



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

06.12.2017

# Rentabilität zusätzlichen Pflegepersonals für pflegeaufwendige Patienten

Eine literatur- und interviewgestützte Beurteilung  
der PKMS-Dokumentation

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades:  
Bachelor of Science

Vorgelegt am Lehrstuhl für  
Gesundheitswissenschaften der HAW-Hamburg  
bei Prof. Dr. Zöllner und Prof. Dr. Dr. Haufs

Von Karoline Walther

Matrikelnummer: 

## Abstract

Mit dem Ziel, die Rolle der Pflege in deutschen Krankenhäusern zu bestärken, wurde im Jahr 2010 der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eingeführt. Er ermöglicht die Versorgung von hochpflegeaufwendigen Patienten, in Form von Zusatzentgelten, mit in die Fallkostenpauschalen einfließen zu lassen. Infolge der Mehreinnahmen die ein Krankenhaus aus der PKMS-Dokumentation erzielt, bietet sich eine Möglichkeit auf, durch den Einsatz von zusätzlichem Personal die schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Unter diesem Hintergrund wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Mehr Personal bedeutet mehr Ressourcen für die Abrechnung von PKMS-Positionen.
- Aufgrund der Zusatz-Entgelte finanziert sich das dafür eingesetzte Personal selbst.
- Durch die Entlastung des Pflegepersonals verbessern sich die Arbeitsbedingungen auf den Stationen, ohne dass das Krankenhaus einen finanziellen Verlust erleidet.

Diese Hypothesen wurden anhand einer systematischen Literaturrecherche, Leitfadeninterviews mit Mitarbeitern aus dem DRK-Krankenhaus in Sömmerda sowie einer darauf basierenden Personalberechnung überprüft. Bei der Datenrecherche wurde deutlich, dass das Pflegepersonal unter einer massiven Überlastung leidet, welche auf den demografischen Wandel sowie den Fachkräftemangel an qualifiziertem Pflegepersonal zurückzuführen ist. Dadurch scheint es kaum möglich zu sein, alle geforderten Aufgaben sach- und fachgerecht abzuarbeiten. Aus diesem Grund hat das DRK-Krankenhaus Sömmerda bereits eine Stelle für einen PKMS Beauftragten geschaffen, der die Pflegekräfte auf den Stationen bei der Dokumentation unterstützt und somit die Einnahmen des Krankenhauses durch PKMS Fälle steigert. Die Personalberechnung ergab, dass bereits das Zusatzentgelt für 45 PKMS Patienten ausreichend ist, um die Personalkosten für eine zusätzliche Pflegekraft zu decken. Der Einsatz erweist sich somit schon bei geringem Zeitaufwand als rentable Möglichkeit, die Pflegekräfte in ihrer Dokumentationspflicht in einem gewissen Maße zu entlasten. Allerdings ergaben sich im Rahmen dieser Ausarbeitung Probleme und Limitationen in der PKMS-Dokumentation, die es zu überarbeiten gilt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Zielstellung</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Methode</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1 Literaturrecherche</b> .....	<b>5</b>
<b>3.2 Experteninterviews</b> .....	<b>6</b>
<b>4. IST-Analyse der Pflegesituation in Deutschland</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1. Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vorstellung der NEXT-Studie</b> ...	<b>8</b>
<b>4.2 Demografischer Wandel versus Fachkräftemangel</b> .....	<b>10</b>
<b>4.3 Aktuell debattierte Verbesserungsansätze</b> .....	<b>11</b>
<b>4.4 Überblick Krankenhausfinanzierung</b> .....	<b>12</b>
<b>4.5 Ärztliche und pflegerische Dokumentation</b> .....	<b>13</b>
4.5.1 PKMS-Dokumentation.....	13
4.5.2 Fallbeispiel .....	14
<b>5. Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
<b>5.1 Beurteilung der Arbeitsbedingungen und Dokumentationspflicht</b> ...	<b>16</b>
<b>5.2. Beurteilung des Zeitaufwandes</b> .....	<b>20</b>
<b>5.3 Zusätzliches Personal für die Dokumentation</b> .....	<b>20</b>
5.3.1 Personalberechnung .....	21
5.3.2 Gegenüberstellung Ausgaben und Einnahmen .....	23
<b>6. Diskussion</b> .....	<b>25</b>
<b>6.1 Methodik Diskussion</b> .....	<b>25</b>
<b>6.2 Ergebnisdiskussion und Handlungsempfehlung</b> .....	<b>27</b>
<b>6.3 Probleme und Limitationen der PKMS-Dokumentation</b> .....	<b>30</b>
<b>7. Fazit und Ausblick</b> .....	<b>32</b>

<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>34</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>35</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>39</b>
<b>Interview-Leitfaden .....</b>	<b>39</b>
<b>Transkription .....</b>	<b>41</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das NEXT-Studien-Modell	9
Abbildung 2: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950-2060	10
Abbildung 3: Prgnose zum Fachkräfteengpass in gesundheitswirtschaftlichen Berufen in Deutschland bis zu den Jahren 2020 und 2030	11
Abbildung 4: Mittelwerte für quantitative Arbeitsanforderungen nach Fachbereichen	17
Abbildung 5: Umfrage zu den wichtigsten pflegerischen Themen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2014	19
Abbildung 6: Vergleich offene Stellen und arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpfleger 2015	28

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusatzentgelte-Katalog, Definition und differenzierte Beträge	3
Tabelle 2: Patient X, männlich, 80 Jahre, Zustand nach Ileus-OP	15
Tabelle 3: Tabelle TVKAH, Anlage A Tabelle P zu §15 TVKAH	22
Tabelle 4: Aufstellung Personalkosten	23

## Abkürzungsverzeichnis

- BIB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
- DPR – Deutscher Pflegerat
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz
- G-DRG – German Diagnosis Related Groups
- GKV – Gesetzliche Krankenversicherung
- KHG - Krankenhausfinanzierungsgesetz
- MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- OPS – Operations- und Prozedurenschlüssel
- PEPP – Pauschalisierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
- PKMS - Pflegekomplexmaßnahmen-Score
- PPR – Pflegepersonal-Regelung
- TVKAH – Tarifvertrag für den Krankenhaus-Arbeitgeberverband Hamburg e.V.

## 1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist eine der größten Branchen in Deutschland. Allein über 800.000 Menschen sind beruflich in der direkten Pflege, als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger tätig (Hofmann, 2013, S. 101 f.). Diese Gruppe stellt damit den größten Anteil innerhalb der Gesundheitsberufe dar. Trotz der hohen Bedeutung, die der Pflege sowie der Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal zukommt, wird dieser Berufsgruppe in der Öffentlichkeit zu wenig Beachtung geschenkt. Dies spiegelt sich vor allem darin wieder, dass das Pflegepersonal in Deutschland kein politisches Mitspracherecht innehält. Hinzu kommt ein massiver Stellenabbau der Krankenhäuser seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 sowie die Umwandlung von Vollzeit-, in Teilzeitbeschäftigungen (ebd.). Folglich verliert die Ausbildung zur Pflegefachkraft zunehmend an Attraktivität. Dadurch wird sich in naher Zukunft, unter Berücksichtigung des demografischen Wandels, der bereits bestehende Fachkräftemangel an Pflegepersonal in Deutschland enorm verstärken. Aus diesem Grund hat sich bereits der Bundestag mit dem Thema Pflege-notstand befasst und Möglichkeiten herausgearbeitet, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern. An den Lösungsansätzen beteiligen sich verschiedene Akteure. So fordert zum Beispiel die Deutsche Stiftung Patientenschutz eine Personaluntergrenze und einheitliche Personalschlüssel für Krankenhäuser und Pflegeheime (Deutscher Bundestag, 2017).

Da vor allem Privatkliniken als Wirtschaftsunternehmen gesehen werden, ist es die wirkungsintensivste Managementaufgabe das eingesetzte Personal in Krankenhäusern bestmöglich zu nutzen, da nur mit Hilfe von engagierten und motivierten Mitarbeitern Qualität und Erfolg in einem Unternehmen gewährleistet werden kann. Dies gilt vor allem im Dienstleistungsbereich, da sich Kunden und folglich auch Patienten, stark von der Motivation und den Kompetenzen der Mitarbeiter leiten lassen (Schär, 2007, S. 303 ff.). Die Personalkosten fließen zwar in Form von Pflegepersonal-Regelungs-Daten (PPR-Daten) in die DRG-Berechnung mit ein, allerdings spielen die pflegerischen Tätigkeiten am Patienten bei der Gruppierung keine Rolle. Das bedeutet, dass ein Krankenhaus mit der Ver-



sorgung von Patienten, die dieselbe Diagnose aufweisen, den gleichen Erlös erwirtschaftet, obwohl der pflegerische Aufwand sich von Fall zu Fall oft stark unterscheidet (Wieteck, 2009, S. 11). Um Abhilfe zu schaffen wurde im Jahr 2010 der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eingeführt. Durch die PKMS Dokumentation ist es möglich, die erbrachten Leistungen an hoch pflegeaufwendigen Patienten zu kodieren. Das Krankenhaus erhält hierdurch mehr finanzielle Mittel für Patienten, die kaum noch in der Lage sind, sich selbst zu versorgen und somit einen erhöhten Aufwand für das Pflegepersonal darstellen (Recom, 2017).

Die folgende Ausarbeitung beschäftigt sich mit der Bedeutung der Pflege im alltäglichen Geschäft eines Krankenhauses. Insbesondere werden dabei die wirtschaftliche Bedeutung sowie die Auswirkungen sach- und fachgerechter Dokumentation von hoch pflegeaufwendigen Patienten beleuchtet. Des Weiteren sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, die die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals verbessern, ohne dass das Krankenhaus einen finanziellen Verlust erleidet. Inhaltlich gegliedert wird dabei zunächst die Zielstellung der Ausarbeitung erläutert, es folgt das methodische Vorgehen bei der Datenrecherche. Im anschließenden Hintergrund wird näher auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie die Inhalte der PKMS-Dokumentation eingegangen. Die Auswertung der Informationen erfolgt im Ergebnissteil. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und in einem Fazit bewertet.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

## 2. Zielstellung

Um den thematischen Bereich dieser Ausarbeitung genauer zu definieren, werden zunächst die Zielgruppe benannt sowie Hypothesen formuliert, die im Ergebnisteil belegt, bzw. widerlegt werden.

Wie im vorhergehenden Abschnitt bereits erwähnt, handelt es sich bei der Zielgruppe, auf die sich diese Ausarbeitung bezieht, um das Pflegepersonal in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Da die PKMS-Dokumentation nur auf den so genannten „Normalstationen“ vorgesehen ist (DIMDI, 2013), schließt die Zielgruppe keine Pflegekräfte, welche zum Beispiel auf einer Überwachungsstation, Intensivstation oder Notaufnahme tätig sind mit ein. Bei der Recherche zeigte sich, dass auch auf vielen „Normalstationen“ aufgrund von Zeitmangel keine PKMS-Dokumentation durchgeführt wird, wodurch die Zielgruppe weiter einschränkt wird. Sie umfasst lediglich Pflegekräfte, die auf „Normalstationen“ arbeiten, auf denen auch tatsächlich die PKMS-Dokumentation durchgeführt wird.

Tabelle 1: Zusatzentgelte-Katalog, Definition und differenzierte Beträge ( INEK, 2016, S.155)

ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130.01	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	1.058,02 €
			9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
			9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	
		ZE130.02	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	2.342,24 €
			9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
			9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	
			9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
			9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	
			9-200.b	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte	
			9-200.c	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte	
			9-200.d	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte	
			9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 und mehr Aufwandspunkte	

Kliniken erhalten bei der Abrechnung hoch pflegeaufwendiger Patienten Zusatzentgelte zur üblichen DRG-genormten Fallpauschale. In Tabelle 1 werden die genauen Beträge aufgezeigt, die pro Patient, abhängig vom erreichten Punktwert, gezahlt werden. Voraussetzung dafür ist eine aussagekräftige Dokumentation des Pflegepersonals.

Ziel dieser Ausarbeitung ist es, folgende Hypothesen zu überprüfen:

1. Mehr Personal bedeutet mehr Ressourcen für die Abrechnung von PKMS-Positionen.
2. Aufgrund der Zusatz-Entgelte finanziert sich das dafür eingesetzte Personal selbst.
3. Durch die Entlastung des Pflegepersonals verbessern sich die Arbeitsbedingungen auf den Stationen, ohne dass das Krankenhaus einen finanziellen Verlust erleidet.

## 3. Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen beschrieben. Dieses setzte sich aus zwei verschiedenen Vorgehensweisen zusammen. Die Hypothesen, die es dabei zu beantworten galt, wurden bereits im Abschnitt „Zielstellung“ formuliert.

### 3.1 Literaturrecherche

Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche zum Thema PKMS und Krankenhausfinanzierung durchgeführt. Die Literaturrecherche ist für das wissenschaftliche Arbeiten unerlässlich, da nur so der aktuelle Forschungsstand zu einer Forschungsfrage genau untersucht werden kann. Um systematisch vorzugehen, wurden folgende Schritte angewendet: zunächst wurden Suchbegriffe und Datenquellen ausgewählt, die sich für die Thematik anbieten. Als Suchbegriffe eignen sich:

- PKMS-Dokumentation
- Pflegedokumentation
- Hochpflegeaufwendige Patienten
- Rolle der Pflege
- Management Krankenhäuser
- Wirtschaft Krankenhäuser
- OPS 9-20<sup>1</sup>

Durch die Verbindung „UND“ mit dem Suchbegriff „Deutschland“ wurde die Suche auf Studien und Artikel begrenzt, die sich auf die Situation in Deutschland beziehen. Als Datenquellen wurden der Katalog des Hochschulinformations- und Bibliothekssystems der HAW Hamburg sowie das Internet (*Google Scholar, Google Books, Medline, DIMDI, InEK, Recom und Springerlink*) nach wissenschaftlichen Quellen, in Form einer Schlagwort- und Freitextsuche verwendet. Aufgrund der Aktualität des Themas, sollten dabei nur Veröffentlichungen ab dem Jahr 2005 verwendet werden. Außerdem wurden nur Quellen, die kostenfrei zur Verfügung stehen sowie in der deutschen Sprache verfasst sind berücksichtigt. (Läzer et al., 2010, S. 4 f.).

---

<sup>1</sup> Operations- und Prozedurenschlüssel 9-20 entspricht: Hochaufwendige Pflege

### 3.2 Experteninterviews

Als weiteres empirisches Mittel wurden, zusätzlich zur Auswertung der Sekundärdaten eigene Daten erhoben, um die Ergebnisse der Literaturrecherche zu stützen. Als qualitative Forschungsmethode diente dabei das Experteninterview. Ein Interview auch Befragung genannt, ist eine Erhebungsmethode, die alltäglich unbewusst Anwendung findet, da es eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation darstellt. Die Besonderheiten die ein wissenschaftliches Vorgehen bei einer Befragung auszeichnen sind, dass durch das Interview ein wissenschaftliches Ziel verfolgt wird, die Fragen nur durch den Interviewer gestellt werden, das Gespräch nicht zufällig zustande kommt, unter Fremden stattfindet und keine Folgen oder Auswirkungen für den Befragten nach sich zieht (Häder, 2015, S. 189). Als Experten zählen dabei Personen, die zum Beispiel aufgrund ihres Berufs über Expertenwissen in Form von besonderen Informationen verfügen (Gläser & Laudel, 2010, S.11).

