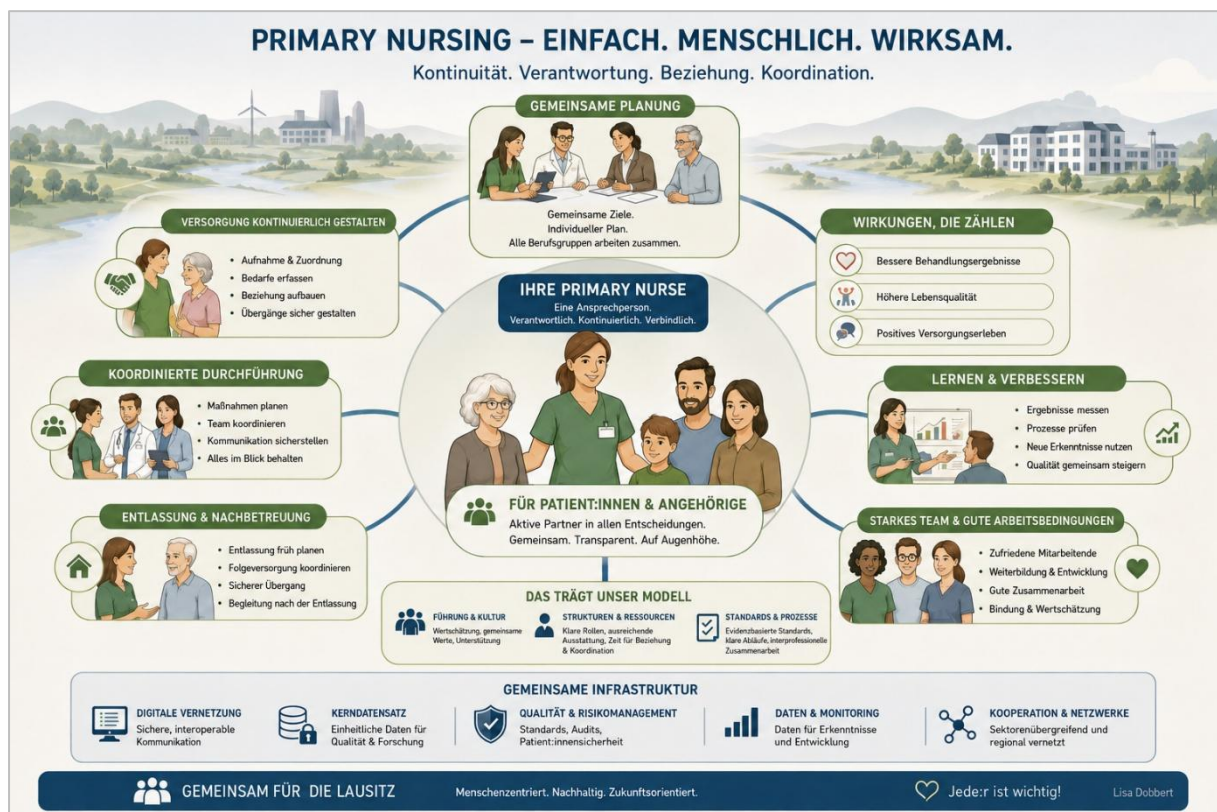


Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion Impulspapier

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Stand 08_2026



(Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Kernaussagen

- Die fragmentierte Gesundheitsversorgung erfordert neue Modelle, die Verantwortung, Kontinuität und Koordination konsequent zusammenführen.
- Primary Nursing ist weit mehr als ein Stationsmodell – es ist ein professionelles Versorgungsprinzip für sektorenübergreifende Versorgung.
- Primary Nursing verbindet wissenschaftliche Evidenz, pflegerische Verantwortung und patientenzentrierte Versorgung zu einem zukunftsfähigen Gesundheitskonzept.

Erstellt: Lisa Dobbert (M. Sc.) et al.

Cottbus, 23.08.2026

Management Summary

Die Gesundheitsversorgung steht zunehmend vor der Herausforderung, Versorgungskontinuität über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg sicherzustellen. Gleichzeitig wird Primary Nursing bislang überwiegend als innerstationäres Pflegeorganisationsmodell verstanden.

Dieses Impulspapier greift die Frage auf, welche Perspektiven sich ergeben, wenn Primary Nursing nicht ausschließlich innerhalb einer Einrichtung, sondern als strukturierendes Prinzip einer gesamten Versorgungsregion gedacht wird. Auf Grundlage theoretischer Konzepte, internationaler Erfahrungen und aktueller Entwicklungen werden erste Anknüpfungspunkte für eine regionale Weiterentwicklung des Modells aufgezeigt.

Am Beispiel der Modellregion Lausitz werden Potenziale, Voraussetzungen und erste Handlungsperspektiven beschrieben. Ziel des Impulspapiers ist es nicht, ein fertiges Umsetzungskonzept vorzulegen, sondern einen fachlichen Diskussions- und Entwicklungsimpuls für die zukünftige Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgung zu geben.

Inhalt

1. Einleitung.....	7
1.1 Ausgangslage moderner Gesundheitsversorgung.....	7
1.2 Fragmentierung als strukturelles Problem.....	7
1.3 Fachkräftemangel und steigende Anforderungen an die Pflege.....	7
1.4 Gesundheitspolitische Reformen als Treiber neuer Versorgungsmodelle	7
1.5 Die Modellregion Lausitz als Transformationsraum	8
1.6 Zielsetzung des Impulspapiers.....	8
2. Ausgangslage und Problemstellung	8
2.1 Fragmentierte Versorgung als zentrales Strukturproblem	9
2.2 Informationsverluste an Versorgungsübergängen.....	10
2.3 Fehlende Verantwortlichkeiten im Versorgungsprozess	10
2.4 Wechselnde Ansprechpartner und fehlende Beziehungskontinuität.....	11
2.5 Versorgungsabbrüche und ihre Folgen	11
3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland.....	12
3.1 Entwicklung in den USA	12
3.2 Kanada.....	12
3.3 Niederlande	12
3.4 Skandinavische Länder	12
3.5 Magnet Hospitals.....	12
3.6 Continuity of Care als internationales Leitprinzip	13
3.7 Nurse-led Care.....	13
3.8 Caseload Nursing	13
3.9 Relevanz für Deutschland und die Modellregion Lausitz	13
4. Theoretische Grundlagen.....	14
4.1 Kernelemente des Primary Nursing	14
4.2 Professionalisierung der Pflege	14
4.3 Person-centred Care.....	14
4.4 Fundamentals of Care.....	14
4.5 Relationship-based Care.....	15
4.6 Continuity of Care	15
4.7 Zusammenführung der theoretischen Perspektiven	15
5. Primary Nursing als professionelles Versorgungsmodell	15
5.1 Einleitung	15
5.2 Primary Nursing als Ausdruck professioneller Pflegeverantwortung	16
5.3 Wirkungen auf pflegesensitive Outcomes	16
5.4 Bedeutung für sektorenübergreifende Versorgung.....	16

6.	Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion.....	17
6.1	Primary Nursing als regionales Kontinuitätsmodell.....	17
6.2	Vier Ebenen der regionalen Umsetzung	17
6.2.1	Personenebene.....	17
6.2.2	Ebene der Primary Nurse.....	17
6.2.3	Teamebene	17
6.2.4	Regionale Ebene.....	17
6.3	Primary Nursing als verbindendes Element zwischen den Sektoren	18
6.4	Regionale Netzwerke als strukturelle Voraussetzung.....	18
6.5	Bedeutung für die Modellregion Lausitz	18
6.6	Zusammenfassung	18
7.	Voraussetzungen	19
7.1	Modelltreue und konzeptionelle Klarheit	19
7.2	Qualifikation und Kompetenzentwicklung.....	19
7.3	Führung und Organisationskultur	20
7.4	Digitale Infrastruktur und Informationsflüsse	20
7.5	Ressourcen und Personalausstattung	20
7.6	Regionale Voraussetzungen in der Lausitz	21
7.7	Empirische Erfahrungen aus der Implementierung von Primary Nursing	21
7.8	Zusammenfassung	21
8.	Digitalisierung als Enabler.....	22
8.1	Einleitung	22
8.2	Digitale Dokumentation als Grundlage pflegerischer Kontinuität	22
8.3	Digitale Vernetzung und sektorenübergreifende Informationsflüsse	22
8.4	Telehealth als Erweiterung der pflegerischen Reichweite	23
8.5	Digitale Unterstützung für Übergänge und Nachsorge.....	23
8.6	Regionale digitale Infrastruktur in der Lausitz	23
9.	Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation.....	24
9.1	Implikationen für die Versorgung.....	24
9.2	Implikationen für das Personal	24
9.3	Implikationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit.....	24
9.4	Implikationen für Organisationen.....	25
9.5	Implikationen für regionale Netzwerke	25
10.	Handlungsempfehlungen.....	25
10.1	Einleitung	25
10.2	Regionale Handlungsempfehlungen	25

10.3	Organisatorische Handlungsempfehlungen	26
10.4	Handlungsempfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit.....	26
10.5	Handlungsempfehlungen für die Digitalisierung.....	26
10.6	Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen	27
11.	Primary Nursing an der MUL-CT	27
12.	Fazit und Ausblick.....	28
12.1	Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse	28
12.2	Bedeutung für die Modellregion Lausitz	29
12.3	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung	29
12.4	Ausblick: Perspektiven für Forschung, Praxis und Politik	29
	Forschungsperspektiven	29
	Praxisperspektiven	30
	Politische Perspektiven	30
	Literaturverzeichnis	31
	Anhang	36
	Anwendungsbeispiel des Modells in einer Versorgungsregion	38

Abkürzungsverzeichnis

APN - Advanced Practice Nurses

CHN- Community Health Nurses

FoC – Fundamentals of Care

KHVVG Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

MUL-CT – Medizinische Universität Lausitz- Carl Thieme

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage moderner Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland und Europa befindet sich in einer Phase tiefgreifender struktureller Veränderungen. Steigende Lebenserwartung, demografischer Wandel und die Zunahme chronischer Erkrankungen führen zu einer wachsenden Komplexität der Versorgungssysteme. Gleichzeitig steigen die Erwartungen von Patientinnen und Patienten hinsichtlich Transparenz, Partizipation und individueller Betreuung, was die Anforderungen an moderne Versorgungsmodelle weiter erhöht (vgl. WHO, 2023; OECD, 2024). Die Kombination aus steigenden Bedarfen und begrenzten Ressourcen macht deutlich, dass traditionelle, stark sektorierte Strukturen zunehmend an ihre Grenzen stoßen und neue Organisationsformen erforderlich werden, die Kontinuität, Koordination und Verantwortlichkeit stärker in den Mittelpunkt stellen.

1.2 Fragmentierung als strukturelles Problem

Die Versorgung multimorbider und chronisch erkrankter Menschen erstreckt sich häufig über verschiedene Einrichtungen und Professionen hinweg. Patientinnen und Patienten wechseln zwischen Hausarztpraxen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, ambulanter Pflege und weiteren Leistungserbringern. Dabei entstehen regelmäßig Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und unklare Verantwortlichkeiten, die zu Versorgungsabbrüchen und ineffizienten Prozessen führen können (vgl. Nguyen et al., 2023; Håkansson et al., 2024). Internationale Studien zeigen, dass diese Fragmentierung mit schlechteren Outcomes, höheren Wiederaufnahmeraten und einer geringeren Patientenzufriedenheit verbunden ist (vgl. Håkansson et al., 2024). Die Sicherstellung einer durchgängigen Versorgungskontinuität wird damit zu einem zentralen Qualitätsmerkmal moderner Gesundheitssysteme.

1.3 Fachkräftemangel und steigende Anforderungen an die Pflege

Parallel zur strukturellen Fragmentierung verschärft sich der Fachkräftemangel in nahezu allen Gesundheitsberufen. Besonders die Pflege steht vor erheblichen Herausforderungen, da die Zahl der benötigten Pflegefachpersonen in den kommenden Jahrzehnten deutlich steigen wird, während gleichzeitig die Komplexität pflegerischer Aufgaben zunimmt (vgl. OECD, 2024; ICN, 2024). Pflegefachpersonen müssen zunehmend komplexe klinische Entscheidungen treffen, sektorenübergreifende Prozesse koordinieren und Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume begleiten. Vor diesem Hintergrund gewinnen Modelle an Bedeutung, die pflegerische Expertise stärken, Verantwortlichkeiten klar definieren und die Kontinuität der Versorgung verbessern (vgl. Manthey, 2016; Dal Molin et al., 2023).

1.4 Gesundheitspolitische Reformen als Treiber neuer Versorgungsmodelle

Die aktuelle Krankenhausreform in Deutschland fördert den Wandel hin zu regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungssystemen. Durch Leistungsgruppen, neue Versorgungsstufen und die stärkere Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote sollen Versorgungsprozesse koordiniert, Qualität verbessert und Krankenhäuser stärker spezialisiert werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Gleichzeitig werden Pflegefachpersonen zunehmend als eigenständige Akteure mit Verantwortung für die Steuerung und Sicherstellung kontinuierlicher

Versorgung betrachtet (vgl. Deutscher Pflegerat, 2024). Diese Entwicklungen schaffen strukturelle Voraussetzungen für Modelle wie Primary Nursing, da sie klare Verantwortlichkeiten, koordinierte Prozesse und eine stärkere patientenzentrierte Versorgung unterstützen. Die Regionalisierung eröffnet dabei die Möglichkeit, pflegerische Verantwortungsmodelle nicht nur innerhalb einzelner Einrichtungen, sondern über gesamte Versorgungsregionen hinweg zu etablieren. Ein weiterer zentraler politischer Treiber ist das Pflegekompetenzgesetz, das eine Erweiterung pflegerischer Verantwortungsbereiche sowie eine stärkere Einbindung akademisierter Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses (APN) und Community Health Nurses (CHN) ermöglicht (vgl. Deutscher Pflegerat, 2024). Diese Rollen entsprechen den Grundprinzipien des Primary Nursing, da sie klinische Entscheidungsfähigkeit, pflegefachliche Expertise, Koordination und patientenzentrierte Verantwortung stärken. In regionalen Primary-Nursing-Modellen können APN und CHN insbesondere bei der Einschätzung komplexer Pflegebedarfe, der Steuerung sektorenübergreifender Prozesse und der fachlichen Unterstützung von Primary Nurses eine Schlüsselrolle übernehmen. Damit bilden sie eine Grundlage für die weitere Professionalisierung der Pflege und die Umsetzung verantwortungsbasierter Versorgungsmodelle (vgl. Bula et al., 2025).

