

---

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)  
im Fach Diakoniewissenschaft  
an der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

*Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E  
Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und  
ethischen Aspekten*

vorgelegt von  
Nicole Seiler

Jahr der Einreichung  
2017

Dekanin: Prof. Dr. Birgit Spinath  
Berater: Prof. Dr. Heinz Schmidt

---

## Inhaltsverzeichnis

---

1	Einleitung.....	5
2	Thesen und ergänzende Forschungsfragen .....	17
2.1	Fachbereich Unternehmensführung im Krankenhaus .....	17
2.1.1	These: Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt.....	18
2.1.2	Ergänzende Forschungsfragen.....	19
2.1.2.1	Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?.....	19
2.1.2.2	Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?.....	19
2.1.2.3	Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?.....	20
2.1.2.4	Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?.....	21
2.1.2.5	Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?.....	22
2.2	Fachbereich Pflege im Krankenhaus.....	23
2.2.1	These: Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen.....	24
2.2.2	Ergänzende Forschungsfragen.....	26
2.2.2.1	Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?.....	26
2.2.2.2	Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?.....	26
2.3	Fachbereich Ethik im Krankenhaus.....	27
2.3.1	These: Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen.....	28
2.3.2	Ergänzende Forschungsfrage: Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?.....	28

3	Studiendesign der vorliegenden Untersuchung.....	29
3.1	Studientyp.....	29
3.2	Beobachtungseinheit.....	29
3.3	Studienpopulation.....	29
3.4	Messverfahren.....	31
3.4.1	Messinstrument.....	31
3.4.2	Pretest.....	33
3.4.3	Messmethode.....	35
3.5	Datenmanagement und statistische Auswertung.....	35
4	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse.....	36
4.1	Fachbereich Unternehmensführung im Krankenhaus.....	37
4.1.1	These für den Fachbereich Unternehmensführung.....	39
4.1.2	Ergänzende Forschungsfragen für den Fachbereich Unternehmensführung.....	44
4.2	Fachbereich Pflege im Krankenhaus.....	105
4.2.1	These für den Fachbereich Pflege.....	107
4.2.2	Ergänzende Forschungsfragen für den Fachbereich Pflege.....	112
4.3	Fachbereich Ethik im Krankenhaus.....	170
4.3.1	These für den Fachbereich Ethik.....	173
4.3.2	Ergänzende Forschungsfrage für den Fachbereich Ethik.....	177
5	Erkenntnisse aus der Untersuchung.....	201
5.1	Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus den jeweiligen Fachbereichen.....	201
5.1.1	Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus betriebswirtschaftlicher Perspektive.....	201
5.1.2	Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus pflegerischer Perspektive.....	206
5.1.3	Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus ethischer Perspektive.....	209
5.2	Erkenntnisse der Untersuchung mit Blick auf das Spannungsfeld.....	211
5.3	Erkenntnisse der Untersuchung in Bezug zu den möglichen Auswirkungen auf Kliniken.....	213

6	Ausblick und Fazit.....	217
6.1	Ausblick.....	217
6.1.1	Weiterer Forschungsbedarf aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie.....	217
6.1.2	Entwicklungen des PKMS.....	227
6.2	Fazit.....	233

---

Literaturverzeichnis.....	239
---------------------------	-----

Tabellenverzeichnis.....	249
--------------------------	-----

Abbildungsverzeichnis.....	250
----------------------------	-----

Abkürzungsverzeichnis.....	254
----------------------------	-----

Kurze Erläuterung der Fachbegriffe.....	255
-----------------------------------------	-----

Anlagenverzeichnis.....	261
-------------------------	-----

## Anlagen

Erklärung gemäß § 8 (1) c) und d) der Promotionsordnung  
der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften

**Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E**  
**Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen**  
**und ethischen Aspekten**

## 1 Einleitung

„Krankenpflege ist keine Ferienarbeit. Sie ist eine Kunst und erfordert, wenn Sie Kunst werden soll, eine ebenso große Hingabe, eine ebenso große Vorbereitung, wie das Werk eines Malers oder Bildhauers. Denn was bedeutet die Arbeit an toter Leinwand oder kaltem Marmor im Vergleich zu der am lebendigen Körper, dem Tempel für den Geist Gottes?“

(Online im Internet am 25.08.2016: <https://www.aphorismen.de/zitat/82730>)

Mit diesem Eingangszitat von Florence Nightingale<sup>1</sup> soll verdeutlicht werden, wie hoch der Stellenwert der Pflege eines Menschen ist. Pflege stellt einen „Dienst am Nächsten“ dar. „Menschen pflegen Menschen“ und dies ist als fester Aspekt in unserer Gesellschaft verankert, denn richten wir den Blick auf die Gruppe der zu Pflegenden bzw. Pflegebedürftigen in unserer Gesellschaft, so sehen wir Folgendes:

- „Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).“ (Online im Internet am 24.09.2016:  
[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15\\_094\\_224.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html))
- Die Bevölkerungszahl für Deutschland lag zum Jahresende 2013 bei 80,8 Millionen (vgl. online im Internet am 24.09.2016:  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Aktuell.html>).

Beide Aspekte verdeutlichen, dass die Gruppe der Menschen, die pflegebedürftig sind, sehr hoch ist. Pflege ist somit ein wichtiger Bestandteil in unserer Gesellschaft.

Die Pflegebedürftigkeit geht überwiegend mit einem höheren Lebensalter einher. So zeigt die Statistik des Statistischen Bundesamt über Pflegebedürftige in Deutschland die höchste Anzahl von 538 799 an pflegebedürftigen Menschen zum Stichtag 31.12.2013 in der Altersgruppe 85- bis unter 90- Jährige (vgl. online im Internet am 24.09.2016: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001>).

---

<sup>1</sup> Florence Nightingale (1820-1910), britische Krankenpflegerin (vgl. online im Internet am 25.08.2016: <https://www.aphorismen.de/zitat/82730>)

In Deutschland steigt die Lebenserwartung. Dies bestätigen die Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. „Derzeit lässt sich in allen Bundesländern ein sehr ähnlicher Trend zum Anstieg der Lebenserwartung beobachten. Für die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung wurde deshalb der für Deutschland ermittelte Trend zum Anstieg der Lebenserwartung nach der Annahme L1 "moderater Anstieg" auf die Bundesländer übertragen. Die künftige Zunahme der Lebenserwartung ergibt sich infolge der abnehmenden Sterbewahrscheinlichkeiten in jeder einzelnen Altersstufe.“ (Online im Internet am 24.09.2016:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/VorausberechnungLaender.html>).

Diese Erkenntnisse zeigen auf, dass die Anzahl der Menschen, die pflegebedürftig sind und in Zukunft sein werden, sehr hoch ist. Der hieraus resultierende Pflegebedarf ist damit hoch, was wiederum einen hohen Stellenwert der Pflege verdeutlicht.

Betrachten wir nun Pflege als „Kunst“ (anknüpfend an das Eingangszitat), so sehen wir, dass die „künstlerischen Fähigkeiten“ aktuell und auch in Zukunft sehr gefragt sein werden.

Pflegebedürftigkeit steht häufig in enger Verbindung zu Krankheit. Die folgenden sechs  
Krankheitsgruppen gelten als Ursache für fast 80 % der Pflegebedürftigkeit

(vgl. online im Internet am 24.09.2016: <http://www.hna.de/gesundheit/pflegeursachen-senioren-mz-937115.html>):

- „Krankheiten des Kreislaufsystems wie Schlaganfall, Hirninfarkt oder Herzschwäche
- Krankheiten des Bewegungsapparates wie Osteoporose und Arthrose
- bösartige Tumore, hauptsächlich an den Atemwegen, der Brust, dem Dickdarm und der Prostata
- psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen oder Demenz
- „Unspezifische Symptome und abnorme klinische Befunde“ treten vor allem bei über 80-Jährigen auf. Senilität ist die häufigste Diagnose in dieser Krankheitsgruppe.
- Die Alzheimer- und die Parkinsonkrankheit zählen zu den Krankheiten des Nervensystems.“

(Online im Internet am 24.09.2016: <http://www.hna.de/gesundheit/pflegeursachen-senioren-mz-937115.html>)

Diese enge Verzahnung von Pflege und Krankheit führt wiederum oft dazu, dass das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit auch eine professionelle Hilfe bezogen auf die gesundheitliche Versorgung erfordert.

In Deutschland werden diesbezüglich folgende Bereiche unterschieden:

„Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche:

Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die Rehabilitation.“

(Online im Internet am 18.08.2016:

<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhauslandschaft.html>)

Die vorliegende Arbeit wendet den Blick auf die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die dort stattfindende hochaufwendige Pflege von Menschen im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS).

Zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score, der im Folgenden auch mit der Abkürzung „PKMS“ bezeichnet wird, folgt zunächst eine Erläuterung aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel<sup>2</sup> (aus dem Jahr 2016):

„Der PKMS ist ein Instrument zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege im Krankenhaus. Er dient als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb der Entgeltsysteme. Der PKMS erfasst zum einen hochaufwendige Pflege im Bereich der „allgemeinen Pflege“ und zum anderen Leistungen im Bereich der „speziellen Pflege“. Zur allgemeinen Pflege werden die Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit und Kommunikation gerechnet und zur speziellen Pflege werden die Leistungsbereiche Kreislauf und Wundmanagement gerechnet. Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

- für Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres (Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist)
- für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

Die Struktur und Logik der drei Scores sind gleich und bei der Anwendung ist Nachfolgendes grundsätzlich zu beachten.

Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, müssen

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und
2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden

---

<sup>2</sup> „Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.“ (Online im Internet am 24.09.2016: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm>)

berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... - Hochaufwendige Pflege ...“, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene) erreicht ist.

Der PKMS ist nur auf der „Normalstation/IMC“ zu kodieren. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstation zu zählen. Die PKMS-Aufwandspunkte sind an den Tagen nicht zu zählen, an welchen Punkte für die Intensiv-Komplexcodes, Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes oder Beatmungsstunden gezählt werden. Am Verlegungstag von einer „Normalstation“/IMC auf die oben genannte Einheit oder am Tag, an dem die Zählung der Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes (8-981, 8-98b) oder der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungsstunden der jeweiligen Beatmungsperiode oder die Behandlung entsprechend der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls endet, kann der PKMS ermittelt werden.“ (Online im Internet am 18.08.2016:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf>)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016 siehe auch Anlage Nr. 1.

Der beschriebene PKMS wird in der vorliegenden Arbeit unter betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten in den Blick genommen.

Bereits in der Masterarbeit der Autorin zum Abschluss des Masterstudiengangs „Unternehmensführung im Wohlfahrtsbereich“ am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg wurde anhand einer quantitativen Untersuchung das Thema PKMS unter dem Titel „Pflegekomplexmaßnahmen-Score - PKMS – Die Abbildung hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus, Eine Studie über die Entwicklungen der erlösrelevanten Umsetzung im Jahr 2012 und 2013“ bearbeitet.

Die Untersuchung im Rahmen der genannten Masterarbeit verdeutlichte Folgendes:

Der überwiegende Anteil an Patienten, bei denen es zu einer Codierung des PKMS kommt, ist in einem höheren Lebensalter verortet. Genauer bezeichnet sind es Frauen und Männer über 75 Jahre und älter (vgl. Seiler 2014: 47). Diese Erkenntnis begründete die Auswahl von geriatrischen Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Fachabteilungen in der vorliegenden Erhebung.

**Geriatric wird wie folgt definiert:**

„Geriatric ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst.“ (Online im Internet am 25.09.2016: <http://www.dggeriatric.de/nachwuchs/was-ist-geriatric.html>)

**In diesem Zusammenhang definiert die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.  
einen geriatrischen Patient wie folgt:**

„1. geriatritypische Multimorbidität  
2. höheres Lebensalter (meist über 70 Jahre)  
*(die geriatritypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen  
Alter zu sehen)*

oder

1. Alter über 80 Jahre, wegen der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen  
des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen
2. der Gefahr der Chronifizierung
3. des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des  
Selbsthilfestatus.“

(Online im Internet am 25.09.2016: <http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html>)

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Untersuchung in der Masterarbeit wurde  
angenommen, dass in geriatrischen Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen  
Fachabteilungen ein hoher Erfahrungswert bezogen auf die Codierung des PKMS  
vorhanden ist. Der reine Bezug auf erwachsene Personen begründet den Ausschluss des  
PKMS-K (PKMS-Kleinkinder – ab dem Beginn des 2. bis zum Ende des 6.  
Lebensjahres, lt. OPS PKMS 2016) sowie des PKMS-J (PKMS-Kinder und Jugendliche  
– ab dem Beginn des 7. bis zum Ende des 18. Lebensjahres, lt. OPS PKMS 2016) aus  
der Untersuchung. Eingeschlossen ist damit lediglich der PKMS-E (PKMS-Erwachsene  
– ab dem Beginn des 19. Lebensjahres, lt. OPS PKMS 2016).

Über das Deutsche Krankenhausverzeichnis wurde ermittelt, dass die beiden  
Bundesländer Nordrhein-Westfalen (Stand 02.03.2016) und Hessen (Stand 13.12.2015)  
die höchste Anzahl an geriatrischen Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen  
Fachabteilungen für Deutschland haben (vgl. online im Internet am 13.12.2015 und am  
02.03.2016: <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/>). Somit fiel die Wahl  
auf die genannten Bundesländer.

Aufgrund der aufgeführten Aspekte wurden Kliniken, die keine geriatrischen  
Abteilungen haben und Kliniken, die sich außerhalb der gewählten Bundesländer  
befinden, ausgeschlossen.

**Ziel der vorliegenden Arbeit** ist es, die hochaufwendige Pflege von Menschen im Krankenhaus im Rahmen des PKMS-E nicht isoliert mit Blick auf die PKMS-Systematik, sondern in einem Gesamtkontext zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten darzustellen. Der PKMS-E wird in diesem Kontext in einem Spannungsfeld angesehen. Das Spannungsfeld ergibt sich aus den betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten, die es in einem Krankenhaus zu berücksichtigen gilt. So ist der PKMS-E im Krankenhaus eingebettet in ein vielfältiges System aus verschiedenen Berufsgruppen.

In der täglichen Arbeit kommt es zu Überschneidungs- und Berührungspunkten. Exemplarisch seien hier die Bereiche Pflege, Medizin, Ethik, Verwaltung, Unternehmensführung und Hauswirtschaft genannt. Nahezu alle Abteilungen stehen mit der Versorgung eines Patienten und damit mit verschiedenen Bereichen in Berührung.

**Mit dem Blick auf den PKMS-E werden in der vorliegenden Arbeit die Bereiche Pflege, Unternehmensführung und Ethik herausgefiltert:**

- Der Bereich Pflege, da er den zentralen Berührungspunkt zum PKMS-E darstellt.
- Der Bereich Unternehmensführung, da er sich bezüglich der Implementierung, dauerhaften Umsetzung und Organisation des PKMS-E, ähnlich der Pflege, als wichtiger Kontaktpunkt erweist.
- Der Bereich Ethik, da die pflegerische Versorgung von Menschen untrennbar mit dem Fachbereich Ethik verbunden ist.

Mit diesen drei Bereichen sind Gesichtspunkte definiert, unter denen der PKMS-E in der vorliegenden Arbeit betrachtet wird. Weitere Bereiche wurden nicht eingeschlossen, da der Umfang der Befragung und damit auch die Belastung der Studienteilnehmer in einem überschaubaren personellen und somit auch zeitlichen Rahmen gehalten werden sollte.

Es zeigt sich, dass zum Thema „PKMS-E mit Blick auf betriebswirtschaftliche, pflegerische und ethische Aspekte“, wie das Thema in der vorliegenden Arbeit bearbeitet wurde, zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit noch keine Literatur vorliegt. Hier befindet sich eine Forschungslücke.

Es besteht eine Notwendigkeit zur Erforschung des PKMS-E mit Blick auf betriebswirtschaftliche, pflegerische und ethische Aspekte, da der PKMS-E, wie bereits

oben dargestellt, im Krankenhaus ein **aktueller** und in **mehreren Fachbereichen eingebetteter Score** ist.

„**Aktuell**“, aufgrund der Entwicklungen zur Pflegebedürftigkeit!

„**In mehreren Fachbereichen eingebettet**“, aufgrund des beschriebenen vielfältigen Systems aus verschiedenen Berufsgruppen in einem Krankenhaus.

Eine Untersuchung ist lohnenswert, da die gewonnenen Erkenntnisse für zukünftige Entwicklungen genutzt werden können. Beispielsweise bei der Umsetzung neuer Projekte in Krankenhäusern.

Das Thema der vorliegenden Arbeit ist im Bereich der Diakoniewissenschaft verortet. Aus einem zusammenfassenden Blick lässt sich erkennen, dass es um die Angemessenheit und ethische Qualität von Hilfe geht. Mit dem Blick auf die hochaufwendige Versorgung von Menschen im Rahmen des PKMS-E und deren Angemessenheit unter Einbeziehung der betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekte stellt die Arbeit ein typisches Beispiel der Interdisziplinarität von Diakoniewissenschaft dar. Besonders die Einbeziehung der ethischen Sicht ermöglicht eine Verknüpfung zum Aufgabenfeld dieser Disziplin. Zur Verdeutlichung der Interdisziplinarität von Diakonie sind folgende Tätigkeitsfelder zu nennen: „Armenhilfe, Kindererziehung, Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Eingliederung, Beratung, Krankenpflege, Altenhilfe, Weltweite Diakonie“ (Kottnik, Hauschildt 2008: 75).

Eine diakoniewissenschaftliche Perspektive ergibt sich aus den Komponenten der vorliegenden Arbeit.

Im Folgenden werden für den jeweiligen Fachbereich Unternehmensführung, Pflege und Ethik die Thesen und ergänzenden Forschungsfragen, die der Studie zugrunde liegen, aufgezeigt. Hiermit soll ein erster Überblick ermöglicht werden. In Gliederungspunkt 2 erfolgt eine umfassende inhaltliche Erläuterung.

### **Fachbereich Unternehmensführung im Krankenhaus**

**These:** Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt

#### **Ergänzende Forschungsfragen:**

1. Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?
2. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
3. Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?
4. Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?
5. Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?

### **Fachbereich Pflege im Krankenhaus**

**These:** Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen

#### **Ergänzende Forschungsfragen:**

1. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
2. Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?

### **Für den Fachbereich Ethik im Krankenhaus**

**These:** Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen

#### **Ergänzende Forschungsfrage:**

Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?

Die **Zielgruppe der Erhebung** sind die Experten aus dem jeweiligen Fachgebiet Unternehmensführung, Pflege und Ethik. Demnach wurden Mitarbeiter in Kliniken angesprochen, die im Führungsbereich, im Pflegebereich und im ethischen Bereich tätig sind. Somit wurden drei Personengruppen in die Erhebung einbezogen.

**Kern der Arbeit** bildet eine quantitative Erhebung. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden mit speziell entwickelten Erhebungsinstrumenten Erkenntnisse zur Umsetzung der Codierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores Erwachsene (PKMS-E) aus den unterschiedlichen Fachbereichen Unternehmensführung, Pflege und Ethik erhoben. Es wurden 3 Fragebögen (jeweils ein Fragebogen für jeden Fachbereich) pro Klinik eingesetzt.

Als wichtigen Aspekt, um die hochaufwendige Pflege von Menschen in einem Gesamtkontext darzustellen, wurde auch die Befragung von Patienten angesehen, um deren Erfahrungen in der Klinik zu ermitteln und einfließen zu lassen. Jedoch zeigte der Pretest, dass eine Befragung mit betroffenen Menschen bzw. im Rahmen von Proxy-Interviews mit Angehörigen nur unter großer Belastung für die Befragten möglich war. Im Pretest wurden folgende hauptsächlichen Gründe für die nicht belastungsfreie Durchführung deutlich:

- Bei der persönlichen Befragung der Patienten zeigte sich eine Überforderung dieser. Die Fragen konnten nicht beantwortet werden.
- Bei der Befragung von Angehörigen im Rahmen von Proxy-Interviews waren die Angehörigen aufgrund von Unwissenheit nicht in der Lage, die Fragen zu beantworten.

Dies führte dazu, dass eine Befragung von Patienten bzw. deren Angehörigen über die gesamte Zeit des Pretests (Zeitraum: 09.10.2015 - 27.11.2015) lediglich einmal durchgeführt werden konnte, da sich aufgrund der genannten Aspekte keine weiteren geeigneten Patienten bzw. Angehörigen fanden.

Aufgrund der dargestellten Problematik wurde die Befragung von Patienten in der vorliegenden Studie nicht durchgeführt.

Die **Datenauswertung** erfolgte mit dem Statistikprogramm NSDstat Pro (Version 1.3).

**Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt:**

Der **Einleitung** folgt die ausführliche Darstellung der zugrundeliegenden Thesen und ergänzenden Forschungsfragen unter Gliederungspunkt 2.

Anknüpfend wird das Studiendesign der Untersuchung in Gliederungspunkt 3 umfassend dargestellt. Unter dem Studiendesign wird das Gesamtkonzept aller Vorgehensweisen im Rahmen der Studie verstanden (vgl. Röhrig et al. 2009: 184). Innerhalb dieses „Gesamtkonzepts“ werden für die vorliegende Studie wichtige Aspekte zum Studientyp, zur Beobachtungseinheit, zur Studienpopulation, zum Messverfahren (Messinstrument, Pretest, Messmethode) sowie zum Datenmanagement und statistischen Auswertung erläutert.

Den **Hauptteil** der Arbeit bilden die Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion im Gliederungspunkt 4. Ergebnisse und Diskussion sind zur besseren Lesbarkeit zusammengeführt. Hiermit soll eine Verknüpfung von den zugrundeliegenden Thesen und ergänzenden Forschungsfragen zu den Ergebnissen der Studie direkt ermöglicht werden.

Im **abschließenden Teil** der Dissertation werden in Gliederungspunkt 5 aus den gewonnenen Erfahrungswerten zum PKMS-E wertvolle Erkenntnisse für die einzelnen Fachbereiche und zusammenfassend für Kliniken herausgestellt. Diese können unter anderem für zukünftige Prozesse genutzt werden. Auch im Rahmen eines kontinuierlichen Wissensmanagements. Verschiedene Bereiche einer Klinik sollen hieraus Berührungs- oder gar Überschneidungspunkte erkennen. Wertvolle Aspekte für die Kommunikation und Zusammenarbeit werden aufgezeigt. In Gliederungspunkt 6 werden unter dem Titel „Ausblick und Fazit“ unter anderem Möglichkeiten zum weiteren Forschungsbedarf benannt und zukünftige Entwicklungen des PKMS in den Blick genommen.

**Die Reichweite** der Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit ist lediglich für die erhobenen Daten zu betrachten und erlaubt keine weiteren Rückschlüsse. Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf Häufigkeiten sowie die Darstellung verschiedener Erfahrungswerte auch im Rahmen von offenen Fragen. Um weiterführende Aussagen zu ermöglichen (beispielsweise die Begründung bestimmter Häufigkeiten), ist eine weitere Forschung erforderlich.

An erster Stelle gilt mein herzlicher Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Heinz Schmidt für seine wissenschaftliche und methodische Unterstützung während der gesamten Bearbeitungsphase meiner Dissertation sowie Herrn Prof. Dr. Hans-Werner Wahl für die Zweitbegutachtung meiner Arbeit.

An dieser Stelle darf ich meinen herzlichen Dank Herrn Dr. Bernd Röhrig für die statistische Beratung aussprechen.

Ich danke allen Teilnehmern, die an der Studie mitgewirkt haben. Mein besonderer Dank gilt den beteiligten Mitarbeitern der Universitätsklinik Mannheim für die Unterstützung im Rahmen des Pretests.

## **2 Thesen und ergänzende Forschungsfragen**

### **2.1 Fachbereich Unternehmensführung im Krankenhaus**

Mit einem Zitat aus dem Bericht „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ (einem Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse) werden im Folgenden das Krankenhaus und die Aufgaben des Krankenhausmanagements kurz dargestellt:

„Das Krankenhaus ist ein Unternehmen, das Gesundheitsleistungen anbietet. Dazu setzt es personelle Ressourcen, Sachmittel und Kapital ein. Die Aufgabe des Krankenhausmanagements ist es, die vorhandenen Ressourcen so zu kombinieren, dass für die Patienten eine maximale Versorgungsqualität erreicht wird und mit den daraus erzielten Erlösen die eingesetzten Ressourcen (Personal, Sachmittel und Kapital) marktgerecht vergütet werden können, ohne dass dabei dauerhaft ein Defizit entsteht.“

(Online im Internet am 10.01.2017: [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf), Seite 7)

Nachstehend erfolgt unter den Gliederungspunkten 2.1.1 – 2.1.2 eine umfassende inhaltliche Erläuterung zur These und den ergänzenden Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit für den Fachbereich Unternehmensführung.

### **2.1.1 These: Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt**

„Als Investition bezeichnet man ganz allgemein die Verwendung finanzieller Mittel.“  
(Wöhe, Döring 2005: 583)

Die Frage der Investition in einem Krankenhaus im Rahmen der Umsetzung einer neuen Codierung ergibt sich aus den Kosten, die in einem Krankenhaus entstehen. Zur Verdeutlichung werden die Daten des statistischen Bundesamts<sup>4</sup> zu den Kosten der Krankenhäuser nach Bundesländer für das Jahr 2015 aufgeführt. Aufgrund der Begrenzung der vorliegenden Studie auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hessen sind lediglich die Kosten dieser Bundesländer zitiert.

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen liegen die Brutto-Gesamtkosten<sup>5</sup> der Krankenhäuser bei 22 828 375 €<sup>6</sup>. Hierin enthalten sind Personalkosten in Höhe von 13 892 056 € und Sachkosten in Höhe von 8 248 557 € (vgl. online im Internet am 10.01.2017:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuser.html>).

Für das Bundesland Hessen liegen die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser bei 6 756 643 €. Laut statistischem Bundesamt sind hierin Personalkosten in Höhe von 3 969 826 € und Sachkosten in Höhe von 2 576 880 € enthalten

(vgl. online im Internet am 10.01.2017:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuser.html>).

---

<sup>4</sup> Das statistische Bundesamt hat den Auftrag, statistische Informationen bereitzustellen und zu verbreiten. Die Informationen müssen objektiv, unabhängig und qualitativ hochwertig sein. Die Bundesstatistiken stehen allen zur Verfügung: Politik, Verwaltung, Wirtschaft sowie Bürgerinnen und Bürgern (vgl. online im Internet am 10.01.2017: <https://www.destatis.de/DE/UeberUns/UnsereAufgaben/Aufgaben.html>)

<sup>5</sup> „Summe aus Krankenhauskosten (Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnliche Aufwendungen, Steuern), Kosten der Ausbildungsstätten und Aufwendungen für den Ausbildungsfonds.“ (Online im Internet am 10.01.2017:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuser.html>)

<sup>6</sup> „Es sind Rundungsdifferenzen in den Summen möglich, da diese auf Basis der absoluten Kostenangaben in Euro berechnet werden.“ (Online im Internet am 10.01.2017:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuser.html>)

Diese Angaben verdeutlichen, dass der Personaleinsatz den größten Kostenanteil in einem Krankenhaus darstellt.

Die Umsetzung des PKMS-E ist ohne Personaleinsatz nicht möglich. Damit kommt es zur These, dass die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E zu Investitionen geführt hat.

## **2.1.2 Ergänzende Forschungsfragen**

### **2.1.2.1 Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?**

Der PKMS-E ist, wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit dargestellt, aufgrund des beschriebenen vielfältigen Systems aus verschiedenen Berufsgruppen in einem Krankenhaus, in mehreren Fachbereichen eingebettet. Da die Versorgung eines PKMS-E-Patienten nicht nur von pflegerischer Seite durchgeführt wird, sondern auch andere Abteilungen den Patienten versorgen, ergibt sich die Frage, mit welchen Abteilungen der PKMS-E in Berührung steht.

### **2.1.2.2 Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?**

Der PKMS-E ist nach der Erläuterung aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, wie bereits in der Einleitung aufgeführt, ein Instrument zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege im Krankenhaus. Er dient als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb der Entgeltsysteme

(vgl. online im Internet am 18.08.2016:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf>).

Um dieses Instrument in die Praxis zu implementieren, sind entsprechende Maßnahmen erforderlich. Hieraus ergibt sich die Frage, welche Maßnahmen im Fachbereich Unternehmensführung durchgeführt wurden, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen.

### **2.1.2.3 Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten**

#### **Führungsstil zuordenbar?**

Den PKMS-E als neues Instrument in die Praxis zu implementieren erfordert Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich. Mit Blick auf den Fachbereich Unternehmensführung stellt sich die Frage, ob Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich „allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil zuordenbar sind.

„Führungsstil ist die Grundhaltung und das sich daran orientierende Verhaltensmuster, mit dem jemand seine Führungsaufgaben, bezogen auf andere - Einzelpersonen oder Gruppen - wahrnimmt.“ (Birker 2000: 152)

Um in den Erhebungsbögen eine Auswahl an Führungsstilen als Antwortmöglichkeit vorgeben zu können, sind umfangreiche Rechercharbeiten erfolgt. Hierbei fiel der Blick auf Kurt Lewin (1890-1947). Er führte Forschungen zum Thema Führungsstile durch (vgl. Handelsblatt Management Bibliothek Band 3 2005: 115f.). Seine Untersuchungen begründeten die Auswahl der, in der vorliegenden Arbeit aufgeführten, Führungsstile:

- Autoritärer Führungsstil
- Demokratischer Führungsstil
- Laissez-faire Führungsstil

Diese werden im Folgenden kurz erläutert:

- Autoritärer Führungsstil  
„Beim autoritären Führungsstil werden die betrieblichen Aktivitäten vom Vorgesetzten gestaltet, ohne dass die Untergebenen beteiligt werden.“ (Olfert, Steinbuch 2001: 303)
- Demokratischer Führungsstil  
„Hier entscheidet die Arbeitsgruppe mit Mehrheit, welches Gruppenmitglied welche Aufgabe wie erledigen soll.“ (Wöhe, Döring 2005: 186)

- Laissez-faire Führungsstil  
„...im Sinne des Nicht-Führens, d.h., das nachlassende Engagement (oder der Ausfall) der Führungskraft erfolgt ohne entsprechende Vorbereitung der Mitarbeiter, den dabei freigewordenen Spielraum auszufüllen.“ (Birker 2000: 154)

Zusätzlich zu den bereits genannten Führungsstilen wurde den Studienteilnehmern die Möglichkeit gegeben, ein situationsbezogenes Führen anzugeben. Dieses wird wie folgt dargestellt:

- Situativer Führungsstil  
Innerhalb des situationsbezogenen Führens muss der Leiter tun, was seine Mitarbeiter allein noch nicht tun können. Je nach Entwicklungsstufe der Mitarbeiter wechselt der Führungsstil des Leiters. Zunächst gibt er den Mitarbeitern mehr Hilfestellung, dann verringert er das Maß an Direktiven und schließlich auch an Hilfestellung (vgl. Blanchard et al. 2005: 70ff.).

Die Studienteilnehmer hatten zudem die Möglichkeit, in Form einer eigenen Angabe (ohne zurückgreifen auf eine vorgegebene Antwortmöglichkeit) einen anderen Führungsstil zu benennen.

#### **2.1.2.4 Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?**

Bezogen auf die Mitarbeiterzahlen im Pflegebereich im Krankenhaus wird im Folgenden aus einem Bericht „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ (einem Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse) zitiert:

„Ein Blick auf die Zahlen zeigt, dass bis zum Jahr 2006 Pflegepersonal in Krankenhäusern reduziert wurde und seitdem wieder aufgebaut wurde. Im Jahr 1999 waren 335 000 Vollkräfte in Krankenhäusern im Pflegedienst tätig, 2006 waren es nur noch 299 000 und 2013 wieder 316 000 Vollkräfte.“ (Online im Internet am 10.01.2017: [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf), Seite 125)

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird es als interessant erachtet, zu hinterfragen, ob es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E gibt.

#### **2.1.2.5 Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?**

Wie bereits in den vorherigen Ausführungen zur Umsetzung der Codierung des PKMS-E angemerkt, sind Maßnahmen erforderlich, um eine Implementierung in die Praxis zu ermöglichen. Es stellt sich die Frage, ob es hierbei zu Aspekten kommt, die als besonders positiv oder negativ für zukünftige Projekte festgehalten werden sollen. Im Rahmen dessen ergibt sich mit Blick auf das Thema Wissensmanagement die ergänzende Forschungsfrage.

## **2.2 Fachbereich Pflege im Krankenhaus**

Mit folgender umfassender Erläuterung vom International Council of Nurses (ICN)<sup>7</sup> zum Pflegebegriff soll an dieser Stelle auf die herausragende Bedeutung der pflegerischen Tätigkeit, in Ergänzung zur Darstellung in der Einleitung der vorliegenden Arbeit, eingegangen werden:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

(Online im Internet am 10.01.2017: <https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php>)

Nachstehend erfolgt unter den Gliederungspunkten 2.2.1 – 2.2.2 eine umfassende inhaltliche Erläuterung zur These und den ergänzenden Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit für den Fachbereich Pflege.

---

<sup>7</sup> „Weltverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger“ (Online im Internet am 10.01.2017: <http://www.dict.cc/englisch-deutsch/International+Council+of+Nurses.html>)

### **2.2.1 These: Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen**

An dieser Stelle wird auf zwei Studien Bezug genommen. Eine Studie erfolgte durch das Deutsche Krankenhaus Institut<sup>8</sup> und eine weitere Studie durch die AGKAMED AG OPS 9-20<sup>9</sup>.

Die im Jahr 2012 durchgeführte Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts mit dem Titel „KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage 2012“ zeigte unter „6.3 Dokumentationsaufwand“ unter anderem folgendes Ergebnis auf: „Zusätzlich zum Schulungsaufwand sollten die Krankenhäuser auch ihren Dokumentationsaufwand für den PKMS quantifizieren, konkret wie hoch der durchschnittliche Dokumentationsaufwand für die PKMS-Erfassung pro Tag und PKMS-Fall im Jahr 2011 war. In diesem Jahr haben die befragten Krankenhäuser durchschnittlich knapp 25 Minuten pro Tag und PKMS-Fall dokumentiert.“ (Online im Internet am 10.01.2017: <https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>, Seite 84f.)

Nachfolgend an die genannte Untersuchung erfolgte durch die AGKAMED AG OPS 9-20 eine Untersuchung unter dem Titel „PKMS-Dokumentation – Dokumentationsverhalten und Dokumentations-MEHR-aufwand“. Sie wurde am 01.05.2013 veröffentlicht.

In dieser Studie wurden folgende Zeitwerte erhoben:

Im Rahmen des Dokumentations-MEHR-aufwands für die Erstellung des PKMS-Planes wurde ein Mittelwert von 19,1 Minuten erhoben (vgl. online im Internet am 10.01.2017: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf), Seite 12).

---

<sup>8</sup> Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) ist seit über 60 Jahren führend in der Forschung, Beratung und Fortbildung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig und dabei das einzige Unternehmen der Branche, das Forschungs-, Beratungs- und Fortbildungsleistungen aus einer Hand anbietet (vgl. online im Internet am 10.01.2017: <https://www.dki.de/wir-sind/institutprofil>).

<sup>9</sup> „Die AGKAMED GmbH, als Einkaufsgemeinschaft mit mehr als 180 Mitgliedskrankenhäusern, hat eine Arbeitsgruppe im Bereich Pflege zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 gegründet. Mit der Gründung soll den Mitgliedskliniken die Möglichkeit eingeräumt werden, sich am jährlichen Vorschlagsverfahren des OPS 9-20 und evtl. weiterer Entwicklungen zu beteiligen. Ebenso können sich externe interessierte Experten beteiligen.“ (Online im Internet am 10.01.2017: <http://www.agkamed.de/index.php?id=79>)

Die Datenauswertung der täglichen zusätzlichen PKMS-Dokumentationszeit zur Regeldokumentation ergibt im Mittel 7,7 Minuten (vgl. online im Internet am 10.01.2017: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf), Seite 16).

Die Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts mit dem Titel „KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage 2012“ wird in der Studie durch die AGKAMED AG OPS 9-20 mit dem Begriff DKI-Studie bezeichnet.

Der Gliederungspunkt „Zusammenfassende Diskussion“ in der Studie der AGKAMED AG OPS 9-20 enthält folgende Aussage: „Es ist durchaus erkennbar, dass die Frage der DKI-Studie von den Befragten unterschiedlich verstanden wurde. Wie in dieser Auswertung aufgezeigt werden konnte, gibt es deutliche Unterschiede, ob sich die Zeitangaben auf die Ersterhebung und Anlage eines PKMS-Plans (durchschnittlich 19 Min./Tag) beziehen, oder ob es sich um die tägliche PKMS-Dokumentation (durchschnittlich 7 Min./Tag) handelt. Es bleibt offen, auf was sich der Aufwand in der DKI-Studie bezogen hat.“ (Online im Internet am 10.01.2017: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf), Seite 29)

Grundsätzlich zeigt die alltägliche Praxis in der Pflege, dass die Pflegekräfte zusätzlich zu ihren pflegerischen Aufgaben Zeiten für die Dokumentation der Leistungen aufwenden müssen. Da der PKMS-E ein Instrument ist, das sich über die Dokumentation abbildet, ist es wesentlich und nachvollziehbar innerhalb der vorliegenden Studie eine These aufzustellen, die sich auf die Dokumentationszeiten bezieht. Leistungserbringung und Leistungsdokumentation sind eng miteinander verknüpft und stehen in einem zwingend zusammengehörenden Verhältnis zueinander. Aufgrund der großen Bedeutung im Rahmen der PKMS-E-Erfassung die Dokumentationszeiten zu beachten bzw. einzubeziehen und mit Blick auf die vorausgegangenen Studien kommt es zur These, dass es seit der Einführung des PKMS-E zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen ist.

## **2.2.2 Ergänzende Forschungsfragen**

### **2.2.2.1 Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?**

Wie bereits unter dem Gliederungspunkt 2.1.2.2 für den Fachbereich Unternehmensführung erläutert sind Maßnahmen erforderlich, um den PKMS-E in die Praxis zu implementieren. Die Frage, „Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?“ stellt sich hierbei nicht nur für den Fachbereich Unternehmensführung, sondern ebenfalls für den Fachbereich Pflege.

### **2.2.2.2 Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?**

„...seit 2012 wird der kodierte OPS 9-20 durch ein Zusatzentgelt vergütet.“ (Wieteck et al. 2016: 9)

Da die erlösrelevante Einführung des PKMS-E bereits im Jahr 2012 stattfand, ist es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, mit Blick auf den Dokumentationsaufwand in der Pflege, wesentlich zu erfahren, ob es seit Einführung eine Veränderung in der Dokumentation gibt. So stellt sich die Frage, „Welche Beobachtungen, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden können?“

### **2.3 Fachbereich Ethik im Krankenhaus**

Zunächst erfolgt an dieser Stelle eine allgemeine Definition zum Begriff Ethik: „Ethik ist die Lehre bzw. Theorie vom Handeln gemäß der Unterscheidung von gut und böse. Gegenstand der Ethik ist die Moral. Die griechische Ethik war empirisch und normativ zugleich. Heute wird eine empirische, deskriptive Ethik streng unterschieden von der normativen Ethik, die ein Sollen formuliert; dieses Sollen erhebt Anspruch auf allgemeine Verbindlichkeit.“

(Online im Internet am 10.01.2017:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2794/ethik-v9.html>)

Im Folgenden wird die Bedeutung von Ethik in Verbindung mit Pflege anhand folgendem Zitat aus dem Bereich der Altenpflege verdeutlicht: „In der Altenpflege spielt die Ethik eine große Rolle, weil sie es immer mit abhängigen Menschen zu tun hat. Zur Altenpflege gehört mehr als die Kenntnis der notwendigen Fakten und Techniken der Pflege. Sie erfordert von allen Mitarbeitern Reflexion und gegebenenfalls eine Korrektur der eigenen ethischen Prinzipien zugunsten des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen.“ (Tietz 1998: 228)

Nachstehend erfolgt unter den Gliederungspunkten 2.3.1 – 2.3.2 eine umfassende inhaltliche Erläuterung zur These und der ergänzenden Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit für den Fachbereich Ethik.

### **2.3.1 These: Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen**

Die Pflege von Menschen ist, wie in der Einleitung der vorliegenden Arbeit sowie im Zitat unter 2.3 bereits verdeutlicht, untrennbar mit dem Fachbereich Ethik verbunden.

Daher wird es als sehr wichtig angesehen, ethische Aspekte in die vorliegende Erhebung einzubeziehen. Im Rahmen der Betrachtung des umfangreichen Instruments des PKMS-E mit seiner Abbildung des Menschen in den verschiedenen Leistungsbereichen ist es von großer Bedeutung, die Sichtweise zum PKMS-E aus ethischer Sicht von den Experten aus der Praxis zu erfahren. Die These, die hierbei der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegt wird, beschreibt, dass die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen ist.

Der Begriff „zufrieden“ bedeutet: „voller Genugtuung/ohne jede Beanstandung angesichts einer Situation oder eines Umstandes.“ (Online im Internet am 10.01.2017: <http://www.wortbedeutung.info/zufrieden/>)

Mit Blick auf die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E wird in diesem Zusammenhang angenommen, dass es aus ethischer Sicht keine Beanstandung gibt.

### **2.3.2 Ergänzende Forschungsfrage: Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?**

Unabhängig davon, wie die Sichtweise zum PKMS-E aus ethischer Sicht ist, ist es wesentlich zu erfahren, ob es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E gibt.

### **3 Studiendesign der vorliegenden Untersuchung**

#### **3.1 Studientyp**

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf Primärdaten, welche durch die Befragung der Experten aus den Kliniken gewonnen wurden.

#### **3.2 Beobachtungseinheit**

Die Beobachtungseinheit sind geriatrische Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Abteilungen.

#### **3.3 Studienpopulation**

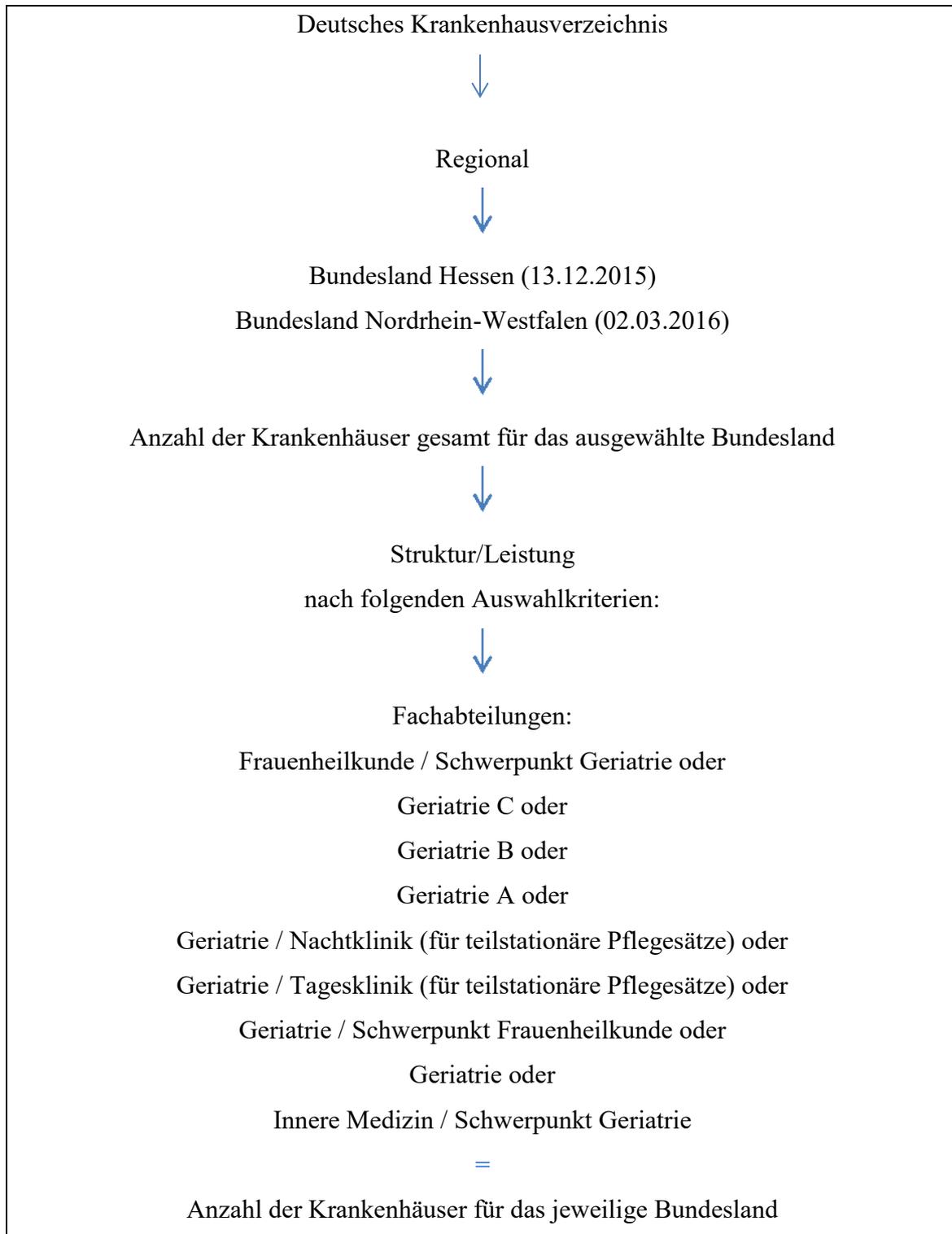
Über das deutsche Krankenhausverzeichnis<sup>10</sup> zeigte sich für die Bundesländer Hessen und Nordrhein-Westfalen die höchste Anzahl an geriatrischen Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Fachabteilungen für Deutschland. Daher wurden die genannten Bundesländer für diese Studie ausgewählt. Es zeigten sich in Hessen 33 geriatrische Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Fachabteilungen bei einer Gesamtzahl an Kliniken von 158 (lt. Deutschem Krankenhausverzeichnis, Stand 13.12.2015). In Nordrhein-Westfalen ergab die Recherche 79 geriatrische Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Fachabteilungen bei einer Gesamtzahl an Kliniken von 417 (lt. Deutschem Krankenhausverzeichnis, Stand 02.03.2016). Aus diesen Informationen wurden 112 Kliniken (33 für das Bundesland Hessen und 79 für das Bundesland Nordrhein-Westfalen) ermittelt, die in die Versendung von Fragebögen einbezogen wurden.

Kliniken, die sich außerhalb der gewählten Bundesländer befinden, wurden für die Studie nicht berücksichtigt. Es wurden nur geriatrische Kliniken bzw. Kliniken mit einer geriatrischen Abteilung in die Studie einbezogen.

---

<sup>10</sup> Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt folgende Erklärung zum Deutschen Krankenhausverzeichnis: „Das Deutsche Krankenhaus-Verzeichnis (DKV) ist das offizielle Verzeichnis der deutschen Krankenhäuser und deren Leistungen.“ (Online im Internet am 18.08.2016: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/31/aid/2260/title/Assoziierte\\_Organisationen](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/31/aid/2260/title/Assoziierte_Organisationen))

Nach den Auswahlkriterien des Deutschen Krankenhausverzeichnisses wurden  
demnach die Kliniken wie folgt selektiert:



**Abbildung 1: Auswahlkriterien nach dem Deutschen Krankenhausverzeichnis**  
(vgl. online im Internet am 13.12.2015 und am 02.03.2016: <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/>), eigene Darstellung

### **3.4 Messverfahren**

#### **3.4.1 Messinstrument**

Um die Antworten der Kliniken vergleichen zu können, wurden eigens entwickelte Fragebögen mit standardisierten Fragen eingesetzt. Dies sichert auch die Objektivierbarkeit der Antworten.

Die Fragen setzten sich aus offenen Fragen, geschlossenen Fragen und Alternativfragen zusammen. Für einige Fragen wurden bestimmte Antwortmöglichkeiten, im Sinne von geschlossenen Fragen und Alternativfragen, vorgegeben (vgl. Kerres, Mühlbauer 2005: 123). Andere Fragen wurden über Freitext-Felder beantwortet (offene Fragen), es wurden keine Antworten vorgegeben. Diese offenen Fragen lassen freie und eine Vielzahl von Antworten zu. Zudem öffnen sie den Studienteilnehmer (vgl. Kerres, Mühlbauer 2005: 123).

Die Entscheidung zur Anwendung für „offene Fragen“, „geschlossene Fragen“ oder „Alternativfragen“ wurde anhand der zu erwartenden Antwort gefällt. Beispielsweise mit dem Blick auf die Formulierung einer eigenen Meinung bzw. Darstellung der eigenen Sichtweise wurden an verschiedenen Stellen im Fragebogen offene Fragen gegenüber geschlossenen Fragen oder Alternativfragen bevorzugt verwendet.

In der Studie kamen je nach Fachbereich unterschiedliche Fragebögen zum Einsatz:

- Fragebogen Unternehmensführung
- Fragebogen Pflege
- Fragebogen Ethik

Jede Klinik erhielt somit 3 Fragebögen.

Alle Fragebögen folgten einer bestimmten Gliederung, um eine strukturierte Bearbeitung zu ermöglichen. Diese wird im Folgenden dargestellt:

**Der Fragebogen Unternehmensführung (siehe Anlage Nr. 2) besteht aus den  
Fragenkomplexen A-F:**

A = Allgemeine Fragen (4 Fragen)

B = Einführung des PKMS-E (8 Fragen)

C = Verlauf (8 Fragen)

D = Einschätzung/Fazit (4 Fragen)

E = Zukünftige Planung (3 Fragen)

F = Zusätzliches Freitext-Feld für weitere Anmerkungen der Studienteilnehmer

**Der Fragebogen Pflege (siehe Anlage Nr. 3) besteht aus den Fragenkomplexen A-  
E:**

A = Allgemeine Frage (1 Frage)

B = Einführung des PKMS-E (1 Frage)

C = Verlauf (14 Fragen)

D = Einschätzung/Fazit (9 Fragen)

E = Zusätzliches Freitext-Feld für weitere Anmerkungen der Studienteilnehmer

**Der Fragebogen Ethik (siehe Anlage Nr. 4) besteht aus den Fragenkomplexen A-E:**

A = Allgemeine Fragen (2 Fragen)

B = Einführung des PKMS-E (2 Fragen)

C = Verlauf (9 Fragen)

D = Einschätzung/Fazit (1 Frage)

E = Zusätzliches Freitext-Feld für weitere Anmerkungen der Studienteilnehmer

### 3.4.2 Pretest

Die entwickelten Erhebungsbögen wurden im Rahmen eines Pretests im Universitätsklinikum Mannheim – IV. Medizinische Klinik (Geriatric) in Baden-Württemberg unter gleichen Bedingungen, die in der späteren Hauptstudie vorausgesetzt waren, getestet (Dokumente zum Pretest siehe Anlage Nr. 5).

In Anlehnung an die Hauptstudie haben somit Experten aus dem Fachbereich Unternehmensführung, Pflege und Ethik in der geriatrischen Klinik der Uniklinik Mannheim die Erhebungsbögen ausgefüllt. Die Funktionen der einzelnen Personen waren wie folgt:

- Fachbereich Unternehmensführung: Pflegedienstleitung Geriatric
- Fachbereich Pflege: Stationsleitung Geriatric in Zusammenarbeit mit dem PKMS-Beauftragten
- Fachbereich Ethik: Mitarbeiterin aus dem Ethikbereich

Der Zeitraum für den Pretest ergab sich insgesamt wie folgt: 09.10.2015 - 27.11.2015.

Das Abschlussgespräch zum Pretest orientierte sich an folgenden Aspekten, die einen Gesprächsleitfaden<sup>11</sup> darstellten (vgl. Schneider 2013: 81):

- ausreichende Antwortvariationen
- Verständnis durch den Befragten
- Schwierigkeitsgrad
- Aufmerksamkeit und Interesse
- Kontinuität des Ablaufes
- Frageanordnung und deren Effekte
- Praktikabilität und Güte der Filterführung
- Kontexteffekte
- Dauer
- Interesse gegenüber der Befragung und deren Anliegen
- Belastungseffekte

---

<sup>11</sup> Gesprächsleitfaden siehe Anlage Nr. 5

Aufgrund der Ergebnisse der Befragung des Pretests und dem Abschlussgespräch wurden die Fragebögen modifiziert und verbessert. Wichtige Rückmeldungen der Teilnehmer zur Verbesserung waren zum Beispiel:

- Zum Aspekt „Praktikabilität und Güte der Filterführung“: Jede Frage und die dazu gehörende Antwort sollten auf einer Seite stehen und nicht auf zwei Seiten verteilt.
- Zum Aspekt „Dauer“: Für die Bearbeitung des Fragebogens Unternehmensführung wurden 30 Minuten, für den Fragebogen Pflege 15 Minuten und für den Fragebogen Ethik 33 Minuten aufgewendet.

### **3.4.3 Messmethode**

Mit einem Anschreiben (siehe Anlage Nr. 6) wurden zunächst die ermittelten 112 Kliniken über die Studie informiert. Im Anhang des Anschreibens befanden sich bereits die Fragebögen für den jeweiligen Fachbereich (siehe Anlagen Nr. 2, 3, 4).

Nach Ablauf der - im Anschreiben genannten - Rücksendefrist wurde ein Erinnerungsschreiben (siehe Anlage Nr. 7) an die Kliniken versendet.

Die Erhebung begann am 23.01.2016 und endete am 02.06.2016.

### **3.5 Datenmanagement und statistische Auswertung**

Die Daten des Rücklaufs wurden streng vertraulich behandelt und sind pseudonymisiert in die Studie eingeflossen. Um diese Anforderung im Verlauf der Studie zu erfüllen, wurde für jede Klinik, die sich an der Studie beteiligte, eine Nummer vergeben. Nach der Vergabe dieses numerischen Codes ist die Identifizierung der Klinik nicht mehr möglich oder wesentlich erschwert.

Die Dateneingabe erfolgte im Anschluss an die Codierung der Fragebögen mit dem Statistikprogramm NSDstat 1.3. Die Auswertungen wurden mit dem Daten Explorer NSDstat Version 1.3.1 Pro erstellt. Das Programm wurde über folgendes Institut erworben:

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim

Im Rahmen der statistischen Auswertung wurden Häufigkeiten berechnet. Die Ergebnisse werden anhand von Grafiken (Balken- und Kreisdiagrammen) sowie Häufigkeitstabellen in der vorliegenden Arbeit dargestellt. Alle vorgestellten Grafiken und Tabellen wurden von der Autorin der Arbeit eigenständig erstellt und sind daher ohne Quellenangabe. Die Fremdübernahme von Grafiken und Tabellen ist direkt kenntlich gemacht.

Hinsichtlich der offenen Fragen sind die Antworten ausführlich mit den Originalzitaten der Experten aus den Kliniken dargestellt. Wenn eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten erfolgt ist, so wurde dies in den Auswertungen entsprechend gekennzeichnet.

Zu jeder Ergebnisdarstellung wurde die Anzahl der eingeschlossenen Fälle im Vergleich zur Gesamtzahl angegeben. Damit sind fehlende Werte direkt ersichtlich.

#### **4 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse**

Wie in der Studienpopulation unter dem Gliederungspunkt 3.3 angegeben, wurden 112 Kliniken in die Versendung von Fragebögen einbezogen. Die Anzahl der Kliniken, die sich an der Studie beteiligt haben, lag bei 27. Jede Klinik erhielt für die drei Fachbereiche Unternehmensführung, Pflege und Ethik jeweils einen Fragebogen. Damit lag die Zahl der Fragebögen pro Klinik bei drei.

Die „Fallzahl der eingeschlossenen Fälle“ variiert an einzelnen Stellen in der Auswertung. Gründe hierfür sind:

- Vereinzelt gab es Studienteilnehmer, die nicht drei Fragebögen, sondern nur einen oder zwei Fragebögen zurücksendeten. Somit kommt es zu fehlenden Werten bei der Auswertung der Fragebögen.
- Des Weiteren wurden vereinzelt die Fragebögen nicht vollständig beantwortet. Damit kommt es bei verschiedenen Fragen zu fehlenden Werten im Rahmen der Auswertung einzelner Fragen.

An den jeweiligen Stellen ist damit, wie bereits im Gliederungspunkt 3.5 erläutert, die Fallzahl der eingeschlossenen Fälle abweichend von der Gesamtzahl. Diese Abweichung ist entsprechend dokumentiert. Beispiel für die Dokumentation: *Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen*

Die Auswertungen sind für jeden Fachbereich (Unternehmensführung, Pflege und Ethik) getrennt erfolgt. Die Thesen und ergänzenden Forschungsfragen, die der Untersuchung zugrunde liegen (siehe Gliederungspunkt 2), sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu dem jeweiligen Fachbereich in der Auswertung aufgeführt. Entsprechend ist im Folgenden jede These und ergänzende Forschungsfrage der/den zu ihrer Beantwortung erforderlichen Frage/n aus den Fragebögen direkt zugeordnet. Dies ermöglicht eine schnelle Übersicht, welche Fragen zur Beantwortung der entsprechenden Thesen und ergänzenden Forschungsfragen gestellt wurden und wie die Beantwortung dieser in der Studie ausfiel.

Jede Auswertung bzw. Ergebnisdarstellung ist zur besseren Orientierung mit einer Abkürzung gekennzeichnet. Beispiel für die Kennzeichnung: *UDI*

Die im Beispiel genannte Abkürzung wird wie folgt aufgeschlüsselt: „U“ steht für Unternehmensführung, „D“ steht für den jeweiligen Bereich im Fragebogen (siehe auch Erläuterung in Gliederungspunkt 3.4.1) und „1“ bezieht sich auf die dazugehörige Frage im Fragebogen.

#### **4.1 Fachbereich Unternehmensführung im Krankenhaus**

Wie bereits in den Gliederungspunkten 1 und 2 dargestellt, wurden für den **Fachbereich Unternehmensführung** eine These und fünf ergänzende Forschungsfragen aufgestellt, die in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollten.

Alle Fragen im Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung**, die zur Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfragen gestellt wurden, sind im Folgenden ausgewertet. Die Ergebnisdarstellung besteht zum einen Teil aus der entsprechenden Auswertung und zum anderen Teil aus der anschließenden Diskussion. Beide Teile sind zusammen dargestellt.

**Die These lautet:** Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt

**Die ergänzenden Forschungsfragen lauten:**

1. Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?
2. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
3. Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?
4. Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?
5. Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?

In einer ersten Aufzählung wird zunächst verdeutlicht, welche Funktion die Person, die den Fragebogen im Fachbereich Unternehmensführung ausgefüllt hat, in der Klinik übernimmt. Hierbei ist anzumerken, dass identische Angaben zusammengefasst wurden. Diese „Mehrfachnennung“ einer identischen Funktion ist entsprechend dokumentiert.

#### **UA1 Funktion:**

- Geschäftsführung
- Pflegedirektor, Mitglied der Geschäftsleitung (Angabe 4 Mal)
- Stabstelle Dokumentation
- Leitung QM/RM
- stellvertretende Pflegedienstleitung
- Bereichsleitung operativ und Bettenmanagement
- Pflegedienstleitung (Angabe 2 Mal)
- Pflegedienstleiter/Krankenhausleitung
- Pflegedirektion (Angabe 5 Mal)
- Leitung Finanz- und Rechnungswesen
- Pflegedienstleiter, Betriebsleitung
- Assistentin der Geschäftsführung, Leitung Patientenverwaltung
- kommissarischer Pflegedirektor
- Pflegecontrolling, PKMS-Beauftragte
- Pflegebereichsleitung
- Leitung Patientenmanagement/Medizincontrolling
- Verwaltungsdirektion

Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

#### 4.1.1 These für den Fachbereich Unternehmensführung

Im Folgenden werden die These „Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt“ anhand der im Fragebogen aufgestellten Fragen dargestellt und die Auswertung hierzu umfassend aufgeführt und analysiert.

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?*

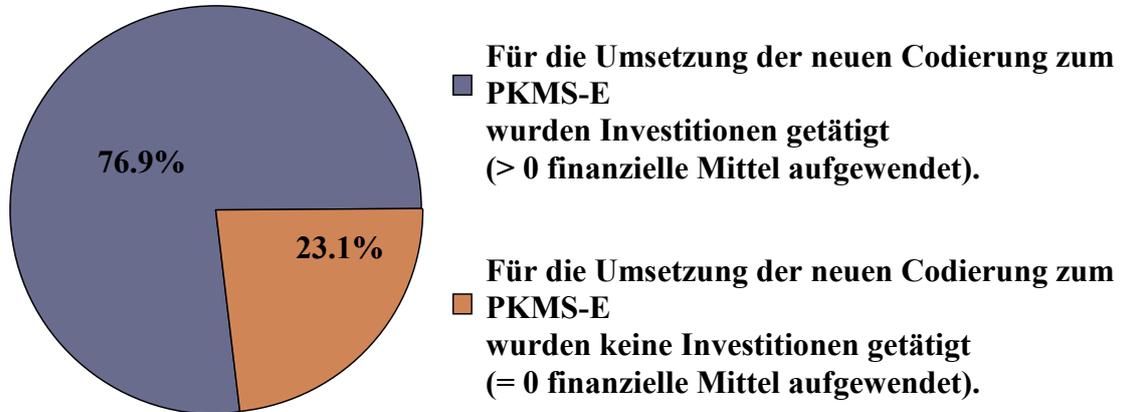
*(Anmerkung: Mit dem Begriff „Umsetzung“ wird die Zeit bezeichnet ab Beginn der Codierung des PKMS-E in der Klinik, in der Sie tätig sind, bis zum Ausfüllen des Fragebogens)*

- Für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E wurden Investitionen getätigt (> 0 **finanzielle Mittel** aufgewendet).*
- Für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E wurden keine Investitionen getätigt (= 0 **finanzielle Mittel** aufgewendet).*

*Wenn für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E keine Investitionen getätigt wurden, dann beantworten Sie bitte weiter ab Frage 3.*

Die Auswertung der Antworten zeigt folgendes Ergebnis:

**UD1 Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 2: UD1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 1, N= 26**

Aus der Abbildung geht hervor, dass von den 26 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, 76,9 % bestätigen können, dass für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E Investitionen getätigt wurden (> 0 finanzielle Mittel aufgewendet). 23,1 % der Studienteilnehmer können dies nicht bestätigen. Sie gaben an, dass für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E keine Investitionen getätigt wurden (= 0 finanzielle Mittel aufgewendet).

Es wird deutlich, dass der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer (76,9 %) eine Investition für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E bestätigt.

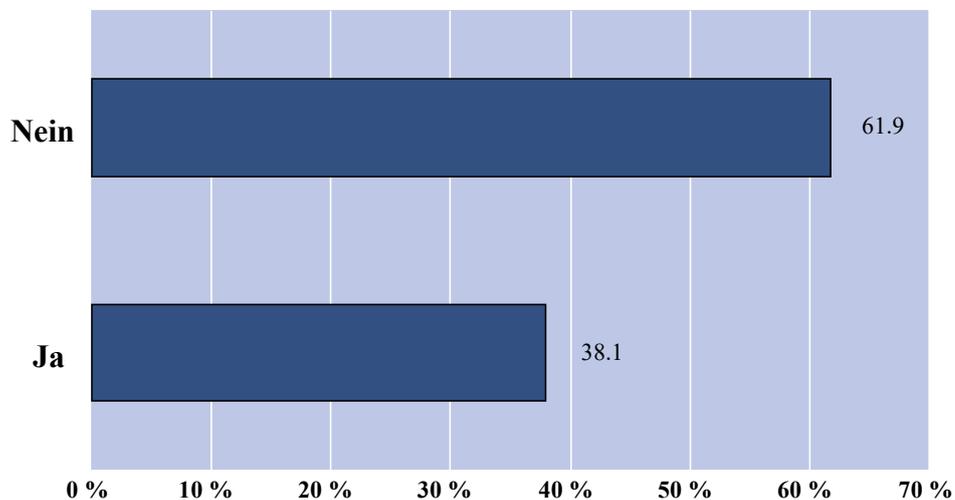
Die folgende Frage im Fragebogen ermöglicht eine nähere Hinterfragung zur Investition für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E:

*Wenn für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E Investitionen getätigt wurden, ist es Ihnen möglich eine Größenordnung zu benennen?*

- Ja. Die Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E liegt bei \_\_\_\_\_ €.*
- Nein. Es ist mir nicht möglich eine Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E zu benennen.*

Die Auswertung zu dieser Frage zeigt folgendes Ergebnis:

**UD2 Wenn für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E Investitionen getätigt wurden, ist es Ihnen möglich eine Größenordnung zu benennen?**



Eingeschlossen sind 21 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 3: UD2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 2, N= 21**

Die Abbildung zeigt, dass 38,1 % der 21 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, eine Größenordnung bezüglich der Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E angeben können.

61,9 % haben die Frage verneint. Sie sagen zwar, dass Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E getätigt wurden, können jedoch keine Aussage zur genauen Höhe der Investitionen machen.

Im zweiten Teil der Frage sollten konkrete Beträge genannt werden. Die Auswertung wird in folgender Tabelle dargestellt.

**UD2\_1 Ja. Die Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E liegt bei \_\_\_\_\_ €.**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
ca. 49.000€ / Jahr (Personalkosten)	1	1	3.7	12.5
ca. 0,50 VK = ca. 28 T€/p.a.	2	1	3.7	12.5
5000€	3	1	3.7	12.5
25.000€ / Jahr + IT-Lösung	4	1	3.7	12.5
20.000€ bis 30.000€	5	1	3.7	12.5
80.000€	6	1	3.7	12.5
60.000€ / Jahr Personal + ca. 5000€ Doku. + PC	7	1	3.7	12.5
20.000€ (0,5 VK)	8	1	3.7	12.5
-	-	19	70.4	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 8 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 1: UD2\_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 2\_1, N= 8**

Die Tabelle zeigt unterschiedliche Zahlenwerte zur Beantwortung der Frage. Die Frage bezog sich auf den Zeitraum: ab Beginn der Umsetzung der neuen Codierung des PKMS-E bis zum Ausfüllen des Fragebogens. Hierfür wird nochmals folgende Anmerkung zitiert (siehe Fragebogen Unternehmensführung Frage D1): „Mit dem

Begriff „Umsetzung“ wird die Zeit bezeichnet ab Beginn der Codierung des PKMS-E in der Klinik, in der Sie tätig sind, bis zum Ausfüllen des Fragebogens.“

In der vorliegenden Auswertung wird deutlich, dass von den acht Studienteilnehmern, die eine Größenangabe gemacht haben, vier Studienteilnehmer handschriftliche Notizen zu Zeiträumen und zum Einsatz der Investitionen ergänzt haben. Die weiteren Studienteilnehmer haben Beträge ohne handschriftliche Notizen angegeben. In Bezug auf die Fragestellung sind hier lediglich Angaben ohne handschriftliche Ergänzungen insbesondere zu Zeiträumen zu werten.

Damit verbleiben vier Beträge, die gewertet werden könnten. Die unterschiedliche Handhabung der Studienteilnehmer in Bezug auf diese Frage führt dazu, dass eine Unsicherheit entsteht, ob hier die tatsächlich gefragten Werte angegeben wurden. Aufgrund der geringen Datenmenge und der großen Differenz der vier verbleibenden Werte erfolgt keine weitere Berechnung mehr.

#### **4.1.2 Ergänzende Forschungsfragen für den Fachbereich Unternehmensführung**

Um die ergänzende Forschungsfrage „Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?“ zu beantworten, wird die folgende ausgewählte Frage aus dem Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung** dargestellt und ausgewertet.

*Welche Abteilungen in der Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung? Bitte benennen Sie diese:*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

#### **UA3 Welche Abteilungen in der Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?**

- Internistische Kliniken, Geriatrie, Urologie, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde
- Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Intensivmedizin, Pflegedirektion
- alle internistischen Abteilungen, Neurologie, Geriatrie, Visceralchirurgie
- Medizinische Klinik, Neurologie, Unfallchirurgie, Nephrologie, Gefäßchirurgie, Geriatrie
- Geriatrie, Kardiologie, Gastrologie, Pneumologie, Gynäkologie
- Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Urologie
- Plastische Chirurgie, Allgemein Chirurgie, Kardiologie, Innere Medizin, Geriatrie, Gynäkologie
- Akutgeriatrie
- Überwiegend Innere Medizin, Neurologie, Geriatrie, Gefäßchirurgie; Weniger Thoraxchirurgie
- Pflegedienst, Medizincontrolling
- Geriatrie, Innere Medizin, Intensiv, Chirurgie

- Geriatrie
- Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie
- Kardiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Gastroenterologie, IMC, Geriatrie, Neurologie, Palliativmedizin, Gynäkologie
- Innere Medizin, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, Geriatrie, Chirurgie
- Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Therapeutischer Dienst, Patiententransportdienst, Versorgungsassistenz, Servicekräfte, Küche, Codierung etc. (alle patientennahen Bereiche sind in Berührung)
- Geriatrie, Innere Medizin, Neurologie, Allgemein- und Unfallchirurgie, Orthopädie
- Innere Medizin, Geriatrie, Onkologie, Unfall-, Viszeral- und Plastische Chirurgie, Angiologie, Neurologie
- Geriatrie, Innere Medizin (alle Fachbereiche, außer Pädiatrie)
- Geriatrie, Pneumologie, Onkologie, Chirurgie, Pflege, Medizincontrolling
- Geriatrie, Innere Medizin, Chirurgie/Alterstraumatologie
- Normalstationen, Medizincontrolling, Pflegedienst
- Zentrum für Chirurgie, Urologie, Frauenheilkunde, Innere Medizin, Kardiologie, Geriatrie
- Pflegedienst, Medizincontrolling, kaufmännische Leitung/Geschäftsführung
- Geriatrie, Innere Medizin, Viszeral- und Unfallchirurgie, Urologie, Controlling, Qualitätsmanagement, Pflegemanagement
- Chirurgie, Geriatrie, Innere Medizin

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

Die Aufzählung zu UA3 zeigt die Angabe von verschiedenen Abteilungen, die von 26 Studienteilnehmern genannt wurden. Es wird ersichtlich, dass die Zusammensetzung der verschiedenen Abteilungen bei jedem Studienteilnehmer unterschiedlich ist. Um diese Vielfalt an Angaben zu erhalten, erfolgte keine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten.

Aus der Aufzählung ist deutlich erkennbar, dass der PKMS-E mit vielen verschiedenen Abteilungen in Berührung ist. Hervorzuheben ist, dass von den 26 Studienteilnehmern, 21 Mal die Abteilung Geriatrie explizit genannt wurde. Es finden sich keine weiteren Abteilungen, die in gleicher Höhe oder mit einer höheren Anzahl angegeben wurden. Damit bestätigt sich die korrekte Vorgehensweise bezüglich der Fokussierung von

geriatrischen Kliniken bzw. Kliniken mit geriatrischen Abteilungen in der vorliegenden Arbeit.

Um die ergänzende Forschungsfrage „Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?“ zu beantworten, werden die folgenden ausgewählten Fragen aus dem Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung** dargestellt und ausgewertet.

1. Wann hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert und wie?
2. Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion zur Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in der Klinik ausgewählt?
3. Wurde eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen?
4. Wurden die Aufgaben innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle um den Bereich PKMS-E erweitert?
5. Welche Methode zur Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz?
6. Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?
7. Informieren sich Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E? Wenn ja, wie findet diese Informationsgewinnung statt?
8. Gibt es interdisziplinäre Besprechungen im Haus, die den PKMS-E miteinbeziehen? Wenn "ja", welche Berufsgruppen finden sich zu diesen Besprechungen ein?
9. Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E? Wenn ja, in welcher Form?
10. Findet eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt? Wenn eine Evaluation stattfindet, wie sieht diese aus?

**Zu 1. „Wann hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert und wie?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

*Wann hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert und wie?*

*Wann:*

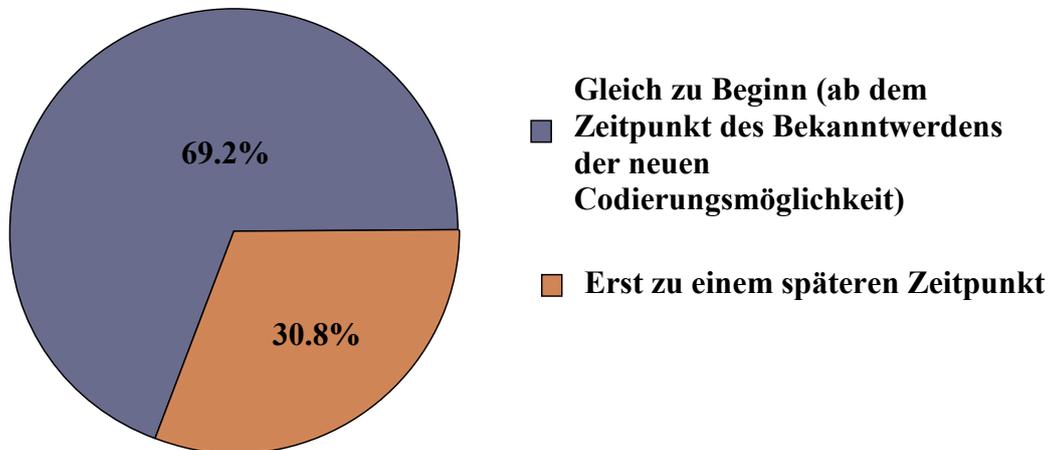
- Gleich zu Beginn (ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der neuen Codierungsmöglichkeit)*
- Erst zu einem späteren Zeitpunkt*

*Wie: (mehrere Antwortangaben sind möglich)*

- Seminare und Fortbildungen*
  - Schriftliche Form (Literatur, Internet)*
  - In anderer Form:*
-

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB1\_1 Wann hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert?**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 4: UB1\_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 1\_1, N= 26**

Die Abbildung zeigt, dass sich 69,2 % der 26 Studienteilnehmer, die die Frage beantwortet haben, gleich zu Beginn (ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der neuen Codierungsmöglichkeit) informiert haben.

30,8 % haben sich zu einem späteren Zeitpunkt informiert.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Art der Informationsgewinnung genannt werden.

Hierzu zeigten sich folgende Antworten:

**UB1\_2\_1 Wie hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert?**

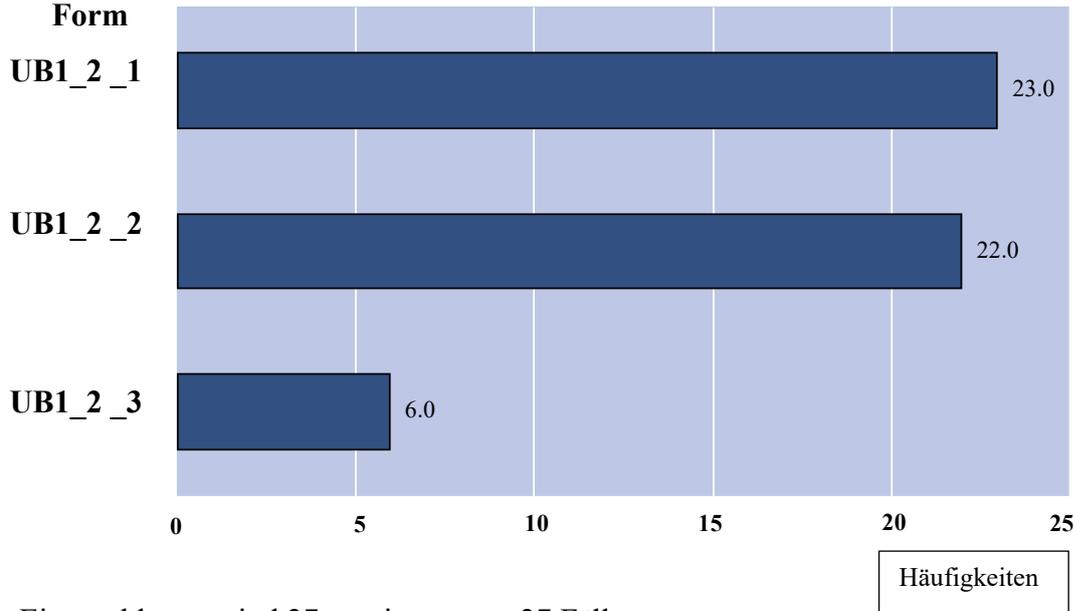
**Seminare und Fortbildungen**

**UB1\_2\_2 Wie hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert?**

**Schriftliche Form (Literatur, Internet)**

**UB1\_2\_3 Wie hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert? In anderer**

**Form**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 5: UB1\_2\_1, UB1\_2\_2, UB1\_2\_3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 1\_2\_1, 1\_2\_2, 1\_2\_3, N= 27**

Abbildung 5 ist aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten mit der Angabe von Häufigkeiten dargestellt. Einige Studienteilnehmer haben dies genutzt und mehrere Antworten angegeben. Aus der Abbildung wird deutlich, dass von den 27 Studienteilnehmern insgesamt 51 Antworten gegeben wurden.

23 Teilnehmer gaben an, dass sich die Führungsebene über Seminare und Fortbildungen zum Thema PKMS-E informiert hat. 22 Teilnehmer bestätigen, dass die Information in schriftlicher Form (Literatur, Internet) eingeholt wurde. 6 Teilnehmer antworteten, dass sich die Führungsebene in anderer Form informiert hat.

Zusammenfassend zeigt diese Auswertung, dass die Informationsgewinnung der Führungskräfte am häufigsten über Seminare und Fortbildungen sowie in schriftlicher Form (Literatur, Internet) erfolgt (fast gleichrangig). Die Möglichkeit der „Mehrfachantworten“ und die ausgewerteten Zahlen (23 und 22 Antworten bei 27

Studienteilnehmern) verdeutlichen, dass verschiedene Informationswege parallel genutzt werden.

Sechs Mal wurde eine „andere Form“ als Antwort auf die Frage gewählt. Zu dieser „anderen Form“ gab es die Möglichkeit für die Studienteilnehmer, eigene Ergänzungen zuzufügen. Fünf Studienteilnehmer, die diese Antwort gegeben haben, nutzten diese Möglichkeit. Im Folgenden werden diese Antworten in Form von Originalzitaten dargestellt:

**UB1\_2\_3\_1 In anderer Form:**

- Austausch mit anderen Kliniken, Netzwerker-Treffen, erst später Fortbildung + Seminare
- Hospitation in anderen Kliniken
- Internet, Berufs- und Lobbyverbände, Fachgesellschaften
- Inhouse-Seminar
- PKMS-Multiplikatortreffen, Rückmeldungen über die erzielten Ergebnisse

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

In Zusammenschau der gewonnenen Aspekte zur Frage „**Wann hat sich die Führungsebene zum PKMS-E informiert und wie?**“ kann bestätigt werden, dass die Informationen zum Thema PKMS-E über sehr vielfältige Wege zu den Führungskräften gelangen. Dies impliziert ein breites Angebot, dass sich individuell an die Bedürfnisse der Führungskräfte anpasst. Orientiert an den individuellen Abläufen, wird die Art der Informationsgewinnung ausgewählt. Sicherlich ist bei der Entscheidung für die Art der Informationsgewinnung ebenso relevant, wie die Erfahrungswerte auch aus vergangenen Projekten sind.

In einem hektischen Führungsalltag ist ein breites Angebot an Informationsmöglichkeiten zwingend erforderlich und ermöglicht, dass neue Aspekte schnell in das Alltagsgeschäft übernommen werden können.

Zudem ist anzumerken, dass diese Informationsgewinnung, wie im ersten Teil der Frage bestätigt wurde, bei der überwiegenden Zahl der Führungskräfte bereits „gleich zu Beginn (ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der neuen Codierungsmöglichkeit)“ erfolgte.

**Zu 2. „Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion zur Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in der Klinik ausgewählt?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

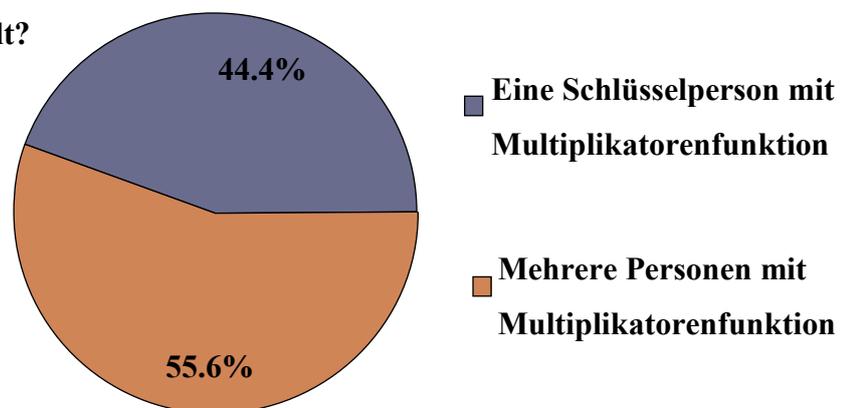
*Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion für die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in der Klinik ausgewählt?*

- Eine Schlüsselperson mit Multiplikatorenfunktion*
- Mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion*
- Es wurde keine Person mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt. Die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter hat in anderer Form stattgefunden. (Bitte beschreiben Sie diese Form)*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB2 Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion für die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in der Klinik ausgewählt?**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 6: UB2-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 2, N= 27**

Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass 55,6% mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt haben.

44,4% haben eine Schlüsselperson mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt.

Die weitere Antwortmöglichkeit im Fragebogen, dass keine Person mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt wurde, hat kein Studienteilnehmer angegeben.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird deutlich, dass alle 27 Studienteilnehmer Personen mit Multiplikatorenfunktion benannt haben.

Eine weitere Forschung könnte an dieser Stellen aufzeigen, worin die Vor- und Nachteile der verschiedenen Formen liegen, eine oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion zu benennen und wie sich dies auf den späteren Wissenstransfer (im Rahmen der Funktion eines Multiplikators) auswirkt.

### **Zu 3. „Wurde eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

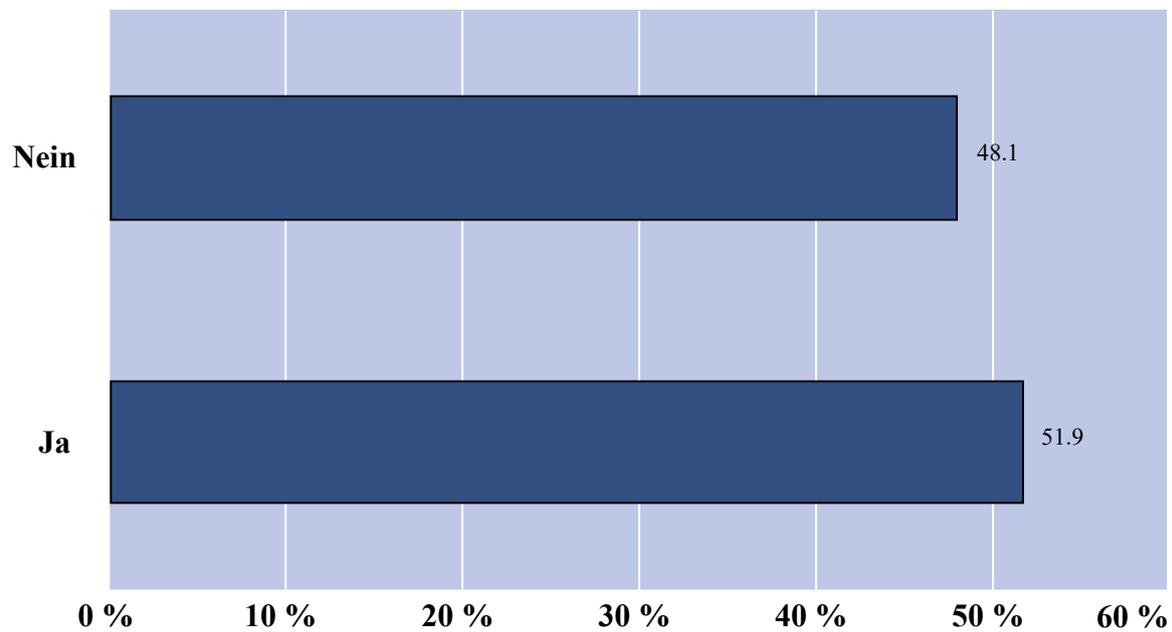
*Wurde eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen?*

*Ja. Wenn „ja“ bitte weiter mit Frage 5.*

*Nein*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB3 Wurde eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen?**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 7: UB3-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 3, N=27**

Die Auswertung ergab, dass 51,9% der 27 Studienteilnehmer eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen haben. 48,1% der Studienteilnehmer haben keine neue Stabstelle geschaffen.

**Zu 4. „Wurden die Aufgaben innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle um  
den Bereich PKMS-E erweitert?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

*Wurden die Aufgaben, innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle, um den Bereich  
PKMS-E erweitert?*

Ja

Nein

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB4 Wurden die Aufgaben, innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle, um  
den Bereich PKMS-E erweitert?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Nein	0	6	22.2	50.0
Ja	1	6	22.2	50.0
-	-	15	55.6	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 12 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 2: UB4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 4, N= 12**

Die Tabelle zeigt, dass 6 der 12 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Aufgaben innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle um den Bereich PKMS-E erweitert haben. Die weiteren 6 Studienteilnehmer haben diese Frage verneint.

**Zu 5. „Welche Methode zur Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz?“**

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Welche Methode der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz?*

*(mehrere Antwortangaben sind möglich)*

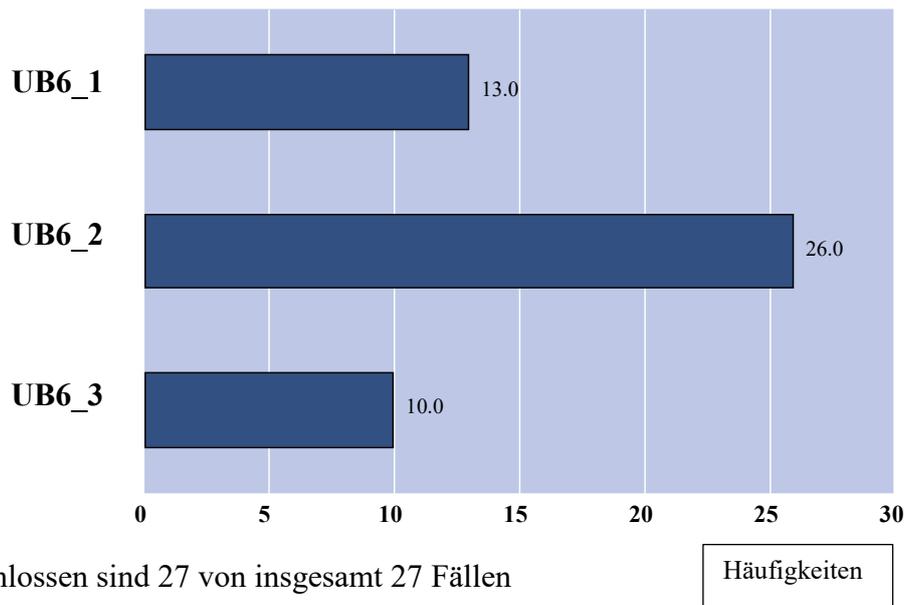
- Schriftliche Bekanntmachung (Brief, Intranet etc.)*
  
  - Mündliche Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.)*
  
  - Andere Form (Bitte beschreiben Sie diese Form):*
-

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB6\_1 Welche Methode der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz? Schriftliche Bekanntmachung (Brief, Intranet etc.)**

**UB6\_2 Welche Methode der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz? Mündliche Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.)**

**UB6\_3 Welche Methode der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter kam zum Einsatz? Andere Form**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 8: UB6\_1, UB6\_2, UB6\_3-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 6\_1, 6\_2, 6\_3, N= 27**

Die Abbildung zeigt, dass von 27 Studienteilnehmern 49 Antworten gegeben wurden. Aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten bei dieser Frage werden in der Auswertung Häufigkeiten angegeben.

26 Studienteilnehmer antworteten, dass die Informationen an die Mitarbeiter (innerhalb der Einführung des PKMS-E) in mündlicher Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.) weitergegeben wurden. 13 Studienteilnehmer gaben an, dass die Informationen über schriftliche Bekanntmachung (Brief, Intranet etc.) gegeben wurden. 10 Studienteilnehmer gaben an eine „andere Form“ als die im Fragebogen vorgegebenen Möglichkeiten zur Informationsweitergabe gewählt zu haben.

Die „andere Form“ wurde von den 10 Studienteilnehmern wie folgt benannt:

**UB6\_3\_1 Andere Form (Bitte beschreiben Sie diese Form):**

- Schulung der Multiplikatoren, Auswahl einer „Pilotstation“, Pflichtfortbildungen „für Alle“
- Multiplikatorenseminare
- Anwendung praktischer Beispiele, Anwendung von PKMS vor Ort
- Schulungen
- Coaching in den einzelnen Bereichen vor Ort, anhand von Fallbeispielen.
- selbstdurchgeführte Fortbildungsveranstaltungen
- interne und externe Schulungsseminare
- Inhouse-Schulung, jährlich
- Hausinterne Fortbildung, Fortbildung einzelner Abteilungen
- Spezielle Schulungen der Multiplikatoren

Eingeschlossen sind 10 von insgesamt 27 Fällen

Die Antworten der Studienteilnehmer verdeutlichen, dass die Arten der Informationsweitergabe sehr vielfältig sind und auch verschiedene Formen parallel stattfinden. Die mündliche Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.) ist nach Abbildung 7 die häufigste angewendete Form.

Die Entscheidung, welche Art der Informationsweitergabe zum Einsatz kommt, ist sicherlich von einer Vielzahl an Faktoren in der jeweiligen Klinik abhängig und wird von den verantwortlichen Personen in der Führungsebene gefällt. Diese Entscheidung ist sehr bedeutend, denn bei der Umsetzung neuer Projekte spielt auch immer die Akzeptanz der Mitarbeiter eine wesentliche Rolle. Um diese Akzeptanz zu erlangen, ist eine sorgfältige und umfangreiche Informationsweitergabe über die Umsetzung eines neuen Projektes wichtig. „Der erste Eindruck“ ist somit ein Teil, der später über das Gelingen oder Scheitern eines neuen Projektes mitentscheiden kann.

Hierzu ein Beispiel:

Werden die ersten Informationen über ein neues Projekt „zwischen Tür und Angel“ erzählt, kommen diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlich ausführlichen Darstellungen bei den Mitarbeitern an. Manche Mitarbeiter geben die Informationen an Kollegen und Kolleginnen weiter. Andere Mitarbeiter geben sie nicht weiter. Es wird sehr wahrscheinlich sein, dass sich die Mitarbeiter, die nicht die ersten Empfänger der Information waren, über fehlende Transparenz seitens der Führungsebene bei der Umsetzung des neuen Projektes ärgern. Wenn der Ärger nicht öffentlich stattfindet, dann vielleicht im Verborgenen.

Erhalten die Mitarbeiter jedoch gemeinsam und in einer „geordneten Form“ (beispielweise im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung) die neue Information, so sind die „Startbedingungen“ vorteilhafter. Erste offene Fragen können direkt gestellt werden. Eventuell sofort auftretende Unsicherheiten können geäußert werden. Gefühle der Benachteiligung, was den Zeitpunkt der Informationserhaltung betrifft, treten nicht auf, da alle Mitarbeiter zeitgleich informiert werden.

Selbstverständlich ist die Art der Informationsweitergabe über ein neues Projekt nicht die Garantie für eine gelungene Umsetzung. Jedoch führt die Art, wie Mitarbeiter von dem neuen Projekt erfahren haben, zu einer positiven oder negativen Beeinflussung der „ersten Meinung“ zum Projekt. Eine positive Meinung kann sich wiederum positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter auswirken.

**Zu 6. „Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?“**

Im Fragebogen wurde die Frage wie folgt dargestellt:

*Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden? (mehrere  
Antwortangaben sind möglich)*

- Information an alle Mitarbeiter, unterschiedlicher Berufsgruppen*
  - Neue Dokumentation wurde eingeführt*
  - Interne Schulungen wurden durchgeführt*
  - An externen Schulungen wurde teilgenommen*
  - Andere Maßnahmen:*
-

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UB7\_1 Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?**

**Information an alle Mitarbeiter, unterschiedlicher Berufsgruppen**

**UB7\_2 Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?**

**Neue Dokumentation wurde eingeführt**

**UB7\_3 Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?**

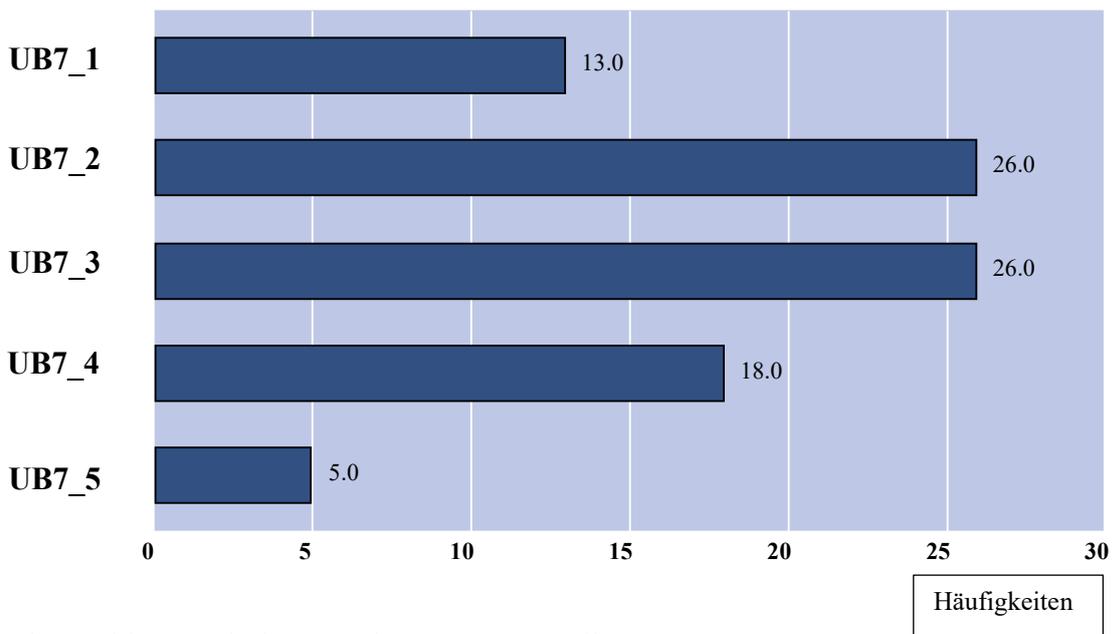
**Interne Schulungen wurden durchgeführt**

**UB7\_4 Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?**

**An externen Schulungen wurde teilgenommen**

**UB7\_5 Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?**

**Andere Maßnahmen**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 9: UB7\_1, UB7\_2, UB7\_3, UB7\_4, UB7\_5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 7\_1, 7\_2, 7\_3, 7\_4, 7\_5, N= 27**

Die Abbildung zeigt, dass von 27 Studienteilnehmern 88 Antworten gegeben wurden. Aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten bei dieser Frage werden in der Auswertung Häufigkeiten angegeben.

26 Studienteilnehmer gaben an, dass eine neue Dokumentation eingeführt wurde. Ebenso bestätigten 26 Teilnehmer, dass interne Schulungen stattgefunden haben. 18

Studienteilnehmer antworteten, dass an externen Schulungen teilgenommen wurde. 13 Studienteilnehmer gaben an, dass in der Einführungsphase alle Mitarbeiter (unterschiedlicher Berufsgruppen) informiert wurden. 5 Teilnehmer antworteten mit der Antwortmöglichkeit „andere Maßnahmen“.

Die fünf Studienteilnehmer, die „andere Maßnahmen“ als Antwort angegeben haben, nannten folgende Maßnahmen für die Einführungsphase:

**UB7\_5\_1 Andere Maßnahmen:**

- Umsetzung der Dokumentation in der digitalen Patientenakte.
- Unterstützung durch die betriebseigene EDV-Abteilung.
- Persönliche Begleitung im Praxisalltag.
- Betriebsstättenübergreifende Arbeitsgruppen.
- Benennung von Multiplikatoren.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse aller Antworten (aus Abbildung 9 und der Aufzählung zu UB7\_5\_1) zeigt auf, dass verschiedene Maßnahmen parallel durchgeführt wurden. Am häufigsten wurden die Einführung einer neuen Dokumentation und das Durchführen interner Schulungen angegeben.

Möglich wäre in diesem Zusammenhang, dass in der „Einführungsphase“ eine neue Dokumentation eingeführt wurde und diesbezüglich interne Schulungen stattgefunden haben.

**Zu 7. „Informieren sich Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E? Wenn ja, wie findet diese Informationsgewinnung statt?“**

Im Fragebogen stellte sich die Frage wie folgt dar:

*Informieren sich Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E?*

*Ja. Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)*

*Interne Seminare*

*Externe Seminare*

*Online Recherchen*

*Fachgesellschaften*

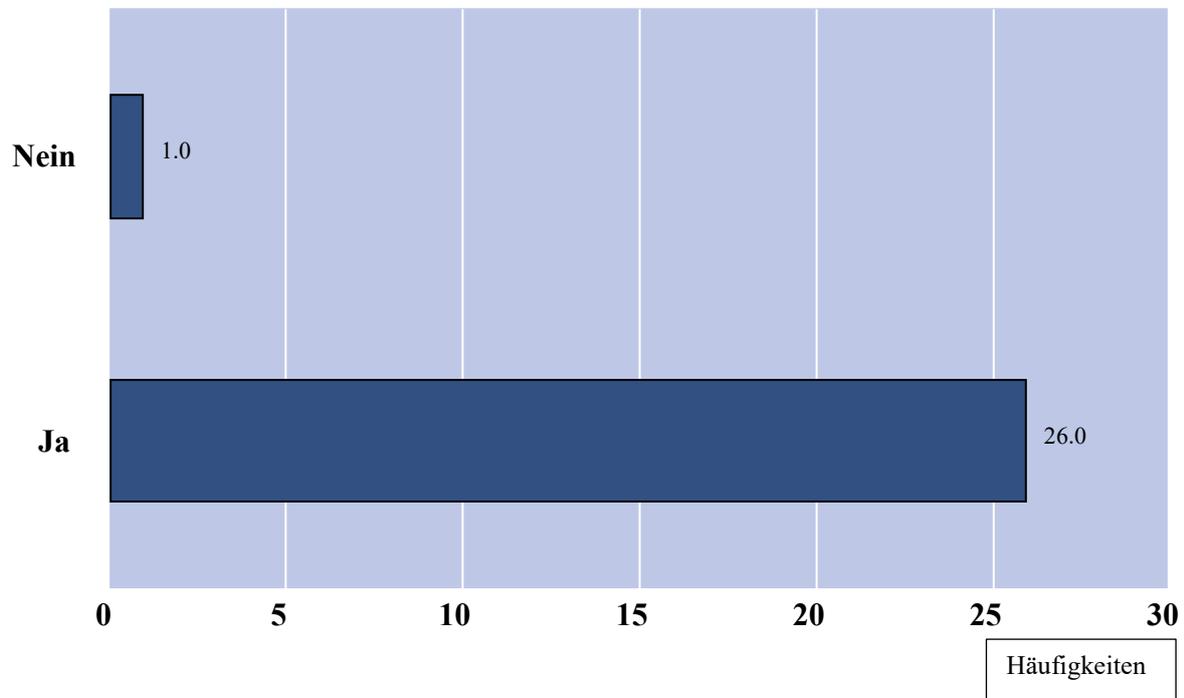
*Andere Quellen:*

---

*Nein. Mitarbeiter aus dem Führungsbereich informieren sich nicht über Neuerungen zum PKMS-E.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

### UC1 Informieren sich Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E?



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 10: UC1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 1, N= 27**

Zur Verdeutlichung des Ergebnisses wurde Abbildung 10 mit Häufigkeiten dargestellt. Es geht hervor, dass von 27 Studienteilnehmern lediglich ein Teilnehmer bestätigt hat, dass sich Führungskräfte nicht über Neuerungen zum PKMS-E informieren.

Im zweiten Teil der Frage konnte die Art der Informationsgewinnung angegeben werden. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse auf:

**UC1\_1 Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt?**

**Interne Seminare**

**UC1\_2 Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt?**

**Externe Seminare**

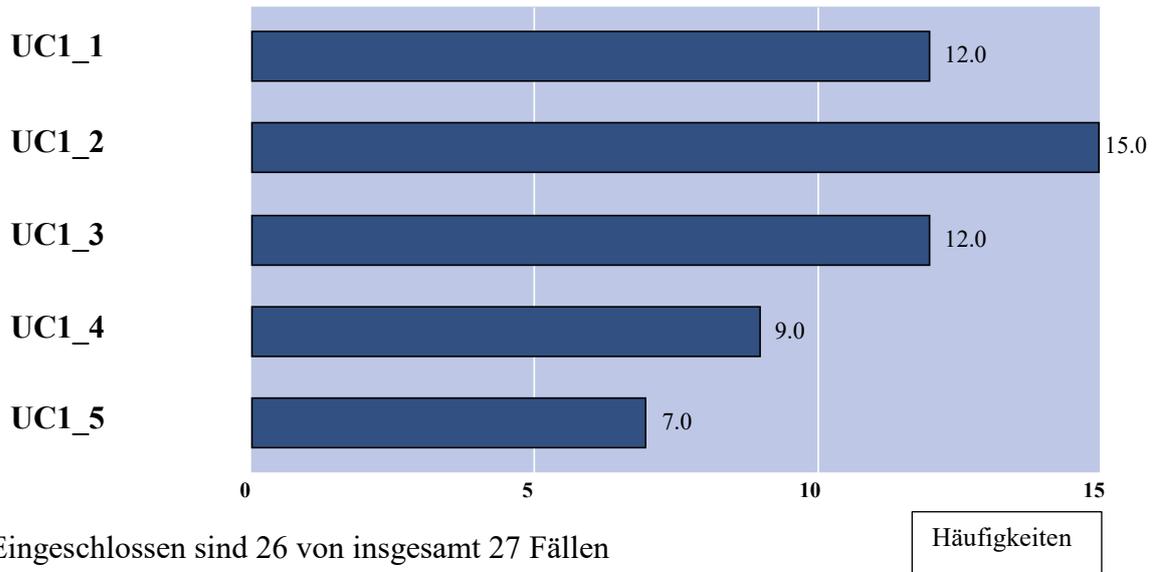
**UC1\_3 Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt?**

**Online Recherchen**

**UC1\_4 Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt?**

**Fachgesellschaften**

**UC1\_5 Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt? Andere Quellen**



**Abbildung 11: UC1\_1, UC1\_2, UC1\_3, UC1\_4, UC1\_5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, 1\_4, 1\_5, N= 26**

Aus der Abbildung wird deutlich, dass von 26 Studienteilnehmern im Rahmen der Möglichkeit der Mehrfachantworten 55 Antworten angegeben wurden.

15 Teilnehmer gaben an, dass sich die Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E durch externe Seminare informieren. 12 Teilnehmer antworteten, dass die Informationsgewinnung über interne Seminare stattfindet. Ebenso 12 Teilnehmer gaben an, dass sich Führungskräfte über Online-Recherchen informieren. 9 Teilnehmer nannten die Informationsgewinnung über Fachgesellschaften. 7 Teilnehmer nutzten die Antwortmöglichkeit „andere Quellen“.

**UC1\_5\_1 Die Informationsgewinnung findet über folgende andere Quellen statt:**

- Multiplikatoren bzw. PKMS-Beauftragte schulen Führungskräfte bei Neuerungen.
- Information an Führungskräfte durch Stabstellen.
- Direkt über Recom.
- Bei Bedarf Einzelschulungen vor Ort.
- Stationsleitungssitzung, Teambesprechungen
- Sitzungen der Ansprechpartner PKMS je Station.
- Konzerninformationen

Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse der Antworten aus Abbildung 11 und der Aufzählung im Rahmen UC1\_5\_1 verdeutlicht, dass die Informationsgewinnung zu Neuerungen des PKMS-E durch die Führungskräfte auf verschiedenen Wegen stattfindet und verschiedene Informationsmöglichkeiten parallel genutzt werden. Sicherlich ist die Entscheidung, wie sich die Führungskraft über Neuerungen informiert, von dem vorhandenen Angebot abhängig. Was jedoch als Entscheidungskriterium hinzukommt, ist die Vorerfahrung. Wurden mit einer bestimmten Informationsform beispielsweise über Fachgesellschaften bisher gute Erfahrungen gemacht, so wird auch diese Möglichkeit zukünftig eher genutzt werden. Da personelle und zeitliche Ressourcen einer Führungskraft im Klinikalltag knapp sind, ist eine zuverlässige Quelle, wenn es um Informationen zu neuen Projekten geht, erforderlich.

**Zu 8. „Gibt es interdisziplinäre Besprechungen im Haus, die den PKMS-E  
miteinbeziehen? Wenn „ja“, welche Berufsgruppen finden sich zu diesen  
Besprechungen ein?“**

Im Fragebogen stellte sich die Frage wie folgt dar:

*Gibt es interdisziplinäre Besprechungen im Haus, die den PKMS-E miteinbeziehen?*

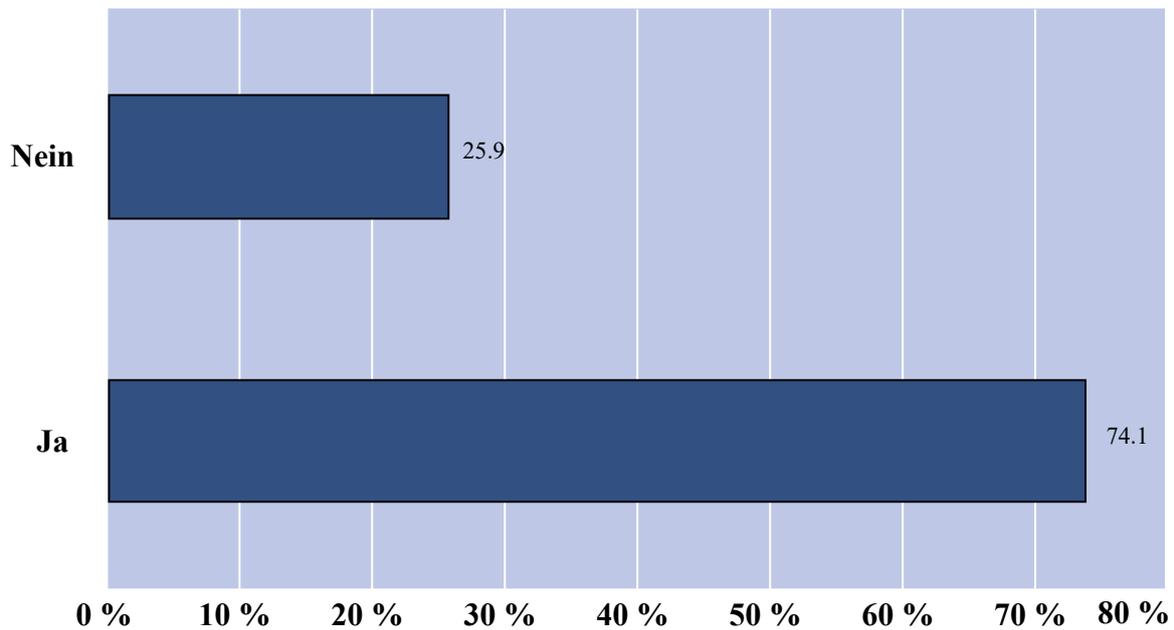
*Ja. Wenn „ja“, welche Berufsgruppen finden sich zu diesen Besprechungen ein?*

---

*Nein. Es finden keine interdisziplinären Besprechungen im Haus statt, die den  
PKMS-E miteinbeziehen.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC2 Gibt es interdisziplinäre Besprechungen im Haus, die den PKMS-E miteinbeziehen?**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 12: UC2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 2, N= 27**

In der Abbildung wird deutlich, dass es bei 74,1% der 27 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, interdisziplinäre Besprechungen gibt, die den PKMS-E miteinbeziehen. 25,9% können dies nicht bestätigen.

Im zweiten Teil der Frage sollten die Berufsgruppen genannt werden, die an diesen Besprechungen teilnehmen. 17 Studienteilnehmer haben diese Möglichkeit genutzt.

**UC2\_1 Wenn „ja“, welche Berufsgruppen finden sich zu diesen Besprechungen ein?**

- Pflege, Medizincontrolling
- Medizincontrolling, Codierfachkräfte, Qualitätsmanagement, Stationsteams
- Therapeuten, Arzt, Pflege, Codierfachkräfte in der Geriatrie

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Medizincontrolling, Bereichsleitung
- Medizincontrolling, Pflege, Ärzte
- Pflege, Ärzte, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst,  
Physikalische Therapie
- Medizin, Controlling, Pflegedirektion, Stationsleitung, EDV
- Medizincontrolling, Fallmanagement, Stationsleitungen
- Pflegebereich, Leitungen QMB, Geschäftsführung, Controlling
- Qualitätsmanagement, Therapeuten, Interne Audits zu Pflegestandards und  
PKMS
- Mediziner, Pflege und andere therapeutische Berufsgruppen
- Pflegepersonal, PKMS-Beauftragte, Codierfachkräfte
- Arzt, Pflege, Therapeuten
- Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung
- Pflegedienst, Medizincontrolling
- Controlling, Praxisanleiter, PKMS-Multiplikatoren
- PKMS-Beauftragte, Pflegedirektion, Medizincontrolling

Eingeschlossen sind 17 von insgesamt 27 Fällen

Die Aufzählung verdeutlicht, dass der PKMS-E viele verschiedene Berufsgruppen  
betrifft.

**Zu 9. „Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E? Wenn ja, in  
welcher Form?“**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E?*

*Ja. Wenn „ja“, in welcher Form: (mehrere Antwortangaben sind möglich)*

*Regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch*

*Kooperation bzgl. Dokumentationsformen*

*Andere Form der Kooperation: (bitte beschreiben Sie diese)*

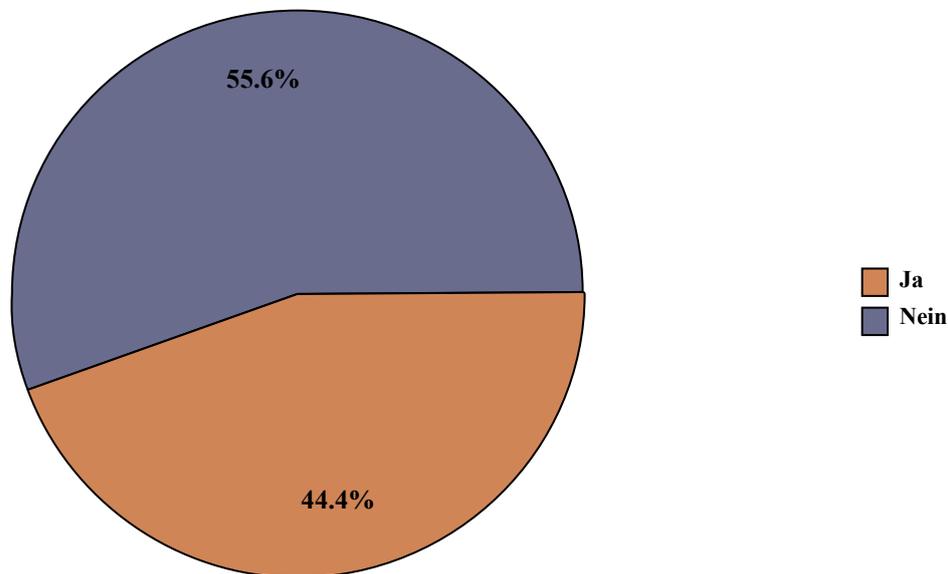
---

---

*Nein. Es gibt keine Kooperation mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC3 Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E?**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 13: UC3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 3, N= 27**

Die Abbildung zeigt, dass 44,4% der 27 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E kooperieren. Bei 55,6% findet keine Kooperation zum Thema PKMS-E statt.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Form der Kooperation genannt werden:

**UC3\_1 Wenn „ja“, in welcher Form?**

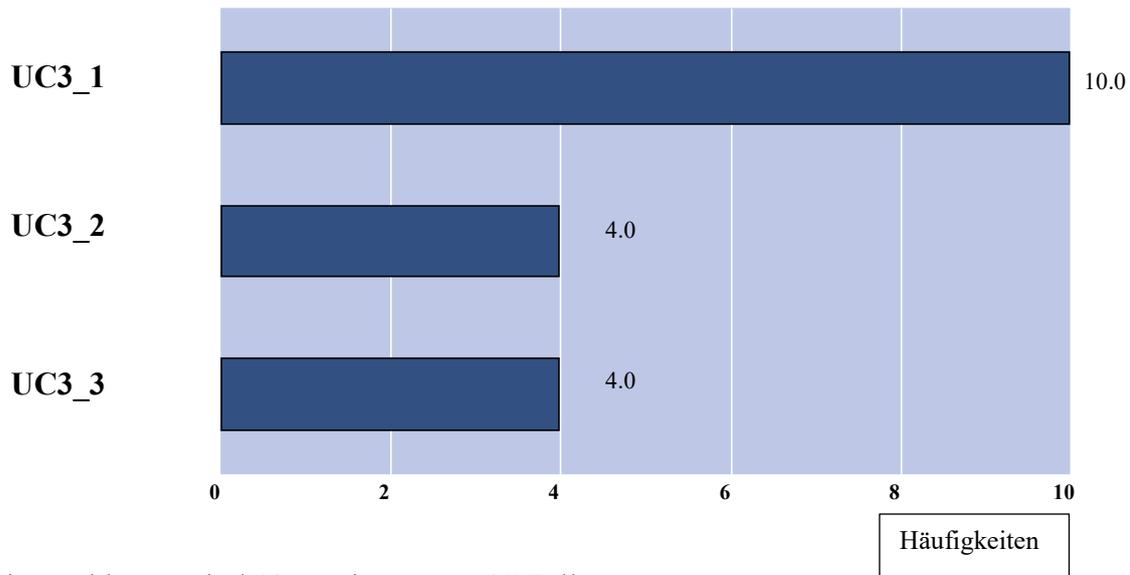
**Regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch**

**UC3\_2 Wenn „ja“, in welcher Form?**

**Kooperation bzgl. Dokumentationsformen**

**UC3\_3 Wenn „ja“, in welcher Form?**

**Andere Form der Kooperation**



Eingeschlossen sind 12 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 14: UC3\_1, UC3\_2, UC3\_3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 3\_1, 3\_2, 3\_3, N= 12**

Abbildung 14 zeigt auf, dass von 12 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, 18 Antworten im Rahmen der Möglichkeit der Mehrfachantworten gegeben wurden.

10 Studienteilnehmer nannten „regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch“ als Form der Kooperation zum Thema PKMS-E. 4 Teilnehmer antworteten, dass es eine Kooperation bezogen auf Dokumentationsformen gibt. Ebenso 4 Teilnehmer bestätigten, dass es eine andere Form der Kooperation als die im Fragebogen vorgegebenen gibt.

Von den 4 Studienteilnehmern, die eine andere Form der Kooperation angegeben haben,  
wurden folgende Formen genannt:

**UC3\_3\_1 Andere Form der Kooperation:**

- Teilnahme an Fachgruppen
- Unternehmensverbund, PKMS-Beauftragter für zwei Krankenhäuser
- Hospitationen
- Pflegedirektorentreffen

Eingeschlossen sind 4 von insgesamt 27 Fällen

In Zusammenschau der Auswertungen aus Abbildung 14 und der Aufzählung aus UC3\_3\_1 wird deutlich, dass die Formen der Kooperation sehr vielfältig sind und zum Teil parallel genutzt werden. Die am häufigsten genannte Form der Kooperation sind Treffen zum Erfahrungsaustausch. Hierbei ist zu beachten, dass unter UC3\_3\_1 die „Teilnahme an Fachgruppen“ und „Pflegedirektorentreffen“ angegeben wurde. Beide Formen der Kooperation sind sicherlich zu den in Abbildung 14 ausgewerteten „Treffen zum Erfahrungsaustausch“ zu zählen.

Eine weitere Forschung an dieser Stelle könnte sicherlich Formen innerhalb der „Treffen zum Erfahrungsaustausch“ aufzeigen.

Hervorzuheben ist auch die unter UC3\_3\_1 genannte Form „Unternehmensverbund, PKMS-Beauftragter für zwei Krankenhäuser“. Im Rahmen dieser Kooperationsform ist bei identischen Unternehmensstrukturen vermutlich die Nutzung vielfältiger Synergieeffekte möglich. Eine nachfolgende Forschung könnte hier die nutzbaren Synergieeffekte aufzeigen.

**Zu 10. „Findet eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt?  
Wenn eine Evaluation stattfindet, wie sieht diese aus?“**

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Findet eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt?*

*Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese aus?*

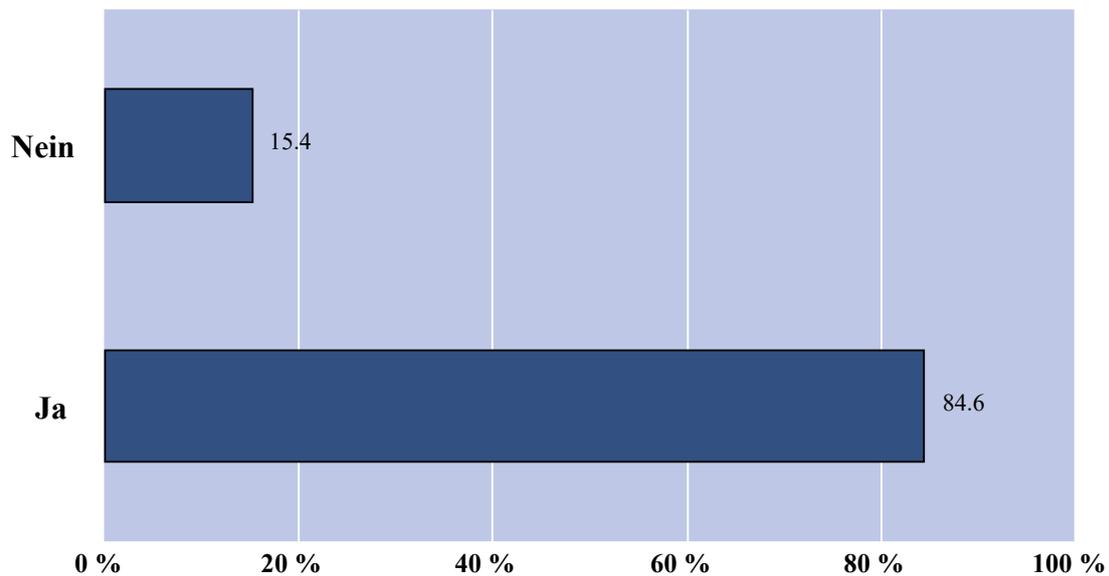
*Bsp. Überdenken von Prozessabläufen, anhand vergangener Falldaten etc.*

---

*Nein. Es findet keine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC8 Findet eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt?**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 15: UC8 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 8, N=26**

Die Abbildung zeigt, dass bei 84,6% der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E stattfindet. Bei 15,4% findet keine Evaluation statt.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Art der Evaluation angegeben werden. Von 20 Studienteilnehmern wurde die Art der Evaluation wie folgt beschrieben:

#### **UC8\_1 Wenn eine Evaluation stattfindet, wie sieht diese aus?**

- Im Rahmen von Vorbereitungen zu MDK-Prüfungen.
- Evaluation der MDK-Prüfergebnisse, regelmäßige Überprüfung der Identifikation von etwaigen PKMS-Patienten.
- Aktenstudium mit Stabstelle PKMS und Stationsleitung; Evaluation von vom MDK abgelehnten Fällen.
- Monatliche Auswertung zu Anzahl der PKMS-Fälle/aktuelle Erlössituation.
- Intensive Begleitung der Mitarbeiter bzgl. PKMS; Sensibilisierung der Mitarbeiter ->Dokumentationsschulungen.
- Analyse der PKMS-E Fälle im laufenden Jahr, Überprüfen der Prozesse, Anpassen der Dokumentation, Analyse MDK-Prüfverfahren.
- Überarbeitung der Dokumentation.
- Fallbesprechungen, Präsentation der Statistiken, Rückmeldung zu Gutachten.
- Monatliches Überbringen der Zahlen, Rücksprache in den jeweiligen Bereichen.
- Erlösstatistik
- Ständiger Austausch: Medizincontrolling, Stationsleitungen, Statistik, EDV
- Dauerhafter Dokumentationscheck vor Abrechnung.
- Regelmäßige Besprechungen PKMS-Beauftragte, PDL und Controllerin, Statistikerhebungen.
- Einrichtung einer Stabstelle PKMS und Überarbeitung von Abläufen und Dokumentation.
- regelmäßige Prozessüberprüfung/Dokumentationscheck
- ständige Prozessoptimierung
- Besprechungen, statistische Auswertung
- Quartalsweise Berichte über PKMS-Erlöse, Zahl der PKMS-Pat., abgelehnte Fälle; 2 x jährliche Treffen der PKMS-Multiplikatoren zum Austausch/Erfahrungen mit PKMS bzgl. Dokumentation.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Überdenken von Prozessabläufen, anhand vergangener Falldaten; Prozessbegleitung von Qualitätsmanagement; Teilnahme der Leitungen an den MDK-Prüfungen.
- Falldaten, Fallbesprechungen, Benchmark (Konzern)

Eingeschlossen sind 20 von insgesamt 27 Fällen

Aufgrund der sehr interessanten und differenzierten Angaben der Studienteilnehmer wurden die Originalzitate aufgeführt und bewusst auf eine Zusammenfassung ähnlicher Antworten verzichtet.

Die Analyse der Antworten zeigt, dass überwiegend anhand vergangener Falldaten Prozesse überprüft werden. Die gewonnenen Erkenntnisse stellen damit wichtige Erfahrungswerte dar, die in zukünftige Prozesse einfließen. Somit entsteht ein bedeutender Kreislauf, der einen wichtigen Prozess im Rahmen einer Organisationsentwicklung darstellt.

Um die ergänzende Forschungsfrage „Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?“ zu beantworten, wird die folgende ausgewählte Frage aus dem Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung** dargestellt und ausgewertet.

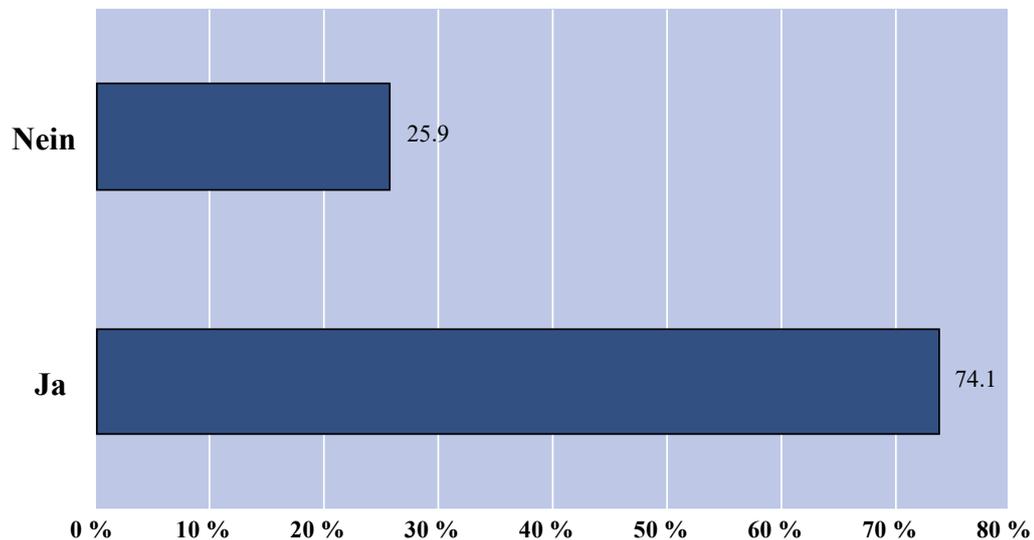
*Ist es Ihnen möglich die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich „allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil zuzuordnen?*

- Ja. Wenn „ja“, welchem?
    - Autoritärer Führungsstil (vgl. K. Olfert/ P. Steinbuch 2001, S. 303ff.)*
    - Demokratischer Führungsstil (vgl. G. Wöhe 2005, S. 186)*
    - Laissez-faire Führungsstil (vgl. K. Birker 2000, S. 153f.)*
    - Situativer Führungsstil (vgl. K. Blanchard, P. Zigarmi, D. Zigarmi 2005, S. 70)*
    - Anderer Führungsstil:*
- 

- Nein. Es ist mir nicht möglich, die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich „allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil zuzuordnen.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UA4 Ist es Ihnen möglich die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich  
„allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil  
zuzuordnen?**



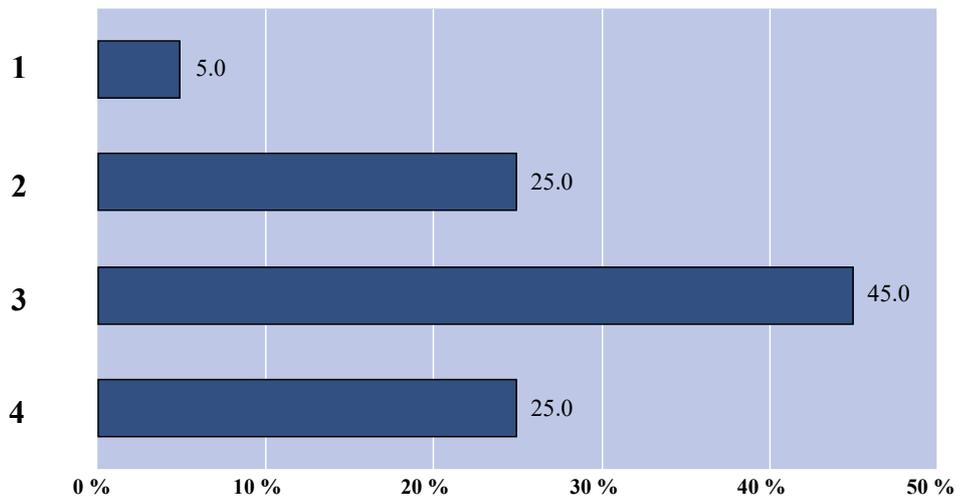
Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 16: UA4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 4, N= 27**

Die Abbildung zeigt, dass 74,1% der 27 Studienteilnehmer die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich (allgemein) für die gesamte Einrichtung einem bestimmten Führungsstil zuordnen können. 25,9% der Studienteilnehmer haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Im zweiten Teil der Frage sollte der Führungsstil konkret benannt werden. Hierbei ist folgendes Ergebnis ersichtlich:

**UA4\_1 Ja, die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich können folgendem  
Führungsstil zugeordnet werden:**



**Erläuterung zu den Ziffern:**

1 = Autoritärer Führungsstil (vgl. K. Olfert/ P. Steinbuch 2001, S. 303ff.)

2 = Demokratischer Führungsstil (vgl. G. Wöhe 2005, S. 186)

3 = Situativer Führungsstil (vgl. K. Blanchard, P. Zigarmi, D. Zigarmi 2005, S.70)

4 = Anderer Führungsstil

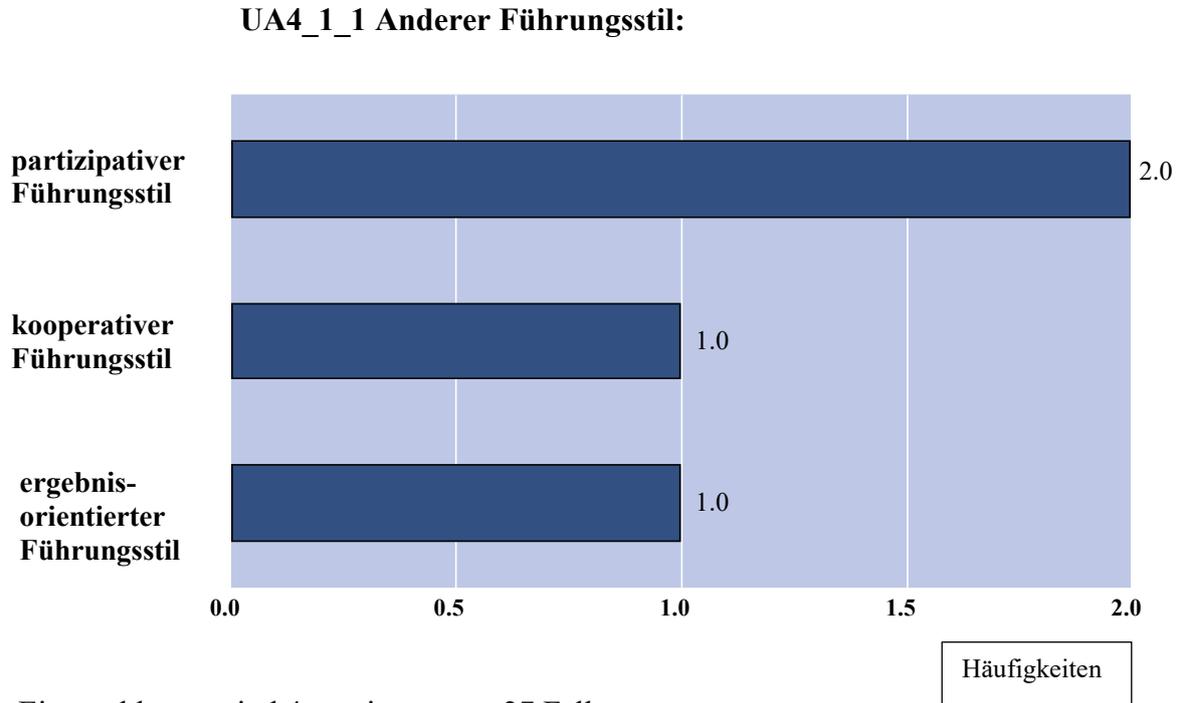
Eingeschlossen sind 20 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 17: UA4\_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage  
4\_1, N= 20**

In dieser Abbildung wird deutlich, dass 45 % der 20 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem „situativen Führungsstil“ zuordnen können. 25% geben einen „demokratischen Führungsstil“ an und ebenso 25% können einen „anderen Führungsstil“ als die in der Antwort vorgegebenen benennen. 5% der 20 Studienteilnehmer geben einen „autoritären Führungsstil“ an.

Der Führungsstil „Laissez-faire“ wurde von keinem Studienteilnehmer genannt.

Als „anderen Führungsstil“ wurden folgende Angaben genannt:



Eingeschlossen sind 4 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 18: UA4\_1\_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 4\_1\_1, N= 4**

Aus der Abbildung geht hervor, dass von den vier Studienteilnehmern, die mit der Antwortmöglichkeit „anderen Führungsstil“ geantwortet haben, zwei Studienteilnehmer, einen partizipativen Führungsstil, ein Teilnehmer einen kooperativen und ein weiterer Teilnehmer einen ergebnisorientierten Führungsstil angegeben haben.

In Zusammenschau der Ergebnisse aus Abbildung UA4\_1 und Abbildung UA4\_1\_1 ist ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer einen situativen Führungsstil angegeben hat.

Um die ergänzende Forschungsfrage „Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?“ zu beantworten, wird die folgende ausgewählte Frage aus dem Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung** dargestellt und ausgewertet.

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Sehen Sie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E? Beispielsweise: Zunahme/Abnahme der Mitarbeiterzahl in der Pflege, etc. Bitte begründen Sie ihre Antwort.*

*Ja, es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:*

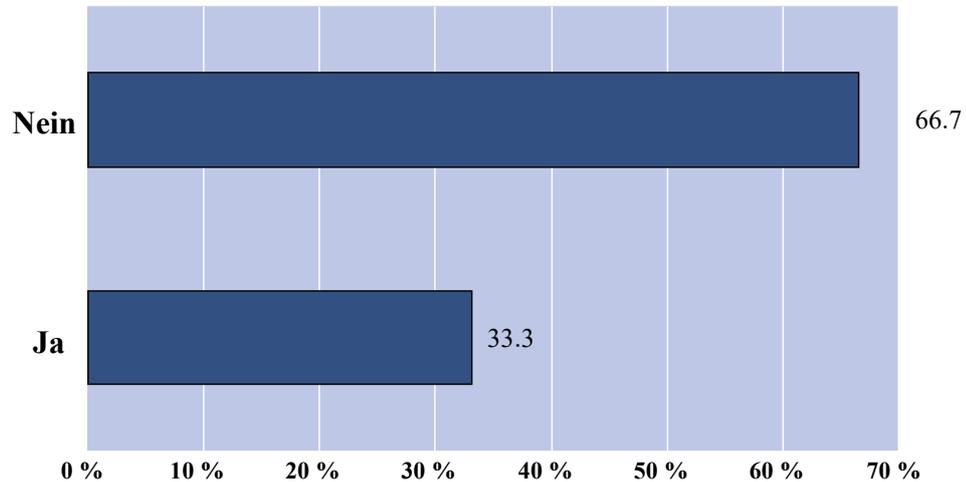
---

*Nein, es besteht kein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC7 Sehen Sie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?**



Eingeschlossen sind 24 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 19: UC7 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 7, N= 24**

Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass 66,7% der 24 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E sehen. 33,3% der Teilnehmer sehen einen Zusammenhang.

Im zweiten Teil der Frage sollte eine Begründung für die jeweilige Entscheidung angegeben werden. Diese Möglichkeit haben einige Studienteilnehmer genutzt.

**UC7\_1 Ja, es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:**

- Allgemeiner Trend des Stellenabbaus in Krankenhäusern konnte durch PKMS-Zusatzerlöse abgemildert werden.
- Bei hohen Ausfallquoten in der Pflege sinkt der Anteil an dokumentierten PKMS-Fällen und damit die Anzahl codierter Fälle.
- Stellenerhöhung liegt jedoch unter dem erlösten Ergebnis (1/4).

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Die Refinanzierung über PKMS-Erlöse von zusätzlichen Mitarbeitern in der Pflege ist gewährleistet und wird umgesetzt.
- Der Stellenplan konnte in Bezug auf die PKMS-Zahlen gehalten bzw. nach oben angepasst werden.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**UC7\_2 Nein, es besteht kein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:**

- Stellenanteil Pflege in der Geriatrie vergleichsweise mit anderen Abteilungen sehr hoch, daher keine weiteren Stellen notwendig.
- Keine Veränderung aufgrund PKMS vorgenommen.
- PKMS wird im Rahmen der regulären Dokumentation ermittelt, kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand.
- Bisher unzureichendes Datenmaterial.
- Bereiche mit PKMS-Potenzial sind personell bereits deutlich besser ausgestattet.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse der Begründungen zeigt, dass die Studienteilnehmer zum Teil sagen, dass sich die Zahl der Mitarbeiter in der Pflege erhöht hat bzw. gehalten werden konnte durch die Umsetzung des PKMS-E.

Andere Studienteilnehmer geben an, dass es bisher keine Veränderungen in der Mitarbeiterzahl gegeben hat. Für die Begründung werden hierfür beispielsweise genannt, dass der Stellenanteil Pflege in der Geriatrie vergleichsweise mit anderen Abteilungen ohnehin schon sehr hoch ist.

Es wird deutlich, dass die Antworten der Studienteilnehmer sehr unterschiedlich sind. Zum einen können Veränderungen in der Mitarbeiterzahl bestätigt werden und zum anderen sind keine Veränderungen zu verzeichnen. Hervorzuheben ist, dass in den Antworten auch vermerkt wurde, es gäbe noch nicht ausreichendes Datenmaterial. Zukünftige Forschungen könnten an dieser Stelle ansetzen und sicherlich interessante Erkenntnisse hervorbringen. Beispielsweise könnte aufgezeigt werden, ob sich in fünf

Jahren Veränderungen ergeben haben. Nach diesem Zeitraum ist sicherlich genügend  
Datenmaterial vorhanden.

Um die ergänzende Forschungsfrage „Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement,  
die für zukünftige Projekte genutzt werden können?“ zu beantworten, wird die folgende  
ausgewählte Frage aus dem Fragebogen **Fachbereich Unternehmensführung**  
dargestellt und ausgewertet.

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Können Sie Erfahrungswerte beschreiben, mit Blick auf die Methodik der Einführung  
des PKMS-E, die Sie als positiv und/oder negativ für zukünftige Projekte festhalten  
möchten? (Beispielsweise Einsatz von Multiplikatoren, Durchführung/Nutzung von  
internen/externen Veranstaltungen etc.)*

*Ja.*

*Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als positiv festgehalten werden sollen...*

---

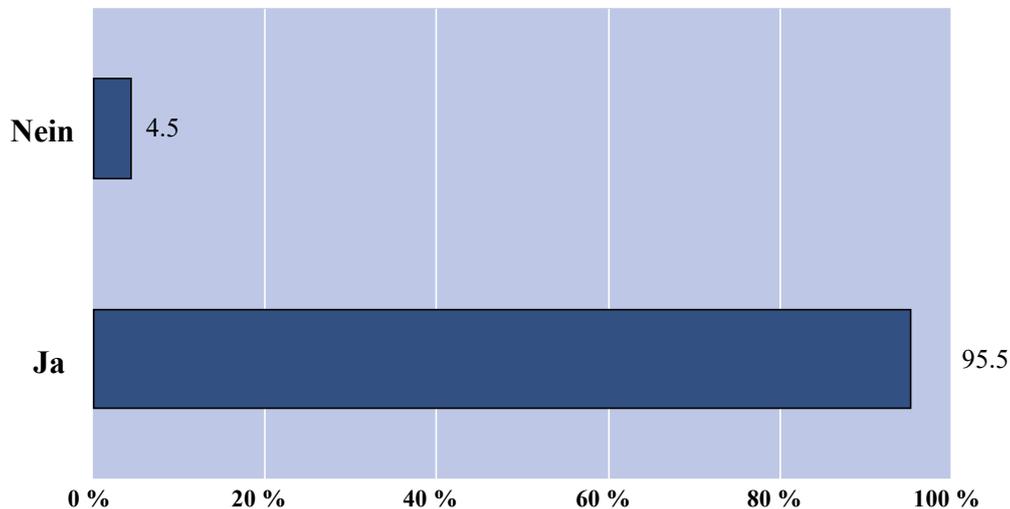
*Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als negativ festgehalten werden sollen...*

---

*Nein. Es gibt keine Erfahrungswerte, die beschrieben werden können.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UE1 Können Sie Erfahrungswerte beschreiben, mit Blick auf die Methodik der Einführung des PKMS-E, die Sie als positiv und/oder negativ für zukünftige Projekte festhalten möchten?**



Eingeschlossen sind 22 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 20: UE1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 1, N= 22**

Die Abbildung verdeutlicht, dass 95,5% der 22 Kliniken, die diese Frage beantwortet haben, Erfahrungswerte beschreiben können, die als positiv und/oder negativ für zukünftige Projekte festgehalten werden sollen. 4,5% der Studienteilnehmer können dies nicht.

Im Weiteren werden in Form von Originalzitaten Erfahrungswerte aufgeführt:

**UE1\_1 Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als positiv festgehalten werden sollen...**

- Klare Zuordnung der Rolle der Stabstelle. Kommunikation dieser Rolle im Klinikum.
- Verantwortlichkeiten benennen, Kontrolle der PKMS-Dokumentation, frühe Identifikation, Pflichtfortbildungen.
- Eine Person als Experte und Ansprechpartner; Fallbesprechungen.
- Einführung Stabstelle, Multiplikatoren in allen Bereichen, Netzwerk mit Verbundkrankenhäusern.

- Dokumentationsverantwortlichen auf jeder Station, regelmäßige Informationen und Schulungen, Einführung einer Pflegevisite mit Prüfung der Dokumentationsqualität durch die PDL, berufsübergreifende Abstimmung mit Ärzten/Codierfachkräften.
- PKMS-Verantwortliche vor Ort (auf Station), Schulung der Mitarbeiter durch PKMS-Verantwortliche und Kontakt bei Fragen; Überprüfung der Dokumentation.
- Stabstelle mit Multiplikatorenfunktion, Zusammenarbeit IT + Pflege.
- Stabstelle, offene Kommunikation mit betreffenden Stellen inkl. Mitarbeitervertretung.
- Früher Start, Auffrischungsschulungen, kontinuierliches Controlling, Erlöstransparenz erleichtert die Umsetzung.
- Multiplikatorenfunktion in der Pflegedienstleitung angesiedelt, regelmäßige Fortbildungen.
- Wöchentliche PKMS-Visite durch PKMS-Beauftragten, Veröffentlichung der Erlösstatistik auf den Stationen, monatliche Fallbesprechung (Fehlermanagement).
- Transparente Darstellung der wirtschaftlichen Situation für die Pflegemitarbeiter, dadurch Überzeugung für die Erforderlichkeit einer nachvollziehbaren Dokumentation.
- Alle Stationsleitungen wurden als Multiplikatoren extern geschult, 2 x jährlich auf den neuesten Stand gebracht.
- Multiplikatoren sinnvoll, wenn ausreichend geschult; fortlaufende Schulungen erforderlich; feste Ansprechpartner als Begleiter bei Fragen.
- Verstärkte Reflexion der Pflegenden durch PKMS-E; Dokumentation pflegerischer Erlöse schafft bzw. stärkt die Motivation der Mitarbeiter/innen; Einzelschulungen am Patienten in Form einer Pflegevisite verstärken bzw. erhöhen die Effizienz.
- Gute Schulung; vor Einführung Konzept der Dokumentation.
- Multiplikatoren, Rückmeldungen über den Erfolg.
- Schulungen in kleinem Rahmen, kleine Gruppen.
- Arbeitsgruppe der Multiplikatoren, Bindung an eine Stabstelle.
- Jede Station hat mind. eine/n PKMS-Multiplikator (klare Zuständigkeiten); Kick-Off-Veranstaltung zu Beginn der Einführung, um alle Mitarbeiter zu

informieren; Schulungen aller pflegerischen Mitarbeiter und fortlaufende Schulungen.

- 0,5 VK Stellenanteil PKMS-Beauftragte; Kooperation Medizincontrolling und PKMS-Beauftragte.

Eingeschlossen sind 21 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse der Erfahrungswerte, die als positiv festgehalten werden sollen, zeigt, dass die Transparenz eine hohe Priorität hat. Eine transparente Darstellung der Entwicklungen zum PKMS-E wird von den Mitarbeitern als positiv wahrgenommen. Dies verdeutlicht, dass es für Mitarbeiter wichtig ist, informiert zu sein. Größtmögliche Transparenz erhöht die Akzeptanz und kann besonders in Einführungsprozessen, wenn es beispielsweise um die Einführung eines neuen Projektes geht, ein besseres Verständnis unter den Mitarbeitern ermöglichen.

Hervorzuheben ist ebenso, dass das Einsetzen von Multiplikatoren mehrfach als positiver Erfahrungswert genannt wurde. Die Schulung einzelner Mitarbeiter, die anschließend die weitere Wissensvermittlung übernehmen, wird demnach als förderlich wahrgenommen. Dieser Aspekt zeigt, dass die Weitergabe von Informationen zum PKMS-E über „Schlüsselpersonen“ sinnvoll ist.

Im Folgenden werden die Erfahrungswerte in Form von Originalzitate aufgeführt, die als negativ festgehalten werden sollen:

**UE1\_2 Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als negativ festgehalten werden sollen...**

- MDK-Prüfungen
- Interventionsbogen der Fachgesellschaften, MDK-Prüfungen
- Sehr aufwendig in der Dokumentation, dadurch Ablehnung seitens der Mitarbeiter.
- Jährliche Anpassung der papiergestützten Dokumentation.
- Jährliche Aktualisierung PKMS und damit verbundener Aufwand für Dokumentenaktualisierung und Schulungsaufwand.
- PKMS-Erlöse sind subjektiv nicht bei den Pflegemitarbeitern spürbar.

- Einzelne PKMS-Beauftragte im Team, da sich jeder Mitarbeiter verantwortlich fühlen muss.
- Erreichungs- und Durchdringungsgrad hätte zu Beginn deutlich verbessert werden müssen.
- Einmalige Mitarbeiterschulung nicht ausreichend.
- Gruppenschulungen
- Die Erwartung der Mitarbeiter bzw. der personellen Verantwortung durch PKMS ist zu hoch.
- MDK-Prüfungen; Jährliche Revision des PKMS
- Aufgrund von Updates der EDV-gestützten Dokumentation kommt es vor, dass Maßnahmen nicht mehr vollständig hinterlegt sind (ständige Kontrolle/Beobachtung notwendig).
- Hoher Dokumentationsaufwand für pflegerische Mitarbeiter/innen.

Eingeschlossen sind 14 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse dieser Aussagen zeigt, dass überwiegend die jährlichen Aktualisierungen des PKMS-E als negativ empfunden werden. Der dadurch entstehende erneute Schulungsaufwand und die Notwendigkeit der Dokumentationsanpassung werden als belastend wahrgenommen.

Ebenso als negativen Erfahrungswert bezüglich des PKMS-E wird mehrfach die Prüfung durch den MDK genannt.

**Zu den bisherigen Auswertungen im Rahmen der Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfragen werden nun weitere Fragen aus der Erhebung ausgewertet, die zusätzlich wichtige Erkenntnisse hervorbringen:**

*Werden Sie zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren? (Beispielsweise durch den Erhalt einer geschaffenen Stabstelle zum PKMS-E etc.) Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:*

*Ja, weil...*

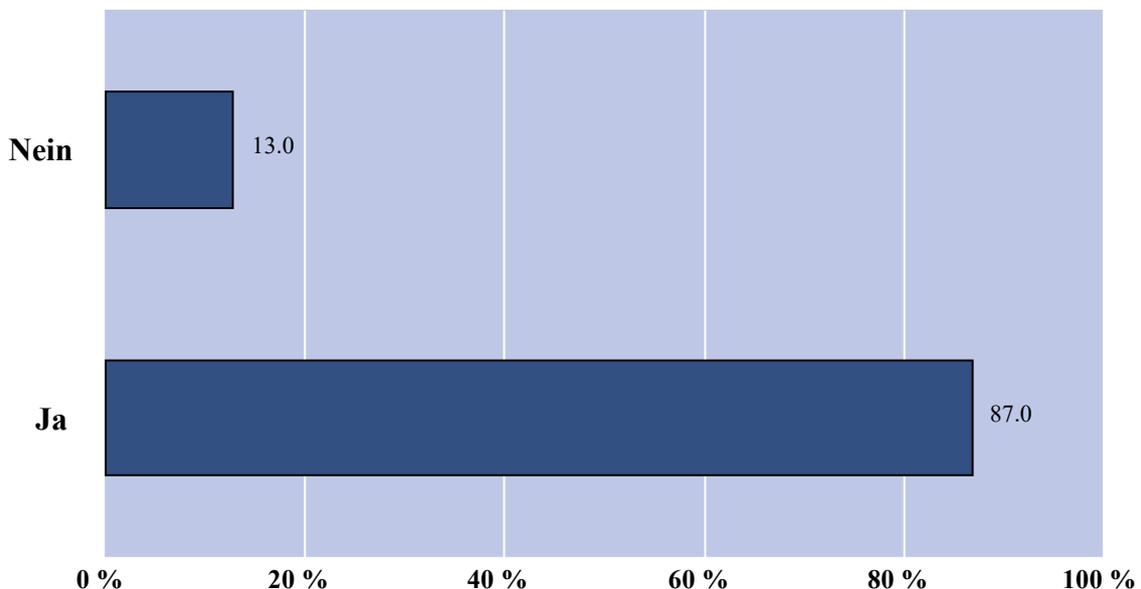
---

*Nein, weil...*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UE2 Werden Sie zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren?**



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 21: UE2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 2, N=**

**23**

Die Abbildung zeigt, dass 87% der 23 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren werden. 13% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Im weiteren Teil der Frage sollten die Entscheidungen begründet werden.

**UE2\_1 Ja, es werden zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ gebunden bzw. für den Bereich spezialisiert. Begründung:**

- Hoher Stellenwert des PKMS, aufgrund Erlösrelevanz.
- Unbedingter Erhalt der geschaffenen Stabstelle und Netzwerkverbindung erhalten.
- Ansprechpartner auf den Stationen; Hilfe bei der Dokumentation.
- Weitere Multiplikatoren, um Personalausfälle zu kompensieren, mehrfache innerbetriebliche Schulungen/Jahr.
- Ansprechpartner notwendig durch dauerhaften Schulungs- und Anleitungsbedarf.
- Weil sich die PKMS-Anforderungen ständig verändern und der PKMS eine wichtige Erlösquelle für die Pflege darstellt.
- Weil die Zahl der PKMS-relevanten Patienten zukünftig sicher ansteigen wird.
- Konzentration von Aufgaben/Multiplikatoren.
- Weil ein fester Ansprechpartner den Mitarbeitern Sicherheit und Unterstützung in der Umsetzung gibt.
- Weil so die Kontinuität der PKMS-Erlöse gewährleistet ist.
- Multiplikator notwendig.
- Im Rahmen des Qualitätsmanagements.
- Besseren professionellen Umgang, höhere fachliche Kompetenz.
- Weil die Verantwortung klarer ist ->Zentralisierung; weil nicht alle so detailliert geschult werden können.
- Durch natürliche Fluktuation werden laufend neue Mitarbeiter geschult; Nachbesetzung von PKMS-Multiplikatoren, wenn diese ausscheiden etc.
- Es ist eine Mitarbeiterbegleitung und Schulung erforderlich.
- Erreichen/Sichten/Unterstützung in der PKMS-Dokumentation durch Einsatz der PKMS-Beauftragten hat sich bewährt.

Eingeschlossen sind 17 von insgesamt 27 Fällen

Die Aufzählungen zeigen sehr interessante Aspekte auf, daher wurde auf die Zusammenfassung ähnlicher Antworten verzichtet. 17 Studienteilnehmer verdeutlichen in ihren Aussagen, dass die zukünftige Spezialisierung und Bindung der Mitarbeiter an den PKMS-E von großer Bedeutung ist. Besonders hervor geht, dass die kontinuierliche Anleitung der Mitarbeiter durch Multiplikatoren gesichert sein muss. Zudem wird deutlich, dass die Spezialisierung einzelner Mitarbeiter im Gegensatz zu großen Gruppen, zielführender ist. Die Weitergabe von Informationen durch Multiplikatoren wird als unterstützend für die Mitarbeiter umschrieben.

An dieser Stelle wird deutlich, dass einzelne Personen als „Wissensvermittler“ innerhalb einer Gruppe sehr hilfreich sein können. Sicherlich sind Vertrauensbildung und Akzeptanz bedeutsame Aspekte in diesem Zusammenhang. Hier könnte es interessant sein zu erfahren, ob die Personen, die als „Wissensvermittler“ zum Einsatz kamen, bereits vor Übernahme der Multiplikatorenfunktion Mitarbeiter in der Klinik waren oder neu eingestellt wurden, um diese Aufgabe zu übernehmen. Hiermit könnte die Betriebszugehörigkeit in Beziehung zu Vertrauensbildung und Akzeptanz gesetzt werden. Diesbezüglich wäre eine weitere Untersuchung lohnenswert.

**UE2\_2 Nein, es werden zukünftig keine Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ gebunden bzw. für den Bereich spezialisiert. Begründung:**

- Nein, keine zusätzlichen Mitarbeiter außer den bereits eingesetzten; Nein, weil PKMS wohl auslaufen wird in den nächsten Jahren.

Eingeschlossen sind 1 von insgesamt 27 Fällen

Zu dieser Antwort eines Studienteilnehmers gibt es bedauerlicherweise keine weitere Erläuterung, daher ist keine nähere Analyse möglich.

**Die weitere Auswertung einer Frage soll zukünftige Veränderungen zum Thema PKMS-E näher beleuchten.**

Die Frage gestaltete sich im Fragebogen wie folgt:

*Haben Sie zukünftig Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant? (Beispielsweise Anpassung von Software, neue Formulare zur Dokumentation, Kooperationen etc.)*

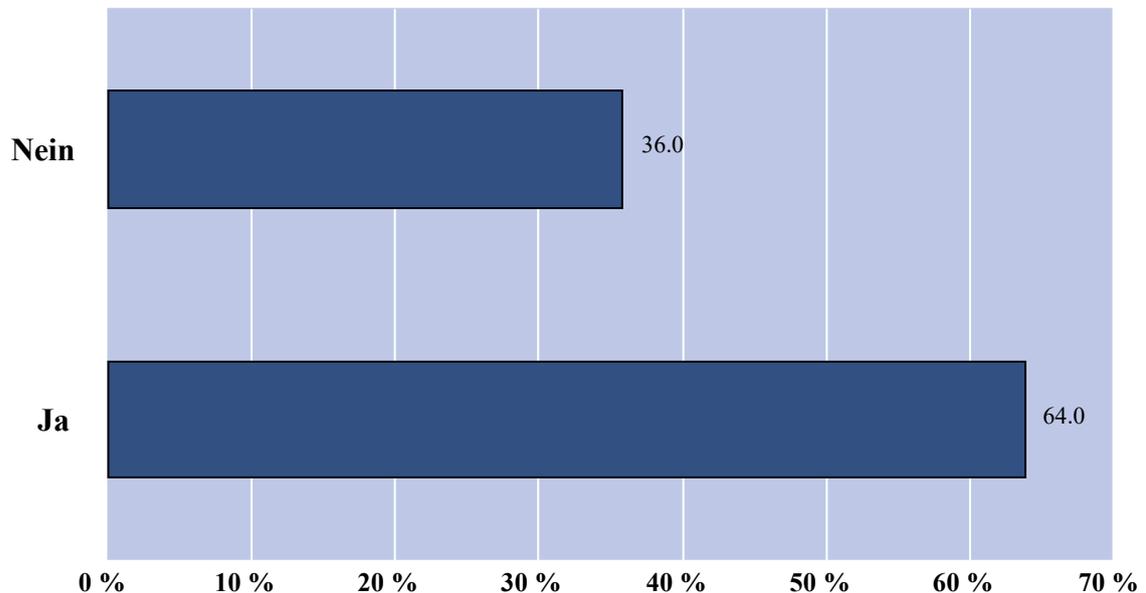
*Ja. Zukünftig sind folgende Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant:*

---

*Nein. Zukünftig sind keine Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UE3 Haben Sie zukünftig Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant?**



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 22: UE3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 3, N= 25**

Die Abbildung zeigt, dass 64% der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, zukünftig Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant haben. 36% haben keine Veränderungen in Zukunft geplant.

In einem weiteren Teil der Frage sollten geplante Veränderungen aufgeführt werden. Dies wurde von den Studienteilnehmern wie folgt beantwortet:

**UE3\_1 Ja. Zukünftig sind folgende Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant:**

- Einführung einer Leistungserfassung Pflege (Software).
- Korrekturen + Anpassungen werden kontinuierlich „im laufenden Betrieb“ vorgenommen.
- Neue Formulare zur Erleichterung der Dokumentation.
- Vereinfachung der Dokumentation -> neue Dokumente.
- Jährliche Anpassung/Überprüfung der Dokumentation, Einbeziehung der gewonnenen Erkenntnisse aus MDK-Prüfungen, langfristig EDV-Lösung angedacht.
- Anpassung bei Veränderungen.
- Einführung einer elektronischen Patientenakte zur ausschließlichen Dokumentation über EDV.
- Anpassung der handschriftlichen Dokumentation, ggf. EDV-gestützte Pflegedokumentation.
- Neue Software
- Stabstelle zur Kontrolle vor Abrechnung wird geschaffen.
- EDV-Einsatz
- Einführung einer digitalen Patientenakte mit separatem Pflegearbeitsplatz inklusive Pflegeplanungs- und PKMS-Modul.
- Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Pflegedokumentation; Intensive interne Schulung der einzelnen Abteilungen und Ausbildung mehrerer PKMS-Beauftragte der Pflege pro Station.
- Im Rahmen der papierlosen Dokumentation.
- Implementierung einer Software.
- Aktualisierung Dokumentation.

Eingeschlossen sind 16 von insgesamt 27 Fällen

Die Auflistung zeigt sehr deutlich, dass zukünftig Änderungen innerhalb des Klinikablaufs bzw. der Prozesse in den Kliniken geplant sind. Deutlich hervor geht, dass die EDV-gestützte Dokumentation bei einigen der 16 Studienteilnehmer, die diese Antwortmöglichkeit genutzt haben, eingeführt werden soll.

**Für den Fachbereich Unternehmensführung wird eine weitere Frage ausgewertet, die sich auf die Gesamteinschätzung bezüglich der Umsetzung des PKMS-E bezieht.**

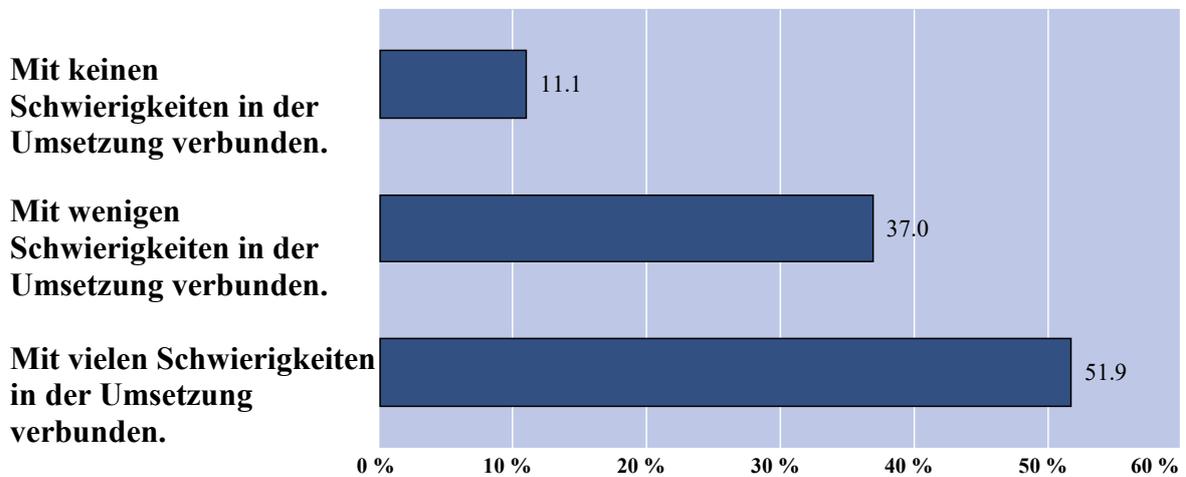
Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Gesamteinschätzung: Wenn Sie die Umsetzung des PKMS-E beschreiben müssten, wie wäre ihre Aussage am besten zu benennen?*

- Mit keinen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden. Bitte weiter mit Bereich E.*
- Mit wenigen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden.*
- Mit vielen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UD3 Gesamteinschätzung: Wenn Sie die Umsetzung des PKMS-E beschreiben müssten, wie wäre ihre Aussage am besten zu benennen?**



Eingeschlossen sind 27 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 23: UD3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 3, N= 27**

Die Abbildung zeigt, dass 51,9% der 27 Studienteilnehmer antworteten, dass die Umsetzung des PKMS-E insgesamt mit vielen Schwierigkeiten verbunden war. 37% bestätigten, dass die Umsetzung mit wenigen Schwierigkeiten möglich war. 11,1% der Studienteilnehmer gaben an, dass es keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung des PKMS-E gab.

Anschließend an die Frage gab es die Möglichkeit, eventuell aufgetretene Schwierigkeiten bei der Umsetzung des PKMS-E konkret zu benennen. Diese haben 22 Studienteilnehmer genutzt.

**UD4 Wenn es Schwierigkeiten gab, bitte benennen Sie diese exemplarisch:**

- Korrekte Identifikation; rechtzeitiges, frühes Beginnen mit der Dokumentation; mangelnde Motivation, da keine Erlöse zurück an die Pflege fließen (Personalaufstockung etc.).

- Schwierigkeiten in der Plausibilisierung der Gründe, keine konsequente Durchführung der Dokumentation, Identifikation des PKMS-E-Patienten problematisch.
- Schulungsaufwand, Anpassung der papiergestützten Dokumentation.
- Hoher Dokumentationsaufwand.
- Umdenken in der Dokumentation erforderlich; Umfang der Dokumentation.
- Anpassen der Dokumentation, hoher Schulungsaufwand, Durchdringung im Pflorgeteam.
- Durchdringung: nicht für alle Mitarbeiter gut zu verstehen.
- Hoher Prüfaufwand intern, ständiger Schulungs- und Anleitungsbedarf.
- Größter Aufwand liegt in der Bearbeitung von MDK-Anfragen.
- Dokumentationsaufwand in der Pflege; inhaltliches Verständnis von PKMS; Dokumentationsanforderungen gerecht werden.
- Die üblichen anfänglichen Widerstände, die Änderungen hervorrufen.
- Sehr hoher Schulungsaufwand, auch weiterhin anhaltend.
- PKMS-Erlöse kommen noch nicht vollständig im Bereich Pflegedienst an.
- Zeitaufwand für die Dokumentation, Verständnisprobleme bei der Formulierung im PKMS-Bogen, Unklarheiten bei der Zusatzdokumentation, vorhandene Pflegedokumentation nicht ausreichend für PKMS -> Unsicherheit der Mitarbeiter.
- Umsetzung zunächst ausschließlich in Papierform -> sehr zeitaufwendig und unübersichtlich.
- Hoher Dokumentationsaufwand.
- Hoher Dokumentationsaufwand, Ablauf- und Papieranpassungen notwendig.
- MDK-Prüfungen, unrealistische Betrachtung der Dokumentation, Papier wird wichtiger als Patient.
- Schleppender Beginn, schlechte Umsetzung.
- Sehr aufwendige Dokumentation, sehr umfangreiche Schulungen sind notwendig, Pflegeleistungen können auch anders (einfacher) dokumentiert werden.
- Hoher Schulungsaufwand.
- Hoher Dokumentationsaufwand für pflegerische Mitarbeiter/innen.

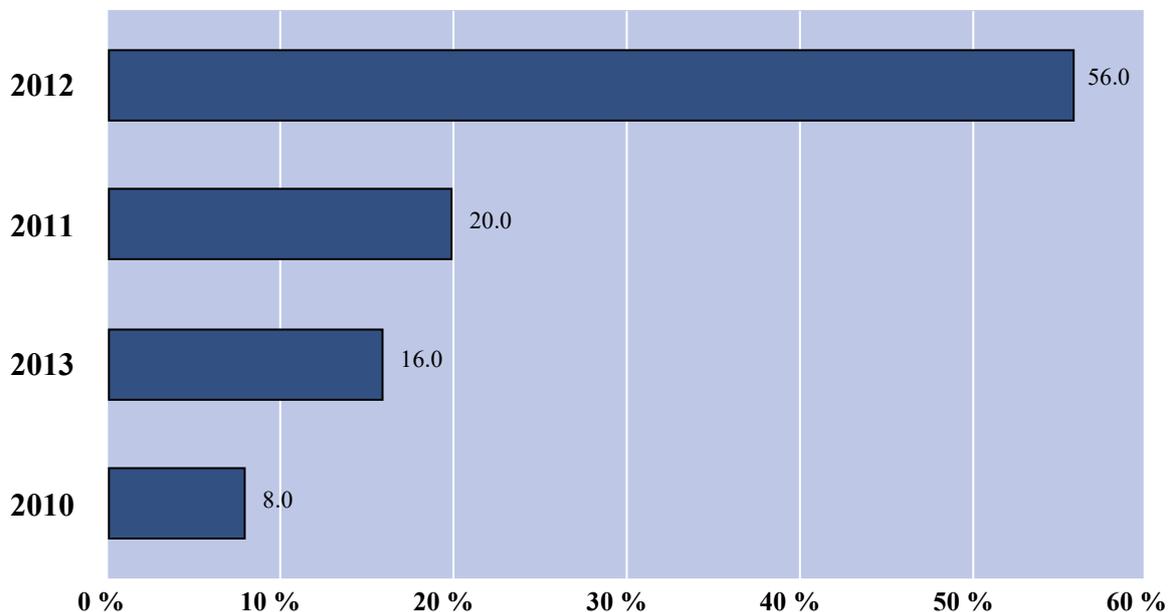
Eingeschlossen sind 22 von insgesamt 27 Fällen

22 von 27 Studienteilnehmern haben die Möglichkeit genutzt, Schwierigkeiten konkret zu benennen. Aufgrund der detaillierten und interessanten Antworten der Studienteilnehmer ist keine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten erfolgt. Die Originalzitate sind sehr aussagekräftig. Die Antworten zeigen deutlich auf, dass mehrfach ein erhöhter Dokumentations- und Schulungsaufwand als Schwierigkeit von den Studienteilnehmern benannt wurde. Hieraus wird ersichtlich, dass es bedeutsam ist, die Art der Dokumentation überlegt zu wählen und an die individuellen Prozesse der Klinik anzupassen. Eine übersichtliche Dokumentation vereinfacht auch die Schulung der Mitarbeiter und ermöglicht damit einen verbesserten Umgang mit der Dokumentation im Stationsalltag.

Abschließend zu den bisherigen Auswertungen werden im Folgenden weitere Erkenntnisse aus der Erhebung aufgezeigt. Sie beziehen sich auf den Codierungszeitraum des PKMS-E sowie auf die Höhe der Anzahl der PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung. Zudem erfolgt eine Darstellung der Einschätzung der Studienteilnehmer, welche Beobachtungen über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, gemacht werden können.

Zunächst wird der Codierungszeitraum des PKMS-E aufgezeigt:

**UA2 Seit wann wird in der Klinik, in der Sie tätig sind, der PKMS-E codiert?**



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 24: UA2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 2, N= 25**

Die Abbildung zeigt, dass 56% der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, seit dem Jahr 2012 den PKMS-E codieren. 20% der Teilnehmer gaben an, seit dem Jahr 2011 den PKMS-E zu codieren. 16% gaben an, dass seit 2013 die Codierung erfolgt. 8% der Studienteilnehmer gaben das Jahr 2010 an.

Zu beachten ist, dass der PKMS-E seit dem Jahr 2012 erlösrelevant ist. Es wird ersichtlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer im Jahr 2012 mit der Codierung des PKMS-E begonnen hat. Zudem ist hervorzuheben, dass insgesamt 28%

der Studienteilnehmer (20% im Jahr 2011 und 8% im Jahr 2010) bereits vor Erlösrelevanz mit der Codierung begonnen haben. Eine weitere Untersuchung könnte hierfür die Gründe aufzeigen. Anzudenken wäre, dass die Codierung vor Erlösrelevanz erfolgt ist, um eine längere Übungsphase für die Mitarbeiter zu ermöglichen. Mit Blick auf die 16%, die erst im Jahr 2013 mit der Codierung des PKMS-E begonnen haben, wäre zu hinterfragen, ob hier eine abwartende Haltung der Grund war.

Im Folgenden wird der Blick auf die Höhe der Anzahl der PKMS-E-Patienten gerichtet.

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Wie hoch ist die Anzahl der Patienten in der Klinik, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt ist, seit Beginn der Codierung?*

\_\_\_\_\_ *PKMS-E-Patienten*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC4 Wie hoch ist die Anzahl der Patienten in der Klinik, für die eine Codierung  
des PKMS-E erfolgt ist, seit Beginn der Codierung?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
2478 PKMS-E-Patienten	1	1	3.7	5.6
ca. 2500 PKMS-E-Patienten	2	1	3.7	5.6
1500 PKMS-E-Patienten	3	1	3.7	5.6
849 PKMS-E-Patienten seit dem Jahr 2013	4	1	3.7	5.6
ca. 300-350 PKMS-E-Patienten	5	1	3.7	5.6
550 PKMS-E-Patienten	6	1	3.7	5.6
428 PKMS-E-Patienten	7	1	3.7	5.6
830 PKMS-E-Patienten	8	1	3.7	5.6
713 PKMS-E-Patienten	9	1	3.7	5.6
169 PKMS-E-Patienten	10	1	3.7	5.6
1120 PKMS-E-Patienten	11	1	3.7	5.6
ca. 1600 PKMS-E-Patienten	12	1	3.7	5.6
1400 PKMS-Patienten	13	1	3.7	5.6
ca. 3500 PKMS-E-Patienten	14	1	3.7	5.6
ca. 400 PKMS-E-Patienten	15	1	3.7	5.6
1214 PKMS-E-Patienten	16	1	3.7	5.6
1400 PKMS-E-Patienten	17	1	3.7	5.6
544 PKMS-E-Patienten	18	1	3.7	5.6
-	-	9	33.3	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 18 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 3: UC4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 4, N= 18**

Die Tabelle verdeutlicht, dass es sehr unterschiedliche Angaben zur Anzahl der Patienten gibt, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt ist. Die kleinste Angabe liegt bei 169 PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung in der Klinik. Die höchste Angabe liegt bei ca. 3500 PKMS-E-Patienten.

In der folgenden Frage im Erhebungsbogen sollte der prozentuale Anteil an PKMS-E-Patienten (seit Beginn der Codierung) im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik genannt werden.

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Wie hoch ist der prozentuale Anteil an PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik?*

\_\_\_\_\_ % PKMS-E-Patienten

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC5 Wie hoch ist der prozentuale Anteil an PKMS-E-Patienten seit Beginn der  
Codierung im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
ca. 1,9 % PKMS-E-Patienten	1	1	3.7	4.8
0,4 % PKMS-E-Patienten	2	1	3.7	4.8
1,3 % PKMS-E-Patienten	3	1	3.7	4.8
1,8 % - 2% PKMS-E-Patienten	4	1	3.7	4.8
5% PKMS-E-Patienten	5	1	3.7	4.8
2,4% PKMS-E-Patienten	6	1	3.7	4.8
ca. 6-7% PKMS-E-Patienten	7	1	3.7	4.8
ca. 3% PKMS-E-Patienten	8	2	7.4	9.5
9% PKMS-E-Patienten	9	1	3.7	4.8
1,16% PKMS-E-Patienten	10	1	3.7	4.8
2,2% PKMS-E-Patienten	11	1	3.7	4.8
6,98% PKMS-E-Patienten	12	1	3.7	4.8
2,5% PKMS-E-Patienten	13	1	3.7	4.8
0,5% PKMS-E-Patienten	14	1	3.7	4.8
10% PKMS-E-Patienten	15	1	3.7	4.8
ca. 0,2% PKMS-E-Patienten	16	2	7.4	9.5
ca. 5% PKMS-E-Patienten	17	1	3.7	4.8
0,8% PKMS-E-Patienten	18	1	3.7	4.8
1,6% PKMS-E-Patienten	19	1	3.7	4.8
-	-	6	22.2	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 21 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 4: UC5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 5, N= 21**

Die Tabelle zeigt unterschiedlich hohe Angaben der 21 Studienteilnehmer bezüglich des prozentualen Anteils an PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik. Der höchste Wert liegt bei 10% an PKMS-E-Patienten. Der niedrigste Wert liegt bei ca. 0,2% an PKMS-E-Patienten. Von den 21 Studienteilnehmern wurde zweimal der Wert ca. 3% PKMS-E-Patienten genannt. Ebenso zweimal wurde der Wert ca. 0,2% PKMS-E-Patienten angegeben. Alle anderen Werte wurden nur einmal genannt.

Nach den Fragen zum Codierungszeitraum des PKMS-E sowie zur Höhe der Anzahl der PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung erfolgt eine Darstellung der Einschätzung der Studienteilnehmer, welche Beobachtungen über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, gemacht werden können.

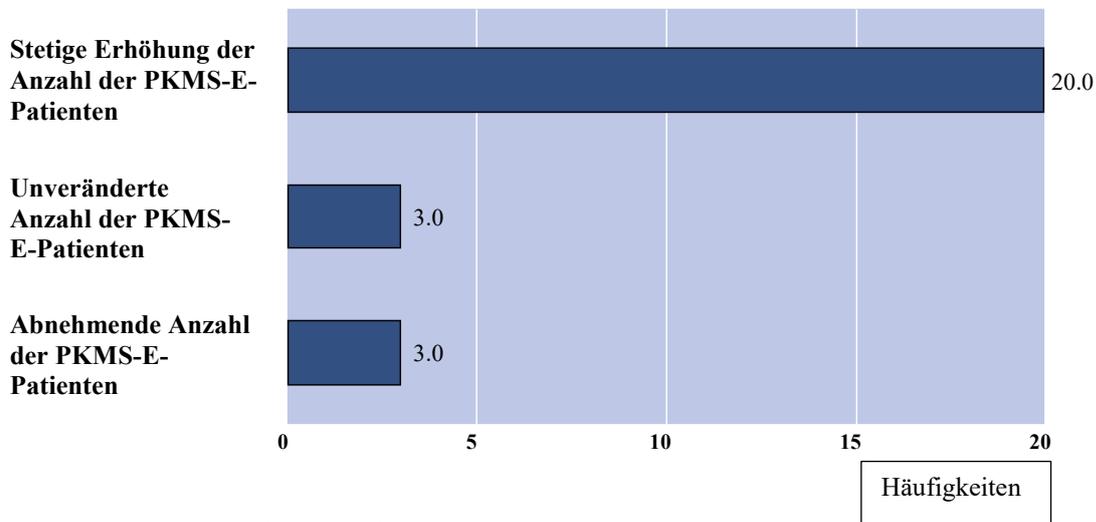
Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Welche Beobachtung können Sie über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, machen?*

- Stetige Erhöhung der Anzahl der PKMS-E-Patienten*
- Unveränderte Anzahl der PKMS-E-Patienten*
- Abnehmende Anzahl der PKMS-E-Patienten*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**UC6 Welche Beobachtung können Sie über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, machen?**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 25: UC6 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 6, N= 26**

Die Abbildung zeigt, dass 20 der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, eine stetige Erhöhung der Anzahl der PKMS-E-Patienten bestätigen können. 3 der Teilnehmer haben die Beobachtung gemacht, dass die Anzahl der PKMS-E-Patienten unverändert ist. Ebenso 3 haben eine abnehmende Anzahl der PKMS-E-Patienten beobachtet.

Es wird deutlich, dass der überwiegende Teil der 26 Studienteilnehmer eine stetige Erhöhung der Anzahl der PKMS-E-Patienten bestätigen kann.

Am Ende des Fragebogens zum **Fachbereich Unternehmensführung** wurde jedem Studienteilnehmer die Möglichkeit gegeben, weitere Anmerkungen zu notieren. Ein Studienteilnehmer hat diese Möglichkeit genutzt. Im Folgenden findet sich diese Anmerkung in Form eines Originalzitates des Studienteilnehmers:

**UF1 Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls noch Mitteilungsbedarf besteht**

- Tatsächliche Anzahl der PKMS-Patienten ist höher als die Anzahl, die abgerechnet wurde; Entlassung vieler Patienten vor Erreichung der erforderlichen Punkte.

Eingeschlossen sind 1 von insgesamt 27 Fällen

Aus dieser Anmerkung wird deutlich, dass es sicherlich weitere Patienten gibt, deren pflegerische Versorgung über die PKMS-Systematik abgebildet werden könnte. Unter diesem Aspekt wäre eine weitere Forschung lohnenswert. Diese könnte möglicherweise aufzeigen, ob sich zukünftig eine Erhöhung bezüglich der Anzahl der PKMS-E-Patienten zeigt. Einerseits ist sicherlich eine längere Übungsphase entscheidend für die ausreichende Dokumentation und damit mögliche Abrechnung. Andererseits ist aus der Anmerkung auch erkennbar, dass es unausweichlich Patienten geben wird, deren pflegerische Versorgung die Kriterien des PKMS-E erfüllt, jedoch die Aufenthaltsdauer nicht ausreichend ist, um die Mindestanzahl der PKMS-Punkte zu erreichen.

#### **4.2 Fachbereich Pflege im Krankenhaus**

Wie bereits in den Gliederungspunkten 1 und 2 dargestellt, wurden für den **Fachbereich Pflege** eine These und zwei ergänzende Forschungsfragen aufgestellt, die in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollten.

Alle Fragen im Fragebogen **Fachbereich Pflege**, die zur Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfragen gestellt wurden, sind im Folgenden ausgewertet. Die Ergebnisdarstellung besteht zum einen Teil aus der entsprechenden Auswertung und zum anderen Teil aus der anschließenden Diskussion. Beide Teile sind zusammen dargestellt.

**Die These lautet:** Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen

**Die ergänzenden Forschungsfragen lauten:**

1. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
2. Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?

In einer ersten Aufzählung wird zunächst verdeutlicht, welche Personengruppen den Fragebogen im Fachbereich Pflege ausgefüllt haben. Hierbei ist anzumerken, dass identische Angaben zusammengefasst wurden. Diese „Mehrfachnennung“ einer identischen Berufsgruppe ist entsprechend dokumentiert.

#### **PA1 Funktion**

- PKMS und Wundmanagement
- stellvertretende Leitung Notaufnahme, PKMS-Beauftragter
- Stationsleitung (Angaben 3 Mal)
- PKMS-Beauftragte + Belegungsmanagement
- Krankenpfleger, Stationsleitung
- Hauptverantwortliche Stabstelle PKMS (0,5% Stellenanteil) und Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention (0,5% Stellenanteil)
- Pflegedirektorin
- PKMS-Koordinator, Pflegekraft

- Stabstelle PDL
- Stationsleitung in der Geriatrie
- Bereichsleitung
- kommissarische Bereichsleitung
- PKMS-Beauftragter und Leitung-Intensiv
- PKMS-Beauftragter (Stabstelle)
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in (Angabe 3 Mal)
- PKMS-Beauftragte/r (Angabe 3 Mal)
- PKMS-Beauftragter und Stationsleitung
- Pflegedienstleitung - Qualitätssicherung in der Pflege

Eingeschlossen sind 24 von insgesamt 27 Fällen

#### **Grundsätzliche Anmerkung für den Fachbereich Pflege:**

Da von 27 Studienteilnehmern ein Studienteilnehmer lediglich den Fragebogen zum Fachbereich Unternehmensführung und den Fragebogen zum Fachbereich Ethik zurückgesendet hat, fehlt ein Fragebogen im Fachbereich Pflege. Aufgrund der Gesamtzahl von 27 Studienteilnehmern im Rahmen der gesamten Studie bleibt es jedoch bei der Bezeichnung 27 auch für den Fachbereich Pflege. Da der Studienteilnehmer den Fragebogen Unternehmensführung und Ethik beantwortet hat und, wie bereits in den Ausführungen zum „Studiendesign der vorliegenden Untersuchung“ (siehe unter Gliederungspunkt 3) erläutert, immer drei Fachbereiche einem Studienteilnehmer zugeordnet sind, ist es in der Auswertung klarer bei der Gesamtzahl von 27 zu bleiben. An der Studie haben sich im Gesamten 27 Teilnehmer beteiligt, daher wird die Zahl von 27 belassen.

#### 4.2.1 These für den Fachbereich Pflege

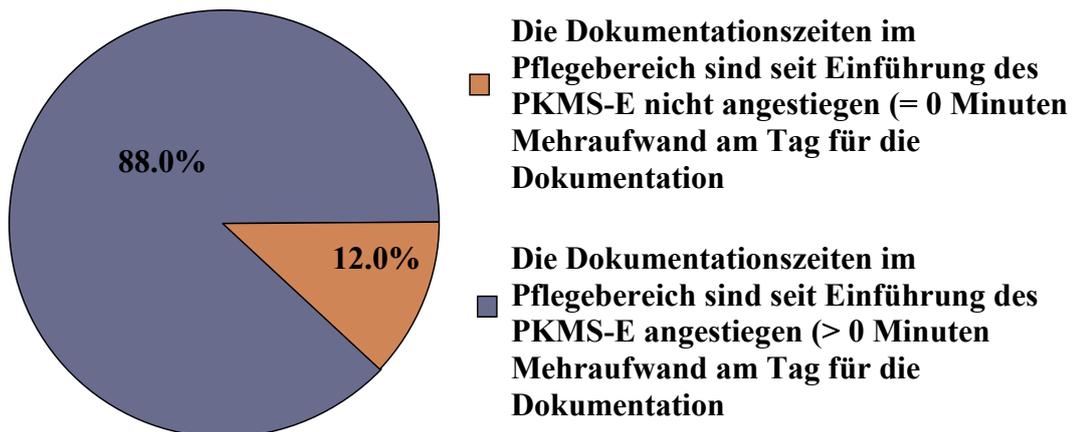
Im Folgenden wird die These „Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen“ anhand der im Fragebogen aufgestellten Fragen dargestellt und die Auswertung hierzu umfassend aufgeführt und analysiert:

*Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?*

- Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E angestiegen (> 0 Minuten Mehraufwand am Tag für die Dokumentation im Pflegebereich).*
- Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E nicht angestiegen (= 0 Minuten Mehraufwand am Tag für die Dokumentation im Pflegebereich).*  
*Wenn die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E nicht angestiegen sind, endet an dieser Stelle die Befragung. Sie haben jedoch die Möglichkeit am Ende des Fragebogens noch „Anmerkungen“ mitzuteilen.*

Die Auswertung der Antworten zeigt folgendes Ergebnis:

#### PD8 Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

Abbildung 26: PD8 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 8, N= 25

Aus der Abbildung geht hervor, dass von den 25 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, 88% bestätigen können, dass die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E angestiegen sind. Es gibt einen Mehraufwand (> 0 Minuten pro Tag). 12% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, haben sie mit „Nein“ beantwortet.

Es wird deutlich, dass der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer (88%) eine erhöhte Dokumentationszeit seit Einführung des PKMS-E bestätigt.

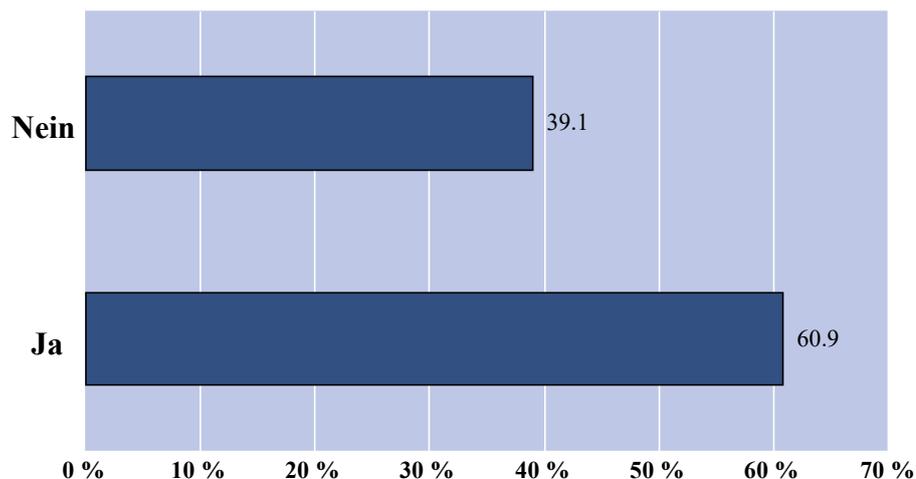
Die folgende Frage im Fragebogen ermöglicht eine nähere Hinterfragung zur Erhöhung der Dokumentationszeiten:

*Wenn die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E angestiegen sind, ist es Ihnen möglich den Mehraufwand für die Dokumentation zu beziffern?*

- Ja. Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E um \_\_\_\_\_ Minuten am Tag angestiegen.*
- Nein. Es ist mir nicht möglich den Mehraufwand für die Dokumentation zu beziffern.*

Die Auswertungen zu dieser Frage zeigen folgendes Ergebnis:

**PD9 Wenn die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E angestiegen sind, ist es Ihnen möglich den Mehraufwand für die Dokumentation zu beziffern?**



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 27: PD9 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9, N= 23**

Die Abbildung zeigt, dass 60,9% der 23 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, den Mehraufwand der Dokumentationszeiten seit der Einführung des PKMS-E beziffern können.

39,1% haben die Frage verneint. Sie sagen zwar, dass sich die Dokumentationszeiten erhöht haben, können jedoch keine Aussage zur genauen Zeit machen.

Im zweiten Teil der Frage sollten konkrete Zeitwerte genannt werden. Die Auswertung wird in folgender Tabelle dargestellt.

**PD9\_1 Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E um \_ \_ \_ \_ Minuten am Tag angestiegen.**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
30	1	1	3.7	7.1
20	2	2	7.4	14.3
15	3	1	3.7	7.1
ca. 5 Minuten/Tag/PKMS-E-Patient	4	1	3.7	7.1
ca. 10	5	2	7.4	14.3
10	6	2	7.4	14.3
15 - 20 Minuten/Tag/Patient	7	1	3.7	7.1
ca. 30 - 40	8	1	3.7	7.1
20 Minuten/Patient	9	1	3.7	7.1
8 - 10	10	1	3.7	7.1
ca. 45 - 60	11	1	3.7	7.1
-	-	13	48.1	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 14 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 5: PD9\_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9\_1, N= 14**

Die Tabelle zeigt unterschiedliche Zahlenwerte zur Beantwortung der Frage, um wie viele Minuten am Tag die Dokumentationszeiten angestiegen sind. Die Frage wurde zusammenfassend für den „Pflegebereich“ formuliert und bezog sich auf „Minuten pro Tag“. In der Auswertung wird deutlich, dass drei Studienteilnehmer handschriftlich den Vermerk „pro PKMS-E-Patient“ bzw. „pro Patient“ ergänzt haben. Die weiteren Studienteilnehmer haben Minutenwerte ohne handschriftliche Notizen angegeben.

Hieraus lässt sich entnehmen, dass hier die tatsächlich gefragten Werte angegeben wurden. Die unterschiedliche Handhabung der Studienteilnehmer in Bezug auf diese Frage führt dazu, dass in der hier aufgeführten Analyse lediglich die Minutenwerte „ohne handschriftliche Notizen“ verwendet werden. Grund für das Vorgehen ist das Ziel der größtmöglichen Vergleichbarkeit. Eine Vermischung von Zahlenwerten, die nicht zutreffend sind, soll vermieden werden. Demnach werden die Werte ohne „handschriftliche Notizen“ der Studienteilnehmer in die folgende Analyse einbezogen und die Werte mit den „handschriftlichen Notizen“ nicht verwendet (in der nachfolgenden Tabelle 2 sind diese Werte umklammert).

**PD9\_1 Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E um \_ \_ \_ \_ Minuten am Tag angestiegen.**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
30	1	1	3.7	7.1
20	2	2	7.4	14.3
15	3	1	3.7	7.1
(ca. 5 Minuten/Tag/PKMS-E-Patient	4	1	3.7	7.1)
ca. 10	5	2	7.4	14.3
10	6	2	7.4	14.3
(15 - 20 Minuten/Tag/Patient	7	1	3.7	7.1)
ca. 30 - 40	8	1	3.7	7.1
(20 Minuten/Patient	9	1	3.7	7.1)
8 - 10	10	1	3.7	7.1
ca. 45 - 60	11	1	3.7	7.1
-	-	13	48.1	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 14 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 6: PD9\_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9\_1, N= 14, mit ausgeklammerten Werten**

In den Wertelabels der Tabelle 6 ist zu erkennen, dass die Spanne sehr groß ist. So wird der höchste Wert mit ca. 45 - 60 Minuten angegeben und der niedrigste Wert mit 8 – 10 Minuten.

Der Durchschnittswert der gesamten Angaben liegt bei 18,9 Minuten.

Zur genauen Erläuterung wird die **Berechnung im Detail** dargestellt (bei den „ca.-  
Angaben“ wurde der jeweils niedrigere Wert in die Berechnung einbezogen):

$$30 + 20 + 20 + 15 + 10 (\text{ca.}10) + 10 (\text{ca.}10) + 10 + 10 + 30 (\text{ca. } 30 - 40) + 8 (8 - 10) + \\ 45 (\text{ca. } 45 - 60) = 208$$

$$208 : 11 = 18,9$$

Nach Auswertung der dargestellten Werte sind die Dokumentationszeiten im  
Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E bei den 11 Studienteilnehmern (siehe  
**Berechnung im Detail**), die diese Frage beantwortet haben, im Durchschnitt um 18,9  
Minuten am Tag angestiegen.

#### **4.2.2 Ergänzende Forschungsfragen für den Fachbereich Pflege**

Um die ergänzende Forschungsfrage „Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?“ zu beantworten, werden die folgenden ausgewählten Fragen aus dem Fragebogen **Fachbereich Pflege** dargestellt und ausgewertet.

1. Wurden die Mitarbeiter auf den PKMS-E vorbereitet?
2. Wer trägt die Entscheidung, ob für den Patient eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird?
3. Finden seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum PKMS-E statt?
4. Haben Sie einen Ansprechpartner zum Thema PKMS-E?
5. Haben Sie Anlaufstellen für Hilfen, wenn der Ansprechpartner ausfällt?
6. Werden Sie über Neuerungen zum PKMS-E informiert?
7. Sind in der Klinik, in der Sie tätig sind, Kommunikationsnetzwerke vorhanden, die einen Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen?
8. Nutzen Sie diese Kommunikationsnetzwerke?
9. Werden neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt?

**Zu 1. „Wurden die Mitarbeiter auf den PKMS-E vorbereitet?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

*Wurden die Mitarbeiter auf den PKMS-E vorbereitet?*

- Ja. Wenn „ja“, wie hat diese Vorbereitung stattgefunden? (mehrere Antwortangaben sind möglich)*
  - Stationsintern/ jede Station für sich*
  - Mehrere Stationen gemeinsam*
  - Für den gesamten Funktionsbereich Pflege gemeinsam*
- Nein. Es fand keine Vorbereitung der Mitarbeiter zum PKMS-E statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

Zunächst wird aufgezeigt, wie hoch die Anzahl der Studienteilnehmer ist, bei denen eine Vorbereitung auf den PKMS-E stattgefunden hat.

**PB1 Vorbereitung auf PKMS-E**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Ja	1	26	96.3	100.0
-	-	1	3.7	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 7: PB 1 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1, N = 26**

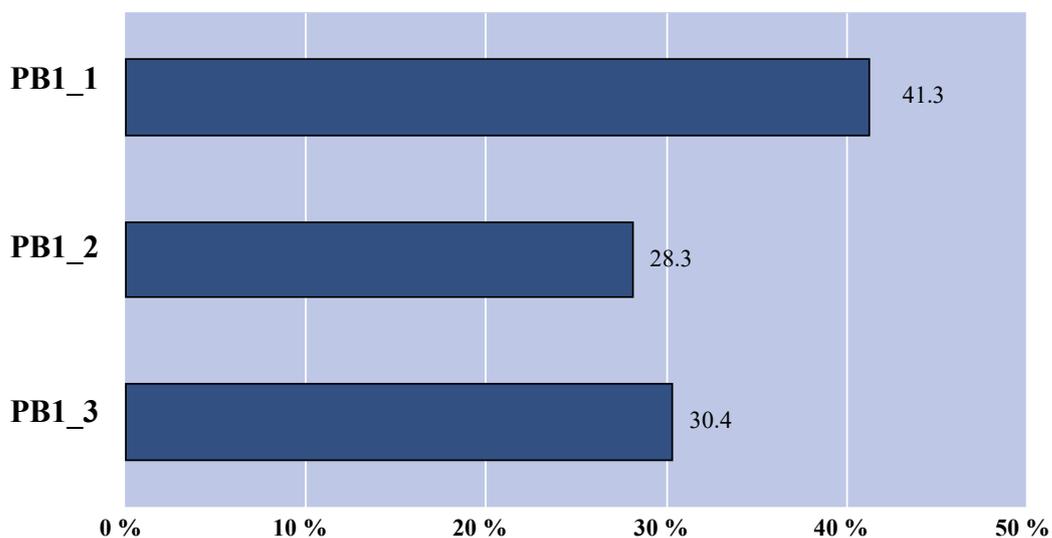
Die Tabelle zeigt, dass bei 26 Studienteilnehmern eine Vorbereitung auf den PKMS-E stattgefunden hat.

Im weiteren Teil der Frage wurden die Studienteilnehmer nach der „Art der Vorbereitung“ befragt. Hierbei waren mehrere Antwortangaben durch die Studienteilnehmer möglich. Abbildung 28 zeigt die Ergebnisse der Auswertung auf:

**PB1\_1 Art der Vorbereitung: Stationsintern/jede Station für sich**

**PB1\_2 Art der Vorbereitung: Mehrere Stationen gemeinsam**

**PB1\_3 Art der Vorbereitung: Für den gesamten Funktionsbereich Pflege gemeinsam**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 28: PB1\_1, PB1\_2, PB1\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, N= 26**

Die Abbildung zeigt, dass bei 41,3% der 26 Studienteilnehmer jede Station für sich auf den PKMS-E vorbereitet wurde bzw. die Vorbereitung „stationsintern“ stattgefunden hat. Bei 30,4% wurde der gesamte Funktionsbereich Pflege gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet. 28,3% haben mehrere Stationen gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet.

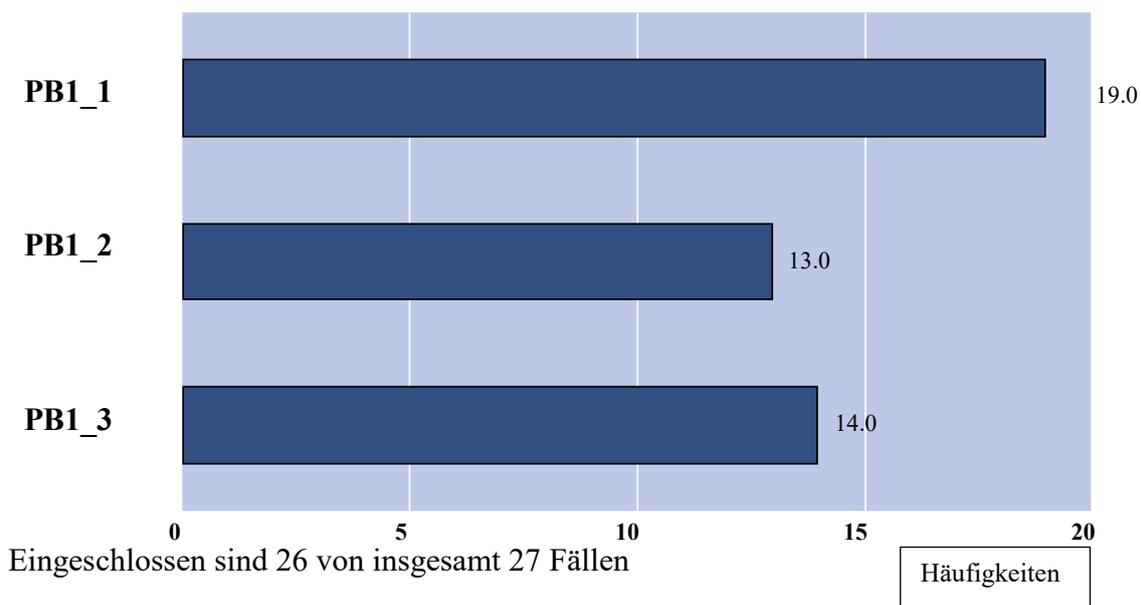
Es wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, nämlich 41,3%, jede Station für sich auf den PKMS-E vorbereitet hat bzw. die Vorbereitung „stationsintern“ stattgefunden hat.

Es ist zu beachten, dass aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten bei dieser Frage mehrere Studienteilnehmer mehr als nur eine Antwort angegeben haben. Das heißt überwiegend wurde jede Station für sich auf den PKMS-E vorbereitet bzw. die Vorbereitung hat „stationsintern“ stattgefunden. Jedoch kamen zum Teil parallel weitere Arten der Vorbereitung zum Einsatz. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies mit Blick auf die „Häufigkeiten ohne Prozentangabe“:

**PB1\_1 Art der Vorbereitung: Stationsintern/jede Station für sich**

**PB1\_2 Art der Vorbereitung: Mehrere Stationen gemeinsam**

**PB1\_3 Art der Vorbereitung: Für den gesamten Funktionsbereich Pflege gemeinsam**



**Abbildung 29: PB1\_1, PB1\_2, PB1\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, N= 26**

Abbildung 29 verdeutlicht, dass von den 26 Studienteilnehmern 46 Antworten gegeben wurden. Die 26 Studienteilnehmer haben 19 Mal geantwortet, dass jede Station für sich auf den PKMS-E vorbereitet wurde bzw. die Vorbereitung „stationsintern“ stattgefunden hat. 14 Mal wurde angegeben, dass der gesamte Funktionsbereich Pflege

gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet wurde, und 13 Mal wurde bestätigt, dass  
mehrere Stationen gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet wurden.

Eine weitere Forschung könnte an dieser Stelle aufzeigen, worin die Vor- und Nachteile  
dieser unterschiedlichen Arten der Einführung von „allgemein“ neuen Projekten liegen.

**Zu 2. „Wer trägt die Entscheidung, ob für den Patient eine PKMS-E-Erfassung  
durchgeführt wird?“**

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Wer trägt die Entscheidung, ob für den Patient eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt  
wird? (mehrere Antwortangaben möglich)*

- Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle  
Stationen zusammen*
  - Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)*
  - Jede Pflegefachkraft im Dienst*
  - Andere Antwort:*
-

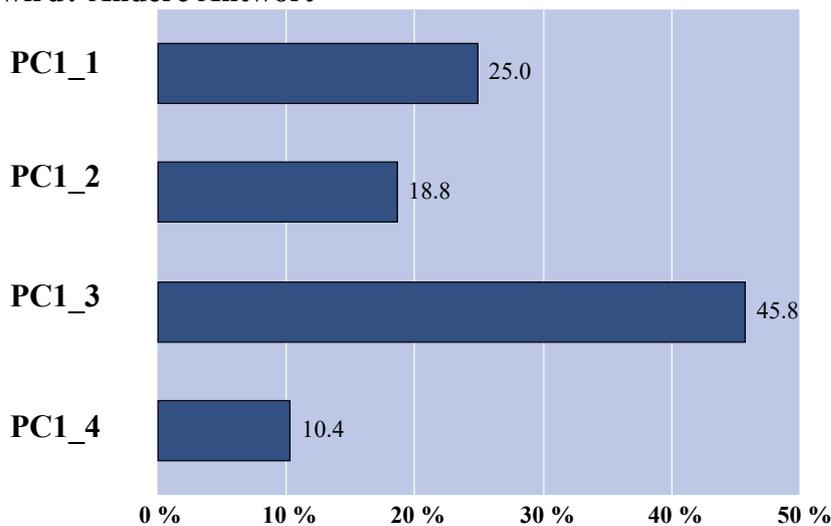
Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC1\_1 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle Stationen zusammen**

**PC1\_2 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)**

**PC1\_3 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Jede Pflegefachkraft im Dienst**

**PC1\_4 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Andere Antwort**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 30: PC1\_1, PC1\_2, PC1\_3, PC1\_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, 1\_4, N= 26**

In Abbildung 30 wird deutlich, dass 45,8% der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, „jede Pflegefachkraft im Dienst“ für die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, verantwortlich macht.

25% der 26 Studienteilnehmer haben einen „Experten“ bzw. eine Person ausgewählt, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat. Sie übernimmt die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, für alle Stationen zusammen.

Bei 18,8% von 26 Studienteilnehmern trifft ein „Experte“ der Station die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird. Er ist nur für die jeweilige Station zuständig.

10,4% haben eine „andere Antwort“ als Antwort auf die Frage gewählt.

In Zusammenschau aller angegebenen Antworten wird deutlich, dass der überwiegende Teil (45,8%) der 26 Studienteilnehmer „jede Pflegefachkraft im Dienst“ für die Entscheidung verantwortlich macht. Vorteil dieser Vorgehensweise ist sicherlich, dass es keine umfängliche Vertretungsregelung bei Abwesenheit geben muss. Alle Pflegefachkräfte werden in die Entscheidung einbezogen. Damit sind alle verantwortlich. Allerdings setzt dies voraus, dass alle Pflegefachkräfte entsprechend zum Thema PKMS-E geschult sind.

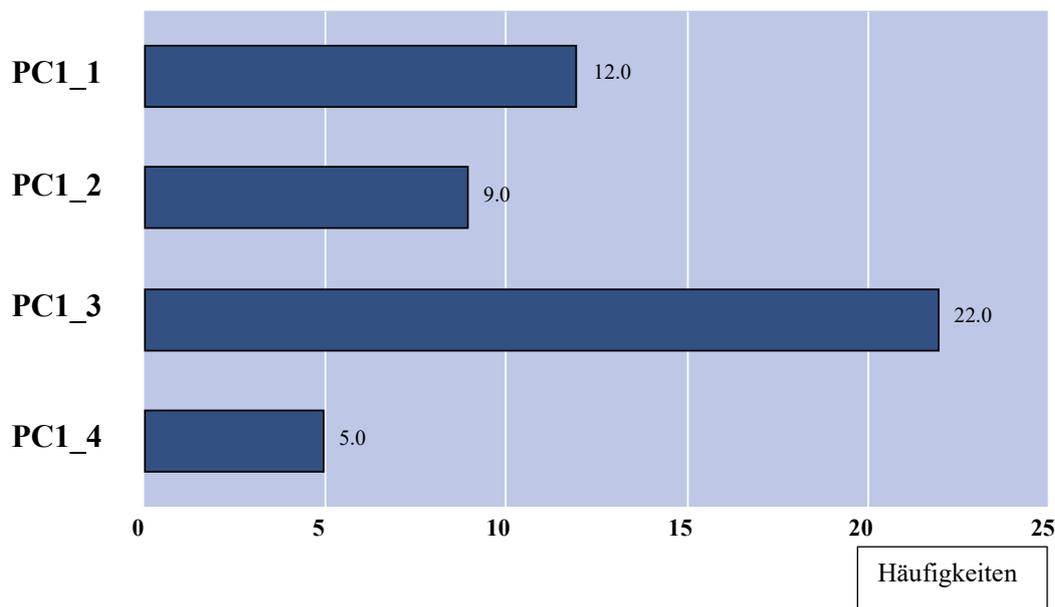
Weiter ist zu beachten, dass aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten bei dieser Frage auch mehrere Studienteilnehmer mehr als nur eine Antwort angegeben haben. Das heißt überwiegend wird „jede Fachkraft im Dienst“ für die Entscheidung verantwortlich gemacht. Jedoch sind zum Teil parallel weitere Personen mit dieser Aufgabe beauftragt. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies:

**PC1\_1 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle Stationen zusammen**

**PC1\_2 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)**

**PC1\_3 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Jede Pflegefachkraft im Dienst**

**PC1\_4 Wer trägt Entscheidung, ob für Patient PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? Andere Antwort**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 31: PC1\_1, PC1\_2, PC1\_3, PC1\_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, 1\_4, N= 26**

Abbildung 31 verdeutlicht, dass von den 26 Studienteilnehmern 48 Antworten gegeben wurden. Die 26 Studienteilnehmer haben 22 Mal geantwortet, dass „jede Pflegefachkraft im Dienst“ für die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, verantwortlich ist. 12 Mal wurde geantwortet, dass es einen „Experten“ bzw. eine Person gibt, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat und damit die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, für alle Stationen zusammen übernimmt. Bei 9 von 26 Studienteilnehmern trifft ein „Experte“ der Station die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-

Erfassung durchgeführt wird. 5 Mal wurde eine „andere Antwort“ als Antwort auf die Frage gewählt.

Zu dieser „anderen Antwort“ gab es die Möglichkeit für die Studienteilnehmer, eigene Ergänzungen zuzufügen. Alle 5 Studienteilnehmer, die diese Antwort gegeben haben, nutzten diese Möglichkeit. Im Folgenden werden diese Antworten in Form von Originalzitaten dargestellt:

**PC1\_4\_1 Andere Antwort:**

- Jede Station hat Ansprechpartner für PKMS (mind. 1 in jeder Schicht) + Stationsleitung.
- Unterstützung durch die Stabstelle „Fachberatung Pflege“. Mitarbeiter sind Experten zum Thema.
- Der PKMS-Bogen wird für jeden Patient geführt.
- Mehrere „Experten“ auf einer Station, die sich für PKMS „freiwillig“ interessieren.
- Die PN (Primary Nurse)

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Die Angaben verdeutlichen, dass es durchaus weitere Formen der Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, als die im Fragebogen genannten gibt. Die Studienteilnehmer wählen eine Vorgehensweise, die an die Struktur und an die Abläufe der Einrichtung angepasst ist und individuelle Gegebenheiten einbezieht.

**Zu 3. „Finden seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum  
PKMS-E statt?“**

Hierzu wurde folgende Frage im Fragebogen gestellt:

*Finden seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum PKMS-E statt?*

*Ja. Wenn „ja“, in welchem Zeitraum?*

*In regelmäßigem Zeitraum:*

*wöchentlich*

*monatlich*

*Quartal*

*½ jährlich*

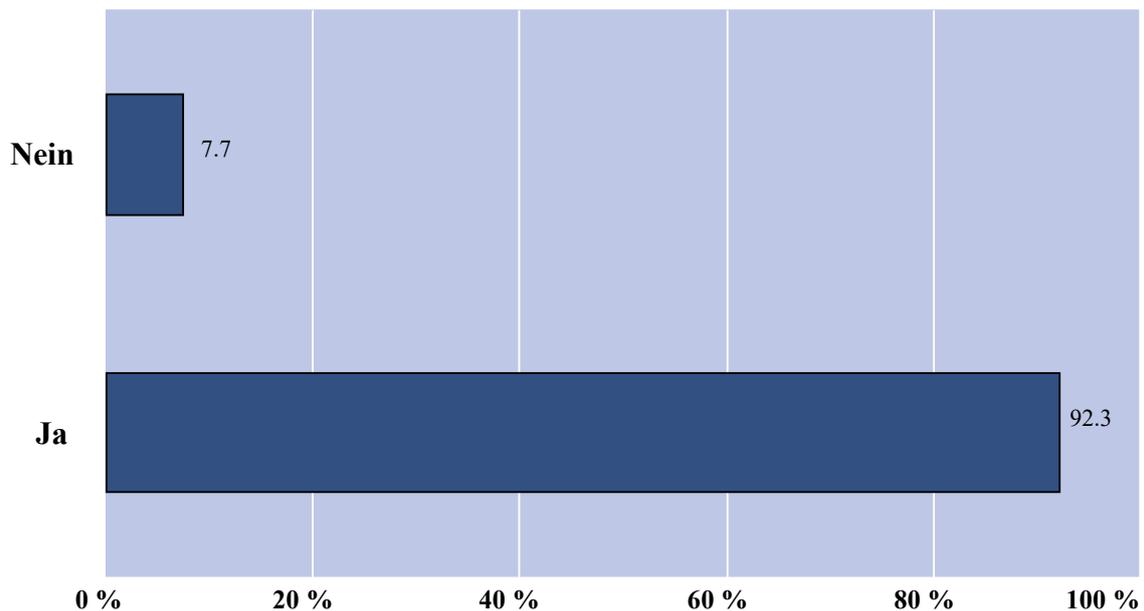
*Unregelmäßig. Wann war die letzte Schulung?*

*Vor \_\_ Monaten.*

*Nein. Es finden keine weiteren Schulungen zum PKMS-E statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC7 Weitere Schulungen zum PKMS-E seit Einführung des neuen Codes?**



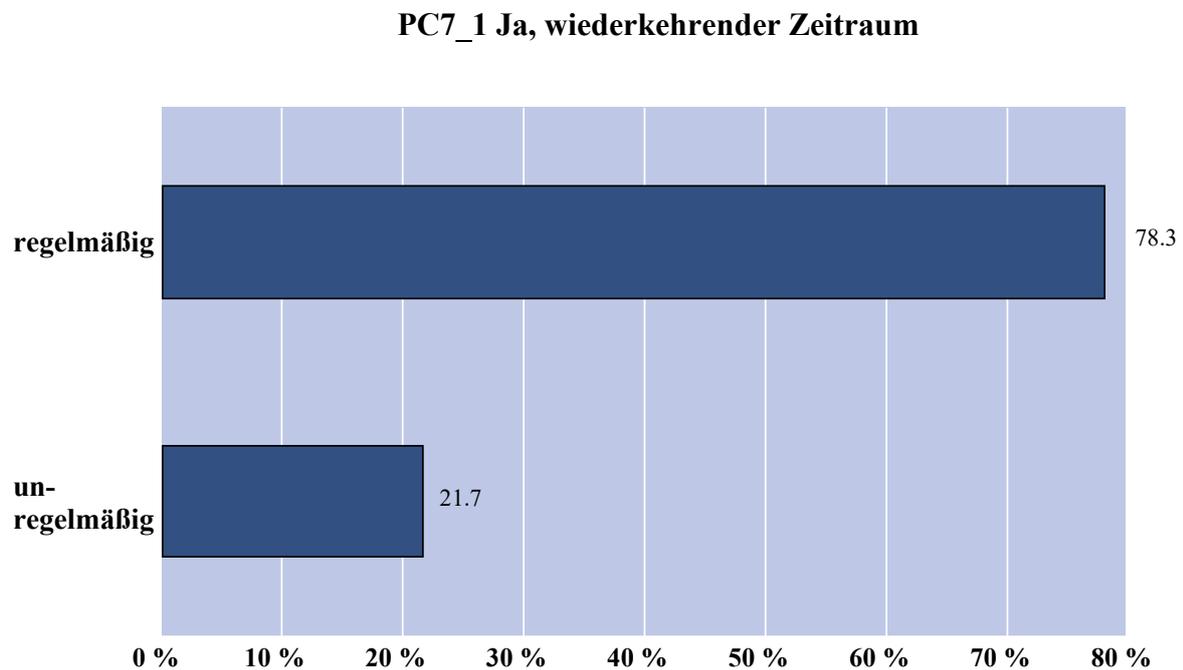
Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 32: PC7 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7, N= 26**

Die Abbildung verdeutlicht, dass es bei 92,3% der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum PKMS-E gibt.

Bei 7,7% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, gibt es keine weiteren Schulungen seit Einführung des neuen Codes.

Im Folgenden werden die Zeiträume dargestellt, innerhalb dieser die Schulungen stattfinden:



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

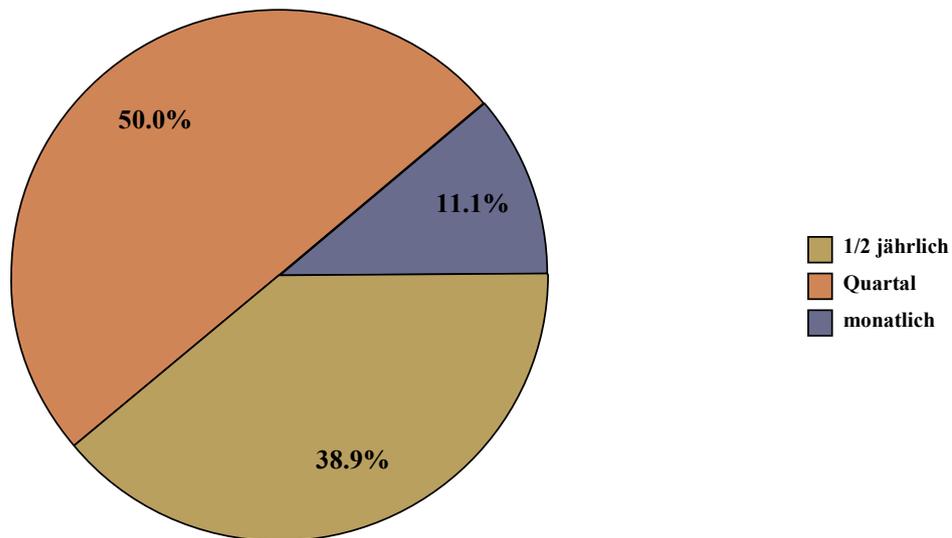
**Abbildung 33: PC7\_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7\_1, N= 23**

Die Abbildung verdeutlicht, dass bei 78,3% der 23 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Schulungen seit der Einführung des neuen Codes regelmäßig stattfinden.

Bei 21,7% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, finden die Schulungen unregelmäßig statt.

Die weitere Abbildung zeigt, in welchem Zeitraum die regelmäßigen Schulungen stattfinden:

**PC7\_1\_1 Regelmäßiger Zeitraum**



Eingeschlossen sind 18 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 34: PC7\_1\_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7\_1\_1, N= 18**

Die Abbildung zeigt, dass die regelmäßigen Schulungen bei 50% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, quartalsweise stattfinden. Bei 38,9% halbjährlich und bei 11,1% finden die Schulungen monatlich statt.

Die Frage nach der letzten Schulung im Rahmen des unregelmäßigen Zeitraums wurde  
wie folgt beantwortet:

**PC7\_1\_2 Letzte Schulung im Rahmen des unregelmäßigen Zeitraums**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Vor 1 Monat	1	4	14.8	100.0
-	-	23	85.2	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 4 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 8: PC7\_1\_2 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7\_1\_2, N = 4**

Die Tabelle zeigt, dass bei den 4 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet  
haben, die letzte Schulung im Rahmen des unregelmäßigen Zeitraums vor einem Monat  
stattgefunden hat.

**Zu 4. Haben Sie einen Ansprechpartner zum Thema PKMS-E?**

Die Frage aus dem Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Haben Sie einen Ansprechpartner zum Thema PKMS-E? (mehrere Antwortangaben sind  
möglich)*

- Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle  
Stationen zusammen*
- Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)*
- Jede Fachkraft im Dienst*
- Nein, keinen Ansprechpartner. Bitte weiter mit Frage 10.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

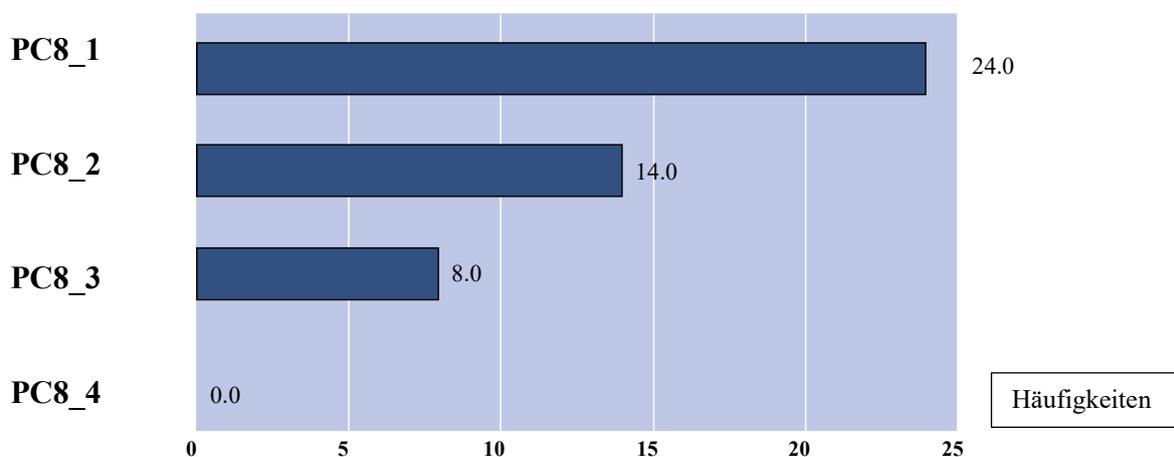
**PC8\_1 Ansprechpartner zum Thema PKMS-E: Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle Stationen zusammen**

**PC8\_2 Ansprechpartner zum Thema PKMS-E: Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)**

**PC8\_3 Ansprechpartner zum Thema PKMS-E: Jede Fachkraft im Dienst**

**PC8\_4 Ansprechpartner zum Thema PKMS-E: Nein, keinen Ansprechpartner.**

**Bitte weiter mit Frage 10.**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 35: PC8\_1, PC8\_2, PC8\_3, PC8\_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 8\_1, 8\_2, 8\_3, 8\_4, N= 26**

Abbildung 35 ist aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten mit der Angabe von Häufigkeiten dargestellt. Einige Studienteilnehmer haben dies genutzt und mehrere Antworten angegeben. Aus der Abbildung wird deutlich, dass von den 26 Studienteilnehmern insgesamt 46 Antworten gegeben wurden.

24 Teilnehmer haben einen „Experten“ für alle Stationen zusammen als Ansprechpartner.

14 Teilnehmer bestätigen, dass es einen „Experten“ gibt, der nur für die jeweilige Station zuständig ist.

8 Teilnehmer geben an, dass „jede Fachkraft im Dienst“ als Ansprechpartner zum Thema PKMS-E zur Verfügung steht.

Keinen Ansprechpartner zu haben, wurde von keinem der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, angegeben.

Zusammenfassend zeigt diese Auswertung, dass der größte Teil mit 24 Antworten der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, einen „Experten“ für alle Stationen zusammen hat, der als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Parallel hierzu finden sich aber weitere Antwortangaben. Entsprechend gibt es auch „Mischformen“. Überwiegend gibt es zwar einen „Experten“ für alle Stationen zusammen, jedoch stehen auch weitere Ansprechpartner für die Mitarbeiter zur Verfügung.

#### **Zu 5. Haben Sie Anlaufstellen für Hilfen, wenn der Ansprechpartner ausfällt?**

Die Frage hierzu im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Haben Sie Anlaufstellen für Hilfen, wenn der Ansprechpartner ausfällt?*

*Ja*

*Nein. Wenn „nein“, gibt es eine andere Möglichkeit der Beratung oder Hilfestellung?*

*Bsp. Externes Team etc.*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC9 Anlaufstellen für Hilfen, bei Ausfall des Ansprechpartners, vorhanden?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Ja	1	25	92.6	100.0
-	-	2	7.4	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 9: PC9 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 9, N = 25**

Die Tabelle zeigt, dass bei den 25 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, eine Anlaufstelle für Hilfen vorhanden ist, wenn der reguläre Ansprechpartner ausfällt. Diese Antwort zeigt, dass sich die Mitarbeiter bei Personalausfällen stets an einen „Ersatzansprechpartner“ zum Thema PKMS-E wenden können. Somit wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt.

**Zu 6. Werden Sie über Neuerungen zum PKMS-E informiert?**

Die Frage hierzu im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Werden Sie über Neuerungen zum PKMS-E informiert?*

*Ja. Wenn „ja“, wie findet diese Information statt?*

*Bsp. Update-Seminare etc.*

---

*Nein. Es gibt keine Information über Neuerungen zum PKMS-E.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC10 Findet Information über Neuerungen zum PKMS-E statt?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Ja	1	26	96.3	100.0
-	-	1	3.7	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 10: PC10 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 10, N = 26**

Die Tabelle verdeutlicht, dass bei den 26 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, eine Information über Neuerungen zum PKMS-E stattfindet. Somit ist eine kontinuierliche Wissensvermittlung bei Neuerungen zum Thema sichergestellt.

Innerhalb der Frage gab es die Möglichkeit, die Informationsvermittlung näher zu beschreiben. In Form von Originalzitatzen der Studienteilnehmer werden die Antworten im Folgenden dargestellt:

**PC10\_1 Wie findet diese Information statt?**

- Jahrestagung PKMS -> über Recom, PKMS-Beauftragentreffen -> 1-2 x im Jahr.
- Externe Fortbildungen, Multiplikatoren auf Station, Teamsitzungen, interne Fortbildungen als Update und Grundlagenkurs sowie für Schüler in der Krankenpflegeschule.
- Rundschreiben über Intranet, Nachschulungen
- Netzwerktreffen 2 x jährlich und Information über PC (Recom).
- Über die Stationsleitung in einer Stationsbesprechung.
- Interne Updateschulungen
- Findet im Rahmen von Pflorgeteamsitzungen auf Station statt.
- Internet (Recom), Update-Seminar
- Jährlicher Seminarbesuch

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Newsletter, Info durch PDL, Info durch externe Schulungen
- Medizincontrolling, Internet
- Newsletter Recom, PKMS-Jahrestagung, ggf. Seminare der Recom
- Neuerungen werden durch ein Update im PKMS-Programm sichtbar.
- Interne Schulung
- Über die Bereichsleitung, per Mail, per Stationskonferenzen ->an das Pflegepersonal; Bereichsleitung durch Seminare, Hospitationen, Austausch mit anderen Häusern.
- Regelmäßige Schulung 1-2 x pro Jahr des PKMS-Beauftragten.
- Schulungen, persönliche Information
- Externe und interne Seminare
- Gespräche auf den Stationen
- Kontakt zu Recom
- Regelkommunikationskreise und interne Fortbildungen
- Experte, Update am Ende/Anfang des Jahres
- Seminar, Internet
- Regelmäßige Besprechungen der PKMS-Verantwortlichen, 1/2 jährlich Treffen aller Multiplikatoren und PKMS „Experten“, Fortbildungen extern.
- Über eine ausgeschriebene Mitarbeiterschulung; regelhaft im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildungen.
- Update-Fortbildungen, monatliche Treffen mit den PKMS-Beauftragten/Experten der Stationen.

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

Die Angaben im Rahmen der offenen Antwort sind vielfältig und sehr informativ. Daher wurde bewusst auf eine Zusammenfassung ähnlicher Antworten verzichtet.

**Zu 7. Sind in der Klinik, in der Sie tätig sind, Kommunikationsnetzwerke  
vorhanden, die einen Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen?**

Im Fragebogen wurde die Frage wie folgt dargestellt:

*Sind in der Klinik, in der Sie tätig sind, Kommunikationsnetzwerke vorhanden, die einen  
Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen?*

*Ja. Wenn „ja“, welche Kommunikationsnetzwerke gibt es? (mehrere  
Antwortangaben sind möglich)*

*Schriftliche Netzwerke (Intranet etc.)*

*Mündliche Netzwerke (Sitzungen, Café etc.)*

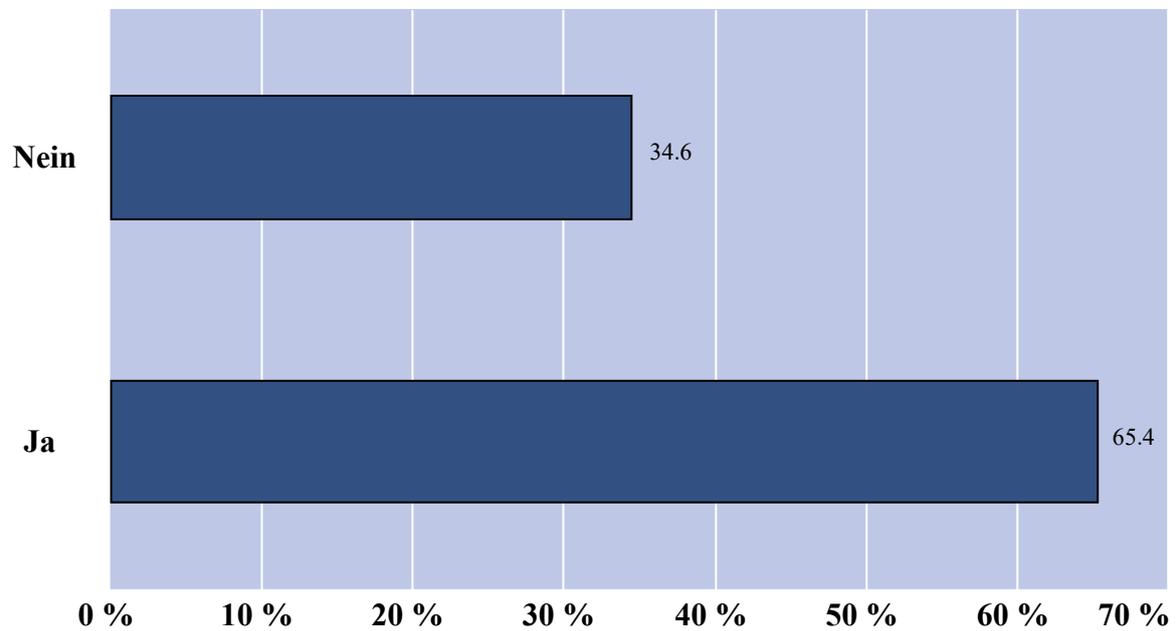
*andere Netzwerke:*

---

*Nein. Es sind keine Kommunikationsnetzwerke vorhanden. Bitte weiter mit  
Frage 13.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

### PC11 Kommunikationsnetzwerke vorhanden?



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

#### Abbildung 36: PC11 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 11, N= 26

Die Abbildung zeigt, dass bei 65,4% der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, Kommunikationsnetzwerke vorhanden sind. 34,6% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Der weitere Teil der Frage bestand darin, die Art der Netzwerke anzugeben. Hier wurden folgende Antworten gegeben:

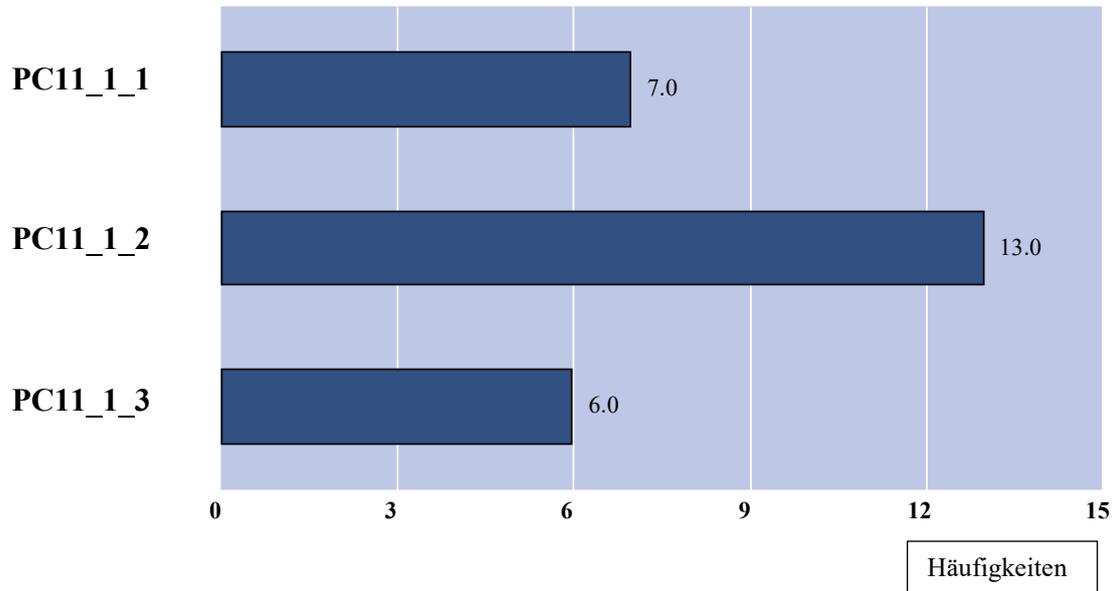
**PC11\_1\_1 Welche Kommunikationsnetzwerke gibt es?**

**schriftliche Netzwerke (Intranet etc.)**

**PC11\_1\_2 Welche Kommunikationsnetzwerke gibt es?**

**mündliche Netzwerke (Sitzungen, Café etc.)**

**PC11\_1\_3 Welche Kommunikationsnetzwerke gibt es? andere Netzwerke**



Eingeschlossen sind 17 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 37: PC11\_1\_1, PC11\_1\_2, PC11\_1\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 11\_1\_1, 11\_1\_2, 11\_1\_3, N= 17**

Die Abbildung zeigt, dass bei 13 von 17 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, Kommunikationsnetzwerke in Form von mündlichen Netzwerken (Sitzungen, Café etc.) vorhanden sind. 7 Studienteilnehmer haben schriftliche Netzwerke (Intranet etc.) angegeben und 6 Mal wurde bestätigt, dass es andere Netzwerke gibt.

Es wird ersichtlich, dass bei 17 Studienteilnehmern und insgesamt 26 Antworten die Möglichkeit der Mehrfachantworten genutzt wurde.

„Andere Netzwerke“ wurden von 6 Studienteilnehmern genannt und sind im Folgenden  
in Form von Originalzitataten aufgeführt:

### **PC11\_1\_3\_1 Netzwerke anderer Art**

- PKMS-Beauftragentreffen
- Einmal wöchentlicher Besuch der PKMS-Experten auf Station/Experten zudem  
telefonisch erreichbar
- PKMS-Multiplikatortreffen 4x/Jahr, E-Mail-Verkehr zum Thema
- Arbeitsgruppe: Dokumentationsbeauftragte von jeder Station
- E-Mail
- Fallbesprechungen

Eingeschlossen sind 6 von insgesamt 27 Fällen

Die Antworten zeigen nochmals im Detail, dass es sehr individuelle Möglichkeiten gibt  
Kommunikationsnetzwerke, die einen Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen, zu  
gestalten. Hier kann festgehalten werden, dass es kein optimales Netzwerk für alle  
Einrichtungen geben kann, sondern es ist ganz individuell von den Strukturen und  
Prozessen der jeweiligen Einrichtung abhängig, welche Art der Kommunikation  
erforderlich ist und umgesetzt wird.

### **Zu 8. Nutzen Sie diese Kommunikationsnetzwerke?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Nutzen Sie diese Kommunikationsnetzwerke?*

*Ja*

*Nein. Wenn „nein“, nennen Sie bitte eine Begründung:*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC12 Nutzen Sie diese Kommunikationsnetzwerke?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Ja	1	16	59.3	100.0
-	-	11	40.7	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 16 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 11: PC12 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 12, N = 16**

Die Tabelle zeigt, dass alle 16 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Kommunikationsnetzwerke nutzen.

In Zusammenschau der Tabelle 11 mit der Abbildung 37 (Eingeschlossen sind 17 von insgesamt 27 Fällen) wird deutlich, dass ein Studienteilnehmer zwar ein Kommunikationsnetzwerk benannt hat, jedoch keine Aussage zur Nutzung dieses Netzwerkes vorgenommen hat. Insgesamt kann festgehalten werden, dass es vielfältige Arten von Kommunikationsnetzwerken gibt, die auch bei dem überwiegenden Teil der Mitarbeiter in der Praxis genutzt werden.

**Zu 9. Werden neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Werden neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt?*

*Ja. Wenn „ja“, wie findet die Einführung statt?*

---

*Nein. Es findet keine Einführung für neue Mitarbeiter zum Thema PKMS-E-Erfassung statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC13 Werden neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Ja	1	26	96.3	100.0
-	-	1	3.7	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 12: PC13 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 13, N = 26**

In der Tabelle wird deutlich, dass 26 Studienteilnehmer bestätigen können, dass neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt werden.

Im weiteren Teil der Frage sollte die Art der Einführung genannt werden. Die Antworten der Studienteilnehmer werden in Form von Originalzitate dargestellt:

**PC13\_1 Wenn „ja“, wie findet diese statt?**

- Fortbildung zum Thema PKMS oder Einzelschulung.
- Grundlagenschulung 2x jährlich und über die Multiplikatoren der jeweiligen Station.
- Schulung auf Station (interne Fortbildung), PKMS-E-Beauftragte führen neue Mitarbeiter ein, Fortbildungsveranstaltung für neue Mitarbeiter.
- Durch die Mitarbeiter der Station (jede Station hat Ansprechpartner PKMS).
- Durch das Personal und die Stationsleitung.
- In der Einarbeitungszeit auf Station.
- Allgemeine Einweisung: „Was ist PKMS?“; Dokumentation handschriftlich und PC, Vorstellung der PKMS-Experten; „Wie lege ich einen PKMS-Patient an?“
- Einweisung durch PKMS-Beauftragten; PKMS-Ordner auf Station
- Durch die Stabstellen, fester Termin im Rahmen der Einarbeitung.
- Vor Ort in kleinen Gruppen.
- Schulung, Beratung, Fallbesprechung
- Durch Mitarbeiter am PC und Dokumentation, die verwendet wird.
- Interne Schulung, Einarbeitung durch erfahrene Mitarbeiter
- Einarbeitung durch Bereichsleitung, Erläuterung der Dokumentation
- Ganztägige Schulung durch PKMS-Beauftragten
- Stationsinterne Schulung
- Individuell - nach Interesse und auf Nachfrage
- Die Einführung findet als Präsentation und an praktischen Beispielen statt.
- Fallbesprechung im Team; Erfassung/Erhebung findet mit Mitarbeiter und PKMS-Beauftragter gemeinsam statt.
- Auf den Stationen durch die PKMS-Experten.
- Durch den Experten
- Im Rahmen der EDV-Schulung
- Während der Einarbeitungsphase werden neue Mitarbeiter geschult.
- Im Rahmen der stationären Mitarbeiterereinführung und regelhafte Teilnahme an innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen.
- Gezielte Fortbildung zur PKMS-Einführung für neue Mitarbeiter

Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

Die Darstellung der Originalzitate zeigt ausführlich, wie vielfältig neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt werden. Die ausführlichen Antworten der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, deuten auf eine strukturierte und umfangreiche Vorgehensweise bei der Einführung von neuen Mitarbeitern hin. Um jede Antwort in ihrem vollen Umfang zu würdigen, wurde bewusst auf eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten verzichtet.

**Ergänzende Forschungsfrage:**

Um die ergänzende Forschungsfrage „Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?“ zu beantworten, werden die folgenden ausgewählten Fragen aus dem Fragebogen **Fachbereich Pflege** dargestellt und ausgewertet.

1. Welche Formulare werden im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung des PKMS-E verwendet?
2. Konnten bisher verwendete Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen?
3. An welchem Ort findet die Dokumentation zum PKMS-E statt?
4. Zu welchem Zeitpunkt findet die Dokumentation zum PKMS-E statt?
5. In welcher Form dokumentieren Sie die Leistung zum PKMS-E?
6. Kommen Sie mit der Implementierung des PKMS-E zurecht?
7. Ermöglicht der PKMS-E aus Ihrer Sicht die pflegerische Leistung besser abzubilden?
8. Können die Zeiten für den Pflegeaufwand aus Ihrer Sicht durch den PKMS-E besser abgebildet werden?
9. Fällt Ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?
10. Fällt Ihnen die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?
11. Fällt Ihnen die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?
12. Fällt Ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht oder schwer?

**Zu 1. Welche Formulare werden im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung  
des PKMS-E verwendet?**

Im Fragebogen stellte sich die Frage wie folgt dar:

*Welche Formulare werden im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung des PKMS-E  
verwendet?*

*Bitte benennen Sie diese:*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

In Form von Originalzitataten der Studienteilnehmer werden die Antworten im Folgenden  
dargestellt:

**PC2 Verwendete Formulare im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung des  
PKMS-E**

- PKMS-Dokumentationsblatt, Pflegeplanung, Dekubitusrisikoassessment,  
Bewegungsplan und Bilanzierungsbogen (abhängig vom jeweiligen  
Krankheitsbild), Braden-Skala, pflegerische Aufnahme- und Anamnesebogen
- PKMS-Interventionen und Gründe, Maßnahmendokumentation, Atemskala,  
Konzept therapeutische Waschung, Schmerzdokumentation,  
Zusatzdokumentation Ernährung, Wunden, Stoma, Braden-Skala, Pflegebericht;  
Erfassungsliste PKMS-Patienten
- epa/Pflegeanamnese, PKMS-Bogen - Hinz, Lagerung-/Ernährungs-  
/Trinkprotokolle
- PKMS-Identifikation, PKMS-Pflegeplanung, PKMS-  
Gründe/Pflegeinterventionen, Zusatzdokumentation: Bewegungspläne,  
Ernährungspläne
- Eigenerstelltes Formular nach den Vorgaben des PKMS
- PKMS-Erfassungsbogen (Hinz), ansonsten in die Pflegedokumentation integriert
- PC-Modul/Festlegung der Gründe, Bogen für die Pflegeplanung

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Eigenerstelltes PKMS Formular, Ernährungsprotokoll, Lagerungs- und Bewegungsprotokoll, Miktionsprotokoll, Ess- und Trinkkonzept B4
- Optiplan
- Pflegedurchführungsbogen, Pflegeplanung, Pflegebericht, Lagerungsplan
- PKMS-E-Formulare von Recom, begleitende Dokumente wie Bewegungsplan, Ernährungsbogen, Wunderhebungsbogen
- PKMS-Bogen (Vorlage am PC) und Zusatzdokumentation je nach Wahl des Leistungsbereichs in Planette/Kardex.
- Eigenerstellte Dokumente abgestimmt auf die Einrichtung
- Ernährungsprotokoll, Lagerungsplan
- Dokumentationsbogen von Optiplan, selbstentwerfener Kurzeinschätzungsbogen, Bewegungsplan/Trink- und Essprotokoll, Formular Einschätzung Bewegung/Körperpflege
- Pflegeplanungsbogen, EDV-Pflegeplanung
- PKMS-Bogen
- Diacos-Modul PKMS, Lagerungs- und Mobilisationspläne (-formulare), Ausscheidungsprotokolle, Ernährungsprotokolle, Pflegebericht- und planformular
- PKMS-Register: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen, Kommunizieren. Ergänzende Formulare: Bewegungsplan, Ess- und Trinkprotokoll, Pflegeplanung, Pflegegesprächsprotokoll
- Kurvenblatt Optiplan, PC -> ORBIS /Agfa, diverse Bewegungspläne, Ernährungspläne etc. und Formulierungshilfen (Recom)
- Pflegeplanung, Pflegebericht, Braden-Skala, Interventionsbögen für die Bereiche Körperpflege, Bewegen, Ausscheidung, Ernährung, Kommunikation und der Gründebogen
- Originalbogen PKMS-E Gründe/Maßnahmen, Bewegungs- und Lagerungsplan, Schmerzskala NRS, Schmerzskala BESED, Ernährungsbogen/Trinkplan, Abzeichnungsbögen für Mundpflege, Tracheostomamanagement, Pflegeplanung
- Eigenerstellte Dokumente in digitaler Form
- PKMS digital ORBIS, Maßnahmenplan PKMS ORBIS
- Bogen zur Benennung: Gründe der Pflegeprobleme mit PKMS-E; PKMS-Dokumentation-Prozessbeschreibung; Stammbblatt; Formular: Leistungsbereich PKMS-E /Pflegemaßnahmen

- PKMS-E Gründe für hochaufwendige Pflege, PKMS-Pflegeinterventionen, KIS  
Meierbogen

Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

Die Angaben der 26 Studienteilnehmer sind ausführlich und sehr detailliert. Um die  
Vielfältigkeit der Dokumentationsmaterialien zu erhalten, wird auf eine  
zusammenfassende Darstellung verzichtet.

**Zu 2. Konnten bisher verwendete Formulare mit der Einführung des PKMS-E  
wegfallen?**

Im Fragebogen wurde die Frage wie folgt dargestellt:

*Konnten bisher verwendete Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen?*

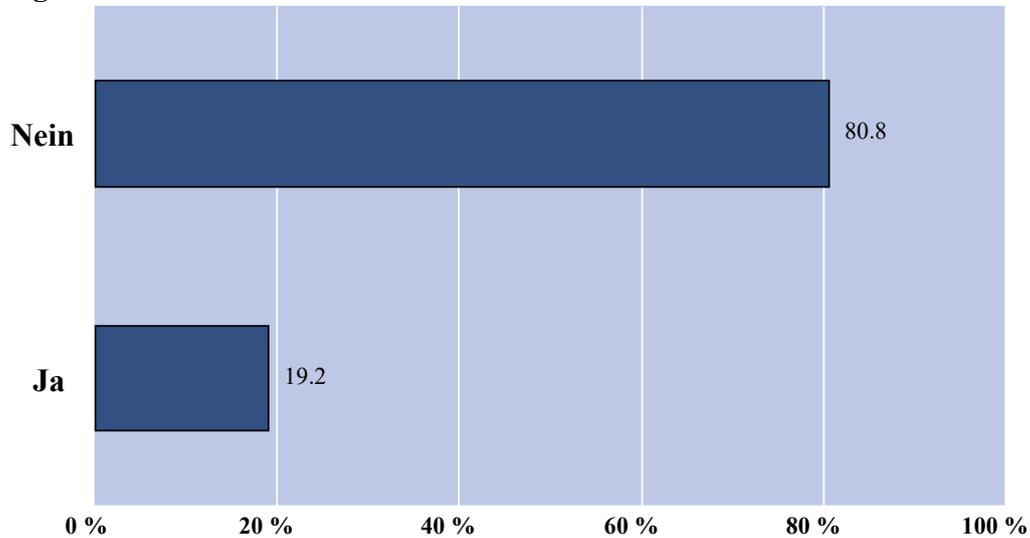
*Ja. Bitte benennen Sie diese:*

---

*Nein. Es konnten keine der bisher verwendeten Formulare mit der Einführung  
des PKMS-E wegfallen.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC3 Konnten bisher verwendete Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen?**



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 38: PC3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 3, N= 26**

Die Abbildung verdeutlicht, dass bei 80,8% der 26 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, keine der bisher verwendeten Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen konnten.

Bei 19,2% konnten bisher verwendete Formulare entfallen.

Im weiteren Teil der Frage im Fragebogen sollten die weggefallenen Formulare benannt werden. 5 Studienteilnehmer (19,2%) haben diese Möglichkeit genutzt. Die Antworten werden in Form von Originalzitataten dargestellt:

**PC3\_1 Ja, folgende Formulare konnten mit der Einführung des PKMS-E wegfallen:**

- Bewegungspläne
- Ggf. (vorher ausgefüllte) Pflegeplanung, da diese nicht vom MDK anerkannt werden.
- Durchführungsnachweis
- Verschiedene Ernährungsprotokolle
- Alle Papierdokumente sind weggefallen.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Besonders auffallend ist die Angabe, dass alle Papierdokumente wegfallen konnten. Hier ist anzunehmen, dass eine Umstellung auf eine digitale Dokumentationsform erfolgt ist.

### Zu 3. An welchem Ort findet die Dokumentation zum PKMS-E statt?

Im Fragebogen wurde die Frage wie folgt dargestellt:

*An welchem Ort findet die Dokumentation zum PKMS-E statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)*

- Beim Patient vor Ort*
- Im Stationszimmer*
- Anderer Ort. Bitte benennen Sie diesen:*

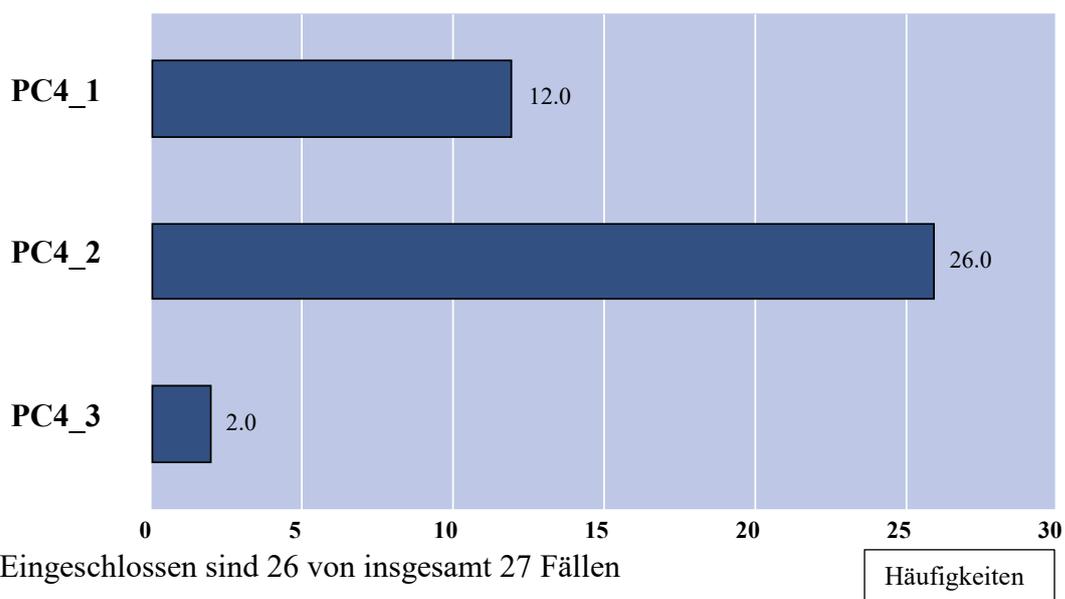
---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC4\_1 Ort der Dokumentation zum PKMS-E: Beim Patient vor Ort**

**PC4\_2 Ort der Dokumentation zum PKMS-E: Im Stationszimmer**

**PC4\_3 Ort der Dokumentation zum PKMS-E: Anderer Ort**



**Abbildung 39: PC4\_1, PC4\_2, PC4\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 4\_1, 4\_2, 4\_3, N= 26**

Die Abbildung macht deutlich, dass alle der 26 Studienteilnehmer die Dokumentation im Stationszimmer erbringen. Unter dem Aspekt der Mehrfachantworten wird zudem ersichtlich, dass teilweise an mehreren Orten eine Dokumentation stattfindet. So haben von den insgesamt 26 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, 12 Studienteilnehmer zusätzlich angegeben, direkt beim Patient vor Ort zu dokumentieren. 2 Studienteilnehmer haben zusätzlich einen anderen Ort zur Dokumentationserbringung bestätigt.

Offenbar ist, dass alle Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, im Stationszimmer dokumentieren.

Beide Studienteilnehmer, die einen „anderen Ort“ als Antwort gewählt haben, gaben folgende Angaben hierzu:

**PC4\_3\_1 Anderer Ort, an dem die Durchführung der Dokumentation zum PKMS-E stattfindet:**

- Sichtung des PKMS-E-Patienten am Bett.
- Durch die Qualitätssicherung in der Pflege am PC im Büro (Aktenprüfung).

Eingeschlossen sind 2 von insgesamt 27 Fällen

**Zu 4. Zu welchem Zeitpunkt findet die Dokumentation zum PKMS-E statt?**

Im Fragebogen wurde die Frage wie folgt dargestellt:

*Zu welchem Zeitpunkt findet die Dokumentation zum PKMS-E statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)*

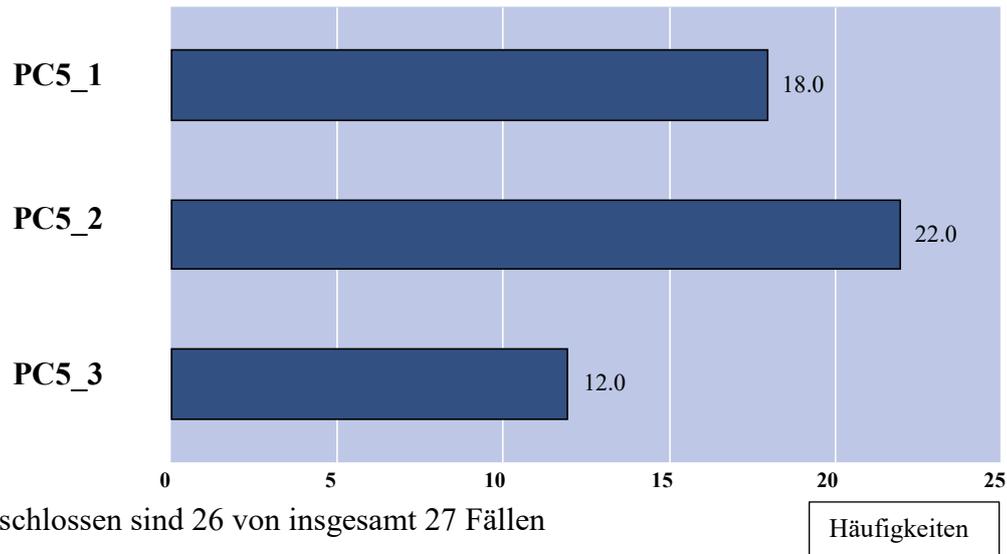
- Direkt nach der Leistungserbringung*
- Zu einem späteren Zeitpunkt / im Verlauf der Schicht*
- Am Dienstende*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PC5\_1 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Direkt nach der Leistungserbringung**

**PC5\_2 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht**

**PC5\_3 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Am Dienstende**



**Abbildung 40: PC5\_1, PC5\_2, PC5\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 5\_1, 5\_2, 5\_3, N= 26**

Die Abbildung macht deutlich, dass 22 der 26 Studienteilnehmer zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht die Dokumentation zum PKMS-E erbringen. 18 der 26 Studienteilnehmer dokumentieren direkt nach der Leistungserbringung. 12 Studienteilnehmer erbringen die Dokumentation am Dienstende. Es wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht dokumentiert. Mit Blick auf die Mehrfachantworten innerhalb dieser Frage wird ersichtlich, dass verschiedene Zeitpunkte für die Dokumentationserfassung genutzt werden.

Sicherlich ist der Zeitpunkt zur Dokumentationserbringung stark von alltäglichen Vorkommnissen und Gegebenheiten abhängig. An Tagen mit einem höheren Arbeitsaufkommen findet die Dokumentation unter Umständen zu einem anderen Zeitpunkt statt als an Tagen, an denen das Arbeitsaufkommen nicht so hoch ist. Ein weiterer Forschungsansatz könnte an dieser Stelle sein, die

Dokumentationsanforderungen in Bezug zu nicht planbarem verändertem Arbeitsaufkommen zu hinterfragen. Ein weiterer Blick könnte hierbei nicht nur auf das Zeitmanagement fallen, sondern auch auf die veränderte Belastung der Mitarbeiter und die daraus resultierenden Auswirkungen.

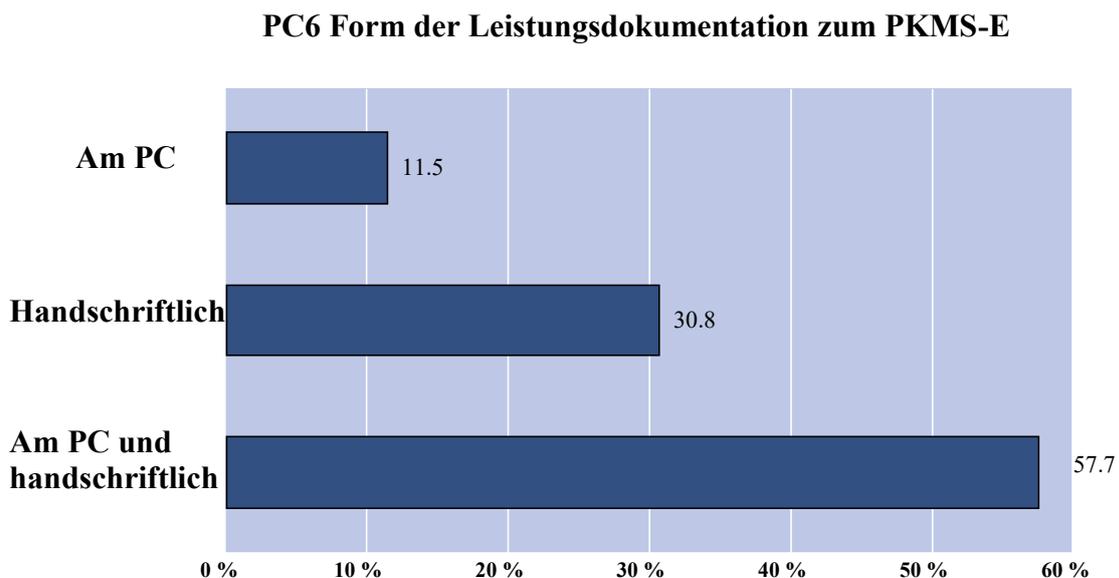
### Zu 5. In welcher Form dokumentieren Sie die Leistung zum PKMS-E?

Die Frage stellte sich im Fragebogen wie folgt dar:

*In welcher Form dokumentieren Sie die Leistung zum PKMS-E?*

- Am PC*
- Handschriftlich*
- Am PC und handschriftlich*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:



Eingeschlossen sind 26 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 41: PC6 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 6, N= 26**

Die Abbildung zeigt, dass 57,7% der 26 Studienteilnehmer am PC **und** handschriftlich dokumentiert. 30,8% erfassen die Leistungsdokumentation zum PKMS-E handschriftlich und 11,5% konnten die Erfassung am PC bestätigen.

Es wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer die Leistungen kombiniert (am PC und handschriftlich) erfasst. An dieser Stelle könnte ein weiterer Forschungsansatz sein, aufzuzeigen, worin die Vor- und Nachteile der verschiedenen Dokumentationsarten liegen. Unter Einbeziehung individueller Stationsabläufe wären sicherlich wichtige Aspekte erkennbar, die bei der Auswahl der passenden Dokumentationsart eine große Bedeutung haben.

#### **Zu 6. Kommen Sie mit der Implementierung des PKMS-E zurecht?**

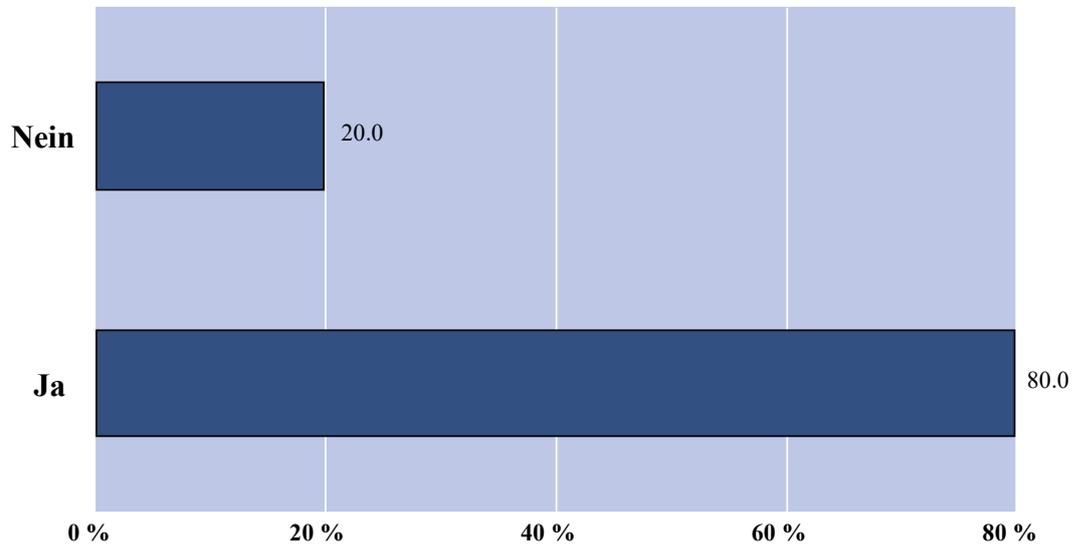
Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Kommen Sie mit der Implementierung des PKMS-E zurecht?*

- Ja*
  - Nein, weil... (mehrere Antwortangaben sind möglich)*
    - ...ich eine zusätzliche Belastung empfinde und ich mich in Verbindung mit der Arbeitssituation dadurch überfordert fühle.*
    - ...ich eine Doppeldokumentation sehe.*
    - ...andere Gründe:*
-

Die Auswertung der Antworten zeigt Folgendes:

**PD1 Kommen Sie mit der Implementierung des PKMS-E zurecht?**



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 42: PD1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 1, N= 25**

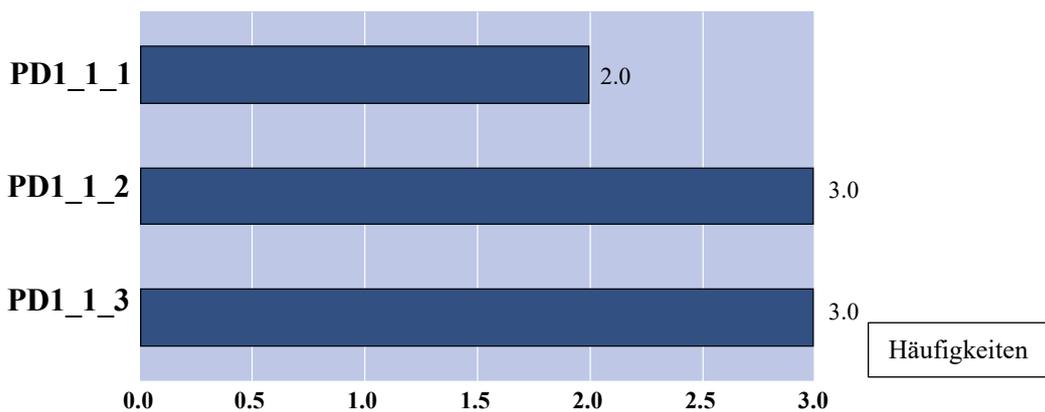
Die Abbildung verdeutlicht, dass 80% der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, mit der Implementierung des PKMS-E zurechtkommen. 20% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Im weiteren Teil der Frage sollen die Gründe für das „nicht Zurechtkommen“ aufgezeigt werden. Folgende Gründe wurden genannt:

**PD1\_1\_1 Wenn Sie nicht zurecht kommen, geben Sie bitte eine Begründung an:  
...weil ich eine zusätzliche Belastung empfinde und ich mich in Verbindung mit der Arbeitssituation dadurch überfordert fühle.**

**PD1\_1\_2 Wenn Sie nicht zurecht kommen, geben Sie bitte eine Begründung an:  
...weil ich eine Doppeldokumentation sehe.**

**PD1\_1\_3 Wenn Sie nicht zurecht kommen, geben Sie bitte eine Begründung an:  
...andere Gründe.**



Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 43: PD1\_1\_1, PD1\_1\_2, PD1\_1\_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 1\_1\_1, 1\_1\_2, 1\_1\_3, N= 5**

Die Abbildung zeigt, dass von 5 Studienteilnehmern, die diese Frage beantwortet haben, 8 Antworten gegeben wurden. 3 Mal wurde als Begründung bestätigt, eine Doppeldokumentation zu sehen. Ebenfalls 3 Mal wurde angegeben, andere Gründe als die im Fragebogen vorgegebenen für das „nicht Zurechtkommen“ zu haben. 2 Mal wurde der Grund „weil ich eine zusätzliche Belastung empfinde und ich mich in Verbindung mit der Arbeitssituation dadurch überfordert fühle“ genannt.

Im Folgenden werden die unter PC1\_1\_3 angedeuteten „anderen Gründe“ in Form von Originalzitataten aufgezeigt:

**PD1\_1\_3\_1 Andere Begründung für das Nicht zurechtkommen mit der Implementierung des PKMS-E:**

- Zeitaufwendige Dokumentation
- Der PKMS vom Konstrukt her zu komplex und für die Praxis sehr schwer umsetzbar ist.
- Es ist oft schwer, passende Gründe zur Einstufung zu finden, da der geriatrische, multimorbide Patient nicht unbedingt dadurch erfasst wird, eher für neurologische Patienten.

Eingeschlossen sind 3 von insgesamt 27 Fällen

In Zusammenschau der genannten Aspekte aus Abbildung 43 und der Originalzitate zu den „anderen Gründen“ ist ersichtlich, dass die Möglichkeit der Mehrfachantworten genutzt wurde und die Gründe für ein „nicht Zurechtkommen“ sehr vielfältig und individuell sind.

**Zu 7. Ermöglicht der PKMS-E aus Ihrer Sicht die pflegerische Leistung besser  
abzubilden?**

*Die Frage im Fragebogen stellte sich wie folgt dar:*

*Ermöglicht der PKMS-E aus Ihrer Sicht die pflegerische Leistung besser abzubilden?*

*Ja*

*Ja möglicherweise, aber ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich  
kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...*

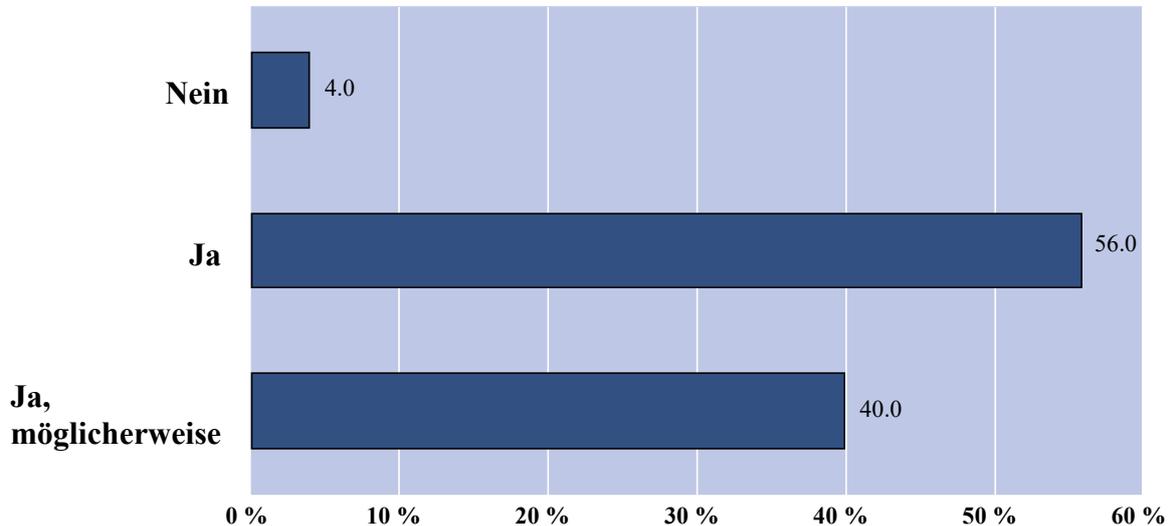
---

*Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die pflegerische Leistung besser abzubilden,  
weil...*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PD2 Ermöglicht der PKMS-E aus Ihrer Sicht die pflegerische Leistung besser abzubilden?**



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 44: PD2 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 2, N= 25**

Die Abbildung zeigt, dass 56% der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass die pflegerische Leistung durch den PKMS-E besser abgebildet werden kann.

Lediglich 4% haben die Frage mit „Nein“ beantwortet.

40% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass die pflegerische Leistung durch den PKMS-E „möglicherweise“ besser abgebildet werden kann. Sie können nicht eindeutig mit „Ja“ antworten.

Die Antwortmöglichkeiten bei dieser Frage wurden nicht nur für „Ja“ oder „Nein“ gegeben, sondern auch für „möglicherweise“. Bei der Beurteilung, ob pflegerische Leistungen besser abgebildet werden können, ist zu erwarten, dass die Experten der Pflege genauer Stellung nehmen möchten. In der Auswertung der Frage kam es wie erwartet zu mehreren Antworten der Studienteilnehmer, die wichtige Aspekte hervorheben.

Auch die Beantwortung der Frage mit „Nein“ sollte, wenn möglich, begründet werden. Hierfür wurde im Fragebogen ebenso ein Feld eingeräumt. Im Folgenden werden in Form von Originalzitaten der Kliniken zunächst die Gründe genannt, weshalb durch den

Einsatz des PKMS-E die pflegerische Leistung „möglicherweise“ besser abgebildet werden kann:

**PD2\_1 Möglicherweise ist es durch den PKMS-E möglich, die pflegerische Leistung besser abzubilden. Ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...**

- aus pflegerischer Sicht nicht alles, was aufwendig ist, erfasst wird.
- die PKMS-Anwendung in der Praxis/Umsetzung immer noch Probleme (-> höherer Dokumentationsaufwand, Dokumentationsführung) bereitet.
- der PKMS nicht alle Besonderheiten der hochaufwendigen Pflege darstellt. Beispielsweise im Bereich Demenz.
- es trotz allem ein Mehraufwand für die Pflegenden bedeutet und sie es als Zeit wahrnehmen, die vom Patienten abgeht. Eine monatliche Erlösstatistik spiegelt jedoch für alle in der Klinik die Anzahl der hochaufwendigen Patienten wider.
- die Leistung auch erbracht werden würde, wenn es kein PKMS gäbe. Für die Abrechnung ist die Darstellung sicher vorteilhaft, für die Pflege eine Doppeldokumentation.
- teilweise zu streng formulierte Auswahlmöglichkeiten vorgegeben sind. Manche Patienten werden bzw. können nur schlecht oder gar nicht erfasst werden.
- nicht nur die Pflege der Patienten im PKMS-E aufwendig ist, sondern auch die Dokumentation sehr zeitintensiv und aufwendig ist.
- viele Patienten einen hohen Pflegeaufwand haben, der aber im PKMS aufgrund nicht passender Gründe nicht abzubilden ist.
- bei der Entwicklung des OPS 9-20 die Bezeichnung „hochaufwendig“ nur aus kalkulatorischer Sicht definiert wurde. Aufgrund der Komplexität erachte ich dies als zu wenig.

Eingeschlossen sind 9 von insgesamt 27 Fällen

Aufgrund der sehr informativen Originalzitate wurde bewusst auf eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten verzichtet. Aus den Angaben geht insbesondere hervor, dass nach Sicht der Studienteilnehmer nicht alle hochaufwendigen Patienten im Rahmen des PKMS-E abgebildet werden können.

Ein Studienteilnehmer hat die verneinende Antwort zur Frage wie folgt begründet:

**PD2\_2 Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die pflegerische Leistung besser  
abzubilden, weil...**

- zu viele Aspekte fehlen; unrealistische Vorgaben zu Zeit und Häufigkeiten.

Eingeschlossen sind 1 von insgesamt 27 Fällen

**Zu 8. Können die Zeiten für den Pflegeaufwand aus Ihrer Sicht durch den PKMS-  
E besser abgebildet werden?**

Die Frage wurde wie folgt im Fragebogen dargestellt:

*Können die Zeiten für den Pflegeaufwand aus Ihrer Sicht durch den PKMS-E besser  
abgebildet werden?*

*Ja*

*Ja möglicherweise, aber ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich  
kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...*

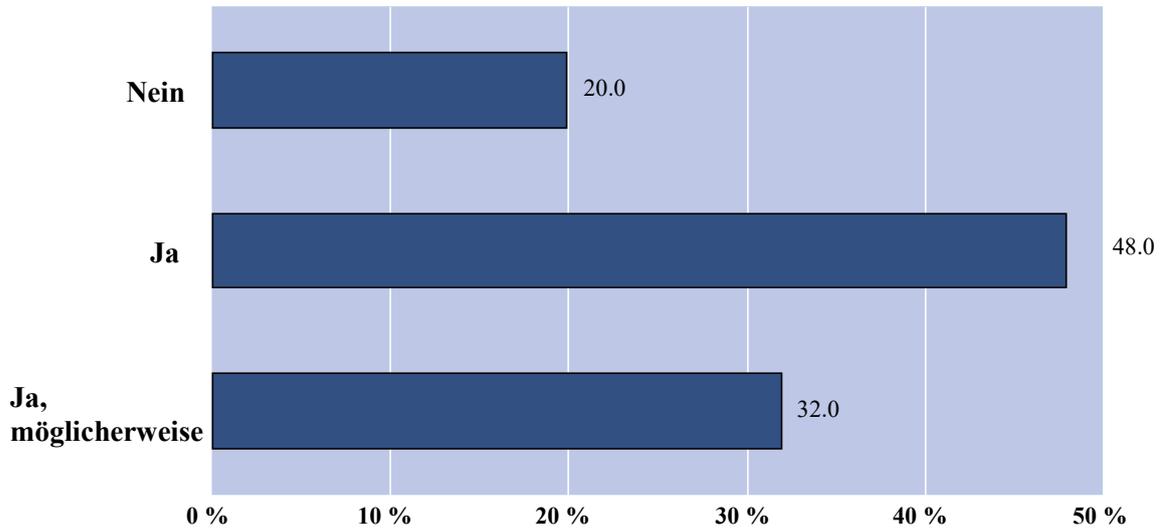
---

*Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die Zeiten für den Pflegaufwand besser  
abzubilden, weil...*

---

Die Beantwortung der Frage gestaltete sich wie folgt:

**PD3 Können die Zeiten für den Pflegeaufwand aus Ihrer Sicht durch den PKMS-E besser abgebildet werden?**



Eingeschlossen sind 25 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 45: PD3 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 3, N= 25**

Die Abbildung zeigt, dass 48% der 25 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass die Zeiten für den Pflegeaufwand durch den PKMS-E besser abgebildet werden können.

20% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

32% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass die Zeiten für den Pflegeaufwand durch den PKMS-E „möglicherweise“ besser abgebildet werden können. Hier wurde, wie bereits bei der Frage PD2, die Möglichkeit der näheren Begründung der Antwort gegeben.

Im Folgenden werden die Aussagen in Form von Originalzitate der Studienteilnehmer dargestellt:

**PD3\_1 Möglicherweise ist es durch den PKMS-E möglich, die Zeiten für den Pflegeaufwand besser abzubilden. Ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...**

- hochaufwendige Kurzlieger und Patienten, bei denen Pflegemaßnahmen und Gründe nicht zusammenpassen, nicht erfasst werden können.

- dies nicht bei Patienten mit einer kurzen Aufenthaltsdauer/Kurzlieger der Fall ist.
- die Aussage nur teilweise zutrifft; Pflege wird messbarer und kann auch extra abgerechnet werden, PKMS-E müsste aber noch differenzierter sein.
- das fehlende Geld im Gesundheitssystem es trotzdem nicht zulässt, dass mehr Personal eingestellt wird.
- die Pflegedokumentation schon immer stattgefunden hat, die PKMS-Dokumentation stellt nochmals die Wichtigkeit der Dokumentation dar.
- keine Zeiten hinterlegt, sondern pauschal Pflegemaßnahmen hinterlegt sind. Zudem ist die Dokumentationszeit ebenfalls unterschiedlich.
- der PKMS bzw. die Maßnahmen noch entwicklungsbedürftig sind; es gibt aufwendige Maßnahmen, die noch nicht erfasst sind.
- es eine einheitliche Leistungserfassung in der Pflege gibt.
- das Instrument derzeit nur einen maximalen Minutenwert von ca. 215 Minuten pro Tag berücksichtigt. Es gibt aber Patienten, die auch das 3-4-fache an Pflegezeit benötigen.

Eingeschlossen sind 9 von insgesamt 27 Fällen

Im Folgenden haben drei Studienteilnehmer ihre verneinende Antwort begründet:

**PD3\_2 Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die Zeiten für den Pflegeaufwand besser abzubilden, weil...**

- keine Zeiten hinterlegt sind; jedoch können konkret die erzielten Erlöse errechnet werden.
- der PKMS die Zeiten am Bett reduziert.
- viele Patienten den gleichen Aufwand haben, aber nicht im PKMS abgebildet werden können, da die Gründe nicht passen.

Eingeschlossen sind 3 von insgesamt 27 Fällen

Auch in den Darstellungen zu PD3\_1 und PD3\_2 wurde, aufgrund der sehr informativen Originalzitate, bewusst auf eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten verzichtet.

**Zu 9. Fällt Ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Fällt Ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:*

*Ja, weil...*

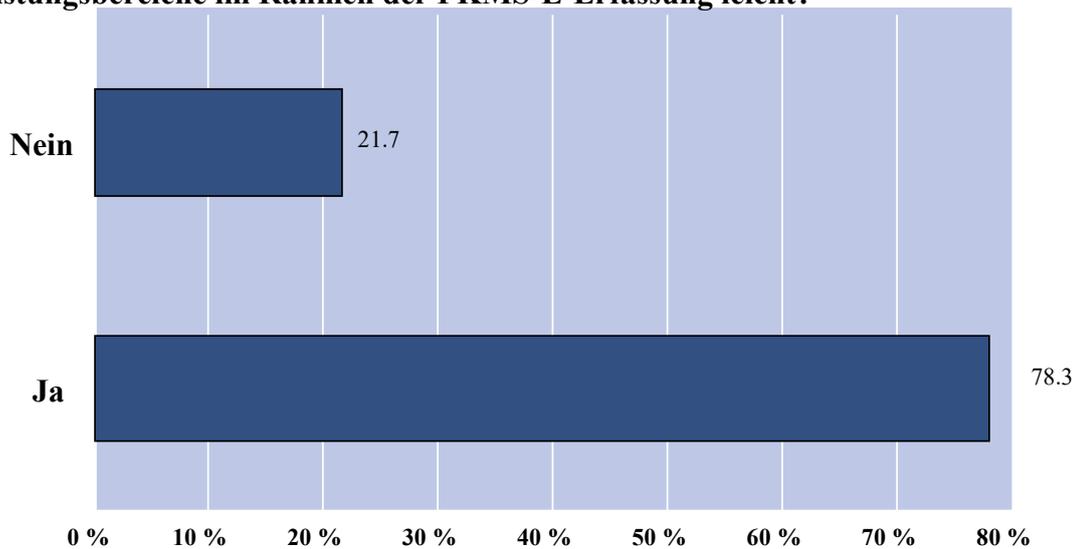
---

*Nein, weil...*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PD4 Fällt Ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 46: PD4 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 4, N= 23**

Die Abbildung zeigt, dass 78,3% der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Systematik leicht fällt.

21,7% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Im Folgenden werden die Aussagen der Studienteilnehmer zur näheren Begründung der Antwort in Form von Originalzitaten aufgeführt.

**PD4\_1 Ja, die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir leicht, weil...**

- hier die gleiche Aufteilung wie bei der PPR + Kommunikation/Kreislauf/Wundmanagement gilt.
- wenn Routine eingekehrt ist, das Personal weiß, wie und wo der gewöhnliche Patient einzustufen ist.
- PKMS die Leistungsbereiche übernimmt, die bei der PPR entwickelt wurden (allgemeine - spezielle Pflege).
- wir unsere Leistung dokumentieren, die wir erbracht haben.
- es relativ übersichtlich dargestellt ist.
- Gründe und Interventionen für mich als „Experte“ leicht einzuordnen sind.
- aufgrund einer hohen Anzahl an PKMS-Patienten in der Klinik genug Erfahrung gemacht wurde.
- Erfahrung von Beginn an gemacht wurde.
- die Leistungsbereiche klar definiert sind.
- durch Austausch im Team, anhand des Bogens Leistungsbereiche abgearbeitet werden können.
- im Diacos-Modul die Übersichtlichkeit hervorragend ist.
- man viel ableiten und den Patienten dann in einen Leistungsbereich einordnen kann.
- Akutgeriatrie -> 70% aller Patienten (immobil, Hemiplegie, Delir, Demenz, Apoplex, Parkinson, Z.n. Reanimation) - dadurch Pflegeaufwand meist deutlich höher als volle Übernahme (PPR-A3).
- klar strukturiert.
- PPR vorbekannt.

- eindeutig.
- eine ständige Auseinandersetzung mit PKMS erfolgt und regelhafte Schulungen das Einordnen der Patienten erleichtern.
- die PKMS-Erfassung immer mit dem Gründebogen beginnt, der klar strukturiert ist.

Eingeschlossen sind 18 von insgesamt 27 Fällen

Innerhalb dieser Aufzählung der Originalzitate ist unter anderem zu erkennen, dass regelhafte Schulungen den Umgang mit dem PKMS-E-System erleichtern.

**PD4\_2 Nein, die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir nicht leicht, weil...**

- Patienten zum Teil einen hochaufwendigen Pflegebedarf haben, der sich nur schwer in den Leistungsbereichen wiederfindet.
- teilweise zu streng formulierte Auswahlmöglichkeiten bestehen. Manche Patienten werden bzw. können nur schlecht oder gar nicht erfasst werden.
- zu unübersichtlich, Konzentrationsfähigkeit im Dienst teilweise zu gering/Zeitmangel.
- es noch viele Fallstricke in den verschiedenen Gründen des PKMS gibt.
- Diagnosen und Gründe oft nicht passend sind.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Aufgrund der sehr informativen Originalzitate wurde in den Darstellungen PD4\_1 und PD4\_2 bewusst auf eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten verzichtet.

**Zu 10. Fällt Ihnen die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im  
Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Fällt Ihnen die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der  
PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:*

*Ja, weil...*

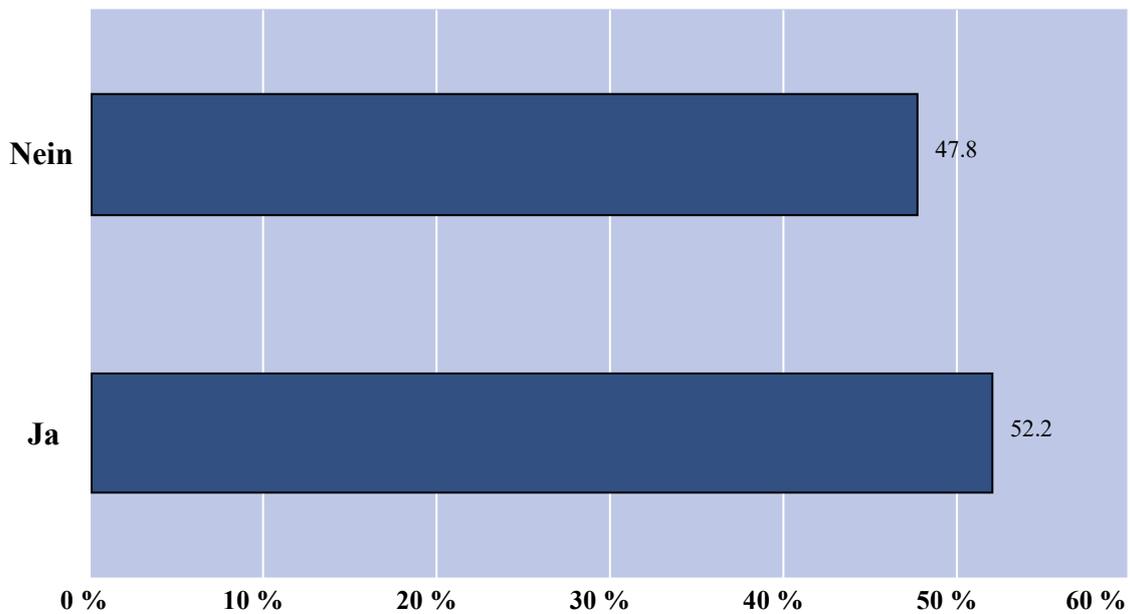
---

*Nein, weil...*

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PD5 Fällt Ihnen die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im  
Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 47: PD5 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 5, N= 23**

Die Abbildung zeigt, dass 52,2% der 23 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht fällt. 47,8% haben bestätigt, dass es Ihnen nicht leicht fällt.

In Form von Originalzitaten werden im Folgenden ausführlich die Begründungen für die jeweilige Entscheidung dargestellt:

**PD5\_1 Ja, die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir leicht, weil...**

- die Gründe schon vorgegeben sind.
- die Krankenbeobachtung entlang der ATL's des Patienten die Zuordnung erleichtert.
- es relativ übersichtlich dargestellt ist.
- nur eindeutige Patienten eingeschlossen sind, bei denen die Zuordnung der Gründe eindeutig und plausibel ist.
- Erfahrung vorliegt aufgrund einer hohen Anzahl an PKMS-Patienten in der Klinik.
- Maßnahmen und Gründe lt. PKMS-Formular gut zusammenpassen.
- im Diacos-Modul die Übersichtlichkeit hervorragend ist.
- Gründe auf dem PKMS-Bogen stehen und man dann schauen kann, was zu dem jeweiligen Patienten passt.
- medizinische Diagnosen oder Prozeduren teilweise die Nachvollziehbarkeit der Gründe bestätigen. Notwendig zur Zuordnung Braden-Skala, Barthel-Index, Schmerzskala, Dekubituseinschätzung.
- klar strukturiert.
- eine ständige Auseinandersetzung mit PKMS erfolgt und regelhafte Schulungen das Einordnen der Patienten erleichtern.
- der Gründebogen ist klar aufgebaut (erfasst aber nicht alle Pflegesituationen).

Eingeschlossen sind 12 von insgesamt 27 Fällen

Die genannten Aspekte der Studienteilnehmer verdeutlichen, dass es unterschiedliche Gründe für die Entscheidung gibt. So fällt die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht, weil zum Beispiel gut aufbereitete Dokumentationsvorlagen den Umgang vereinfachen oder kontinuierliche Schulungen das Zuordnen nach und nach erleichtern. Hieran ist zu erkennen, dass eine regelmäßige

Auseinandersetzung mit dem Thema PKMS-E kombiniert mit entsprechenden Hilfsmitteln im Bereich der Dokumentation den Umgang mit dem System positiv beeinflussen und wesentlich zur Zufriedenheit der Mitarbeiter beitragen.

Die folgenden Aufzählungen verdeutlichen, mit welcher Begründung die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung einigen Studienteilnehmern nicht leicht fällt:

**PD5\_2 Nein, die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir nicht leicht, weil...**

- Gründe teilweise nicht zu Maßnahme passen, somit kein PKMS.
- bei einigen Gründen Erschwerungsfaktoren aufgeführt sind, die schwer einzustufen sind. In der Berichtsdocumentation müssen diese immer wieder ebenso wie deren Veränderungen beschrieben werden.
- Patienten zum Teil einen hochaufwendigen Pflegebedarf haben, der sich nur schwer in den Leistungsbereichen wiederfindet.
- es auf den Patienten und seine Defizite ankommt.
- teilweise zu streng formulierte Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Manche Patienten werden bzw. können nur schlecht oder gar nicht erfasst werden.
- zu unübersichtlich; Konzentrationsfähigkeit im Dienst teilweise zu gering/Zeitmangel.
- ein Teil der Patienten (geriatriisch) nicht eindeutig den Gründen zuzuordnen ist.
- manche Leistungen als selbstverständlich wahrgenommen werden.
- weil der Theoriebogen nicht ausreicht: viele pflegeaufwendige Patienten lassen sich nicht begründen.
- die Gründe zu komplex sind.
- Diagnosen und Gründe oft nicht passend sind.

Eingeschlossen sind 12 von insgesamt 27 Fällen

Hieraus ist zum Beispiel erkennbar, dass die Formulierungen im PKMS-E für einige Studienteilnehmer nicht optimal sind. Auch hervorzuheben ist der, wie auch bereits in der Aufzählung zu PD4\_2, angegebene Grund der geringen Konzentrationsfähigkeit und des Zeitmangels. Es ist nachvollziehbar, dass die Verbindung von zu komplexen Formulierungen und einem stressigen Stationsalltag dazu führt, dass es Mitarbeitern

nicht leicht fällt die Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung zuzuordnen.

**Zu 11. Fällt Ihnen die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Fällt Ihnen die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:*

Ja, weil...

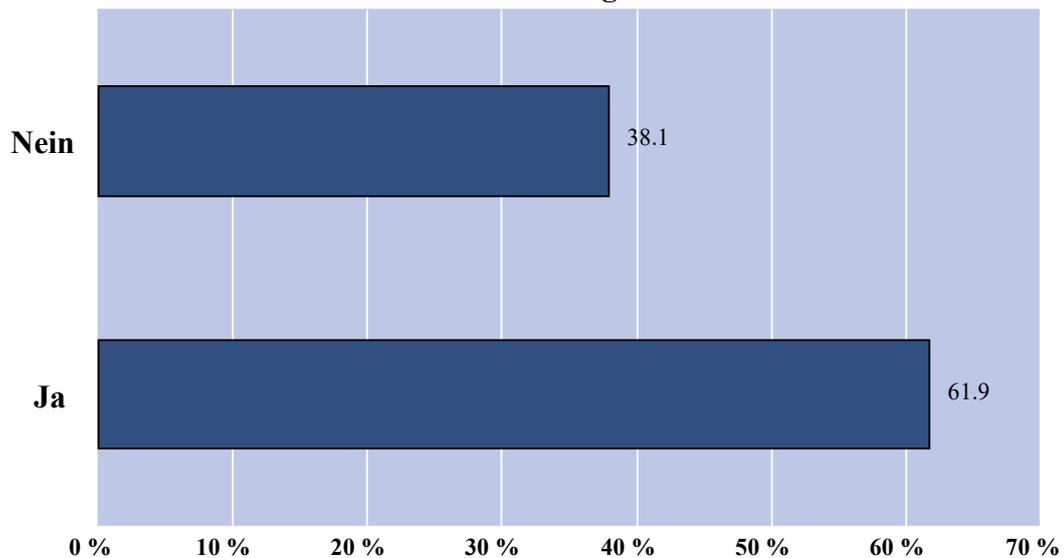
---

Nein, weil...

---

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PD6 Fällt Ihnen die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht?**



Eingeschlossen sind 21 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 48: PD6 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 6, N= 21**

Die Abbildung zeigt, dass 61,9% der 21 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht fällt. 38,1% haben bestätigt, dass es Ihnen nicht leicht fällt.

In Form von Originalzitate werden im Folgenden ausführlich die Begründungen für die jeweilige Entscheidung dargestellt:

**PD6\_1 Ja, die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir leicht, weil...**

- die vorgegebenen Gründe mit der Pflegeintervention verknüpft sind.
- die Interventionen relativ übersichtlich dargestellt sind, allerdings wünsche ich mir eine größere Differenzierung.
- die Krankheitsbilder und dazu passenden Interventionen und Gründe oft die gleichen sind; deshalb ist die Auswahl der Intervention leicht und plausibel.
- ich aufgrund einer hohen Anzahl an PKMS-Patienten in der Klinik genügend Erfahrung habe.
- sich pflegehochaufwendige Patienten abbilden lassen.
- das Pendant die Pflegeplanung ist.
- im Diacos-Modul die Übersichtlichkeit hervorragend ist.
- Maßnahmen auf dem PKMS-Bogen vorgegeben sind.
- sie gut zu den Patienten passen, die in unserer Klinik betreut werden.
- wenn passende Gründe vorhanden sind, die Maßnahmen gut geplant werden können.
- die Pflegebegründung gekennzeichnet ist und sich hieraus die Pflegeinterventionen logisch ergeben.
- die Auswahl der Pflegeinterventionen eingeschränkt ist: Der Dokumentationsbogen ist gekürzt, er bezieht sich auf Spezifika des Hauses und ist klar aufgebaut!

Eingeschlossen sind 12 von insgesamt 27 Fällen

Die hier aufgeführten Aspekte sind in Zusammenschau mit den Aspekten unter PD5\_1 ähnlich und miteinander verknüpfbar.

**PD6\_2 Nein, die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im  
Rahmen der PKMS-E-Erfassung fällt mir nicht leicht, weil...**

- es keine Möglichkeiten gibt, die Pflegeinterventionen zu ergänzen.
- nicht zu den Gründen passt, somit kein PKMS.
- der Grund jeweils mit der verknüpften Pflegemaßnahme vorliegt und die Maßnahme entsprechend der ausgewiesenen Häufigkeit erbracht werden muss. Dies ist nicht immer möglich.
- hochaufwendige Pflegemaßnahmen auf wenige Möglichkeiten und zum Teil nicht realistische Häufigkeiten reduziert werden.
- es viele Interventionen gibt, die sich auch ändern. Bestimmte Patienten können schnell dem PKMS zugeordnet werden, manche aber schwieriger, je nach den Defiziten.
- zu unübersichtlich, Konzentrationsfähigkeit im Dienst teilweise zu gering/Zeitmangel.
- die Pflegeinterventionen zu eng gefasst sind und gerade in der Geriatrie nicht immer zuzuordnen sind.
- im Pflegealltag keine Zeit für therapeutische Konzepte bleibt.
- es zu viele Kombinationsmöglichkeiten gibt, die sehr komplex und für Mitarbeiter oft nicht nachvollziehbar sind.

Eingeschlossen sind 9 von insgesamt 27 Fällen

Die hier aufgeführten Aspekte sind in Zusammenschau mit den Aspekten unter PD5\_2 ähnlich und miteinander verknüpfbar.

**Zu 12. Fällt Ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht oder schwer?**

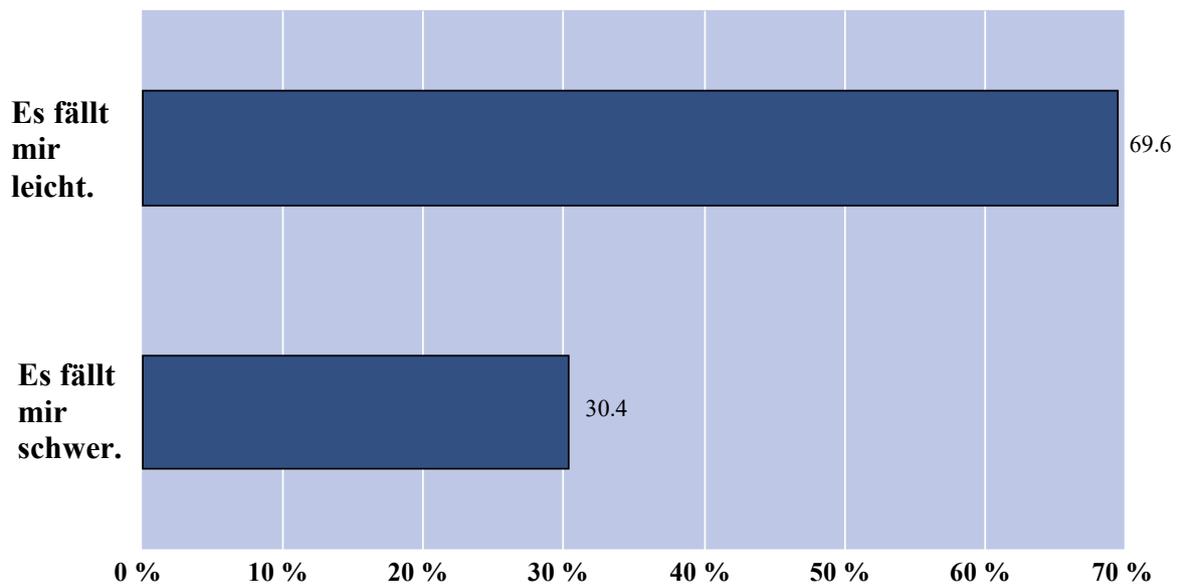
Im Fragebogen wurde diese Frage wie folgt beantwortet:

*Fällt Ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht oder schwer?*

- Es fällt mir leicht. Ich komme gut damit zurecht, die Dokumentationsanforderungen in meinen Arbeitsalltag zu integrieren.*
- Es fällt mir schwer. Ich komme nicht gut damit zurecht, die Dokumentationsanforderungen in meinen Arbeitsalltag zu integrieren.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**PD7 Fällt Ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht oder schwer?**



Eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 49: PD7 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 7, N= 23**

Die Abbildung zeigt, dass 69,6% der 23 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, sagen, dass ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht fällt.

30,4% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (eingeschlossen sind 23 von insgesamt 27 Fällen) konnte diese Frage positiv beantworten.

Am Ende des Fragebogens zum Fachbereich Pflege wurde jedem Studienteilnehmer die Möglichkeit gegeben weitere Anmerkungen zu notieren. 6 Studienteilnehmer haben diese Möglichkeit genutzt. Im Folgenden finden sich diese Anmerkungen in Form von Originalzitaten der Studienteilnehmer:

**PE1 Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls noch Mitteilungsbedarf besteht:**

- Problematisch ist die verkürzte Aufenthaltsdauer der Patienten bei gleichzeitig gestiegenem Pflegeaufwand mit Dokumentationsanforderungen sowie Verlaufsdocumentationen. Wichtig ist der Austausch unter den Mitarbeitern und das Feedback der MDK-Prüfungen.
- PKMS-Aufwand groß, vor allem beim Anlegen des Formulars. Gutes Verständnis der Mitarbeiter erforderlich, daher aufwendige Einarbeitung. Wichtigkeit der Pflegedokumentation wird für das Team deutlich.
- Weiterentwicklung des PKMS ist erforderlich. Es gibt hochaufwendige Pflegemaßnahmen, die nicht erfasst sind. Zudem sind manchmal Gründe und Maßnahmen nicht immer logisch verknüpft. Es müsste mehr und andere Möglichkeiten geben.
- Durch PKMS-Beauftragte deutlich besseres Verständnis unter Pflegepersonal, jedoch weiter schwer handhabbar; in Zukunft bald EDV-System.
- Es gibt einen zusätzlichen Zeitaufwand für die Erstanlage der Patientenbögen, Erinnern der Mitarbeiter zeitnah abzuzeichnen (Ärgernis bei fehlenden Einträgen).
- Eine Vereinfachung im gesamten Dokumentationsprozess wäre wünschenswert.

Eingeschlossen sind 6 von insgesamt 27 Fällen

Von den genannten Aspekten sind besonders die Notwendigkeit einer aufwendigen Einarbeitung, der Austausch unter den Mitarbeitern sowie die Verbesserung des Verständnisses beim Pflegepersonal durch das Vorhandensein eines PKMS-Beauftragten hervorzuheben. Diese Anmerkungen zeigen unter anderem wichtige

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Punkte auf, die eine gute Grundlage für eine gelingende Umsetzung des PKMS-E-  
Systems in die Praxis schaffen.

#### **4.3 Fachbereich Ethik im Krankenhaus**

Wie bereits in den Gliederungspunkten 1 und 2 dargestellt, wurden für den **Fachbereich Ethik** eine These und eine ergänzende Forschungsfrage aufgestellt, die in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden sollten.

Alle Fragen im Fragebogen **Fachbereich Ethik**, die zur Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfrage gestellt wurden, sind im Folgenden ausgewertet. Die Ergebnisdarstellung besteht zum einen Teil aus der entsprechenden Auswertung und zum anderen Teil aus der anschließenden Diskussion. Beide Teile sind zusammen dargestellt.

**Die These lautet:** Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen

**Die ergänzende Forschungsfrage lautet:**

Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?

In einer ersten Aufzählung wird zunächst verdeutlicht, welche Funktion die Person, die den Fragebogen im Fachbereich Ethik ausgefüllt hat, in der Klinik übernimmt. Hierbei ist anzumerken, dass identische Angaben zusammengefasst wurden. Diese „Mehrfachnennung“ einer identischen Funktion ist entsprechend dokumentiert.

### **EA1 Funktion**

- Mitglied der Ethikkommission
- Krankenhauspfarrerin; stellvertretende Leitung Ethikberatung
- Mitglied Ethikkomitee (Angabe 8 Mal)
- Klinikseelsorge
- Stabstelle: christliche Ethik und diakonisches Profil
- Koordinatorin Ehrenamt
- Mitglied Ethikarbeitsgruppe
- Mitglied im Ethikrat
- Ethikkoordinator des Krankenhauses und Ethikteamleiter
- Vorsitzende des klinischen Ethikkomitees
- Vorsitzender Ethikkommission
- Seelsorgerischer Dienst
- Sekretariat Schreibdienst

Eingeschlossen sind 20 von insgesamt 27 Fällen

**Grundsätzliche Anmerkung für den Fachbereich Ethik:**

Da von 27 Studienteilnehmern sechs Studienteilnehmer lediglich den Fragebogen zum Fachbereich Unternehmensführung und den Fragebogen zum Fachbereich Pflege zurückgesendet haben, fehlen sechs Fragebögen im Fachbereich Ethik. Aufgrund der Gesamtzahl von 27 Studienteilnehmern im Rahmen der gesamten Studie bleibt es jedoch bei der Bezeichnung 27 auch für den Fachbereich Ethik. Da die Studienteilnehmer den Fragebogen Unternehmensführung und Pflege beantwortet haben und, wie bereits in den Ausführungen zum „Studiendesign der vorliegenden Untersuchung“ (siehe Gliederungspunkt 3) erläutert, immer drei Fachbereiche einem Studienteilnehmer zugeordnet sind, ist es in der Auswertung klarer bei der Gesamtzahl von 27 zu bleiben. An der Studie haben sich im Gesamten 27 Teilnehmer beteiligt, daher wird die Zahl von 27 belassen.

#### 4.3.1 These für den Fachbereich Ethik

Im Folgenden werden die These „Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen“ anhand der im Fragebogen aufgestellten Fragen dargestellt und die Auswertung hierzu umfassend aufgeführt und analysiert.

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen? Bitte begründen Sie ihre Entscheidung.*

*Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E (Einteilung des Menschen in die Leistungsbereiche und die Beschreibungen innerhalb der Leistungsbereiche lt. OPS PKMS) ist aus ethischer Sicht **zufriedenstellend** und bildet alle erforderlichen Aspekte zur hochaufwendigen pflegerischen Versorgung von Menschen in Krankenhäusern **optimal** ab. Begründung:*

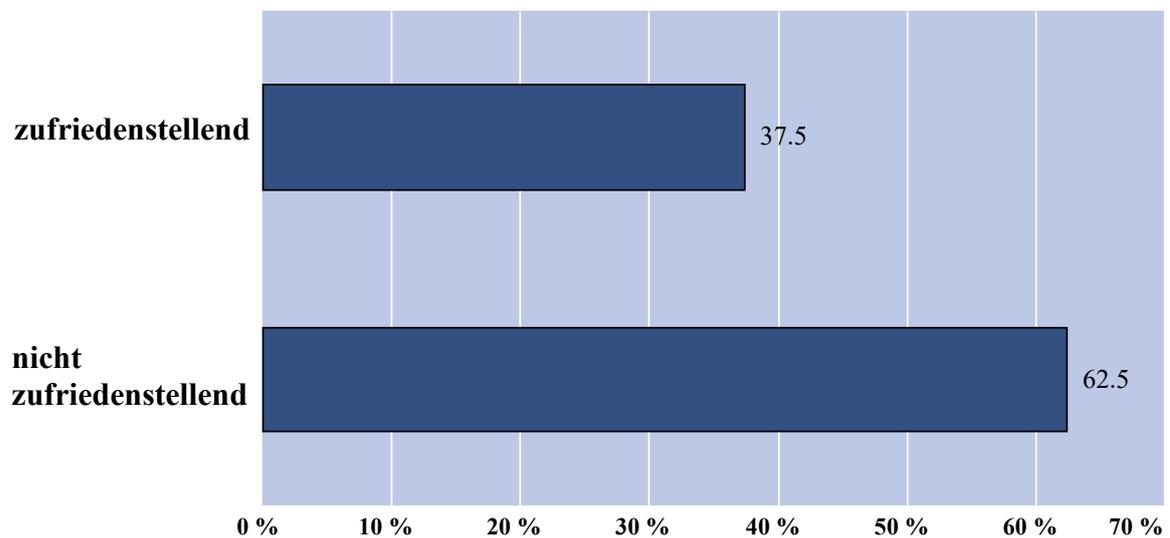
---

*Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E (Einteilung des Menschen in die Leistungsbereiche und die Beschreibungen innerhalb der Leistungsbereiche lt. OPS PKMS) ist aus ethischer Sicht **nicht zufriedenstellend** und bildet alle erforderlichen Aspekte zur hochaufwendigen pflegerischen Versorgung von Menschen in Krankenhäusern **nicht optimal** ab. Begründung:*

---

Die Auswertung der Antworten zeigt folgendes Ergebnis:

**ED1 Aussage zur Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer  
Sicht**



Eingeschlossen sind 16 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 50: ED1 -> Fachbereich Ethik, Bereich D, Frage 1, N= 16**

Die Abbildung zeigt, dass 62,5% der 16 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht als „nicht zufriedenstellend“ bezeichnen. 37,5% beantworteten die Frage mit „zufriedenstellend“.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Entscheidung bezüglich „zufriedenstellend“/„nicht zufriedenstellend“ begründet werden. Die Antworten werden anhand von Originalzitaten der Studienteilnehmer aufgeführt. Aufgrund der sehr interessanten Aussagen wird bewusst auf eine Zusammenfassung von ähnlichen Antworten verzichtet.

### **ED1\_1 Begründung zur Antwort: zufriedenstellende Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht**

- Detailliertes und ganzheitliches Pflegekonzept.
- Pflege mit mehr Zeit- und Personalressourcen.
- Berücksichtigung der aufwendigen Kommunikation.
- Zufriedenstellend, jedoch sehr aufwendige Dokumentation, die schwer vermittelbar ist.
- Sehr ausführliche Dokumentation wird als positiv angesehen.

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse der Antworten zeigt unter anderem, dass die Dokumentation als sehr ausführlich bezeichnet und dies als positiv angesehen wird. Eine andere Aussage beschreibt, dass die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E als zufriedenstellend, jedoch die ausführliche Dokumentation als schwer vermittelbar angesehen wird. Ebenso hervorzuheben ist die Anmerkung im Bereich Kommunikation. Es wird als positiv erachtet, dass der Bereich Kommunikation im Rahmen des PKMS-E berücksichtigt wird. Eine weitere Aussage bezieht sich auf das Pflegekonzept. Es wird als detailliert und ganzheitlich bezeichnet.

## **ED1\_2 Begründung zur nicht zufriedenstellenden Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht**

- Bereich Kommunikation zu gering bepunktet.
- Bereich Kommunikation zu gering bepunktet, Minutenangaben für Kommunikation unrealistisch, kommunikative Maßnahmen unrealistisch separat zu erbringen.
- Demenzerkrankung und Zeitaufwand sind nicht optimal berücksichtigt.
- Zu wenig individuelle Lösungen und zu geringer finanzieller Ausgleich.
- PV-Patientenwille unzureichend berücksichtigt Biographie/soziales Umfeld.
- Diskretion bzgl. Gesprächsinhalte wird nicht eingehalten.
- Palliative Pflegesituation ist nicht abbildbar, Bedürfnisse des Patienten finden keine Berücksichtigung aufgrund starrer Vorgaben.
- Reduzierung des Menschen auf seine Leistungen/Defizite.

Eingeschlossen sind 8 von insgesamt 27 Fällen

Die Antworten verdeutlichen, dass die Punktzahl im Bereich Kommunikation zweimal als zu gering angesehen wird. In diesem Bereich sieht die PKMS-Systematik die Vergabe von einem Punkt pro Tag vor (lt. OPS PKMS 2016). Dies führt offensichtlich zur „nicht zufriedenstellenden“ Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht. Im Bereich Kommunikation wird zudem als negativ erachtet, dass die Diskretion bzgl. Gesprächsinhalte nicht eingehalten wird. Eine hier anknüpfende Untersuchung könnte die Möglichkeit einer Optimierung des Leistungsbereiches Kommunikation mit Blick auf Dokumentation und Wertung (Punktevergabe) näher erforschen.

Hervorzuheben ist auch, dass die Einteilung des Menschen im Rahmen der PKMS-E-Systematik als „Reduzierung des Menschen auf seine Leistungen/Defizite“ bezeichnet wird.

Begründung für die „nicht zufriedenstellende“ Abbildung ist zudem fehlende Individualität. Dies wird mehrfach innerhalb der Aussagen „PV-Patientenwille unzureichend berücksichtigt...“, „zu wenig individuelle Lösungen...“, „...Bedürfnisse des Patienten finden keine Berücksichtigung aufgrund starrer Vorgaben“ zum Ausdruck gebracht.

In Zusammenschau der Auswertung aus ED1 (Abbildung 50) sowie der Begründungen aus ED1\_1 und ED1\_2 wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E als nicht zufriedenstellend ansieht.

Zu beachten ist bei dieser Aussage, dass in der Auswertung zu ED1 16 Studienteilnehmer geantwortet haben, in den Begründungen zu ED1\_1 haben fünf Teilnehmer geantwortet und zu ED1\_2 acht. Hieraus geht hervor, dass nicht alle 16 Teilnehmer (aus Abbildung 50) eine Begründung angegeben haben.

#### **4.3.2 Ergänzende Forschungsfrage für den Fachbereich Ethik**

Um die ergänzende Forschungsfrage „Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?“ zu beantworten, wird die folgende ausgewählte Frage aus dem Fragebogen **Fachbereich Ethik** dargestellt und ausgewertet.

*Gibt es Berührungspunkte für Sie, als Mitarbeiter des Ethikbereichs, mit dem PKMS-E?*

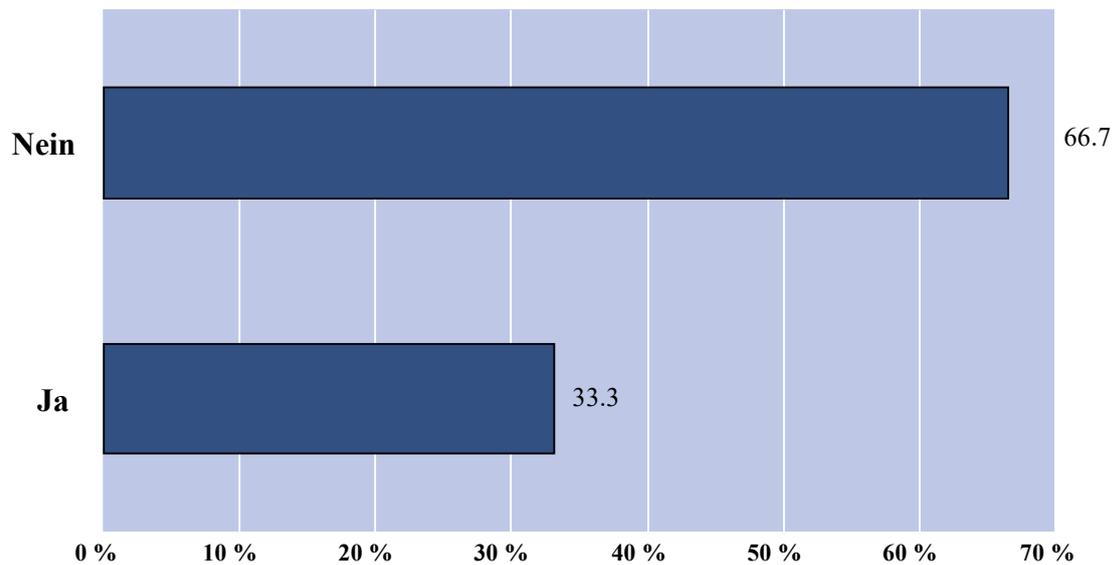
*Ja. Wenn „ja“, beschreiben Sie bitte die Berührungspunkte:*

---

*Nein. Dann bitte weiter mit Bereich „D“.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EA2 Berührungspunkte zwischen den Mitarbeitern im Ethikbereich und dem PKMS-E vorhanden?**



Eingeschlossen sind 21 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 51: EA2 -> Fachbereich Ethik, Bereich A, Frage 2, N= 21**

Die Abbildung zeigt, dass 66,7% der 21 Studienteilnehmer antworteten, dass es keine Berührungspunkte von Mitarbeitern aus dem Ethikbereich und dem PKMS-E gibt. 33,3% der Teilnehmer haben diese Frage mit „Ja“ beantwortet.

Im zweiten Teil der Frage sollte, bei Beantwortung der Frage mit „Ja“, eine Beschreibung der Berührungspunkte erfolgen. Die Auswertung hierzu erfolgt in Form von Originalzitaten.

### **EA2\_1 Beschreibung der Berührungspunkte**

- Ethikkommission
- In der täglichen Versorgung der Patienten.
- Fallbesprechungen insbesondere im Fachbereich Geriatrie.
- Beistand/Begleitung von Patienten und Angehörigen, Beratung bei ethischen Konfliktfällen.
- Über Mitarbeiter der Pflegedirektion, Zusammenarbeit mit den PKMS-E-beauftragten Personen.
- Aufgrund weiterer Tätigkeit in der Rolle der Pflegekraft.

Eingeschlossen sind 6 von insgesamt 27 Fällen

Die Analyse der Antworten zeigt, dass es verschiedene Berührungspunkte zwischen den Mitarbeitern aus dem Ethikbereich und dem PKMS-E gibt. Anzumerken ist hierbei, dass von den sieben Teilnehmern (33,3%), die lt. Abbildung 51 mit „Ja“ geantwortet haben, nur sechs Teilnehmer im zweiten Teil der Frage Berührungspunkte konkret beschrieben haben.

Zusammenfassend wird deutlich, dass der überwiegende Teil der 21 Studienteilnehmer keine Berührungspunkte zum PKMS-E hat. Eine weitere Forschung an dieser Stelle könnte hier lohnenswert sein, um Gründe diesbezüglich zu erfahren. Zeigen doch die genannten Berührungspunkte unter EA2\_1 auf, dass ein Kontakt durchaus sinnvoll ist. Beispielsweise lässt sich die Anmerkung „Fallbesprechungen insbesondere im Fachbereich Geriatrie“ hervorheben. Hierbei findet sicherlich ein gewinnbringender Austausch für alle Beteiligten statt. Diesbezüglich wäre eine folgende Untersuchung sehr interessant.

**Zusätzlich zu den bisherigen Auswertungen im Rahmen der Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfrage werden nun weitere Fragen aus der Erhebung zu den Bereichen B „Einführung des PKMS-E“ und C „Verlauf“ ausgewertet, die zusätzlich zu wichtigen Erkenntnissen führen können.**

**Anmerkung:** Wichtig zu beachten ist hierbei, dass aufgrund des Ausschlusses im Rahmen der Frage zu den Berührungspunkten lediglich die Studienteilnehmer in die Beantwortung der Fragen zu den Bereichen B „Einführung des PKMS-E“ und C „Verlauf“ einbezogen wurden, die Berührungspunkte zum PKMS-E angegeben haben (die Frage mit „Ja“ beantwortet haben). Somit sind in den folgenden Auswertungen die Antworten von sieben der 21 Studienteilnehmer (33,3% siehe Abbildung 51) ersichtlich.

**Folgende Fragen werden ausgewertet:**

1. Wurden Sie in Ihrem Arbeitsbereich über den neuen Code zum PKMS-E informiert?
2. Wann wurden Sie in Ihrem Arbeitsfeld über den neuen Code zum PKMS-E informiert?
3. Gibt es für Sie eine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. können Sie ihre Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einbringen?
4. Gibt es einen Kontakt zum Patienten, bei dem der PKMS-E codiert wird?
5. Gibt es einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?
6. Gibt es einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?
7. Findet eine Evaluation zum Thema PKMS-E in Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ statt?
8. Kooperieren Sie mit anderen Kollegen aus Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik, in der Sie tätig sind, zum Thema PKMS-E?

**Zu 1. „Wurden Sie in Ihrem Arbeitsbereich über den neuen Code zum PKMS-E  
informiert?“**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Wurden Sie in Ihrem Arbeitsbereich über den neuen Code zum PKMS-E informiert?*

*Ja. Wenn „ja“, wie wurden Sie informiert? (mehrere Antwortangaben möglich)*

*Schulung*

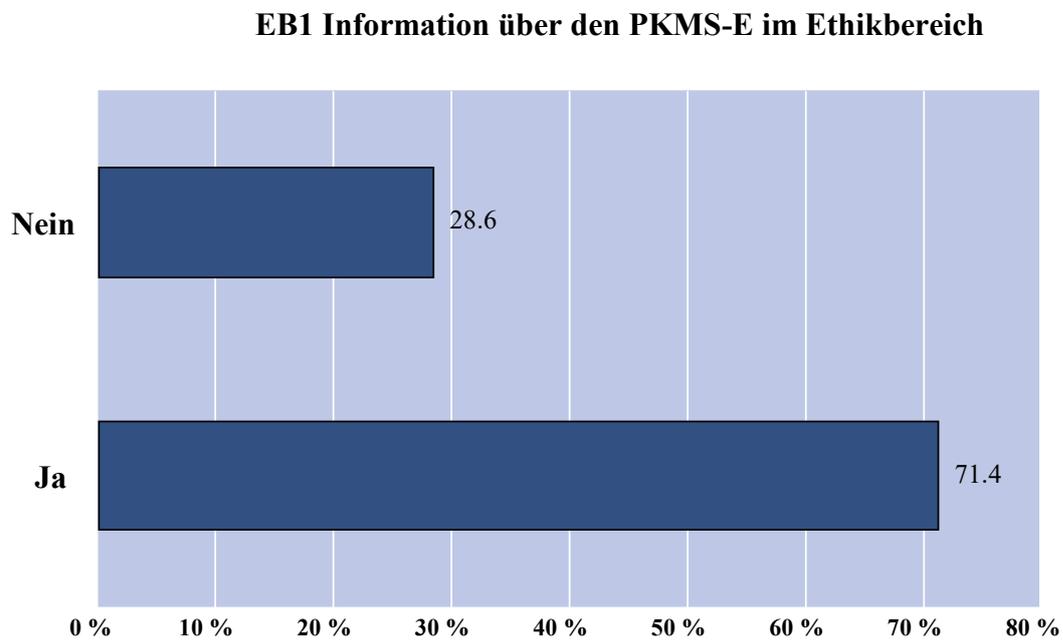
*Informationsveranstaltung*

*Sonstige. Bitte benennen Sie diese:*

---

*Nein. Ich wurde nicht über den neuen Code zum PKMS-E informiert. Bitte  
weiter mit Bereich „C“.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:



Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 52: EB1 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 1, N= 7**

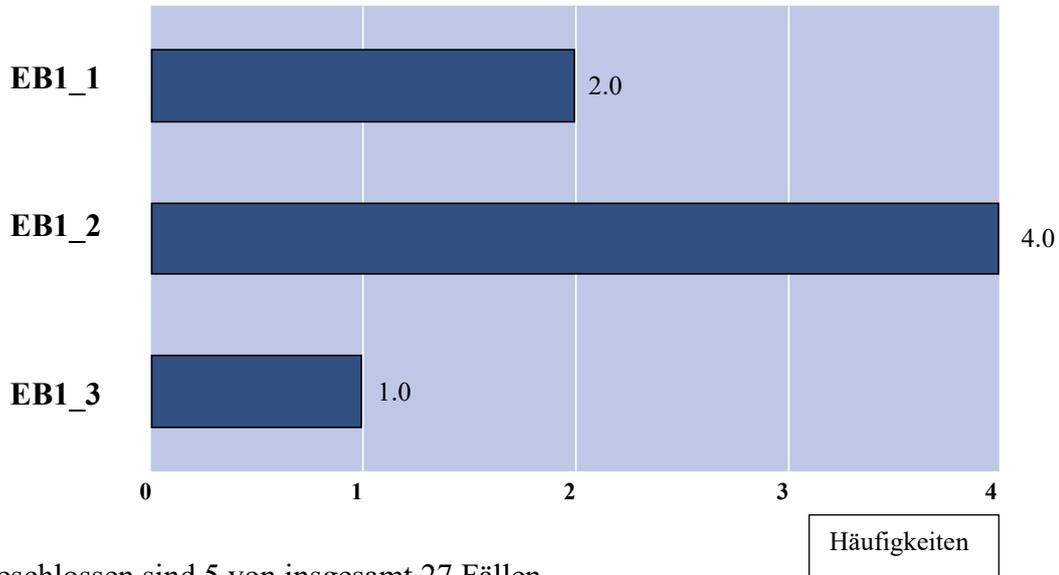
Die Abbildung zeigt, dass 71,4% der 7 Studienteilnehmer über den PKMS-E informiert wurden. 28,6% der Teilnehmer haben diese Frage verneint.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Art der Information angegeben werden. Diese Möglichkeit wurde von fünf Studienteilnehmern genutzt:

**EB1\_1 Wie fand die Information statt? Schulung**

**EB1\_2 Wie fand die Information statt? Informationsveranstaltung**

**EB1\_3 Wie fand die Information statt? Sonstige Art der Informationsvermittlung**



Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 53: EB1\_1, EB1\_2, EB1\_3 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 1\_1, 1\_2, 1\_3, N= 5**

Abbildung 53 ist aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten mit der Angabe von Häufigkeiten dargestellt. Einige Studienteilnehmer haben diese genutzt und mehrere Antworten angegeben. Aus der Abbildung wird deutlich, dass von den 5 Studienteilnehmern insgesamt 7 Antworten gegeben wurden.

Es zeigt sich, dass 4 Studienteilnehmer durch Informationsveranstaltungen über den neuen Code zum PKMS-E informiert wurden. Zwei Studienteilnehmer wurden über Schulungen informiert. Ein Teilnehmer gab die Antwort „sonstige Art der Informationsvermittlung“. Er gab hierzu folgende Anmerkung:

**EB1\_3\_1 Art der Informationsvermittlung**

- Besprechungen: PDL, Pflegeführungskonferenz

Eingeschlossen sind 1 von insgesamt 27 Fällen

Die Auswertungen zeigen, dass die Information zum PKMS-E auf verschiedenen Wegen weitergegeben wurde. Hierbei wurden zum Teil mehrere Informationsmöglichkeiten parallel genutzt.

**Zu 2. „Wann wurden Sie in Ihrem Arbeitsfeld über den neuen Code zum PKMS-E informiert?“**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Wann wurden Sie in Ihrem Arbeitsfeld über den neuen Code zum PKMS-E informiert?*

- Von Beginn an. Ab der Anwendung des neuen Codes in der Klinik.*
  - Nicht von Beginn an. Wenn nicht von Beginn an, ab wann (Angabe des Monats und der Jahreszahl sind ausreichend)?*
- 

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EB2 Wann fand die Information statt?**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Von Beginn an.	1	5	18.5	100.0
-	-	22	81.5	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 13: EB2 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 2, N= 5**

Die Tabelle zeigt, dass 5 Studienteilnehmer die Frage beantwortet haben. Sie gaben an, dass sie von Beginn an, also ab der Anwendung des neuen Codes in der Klinik, in ihrem Arbeitsfeld zum PKMS-E informiert wurden.

**Zu 3. „Gibt es für Sie eine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. können Sie ihre Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einbringen?“**

Die Frage stellte sich im Fragebogen wie folgt dar:

*Gibt es für Sie eine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. können Sie ihre Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einbringen?*

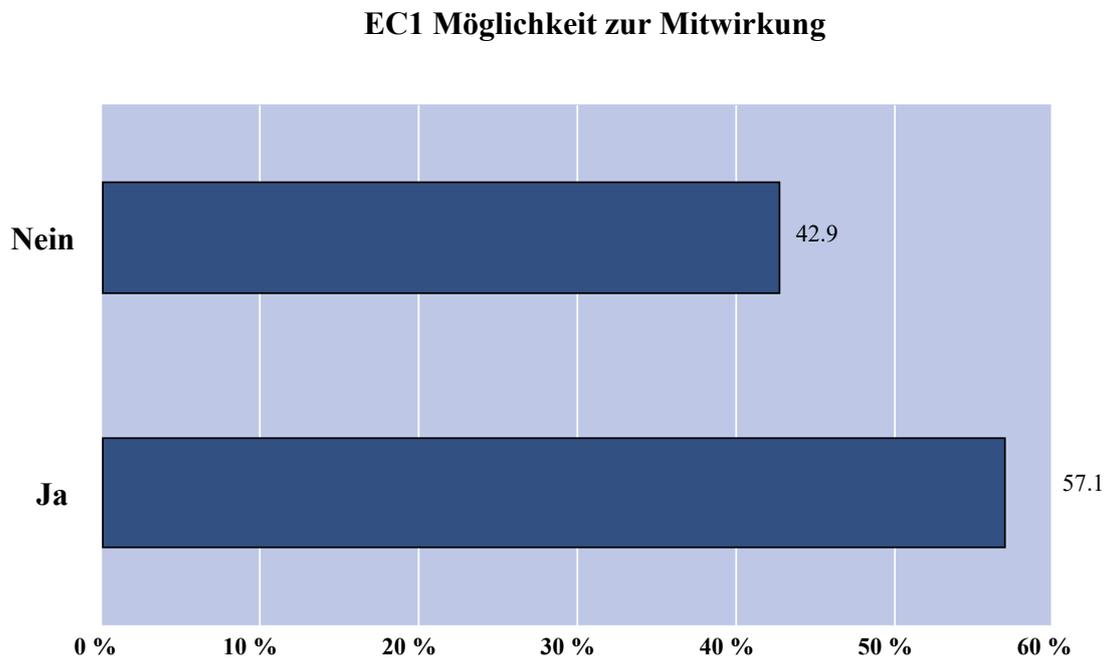
*Ja. Wenn „ja“, in welcher Form ist es Ihnen möglich sich einzubringen?*

*Bsp. Optimierung von Prozessabläufen etc.*

---

*Nein. Es gibt keine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. die Möglichkeit, Sichtweisen auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einzubringen.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:



Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 54: EC1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 1, N= 7**

Die Abbildung zeigt, dass von den 7 Studienteilnehmern 57,1% die Möglichkeit zu Mitwirkung im Rahmen des PKMS-E haben. 42,9% haben diese Frage mit „Nein“ beantwortet.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Form der Mitwirkungsmöglichkeit angegeben werden. Diese Angabe ist von den vier Studienteilnehmern (57,1%, siehe Abbildung 54), die eine Mitwirkung bestätigen konnten, gemacht worden:

#### **EC1\_1 Form der Mitwirkung**

- Gespräche/Vorschläge direkt mit MDK.
- Situationsbezogen im ethischen Komitee.
- Kollegialer Austausch.
- Mitwirkung bei Einführung von Dokumentationsverfahren.

Eingeschlossen sind 4 von insgesamt 27 Fällen

Die Angaben der vier Studienteilnehmer zeigen, dass die Mitwirkung auf sehr vielfältigem Wege erfolgen kann. Innerhalb der genannten Formen ist eine konstruktive

Einbringung der eigenen Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E sicherlich sehr gut  
möglich.

**Zu 4. „Gibt es einen Kontakt zum Patienten, bei dem der PKMS-E codiert wird?“**

Die Frage im Fragebogen gestaltete sich wie folgt:

*Gibt es einen Kontakt zum Patienten, bei dem der PKMS-E codiert wird?*

*Ja. Wenn „ja“, wie findet dieser Kontakt statt? (mehrere Antwortangaben  
möglich)*

*Persönliches Gespräch mit dem Patienten*

*Über Fachkräfte in der Pflege*

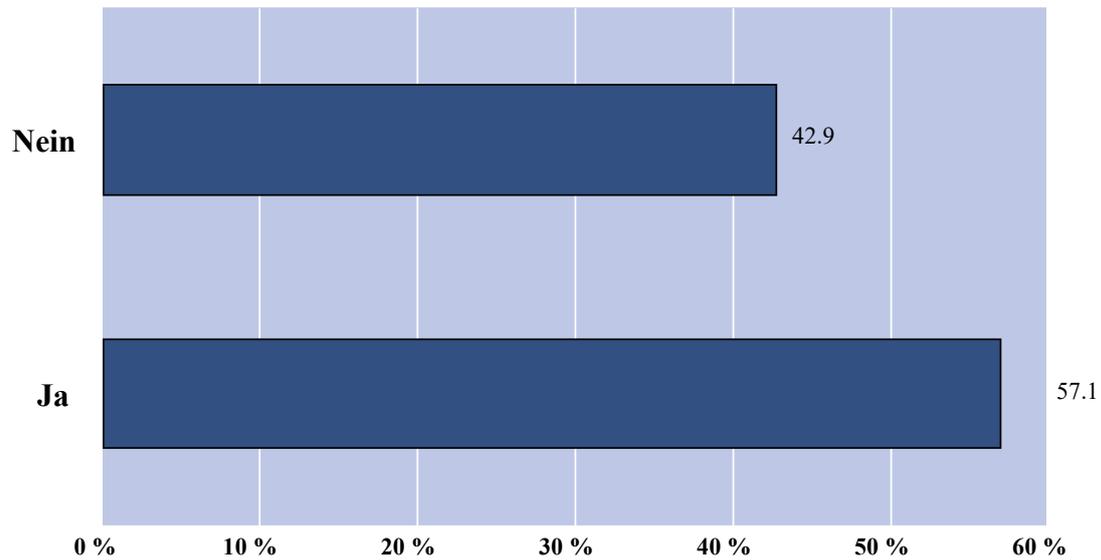
*Wenn der Kontakt in einer anderen Form stattfindet, benennen Sie diese  
bitte:*

---

*Nein, es besteht kein Kontakt zum Patienten.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EC2 Besteht Kontakt zum PKMS-E-Patienten?**

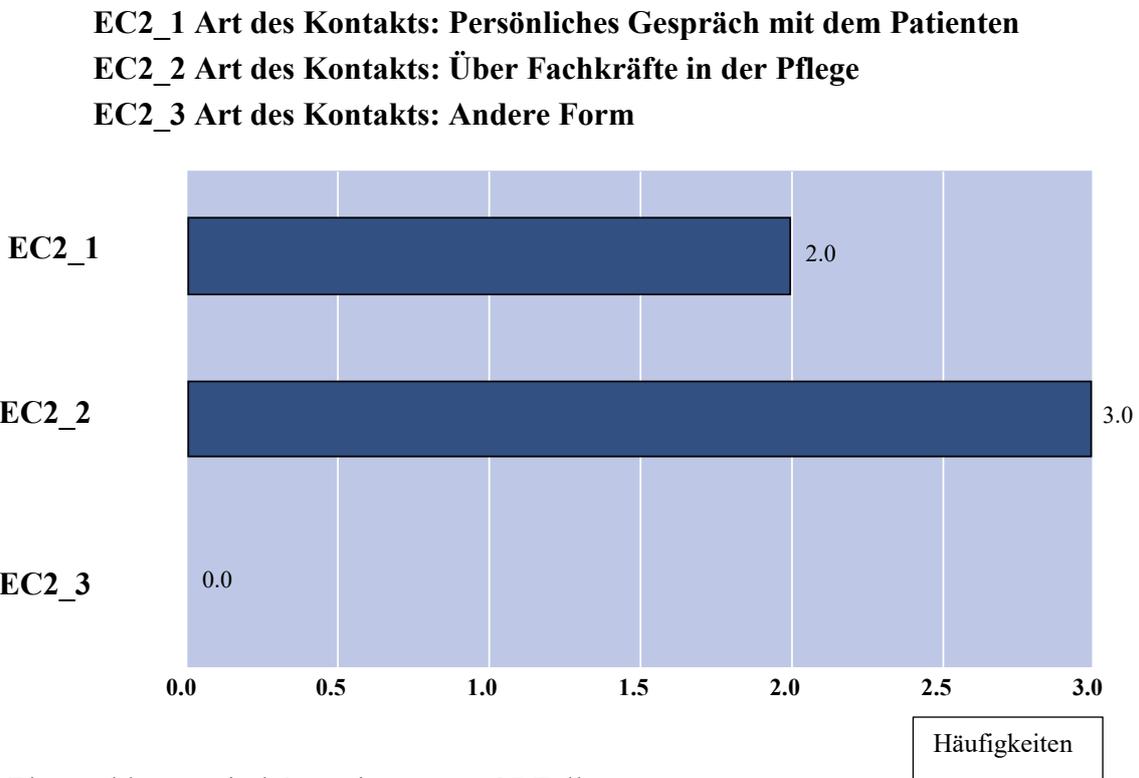


Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 55: EC2 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 2, N= 7**

Abbildung 55 zeigt, dass bei 57,1% der 7 Studienteilnehmer ein Kontakt zum PKMS-E-Patienten besteht. Bei 42,9% der Teilnehmer besteht kein Kontakt.

Im zweiten Teil der Frage sollte die Art des Kontaktes genannt werden. Hierbei waren mehrere Antwortmöglichkeiten möglich. Die Auswertung zeigt folgendes Ergebnis:



Eingeschlossen sind 4 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 56: EC2\_1, EC2\_2, EC2\_3 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 2\_1, 2\_2, 2\_3, N= 4**

Abbildung 56 ist aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantworten mit der Angabe von Häufigkeiten dargestellt. Einige Studienteilnehmer haben diese genutzt und mehrere Antworten angegeben. Aus der Abbildung wird deutlich, dass von den 4 Studienteilnehmern insgesamt 5 Antworten gegeben wurden.

Drei der Studienteilnehmer gaben an, dass der Kontakt über Fachkräfte in der Pflege stattfindet. Zudem wurde zweimal das persönliche Gespräch mit dem Patienten als Art des Kontaktes angegeben. Die Antwortmöglichkeit der „anderen Form“ wurde nicht gewählt.

Es wird deutlich, dass beide Kontaktarten zum PKMS-E-Patient auch parallel stattfinden. Sicherlich ist es unter anderem von Stationsabläufen abhängig, welche Art des Kontaktes genutzt wird.

**Zu 5. „Gibt es einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?“**

Die Frage im Fragebogen wurde wie folgt dargestellt:

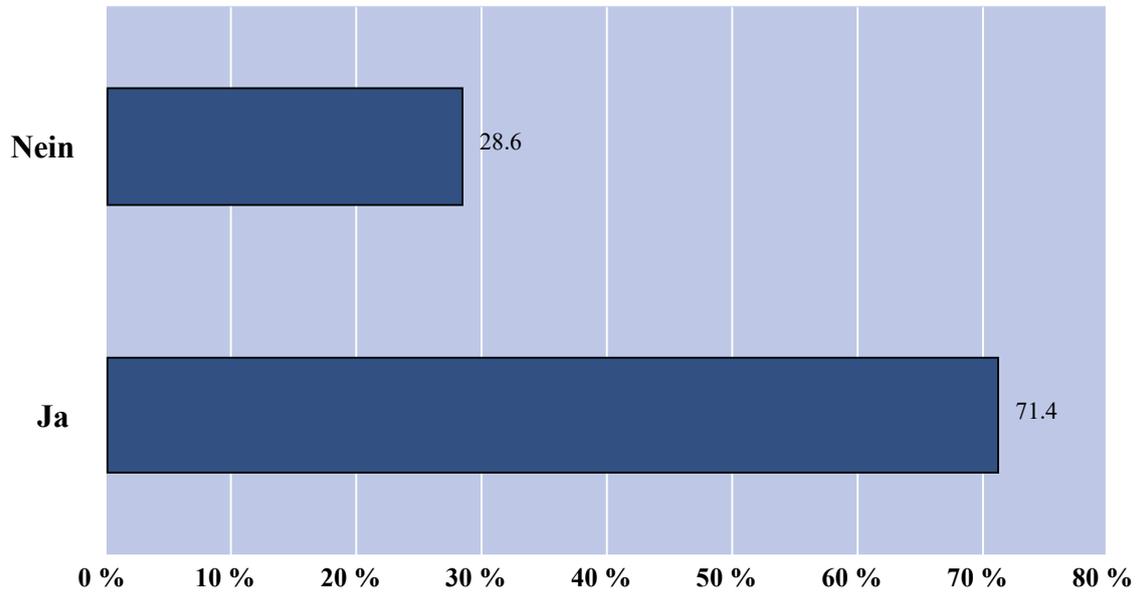
*Gibt es einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?*

- Ja. Wenn „ja“, wie findet dieser Kontakt statt?*
  - Mündlicher Kontakt*
  - Schriftlicher Kontakt*
  - Mündlicher und schriftlicher Kontakt*
- Nein. Es gibt keinen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E.*

*Bitte weiter mit Frage 7.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EC5 Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E**

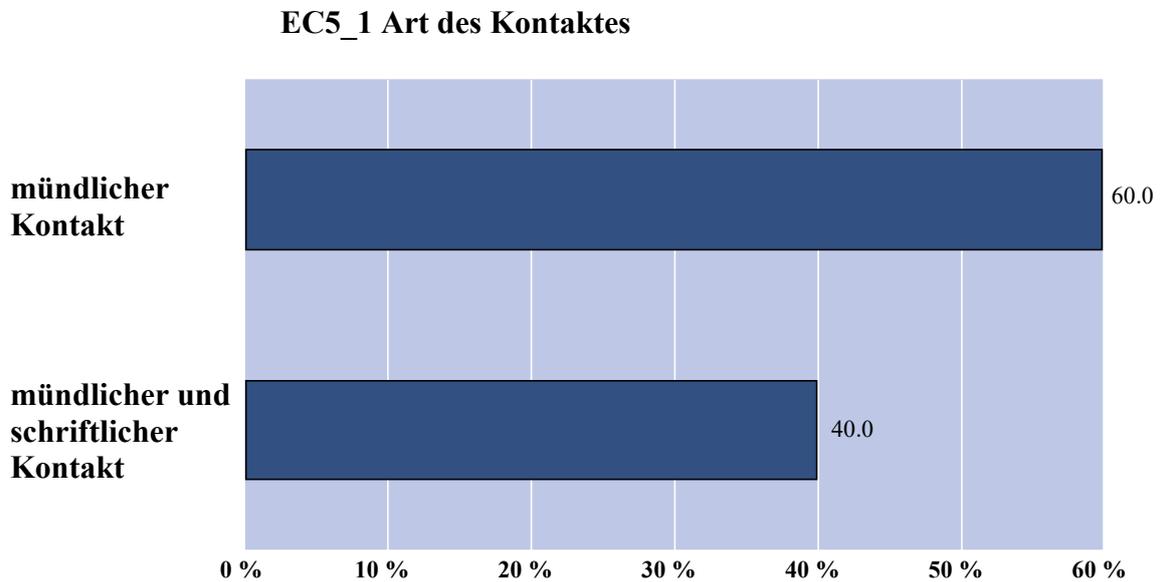


Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 57: EC5 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 5, N= 7**

Aus der Abbildung geht hervor, dass 71,4% der 7 Studienteilnehmer einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E haben. 28,6% der Teilnehmer haben keinen Kontakt.

Im zweiten Teil der Frage sollte angegeben werden, wie die Art des Kontaktes ist. Die Auswertung zeigt folgendes Ergebnis:



Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 58: EC5\_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 5\_1, N= 5**

Die Abbildung zeigt, dass 60% der 5 Studienteilnehmer über mündlichen Kontakt mit den Pflegekräften in Verbindung stehen. 40% der Studienteilnehmer haben einen mündlichen und schriftlichen Kontakt angegeben.

Einen rein schriftlichen Kontakt mit den Pflegekräften zu haben, stand als Antwortoption ebenso zur Verfügung. Diese Antwort wurde von den Studienteilnehmern nicht angegeben.

**Zu 6. Gibt es einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung  
zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Gibt es einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den  
Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?*

Ja. Wenn „ja“,

in regelmäßigem Zeitraum:

wöchentlich

monatlich

Quartal

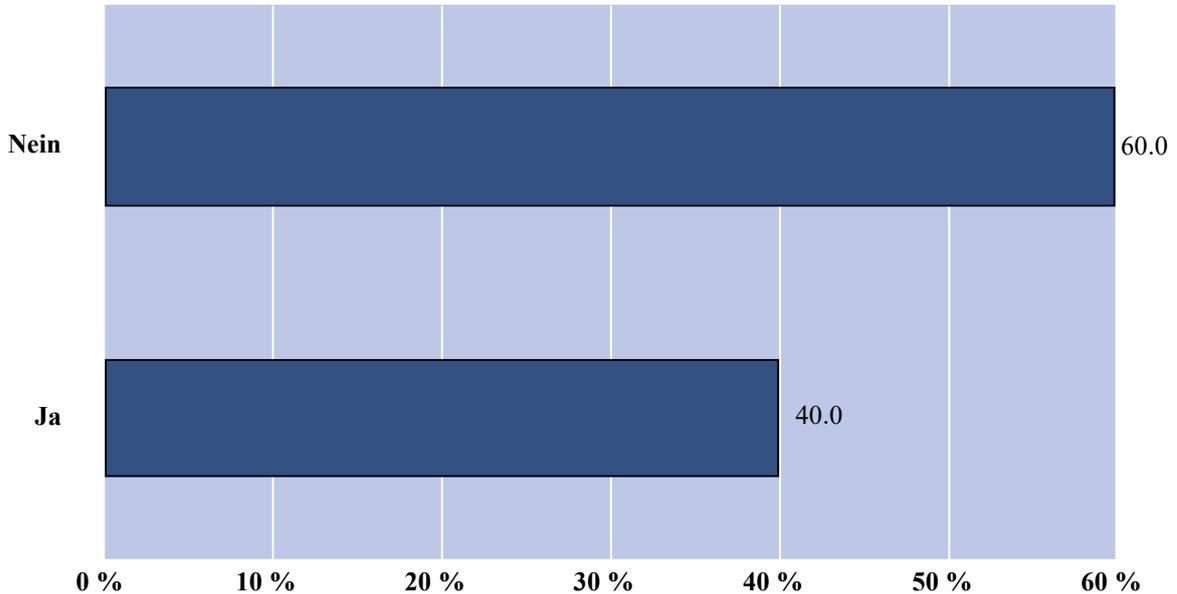
½ jährlich

unregelmäßig. Wann war der letzte Kontakt? Vor \_\_ Monaten.

Nein. Es gibt keinen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur  
Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E.

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EC6 Festgelegter wiederkehrender Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E**



Eingeschlossen sind 5 von insgesamt 27 Fällen

**Abbildung 59: EC6 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6, N= 5**

Die Abbildung zeigt, dass es bei 60% der 5 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, keinen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E gibt. 40% der Teilnehmer haben einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung bestätigt.

Im weiteren Teil der Frage sollte, bei Bestätigung eines festgelegten wiederkehrenden Kontakts, beantwortet werden, ob der Kontakt regelmäßig oder unregelmäßig stattfindet. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Auswertung auf:

**EC6\_1 Ja, wiederkehrender Zeitraum**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
regelmäßig	1	2	7.4	100.0
-	-	25	92.6	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 2 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 14: EC6\_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6\_1, N= 2**

Die Tabelle zeigt, dass bei beiden Studienteilnehmern, die laut Abbildung 59 (40%) einen wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung bestätigt haben, ein regelmäßiger Kontakt stattfindet.

Im weiteren Teil der Frage sollte der regelmäßige Zeitraum näher benannt werden. Dies wurde wie folgt beantwortet:

**EC6\_1\_1 Regelmäßiger Zeitraum**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
wöchentlich	1	1	3.7	50.0
Quartal	3	1	3.7	50.0
-	-	25	92.6	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 2 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 15: EC6\_1\_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6\_1\_1, N= 2**

In der Tabelle wird deutlich, dass der Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E bei einem Studienteilnehmer wöchentlich stattfindet und bei einem Studienteilnehmer quartalsweise.

In Zusammenschau der gesamten Auswertungen zu 6. wird deutlich, dass eine weitere umfassendere Untersuchung an dieser Stelle vermutlich deutlichere Aussagen bringen würde. Es wäre lohnenswert von einer größeren Anzahl an Mitarbeitern aus dem Ethikbereich zu erfahren, ob es einen bestimmten Turnus von Kontakten gibt und wie sich dies auf das Arbeitsfeld im Ethikbereich auswirkt. Die Nennungen eines wöchentlichen und quartalsweisen Kontakts von lediglich zwei Studienteilnehmern sind für nähere Aussagen bedauerlicherweise nicht ausreichend.

**Zu 7. „Findet eine Evaluation zum Thema PKMS-E in Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ statt?“**

Die Frage wurde im Fragebogen wie folgt dargestellt:

*Findet eine Evaluation zum Thema PKMS-E in Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ statt?*

*Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese aus?*

*Bsp. Überdenken von Prozessabläufen, anhand vergangener Falldaten etc.*

---

*Nein. Es findet keine Evaluation in meinem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ zum Thema PKMS-E statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EC8 Evaluation zum Thema PKMS-E im Arbeitsfeld Ethikbereich**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Nein	0	7	25.9	100.0
-	-	20	74.1	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 16: EC8 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 8, N= 7**

Die Tabelle zeigt, dass bei den 7 Studienteilnehmern keine Evaluation zum Thema PKMS-E stattfindet.

Eine weitere Untersuchung an dieser Stelle könnte die Gründe aufzeigen, weshalb im Ethikbereich keine Evaluation zu diesem Thema stattfindet. Ebenso könnte eine interessante Frage sein, ob es für andere Themengebiete eine Evaluation gibt oder ob dies generell nicht stattfindet.

**Zu 8. Kooperieren Sie mit anderen Kollegen aus Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik, in der Sie tätig sind, zum Thema PKMS-E?**

Die Frage stellte sich im Fragebogen wie folgt dar:

*Kooperieren Sie mit anderen Kollegen aus Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik, in der Sie tätig sind, zum Thema PKMS-E?*

*Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese Kooperation aus?*

*Bsp. Regelmäßige Treffen zum Austausch, Fallbesprechungen etc.*

---

*Nein. Es findet keine Kooperation mit anderen Kollegen aus meinem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik, in der ich tätig bin, zum Thema PKMS-E statt.*

Die Frage wurde wie folgt beantwortet:

**EC9 Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik**

Wertelabels	Codes	Anzahl	% insgesamt	% von gültigen
Nein	0	7	25.9	100.0
-	-	20	74.1	-
Summe		27	100.0	100.0

Eingeschlossen sind 7 von insgesamt 27 Fällen

**Tabelle 17: EC9 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 9, N= 7**

Die Tabelle zeigt, dass bei den 7 Studienteilnehmern keine Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik stattfindet.

An dieser Stelle wäre eine weitere Forschung sinnvoll. Diese könnte aufzeigen, ob es nur zum Thema PKMS-E keine Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik gibt oder ob durchaus Kooperationsbereiche bestehen. Sollte es eine Kooperation in anderen Bereichen geben, so könnten die Vorteile dieser herausgestellt werden und positive Aspekte für eine Durchführung der Kooperation auch im PKMS-E-Bereich angedacht werden. Eventuell zeigt sich hier eine Möglichkeit für zukünftige Prozessoptimierungen.

Am Ende des Fragebogens zum **Fachbereich Ethik** wurde jedem Studienteilnehmer die Möglichkeit gegeben, weitere Anmerkungen zu notieren. Drei Studienteilnehmer haben diese Möglichkeit genutzt. Im Folgenden finden sich diese Anmerkungen in Form von Originalzitaten der Studienteilnehmer:

**EE1 Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls noch Mitteilungsbedarf besteht**

- „Anknüpfungspunkt“ nicht PKMS-E.
- PKMS-E dient der Erhöhung der Einnahmen des Krankenhauses, nicht der tatsächlichen Pflege oder dem Wohl der Patienten.
- Gefahr, dass Pflegehandeln beeinflusst wird oder zu umfangreich dokumentiert wird, wenn wirtschaftliche Anreize im Vordergrund stehen.

Eingeschlossen sind 3 von insgesamt 27 Fällen

Zwei dieser Anmerkungen nehmen den PKMS-E besonders unter wirtschaftlichen Aspekten in den Blick. Hinter der ersten Anmerkung könnte stehen, dass nicht der PKMS-E Anknüpfungspunkt für die Ethik-Mitarbeiter einer Klinik ist, mit den Patienten in Kontakt zu kommen. Sicher ist dies jedoch aufgrund der sehr kurzen Anmerkung und fehlenden weiteren Ausführung nicht zu sagen.

Abschließend kann für den Fachbereich Ethik gesagt werden, dass die Datengrundlage mit 7 Studienteilnehmern in den Fragekomplexen B und C sicherlich nicht ausreichend ist, um weiterführende Aussagen zu machen. In Zusammenschau der Antworten aus den Fragekomplexen A, D und E wird jedoch insgesamt verdeutlicht, dass eine Forschung in diesem Gebiet lohnenswert ist. Eine weitere Untersuchung könnte möglicherweise aufzeigen, ob und gegebenenfalls wie sich zukünftig das Bild auf den PKMS-E aus Sicht der Mitarbeiter aus dem Ethikbereich einer Klinik verändert.

## **5 Erkenntnisse aus der Untersuchung**

### **5.1 Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus den jeweiligen Fachbereichen**

In den folgenden Gliederungspunkten 5.1.1-5.1.3 werden die Erkenntnisse aus der Untersuchung für jeden Fachbereich zusammenfassend dargestellt. Hierdurch soll ein kurzer Überblick über die Ergebnisse der Erhebung mit Blick auf die Thesen und ergänzenden Forschungsfragen ermöglicht werden.

#### **5.1.1 Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus betriebswirtschaftlicher Perspektive<sup>12</sup>**

Die These im Fachbereich Unternehmensführung „Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt“ wurde in der Untersuchung bestätigt. Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer (76,9%) eine Investition für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E bestätigen konnte. Die Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E wurde aufgrund der geringen Datenmenge und der großen Differenz von vier verbleibenden Werten nicht detailliert ausgewertet. Jedoch ist deutlich geworden, dass die These bestätigt werden konnte.

Um die ergänzenden Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine Reihe von Fragen in den Erhebungsbögen gestellt, deren Auswertung wertvolle Erkenntnisse brachte.

Die Auswertung der ergänzenden Forschungsfrage „Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?“ zeigte, dass der PKMS-E mit einer Vielzahl von Abteilungen in Berührung ist. Deutlich hervor ging, dass von 26 Studienteilnehmern 21 Mal die Abteilung Geriatrie explizit genannt wurde. Es fanden sich keine weiteren Abteilungen, die in gleicher Höhe oder mit einer höheren Anzahl angegeben wurden. Diese Auswertung verdeutlichte die bereits in der Masterarbeit der Autorin gewonnene Erkenntnis, dass der überwiegende Anteil an Patienten, bei denen es zu einer Codierung des PKMS kommt, in einem höheren Lebensalter verortet ist (siehe Einleitung der vorliegenden Arbeit).

---

<sup>12</sup> Die Anzahl der Kliniken, die sich an der Studie beteiligt haben, lag bei 27. Für den Fachbereich Unternehmensführung lagen 27 auswertbare Fragebögen vor. Nähere Erläuterungen hierzu finden sich im Kapitel 4.

Die Auswertung zur weiteren ergänzenden Forschungsfrage „Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?“ ergab, dass bei den Studienteilnehmern umfassende Maßnahmen erfolgt sind, um den PKMS-E umzusetzen. Sicherlich gab es noch weitere Maßnahmen, die in der vorliegenden Untersuchung nicht erfragt und damit nicht ausgewertet wurden. In Zusammenschau der ausgewerteten Maßnahmen wird jedoch schon der umfangreiche Einsatz der Studienteilnehmer deutlich.

Die Auswertung zeigte, dass sich 69,2% der 26 Studienteilnehmer, die die Frage beantwortet haben, gleich zu Beginn (ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der neuen Codierungsmöglichkeit) informiert haben. Zudem wurde erkennbar, dass die Informationsgewinnung der Führungskräfte am häufigsten über Seminare und Fortbildungen sowie in schriftlicher Form (Literatur, Internet) erfolgt ist. Aus den gewonnenen Erkenntnissen wurde ebenso deutlich, dass alle 27 Studienteilnehmer Personen mit Multiplikatorenfunktion benannt haben.

Es wurde deutlich, dass 51,9% der 27 Studienteilnehmer eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen haben. 6 von 12 Studienteilnehmern gaben an, die Aufgaben innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle um den Bereich PKMS-E erweitert zu haben.

Die Antworten der Studienteilnehmer zur Frage nach den Arten der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter waren sehr vielfältig und es fanden auch verschiedene Formen parallel statt. Die mündliche Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.) erwies sich innerhalb der Auswertung als die am häufigsten angewendete Form.

Als die am häufigsten in der Einführungsphase<sup>13</sup> des PKMS-E stattgefundenen Maßnahmen wurden die Einführung einer neuen Dokumentation und das Durchführen interner Schulungen angegeben.

Es ging hervor, dass 26 von 27 Studienteilnehmern bestätigt haben, dass sich Führungskräfte über Neuerungen zum PKMS-E informieren. Die am häufigsten genutzte Art der Informationsgewinnung war „externe Seminare“. Diese Antwort wurde von 15 Teilnehmern genannt.

---

<sup>13</sup> Als Einführungsphase wurde die Anfangszeit der Anwendung des PKMS-E im Rahmen der Erhebung bezeichnet.

Das Stattfinden von interdisziplinären Besprechungen haben 74,1% von 27 Studienteilnehmern bestätigt. Innerhalb dieser Frage wurde ersichtlich, dass der PKMS-E viele verschiedene Berufsgruppen betrifft.

Es wurde deutlich, dass 44,6% der 27 Studienteilnehmer mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E kooperieren. 10 von 12 Studienteilnehmern nannten „regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch“ als Form der Kooperation zum Thema PKMS-E. Damit war diese die am häufigsten genannte Form.

Es zeigte sich, dass bei 84,6% von 26 Studienteilnehmern eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E stattfindet. Die Überprüfung von Prozessen anhand vergangener Falldaten wurde als die häufigste Art der Evaluation angegeben.

Die Auswertung der ergänzenden Forschungsfrage „Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?“ ergab, dass 74,1% der 27 Studienteilnehmer die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich (allgemein) für die gesamte Einrichtung einem bestimmten Führungsstil zuordnen konnten. 45% der 20 Studienteilnehmer, die den Führungsstil konkret benennen konnten, ordneten die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem situativen Führungsstil zu. Damit war dieser Führungsstil der am häufigsten genannte.

Die Auswertung zur weiteren ergänzenden Forschungsfrage „Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?“ zeigte, dass 66,7% der 24 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E gesehen haben. Die Analyse der Begründungen zeigte sehr unterschiedliche Antworten der Studienteilnehmer. Ein Studienteilnehmer gab an, dass der Stellenanteil Pflege in der Geriatrie vergleichsweise mit anderen Abteilungen ohnehin schon sehr hoch ist und es daher noch keine Veränderungen in der Mitarbeiterzahl gegeben hat.

Die Auswertung der ergänzenden Forschungsfrage „Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?“ ergab, dass 95,5% der 22 Kliniken, die diese Frage beantwortet haben, Erfahrungswerte beschreiben können, die als positiv und/oder negativ für zukünftige Projekte festgehalten werden sollen. Die Analyse der Erfahrungswerte, die als positiv

festgehalten werden sollten, zeigte, dass die Transparenz eine hohe Priorität hat. Es wurde verdeutlicht, dass es für Mitarbeiter wichtig ist informiert zu sein. Zudem wurde das Einsetzen von Multiplikatoren mehrfach als positiver Erfahrungswert genannt. Die Analyse der Erfahrungswerte, die als negativ festgehalten werden sollten, verdeutlichte, dass überwiegend die jährlichen Aktualisierungen des PKMS-E als negativ empfunden wurden. Der dadurch entstehende erneute Schulungsaufwand und die Notwendigkeit der Dokumentationsanpassung wurden als belastend wahrgenommen. Ebenso als negativen Erfahrungswert bezüglich des PKMS-E wurde mehrfach die Prüfung durch den MDK genannt.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive wird deutlich, wie umfangreich die Maßnahmen im Fachbereich Unternehmensführung waren.

Die Untersuchung zeigte zusätzlich zu den bisher zusammengefassten Erkenntnissen, dass 87% von 23 Studienteilnehmern zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren werden. Dies deutet eine lohnenswerte Etablierung der gesamten Maßnahmen, die zum Einsatz kamen, an.

Auch in Zusammenschau der Auswertung der Antworten zur Frage „Welche Beobachtung können Sie über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, machen?“. Hier wurde deutlich, dass der überwiegende Teil von 26 Studienteilnehmern (20) eine stetige Erhöhung der Anzahl der PKMS-E-Patienten bestätigen kann.

Eine weitere Auswertung verdeutlichte, dass 64% von 25 Studienteilnehmern zukünftige Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant haben. Deutlich hervor geht, dass die EDV-gestützte Dokumentation bei einigen Studienteilnehmern in Zukunft eingeführt werden soll.

Die Analyse zeigte weiter, dass 56% von 25 Studienteilnehmern den PKMS-E seit dem Jahr 2012 codieren.

Die Angaben zur Anzahl der Patienten, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt ist, waren wie folgt: Die kleinste Angabe lag bei 169 PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung in der Klinik. Die höchste Angabe lag bei ca. 3500 PKMS-E-Patienten.

Bezüglich des prozentualen Anteils an PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik waren die Angaben folgendermaßen: Der höchste Wert lag bei 10% PKMS-E-Patienten. Der niedrigste Wert lag bei ca. 0,2% PKMS-E-Patienten.

Es wurde deutlich, dass 51,9% der 27 Studienteilnehmer aussagten, dass die Umsetzung des PKMS-E insgesamt mit vielen Schwierigkeiten verbunden war. Mehrfach wurde ein erhöhter Dokumentations- und Schulungsaufwand als Schwierigkeit von den Studienteilnehmern benannt.

### **5.1.2 Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus pflegerischer Perspektive<sup>14</sup>**

Die These im Fachbereich Pflege „Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen“ wurde in der Untersuchung bestätigt. Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer (88%) eine erhöhte Dokumentationszeit seit Einführung des PKMS-E bestätigte. Der Durchschnittswert der Angaben, um wie viele Minuten am Tag die Dokumentationszeiten angestiegen sind, lag bei 18,9 Minuten.

Um die ergänzenden Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine Reihe von Fragen in den Erhebungsbögen gestellt, deren Auswertung wertvolle Erkenntnisse brachte.

Die Auswertung der ergänzenden Forschungsfrage „Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?“ zeigte, dass es eine Vielzahl an Maßnahmen gab, die von den Studienteilnehmern erbracht wurden.

Bei 26 Studienteilnehmern hat eine Vorbereitung auf den PKMS-E stattgefunden. Die am häufigsten angewendete Art der Vorbereitung war „jede Station wurde für sich auf den PKMS-E vorbereitet bzw. die Vorbereitung hat stationsintern stattgefunden“. Dies wurde von 19 Studienteilnehmern bestätigt.

Der überwiegende Teil (22 von 26 Studienteilnehmern) gab an, „jede Pflegefachkraft im Dienst“ für die Entscheidung, für welchen Patienten eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird, verantwortlich zu machen.

Es wurde ersichtlich, dass es bei 92,3 % von 26 Studienteilnehmern seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum PKMS-E gibt. 23 Studienteilnehmer bestätigten, dass die Schulungen seit der Einführung des neuen Codes regelmäßig stattfinden. 9 von 18 Studienteilnehmern, die den Zeitraum der regelmäßigen Schulungen angeben konnten, gaben eine quartalsweise Durchführung an. Damit war die quartalsweise Durchführung die am meisten genannte Antwort.

Die häufigste Form, einen Ansprechpartner zum Thema PKMS-E zu haben, wurde von 24 der 26 Studienteilnehmer mit „einen Experten für alle Stationen zusammen“

---

<sup>14</sup> Die Anzahl der Kliniken, die sich an der Studie beteiligt haben, lag bei 27. Für den Fachbereich Pflege lagen 26 auswertbare Fragebögen vor. Nähere Erläuterungen hierzu finden sich im Kapitel 4.

angegeben. 25 Studienteilnehmer antworteten, dass auch eine Anlaufstelle für Hilfen vorhanden ist, wenn der reguläre Ansprechpartner ausfällt.

26 Studienteilnehmer gaben an, dass eine Information über Neuerungen zum PKMS-E stattfindet. Es wurden vielfältige Arten der Informationsvermittlung angegeben.

Deutlich wurde, dass bei 65,4% der 26 Studienteilnehmer Kommunikationsnetzwerke, die einen Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen, vorhanden sind. Die Form der Kommunikationsnetzwerke wurde am häufigsten (13 von 17 Studienteilnehmern) mit „mündlichen Netzwerken (Sitzungen, Café etc.)“ angegeben. 16 Studienteilnehmer gaben an, die vorhandenen Kommunikationsnetzwerke zu nutzen.

26 Studienteilnehmer konnten bestätigen, dass neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt werden. Es wurde deutlich, dass die Form der Einführung strukturiert und umfangreich erfolgt.

Die Auswertung zur weiteren ergänzenden Forschungsfrage „Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?“ ergab, dass eine Vielzahl an verwendeten Formularen im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung des PKMS-E angegeben wurde.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (80,8% von 26) gab an, dass keine der bisher verwendeten Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen konnten.

Ersichtlich wurde, dass der größte Teil der Studienteilnehmer im Stationszimmer dokumentiert.

22 der 26 Studienteilnehmer dokumentieren die Leistungen zum PKMS-E zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht. Die Dokumentation findet beim überwiegenden Teil der Studienteilnehmer (57,7% von 26) am PC und handschriftlich statt.

Aus pflegerischer Perspektive wurde deutlich, dass 80% von 25 Studienteilnehmern mit der Implementierung des PKMS-E zurechtkommen. Nimmt man das Zurechtkommen als Indikator für eine erfolgreiche Implementierung, so kann diese insgesamt bestätigt werden.

In Zusammenschau der weiteren Analysen werden zudem positive Ergebnisse aufgezeigt. 56% von 25 Studienteilnehmern gaben an, dass die pflegerische Leistung durch den PKMS-E besser abgebildet werden kann.

48% von 25 Studienteilnehmern sagten, dass die Zeiten für den Pflegeaufwand durch den PKMS-E besser abgebildet werden können.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (78,3 % von 23) verdeutlichte, dass ihnen die Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche im Rahmen der PKMS-E-Systematik leicht fällt. Die Begründungen hierfür ließen erkennen, dass regelhafte Schulungen den Umgang mit dem PKMS-E-System erleichtern.

52,2% von 23 Studienteilnehmern antworteten, dass ihnen die Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht fällt. Die Analyse der Begründungen zeigte zum Beispiel, dass gut aufbereitete Dokumentationsvorlagen den Umgang vereinfachen oder kontinuierliche Schulungen das Zuordnen nach und nach erleichtern.

61,9% von 21 Studienteilnehmern gaben an, dass ihnen die Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht fällt.

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (69,6 % von 23) gab an, dass ihnen die Dokumentation zum PKMS-E insgesamt leicht fällt.

### **5.1.3 Zusammenfassende Darstellung der Erkenntnisse der Untersuchung aus ethischer Perspektive<sup>15</sup>**

Die These im Fachbereich Ethik „Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen“ wurde in der Untersuchung nicht bestätigt. Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (62,5% von 16), die diese Frage beantwortet haben, sieht die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E als nicht zufriedenstellend an. Acht der 16 Studienteilnehmer gaben eine Begründung hierfür an. Die Analyse der Antworten zeigte, dass die Punktzahl im Bereich Kommunikation zweimal als zu gering angesehen wurde. Dies führte offensichtlich zur „nicht zufriedenstellenden“ Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht. Begründung für die „nicht zufriedenstellende“ Abbildung war zudem die fehlende Individualität. Dies wurde mehrfach innerhalb folgender Aussagen zum Ausdruck gebracht: „PV-Patientenwille unzureichend berücksichtigt...“, „zu wenig individuelle Lösungen...“, „...Bedürfnisse des Patienten finden keine Berücksichtigung aufgrund starrer Vorgaben“.

Die Auswertung der ergänzenden Forschungsfrage „Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?“ zeigte, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (66,7% von 21) keine Berührungspunkte zum PKMS-E hat. 33,3% der Teilnehmer gaben an, dass es Berührungspunkte gibt. Unter anderem wurden „Fallbesprechungen insbesondere im Fachbereich Geriatrie“ genannt.

---

<sup>15</sup> Die Anzahl der Kliniken, die sich an der Studie beteiligt haben, lag bei 27. Für den Fachbereich Ethik lagen 21 auswertbare Fragebögen vor. Nähere Erläuterungen hierzu finden sich im Kapitel 4.

Zusätzlich zu den Auswertungen im Rahmen der Beantwortung der These und ergänzenden Forschungsfrage im Fachbereich Ethik wurden weitere Fragen aus der Erhebung zu den Bereichen B „Einführung des PKMS-E“ und C „Verlauf“ ausgewertet, die zudem interessante Aspekte aus ethischer Sicht aufzeigen.<sup>16</sup>

71,4% von 7 Studienteilnehmern wurden über den PKMS-E informiert. Diese Information fand am häufigsten (4 von 7 Studienteilnehmern) durch Informationsveranstaltungen statt.

5 Studienteilnehmer gaben an, dass sie von Beginn an, also ab der Anwendung des neuen Codes in der Klinik in ihrem Arbeitsfeld zum PKMS-E informiert wurden.

Von 7 Studienteilnehmern antworteten 57,1%, dass sie eine Möglichkeit zu Mitwirkung im Rahmen des PKMS-E haben. Die Formen der Mitwirkung waren unterschiedlich und zeigten die Möglichkeit einer konstruktiven Einbringung der eigenen Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E.

Weiter zeigte sich, dass bei 57,1% von 7 Studienteilnehmern ein Kontakt zum PKMS-E-Patienten besteht. Der überwiegende Teil (3 von 4 Studienteilnehmern) gab an, dass der Kontakt zum Patient über Fachkräfte in der Pflege stattfindet.

71,4% der 7 Studienteilnehmer bestätigten, einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E zu haben. Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (60% von 5) gaben an, über mündlichen Kontakt mit den Pflegekräften in Verbindung zu stehen. Ebenso 60% der 5 Studienteilnehmer antworteten, dass es keinen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E gibt.

Es wurde deutlich, dass bei 7 von 7 Studienteilnehmern keine Evaluation zum Thema PKMS-E stattfindet.

Zudem zeigte sich, dass bei 7 von 7 Studienteilnehmern keine Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik stattfindet.

---

<sup>16</sup> Wie bereits unter dem Gliederungspunkt 4.3.2 angemerkt ist Folgendes wichtig zu beachten: Aufgrund des Ausschlusses im Rahmen der Frage zu den Berührungspunkten (EA2) wurden lediglich die Studienteilnehmer in die Beantwortung der Fragen zu den Bereichen B „Einführung des PKMS-E“ und C „Verlauf“ einbezogen, die Berührungspunkte zum PKMS-E angegeben haben (die Frage mit „Ja“ beantwortet haben). Somit beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die Antworten von sieben der 21 Studienteilnehmer (33,3% siehe Abbildung 51 in Kapitel 4).

## 5.2 Erkenntnisse der Untersuchung mit Blick auf das Spannungsfeld

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die hochaufwendige Pflege von Menschen im Krankenhaus im Rahmen des PKMS-E in einem Gesamtkontext zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten darzustellen. Der PKMS-E wurde in diesem Kontext, wie bereits in der Einleitung aufgezeigt, in einem Spannungsfeld angesehen.

Als ursächlich für das sich ergebende Spannungsfeld wurde die Berücksichtigung der jeweiligen Aspekte aus den betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Fachbereichen in Bezug auf den PKMS-E erachtet.

Die Ergebnisse der Untersuchung verdeutlichten sehr vielfältig, dass jeder Bereich eigene Aspekte mit Blick auf den PKMS-E einbezieht. Grundsätzlich bestätigte sich die, wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit dargestellte, Einbettung des PKMS-E im Krankenhaus in ein vielfältiges System aus verschiedenen Berufsgruppen. Die Nennungen der Studienteilnehmer zu den Berührungspunkten belegten dies.

Im Folgenden werden zu jedem Fachbereich konkrete Ergebnisse aus der Untersuchung mit Blick auf das sich ergebende Spannungsfeld aufgezeigt.

Der **Fachbereich Unternehmensführung** übernimmt eine übergeordnete Rolle. Maßnahmen in diesem Fachbereich sind für das Aufstellen der Rahmenbedingungen unerlässlich. Es zeigte sich, dass die Implementierung des PKMS-E beispielsweise neue Dokumentationsvorlagen erforderlich machte. Einige Studienteilnehmer haben zum Beispiel auch eine neue Stabstelle geschaffen. Die in der Studie ermittelten Maßnahmen, um den PKMS-E in die Praxis umzusetzen, verdeutlichten, dass eine intensive betriebswirtschaftliche Planung erforderlich ist. Ein erhöhter Dokumentations- und Schulungsaufwand wurde von den Studienteilnehmern als Schwierigkeit benannt.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass eine im Jahr 2012 durchgeführte Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts mit dem Titel „KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage 2012“ unter „6.5 Sachgerechtigkeit des PKMS“ bereits folgendes Ergebnis aufzeigte: „Das am häufigsten angeführte Argument gegen den PKMS bildete der hohe Dokumentations- und Schulungsaufwand, sei es für sich betrachtet oder in Relation zu den (erwarteten) Erlösen.“ (Online im Internet am 10.01.2017: <https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>, Seite 88)

Der **Fachbereich Pflege** stellt den zentralen Berührungspunkt zum PKMS-E dar. Es erfolgen die Leistungen im Rahmen der pflegerischen Versorgung des Patienten sowie die Erfassung der Dokumentation. Die Auswertungen aus dem Fachbereich Pflege zeigten, dass eine strukturierte und umfangreiche Schulung zum PKMS-E von großer Bedeutung ist. Insgesamt sagte der überwiegende Teil der Studienteilnehmer, dass ihnen die Dokumentation zum PKMS-E leicht fällt. Es wird jedoch mehrfach auf die kontinuierliche Durchführung von Schulungen zum PKMS-E als Grundvoraussetzung hingewiesen.

Im **Kontext der betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Aspekte** aus der vorliegenden Untersuchung zeigt sich der PKMS-E in einem **Spannungsfeld**. Betriebswirtschaftlich wird der erhöhte Schulungsaufwand als Schwierigkeit angesehen. Pflegerisch ist die Durchführung von intensiven, kontinuierlichen Schulungsmaßnahmen als Voraussetzung für eine reibungslose Durchführung der Leistungen im Rahmen des PKMS-E unerlässlich.

Der **Fachbereich Ethik** ist untrennbar mit der pflegerischen Versorgung von Menschen verbunden. Mit Blick auf den PKMS-E wurde innerhalb der vorliegenden Untersuchung jedoch deutlich, dass es lediglich bei 7 von 21 Studienteilnehmern Berührungspunkte des Fachbereichs Ethik mit dem PKMS-E gab. Die von 6 der 7 Studienteilnehmer angegebenen Berührungspunkte zeigten, dass ein Kontakt durchaus sinnvoll ist. Dies wurde auch von 4 Studienteilnehmern anhand der Ausführungen zu Formen der Mitwirkung verdeutlicht. Die Beispiele zur Mitwirkung zeigten, dass hierdurch eine konstruktive Einbringung der eigenen Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E sicherlich sehr gut möglich ist. Beispielsweise wenn „Gespräche/Vorschläge direkt mit dem MDK“ erfolgen können.

Bedauerlicherweise wurden von dem überwiegenden Anteil der Studienteilnehmer keine Berührungspunkte angegeben. Das **Spannungsfeld** zeigt sich hier, da es einerseits durchaus positive Aspekte in der Mitwirkung gibt, diese Mitwirkungsmöglichkeit jedoch offenbar zu wenig in die Praxis umgesetzt wird. In Zusammenschau der Auswertungen der Berührungspunkte sowie den angegebenen Formen der Mitwirkung wurde deutlich, dass eine Mitwirkung sicherlich gewinnbringend sein kann.

### **5.3 Erkenntnisse der Untersuchung in Bezug zu den möglichen Auswirkungen auf Kliniken**

Nachstehend werden die Erkenntnisse der Untersuchung in Bezug zu den möglichen Auswirkungen auf Kliniken dargestellt. Der Blick wird hierbei im Wesentlichen auf die, in der Einleitung der Arbeit beschriebenen, lohnenswerten Aspekte der vorliegenden Untersuchung gerichtet. So wurde eingangs bereits angedacht, dass die gewonnenen Erkenntnisse für zukünftige Entwicklungen und Prozesse genutzt werden könnten. Beispielsweise bei der Umsetzung neuer Projekte in Krankenhäusern. Auch im Rahmen eines kontinuierlichen Wissensmanagements. Verschiedene Bereiche einer Klinik sollten, wenn möglich, Berührungs- oder gar Überschneidungspunkte erkennen, auch in Bezug auf Kommunikation und Zusammenarbeit.

Zu beachten ist hierbei, dass, wie bereits in der Einleitung erläutert, die Reichweite der Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit lediglich für die erhobenen Daten zu betrachten ist und keine weiteren Rückschlüsse erlaubt. Die nachstehenden Ausführungen erfolgen unter diesem Aspekt. Um darüber hinaus Aussagen zu ermöglichen, ist eine weitere Forschung erforderlich. Unter Gliederungspunkt 6.1.1 „Weiterer Forschungsbedarf aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit“ finden sich hierzu Ansätze.

Die nachfolgenden Ausführungen erfolgen zusammengefasst aus den Erkenntnissen der drei Fachbereiche Unternehmensführung, Pflege und Ethik. Es wird bewusst auf eine getrennte Darstellung verzichtet, um Berührungs- und Überschneidungspunkte zu verdeutlichen. Es geht klar hervor, dass die Versorgung des Patienten im Krankenhaus die Berührung und Überschneidung verschiedener Berufsgruppen auslöst.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Untersuchung, dass Kommunikation und Zusammenarbeit eine tragende Rolle innerhalb der gesamten Maßnahmen zur Umsetzung des PKMS-E in die Praxis einnehmen. Besonders ersichtlich wurde dies innerhalb der Ausführungen zur Einführungsphase des PKMS-E, der Informationsvermittlung, zu Kooperationen, zu den interdisziplinären Besprechungen, zu Arten von Kommunikationsnetzwerken und Mitwirkungsmöglichkeiten. Die genannten Aspekte im Bereich der Evaluation und Schulungen brachten zudem hervor,

dass Kommunikationsprozesse<sup>17</sup> nicht einmalig, sondern kontinuierlich stattfinden. Eine gelingende Kommunikation stellt die Basis für eine gute Zusammenarbeit dar. In diesem Kontext steht keine Abteilung für sich. Die Angaben aus der vorliegenden Studie zeigen bereichsübergreifende Prozesse deutlich auf.

Des Weiteren nannten die Studienteilnehmer einige Erfahrungswerte, die für zukünftige Projekte genutzt werden können. In Bezug auf Wissensmanagement konnten damit wertvolle Erkenntnisse gesammelt werden.

„Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen. Wissensmanagement ist weit mehr als Informationsmanagement.“ (Online im Internet am 08.01.2017: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55427/wissensmanagement-v8.html>)

Im folgenden Beispiel werden die Inhalte von Wissensmanagement anhand der Ausführungen der Studienteilnehmer zu der jährlichen Aktualisierung des PKMS-E verdeutlicht:

Die jährliche Aktualisierung des PKMS-E wurde von den Studienteilnehmern aufgrund des dadurch entstehenden erneuten Schulungsaufwands und die Notwendigkeit der Dokumentationsanpassung als negativ empfunden.

Die neuen Informationen zum PKMS-E müssen erworben und für die Mitarbeiter zugänglich gemacht werden. Dies erfordert erneut Wege der Informationsvermittlung. Der Transfer findet, wie in der vorliegenden Untersuchung umfangreich dargestellt, auf vielfältige Arten statt. Das dadurch entstehende neue Wissen für die Mitarbeiter muss gespeichert und im Alltag genutzt werden.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass ein kontinuierliches Wissensmanagement erforderlich ist.

Die Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung der Codierung zum PKMS-E sind auch für zukünftige Projekte nutzbar. Im Allgemeinen finden Veränderungen und Neuerungen regelmäßig in Kliniken statt. Es ist lohnenswert Erfahrungen zu sammeln und für zukünftige Projekte zu nutzen.

---

<sup>17</sup> „Gesamtheit der kommunikativen Beziehungen (unternehmensintern wie auch -extern) und deren Ablauf im betrieblichen Kommunikationssystem. Abgesehen von informellen Erscheinungen im Wesentlichen mit dem Begriff Informationsprozess identisch.“ (Online im Internet am 08.01.2017: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9826/kommunikationsprozess-v9.html>)

Nachdem die Erkenntnisse der Untersuchung in Bezug zu den möglichen Auswirkungen auf Kliniken mit Blick auf die in der Einleitung der Arbeit beschriebenen, lohnenswerten Aspekte der vorliegenden Untersuchung dargestellt wurden, werden im Folgenden mögliche Auswirkungen auf Kliniken unter Einbeziehung der unter Gliederungspunkt 5.2 genannten Erkenntnisse der Untersuchung mit Blick auf die genannten Beispiele zum Spannungsfeld kurz dargestellt. Diese Darstellung erfolgt anknüpfend an Gliederungspunkt 5.2 für den Fachbereich Unternehmensführung und Pflege zusammen. Für den Fachbereich Ethik ist die Darstellung separat.

Das Spannungsfeld im Kontext der betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Aspekte zeigte sich aufgrund der Schwierigkeit des erhöhten Schulungsaufwands aus betriebswirtschaftlicher Sicht bei gleichzeitiger Erforderlichkeit der Durchführung von intensiven kontinuierlichen Schulungsmaßnahmen als Voraussetzung für eine reibungslose Durchführung der Leistungen im Rahmen des PKMS-E aus pflegerischer Sicht.

Beispielsweise mit Blick auf die jährlichen Aktualisierungen des PKMS-E ist anzunehmen, dass auch zukünftig ein Bedarf an intensiven Schulungsmaßnahmen besteht. Um die genannten Schwierigkeiten aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu verringern, gäbe es die Möglichkeit, den Aufwand im Rahmen der Schulungsmaßnahmen über die Zeit zu reduzieren. Unter Einbeziehung der Bestandteile des Wissensmanagement wäre es möglich, die Methoden der Wissensvermittlung und -verarbeitung soweit zu optimieren, dass der Aufwand geringer wird. Beispielsweise könnte sich ein Vergleich lohnen, ob Informationen zur Aktualisierung des PKMS-E besser im Rahmen von Mitarbeiterschulungen oder durch die Bereitstellung über eine Intranetplattform vermittelt werden können. Hierzu könnte man die Arbeitszeit der Mitarbeiter und das Verständnis des vermittelten Wissens anhand kurzer Abfragen erfassen und die Auswertungsergebnisse von beiden Arten der Wissensvermittlung gegenüberstellen. Sollten die Auswertungen zeigen, dass sich der Aufwand zum Beispiel über die Bereitstellung des neuen Wissens über eine Intranetplattform verringert, wenn die Mitarbeiter bisher über Schulungen informiert wurden, so wäre es sicherlich lohnenswert, die Art der Informationsvermittlung anzupassen und beispielsweise Intranetplattformen zu nutzen. Damit könnte eine Lösung dieses Spannungsfeldes erreicht werden.

Im Fachbereich Ethik zeigte sich ein Spannungsfeld, da es einerseits durchaus positive Aspekte in der Mitwirkung gab, die eine konstruktive Einbringung der eigenen Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E möglich machte, jedoch andererseits diese Mitwirkungsmöglichkeit zu wenig in die Praxis umgesetzt wurde.

Mit Blick auf dieses Spannungsfeld wäre eine Lösung denkbar, wenn beispielsweise eine Ermittlung der Gründe für das Fehlen von Berührungspunkten des Fachbereichs Ethik mit dem PKMS-E stattfinden würde. Eine Aufstellung der Gründe könnte aufzeigen, ob es optimierungswürdige Punkte gibt. Hierbei wären eventuell auch Prozessverbesserungen möglich.

Interessant wäre es ebenso insgesamt zu überblicken, in welchen Bereichen der Ethikbereich in der Klinik ganz allgemein Berührungspunkte aufweist und in welchen Bereichen keine Berührungspunkte vorhanden sind. Im Anschluss daran könnten die Vor- und Nachteile herausgearbeitet werden. Auch hier wären unter Umständen Optimierungspotentiale vorhanden.

Die genannten Ansätze könnten zu einer Lösung des Spannungsfelds im Fachbereich Ethik führen.

## **6      **Ausblick und Fazit****

### **6.1    **Ausblick****

#### **6.1.1   **Weiterer Forschungsbedarf aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie****

Im Rahmen der Auswertung zeigte sich in mehreren Bereichen ein weiterer Forschungsbedarf. In Kapitel 4 wurden verschiedene Ansätze hierfür ausführlich dargestellt. Im Folgenden werden diese zusammenfassend aufgelistet. Um eine bessere Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, werden die entsprechenden Seitenzahlen (innerhalb der vorliegenden Arbeit) mit aufgeführt.

**Für den Fachbereich Unternehmensführung ergeben sich folgende Ansätze:**

**-    Seite 51-52**

**Im Rahmen der Auswertungen zu UB2 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**UB2 Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion für die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter in der Klinik ausgewählt?**

Die Auswertungen zeigten, dass 55,6% der Studienteilnehmer mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion und 44,4% eine Schlüsselperson mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt haben. Eine weitere Untersuchung könnte aufzeigen, worin die Vor- und Nachteile der verschiedenen Formen, eine oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion zu benennen, liegen und wie sich dies auf den späteren Wissenstransfer (im Rahmen der Funktion eines Multiplikators) auswirkt.

- **Seite 70-72**

**Im Rahmen der Auswertungen zu UC3, UC3\_1, UC3\_2, UC3\_3 und zu UC3\_3\_1 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**UC3 Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E?**

**Im Rahmen der Auswertung zu**

**UC3\_1 Wenn „ja“, in welcher Form? Regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch**

**UC3\_2 Wenn „ja“, in welcher Form? Kooperation bzgl.**

**Dokumentationsformen**

**UC3\_3 Wenn „ja“, in welcher Form? Andere Form der Kooperation**

**UC3\_3\_1 Andere Form der Kooperation**

Aus den Auswertungen wurde deutlich, dass die Formen der Kooperation sehr vielfältig sind und zum Teil parallel genutzt wurden. Die am häufigsten genannte Form der Kooperation war „Treffen zum Erfahrungsaustausch“. Hierbei war zu beachten, dass unter UC3\_3\_1 die „Teilnahme an Fachgruppen“ und „Pflegedirektorentreffen“ angegeben wurde. Beide, unter UC 3\_1\_1 genannten, Formen der Kooperation sind sicherlich zu den „Treffen zum Erfahrungsaustausch“ zu zählen. Eine anknüpfende Forschung könnte weitere Formen innerhalb der genannten Kooperationsform „Treffen zum Erfahrungsaustausch“ hervorbringen. Zudem ließen sich innerhalb der unter UC3\_3\_1 genannten Form „Unternehmensverbund, PKMS-Beauftragter für zwei Krankenhäuser“ bei identischen Unternehmensstrukturen vermutlich die Nutzung vielfältiger Synergieeffekte aufzeigen.

- **Seite 81-83**

**Im Rahmen der Auswertungen zu UC7 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**UC7 Sehen Sie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?**

**UC7\_1 Ja, es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung...**

**UC7\_2 Nein, es besteht kein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung...**

Das Ergebnis der Auswertungen zeigte zum einen, dass Veränderungen in der Mitarbeiterzahl bestätigt werden konnten und zum anderen keine Veränderungen zu verzeichnen waren. Innerhalb der Antworten seitens der Studienteilnehmer wurde auch vermerkt, dass noch nicht ausreichend Datenmaterial vorhanden ist. Zukünftige Forschungen könnten an dieser Stelle ansetzen. Es könnte aufgezeigt werden, ob sich beispielsweise in fünf Jahren Veränderungen ergeben haben. Nach diesem Zeitraum liegt sicherlich genügend Datenmaterial vor.

- **Seite 88-90**

**Im Rahmen der Auswertungen zu UE2 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**UE2 Werden Sie zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren?**

**UE2\_1 Ja, es werden zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ gebunden bzw. für den Bereich spezialisiert. Begründung...**

**UE2\_2 Nein, es werden zukünftig keine Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ gebunden bzw. für den Bereich spezialisiert. Begründung...**

Die Auswertung ergab, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer (87% von 23, die diese Frage beantwortet haben) zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren werden. Die Begründungen hierfür verdeutlichten unter anderem, dass einzelne Personen als „Wissensvermittler“ innerhalb einer Gruppe sehr hilfreich sein können. Vertrauensbildung und Akzeptanz sind sicherlich bedeutsame Aspekte in diesem Zusammenhang. Es könnte interessant sein zu erfahren, ob die Personen, die als „Wissensvermittler“ zum Einsatz kamen, bereits vor Übernahme der Multiplikatorenfunktion Mitarbeiter in der Klinik waren oder neu eingestellt wurden, um diese Aufgabe zu übernehmen. Hiermit könnte die Betriebszugehörigkeit in Beziehung zu Vertrauensbildung und Akzeptanz gesetzt werden. Diesbezüglich wäre eine weitere Untersuchung lohnenswert.

- **Seite 97-98**

**Im Rahmen der Auswertungen zu UA2 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**UA2 Seit wann wird in der Klinik, in der Sie tätig sind, der PKMS-E codiert?**

Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer im Jahr 2012 mit der Codierung des PKMS-E begonnen hat. Insgesamt haben 28% der Studienteilnehmer (20% im Jahr 2011 und 8% im Jahr 2010) bereits vor Erlösrelevanz mit der Codierung begonnen. Eine weitere Untersuchung könnte hierfür die Gründe aufzeigen. Anzudenken wäre, dass die Codierung vor Erlösrelevanz erfolgt ist, um eine längere Übungsphase für die Mitarbeiter zu ermöglichen. Mit Blick auf die 16%, die erst im Jahr 2013 mit der Codierung

des PKMS-E begonnen haben, wäre zu hinterfragen, ob hier eine abwartende Haltung der Grund war.

- **Seite 104**

**Bezogen auf folgende Anmerkung im Rahmen der Auswertung zu „UF1  
Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls noch Mitteilungsbedarf besteht“  
ergab sich ebenfalls ein weiterer Forschungsbedarf:**

„Tatsächliche Anzahl der PKMS-Patienten ist höher als die Anzahl, die  
abgerechnet wurde; Entlassung vieler Patienten vor Erreichung der  
erforderlichen Punkte.“ (Eingeschlossen sind 1 von insgesamt 27 Fällen)

Aus dieser Anmerkung wurde deutlich, dass es sicherlich weitere Patienten gibt,  
deren pflegerische Versorgung über die PKMS-Systematik abgebildet werden  
könnte. Unter diesem Aspekt wäre eine weitere Forschung lohnenswert. Diese  
könnte möglicherweise aufzeigen, ob sich zukünftig eine Erhöhung bezüglich  
der Anzahl der PKMS-E-Patienten zeigt. Einerseits ist sicherlich eine längere  
Übungsphase entscheidend für die ausreichende Dokumentation und damit  
mögliche Abrechnung. Andererseits ist aus der Anmerkung auch erkennbar, dass  
es unausweichlich Patienten geben wird, deren pflegerische Versorgung die  
Kriterien des PKMS-E erfüllt, jedoch die Aufenthaltsdauer nicht ausreichend ist,  
um die Mindestanzahl der PKMS-Punkte zu erreichen.

**Für den Fachbereich Pflege ergeben sich folgende Ansätze:**

- **Seite 114-116**

**Im Rahmen der Auswertungen zu PB1\_1, PB1\_2, PB1\_3 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**PB1\_1 Art der Vorbereitung: Stationsintern/jede Station für sich**

**PB1\_2 Art der Vorbereitung: Mehrere Stationen gemeinsam**

**PB1\_3 Art der Vorbereitung: Für den gesamten Funktionsbereich Pflege gemeinsam**

**(Mehrfachantworten waren möglich)**

26 Studienteilnehmer haben 19 Mal geantwortet, dass jede Station für sich auf den PKMS-E vorbereitet wurde bzw. die Vorbereitung „stationsintern“ stattgefunden hat. 14 Mal wurde angegeben, dass der gesamte Funktionsbereich Pflege gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet wurde und 13 Mal wurde bestätigt, dass mehrere Stationen gemeinsam auf den PKMS-E vorbereitet wurden. Eine weitere Forschung könnte an dieser Stelle aufzeigen, worin die Vor- und Nachteile dieser unterschiedlichen Arten der Einführung von „allgemein“ neuen Projekten liegen.

- **Seite 146-147**

**Im Rahmen der Auswertungen zu PC5\_1, PC5\_2, PC5\_3 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**PC5\_1 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Direkt nach der Leistungserbringung**

**PC5\_2 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht**

**PC5\_3 Zeitpunkt, an dem die Dokumentation zum PKMS-E stattfindet: Am Dienstende**

**(Mehrfachantworten waren möglich)**

Die Auswertung verdeutlichte, dass 22 der 26 Studienteilnehmern zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht die Dokumentation zum PKMS-E erbringen. 18 der 26 Studienteilnehmer dokumentieren direkt nach der Leistungserbringung. 12 Studienteilnehmer erbringen die Dokumentation am Dienstende. Es wurde zudem deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer zu einem späteren Zeitpunkt/im Verlauf der Schicht

dokumentiert. Mit Blick auf die Mehrfachantworten innerhalb dieser Frage wurde ersichtlich, dass verschiedene Zeitpunkte für die Dokumentationserfassung genutzt werden.

Sicherlich ist der Zeitpunkt zur Dokumentationserbringung stark von alltäglichen Vorkommnissen und Gegebenheiten abhängig. An Tagen mit einem höheren Arbeitsaufkommen findet die Dokumentation unter Umständen zu einem anderen Zeitpunkt statt als an Tagen, an denen das Arbeitsaufkommen nicht so hoch ist. Ein weiterer Forschungsansatz könnte an dieser Stelle sein, die Dokumentationsanforderungen in Bezug zu nicht planbarem veränderten Arbeitsaufkommen zu hinterfragen. Ein weiterer Blick könnte hierbei nicht nur auf das Zeitmanagement fallen, sondern auch auf die veränderte Belastung der Mitarbeiter und die daraus resultierenden Auswirkungen.

- **Seite 147-148**

**Im Rahmen der Auswertungen zu PC6 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**PC6 Form der Leistungsdokumentation zum PKMS-E**

Die Auswertung zeigte, dass 57,7% der 26 Studienteilnehmer am PC und handschriftlich dokumentieren. 30,8% erfassen die Leistungsdokumentation zum PKMS-E handschriftlich und 11,5% konnten die Erfassung am PC bestätigen. Es wird deutlich, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer die Leistungen kombiniert (am PC und handschriftlich) erfasst. An dieser Stelle könnte ein weiterer Forschungsansatz sein, aufzuzeigen, worin die Vor- und Nachteile der verschiedenen Dokumentationsarten liegen. Unter Einbeziehung individueller Stationsabläufe wären sicherlich wichtige Aspekte erkennbar, die bei der Auswahl der passenden Dokumentationsart eine große Bedeutung haben.

**Für den Fachbereich Ethik ergeben sich folgende Ansätze:**

- **Seite 176**

**Im Rahmen der Auswertungen zu ED1\_2 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**ED1\_2 Begründung zur nicht zufriedenstellenden Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht**

Die Antworten verdeutlichten, dass die Punktzahl im Bereich Kommunikation zweimal als zu gering angesehen wurde. In diesem Bereich sieht die PKMS-Systematik die Vergabe von einem Punkt pro Tag vor. Dies führte offensichtlich zur „nicht zufriedenstellenden“ Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E aus ethischer Sicht. Im Bereich Kommunikation wurde zudem als negativ erachtet, dass die Diskretion bzgl. Gesprächsinhalte nicht eingehalten wird. Eine hier anknüpfende Untersuchung könnte die Möglichkeit einer Optimierung des Leistungsbereiches Kommunikation mit Blick auf Dokumentation und Wertung (Punktevergabe) näher erforschen.

- **Seite 178-179**

**Im Rahmen der Auswertungen zu EA2 und EA2\_1 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**EA2 Berührungspunkte zwischen den Mitarbeitern im Ethikbereich und dem PKMS-E vorhanden?**

**EA2\_1 Beschreibung der Berührungspunkte**

Die Auswertung zeigte, dass der überwiegende Teil der 21 Studienteilnehmer keine Berührungspunkte zum PKMS-E hat. Eine weitere Forschung an dieser Stelle könnte hier lohnenswert sein, um Gründe diesbezüglich zu erfahren. Zeigten doch die genannten Berührungspunkte unter EA2\_1 auf, dass ein Kontakt durchaus sinnvoll ist. Beispielsweise war die Anmerkung „Fallbesprechungen insbesondere im Fachbereich Geriatrie“ hervorzuheben. Hierbei findet sicherlich ein gewinnbringender Austausch für alle Beteiligten statt. Diesbezüglich wäre eine folgende Untersuchung sehr interessant.

- **Seite 194-196**

**Im Rahmen der Auswertungen zu EC6 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**EC6 Festgelegter wiederkehrender Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E**

**EC6\_1 Ja, wiederkehrender Zeitraum**

**EC6\_1\_1 Regelmäßiger Zeitraum**

Die Auswertungen ergaben, dass es bei 60% der 5 Studienteilnehmer, die diese Frage beantwortet haben, keinen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E gibt. 40% der Teilnehmer haben einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung bestätigt. Zwei Studienteilnehmer, die den wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung bestätigt haben, gaben einen regelmäßigen Kontakt an. Dieser wurde mit den Begriffen „wöchentlich“ und „quartalsweise“ näher bezeichnet. Eine weitere umfassendere Untersuchung würde an dieser Stelle vermutlich deutlichere Aussagen bringen. Es wäre lohnenswert von einer größeren Anzahl an Mitarbeitern aus dem Ethikbereich zu erfahren, ob es einen bestimmten Turnus von Kontakten gibt und wie sich dies auf das Arbeitsfeld im Ethikbereich auswirkt. Die Nennungen von lediglich zwei Studienteilnehmern in der vorliegenden Untersuchung waren für nähere Aussagen bedauerlicherweise nicht ausreichend.

- **Seite 197**

**Im Rahmen der Auswertungen zu EC8 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**EC8 Evaluation zum Thema PKMS-E im Arbeitsfeld Ethikbereich**

Die Auswertung ergab, dass bei den 7 Studienteilnehmern keine Evaluation zum Thema PKMS-E stattfindet.

Eine weitere Untersuchung an dieser Stelle könnte die Gründe aufzeigen, weshalb im Ethikbereich keine Evaluation zu diesem Thema stattfindet. Ebenso könnte eine interessante Frage sein, ob es für andere Themengebiete eine Evaluation gibt oder ob dies generell nicht stattfindet.

- **Seite 198-199**

**Im Rahmen der Auswertungen zu EC9 zeigte sich ein weiterer Forschungsbedarf:**

**EC9 Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik**

Die Auswertung zeigte, dass bei den 7 Studienteilnehmern keine Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik stattfindet.

An dieser Stelle wäre eine weitere Forschung sinnvoll. Diese könnte aufzeigen, ob es nur zum Thema PKMS-E keine Kooperation mit anderen Kollegen außerhalb der Klinik gibt oder ob durchaus Kooperationsbereiche bestehen. Sollte es eine Kooperation in anderen Bereichen geben, so könnten die Vorteile dieser herausgestellt werden und positive Aspekte für eine Durchführung der Kooperation auch im PKMS-E-Bereich angedacht werden. Eventuell zeigt sich hier eine Möglichkeit für zukünftige Prozessoptimierungen.

- **Seite 200**

Abschließend konnte für den Fachbereich Ethik gesagt werden, dass die Datengrundlage mit 7 Studienteilnehmern in den Fragekomplexen B und C sicherlich nicht ausreichend ist, um weiterführende Aussagen zu machen. In Zusammenschau der Antworten aus den Fragekomplexen A, D und E wurde jedoch insgesamt verdeutlicht, dass eine Forschung in diesem Gebiet lohnenswert ist. Eine weitere Untersuchung könnte möglicherweise aufzeigen, ob und gegebenenfalls wie sich zukünftig das Bild auf den PKMS-E aus Sicht der Mitarbeiter aus dem Ethikbereich einer Klinik verändert.

**Grundsätzlich ist für den Gliederungspunkt 6.1.1 Folgendes anzumerken:**

Ein weiterer Forschungsbedarf ergibt sich zudem aus der weiterführenden Analysemöglichkeit. Die vorliegenden Analysen beziehen sich auf Häufigkeiten. Demnach ergeben sich ergänzende Fragen zu den Begründungen verschiedener Häufigkeitsanalysen und hieraus ein zukünftiger Forschungsbedarf.

### 6.1.2 Entwicklungen des PKMS

Mit einem Zitat aus folgender Auswertung soll an dieser Stelle zunächst die Erforderlichkeit, den PKMS nicht aus den Augen zu verlieren, verdeutlicht werden.

– Obwohl die Untersuchung aus dem Jahr 2014 ist, setzen die Ergebnisse ein deutliches Zeichen, dass auch aktuell sicherlich noch Beachtung finden sollte.

Die Auswertung im Rahmen einer Veröffentlichung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V. unter dem Titel „Pflege-Thermometer 2014 - Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ zeigte interessante Erkenntnisse. Besonders die Antworten auf folgende Fragestellung: „Zustimmung, dass folgende pflegerischen Themen derzeit Priorität haben“ waren bedeutsam mit Blick auf die vorliegende Studie.

Zum besseren Verständnis wird umfangreich aus der Darstellung des Ergebnisses der Befragung zitiert:

„.... In aller Regel werden in Einrichtungen somit zeitgleich mehrere Projekte und Innovationen vorangetrieben, sodass in der Praxis eine Priorisierung erfolgen muss. Mit der nachfolgenden Frage sollte ein solcher Kontext beachtet werden, um zu klären, wie dieses Thema im Vergleich zu anderen bedeutenden Themen diskutiert wird.“

(Online im Internet am 09.01.2017:

[http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf), Seite 41)

Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Online im Internet am 09.01.2017: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf), Seite 41).

Die „Zustimmung, dass folgende pflegerischen Themen derzeit Priorität haben“ wurde wie folgt (unter Angabe prozentualer Werte) verdeutlicht:

- Einführung/Weiterführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) = **66,1%**
- Optimierung oder Umstellung der Pflegedokumentation = **53,7%**
- Versorgung von Menschen mit Demenz = **46,2%**
- QM-Projekte zur Zertifizierung oder Re- Zertifizierung des Hauses (z. B. KTQ, DIN ISO, PCC, ...) = **43,8%**
- Umbaumaßnahmen im Haus = **29,8%**

- Implementierungen im Zusammenhang mit den Nationalen Expertenstandards = **29,7%**
- Integrierte Versorgung (Vernetzung der Versorgung mit kooperierenden Einrichtungen) = **26,6%**
- Sterbebegleitung = **25%**
- Versorgung und Prophylaxe von Menschen mit Delir = **16,6%**
- Zertifizierung des Schmerzmanagements = **15,4%**
- Implementierung von Pflegekonzepten (z. B. Primary Nursing) = **12,0%**
- Keine Antwort = **1,8%**

(vgl. online im Internet am 09.01.2017:

[http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf), Seite 41).

„Es zeigt sich, dass inhaltlich das Thema Menschen mit Demenz im Krankenhaus auf dem dritten Platz in der Prioritätenliste geführt wird. Aus der Perspektive der Leitungen ist jedoch noch bedeutsamer, wie Pflegedokumentation in der Einrichtung durchgeführt wird. Mit einem größeren Abstand auf den ersten Platz wurde die Einführung/Weiterführung der PKMS-Kodierung gelistet. Der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen, dass besonders hoch aufwändige Patienten in der Versorgung auch zusätzlich mit abgerechnet werden können und sich so Mehrerlöse für den pflegerischen Aufwand generieren lassen. Hiervon versprechen sich offensichtlich zahlreiche Einrichtungen und auch Leitungen der Abteilungen/Stationen die Möglichkeit, einer angemessenen Vergütung für den Pflegebereich. So ist ggf. die hohe Priorität zu erklären.

Das Thema korrespondiert dabei nicht automatisch mit der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, da die Einschätzungen und Kriterien zur Kodierung einer hochaufwendigen Pflege nicht direkt mit einer hohen Beobachtung und Betreuungsleistung in den Zusammenhang zu bringen sind.“

(Online im Internet am 09.01.2017:

[http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf), Seite 41f.)

**Im Folgenden werden die Änderungen des PKMS-E für das Jahr 2017 detailliert  
aufgeführt:**

„PKMS-E: Änderungen 2017 im Detail

Aus den beim DIMDI eingegangenen Änderungsanträgen für den OPS 9-20

(einzusehen unter:

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2017/>) wurden für den PKMS 2017 folgende wesentliche Neuerungen umgesetzt:

- Die Erschwernisfaktoren unter G5 zur Abbildung von Immobilität sind im PKMS 2017 nun für alle Leistungsbereiche (außer für Kommunikation und Spezielle Pflege) gleich formuliert. Dafür wurde der Erschwernisfaktor „Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel“, der 2016 bereits in den Bereichen Ernährung, Ausscheidung und Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit vorhanden war, in den Leistungsbereichen Körperpflege integriert. Zusätzlich wurde in allen Leistungsbereichen der Erschwernisfaktor „Ruhigstellen von mindestens zwei Extremitäten“ um das Fehlen von zwei Extremitäten erweitert. Damit können nun auch Amputationen als komplizierende bzw. erschwerende Bedingung bei Mobilitätsbeeinträchtigungen angegeben werden. Weiterhin umfasst der Erschwernisfaktor „ausgeprägte Lähmung“ nun in Ergänzung zur Definition Hemiplegie den Hinweis auf die „halbseitige Unfähigkeit, die Extremitäten selbstständig zu bewegen“. Ausgangspunkt dieses Änderungsvorschlags war die im Klinikalltag häufig zu beobachtende unsaubere Abgrenzung zwischen Hemiplegie und Hemiparese in der Kodierung, die teilweise zu Missverständnissen bei MDK-Begutachtungen führte. Zudem ist unbestritten, dass Pflegehandlungen bei Patienten mit einer Hemiparese, Kraftgrad 1 bis 2 und einer Unfähigkeit, die Extremität selbst zu bewegen, ebenso hochaufwendig sind, wie die Personen mit Kraftgrad 0 (Hemiplegie).

Widmet man sich den PKMS-Leistungsbereichen im Einzelnen, sind die folgenden Neuerungen zu konstatieren:

- Im Leistungsbereich Körperpflege wurde die Maßnahme A3 um den expliziten Hinweis auf die notwendige Pflegeindikationsgerechtigkeit der ausgewählten therapeutischen Waschung erweitert. Obgleich diese Anforderung aus pflegfachlicher Perspektive selbstverständlich ist und ebenfalls in der FAQ 3.1.9 formuliert, betont die Ergänzung die implizite Bedingung, die therapeutische Vorgehensweise/Methodik stets anhand der pflegfachlichen Zielsetzung auf Basis des vorliegenden Pflegeproblems bzw. der Pflegediagnose auszurichten.
- Um eine bislang eher vernachlässigte Patientenklientel im PKMS besser abbilden zu können, hat im Leistungsbereich der Ernährung eine Ergänzung der Pflegeprobleme in G11 stattgefunden. Während bis 2016 in den Grund allein Personen eingeordnet werden konnten, die aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen die Nahrungsaufnahme nicht selbstständig bewältigen konnten, sind durch die neu aufgenommenen Punkte „Massive Bewegungsstörungen, welche die selbstständige Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme verhindert“ und „Massive Bewegungseinschränkung beider Arme, welche eine volle Abhängigkeit bei der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme zu Folge hat“ nun auch motorisch bedingte Probleme bei der Handhabung von Essbesteck und Trinkgeschirr berücksichtigt.
- Innerhalb des Leistungsbereichs Bewegen/Sicherheit wurde der G6 bzgl. seiner Kodieranforderungen besser konkretisiert. Entsprechend der notwendigerweise bei dem Patienten vorliegenden Kennzeichen ist mit der Bezeichnung des Grundes „Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND selbstständig zu gehen“ nun klargestellt, dass der Patient beide Pflegeprobleme aufweisen muss, um den G6 geltend machen zu können.
- In der Speziellen Pflege ist – konkordant zum Hochaufwendigen Wundmanagement – das Kennzeichen „beeinträchtigte Compliance, welche zu einer häufigen Stomaversorgung (mindestens 5 x tägl.) führt“ als Beobachtungsmerkmal einer Stomaanlage mit Komplikationen unter G12 hinzugefügt worden. Als besonders wesentliche Änderung im Vergleich zu 2016 ist jedoch die Erweiterung der Speziellen Pflege um den Leistungsbereich der

„Atmung“ hervorzuheben. Die bereits 2015 in ähnlicher Formulierung beantragten Gründe „Zeichen einer respiratorischen Beeinträchtigung ODER Risiko einer Pneumonie“ (G10) und „Vorhandensein einer Thoraxdrainage“ (G11) können ab dem 01.01.2017 damit als hochaufwendige Pflegeprobleme angegeben werden. Damit werden die damit verknüpften und bislang unterfinanzierten Pflegeleistungen zur Auswurf Förderung von Bronchialsekret und/oder zur Belüftung der Lunge in einer Gesamtdauer von mindestens 60 Minuten tägl. am Tag kodierfähig und ggf. abrechnungsrelevant. Der Leistungsbereich Atmung ist dabei ebenso wie Kreislauf & Wundmanagement mit 2 PKMS-Aufwandspunkten belegt.

- Durch die Erweiterung des PKMS um den Leistungsbereich Atmung erhöht sich die Summe an maximal an einem Tag zu erreichenden PKMS-Punktwerten von ehemals 17 auf 19 Punkte.

Die übrigen Änderungen im PKMS-E 2017 sind vorrangig redaktioneller Art, die keine direkten Auswirkungen auf die pflegerische Leistungserbringung oder Dokumentationspraxis haben. So wurde bspw. im Bereich Ausscheidung unter der Maßnahme C3 bei dem zusätzlichen Leistungsaspekt „Intermittierender Fremdkatheterismus zusätzlich 1 x tägl.“ das bislang in Klammern vorhandene „(gesamt 5 x tägl.)“ gestrichen, um Verwirrungen bzgl. der Häufigkeitsanforderungen vorzubeugen und textuell entsprechend der anderen Detailmaßnahmen anzugleichen. Ein weiteres Beispiel findet sich in der Änderung der Quellangabe zu den Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (C2) und „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (D10). Hier wurde anstatt des bisher verwendeten Veröffentlichungsdatums der Verweis auf die aktuellste Fassung formuliert.“ (Online im Internet am 10.01.2017: <https://www.recom.eu/wissen/pkms-dokumentation.html>)

Nachstehend folgt eine Anmerkung aus dem Bericht „Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ (Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse):

„Bis Ende 2017 beschäftigt sich eine Expertenkommission beim BMG<sup>18</sup> mit der Fragestellung ob ein erhöhter Pflegebedarf im Krankenhaus im DRG-System oder über Zusatzentgelte ausreichend abgebildet wird.“ (Online im Internet am 10.01.2017: [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf), Seite 65)

Zur näheren Erklärung erfolgt mit Blick auf die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ an dieser Stelle ein Zitat des Bundesministerium für Gesundheit:

„Grundlage für die Einrichtung der Expertenkommission sind die Eckpunkte der Bundesländer-Arbeitsgruppe vom 5. Dezember 2014 (PDF). Danach soll die beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Kommission bis spätestens Ende des Jahres 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen Vorschläge unterbreitet werden, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann. Zudem wird sich die Kommission der Frage widmen, auf welche Weise die tatsächliche Verwendung der nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms zur Verfügung gestellten Finanzmittel für die Finanzierung von Pflegepersonal sichergestellt werden kann.“

(Online im Internet am 10.01.2017:

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/expertenkommission.html>)

---

<sup>18</sup> Bundesministerium für Gesundheit

## 6.2 Fazit

Mit Blick auf die Einführung und Prozessoptimierung des PKMS findet sich im „Handbuch 2016 für PKMS und OPS 9-20 – Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend therapeutische Pflege“ folgende Formulierung von Prinzipien für (eine) erfolgreiche Implementierung/Verbesserungsprozesse der PKMS-Umsetzung:

- „Veränderungen brauchen Orientierung. Die Notwendigkeit, Sinn und Ziele des PKMS müssen für alle MitarbeiterInnen transparent sein.
- Die „Betroffenen“ müssen zu aktiven „Beteiligten“ werden. Kontinuierliche Information, Kommunikation und Einbindung sind dafür Voraussetzung.
- Eine erfolgreiche PKMS-Kodierung ist nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen. Veränderungen brauchen Zeit und sind als ein Prozess zu begreifen, der eine individuelle, auf das Haus maßgeschneiderte Begleitung erfordert. Werden Schritte der Veränderungen (z.B. das Nutzen neuer Dokumentationsbögen) zu eng getaktet, steigt das Risiko allgemeiner Überforderung und damit blockierender Widerstände.
- Veränderungen bedeuten immer ein permanentes Lernen und Weiterentwicklung. Die Anwendung und Dokumentation des PKMS ist somit kein Selbstläufer, sondern eine Führungsaufgabe, der es permanente Aufmerksamkeit zu zollen gilt.“ (Wieteck et al. 2016: 374)

Richtet man hieraus den Blick auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, so können die genannten Prinzipien klar bestätigt werden.

Die vorgestellten Auswertungen verdeutlichen, welche umfangreiche Maßnahmen erforderlich waren, um den PKMS-E in die Praxis zu implementieren. Klar hervor ging auch, dass die Umsetzung neuer Projekte immer in Verbindung von Wissensvermittlung/-verarbeitung steht. Die Wissensvermittlung ist in diesem Zusammenhang als wesentlicher Bestandteil der Personalentwicklung anzuerkennen. Bei der Einführung und Umsetzung von neuen Projekten und damit auch des PKMS-E ist es von großer Bedeutung, wie die Umsetzung stattfindet. Das PKMS-System ist komplex und erfordert daher eine durchdachte Vorgehensweise, was die Vermittlung für die Mitarbeiter betrifft. Zudem ist eine dauerhafte Hilfestellung/Begleitung/Anleitung für die Mitarbeiter erforderlich. Es ist von wesentlicher Bedeutung, Mitarbeiter im Lernprozess aktiv zu begleiten und dauerhaft

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

anzuleiten. Die einmalige Wissensvermittlung ist in der Umsetzung des PKMS-E nicht  
ausreichend. Das System erfordert eine dauerhafte Begleitung in der Praxis.

**Mit Blick auf die Bezüge zu Führung und Wissensmanagement in der vorliegenden  
Arbeit wird folgendes Zitat aufgeführt:**

„Gute (Mitarbeiter-) Führung ist ein ganz wesentlicher Erfolgsfaktor für ein gutes  
Wissensmanagement und Führungskräfte werden immer mehr zu Wissensmanagern.“  
(Keller, Kastrup 2009: 72)

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, war das **Ziel der vorliegenden Arbeit**, die hochaufwendige Pflege von Menschen im Krankenhaus im Rahmen des PKMS-E nicht isoliert mit Blick auf die PKMS-Systematik, sondern in einem Gesamtkontext zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten darzustellen.

Das methodische Vorgehen in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Befragung der Experten aus den drei Fachbereichen, die Auswertungsergebnisse, die Erkenntnisse der Untersuchung unter den jeweiligen Aspekten der Fachbereiche sowie die Bezugnahme auf ein hieraus deutlich werdendes Spannungsfeld zeigten eine Verzahnung verschiedener Fachbereiche deutlich auf. Die Einbettung des PKMS-E im Krankenhaus in ein vielfältiges System aus verschiedenen Berufsgruppen wurde ersichtlich. Überschneidungs- und Berührungspunkte gingen hervor und verdeutlichten die Interdisziplinarität<sup>19</sup> des PKMS-E. Es wurde ersichtlich, dass der PKMS-E mehrere Disziplinen betrifft und deren Zusammenarbeit erforderlich macht. Sieht man diese Zusammenarbeit als Netzwerk, so wird deutlich, dass der Patient einen Teil des Netzwerkes darstellt. Die genannte Interdisziplinarität sollte in den Alltag integriert und gelebt werden. Hierdurch ist ein verzahntes Arbeiten und Versorgen des Patienten möglich und sicherlich in der Qualität spürbar. Es ging klar hervor, dass der hochaufwendige Patient im Krankenhaus mit vielen Abteilungen in Berührung steht und der PKMS-E als ein Bestandteil des Gesamtkonstrukts anzusehen ist.

Durch die Befragung von Experten aus drei Fachbereichen mit drei differenzierten Erhebungsbögen innerhalb der vorliegenden Studie wurde eine Möglichkeit geschaffen, Sichtweisen aus der Unternehmensführung, Pflege und Ethik ausführlich im Rahmen einer Untersuchung darzustellen. Die Experten konnten umfassend als Vertreter für ihren Handlungsbereich Stellung zum PKMS-E nehmen.

**An dieser Stelle erfolgt eine Anmerkung:** Entscheidend ist sicherlich in einer Einrichtung, wie es möglich ist auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Arbeitsbereichen eine kontinuierliche und gefestigte Kommunikationsstruktur zu ermöglichen und umzusetzen. Die Komplexität der hochaufwendigen Versorgung eines Menschen macht ein Zusammenspiel von pflegerischen, ethischen und betrieblichen

---

<sup>19</sup> „mehrere Disziplinen (2) umfassend; die Zusammenarbeit mehrerer Disziplinen betreffend“  
(Online im Internet am 10.01.2017: <http://www.duden.de/rechtschreibung/interdisziplinaer>)

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Aspekten unabdingbar. Da der PKMS-E Berührungspunkte zu all diesen Bereichen hat,  
ist es notwendig, diese Interdisziplinarität zu beachten. Aus diesem Grund wurde es  
erforderlich, eine Befragung auf diesen Ebenen durchzuführen.

**Abschließend wird nochmals zu den Thesen der jeweiligen Fachbereiche und für  
den Fachbereich Ethik zusätzlich zur ergänzenden Forschungsfrage Stellung  
genommen:**

Die These für den Fachbereich Unternehmensführung „Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt“ wurde bestätigt. In Zusammenschau der Ergebnisse aus dem Fachbereich Pflege, dass der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer mit der Implementierung des PKMS-E zurechtkommt, ist die Investition jedoch als positiv zu werten.

Mit Blick in die Zukunft ist anzunehmen, dass diese Investitionen reduziert werden können. Beispielsweise durch Übungseffekte im Umgang mit dem PKMS-E.

Die These im Fachbereich Pflege „Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen“ wurde in der Untersuchung ebenso bestätigt. Die getätigten Investitionen, die innerhalb der These zum Fachbereich Unternehmensführung bestätigt wurden, stehen mit Blick auf die Personalkosten sicherlich in Verbindung zu einer Erhöhung der Dokumentationszeit. Auch hier ist zukünftig eine Reduzierung zu erwarten, wenn durch Übungseffekte die Zeiten für die Dokumentation geringer werden.

Die These für den Fachbereich Ethik „Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen“ wurde in der Untersuchung nicht bestätigt. Grundsätzlich bezieht sich diese Sichtweise auf das Instrument des PKMS-E. Eine Änderung dieser Sichtweise ist zukünftig wünschenswert. Diese ist jedoch ohne eine Veränderung innerhalb der PKMS-E-Systematik sicher nicht zu erreichen.

An dieser Stelle soll jedoch auch ein Blick auf die ergänzende Forschungsfrage aus dem Fachbereich Ethik gerichtet werden: „Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?“

Der Blick auf die Berührungspunkte des Fachbereichs Ethik mit dem PKMS-E zeigte, dass der überwiegende Teil der Studienteilnehmer keine hat. Zukünftig könnten in Zusammenschau der Sichtweisen aus den Fachbereichen Unternehmensführung und Pflege sicherlich Synergieeffekte aufgezeigt werden. Durch eine engere Verknüpfung

des Fachbereichs Ethik mit dem PKMS-E unter Einbeziehung betriebswirtschaftlicher und pflegerischer Sichtweisen käme es vermutlich zu positiven Aspekten für alle Beteiligten.

**Für die drei Fachbereiche zusammen lassen sich schlussfolgernd aus den genannten Ausführungen im Gliederungspunkt 6.2 unter Einbeziehung der Thesen zwei konkrete Ansätze formulieren, die für zukünftige Prozesse in einer Klinik genutzt werden könnten:**

- Zukünftige Reduzierung der Investitionen und Dokumentationszeiten durch Optimierung des Wissensmanagement.
- Konsequente Verbindung der Fachbereiche Unternehmensführung, Pflege und Ethik im Sinne eines interdisziplinären Teams, um Synergieeffekte zu nutzen.

Es wird, wie bereits an mehreren Stellen der Arbeit verdeutlicht, nochmals dargestellt, dass sich die Reichweite der Erkenntnisse aus der Untersuchung lediglich auf die erhobenen Daten bezieht und keine weiteren Rückschlüsse erlaubt.

Die Erkenntnisse der Untersuchung sind als Informationssammlung zum Thema PKMS-E anzusehen.

## Literaturverzeichnis

---

Birker Klaus (2000): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre – Grundbegriffe, Denkweisen, Fachgebiete. 1. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag

Blanchard Kenneth, Zigarmi Patricia, Zigarmi Drea (2005): Der MinutenManager: Führungsstile – Wirkungsvolleres Management durch situationsbezogene Menschenführung. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Handelsblatt Management Bibliothek (2005): Die bedeutendsten Management-Vordenker. Band 3, Frankfurt/New York: Campus Verlag

Hildebrandt Helmut (1998): Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch. 258., neu bearbeitete Auflage, Berlin, New York: Walter de Gruyter

Keller Christian, Kastrup Christian (2009): Wissensmanagement – Wissen organisieren – Wettbewerbsvorteile sichern. 1. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG

Kerres A., Mühlbauer B. H. (2005): Empirische Sozialforschung im Gesundheitswesen – Methoden und Anwendungsbeispiele. In: Kerres Andrea, Seeberger Bernd (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Ohne Angabe zur Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag: 117-157

Kottnik Klaus-Dieter K., Hauschildt Eberhard (2008): Diakoniefibel – Grundwissen für alle, die mit Diakonie zu tun haben. Originalausgabe, Rheinbach: CMZ-Verlag Winrich C.-W. Clasen, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Olfert Klaus, Steinbuch Pitter A. (2001): Personalwirtschaft – Kompendium der praktischen Betriebswirtschaft. 9., aktualisierte und durchgesehene Auflage, Ludwigshafen (Rhein): Friedrich Kiehl Verlag GmbH

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Röhrig Bernd, Jean-Baptist du Prel, Blettner Maria (2009): Studiendesign in der medizinischen Forschung. Teil 2 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 11, 13. März 2009: S. 184-189

Schneider Armin (2013): Fragebogen in der sozialen Arbeit – Praxishandbuch für ein diagnostisches, empirisches und interventives Instrument. Ohne Angabe zur Auflage, Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich

Schröder Gerhard (2000): ATL Sich bewegen – Leben ist Bewegung - Bewegung ist Leben. In: Kellnhauser Edith, Schewior-Popp Susanne, Sitzmann Franz, Geißner Ursula, Gümmer Martina, Ullrich Lothar (Hrsg.): Thiemes Pflege – entdecken – erleben – verstehen → professionell handeln. 9. völlig neu bearbeitete Auflage, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag: 287-331

Seiler Nicole (2014): Masterarbeit mit dem Titel „Pflegekomplexmaßnahmen-Score - PKMS – Die Abbildung hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus – Eine Studie über die Entwicklungen der erlösrelevanten Umsetzung im Jahr 2012 und 2013“. Masterstudiengang am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg

Tietz Rüdiger (1998): Ethik – Sich entscheiden und handeln. In: Stanjek Karl (Hrsg.): Altenpflege konkret – Sozialwissenschaften. 1. Auflage, Lübeck, Stuttgart, Ulm, Jena: Gustav Fischer Verlag: 227-260

Wietek Pia, Koch Meike, Schmidpeter Isabella, Benthin Thorsten (2016): Handbuch 2016 für PKMS und OPS 9-20 – Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege. 7. , überarbeitete und erweiterte Auflage, Kassel: RECOM GmbH

Wöhe Günter, Döring Ulrich (2005): Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre. 22., neubearbeitete Auflage, München: Verlag Franz Vahlen

## Quellenangabe zum Statistikanalyseprogramm

---

NSDstat Pro (Version 1.3): ein Produkt des Norwegian Social Science Data Service in Bergen (NSD). In den deutschsprachigen Ländern über GESIS zu beziehen: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften e.V.: [www.gesis.org](http://www.gesis.org)

## Literaturverzeichnis Internetquellen

---

AGKAMED: Arbeitsgruppe AGKAMED OPS 9-20. Online im Internet:  
„URL:<http://www.agkamed.de/index.php?id=79> [10.01.2017]“.

AGKAMED AG OPS 9-20: PKMS-Dokumentation – Dokumentationsverhalten und DokumentationMEHR-aufwand – Umfrageergebnisse zum Dokumentationsaufwand und dem Dokumentationsverhalten in Krankenhäusern – Ergebnisbericht einer Umfrage, 3.4.1 DokumentationsMEHRAufwand für die Erstellung des PKMS-Planes, Seite 12. „URL: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf) [10.01.2017]“.

AGKAMED AG OPS 9-20: PKMS-Dokumentation – Dokumentationsverhalten und DokumentationMEHR-aufwand – Umfrageergebnisse zum Dokumentationsaufwand und dem Dokumentationsverhalten in Krankenhäusern – Ergebnisbericht einer Umfrage, 3.4.3.2 Zeitwerte nach unterschiedlichen Einrichtungen, Seite 16. „URL: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf) [10.01.2017]“.

AGKAMED AG OPS 9-20: PKMS-Dokumentation – Dokumentationsverhalten und DokumentationMEHR-aufwand – Umfrageergebnisse zum Dokumentationsaufwand und dem Dokumentationsverhalten in Krankenhäusern – Ergebnisbericht einer Umfrage, 3.5 Zusammenfassende Diskussion, Seite 29. „URL: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED\\_Umfrage\\_Dokumentationsaufwand.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/AGKAMED_Umfrage_Dokumentationsaufwand.pdf) [10.01.2017]“.

Aphorismen.de: Aphorismus zum Thema Dienen – Zitat Florence Nightingale. Online  
im Internet: „URL: <https://www.aphorismen.de/zitat/82730> [25.08.2016]“.

Augurzky B., Bünnings C., Dördelmann S., Greiner W., Hein L., Scholz S., Wübker A.  
(2016): RWI - Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – Die Zukunft  
der Pflege im Krankenhaus – Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker  
Krankenkasse Nr. 104, Executive Summary, Seite 7. Online im Internet: „URL:  
[http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf) [10.01.2017]“.

Augurzky B., Bünnings C., Dördelmann S., Greiner W., Hein L., Scholz S., Wübker A.  
(2016): RWI - Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – Die Zukunft  
der Pflege im Krankenhaus – Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker  
Krankenkasse Nr. 104, 3.3 Aktuelle Abbildung der Pflege im DRG-System, Seite 65.  
Online im Internet: „URL: [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf)  
[10.01.2017]“.

Augurzky B., Bünnings C., Dördelmann S., Greiner W., Hein L., Scholz S., Wübker A.  
(2016): RWI - Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – Die Zukunft  
der Pflege im Krankenhaus – Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker  
Krankenkasse Nr. 104, 6.1 Fazit, Seite 125. Online im Internet: „URL: [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf)  
[10.01.2017]“.

BARTHELINDEX.COM: Barthel Index. Online im Internet: „URL:  
<http://barthelindex.com/> [10.01.2017]“.

Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2012): DEUTSCHES  
KRANKENHAUS INSTITUT – KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage 2012 –  
6.3 Dokumentationsaufwand, Seite 84f. Online im Internet:  
„URL:<https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf> [10.01.2017]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2012): DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT – KRANKENHAUS BAROMETER Umfrage 2012 – 6.5 Sachgerechtigkeit des PKMS, Seite 88. Online im Internet: „URL:<https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf> [10.01.2017]“.

Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhauslandschaft. Online im Internet: „URL:<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhauslandschaft.html> [18.08.2016]“.

Bundesministerium für Gesundheit: Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“. Online im Internet: „URL:<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/expertenkommission.html> [10.01.2017]“.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) § 3 Weitere Begriffsbestimmungen. Online im Internet: „URL: [http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg\\_1990/\\_3.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/_3.html) [09.01.2017]“.

dict.cc – Deutsch-Englisch-Wörterbuch: Deutsch-Englisch-Übersetzung für: International Council of Nurses. Online im Internet: „URL:<http://www.dict.cc/englisch-deutsch/International+Council+of+Nurses.html> [10.01.2017]“.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Die Bedeutung professioneller Pflege. Online im Internet: „URL:<https://www.dbfk.de/de/themen/Bedeutung-professioneller-Pflege.php> [10.01.2017]“.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.: Was ist Geriatrie? Online im Internet: „URL:<http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html> [25.09.2016]“.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.: Wer ist ein geriatrischer Patient? Online im Internet: „URL:<http://www.dggeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html> [25.09.2016]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.: Hinweise zur Verwendung von BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), Seite 1. Online im Internet: „URL: [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD\\_Kurzanleitung\\_130626.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf) [10.01.2017]“.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016. Online im Internet: „URL:<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2016/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf> [Stand: 18.08.2016]“.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Online im Internet: „URL:<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm> [24.09.2016]“.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft: Krankenhausverzeichnis. Online im Internet: „URL:[http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/31/aid/2260/title/Assoziierte\\_Organisationen](http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/31/aid/2260/title/Assoziierte_Organisationen) [18.08.2016]“.

Deutsches Krankenhaus Institut: Institutsprofil – Gemeinsam für mehr Wissen. Online im Internet: „URL:<https://www.dki.de/wir-sind/institutsprofil> [10.01.2017]“.

Deutsches Krankenhaus Verzeichnis: Auswahlkriterien nach dem Deutschen Krankenhaus Verzeichnis. Online im Internet: „URL:<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/> [13.12.2015 und 02.03.2016]“.

Duden: Bedeutungsübersicht „interdisziplinär“. Online im Internet: „URL:<http://www.duden.de/rechtschreibung/interdisziplinaer> [10.01.2017]“.

Duden: Bedeutungsübersicht „Multiplikator“. Online im Internet: „URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Multiplikator> [09.01.2017]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Duden: Bedeutungsübersicht „Synergieeffekt“. Online im Internet: „URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Synergieeffekt> [18.03.2017]“.

ENZYKLO.de – Deutsche Enzyklopädie: Proxy-Interview. Online im Internet: „URL: <http://www.enzyklo.de/Begriff/Proxy-Interview> [09.01.2017]“.

Facharztwissen: Wasserlassen – Miktion. Online im Internet: „URL: [http://www.medicoconsult.de/Wasserlassen\\_-\\_Miktion/](http://www.medicoconsult.de/Wasserlassen_-_Miktion/) [10.01.2017]“.

Gabler Wirtschaftslexikon (Herausgeber: Springer Gabler Verlag): Stichwort „Ethik“. Online im Internet: „URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2794/ethik-v9.html> [10.01.2017]“.

Gabler Wirtschaftslexikon (Herausgeber: Springer Gabler Verlag): Stichwort „Kommunikationsprozess“. Online im Internet: „URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9826/kommunikationsprozess-v9.html> [08.01.2017]“.

Gabler Wirtschaftslexikon (Herausgeber: Springer Gabler Verlag): Stichwort „Wissensmanagement“. Online im Internet: „URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55427/wissensmanagement-v8.html> [08.01.2017]“.

GITO – Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik – Online Lexikon: Krankenhausinformationssystem/Klinisches Arbeitsplatzsystem. Online im Internet: „URL: <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/lexikon/informationssysteme/Sektorspezifische-Anwendungssysteme/Gesundheitswesen--Anwendungssysteme-im/Krankenhausinformationssystem> [09.01.2017]“.

HINZ – Organisation im Gesundheitswesen: Dokumentationssysteme für Pflege und Medizin. Online im Internet: „URL: <http://www.hinz.de/products/doku> [09.01.2017]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

HNA.de (Onlineangebot der Hessischen/Niedersächsischen Allgemeinen): Mögliche Pflegeursachen. Online im Internet:

„URL:<http://www.hna.de/gesundheit/pflegeursachen-senioren-mz-937115.html> [24.09.2016]“.

Kardex Deutschland: Stehregistratur. Online im Internet: „URL:[http://www.kardex-intralogistik.de/Produkte\\_Service/Stehregistratur.htm](http://www.kardex-intralogistik.de/Produkte_Service/Stehregistratur.htm) [09.01.2017]“.

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Pflege-Thermometer 2014 – Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus – 7.2 Bedeutung des Themas aus Sicht der Pflegenden, Seite 41f. Online im Internet:

„URL:[http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) [09.01.2017]“.

MedizInfo: Geriatrie – Gesundheit und Alter. Online im Internet: „URL: <http://www.medizinfo.de/geriatrie/problembereiche/multimorbiditaet.shtml> [09.01.2017]“.

Onmeda.de: Schmerztagebuch: Schmerz ist messbar: Die Schmerzskala. Online im Internet: „URL: <http://www.onmeda.de/behandlung/schmerztagebuch-die-schmerzskala-3733-2.html> [09.01.2017]“.

Optiplan: Optiplan zur Dokumentation & Organisation. Online im Internet: „URL: <http://www.optiplan.org/> [09.01.2017]“.

Optiplan: Pflegedokumentationssysteme für den Einsatz im Krankenhaus – vom Formular bis zu Planetten. Online im Internet: „URL: <http://www.optiplan.org/40/Produkte/Pflegedokumentations-systeme/Krankenhaus.htm> [09.01.2017]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

ORBIS: Ganzheitliche Steuerung von Klinikprozessen, Seite 1. „URL: [http://www.agfahealthcare.com/he/germany/de/binaries/\(WEB\)ORBIS\\_Broschuere\\_8Seiten\\_tcm602-90521.pdf](http://www.agfahealthcare.com/he/germany/de/binaries/(WEB)ORBIS_Broschuere_8Seiten_tcm602-90521.pdf) [09.01.2017]“.

Parkinson aktuell: Was ist Parkinson? Online im Internet: „URL: <http://www.parkinson-aktuell.de/was-ist-parkinson> [09.01.2017]“.

RECOM: PKMS-E Änderungen 2017 im Detail. Online im Internet  
„URL:<https://www.recom.eu/wissen/pkms-dokumentation.html> [10.01.2017]“.

RECOM: Software für das Gesundheitswesen. Online im Internet  
„URL:<https://www.recom.eu/software/uebersicht.html> [10.01.2017]“.

Statistisches Bundesamt: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern. Online im Internet:  
„URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/VorausberechnungLaender.html> [24.09.2016]“.

Statistisches Bundesamt: 71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Online im Internet:  
„URL:[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15\\_094\\_224.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html) [Stand: 24.09.2016]“.

Statistisches Bundesamt: 80,8 Millionen Einwohner am Jahresende 2013. Online im Internet:  
„URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Aktuell.html> [24.09.2016]“.

Statistisches Bundesamt: Kosten der Krankenhäuser. Online im Internet: „URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KostenKrankenhaeuser.html> [10.01.2017]“.

Dissertation von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung,  
Altersgruppen. Online im Internet: „URL:[https://www-  
genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001) [24.09.2016]“.

Statistisches Bundesamt: Unsere Aufgaben. Online im Internet:  
„URL:<https://www.destatis.de/DE/UeberUns/UnsereAufgaben/Aufgaben.html>  
[10.01.2017]“.

Thieme: Der ganze Mensch im Zentrum: Liliane Juchli – Ein Leben für die Pflege.  
Online im Internet: „URL: [https://www.thieme.de/de/presse/liliane-juchli-ein-leben-  
fuer-die-pflege-36370.htm](https://www.thieme.de/de/presse/liliane-juchli-ein-leben-fuer-die-pflege-36370.htm) [09.01.2017]“.

Wortbedeutung.info: Wortbedeutung/Definition „zufrieden“. Online im Internet:  
„URL: <http://www.wortbedeutung.info/zufrieden/> [10.01.2017]“.

## Tabellenverzeichnis

---

<b>Tabelle 1:</b>	UD2_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 2_1, N= 8.....	42
<b>Tabelle 2:</b>	UB4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 4, N= 12.....	54
<b>Tabelle 3:</b>	UC4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 4, N= 18.....	99
<b>Tabelle 4:</b>	UC5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 5, N= 21.....	101
<b>Tabelle 5:</b>	PD9_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9_1, N= 14.....	109
<b>Tabelle 6:</b>	PD9_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9_1, N= 14, mit ausgeklammerten Werten.....	110
<b>Tabelle 7:</b>	PB 1 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1, N = 26.....	113
<b>Tabelle 8:</b>	PC7_1_2 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7_1_2, N = 4.....	125
<b>Tabelle 9:</b>	PC9 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 9, N = 25.....	128
<b>Tabelle 10:</b>	PC10 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 10, N = 26.....	129
<b>Tabelle 11:</b>	PC12 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 12, N = 16.....	135
<b>Tabelle 12:</b>	PC13 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 13, N = 26.....	136
<b>Tabelle 13:</b>	EB2 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 2, N= 5.....	184
<b>Tabelle 14:</b>	EC6_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6_1, N= 2.....	195
<b>Tabelle 15:</b>	EC6_1_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6_1_1, N= 2.....	195
<b>Tabelle 16:</b>	EC8 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 8, N= 7.....	197
<b>Tabelle 17:</b>	EC9 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 9, N= 7.....	198

## Abbildungsverzeichnis

---

<b>Abbildung 1:</b>	Auswahlkriterien nach dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (vgl. online im Internet am 13.12.2015 und am 02.03.2016: <a href="http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/">http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/</a> ), eigene Darstellung.....	30
<b>Abbildung 2:</b>	UD1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 1, N= 26.....	40
<b>Abbildung 3:</b>	UD2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 2, N= 21.....	41
<b>Abbildung 4:</b>	UB1_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 1_1, N= 26.....	48
<b>Abbildung 5:</b>	UB1_2_1, UB1_2_2, UB1_2_3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 1_2_1, 1_2_2, 1_2_3, N= 27.....	49
<b>Abbildung 6:</b>	UB2-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 2, N= 27.....	51
<b>Abbildung 7:</b>	UB3-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 3, N= 27.....	53
<b>Abbildung 8:</b>	UB6_1, UB6_2, UB6_3-> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 6_1, 6_2, 6_3, N= 27.....	56
<b>Abbildung 9:</b>	UB7_1, UB7_2, UB7_3, UB7_4, UB7_5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich B, Frage 7_1, 7_2, 7_3, 7_4, 7_5, N= 27.....	60
<b>Abbildung 10:</b>	UC1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 1, N= 27.....	63
<b>Abbildung 11:</b>	UC1_1, UC1_2, UC1_3, UC1_4, UC1_5 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 1_1, 1_2, 1_3, 1_4, 1_5, N= 26.....	64

<b>Abbildung 12:</b>	UC2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 2, N= 27.....	67
<b>Abbildung 13:</b>	UC3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 3, N= 27.....	70
<b>Abbildung 14:</b>	UC3_1, UC3_2, UC3_3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 3_1, 3_2, 3_3, N= 12.....	71
<b>Abbildung 15:</b>	UC8 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 8, N= 26.....	73
<b>Abbildung 16:</b>	UA4 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 4, N= 27.....	77
<b>Abbildung 17:</b>	UA4_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 4_1, N= 20.....	78
<b>Abbildung 18:</b>	UA4_1_1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 4_1_1, N= 4.....	79
<b>Abbildung 19:</b>	UC7 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 7, N= 24.....	81
<b>Abbildung 20:</b>	UE1 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 1, N= 22.....	84
<b>Abbildung 21:</b>	UE2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 2, N= 23.....	88
<b>Abbildung 22:</b>	UE3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich E, Frage 3, N= 25.....	91
<b>Abbildung 23:</b>	UD3 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich D, Frage 3, N= 27.....	94
<b>Abbildung 24:</b>	UA2 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich A, Frage 2, N= 25.....	97
<b>Abbildung 25:</b>	UC6 -> Fachbereich Unternehmensführung, Bereich C, Frage 6, N= 26.....	103

<b>Abbildung 26:</b>	PD8 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 8, N= 25.....	107
<b>Abbildung 27:</b>	PD9 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 9, N= 23.....	108
<b>Abbildung 28:</b>	PB1_1, PB1_2, PB1_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1_1, 1_2, 1_3, N= 26.....	114
<b>Abbildung 29:</b>	PB1_1, PB1_2, PB1_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich B, Frage 1_1, 1_2, 1_3, N= 26.....	115
<b>Abbildung 30:</b>	PC1_1, PC1_2, PC1_3, PC1_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 1_1, 1_2, 1_3, 1_4, N= 26.....	117
<b>Abbildung 31:</b>	PC1_1, PC1_2, PC1_3, PC1_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 1_1, 1_2, 1_3, 1_4, N= 26.....	119
<b>Abbildung 32:</b>	PC7 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7, N= 26.....	122
<b>Abbildung 33:</b>	PC7_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7_1, N= 23....	123
<b>Abbildung 34:</b>	PC7_1_1 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 7_1_1, N= 18.....	124
<b>Abbildung 35:</b>	PC8_1, PC8_2, PC8_3, PC8_4 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 8_1, 8_2, 8_3, 8_4, N= 26.....	126
<b>Abbildung 36:</b>	PC11 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 11, N= 26.....	132
<b>Abbildung 37:</b>	PC11_1_1, PC11_1_2, PC11_1_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 11_1_1, 11_1_2, 11_1_3, N= 17.....	133
<b>Abbildung 38:</b>	PC3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 3, N= 26.....	143
<b>Abbildung 39:</b>	PC4_1, PC4_2, PC4_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 4_1, 4_2, 4_3, N= 26.....	144
<b>Abbildung 40:</b>	PC5_1, PC5_2, PC5_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 5_1, 5_2, 5_3, N= 26.....	146
<b>Abbildung 41:</b>	PC6 -> Fachbereich Pflege, Bereich C, Frage 6, N= 26.....	147
<b>Abbildung 42:</b>	PD1 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 1, N= 25.....	149

<b>Abbildung 43:</b>	PD1_1_1, PD1_1_2, PD1_1_3 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 1_1_1, 1_1_2, 1_1_3, N= 5.....	150
<b>Abbildung 44:</b>	PD2 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 2, N= 25.....	153
<b>Abbildung 45:</b>	PD3 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 3, N= 25.....	156
<b>Abbildung 46:</b>	PD4 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 4, N= 23.....	158
<b>Abbildung 47:</b>	PD5 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 5, N= 23.....	161
<b>Abbildung 48:</b>	PD6 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 6, N= 21.....	164
<b>Abbildung 49:</b>	PD7 -> Fachbereich Pflege, Bereich D, Frage 7, N= 23.....	167
<b>Abbildung 50:</b>	ED1 -> Fachbereich Ethik, Bereich D, Frage 1, N= 16.....	174
<b>Abbildung 51:</b>	EA2 -> Fachbereich Ethik, Bereich A, Frage 2, N= 21.....	178
<b>Abbildung 52:</b>	EB1 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 1, N= 7.....	182
<b>Abbildung 53:</b>	EB1_1, EB1_2, EB1_3 -> Fachbereich Ethik, Bereich B, Frage 1_1, 1_2, 1_3, N= 5.....	183
<b>Abbildung 54:</b>	EC1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 1, N= 7.....	186
<b>Abbildung 55:</b>	EC2 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 2, N= 7.....	188
<b>Abbildung 56:</b>	EC2_1, EC2_2, EC2_3 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 2_1, 2_2, 2_3, N= 4.....	189
<b>Abbildung 57:</b>	EC5 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 5, N= 7.....	191
<b>Abbildung 58:</b>	EC5_1 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 5_1, N= 5.....	192
<b>Abbildung 59:</b>	EC6 -> Fachbereich Ethik, Bereich C, Frage 6, N= 5.....	194

### **Abkürzungsverzeichnis**

---

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DKV	Deutsches Krankenhaus-Verzeichnis
Doku.	Dokumentation
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
ICN	International Council of Nurses
IMC	Intermediate Care
inkl.	Inklusive
IT	Informationstechnik
Leitung QM/RM	Leitung Qualitätsmanagement/Risikomanagement
lt.	Laut
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
mind.	Mindestens
Nr.	Nummer
NSDstat	ein Produkt des Norwegian Social Science Data Service in Bergen (NSD)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PDL	Pflegedienstleitung
PKMS-E	Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene
PKMS-K	Pflegekomplexmaßnahmen-Score Kleinkinder (PKMS-K)
PKMS-J	Pflegekomplexmaßnahmen-Score Kinder und Jugendliche
PN	Primary Nurse
PPR	Pflege-Personalregelung
PV	Patientenverfügung
QMB	Qualitätsmanagement-Beauftragter
vgl.	vergleiche
VK	Vollzeitkraft
z. B.	zum Beispiel

## **Kurze Erläuterung der Fachbegriffe**

---

- Alzheimer** = Progrediente Hirnatrophie, die ab dem 40. Lebensjahr v. a. bei Frauen auftritt; Alzheimer-Krankheit (vgl. Hildebrandt 1998: 51).
- Arthrose** = Degenerative Gelenkerkrankung, die vorwiegend bei einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Beschaffenheit bzw. Leistungsfähigkeit der einzelnen Gelenkanteile und -gewebe entsteht (vgl. Hildebrandt 1998: 126).
- ATL** = „Aktivitäten des täglichen Lebens“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
<https://www.thieme.de/de/presse/liliane-juchli-ein-leben-fuer-die-pflege-36370.htm>)
- Barthel-Index** = „Der Barthel Index ist ein Begriff aus dem Pflegebereich. Er bezeichnet einen Index zur Bewertung der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit. 1965 wurde der Barthel Index entwickelt und er gilt für alle Patienten, die in ihrer Bewegungsfreiheit und Selbstständigkeit eingeschränkt sind.“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
<http://barthelindex.com/>)
- Braden-Skala** = Skala zur Dekubitusrisikoerkennung  
(vgl. Schröder 2000: 301)
- Dekubitus** = Durch äußere (längerfristige) Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen und lokaler Ischämie hervorgerufene trophische Störung von Geweben (v. a. Haut und Unterhautgewebe) mit Nekrose, Mazeration, evtl. Infektion (vgl. Hildebrandt 1998: 327f.).

- Delir** = Form der akuten organischen Psychose mit Bewußtseins- und Orientierungsstörungen, Halluzinationen, vegetativen Störungen, Tremor und motorischer Unruhe (vgl. Hildebrandt 1998: 328).
- Demenz** = I. d. R. über Monate bis Jahre chronisch progrediente degenerative Veränderungen des Gehirns mit Verlust von früher erworbenen kognitiven Fähigkeiten (vgl. Hildebrandt 1998: 328).
- Depression** = Störung der Affektivität bei der ein depressives Syndrom im Vordergrund steht. Je nach Dauer, Intensität oder Periodik des Auftretens ist die depressive Stimmungsänderung unter Umständen pathologisch (vgl. Hildebrandt 1998: 331f.).
- ePA** = „ergebnisorientiertes PflegeAssessment“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.epa-cc.de/methode.html>)
- Hemiplegie** = „vollständige Lähmung einer Körperhälfte“  
(Hildebrandt 1998: 644)
- Herzschwäche** = Unzureichende Funktion des Herzens, bei der das Herz nicht mehr imstande ist, eine den Anforderungen entsprechende Förderleistung zu erbringen – Herzinsuffizienz (vgl. Hildebrandt 1998: 659).
- Hinz** = „Dokumentationssysteme für Pflege und Medizin“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.hinz.de/products/doku>)

- Kardex** = „Stehregistratur“  
(Online im Internet am 09.01.2017: [http://www.kardex-intralogistik.de/Produkte\\_Service/Stehregistratur.htm](http://www.kardex-intralogistik.de/Produkte_Service/Stehregistratur.htm))
- KIS** = „Ein Krankenhausinformationssystem (KIS) besteht in einer weiten Fassung aus der Gesamtheit der Informationssysteme eines Krankenhauses.“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/lexikon/informationssysteme/Sektorspezifische-Anwendungssysteme/Gesundheitswesen--Anwendungssysteme-im/Krankenhausinformationssystem>)
- Miktion** = Wasserlassen, Vorgang der Entleerung der Harnblase  
(vgl. online im Internet am 09.01.2017: [http://www.medicoconsult.de/Wasserlassen\\_-\\_Miktion/](http://www.medicoconsult.de/Wasserlassen_-_Miktion/))
- Multimorbidität** = „Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.medizinfo.de/geriatrie/problembereiche/multimorbiditaet.shtml>)
- Multiplikator** = „(bildungssprachlich) Person, Einrichtung, die Wissen oder Information weitergibt und zu deren Verbreitung, Vervielfältigung beiträgt.“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Multiplikator>)
- Optiplan** = „Optiplan zur Dokumentation & Organisation“  
(Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.optiplan.org/>)

- ORBIS/Agfa** = „Ganzheitliche Steuerung von Klinikprozessen“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
[http://www.agfahealthcare.com/he/germany/de/binaries/\(WEB\)ORBIS\\_Broschuere\\_8Seiten\\_tcm602-90521.pdf](http://www.agfahealthcare.com/he/germany/de/binaries/(WEB)ORBIS_Broschuere_8Seiten_tcm602-90521.pdf),  
Seite 1)
- Osteoporose** = Erkrankung der Skelettsystems mit Verlust bzw. Verminderung von Knochensubstanz und –struktur und erhöhter Frakturanfälligkeit (vgl. Hildebrandt 1998: 1172).
- Parkinsonkrankheit** = „Morbus Parkinson ist eine langsam fortschreitende neurologische Erkrankung, die vor allem bestimmte Teile des Gehirns betrifft. Diese Hirnbereiche weisen einen Mangel an dem Botenstoff Dopamin auf, da Dopaminhaltige Nervenzellen aus bisher noch ungeklärten Gründen nach und nach absterben. Hirnbereiche mit Dopaminhaltigen Nervenzellen kontrollieren willkürliche und unwillkürliche Bewegungen. Bewegungsstörungen gehören daher zu den typischen Hauptsymptomen der Parkinson-Erkrankung.“ (Online im Internet am 09.01.2017: <http://www.parkinson-aktuell.de/was-ist-parkinson>)
- Planette** = „Die Planette ist das Trägersystem der Pflegedokumentation (Planettentaschen) einer Pflegegruppe.“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
<http://www.optiplan.org/40/Produkte/Pflegedokumentationssysteme/Krankenhaus.htm>)
- Proxy-Interview** = „Interview bei dem Dritte über die eigentlichen Zielpersonen befragt werden.“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
<http://www.enzyklo.de/Begriff/Proxy-Interview>)

- Pseudonymisiert** = Laut dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)  
§ 3 Weitere Begriffsbestimmungen: „(6a)  
Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und  
anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen  
zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen  
auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.“  
(Online im Internet am 09.01.2017: [http://www.gesetze-  
im-internet.de/bdsg\\_1990/\\_3.html](http://www.gesetze-<br/>im-internet.de/bdsg_1990/_3.html))
- Reanimation** = „Wiederbelebung“ (Hildebrandt 1998: 1347)
- RECOM** = „Software für das Gesundheitswesen“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
<https://www.recom.eu/software/uebersicht.html>)
- Schlaganfall** = Apoplektischer Insult; Apoplexie (vgl. Hildebrandt  
1998: 100)
- Schmerzskala BESD** = „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“  
(Online im Internet am 09.01.2017:  
[http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD\\_Kurzanleitung\\_130626.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf), Seite 1)
- Schmerzskala NRS** = „Die Intensität der Schmerzen kann nur der Betroffene  
selbst angeben. Um den Schmerz zu dokumentieren, gibt  
es verschiedene Verfahren zur qualitativen und  
quantitativen Messung von Schmerz. Dabei überträgt der  
Betroffene Schmerzcharakteristika und relevante Faktoren  
in Zahlenwerte und trägt diese in eine Schmerzskala ein.  
Für diese Einstufung des Schmerzes gibt es verschiedene  
Methoden. Eine davon ist die sogenannte numerische  
Rangskala (NRS). Bei dieser schätzt der Betroffene den  
Schmerz auf einer Skala von 0 bis 10 ein. Dabei wird die  
Zahl 0 mit kein Schmerz gleichgesetzt und die Zahl 10 mit

dem stärksten vorstellbaren Schmerz. Die jeweiligen Werte sollte der Betroffene in einem Schmerztagebuch über einen längeren Zeitraum dokumentieren.“

(Online im Internet am 09.01.2017:

<http://www.onmeda.de/behandlung/schmerztagebuch-die-schmerzskala-3733-2.html>)

**Stroke-Unit**

= Behandlungseinrichtung (Krankenstation) in einem Krankenhaus, die räumlich, personell und materiell auf die Behandlung und Pflege von Patienten mit Apoplexie spezialisiert ist (vgl. Hildebrandt 1998: 1519).

**Synergieeffekt**

= positive Wirkung, die sich aus dem Zusammenschluss oder der Zusammenarbeit zweier Unternehmen oder Ähnliches ergibt (vgl. online im Internet am 18.03.2017: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Synergieeffekt>)

**Vulnerabilität**

= Bezeichnung für die durch genetische, organische, biochemische, psychische und soziale Faktoren bedingte individuelle Disposition, auf Belastungen überdurchschnittlich stark mit Spannung, Angst, Verwirrung bis hin zu psychotherapeutischen Dekompensationen zu reagieren (vgl. Hildebrandt 1998: 1676).

## Anlagenverzeichnis

---

	<b>Seite</b>
<b>Anlage 1:</b> Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016.....	1-31
<p>Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016. Online im Internet: „URL:<a href="https://www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/kodesuche/onlinefassun-&lt;br/&gt;gen/opshtml2016/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf">https://www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/kodesuche/onlinefassun- gen/opshtml2016/zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf</a> [Stand: 18.08.2016]“.</p>	
<b>Anlage 2:</b> Fragebogen Unternehmensführung.....	1-12
<b>Anlage 3:</b> Fragebogen Pflege.....	1-11
<b>Anlage 4:</b> Fragebogen Ethik.....	1-7
<b>Anlage 5:</b> Dokumente zum Pretest	
- Einverständniserklärung der Klinik des Pretests zur Namensnennung.....	1
- Bestätigung über die Durchführung des Pretests.....	1
- Anschreiben.....	1-3
- Gesprächsleitfaden.....	1-3
<b>Anlage 6:</b> Anschreiben an die Kliniken.....	1-4
<b>Anlage 7:</b> Erinnerungsschreiben an die Kliniken.....	1-2

# Pflegekomplesmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2016

## Inhaltsverzeichnis

<u>HINWEISE zur Nutzung.....</u>	<u>2</u>
<u>1. PKMS-E für Erwachsene.....</u>	<u>6</u>
<u>1.1 Allgemeine Pflege.....</u>	<u>6</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege .....</u>	<u>6</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung.....</u>	<u>8</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung.....</u>	<u>10</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit .....</u>	<u>12</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen.....</u>	<u>13</u>
<u>1.2 Spezielle Pflege.....</u>	<u>14</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder</u>	
<u>Tetraplegie.....</u>	<u>14</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wundmanagement.....</u>	<u>15</u>
<u>2. PKMS-J für Kinder und Jugendliche.....</u>	<u>17</u>
<u>2.1 Allgemeine Pflege.....</u>	<u>17</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege .....</u>	<u>17</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung.....</u>	<u>18</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung .....</u>	<u>20</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation.....</u>	<u>21</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen.....</u>	<u>22</u>
<u>2.2 Spezielle Pflege.....</u>	<u>23</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung.....</u>	<u>23</u>
<u>3. PKMS-K für Kleinkinder.....</u>	<u>25</u>
<u>3.1 Allgemeine Pflege.....</u>	<u>25</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege.....</u>	<u>25</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung .....</u>	<u>26</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung.....</u>	<u>27</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation.....</u>	<u>28</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen .....</u>	<u>29</u>
<u>3.2 Spezielle Pflege.....</u>	<u>30</u>
<u>Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung.....</u>	<u>30</u>

#### HINWEISE zur Nutzung:

Der PKMS ist ein Instrument zur Abbildung der hochaufwendigen Pflege im Krankenhaus. Er dient als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb der Entgeltsysteme. Der PKMS erfasst zum einen hochaufwendige Pflege im Bereich der „allgemeinen Pflege“ und zum anderen Leistungen im Bereich der „speziellen Pflege“. Zur allgemeinen Pflege werden die Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit und Kommunikation gerechnet und zur speziellen Pflege werden die Leistungsbereiche Kreislauf und Wundmanagement gerechnet.

Es wurden drei unterschiedliche PKMS entwickelt, da die hochaufwendige Pflege in den verschiedenen Altersstufen unterschiedlich operationalisiert ist:

- für Erwachsene (PKMS-E): ab dem Beginn des 19. Lebensjahres
- für Kinder und Jugendliche (PKMS-J): ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres (Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist)
- für Kleinkinder (PKMS-K): ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

Die Struktur und Logik der drei Scores sind gleich und bei der Anwendung ist Nachfolgendes grundsätzlich zu beachten.

Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Aufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus.

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, müssen

1. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und
2. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS zu, so werden die Punkte für den jeweiligen Tag (Kalendertag) über die Verweildauer addiert. Auch entstandene Aufwandspunkte am Aufnahme- und/oder Entlassungstag werden berücksichtigt. Pro Leistungsbereich kann die angegebene Punktzahl nur einmal pro Kalendertag vergeben werden. Die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... - Hochaufwendige Pflege ...“, wenn die entsprechende Punktzahl der jeweiligen Prozedur in den Altersgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene) erreicht ist.

**Der PKMS ist nur auf der „Normalstation/IMC“ zu kodieren.** Es sind keine Kalendertage auf Intensivstation zu zählen. Die PKMS-Aufwandspunkte sind an den Tagen nicht zu zählen, an welchen Punkte für die Intensiv-Komplexcodes, Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes oder Beatmungstunden gezählt werden.

Am Verlegungstag von einer „Normalstation“/IMC auf die oben genannte Einheit oder am Tag, an dem die Zählung der Stunden für die Stroke-Unit-Komplexcodes (8-981, 8-98b) oder der Beatmungstunden der jeweiligen Beatmungsperiode beginnt, wird der PKMS nicht kodiert. Am Tag der Rückverlegung auf die „Normalstation“ oder am Tag, an dem die Zählung der Beatmungstunden der jeweiligen Beatmungsperiode oder die Behandlung entsprechend der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls endet, kann der PKMS ermittelt werden.

**Definition: „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Positionierung)**

Im PKMS wird als Ausgangslage des „normal aufwendigen Patienten“ ein Patient beschrieben, der eine „volle Übernahme“ der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erfährt. Der PKMS nutzt die Definition „volle Übernahme“ in den Leistungsbereichen, die bei dem Instrument PPR entwickelt wurden. Nachfolgend wird die Definition „volle Übernahme“ vorgestellt. Es ist keine Voraussetzung für Einrichtungen, die PPR zu nutzen, um den PKMS richtig zu kodieren.

Die ursprüngliche Definition der PPR wurde nicht geändert. Hintergrund dieser Entscheidung ist, dass zahlreiche Einrichtungen noch mit der PPR zur Fallkostenkalkulation arbeiten und die Definitionen der Leistungsbereiche bei den Pflegenden bekannt sind. Einige Begriffe, die heute in der Pflege nicht mehr verwendet werden, wurden durch die aktuelle Fachterminologie ersetzt bzw. ergänzt, ohne die inhaltlichen Aussagen der PPR A3 zu verändern. Diese sind im Text kursiv markiert.

<b>In Anlehnung an die Definition der PPR-Stufe A3 wird die „volle Übernahme“ pflegerischer Leistungen in den Leistungsbereichen wie folgt definiert:</b>	
Patienten brauchen ein hohes Maß an Unterstützung, Aktivierung, Motivation und Zuwendung, denn sie sind durch Immobilität, eingeschränkte Körperfunktionen oder durch ihre Erkrankung an der eigenständigen Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse gehindert.	
<b>Körperpflege</b>	<b>Überwiegende oder vollständige Übernahme der Körperpflege</b>
	Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen, die Zähne putzen, rasieren und die Haare pflegen. Dies muss von den Pflegenden ausgeführt oder der Patient muss helfend und aktivierend unterstützt werden.
<b>Ernährung</b>	<b>Hilfe bei der Nahrungsaufnahme</b>
	Der Patient ist nicht in der Lage, allein zu essen oder zu trinken, auch wenn die Nahrung mundgerecht zubereitet ist. <i>Essen oder Trinken muss dem Patienten verabreicht werden oder das Kind muss gefüttert werden oder ihm muss während des Essens geholfen werden.</i> Außerdem muss der Patient aktivierend unterstützt werden.
<b>Ausscheidung</b>	<b>Versorgen bei unkontrollierter Blasen- oder Darmentleerung und/oder volle Abhängigkeit bei den Ausscheidungsaktivitäten</b>
	Der inkontinente Patient muss <i>mit frischen Inkontinenzmaterialien versorgt</i> oder <i>das Kind muss regelmäßig gewickelt</i> und gereinigt werden (dazu gehört auch – soweit erforderlich – die Reinigung des Bettes). Dieses Merkmal umfasst auch das Kontinenztraining.
<b>Bewegung und Positionierung</b>	<b>Häufiges (zwei- bis vierstündliches) Körperlagern oder Mobilisieren</b>
	Der Patient wird aufgrund seiner Immobilität häufig gelagert oder mobilisiert. Dies kann therapeutisch erforderlich sein oder seinen persönlichen Bewegungs- und Lagerungsbedürfnissen entsprechen.

**HINWEISE ZUR PFLEGEDOKUMENTATION zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes:**

Die Gründe für hochaufwendige Pflege sind einmalig bei Aufnahme und bei Änderungen der Gründe zu erfassen. Das Vorliegen eines oder mehrerer Kennzeichen der Gründe bestätigt diese. Die Kennzeichen, die mit einem Komma verbunden sind, werden im Sinne einer „oder“-Verbindung ausgelegt. Nur wenn explizit ein „und“ formuliert ist, sind beide oder mehrere Kennzeichen zu erfüllen.

Die Pflegemaßnahmen, welche für den Patienten erbracht wurden und im Rahmen der PKMS-Aufwandspunkte anerkannt werden sollen, sind einzeln durch eine tägliche Leistungsdokumentation (mit Personen- und Kalendertagsbezug) nachzuweisen.

Ist bei einem Patienten bereits absehbar, dass er trotz des Zutreffens eines oder mehrerer Leistungsmerkmale nicht eine entsprechende Anzahl von Tagen (z.B. bei 4 Leistungsmerkmalen an

weniger als 4 Tage) in der Klinik verweilt, um die Mindestpunktzahl für den OPS-Kode zu erreichen, so ist keine Dokumentation im Sinne des PKMS durchzuführen.

Nur mit diesem Symbol  gekennzeichnete Bereiche des PKMS erfordern eine zusätzliche Dokumentation. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier überwiegend um Dokumentationsanteile handelt, die bereits zur Standardpflegedokumentation gehören.

Die dokumentierten PKMS-Items, auch in elektronischer Form, sind Teilaspekte der pflegerischen Dokumentation. Ebenso kann eine automatisierte PKMS-Dokumentation durch die Nutzung einer standardisierten Terminologie in einer elektronischen Patientenakte genutzt werden.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kodieren auf einer Matrix das „Zutreffen“ des jeweiligen **PKMS-E**, **PKMS-J**, **PKMS-K** in den einzelnen Leistungsbereichen.

PKMS-E-Matrix

Leistungsbereich PKMS-E	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	3	3	3	3	3	3	3	3	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kreislauf	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wundmanagement	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	17	17	17	17	17	17	17	17	Gesamtsumme

PKMS-J-Matrix

Leistungsbereich PKMS-J	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	3	3	3	3	3	3	3	3	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	3	3	3	3	3	3	3	3	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	16	16	16	16	16	16	16	16	Gesamtsumme

PKMS-K-Matrix

Leistungsbereich PKMS-K	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	
Körperpflege	2	2	2	2	2	2	2	2	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern/Mobilisation	2	2	2	2	2	2	2	2	
Kommunizieren/Beschäftigen	2	2	2	2	2	2	2	2	
Wund- und Hautbehandlung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Summe pro Tag:	14	14	14	14	14	14	14	14	Gesamtsumme

Aus der Summe der Aufwandspunkte des PKMS (in der entsprechenden Altersklasse) ergibt sich der entsprechende OPS-Kode aus dem Bereich 9-20.

Abkürzungsverzeichnis

ASE	Atemstimulierende Einreibung
BMI	Body-Mass-Index
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
FIM	Functional Independence Measure™
GKW	Ganzkörperwaschung
IMC	Intermediate Care
MMSE	Mini Mental State Examination
MRP	Motor relearning programme
NDT	Neuro-Developmental Treatment
PPR	Pflege-Personalregelung
tägl.	täglich

# 1. PKMS-E für Erwachsene: ab dem Beginn des 19. Lebensjahres

**Hinweise:** Es gibt folgende Gründe bei den Erwachsenen, die in den Tabellen zu den Leistungsbereichen weiter spezifiziert werden:

- G1 Qualitative Bewusstseinsveränderung
- G2 Quantitative Bewusstseinsveränderung
- G3 Beeinträchtigte Anpassung
- G4 Extreme Schmerzzustände/Lebenskrise
- G5 Immobilität
- G6 Beeinträchtigte Geh- und Transferfähigkeit
- G7 Beeinträchtigte Mobilität/körperliche Einschränkung
- G8 Beeinträchtigtetes Schlucken
- G9 Veränderte/beeinträchtigte Ausscheidung
- G10 bis G12 Weitere Gründe 1, 2 und 3

Die Nummerierung der Gründe ist bei den Erwachsenen nicht fortlaufend oder nicht vollständig angegeben, weil nicht jeder Grund in jedem Leistungsbereich berücksichtigt wird.

## 1.1 Allgemeine Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe E: 3 Punkte)

Die Unterstützung bei der Körperpflege ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (Körperwaschung, Haut-, Haar-, Mundpflege) hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3).

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände bei der Körperpflege</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Pflegepersonal bei der Ganzkörperwaschung, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b>                      Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab bei der Körperpflege, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen</p> <p><b>UND ein</b> vorliegender <b>Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese)</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> </ul>
G7	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender erheblicher Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b></p> <p>Kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G9	<p><b>Starkes Schwitzen und/oder Erbrechen und/oder Einnässen/-stuhlen und/oder Kotschmierern/-essen, das eine(n) Wäschewechsel/Körperpflege erfordert</b></p>
G10	<p><b>Anlässe für eine therapeutische Ganzkörperwaschung bei einem Selbstfürsorgedefizit, Körperpflege in Verbindung mit einem der aufgeführten Punkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> <li>• pathologische Bewegungsabläufe, Freezing (motorische Blockade)</li> <li>• vorhandene Spastik, Rumpfataxie</li> </ul>
G11	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p> <p><b>UND ein Grund für hohen pflegerischen Aufwand:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegemaßnahmen im Rahmen der (Umkehr-)Isolation <b>ODER</b></li> <li>• massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• hohes Pneumonierisiko ermittelt durch systematische Einschätzung <b>ODER</b></li> <li>• aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>
G12	<p><b>Tetraplegie mit fehlender Körperbalance/fehlender Rumpfstabilität</b></p> <p><u>Kennzeichen:</u> kippt beim Sitzen zur Seite/nach vorne</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G5	<b>A1</b>	<p><b>Maßnahmen zum Erlernen/Wiedererlangen/zur Motivation einer selbstständigen Körperpflege und/oder Anleitung/Aktivierung zur Körperpflege</b></p> <p>In der Pflegedokumentation sind die individuellen pflegerischen Zielsetzungen der Maßnahmen auszuweisen, ebenso die auf den Patienten abgestimmte Vorgehensweise.</p>
G9	<b>A2</b>	<p><b>Mehrfachwaschungen:</b> Durchführung von Waschungen in voller Übernahme 4 x tägl., davon mindestens 2 Ganzkörperwaschungen</p>
G1 G4 G10	<b>A3</b>	<p><b>Therapeutische Ganzkörperpflege nach folgenden Konzepten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NDT-Konzept (Neuro-developmental Treatment)</li> <li>• MRP (Motor Relearning Programme)</li> <li>• Bobath-Konzept</li> <li>• Bag-bath/Towelbath</li> <li>• Basalstimulierende GWK, z.B. beruhigende/belebende</li> <li>• GWK nach dem Aktivitas-Konzept</li> <li>• Gespürte Interaktionstherapie nach Affolter</li> <li>• andere neurologische, rehabilitative Konzepte oder Konzepte aus psychologischer Perspektive zur Ganzkörperwaschung</li> </ul>
G4 G5 G7	<b>A4</b>	<p><b>Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegfachlich erforderlich</b></p>
G11	<b>A5</b>	<p><b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung</b></p> <p><b>UND</b> Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mindestens 4 x tägl. <b>UND</b> (ASE (atemstimulierende Einreibung) mindestens 1 x tägl. <b>ODER</b> Atemübungen mindestens 4 x tägl. <b>ODER</b> Atemübungen mit Atemtrainer mindestens 4 x tägl.) <b>UND</b> (volle Übernahme beim mindestens 2 x tägl. An- und Auskleiden <b>ODER</b> mindestens 1 x tägl. Anziehtraining, Anleitung zum selbstständigen Umkleiden)</p>
G11	<b>A6</b>	<p><b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung</b></p>

		<b>UND mindestens 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen Tracheostomamanagements</b> (hierzu zählen eine oder mehrere Maßnahmen wie z.B. Verbinden, Absaugen, Wechseln, Spülen)
G11	<b>A7</b>	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung</b> <b>UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation</b> , beim Betreten/Verlassen des Zimmers
G12	<b>A8</b>	<b>Volle Übernahme der Ganzkörperwaschung UND An- und Auskleiden 2 x tägl.</b>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe E: 4 Punkte)

Die Unterstützung bei Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß einer vollen Übernahme der Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr hinaus (vgl. PPR-E Stufe A3). Bei diesem Leistungsmerkmal ist es wichtig zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (mindestens 4 Mahlzeiten) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b>, Risiko der Mangelernährung <u>Kennzeichen</u>: Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Massives Verkennen der Nahrungssituation</b>, Risiko der Mangelernährung <u>Kennzeichen</u>: Fehlender Impuls zur Nahrungsaufnahme, kann Aufforderungen/Erklärungen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme nicht verstehen, Trugwahrnehmungen, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b> Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G2	<p><b>Massiv verlangsamte/erschwerete Nahrungsaufnahme bei quantitativen Bewusstseinsveränderungen</b> <u>Kennzeichen</u>: Zeitverzögerte Reaktion auf Ansprache, schläft während der Nahrungsverabreichung immer wieder ein, Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen</p>
G5	<p><b>Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen</b> <u>Kennzeichen</u>: Fehlende Fähigkeit, selbstständig in die Sitzposition zu gelangen, rutscht im Bett/Rollstuhl nach unten, asymmetrische Sitzhaltung, kippt beim Sitzen nach vorne (instabile Sitzhaltung)</p> <p><b>UND ein</b> vorliegender <b>Erschwernisfaktor</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensionsbehandlung und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armabduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese )</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> </ul>
G6	<b>Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen</b>

	<u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen <b>UND</b> erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie: Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes
G8	<b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, herabgesetzte Sensibilität im Mund- und Rachenbereich, beeinträchtigter Schluckreflex, Funktionsstörung der Kehlkopfhebung, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma
G10	<b>Vorliegende schwere Mangelernährung</b> <u>Kennzeichen:</u> Gewichtsverlust größer 5% innerhalb von 1 Monat, BMI kleiner 18,5 kg/m <sup>2</sup> bei Erwachsenen bis 65 Jahre und kleiner 20 kg/m <sup>2</sup> bei Erwachsenen über 65 Jahre, Sarkopenie, hervortretende Knochen
G11	<b>Fehlende Fähigkeit, selbstständig Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen, da die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht bekannt sind</b> <u>Kennzeichen:</u> Kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen
G12	<b>Volle Abhängigkeit bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Tetraplegie</b> , die ein häufiges Angebot von Nahrung und Flüssigkeit erfordert <u>Kennzeichen:</u> Kann keine Nahrung selbstständig in den Mund nehmen, zum Mund führen <b>UND</b> kann die Flüssigkeit nicht mit dem Trinkhalm/anderen Hilfsmitteln selbstständig aufnehmen

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G10 G12	<b>B1</b>	<b>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme</b> (mindestens 4 Mahlzeiten oder mindestens 7 x tägl. Snacks/Zwischenmahlzeiten) <b>UND</b> mindestens <b>7 orale Flüssigkeitsverabreichungen</b> zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens <b>1500 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll</b> ✖ <b>ODER</b> mindestens <b>9 orale Flüssigkeitsverabreichungen</b> zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamttagesmenge von mindestens <b>1000 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll</b> ✖ <b>ODER</b> mindestens <b>12 orale Flüssigkeitsverabreichungen</b> schluckweise/teelöffelweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei einer Gesamtmenge von mindestens <b>800 ml gemäß Flüssigkeitsprotokoll</b> ✖
G5 G6	<b>B3</b>	<b>Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme (mindestens 4 Mahlzeiten)</b> <b>UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>aufwendiges Anlegen von Stützkorsett/-hose/Orthese/Rumpfwickel <b>UND/ODER</b></li> <li>aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, Querbettstz nach Bobath oder asymmetrischen Sitz nach Bobath an der Bettkante bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> </ul>
G1 G8 G11 G12	<b>B4</b>	<b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung (mindestens 4 Mahlzeiten) bei jeder Mahlzeit.</b> Die Maßnahmenplanung ist explizit zu dokumentieren ✖. Maßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>Fazilitation/Inhibition von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>Einüben von Essritualen</li> <li>orale/basale Stimulation ✖ vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung und/oder</li> </ul>

		zur Förderung des Schluckreflexes und/oder Einüben von Kompensationsmechanismen beim Schlucken vor/während jeder Mahlzeit <b>UND</b> anschließender Unterstützung/Anleitung zur Nahrungsaufnahme
G2 G8 G10 G12	<b>B5</b>	<b>Bolusapplikation von Sondennahrung</b> , mindestens <b>7 Boli tägl.</b> von mindestens 100 ml Sondennahrung je Bolus, portionsweise über eine großvolumige Spritze verabreicht

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme/besonderen Leistungen bei der Ausscheidungsunterstützung hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Verkennt die Ausscheidungssituation infolge massiver kognitiver Beeinträchtigungen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Trugwahrnehmungen, ins Zimmer urinieren, Kotschmier/-essen, versteckt Ausscheidungen, kennt die normalen Abläufe nicht, die zur Ausscheidung auf der Toilette erforderlich sind</p> <p><b>ODER</b>  <b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b>                      Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände bei voller Unterstützung im Rahmen der Ausscheidungsaktivitäten</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab beim Lagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Unfähigkeit, das Gesäß zum Unterschieben der Bettschüssel/des Steckbeckens anzuheben</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, eine Brücke zu machen oder sich auf die Seite zu drehen,  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensions- und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armaduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese )</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (≥ 40 cm<sup>2</sup>)</li> </ul>
G6	<p><b>Fehlende Fähigkeit, selbstständig auf die Toilette zu gehen oder mit dem Rollstuhl zur Toilette zu fahren</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen, <b>UND</b> erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>
G9	<p><b>Vorliegen einer Harninkontinenz</b>  <u>Kennzeichen:</u> für die verschiedenen Inkontinenzformen sind dem Expertenstandard (DNQP 2014) zu entnehmen und zu dokumentieren ☞</p>
G10	<p><b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und Beeinträchtigung in der Selbstständigkeit der Miktion/Defäkation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl ,</p>

	die Bettschüssel/das Steckbecken/die Urinflasche selbstständig zu benutzen
G11	<b>Ausgeprägte Obstipation</b> oder andere Gründe, die einen <b>Einlauf UND/ODER rektales Ausräumen erfordern</b>
G12	<b>Neurogene Darmfunktionsstörungen</b> , die bei Paraplegie/-parese oder Tetraplegie/-parese ein spezielles Darmmanagement erfordern

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G4 G6	<b>C1</b>	<b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung mit Transfer auf die Toilette mindestens 4 x tägl.</b>
G9	<b>C2</b>	Unterstützung bei der Ausscheidung und geeignete Maßnahmen zur Kontinenzförderung entsprechend dem nationalen Expertenstandard (DNQP 2014); hierzu gehören $\neq$ : <ul style="list-style-type: none"> <li>• differenzierte Einschätzung der Kontinenzsituation</li> <li>• Planung der Maßnahmen zum Erhalt oder Erreichen des angestrebten Kontinenzprofils</li> <li>• Durchführung der Maßnahmen entsprechend der Maßnahmenplanung</li> </ul>
G4 G5 G6 G10 G11	<b>C3</b>	<b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung</b> (mindestens 4 x tägl.) Hierzu zählen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausscheidungsunterstützung auf der Toilette/dem Toilettenstuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>• Ausscheidungsunterstützung im Bett mit z.B. Steckbecken <b>UND/ODER</b></li> <li>• intermittierender Fremd-Katheterismus <b>UND/ODER</b></li> <li>• Wechsel von Stomabeuteln</li> </ul> <b>UND einer der zusätzlichen Leistungsaspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen und/oder 1 x tägl. Reinigungseinlauf oder Irrigation</li> <li>• erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung: zusätzlich 3 weitere Unterstützungen bei der Ausscheidung</li> <li>• intermittierender Fremd-Katheterismus zusätzlich 1 x tägl. (gesamt 5 x tägl.)</li> <li>• volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 Pflegepersonen mindestens 1 x tägl.</li> </ul>
G12	<b>C4</b>	<b>Volle Unterstützung bei der Ausscheidung durch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stuhlausscheidung im Bett mit aufwendiger Positionierung des Patienten durch stabilisierende Lagerungsmaßnahmen <b>ODER</b> Transfer auf den Toilettenstuhl <b>UND</b></li> <li>• Übernahme des Darmmanagements durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit (Altersgruppe E: 3 Punkte)

Die Maßnahmen im Bereich Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit sind hochaufwendig und gehen **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme im Bereich Bewegen/Lagern/Mobilisation/Sicherheit hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände beim Lagern/Mobilisieren</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt (Mobilisierungs-)Maßnahmen Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal bei der Lagerung, lehnt die Lagerungs-/Mobilisierungsmaßnahmen verbal/nonverbal ab  <b>ODER</b>  <b>Schwere kognitive Funktionseinschränkung (ICD-10-GM-Kode aus U51.2-)</b>            Erweiterter Barthel-Index 0-15 Punkte oder kognitiver FIM 5-10 Punkte oder MMSE 0-16 Punkte liegt vor</p>
G4	<p><b>Extreme Schmerzzustände beim Lagern/Mobilisieren</b>  <u>Kennzeichen:</u> Stöhnt, weint, jammert, grimassiert, wehrt ab beim Lagern/Mobilisieren, äußert verbal stärkste Schmerzen</p>
G5	<p><b>Verlust der Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen  <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 unterschiedliche Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• BMI von mindestens 35 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• krankheitsbedingte Risiken wie Wirbelsäuleninstabilität</li> <li>• Extensions- und/oder Behandlung mit Körpergipsschale, die eine extreme Bewegungseinschränkung mit sich bringen</li> <li>• Rumpforthese/Fixateur/Armaduktionsschiene bei Querschnittlähmung</li> <li>• Prothese/Orthese der unteren Extremität(en)/Stützkorsett/Rumpfwickel</li> <li>• Ruhigstellung von mindestens zwei Extremitäten</li> <li>• ausgeprägte Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> <li>• ausgeprägte Lähmung (Hemiplegie, Paraplegie/-parese, Tetraplegie/-parese )</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung im Rumpf und Beckenbereich</li> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3) und/oder großflächige Wunde(n) (≥ 40 cm<sup>2</sup>)</li> </ul>
G6	<p><b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen <b>UND</b> vom Sitzen zum Stand zu gelangen, <b>UND</b> erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>
G10	<p><b>Hohes Dekubitusrisiko</b>  <u>Kennzeichen:</u> hohes Dekubitusrisiko durch systematische Einschätzung nach nationalem Expertenstandard (DNQP 2010) </p>
G11	<p><b>Weglaufverhalten/Hinlauff tendenz</b>  <u>Kennzeichen:</u> Verlässt die Station/das Zimmer ständig, findet nicht mehr in das Zimmer zurück, Umtriebigkeit und psychomotorische Unruhe  <b>ODER</b>  <b>hohes Selbstgefährdungs-/Selbstverletzungsrisiko</b>  <u>Kennzeichen:</u> Trugwahrnehmungen, erkennt Gefahren nicht, kann selbstgefährdende Situationen nicht einschätzen, steht trotz hoher Sturzgefährdung ohne Unterstützung selbstständig auf, Selbstverletzungsrisiko durch fehlende Lebensperspektive</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G10	D1	<b>Lagerungswechsel/Positionswechsel und/oder Mobilisation mindestens 12 x tägl.</b> (davon maximal 4 Mikrolagerungen), Dekubitusprophylaxe, therapeutische Lagerung ☞
G1 G4 G5	D2	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen (ohne Mikrolagerung)</b> ☞
G1 G5 G6	D4	<b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett</b> <b>UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, verschiedene Gehwagen <b>ODER</b></li> <li>aufwendiges Anlegen von Prothese/Orthese/Stützkorsett/Rumpfwickel vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G5 G6 G10	D5	<b>Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl.</b> (keine Mikrolagerungen) <b>UND</b> eine der aufgeführten <b>zusätzlichen Aktivitäten</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation mindestens 2 x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl <b>ODER</b></li> <li>ausgiebige Kontrakturrenprophylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken mindestens 1 x tägl. <b>UND</b> Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines medizinischen Thromboseprophylaxestrumpfes <b>ODER</b> Kompressionsverbandes</li> </ul>
G11	D6	<b>Mindestens 4 x tägl. Suchen und/oder Rückbegleiten des Patienten</b> auf die Station/in das Zimmer <b>ODER</b> <b>aufwendige Sicherheitsmaßnahmen</b> zur Verhinderung von Selbst- oder Fremdgefährdung ☞

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen

(Altersgruppe E: 1 Punkt)

**Deutlicher Mehraufwand** im Leistungsbereich Kommunizieren/Beschäftigen (**mindestens 30 Minuten oder 2 x 15 Minuten pro Tag, Ausnahmen sind in den Pflegeinterventionen formuliert**) mit den Patienten und/oder Angehörigen in den Bereichen Kompetenzerwerb zur Sicherstellung der Therapie und/oder zur situativen Krisenbewältigung sowie Sekundärprävention als normalerweise erforderlich.

Die kommunikativen Pflegemaßnahmen werden **nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht.**

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit von Patient und/oder Angehörigen</b> <u>Kennzeichen:</u> Leugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Compliance, fehlende Zukunftsperspektive
G4	<b>Aus dem Gleichgewicht geratenes Selbstkonzept durch Sinn-/Lebenskrisen</b> <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlenden Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit
G7	<b>Beeinträchtigte Fähigkeit, Kompetenzen im Rahmen der Selbstpflegefähigkeit zu erwerben</b>

	<u>Kennzeichen:</u> Ausgeprägte sensomotorische Einschränkungen infolge von Hemi-, Para- oder Tetraplegie, fehlende Fingerfertigkeit, eingeschränkte Sehfähigkeit
G10	<b>Beeinträchtigte Kommunikation durch Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kann sich nicht verständlich machen, reagiert auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, versteht die Landessprache nicht, kann verbal nicht antworten, kann nichts hören

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G3 G4	<b>E1</b>	<b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. ☞
G3 G4 G10	<b>E2</b>	<b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> mit dem Patienten und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung an veränderte Lebensbedingungen <b>ODER</b></li> <li>Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> <li>Gespräche mit Dolmetscher</li> </ul>
G1 G7	<b>E3</b>	<b>Maßnahmen zum Kompetenzerwerb des Patienten und/oder der Angehörigen und/oder der poststationären Pflegeeinrichtung</b> durch Informationsgespräch, Beratungsgespräch, Anleitung ☞
G7 G10	<b>E4</b>	<b>Maßnahmen zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren/Einstellung von Kommunikationshilfen</b> (In der Summe aller Einzelmaßnahmen müssen 30 Minuten erreicht werden. Die Einzelmaßnahme muss keine 15 Minuten dauern) <b>wie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensorklingel</li> <li>Umweltkontrollgerät</li> <li>Lesegerät</li> <li>Computer mit Sprachsteuerung</li> <li>Mundsteuerung justieren vom E-Rollstuhl</li> <li>Einsatz von Kommunikationstafeln</li> <li>Einsatz eine Sprachgenerators</li> </ul>

## 1.2 Spezielle Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich F: Kreislauf für Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Im Rahmen des Bereiches Kreislauf sind Pflegemaßnahmen erforderlich, die den hochaufwendigen Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G10	<b>Bluthochdruckkrise infolge einer autonomen Dysreflexie mindestens 1 x tägl., Risiko von Komplikationen</b> <u>Kennzeichen:</u> Kopfschmerzen, heiße Ohren, Schwitzen, Pupillenerweiterung, Gänsehaut, Blässe und danach Gesichtsrötung, Bradykardie
G11	<b>Orthostatische Hypotonie, Risiko von Komplikationen</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwindel, Augenflimmern, Bewusstlosigkeit etc., tritt im Zusammenhang mit Lagewechsel und/oder Mobilisation auf, Angstzustände

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G10	F1	<b>Maßnahmen bei autonomer Dysreflexie durchführen</b> , diese sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• im 5-Minuten-Intervall RR-Kontrolle bis zur Stabilisierung des Blutdrucks</li> <li>• Kontrolle der Blasenfüllung und/oder Entleerung</li> <li>• Kontrolle der Darmfüllung und/oder Entleerung</li> <li>• Suche nach Schmerzreiz und, wenn möglich, reduzieren bzw. beseitigen</li> </ul>
G11	F2	<b>Maßnahmen bei orthostatischer Hypotonie durchführen</b> , mindestens <b>6 x tägl.</b> (kreislaufstabilisierende Lagerung wie Hochlagerung der Beine oder Trendelenburglagerung, Rollstuhl ankippen)

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wundmanagement

(Altersgruppe E: 2 Punkte)

Im Rahmen der Wundversorgung sind Pflegemaßnahmen erforderlich, die den hochaufwendigen Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige Pflege vor:	
G10	<b>Hochaufwendiges Wundmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 sekundär heilende Wunden (z.B. Dekubitus Grad 3)</li> <li>• UND/ODER großflächige Wunde(n) (<math>\geq 40 \text{ cm}^2</math>)</li> <li>• UND/ODER Wunde mit großer Taschenbildung/Unterminierung <math>\geq 4 \text{ cm}^2</math> oder einem Raum <math>\geq 1 \text{ cm}^3</math>, durchblutende oder exulzierende Wunde(n) oder offene Wunddrainagen; Wunde(n) bei beeinträchtigter Compliance, welche zu einem häufigen Wundverbandwechsel (mindestens 5 x tägl.) führen; Verbände an komplizierten Hautarealen (Kopf, Hand, Fuß, Intimbereich)</li> </ul>
G11	<b>Großflächige und schwerwiegende Hauterkrankungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Großflächige Hauterkrankungen von mindestens 36% der Körperoberfläche z.B. bei Infektionen der Haut/Unterhaut, Dermatitis, Ekzemen, papulosquamösen Hautkrankheiten, Urtikaria, Erythem oder sonstigen Hauterkrankungen
G12	<b>Stoma-Anlage mit Komplikationen, bei vorliegendem Selbstfürsorgedefizit</b> <u>Kennzeichen:</u> Stoma-Prolaps, Retraktion, Nekrose, Hernie, erschwerte Versorgung bei massiver Ausscheidung, Hautschädigungen im Bereich der Stoma-Anlage, Wundheilungsstörungen im Bereich des Stomas (z.B. Stomaausriss, Nahtdehiszenz, Nekrose)

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G10	G1	<b>Systematisches Wundmanagement</b> von mindestens 60 Minuten pro Tag, bestehend aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Wundbeschreibung z.B., Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen</li> <li>• Wundbehandlung, bestehend aus:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion <b>UND</b></li> <li>• Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung</li> </ul> </li> <li>• systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses</li> </ul> <b>ODER</b> <b>Wundverband mindestens 5 x tägl.</b> <b>ODER</b> <b>Wundverband mit zwei Pflegepersonen</b> (mindestens 60 Minuten pro Tag Gesamtzeit beider Pflegepersonen)
G11	G2	<b>Aufwendiger Verband und/oder Behandlung bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen</b> mindestens 60 Minuten pro Tag

G12	G3	<p><b>Hochaufwendiges Stomamanagement</b> mindestens 60 Minuten pro Tag <i>z.B.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Anpassung der Stomaversorgung an die vorliegende Stomakomplikation UND/ODER</li> <li>• Haut- und Stomainspektion UND/ODER</li> <li>• Stomareinigung/-pflege UND/ODER</li> <li>• Stomaversorgung/Leeren des Beutels mehrmals täglich UND/ODER</li> <li>• Stomaversorgung mit 2 Personen notwendig UND/ODER</li> <li>• Anlegen von Stomamieder, Gürtel etc.</li> </ul>
-----	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. PKMS-J für Kinder und Jugendliche: ab dem Beginn des 7. Lebensjahres bis zum Ende des 18. Lebensjahres

(Der PKMS-J kann in Ausnahmefällen auch für Erwachsene angegeben werden, wenn deren Behandlung in einer Abteilung oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erforderlich ist)

### 2.1 Allgemeine Pflege

#### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Körperpflege bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt</b>  <u>Kennzeichen:</u> Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen</p> <p><b>UND</b></p> <p><b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☹)</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, Kind/Jugendlicher kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G4	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p> <p><b>UND</b> ein Grund/Erschwernisfaktor für hohen pflegerischen Aufwand:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Umkehr-)Isolation <b>ODER</b></li> <li>• Massive Veränderungen der Mundschleimhaut <b>ODER</b></li> <li>• Hohes Pneumonierisiko (gemäß Assessmentergebnis) <b>ODER</b></li> <li>• Aufwendiges Tracheostoma</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G2 G3	<b>A1</b>	<b>Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege UND/ODER</b> Anleitung zur selbstständigen Körperpflege inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/Bezugspersonen
G1 G2	<b>A2</b>	Mindestens 1 x tägl. <b>therapeutische Körperpflege</b> wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GKW basalstimulierend, belebend und/oder beruhigend</li> <li>• GKW nach Bobath</li> <li>• GKW unter kinästhetischen Gesichtspunkten</li> <li>• GKW nach Inhester und Zimmermann</li> <li>• andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten</li> <li>• Konzepte aus psychologischer Perspektive</li> </ul>
G1 G2 G3	<b>A3</b>	<b>Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen</b> pflegefachlich erforderlich
G3 G4	<b>A4</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND</b> Übernahme der speziellen/therapeutischen <b>Mundpflege</b> mindestens 4 x tägl. <b>UND</b> (ASE mindestens 1 x tägl. <b>ODER</b> mindestens 4 x tägl. <b>Atemübungen ODER</b> Atemübungen mit Atemtrainer mindestens 4 x tägl.) <b>UND</b> (volle Übernahme bei mindestens 2 x tägl. <b>An-/Auskleiden ODER</b> mindestens 1 x tägl. Anziehtraining, Anleitung zum selbstständigen Umkleiden)
G4	<b>A5</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND</b> mindestens 8 x tägl. Maßnahmen im Rahmen eines <b>aufwendigen Tracheostomamanagements</b> (hierzu zählen eine oder mehrere Maßnahmen wie z.B. Verbinden, Absaugen, Wechseln, Spülen)
G4	<b>A6</b>	<b>Volle Übernahme der Körperwaschung</b> <b>UND</b> Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation beim Betreten/Verlassen des Zimmers

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe J: 4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwendig und verlängert und geht **deutlich** über das normale Maß der Unterstützung mit besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus. Die verabreichten Mahlzeiten/Trinkmengen sind zu dokumentieren. Es ist zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 2 Zwischenmahlzeiten (Z)) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung
G2	<b>Massiv verlangsamte/erschwerzte Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Wahrnehmungseinschränkung/-beeinträchtigung, deutlich verlängerter Zeitbedarf bei der Verabreichung/Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit
G3	<b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b>

	<p><u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma</p>
G4	<p><b>Vorliegende Fehl-/Mangelernährung</b>  <u>Kennzeichen:</u> extrem starkes Untergewicht (Perzentil kleiner 5), Erschöpfungszustände, reduzierter Muskeltonus, Teilnahmslosigkeit, beeinträchtigte körperliche Entwicklung, häufig Müdigkeit, hervortretende Knochen, schwindende Muskelmasse</p>
G5	<p><b>Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen in den Stand zu gelangen, und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G4	<b>B1</b>	<p><b>Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung</b> mindestens 5 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen entsprechend angeboten</p> <p><b>UND</b></p> <p>zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme <b>ODER</b> Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, <b>verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</b></p>
G2 G3	<b>B2</b>	<p><b>Orale/basale Stimulation</b> ☞, vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik, oder Einüben von Kompensationstechniken <b>vor/bei jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z)</b> mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme</p>
G1 G2 G3	<b>B3</b>	<p><b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung</b> bei jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z)</p> <p>Diese ist explizit zu dokumentieren ☞. Maßnahmen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>• Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>• Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Faszilitieren/Inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>• Einüben von Essritualen</li> </ul>
G1 G2 G4	<b>B4</b>	<p><b>Nahrungsverabreichung/Anleitung mit der Besonderheit</b> des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Einhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung (3 H und mindestens 2 Z)</p>
G5	<b>B5</b>	<p><b>Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme</b> vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z) mit Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Anlegen von Stützkorsett/-hosen/Orthesen <b>UND/ODER</b></li> <li>• aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, Querbettsitz nach Bobath oder asymmetrischen Sitz nach Bobath an der Bettkante bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe J: 3 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung bei/infolge der Ausscheidung ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der Ausscheidungsunterstützung bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>Ausscheidungsunterstützung bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Zeigt keinen adäquaten Umgang mit Ausscheidungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kotessen, versteckt Ausscheidungen, findet sich in der Umgebung nicht zurecht
G2	<b>Fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Brückemachen für ein Steckbecken, beim Gehen, Unsicherheit, Orientierungsbeeinträchtigung, Schwindel <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor</b> <b>Erschwernisfaktoren sind:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Gehbeeinträchtigung, doppelseitige Extremitätenverletzung</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☞</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<b>Fehlende Selbstständigkeit beim Erbrechen</b> <u>Kennzeichen:</u> Magen-/Darminhalt wird nach oben aus dem Mund befördert, kann sich nicht selbstständig versorgen <b>ODER</b> <b>Fehlende Selbstständigkeit beim Schwitzen</b> <u>Kennzeichen:</u> Nasse Kleidung infolge des Schwitzens, Schweißausbrüche, kann Kleidung und Bettwäsche nicht selbst wechseln
G4	<b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen
G5	<b>Ausgeprägte Obstipation ODER andere Gründe, die einen tägl. Einlauf UND/ODER rektales Ausräumen UND/ODER spezielles Darmmanagement</b> erfordern

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G2	<b>C1</b>	<b>Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette</b> mindestens 4 x tägl.
G1 G3 G4	<b>C2</b>	<b>Wäschewechsel</b> (Kleidung und Bettwäsche) <b>UND Teilkörperwaschungen</b> mindestens 2 x tägl.
G2 G4 G5	<b>C3</b>	<b>Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung</b> (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln, AP-Versorgung) <b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen <b>UND/ODER</b> 1 x tägl. Reinigungseinlauf</li> <li>• Erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 5 x tägl.</li> <li>• Übernahme des Darmmanagement durch intermittierendes digitales Stimulieren, Kolonmassage</li> <li>• Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 Pflegepersonen</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation

(Altersgruppe J: 3 Punkte)

Bewegen/Lagern/Mobilisation ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-J Stufe 3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für ein(e) hochaufwendige(s)/verlängerte(s) <b>Bewegen/Lagern/Mobilisation bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b>  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Mobilisation Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Pflegemaßnahmen verbal/nonverbal ab</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>Massive Angst bei der Pflegemaßnahme vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, zu verrutschen, aufzusetzen</p> <p><b>UND</b></p> <p><b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• Schwindelanfälle</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ✗</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ✗</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<p><b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen, Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen</p>

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G2	<b>D1</b>	<b>Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung)</b> mindestens 10 x tägl. bedingt durch zutreffenden Grund/Erschwernisfaktor ✗
G1 G2	<b>D2</b>	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen ✗</b>
G2 G3	<b>D3</b>	<p><b>Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten wie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>• mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G2 G3	<b>D4</b>	<p><b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett</b></p> <p><b>UND</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>• Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>• Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator</li> </ul>
G2 G3	<b>D5</b>	<b>Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl. (keine Mikrolagerungen)</b> <b>UND</b> eine der aufgeführten zusätzlichen Aktivitäten:

	Mobilisation mindestens 2 x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl <b>ODER</b> ausgiebige Kontrakturenprophylaxe an allen gefährdeten großen Gelenken mindestens 1 x tägl. <b>UND</b> Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines medizinischen Thromboseprophylaxestrumpfes <b>ODER</b> Kompressionsverbandes
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen

(Altersgruppe J: 2 Punkte)

**Deutlicher** Mehraufwand beim Kommunizieren/Beschäftigen (mindestens 60 Minuten tägl.) mit den Kindern und Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen in den Bereichen Entwicklungsförderung, Kompetenzerwerb, Prävention zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung. Diese Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen durchgeführt. Sie können in kleinen Einheiten unterschiedlicher Dauer über den Tag verteilt erbracht werden.

Es liegt mindestens einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich <b>Kommunizieren und Beschäftigen bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> des Kindes/Jugendlichen und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung, Orientierungsbeeinträchtigung
G2	<b>Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kind/Jugendlicher und/oder Angehörige/Bezugsperson können sich nicht verständlich machen, reagieren auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, verstehen die Landessprache nicht
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit</b> und/oder <b>Nichteinhaltung von Therapieabsprachen</b> durch das/den Kind/Jugendlichen und/oder seine Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Leugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Motivation
G4	<b>Extreme Krisensituation</b> des Kindes/Jugendlichen und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit <b>ODER</b> <b>Lustlosigkeit/Motivationslosigkeit/Resignation durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung</b> <u>Kennzeichen:</u> Kind/Jugendlicher grübelt, resignative Grundstimmung, äußert Langeweile
G5	<b>Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren</b> <u>Kennzeichen:</u> kann verbal nicht antworten, kann nichts hören, kann nichts sehen, fehlende Fingerfertigkeit

Der <b>Zeitbedarf</b> bei hochaufwendigen Patienten beträgt im Leistungsbereich <b>Kommunizieren/Beschäftigen</b> mindestens <b>60 Min. tägl. und kann in mehreren Einheiten unterschiedlicher Dauer erbracht werden</b> <b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)	
G4	<b>E1</b> <b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt. ☞
G1 G2 G3 G4	<b>E2</b> <b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> (mit Kindern/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> </ul>

G5		• Gespräche mit Dolmetscher
G1 G2 G3 G5	<b>E3</b>	<b>Anleitungssituation</b> mit Kind/Jugendlichem und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ✍
G2 G4 G5	<b>E4</b>	<b>Kommunikative Stimulation</b> , Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellung und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial ✍

## 2.2 Spezielle Pflege

### Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung (Altersgruppe J: 2 Punkte)

Im Rahmen der Behandlungspflege von Kindern und Jugendlichen (J) sind Pflegemaßnahmen notwendig, die hochaufwendige Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Behandlungspflege im Bereich Wund- und Hautbehandlung bei Kindern und Jugendlichen</b> vor:	
G1	<p><b>Aufwendige Versorgung von Wunden</b>                  Hierzu zählen:  <b>Große sekundär heilende Wunde</b> (Länge &gt; 3 cm und/oder Fläche &gt; 4 cm<sup>2</sup> und/oder Raum &gt; 1 cm<sup>3</sup>), <b>sekundär heilende Wunde an Hand oder Kopf, Dekubitus</b> (ab 2. Grades oder Stadium B gemäß Assessmentergebnis ✍),                  Kennzeichen: Wunde mit Keimbesiedelung, Wunde mit Wundtasche, Wunde mit Belägen, stark sezernierende Wunde  <b>ODER</b>  <b>Verbrennung/Verbrühung</b> (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich)  <b>ODER</b>  <b>Aufwendige Wunde nach OP bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompartmentsyndrom</li> <li>• offene Fraktur</li> <li>• Hydrozephalus mit externer Ableitung</li> <li>• künstlicher Darmausgang</li> <li>• künstlicher Blasenausgang</li> <li>• OP im Anal-/Urogenitalbereich (z.B. bei Hypospadie, Adrenogenitales Syndrom, anorektale Malformation (exkl. OP bei Phimose))</li> </ul>
G2	<p><b>Aufwendige Hautbehandlung und/oder aufwendiger Verband UND</b>  <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> Abwehr/Widerstand trotz Zureden/ Motivation und Schmerzmanagement, Gefahr der Selbstverletzung, abnorme Blasenbildung der Haut, reigefhrdete Haut, Pergamenthaut, sensorische Neuropathie, multiple Hämatome/Prellungen, Gips bei vorher vorhandenen Sensibilitätsstörungen, Fixateur externe</p>

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt.)	
G1 G2	<p><b>G1</b> Mindestens <b>2 x tägl.</b> Behandlungspflege <b>ODER 1 x tägl.</b> Behandlungspflege durch <b>2 Pflegepersonen</b> von insgesamt 30 Minuten pro Tag wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandwechsel <b>ODER</b></li> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mindestens 2. Grades <b>ODER</b></li> <li>• Auftragen oder Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion <b>ODER</b></li> <li>• Anleiten von Patient und Angehörigen im Umgang mit dem Material und der Pflege (z.B. Fixateur externe mit Pin-Pflege)</li> </ul>

G1	<b>G2</b>	<p>Systematisches <b>Wundmanagement von Wunden</b> bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen <b>UND</b></li> <li>• Wundbehandlung bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag <b>UND</b></li> <li>• systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses (☞)</li> </ul>
----	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. PKMS-K für Kleinkinder: ab dem Beginn des 2. Lebensjahres bis zum Ende des 6. Lebensjahres

#### 3.1 Allgemeine Pflege

#### Mindestmerkmale: Leistungsbereich A: Körperpflege

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege (vergleichbar mit PPR-K Stufe A3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Körperpflege bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<p><b>Abwehrverhalten/Widerstände</b> bei der Körperpflege  <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, strampelt, dreht sich weg, wendet sich ab <b>ODER</b>  <b>Massive Angst</b> bei der Körperpflege <b>vor Berührung und Bewegung</b>  <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, dreht sich weg, zieht die Decke über den Kopf</p>
G2	<p><b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND</b>  <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• Tracheostoma</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ✎</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen,                      Kleinkind kann/darf sich bei verminderter/instabiler Herz-/Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>
G4	<p><b>Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei (Umkehr-)Isolation</b>  <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen.</p>

Pflegeinterventionen sind: (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)	
G1 G2 G3	<p><b>A1</b> <b>Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege</b> und/oder Anleitung zur selbstständigen Körperpflege (inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/Bezugspersonen)</p>
G1 G2	<p><b>A2</b> Mindestens 1 x tägl. <b>therapeutische Körperpflege</b> wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GWK basalstimulierend, Körperwaschung belebend und/oder beruhigend</li> <li>• GWK nach Bobath</li> <li>• GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten</li> <li>• GWK nach Inhester und Zimmermann</li> <li>• andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur Ganzkörperpflege mit Fazilitation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten ✎</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzepte aus psychologischer Perspektive ☞</li> </ul>
G1 G2 G3	<b>A3</b>	<b>Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen</b> pflegefachlich erforderlich
G4	<b>A4</b>	<b>Volle Übernahme der Körperpflege</b> <b>UND</b> eine der folgenden Maßnahmen: mindestens <b>2 körperbezogene Angebote</b> zur Förderung der Wahrnehmung und des Wohlbefindens (z.B. Massage, Ausstreichen) <b>ODER</b> Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr-/Schutzisolation

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich B: Ernährung

(Altersgruppe K: 4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwendig und verlängert und geht **deutlich** über das normale Maß der Unterstützung mit besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-K Stufe A3) hinaus. Die verabreichten Mahlzeiten/Trinkmengen sind zu dokumentieren. Es ist zu beachten, dass die zutreffenden Interventionen bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 3 Zwischenmahlzeiten (Z)) durchzuführen sind.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal/nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen bei Trotzverhalten, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung
G2	<b>Massiv verlangsamte/erschwerzte Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> deutlich verlängerter Zeitbedarf bei der Verabreichung/Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, lässt sich ständig bei der Nahrungsaufnahme ablenken, zappelt bei der Nahrungsaufnahme herum, spielt mit dem Essen, versucht, bei der Nahrungsaufnahme aufzustehen, wegzulaufen, zu spielen
G3	<b>Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme</b> <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma
G4	<b>Vorliegende Fehl-/Mangelernährung</b> <u>Kennzeichen:</u> extrem starkes Untergewicht (Perzentil kleiner 5), Erschöpfungszustände, reduzierter Muskeltonus, Teilnahmslosigkeit, beeinträchtigte körperliche Entwicklung, häufig Müdigkeit, hervortretende Knochen, schwindende Muskelmasse

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)	
G1 G4	<b>B1</b> <b>Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondennahrung</b> mindestens 8 x tägl. in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kleinkindes entsprechend angeboten <b>UND</b> zu den Verabreichungszeiträumen Stimulation zur Nahrungsaufnahme <b>ODER</b> Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde
G2 G3	<b>B2</b> <b>Orale/basale Stimulation</b> ☞, vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik, <b>vor jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 3 Z)</b> mit anschließender Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
G1 G2	<b>B3</b> <b>Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung</b> bei mindestens 4 Mahlzeiten tägl.

G3		Dieses ist explizit zu dokumentieren ✎. Maßnahmen können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken</li> <li>• Einüben kompensatorischer Maßnahmen</li> <li>• Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle</li> <li>• Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z.B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme</li> <li>• Faszilitieren/Inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes</li> <li>• Einüben von Essritualen</li> </ul>
G1 G2 G4	<b>B4</b>	<b>Nahrungsverabreichung/Anleitung</b> mit der Besonderheit des Zuredens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Einhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung und/oder Begleitung der Bezugsperson bei der Umstellung auf orale Kost in Verbindung mit dem Durchsetzen der oralen Nahrungsaufnahme (3 H und mindestens 3 Z)

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich C: Ausscheidung

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung **deutlich** über das normale Maß der Ausscheidungsunterstützung hinaus (geht über das Maß eines PPR-K-Stufe-A3-Patienten hinaus) und ist kennzeichnend für hochaufwendige Patienten.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige/verlängerte <b>Ausscheidungsunterstützung bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Zeigt keinen adäquaten Umgang mit Ausscheidungen</b> <u>Kennzeichen:</u> Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kotessen, versteckt Ausscheidungen, findet sich in der Umgebung nicht zurecht <b>ODER</b> <b>Beeinträchtigung der altersentsprechenden Kontinenz</b> <u>Kennzeichen:</u> Rückfall in ein früheres Entwicklungsstadium der Kontinenz
G2	<b>Fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Topfen/Wickeln, beim Gehen, Unsicherheit, Orientierungsbeeinträchtigung, Schwindel <b>UND ein vorliegender Erschwernisfaktor</b> <b>Erschwernisfaktoren sind:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung)</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Gehbeeinträchtigung, doppelseitige Extremitätenverletzung</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ✎</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<b>Fehlende Selbstständigkeit beim Erbrechen</b> <u>Kennzeichen:</u> Magen-/Darminhalt wird nach oben aus dem Mund befördert, kann sich nicht selbstständig versorgen <b>ODER</b> <b>Fehlende Selbstständigkeit beim Schwitzen</b> <u>Kennzeichen:</u> Nasse Kleidung infolge des Schwitzens, Schweißausbrüche, kann Kleidung und Bettwäsche nicht selbst wechseln
G4	<b>Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz UND fehlende Selbstständigkeit bei der Miktions/Defäkation</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen, häufig volle Windeln
G5	<b>Ausgeprägte Obstipation ODER</b> andere Gründe, die <b>einen tägl. Einlauf ODER</b>

	rektales Ausräumen erfordern
--	------------------------------

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G2	<b>C1</b>	<b>Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette</b> mindestens 4 x tägl.
G1 G3 G4	<b>C2</b>	<b>Wäschewechsel</b> (Kleidung und Bettwäsche) <b>UND Teilkörperwaschungen</b> mindestens 3 x tägl.
G2 G4 G5	<b>C3</b>	<b>Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung</b> (Steckbecken, Toilettenstuhl, AP-Versorgung, Transfer zur Toilette, Wickeln) <b>UND einer der zusätzlichen Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 x tägl. digitales rektales Ausräumen und/oder 1 x tägl. Reinigungseinlauf</li> <li>• erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung bei voller Übernahme mindestens 6 x tägl.</li> <li>• volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 Pflegepersonen</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich D:

### Bewegen/Lagern/Mobilisation

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Bewegen/Lagern/Mobilisation ist hochaufwendig und geht **deutlich** über das normale Maß der vollen Übernahme bei besonderen Leistungen (vergleichbar mit PPR-K Stufe 3) hinaus.

Es liegt mindestens einer der Gründe für ein(e) hochaufwendige(s)/verlängerte(s) <b>Bewegen/Lagern/Mobilisation bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Abwehr/Widerstände</b> <u>Kennzeichen:</u> Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Mobilisation Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Pflegemaßnahmen verbal/nonverbal ab <b>ODER</b> <b>Massive Angst</b> bei der Pflegemaßnahme <b>vor Berührung und Bewegung</b> <u>Kennzeichen:</u> Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, dreht sich weg, zieht die Decke über den Kopf
G2	<b>Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen</b> <u>Kennzeichen:</u> Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen <b>UND</b> <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungen (inkl. Beatmung)</li> <li>• extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5)</li> <li>• krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz)</li> <li>• Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie</li> <li>• Schwindelanfälle</li> <li>• fehlende Kraft zur Eigenbewegung</li> <li>• hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ☞</li> <li>• starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ☞</li> <li>• beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</li> </ul>
G3	<b>Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen und/oder zu gehen</b> <u>Kennzeichen:</u> Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen in den Stand zu gelangen, Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G1 G2	<b>D1</b>	<b>Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung)</b> mindestens 10 x tägl. bedingt durch zutreffenden Grund/Erschwernisfaktor ☞
G1 G2	<b>D2</b>	<b>Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionswechsel (bzw. Mikrolagerung) und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x tägl. mit 2 Pflegepersonen</b> ☞

G1 G2 G3	<b>D3</b>	<b>Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlich erforderlichen Aktivitäten</b> , wie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendiges Anlegen von z.B. Stützkorsett/-hose, Kompressionsanzug vor/nach der Mobilisation <b>ODER</b></li> <li>• mindestens 4 x tägl. Spastik des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Fazilitation, Inhibition mindestens 2 x tägl.</li> </ul>
G2 G3	<b>D4</b>	<b>Aufwendige Mobilisation aus dem Bett UND</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Fazilitation, Inhibition, Kinästhetik <b>ODER</b></li> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten wie NDT, MRP, Bobath <b>ODER</b></li> <li>• kleinkindgerechtes Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator</li> </ul>

## Mindestmerkmale: Leistungsbereich E: Kommunizieren/Beschäftigen

(Altersgruppe K: 2 Punkte)

**Deutlicher** Mehraufwand bei dem Kommunizieren/Beschäftigen (mindestens 60 Minuten tägl.) mit den Kleinkindern und/oder Angehörigen/Bezugspersonen in den Bereichen Entwicklungsförderung, Kompetenzerwerb, Prävention zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung. Diese Pflegemaßnahmen werden nicht im Rahmen der Erbringung anderer Pflegeleistungen erbracht. Sie können in kleinen Einheiten unterschiedlicher Dauer über den Tag verteilt erbracht werden.

Es liegt mindestens einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich <b>Kommunizieren/Beschäftigen bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung</b> des Kleinkindes und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung, Orientierungsbeeinträchtigung <b>ODER</b> <b>Extreme Verhaltensweisen, die kontraproduktiv für die Therapie sind</b> <u>Kennzeichen:</u> Negativismus, Abwehr/Widerstände, Trotzverhalten
G2	<b>Sprach-/Kommunikationsbarrieren</b> <u>Kennzeichen:</u> Kann sich nicht verständlich machen, reagiert auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, versteht die Landessprache nicht
G3	<b>Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit UND/ODER Nichteinhaltung von Therapieabsprachen</b> des Kleinkindes und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Verleugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Motivation
G4	<b>Extreme Krisensituation</b> des Kleinkindes und/oder der Angehörigen/Bezugspersonen <u>Kennzeichen:</u> Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit <b>ODER</b> <b>Lustlosigkeit/Motivationslosigkeit/Resignation durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung</b> <u>Kennzeichen:</u> Kleinkind grübelt, resignative Grundstimmung, beobachtbare Langeweile, Rückzug
G5	<b>Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren</b> <u>Kennzeichen:</u> kann verbal nicht antworten, kann nichts hören, kann nichts sehen, fehlende Fingerfertigkeit

Der <b>Zeitbedarf</b> bei hochaufwendigen Patienten beträgt im Leistungsbereich <b>Kommunizieren/Beschäftigen</b> mindestens <b>60 Min. tägl. und kann in mehreren Einheiten unterschiedlicher Dauer erbracht werden</b> <b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt)		
G4	E1	<b>Eins-zu-eins-Betreuung:</b> Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt. ☞
G1 G2 G3 G4 G5	E2	<b>Problemlösungsorientierte Gespräche</b> (mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) ☞ <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung <b>ODER</b></li> <li>• Gespräche mit Dolmetscher</li> </ul>
G1 G2 G3 G5	E3	<b>Anleitungssituation mit Kleinkind</b> und/oder Angehörigen/Bezugspersonen ☞
G2 G4 G5	E4	<b>Kommunikative Stimulation</b> , Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellen und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial ☞

### 3.2 Spezielle Pflege

#### Mindestmerkmale: Leistungsbereich G: Wund- und Hautbehandlung (Altersgruppe K: 2 Punkte)

Im Rahmen der Behandlungspflege von Kleinkindern (K) sind Pflegemaßnahmen notwendig, die hochaufwendige Patienten ausweisen.

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwendige <b>Behandlungspflege im Bereich Wund- und Hautbehandlung bei Kleinkindern</b> vor:	
G1	<b>Aufwendige Versorgung von Wunden</b> Hierzu zählen: <b>sekundär heilende Wunde, Dekubitus</b> (gemäß Assessmentergebnis ☞ ), <u>Kennzeichen:</u> Wunde mit Keimbesiedelung, Wunde mit Wundtasche, Wunde mit Belägen, stark sezernierende Wunde <b>ODER</b> <b>Verbrennung/Verbrühung</b> (ab 2. Grades bei mindestens 9% der KOF und/oder an einer der folgenden Lokalisationen: Gesicht/Hals, Hand, Fuß, Intimbereich) <b>ODER</b> <b>Aufwendige Wunde nach OP bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompartmentsyndrom</li> <li>• offene Fraktur</li> <li>• Hydrozephalus mit externer Ableitung</li> <li>• künstlicher Darmausgang</li> <li>• künstlicher Blasenausgang</li> <li>• OP im Anal-/Urogenitalbereich (z.B. bei Hypospadie, Adrenogenitales Syndrom, anorektale Malformation (exkl. OP bei Phimose))</li> </ul>
G2	<b>Aufwendige Hautbehandlung und/oder aufwendiger Verband UND</b> <b>ein vorliegender Erschwernisfaktor:</b> Abwehr/Widerstand trotz Zureden/Motivation und Schmerzmanagement, Gefahr des Herausreißen von Zu- und/oder Ableitungssystemen, Gefahr der Selbstverletzung, abnorme Blasenbildung der Haut, reißgefährdete Haut, sensorische Neuropathie, multiple Hämatome/Prellungen, Gips bei vorher vorhandenen Sensibilitätsstörungen, Fixateur externe

<b>Pflegeinterventionen sind:</b> (Die zugehörigen Gründe sind in der ersten Spalte aufgeführt.)		
G1 G2	<b>G1</b>	<p>Mindestens <b>2 x tägl.</b> Behandlungspflege <b>ODER 1 x tägl.</b> Behandlungspflege durch <b>2 Pflegepersonen</b> von insgesamt 30 Minuten pro Tag wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren bei aufwendigem Verbandwechsel <b>ODER</b></li> <li>• Vor- und Nachbereiten und Assistieren beim Versorgen einer lokalen Verbrennung oder einer Verbrühung mindestens 2. Grades <b>ODER</b></li> <li>• Auftragen oder Einreiben von Salben oder Tinkturen auf eine große Hautregion <b>ODER</b></li> <li>• Anleiten von Patient und Angehörigen im Umgang mit dem Material und der Pflege (z.B. Fixateur externe mit Pin-Pflege)</li> </ul>
G1	<b>G2</b>	<p>Systematisches <b>Wundmanagement von Wunden</b> bestehend aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spezifische Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung, -grund, Entzündungszeichen und mögliche Wundheilungsstörungen <b>UND</b></li> <li>• Wundbehandlung bestehend aus Wundreinigung und/oder Wunddesinfektion sowie Wundaufgaben und/oder Auflagenfixierung von mindestens 30 Minuten pro Tag <b>UND</b></li> <li>• systematische Evaluation des Wundheilungsprozesses </li> </ul>

## **Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E) unter betriebswirtschaftlichen Aspekten**

### **Fragebogen Fachbereich Unternehmensführung**

**Wichtiger Hinweis:** Es erfolgt ein ordnungsgemäßer Umgang mit den im Fragebogen ermittelten Daten. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

#### **Anmerkungen:**

- Die Erhebung bezieht sich ausschließlich auf die Codierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene. Daher findet im Folgenden die Abkürzung „PKMS-E“ (lt. OPS PKMS) Anwendung.
- Die Anfangszeit der Anwendung des PKMS-E wird im Rahmen der Erhebung als „Einführungsphase“ bezeichnet. Die anschließende Zeit nach der „Einführungsphase“ wird mit dem Begriff „Verlauf“ betitelt.

## A Allgemeine Fragen

1. Welche Funktion üben Sie im Bereich Unternehmensführung aus?

---

2. Seit wann wird in der Klinik, in der Sie tätig sind, der PKMS-E codiert? (Bitte benennen Sie das Jahr, in dem zum ersten Mal eine Codierung zum PKMS-E erfolgt ist.)

-----

3. Welche Abteilungen in der Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung? Bitte benennen Sie diese:

---

---

---

4. Ist es Ihnen möglich die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich „allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil zuzuordnen?

- Ja. Wenn „ja“, welchem?
    - Autoritärer Führungsstil (vgl. K. Olfert/ P. Steinbuch 2001, S. 303ff.)
    - Demokratischer Führungsstil (vgl. G. Wöhe 2005, S. 186)
    - Laissez-faire Führungsstil (vgl. K. Birker 2000, S. 153f.)
    - Situativer Führungsstil (vgl. K. Blanchard, P. Ziegler, D. Ziegler 2005, S. 70)
    - Anderer Führungsstil:
- 

- Nein. Es ist mir nicht möglich, die Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich „allgemein“ (für die gesamte Einrichtung) einem bestimmten Führungsstil zuzuordnen.

## B Einführung des PKMS-E

1. Wann hat sich die **Führungsebene** zum PKMS-E informiert und wie?

Wann:

- Gleich zu Beginn (ab dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der neuen Codierungsmöglichkeit)
- Erst zu einem späteren Zeitpunkt

Wie: (mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Seminare und Fortbildungen
  - Schriftliche Form (Literatur, Internet)
  - In anderer Form:
- 
- 
- 

2. Wurde eine Person als sogenannte Schlüsselperson oder mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion für die **Informationsweitergabe an die Mitarbeiter** in der Klinik ausgewählt?

- Eine Schlüsselperson mit Multiplikatorenfunktion
  - Mehrere Personen mit Multiplikatorenfunktion
  - Es wurde keine Person mit Multiplikatorenfunktion ausgewählt. Die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter hat in anderer Form stattgefunden. (Bitte beschreiben Sie diese Form)
- 
- 

3. Wurde eine neue Stabstelle für den Bereich PKMS-E in der Klinik geschaffen?

- Ja. Wenn „ja“ bitte weiter mit Frage 5.
- Nein

4. Wurden die Aufgaben, innerhalb einer bereits bestehenden Stabstelle, um den Bereich PKMS-E erweitert?

- Ja
- Nein

5. Wann hat die **Informationsweitergabe an die Mitarbeiter** in der Klinik zum PKMS-E stattgefunden?

- Bereits vor der Umsetzung der neuen Codierung in der Klinik.
- Erst mit Beginn der Umsetzung der neuen Codierung in der Klinik.

6. Welche **Methode der Informationsweitergabe an die Mitarbeiter** kam zum Einsatz?  
(mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Schriftliche Bekanntmachung (Brief, Intranet etc.)
- Mündliche Form (Mitarbeiterversammlung, Teamsitzung etc.)
- Andere Form (Bitte beschreiben Sie diese Form):

---

---

---

7. Welche Maßnahmen haben in der Einführungsphase stattgefunden?  
(mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Information an alle Mitarbeiter, unterschiedlicher Berufsgruppen
- Neue Dokumentation wurde eingeführt
- Interne Schulungen wurden durchgeführt
- An externen Schulungen wurde teilgenommen
- Andere Maßnahmen:

---

---

8. Wie viel Zeit hat die „Einführungsphase“ in Anspruch genommen?

- \_\_ Wochen
  - \_\_ Monate
  - Die Einführungsphase dauert noch an, weil (bitte begründen Sie diese Antwort)
- 
- 

## C Verlauf

1. Informieren sich **Führungskräfte** über Neuerungen zum PKMS-E?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet diese Informationsgewinnung statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)
    - Interne Seminare
    - Externe Seminare
    - Online Recherchen
    - Fachgesellschaften
    - Andere Quellen:
- 
- 
- 

- Nein. Mitarbeiter aus dem **Führungsbereich** informieren sich nicht über Neuerungen zum PKMS-E.

2. Gibt es interdisziplinäre Besprechungen im Haus, die den PKMS-E miteinbeziehen?

- Ja. Wenn „ja“, welche Berufsgruppen finden sich zu diesen Besprechungen ein?

---

---

---

- Nein. Es finden keine interdisziplinäre Besprechungen im Haus statt, die den PKMS-E miteinbeziehen.

3. Kooperieren Sie mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E?

- Ja. Wenn „ja“, in welcher Form: (mehrere Antwortangaben sind möglich)
- Regelmäßige Treffen zum Erfahrungsaustausch
  - Kooperation bzgl. Dokumentationsformen
  - Andere Form der Kooperation: (bitte beschreiben Sie diese)

---

---

---

- Nein. Es gibt keine Kooperation mit anderen Kliniken zum Thema PKMS-E.

4. Wie hoch ist die Anzahl der Patienten in der Klinik, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt ist, seit Beginn der Codierung?

\_\_\_\_ PKMS-E-Patienten

5. Wie hoch ist der prozentuale Anteil an PKMS-E-Patienten seit Beginn der Codierung im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl in der Klinik?

\_\_\_\_ % PKMS-E-Patienten

6. Welche Beobachtung können Sie über die Zeit, mit Blick auf die Anzahl der Patienten mit Abrechnung des PKMS-E, machen?

- Stetige Erhöhung der Anzahl der PKMS-E-Patienten
- Unveränderte Anzahl der PKMS-E-Patienten
- Abnehmende Anzahl der PKMS-E-Patienten

7. Sehen Sie einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E? Beispielsweise: Zunahme/Abnahme der Mitarbeiterzahl in der Pflege, etc. Bitte begründen Sie ihre Antwort.

- Ja, es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:

---

---

---

---

- Nein, es besteht kein Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E. Begründung:

---

---

---

---

8. Findet eine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt?

- Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese aus?

Bsp. Überdenken von Prozessabläufen, anhand vergangener Falldaten etc.

---

---

- Nein. Es findet keine Evaluation im Führungsbereich zum Thema PKMS-E statt.

## D Einschätzung/Fazit

1. Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?

(Anmerkung: Mit dem Begriff „Umsetzung“ wird die Zeit bezeichnet ab Beginn der Codierung des PKMS-E, in der Klinik in der Sie tätig sind, bis zum Ausfüllen des Fragebogens)

- Für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E wurden Investitionen getätigt (> **0 finanzielle Mittel** aufgewendet).
- Für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E wurden keine Investitionen getätigt (= **0 finanzielle Mittel** aufgewendet).

Wenn für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E keine Investitionen getätigt wurden, dann beantworten Sie bitte weiter ab Frage 3.

2. Wenn für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E Investitionen getätigt wurden, ist es Ihnen möglich eine Größenordnung zu benennen?

- Ja. Die Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E liegt bei \_\_\_\_\_ €.
- Nein. Es ist mir nicht möglich eine Größenordnung bzgl. Investitionen für die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E zu benennen.

3. **Gesamteinschätzung:** Wenn Sie die Umsetzung des PKMS-E beschreiben müssten, wie wäre ihre Aussage am besten zu benennen?

- Mit keinen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden. Bitte weiter mit Bereich E.
- Mit wenigen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden.
- Mit vielen Schwierigkeiten in der Umsetzung verbunden.

4. Wenn es Schwierigkeiten gab, bitte benennen Sie diese exemplarisch:

---

---

---

## E Zukünftige Planung

1. Können Sie Erfahrungswerte beschreiben, mit Blick auf die **Methodik der Einführung** des PKMS-E, die Sie als positiv und/oder negativ für zukünftige Projekte festhalten möchten? (Beispielsweise Einsatz von Multiplikatoren, Durchführung/Nutzung von internen/externen Veranstaltungen etc.)

Ja.

Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als **positiv** festgehalten werden sollen...

---

---

---

---

Es gibt folgende Erfahrungswerte, die als **negativ** festgehalten werden sollen...

---

---

---

---

Nein. Es gibt keine Erfahrungswerte, die beschrieben werden können.

2. Werden Sie zukünftig Mitarbeiter an den Bereich „PKMS-E“ binden bzw. spezialisieren?

(Beispielsweise durch den Erhalt einer geschaffenen Stabstelle zum PKMS-E etc.) Bitte

begründen Sie Ihre Entscheidung:

Ja, weil...

---

---

---

Nein, weil...

---

---

---

3. Haben Sie zukünftig Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant?

(Beispielsweise Anpassung von Software, neue Formulare zur Dokumentation, Kooperationen etc.)

Ja. Zukünftig sind folgende Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant:

---

---

---

---

Nein. Zukünftig sind keine Veränderungen zum Thema PKMS-E geplant.

Erhebung im Rahmen der Promotion von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

**F**      **Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls Sie noch etwas mitteilen möchten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Zeit, die Sie in die Erhebung eingebracht haben!

## **Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E) unter pflegerischen Aspekten**

### **Fragebogen Fachbereich Pflege**

**Wichtiger Hinweis:** Es erfolgt ein ordnungsgemäßer Umgang mit den im Fragebogen ermittelten Daten. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

**Anmerkungen:**

- Die Erhebung bezieht sich ausschließlich auf die Codierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene. Daher findet im Folgenden die Abkürzung „PKMS-E“ (lt. OPS PKMS) Anwendung.
- Die Anfangszeit der Anwendung des PKMS-E wird im Rahmen der Erhebung als „Einführungsphase“ bezeichnet. Die anschließende Zeit nach der „Einführungsphase“ wird mit dem Begriff „Verlauf“ betitelt.

## A Allgemeine Frage

Welche Funktion üben Sie im Pflegebereich aus?

---

## B Einführung des PKMS-E

Wurden die Mitarbeiter auf den PKMS-E vorbereitet?

- Ja. Wenn „ja“, wie hat diese Vorbereitung stattgefunden? (mehrere Antwortangaben sind möglich)
  - Stationsintern/ jede Station für sich
  - Mehrere Stationen gemeinsam
  - Für den gesamten Funktionsbereich Pflege gemeinsam
- Nein. Es fand keine Vorbereitung der Mitarbeiter zum PKMS-E statt.

## C Verlauf

1. Wer trägt die Entscheidung, ob für den Patient eine PKMS-E-Erfassung durchgeführt wird? (mehrere Antwortangaben möglich)

- Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle Stationen zusammen
  - Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)
  - Jede Pflegefachkraft im Dienst
  - Andere Antwort:
- 
-

2. Welche Formulare werden im Rahmen der Dokumentation zur Erfassung des PKMS-E verwendet? Bitte benennen Sie diese:

---

---

---

---

3. Konnten bisher verwendete Formulare mit der Einführung des PKMS-E wegfallen?

Ja. Bitte benennen Sie diese:

---

---

Nein. Es konnten keine, der bisher verwendeten Formulare, mit der Einführung des PKMS-E wegfallen.

4. An welchem Ort findet die Dokumentation zum PKMS-E statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Beim Patient vor Ort
- Im Stationszimmer
- Anderer Ort. Bitte benennen Sie diesen:

---

5. Zu welchem Zeitpunkt findet die Dokumentation zum PKMS-E statt? (mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Direkt nach der Leistungserbringung
- Zu einem späteren Zeitpunkt / im Verlauf der Schicht
- Am Dienstende

6. In welcher Form dokumentieren Sie die Leistung zum PKMS-E?

- Am PC
- Handschriftlich
- Am PC und handschriftlich

7. Finden seit der Einführung des neuen Codes weitere Schulungen zum PKMS-E statt?

- Ja. Wenn „ja“, in welchem Zeitraum?
  - In regelmäßigem Zeitraum:
    - wöchentlich
    - monatlich
    - Quartal
    - ½ jährlich
  - Unregelmäßig. Wann war die letzte Schulung? Vor \_\_ Monaten.
- Nein. Es finden keine weiteren Schulungen zum PKMS-E statt.

8. Haben Sie einen Ansprechpartner zum Thema PKMS-E? (mehrere Antwortangaben sind möglich)

- Ein „Experte“ (eine Person, die sich für den PKMS-E spezialisiert hat) für alle Stationen zusammen
- Ein „Experte“ der Station (nur für die jeweilige Station zuständig)
- Jede Fachkraft im Dienst
- Nein, keinen Ansprechpartner. Bitte weiter mit Frage 10.

9. Haben Sie Anlaufstellen für Hilfen, wenn der Ansprechpartner ausfällt?

- Ja
- Nein. Wenn „nein“, gibt es eine andere Möglichkeit der Beratung oder Hilfestellung?  
Bsp. Externes Team etc.

---

---

---

10. Werden Sie über Neuerungen zum PKMS-E informiert?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet diese Information statt?

Bsp. Update-Seminare etc.

---

---

---

- Nein. Es gibt keine Information über Neuerungen zum PKMS-E.

11. Sind in der Klinik, in der Sie tätig sind, Kommunikationsnetzwerke vorhanden, die einen Austausch zum Thema PKMS-E ermöglichen?

- Ja. Wenn „ja“, welche Kommunikationsnetzwerke gibt es? (mehrere Antwortangaben sind möglich)
- Schriftliche Netzwerke (Intranet etc.)
  - Mündliche Netzwerke (Sitzungen, Cafe'etc.)
  - andere Netzwerke:
- 

- Nein. Es sind keine Kommunikationsnetzwerke vorhanden. Bitte weiter mit Frage 13.

12. Nutzen Sie diese Kommunikationsnetzwerke?

- Ja
- Nein. Wenn „nein“, nennen Sie bitte eine Begründung:
- 
- 
-

13. Werden neue Mitarbeiter in die PKMS-E-Erfassung eingeführt?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet die Einführung statt?

---

---

---

- Nein. Es findet keine Einführung für neue Mitarbeiter zum Thema PKMS-E-Erfassung statt.

14. Gibt es eine Patientenbefragung über die Zufriedenheit zum Klinikaufenthalt für PKMS-E-Patienten?

- Ja. Wenn „ja“, wann findet diese statt?
- Während dem Klinikaufenthalt / im Verlauf
  - Am Ende des Klinikaufenthalts
  - Nach Entlassung aus der Klinik
- Nein. Es gibt keine Patientenbefragung über die Zufriedenheit der PKMS-E-Patienten.

## D Einschätzung/Fazit

1. Kommen Sie mit der Implementierung des PKMS-E zurecht?

- Ja
- Nein, weil... (mehrere Antwortangaben sind möglich)
  - ...ich eine zusätzliche Belastung empfinde und ich mich in Verbindung mit der Arbeitssituation dadurch überfordert fühle.
  - ...ich eine Doppeldokumentation sehe.
  - ...andere Gründe:

---

---

---

2. Ermöglicht der PKMS-E aus Ihrer Sicht die **pflegerische Leistung** besser abzubilden?

- Ja
- Ja möglicherweise, aber ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...

---

---

---

- Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die pflegerische Leistung besser abzubilden, weil...

---

---

---

3. Können die **Zeiten für den Pflegeaufwand** aus Ihrer Sicht durch den PKMS-E besser abgebildet werden?

- Ja
- Ja möglicherweise, aber ich möchte folgende ergänzende Aussage machen: Ich kann nicht eindeutig mit „ja“ antworten, weil...

---

---

---

- Nein, der PKMS-E ermöglicht nicht die Zeiten für den Pflegeaufwand besser abzubilden, weil...

---

---

---

4. Fällt Ihnen die **Einordnung des Patienten in die vorgegebenen Leistungsbereiche** im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:

Ja, weil...

---

---

---

Nein, weil...

---

---

---

5. Fällt Ihnen die **Zuordnung der Gründe für den jeweiligen Patienten** im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:

Ja, weil...

---

---

---

Nein, weil...

---

---

---

6. Fällt Ihnen die **Auswahl der Pflegeinterventionen für den jeweiligen Patienten** im Rahmen der PKMS-E-Erfassung leicht? Bitte begründen Sie Ihre Entscheidung:

Ja, weil...

---

---

---

Nein, weil...

---

---

---

7. Fällt Ihnen die **Dokumentation zum PKMS-E insgesamt** leicht oder schwer?

- Es fällt mir leicht. Ich komme gut damit zurecht, die Dokumentationsanforderungen in meinen Arbeitsalltag zu integrieren.
- Es fällt mir schwer. Ich komme nicht gut damit zurecht, die Dokumentationsanforderungen in meinen Arbeitsalltag zu integrieren.

8. Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen?

- Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E angestiegen (**> 0 Minuten Mehraufwand am Tag** für die Dokumentation im Pflegebereich).
- Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E nicht angestiegen (**= 0 Minuten Mehraufwand am Tag** für die Dokumentation im Pflegebereich).

Wenn die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E nicht angestiegen sind, endet an dieser Stelle die Befragung. Sie haben jedoch die Möglichkeit am Ende des Fragebogens „Anmerkungen“ noch mitzuteilen.

9. Wenn die Dokumentationszeiten im Pflegebereich seit Einführung des PKMS-E angestiegen sind, ist es Ihnen möglich den Mehraufwand für die Dokumentation zu beziffern?

- Ja. Die Dokumentationszeiten im Pflegebereich sind seit Einführung des PKMS-E um \_\_\_\_ Minuten am Tag angestiegen.
- Nein. Es ist mir nicht möglich den Mehraufwand für die Dokumentation zu beziffern.

**E**     **Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls Sie noch etwas mitteilen möchten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Zeit, die Sie in die Erhebung eingebracht haben!

## **Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene (PKMS-E) unter ethischen Aspekten**

### **Fragebogen Fachbereich Ethik**

**Wichtiger Hinweis:** Es erfolgt ein ordnungsgemäßer Umgang mit den im Fragebogen ermittelten Daten. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

#### **Anmerkungen:**

- Die Erhebung bezieht sich ausschließlich auf die Codierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score für Erwachsene. Daher findet im Folgenden die Abkürzung „PKMS-E“ (lt. OPS PKMS) Anwendung.
- Die Anfangszeit der Anwendung des PKMS-E wird im Rahmen der Erhebung als „Einführungsphase“ bezeichnet. Die anschließende Zeit nach der „Einführungsphase“ wird mit dem Begriff „Verlauf“ betitelt.

## A Allgemeine Fragen

1. Welche Funktion üben Sie im Ethikbereich aus?

---

2. Gibt es Berührungspunkte für Sie, als Mitarbeiter des Ethikbereichs, mit dem PKMS-E?

Ja. Wenn „ja“, beschreiben Sie bitte die Berührungspunkte:

---

---

---

Nein. Dann bitte weiter mit Bereich „D“.

## B Einführung des PKMS-E

1. Wurden Sie in Ihrem Arbeitsbereich über den neuen Code zum PKMS-E informiert?

Ja. Wenn „ja“, wie wurden Sie informiert? (mehrere Antwortangaben möglich)

Schulung

Informationsveranstaltung

Sonstige. Bitte benennen Sie diese:

---

---

Nein. Ich wurde nicht über den neuen Code zum PKMS-E informiert. Bitte weiter mit Bereich „C“.

2. Wann wurden Sie in Ihrem Arbeitsfeld über den neuen Code zum PKMS-E informiert.?

- Von Beginn an. Ab der Anwendung des neuen Codes in der Klinik.
  - Nicht von Beginn an. Wenn nicht von Beginn an, ab wann (Angabe des Monats und der Jahreszahl sind ausreichend)?
- 

## C Verlauf

1. Gibt es für Sie eine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. können Sie ihre Sicht auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einbringen?

- Ja. Wenn „ja“, in welcher Form ist es Ihnen möglich sich einzubringen?

Bsp. Optimierung von Prozessabläufen etc.

---

---

- Nein. Es gibt keine Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. die Möglichkeit Sichtweisen auf bestimmte Aspekte zum PKMS-E einzubringen.

2. Gibt es einen Kontakt zum Patienten, bei dem PKMS-E codiert wird?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet dieser Kontakt statt? (mehrere Antwortangaben möglich)
    - Persönliches Gespräch mit dem Patienten
    - Über Fachkräfte in der Pflege
    - Wenn der Kontakt in einer anderen Form stattfindet, benennen Sie diese bitte:
- 
- 

- Nein, es besteht kein Kontakt zum Patienten.

3. Bekommen Sie eine Rückmeldung über die Höhe der Anzahl an PKMS-E-Patienten?

- Ja. Wenn „ja“,
  - in regelmäßigem Zeitraum:
    - wöchentlich
    - monatlich
    - Quartal
    - ½ jährlich
  - unregelmäßig. Wann war die letzte Rückmeldung? Vor \_\_ Monaten.
- Nein. Es erfolgt keine Rückmeldung über die Höhe der Anzahl an PKMS-E-Patienten.

4. Werden Sie über neue Patienten, bei denen PKMS-E codiert wird, informiert?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet diese Information statt? (mehrere Antwortangaben möglich)
  - In schriftlicher Form
  - Innerhalb von Sitzungen
  - Wenn die Information in einer anderen Form stattfindet, benennen Sie diese bitte:

Bsp. Netzwerke etc.

- 
- Nein. Ich werde nicht über neue Patienten, bei denen PKMS-E codiert wird, informiert.

5. Gibt es einen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?

- Ja. Wenn „ja“, wie findet dieser Kontakt statt?
  - Mündlicher Kontakt
  - Schriftlicher Kontakt
  - Mündlicher und schriftlicher Kontakt
- Nein. Es gibt keinen Kontakt zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E. Bitte weiter mit Frage 7.

6. Gibt es einen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E?

- Ja. Wenn „ja“,
- |                                                    |                                      |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in regelmäßigem Zeitraum: | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
|                                                    | <input type="checkbox"/> monatlich   |
|                                                    | <input type="checkbox"/> Quartal     |
|                                                    | <input type="checkbox"/> ½ jährlich  |
- unregelmäßig. Wann war der letzte Kontakt? Vor \_\_ Monaten.
- Nein. Es gibt keinen festgelegten wiederkehrenden Zeitraum zur Kontakterhaltung zu den Pflegekräften bzgl. des Themas PKMS-E.

7. Haben Sie eine spezielle Vorgehensweise im Umgang mit PKMS-E-Patienten im Unterschied zu anderen Gruppen von Patienten?

- Ja. Wenn „ja“, wie unterscheidet sich diese Vorgehensweise?

---

---

---

- Nein. Es gibt keine spezielle Vorgehensweise im Umgang mit PKMS-E-Patienten im Unterschied zu anderen Gruppen von Patienten.

8. Findet eine Evaluation zum Thema PKMS-E in Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ statt?

- Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese aus?

Bsp. Überdenken von Prozessabläufen, anhand vergangener Falldaten etc.

---

---

- Nein. Es findet keine Evaluation in meinem Arbeitsfeld „Ethikbereich“ zum Thema PKMS-E statt.

9. Kooperieren Sie mit anderen Kollegen aus Ihrem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik in der Sie tätig sind, zum Thema PKMS-E?

Ja. Wenn „ja“, wie sieht diese Kooperation aus?

Bsp. Regelmäßige Treffen zum Austausch, Fallbesprechungen etc.

---

---

Nein. Es findet keine Kooperation mit anderen Kollegen aus meinem Arbeitsfeld „Ethikbereich“, außerhalb der Klinik in der ich tätig bin, zum Thema PKMS-E statt.

## D Einschätzung/Fazit

1. Welche der beiden folgenden Aussagen können Sie bestätigen? Bitte begründen Sie ihre Entscheidung.

Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E (Einteilung des Menschen in die Leistungsbereiche und die Beschreibungen innerhalb der Leistungsbereiche lt. OPS PKMS) ist aus ethischer Sicht **zufriedenstellend** und bildet alle erforderlichen Aspekte zur hochaufwendigen pflegerischen Versorgung von Menschen in Krankenhäusern **optimal** ab. Begründung:

---

---

---

---

Erhebung im Rahmen der Promotion von Nicole Seiler, Doktorandin der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Universität Heidelberg

- Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E (Einteilung des Menschen in die Leistungsbereiche und die Beschreibungen innerhalb der Leistungsbereiche lt. OPS PKMS) ist aus ethischer Sicht **nicht zufriedenstellend** und bildet alle erforderlichen Aspekte zur hochaufwendigen pflegerischen Versorgung von Menschen in Krankenhäusern **nicht optimal** ab. Begründung:

---

---

---

---

**E**      **Zusätzliches Feld für Anmerkungen, falls Sie noch etwas mitteilen möchten:**

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Zeit, die Sie in die Erhebung eingebracht haben!

### Einverständnis zur Namensnennung

Hiermit bestätige ich das Einverständnis zur Namensnennung „Universitätsmedizin Mannheim, IV. Medizinische Klinik (Geriatric)“ bzgl. der Durchführung des Pretests im Rahmen der Dissertation von Nicole Seiler mit dem Thema:

#### **Pflegekomplexmaßnahmen-Scores Erwachsene – PKMS-E**

#### **Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten**

Mannheim, 26.11.15  
Ort, Datum

KLINIKUM MANNHEIM GmbH  
Pflegedienstleitung  
II., III., IV. Medizinische Kliniken  
Strahlenklinik u. Medizinische Radiologie  
68125 Mannheim  
Tel: 0621/383-2310  
Fax 0621/383-2189

Jens Scheurich  
Pflegedienstleitung

**Bestätigung über die Durchführung des Pretests**

Hiermit bestätige ich die Durchführung des Pretests in der Universitätsmedizin Mannheim, IV. Medizinische Klinik (Geriatric) im Rahmen der Dissertation von Nicole Seiler mit dem Thema:

**Pflegekomplexmaßnahmen-Scores Erwachsene – PKMS-E**  
**Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen**  
**Aspekten**

Mannheim, 27.10.15  
Ort, Datum

**KLINIKUM MANNHEIM GmbH**  
Pflegedienstleitung  
II., III., IV. Medizinische Kliniken  
Strahlenklinik (Zentrale Notaufnahme)  
68135 Mannheim  
Tel. 0621 4983-2310  
Fax 0621 4983-2189

Jens Scheurich  
Pflegedienstleitung

Nicole Seiler  
Pestalozzistraße 2  
67454 Hassloch

Haßloch, den ...

Universitätsmedizin Mannheim  
IV. Medizinische Klinik (Geriatric)

**Pretest zur Durchführung einer Studie mit dem Thema  
Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E  
Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen  
Aspekten**

Sehr geehrter Herr ...,

ich danke Ihnen nochmals ganz herzlich für die Unterstützung bei der Durchführung des Pretests im Rahmen meiner Dissertation zum Thema PKMS-E (lt. OPS PKMS).

Wie in der E-Mail vom ... vereinbart, übersende ich Ihnen die Unterlagen. In den Anlagen dieses Schreibens befinden sich die Fragebögen für die unterschiedlichen Fachbereiche. Die Befragung findet, wie bereits erläutert, in Kliniken mit geriatrischen Abteilungen statt. Im Folgenden stelle ich nochmals die Thesen und ergänzenden Forschungsfragen dar. Diese liegen der Untersuchung zugrunde.

**Für den Fachbereich Unternehmensführung:**

These: Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt.

Ergänzende Forschungsfragen:

1. Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?
2. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
3. Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?
4. Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?

5. Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?

**Für den Fachbereich Pflege:**

These: Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen.

Ergänzende Forschungsfragen:

1. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
2. Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?

**Für den Fachbereich Ethik:**

These: Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen.

Ergänzende Forschungsfrage:

Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?

Ich darf nochmals zusammenfassen:

Die jeweiligen Fragebögen sind, wie vereinbart, von den Experten des Fachbereichs auszufüllen.

Im Anhang finden Sie auch die Fragebögen für die Patienten, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt. Diese Fragebögen sind in fünffacher Ausführung anbei. Ich bitte Sie hiermit die Befragung mit fünf Patienten bzw. deren Angehörigen durchzuführen.

**Weiter möchte ich verdeutlichen, dass ein ordnungsgemäßer Umgang mit den im Fragebogen ermittelten Daten erfolgt. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

Zur zeitlichen Abfolge:

Anschließend an die heutige Übersendung der Fragebögen werde ich, wie vereinbart, am ... um ... die ausgefüllten Fragebögen wieder abholen. An diesem Termin führe ich mit den Experten der jeweiligen Fachbereiche ein Gespräch, um die folgenden wesentlichen Aspekte, bezogen auf die Erhebungsbögen, im Rahmen des Pretests (vgl. Schneider 2013: 81) zu besprechen:

- ausreichende Antwortvariationen
- Verständnis durch den Befragten
- Schwierigkeitsgrad
- Aufmerksamkeit und Interesse
- Kontinuität des Ablaufes
- Frageanordnung und deren Effekte
- Praktikabilität und Güte der Filterführung
- Kontexteffekte
- Dauer
- Interesse gegenüber der Befragung und deren Anliegen
- Belastungseffekte

Sollten Sie Fragen haben stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Sie können mich gerne telefonisch (0162/7127488) oder per E-Mail ([nicole.seiler@me.com](mailto:nicole.seiler@me.com)) kontaktieren.

Ich freue mich auf unseren kommenden Termin und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Nicole Seiler

**Anlagen:**

- ein Fragebogen für den Fachbereich Unternehmensführung
- ein Fragebogen für den Fachbereich Pflege
- ein Fragebogen für den Fachbereich Ethik
- fünf Fragebögen für Patienten, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt
- ein Beiblatt zum Fragebogen für Patienten, für die eine Codierung des PKMS-E erfolgt
- Bestätigung über die Durchführung des Pretests

## Gesprächsleitfaden zum Pretest:

**Datum:**

**Teilnehmer:**

**Uhrzeit Beginn:**

**Uhrzeit Ende:**

**(geplant 90-120 min.)**

### 1. Wesentliche Fragestellungen im Rahmen des Pretests (vgl. Schneider 2013: 81<sup>1</sup>):

- ausreichende Antwortvariationen

---

---

- Verständnis durch den Befragten

---

---

- Schwierigkeitsgrad

---

---

- Aufmerksamkeit und Interesse

---

---

- Kontinuität des Ablaufes

---

---

---

<sup>1</sup> Schneider Armin (2013): Fragebogen in der sozialen Arbeit – Praxishandbuch für ein diagnostisches, empirisches und interventives Instrument. Ohne Angabe zur Auflage, Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich

- Frageanordnung und deren Effekte

---

---

- Praktikabilität und Güte der Filterführung

---

---

- Kontexteffekte

---

---

- Dauer

---

---

- Interesse gegenüber der Befragung und deren Anliegen

---

---

- Belastungseffekte

---

---

## **2. Offene Fragen**

---

---

## **3. Zusätzliche Anmerkungen und Wünsche**

Nicole Seiler  
Pestalozzistraße 2  
67454 Haßloch

Haßloch, den ...

An die Geschäftsführung

<p style="text-align: center;"><b>Studie zum</b> <b>Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E</b> <b>Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen</b> <b>Aspekten</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Nicole Seiler. Seit Mai 2014 bin ich als Doktorandin an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften der Universität Heidelberg zugelassen. Zu meinem beruflichen Hintergrund: Ich bin examinierte Altenpflegerin und war in der ambulanten Pflege beschäftigt. Hierbei konnte ich meine beruflichen Erfahrungen in der pflegerischen Tätigkeit und mehrere Jahre im Führungsbereich sammeln. Seit dem Jahr 2012 bin ich beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz im Bereich der Begutachtung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score tätig.

Ich schreibe meine Dissertation zum Thema

**Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E**  
**Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen**  
**Aspekten**

Um Neutralität zu wahren bzgl. meiner beruflichen Tätigkeit in Rheinland-Pfalz, führe ich die Untersuchung außerhalb des Bundeslandes Rheinland-Pfalz durch.

Ziel der Arbeit ist es, die hochaufwendige Pflege von Menschen im Krankenhaus im Sinne des PKMS-E (lt. OPS PKMS) nicht isoliert mit Blick auf die PKMS-Systematik, sondern in einem Gesamtkontext zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen Aspekten darzustellen.

Die Dissertation befasst sich im Wesentlichen mit einer Befragung aus dem quantitativen Forschungsbereich. Zur Durchführung der Untersuchung habe ich entsprechende

Erhebungsbögen entwickelt. Anhand dieser führe ich eine Studie in Krankenhäusern durch. Der Pretest zur Studie ist bereits erfolgt. Er wurde in der Universitätsmedizin Mannheim IV. Medizinische Klinik (Geriatric) durchgeführt.

Aufgrund einer Voruntersuchung im Rahmen meiner Masterarbeit, die ergab, dass der überwiegende Anteil an PKMS-Patienten im Alter von 75 Jahren und älter ist (vgl. Seiler 2014: 47)<sup>1</sup>, sind ausschließlich Kliniken mit geriatrischen Abteilungen in die Befragung eingeschlossen.

**Ich habe ihre Einrichtung ausgewählt in der Studie mitzuwirken.**

**(Bitte beachten Sie: Sollte die Klinik, in der Sie tätig sind, den PKMS nicht abrechnen, so bitte ich Sie mir eine kurze Benachrichtigung per E-Mail ([nicole.seiler@me.com](mailto:nicole.seiler@me.com)) zu senden. Ihre Teilnahme an der Studie ist dann leider nicht möglich.)**

In den Anlagen dieses Schreibens befinden sich die Fragebögen für die unterschiedlichen Fachbereiche Unternehmensführung, Pflege und Ethik.

**Ich bitte Sie die Fragebögen wie folgt an einen Experten aus dem jeweiligen Fachgebiet auszuhändigen:**

**Fragebogen Unternehmensführung:** ein Mitarbeiter aus dem Führungsteam

**Fragebogen Pflege:** Stationsleitung Geriatrie / alternativ ein Mitarbeiter aus dem Pflorgeteam Geriatrie mit Erfahrung in der Dokumentation des PKMS-E

**Fragebogen Ethik:** ein Mitarbeiter aus dem Ethikbereich

**Der zeitliche Aufwand für das Ausfüllen der Fragebögen beträgt etwa 30 Minuten pro Fragebogen.**

---

<sup>1</sup> Seiler Nicole (2014): Masterarbeit „Pflegekomplexmaßnahmen-Score - PKMS – Die Abbildung hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus, Eine Studie über die Entwicklungen der erlösrelevanten Umsetzung im Jahr 2012 und 2013“, Masterstudiengang am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg, Februar 2014, Haßloch

Zur näheren Erläuterung stelle ich im Folgenden die Thesen und ergänzenden Forschungsfragen dar. Diese liegen der Untersuchung zugrunde.

### **Für den Fachbereich Unternehmensführung:**

These: Die Umsetzung der neuen Codierung zum PKMS-E hat zu Investitionen geführt.

Ergänzende Forschungsfragen:

1. Welche Abteilungen einer Klinik sind mit der hochaufwendigen Pflege von Menschen im Rahmen des PKMS-E in Berührung?
2. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
3. Sind Vorgehensweisen aus dem Führungsbereich einem bestimmten Führungsstil zuordenbar?
4. Gibt es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterzahl in der Pflege und der Einführung der Codierung zum PKMS-E?
5. Ergeben sich Aspekte zum Wissensmanagement, die für zukünftige Projekte genutzt werden können?

### **Für den Fachbereich Pflege:**

These: Seit der Einführung des PKMS-E ist es zu einer Erhöhung der Dokumentationszeiten im Pflegebereich gekommen.

Ergänzende Forschungsfragen:

1. Welche Maßnahmen wurden in den untersuchten Kliniken durchgeführt, um die Codierung des PKMS-E umzusetzen?
2. Welche Beobachtungen können, bezogen auf die Dokumentation, über die Zeit seit der Einführung der neuen Codierung gemacht werden?

### **Für den Fachbereich Ethik:**

These: Die Abbildung des Menschen im Rahmen des PKMS-E ist aus ethischer Sicht als zufriedenstellend anzusehen.

Ergänzende Forschungsfrage:

Gibt es Berührungspunkte zwischen dem Ethikbereich und der hochaufwendigen Pflege von Menschen in einer Klinik im Rahmen der Anwendung des PKMS-E?

**Weiter möchte ich verdeutlichen, dass ein ordnungsgemäßer Umgang mit den im Fragebogen ermittelten Daten erfolgt. Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

Zur zeitlichen Abfolge:

Anschließend an den heutigen Erhalt der Fragebögen, bitte ich um eine Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen bis zum ... .

Ich würde mich sehr über Ihre Unterstützung freuen. Sollten Sie Fragen haben stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Sie können mich gerne telefonisch (0162/7127488) oder per E-Mail ([nicole.seiler@me.com](mailto:nicole.seiler@me.com)) kontaktieren.

Ich danke Ihnen bereits jetzt für Ihre Zeit mein Anliegen entgegenzunehmen und freue mich über die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen.

Nun verbleibe ich mit freundlichen Grüßen,

Nicole Seiler

**Anlagen:**

- ein Fragebogen für den Fachbereich Unternehmensführung
- ein Fragebogen für den Fachbereich Pflege
- ein Fragebogen für den Fachbereich Ethik
- frankierter und adressierter Rückumschlag

Nicole Seiler  
Pestalozzistraße 2  
67454 Haßloch

Haßloch, den ...

z. Hd. der Geschäftsführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielleicht erinnern Sie sich?

Ich habe ihre Einrichtung ausgewählt in der Studie zum

**Pflegekomplexmaßnahmen-Score Erwachsene – PKMS-E**

**Ein Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlichen, pflegerischen und ethischen  
Aspekten**

mitzuwirken.

**Mit dem Schreiben vom ... habe ich Ihnen drei Fragebögen zugesendet.**

Ich bitte Sie die Fragebögen wie folgt an einen Experten aus dem jeweiligen Fachgebiet auszuhändigen:

**Fragebogen Unternehmensführung:** ein Mitarbeiter aus dem Führungsteam

**Fragebogen Pflege:** Stationsleitung Geriatrie / alternativ ein Mitarbeiter aus dem Pfllegeteam Geriatrie mit Erfahrung in der Dokumentation des PKMS-E

**Fragebogen Ethik:** ein Mitarbeiter aus dem Ethikbereich

Der zeitliche Aufwand für das Ausfüllen der Fragebögen beträgt etwa 30 Minuten pro Fragebogen.

Ich bitte um eine Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen.

(Sollte die Klinik, in der Sie tätig sind, den PKMS nicht abrechnen, so bitte ich Sie mir eine kurze Benachrichtigung per E-Mail ([nicole.seiler@me.com](mailto:nicole.seiler@me.com)) zu senden. Ihre Teilnahme an der Studie ist dann leider nicht möglich.)

Ich danke Ihnen für Ihre Zeit mein Anliegen entgegenzunehmen und würde mich sehr über Ihre Unterstützung freuen. Sollten Sie Fragen haben stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Sie können mich gerne telefonisch (0162/7127488) oder per E-Mail ([nicole.seiler@me.com](mailto:nicole.seiler@me.com)) kontaktieren.

Ich freue mich über die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen.

Nun verbleibe ich mit freundlichen Grüßen,

Nicole Seiler

**Erklärung gemäß § 8 Abs. (1) c) und d) der Promotionsordnung  
der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

---

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische  
Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

**Erklärung gemäß § 8 (1) c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

**Erklärung gemäß § 8 (1) d) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Vorname Nachname      Nicole Seiler

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_