Die Interviews wurden mit zwei Pflegekräften aus dem DRK-Krankenhaus Sömmerda durchgeführt. Diese Einrichtung entspricht einem kleinen Krankenhaus der Grundversorgung, mit etwa 9.000 Patienten pro Jahr. Dieses Krankenhaus wurde für die Befragungen ausgewählt, da es bereits über eine PKMS-Beauftragte für das Haus verfügt. Bei beiden Experten handelt es sich um staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger. Beide absolvierten die Ausbildung im DRK-Krankenhaus Sömmerda und sind seitdem dort tätig. Pfleger 1 war zunächst zwei Jahre auf der Inneren Medizin tätig und wechselte im Jahr 2008 auf die Chirurgie. Pfleger 2 arbeitet seit 1991 auf der Inneren Medizin, übernimmt allerdings seit drei Jahren die PKMS Dokumentation für das ganze Haus und ist deshalb nur noch aushilfsweise pflegerisch tätig. Bei den Interviews wurde systematisch nach dem zuvor entwickelten Interviewleitfaden vorgegangen. Über die Fragestellungen hinaus waren beide Interviewpartner sehr offen und erzählten frei von ihren Arbeitserfahrungen. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Interview-Partner wurden vor den Gesprächen darüber aufgeklärt, dass ihre Angaben in dieser Ausarbeitung anonymisiert verwendet werden. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Datenerhebung setzte sich aus offenen Fragen zusammen. Sie beinhaltete zunächst allgemeine Angaben zu den jeweiligen Personen, wie Alter und Geschlecht sowie der berufliche Werdegang. Anschließend folgten Fragen zum Arbeitsalltag sowie Fragen, die sich

gezielt auf die PKMS-Dokumentation bezogen. Ziel dabei war es, einen realitätsnahen Überblick über die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu schaffen sowie eine Einschätzung darüber zu erhalten, wie zeitaufwendig sich die Dokumentation pflegerischer Tätigkeiten, bei hoch pflegeaufwendigen Patienten gestaltet und ob die Experten es für sinnvoll erachten, Stellen zu schaffen, die ausschließlich für die Dokumentation ausgelegt sind. Mit Hilfe der Angaben wurde im Ergebnissteil eine Berechnung aufgestellt, die das Kosten/Nutzen-Verhältnis einer zusätzlichen Pflegekraft, die ausschließlich für die Dokumentation zuständig ist aufzeigt. Dafür wurden folgende Fragen formuliert:

- Beschreiben Sie einen typischen Arbeitstag (Verhältnis pflegerische Tätigkeiten/Dokumentation)
- Was macht Ihnen besonders Spaß, was weniger? Warum?
- Was liegt Ihnen besonders, was weniger?
- Führen Sie PKMS-Dokumentation durch?
- Wenn ja: Wie viel Zeit benötigen Sie pro Patient?
  - Wie aufwendig ist die Dokumentation?
  - Wie viele Patienten pro Tag?
  - Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Dokumentation?
- Wenn nein, geben Sie eine Einschätzung:
  - Wie viel Zeit benötigt man pro Patient?
  - Wie aufwendig ist die Dokumentation?
  - Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Dokumentation?
- Halten Sie es für realistisch, dass eine Stelle nur für die Dokumentation geschaffen wird?
- Wenn ja, welchen Stellenumfang stellen Sie sich vor?

Der vollständige Interview-Leitfaden sowie die Transkription der Interviews wurden im Anhang beigefügt. Der Leitfaden sollte lediglich als grobes Gerüst für die Gespräche dienen um auch Informationen im offenen Gespräch zu erhalten. Die Interviews wurden einzeln in einem Café durchgeführt. Als Zeitraum wurden für jeden Experten 30 Minuten Gesprächszeit eingeplant.

## 4. IST-Analyse der Pflegesituation in Deutschland

Im folgenden Abschnitt soll zunächst die Zielgruppe durch eine IST-Analyse der Pflegesituation in Deutschland näher beschrieben werden. Derzeit sind in Deutschland etwa 820.000 Menschen als Examierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger in der direkten Pflege tätig. Diese Zahl bezieht sich lediglich auf Personen, die eine dreijährige Ausbildung, wie sie in Deutschland vorgeschrieben ist absolviert haben. Eine deutlich höhere Zahl ergibt sich, wenn man weitere Pflegekräfte, zum Beispiel Pflegehelfer hinzuaddiert (Hofmann, 2013, S.101).

Im Vergleich zu anderen Ländern nimmt Deutschland bei der Gestaltung des Pflegeberufes eine Art Sonderrolle ein. Diese beginnt bereits bei der Ausbildung. Während in anderen Ländern das Pflegepersonal einheitlich ausgebildet wird, müssen sich Auszubildende hierzulande bereits vor Beginn der Ausbildung entscheiden, ob sie den Weg der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege oder Kinderkrankenpflege einschlagen wollen. Des Weiteren legt nicht das Berufsbildungsgesetz, sondern das Gesundheits- oder Sozialministerium die Rahmenbedingungen der Ausbildung fest. Deutschland ist eines von zwei EU-Ländern, welches eine Schulbildung von zehn Jahren für die Ausübung eines Pflegeberufes voraussetzt. In den übrigen 25 Staaten wird Abitur verlangt. In der Folge können deutsche Pflegekräfte im Ausland lediglich als Hilfskräfte beschäftigt werden (Hofmann, 2013, S.101 f.).

### 4.1. Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vorstellung der NEXT-Studie

Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verdeutlichen, wurden im Rahmen der Literaturrecherche verschiedene Studien betrachtet. Ihnen gemeinsam waren die belastenden Arbeitsbedingungen und der Wunsch nach einem Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Als Beispiel für diese Ausarbeitung wurde die NEXT-Studie ausgewählt, die in diesem Abschnitt vorgestellt und im Ergebnisteil genauer beleuchtet wird. Die NEXT-Studie ist ein europaweites, durch die europäische Union finanziertes Forschungsprojekt der Bergischen Universität Wuppertal. Die Erhebung der Daten innerhalb Deutschlands wird von der privaten Universität Witten/Herdecke geleitet.

Die Abkürzung NEXT-Studie steht für **nurses' early exit study**<sup>2</sup>. Sie ermöglicht einen Einblick in die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in verschiedenen Pflegeeinrichtungen, indem sie den frühzeitigen Berufsausstieg aus der Pflege untersucht (Simon et al., 2005, S.3). Dabei werden nicht nur arbeitsorganisatorische Aspekte, sondern auch physiologische und psychosoziale Einflussfaktoren betrachtet, die zum Wunsch nach einem Arbeitsplatz- oder Berufswechsel führen können (siehe Abbildung 1).

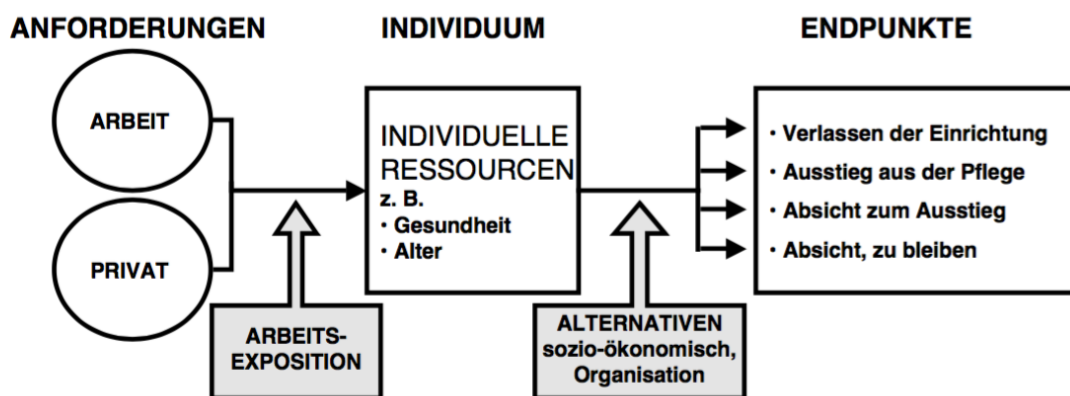


Abbildung 1: Das NEXT-Studien-Modell (Simon et al., 2005, S.4)

Die verschiedenen Belastungen wurden in Form eines Fragebogens erfasst und in die Kategorien Arbeitsexposition/Anforderungen am Arbeitsplatz, Soziale Aspekte, Arbeitsorganisation und Endpunkte unterteilt. In Deutschland nahmen ca. 3.500 Arbeitnehmer teil. Besonders herausstechend zeigte sich dabei die Beurteilung der psychischen und körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz. Sie ergab, dass das Pflegepersonal in Deutschland, im Vergleich zu den anderen Teilnehmerländern, am stärksten durch hohe quantitative Arbeitsanforderungen belastet wird. Das bedeutet, dass ihnen häufig die Zeit fehlt, alle Aufgaben zu vollenden, sie müssen häufig sehr schnell arbeiten und haben keine Möglichkeit den Zeitpunkt ihrer Pause selbst zu bestimmen. Dies führt zu hohen Fehlzeiten und Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern und wird als einer der Hauptgründe für einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf angegeben (Simon et al., 2005, S. 14 f.).

<sup>2</sup> Studie über den frühen Ausstieg von Krankenschwestern



## 4.2 Demografischer Wandel versus Fachkräftemangel

Unter dem Ausdruck „Demografischer Wandel“, versteht man die Veränderung der Bevölkerung, bezogen auf ihre Zusammensetzung und Größe. Sie wird gesteuert durch natürliche Bevölkerungsentwicklungen und Zu- bzw. Abwanderungen. Ausschlaggebende Faktoren dabei sind die Geburtenhäufigkeiten sowie die sich verändernde Lebenserwartung in der Bevölkerung. In Deutschland sinkt die Zahl der Geburten seit Jahrzehnten kontinuierlich. Im Gegensatz dazu steigt die Lebenserwartung (BiB, 2016). Dies führt zu einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung, grafisch dargestellt in Abbildung 2.

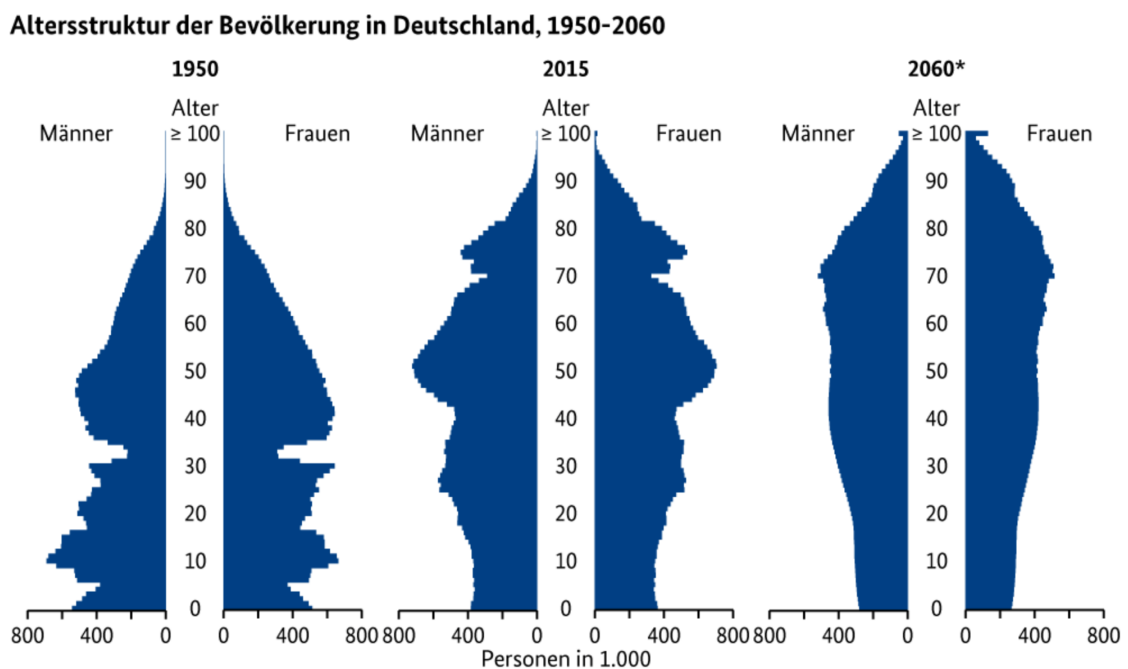


Abbildung 2: Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland, 1950-2060 (BiB, 2016)

Die Folgen der demografischen Entwicklung haben Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Gesellschaft in Deutschland. Besonders durch die steigende Pflegebedürftigkeit älterer Menschen wird der Bedarf an Pflegepersonal in Zukunft immens steigen (Bogai & Hirschenauer, 2015, S. 9). Die steigende Zahl der Pflegebedürftigen steht dem Mangel an Fachkräften im Pflegepersonal gegenüber. Verschiedene Studien haben bereits bewiesen, dass es im nächsten Jahrzehnt zu einem Defizit an Pflegekräften kommen wird. Dieses Defizit zu decken wird eine der schwierigsten sozial- und arbeitsmarktpolitischen Aufgaben der nächsten Jahre (Bogai & Hirschenauer, 2015, S. 23 ff.).

Wie hoch der zu erwartende Fachkräftemangel an medizinischem Personal bis 2020 bzw. 2030 ausfallen könnte, ist in Abbildung 3 dargestellt.

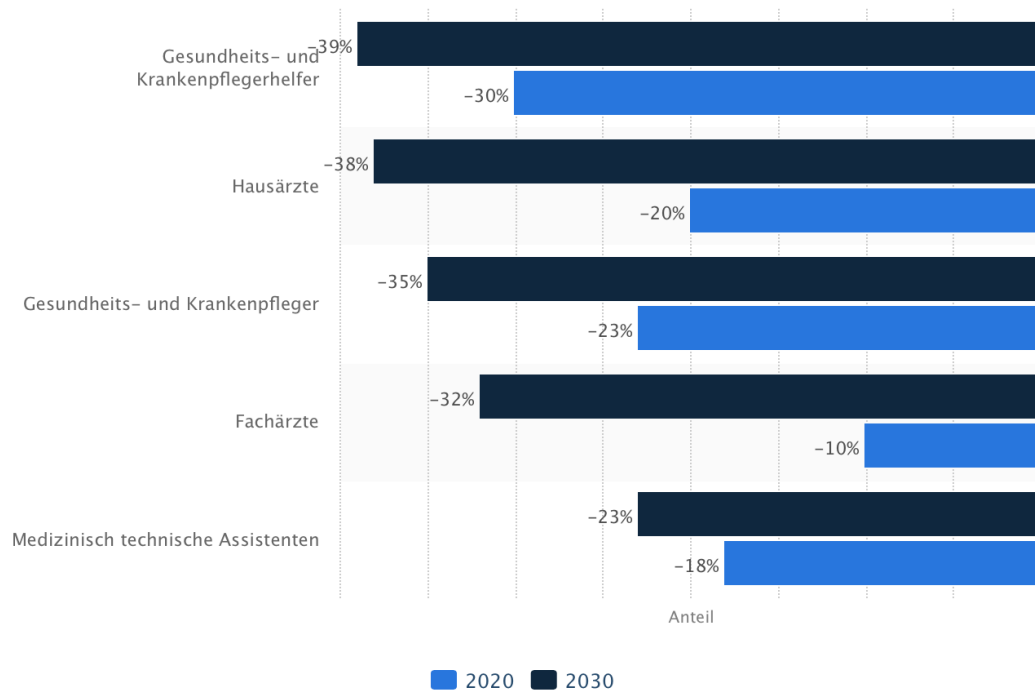


Abbildung 3: Prognose zum Fachkräfteengpass in gesundheitswirtschaftlichen Berufen in Deutschland bis zu den Jahren 2020 und 2030 (PwC, 2016)

#### 4.3 Aktuell debattierte Verbesserungsansätze

Um dem drohenden Fachkräftemangel an Pflegepersonal in Deutschland entgegenzuwirken, beschäftigt sich bereits der Deutsche Bundestag damit, wie der Pflegeberuf attraktiver gestaltet werden kann. Gesundheitsexperten bestätigen dabei die Ergebnisse der NEXT-Studie. Sie fordern Personaluntergrenzen in Kliniken und prangern den Personalmangel in der Pflege an. Sie bemerken aber auch, dass es in Deutschland zu wenig Fachpersonal gibt um dem Personalmangel entgegenzuwirken. Um den Pflegeberuf aufzuwerten, fordert Bündnis 90/Die Grünen gesundheitsfördernde und altersgerechte Arbeitsbedingungen, eine bessere Vereinbarkeit von Job und Familienplanung sowie tarifvertragliche Bezahlung der Angestellten. Außerdem wird über eine Zusammenlegung der drei Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger und Kinderkrankenpfleger diskutiert, um das Personal in Zukunft flexibler einsetzen zu können (Deutscher Bundestag, 2017).