1.5 Die Modellregion Lausitz als Transformationsraum

Vor diesem Hintergrund stellt die Modellregion Lausitz einen besonders relevanten Transformationsraum dar. Die Region ist durch demografische Veränderungen, große räumliche Distanzen und eine heterogene Versorgungslandschaft geprägt, was die Anforderungen an koordinierte und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte erhöht. Gleichzeitig entstehen durch die Entwicklung der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem neue Möglichkeiten für Forschung, Lehre und Versorgung, die die Region zu einem potenziellen Innovationslabor für moderne Versorgungsmodelle machen (vgl. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, 2025). Die Frage, ob Primary Nursing nicht nur als innerstationäres Organisationsmodell, sondern als übergreifendes Versorgungskonzept für eine gesamte Gesundheitsregion verstanden werden kann, gewinnt daher besondere Bedeutung.

1.6 Zielsetzung des Impulspapiers

Ziel dieses Impulspapiers ist es, das Potenzial von Primary Nursing als Pflegesystem einer sektorenübergreifenden Versorgungsregion wissenschaftlich zu analysieren und strategisch einzuordnen. Dabei werden internationale Entwicklungen, theoretische Grundlagen, empirische Evidenz und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen systematisch betrachtet. Besonders Augenmerk liegt auf der Frage, inwiefern sich die Grundprinzipien des Primary Nursing auf die Modellregion Lausitz übertragen lassen und welche organisatorischen, personellen, digitalen und politischen Voraussetzungen hierfür erforderlich sind. Das Papier verfolgt damit einen doppelten Anspruch: Es soll sowohl wissenschaftlich fundiert als auch politisch-strategisch anschlussfähig sein und einen Beitrag zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen leisten.

2. Ausgangslage und Problemstellung

Trotz der Reformen bleibt die deutsche Gesundheitsversorgung weiterhin stark sektoriert. Ambulante und stationäre Versorgung sind rechtlich, finanziell und organisatorisch getrennt, was

die Umsetzung sektorenübergreifender Modelle erschwert (vgl. Schlette et al., 2009). Primary Nursing als regionales Versorgungsmodell setzt jedoch voraus, dass Pflegefachpersonen über Sektorengrenzen hinweg Verantwortung übernehmen können. Die aktuelle Reformpolitik zeigt zwar eine zunehmende Bereitschaft, sektorale Grenzen zu überwinden, doch bestehen weiterhin strukturelle Barrieren, etwa in der Vergütung, der Zuständigkeit und der Dokumentation. Die Einführung eines regionalen Primary-Nursing-Modells erfordert daher politische Unterstützung, die sektorenübergreifende Verantwortlichkeiten klar definiert und finanziell absichert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

2.1 Fragmentierte Versorgung als zentrales Strukturproblem

Trotz eines im internationalen Vergleich leistungsfähigen Gesundheitssystems ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland weiterhin durch eine ausgeprägte sektorale Fragmentierung geprägt. Historisch gewachsene Zuständigkeiten zwischen ambulanter Versorgung, Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege und kommunalen Unterstützungsangeboten führen dazu, dass Patientinnen und Patienten häufig verschiedene Versorgungsstrukturen durchlaufen, ohne dass eine durchgängige Koordination des gesamten Versorgungsprozesses gewährleistet ist (vgl. WHO, 2023; OECD, 2024). Besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und komplexen Pflegebedarfen sind betroffen, da ihre Versorgung mehrere Einrichtungen und Berufsgruppen umfasst. Dies begünstigt Schnittstellenprobleme, Doppeluntersuchungen, ineffiziente Ressourcennutzung und Versorgungsabbrüche (vgl. Kodner & Spreeuwenberg, 2022; Nguyen et al., 2023).

Der Wissenschaftsrat sieht in einer stärkeren sektorenübergreifenden Vernetzung, regionalen Versorgungsstrukturen und einer erweiterten Verantwortung der Gesundheitsberufe zentrale Voraussetzungen für die zukünftige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Insbesondere die stärkere Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen wird als wichtiger Bestandteil zukünftiger Versorgungskonzepte hervorgehoben (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Diese Anforderungen spiegeln sich zunehmend in gesetzlichen Entwicklungen wider. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zielt auf den Ausbau regionaler Versorgungsstrukturen sowie eine stärkere Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote ab (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Ergänzend schafft das Pflegekompetenzgesetz Voraussetzungen für erweiterte pflegerische Verantwortungsbereiche und neue koordinierende Rollen der Pflege in regionalen Versorgungsmodellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Dabei unterstreichen § 70 SGB V mit dem Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung sowie § 12 SGB V mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot die gesetzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige, koordinierte und effiziente Versorgung. Internationale Untersuchungen zeigen, dass fragmentierte Versorgung mit schlechteren Behandlungsergebnissen, geringerer Patientenzufriedenheit und höheren Gesundheitsausgaben verbunden sein kann (vgl. Håkansson et al., 2024). Gleichzeitig erschwert eine fehlende Integration verschiedener Leistungsbereiche die Umsetzung personenzentrierter Versorgungskonzepte, die zunehmend als Qualitätsmerkmal moderner Gesundheitssysteme gelten (vgl. WHO, 2023). Für die Modellregion Lausitz erhält diese Problematik besondere Bedeutung, da demografischer Wandel, große räumliche Distanzen und regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen den Bedarf an koordinierten, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten verstärken (vgl. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, 2025).

2.2 Informationsverluste an Versorgungsübergängen

Ein wesentliches Problem fragmentierter Versorgungssysteme sind Informationsverluste an Versorgungsschnittstellen. Übergänge zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und Pflegeeinrichtungen gelten international als besonders fehleranfällige Phasen im Versorgungsprozess (vgl. WHO, 2023; Allen et al., 2021). Während medizinische Diagnosen häufig standardisiert dokumentiert werden, sind pflegerische Informationen vielfach unvollständig oder nicht interoperabel verfügbar. Dies betrifft insbesondere funktionelle Einschränkungen, Pflegeziele, pflegerische Diagnosen, Risikofaktoren, Unterstützungsbedarfe und individuelle Patientenpräferenzen (vgl. Müller-Staub et al., 2021). Die daraus entstehenden Informationsdefizite können Medikationsfehler, Wiederholungsuntersuchungen, unnötige Krankenhausaufnahmen und Verzögerungen notwendiger Interventionen begünstigen (vgl. Allen et al., 2021; Håkansson et al., 2024). Besonders betroffen sind ältere Menschen und Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen, deren Versorgung eine enge Abstimmung verschiedener Akteure erfordert. Obwohl Digitalisierung als zentraler Lösungsansatz gilt, sind pflegerische Informationen in Deutschland bislang nur begrenzt standardisiert und sektorenübergreifend verfügbar (vgl. Hübner et al., 2024). Gemeinsame Kerndatensätze, standardisierte Terminologien und interoperable Dokumentationssysteme stellen daher eine wesentliche Grundlage zukünftiger Versorgungsmodelle dar (vgl. Interprofessionelles Zentrum Digitale Gesundheit, 2025). Eine hohe Informationskontinuität erfüllt zudem eine präventive Funktion. Frühzeitig verfügbare Informationen zu pflegerischen Risiken, funktionellen Einschränkungen und sozialen Unterstützungsbedarfen ermöglichen es, Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Gerade bei chronischen Erkrankungen und älteren Menschen kann eine koordinierte Informationsweitergabe dazu beitragen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte, Komplikationen und Pflegebedürftigkeit zu reduzieren (vgl. WHO, 2023; Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz, 2023). Damit wird Informationskontinuität zu einer zentralen Voraussetzung kontinuierlicher, personenzentrierter und sektorenübergreifender Versorgung.

2.3 Fehlende Verantwortlichkeiten im Versorgungsprozess

Neben Informationsdefiziten stellt die mangelnde Kontinuität von Verantwortlichkeiten ein zentrales Problem moderner Versorgungssysteme dar. In hoch arbeitsteiligen Organisationen übernehmen verschiedene Berufsgruppen einzelne Aufgabenbereiche, ohne dass eine Person die Gesamtverantwortung für den Versorgungsverlauf trägt (vgl. Manthey, 2016; Nguyen et al., 2023). Dieses Phänomen wird in der internationalen Literatur häufig als „Responsibility Gap“ beschrieben. Obwohl zahlreiche Fachpersonen an der Versorgung beteiligt sind, bleibt oftmals unklar, wer die Koordination, Steuerung und Nachverfolgung des Gesamtprozesses übernimmt (vgl. Håkansson et al., 2024). Besonders deutlich zeigt sich dies bei Entlassungen aus dem Krankenhaus. Während medizinische Behandlungsprozesse abgeschlossen werden, bleibt häufig offen, wer die weitere Versorgung koordiniert, Angehörige informiert oder notwendige Unterstützungsleistungen organisiert (vgl. Allen et al., 2021). Die Literatur zur Versorgungskontinuität unterscheidet hierbei zwischen Informationskontinuität, Beziehungskontinuität und Managementkontinuität. Letztere beschreibt die kontinuierliche Verantwortung für die Koordination des gesamten Versorgungsverlaufs und gilt als wesentlicher Faktor für erfolgreiche integrierte Versorgung (vgl. Håkansson et al., 2024). Primary Nursing adressiert genau

diese Problematik durch die Zuordnung einer eindeutig verantwortlichen Pflegefachperson, die den gesamten Pflegeprozess steuert und begleitet (vgl. Manthey, 2016; Dal Molin et al., 2023).

2.4 Wechselnde Ansprechpartner und fehlende Beziehungskontinuität

Eine weitere Folge fragmentierter Versorgungsstrukturen ist der Verlust von Beziehungskontinuität. Darunter wird die langfristige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie einer konstanten Gesundheitsfachperson verstanden (vgl. Håkansson et al., 2024). Insbesondere in Krankenhäusern führen Schichtsysteme, Personalmangel und funktionale Organisationsformen dazu, dass Patientinnen und Patienten innerhalb kurzer Zeit mit einer Vielzahl unterschiedlicher Pflegefachpersonen in Kontakt kommen. Die daraus resultierenden Wechsel erschweren den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und beeinträchtigen die Wahrnehmung individueller Bedürfnisse (vgl. Dal Molin et al., 2023). Zahlreiche Studien zeigen, dass Beziehungskontinuität mit einer höheren Patientenzufriedenheit, einer verbesserten Adhärenz, einem stärkeren Selbstmanagement und besseren gesundheitsbezogenen Outcomes verbunden ist (vgl. Håkansson et al., 2024; Kitson et al., 2019). Besonders vulnerable Gruppen profitieren von stabilen Bezugspersonen, darunter ältere Menschen, Menschen mit Demenz, chronisch Erkrankte sowie Patientinnen und Patienten mit komplexen sozialen Unterstützungsbedarfen (vgl. Kitson et al., 2019). Diese Erkenntnisse bilden eine wesentliche theoretische Grundlage für Primary Nursing, da das Modell davon ausgeht, dass professionelle Pflege nicht allein durch die Durchführung einzelner Maßnahmen definiert wird, sondern wesentlich durch die kontinuierliche Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient geprägt ist (vgl. Manthey, 2016).

2.5 Versorgungsabbrüche und ihre Folgen

Die beschriebenen Herausforderungen kumulieren häufig in Form von Versorgungsabbrüchen. Darunter werden Situationen verstanden, in denen notwendige Leistungen nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden, obwohl ein entsprechender Bedarf besteht (vgl. WHO, 2023). Versorgungsabbrüche treten besonders häufig an den Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen auf. Nach Krankenhausentlassungen bestehen beispielsweise Risiken hinsichtlich Medikamentenmanagement, Nachsorgeterminen, Hilfsmittelversorgung oder pflegerischer Unterstützung (vgl. Allen et al., 2021). Die Folgen sind sowohl für Betroffene als auch für das Gesundheitssystem erheblich. Internationale Studien zeigen Zusammenhänge zwischen mangelnder Versorgungskontinuität und erhöhten Wiederaufnahmeraten, vermeidbaren Komplikationen, längeren Krankheitsverläufen sowie steigenden Gesundheitskosten (vgl. Håkansson et al., 2024; Nguyen et al., 2023). Für Regionen mit großen Entfernungen und einer alternden Bevölkerung – wie die Lausitz – besitzen funktionierende Übergangsstrukturen eine besondere Bedeutung. Eine kontinuierliche pflegerische Begleitung könnte dazu beitragen, Risiken frühzeitig zu erkennen, Versorgungsabbrüche zu vermeiden und die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren zu verbessern. Insgesamt verdeutlichen die beschriebenen Herausforderungen, dass bestehende Versorgungsstrukturen den Anforderungen einer zunehmend komplexen und sektorenübergreifenden Versorgung nur eingeschränkt gerecht werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Organisationsmodelle eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung unterstützen können. Dieser Fragestellung widmet sich das folgende Kapitel. Die internationalen Erfahrungen zeigen übereinstimmend, dass erfolgreiche Versorgungssysteme auf Kontinuität, klaren Verantwortlichkeiten und einer

starken professionellen Rolle der Pflege beruhen. Damit liefern sie wichtige Anhaltspunkte für die Übertragung des Primary-Nursing-Konzepts auf die Modellregion Lausitz.

