

Kapitel 3

Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination

Quelle:

Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): Referenzmodelle. Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts. Heft 5, Teil A. Düsseldorf: MAGS NRW

3. Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination

Einführung	1
3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft	3
3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft	5
3.3 Vertretung	7
3.4 Bewohnerkreis	7
3.5 Entlastung von anderen Aufgaben	8
Literatur	10

Einführung

In Pflegeeinrichtungen existiert häufig eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer planvollen und bedürfnisgerechten Versorgung und der Versorgungswirklichkeit. Dem Anspruch nach ist die Pflege in den meisten Einrichtungen nach den Grundsätzen der Bezugspflege organisiert: Eine Pflegefachkraft übernimmt die gesamte Verantwortung für mehrere Bewohner und führt einen möglichst großen Teil aller unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst durch (Seibold/Köther 2005; Menche/Bazlen 2004). Tatsächlich gelingt es jedoch in vielen Fällen nicht, eine zielgerichtete, planvolle Versorgung und eine zufriedenstellende Koordination aller an der Unterstützung der Bewohner beteiligten Personen sicherzustellen. Verantwortlich hierfür ist nicht allein der allgegenwärtige Zeitdruck im Versorgungsalltag. Häufig findet sich auch eine ungünstige Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten. Insbesondere die Frage, welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation welche Aufgaben übernehmen soll, ist oftmals nicht hinreichend geklärt (Müller 2001). Hinzu kommt, dass die fachlichen Anforderungen an die Entwicklung einer Pflegeplanung häufig unterschätzt werden.

Nachhaltige Qualitätsentwicklung ist jedoch nicht möglich, wenn das fachliche Können von Mitarbeitern nicht richtig eingesetzt wird und die Steuerung und Koordination der Versorgung Defizite aufweist. Die nachfolgenden Empfehlungen beschäftigen sich mit diesen Fragen und geben Hinweise zur Ausgestaltung der Rolle der „zuständigen Pflegefachkraft“ (ZPFK). Mit diesem Begriff ist eine Pflegefachkraft angesprochen, die für einen definierten Bewohnerkreis die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses und die Koordination sämtlicher Unterstützungsleistungen übernimmt.

Es gibt in der Fachdiskussion verschiedene Bezeichnungen für Mitarbeiter, denen eine solche Verantwortung zukommt, z. B. Primary Nurse oder Bezugspflegekraft. Oftmals fehlen jedoch eindeutige Begriffsklärungen, so dass leicht Missverständnisse entstehen. Zudem sind in der Praxis häufig Mischformen verschiedener Pflegesysteme anzutreffen. Worauf es in erster Linie ankommt, sind konkrete Festlegungen von Aufgaben und Funktionen der betreffenden Mitarbeiter sowie dazu passende Kooperationsstrukturen. Aus diesem Grund haben wir uns für den eher neutralen Ausdruck „zuständige Pflegefachkraft“ entschieden.

Um ein mögliches Missverständnis gleich an dieser Stelle auszuschließen: Mit den nachfolgenden Empfehlungen soll *kein neues Pflegesystem bzw. Pflegeorganisations-system* kreiert werden. Vielmehr bestehen sehr große Überschneidungen mit Organisationssystemen, die in der aktuellen Fachliteratur vorgestellt werden, insbesondere mit bestimmten Formen der Bezugspflege.



Die Klärung von Zuständigkeiten hat zentrale Bedeutung

Im Rahmen des Referenzkonzeptes stellen sich in Bezug auf die Klärung von Zuständigkeiten, die Koordination und die Pflegeplanung relativ hohe Anforderungen. Die Umsetzung fast aller Konzepte, die in diesem Praxisleitfaden vorgestellt werden, setzt klare Definitionen und personelle Zuordnungen von Zuständigkeiten voraus.