#### 4.4 Überblick Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung eines Krankenhauses ist durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) staatlich geregelt. Damit soll eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden. Das KHG schreibt eine duale Finanzierung der Krankenhäuser vor. Das bedeutet, dass Investitionskosten von den Ländern in Form von Fördermitteln getragen werden. Dazu zählen die Kosten der Errichtung des Krankenhauses sowie die Beschaffung der Gebrauchsgüter. Die Höhe der Fördermittel hängt dabei vom jeweiligen Bundesland ab. Die laufenden Betriebskosten werden in Form von Fallpauschalen von den Krankenkassen finanziert. Dabei wird zwischen den DRG Fallpauschalen im somatischen Bereich und dem PEPP-System (pauschalisierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) in der sprechenden Medizin unterschieden (AOK, 2016). Bei den Diagnostic Related Groups (DRG's) handelt sich um diagnosebezogene und ökonomisch sinnvolle Fallpauschalen. Sie sollen einen Durchschnittswert, der anfallenden Behandlungskosten abdecken. Neben der Hauptdiagnose, sind auch die Nebendiagnosen, vorgenommene Operationen und Prozeduren sowie weitere Faktoren, wie das Alter, Gewicht und Geschlecht des Patienten ausschlaggebend für die Eingruppierung des Patienten (Wieteck, 2016, S.27). Mit Hilfe dieser Daten wird das relative Kostengewicht ermittelt. Dieses wird mit dem Basisfallwert, der vom jeweiligen Bundesland abhängig ist, multipliziert und ergibt so den Erlös. Vor Einführung der DRG's, wurden Patienten mit Hilfe von tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet (Wieteck, 2009, S.11). Da die Krankenhäuser durch dieses Finanzierungsmodell bei jedem Patienten kostendeckend abrechnen konnten, gab es keinen Anreiz wirtschaftlich und effizient zu arbeiten. Außerdem zeichneten sich deutsche Krankenhäuser durch lange Liegezeiten aus, da die Pflegesätze täglich, ohne Begrenzung gezahlt wurden. Um diesen Punkten entgegenzuwirken, wurde im Jahr 2014 das DRG-System verpflichtend eingeführt (GKV-Spitzenverband, 2017). Das PEPP-System ist ein Klassifikationssystem, welches die Patienten mit Hilfe einer tagesbezogenen Kostenkalkulation nach deren Ressourcenverbrauch eingruppiert. Es handelt sich somit sowohl um leistungsorientierte, als auch tagesabhängige Entgelte (InEK, 2016, S.1). Der aktuelle Entwurf des Entgelt-Katalogs beinhaltet 77 PEPP's (Fallgruppen). Seit 2016 findet dabei auch die Pflegebedürftigkeit der Patienten Berücksichtigung (GKV-Spitzenverband, 2017).

## 4.5 Ärztliche und pflegerische Dokumentation

Die Dokumentation des Ärzte- und Pflegepersonals spielt nicht nur bei der Abrechnung der Patienten eine wichtige Rolle, sie dient auch der Sammlung und Speicherung von Informationen über die Patienten, um diese richtig behandeln zu können. In den Bereich der ärztlichen Dokumentation fallen das Krankenblatt, Befunde und Verlaufskurven. Die Dokumentation der Pflegeprozesse umfasst neben den Pflegebedürfnissen der Patienten, die Verlaufsbeschreibungen, durchgeführte Maßnahmen und die Angaben zur Befindlichkeit. Bei Verlegungen sollte eine individuelle Pflegeempfehlung angehängt werden (Laux & Schär, 2007, S.460 f.).

Ein großer Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen besteht darin, dass die ärztliche Dokumentation, im Vergleich zur pflegerischen Dokumentation auch an Dritte delegiert werden kann. Das bedeutet, dass ein Arzt Eintragungen und Dokumentationen, zum Beispiel von medizinischen Schreibkräften durchführen lassen kann. Diese müssen aber stets gegengezeichnet und somit auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft werden, damit sie ihre Gültigkeit erlangen. In der pflegerischen Dokumentation gilt das Prinzip der Eigenhändigkeit. Das bedeutet, dass derjenige dokumentieren muss, der die pflegerische Maßnahme auch durchgeführt hat (Sträßner, 2010, S.7).

### 4.5.1 PKMS-Dokumentation

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score wurde im Januar 2010 in Deutschland eingeführt. Er ermöglicht dem Pflegepersonal die Betreuung von hochpflegeaufwendigen Patienten in die normale Pflegedokumentation mit aufzunehmen und somit den Erlös des Krankenhauses zu steigern (Wieteck, 2016, S.9). Entwickelt wurde die PKMS-Dokumentation vom Deutschen Pflegerat (DPR). Definiert wird hochaufwendige Pflege als eine über die normale Übernahme von Pflegetätigkeiten hinausgehende Tätigkeit am Patienten, in einer oder mehrere der folgenden Kategorien:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung/Lagerung/Mobilisation/Sicherheit
- Kommunizieren/Beschäftigen

- Kreislauf
- Wundmanagement
- Beatmung

Um eine dieser Kategorien zu erfüllen, muss mindestens einer der oben genannten Gründe vorliegen sowie eine entsprechende Pflegeintervention durchgeführt werden. Für jede erfüllte Kategorie gibt es Punkte. Diese werden vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag täglich addiert. Der entsprechende OPS 9-20 lautet „hochaufwendige Pflege“. Eingeteilt werden die Patienten je nach Alter, in einen von drei verschiedenen PKMS. PKMS-E steht für Erwachsene ab dem 19. Lebensjahr, PKMS-J für Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 18 Jahren und PKMS-K für Kleinkinder von einem bis fünf Jahre (Wieteck, 2009, S.28).

Um einen unnötigen Aufwand bei der Dokumentation zu vermeiden, sollte bei jedem Patienten genau durchdacht werden, ob es überhaupt rechnerisch möglich ist, die benötigte Gesamtpunktzahl zu erreichen. In den meisten Fällen lohnt sich eine Dokumentation erst ab einer absehbaren Verweildauer des Patienten von mindestens vier Tagen. Für das Erfassen der pflegerischen Maßnahmen dienen bereits vorgefertigte PKMS-Bögen. Das Krankenhaus kann allerdings selbst über die Verwendung dieser entscheiden. Einige Punkte können dabei aus der Standardpflegedokumentation übernommen werden (Wieteck, 2009, S.30).

#### 4.5.2 Fallbeispiel

Ab wann ein Patient die volle Übernahme in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung/Lagerung/Mobilisation/Sicherheit oder Kommunizieren/Beschäftigen durch das Pflegepersonal benötigt, wird mit Hilfe der PPR-Stufe A3 definiert. Sie besagt, dass der Patient ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung benötigt. Der Patient ist durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder Erkrankungen nicht in der Lage seine Grundbedürfnisse eigenständig zu erfüllen (Dimdi, 2013, S.4). Eine Beispielberechnung ist in Tabelle 2 (siehe Seite 15) dargestellt.

Tabelle 2: Patient X, männlich, 80 Jahre, Zustand nach Ileus-OP (eigene Darstellung)

Kategorie	Grund	Pflegeintervention
<b>Körperpflege</b>	G5: Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen, aufgrund von mindestens drei unterschiedlichen Zu- und/oder Ableitungssystemen	Ganzkörperwaschung mit zwei Personen pflegfachlich erforderlich
<b>Bewegung/Lagerung/Mobilisation/Sicherheit</b>	G4: Extreme Schmerzzustände beim Lagern/Mobilisieren, Patient jammert	Lagerungswechsel und/oder Mobilisation mindestens achtmal täglich, mindestens viermal täglich mit zwei Pflegepersonen
<b>Ausscheidung</b>	G11: Ausgeprägte Obstipation	Volle Unterstützung bei der Ausscheidung mindestens viermal täglich

Patient X entspricht drei Kriterien des PKMS. Die Kategorien Körperpflege und Bewegung/Lagerung/Mobilisation/Sicherheit entsprechen jeweils drei Punkten, Ausscheidung zwei Punkte. Somit ergibt sich ein Wert von acht Punkten pro Tag. Das bedeutet der Patient erfüllt ab einer Verweildauer von mindestens sechs Tagen die nötige Gesamtpunktzahl von 43 Punkten. Das Krankenhaus erhält somit das Zusatzentgelt, wenn Patient X mindestens sechs Tage im Krankenhaus verweilt.

## 5. Ergebnisse

Im nun folgenden Ergebnisteil werden die gewonnenen Informationen der Experteninterviews präsentiert. Die Ergebnisse der Interviews sollen mit denen, der Literaturrecherche verglichen und in Bezug auf die Hypothesen bearbeitet werden. Anschließend wird eine Personalberechnung durchgeführt, um die Zusatzentgelte mit den Personalkosten zu vergleichen.

### 5.1 Beurteilung der Arbeitsbedingungen und Dokumentationspflicht

Der Pflegeberuf leidet in Deutschland unter einer sinkenden Attraktivität. Gründe dafür sind der Personalmangel auf den Stationen und die dadurch resultierende Überlastung. Wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben, ergab die NEXT-Studie der Universität Wuppertal eine enorm hohe Belastung des Pflegepersonals am Arbeitsplatz, durch zu viele Aufgaben, die gleichzeitig erledigt werden müssen. Um die Belastung durch quantitative Arbeitsanforderungen zu messen, wurden den Studienteilnehmern folgende Fragen gestellt:

- Wie häufig fehlt Ihnen die Zeit, alle Ihre Aufgaben zu vollenden?
- Können Sie Pausen machen, wann Sie wollen?
- Müssen Sie sehr schnell arbeiten?
- Ist Ihr Arbeitsaufkommen ungleich verteilt, so dass sich Dinge anhäufen?
- Haben Sie genug Zeit, um mit den Patienten zu reden?

Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie/fast nie“ bis zu „immer“. Die gegebenen Antworten entsprachen einem Punktwert von 0 bis 100 Punkten, wobei 100 Punkte die höchste Belastung darstellt. In Abbildung 4 (siehe Seite 17) sind die erreichten Punktwerte der Studienteilnehmer aus Deutschland dargestellt. Dabei wurden die Werte je nach Abteilung getrennt voneinander angegeben, um zu zeigen, dass die Belastung durch quantitative Arbeitsanforderungen in geringem Maße, auf den jeweiligen Stationen als unterschiedlich hoch empfunden wird (Simon et al., 2005, S. 14 f.).

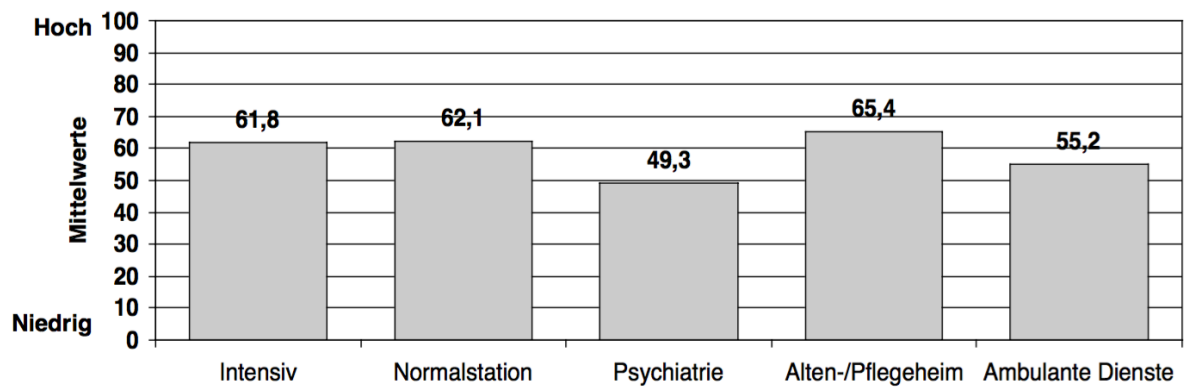


Abbildung 4: Mittelwerte für quantitative Arbeitsanforderungen nach Fachbereichen (Simon et al., 2005, S.15)

Die geringste Belastung zeigte sich mit 49,3 Punkten auf der Psychiatrie. Der höchste Wert hingegen in den Alten- und Pflegeheimen mit 65,4 Punkten. Mit einem stationsübergreifenden Mittelwert von 58,76 ist die Belastung durch quantitative Arbeitsanforderungen in Deutschland, im Vergleich zu den anderen Teilnehmerländern (u.a. Belgien, Finnland, Polen und Norwegen) besonders hoch. Die Ursache könnte in den Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen in den letzten Jahren liegen, die die Personalsituation in Deutschland zusätzlich verschärfen (ebd.).

In den Experteninterviews spiegelte sich wieder, dass im Stationsalltag häufig die Zeit fehlt, um alle Aufgaben zu erledigen. Pfleger 1 berichtet aus seinem Arbeitsalltag, dass vor allem die Frühdienste (6:00 bis 14:30 Uhr) recht chaotisch und unstrukturiert ablaufen. Neben Betten machen, Frühstück verteilen, Verbandwechseln und anderen rein pflegerischen Tätigkeiten, muss auch die tägliche Pflegedokumentation abgearbeitet werden: „irgendwo dazwischen muss man dann noch schreiben. Je nachdem wie es grade machbar ist“. Gesetzlich vorgesehen ist eine zeitnahe Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen. Dies ist allerdings in der Praxis, laut Pfleger 1, so gut wie nie umsetzbar. Teilweise findet die Dokumentation sogar erst am nächsten Tag statt. Im Spätdienst (14:00 bis 22:30 Uhr) ist der Arbeitsablauf etwas besser planbar, da spontan auftretende Situationen, wie Operationen und Untersuchungen in der Regel in den Vormittagsstunden durchgeführt werden. Somit können pflegerische und administrative Aufgaben besser getaktet werden. Auf die Frage, was Pfleger 1 an seiner Arbeit am meisten Spaß macht, lautete die Antwort ganz klar: „Am meisten



Spaß macht mir das Arbeiten am Patienten“, weniger Spaß hingegen machen ihm die Schreibtischarbeiten, welche an manchen Tagen bis zu 60% der gesamten Arbeitszeit in Anspruch nehmen können. Für Pfleger 1 stellt die Pflegedokumentation vergeudete Zeit dar, da er ohne die Schreibarbeiten mehr Zeit mit den Patienten verbringen könnte. Außerdem habe diese Aufgabe wenig mit den Aufgaben einer Krankenschwester zu tun und entsprechen nicht dem zu erwartenden Berufsbild.

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung in der Pflege, hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2015 das Projekt „Ein-STEP“ beauftragt. Ziel ist die Unterstützung bei der Einführung und Umsetzung einer neuen, schlankeren Pflegedokumentation in Form eines Strukturmodells (Bundesregierung, 2015).

Vor allem die PKMS-Dokumentation wird von Pfleger 1 als zeitaufwendig und teilweise sehr unübersichtlich und verwirrend beschrieben. Einige Punkte würden sich gegenseitig widersprechen. Als Verbesserungsvorschlag wünscht sich Pfleger 1 eine Fachkraft für jede Station, die ausschließlich für die pflegerische Dokumentation zuständig ist und speziell darauf geschult wurde, damit alles fehlerfrei abgearbeitet werden kann. Es komme sonst durchaus vor, dass Pflegemaßnahmen falsch dokumentiert werden und im Nachhinein Betrug vorgeworfen wird. Unumgänglich ist dies allerdings z.B. bei der Kategorie: Bewegung/Lagerung/Mobilisation/Sicherheit. Der Lagerungswechsel muss vielmals täglich mit mindestens zwei Personen durchgeführt werden, was z.B. im Nachtdienst oft nicht möglich ist, da eine Pflegekraft alleine für einen ganzen Bereich zuständig ist.

Das Interesse an einer korrekten Durchführung der PKMS-Dokumentation im Pflegealltag spiegelt auch eine Befragung von 1884 Abteilungs- und Stationsleitern in deutschen Krankenhäusern aus dem Jahr 2014 wieder. Sie zeigte, dass 66,1% der Befragten sich eine Einführung bzw. Weiterführung in die PKMS-Dokumentation wünschen (siehe Abbildung 3, Seite 19). Dies zeigt auf, dass ein Bedarf an Schulungen und Weiterbildungen besteht und sich das Personal für das Thema interessiert.