3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland

3.1 Entwicklung in den USA

Primary Nursing entstand in den USA als Reaktion auf die starke Arbeitsteilung der Funktionspflege, die professionelle Verantwortung und Beziehungskontinuität einschränkte (vgl. Manthey, 2016). Mit der Zuordnung einer primär verantwortlichen Pflegefachperson wurde ein Modell etabliert, das den gesamten Pflegeprozess strukturiert und kontinuierlich begleitet. In den USA entwickelte sich Primary Nursing zu einem zentralen Bestandteil professioneller Pflegeorganisationen und beeinflusste weiterführende Konzepte wie Relationship-Based Care und Professional Practice Models, die pflegerische Autonomie und klare Verantwortlichkeiten stärken.

3.2 Kanada

Kanada gilt als Vorreiter in der Integration erweiterter pflegerischer Rollen. Nurse Practitioners und Advanced Practice Nurses übernehmen dort nicht nur direkte Versorgung, sondern steuern sektorenübergreifende Prozesse und begleiten Patientinnen und Patienten langfristig (vgl. Canadian Nurses Association, 2023; Martin-Misener et al., 2020). Die Kombination aus klinischer Expertise, Kontinuität und Koordination zeigt positive Effekte auf Versorgungsqualität und Patientenerleben. Diese Entwicklungen sind besonders relevant für Deutschland, da sie zentrale Elemente des Primary Nursing stärken.

3.3 Niederlande

Die Niederlande sind ein europäisches Referenzmodell für integrierte Versorgung. Das Buurtzorg-Modell zeigt, wie selbstorganisierte Pflegeteams eigenverantwortlich definierte Bevölkerungsgruppen versorgen und die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren koordinieren (vgl. Gray et al., 2021). Obwohl Buurtzorg nicht vollständig dem klassischen Primary Nursing entspricht, teilen beide Modelle zentrale Prinzipien wie klare Verantwortlichkeiten, Beziehungskontinuität und patientenzentrierte Steuerung. Diese Erfahrungen verdeutlichen, wie pflegerische Autonomie regionale Versorgungssysteme stärken kann.

3.4 Skandinavische Länder

Skandinavische Länder verfolgen seit Jahren integrierte Versorgungsansätze, die auf Kontinuität, Prävention und sektorenübergreifender Zusammenarbeit basieren. Pflegefachpersonen übernehmen dort häufig koordinierende Rollen und begleiten Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume hinweg. Diese Modelle zeigen, dass klare Verantwortlichkeiten und stabile Beziehungen zentrale Erfolgsfaktoren für qualitativ hochwertige Versorgung sind — Prinzipien, die auch dem Primary Nursing zugrunde liegen.

3.5 Magnet Hospitals

Magnet Hospitals stehen international für hohe Pflegequalität, professionelle Autonomie und klare Verantwortungsstrukturen. Sie zeigen, dass Einrichtungen mit starker pflegerischer

Führung bessere Outcomes, höhere Patientenzufriedenheit und eine stärkere Mitarbeitendenbindung erreichen (vgl. Lake et al., 2019). Viele ihrer Prinzipien — insbesondere Verantwortungsübernahme, Beziehungskontinuität und pflegerische Steuerung — entsprechen den Grundgedanken des Primary Nursing.

3.6 Continuity of Care als internationales Leitprinzip

Continuity of Care ist ein international anerkanntes Leitprinzip moderner Versorgungssysteme. Es umfasst Informations-, Beziehungs- und Managementkontinuität und gilt als zentraler Faktor für erfolgreiche integrierte Versorgung (vgl. Håkansson et al., 2024). Internationale Modelle zeigen, dass stabile Beziehungen, klare Verantwortlichkeiten und durchgängige Informationsflüsse die Versorgungsqualität verbessern und Risiken reduzieren — Elemente, die Primary Nursing strukturell verankert.

3.7 Nurse-led Care

Nurse-led Care beschreibt Versorgungsmodelle, in denen Pflegefachpersonen definierte Versorgungsbereiche eigenständig steuern. Diese Modelle zeigen, dass pflegerische Expertise nicht nur die direkte Versorgung verbessert, sondern auch Koordination, Prävention und Patientenedukation stärkt. Nurse-led Care verdeutlicht, dass Pflegefachpersonen zentrale Akteure in der Steuerung komplexer Versorgungsprozesse sein können — ein Kernelement des Primary Nursing.

3.8 Caseload Nursing

Caseload Nursing basiert auf der kontinuierlichen Begleitung einer definierten Patientengruppe durch eine verantwortliche Pflegefachperson. Dieses Modell stärkt Beziehungskontinuität, verbessert Koordination und ermöglicht eine bedarfsorientierte Versorgung über längere Zeiträume hinweg. Die strukturelle Nähe zu Primary Nursing ist deutlich: Beide Modelle setzen auf klare Verantwortlichkeiten, stabile Beziehungen und sektorenübergreifende Begleitung.

3.9 Relevanz für Deutschland und die Modellregion Lausitz

Die internationale Evidenz zeigt, dass erfolgreiche Versorgungssysteme zunehmend auf Kontinuität, Koordination und professionelle Verantwortung setzen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Pflegefachpersonen hierbei eine zentrale Rolle übernehmen können. Für Deutschland ergeben sich daraus mehrere Implikationen. Die Krankenhausreform, das Pflegekompetenzgesetz, die zunehmende Akademisierung sowie der Ausbau digitaler Infrastrukturen schaffen Rahmenbedingungen, die eine stärkere Übernahme pflegerischer Verantwortung ermöglichen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Deutscher Pflegerat, 2024). Insbesondere für die Modellregion Lausitz eröffnet sich die Möglichkeit, internationale Erfahrungen auf regionale Versorgungsstrukturen zu übertragen. Die Verbindung von Universitätsmedizin, sektorenübergreifender Versorgung, Digitalisierung und pflegerischer Primärverantwortung könnte die Grundlage für ein innovatives regionales Versorgungskonzept bilden. Dabei erscheint Primary Nursing weniger als reines Stationsmodell, sondern vielmehr als potenzielles Organisationsprinzip für eine kontinuierliche, personenzentrierte und regionale Gesundheitsversorgung. Die internationalen Erfahrungen zeigen übereinstimmend, dass erfolgreiche Versorgungssysteme

auf klaren Verantwortlichkeiten, Kontinuität und interprofessioneller Zusammenarbeit beruhen. Im folgenden Kapitel wird daher die theoretische Grundlage von Primary Nursing als wissenschaftliches Fundament dieser Entwicklungen dargestellt.

4. Theoretische Grundlagen

4.1 Kernelemente des Primary Nursing

Das Modell basiert auf vier zentralen Prinzipien: Verantwortung, Kontinuität, Kommunikation und professionelle Entscheidungsbefugnis (vgl. Manthey, 2016). Die Primary Nurse übernimmt die primäre Verantwortung für eine definierte Patientengruppe und bleibt auch dann verantwortlich, wenn einzelne Leistungen von anderen Teammitgliedern erbracht

Verantwortung wird somit nicht delegiert, sondern bleibt kontinuierlich bestehen. Dieses Prinzip unterscheidet Primary Nursing deutlich von funktionalen Organisationsformen, die Aufgaben statt Beziehungen organisieren. Es gilt, Primärpflege ist keine Bezugspflege.

4.2 Professionalisierung der Pflege

Primary Nursing wird in der Literatur häufig als Professionalisierungsmodell beschrieben, da es pflegerische Entscheidungsprozesse sichtbar macht und die Rolle der Pflegefachperson als klinische Expertin stärkt (vgl. Manthey, 2016; Dal Molin et al., 2023). Die Zuordnung einer primär verantwortlichen Pflegefachperson schafft klare Verantwortlichkeiten, verbessert die Beziehungskontinuität und stärkt die pflegerische Autonomie. Damit trägt Primary Nursing zur Weiterentwicklung der Pflege als eigenständige Profession bei.

4.3 Person-centred Care

Person-centred Care bildet einen theoretischen Kern für die Begründung von Primary Nursing. Dieses Konzept geht davon aus, dass Versorgung an den Bedürfnissen, Präferenzen und Lebensumständen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden muss und nicht ausschließlich an institutionellen Abläufen oder Berufslogiken (vgl. Ploeg et al., 2020; Ryan et al., 2022). Eine integrative Übersicht betont, dass die Kernideen People, Practice und Power immer wieder auftauchen (vgl. Ploeg et al., 2020). Primary Nursing ist anschlussfähig an diese Logik, da die primär verantwortliche Pflegefachperson eine kontinuierliche Beziehung aufbauen kann, die individuelle Präferenzen, Selbstmanagement und gemeinsame Entscheidungsfindung besser berücksichtigt.

4.4 Fundamentals of Care

Der Fundamentals-of-Care-Ansatz liefert einen besonders passenden theoretischen Rahmen für Primary Nursing. Das Framework beschreibt Pflege als Zusammenspiel von Beziehung, Integration der Pflegebedürfnisse und einem unterstützenden Kontext (vgl. Kitson et al., 2018; Feo et al., 2020). Die zentrale Framework-Arbeit hebt hervor, dass gute Pflege aus der aktiven Verbindung von Nurse-Patient Relationship, der Integration physischer, psychosozialer und relationaler Bedürfnisse in den Pflegeplan sowie aus einem Kontext besteht, der diese Pflege ermöglicht. Primary Nursing ist eng mit diesen Prinzipien verbunden, da die Qualität der Beziehung und die Kohärenz der Pflegeplanung im Mittelpunkt stehen (vgl. Kitson et al., 2018; Gonçalves et al., 2023).

4.5 Relationship-based Care

Relationship-based Care erweitert die Perspektive der Fundamentals of Care, indem es die Bedeutung professioneller Beziehungen für die Qualität der Versorgung betont. Das Modell geht davon aus, dass Pflege nicht nur eine technische oder organisatorische Tätigkeit ist, sondern wesentlich durch die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient geprägt wird (vgl. Koloroutis, 2021). Primary Nursing knüpft direkt an diese Logik an, da die kontinuierliche Beziehung zwischen Primary Nurse und Patient ein zentrales Strukturmerkmal des Modells darstellt.

4.6 Continuity of Care

Continuity of Care ist ein international anerkanntes Leitprinzip moderner Versorgungssysteme. Die Literatur unterscheidet drei zentrale Dimensionen: Informationskontinuität, Beziehungskontinuität und Managementkontinuität (vgl. Håkansson et al., 2024). Primary Nursing adressiert alle drei Dimensionen gleichzeitig. Die Primary Nurse fungiert als kontinuierliche Bezugsperson, koordiniert den Versorgungsprozess und trägt zur Sicherstellung relevanter Informationen bei. Damit wird Versorgung nicht als Abfolge isolierter Leistungen verstanden, sondern als kohärenter Prozess mit klarer Verantwortlichkeit (vgl. Dal Molin et al., 2023; Gonçalves et al., 2023).

4.7 Zusammenführung der theoretischen Perspektiven

Die theoretischen Grundlagen zeigen, dass Primary Nursing weit über ein innerstationäres Organisationsmodell hinausgeht. Es ist ein professionelles Verantwortungsmodell, das auf Beziehung, Kontinuität und Koordination basiert und damit zentrale Qualitätsmerkmale moderner Versorgungssysteme adressiert. Die Verbindung zu Person-centred Care, Fundamentals of Care, Relationship-based Care und Continuity of Care verdeutlicht, dass Primary Nursing ein integratives Modell ist, das sowohl wissenschaftlich fundiert als auch praktisch anschlussfähig ist. Diese theoretische Fundierung bildet die Grundlage für die Übertragung des Modells auf sektorenübergreifende Versorgungsregionen wie die Lausitz. Die dargestellten theoretischen Ansätze verdeutlichen, dass Primary Nursing wissenschaftlich fundiert ist und zentrale Prinzipien moderner Gesundheitsversorgung vereint. Aufbauend auf diesen theoretischen Grundlagen wird im folgenden Kapitel betrachtet, welche Bedeutung Primary Nursing als professionelles Versorgungsmodell besitzt.

5. Primary Nursing als professionelles Versorgungsmodell

5.1 Einleitung

Primary Nursing wird in der internationalen Literatur nicht als rein innerstationäres Organisationsschema verstanden, sondern als Ausdruck eines professionellen pflegerischen Selbstverständnisses, das Verantwortung, Beziehungskontinuität und koordinierte Versorgung in den Mittelpunkt stellt, in Verbindung mit Fundamentals of Care (vgl. Helek et al. 2026). Das Modell reagiert auf die strukturellen Herausforderungen moderner Versorgungssysteme, insbesondere auf Fragmentierung, Verantwortungsdiffusion und fehlende Kontinuität. Es verbindet pflegewissenschaftliche Prinzipien mit organisatorischen Anforderungen und schafft damit eine

Grundlage für qualitativ hochwertige, patientenzentrierte und kontinuierliche Versorgung (vgl. Gonçalves et al., 2023; Wei et al., 2023).