Dabei ist es nicht damit getan, neue Stellenbeschreibungen einzuführen. Definiert man Zuständigkeiten der prozesssteuernden Pflegefachkraft, ist stets auch die Frage der generellen Arbeitsteilung angesprochen – z. B. die Rolle der Wohnbereichsleitung oder der Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, aber auch der Pflegehilfskräfte. In Abhängigkeit von der bisherigen Form der Arbeitsorganisation können sich also Veränderungen im Aufgabenprofil *mehrerer* Mitarbeitergruppen ergeben.

Die folgenden Ausführungen sollen den Einrichtungen eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen, mit der sie die bestehende Aufgabenteilung zwischen den Mitarbeitern und die Zuordnung von Verantwortlichkeiten prüfen und bei Bedarf modifizieren können.

3.1 Aufgabenprofil der zuständigen Pflegefachkraft

Sowohl die zielgerichtete Steuerung als auch eine ausreichende Koordination der Unterstützung des einzelnen Bewohners ist am ehesten zu gewährleisten, wenn die *Steuerungs- und Koordinationsverantwortung in einer Hand* liegt. Der Grundgedanke zur Ausgestaltung der Rolle der zuständigen Pflegefachkraft lautet daher:

Die Verantwortung für die Gestaltung der individuellen Versorgung (Pflegeprozess), die Durchführung von Abstimmungsprozessen, die Informationsweitergabe und andere Kommunikationsaufgaben wird von *einer* Person übernommen. Sie ist *dauerhaft* zuständig für einen bestimmten Bewohnerkreis. Sie trifft mit den Bewohnern und ggf. mit Angehörigen, Ärzten, dem Sozialen Dienst und anderen Berufsgruppen Absprachen über die Ausgestaltung der Versorgung und überwacht deren Qualität. Es muss sich dabei um eine Pflegefachkraft handeln, die über die hierzu notwendigen Qualifikationen verfügt. Ihr müssen aber auch die Entscheidungskompetenzen und zeitlichen Spielräume gewährt werden, um diese Verantwortung wahrnehmen zu können.

In den Aufgabenbereich der zuständigen Pflegefachkraft fallen somit die *planvolle Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses* für eine bestimmte Anzahl von Bewohnern und die *Koordination* aller Personen und Stellen bzw. Institutionen, die in die Versorgung und Unterstützung dieser Bewohner einbezogen sind.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sollte die zuständige Pflegefachkraft eng mit anderen Mitarbeitern der Einrichtung zusammenarbeiten, insbesondere mit dem Sozialen Dienst, mit dem regelmäßige Absprachen zur Arbeitsteilung getroffen werden sollten. Dies setzt voraus, dass es zwischen den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes und der Pflege generelle Vereinbarungen zur Zusammenarbeit gibt, die durch die Leitungsebene initiiert werden sollten.

Generell ist zu unterscheiden zwischen Arbeiten,

- die die zuständige Pflegefachkraft selbst durchführt, und
- die ggf. von anderen Mitarbeitern erledigt werden können, bei denen die zuständige Pflegefachkraft jedoch die Verantwortung für die Durchführung trägt (in diesem Fall wird im Folgenden von „Sicherstellung“ gesprochen).



Zu den Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft vorbehalten bleiben sollten, gehören insbesondere¹:

Aufgaben, welche die zuständige Pflegefachkraft durchführt:

1. Regelmäßige Durchführung des pflegerischen Assessments (Informationssammlung und Einschätzung von Pflegeproblemen und Ressourcen) unter Einbeziehung biografischer Informationen
2. Formulierung von Pflegezielen
3. Erstellung einer auf den Pflegezielen aufbauenden Maßnahmenplanung, einschl. Entwicklung einer geeigneten Tagesstrukturierung und Herstellung des Zugangs zu ressourcenfördernden Einzel-/Gruppenaktivitäten und zu Beschäftigungsangeboten (entsprechend der individuellen Möglichkeiten und Interessen des Bewohners)
4. Anleitung und Beratung anderer Mitarbeiter im Hinblick auf die Durchführung der Pflege nach den Vorgaben der jeweiligen Pflegeplanung (einschl. Wahrnehmung von Fachaufsichtsfunktionen)
5. Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und freiwilligen Helfern, die in die Betreuung des Bewohners einbezogen sind
6. Regelmäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung und ihrer Umsetzung, Aktualisierung der Pflegeplanung
7. Regelmäßige Prüfung der Qualität und Vollständigkeit der Pflegedokumentation, im Bedarfsfall Anleitung/Beratung der Mitarbeiter

