Person und ihren relevanten Bezugspersonen abzustimmen.

Zuverlässige Kommunikation

Position 3:

Die Bezugspflege erfordert eine gute und zuverlässige Kommunikation zwischen allen relevanten Personen im Teilhabe- und Behandlungsprozess.

Die verantwortliche Pflegefachperson sorgt dafür, dass die individuellen Pflegebedürfnisse und -wünsche der zu pflegenden Person und ihrer relevanten Bezugspersonen allen im Pflege- und Behandlungsteam bekannt sind.

Besprechungen, Übergaben, interprofessionelle Planungen und Visiten sind auf die Anforderungen der Bezugspflege abzustimmen. An wesentlichen interprofessionellen Besprechungen, die die nutzende Person betreffen, ist die verantwortliche Pflegefachperson zu beteiligen. Bedürfnis- und werteorientierte Behandlungsmodelle wie beispielsweise Open Dialoge (Aderhold, 2016) können die Kommunikation zwischen allen Beteiligten auf Augenhöhe unterstützen.

Verantwortung der Leitung zur Unterstützung

Position 4:

Die Bezugspflege muss in der Organisation eine hohe Priorität haben. Leitungspersonen fördern die Bezugspflege durch geeignete Strukturen, Prozesse und die kontinuierliche Evaluation von transparenten Zielkriterien.

Die Förderung von Bezugspflege wird unter anderem in der Unterstützung der Mitarbeitenden bei ihren Entscheidungen deutlich. Pflegefachpersonen werden ermutigt, befähigt (u. a. durch Fortbildungen) und begleitet, mit den Nutzenden Entscheidungen zu treffen und zu reflektieren. Leitungspersonen entwickeln mit den Teams Strukturen und Konzepte, um die personenorientierte Pflege im Alltag zu unterstützen.

Die Wirksamkeit dieser Konzepte muss regelmäßig und systematisch evaluiert werden. Leitungspersonen tragen zudem zu einem Arbeitsklima bei, welches persönliche Entwicklung ermöglicht und Wert auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit legen.

Die Umsetzung der Bezugspflege kann nur dann gut gelingen, wenn sie von der oberen Managementebene befürwortet und unterstützt wird. Das Management setzt das Pflegesystem der Bezugspflege ein, um eine personenorientierte Pflege zu fördern. Die dezentrale Zuordnung der pflegerischen Gesamtverantwortung auf eine Pflegefachperson kann nur gelingen, wenn sie über die pflegerische Profession hinaus in allen Ebenen einer Organisation wahrgenommen, unterstützt und respektiert wird.

Die Gewährleistung, dass jeder zu pflegenden Person bei der Aufnahme in die Pflegeeinheit eine verantwortliche Pflegefachperson zugeordnet ist, liegt in der Verantwortung der pflegerischen Leitungspersonen. Nur eine direkte Zuordnung von Person zu Person entspricht der Bezugspflege.

Die Umsetzung der Bezugspflege fordert die klare Regelung von Zuständigkeit und ist damit häufig auch mit der Optimierung pflegerischer Abläufe verbunden. Zudem können durch die direkte Zuordnung von Verantwortung Probleme in der pflegerischen Versorgung schneller erkannt und gezielter bearbeitet werden (Manthey, 2011).

Bei der Implementierung der Bezugspflege sind kontinuierliche Anpassungen auf der Ebene der Organisation und der individuellen Ebene der Pflegenden auf Team und Leitungsebene notwendig (DBKF, 2019).

Empfehlungen für die Praxis

Ein Bezugspflegesystem ist mit hohen Anforderungen an die Organisation und an die Verantwortung für die Bedürfnisse der betroffenen Person und ihrer relevanten Bezugspersonen verbunden. In vielen pflegerischen Organisationen werden nur einige oberflächliche Merkmale davon umgesetzt. Das Ziel der Bezugspflege ist die Stärkung der Personenorientierung, indem die betroffene Person sich in ihren Bedürfnissen ernst genommen fühlt, eine direkte und transparente Kommunikation erlebt und Kontinuität in der Pflege erfährt. Das System der Bezugspflege unterstützt die psychiatrische Pflege in recovery-orientiertem Handeln, wie es beispielsweise von Amering und Schmolke (2012) und Barker und Buchanan-Barker (2020) beschrieben wird. Die Pflegefachperson unterstützt die betroffene Person in ihrer Selbstbestimmung und ihren Zielen. Zur Orientierung für eine personenorientierte Pflege können beispielsweise die fünf Dimensionen des CHIME-Modells (Leamy et al., 2011) dienen:

- (1) Connectedness (Verbundenheit): Wie können wir dazu beitragen, dass die betroffene Person gesundheitsfördernde Beziehungen knüpfen bzw. erhalten kann?
- (2) Hope (Hoffnung): Wie können wir hoffnungsfördernd wirken?
- (3) Identity (Identität): Wie können wir dazu beitragen, dass die betroffene Person mehr ist, als nur seine Krankheit?
- (4) Meaning of life (Lebenssinn): Wie können wir die betroffene Person dabei unterstützen, eine sinnvolle Betätigung zu finden?
- (5) Empowerment (Befähigung): Wie können wir dazu beitragen, dass die Person in ihren Selbstpflegefähigkeiten gefördert wird?

Die verantwortliche Pflegefachperson arbeitet auf der Grundlage einer empathischen Kommunikation (Schirmer, 2018). Mit einer motivierenden Gesprächsführung (Kremer & Schulz, 2020; Miller & Rollnick, 2013) kann die Pflegefachperson die Veränderungsbereitschaft von betroffenen Personen auch bei Ambivalenzen unterstützen.

Die Bezugspflege ist ein hilfreiches Organisationssystem, welches personenorientiertes Handeln unterstützt, wenn wesentliche Merkmale erfüllt sind (siehe Kasten).

Merkmale einer personenorientierten Bezugspflege:

- Die verantwortliche Pflegefachperson wird zum Aufnahmeterrin der betroffenen Person in die pflegerische Versorgung festgelegt.
- Es gibt nur eine verantwortliche Pflegefachperson, die jedoch von weiteren Pflegenden unterstützt werden kann.
- Jeder beteiligten Person ist bekannt, wer die verantwortliche Pflegefachperson ist.
- Es gibt eine regelmäßige und systematische Kommunikation zwischen der betroffenen Person und der für sie verantwortlichen Pflegefachperson, in der auch die Bedürfnisse relevanter Bezugspersonen berücksichtigt werden.
- Die Organisation stellt sicher, dass die Entscheidungen der verantwortlichen Pflegefachperson transparent sind und in der Versorgung berücksichtigt werden.
- Die Organisation fördert die Praxis der Bezugspflege über vielfältige Strategien, zu denen u. a. Maßnahmen zur Unterstützung der Bezugspflegepersonen wie auch des Controllings gehören.
- In der intra- und interprofessionellen Kommunikation trägt die verantwortliche Pflegefachperson zur Kontinuität und Personenorientierung bei.

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e. V.) befürwortet die flächendeckende Implementierung der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege, denn sie ist der ideale Rahmen für eine personenorientierte Pflege.

Ulm, den 07.06.2021

Dorothea Sauter, Präsidentin; Uwe Genge, Vizepräsident; Michael Mayer, Vizepräsident

Autoren:

Daniel Sahn, Ulrich von dem Berge, Michael Mayer, Dorothea Sauter und Jacqueline Rixe

Das Positionspapier wurde im Rahmen der DFPP-Arbeitsgruppe State of the Art entwickelt und im Präsidium der DFPP diskutiert.

Zitieren als: Sahn, D.; von dem Berge, U.; Mayer, M.; Sauter, D. & Rixe, J. (2021). Primary Nursing / Bezugspflege. Positionspapier der DFPP. <https://dfpp.de/presse-empfehlungen/praxisempfehlungen/>

Literatur

- Aderhold, V. (2016). Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. Beitrag zum Forum »Open Dialogue – das hilfreiche Gespräch mit allen Beteiligten. *Soziale Psychiatrie*, 40(2): 25-30
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery das Ende der Unheilbarkeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2020). *Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. (2. Aufl.) Bern: Hogrefe.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK) (2019). *Primary Nursing—Muster des Gelingens. Die erfolgreiche Implementierung des Primary Nursing im stationären & ambulanten Setting*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Primary-Nursing-Muster-des-Gelingens_2019-07-15.pdf
- Kremer, G., & Schulz, M. (2020). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(06): 445–452.
- Manthey, M. (2005). *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Huber.
- Manthey, M. (2011). *Primary nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem* (3., überarb. und erg. Aufl). Bern: Huber.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed). Guilford Press.
- Needham, I., & Abderhalden, C. (2002). Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. *Psych. Pflege Heute*, 8(4): 189–193.
- Schirmer, U. B. (2018). *Einfühlsam Gespräche führen: Empathische Kommunikation in Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Wessel, S., & Manthey, M. (2015). *Primary Nursing: Person-Centered Care Delivery System Design*. Springer Publishing Company.