5.2 Primary Nursing als Ausdruck professioneller Pflegeverantwortung

Primary Nursing ist eng mit der Professionalisierung der Pflege verbunden. Die Zuordnung einer primär verantwortlichen Pflegefachperson stärkt die klinische Entscheidungsfähigkeit, erhöht die Sichtbarkeit pflegerischer Expertise und fördert die Autonomie der Pflegefachpersonen (vgl. Manthey, 2016; Dal Molin et al., 2023). Das Modell macht deutlich, dass Pflege nicht nur aus der Durchführung einzelner Maßnahmen besteht, sondern aus der kontinuierlichen Steuerung eines komplexen Pflegeprozesses. Diese Perspektive entspricht modernen pflegewissenschaftlichen Konzepten, die Pflege als relationale, kontextsensitive und patientenzentrierte Praxis beschreiben (vgl. Kitson et al., 2018; Ryan et al., 2022). Primary Nursing verbindet diese theoretischen Grundlagen mit organisatorischen Strukturen und schafft damit ein Modell, das sowohl wissenschaftlich fundiert als auch praktisch anschlussfähig ist.

5.3 Wirkungen auf pflegesensitive Outcomes

Aktuelle Studien zeigen, dass Primary Nursing positive Effekte auf pflegesensitive Outcomes haben kann. Dazu gehören eine höhere Patientenzufriedenheit, verbesserte Kommunikation, geringere Komplikationsraten und eine stärkere Einbindung von Angehörigen (vgl. Dal Molin et al., 2023; Gonçalves et al., 2023). Die kontinuierliche Beziehung zwischen Primary Nurse und Patient erleichtert die frühzeitige Erkennung von Veränderungen im Gesundheitszustand, verbessert die Koordination mit anderen Berufsgruppen und stärkt die Kohärenz des Pflegeprozesses. Besonders relevant sind die Effekte auf Beziehungskontinuität und Vertrauen. Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die eine konstante Bezugspflegeperson haben, ein höheres Sicherheitsgefühl entwickeln, besser informiert sind und stärker in Entscheidungen einbezogen werden (vgl. Kitson et al., 2019; Håkansson et al., 2024). Diese Faktoren tragen wesentlich zur Qualität der Versorgung bei und sind insbesondere in komplexen Versorgungssituationen von Bedeutung.

5.4 Bedeutung für sektorenübergreifende Versorgung

Obwohl Primary Nursing historisch im stationären Kontext entwickelt wurde, zeigt die neuere Literatur, dass die Grundprinzipien des Modells auch für sektorenübergreifende Versorgung relevant sind. Die Zuordnung einer primär verantwortlichen Pflegefachperson kann dazu beitragen, Übergänge zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und kommunalen Diensten zu stabilisieren und Informationsverluste zu reduzieren (vgl. Khatri et al., 2023; Uijen et al., 2024). Die Primary Nurse kann als verbindendes Element zwischen verschiedenen Versorgungsebenen wirken und damit die Kontinuität des gesamten Versorgungsvorgangs stärken. Diese Perspektive ist besonders relevant für Regionen wie die Lausitz, in denen Versorgung über große Distanzen und unterschiedliche Sektoren hinweg organisiert werden muss. Primary Nursing bietet hier ein strukturelles Modell, das Verantwortung, Beziehung und Koordination systematisch verbindet und damit die Grundlage für eine regionale Versorgungslogik schaffen kann (vgl. Özkaytan et al., 2023). Zusammenfassend zeigt sich, dass Primary Nursing weit über ein klassisches Stationsmodell hinausgeht und grundlegende

Anforderungen moderner Versorgung erfüllt. Im nächsten Kapitel wird deshalb untersucht, wie sich dieses Konzept auf eine gesamte Versorgungsregion übertragen lässt.

6. Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion

6.1 Primary Nursing als regionales Kontinuitätsmodell

Ein regionales Kontinuitätsmodell auf Basis von Primary Nursing beginnt bei der einzelnen Patientin oder dem einzelnen Patienten und verbindet diese Ebene mit einer primär verantwortlichen Pflegefachperson, die nicht nur den stationären Aufenthalt begleitet, sondern auch den Übergang in nachfolgende Versorgungsabschnitte mitsteuert (vgl. Gonçalves et al., 2023). Die Literatur zu nurse-led clinics und nurse-led primary care zeigt, dass solche Modelle besonders dann tragfähig sind, wenn sie klar definiert, gut unterstützt und organisatorisch eingebettet sind. Gleichzeitig wird betont, dass mehr Zeit mit Patientinnen und Patienten, klarere Prozesse und verbindliche Zuständigkeiten die Zufriedenheit erhöhen können (vgl. Nurse-led clinics review, 2024; Nurse-led service delivery models, 2022). Primary Nursing passt genau in diese Logik, da die primär verantwortliche Pflegefachperson als stabiler Anker zwischen den Sektoren wirken kann.

6.2 Vier Ebenen der regionalen Umsetzung

Die Übertragung von Primary Nursing auf eine Versorgungsregion wie die Lausitz lässt sich in vier Ebenen strukturieren:

6.2.1 Personenebene

Auf der Patientenebene stehen Bedarfsanalyse, Beziehungskontinuität und Pflegeprozess im Zentrum. Die Primary Nurse begleitet Patientinnen und Patienten über den gesamten Verlauf hinweg, erkennt Veränderungen frühzeitig und unterstützt Selbstmanagement sowie Entscheidungsfindung (vgl. Kitson et al., 2018; Gonçalves et al., 2023).

6.2.2 Ebene der Primary Nurse

Auf der Ebene der Primary Nurse wird die primäre Fallverantwortung organisiert. Dazu gehören Pflegeplanung, Koordination mit anderen Berufsgruppen, Kommunikation mit Angehörigen und die Sicherung der Kontinuität über Übergänge hinweg (vgl. Gonçalves et al., 2023; Khatri et al., 2023). Die Primary Nurse fungiert als zentrale Ansprechpartnerin und als verbindendes Element zwischen stationären und ambulanten Strukturen.

6.2.3 Teamebene

Auf der Teamebene muss die Primärverantwortung durch interprofessionelle Zusammenarbeit getragen werden. Die Schnittstelle zwischen klinischer Verantwortung und regionaler Versorgungskoordination ist besonders wichtig, da komplexe Versorgungssituationen nur durch abgestimmte Prozesse und gemeinsame Standards bewältigt werden können (vgl. Khatri et al., 2023; Uijen et al., 2024).

6.2.4 Regionale Ebene

Auf der regionalen Ebene braucht es Netzwerke zwischen Einrichtungen, gemeinsame Dokumentation, abgestimmte Übergänge und idealerweise definierte Zuständigkeiten für Überleitung und Nachsorge (vgl. Özkaytan et al., 2023). Primary Nursing kann hier als strukturelles Prinzip dienen, das die Versorgung über den gesamten Verlauf hinweg kohärenter macht und die Fragmentierung reduziert.

6.3 Primary Nursing als verbindendes Element zwischen den Sektoren

Die besondere Stärke von Primary Nursing liegt in seiner Anschlussfähigkeit an sektorenübergreifende Versorgung. Die Literatur zu primary care networks zeigt, dass die Ausweitung von Versorgung nur dann gut funktioniert, wenn Koordination und Informationsaustausch mitwachsen (vgl. Investigating the impact of primary care networks on continuity of care, 2024). Genau an dieser Stelle kann Primary Nursing als verbindendes Element wirken: Die primär verantwortliche Pflegefachperson kann Informationen sichern, Nachsorge anbahnen, Rückkopplung organisieren und die Versorgung über den gesamten Verlauf kohärenter machen (vgl. Gonçalves et al., 2023; Khatri et al., 2023). Diese Perspektive ist besonders relevant für die Lausitz, da die Region durch große Distanzen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen und begrenzte Ressourcen geprägt ist. Die primär verantwortliche Pflegefachperson kann hier als stabilisierender Faktor wirken, der Versorgung über räumliche und organisatorische Grenzen hinweg verbindet.

6.4 Regionale Netzwerke als strukturelle Voraussetzung

Regionale Netzwerke sind die strukturelle Voraussetzung dafür, dass Primary Nursing mehr ist als eine stationäre Organisationsidee. Die Literatur zu nurse-led service delivery models und zu primary care networks zeigt, dass pflegegeleitete Modelle dort besonders funktionieren, wo Kooperation, klare Prozesse und unterstützende Systeme vorhanden sind (vgl. Nurse-led service delivery models, 2022). Übertragen auf Primary Nursing heißt das: Die primär verantwortliche Pflegefachperson benötigt definierte Netzwerkpartner, klare Kommunikationswege und abgestimmte Standards für Übergaben und Nachverfolgung (vgl. Khatri et al., 2023). Für die Lausitz könnte ein solcher Ansatz besonders sinnvoll sein, da die Region auf Kooperation zwischen Klinikstandorten, ambulanten Diensten, Hausarztpraxen, Reha-Einrichtungen und kommunalen Akteuren angewiesen ist. Primary Nursing kann hier als strukturelles Bindeglied dienen, das Versorgungsketten stabilisiert und die Qualität der Übergänge verbessert.

6.5 Bedeutung für die Modellregion Lausitz

Die Modellregion Lausitz bietet aufgrund ihrer demografischen und strukturellen Besonderheiten ideale Voraussetzungen für die Einführung eines regionalen Primary-Nursing-Modells. Die Transformation zur Universitätsmedizin, die Entwicklung digitaler Infrastrukturen und die gesundheitspolitische Fokussierung auf sektorenübergreifende Versorgung schaffen ein Umfeld, in dem Primary Nursing als regionales Versorgungsprinzip implementiert werden kann (vgl. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, 2025). Das Modell könnte dazu beitragen, Versorgungskontinuität zu stärken, Übergänge zu stabilisieren und die Rolle der Pflege als koordinierende Profession sichtbar zu machen.

6.6 Zusammenfassung

Primary Nursing bietet ein strukturelles Modell, das Verantwortung, Beziehungskontinuität und Koordination systematisch verbindet.

Die Übertragung auf eine Versorgungsregion wie die Lausitz ist nicht nur möglich, sondern angesichts der regionalen Herausforderungen besonders sinnvoll. Primary Nursing kann als verbindendes Element zwischen den Sektoren wirken, Versorgungsketten stabilisieren und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessern. Damit wird deutlich, dass Primary Nursing nicht nur innerhalb einzelner Einrichtungen wirksam sein kann, sondern das Potenzial besitzt, als strukturelles Organisationsprinzip einer gesamten Versorgungsregion zu dienen. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen jedoch organisatorische und personelle Voraussetzungen erfüllt sein, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

7. Voraussetzungen

7.1 Modelltreue und konzeptionelle Klarheit

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Modelltreue. Die Literatur zeigt, dass Veränderungen häufig dann nur begrenzte Wirkung entfalten, wenn zwar neue Begriffe eingeführt werden, die zugrunde liegende Logik jedoch nicht konsequent umgesetzt wird (vgl. Salma et al., 2022). Genau hier liegt eine typische Gefahr bei Primary Nursing: Das Modell wird oft auf die Zuordnung einer Bezugspflegerperson reduziert, obwohl es eigentlich eine umfassende primäre Fallverantwortung mit Pflegeplanung, Koordination, Dokumentation, Kommunikationsverantwortung und kontinuierlicher Evaluation voraussetzt (vgl. Gonçalves et al., 2023; Wei et al., 2023). Wird diese Struktur nicht vollständig eingeführt, entsteht ein hybrides Modell, das weder die Vorteile klassischer Primärverantwortung noch die Stabilität einer gut abgestimmten Teamorganisation erreicht (vgl. Geltmeyer et al., 2025). Für die Praxis bedeutet dies, dass vor der Einführung von Primary Nursing eine klare Definition der Rollen und Zuständigkeiten erforderlich ist. Pflegefachpersonen müssen wissen, welche Aufgaben zur primären Verantwortung gehören, welche Entscheidungen sie selbst treffen können und wie sie bei Komplikationen oder Unsicherheiten unterstützt werden (vgl. AONL, 2025). Ebenso wichtig ist die Frage der Schnittstellen: Die Primärverantwortung darf nicht im Team isoliert bleiben, sondern muss mit Ärztinnen und Ärzten, Therapieberufen, Sozialdienst und externen Nachversorgungsstrukturen abgestimmt werden (vgl. Khatri et al., 2023).

7.2 Qualifikation und Kompetenzentwicklung

Primary Nursing verlangt nicht nur Erfahrung, sondern klinische Urteilsfähigkeit, Kommunikationskompetenz, pflegerische Diagnostik und ein Verständnis für Verlauf und Koordination (vgl. Bula et al., 2025). Die Diskussion um Advanced Practice Nursing macht deutlich, dass Pflege dort besonders wirksam wird, wo Fachkompetenz mit erweiterten Verantwortungsbereichen verbunden ist (vgl. DBfK, 2025). Für Primary Nursing heißt das nicht, dass nur akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in Frage kommen, wohl aber, dass die Organisation gezielt Kompetenzen aufbauen muss, die über reine Aufgabenbearbeitung hinausgehen. Dazu gehören insbesondere die Einschätzung komplexer Pflegebedarfe, die strukturierte Kommunikation mit Angehörigen, die Begleitung von Übergängen und die Fähigkeit, Pflegeprozesse eigenverantwortlich zu steuern (vgl. Gonçalves et al., 2023). Die Einführung von Primary Nursing muss daher mit gezielten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verbunden werden, die klinische Entscheidungsfähigkeit, pflegerische Diagnostik und Koordinationskompetenz stärken.