Aufgaben, welche nicht in jedem Fall von der zuständigen Pflegefachkraft durchgeführt werden, bei denen sie aber die Verantwortung für die Durchführung trägt:

8. Sicherstellung der Medikamentenverteilung/-verabreichung
9. Sicherstellung einer bedarfs-, bedürfnisgerechten und sicheren Lebensumgebung für den Bewohner
10. Sicherstellung der Verfügbarkeit geeigneter Hilfsmittel, der vom Bewohner bevorzugten Körperpflegemittel und anderer Utensilien
11. Sicherstellung, dass der Bewohner entsprechend seines kognitiven und emotionalen Zustands über das Geschehen in der Einrichtung und alle Sachverhalte, die Einfluss auf das Leben des Bewohners nehmen, ausreichend informiert wird (z. B. neue Bewohner/Mitarbeiter, veränderte Abläufe in der Einrichtung/im Wohnbereich etc.).

¹ Die Auflistung beinhaltet die zentralen Aufgaben der zuständigen Pflegefachkraft. Steuerungs- und Koordinationsaufgaben im Rahmen des Heimeinzugs, der Angehörigenarbeit etc. werden in den Qualitätsmaßstäben (vgl. Kapitel 6) konkretisiert.

3.2 Qualifikation und Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Qualifikationsanforderungen

Die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft setzt eine gute Qualifikation voraus. Doch nicht jede Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenzen und Erfahrungen, die für diese Funktion erforderlich sind. Denn hier geht es nicht allein um *Fachwissen* und *pflegerische Fertigkeiten*. Die zuständige Pflegefachkraft benötigt darüber hinaus *Steuerungs-, Koordinations-, Anleitungs-, Beratungs- und Problemlösungskompetenz* und nicht zuletzt *sprachliche Kompetenz* (angemessene mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit).

Natürlich stehen auch gut qualifizierte Pflegefachkräfte gelegentlich vor Anforderungen, bei denen sie auf eine kollegiale Beratung oder zusätzliche Informationen angewiesen sind. Die zuständige Pflegefachkraft sollte in der Lage sein, diese Situationen zu erkennen und aktiv nach geeigneten Problemlösungen zu suchen, z. B. durch eine gezielte Informationsrecherche (Fachliteratur) oder den inhaltlichen Austausch mit Kollegen.

Personalauswahl und Qualifizierung

Es ist entscheidend, eine sorgfältige Personalauswahl zu treffen, und nicht auszuschließen, dass Einrichtungen über zu wenig qualifizierte Mitarbeiter verfügen, die den genannten Anforderungen gerecht werden und somit auch nicht ohne Weiteres als zuständige Pflegefachkraft einsetzbar sind. Daher sind ggf. Qualifizierungsmaßnahmen erforderlich, wie z. B.

- gezielte Schulungsmaßnahmen
- Anleitung/Unterweisung durch erfahrene Pflegefachkräfte
- Schrittweise Übernahme von Aufgaben unter Anleitung (z. B. Übernahme der Verantwortung zunächst nur für 1–3 Bewohner)

Bei *Neueinstellungen* sollte verstärkt das angesprochene Qualifikationsprofil beachtet werden. Bei konsequenter Einführung einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung, die auf der Funktionsbeschreibung der „zuständigen Pflegefachkraft“ aufbaut, sind auch herkömmliche *Qualifizierungsstrategien* zu überprüfen und ggf. anzupassen. Das bedeutet vor allem, dass

- Schulungen jeweils auf den Aufgabenbereich einer Mitarbeitergruppe zugeschnitten werden und nicht alle Mitarbeiter an identischen Schulungen teilnehmen;
- zuständige Pflegefachkräfte durch Schulungen befähigt werden, als „Multiplikatoren“ zu arbeiten, um Wissen in geeigneter Art und Weise an andere Mitarbeiter weiterzugeben.