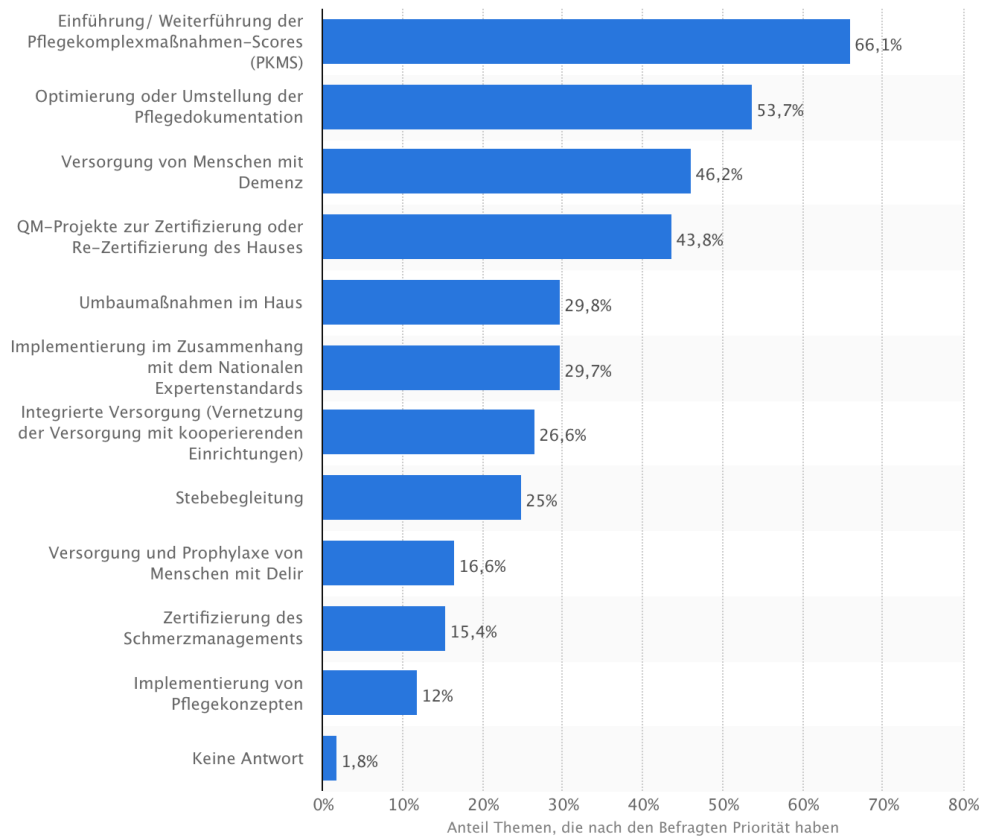


Abbildung 5: Umfrage zu den wichtigsten pflegerischen Themen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2014 (DIP, 2014)

Pfleger 2, der während seiner Arbeitszeit ausschließlich PKMS-Fälle und die Dekubitus<sup>3</sup> Dokumentation bearbeitet, bemängelt ebenfalls die Komplexität der PKMS-Bögen in einigen Punkten. Die Gründe dafür sieht er aber darin, dass jeder Patient individuell verschieden und somit schwer zu dokumentieren ist. Dies gilt vor allem für Patienten mit Demenz. Abwehrverhalten und Widerstand bei der Körperpflege lassen sich nur mit Hilfe eines aufwendigen Pflegeplans dokumentieren. Dies ist in der Tagesroutine des Pflegepersonals zeitlich nicht umsetzbar. Ein weiterer Punkt, der im DRK-Krankenhaus Sömmerda nie mit in die PKMS-Dokumentation aufgenommen werden kann, ist die Ernährung der Patienten. Das Problem liegt hier bei der Anzahl der Mahlzeiten. In der PKMS-Dokumentation ist dafür das Zureichen von vier Mahlzeiten am Tag vorgesehen, im DRK-Krankenhaus Sömmerda werden allerdings nur drei Mahlzeiten (Frühstück, Mittag und Abendbrot) ausgegeben. Ähnlich verhält es sich mit der Flüssigkeitszufuhr.

<sup>3</sup> Wundliegen der Haut durch längeren, äußeren Druck bei bettlägerigen Patienten (Schöller, 2017)

Dabei muss sowohl die Anzahl der Flüssigkeitsverabreichungen als auch die genaue Trinkmenge aufeinander abgestimmt sein. Dabei handelt es sich um Trinkmengen von 1,5 bis 2L. „Wie will man das machen? Es gibt Patienten, die trinken ja wirklich nur noch schluckweise“, kritisiert Pfleger 2 diesen Punkt.

## 5.2. Beurteilung des Zeitaufwandes

In der Literaturrecherche wurden keine Angaben darüber gefunden, wie viel Zeit die PKMS-Dokumentation durchschnittlich in Anspruch nimmt, bzw. wie viel Zeit das Pflegepersonal in jedem Fall dafür eingeräumt werden sollte. Daher wurde auf diesen Punkt in den Experteninterviews genauer eingegangen.

Pfleger 1 schätzt, dass er ohne die Unterstützung von Pfleger 2, pro Patient, welcher den PKMS-Kriterien entspricht, ca. 30min benötigen würde, um alles korrekt zu dokumentieren und alle geforderten Fragen zu beantworten. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass mehrere Patienten an einem Tag erfasst werden müssen. Auf der chirurgischen Station, welche insgesamt 38 Betten aufweist, fallen nach Schätzungen von Pfleger 1 monatlich ca. 15 Patienten in die PKMS-Kriterien. Pfleger 2 bestätigt die Angabe von Pfleger 1. Bei einer Neuerfassung benötigt er ebenfalls ca. 30min pro Patient. Außerdem liest Pfleger 2 die Berichte des Pflegepersonals durch und korrigierte diese, wenn es nötig ist. Oft fehlen Angaben oder Unterschriften, die nachträglich eingefordert werden müssen. Somit kann sich das Zeitfenster auf bis zu 60min pro Patient vergrößern. Pfleger 2 berichtet außerdem von Widersprüchen des MDK (medizinischer Dienst der Krankenversicherung), welche vor allem im ersten Jahr der vollen Übernahme der PKMS-Dokumentation durch Pfleger 2, vermehrt an die Abteilung des Krankenhaus-Controlling eingingen. Diese Widersprüche müssen ausgewertet und beantwortet werden. Dafür beschreibt Pfleger 2 einen Aufwand von bis zu drei Stunden pro Patient.

## 5.3 Zusätzliches Personal für die Dokumentation

Im letzten Jahr hat das DRK-Krankenhaus Sömmerda keinen offiziellen Widerspruch von Seiten des MDKs mehr erhalten. Pfleger 2 begründet dies darin: „ich gucke jetzt wirklich gezielt, was ist machbar, was ist gut begründbar und was kriegen wir auch durch“.

Dabei spielen die gesammelten Erfahrungen der letzten Jahre eine tragende Rolle. Das DRK-Krankenhaus Sömmerda beweist, dass es sinnvoll ist eine Pflegekraft speziell auf das Thema PKMS-Dokumentation zu schulen und ausschließlich für diese Aufgabe einzusetzen. Pfleger 2 übernahm diese Position vor drei Jahren, „weil das im Haus nicht realisierbar war, dass das die Schwestern im Alltag mitgemacht haben“. Seitdem erhält das Krankenhaus pro Jahr für ca. 200 Patienten das PKMS Zusatzentgelt. Bei einer Gesamtzahl von ca. 9.000 Patienten entspricht dies einer jährlichen Quote von 2,2%.

Für ein Krankenhaus dieser Größenordnung (182 Betten) schätzt Pfleger 2 einen PKMS Beauftragten für das ganze Haus als ausreichend ein. Dieser könne auch in einer Teilzeitbeschäftigung alle Stationen abarbeiten. Im Falle von Urlaub oder Krankheit, hat Pfleger 2 auf jeder Station eine Pflegekraft, die in die Thematik eingearbeitet wurde und die Dokumentation in dieser Zeit übernimmt, damit Pfleger 2 die Daten nach seiner Rückkehr nur noch ins System eingeben und übermitteln muss. Diese Vorgehensweise funktioniert laut Pfleger 2 „mittlerweile ganz gut“. Pfleger 1 sieht in der Übernahme der PKMS-Dokumentation durch eine dafür ausgebildete Kraft eine große Entlastung für die alltägliche Arbeit auf den Stationen. Laut Pfleger 1 könne dies auch eine ungelernete Kraft übernehmen, die auf das Thema PKMS geschult wurde. Es müsse also nicht bindend ein Gesundheits- und Krankenpfleger sein. Diesem Punkt widerspricht Pfleger 2 allerdings und berichtet aus einem anderen Krankenhaus, in dem eine Person aus dem Bereich Medizin-Controlling die PKMS-Dokumentation übernommen hat, was sich als wenig erfolgreich erwiesen hat. Eine fehlerfreie Abarbeitung setzt gewisse pflegerische und medizinische Grundkenntnisse voraus. Pfleger 2 sieht daher eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger für die Aufgaben als zwingend notwendig.

### 5.3.1 Personalberechnung

Im folgenden Abschnitt sollen die Personalkosten für eine Pflegekraft den Einnahmen der PKMS Zusatzentgelte gegenübergestellt werden. Somit lässt sich ermitteln, ob sich die zusätzliche Pflegekraft durch die Einnahmen der Zusatzentgelte indirekt selbst finanziert. Da im DRK-Krankenhaus Sömmerda bereits eine PKMS Beauftragte beschäftigt ist, wird in dieser Berechnung ein fiktives Hamburger Krankenhaus derselben Größenordnung als Beispiel verwendet.

Da Pfleger 2 während des Interviews angab, dass die PKMS-Dokumentation von einer Fachkraft durchgeführt werden sollte, wird für die Ermittlung der Personalkosten ein Gesundheits- und Krankenpfleger „Pfleger X“ im Alter von 31 Jahren als Berechnungsgrundlage angewendet. Er ist seit sieben Jahren in der Pflege tätig, ist ledig und hat keine Kinder. Bei dem Beschäftigungsverhältnis handelt es sich um eine Vollzeitbeschäftigung. Mitarbeiter in Hamburger Krankenhäusern werden in der Regel nach dem Tarifvertrag für den Krankenhaus-Arbeitgeberverband Hamburg e.V. (TVKAH) vergütet (siehe Tabelle 3). Die Entgeltgruppe richtet sich nach der Art der Tätigkeit, die Stufen nach der Berufserfahrung der betroffenen Person. Pflegepersonal auf „Normalstationen“ wird in die Entgeltgruppe P7 eingeordnet. Dies entspricht einem Brutto-Entgelt zwischen 2.635,53€ und 3.295,68€, je nach Stufe. Hinzu kommt eine monatliche Zulage von 46,02€ für das Versorgen von Patienten z.B. auf Psychiatrien, mit infektiösen Erkrankungen oder die Chemotherapie erhalten. In besonderen Fällen, z. B. wenn eine besondere Fachweiterbildung oder die Wahrnehmung besonderer Aufgaben vorliegt, ist auch eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe 8 möglich (TV-KAH, 2007).

Tabelle 3: Tabelle TVKAH, Anlage A Tabelle P zu §15 TVKAH (TVKAH, 2017)

Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
P 16	-	4.050,77	4.192,78	4.651,31	5.185,82	5.421,59
P 15	-	3.963,78	4.093,73	4.418,63	4.807,47	4.955,97
P 14	-	3.867,88	3.994,70	4.311,74	4.742,49	4.821,09
P 13	-	3.771,99	3.895,66	4.204,83	4.428,07	4.485,71
P 12	-	3.580,18	3.697,57	3.991,03	4.171,29	4.255,14
P 11	-	3.388,39	3.499,49	3.777,23	3.961,68	4.045,53
P 10	-	3.196,60	3.301,40	3.594,86	3.736,35	3.825,43
P 9	-	3.039,39	3.196,60	3.301,40	3.500,53	3.584,38
P 8	-	2.796,54	2.932,80	3.107,51	3.248,61	3.444,31
P 7	-	2.635,53	2.796,54	3.044,26	3.168,10	3.295,68
P 6	2.204,53	2.363,07	2.511,69	2.827,51	2.908,02	3.056,61
P 5	2.109,19	2.325,89	2.387,86	2.486,92	2.561,25	2.735,85

„Pfleger X“ würde demnach in die Entgeltgruppe P7, Stufe 4 fallen, was einem Bruttoentgelt von 3.044,26€ entspricht. Zusätzlich zum Bruttoentgelt entrichtet der Arbeitgeber Lohnnebenkosten in Form von Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung an den Staat, deren Anteile im Sozialgesetzbuch festgeschrieben sind. Diese berechnen sich prozentual aus der Summe des Bruttoentgelts, dem monatlichen Zuschlag sowie dem monatlichen Anteil des Weihnachtsgelds. Die monatlichen Gesamtkosten für „Pfleger X“ sind in Tabelle 4 aufgelistet (Statistisches Bundesamt, 2012, S.8 ff.).

*Tabelle 4: Aufstellung Personalkosten (eigene Darstellung, in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, 2012 & TV-KAH, 2007)*

Sachgrund	Kosten in €
<b>Bruttoentgelt</b>	3.044,26
<b>Zuschlag</b>	46,02
<b>Krankenversicherung (7,3%)</b>	238,75
<b>Pflegeversicherung (0,975%)</b>	31,88
<b>Rentenversicherung (9,95%)</b>	325,41
<b>Arbeitslosenversicherung (1,5%)</b>	49,06
<b>Weihnachtsgeld (70%, anteilig)</b>	180,27
<b>Summe</b>	<b><u>3.915,65</u></b>

Für „Pfleger X“ ergeben sich monatliche Ausgaben in Höhe von 3.915,65€. Jährlich entspricht dies 46.987,80€. Hinzu kommen im Vorfeld unkalkulierbare Kosten für Schulungen und Fortbildungen sowie die Ausstattung eines Arbeitsplatzes, mit zum Beispiel einem Schreibtisch und PC.

### 5.3.2 Gegenüberstellung Ausgaben und Einnahmen

Auf Seiten der Einnahmen, erhält ein Krankenhaus pro Patient, der den nötigen Punktwert von 43 PKMS Punkten erreicht, ein Zusatzentgelt von 1.058,02€ (siehe Tabelle 1, S.3). In einem allgemeinen Krankenhaus der Grundversorgung mit etwa 9.000 Gesamtpatienten im Jahr, ist von ca. 200 hoch pflegeaufwendigen Patienten jährlich auszugehen. Dies entspricht Zusatzeinnahmen in Höhe von 211.604€.

Unter der Annahme, dass in diesem Krankenhaus aufgrund von Zeit- und Personalmangel bisher keine PKMS-Dokumentation durchgeführt wurde und das gesamte Zusatzentgelt somit als bisher nicht erhaltene Einnahme verbucht werden kann, decken die Zusatzeinnahmen die jährlichen Personalkosten für „Pfleger X“ zu 450%. Dem Krankenhaus bleibt jährlich ein Überschuss von 164.616,20€, welcher je nach Bedarf für Schulungen, Gestaltung des Arbeitsplatzes, Krankengeld, Urlaubsgeld oder im Vorfeld entstandene Kosten wie zum Beispiel das Schalten einer Stellenanzeige aufgewendet werden können.

Sollte in einem Krankenhaus bereits PKMS-Dokumentation durchgeführt werden, müsste „Pfleger X“ erreichen, dass das Krankenhaus pro Jahr für mindestens 45 Patienten mehr als zuvor das PKMS Zusatzentgelt erhält, damit sich die eigene Stelle selbst finanziert. 45 PKMS Fälle ergeben Einnahmen in Höhe von 47.610,90€. Dieser Betrag würde die jährlichen Personalkosten für „Pfleger X“ abdecken, ohne dass eine finanzielle Lücke entsteht.

## 6. Diskussion

Die voran gegangenen Kapitel beschäftigten sich mit dem Thema, wie ein Krankenhaus mit Hilfe einer zusätzlichen Pflegekraft, die speziell auf PKMS-Dokumentation geschult wurde, seinen Umsatz steigern und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen auf den Stationen verbessern kann. In der nun anschließenden Diskussion werden zunächst die verwendete Methodik und die gewonnenen Ergebnisse diskutiert sowie Probleme und Limitationen der PKMS-Dokumentation aufgezeigt.

### 6.1 Methodik Diskussion

Das methodische Vorgehen dieser Ausarbeitung setzte sich aus zwei verschiedenen Methoden zusammen. Als deskriptive Methode wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden alle wichtigen Datenbanken berücksichtigt und nach relevanten Begriffen durchsucht. Die Suchergebnisse der Literaturrecherche waren sehr umfangreich, allerdings auch sehr einseitig. In allen Quelltexten und Studien wurde lediglich negativ über die Arbeit in der Pflege und das in Deutschland vorliegende System berichtet. Vor allem die Gestaltung der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger wurde kritisiert. Somit war es im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht möglich, eine weitere Studie, die positives über die Arbeit in der Pflege berichtet, als Gegenstück zur NEXT-Studie zu zitieren. Speziell zum Thema PKMS-Dokumentation wurde aufgrund der Aktualität des Themas qualitativ hochwertige, aktuelle Literatur gefunden. Allerdings wird in der Literatur nur auf theoretische Grundlagen, dafür aber weniger auf die praktische Durchführung der Dokumentation eingegangen. Es existieren lediglich genaue Vorgaben wie und für welche Patienten PKMS-Dokumentation durchgeführt werden soll. Wer aber tatsächlich dafür verantwortlich ist und wann der Verantwortliche die zeitaufwendige Dokumentation durchführen soll, ist in den vorliegenden Datenquellen nicht festgeschrieben.