7.3 Führung und Organisationskultur

Implementierungsstudien betonen immer wieder, dass erfolgreiche Veränderungsprozesse in der Pflege auf einer aktiven, sichtbaren und glaubwürdigen Führung beruhen (vgl. Hastings et al., 2025; Harrison et al., 2022). Zum Beispiel das PERMA-Modell nach Seligman beschreibt fünf zentrale Dimensionen des Wohlbefindens: Positive Emotionen, Engagement, positive Beziehungen, Sinn und Zielerreichung. Das Modell geht davon aus, dass nachhaltiges Wohlbefinden entsteht, wenn diese fünf Bereiche gezielt gefördert und im Alltag berücksichtigt werden (vgl. Seligman, 2011). Führung bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur administrative Steuerung, sondern auch kulturelle Übersetzungsarbeit: Das Modell muss verständlich gemacht, in Alltagslogiken übersetzt und gegen Rückfalltendenzen geschützt werden (vgl. Doleman et al., 2022). Wenn Primary Nursing lediglich von oben verordnet wird, ohne die Teams in Entwicklung und Evaluation einzubeziehen, steigt das Risiko von Widerstand, Fehlanwendung und Enttäuschung. Eine erfolgreiche Implementierung braucht daher klinische Leitung, die sowohl fachlich als auch kommunikativ anschlussfähig ist, sinnstiften und agil führt und die Pflegefachpersonen in ihrer neuen Verantwortung aktiv unterstützt. Ebenso wichtig ist eine Organisationskultur, in der Verantwortungsübernahme nicht als Belastung, sondern als professioneller Auftrag verstanden wird (vgl. Salma et al., 2022). Organisationen, die stark hierarchisch, kurzfristig oder funktionsorientiert arbeiten, haben es oft schwerer, eine solche Kultur zu etablieren (vgl. Wei et al., 2023).

7.4 Digitale Infrastruktur und Informationsflüsse

Primary Nursing entfaltet seinen Nutzen vor allem dann, wenn Pflegeplanung, Dokumentation und Übergabekommunikation digital unterstützt und über Sektorengrenzen hinweg anschlussfähig sind (vgl. Wahyuni et al., 2024). Elektronische Dokumentation verbessert nicht nur Nachvollziehbarkeit und Sicherheit, sondern erleichtert auch die Sichtbarkeit der primären Pflegeverantwortung im Team und in nachgelagerten Versorgungsbereichen (vgl. Douma et al., 2024). Gerade in einer ländlich geprägten Versorgungsregion wie der Lausitz kann digitale Vernetzung helfen, Informationsverluste zu reduzieren, Follow-up-Prozesse abzusichern und den Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung zu stabilisieren (vgl. Khatri et al., 2023). Telehealth erweitert die Reichweite von Primary Nursing über den physischen Kontakt hinaus. Die Literatur zeigt, dass telehealth-basierte Versorgung bei chronischen oder palliativen Settings helfen kann, Kontakt zu halten, Nachsorge zu unterstützen und Versorgungslücken zwischen Präsenzterminen zu reduzieren (vgl. telehealth rural review, 2023). Für Primary Nursing ist dies relevant, da die primär verantwortliche Pflegefachperson dadurch auch nach Entlassung oder zwischen stationären Kontakten erreichbar bleiben kann.

7.5 Ressourcen und Personalausstattung

Primary Nursing kann nur dann nachhaltig wirken, wenn die Einführung nicht zu einer Überlastung der Pflegefachpersonen führt. Die Literatur zeigt, dass Modelle, die auf Beziehungskontinuität und Verantwortungsübernahme basieren, eine ausreichende Personalausstattung benötigen, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen (vgl. Geltmeyer et al., 2025). Eine Einführung unter Bedingungen von chronischem Personalmangel birgt das Risiko, dass die Primary Nurse ihre Aufgaben nicht vollständig wahrnehmen kann, was zu Frustration und Qualitätsverlust führen kann. Daher müssen Ressourcen realistisch geplant werden und

Pflegeprozesse am Versorgungsziel ausgerichtet werden. Dazu gehören angemessene Fallzahlen, klare Vertretungsregelungen und die Sicherstellung, dass die Primary Nurse ausreichend Zeit für Beziehungsgestaltung, Koordination und Dokumentation hat.

7.6 Regionale Voraussetzungen in der Lausitz

Für die Modellregion Lausitz ergeben sich besondere Voraussetzungen. Die Region ist durch große Distanzen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen und begrenzte Ressourcen geprägt. Gleichzeitig entstehen durch die Entwicklung der Universitätsmedizin neue Möglichkeiten für Forschung, Lehre und Versorgung. Die Einführung von Primary Nursing muss daher regional abgestimmt werden und auf Kooperation zwischen Klinikstandorten, ambulanten Diensten, Hausarztpraxen, Reha-Einrichtungen und kommunalen Akteuren basieren (vgl. Özkaytan et al., 2023). Die Lausitz bietet damit sowohl Herausforderungen als auch Chancen: Herausforderungen aufgrund der strukturellen Bedingungen, Chancen aufgrund der regionalen Transformationsprozesse und der Möglichkeit, innovative Versorgungsmodelle zu erproben.

7.7 Empirische Erfahrungen aus der Implementierung von Primary Nursing

Erfahrungen aus der Einführung von Primary Nursing in deutschen Krankenhäusern zeigen, dass der Erfolg des Modells wesentlich von organisatorischen, personellen und kulturellen Rahmenbedingungen abhängt. Ein Implementierungsprojekt am Alfried Krupp Krankenhaus Essen zwischen 2023 und 2025 verdeutlicht, dass Primary Nursing zu mehr Patientenorientierung, Beziehungskontinuität und professioneller Verantwortung beitragen kann (vgl. Friedhoff & Bräutigam, 2026). Die Einführung wurde durch eine Analyse der bestehenden Organisationsform, Befragungen sowie Schulungen zu Pflegeprozessverantwortung, Kommunikation, Beziehungsgestaltung, Interdisziplinarität und Patientenpartizipation begleitet. Primary Nursing wurde damit nicht nur als organisatorische Veränderung, sondern auch als Entwicklung eines neuen professionellen Rollenverständnisses verstanden. Die Evaluation zeigte standortabhängige Unterschiede. An einem Standort verbesserten sich die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, ihre Beteiligung am Pflegeprozess sowie die wahrgenommene Professionalität und Autonomie der Pflegefachpersonen. Am zweiten Standort war die Umsetzung aufgrund unzureichender personeller Rahmenbedingungen, hoher Fluktuation, komplexer Stationsstrukturen und einer unzureichenden Implementierungsvorbereitung nur eingeschränkt möglich. Dennoch zeigte sich auch dort eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit. Die Ergebnisse bestätigen, dass Primary Nursing ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen, gezielte Qualifizierung, eine sorgfältige Vorbereitung, kontinuierliche Begleitung und interprofessionelle Zusammenarbeit voraussetzt. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsregion wie die Lausitz bedeutet dies, dass Implementierung, Führung, Ressourcen und Evaluation eng miteinander verknüpft werden müssen. Primary Nursing ist daher nicht als einmalige Organisationsentscheidung, sondern als langfristiger Veränderungsprozess zu verstehen (vgl. Friedhoff & Bräutigam, 2026).

7.8 Zusammenfassung

Die Einführung von Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion erfordert klare Rollen, gezielte Kompetenzentwicklung, starke Führung, digitale Infrastruktur, ausreichende Ressourcen und eine unterstützende Organisationskultur. Für die Lausitz sind diese

Voraussetzungen besonders relevant, da die Region strukturelle Herausforderungen aufweist, gleichzeitig aber über ein hohes Innovationspotenzial verfügt. Die dargestellten Voraussetzungen verdeutlichen, dass Primary Nursing nicht allein durch strukturelle Veränderungen umgesetzt werden kann. Unterstützende Rahmenbedingungen, insbesondere digitale Lösungen, sind daher ein wesentlicher Erfolgsfaktor und werden im folgenden Kapitel näher betrachtet.

8. Digitalisierung als Enabler

8.1 Einleitung

Digitalisierung ist für Primary Nursing kein ergänzendes Element, sondern eine zentrale Ermöglichungsbedingung. Ein Modell, das auf Beziehungskontinuität, Primärverantwortung und koordinierter Versorgung beruht, benötigt verlässliche Informationsflüsse, gemeinsame Dokumentationsstandards und digitale Schnittstellen zwischen stationären, ambulanten und regionalen Akteuren. Die Literatur zeigt, dass digitale Systeme die Qualität der Versorgung verbessern können, indem sie Informationsverluste reduzieren, Übergänge stabilisieren und die Sichtbarkeit pflegerischer Entscheidungen erhöhen (vgl. Wahyuni et al., 2024; Saraswasta et al., 2021). Gerade in ländlichen Regionen wie der Lausitz kann Digitalisierung dazu beitragen, räumliche Distanz durch bessere Koordination zu kompensieren und die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken. Die nationale Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen betont die Bedeutung interoperabler Systeme, sektorenübergreifender Dokumentation und digitaler Kommunikationswege. Initiativen wie die elektronische Patientenakte (ePA), digitale Pflegeanwendungen und regionale Gesundheitsplattformen sollen Informationsflüsse verbessern und Versorgungskontinuität stärken (vgl. Interprofessionelles Zentrum Digitale Gesundheit, 2025). Für Primary Nursing ist dies von zentraler Bedeutung, da das Modell auf verlässliche Informationsflüsse angewiesen ist. Die Förderung digitaler Infrastruktur unterstützt damit die Umsetzung eines regionalen Primary-Nursing-Modells, insbesondere in ländlichen Regionen wie der Lausitz, in denen digitale Vernetzung strukturelle Distanzen überbrücken kann (vgl. Wahyuni et al., 2024).

8.2 Digitale Dokumentation als Grundlage pflegerischer Kontinuität

Die gemeinsame Dokumentation bildet die Grundlage dafür, dass Primary Nursing über einzelne Einrichtungen hinaus wirksam werden kann. Elektronische Pflegedokumentation verbessert die Patientensicherheit, die Dokumentationsqualität und die Nachvollziehbarkeit pflegerischer Entscheidungen, sofern sie logisch strukturiert und standardisiert umgesetzt wird (vgl. Wahyuni et al., 2024). Für Primary Nursing ist dies besonders wichtig, da die primär verantwortliche Pflegefachperson nur dann Kontinuität sichern kann, wenn ihre klinischen Einschätzungen, Pflegeziele und Maßnahmen für andere Berufsgruppen und nachgelagerte Versorgungsbereiche nachvollziehbar sind. Die Literatur zeigt, dass digitale Dokumentation insbesondere an Schnittstellen entscheidend ist. Übergänge zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung und Rehabilitation gelten als besonders fehleranfällig, da pflegerische Informationen häufig unvollständig oder in nicht interoperablen Systemen übermittelt werden (vgl. Müller-Staub et al., 2021). Standardisierte Terminologien, gemeinsame Kerndatensätze und interoperable Systeme sind daher zentrale Voraussetzungen für die Umsetzung eines regionalen Primary-Nursing-Modells (vgl. Interprofessionelles Zentrum Digitale Gesundheit, 2025).

8.3 Digitale Vernetzung und sektorenübergreifende Informationsflüsse

Primary Nursing setzt voraus, dass Informationen über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg verfügbar sind. Digitale Vernetzung ermöglicht es, pflegerische Informationen sektorenübergreifend bereitzustellen und damit die Kontinuität der Versorgung zu stärken. Die Literatur zeigt, dass digitale Netzwerke die Koordination zwischen Krankenhaus, ambulanter Pflege, Hausarztpraxen und kommunalen Diensten verbessern können, indem sie relevante Informationen zeitnah bereitstellen und Kommunikationswege vereinheitlichen (vgl. Khatri et al., 2023). Für die Lausitz ist dies besonders relevant, da die Region durch große Distanzen und heterogene Versorgungsstrukturen geprägt ist. Eine regionale Gesundheitsplattform könnte dazu beitragen, pflegerische Informationen über Organisationsgrenzen hinweg verfügbar zu machen und die Rolle der Primary Nurse als koordinierende Akteurin zu stärken.

8.4 Telehealth als Erweiterung der pflegerischen Reichweite

Telehealth erweitert die Reichweite von Primary Nursing über den physischen Kontakt hinaus. Die Literatur zeigt, dass telehealth-basierte Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen, palliativen Situationen und in ländlichen Regionen helfen kann, Kontakt zu halten, Nachsorge zu unterstützen und Versorgungslücken zwischen Präsenzterminen zu reduzieren (vgl. telehealth rural review, 2023). Für Primary Nursing ist dies relevant, da die primär verantwortliche Pflegefachperson dadurch auch nach Entlassung oder zwischen stationären Kontakten erreichbar bleiben kann.

8.5 Digitale Unterstützung für Übergänge und Nachsorge

Übergänge zwischen Versorgungseinrichtungen sind besonders fehleranfällig. Digitale Systeme können dazu beitragen, diese Übergänge zu stabilisieren, indem sie relevante Informationen automatisiert bereitstellen, Übergabestandards unterstützen und Nachsorgeprozesse strukturieren (vgl. Allen et al., 2021). Für Primary Nursing ist dies entscheidend, da die Primary Nurse häufig die zentrale Akteurin ist, die Übergänge begleitet und sicherstellt, dass pflegerische Bedarfe nicht verloren gehen. Digitale Tools können die Primary Nurse dabei unterstützen, Nachsorgetermine zu koordinieren, Angehörige einzubinden und die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen zu strukturieren. Dadurch wird die Managementkontinuität gestärkt, die als zentrale Dimension der Versorgungskontinuität gilt (vgl. Håkansson et al., 2024).

8.6 Regionale digitale Infrastruktur in der Lausitz

Die Lausitz bietet aufgrund ihrer strukturellen Besonderheiten besondere Chancen für die Entwicklung einer regionalen digitalen Infrastruktur. Die Transformation zur Universitätsmedizin und die regionalen Innovationsprozesse schaffen ein Umfeld, in dem digitale Lösungen gezielt entwickelt und implementiert werden können. Eine regionale Gesundheitsplattform könnte dazu beitragen, pflegerische Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen, Übergänge zu stabilisieren und die Rolle der Primary Nurse als koordinierende Akteurin zu stärken (vgl. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, 2025). Digitale Infrastruktur ist damit nicht nur ein technisches Element, sondern eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung eines regionalen Primary-Nursing-Modells. Digitalisierung schafft die infrastrukturellen Voraussetzungen für ein sektorenübergreifendes Primary-Nursing-Modell. Ob dieses Potenzial genutzt werden kann, hängt jedoch wesentlich von den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ab, die im folgenden Kapitel betrachtet werden.

9. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation

9.1 Implikationen für die Versorgung

Die Versorgung profitiert von Primary Nursing insbesondere durch eine Stärkung der Kontinuität sowie die Erweiterung der Primärverantwortlichkeit in jedem Versorgungssetting. Die Zuordnung einer primär verantwortlichen Pflegefachperson verbessert die Beziehungskontinuität, da Patientinnen und Patienten über den gesamten Versorgungsverlauf hinweg eine konstante Ansprechpartnerin haben. Dies führt zu höherem Vertrauen, besserer Adhärenz und einer stärkeren Einbindung in Entscheidungen (vgl. Kitson et al., 2019; Håkansson et al., 2024). Gleichzeitig verbessert die Primary Nurse die Informationskontinuität, indem sie relevante pflegerische Informationen strukturiert dokumentiert und über Sektorengrenzen hinweg verfügbar macht. Die Managementkontinuität wird ebenfalls gestärkt, da die Primary Nurse den gesamten Pflegeprozess steuert und Übergänge zwischen Versorgungseinrichtungen begleitet. Dies reduziert Versorgungsabbrüche, stabilisiert Nachsorgeprozesse und verbessert die Koordination zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und kommunalen Diensten (vgl. Allen et al., 2021; Khatri et al., 2023). Für die Lausitz ist dies besonders relevant, da die Region durch große Distanzen und heterogene Versorgungsstrukturen geprägt ist.

9.2 Implikationen für das Personal

Für Pflegefachpersonen bedeutet Primary Nursing eine deutliche Erweiterung der Verantwortungsbereiche. Die Primary Nurse übernimmt klinische Entscheidungsprozesse, steuert den Pflegeverlauf und koordiniert die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Dies stärkt die professionelle Rolle der Pflege und erhöht die Sichtbarkeit pflegerischer Expertise (vgl. Manthey, 2016; Dal Molin et al., 2023). Gleichzeitig erfordert das Modell eine hohe klinische Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Koordinationskompetenz. Die Einführung von Primary Nursing kann die Arbeitszufriedenheit erhöhen, da Pflegefachpersonen mehr Autonomie erhalten und ihre Arbeit als kohärenter und professionell anspruchsvoller erleben (vgl. Gray et al., 2021). Allerdings besteht auch das Risiko einer Überlastung, wenn die Personalausstattung nicht ausreicht oder die Verantwortlichkeiten nicht klar definiert sind (vgl. Geltmeyer et al., 2025). Daher müssen Fallzahlen, Vertretungsregelungen und Ressourcen realistisch geplant werden. Für die Lausitz ergeben sich besondere Chancen, da die Region durch die Entwicklung der Universitätsmedizin neue Möglichkeiten für Fort- und Weiterbildung sowie für die Etablierung erweiterter Rollen wie Advanced Practice Nursing bietet (vgl. Bula et al., 2025).

9.3 Implikationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Primary Nursing verändert die interprofessionelle Zusammenarbeit, da die Primary Nurse als zentrale Koordinationsperson fungiert. Dies führt zu klareren Kommunikationswegen, besser abgestimmten Prozessen und einer stärkeren Einbindung der Pflege in klinische Entscheidungsprozesse (vgl. Khatri et al., 2023). Die Literatur zeigt, dass interprofessionelle Teams besonders effektiv arbeiten, wenn Verantwortlichkeiten klar definiert sind und die Pflege als gleichberechtigte Profession anerkannt wird (vgl. Harrison et al., 2022). Für die sektorenübergreifende Versorgung bedeutet dies, dass die Primary Nurse eine Schlüsselrolle in der Abstimmung zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und kommunalen Diensten übernimmt. Dies stärkt die Kohärenz der Versorgungsketten und verbessert die Qualität der Übergänge.

9.4 Implikationen für Organisationen

Organisationen müssen ihre Strukturen anpassen, um Primary Nursing erfolgreich umzusetzen. Dazu gehören klare Rollenbeschreibungen, definierte Verantwortlichkeiten, digitale Dokumentationssysteme und unterstützende Führungsstrukturen (vgl. Salma et al., 2022). Die Einführung von Primary Nursing erfordert zudem eine Organisationskultur, die Verantwortungsübernahme fördert und pflegerische Autonomie unterstützt. Einrichtungen müssen sicherstellen, dass die Primary Nurse ausreichend Zeit für Beziehungsgestaltung, Koordination und Dokumentation hat. Dies erfordert eine Anpassung der Dienstplanung, der Arbeitsorganisation und der Personalressourcen. Gleichzeitig müssen Führungskräfte die Teams aktiv begleiten, Widerstände adressieren und die Modelltreue sichern (vgl. Hastings et al., 2025).

9.5 Implikationen für regionale Netzwerke

Für regionale Netzwerke wie die Lausitz bedeutet Primary Nursing, dass Versorgung nicht mehr als isolierte Leistung einzelner Einrichtungen verstanden wird, sondern als kohärenter Prozess, der durch eine primär verantwortliche Pflegefachperson strukturiert wird.

Dies erfordert gemeinsame Standards, abgestimmte Übergabeprozesse, digitale Schnittstellen und definierte Netzwerkpartner (vgl. Özkaytan et al., 2023). Die Primary Nurse kann als verbindendes Element zwischen den Sektoren wirken und die Qualität der Versorgungsketten verbessern. Dies stärkt die regionale Versorgung insgesamt und kann dazu beitragen, strukturelle Herausforderungen wie große Distanzen und heterogene Versorgungsstrukturen zu überwinden.

10. Handlungsempfehlungen

10.1 Einleitung

Die Einführung von Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion erfordert strategische Entscheidungen, die sowohl die Versorgungspraxis als auch die organisatorischen und politischen Rahmenbedingungen betreffen. Handlungsempfehlungen müssen daher auf mehreren Ebenen ansetzen: der regionalen Versorgungsebene, der organisatorischen Ebene innerhalb von Einrichtungen sowie der gesundheitspolitischen Ebene. Die folgenden Empfehlungen basieren auf der Analyse internationaler Entwicklungen, theoretischer Grundlagen, empirischer Evidenz und der spezifischen Rahmenbedingungen der Modellregion Lausitz. Sie sollen dazu beitragen, Primary Nursing als sektorenübergreifendes Versorgungsmodell nachhaltig zu implementieren und die Qualität der Versorgung langfristig zu verbessern (vgl. Gonçalves et al., 2023; Wei et al., 2023).

10.2 Regionale Handlungsempfehlungen

Für die Modellregion Lausitz ist die Entwicklung eines regionalen Primary-Nursing-Netzwerks zentral. Ein solches Netzwerk sollte Einrichtungen der stationären Versorgung, ambulante Pflegedienste, Hausarztpraxen, Reha-Einrichtungen und kommunale Dienste miteinander verbinden. Die Primary Nurse kann in diesem Netzwerk als koordinierende Akteurin fungieren, die Versorgungsketten stabilisiert und Übergänge begleitet (vgl. Özkaytan et al., 2023). Regionale Standards für Übergaben, Nachsorge und Dokumentation sollten gemeinsam entwickelt und verbindlich implementiert werden. Darüber hinaus sollte die Region eine gemeinsame digitale

Plattform etablieren, die pflegerische Informationen sektorenübergreifend verfügbar macht. Diese Plattform könnte die Grundlage für eine regionale Gesundheitsakte bilden, die sowohl die Arbeit der Primary Nurse als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützt (vgl. Interprofessionelles Zentrum Digitale Gesundheit, 2025). Die Lausitz bietet aufgrund ihrer Transformationsprozesse und der Entwicklung zur Universitätsmedizin ideale Voraussetzungen für die Etablierung eines solchen Modells.

10.3 Organisatorische Handlungsempfehlungen

Einrichtungen, die Primary Nursing implementieren möchten, müssen klare Rollenbeschreibungen und Verantwortlichkeiten definieren. Die Primary Nurse sollte eine eindeutige Fallverantwortung erhalten, die Pflegeplanung, Koordination, Kommunikation und Evaluation umfasst (vgl. Manthey, 2016). Vertretungsregelungen müssen so gestaltet werden, dass Kontinuität auch bei Abwesenheit gewährleistet bleibt. Die Einführung von Primary Nursing sollte durch gezielte Fort- und Weiterbildungsprogramme begleitet werden, die klinische Entscheidungsfähigkeit, pflegerische Diagnostik und Koordinationskompetenz stärken (vgl. Bula et al., 2025). Führungskräfte müssen die Teams aktiv begleiten, Widerstände adressieren und die Modelltreue sichern (vgl. Hastings et al., 2025). Eine unterstützende Organisationskultur, die Verantwortungsübernahme fördert und pflegerische Autonomie stärkt, ist entscheidend für den Erfolg des Modells.

10.4 Handlungsempfehlungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte durch klare Kommunikationswege und abgestimmte Prozesse gestärkt werden. Die Primary Nurse sollte als zentrale Ansprechpartnerin für andere Berufsgruppen fungieren und in klinische Entscheidungsprozesse eingebunden werden (vgl. Khatri et al., 2023). Gemeinsame Fallbesprechungen, standardisierte Übergaben und interprofessionelle Schulungen können dazu beitragen, die Zusammenarbeit zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Für die sektorenübergreifende Versorgung sollten regionale Kooperationsvereinbarungen entwickelt werden, die die Rolle der Primary Nurse in Übergangsprozessen klar definieren. Dies stärkt die Kohärenz der Versorgungsketten und verbessert die Qualität der Nachsorge.

10.5 Handlungsempfehlungen für die Digitalisierung

Digitale Systeme sollten so gestaltet werden, dass sie die Arbeit der Primary Nurse unterstützen und sektorenübergreifende Informationsflüsse ermöglichen. Dazu gehören interoperable Dokumentationssysteme, gemeinsame Kerndatensätze und digitale Kommunikationswege (vgl. Wahyuni et al., 2024). Telehealth sollte gezielt eingesetzt werden, um die Reichweite der Primary Nurse zu erweitern und Versorgungslücken in ländlichen Regionen zu schließen (vgl. telehealth rural review, 2023).

Die Lausitz sollte die Entwicklung einer regionalen digitalen Infrastruktur priorisieren, die pflegerische Informationen über Organisationsgrenzen hinweg verfügbar macht und die Koordination zwischen verschiedenen Versorgungsebenen unterstützt.

10.6 Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen

Auf gesundheitspolitischer Ebene sollten rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die sektorenübergreifende Verantwortung der Primary Nurse klar definieren und finanziell absichern. Das Pflegekompetenzgesetz sollte genutzt werden, um erweiterte Rollen wie Advanced Practice Nursing und Community Health Nursing in regionale Versorgungsmodelle zu integrieren (vgl. Deutscher Pflegerat, 2024). Diese Rollen können die Primary Nurse fachlich unterstützen und komplexe Versorgungssituationen steuern. Die Krankenhausstrukturreform sollte genutzt werden, um regionale Versorgungsnetzwerke zu stärken und pflegerische Verantwortung sichtbar zu machen. Politische Förderprogramme sollten gezielt eingesetzt werden, um die Entwicklung digitaler Infrastruktur, die Etablierung regionaler Netzwerke und die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle zu unterstützen.

11.Primary Nursing an der MUL-CT

Die Einführung der Primärpflege (Primary Nursing) an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CT) ist ein umfassender Veränderungsprozess, der im Rahmen des Projekts „Zukunft Pflege 2023“ begonnen wurde und seitdem schrittweise umgesetzt wird. Ziel ist die Umstellung von der Bereichspflege auf ein patientenzentriertes Pflegeorganisationsmodell, bei dem jeder Patient einer primärverantwortlichen Pflegefachperson zugeordnet wird. Diese übernimmt die Verantwortung für die Planung, Koordination und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses und fungiert als zentrale Ansprechperson für Patienten, Angehörige sowie allen anderen beteiligten Berufsgruppen. Zur Unterstützung der Implementierung wurden unter anderem die Übergabe am Patientenbett, eine Steigerung der Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen sowie neue Führungs- und Organisationsstrukturen gefördert (siehe Rahmenkonzept Aufgaben TL und Aufgabe PN).

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Umsetzung ist die schrittweise Etablierung der interprofessionellen Fallbesprechung und der kollegialen Beratung. Die interprofessionellen Fallbesprechungen fördern den fachübergreifenden Austausch und ermöglichen eine gemeinsame, patientenzentrierte Entscheidungsfindung. Die kollegiale Beratung unterstützt Pflegefachpersonen dabei, komplexe Pflegesituationen gemeinsam zu reflektieren, Erfahrungen auszutauschen und praxisorientierte Lösungsansätze zu entwickeln. Beide Formate leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung, stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit und fördern die kontinuierliche Weiterentwicklung der Primärpflege.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt zudem auf der Rolle der Teamleitungen im Veränderungsprozess. Neben ihrer Führungsverantwortung übernehmen sie eine zentrale Funktion in den Planungsgruppen, in denen die Umsetzung und Weiterentwicklung der Primärpflege gemeinsam mit den Mitarbeitenden gestaltet wird. Die Arbeit in den Planungsgruppen basiert auf einer vertrauensvollen Beziehungsarbeit und lebt von einem offenen, wertschätzenden Austausch zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. Durch diese Form der Zusammenarbeit werden Mitarbeitende aktiv in Veränderungsprozesse einbezogen, Eigenverantwortung gestärkt und gemeinsame Lösungen entwickelt. Die Teamleitungen fördern damit eine offene Kommunikationskultur,

unterstützen die professionelle Entwicklung der Pflegefachpersonen und tragen wesentlich dazu bei, die Prinzipien der Primärpflege nachhaltig im Arbeitsalltag zu verankern. Kollegiale Beratung ist hierfür ein entscheidendes Instrument.

Die Mitarbeitenden der Stationen erhalten im Rahmen ihrer Planungsgruppen die Möglichkeit aktiv an der individuellen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Primärpflege mitzuwirken. Durch ihre fachliche Expertise und die Berücksichtigung stationspezifischer Gegebenheiten können sie dazu beitragen, das Konzept an die Anforderungen der jeweiligen Bereiche anzupassen. Diese aktive Beteiligung der Mitarbeitenden ist ein wesentlicher Bestandteil des Veränderungsprozesses und fördert die Akzeptanz sowie die nachhaltige Umsetzung der Primärpflege.

Der gesamte Implementierungsprozess wird durch das Team der Primärpflege begleitet. Dieses unterstützt die Stationen beratend bei der Einführung und Weiterentwicklung des Primärpflegemodells, begleitet Veränderungsprozesse, moderiert Planungsgruppen und fördert den fachlichen Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Durch Schulungen, Beratung und kontinuierliche Begleitung trägt das Team dazu bei, die Prinzipien der Primärpflege nachhaltig in der Praxis zu verankern und eine einheitliche, qualitativ hochwertige Umsetzung auf den Stationen zu gewährleisten.

Die Umsetzung der Primärpflege ist mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Zu den zentralen Stolpersteinen zählen begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen, eine hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals sowie Defizite in der interprofessionellen Kommunikation. Darüber hinaus können organisatorische Strukturen, fehlende Kontinuität in der Versorgung und unterschiedliche Gesundheitskompetenzen der Patientinnen und Patienten die Qualität der Primärpflege beeinflussen.

Insgesamt befindet sich die Umsetzung der Primärpflege an der MUL-CT in einem fortlaufenden Entwicklungsprozess. Durch die Verbindung von patientenzentrierter Pflege, interprofessioneller Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Begleitung und beziehungsorientierter Führung werden die Voraussetzungen geschaffen, die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern und eine zukunftsfähige Pflegeorganisation zu etablieren.

12. Fazit und Ausblick

12.1 Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse

Die Analyse zeigt, dass Primary Nursing weit über ein innerstationäres Organisationsmodell hinausgeht. Es ist ein professionelles, sektorenübergreifendes Versorgungsprinzip, das Verantwortung, Beziehungskontinuität und koordinierte Versorgung systematisch miteinander verbindet. Die theoretischen Grundlagen – insbesondere Person-centred Care, Fundamentals of Care, Relationship-based Care und Continuity of Care – verdeutlichen, dass Primary Nursing ein integratives Modell ist, das sowohl wissenschaftlich fundiert als auch praktisch anschlussfähig ist (vgl. Kitson et al., 2018; Ploeg et al., 2020; Håkansson et al., 2024). Die internationale Evidenz zeigt, dass Modelle, die auf pflegerischer Verantwortung und Kontinuität basieren, positive Effekte auf Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität und pflegesensitive Outcomes haben können (vgl. Dal Molin et al., 2023; Gonçalves et al., 2023). Gleichzeitig wird deutlich, dass die Wirksamkeit solcher Modelle stark von Kontextfaktoren wie Führung, digitaler

Infrastruktur, Personalausstattung und organisationaler Kultur abhängt (vgl. Salma et al., 2022; Wei et al., 2023). Für die Modellregion Lausitz ergibt sich ein besonderes Potenzial: Die Region befindet sich in einem umfassenden Transformationsprozess, der durch die Entwicklung zur Universitätsmedizin, die Digitalisierung regionaler Versorgungsstrukturen und die gesundheitspolitische Fokussierung auf sektorenübergreifende Versorgung geprägt ist. Diese Rahmenbedingungen schaffen ein Umfeld, in dem Primary Nursing als regionales Versorgungsmodell implementiert und evaluiert werden kann.

12.2 Bedeutung für die Modellregion Lausitz

Die Lausitz steht exemplarisch für die Herausforderungen ländlicher Regionen: große Distanzen, alternde Bevölkerung, heterogene Versorgungsstrukturen und begrenzte Ressourcen. Gleichzeitig bietet die Region durch ihre Transformation zur Universitätsmedizin und durch politische Förderprogramme eine einzigartige Chance, innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln und die Integration der Profession und ihrer Wirksamkeit in der Versorgungsregion zu erproben (vgl. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem, 2025). Primary Nursing kann in der Lausitz als strukturelles Bindeglied zwischen stationären, ambulanten und kommunalen Versorgungsbereichen wirken. Die primär verantwortliche Pflegefachperson kann Versorgungsketten stabilisieren, Übergänge begleiten und die Kontinuität der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg sichern. Dies ist besonders relevant, da die Literatur zeigt, dass Versorgungskontinuität ein zentraler Qualitätsfaktor moderner Gesundheitssysteme ist (vgl. Håkansson et al., 2024). Die Einführung eines regionalen Primary-Nursing-Modells könnte die Lausitz zu einer Modellregion für Deutschland machen, in der pflegerische Verantwortung, digitale Infrastruktur und sektorenübergreifende Versorgung systematisch miteinander verbunden werden.

12.3 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung

Die erfolgreiche Implementierung von Primary Nursing erfordert klare Rollen, gezielte Kompetenzentwicklung, starke Führung, digitale Infrastruktur, ausreichende Ressourcen und eine unterstützende Organisationskultur. Diese Voraussetzungen sind nicht optional, sondern konstitutiv für die Wirksamkeit des Modells (vgl. Salma et al., 2022; Hastings et al., 2025). Besonders wichtig ist die Modelltreue: Primary Nursing darf nicht auf die Zuordnung einer Bezugspflegerperson reduziert werden, sondern muss als umfassende primäre Fallverantwortung verstanden und umgesetzt werden. Nur dann können die Vorteile des Modells – insbesondere Beziehungskontinuität, Informationskontinuität und Managementkontinuität – vollständig realisiert werden (vgl. Gonçalves et al., 2023).

12.4 Ausblick: Perspektiven für Forschung, Praxis und Politik

Die Einführung von Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion eröffnet vielfältige Perspektiven für Forschung, Praxis und Politik.

Forschungsperspektiven

Die Lausitz bietet die Möglichkeit, Primary Nursing als regionales Modell wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren. Dies umfasst die Analyse von pflegesensitiven Outcomes,

Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität, interprofessioneller Zusammenarbeit und digitaler Infrastruktur. Die Region könnte damit zu einem Forschungsstandort für sektorenübergreifende Pflegeverantwortung werden.

Praxisperspektiven

Ein regionales Primary-Nursing-Modell könnte die Versorgung in der Lausitz nachhaltig verbessern, indem es Übergänge stabilisiert, Versorgungsketten kohärenter macht und die Rolle der Pflege als koordinierende Profession stärkt. Einrichtungen könnten Primary Nursing nutzen, um Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, Verantwortlichkeiten zu klären und die Qualität der Versorgung zu verbessern

Politische Perspektiven

Die Krankenhausstrukturreform, das Pflegekompetenzgesetz und die Digitalisierungspolitik schaffen ein politisches Umfeld, in dem pflegerische Verantwortungsmodelle zunehmend gefördert werden. Die Lausitz könnte als Modellregion dienen, die zeigt, wie pflegerische Verantwortung sektorenübergreifend organisiert werden kann. Dies könnte Impulse für nationale Reformprozesse geben und die Rolle der Pflege im Gesundheitssystem nachhaltig stärken.

Literaturverzeichnis

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M.D., Maier, C.B., Moreno-Casbas, M.T., Ball, J.E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W. (2021) Nursing skill mix and patient outcomes in acute care settings: an updated review. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103849.

AONL. 2025. Leadership and nursing practice resources.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Valaitis, R. & Donald, F. (2022) Advanced Practice Nursing: An Essential Component of Country Level Human Resources for Health. *International Council of Nurses*, Genf.

Buchan, J., Catton, H. & Shaffer, F.A. (2022) Sustain and Retain in 2022 and Beyond: The Global Nursing Workforce and the COVID-19 Pandemic. *International Centre on Nurse Migration*, Genf.

Bula, A. et al. 2025. APN and advanced practice nursing developments.

Bundesministerium für Gesundheit (2024) Krankenhausreform und Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG)

Bundesministerium für Gesundheit (2025): Pflegekompetenzgesetz

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2020): Strukturstärkungsgesetz Kohleregionen.

Burch, P. et al. 2024. Patient reported measures of continuity of care and health outcomes: a systematic review.

Canadian Nurses Association (2023) Advanced Nursing Practice: A Pan-Canadian Framework. Ottawa.

Chen, C. C. et al. 2023. Does continuity of care improve patient satisfaction?

Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M. & Rasero, L. (2023) Primary Nursing: Systematic Review and Implications for Nursing Practice. *Journal of Nursing Management*, 31(4), 1123–1137.

DBfK. 2025. Positionspapier zu Pflegeentwicklung und Berufspolitik.

Deutscher Pflegerat (2024) Positionen zum Pflegekompetenzgesetz. Berlin.

- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (2023): Gesundheitskompetenz und Prävention.
- Doleman, G. et al. 2022. Development, implementation and evaluation of a Professional Practice Model: A scoping review.
- Douma, R. et al. 2024. Digital documentation in nursing and care continuity.
- Elwyn, G., Frosch, D.L., Thompson, R. et al. (2012) 'Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice', *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), pp. 1361–1367.
- Feo, R. et al. 2020. Fundamentals of Care framework research.
- Friedhoff, M. & Bräutigam, C. (2026): Mehr Verantwortung, mehr Beziehung? Primary Nursing im Krankenhaus. *Die Schwester | Der Pfleger*, 8/2026, S. 74–77.
- Geltmeyer, K. et al. 2025. Nursing care delivery models and outcomes.
- Gonçalves, L., (2023). Primary Nursing and continuity in nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 135, Article 104345. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104345>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G.B. & Ball, J. (2018) Missed Nursing Care and Patient Outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 84, 1–10.
- Håkansson, J., Öhlén, J., Ekstedt, M. & Lindahl, B. (2024) Continuity of Care in Contemporary Health Systems: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, 24, 118.
- Halek, M./ Malek, M./ Brandt Kruhøffer, C./ Dinand, C./ Klug, K./ Jagoda, F. A./ Köseoglu-Örnek, Ö./ Stewig-Nitschke, A./ Autschbach, D. (2026). Die deutsche Version des Fundamentals of Care Frameworks. Übersetzungsprozess und kulturelle Adaptation. *Pflege & Gesellschaft*, 31(1), 37–53. <https://doi.org/10.3262/PUG2601037>
- Hastings, B. J. et al. 2025. Guidance for successful healthcare transformation: A systematic review of change management practices and outcomes.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (eds.) (2021) *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. 12th ed. New York: Thieme.
- Hübner, U., Shaw, T., Elias, B. & Thye, J. (2024) 'Digital Health Transformation and Nursing Informatics', *International Journal of Medical Informatics*, 185, 105412.
- International Council of Nurses (ICN) (2024) *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Genf.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2023). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Version 3*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Kaczorek, I; Pigolla, S.; Quieß L. (2026) Primary Nursing an der MUL-CT
- Khatri, N. et al. 2023. Continuity and care coordination of primary health care.

Kickbusch, I. & Gleicher, D. (2018) Governance for Health in the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Kitson, A. L. (2018). The fundamentals of care framework as a point of care nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>

Kitson, A., Conroy, T., Wengström, Y., Profetto-McGrath, J. & Robertson-Malt, S. (2019) Defining the Fundamentals of Care. *International Journal of Nursing Practice*, 25(3), e12718.

Koloroutis, M. (2021) Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. Minneapolis: Creative Health Care Management.

Güttler, Lea (2026) Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung. Impulspapier. MUL-CT

Lake, E.T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K.A., Schoenauer, K.M. & Chen, Y. (2019) A Meta-analysis of the Associations Between the Nurse Work Environment and Outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361.

Land Brandenburg (2024): Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem.

Manthey, M. (2016) The Practice of Primary Nursing. Minneapolis: Creative Health Care Management.

Martínez-González, N.A., Tandjung, R., Djalali, S., Rosemann, T. & Pechlivanoglou, P. (2021) Substitution of Physicians by Nurses in Primary Care: Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 21, 214.

Mattila, E., & Pitkänen, A. (2014). Primary Nursing in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 567–575. <https://doi.org/10.1111/scs.12112>

McCormack, B. & McCance, T. (2021) Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell.

Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur Brandenburg (2024): Universitätsmedizin Lausitz

Nguyen, H., Chou, Y., Wang, H. & Lee, P. (2023) Care Coordination for Patients with Multimorbidity: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 17.

Nyaga, V. et al. 2023. Fragmented care and chronic disease outcomes.

Odebiyi, B. et al. 2025. Patient perceptions of relational continuity in England.