Für die Übernahme der Funktion einer zuständigen Pflegefachkraft spielen neben der Qualifikation auch der Beschäftigungsumfang sowie die Verteilung von Arbeitszeiten eine Rolle. Teilzeitbeschäftigte können nur unter bestimmten Bedingungen als zuständige Pflegefachkraft eingesetzt werden. Die Größe des Bewohnerkreises sollte in diesem Fall vom Beschäftigungsumfang abhängig gemacht werden. Die betreffenden Mitarbeiter müssen außerdem regelmäßig und während des Tages in der Einrichtung zugegen sein, um als Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und andere zur Verfügung zu stehen. Mitarbeiter beispielsweise, die regelmäßig nur an zwei Tagen pro Woche anwesend sind, können die beschriebene Steuerungs- und Koordinationsverantwortung nicht übernehmen. Gleiches gilt für Pflegefachkräfte, die ausschließlich oder überwiegend im Nachtdienst tätig sind.



Benennung der zuständigen Pflegefachkraft

Die für einen Bewohner zuständige Pflegefachkraft sollte nach Möglichkeit schon vor dem Heimeinzug des Bewohners bestimmt werden. Damit kann sie – ggf. in Absprache mit dem Sozialen Dienst – bereits die Steuerungsverantwortung für die Gestaltung des Heimeinzugs übernehmen. Sie muss dem jeweiligen Bewohner, seinen Angehörigen, den behandelnden Ärzten und allen Mitarbeitern des Wohnbereichs namentlich und in ihrer Funktion bekannt sein. Die personelle Zuordnung sollte außerdem schriftlich fixiert werden und jederzeit einsehbar sein.

3.3 Vertretung

Zur Sicherstellung von Kontinuität ist es unerlässlich, eine Vertretungsregelung für den Fall einer *längeren Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft* (z. B. Urlaub, Krankheit) festzulegen. Es ist auf jeden Fall empfehlenswert, die Regelung schriftlich zu dokumentieren.

Es gibt mehrere Möglichkeiten der Vertretungsregelung:

- Jede zuständige Pflegefachkraft hat eine *ständige Vertretung* (Pflegefachkraft), die allen Beteiligten namentlich und in ihrer Funktion bekannt ist.
- Die Wohnbereichsleitung benennt *im Bedarfsfall* eine oder mehrere Pflegefachkräfte als Vertretung. Der Bewohnerkreis der abwesenden zuständigen Pflegefachkraft wird also von einer anderen übernommen oder auf mehrere Pflegefachkräfte aufgeteilt.
- Die Wohnbereichsleitung oder die stellvertretende Wohnbereichsleitung übernimmt die Vertretung für alle zuständigen Pflegefachkräfte (für den gesamten Zeitraum der Abwesenheit der zuständigen Pflegefachkraft oder nur bis zur Klärung der Vertretungsfrage).

Die Vertretung sollte nur Entscheidungen bzw. Aufgaben übernehmen, die nicht warten können, bis die zuständige Pflegefachkraft sich wieder im Dienst befindet.

3.4 Bewohnerkreis

Die Anzahl der Bewohner, für die die zuständige Pflegefachkraft Verantwortung übernimmt, muss anhand der jeweiligen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen bestimmt werden. Hierbei ist nicht nur die Frage nach ausreichend qualifizierten Mitarbeitern von Bedeutung, sondern auch der Versorgungsbedarf der betreffenden Bewohner. Außerdem sollte die Zahl der Bewohner so definiert werden, dass die zuständige Pflegefachkraft einen Teil der unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen selbst übernehmen oder zumindest begleiten kann.