Als qualitative Forschungsmethode wurden Befragungen in Form von Experteninterviews angewendet. Diese Methode eignete sich sehr gut, um einen Einblick in die praktische Umsetzung der PKMS-Dokumentation zu erhalten. Im Rahmen dieser Ausarbeitung erwies sich eine Stichprobenanzahl von  $n=2$  als ausreichend, da beide Interviewpartner in den Gesprächen sehr offen agierten und über



sehr gutes Fachwissen verfügen. Allerdings wäre für eine ganzheitliche Betrachtung eine Befragung von Mitarbeitern aus einem weiteren Krankenhaus, zum Beispiel in einem anderen Bundesland oder einer anderen Größenordnung notwendig gewesen. Dies scheiterte allerdings an der Akquise von Interviewpartnern, da in vielen Krankenhäusern keine PKMS-Dokumentation durchgeführt wird und die PKMS-Dokumentation sowieso nur auf den „Normalstationen“ vorgesehen ist. Somit können die gewonnenen Ergebnisse nur auf Krankenhäuser, die in ihrem Aufbau und ihrer Größe identisch zum DRK-Krankenhaus in Sömmerda sind, übertragen werden. Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde deutlich, dass es sich bei den Befragungen um Leitfadeninterviews, anstatt um Experteninterviews handelte, da die Ergebnisse eher persönliche Empfindungen, jedoch weniger neutrale Meinungen widerspiegeln (Helfferich, 2014, S.559).

Bei den durchgeführten Interviews handelt es sich um teilstandardisierte Umfragen, welche sich durch fest vorgegebene, offene Fragestellungen kennzeichnen. In allen standardisierten Umfragen besteht die Möglichkeit von systematischen Abweichungen, in Form von Antworttendenzen bzw. externer Beeinflussung durch den Interviewer oder das Setting der Befragung. Dies stellt eine potenzielle Fehlerquelle dar. Zu den Antworttendenzen zählt die soziale Erwünschtheit, die Zustimmungstendenz, sowie die Tendenz zur Mitte (Bogner & Landrock, 2015, S.1ff.). Da es sich in der Befragung weder um sensible noch um persönlichkeitsbezogene Inhalte handelte, ist eine Verzerrung durch soziale Erwünschtheit weitestgehend auszuschließen. Eine Fehlerquelle aufgrund einer Zustimmungstendenz der Befragten, ist nur bei der Frage: „Halten Sie es für realistisch, dass eine Stelle nur für die Dokumentation geschaffen wird?“ möglich, da diese die einzige Frage ist, die als Antwortmöglichkeit „stimme zu“ bzw. „stimme nicht zu“ voraussetzt. Eine Verzerrung aus Höflichkeit oder Bequemlichkeit ist hier durchaus möglich. Eine Tendenz zur Mitte ist bei teilstandardisierten Umfragen ausgeschlossen, wenn sie keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beinhaltet. Allerdings sind offene Frage anfällig für Interviewer Effekte. Geringe Effekte können dabei durch das Alter und Geschlecht des Interviewers hervorgerufen werden (ebd.). Bei der Beantwortung der Fragen, kann jedoch eine unbewusste Beeinflussung durch den Fragensteller, aufgrund bestimmter Einstellungs- und Verhaltensweisen nicht ausgeschlossen werden, da die Interviews dazu dienen sollten, die zu bearbeitenden Hypothesen zu stützen und die Dokumentationspflicht als

eine Belastung am Arbeitsplatz darzustellen. Eine Verzerrung durch die Anwesenheit dritter Personen kann ausgeschlossen werden, da die Interviews einzeln durchgeführt wurden. Als letzter Punkt soll geklärt werden, ob das Fragebogendesign einen Einflussfaktor auf die Beantwortung der Fragen darstellt (ebd.). Es besteht die Möglichkeit, dass die Reihenfolge der Fragen dabei einen Effekt auf die Probanden hatte. Bei den Fragen zur PKMS-Dokumentation, wurde zunächst gefragt: „Wie viel Zeit benötigen Sie pro Patient?“. Anschließend wurde um eine Einschätzung gebeten, wie aufwendig die Dokumentation ist. Da in der vorangegangenen Frage noch daran erinnert wurde, wie viel Zeit pro Patient benötigt wird, könnte dies ein verzerrtes Bild auf die Einschätzung des Aufwands verursacht haben.

## 6.2 Ergebnisdiskussion und Handlungsempfehlung

Die Pflegesituation in Deutschland befindet sich derzeit in einer Art Teufelskreis. Der demografische Wandel der Bevölkerung und der damit verbundene Anstieg an Pflegebedürftigkeit stehen einem sich immer weiter zuspitzenden Fachkräftemangel gegenüber. Dieser resultiert aus der Unzufriedenheit des Pflegepersonals und der damit weiter abnehmenden Attraktivität des Pflegeberufs. Ursächlich dafür ist weder die tarifliche Eingruppierung, noch die Arbeitsinhalte. Als Hauptgrund für die Unzufriedenheit von Menschen, die in der Pflege tätig sind, wird immer wieder die Überlastung durch zu viele Aufgaben und zu wenig Personal genannt. Allerdings liegt die Unterbesetzung auf den Stationen oftmals nicht an der mangelnden Bereitschaft der Krankenhäuser mehr Personal einzustellen, sondern an den hohen Fehlzeiten der Mitarbeiter sowie das Ausbleiben an Bewerbungen von fachlich qualifiziertem Personal.

Dies wird bei Betrachtung der Anzahl an offenen Stellen in der Pflege, im Vergleich zur Anzahl an arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und Krankenpflegern deutlich. Im Jahr 2015 lag der Anteil an zu besetzenden Stellen in jedem Bundesland, über der Anzahl an arbeitssuchenden Pflegekräften. Allein in Nordrhein-Westfalen fehlt es an fast 1.000 Pflegekräften. Somit ist es unmöglich alle bestehenden offenen Stellen durch qualifiziertes Fachpersonal zu besetzen. Dies ist in Abbildung 6 grafisch dargestellt (siehe Seite 28).

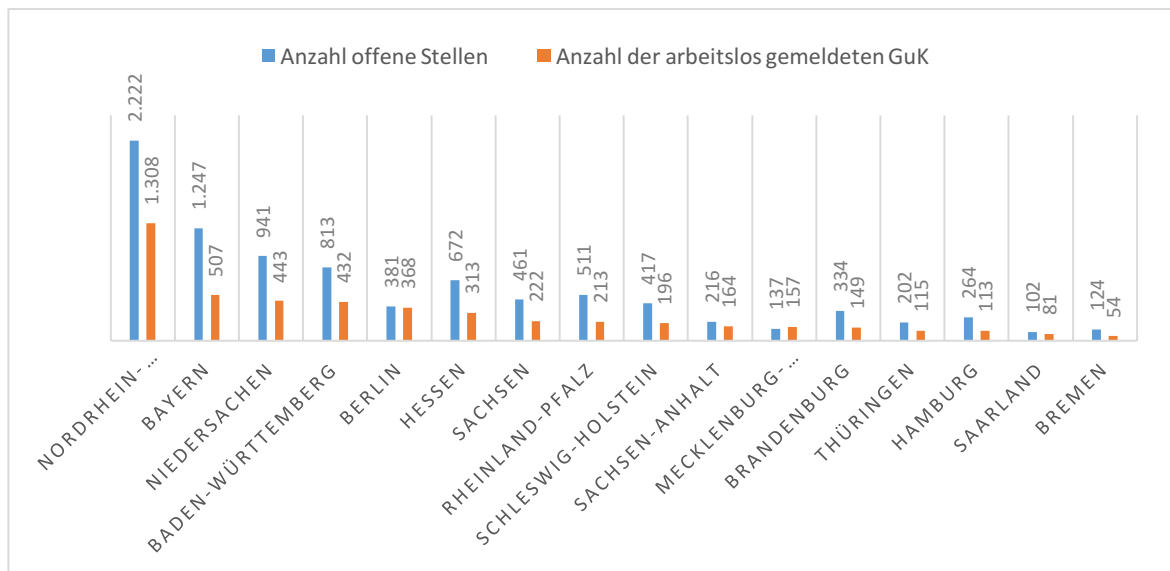


Abbildung 6: Vergleich offene Stellen und arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpfleger 2015 (eigene Darstellung, in Anlehnung an DIP, 2016)

Eine Möglichkeit die offenen Stellen dennoch besetzen zu können, ist das Anwerben von qualifizierten Pflegefachkräften aus dem EU-Ausland. Diese sollte stärker gefördert und der Einstellungsprozess in deutschen Krankenhäusern vereinfacht werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass keine sprachliche Barriere zwischen den Pflegekräften und den Patienten bestehen darf. Ein Sprachtest ist daher unumgänglich. Gerade in Großstädten können sich ausländische Pflegekräfte als Entlastung für den Stationsbetrieb erweisen, da sie die Kommunikation mit Patienten erleichtern, die sich in der deutschen Sprache nicht ausreichend verständigen können. Perspektivisch gesehen muss die Ausbildung von Pflegekräften verbessert sowie für Schulabgänger attraktiver gestaltet werden, z.B. durch eine höhere Ausbildungsvergütung. Eine Zusammenführung der drei Ausbildungsrichtungen in der Pflege, ermöglicht flexiblere Einsatzmöglichkeiten in den Bereichen Alten-, Kinder- und Gesundheits- und Krankenpflege. Außerdem sollte die Rolle der Pflege bestärkt werden, z.B. indem das Pflegepersonal mehr politisches Mitspracherecht erhält.

Die schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege sind unumstritten und werden von diversen Quellen bestätigt. Allerdings müssen die Ergebnisse der NEXT-Studie auch kritisch betrachtet werden. Unzufriedenheit und Überforderung existiert in vielen Berufen, daher wäre ein Vergleich mit einer ähnlichen Studie mit Mitarbeitern aus einer anderen Berufsgruppe im Sozial- oder Gesundheitswesen notwendig, um die Aussagekraft der NEXT-Studie zu überprüfen.

Eine Möglichkeit die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, ist die Entlastung des Pflegepersonals im Bereich PKMS-Dokumentation. Dies ist in Form einer zusätzlichen Pflegekraft, die nur für die Dokumentation zuständig ist denkbar. Die Personalkostenberechnung für „Pfleger X“ aus Abschnitt 5.3.1 stellt dabei lediglich ein theoretisches Konstrukt dar. Die tatsächlichen Kosten für eine zusätzliche Pflegekraft lassen sich in der Theorie nur ungenau kalkulieren. Sie sind unter anderem davon abhängig, wie viele Schulungen „Pfleger X“ benötigt, bis er die praktische Durchführung der PKMS-Dokumentation sicher beherrscht und somit für das Krankenhaus einen finanziellen Profit erwirtschaftet. Ebenfalls müssen längere Ausfallzeiten durch Krankheit oder Schwangerschaft mit einkalkuliert werden. Sollte „Pfleger X“ unerwartet kündigen, entstehen erneut Kosten, für die Aus- und Weiterbildung eines neuen PKMS Verantwortlichen, welcher die Nachfolge übernimmt.

Die Gegenüberstellung der Ausgaben und Einnahmen stimmt nur dann mit der Beispielrechnung aus Abschnitt 5.3.2 überein, wenn „Pfleger X“ so effizient arbeitet, wie in der Beispielrechnung angenommen wurde. Nur wenn das Krankenhaus durch den Einsatz von „Pfleger X“ für mindestens 45 Patienten mehr als zuvor das PKMS Zusatzentgelt erhält, decken sich die Einnahmen mit den Ausgaben für die zusätzliche Stelle. Dafür ist eine gewisse Erfahrung im Umgang mit der Dokumentation nötig. Allerdings ist diese Zahl, in Bezug auf die Ergebnisse der Befragungen im DRK-Krankenhaus Sömmerda durchaus realistisch. Bei der Beschäftigung von „Pfleger X“ muss allerdings bedacht werden, dass das Pflegepersonal im Hinblick auf die Dokumentationspflicht nur in einem begrenzten Umfang entlastet werden kann. Bestimmte Aufgaben, wie das Unterschreiben der Lagerungs- und Pflegepläne, müssen von der Person abgearbeitet werden, die auch die Maßnahmen durchgeführt hat und können somit nicht von „Pfleger X“ übernommen werden. Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse dieser Ausarbeitung können alle zu prüfenden Hypothesen angenommen werden. Eine nähere Betrachtung erfolgt in Abschnitt 7. Es besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf darin, wie dem Fachkräftemangel in der Pflege zukünftig entgegengewirkt werden kann sowie in der Optimierung der PKMS-Dokumentation, deren Probleme und Limitationen im folgenden Abschnitt aufgezeigt werden.

### 6.3 Probleme und Limitationen der PKMS-Dokumentation

Aufgrund der intensiven Bearbeitung des Themas PKMS-Dokumentation in deutschen Krankenhäusern, haben sich im Rahmen dieser Ausarbeitung Probleme und Limitationen herausgestellt. Diese sollen in diesem Abschnitt zusammengetragen werden.

Eingeführt wurde die PKMS-Dokumentation im Jahr 2010. Hintergrund dabei war es, die Rolle der Pflege zu bestärken und das Versorgen von Patienten, die hoch pflegeaufwendig sind, in die Höhe der Vergütung mit einfließen zu lassen. In der Routine stößt die Dokumentation beim Pflegepersonal allerdings eher auf Ablehnung, da sie zu komplex und zeitaufwendig ist. Bei der Einführung des Systems wurde nicht berücksichtigt, dass die Pflegekräfte in derselben Zeit, neben ihren weiterhin täglich anfallenden Aufgaben, zusätzlich die Dokumentation abarbeiten müssen, was in der Praxis nicht umsetzbar ist. Die Ursache dieser Fehlplanung könnte darin liegen, dass Neuregelungen und Gesetze in der Pflege von Politikern beschlossen werden, denen der Stationsalltag völlig fremd ist. Dadurch kommt es zu einer Fremdbestimmung der Berufsgruppe (Hofmann, 2013, S.101).

Um eine höhere Akzeptanz bei den Pflegekräften zu erreichen, wäre es sinnvoll, Anreizsysteme zu schaffen. Dies könnte in Form einer Datenaufbereitung am Ende des Jahres erreicht werden, in der den Mitarbeitern aufgezeigt wird, wie viel Mehreinnahmen das Krankenhaus durch die korrekte Dokumentation erhalten hat und in welche Investitionen diese Mehreinnahmen umgesetzt wurden. Eine weitere Maßnahme ist die Überarbeitung der PKMS Bögen, die für die Dokumentation vorgesehen sind, da sie in den Interviews als zu kompliziert und unübersichtlich beschrieben wurden. Allerdings konnten seitens der Interviewpartner keine konstruktiven Verbesserungsvorschläge zur Vereinfachung der Bögen gegeben werden. Wie bereits in Abschnitt 5.1 beschrieben wurde, können einige Punkte nicht in die Dokumentation aufgenommen werden, da sie sich im Rahmen der herkömmlichen Pflegedokumentation nicht dokumentieren lassen. Dies trifft vor allem in den Bereichen Ernährung und Abwehrverhalten zu. Nicht auszuschließen ist dabei, dass es zu einem Missbrauch der Dokumentation durch die Pflegekräfte kommt und mehr dokumentiert wird, als tatsächlich durchgeführt wurde. Ob dies willentlich oder versehentlich geschieht, gilt es dabei zu überprüfen. Aufgrund dessen, dass sich einige Kategorien nicht in die PKMS-

Dokumentation mit aufnehmen lassen, reichen die Punktwerte der übrigen Kategorien oft nicht aus, um die benötigten 43 Punkte zu erreichen. Laut einer Empfehlung des DIMDI kann der benötigte Punktwert erst ab einer Verweildauer von mindestens vier Tagen erreicht werden. Können nicht alle in den PKMS Bögen vorgesehenen Kategorien berücksichtigt werden, erhöht sich diese Zahl auf bis zu sechs Tage (siehe Fallbeispiel Seite 15). Problematisch ist dieser Fakt in Bezug auf, die mit Einführung der DRG's, festgelegten Verweildauern. Diese sinken seit Jahren kontinuierlich ab. Im Jahr 2016 lag die mittlere Verweildauer in deutschen Krankenhäusern bei 7,3 Tagen, während sie 2006 noch bei 8,5 Tagen lag (Destatis, 2017). So kommt es in vielen Fällen dazu, dass ein Patient zwar allen Kriterien für das PKMS Zusatzentgelt entspricht, das Krankenhaus es aufgrund der aufgeführten Faktoren trotzdem nicht erhält.

Zu berücksichtigen ist ebenfalls das Prinzip, dass auf jede Aktion meist auch eine Reaktion folgt. Die finanziellen Leistungen des PKMS Zusatzentgeltes werden vom MDK an die Krankenhäuser gezahlt. Wenn ein Krankenhaus sich stärker auf die Wahrnehmung der PKMS-Dokumentation bezieht und somit mehr Fälle geltend macht, ist mit einer Reaktion des MDKs, in Form von vermehrten Widersprüchen zu rechnen, da das MDK das Interesse verfolgt, weniger Zusatzentgelte zu leisten. Die Gegenüberstellung der Ausgaben und Einnahmen aus Abschnitt 5.3.2 erhält somit nur ihre Gültigkeit, wenn das MDK milde in seiner Beurteilung bleibt, so wie es auch im DRK-Krankenhaus Sömmerda der Fall ist, wo im letzten Jahr kein offizieller Widerspruch einging.

## 7. Fazit und Ausblick

Am Beispiel des DRK-Krankenhaus Sömmerda konnte im Rahmen dieser Ausarbeitung bewiesen werden, dass sich der Einsatz einer zusätzlichen Pflegekraft für die sach- und fachgerechte Durchführung der PKMS-Dokumentation in einem Krankenhaus als durchaus rentable Vorgehensweise erweist. Durch die Zusatzentgelte, die das Krankenhaus für jeden PKMS Fall erhält, der korrekt und logisch nachvollziehbar dokumentiert wurde, erhöht sich der Gesamtumsatz der Einrichtung. Aufgrund der Mehreinnahmen, die ein PKMS-Beauftragter erwirtschaftet, finanziert er seine Stelle quasi selbst. Eine zusätzliche Pflegekraft, die die übrigen Pflegekräfte in der Dokumentation unterstützt, wirkt sich zudem entlastend auf den Arbeitsalltag der Mitarbeiter aus, der durch ständige Überlastung durch quantitative Arbeitsaufgaben geprägt ist. Allerdings geschieht dies nur in einem gewissen Maße, da die Dokumentationspflicht nicht in ihrem vollen Umfang durch eine dritte Person übernommen werden kann.

Mit der Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score im Jahr 2010 entstand erstmals die Möglichkeit neben den ärztlichen, auch die pflegerischen Tätigkeiten direkt in die Patientenabrechnung mit einfließen zu lassen. Allerdings zeigen sich in den Ergebnissen dieser Ausarbeitung einige Probleme und Limitationen auf, die Verbesserungspotenzial des Dokumentationssystems verdeutlichen. Bei den Pflegekräften selbst, stößt die PKMS-Dokumentation eher auf Ablehnung, da sie eine zusätzliche Belastung im Arbeitsalltag darstellt, die keinen direkten Nutzen für das Personal mit sich bringt. Das Ziel der Krankenhäuser sollte sein, z.B. durch Anreizsysteme eine höhere Akzeptanz für die Notwendigkeit der PKMS-Dokumentation beim Pflegepersonal zu schaffen, damit sie ihren vorgesehenen Zweck erfüllen kann.

Auch in Zukunft, soll die Versorgung von hochpflegeaufwendigen Patienten stärker in die Fallpauschalen mit einbezogen werden. So wurden im DRG-Katalog für das Jahr 2018 zwei neue Zusatzentgelte beschlossen. Auf Anraten der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ wurden die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 in den DRG-Katalog aufgenommen. Diese werden für Patienten gezahlt, die dem Pflegegrad 3 entsprechen bzw. eine Verweildauer von über

zehn Tagen aufweisen. Dabei sind die am Patienten vorgenommenen Operationen und Prozeduren völlig belanglos. Das Zusatzentgelt wird ohne großen Dokumentationsaufwand gezahlt, sobald eines der beiden Merkmale zutrifft (GKV-Spitzenverband, 2017).



## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Hamburg, 06.12.2017

## Literaturverzeichnis

AOK (2016): Krankenhausfinanzierung, online abrufbar unter: [http://aok-bv.de/lexikon/k/index\\_00437.html](http://aok-bv.de/lexikon/k/index_00437.html) [Stand: 23.11.2017].

Bogner, K.; Landrock, U. (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim, GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI: 10.15465/sdm-sg\_016.

Bogai, D.; Hirschenauer, F. (2015): Demografischer Wandel und Pflegearbeitsmarkt. In: Bettig, U.; Frommelt, M.; Roes, M.; Schmidt, R.; Thiele, G. (Hrsg.): Personalentwicklung in der Pflege. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, S. 9 und S. 23-26.

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016): Immer mehr ältere Menschen in Deutschland, online abrufbar unter: [http://www.demografie-portal.de/Shared-Docs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung\\_Alterstruktur.html](http://www.demografie-portal.de/Shared-Docs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Alterstruktur.html) [Stand: 23.11.2017].

Bundesregierung (2015): Über Ein-STEP, online abrufbar unter: <https://www.ein-step.de/ueber-ein-step/> [Stand: 23.11.2017].

Destatis (2017): Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen, online abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html> [Stand: 23.11.2017].

Deutscher Bundestag (2017): Sachverständige fordern Stärkung der professionellen Pflege, online abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2016/kw11-de-pflegeberufe/413662> [Stand: 23.11.2017].

DIMDI (2013): Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2013, online abrufbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf> [Stand: 23.09.2017].

DIP (2014): Umfrage zu den wichtigsten pflegerischen Themen in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2014. Datenauswertung durch Statista, online abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/420782/umfrage/wichtigste-pflegerische-themen-in-deutschen-krankenhaeusern/> [Stand: 23.11.2017].

GKV-Spitzenverband (2017): Fragen und Antworten zu DRG, online abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/fragen\\_und\\_antworten\\_drg/fragen\\_und\\_antworten\\_drg.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp) [Stand: 23.11.2017].

GKV-Spitzenverband (2017): DRG-System, online abrufbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2018/drg\\_system\\_4.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2018/drg_system_4.jsp) [Stand: 23.11.2017].

Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Einführung. In: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 11.

Häder, M. (2015): Erhebungsmethoden. In: Empirische Sozialforschung, 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 189.

Helfferrich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N.; Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 559.

Hoffmann, I. (2013): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. In: Forum, Volume 28, Issue 2, S. 101-102.

InEK (2016): Fallpauschalenkatalog, S.155, online abrufbar unter: [http://www.g-drg.de/G-DRG-System\\_2017/Fallpauschalen-Katalog2/Fallpauschalen-Katalog\\_2017](http://www.g-drg.de/G-DRG-System_2017/Fallpauschalen-Katalog2/Fallpauschalen-Katalog_2017) [Stand: 23.11.2017].

InEK (2016): PEPP Entgeltkatalog, S. 1, online abrufbar unter: [http://g-drg.de/Aktuelles/Abrechnungsbestimmungen\\_und\\_PEPP-Entgeltkatalog\\_fuer\\_2016](http://g-drg.de/Aktuelles/Abrechnungsbestimmungen_und_PEPP-Entgeltkatalog_fuer_2016) [Stand: 23.11.2017].

Läzer, K.; Sonntag, M.; Drazek, R.; Jaeschke, R ;Hogreve, C. (2010): Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken „PsycINFO“, „Pubmed“ und „PEP-Psychoanalytic Electronic Publishing“ sowie in das Literaturverwaltungsprogram „Citavi“, online abrufbar unter: <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2010081634029/3/Tutorial-SystematischeLiteraturrecherche.pdf> [Stand: 22.10.2017].

Laux, H.; Schär, W. (2007): Dokumentation und Informatik im Gesundheitswesen. In: Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber, S. 460-461.

PcW (2016): Prognose zum Fachkräftemangel in gesundheitswirtschaftlichen Berufen in Deutschland bis zu den Jahren 2020 und 2030. Datenauswertung durch Statista, online abrufbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/703367/umfrage/fachkraefteengpass-in-gesundheitswirtschaftlichen-berufen-in-deutschland-bis-2030/> [Stand: 23.11.2017].

Recom (2017): Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), online abrufbar unter: <https://www.recom.eu/pkms/dokumentation.html> [Stand: 23.11.2017].

Schär, W. (2007): Personalmanagement. In: Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber, S. 303-305.

Schöller, D. (2017): Dekubitus. In: Pschyrembel online Redaktion, online abrufbar unter: <https://www.pschyrembel.de/dekubitus/K05M1/doc/> [Stand: 26.11.2017].

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, online abrufbar unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de> [Stand: 22.10.2017].

Statistisches Bundesamt (2012): Verdienste und Arbeitskosten. In: Fachserie 16, Heft 1, Artikelnummer 2163201129004, Seite 8-13.

Sträßner, H. (2010): Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. In: Pflege im Unternehmen Krankenhaus, 01110 CNE.fortbildung. Seite: 7.

Wieteck, P. (2009): Problembeschreibung Pflege im DRG-System, Pflegekomplexmaßnahmenscores. In: Wieteck, P. (Hrsg.): Handbuch für PKMS und PPR-A4. Kassel: Recom GmbH und Co. KG, S. 11, 28, 30.

Wieteck, P. (2016): Vorwort, G-DRG verstehen. In: Wieteck, P.; Koch, M.; Schmidpeter, I.; Benthin, T. (Hrsg.): Handbuch PKMS und OPS 9-20. Kassel: Recom GmbH, S. 9, 27.

# Anhang

## Interview-Leitfaden



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

## Interview-Leitfaden

Liebe Interview-Partnerin, lieber Interview-Partner,

mein Name ist Karoline Walther. Ich studiere Gesundheitswissenschaften im 6. Semester und führe für meine Bachelor-Arbeit Interviews zum Thema PKMS-Dokumentation durch.

Die Teilnahme an diesem Interview erfolgt freiwillig. Die Daten werden anonym gespeichert, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mit der Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass die gegebenen Antworten für die Bachelorarbeit verwendet werden.

### 1 Angaben zur Person

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihren Beruflichen Werdegang bis heute:

## 2 Angaben zum Arbeitsalltag

Beschreiben Sie einen typischen Arbeitstag (Verhältnis pflegerische Tätigkeiten/Dokumentation):

Was macht Ihnen besonders Spaß, was weniger? Warum?

Was liegt Ihnen besonders, was weniger?

## 3 Fragen zur PKMS-Dokumentation

Führen Sie PKMS-Dokumentation durch?

Wenn ja:     Wie viel Zeit benötigen Sie pro Patient?  
                  Wie viele Patienten pro Tag?  
                  Wie aufwendig ist die Dokumentation?  
                  Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Dokumentation?

Wenn nein, geben Sie eine Einschätzung:  
                  Wie viel Zeit benötigt man pro Patient?  
                  Wie aufwendig ist die Dokumentation?  
                  Haben Sie Verbesserungsvorschläge für die Dokumentation?

Halten Sie es für realistisch, dass eine Stelle nur für die Dokumentation geschaffen wird?

Wenn ja, welchen Stellenumfang/Schlüssel stellen Sie sich vor?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Interview Pfleger 1

Also ähm vorstellen muss ich mich glaub ich nicht nochmal. Ich studiere Gesundheitswissenschaften im sechsten Semester und führe diese Interviews für meine Bachelorarbeit durch und einmal nochmal kurz zur Einführung: dieses Interview erfolgt natürlich freiwillig, die Daten werden ganz anonym gespeichert, vertraulich behandelt und nicht an dritte weiter weitergegeben und mit der Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass ich das quasi für meine Bachelorarbeit verwenden darf.

Ok dann wollte ich einmal, äh Geschlecht ist natürlich weiblich, das ist klar. Wie alt sind Sie?

31

Ok und dann würde ich Sie einmal bitte Ihren beruflichen Werdegang bis heute einmal kurz zu beschreiben.

Also ich habe 10. Klasse Abschluss. Dann habe ich...

Wann war das?

2002. Dann habe ich ein freiwilliges soziales Jahr gemacht, im Pflegeheim. Dann die Ausbildung in Sömmerda und seitdem bin ich dort.

Die Ausbildung haben Sie dann 2003 angefangen?

Ja genau. 2003 bis 2006. Dann war ich erst zwei Jahre auf der Inneren Medizin und dann bin ich auf die Chirurgie gewechselt.

Und da sind Sie jetzt auch immer noch?

Da bin ich immer noch.

Also seit...

2008.

So, dann habe ich ein paar Fragen zum Arbeitsalltag. Also ähm, wenn Sie einmal Ihren typischen Arbeitstag beschreiben könnten und vor allem so ein bisschen



das Verhältnis zwischen wirklich pflegerischen Tätigkeiten und sonstigen Tätigkeiten, wie eben zum Beispiel Dokumentation, also was Sie quasi wie viel machen am Tag.

Von welcher Schicht möchten Sie denn jetzt?

Ist das so unterschiedlich?

Ja vom Ablauf her ist es sehr unterschiedlich. Im Frühdienst ist es ja Betten machen, Visite, Frühstück...

Visite laufen Sie dann auch selber mit?

Ja in meinem Bereich, wir machen ja eine Bereichspflege. Dann Visite abarbeiten, Entlassungen...

Ähm das ist dann wahrscheinlich ein bisschen mehr Papierkram?

Papierkram und so Verbände und so ne Sachen. Also so Anordnungen, die für den Patienten sind. Dann Mittagessen, zwischendurch nochmal die Bettenrunden wo man die Leute frisch macht und lagert und irgendwo dazwischen muss man dann noch schreiben. Je nachdem wie es grade machbar ist.

Also da gibt's keine festen Zeiten, sondern man macht es einfach immer...

...wenn man es grade schafft. Eigentlich sollte eine zeitnahe Dokumentation erfolgen, was ja aber in der Theorie schön klingt aber in der Praxis gar nicht umsetzbar ist. Ist ja einfach so.

Also zeitnahe Dokumentation ist meist nicht möglich?

Nö

Also wie würden Sie das ungefähr so einschätzen wie viel Prozent des Tages Sie wirklich pflegerisch tätig sind und wie viel Zeit Sie mit anderen Dingen beschäftigt sind wie zum Beispiel so Papierkram?

Also ich würde sagen 60% ist nur Dokumentation und Papierzeug.

Jeden Tag?

Hm (nickt), also ich sitze mehr am Schreibtisch als am Patienten um alles zu dokumentieren, dreifach zu unterschreiben und Berichte zu schreiben, als das ich wirklich am Patienten bin.

Und das ist ähm bei jeder Pflegekraft so oder trifft das jetzt nur auf Sie zu?

Das ist bei allen. Du hast ja deine Pflegenachweise, die musst du kürzeln, dann hast du noch was weiß ich für Patienten, die müssen gelagert werden, da hast du noch Lagerungsprotokolle die du unterschreibst und da unterschreibst du noch und da noch eine Einfuhr und da noch eine Ausfuhr...

Ok und im Spätdienst?

Na im Spätdienst ist es erstmal eine Runde mit Temperaturen, also das man einmal die Leute gesehen hat und dann fängst du unmittelbar an mit Schreiben, eingruppieren... und eventuell was nochmal angesetzt ist von den Ärzten, bevor die gehen, abarbeiten. Dann ist ja schon fast Abendbrot.

Ähm ich kann mir vielleicht nochmal aufschreiben: Frühdienst geht bei euch wann los?

Um sechs, bis 14:30 Uhr.

Spätdienst fängt dann...

14Uhr an bis 22:30 Uhr.

Ja nach dem Abendbrot?

Nach dem Abendbrot ist dann wieder Bettenrunde angesagt mit Clexane spritzen, nochmal Verbände, eventuell die die zweimal täglich sind, solche Sachen und dann geht's wieder ans Schreiben. Im Spätdienst ist das strukturiert mit dem Schreiben.

Aber gut im Frühdienst ist wahrscheinlich auch das meiste los, das meiste zu tun, so das man da immer gucken muss wann es grade passt.

Grade auf der chirurgischen Station hat man ja viele OP's und Untersuchungen die du dann auch noch fahren musst, nebenbei alles noch mit. Ja und dann machst du nochmal eine Bettenrunde wo dann Antibiosen und solche Sachen, die Abendantibiosen und Abendzucker. Und dann ist Dienstübergabe.

Das heißt, da ist das Verhältnis auch ungefähr 60/40? Genau wie im Frühdienst?

Ja. Obwohl ich würde sagen im Spätdienst ist es fast ausgeglichen. Weil es da ruhiger ist, weil du da das rund herum Gelaufe und Gemache nicht hast. Also ich sehe im Spätdienst meine Patienten glaub ich häufiger als im Frühdienst. Ab auch nur, weil es einfach ein geregelterer Ablauf dann ist, was du ja früh nicht gewährleisten kannst.

Ja, ok. Und der Nachtdienst fängt dann wann an?

22 Uhr, bis 6:30 Uhr. Da ist dann erst die Übergabe, wie ja immer zu Dienstbeginn. Dann machst du einen Durchgang, damit du die Leute gesehen hast, ob sie da sind, ob sie schlafen, ob noch irgendwas ist. Dann stellst du Medikamente für den Tag. Dann machst du das ganze Schreibzeug, Kurven, Reiterleisten und dann Aufräumarbeiten...

Und dann wahrscheinlich immer ein bisschen unterschiedlich, ne?

Ja genau, ob du Zugänge kriegst oder nicht, das ist ja dann alles immer... Ja dann machst du eben Aufräumarbeiten, Apothekenbestellungen solche Sachen eben. Was eben tagsüber gar nicht machbar wäre. Zugänge vorbereiten, also wieder Schreibzeug.

Also ist in der Nacht wahrscheinlich am wenigsten, dass man was am Patienten auch macht?

Ja.

Wie würden Sie das da so einschätzen?

Also ich hätte zwar die Zeit aber die Leute schlafen, das ist einfach so. Also lass es da 30% Schreibzeug sein.

Ok. Sonst noch irgendwas Wichtiges, was so den Arbeitsalltag angeht. Also ich höre das jetzt so raus: im Frühdienst, fällt das auch öfter mal unter den Tisch, also die Dokumentation, weil dann die ganze Zeit, gar keine Zeit ist oder...

Also es kommt auch durchaus vor, dass es die Kollegen nicht schaffen gleich zu dokumentieren und dann halb zwei, kurz bevor der Spätdienst kommt alle sich

hinsetzen und überhaupt noch irgendwas schreiben, bis dann der Spätdienst da ist. Oder wenn sie es eben gar nicht schaffen, so Sachen wie Wunddokumentation zu schreiben: lass es, ich machs morgen. Aber so das Wesentliche, wie das Kürzeln und Unterschriften, dass ist alles geschrieben.

Aber es wird dann auch öfter auf morgen oder später verschoben.

Ja.

Ok, dann die zweite Frage zum Arbeitsalltag wäre, ähm was Ihnen besonders Spaß macht und was Ihnen weniger Spaß macht und warum?

Am meisten Spaß macht mir das Arbeiten am Patienten. Verbände...

Ja, deswegen haben Sie ja den Beruf wahrscheinlich auch gelernt.

Richtig. Die Interaktion auch mit den Leuten.

Und weniger?

Das Schreibzeug. Weil das für mich einfach vergeudete Zeit ist, muss ich ganz ehrlich sagen. Ich komme mir dann eher vor wie eine Sekretärin. Also mit Krankenschwester hat das nicht viel zu tun.

Ja, also man hat ja irgendwie so einen handwerklichen Beruf gelernt, sag ich mal, dass man auch am Patienten arbeiten will und nicht Bürokauffrau oder sowas.

Genau!

Also das Schreibzeug weniger, weil Sie sich so Ihren Beruf nicht vorgestellt haben?

Richtig.

Ok, also dann die nächste Frage wäre was liegt Ihnen besonders und was weniger, aber das ist dann wahrscheinlich ähnlich wie die vorherige Frage?

Ja, also ich Schreibzeug habe ich es auch drauf, so ist es nicht aber weil du es auch musst aber es macht eben keinen Spaß. Also ich würde jetzt nicht sagen, dass ich beim Schreibzeug weniger talentiert bin.

Ok. Dann sind wir jetzt schon bei den Fragen bezüglich der PKMS Dokumentation. Also führen Sie selber PKMS Dokumentation durch?

Ja.

Also wenn ja, wie viel Zeit, würden Sie einschätzen, brauchen Sie pro Patient?

Also bei uns muss ich jetzt dazu sagen, ist es ein bisschen ... wir haben ja Janna, die ist ja darauf geschult. Und wir wissen ja so Ansatzweise was darüber, wir mussten ja alle mal so einen PKMS Bogen ausfüllen. Wir wissen so ungefähr: der passt in eine PKMS rein, unterschreiben dann einfach vorsorglich, zweimal zum Beispiel die Körperpflege, zweimal das Lagern, also dass das zwei Pflegekräfte gemacht haben und dann wird Jana involviert. Wenn wir denken das es so ist und den richtigen PKMS Bogen macht dann Jana. Also wir gruppieren vorsorglich schon mal ein aber Jana kümmert sich dann wirklich darum, die hat ja die Stelle nur dafür.

Und was würden Sie einschätzen, wenn es jetzt Jana nicht gäbe oder wenn sie mal krank ist irgendwas, wie lange Sie dann für so einen Patienten brauchen würdest?

Eine halbe Stunde. Weil das sind ja schon etliche Fragen.

Also 30min ca. pro Patient?

Ja.

Und können Sie ungefähr einen Durchschnitt sagen, wie viele PKMS Patienten ihr so pro Tag habt auf eurer Station? Das man da mal einen groben Überblick hat.

Auf der Chirurgie ist das was Anderes wie auf der Inneren. Also bei uns ist es entweder so, es sind viele geballt da oder gar keiner. Also wenn vielleicht zwei.

Oder können Sie es irgendwie im Monat oder weiß ich nicht, irgendeine Zeitspanne, dass man ungefähr sagen kann wie viele es sind auf der Station.

Na gut, nicht jeder Pflegefall kommt auch in die PKMS. Das muss man ja dazu sagen. Lass es vielleicht im Monat bei uns auf der Chirurgie 15 maximal sein.

Also 15 pro Monat und ihr habt wie viele Betten insgesamt?

Wir haben 38 Betten.

Ähm, ja wie aufwendig finden Sie die Dokumentation?

Sehr zeitintensiv.

Oder, also würden Sie sagen, dass die Dokumentation übersichtlich ist oder finden Sie es sind teilweise unnötige Sachen dabei? Oder ist das schon alles wichtig was man da angeben muss?

Es ist teilweise sehr unübersichtlich. Ich meine es sind zwar wichtige Sachen, die beinhaltet sind aber viele Sachen die sich dann untereinander auch wieder ein Stück weit widersprechen. Es ist viel verwirrend. Du musst eben genau gucken, dass du es wirklich dann auch rein kriegst in die PKMS.

Hm ok und haben Sie irgendwie Ideen wie man das verbessern könnte?

Eine Fachkraft pro Station, die sich nur darum kümmert. Also die wirklich darauf geschult ist und das nicht mal so nebenbei in zehn Minuten abarbeiten muss.

Es besteht ja auch immer das Risiko, wenn man dann irgendwas falsch ankreuzt...

Richtig, es ist ja immer alles Geld was dir verloren geht. Das ist es ja.

Denken Sie es kommt auch vor, dass man was zu viel ankreuzt und das einem dann Betrug vorgeworfen wird?

Schon.

Aber dann wahrscheinlich schon eher weil, dadurch das man keine Zeit dafür hat, man irgendwas falsch macht oder das man es sich einfach machen will...

Viele Sachen werden auch, ich sag mal so ein Stück weit gefaked. Grade so was das Lagern mit zwei Pflegern angeht. Teilweise sind wir ja alleine in den Schichten, dann geht das nämlich überhaupt nicht. Aber Hauptsache da stehen irgendwo zwei Unterschriften. Ich meine rein körperlich ist es ja auch gar nicht machbar die PKMS, wenn du alleine in der Nachtschicht bist zu bewältigen.

Das stimmt, wenn man alleine ist, kann man ja nicht zu zweit lagern.

Richtig und meistens sind das ja auch Schwerpflegefälle, es kommen ja auch Leute in die PKMS, die sich gegen pflegerische Maßnahmen wehren. Ich habe

nur zwei Hände ich kann nicht alleine mit fünf Händen Leute von A nach B wuch-  
ten.

Ähm ok, die Frage hat sich eigentlich auch schon beantwortet: Also halten Sie es  
für realistisch, dass eine Stelle nur für die Dokumentation geschaffen wird?

Ja auf jeden Fall.

Ähm genau und die letzte Frage wäre, wenn ja welchen Stellenumfang sollte das  
dann haben, sollte das eine Vollzeitstelle sein oder eher eine Teilzeitstelle und  
vielleicht auch was für eine Qualifikation diese Person haben soll, also muss das  
ein Gesundheits- und Krankenpfleger sein oder könnte das auch eine medizini-  
sche Schreibkraft machen?

Also wer das letzten endlich macht ist egal. Also das könnte auch eine ungelernete  
Kraft, die aber auf die PKMS geschult ist machen. Also sehe ich nicht so, dass  
das ein Gesundheits- und Krankenpfleger sein muss.

Und eine Vollzeitstelle ist das realistisch?

Also unsere [REDACTED] ist jetzt sechs Stunden-Kraft.

Und die macht nur das?

Und arbeitet noch auf Station nebenbei mit. Das ist eben immer das Problem bei  
so einer Halbtagsstelle, bei uns ist das zumindest so, wenn du solche zusätzli-  
chen Weiterbildungen hast, wie ich habe eine Stoma-Schwester. Ich mache  
meine Arbeit und nebenbei versorge ich noch im Haus Stom, also die künstlichen  
Darmausgänge. Das ist eben, dass du dich dann noch zusätzlich splitten musst.  
Das meine ich mit direkt nur für das.

Ok, aber dann reicht das wahrscheinlich auch als sechs Stunden Kraft?

Ja, wenn du dich nur darum kümmerst. Es kommt sicherlich auch ganz auf die  
Größe des Hauses an, wie viele Patienten insgesamt da sind.

Also sie macht das ja fürs ganze Haus dann? Und ihr habt wie viel Pateinten so  
im Jahr?

Das kann ich nicht sagen, aber kann man nachgucken.

Also eine Teilzeitkraft, die sich dann wirklich nur darum kümmert für das ganze Haus. Also auf jeder Station wäre dann wahrscheinlich Quatsch?

Ja das ist zu viel.

Ok dann sind wir auch schon durch, dann vielen Dank für die Teilnahme.

Gerne!

### Interview Pfleger2

Also ich stelle mich auch nochmal kurz vor: mein Name ist Karoline Walther, ich studiere Gesundheitswissenschaften im sechsten Semester und ähm führe halt für meine Bachelorarbeit Interviews zum Thema PKMS-Dokumentation durch und die Teilnahme an diesem Interview erfolgt freiwillig. Die Daten werden anonym gespeichert, ich habe euch jetzt einfach durchnummeriert, die werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Aufnahme lösche ich dann auch wieder, wenn ich sie nicht mehr brauche. So und mit der Teilnahme erklärt ihr euch damit einverstanden, dass die gegebenen Antworten für die Bachelorarbeit verwendet werden dürfen.

Ist in Ordnung.

So Geschlecht ist weiblich, ähm wie alt sind Sie?

46

So dann würde ich Sie bitten einmal Ihren beruflichen Werdegang zu beschreiben bis heute.

Also ich habe 88 angefangen Krankenschwester zu lernen, damals war das ja noch ein Fachschulstudium.

Und wo?

In Erfurt.

Auch da an der SBBS6?

Ja und war von Anfang an eigentlich in Kölleda, das hat damals mit zu Sömmerda dazu gehört. Das war so eine Außenstelle von Sömmerda. Ja und bei uns gab



es ja eigentlich noch delegierende Einrichtungen, äh das waren ja noch DDR-Zeiten als ich angefangen habe zu lernen und das heißt eigentlich ich sollte dann in die Ambulanz gehen nach Buttstädt und sollte dort arbeiten aber dadurch das ja dann die Wende kam, hatte ich das Glück in Sömmerda bleiben zu können, die haben mich dann übernommen und bin seitdem in Sömmerda.

Also seit 1990 dann?

Hm (nickt) seit 91, die Ausbildung ging drei Jahre.

Ok ähm und auf welchen Stationen?

Immer Innere. Also angefangen in Kölleda, mehrere Stationen. Also damals war das noch getrennt Männer und Frauen, das ist ja nun heute nicht mehr. In Kölleda eigentlich fast alle Stationen, das waren vier Stationen, ja und die haben dann nach und nach eine nach der anderen geschlossen bis dann eben das ganze Haus geschlossen wurde, deswegen und ich bin dann noch bevor Kölleda zugemacht wurden ist, bin ich dann nach Sömmerda gewechselt, weil sie hier eine neue Innere aufgemacht haben, als damals die Herzschrittmacher, das wurde damals vom Chefarzt hier eingeführt und ich wollte eben noch ein bisschen was Anderes machen. Kölleda war eben rein hauptsächlich Pflege, die Leute für den Alltag noch ein bisschen aufpäppeln und das war dann irgendwann nicht mehr genug, ich wollte dann noch ein bisschen was dazu lernen und da bin ich dann auf die Station, wo hauptsächlich Herzschrittmacher implantiert wurden sind.

Aber das ist dann allgemeine Innere?

Das ist trotzdem alles Innere.

So ähm, dann habe ich eine paar Fragen zum Arbeitsalltag. Also es wäre schön, wenn Sie mal so einen typischen Arbeitstag beschreiben könnten und vielleicht so ein bisschen auf das Verhältnis zwischen wirklich pflegerischen Tätigkeiten und Dokumentationstätigkeiten, die das so aufwiegt.

Also pflegerische Tätigkeiten mache ich gar nicht mehr. Ich habe vor drei Jahren angefangen nur noch PKMS zu machen, weil das im Haus nicht realisierbar war, dass das die Schwestern im Alltag mitgemacht haben. Die Dokumentation, die hat einfach vorne und hinten nicht gepasst. Und ich habe zwei Kinder, mein Mann

der ist die ganze Woche auf Montage, ich wollte auch raus aus den Schichten, weil das einfach das Familienleben nicht mehr funktioniert hat und dann hatte ich mich schon auf andere Stellen noch im Haus beworben um aus den Schichten raus zu kommen, das hatte aber nicht geklappt. Ich war ein Jahr sogar mal im Zentrallager und dann haben sie eben irgendwann gemerkt, dass PKMS im Haus nicht funktioniert, wenn das nicht einer so überwacht und dann haben sie mir die Stelle angeboten und die habe ich dann natürlich gleich genommen. Das ist eine vier-Stunden Stelle gewesen, also 20 Wochen-Stunde, dadurch das wir ja so ein kleines Haus sind, brauche ich da auch nicht mehr. Ich habe dann eben angefangen im ganzen Haus hin zu gehen, zu fragen, habt ihr Patienten, die dafür in Frage kommen, hab mir die Patienten angeguckt, die Diagnosen angeguckt, ob sie vielleicht schon eine Pflegestufe haben, das ist ja immer schon im Vorfeld wichtig, wenn sie schon eine Pflegestufe haben, dann ist ja das halbe PKMS schon durch. Und äh, ja gucke mir die Pläne an, gucke mir die .... oder ist das jetzt zu viel schon?

Also wenn ich frühs auf Arbeit gehe, mein erstes ist ich schnapp mir meinen Hefter, ich hab mir einen Hefter zusammen gestellt, hab da die einzelnen Stationen drin und hole mir dann immer Patienten-Klebchen und die hab ich dann da drin und dann guck ich: sind die Patienten noch da, das guck ich alles im Computer, sind die Patienten noch da und dann geh ich immer, dann bin ich zuerst auf der Inneren, gucke da die Patienten an, die ich schon vorher drin hatte, ob die noch da sind, ob die Unterschriften alle da sind, die Lagerungspläne, die ganzen Anforderungen erfüllt sind, wenn dann neue Patienten dazu gekommen sind, guck ich mir die gleich noch an und dann gehe ich so im Haus rum, von Station zu Station.

Ähm Sie haben gesagt, das waren zunächst nur 20 Wochen-Stunden. Ist das jetzt mehr?

Das ist jetzt mehr aber nur, weil ich zusätzlich noch was mitmache. Ich mache zusätzlich noch die Dekubitus Erfassung für das ganze Haus mit.

Und das heißt dann sind Sie jetzt jeden Tag wie lange da?

Meistens sechs Stunden, weil fünf Stunden, das lohnt sich für mich nicht, immer die Fahrerei von Olbersleben. Meistens bin ich sechs Stunden da, so das ich, ich

arbeite auch an den Wochenenden mit aushilfsweise, wenn jetzt solche Situationen wie momentan sind, das hat Julia bestimmt schon erzählt, dass so viele krank sind, dann helfe ich auch am Wochenende mit aus, so das ich in der Woche auch immer nochmal einen Tag freimachen kann. Das brauche ich ja dann auch, da hat man mal Termine mit den Kindern, da hin, dort hin.

Und da machen Sie dann aber pflegerische Tätigkeiten?

Da mache ich dann pflegerische Tätigkeiten. Da kümmere ich mich, das schafft man am Wochenende nicht, wenn man da auf Station mit ist, das PKMS zu machen. Muss man auch nicht. Es reicht eigentlich, da alle zwei/drei Tage drüber zu gucken.

Es lohnt sich ja eh immer nur, wenn ein Patient mindestens vier Tage...

Genau.

Ok, das war schon mal ein guter Überblick. Ähm was würden Sie sagen macht Ihnen an ihrer Arbeit besonders Spaß und was macht Ihnen eher weniger Spaß und warum?

(schmunzelt) Spaß, hm. Also ich mache meine Arbeit gerne, ich habe auch immer gerne als Krankenschwester gearbeitet und hätte ich nicht die Kinder, dann wäre ich auch weiter Krankenschwester also der Beruf an sich macht mir schon sehr viel Spaß. Das jetzt hier, Dokumentation, Spaß nein, also es ist nicht das, was ich so unbedingt gerne mache. Ich bin lieber mit den Patienten zusammen. Was ich natürlich dadurch jetzt habe durch das PKMS, ich habe relativ viel Zeit, oder sagen wir mal, besser gesagt mehr Zeit als die Schwestern, die im Alltagsleben so drin sind. Wenn ich in ein Zimmer reinkomme, da liegen ja nicht nur PKMS Patienten, die nicht mehr reden können oder so. ich habe wirklich Zeit, ich kann mich hinsetzen, ich kann mal Händchen halten, ich kann mich mit den Leuten unterhalten und dafür sind die echt sehr dankbar. Das ist das, ich habe mehr Zeit für Patientengespräche auch mal.

Und das ist das, was Ihnen schon eher Spaß macht?

Ja, das es nicht nur Rennerei ist. Es ist ja wirklich oft so, man kommt in ein Zimmer und die möchten gerne mal ein paar Worte mehr reden und dann muss man noch dies und noch das. Die merken das natürlich auch ob man in Zeitdruck ist oder ob man noch die zehn Minuten oder die Viertelstunde mal hat und mal wirklich zuhört und reden kann.

Und was würden Sie sagen liegt Ihnen besonders bei Ihrer Arbeit und was liegt Ihnen vielleicht weniger?

Bei dem was ich jetzt mache? Na gut, das ist, ich habe bei den PKMS jetzt, das würde jedem anderen auch liegen, ich weiß gar nicht, ob ich das so beschreiben könnte, dass mir das liegt. Ich mache das jetzt wie gesagt drei Jahre und was ich festgestellt habe, wenn ich Patienten sehe, dann weiß ich schon, das ist ein Fall für mich oder das ist keiner. Man kriegt dann so einen Blick dafür auch.

Also Sie würden sagen, Sie haben da schon ein bisschen ein Gefühl dafür entwickelt, dass es dann vielleicht auch ein bisschen schneller geht.

Ja genau. Ich weiß auch ganz genau, wenn die Schwestern dann sagen, guck mal dahin, guck mal dorthin, das könnte vielleicht einer für dich sein. Da reicht eine Minute und ich weiß, nein das wird nichts.

Ähm, so dann kommen jetzt halt Fragen zur PKMS Dokumentation selbst. Also führen Sie selbst PKMS-Dokumentation durch ist natürlich ja. Ähm was würden Sie sagen, wie viel Zeit Sie pro Patient benötigen um den zu dokumentieren?

Also wenn es eine Neuerausfassung ist, dann dauert es so eine halbe Stunde. Und ansonsten, wenn ich sie jetzt schon erfasst habe, und die ganzen Blätter alle schon fertig sind, dann ist es ja für mich nur noch Kontrolle. Ich kontrolliere ja dann nur noch die Unterschriften, dass die alle da sind, wo wir sie brauchen. Zähle die natürlich, kontrolliere die Lagerungspläne, ob das alles passt, wie es vom PKMS halt gefordert ist und ich lese mir natürlich auch die Berichte durch, weil oftmals ist es eben wirklich so, dass äh die Berichte nicht mit dem PKMS dann übereinstimmen, dass man es mit den Berichten nicht mehr begründen kann. Das dann eben zum Beispiel drin steht ähm Patient lagert sich selber oder irgendwas und das passt ja nachher nicht mehr und das sind noch die meisten Fehler auch. Dass die Berichte dann meistens nicht übereinstimmen und dann muss ich sie rausnehmen oder ich frage dann nochmal nach, ist das wirklich so,

weil viele schreiben auch unbedachte Sachen hin. Zum Beispiel, wenn ich jetzt eine Eingruppierung mit zwei Schwestern habe und dann schreiben sie mir hin: Patient erhielt übliche Hilfeleistungen, das sind immer so Sätze, wo ich ich denke ahhh... Hilfeleistung, Hilfeleistung ist keine volle Übernahme ja.

Ok und ähm wie lange schätzen Sie da ungefähr ein, wie viel Sie brauchen um so einen Bericht zu lesen und den dann zu korrigieren...

Naja so eine Viertelstunde vielleicht. Es kommt immer darauf an, wenn jetzt das Wochenende, wenn ich jetzt Freitag den Patienten das letzte Mal gesehen habe und komme dann manchmal erst Dienstag wieder hin oder Montag, dann muss man das vom Wochenende auch alles auseinanderklamüsern, dann dauert es länger oder, wenn ich den Unterschriften hinterherrenne. Ganz oft ist es am Wochenende so, die vergessen am Wochenende einfach die Unterschriften. Klar sie sind weniger Personal und dann renne ich halt los, dann gucke ich auf den Dienstplan, wer ist am Wochenende da gewesen und dann ist der aber vielleicht gerade mit was beschäftigt. Dann gehe ich später nochmal, also das ist unterschiedlich.

Aber man kann schon sagen, dass man für so einen Patienten schon mal gut eine Stunde draufgehen kann?

Ja. Wo es natürlich noch länger dauert, ich schreibe dann auch die Widersprüche für den MDK. Also wenn wir Widersprüche kriegen, die krieg ich vom Controlling und die schreib ich dann auch selber und Widerspreche und da dauert es dann auch drei Stunden für einen Patienten.

Widersprüche heißt die sagen, der ist kein PKMS Fall?

Genau und ich schreibe dann dazu dann wieder den Widerspruch und begründe warum wir das aber anders sehen.

Kommt sowas oft vor?

Das erste Jahr häufig, also das erste Jahr wo ich angefangen habe mit PKMS, da habe ich ganz ganz viele Fälle, wo wir Widersprüche hatten aber einfach auch dessen begründet, ich hatte keine Ahnung, ich bin ja auch neu in die Materie gekommen aber ich muss sagen durch die Widersprüche, habe ich natürlich gelernt, auf was die achten, ja und habe dann versucht die Fehler auszubügeln und

äh ja und das letzte Jahr hatten wir nicht einen einzigen Widerspruch. Ich nehme dann jetzt wirklich auch nur, also am Anfang habe ich auch gedacht, so viel wie möglich, alles was geht reinnehmen aber das ist Quatsch, ich gucke jetzt wirklich gezielt, was ist machbar, was ist gut begründbar und was kriegen wir auch durch.

Ähmmm, wie viel Patienten sind das immer so pro Tag? Die in das PKMS Raster reinfallen oder vielleicht pro Monat? Kann man das so pimal Daumen sagen?

Also rein fallen im Monat so 30/40. 30/40 sind es bestimmt, doch sind es auf alle Fälle. Durchkriegen ist dann am Ende nicht mal die Hälfte, weil die meisten werden zu früh entlassen. Ja wenn die am siebten Tag entlassen werden und wir haben dann nur die Lagerung und das Waschen und das ist ja das was wir haben, mehr kriegen wir ja eigentlich auch nie durch. Dann reicht es ja nicht. Mit den Punkten, das wissen Sie wie das funktioniert? Ja ab 43, dann reicht es eben einfach nicht.

Also weil dann einfach die Punkte nicht ausreichen?

Ja weil die Verweildauern halt zu kurz sind, wiederum begründet durch die DRG's die sie da eingeführt haben, das pro Krankheitsbild kriegst du nur noch noch so und so viel Tage.

Wissen Sie wie viel Patienten ihr so im Jahr habt bei euch im Haus?

Die wird durchkriegen?

Ne ich meine insgesamt?

Da hätte ich mal meinen Hefter mitbringen müssen, wo ich die ganzen Dinger drin habe.

Ne sonst guck ich das nochmal nach, findet man bestimmt irgendwo im Internet. Das könnte ich Ihnen aber wenn Sie wollen nochmal schreiben.

Ja das wäre gut.

Wenn ich Montag auf Arbeit bin, da kann ich das mal zählen. Also ich habe mal so ausgerechnet ungefähr 200 kriegen wir durch, also ich würde schon so 400, 450 im Jahr, die wir so anfangen sind es bestimmt.

Und auf wie viele Patienten, die ihr insgesamt habt?

Oh was haben wir denn im Haus? Das weiß ich nicht, wie viel Betten wir im Haus haben. 300 vielleicht? Ich kann es wirklich nicht genau sagen, aber das kriegen wir nochmal raus.

Wie aufwendig schätzen Sie die Dokumentation ein? Also ist es zu viel was man da dokumentieren muss oder ist das alles irgendwie nachvollziehbar...

Ähm halb halb. Es gibt einige Punkte die sind leicht zu dokumentieren vom PKMS her wie jetzt zum Beispiel die Waschung mit zwei Pflegekräften oder dann eben auch die Lagerung mit zwei Pflegekräften solche Sachen sind einfach oder dann die Patienten, die isoliert werden, das ist alles einfach. Was äh schwer zu dokumentieren ist sind diese Hilfeleistungen, weil man da, ich habe das ja auch mit. Das hier zum Beispiel: das ist ein Punkt, den kann ich überhaupt nie mit reinnehmen. Das sind ja so Demenzpatienten, Abwehrverhalten, Widerstände bei der Körperpflege. Ähm da muss man dann einen richtigen Pflegeplan erstellen und das geht einfach nicht. Das schafft keiner. Die wollen hier bei diesem Punkt, wir hätten da wirklich viele Patienten, die reinfallen würden aber bei dem Punkt musst du einen genauen Pflegeplan machen und musst auch ständig schreiben, was weiß ich, heute kann er sich den Waschlappen alleine nehmen, gestern war es noch nach Zureichung. Der Punkt der ist einfach zu aufwendig, das kriegen wir während der Arbeit nicht rein. Und das kann ich nicht schreiben. Viele Sachen, also die Lagerungspläne und so, das mache ich ja für die Schwestern aber das ist ein Punkt, den kann ich denen nicht abnehmen und das vorschreiben, dann stimmt es ja nicht mehr. Ich kenne ja den Patienten so nicht und weiß nicht in wie weit er noch etwas machen kann.

Also hauptsächlich so bei Demenzerkrankungen trifft das zu?

Oder hier Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt, das sind ja meistens die dement kranken Patienten.

Also das können Sie nicht übernehmen.

Ne das müssten wirklich die Schwestern immer selber machen, weil ich habe ja den Patienten noch nie zum Waschen jetzt gehabt. Ich weiß nicht, was kann er, was kann er nicht. Und das ist zu aufwendig.

Das ist wahrscheinlich auch immer unterschiedlich. Den eine Tag findet er es vielleicht in Ordnung und am nächsten Tag weigert er sich dann wieder.

Genau. Und deswegen müsste man das eben so detailliert schreiben. Das ist im Stationsablauf einfach nicht machbar, das ist zu viel an Schreibearbeit.

Ähm hätten Sie da vielleicht Verbesserungsvorschläge, was man vielleicht anders machen könnte?

Ich habe schon mal überlegt, ob man da vielleicht wie eine Art Tabelle erstellen könnte. Sowas in der Art wie eine Lagerungsplan, da hast du ja auch deine Zeiten, wo du dann einfach nur die Wechsel reinschreiben musst. Aber das ist natürlich schwierig, weil jeder Patient ist ja individuell. Ich habe auch wirklich mal drüber gesessen und überlegt, wie könnte man das für die Schwestern einfacher machen das sie wirklich nur noch unterschreiben müssen aber das ist nicht umsetzbar weil das müsste man wirklich für jeden Patienten individuell machen, das geht glaub ich gar nicht anders. Das geht ja schon los Waschutensilien bereitstellen, dem Patienten sagen, so jetzt nehmen sie den Lappen und waschen sich das Gesicht, der nächste weiß das schon von alleine, da ist es dann nur noch Zureichung... Ich weiß nicht wie man das einfach machen könnte, aber der Punkt müsste auf alle Fälle einfacher sein. Was auch ganz, was ich gar nicht mit reinnehme, ist die komplette Ernährung. Weil es einfach auch nicht umsetzbar ist. Wir haben, also gefordert sind ja vier Mahlzeiten Reichungen am Tag und wir haben von Haus aus nur drei. Kaffee ist ja weg gefallen schon einige Jahre. Und das macht dann keiner, sich hinstellen und da noch eine vierte Mahlzeit verabreichen macht keiner. Und deswegen nehme ich das schon nicht mit rein und dann ist es auch zu schwierig, weil hier wirklich detailliert gefordert ist zum Beispiel sieben Flüssigkeitsverabreichungen mit einer Gesamtmenge von 1500ml ja, wie will man das machen? Es gibt Patienten, die trinken ja wirklich nur noch Schluckweise...

Da kann man sich ja nicht eine halbe Stunde daneben stellen und warten.



Ja. Bei dem Punkt ist es wirklich gefordert, das muss man wirklich eine Ernährungsplan machen also du musst wirklich hinschreiben, was weiß ich 8:10 Uhr 10ml und mit Unterschrift dokumentieren. Ich habe es, ganz am Anfang habe ich es versucht aber das war nicht umsetzbar, das ja es geht ja dann auch neun Flüssigkeitsverabreichungen mit einer Gesamtmenge von 1000ml. Entweder waren zwar die Gesamtzahl der Flüssigkeitsverabreichungen da aber du bist nicht auf die Milliliter gekommen oder umgekehrt, das ist einfach zu aufwendig. Es ist halt nur schade, du hast da viele Patienten, die müssen wirklich Nahrung gereicht kriegen und das ist, das wird aber halt nicht angerechnet, diese ganz normalen dreimal am Tag.

Ähm, ja die nächste Frage klärt sich eigentlich auch von selbst. Ob Sie das für realistisch halten, dass eine Stelle nur für die Dokumentation geschaffen wird. Aber da ist ja...

Also bei uns im Haus auf alle Fälle ja. Das reicht.

Und Sie haben ja schon gesagt, dass es anders nicht umsetzbar wäre, wenn Sie das nicht machen würden.

Ne.

Und wie ist das wenn Sie mal im Urlaub sind oder krank sind länger.

Ich habe auf jeder Station mittlerweile eine Schwester mit der ich dann gut zusammen arbeite und die übernimmt das dann in der Zeit. Zwar nicht so detailliert, weil ich gebe das ja dann in den Computer ein, ich ähm wenn die Patienten entlassen sind, gebe ich auch die Codierung ein für, das machen sie natürlich nicht aber ich habe da auf jeder Station eine Schwester wo ich sage, ich bin dann und dann nicht da. Die hinterlegen dann die Klebchen für mich, die machen die Zettel rein, ich mache es auch so, auf den Pflegebögen, damit es einfacher wird und jeder weiß, wo er unterschreiben muss. Das sind ja unsere Pflegenachweisbögen, ich markiere das hier alles, ich markiere dann immer die Zeilen, die ich für das PKMS brauche mit einem Textmarker, damit die wissen, wo die Unterschriften hin müssen und das machen dann die Schwestern, wenn ich nicht da bin auch für mich und die Akten werden dann für mich da gelassen vom Controlling her, werden die extra gelegt und wenn ich dann wieder komme, krieg ich zuerst

die Akten und kontrolliere das alles nochmal und dann gehen die erst in die Abrechnung. Weil wenn die einmal abgerechnet sind, wenn das durch ist, dann kann ich im Nachhinein nichts mehr machen, dann ist das PKMS dann dahin.

Und das funktioniert auch so?

Das funktioniert. Nö das funktioniert eigentlich ganz gut mittlerweile ja.

Ok, ähm das heißt, also mit dem Stellenumfang den Sie jetzt haben, dass passt auch mit den sechs Stunden?

Ja.

Also eher eine Teilzeitstelle, als eine Vollzeitstelle?

Ja. Das wird sicherlich in anderen Häusern nicht so sein, ein Haus wie Erfurt, Bad Berka, da wird nicht einer reichen, mit einer Teilzeitstelle, die werden sicherlich dann mehr brauchen aber für unser kleines Haus reicht das.

Und würden Sie sagen, dass also muss das unbedingt ein Gesundheits- und Krankenpfleger machen oder kann das auch eine medizinische Schreibkraft machen oder eine Bürokraft?

Ne.

Also das muss schon jemand vom Fach sein?

Ja.

Weil sonst ist einfach die Fehlerquelle zu hoch?

Also ich weiß, dass in unserem Partnerkrankenhaus in Sondershausen, da macht es jemand aus dem Controlling, also die machen das so, die Schwestern, auf jeder Station machen das die Schwestern für sich selber und dann, wenn die Akten im Controlling sind, dann guckt da jemand vom Controlling drüber aber das haut überhaupt nicht hin, die sind jetzt mittlerweile auch schon so weit, dass die sagen, dass wird so nichts und da hab ich aus den Häusern jetzt auch schon Schwestern da gehabt, die geguckt haben, wie ich das mache und das jetzt dort auch übernommen haben. Zwar nicht als reine PKMS, die machen trotzdem in der Pflege weiter und machen das für ihre Station jetzt selber.