OECD (2024) Health at a Glance 2024: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2023-en

Özkaytan, M. et al. 2023. Rural integrated care and continuity challenges.

Pene, M. et al. 2025. Person-centred nursing practice.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017) 'Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), CD000072.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Ryan, T. et al. 2022. Person-centred care in nursing: review.

Sachverständigenrat Gesundheit (2023) *Resiliente Strukturen im Gesundheitswesen*. Berlin.

Salma, I. et al. 2022. Mapping research findings on change implementation in nursing practice: A scoping literature review.

Saraswasta, D. et al. 2021. Nursing documentation and patient safety.

Schlette, S. et al. 2009. Health system structure and regional care.

Seligman, M. E. P. (2011): *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.

Sozialgesetzbuch (SGB V), § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot.

Sozialgesetzbuch (SGB V), § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit.

Uijen, A. et al. 2024. Continuity of care and coordination in primary care.

Wahyuni, S. et al. 2024. Electronic nursing documentation and care quality.

Wei, H. et al. 2023. The effect of different care delivery models in a hospital setting on patient- and nurse-related outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 131, Article 104289. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104289>

West, M., Eckert, R., Collins, B., & Chowla, R. (2022). *Caring to change: How compassionate leadership can stimulate innovation in health care*. London: The King's Fund.

Wissenschaftsrat (2023): *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe*

WHO (2023): *Integrated Care for Older People*.

World Health Organization (WHO) (2023) *Framework on Integrated People-Centred Health Services*. Genf.

World Health Organization (WHO). (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>

Anhang

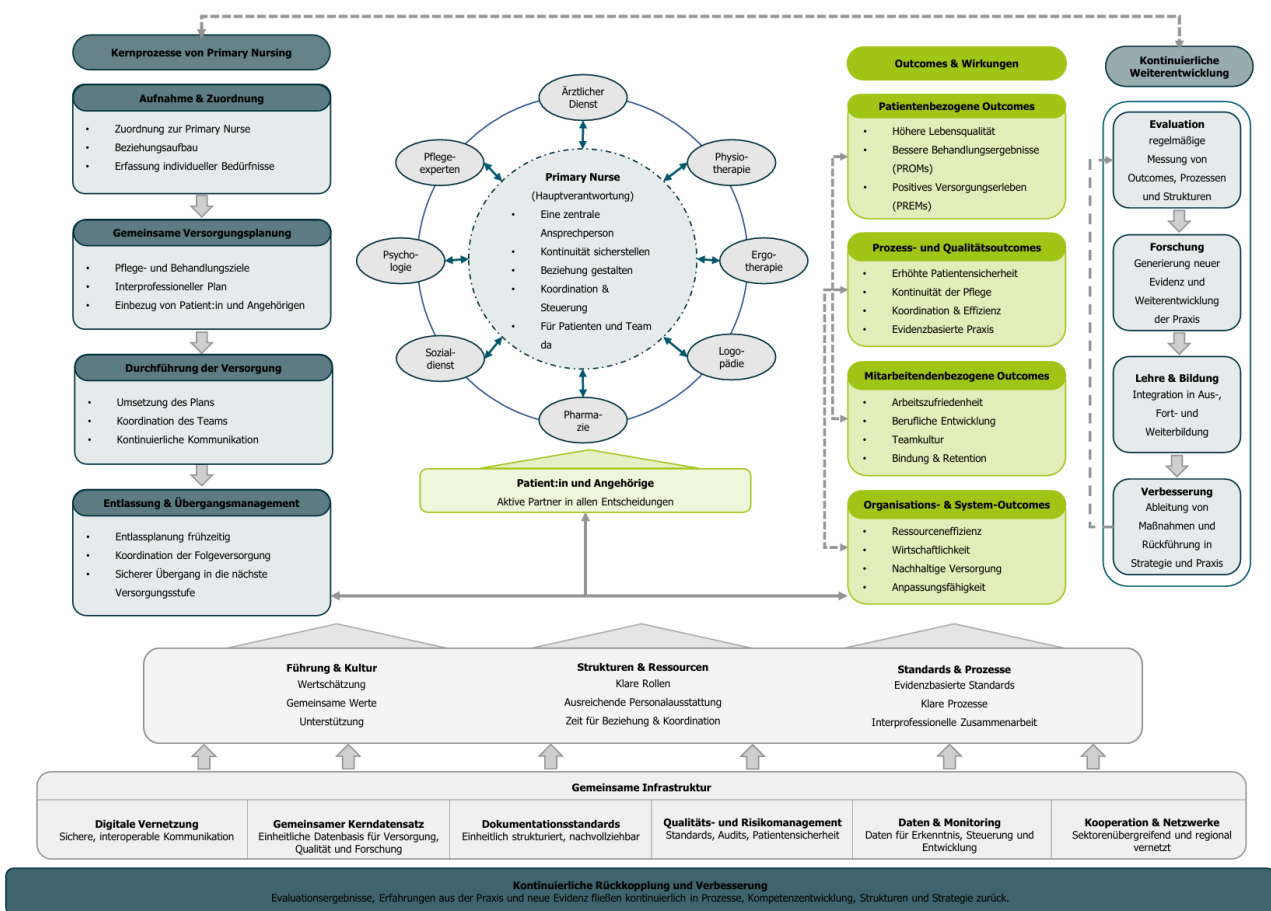
Modell Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion



Quelle: erzeugt durch Chatgpt

Primary Nursing – Modell der patientenzentrierten Pflege und Versorgung

Kontinuität, Verantwortung, Beziehung, Koordination.



Quelle: erzeugt durch Chatgpt

Anwendungsbeispiel des Modells in einer Versorgungsregion

Fallbeispiel: Frau M., 78 Jahre, multimorbide Patientin in einer ländlichen Versorgungsregion

Frau M. ist 78 Jahre alt und lebt allein in einer Kleinstadt innerhalb einer ländlich geprägten Versorgungsregion. Bei ihr bestehen mehrere chronische Erkrankungen, darunter eine Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 2, eine chronische Niereninsuffizienz sowie eine beginnende Einschränkung der Mobilität. Zusätzlich lebt sie nach dem Tod ihres Ehemannes allein und verfügt nur über begrenzte familiäre Unterstützung. Nach einer akuten Verschlechterung der Herzinsuffizienz wird Frau M. stationär in ein Krankenhaus aufgenommen. Während des stationären Aufenthaltes erfolgt die medizinische Stabilisierung. Bereits bei der Aufnahme wird Frau M. einer Primary Nurse zugeordnet, die sie während des gesamten Versorgungsverlaufes begleitet.

Ebene 1: Gemeinsame Führung

Die Versorgung von Frau M. erfolgt innerhalb einer regionalen Governance-Struktur, an der Krankenhaus, Hausarztpraxis, ambulanter Pflegedienst, Physiotherapie, Apotheke, Sozialdienst und Gesundheitsamt beteiligt sind.

Zwischen diesen Akteuren bestehen gemeinsame Versorgungsvereinbarungen und standardisierte Kommunikationswege.

Dadurch wird sichergestellt, dass die Versorgung nicht isoliert durch einzelne Einrichtungen erfolgt, sondern auf regional abgestimmten Strukturen basiert (vgl. WHO, 2023).

Ebene 2: Gemeinsame Ziele

Im Rahmen einer interprofessionellen Fallbesprechung werden gemeinsam folgende Versorgungsziele definiert:

- Vermeidung erneuter Krankenhauseinweisungen
- Verbesserung der Mobilität
- Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld
- Optimierung der Medikamententherapie
- Förderung der Lebensqualität

Diese Ziele werden von allen beteiligten Professionen gemeinsam getragen.

Während die Kardiologie die Stabilisierung der Herzinsuffizienz fokussiert, verfolgt die Physiotherapie die Verbesserung der Mobilität. Die Pflege konzentriert sich auf Selbstmanagement und Versorgungskontinuität. Der Sozialdienst unterstützt bei sozialen und organisatorischen Fragestellungen.

Die Ziele ergänzen sich und orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen der Patientin (vgl. Berwick et al., 2022).

Ebene 3: Gemeinsame Daten

Alle relevanten Informationen werden in einer gemeinsamen digitalen Versorgungsplattform dokumentiert.

Dazu gehören:

- Krankenhausbefunde
- Medikationspläne
- Pflegeassessment
- physiotherapeutische Berichte
- soziale Unterstützungsbedarfe
- Verlaufsdokumentationen

Die Primary Nurse kann sämtliche Informationen einsehen und aktuelle Veränderungen unmittelbar mit den beteiligten Akteuren abstimmen. Dadurch werden Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung und Rehabilitation reduziert (vgl. Håkansson et al., 2024).

Ebene 4: Gemeinsame Entscheidungsprozesse

Vor der Entlassung findet eine interprofessionelle Fallkonferenz statt.

Beteiligt sind:

- Kardiologe
- Hausärztin
- Primary Nurse
- Physiotherapeutin
- Sozialarbeiterin
- Apotheker

Gemeinsam wird beschlossen:

- zweimal wöchentliche ambulante Pflegebesuche,
- regelmäßige Gewichtskontrollen,
- Anpassung der Herzmedikation,
- physiotherapeutisches Training,
- Beantragung eines Pflegegrades,
- Wohnraumberatung zur Sturzprävention.

Frau M. wird aktiv in die Entscheidungen einbezogen und äußert den Wunsch, weiterhin selbstständig in ihrer Wohnung leben zu können. Die Planung orientiert sich damit am Konzept des Shared Decision Making und stärkt die Patientenorientierung (vgl. Elwyn et al., 2022).

Ebene 5: Gemeinsame Outcome-Steuerung

Drei Monate nach der Entlassung erfolgt eine strukturierte Evaluation.

Folgende Ergebnisse werden erhoben:

Patientenbezogene Outcomes

- keine erneute Krankenhauseinweisung
- verbesserte Belastbarkeit
- gesteigerte Lebensqualität
- höhere Selbstständigkeit

Versorgungsbezogene Outcomes

- erfolgreiche sektorenübergreifende Kommunikation
- vollständige Umsetzung des Versorgungsplans
- keine Medikationsfehler

Professionelle Outcomes

- hohe Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen
- verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung

Systembezogene Outcomes

- Vermeidung vermeidbarer Krankenhauskosten
- effizientere Ressourcennutzung (vgl. OECD, 2024)

Die Rolle der Primary Nurse im Fallbeispiel

Während des gesamten Versorgungsverlaufes übernimmt die Primary Nurse eine zentrale Koordinationsfunktion.

Ihre Aufgaben umfassen:

- **Kontinuitätsmanagement**

Sie begleitet Frau M. über alle Versorgungssektoren hinweg.

- **Kommunikationsmanagement**

Sie stellt sicher, dass relevante Informationen zwischen den beteiligten Akteuren ausgetauscht werden.

- **Koordination**

Sie organisiert Termine, Fallbesprechungen und Versorgungsmaßnahmen.

- **Patientenvertretung**

Sie bringt die Bedürfnisse und Wünsche der Patientin in Entscheidungsprozesse ein.

- **Outcome-Begleitung**

Sie überwacht die Zielerreichung und initiiert bei Bedarf Anpassungen des Versorgungsplans. (vgl. Manthey, 2016)

Diskussion des Fallbeispiels

Das dargestellte Beispiel verdeutlicht, wie das interprofessionelle Governance-Modell in einer regionalen Versorgungsstruktur umgesetzt werden könnte. Die koordinierende Rolle der Primary Nurse ermöglicht eine kontinuierliche Begleitung der Patientin über Organisations- und Sektorengrenzen hinweg. Gleichzeitig zeigt das Beispiel, dass Versorgungsergebnisse nicht durch einzelne Professionen erzielt werden, sondern durch das koordinierte Zusammenwirken verschiedener Akteure. Die gemeinsame Verantwortung für Ziele, Entscheidungen und Outcomes entspricht den Grundprinzipien moderner integrierter Versorgungssysteme (vgl. WHO, 2023; Reeves et al., 2017). Insbesondere bei älteren Menschen mit Multimorbidität erscheint ein solches Modell geeignet, Versorgungsbrüche zu reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Damit verdeutlicht das Fallbeispiel das Potenzial von Primary Nursing als Steuerungs- und Koordinationsinstrument innerhalb regionaler Gesundheitsversorgung.

Suchstring: Pubmed, CINAHL, Cochrane Library, Web of Science

Pubmed

```
((("Primary Nursing"[tiab] OR "primary nurse"[tiab] OR "nursing care model"[tiab] OR "care delivery model"[tiab]) AND ("continuity of care"[tiab] OR continuity[tiab] OR "relationship-based care"[tiab] OR "person-centred care"[tiab] OR "patient-centered care"[tiab] OR "patient allocation"[tiab]) AND (nurs*[tiab] OR nurse-led[tiab] OR nursing[tiab]) AND (region*[tiab] OR rural[tiab] OR community[tiab] OR ambulatory[tiab] OR outpatient[tiab] OR "integrated care"[tiab] OR "cross-sector*" [tiab])))
```

CINAHL

```
((("Primary Nursing" OR "primary nurse" OR "nursing care model" OR "care delivery model") AND ("continuity of care" OR continuity OR "relationship-based care" OR "person-centred care" OR "patient-centered care" OR "patient allocation") AND (nurs* OR nurse-led OR nursing) AND (region* OR rural OR community OR ambulatory OR outpatient OR "integrated care" OR cross-sector*))
```

Cochrane Library

```
("Primary Nursing" OR "nursing care model" OR "care delivery model") AND ("continuity of care" OR "relationship-based care" OR "person-centred care") AND (nurs* OR nurse-led)
```

Web of Science

```
("Primary Nursing") AND ("Continuity of Care") AND ("Nursing Care Model")
```