Aus den Erfahrungen im Verlauf des Projekts „Referenzmodelle“ folgern wir, dass eine vollzeitbeschäftigte Pflegefachkraft die Steuerungs- und Koordinationsverantwortung für eine Gruppe von etwa 10 Bewohnern übernehmen kann, wenn

- rund die Hälfte dieser Bewohner einen vergleichsweise geringen Versorgungsbedarf aufweist und dadurch der Steuerungs- und Koordinationsaufwand in einem moderaten Rahmen bleibt,
- die betreffende Pflegefachkraft durch eine optimale qualifikationsorientierte Arbeitsteilung weitgehend und nachhaltig von anderen Aufgaben entlastet wird (s. u.) und
- sie über Erfahrung mit den ihr übertragenen Aufgaben verfügt.

Ist eine zuständige Pflegefachkraft ausschließlich für Bewohner mit komplexen Problemlagen verantwortlich, kann diese Richtgröße sicherlich nicht zugrunde gelegt werden. Es ist deshalb zu betonen, dass die angegebene Gruppengröße nur ein *grober Anhaltswert* sein kann und in jeder Einrichtung nach individuellen Lösungen gesucht werden muss.



3.5 Entlastung von anderen Aufgaben

Die konsequente Übernahme von Steuerungs- und Koordinationsverantwortung durch ausgewählte zuständige Pflegefachkräfte wird im Regelfall nur dann umsetzbar sein, wenn diese Mitarbeiter von anderen Aufgaben entlastet werden. Für sie kommt es beispielsweise zu einem hohen Zeitaufwand im Bereich der Sichtung und Weitergabe von Informationen, des Einschätzens und Planens, der Dokumentation, der Kommunikation mit dem Bewohner, anderen Mitarbeitern, Kooperationspartnern und Angehörigen sowie bei der Qualitätskontrolle im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses.

Voraussetzung ist mit anderen Worten eine *andere Verteilung von Arbeiten* innerhalb des pflegerischen Teams. Insbesondere bewohnerferne Arbeiten, für die keine Fachqualifikation erforderlich ist, sollten so weit wie möglich von anderen Mitarbeitern übernommen werden (vgl. Hinweise in den „Leistungsbeschreibungen“). Die Durchführung von unmittelbar bewohnerbezogenen Maßnahmen durch die zuständige Pflegefachkraft sollte nur in begrenztem zeitlichen Umfang erfolgen (nicht mehr, aber auch nicht weniger als erforderlich ist, um sich ein verlässliches Bild vom Bewohner im Rahmen der alltäglichen Versorgung machen zu können).

Der Übergang zu einer Arbeitsteilung nach den oben beschriebenen Grundsätzen verspricht viele Vorteile, kann jedoch auch Skepsis hervorrufen. Die Entlastung der zuständigen Pflegefachkraft von unmittelbar bewohnerbezogenen Arbeiten scheint dem Grundsatz zu widersprechen, für den Bewohner größtmögliche *personelle Kontinuität* in der Pflege zu gewährleisten. Tatsächlich ist diese Kontinuität heute nur in engen Grenzen gegeben. Das dokumentieren u. a. die Ergebnisse der Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur“ (Wingenfeld/Schnabel 2002). Allein wechselnde Dienste und Teilzeitbeschäftigung führen aus der Sicht des Bewohners zu einer verhältnismäßig starken Personenfluktuation. Kontinuität bemisst sich außerdem nicht allein am zeitlichen Umfang der geleisteten Unterstützung, sondern hat aus der Perspektive des Bewohners sehr viel mit der Qualität der Beziehung zu tun. Diese wiederum hängt stark davon ab, inwieweit die Mitarbeiter auf das Befinden, die Problemlagen und die Bedürfnisse des Bewohners eingehen. Gerade in dieser Hinsicht kommt der zuständigen Pflegefachkraft eine wichtige Rolle zu. Entscheidend ist aber: Personelle Kontinuität in der direkten Bewohnerversorgung kann auch durch andere Mitarbeiter gewährleistet werden. Voraussetzung hierfür ist eine durchdachte Dienstplanung, die sicherstellt, dass die Versorgung eines Bewohners bevorzugt immer durch bestimmte Mitarbeiter erfolgt.

Qualifikationsorientierte Arbeitsteilung heißt, sich ein Stück weit von der Vorstellung „*gleichberechtigter*“ Mitarbeiter und einer „*gleichmäßigen*“ *Verteilung von Arbeiten* zu verabschieden. Die zuständige Pflegefachkraft trägt Gestaltungsverantwortung; sie berät sich zwar mit anderen Mitarbeitern, trifft jedoch selbstverantwortlich Entscheidungen. Ein großer Teil der Gestaltungs- und Entscheidungsverantwortung wird also von einigen wenigen Mitarbeitern mit herausgehobener Qualifikation getragen. Andere werden zwar einbezogen, ihre Arbeit trägt jedoch vorwiegend den Charakter der Umsetzung von Vorgaben ihrer Kollegen.

Faktisch existiert bereits heute – allein aufgrund rechtlicher Vorgaben und der Anforderungen, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen zu berücksichtigen sind – ein *Verantwortungsgefälle* in der vollstationären Pflege (vgl. u. a. MDS 2005). Außerdem sollte die Durchführung der Pflege *immer* auf den Vorgaben der Pflegeplanung beruhen, sie ist in vielen Fällen also *immer* Ausführung der Entscheidungen anderer Mitarbeiter. Und schließlich stellt sich die Frage, ob die Aufgaben, die der zuständigen Pflegefachkraft zufallen, von anderen Mitarbeitern tatsächlich als interessant und angenehm gewertet werden. Arbeiten im Zusammenhang mit der Pflegeplanung, die vielen Abstimmungen im Arbeitsalltag etc. werden von Mitarbeitern häufig eher als unattraktive Aufgaben bezeichnet.

Diese und andere mit einer qualifikationsorientierten Arbeitsteilung verbundenen Probleme sind prinzipiell lösbar. Allerdings dürfte deutlich geworden sein, dass Einrichtungen zum Teil erst im Verlauf einer gezielten Personal- und Organisationsentwicklung die Voraussetzungen herstellen können, unter denen sie – mit Hilfe gut qualifizierter zuständiger Pflegefachkräfte – nachhaltige Verbesserungen der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination erreichen können.



Literatur

- Arets, J./Obex, F./Vaessen, J./Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Bocholt: Eicanos
- Büssing, A. (1997): Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 15–48
- Elkeles, T. (1994): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt a. M.: Mabuse
- Elkeles, T. (1997): Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 49–63
- Ersser, S./Tutton, E. (2000): Primary Nursing – Worum geht es? In: Ersser, S./Tutton, E.: Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern: Huber, 3–35
- Glaser, J./Büssing, A. (1996): Ganzheitliche Pflege – Präzisierung und Umsetzungschancen. Pflege 9, Nr. 3, 221–232
- Manthey, M. (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen. Essen: MDS
- Menche, N./Bazlen, U. (2004): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. München: Urban und Fischer
- Mischo-Kelling, M. (2005): Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey, M.: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Huber, 7–16
- Müller, H. (2001): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hannover: Schlütersche
- Richter, D. (1998): Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zuviel zu? Pflege 11, Nr. 5, 255–262
- Schlettig, H.-J. (1997): Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Bezugspflege. In: Büssing, A. (Hg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 223–241
- Seibold, H./Köther, I. (2005): Rahmenbedingungen und Arbeitsorganisation im Altenpflegeheim. In: Köther, I. (Hg.): Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme, 756–776
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf