



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

OPS FÜR DIE PSYCHIATRIE

Die Auswirkung der OPS auf die psychiatrische Pflege

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Anne Drescher

Betreuer: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze

Tag der Einreichung: 15.03.2012

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2011-0674-4

Abstract

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die Einführung der OPS in deutschen Psychiatrien auf die psychiatrische Pflege seit 2010 ausgewirkt hat. Zu Beginn wird der theoretische Hintergrund dargestellt. Dieser besteht aus der Beschreibung der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrien, Erläuterungen zum Entgeltsystem und dem Aufbau der OPS in den vergangenen zwei Jahren, Ausführungen bezüglich der Auswertungsmethode nach Mayring und schließlich einer Schilderung der Ziele des neuen Entgeltsystems. Daraufhin folgt die Darstellung der Forschungsmethode. Darin eingeschlossen sind die Auswahl der Methoden, die Darstellung der Literaturrecherche und der Vorbereitung, Planung und der Durchführung der Experteninterviews. Anschließend werden die Resultate mittels der Auswertung der Interviews und der Zusammenfassung der Ergebnisse vorgestellt.

Die Schlussbetrachtung verdeutlicht, dass eine Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Pflege mittels Einführung des neuen Entgeltsystems unwahrscheinlich ist und der administrative Aufwand auf den Stationen steigt. Jedoch wird auch aufgezeigt, dass andere Ziele durchaus erreichbar sind.

Abstract

This paper deals with the question how the introduction of the OPS in German psychiatric hospitals has affected the psychiatric care since 2010. At the beginning the theoretical background is shown which consists of the description of the historical development of the psychiatric hospitals, explanations on the charging system and the structure of the OPS in the previous two years, explanations of the evaluation method according to Mayring and, finally, a description of the aims of the new charging system. Thereupon the result of the research method is represented. The choice of the methods, the representation of the literature search and the preparation, planning and the accomplishment of the experts' interviews are included.

Afterwards the results are introduced by means of the evaluation of the interviews and the summary of the results.

The final consideration makes clear that an improvement of the quality of the psychiatric care is unlikely by means of introduction of the new remuneration system and the administrative expenditure on the stations is rising. But it is also indicated that other aims are quite accessible.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
1. Theoretischer Hintergrund	8
1.1 <i>Die Entwicklung der Psychiatrie seit 1950</i>	8
1.2 <i>Die Psych OPS im neuen Entgeltsystem</i>	12
1.3 <i>Aufbau der Psych OPS</i>	14
1.3.1 <i>Psych OPS 2010</i>	14
1.3.2 <i>Psych OPS 2011</i>	15
1.4 <i>Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, 1997, S. 42-76</i>	17
1.5 <i>Ziele des neuen Entgeltsystems nach Drescher 2011 S. 12-14</i>	20
2. Vorgehensweise	22
2.1 <i>Auswahl der Forschungsmethoden</i>	22
2.2 <i>Die Literaturrecherche</i>	22
2.3 <i>Vorbereitung und Planung der Experteninterviews</i>	23
2.4 <i>Durchführung der Experteninterviews</i>	24
3. Resultate der Forschung	25
3.1 <i>Auswertung der Experteninterviews</i>	25
3.2 <i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	32
4. Methodendiskussion	34
Schlussbetrachtung	36
Literaturverzeichnis	XXXVII

Anhangverzeichnis

Interviewleitfaden	XL
1. Interview	XLI
2. Interview	XLVIII
3. Interview	LXI

Abbildungsverzeichnis

Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, Mayring	19
--	----

Einleitung

Laut dem Statistischen Bundesamt Deutschland sind die Kosten für psychische Erkrankungen in den Jahren zwischen 2002 und 2006 um 3,3 Milliarden Euro gestiegen. Damit gehören die psychischen und Verhaltensstörungen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungssystems zu den kostenintensivsten Krankheiten Deutschlands (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland- Gesundheitswesen: 26,7 Millionen Euro durch psychische Erkrankungen, Stand: 01.02.2012). Hinzu kommen die steigenden Krankschreibungen in allen Altersstufen wegen psychischen Erkrankungen (vgl. 2011 BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit- 2010, S.3, Stand: 01.02.2012). Das lässt darauf schließen, dass der Bedarf im Bereich der psychologischen Betreuung ebenfalls steigt. Von daher ist die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrien die logische Konsequenz. Die Gelder, die in diesem Bereich des Gesundheitssektors gezahlt werden, benötigen eine gerechte Verteilung, und die Patienten müssen gleichzeitig eine möglichst gute Versorgung erhalten.

Auf Basis der OPS 9-60 bis 9-69 wird ein neues Entgeltsystem für die Psychiatrien bis 2013 gestaltet. Die Einführung der OPS- Codes begann 2010. Nach anfänglichen Schwierigkeiten mussten alle psychiatrischen Einrichtungen ab Juli die OPS- Codes an die gesetzlichen Krankenkassen elektronisch übermitteln. Diese Ausarbeitung beschäftigt sich mit der Frage, zu welchen wahrgenommenen Veränderungen hat die Einführung der OPS 9-6... für die psychiatrische Pflege geführt.

Das Interesse an dieser Ausarbeitung entwickelte sich während eines Praktikums, bei dem man mich mit der Einführung der OPS auf den Stationen beauftragte. Hinzu kommt, dass sich in meinem persönlichen Umfeld einige Menschen befinden, die in der Vergangenheit bereits psychiatrische Hilfe benötigten. Dementsprechend spielt die qualitative Entwicklung der Psychiatrien eine große Rolle in dieser Bachelorarbeit.

Um die Entwicklung des neuen Systems nachvollziehen zu können, wird im ersten Teil der theoretische Hintergrund geklärt. Mittels der Betrachtung der

Geschichte der Psychiatrien in Deutschland soll verdeutlicht werden, wieso gerade dieser Bereich ständigen Reformen unterworfen war und ist. Daraufhin folgt die Erläuterung des neuen Entgeltsystems und des Aufbaus der OPS-Kodes für die Psychiatrien. Somit ist es möglich, einen Einblick in die Struktur dieses Systems zu erhalten. Im Folgenden wird die gewählte Auswertungsmethode dargestellt. Zum Schluss dieses ersten Teils dieser Ausarbeitung erfolgt die Vorstellung der Ziele des neuen Entgeltsystems.

Der zweite Teil beschreibt die Vorgehensweise. Sie beginnt mit der Auswahl der Forschungsmethoden. Daraufhin werden die Durchführung, Planung und Vorbereitung der einzelnen Methoden geschildert.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit den Resultaten der Forschung. Darin werden die Ergebnisse ausgewertet und zusammengefasst. Die Methodendiskussion schließt den Forschungsteil der Ausarbeitung ab. In der Schlussbetrachtung findet die Verknüpfung zwischen dem theoretischen und dem Forschungsteil statt.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit besteht darin, die Veränderungen der psychiatrischen Pflege durch die OPS darzustellen und mit den Zielen des neuen Entgeltsystems zu verknüpfen.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Die Entwicklung der Psychiatrie seit 1950

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Geschichte der Psychiatrie seit 1950. Auf einen weiteren Rückblick in die Historie wird verzichtet, obwohl im Besonderen die Zeit des Nationalsozialismus in ethischer Sicht bis heute von großer Bedeutung ist, aber für die Reformierung des Entgeltsystems der Psychiatrien nur eine untergeordnete Rolle spielt. Viel bedeutender sind in diesem Zusammenhang die Auswirkungen der Psychiatrie Enquete, die sich mit der Lage der Psychiatrie in Deutschland befasste und das Verständnis, weshalb sich eine Expertenkommission mit diesem Thema auseinandersetzte.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde zunächst an der psychiatrischen Anstaltsversorgung festgehalten (vgl. Hanrath, 2002, S. 247). Als Beispiel dient dafür das Anstalts- und Fürsorgewesen in Nordrhein-Westfalen. Zunächst zielte die Politik darauf ab, die Kriegsschäden zu beseitigen und die bereits bestehenden Strukturen anzuknüpfen (vgl. Hanrath, 2002, S. 247).

Ab den 1950er Jahren versuchten die Anstalten zunehmend, den Ruf des Irrenhauses abzulegen. Dazu wurde eine interne Differenzierung mittels Schweregrad der Erkrankung, Ruhezustand und Alter vorgenommen (vgl. Hanrath, 2002, S. 259). Durch solche Maßnahmen sollte sich die Wahrnehmung der Einrichtungen von Pflegeanstalten zu psychiatrischen Krankenhäusern entwickeln. Innerhalb des Landesfürsorgeverbandes Westfalen ist ein ständiger Anstieg des Patientenbestandes bis 1954 zu erkennen (vgl. Tabelle Hanrath, 2002, S. 276). Dabei betrug das Mindestmaß der Schlafzimmer pro Patient 6,5 qm (vgl. Hanrath 2002 S. 277). Empfohlen wurde eine Bodenfläche von 8 qm pro Patient, wobei 2,5 qm auf Tagesräume entfallen (vgl. Hanrath 2002 S. 277). Rein rechnerisch war damit bereits 1954 eine Überbelegung von 1.151 Patienten in den Westfälischen Krankenhäusern erreicht (vgl. Hanrath, 2002, S. 277). In der Provinzialheilanstalt Gütersloh betrug der Pflegeschlüssel zu diesem Zeitpunkt in der psychiatrischen Abteilung 7,21, in der neurologischen und in der kinder- und

jugendpsychiatrischen Abteilung jeweils 5 (vgl. Tabelle Hanrath, 2002 S. 260). An diesem Beispiel kann man erkennen, dass ein großer Unterschied zwischen den verschiedenen Abteilungen innerhalb dieses Krankenhauses bestand. Zusätzlich wird deutlich, wie schlecht die personelle Ausstattung speziell in der psychiatrischen Abteilung war (vgl. Hanrath, 2002, S. 261). Erschwerend ist die schlechte Ausbildung des Pflegepersonals in dieser Abteilung hinzu zufügen (vgl. Hanrath, 2002, S. 261).

In den folgenden Jahren wurde immer deutlicher, dass es zu einem Personalmangel in der Irrenpflege kommt. Gründe dafür waren die geringe Entlohnung im Bezug auf die allgemeine Krankenpflege (vgl. Tabelle Hanrath, 2002, S. 288), die geringen Aufstiegschancen (vgl. Hanrath, 2002, S. 287), das geringe soziale Prestige (vgl. Hanrath, 2002, S. 288), starke Arbeitsbelastung, ungünstige Arbeitszeiten, schlechte Unterbringung und eine mangelhafte Altersvorsorge (vgl. Hanrath, 2002, S. 295). Um den Beruf attraktiver zu gestalten, änderte sich die Bezeichnung der weltlichen Pflegerinnen ab 1953 im außerdienstlichen Verkehr in den Begriff Schwestern (vgl. Hanrath, 2002, S.294). Am 15. Juli 1957 beschloss der Bundestag das Krankenpflegegesetz, aus dem hervorging, dass die Berufsbezeichnung des Krankenpflegers, der Krankenschwester und der Kinderkrankenschwester geschützt ist und dass die Ausbildung in den staatlich anerkannten Schulen von einer Oberin oder einer leitenden Schwester und einem Arzt als Ausbilder absolviert wird (vgl. Hanrath, 2002, S. 297). Die Geisteskrankenpflege fiel ebenfalls unter dieses Gesetz und wurde damit erstmals mit der allgemeinen Krankenpflege gleichgesetzt (vgl. Hanrath, 2002, S. 298).

1960 entschloss sich ein Aktionsausschuss, der sich aus Mitgliedern verschiedener Organisationen zusammensetzte (vgl. Hanrath, 2002, S. 331), „eine Empfehlung an die Ministerien der Länder und die Träger der öffentlichen psychiatrischen Anstalten zu erarbeiten“ (Hanrath, 2002, S. 331). Diese Empfehlung wurde 1964 veröffentlicht und stellt den Reformbeginn im Bereich der Psychiatrien dar (vgl. Hanrath, 2002, S. 332).

Im Wesentlichen beinhaltete der Bericht vier Kernaussagen, um den Problemen der Psychiatrien in der Bundesrepublik zu begegnen. Als erstes war zu beachten, dass in den ländlichen Gebieten die Krankenhausanstalten zunächst erhalten bleiben mussten (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Umso wichtiger erschien es die personelle und institutionelle Ausstattung zu verbessern und die Rehabilitation zu fördern (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Das sollte erreicht werden, indem man die Außenfürsorge und die Nach- und Übergangsversorgung in die Nähe der Großstädte verlagerte. Hinzu kam, dass der Ausschuss die Entlastung der Landeskrankenhäuser durch die Schaffung neuer Abteilungen forderte (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Der zweite Punkt beschrieb die Errichtung kleiner psychiatrisch- neurologischer Krankenhäuser, die organisatorisch und personell mit den Landeskrankenhäusern verknüpft und diesen vorgeschaltet sein sollten (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Der Zweck der sogenannten Satellitenkrankenhäuser war die Betreuung leichter psychiatrisch-neurologischer Fälle, die sich schnell rehabilitieren lassen (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Sie sollten in den Großstädten und Bevölkerungszentren gebaut, betont klinisch sein und über Übergangseinrichtungen, Ambulanzen sowie Patientenclubs verfügen (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Des Weiteren wurde empfohlen, dass man in den Allgemeinkrankenhäusern den Ausbau psychiatrisch- neurologischer Abteilungen vorantreibt, damit sie die gleichen Aufgaben wie die Satellitenkrankenhäuser übernehmen konnten (vgl. Hanrath, 2002, S. 332). Als Letztes behandelte der Ausschuss den Personalmangel. Er hatte dazu angeregt, mehr Personal auszubilden, bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen und Aufstiegschancen zu bieten, um das Personal langfristig binden zu können (vgl. Hanrath, 2002, S. 332).

1975 wurde schließlich die Psychiatrie- Enquete veröffentlicht. Sie war das Ergebnis einer vom Deutschen Bundestag eingesetzten Expertenkommission, die die psychiatrischen Großkrankenhäuser bewertete und untersuchte. Dieser Bericht beschrieb die aktuelle Lage und formulierte einige grundsätzliche Forderungen.

Ein Ziel der Enquete- Kommission war eine gemeindenahe Versorgung der psychisch Kranken. Eine ambulante Behandlung sollte stets einer stationären vorgezogen werden. Des Weiteren setzten sich die Experten für eine enge Zusammenarbeit aller Versorgungsdienste ein, die auch entsprechender Koordinierung bedarf. Um das zu erreichen, musste der Aus- und Aufbau der ambulanten Dienste und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern vorangetrieben werden (vgl. Bühring, 2001, S. 302).

Die Expertenkommission hatte festgestellt, dass knapp 60 Prozent der Patienten mehr als zwei Jahre in den psychiatrischen Einrichtungen verbrachten. Um eine bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken zu erreichen, wurde mit der Enthospitalisierung der Langzeitpatienten begonnen (vgl. Bühring, 2001, S. 302). Das sollte durch den bereits erwähnten Ausbau des ambulanten Sektors ermöglicht werden. Die letzte Forderung der Kommission betraf die Gleichberechtigung psychisch und somatisch Kranker (vgl. Bühring, 2001, S. 302). Schließlich führte die damalige Stigmatisierung nicht nur zu einem schlechteren Genesungsverlauf, sondern auch dazu, dass sich viele kranke Menschen nicht behandeln ließen.

Von 1981 bis 1985 wurde eine zweite Expertenkommission damit beauftragt das Bundesmodellprogramm Psychiatrie, das auf den Ergebnissen der Enquete basierte, auszuwerten. Daraufhin veröffentlichte 1988 diese Kommission eine Empfehlung, die die Behandlung chronisch psychisch Kranker in den Mittelpunkt stellte. Dieser Paradigmenwechsel rückte den patientenzentrierten Ansatz in den Vordergrund und verdrängte die Institutszentrierung (vgl. Bühring, 2001, S. 302).

Auf Grund dieser Berichte entwickelte der deutsche Bundesrat 1990 die Psychiatrie- Personalverordnung. Diese wurde 1992 noch ein Mal überarbeitet. In dieser Personalverordnung sind die Stationstypen in einem übersichtlichen Raster in Behandlungsbereiche eingeteilt. Dabei wird der unterschiedliche Behandlungsaufwand der Patienten in der Pflege und Therapie in den Vordergrund gestellt. Dadurch erreichte man eine Distanzierung von der Orientierung an der Bettenanzahl, die zu einer besseren Personalausstattung

fürte. Zusätzlich wurden die Tätigkeitsprofile aller therapeutischen und pflegenden Berufsgruppen in der Psychiatrie- Personalverordnung beschrieben (vgl. Auszug aus: Bundesrats- Drucksache 666/90, 10.09.1990, Im Folgenden Auszüge aus den Materialien zur Psych- PV – Grundsätze, Stand: 28.05.2011).

Die Daten der Psychiatrie- Personalverordnung sind bis jetzt die Grundlage für die Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen. Zu diesem Zweck werden bis zu einem bestimmten Stichtag Daten erhoben, die die Patientenzahl in den verschiedenen Behandlungsbereichen dokumentieren. Diese Verhandlungen basieren auf §18 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und sind deshalb für die Pflegesätze im folgenden Zeitraum bindend.

1.2 Die Psych OPS im neuen Entgeltsystem

Der „§ 17 d KHG behandelt die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Dabei wird in Abs. 9 festgelegt, dass „Einrichtungen, die die Psychiatrie- Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie- Personalverordnung zu übermitteln haben; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus“ (§ 17 d KHG (9)) “ (Drescher, 2010, S. 7f). Um ein pauschaliertes Entgeltsystem für die Psychiatrien entwickeln zu können, wurde der OPS Katalog um einige Codes, die die psychiatrischen Einrichtungen betreffen, erweitert.

Als Ausgangspunkt für die Erstellung der OPS dienten die Behandlungsbereiche der Psychiatrie- Personalverordnung. Im Jahr 2009 vereinbarten alle Beteiligten die Grundstrukturen des Systems. Ab Januar 2010 sollten die Psychiatrien und alle psychiatrischen Einrichtungen diese Codes erstellen und an die Krankenkassen übertragen. Jedoch wurden die

Krankenhäuser erst ab Juli 2010 dazu verpflichtet, da sich beim Erscheinen des OPS Katalogs Widerstand bildete und eine Revision forderte, die allerdings das Bundesgesundheitsministerium abgelehnte. Eine Überarbeitung des Katalogs wurde damit auf 2011 verschoben. Bis 2013 sollten alle psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen nach einem pauschalisierten und leistungsbezogenen Entgeltsystem vergütet werden (vgl. Meißner, Marc, 2010, S. 295). Dieses Entgeltsystem basiert auf den OPS und dem ICD-10. Mittels dieser beider Kodierungen sollen möglichst aufwandshomogene Gruppen für die Kalkulation gebildet werden (GKV-Spitzenverband, S.2, Stand: 08.02.2012).

Am 18. Januar wurde ein Kabinettsentwurf eingereicht, der einen Zeitplan für die Einführung des neuen Entgeltsystems enthält (vgl. BPtK, Neues Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik, S.1, Stand: 08.02.2012). Demnach beginnt ab 2013 die Einführungsphase. Über vier Jahre sollen die Einrichtungen nach dem neuen Vergütungssystem abrechnen, dabei bleiben aber die verhandelten Budgets erhalten. In einer fünfjährigen Konvergenzphase werden die Gelder von den Budgets auf das neue System überführt. Dieser große Zeitraum für die Ein- und Überführung ist der noch zu leistenden Entwicklung des Entgeltsystems geschuldet (vgl. Bundesgesundheitsministerium, Gesetzentwurf Psych-Entgeltgesetz, Stand: 08.02.2012).

Die Einführung der OPS in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen legte den Grundstein für das bevorstehende Vergütungssystem in diesem Bereich. Jedoch erscheint es notwendig, die Einführung des Entgeltsystems langsamer als zu nächst geplant vorzunehmen, um den Problemen beim Umgang mit den OPS Rechnung zu tragen.

1.3 Aufbau der Psych OPS

1.3.1 Psych OPS 2010

Die OPS für Psychiatrien sind unter dem Kapitel Ergänzende Maßnahmen im OPS Katalog zu finden. Dabei wurde die Behandlung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen unterschieden. Die Codes für die Behandlung Erwachsener erstrecken sich von 9-60 bis 9-64. Daran schließen sich die Codes der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 9-65 bis 9-69 an. Grundlegend sind die Codes für beide Altersgruppen gleich strukturiert. Deshalb wird nur die Kodierung der Behandlung der Erwachsenen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen betrachtet.

Zunächst muss der Patient in eine von vier Behandlungsarten eingestuft werden. Die Behandlungsarten geben die dritte Stelle des Codes an. Sie sind in die Regelbehandlung (9-60), die Intensivbehandlung (9-61), die psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-62) und die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-63) aufgeteilt. Für die jeweilige Einstufung müssen bestimmte Merkmale, die den Schweregrad der Erkrankung wiedergeben, bei dem Patienten erkennbar sein. Hinzu kommt, dass in der jeweiligen Behandlungsart nur die im OPS Katalog festgelegten Verfahren angewendet werden dürfen.

Die vierte Stelle des Codes gibt an, welche Berufsgruppe die von ihr erbrachten Leistungen kodiert. Dabei werden sie nach Ärzten (z.B. 9-601), Psychologen (z.B. 9-602), Spezialtherapeuten (z.B. 9-603) und Pflegepersonal (z.B. 9-604) unterschieden. Die fünfte Ziffer der Codes gibt die Anzahl der Therapieeinheiten an. Dazu wurden bei den Ärzten und Psychologen sechs und bei der Pflege und den Spezialtherapeuten dreizehn Abstufungen im Intervall von zwei Therapieeinheiten erschaffen. Das bedeutet, dass ein Patient, der fünf und ein Viertel Therapieeinheiten in einer Woche bei einer Pflegekraft erhielt, mit 9-604.2 kodiert wird. Eine Therapieeinheit beträgt 25 Minuten Einzeltherapie. Eine Gruppentherapie, die 25 Minuten andauert, ergibt eine Viertel Therapieeinheit. Die Kodierung erfolgt nur in Intervallen von 25 Minuten. Für die Kodierung einer Woche werden alle Therapieeinheiten der

jeweiligen Berufsgruppen addiert und bilden damit den Kode der letzten sieben Tage. An einer Gruppentherapie dürfen maximal neun Patienten pro Therapeuten teilnehmen. Andernfalls darf die Gruppentherapie nicht kodiert werden.

Neben diesen Regelkodes wurden Zusatzkodes formuliert, um ergänzende Maßnahmen in der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Patienten zu beschreiben. Ein erhöhter Behandlungsaufwand wird mit dem Kode 9-640 dargestellt. Der ist in die 1:1 und 2:1 (oder 3:1) Betreuung gegliedert. Hinzu kommt, dass der zeitliche Aufwand dieser Betreuung kodiert wird. So erhält ein Patient, der einer 1:1 Betreuung für mindestens 2 bis 6 Stunden bedurfte, die Kodierung 9-640.00. Die kriseninterventionelle Behandlung wird mit 9-641 kodiert. Für beide Zusatzkodes besteht die Möglichkeit sie für alle vier Behandlungsbereiche zu kodieren. Die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-642) kann nur bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung genutzt werden. Diese Zusatzkodes muss man täglich angeben und jeweils bestimmte Mindestmerkmale erfüllen.

Alle kodierten Arbeiten müssen von ausgebildetem Fachpersonal erbracht worden sein. Das bedeutet, alle Therapieeinheiten, die z.B. ein Psychologe in Ausbildung, ein Pfleger in der Ausbildung oder eine Hilfskraft erbracht hat, darf man nicht in dieser Dokumentation eintragen.

1.3.2 Psych OPS 2011

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, kurz DIMDI, veröffentlicht jedes Jahr einen überarbeiteten OPS Katalog. In der überarbeiteten Version hält das DIMDI an den Behandlungsarten fest. Die Berufsgruppen wurden für die Regelbehandlung, die Intensivbehandlung und die psychotherapeutische Komplexbehandlung in Ärzte und/oder Psychologen und Spezialtherapeuten und/oder Pflege zusammengefasst. Bei der

psychosomatischen- psychotherapeutischen Komplexbehandlung blieben die vier Berufsgruppen erhalten.

Die Anzahl der Patienten in den Gruppentherapien wurde erhöht und differenziert. Damit ging eine Überarbeitung der Berechnung der Therapieeinheiten in den Gruppentherapien einher. Eine Gruppentherapie, die mindestens 25 Minuten andauert und an der bis zu sechs Patienten teilnehmen, erhielt eine Viertel Therapieeinheit. Bei einer Gruppengröße von sieben bis zwölf Patienten kodierte man ein Achtel und bei dreizehn bis achtzehn Patienten ein Zwölftel Therapieeinheiten.

Des Weiteren wurden die Abstufungen der Kodierung der Therapieeinheiten in der Regelbehandlung, der Intensivbehandlung und der psychosomatischen Komplexbehandlung bei den Ärzten und Psychologen auf elf und bei der Pflege und den Spezialtherapeuten auf 25 Kodes im Intervall von zwei Therapieeinheiten erhöht. Bei der psychosomatischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung standen den Ärzten und Psychologen jeweils neun und der Pflege und den Spezialtherapeuten jeweils dreizehn Kodes zu Verfügung. Für eine Gruppenpsychotherapie mit dreizehn bis achtzehn Patienten galt im Besonderen, dass zwei ärztliche oder psychologische Therapeuten die Therapie durchführen mussten.

Innerhalb der Regelbehandlung und der Intensivbehandlung bestand die Möglichkeit, die Abwesenheit jeglicher Therapieeinheit mit 9-604, 9-614, 9-615 oder 9-616 zu kodieren. Des Weiteren wurde die Intensivbehandlung stärker differenziert. Das DIMDI hat Kodierungen für die Intensivbehandlung mit ein bis zwei, drei bis vier und fünf und mehr Merkmalen geschaffen. Durch diese Differenzierung wurde der Schweregrad der Erkrankung des Patienten verdeutlicht.

Bei allen Änderungen zum Vorjahr ist zu erkennen, dass die Kodierung sich komplexer gestaltet. Das bedeutet, dass der Patient durch die Anzahl der Therapieeinheiten und die Unterteilung in der Intensivbehandlung genauer

beschrieben wurde, aber sich die Transparenz der geleisteten Arbeit durch die Zusammenfassung der Berufsgruppen verschlechtert.

1.4 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, 1997, S. 42-76

Die qualitative Inhaltsanalyse soll laut Mayring nicht als Alternative zur quantitativen Inhaltsanalyse angesehen werden. Diese Methodik bietet vielmehr eine Chance, eine systematische Interpretation durch Analyseschritte und Analyseregeln zu ermöglichen und diese überprüfbar machen. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang. Das bedeutet, dass der Interpret angeben muss, aus welchem Teil des Kommunikationsprozesses die Schlussfolgerung hervorgeht. Des Weiteren ist ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen notwendig. Damit meint Mayring, dass man sich „an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse“ (Mayring, 1997, S. 42) orientiert. Die Festlegung des Ablaufs der Analyse, den man an das jeweilige Material anpassen muss, stellt dabei eine wesentliche Maßnahme dar. Das Zentrum dieser Analyse besteht aus der Bildung von Kategorien, anhand derer das Material ausgewertet wird. Dieses aus der quantitativen Analyse bekannte Instrument ermöglicht es, die Auswertung für andere nachvollziehbar zu gestalten.

Im Vordergrund der Methodik steht der Gegenstandsbezug und nicht die Technik des Verfahrens. „Das zeigt sich daran, daß die vorgestellten Verfahrensweisen am alltäglichen Umgang mit sprachlichem Material orientiert sind“ (Mayring, 1997, S. 44). Hinzu kommt, dass auf den Gebrauch vollstandardisierter Verfahren verzichtet wird, um den Gegenstandsbezug zu erhalten. Deswegen ist das Verfahren in einer Pilotstudie zu testen.

Die qualitative Inhaltsanalyse strebt eine Verbindung mit den quantitativen Methoden an, wenn diese sinnvoll erscheinen. Sofern man eine solche Integration in Betracht zieht, muss diese sowohl begründet als auch ausführlich interpretiert werden. Obwohl die methodischen Standards der quantitativen Forschung flexibler gestaltet sind, muss eine Studie, die auf diesem Verfahren beruht, Gütekriterien wie die Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllen.

Mayring stellt drei verschiedene Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse vor. Die Auswahl der Technik hängt dabei stark von dem Ziel der Auswertung ab. Bei der Zusammenfassung besteht das Ziel in der Reduktion des Textes, um zu eindeutigen Aussagen zu gelangen. Die Explikation hingegen ermöglicht es, Textteile genauer zu betrachten und durch Zuhilfenahme von zusätzlichem Material das Verständnis zu erweitern. Mittels der Strukturierung werden bestimmte Aspekte des Materials herausgefiltert und durch vorher festgelegte Ordnungskriterien ein Querschnitt des Textes erstellt. Im besonderen Maße eignet sich deshalb die Strukturierung, um quantitative Methoden in die Auswertung mit einzubeziehen.

Da sich für die Auswertung der geführten Experteninterviews, im Bezug auf die konkrete Forschungsfrage, die Zusammenfassung als die geeignetste Technik erwies, wird diese im Folgenden genauer dargestellt.

Die Abbildung zeigt den allgemeinen Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Die im ersten Schritt geschilderte Bestimmung der Analyseeinheiten umfasst die Analyse des Materials auf Basis der konkreten Fragestellung. Darauf folgt die Paraphrasierung. Dabei ist der Inhalt auf eine knappe, beschreibende Form umzuformulieren. Ausschmückende, nichtinhaltstragende Textbestandteile lässt man fallen. Als nächstes bestimmt man das Abstraktionsniveau. Alle Paraphrasen, die unterhalb dieses Niveaus liegen, werden weiter verallgemeinert, bedeutungsgleiche sind anschließend durch Streichung zu reduzieren. Das bedeutet, dass sie generalisiert werden. Die zweite Reduktion erfolgt durch die Bündelung, Konstruktion und Integration der Generalisierung. Mittels dieser ist es möglich, die Aussagen in einem Kategoriensystem darzustellen. Abschließend muss dieses Kategoriensystem am Ausgangsmaterial kontrolliert werden.

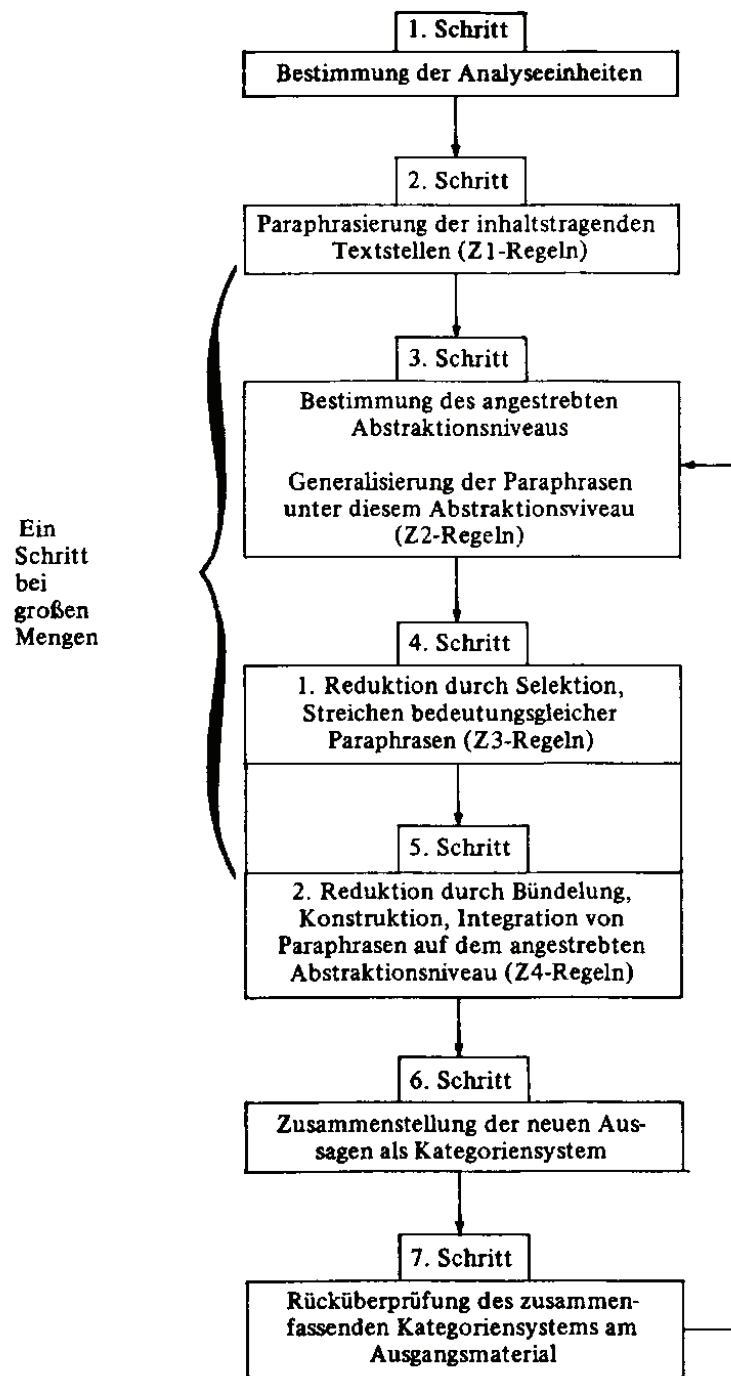


Abbildung 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse

Abb. Mayring, 1997, S. 60

1.5 Ziele des neuen Entgeltsystems nach Drescher 2011 S. 12-14

Die Einführung der Psychiatrie- Personalverordnung 1990 führte zu einer deutlichen Erhöhung des Personaleinsatzes in den deutschen Psychiatrien und zu der Verbesserung der Strukturqualität in den psychiatrischen Einrichtungen. Jedoch ließ sich die Versorgungsqualität durch den erhöhten Personaleinsatz nur begrenzt beeinflussen. Laut Donabedian setzt sich Qualität aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammen (vgl. Zollondz, 2006, S. 161). Das bedeutet, dass eine erhöhte Versorgungsqualität nur zu erzielen ist, wenn die Prozessqualität verbessert wird, um danach die Ergebnisqualität positiv zu beeinflussen.

„Die amtliche Begründung des Gesetzes [zum Entgeltsystem der Psychiatrien] nimmt Bezug auf die Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde (AOLG) vom 16. November [...] „,eine flexiblere Behandlung der Patienten und Patientinnen zu ermöglichen““ (Kunze/Kukla, 2011, S. 67). Damit die geforderte flexiblere Behandlung der Patienten möglich wird, muss das neue Entgeltsystem durch die Leistungserfassung Anreize schaffen, um die personen- statt fallbezogenen Behandlungspfade zu fördern (vgl. Kunze/Kukla, 2011, S. 68). Ebenso führen eine sektorenübergreifende Behandlerkonstanz und die Überwindung der Schnittstellenproblematik, die aus Sicht der Patienten ein gutes Merkmal für Qualität darstellen würde, zu der Gestaltung einer flexibleren Behandlung der Patienten (vgl. Lehmann et al., 2010, S. 398).

Um eine sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten zu können, muss das neue System die Einbindung von Modellen der integrierten Versorgung ermöglichen. Darum ist es wichtig, dass die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) so schnell wie möglich in das Entgeltsystem einbezogen wird (vgl. Kunze/Kukla, 2011, S. 68). Damit besteht die Möglichkeit, die bisherigen Stufen zwischen den Sektoren zu verringern (vgl. Kunze/Kukla, 2011, S. 69).

Jedoch sollte der Tagesbezug „die Grundlage der individuellen Behandlungsplanung, von der aus schrittweise sektorenübergreifende

Behandlungspfade korrespondierend zu den Abrechnungseinheiten entwickelt werden“ (Kunze/Kukla, 2011, S. 70), bleiben. Dabei muss sich der Aufwand nach den Leistungen am Patienten und nicht nach den Fachgebieten oder Strukturen abbilden (vgl. 9. Nationales DRG-Forum, 2010, S. 280).

„Es ist zu hoffen, dass in Zukunft größere Transparenz erreicht wird und die Versorgungsqualität wächst“ (Heucht, 2010, S. 143). Durch die elektronische Datenübermittlung besteht die Möglichkeit, zu einer für die Psychiatrien neuen Transparenz ihrer Leistungen und Kosten zu gelangen. Damit kann man in Zukunft die Angebote verschiedener Einrichtungen vergleichen und ermitteln, in welchen Bereichen des jeweiligen Krankenhauses wie hohe Ausgaben auftreten. Der Aspekt einer optimalen Leistungstransparenz stellt für die Krankenkassen einen großen Nutzen des neuen Entgeltsystems dar (vgl. Lehmann et al., 2010, S. 398).

Durch den Vergleich der psychiatrischen Kliniken ist es möglich, eine effiziente Personalplanung und wirtschaftlich gesunde Strukturen aufzubauen (vgl. Grabow/Volk, 2011, S. 72). „Die Frage der Zukunft wird sein, wie es bei stagnierenden finanziellen Mitteln möglich sein wird, das psychiatrische Versorgungsniveau zu erhöhen, oder wie es bei gleichbleibendem Versorgungsniveau möglich sein wird, den Faktoreinsatz („Input“) zu reduzieren“ (Grabow/Volk, 2011, S. 72).

Eine bessere Qualität, eine flexiblere Behandlung der Patienten, das Überwinden von Schnittstellenproblemen durch sektorenübergreifende Behandlungspfade, eine höhere Transparenz und der maximale Nutzen der finanziellen Mittel sind somit als Ziele des neuen Entgeltsystems zu definieren.

2. Vorgehensweise

2.1 Auswahl der Forschungsmethoden

Zu Beginn der Auswahl der Forschungsmethoden musste die genaue Forschungsfrage geklärt werden. Nachdem diese formuliert war, stellte sich die Frage, ob eine qualitative oder eine quantitative Forschung angebracht sei. Da sich herausstellte, dass in dem Bereich bisher keine Untersuchungen stattgefunden haben, fiel die Entscheidung auf eine qualitative Forschungsmethode. Schließlich sollte keine Theorie bestätigt, sondern eine neue aufgestellt werden. Um trotzdem eine Verbindung zwischen der qualitativen und quantitativen Sozialforschung herzustellen, kam die Erhebung von Ähnlichkeitsdaten zunächst in Betracht. Nach einiger Recherche zu diesem Verfahren verdeutlichte sich jedoch, dass diese Methode den zeitlichen Rahmen übersteigen würde, da die Aussagekraft dieser Daten von der Anzahl der daran teilnehmenden Personen abhängt. Hinzu kommt, dass nicht sichergestellt war, ob die Möglichkeit besteht, dass genügend Freiwillige an dieser Studie teilnehmen. Letztlich fiel die Entscheidung für die Forschungsmethode auf die Durchführung von Experteninterviews und eine anschließende Auswertung nach Mayring. Diese Interviews bilden die Grundlage für eine Theorie, die in den nächsten Jahren weiteren Verifikationen bedarf.

Die Basis der Entwicklung einer Theorie ist die Literaturrecherche. Das daraus entstandene Wissen bildet die Grundlage für die Experteninterviews und ermöglicht die Darstellung der Zusammenhänge aus der historischen Perspektive bis zu den in der Zukunft zu erreichenden Zielen.

2.2 Die Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken CareLit und DIMDI genutzt. Bedingt durch die Aktualität des Themas entfiel die meiste Literatur auf Fachzeitschriften. Lediglich die Bereiche, die die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland, die qualitative Inhaltsanalyse und die

Durchführung von Experteninterviews betrafen, ließen sich in gebundener Form vorfinden. Die Datenbankrecherche basierte auf den Stichworten „Entgeltsystem Psychiatrie“, „Psych OPS“ und „Ziel Entgeltsystem Psych OPS“. Daraufhin folgten die Selektion und das Durcharbeiten der verschiedenen Zeitschriftenartikel.

2.3 Vorbereitung und Planung der Experteninterviews

Zu Beginn der Vorbereitung der Experteninterviews musste der Kontakt zu einer Einrichtung, die die Studie unterstützt, aufgebaut werden. Parallel dazu begann die Entwicklung des Leitfadens für die Interviews. Die „Leitfragen charakterisieren das Wissen, das beschafft werden muss, um die Forschungsfrage zu beantworten“ (Gläser, Laudel, 2010, S. 91). Dementsprechend folgte die Überlegung, mit welchen Faktoren es sich beschreiben lässt, ob sich die Behandlung der Patienten seit der Einführung der OPS in der Psychiatrie individueller gestalten ließ. Dabei kristallisierten sich drei Aspekte heraus. Es entwickelten sich Fragen zu den Arbeitsabläufen, der Behandlung der Patienten seitens der Pflege und zu den Patientenkontakten. Zu diesen Schwerpunkten wurden jeweils Fragen gebildet, die sich mit dem Stand vor und nach der Einführung der OPS in den Psychiatrien befassten. Zusätzlich bestand ein großes Interesse darin, herauszufinden, welche Rahmenbedingungen bereits vor 2010 zu spüren waren. Die offene und verständliche Formulierung stand dabei im Mittelpunkt der Ausarbeitung.

Für die Studie wurde das Krankenhaus Bethanien, das zur Johanna- Odebrecht-Stiftung gGmbH gehört, ausgewählt. Die Kontaktaufnahme begann mit einer E-Mail an die Geschäftsführung der Johanna- Odebrecht- Stiftung. Daraufhin entstand ein ständiger Kontakt, der in die Vorstellung des Themas und der Forschungsmethode bei der Sitzung der Stationsleitung mündete. Bei dieser Versammlung wurde entschieden, dass die Pflege die Studie unterstützt. Die Stationsleitungen empfahlen daraufhin, an welche Stationen man sich wenden sollte, um Freiwillige für die Interviews zu finden. Nachdem auf den Stationen die Forschung dargestellt wurde, erklärten sich drei Pfleger bereit, sich

interviewen zu lassen. Es folgten die Terminvereinbarung mit den Interviewpartnern und die Informationen zum Zweck der Untersuchung und die Anonymisierung der Interviews.

2.4 Durchführung der Experteninterviews

Die Experteninterviews wurden an drei verschiedenen Tagen mit jeweils einem Interviewpartner durchgeführt. Die Interviewpartner waren männlich und unterschiedlichen Alters. Die einzige Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung bestand darin, dass sie seit mindestens 2009 im Krankenhaus Bethanien arbeiteten. Damit war sichergestellt, dass sie Aussagen über die Arbeit in der Einrichtung vor der Einführung der OPS treffen können. Für die jeweiligen Interviews wurden verschiedene Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Jeder Raum war ruhig und stellte eine für den Interviewpartner gewohnte Umgebung dar.

Vor den Interviews wurden die Teilnehmer noch ein Mal darauf hingewiesen, dass man die Interviews anonymisiert und aufgezeichnet. Die Aufzeichnung erfolgte mittels Diktiergerät. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 15 Minuten und einer halben Stunde. Während der Interviews wurde deutlich, dass einige Fragen einer genaueren Beschreibung bedürfen. Je nach Interviewpartner musste man unterschiedliche Fragen spezifizieren. Die Interviewpartner teilten dies sowohl nonverbal, mittels Mimik oder Pausen, aber auch durch Nachfragen mit. Abschließend wurden die Interviews transkribiert und anonymisiert. Bei der Transkription stand das Gesagte im Vordergrund, da sich die qualitative Inhaltsanalyse mit dem Inhalt der Texte auseinandersetzt und nicht mit den Emotionen der Interviewten. Hinzu kommt, dass kein Sarkasmus in den Aussagen zu erkennen war, was die Informationen beeinflusst hätte. Der exakte Wortlaut wurde übernommen, so wie es den gängigen Transkribierregeln entspricht.

3. Resultate der Forschung

3.1 Auswertung der Experteninterviews

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgt in tabellarischer Form. Die erste Tabelle beinhaltet die Aussagen der Interviewten über die Zeit vor der Einführung der OPS und die zweite Tabelle enthält Aussagen über den aktuellen Stand.

Tabelle 1:

Interview	Seite	Zeile	Paraphrasieren	Generalisierung	Reduktion
1	XLI	8-10	Im Alltag verschiedene Abläufe wie Blutzuckermessung oder Insulingabe	Verschiedene Abläufe am Tag	K1: Alltag besteht aus: -verschiedenen Prozessen - täglich gleiche Prozesse - Organisation K2: Eine Rahmenbedingung ist Zeit
1	XLI-XLII	13-2	Über den Tag verteilt Distraneuringabe, Kreislaufkontrollen, Tablettenausgabe, Blutdruckmessungen, Untersuchungstermine koordinieren	Verschiedene Abläufe am Tag	
1	XLI	20	Arbeitsabläufe sind Prozesse	Abläufe sind Prozesse	
1	XLII	9-10	Arbeitstage durch gleiche Abläufe strukturiert	Jeden Tag gleiche Abläufe	
1	XLII	10-11	Sich verändernde Zeiten beeinflussen die Abläufe	Zeit ist Rahmenbedingung	
1	XLII	12-18	Zeit von Werten und Visite abhängig	Zeiten von Außen vorgegeben	K3: Behandlung ist: -seitens Pflege Ko-Therapie - auf Patienten abgestimmt
1	XLII	20-25	Mitarbeit bei der Behandlung ist Ko-Therapie	Behandlung ist Ko-Therapie	
1	XLII	25-26	Ko-Therapie auf den Stationen unterschiedlich ausgeprägt	Verschiedene Ko-Therapien bei verschiedenen Stationen	
1	XLII I	3-4	Patientenkontakte sind Kurzzeitkontakte	Patientenkontakte sind durch kurze Verweildauer	K4: Patienten-

				Kurzkontakte	kontakte sind Kurzzeitkontakte
1	XLII I	7	Kurze Verweildauer dadurch kurze Kontakte	Patientenkontakte sind durch kurze Verweildauer Kurzkontakte	
1	XLII I	10-11	Entgiftung besteht aus Medikamenten und Therapie	Behandlung ist Medikation und Therapie	
1	XLII I	11-19	Patienten stehen zwei Therapiegruppen zu Verfügung	Patienten erhalten auf sie abgestimmte Therapie	
1	XLII I	20	Einzelgespräche mit Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern	Patienten erhalten auf sie abgestimmte Therapie	
1	XLII I	23-25	Aufgabe der Pflege ist Organisation und Körperpflege	Pflege ist auch Organisation	
1	XLII I	27	Bei Körperpflege Kurzzeitkontakte	Patientenkontakte sind durch kurze Verweildauer Kurzkontakte	
2	XLV III	13-16	Stationsalltag besteht aus Aufnahmen, Einzelgespräche, Blutentnahmen und Medikamenten aufstellen	Stationsalltag besteht aus Prozeduren	K5: Alltag besteht aus: - Prozeduren - Information - Organisation - Dokumentation - Küchendienst K6: Eine Rahmenbedingung ist: - Qualitätsmanagement - für Praxis unerheblich
2	XLI X	2	Arbeitsalltag besteht aus Prozeduren	Stationsalltag besteht aus Prozeduren	
2	XLI X	4	Stationsalltag vom Dienst abhängig	Stationsalltag besteht aus Prozeduren	
2	L	2-3	Information der Patienten ist Aufgabe der Pflege	Pflege besteht aus Information und Organisation	
2	L	3-4	Organisation von Transporten und Arztbesuchen ist Aufgabe der Pflege	Pflege besteht aus Information und Organisation	
2	L	11	Pflege schreibt Berichte	Pflege muss Arbeit dokumentieren	
2	L	31	Pflege kümmert sich um die Mahlzeiten	Pflege hat Küchendienst	

2	LI	1-2	Medikamentengabe ist das wichtigste	Unterschiedliche Gewichtung der Prozesse	K7: Behandlung besteht aus: - kurze Gespräche - Ko-Therapie K8: Patientenkontakte kommen häufig vor, bestehen auch aus Beobachtung und Patienten suchen den Kontakt
2	LI	20-21	Das Wochenprogramm ist straff durchorganisiert	Alltag hängt vom Wochenprogramm ab	
2	LI	27-28	Pflege reinigt die Küche	Pflege hat Küchendienst	
2	LII	5-6	Rahmenbedingungen durch Qualitätsmanagement vorgegeben	Qualitätsmanagement ist Rahmen Bedingung	
2	LII	8-9	Rahmenbedingungen spielen in der praktischen Arbeit keine Rolle	Rahmenbedingung ist in der Praxis unerheblich	
2	LII-LIV	24-17	Behandlung der Patienten seitens der Pflege bedeutet kurze Einzelgespräche und für den Patienten da sein	Behandlung besteht aus kurzen Gesprächen	
2	LII	21-22	Psychoedukation bei der Medikamentenübergabe	Behandlung besteht aus Kurzkontakte	
2	LII	27-30	Ko- Therapie bei Progressiver Muskelrelaxation und Schmerzgruppe	Behandlung ist Ko- Therapie	
2	LV	13-14	Patientenkontakte finden mehrmals am Tag statt	Häufige Patientenkontakte	
2	LV	15	Patientenkontakte bestehen auch aus Beobachtung	Beobachtung ist eine Art des Patientenkontakts	
2	LV	30	Pflege macht Abendrunden	Beobachtung ist eine Art des Patientenkontakts	
2	LVI	3-4	Patienten gehen auf Pfleger zu	Patienten suchen Kontakt	

3	LXI	9-14	Arbeitsalltag besteht aus Blutdruck und Gewicht messen, Blutentnahmen, Körperpflege, Medikamentengabe und Verbandswechsel	Alltag besteht aus verschiedenen Prozessen	<p>K9: Alltag besteht aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prozessen - Verordnungen - Kontrolle - beschäftigen sich mit den Patienten <p>K10: Behandlung ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ko-Therapie - auf der Station nicht vorhanden - Kognitives Training <p>K11: Eine Rahmenbedingung ist das Gesetz</p> <p>K12: Patientenkontakte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - selten - Gespräche
3	LXI	14-20	Aufgabe der Pflege ist, Verordnungen des Arzte durchzuführen, Gespräche mit Patienten, Patienten kontrollieren und beschäftigen	Alltag besteht aus Verordnungen, Kontrolle und Patienten beschäftigen	
3	LXI	21-22	Pflege muss den Wachgarten ermöglichen	Pflege ist an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden	
3	LXII	1-7	Rahmenbedingungen sind durch Gesetze vorgegeben	Pflege ist an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden	
3	LXII	7-8	Dokumentation ist durch Gesetze vorgegeben	Pflege ist an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden	
3	LXII	19	Ko- Therapie ist Mitarbeit bei der Behandlung der Patienten	Behandlung ist Ko- Therapie	
3	LXII	20-24	Auf der Station keine Ko- Therapie seitens der Pflege	Keine Ko- Therapie auf der Station	
3	LXII	25-26	Bei ausreichender Besetzung kognitives Training	Kognitives Training auf der Station	
3	LXII I	10	Patienten kommen wegen Gesprächen zur Pflege	Seltene Patientenkontakte durch Gespräche	
3	LXII I	14	Pflege bietet Gespräche an	Seltene Patientenkontakte durch Gespräche	
3	LXII I	13	Patienten wollen Ruhe haben	Seltene Patientenkontakte durch Gespräche	

Tabelle 2:

Interview	Seite	Zeile	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
1	XLIV	1	Der Arbeitsalltag hat sich nicht viel geändert	Kaum Veränderung des Alltags	<p>K13: Alltag: - hat sich kaum verändert - Aufnahme ausgelagert dadurch etwas erleichtert</p> <p>K14: durch OPS: - Bildung einer Arbeitsgruppe OPS - Mehrarbeit</p> <p>K15: Behandlung durch wöchentliche Patientenversammlung ergänzt</p> <p>K16: Patientenkontakte sind Kurzzeitkontakte</p>
1	XLIV	2-3	Die Aufnahme wurde teils ausgelagert	Ausgelagerte Aufnahme erleichtert Arbeit bedingt	
1	XLIV	8	Zentrale Aufnahme soll Arbeit erleichtern	Ausgelagerte Aufnahme erleichtert Arbeit bedingt	
1	XLIV	9-10	Aufnahme stark alkoholisierte Patienten weiterhin auf Station	Ausgelagerte Aufnahme erleichtert Arbeit bedingt	
1	XLIV	19-20	Bildung einer OPS Arbeitsgruppe die offene Fragen klärt	Arbeitsgruppe OPS klärt Probleme bei OPS Kodierung	
1	XLIV	19-25	OPS Gruppe legt Zeiten für bestimmte Prozesse fest	Arbeitsgruppe OPS klärt Probleme bei OPS Kodierung	
1	XLIV - XLVI	14-20	Keine Veränderung bei der Behandlung außer Freitags Patientenversammlung	Wöchentliche Patientenversammlung ist neu	
1	XLIV	1-3	Patientenkontakte sind genauso wie vorher	Patientenkontakte sind Kurzzeitkontakte	
1	XLIV	4-6	Patientenkontakte gehen nicht über 25 Minuten hinaus	Patientenkontakte sind Kurzzeitkontakte	
1	XLVI	14-15	Kaum Mehrarbeit durch die OPS	Kaum Mehrarbeit durch die OPS	
2	LVI	8-9	Keine Änderung des Alltags durch die OPS	OPS haben den Alltag nicht geändert	<p>K17: Alltag unverändert</p> <p>K18: Schwierigkeiten im Umgang mit OPS</p>
2	LVI	15	OPS nur ein Dokumentations-system	OPS haben den Alltag nicht geändert	
2	LVI	18-19	OPS sind lästig	OPS bringen Schwierigkeiten	

2	LVII	6-7	Schwierigkeiten beim Umgang mit dem PC bei älteren Kollegen	OPS bringen Schwierigkeiten	K19: Mehrarbeit durch OPS K20: Behandlung zum Teil auf andere Berufsgruppe verlagert K21: Patientenkontakte unverändert K22: Man muss sich noch an OPS gewöhnen
2	LVII	7-9	Probleme bei der Kontinuität der OPS Dokumentation	Unregelmäßige Eingabe der OPS	
2	LVII	14-15	Kaum Mehrarbeit durch OPS	Kaum Mehrarbeit durch OPS	
2	LVIII	3-4	Einzigste Ko- Therapie ist die Schmerzgruppe	Nur noch Schmerzgruppe als Ko- Therapie	
2	LI und LVIII	27-28 und 6	Progressive Muskelrelaxation wird vom Psychologe durchgeführt	Nur noch Schmerzgruppe als Ko- Therapie	
2	LVIII	19-20	Patientenkontakte haben sich nicht geändert	Patientenkontakte sind unverändert	
2	LX	15	OPS ist eine Gewohnheitssache	OPS ist eine Gewohnheitssache	
3	LXIII	18-20	Aufgaben der Pflege weitestgehend gleich	Alltag nahezu gleich	K23: Alltag: - fast gleich - andere administrative Aufgaben K24: Behandlung gleich K25: Mehraufwand durch OPS K26: Patientenkontakte gleich K27: Man muss sich noch an OPS
3	LXIII	20-25	PsychPV Einstufung nun in Zusammenarbeit von Arzt und Stationsleitung	Veränderung bei administrativen Aufgaben	
3	LXIV	1	Keine Änderung bei der Behandlung der Patienten	Behandlung ist gleich	
3	LXIV	5	Mehrarbeit durch OPS	Ein bisschen Mehrarbeit durch OPS	
3	LXIV	9-14	Nach Behandlung Dokumentation in der Akte, bei mehr als 25 Minuten zusätzlich OPS eintragen am PC	Ein bisschen Mehrarbeit durch OPS	
3	LXIII	5	Patientenkontakte wie vor den OPS	Patientenkontakte sind gleich	
3	LXIV	20	Mehraufwand hält sich in Grenzen	Ein bisschen Mehrarbeit durch OPS	
3	LXIV	28-29	Stationsleitung muss OPS Dokumentation kontrollieren	Mehr Kontrolle seitens der Stationsleitung	

3	LXV	15-20	Probleme mit der OPS Software	OPS Software verursacht Probleme	gewöhnen
3	LXV-LXVI	29-1	Irgendwann gehören die OPS dazu	OPS ist eine Gewohnheitssache	

In der Tabelle ist die erste Reduktion der Interviews dargestellt. Daraus ergeben sich 27 Kategorien. In der zweiten Reduktion lassen sie sich weiter zusammenfassen. Dabei werden die Kategorien der drei Interviews gebündelt und dem Abstraktionsgrad angepasst. Daraus ergeben sich folgende neun verschiedene Aussagen:

K'1 Der Alltag war durch Prozesse, Organisation, Information der Patienten und Dokumentation strukturiert.

K'2 Die Behandlung der Pflege bestanden aus Ko-Therapie, kurzen Gesprächen, kognitivem Training und ist auf die Patienten abgestimmt.

K'3 Die Rahmenbedingungen für die Pflege waren die Gesetze, das Qualitätsmanagement und die Zeit.

K'4 Patientenkontakte kommen unterschiedlich häufig vor, sind aber immer Kurzkontakte.

K'5 Der Alltag ist, bis auf die Aufnahme, nahezu identisch strukturiert, wie vor der Einführung der OPS.

K'6 Die Behandlung der Pflege ist auf einer Station gleich geblieben, bei der zweiten wurde ein Teil auf eine andere Berufsgruppe verlagert, und die dritte Station ergänzte eine Behandlung.

K'7 Patientenkontakte sind unverändert.

K'8 OPS bringen etwas Mehrarbeit und Schwierigkeiten bei älteren Pflegenden mit sich.

K'9 Die Pfleger haben eine positive Sicht auf die Zukunft im Bezug auf OPS.

Diese neun Kategorien beschreiben die Kernaussagen aus den drei Interviews. Der Abstraktionsgrad leitet sich aus den Leitfragen ab. Dadurch sind die Aussagen vergleichbar und erleichtern die Interpretation.

3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Kategorien eins und fünf verdeutlichen, dass der Stationsalltag durch Prozesse, Organisation, Dokumentation und Information der Patienten geprägt ist. Daran hat die Einführung der OPS nichts geändert. Als einzige Veränderung, die den Arbeitstag beeinflusst, beschrieben die Pfleger die zentrale Aufnahme. Die Integration einer OPS Software ermöglichte diese Umstellung. Auf die Patientenkontakte wirkten sich die OPS nicht aus. Auf den Stationen kommen die Patientenkontakte unterschiedlich häufig vor. Jedoch werden sie immer als Kurzzeitkontakte beschrieben. Das bedeutet, dass sie kürzer als 25 Minuten andauern und man sie dementsprechend nicht kodieren kann.

Als Rahmenbedingungen der Pflege werden unterschiedliche Faktoren wahrgenommen. Jedoch scheinen sie eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Zwar sind sich die Pfleger bewusst, warum sie welche Arbeiten durchführen, aber sie denken nicht darüber nach. Die Rahmenbedingungen werden als theoretischer Hintergrund wahrgenommen.

Mit der Mitarbeit der Pflege bei der Behandlung der Patienten assoziierten die Pfleger zunächst die Ko- Therapie. Im Folgenden ergänzten sie die kurzen Gespräche und das kognitive Training. Bereits vor der Einführung der OPS waren die Therapien auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt. Wie in den Kategorien beschrieben, entwickelten sich die Stationen im Bezug auf die Behandlung nach 2010 unterschiedlich. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass sich kein zweifelsfreier kausaler Zusammenhang herstellen lässt. Die zeitliche Verknüpfung kann zufällig sein und zur natürlichen Entwicklung einer Station gehören.

Auf die OPS direkt angesprochen, wurde deutlich, dass es einen Mehraufwand bei der Dokumentation gibt. Dieser scheint allerdings begrenzt. Negativ zu bewerten ist, dass die älteren Pflegenden Schwierigkeiten im Umgang mit der Software für die OPS haben. Trotz dieser Probleme blicken die Interviewten positiv in die Zukunft.

Die Veränderungen durch die Einführung der OPS sind im Bereich der Pflege eher marginal. Die Verlegung der Aufnahme soll die Pflege entlasten. Jedoch bringt schon die OPS Kodierung einen erhöhten administrativen, damit pflegefernen Aufwand mit sich. Dies ist die einzige Entwicklung im Krankenhaus Bethanien, die sich direkt auf die Einführung der OPS zurückführen lässt.

4. Methodendiskussion

Im Rahmen der Methodenüberprüfung muss festgestellt werden, ob man die richtige Forschungsmethode wählte. Da es sich um einen jungen Forschungsbereich handelte und eine Theoriebildung zur Folge haben sollte, stellt sich eine qualitative Forschung als geeignet dar. Es war möglich, exemplarisch die Veränderungen bei der Pflege durch die Einführung der OPS zu beschreiben. An dieser Stelle könnte man bemängeln, dass die Studie in nur einer Einrichtung und mit drei Interviewpartnern durchgeführt wurde. Jedoch muss man bei der Studie beachten, dass der Zeitraum für die Durchführung der Untersuchung begrenzt war.

Negativ zu bewerten ist, dass im dritten Interview die Frage nach den Patientenkontakten nach der Einführung der OPS vergessen wurde. Dadurch konnte man keine genaueren Erkenntnisse zu diesem Sachverhalt gewinnen. Da der Pfleger die Patientenkontakte nach den OPS bereits vorher thematisierte und sich seine Aussage mit denen der anderen Interviews deckt, ist die Analyse der Studie nicht gefährdet.

Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse stellte sich als gut strukturierte Methode heraus. Durch diese Strukturierung wird eine gute Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Hinzu kommt, dass Mayring die qualitative Inhaltsanalyse genau beschrieb, sodass sie sich mühelos umsetzen lässt.

Auf Grund des Umfangs stellte sich die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse als geeignet dar. Durch die strukturierte Zusammenfassung der Interviews konnte man Kernaussagen herausfiltern, die die Forschungsfrage beantworten.

Inwieweit die Gütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität erfüllt wurden, lässt sich an dieser Stelle nicht klären. Die Auswertung der Interviews nahm nur eine Person vor. Sie führte auch die Interviews durch. Dadurch ist es nicht möglich zu beweisen, dass die Studie objektiv oder reliabel ist. Einzig eine weitere Untersuchung der Interviews könnte diese Gütekriterien belegen.

Um die Validität zu untersuchen, wäre eine zweite Reihe von Interviews mit identischen Leitfragen und der gleichen Auswertungsmethoden notwendig. In diesen Erläuterungen wird die Schwäche der qualitativen Forschung deutlich. Der Nachweis, dass die Gütekriterien erfüllt wurden, ist nur durch einen sehr hohen Aufwand zu erbringen. Die qualitative Forschung basiert jedoch nicht wie die quantitative Forschung auf der Erhebung von Wahrscheinlichkeiten, sondern auf der Verallgemeinerung von exemplarischen Erhebungen. Für eine qualitative Studie ist die Offenheit bei der Auswahl der Informanten wichtiger. Ein solches Verfahren lag eindeutig vor, da die einzige Einschränkung für die Teilnahme an den Interviews die Dauer der Betriebszugehörigkeit betraf.

Letztlich bedürfen die Leitfragen einer genauen Betrachtung. In den Interviews wurde deutlich, dass man einige Fragen genauer beschreiben musste. Insbesondere fiel dabei der Begriff Rahmenbedingung auf. Dieses Wort scheint im Bereich der Pflege nicht gebräuchlich zu sein. Jedoch war es möglich, nach der Beschreibung der Frage die Interviews fortzuführen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Methoden für diese Studie grundsätzlich geeignet sind. Jedoch tauchten einige Probleme bei der Umsetzung der Methode auf. Die Aussagefähigkeit der Untersuchung sollte dadurch aber nicht beeinträchtigt sein.

Schlussbetrachtung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde eine qualitative Studie durchgeführt, die die wahrgenommenen Folgen der Einführung der OPS für die psychiatrische Pflege untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass etwas unternommen wird, um die Pflege zu entlasten. Wiederum zeigt sich, dass diese Maßnahmen nur wenig erreichen. Die OPS haben dazu geführt, dass der Anteil pflegeferner Arbeiten zunimmt. Der Mehraufwand wird allerdings im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als gering eingeschätzt.

Ob so die Ziele des neuen Entgeltsystems erreicht werden können, ist fraglich. Die Verbesserung der Qualität lässt sich kaum erreichen, so lange die therapeutisch behandelnden, personellen Ressourcen an administrativen Aufgaben gebunden sind. Ebenfalls steht diese Entwicklung einer flexibleren Behandlung im Weg. Inwieweit sektorenübergreifende Schnittstellenprobleme reduzierbar sind, bleibt abzuwarten. Die höhere Transparenz und die leistungsorientierte Finanzierung sind dagegen wahrscheinlich zu erreichen.

Abschließend lässt sich sagen, dass in den letzten zwei Jahren bei den psychiatrischen Einrichtungen einiges passiert ist. Die Dokumentation der OPS scheint sich allmählich in den Alltag auf Station einzufügen, auch wenn die Kontinuität gelegentlich zu wünschen lässt. Letztlich wird sich in den folgenden Jahren zeigen, wie die Einführung des Entgeltsystems verläuft und welche Folgen sich für die Arbeit in den Psychiatrien Deutschlands daraus ergeben. Für spätere Studien, die diese Thematik behandeln, können die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit die Grundlage bilden.

Literaturverzeichnis

9. Nationales DRG-Forum: Psych-Entgeltsystem: Psychosomatik-Psychotherapie, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 2, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2010, S. 143-144.

9. Nationales DRG-Forum: Das neue Entgeltsystem Psychiatrie. „Ein Paradigmenwechsel für psychiatrische Kliniken“, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 3, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2010, S. 279- 281.

2011 BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit- 2010, Online 2011, http://www.bptk.de/uploads/media/2011_BPtKStudie_Arbeitsunfähigkeit-2010.pdf, Stand: 01.02.2012.

Belling, R.: Psych-Pretest offenbart Diskussionsbedarf: Konsequenzen für die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 1, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2011, S. 61-65.

Berton, R., Birr, M. C.: Umdenken erforderlich: Teil I: Leitfaden durch die Kostenträgerrechnung in Psychiatrie und Psychosomatik, In: KU Gesundheitsmanagement 3, Mediengruppe Oberfranken – Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach, 2011, S. 35-37.

Berton, R., Birr, M. C.: Die Chancen einer InEK-konformen Kostenträgerrechnung nutzen: Leitfaden durch die Kostenträgerrechnung in Psychiatrie/Psychosomatik, Teil II, In: KU Gesundheitsmanagement 4, Mediengruppe Oberfranken – Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach, 2011, S. 64-67.

Berton, R., Birr, M. C.: Die Bausteine der Kostenträgerrechnung. Leitfaden durch die Kostenträgerrechnung in Psychiatrie/Psychosomatik, Teil II, In: KU Gesundheitsmanagement 5, Mediengruppe Oberfranken – Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach, 2011, S.37-39.

BPtK, Neues Entgeltsystem Psychiatrie und Psychoamtik: http://www.bptk.de/uploads/media/20120120_Neues_Entgeltsystem_Psychiatrie_und_Psychosomatik.pdf Stand: 08.02.2012.

Bundesgesundheitsministerium, Gesetzentwurf Psych-Entgeltgesetz <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-01/gesetzentwurf-psych-entgeltgesetz.html> Stand: 08.02.2012.

Auszug aus: Bundesrats- Drucksache 666/90, 10. 09.1990, Im Folgenden Auszüge aus den Materialien zur Psych- PV – Grundsätze, <http://www.hwstecker.de/Recht/Gesetzestexte/psychpv-Grunds%E4tze.htm> Stand:12.02. 2012.

Büring, P.: Psychiatrie- Reform. Auf halben Weg stecken geblieben, In: Deutsches Ärzteblatt 6, Ärzte-Verlag, Geldern, 2001, S. 301- 307.

Deutsches Institut für Dokumentation und Information, OPS Version 2010, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/block-9-60...9-64.htm>, Stand: 11.02.2012.

Deutsches Institut für Dokumentation und Information, OPS Version 2011, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2011/block-9-60...9-64.htm>, Stand: 11.02.2012.

Drescher, A.: Einführung der neuen OPS in der Johanna- Odebrecht- Stiftung, unveröffentlichter Praxisbericht, Neubrandenburg, 2010.

Drescher, A.: Die Entwicklung eines Entgeltsystems, Veränderungen seit der Einführung der OPS 2010, unveröffentlichte Bachelorarbeit, Neubrandenburg, 2011

GKV- Spitzenverband, DKR-Psych-Version 2012 http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011_09_22_DKR-Psych_2012_Vereinbarung_18022.pdf Stand: 08.02.2012.

Gläser, J., Laudel, G.: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.

Grabow, J., Volk, D.: Die Psychiatrie muss die Fachkraft-Quote erfüllen: Vor der Umstellung auf das DRG-System muss die Personalausstattung gesichert werden, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 1, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2011, S.71-74.

Hanrath, S.: Zwischen ‚Euthanasie‘und Psychiatriereform, Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch- deutscher Vergleich (1945- 1964), Paderborn, Ferdinand Schöningh, 2002.

Krüger, C. E., Knapp, M.: Neues Entgeltsystem in der Psychosomatik und Psychiatrie. Leistungskodierung und –transparenz als Herausforderung für Kliniken, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 1, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2010, S. 50-53.

Kunze, H., Kukla, R.: Chancen für die Psychiatrie. Die Entwicklung des Entgeltsystems nach §17 d KHG aus Sicht von Akteuren und Betroffenen, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 1, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2011, S. 66-70.

Lehmann, G., et al.: Die finanzielle Anreize müssen sich ändern. Entgeltsystem Psychiatrie: Argumente für ein sektorenübergreifendes Vergütungsmodell, In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 4, Bibliomed-Verlag, Melsungen, 2010, S. 394-398.

Löhr, M.: Geld folgt Leistung, In: Psych. Pflege Heute. Die Zeitschrift für Pflegepraxis und psychische Gesundheit 4, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2010, S. 177.

Löhr, M., et al.: Kostentrennung als wichtiger Faktor bei der Entwicklung des neuen deutschen Entgeltsystems in der Psychiatrie, In: Psych. Pflege Heute. Die Zeitschrift für Pflegepraxis und psychische Gesundheit 3, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2010, S. 118- 120.

Mayring, P., Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Weinheim, Deutscher Studienverlag, 1997.

Meißner, Marc: DRG in der Psychiatrie. Umstrittener OPS bleibt bestehen, In: Deutsches Ärzteblatt, PP 9, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77543>, Ärzte- Verlag GmbH, Geldern, 2010, S. 11-12.

Penter, V., et al.: Das neue Entgeltsystem nach §17 d KHG. Chancen und Risiken für die Leistungserbringer, In: das Krankenhaus 3, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2010, S. 202-205.

Roeder, N. et al.: Entgeltsystem Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, In: Das Krankenhaus 4, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2010, S. 320-330.

Statistisches Bundesamt Deutschland- Gesundheitswesen: 26,7 Millionen Euro durch psychische Erkrankungen, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2009/PD09__010__p002.psml Stand: 01.02.2012.

Anhang

Leitfaden zum Interview mit der Forschungsfrage:

„Zu welchen wahrgenommenen Veränderungen hat die Einführung der OPS 9-6... für die psychiatrische Pflege geführt?“

Wenn Sie an die Zeit vor der Einführung des OPS denken, wie wurde der Arbeitsalltag strukturiert?

Welche Rahmenbedingungen waren erkennbar?

Eine Aufgabe der psychiatrischen Pflege ist die Mitwirkung bei der Behandlung der Patienten. Wie stellte sich diese pflegerische Mitarbeit dar?

Wie würden Sie Patientenkontakte und Therapien seitens der Pflege beschreiben vor 2010?

Wie ist der Arbeitsalltag heute strukturiert?

Wie würden Sie die Mitwirkung bei der Behandlung heute beschreiben?

Wie würden sie die Patientenkontakte heute beschreiben?

1. Interview

Interviewer: Guten Tag und danke für das Interview

Pfleger 1: Nichts zu danken.

Interviewer: Ja – als erstes würde ich gerne wissen, wie war der Arbeitsalltag
5 vor den OPS strukturiert, also die Arbeitsabläufe und so weiter.

Pfleger 1: hmhm

Interviewer: Könnten sie dazu etwas erzählen?

Pfleger1: Ja, die Arbeitsabläufe, das gibt es ja verschiedene Abläufe, ob man
nun die Aufnahme macht oder ne Blutzuckermessung macht oder ne
10 Insulingabe macht das sind ja alles Arbeitsabläufe ne? Also wie speziell?

Interviewer: Also über den Tag verteilt, was man da allgemein macht.

Pfleger 1: Also morgens, ähm fängt man ähm in der Regel damit an das man ne
Distraneringabe hat bei uns auf Station, also Station 8, ist ja
Alkoholentzugsstation, ähm die haben ja fast stündlich irgendwo. Hinzu
15 kommt die Kreislaufkontrollen, ähm dann im Anschluss werden dann
eigentlich immer die Blutentnahmen durchgeführt ähm nach dem
Blutentnahmen ähm das betrifft ja auch immer noch die ähm Vor und
Nachsorge ne da gehört ja auch immer ein bisschen mehr dranne ne, muss man
dann noch runter bringen zum Laborschrank und und und, ist ja auch ein
20 längerer Prozess. Dann hat man nachher Tablettenausgabe da werden vorher
noch die Tabletten verglichen wer bekommt was, um die Richtigkeit
abzuklären nicht das da noch jemand was verkehrtes bekommt ne? Dann hat
man noch unwahrscheinlich viele Blutdruckmessungen. Dann muss man auch
noch gucken wer hat jetzt Untersuchungstermine morgens ab 7 Uhr nachher.
25 Dann geht meistens mittwochs oder donnerstags die Sonographie noch los bei
Frau Doktor Witte, die hat dann meistens vier bis fünf Patienten die sie sich
zum schallen dann runter holt ne. Müssen wir dann auch immer noch mal

schauen ob die Patienten dann da waren ne. Ja dann sind da noch EKGs und EEGs, da wird dann auch immer noch angerufen. Ja das ist das dann so --

Interviewer: Und so war das dann alles vor den OPS, ja?

5 Pfleger 1: Ja genau das war alles vor den OPS so und das haben wir jetzt aber auch noch so ne?

Interviewer: Ok, was für Rahmenbedingungen waren damals zu erkennen? – Also war es von außen weitgehend vorgegeben wie der Tag strukturiert war und eben vorgegeben was man zu machen hat?

10 Pfleger 1: Ja, also klar strukturiert ist unser Arbeitstag, die Abläufe sind ja immer gleich ne? Sicherlich die Zeiten verändern sich immer wieder der eine hat eben dann einen Termin und dann muss man eben schauen. Bei der Blutentnahme zum Beispiel muss man gucken wenn man einen bestimmten Wert haben will, wie Ammoniak muss man dann später machen, also das verändert sich manchmal schon irgendwo. Manchmal hat man auch
15 unterschiedliche Zeiten wie heute da ist dann noch die Visite früher, das heißt da verschiebt sich bei uns auch so einiges. Da müssen wir dann noch ein bisschen früher anfangen mit der Blutentnahme oder so das kommt dann auch schon mal alles vor. ---

20 Interviewer: Ähm ok. Eine Aufgabe bei der psychiatrischen Pflege ist die Mitarbeit bei der Behandlung der Patienten, richtig? Wie stellte sich diese Mitarbeit vor den OPS dar? Also wie sah das aus?

Pfleger 1: Da kann ich jetzt nicht so viel mit anfangen.

Interviewer: Ähm naja die Pflege hat doch auch einen Anteil an den Therapien und der Genesung der Patienten oder?

25 Pfleger 1: Ah ok, das ist auch immer von Station zu Station unterschiedlich ne? Also so kotherapeutische Aufgaben sind vorwiegend mehr auf Station 9 gefragt oder auf Station 4, wo man doch noch ein bisschen mehr mit dem

Patienten macht ne? Also wir auf Station 8 haben jetzt nicht so viele therapeutische Maßnahmen was wir direkt mit dem Patienten machen. --

Interviewer: hmhm, - Also wie würden sie die Patientenkontakte

Pfleger 1: Das sind Kurzzeitkontakte.

5 Interviewer: vor 2010 beschreiben? Also Intensität oder Dauer?

Pfleger 1: Ja also wie gesagt das sind Kurzzeitkontakte. Ähm, wir sind eine Aufnahmestation wir haben eine kurze Verweildauer, die Patienten liegen in der Regel sieben bis zehn Tage im Schnitt bei uns auf der Station. Wir machen ne qualifizierte Entgiftung bei uns. Ähm, das heißt die Patienten kommen, die
10 bekommen bei uns Medikamente und bekommen parallel dazu ein therapeutisches Rahmenprogramm dazu geboten. Ähm das umfasst Sporttherapie, das umfasst Ergotherapie, dann ist das auch noch untergliedert in zwei Gruppen. Es gibt Gruppe eins und Gruppe zwei. Die die Gruppe eins mit machen haben einen abgespeckten Teil, das heißt die müssten nicht soviel
15 mit machen. Die machen Ergotherapie und Sporttherapie mit. Und ähm dann gibt es auch noch die Gruppe zwei, die haben dann auch noch diesen Teil aber die haben dann auch noch zusätzlich andere Angebote mit drin, die können dann an ärztlichen Seminaren dran teilnehmen, psychologische Seminare werden dann noch mit angeboten und ähm ja. Und außer der Reihe gibt es dann
20 noch Einzelgespräche mit den Psychologen und Sozialarbeitern und auch den Ärzten halt. Und ähm ja bei uns liegt immer viel, also wir sind sowas wie ne Schnittstelle dann. Bei uns fließen dann alle Informationen zusammen. Wir organisieren immer alles. Ob das Fahrten sind oder irgendwelche Untersuchungen. Wir melden dann die Patienten an. Wir bringen die Patienten
25 irgendwo hin oder ja wir übernehmen dann halt auch die Körperpflege wenns dann halt notwendig ist, dann halt solche Sachen ne? Und das sind dann meistens dann auch halt Kurzzeitkontakte dann auch.

Interviewer: hmhm – Gut ähm- wie ist der Arbeitsalltag heut strukturiert? Ich mein hat sich mit den OPS etwas verändert?

Pfleger 1: Bei uns jetzt nicht allzu viel, was früher bei uns war ist, die Patienten sind zu uns gekommen zur Aufnahme, die haben wir ja sonst immer komplett gemacht. Die ist jetzt schon teils ausgelagert. Wir haben ja jetzt hier unten ne zentrale Aufnahme und ähm da kommen jetzt auch viele Patienten hin ähm und
5 die werden dort schon mal vorab aufgenommen, dass heißt da werden dann erstmal die ganzen Daten eingegeben und ähm dann kommen sie mit bestimmten Formularen zu uns auf Station und wir übernehmen dann den Rest. Das soll für die Station ne Arbeitserleichterung sein. Ich mein das ist ja nicht immer gegeben, weil manchmal hat man dann auch so stark alkoholisierte
10 Patienten bei uns ne, und das geht dann natürlich nicht, die kann man da nicht so sitzen lassen, da die ja dann auch immer Krampfanfall gefährdet sind und da muss man dann auch immer drauf schauen wie sind die vitalwerte sind sie vital gefährdet, ne, ja.-

Interviewer: -- Gut also zu der Behandlung heute haben wir ja schön gehört,
15 dass das auf ihrer Station nicht so sehr von Bedeutung ist, weil da nicht so viel bei Ihnen auf Station ist.

Pfleger 1: hmhm ich will nur noch zu den OPS sagen ähm, wir haben ja nun so einige Sachen, wir haben ja eine Arbeitsgruppe gebildet. Die Arbeitsgruppe OPS. Da haben wir bestimmte Dinge festgelegt und das machen wir ja auch
20 weiterhin noch. Also wenn offene Fragen sind dann versuchen wir die dann da zu klären und wir haben da ja diese messbare Größe das heißt ja diese 25 Minuten, da soll man ja mal schauen alle Behandlungen die man an einem Patienten so vornimmt ähm, die länger als 25 Minuten andauern sollen wir ja auch im Computer eingeben. Ähm wenn der Patient jetzt zur Aufnahme
25 kommt, da haben wir gesagt, da hat man ja locker 25 Minuten mit zu tun, manchmal noch länger je nach dem, da geben wir dann auch immer 25 Minuten ein, genauso wie bei internen Verlegungen da machen wir das genauso, ähm also wenn wir da Patienten zur Aufnahme oder zur internen Verlegung haben geben wir da auch immer 25 Minuten ein, das machen wir
30 schon.

Interviewer: Gut ähm- wie würden sie die Patientenkontakte heute beschreiben?

Pfleger 1: Ähm das ist eigentlich genauso wie auch vor den OPS. Das sind Kurzzeitkontakte, die eigentlich auch nicht über 25 Minuten hinausgehen. Mit
5 Sicherheit hat man auch mal ein längeres Gespräch, was auch irgendwo mit zur Pflege hinzu gehört, ne aber das geht selten mal über 25 Minuten hinaus, ne also das sind dann wirklich Einzelgespräche mit den Psychologen die dann wirklich auch mal tiefgreifender sind und bei uns ist das dann auch nicht ganz so tiefgreifend die sind dann doch eher oberflächlicher gehalten, da gehen die
10 halt nicht so lang.

Interviewer: Das heißt das Sie mit den OPS direkt eigentlich weniger zu tun haben.

Pfleger 1: Genau, das betrifft eigentlich vorwiegend mehr die Ergotherapie, also wenn die dann wirklich ihre Gruppenstärke erreichen und eintragen, wenn
15 die Patienten dann auch da waren, das ist dann von Montag bis Freitag. Das betrifft dann Sozialarbeiter und andere Therapeuten ne aber speziell jetzt die Pflege auf Station 8, wir sind davon jetzt nicht ganz so stark betroffen.

Interviewer: also

Pfleger 1: Bei uns hats jetzt nicht so große Auswirkung ne. Das sind wie ich
20 schon sagte auf Station 9, wo die Pflege auch mehr kotherapeutische Aufgaben wahrnimmt, wo man dann mit den Leuten noch mehr unternimmt ne. Die begleiten die Patienten zum Beispiel in die Stadt – das sind Belastungsreaktionen ne, wo sie dann begleitend zur Seite stehen. Das dauert dann halt auch alles mal ein bisschen länger oder machen halt auch mal
25 irgendwelche anderen Sachen. Zum Beispiel Jakobsonentspannung oder irgendwie sowas und sowas fällt bei uns ja aus. Sowas haben wir nicht. Also von daher hält sich das alles doch sehr in Grenzen.

Interviewer: ok haben sie sonst noch irgendetwas zu diesem Thema zu sagen?

Pfleger 1: Mit den OPS haben wir ja eine neue Software bekommen und bei uns ist gerade was neues gekommen, aber naja auf anderen Stationen ist es aber vorwiegend auch so. Da sind beim Pflegepersonal wieder Neuerungen, da haben wir dann wieder Updates da muss man mal schauen, ok was hat sich
5 jetzt verändert. Jetzt hat man muss man immer wenn ein Patient kommt eine neue Leistungsperiode öffnen, Das heißt die ist dann auch vorgegeben. Die ist dann immer eine Woche, also eine Leistungsperiode und da kann man dann eben immer seine Leistungen eintragen und da hat dann jeder Zugriff drauf. Ob das die Ergotherapie ist oder Sozialarbeiter oder wir und da trägt man eben
10 immer seins ein. Und wenn man da mal wirklich schaut, wer hat was da eingetragen, das wäre vielleicht mal ganz interessant sich da eine Auswertung einfallen zu lassen. Wer hat was da eingetragen ich find da kann man dann vielleicht auch noch mehr Rückschlüsse draus ziehen ne. Also unterm Strich gesagt hat die Pflege bei uns auf Station 8 hat jetzt nicht so viel Mehrarbeit
15 durch die OPS, also bei uns hat sich jetzt auch nicht so viel verändert. Ähm das ist eine Sache die macht man so nebenbei aber das ist soweit ok. Auch in den Therapie hat sich jetzt nicht irgendwas verändert. Also wir haben jetzt nichts an die fünfundzwanzig Minuten angepasst, das man sagt ok wir haben jetzt den Frühsport verlängert oder wir haben irgendwas anderes gemacht. Ähm so
20 gruppentherapiemäßig haben wir jetzt nur freitags die Patientenversammlung, die wir einzugeben haben, da werden dann Dinge angesprochen ob irgendwas nicht in Ordnung ist, ob in den Zimmern alles in Ordnung ist, ob irgendwelche Probleme bestehen und ähm das dauert immer so ne halbe Stunde, meistens ne, ansonsten haben wir nichts weiter einzugeben an OPS, mal abgesehen von den
25 Aufnahmen und internen Verlegungen und Entlassungen und ab und zu hat man dann auch mal Pflege mit dabei aber das kommt bei uns nicht all zu oft vor, wo man dann einen Patient so intensiv betreuen muss, dass das über 5, 25 Minuten hinaus geht.

Interviewer: Also haben sie auch organisatorisch nicht viel damit zu tun?

30 Pfleger 1: Neh nicht wirklich, also das ist ja jetzt alles so ein bisschen verschmolzen, der Patient kommt, bringt seine Chipkarte mit, seine

Krankenkassenkarte ne, das wird eingegeben ins Clinixx und ähm da arbeitet eigentlich schon jeder so seins ab ne? Der Patient wird eingegeben, er war zu der und der Uhrzeit da so weit das nicht die Zentrale Aufnahme gemacht hat, dann machen wir das auch und ähm wenn ich das gemacht habe drucke ich
5 meine Klebchen aus und im gleichen Atemzug gebe ich auch gleich die 25 Minuten ein. Ich warte jetzt auch nicht ab, habe ich jetzt wirklich die 25 Minuten ne, das muss man schon so machen sonst kommt man nicht zu Potte oder das geht dann auch unter ne?

Interviewer: Ok gut. Dann nochmal ein ganz herzliches Dankeschön für das
10 Interview.

Pfleger 1: Nichts zu danken, ich hoffe ich konnte helfen.

15

20

2. Interview

Interviewer: Zuerst möchte ich ihnen noch mal für das heutige Interview danken.

Pfleger 2: Ach ich hoffe ich kann helfen.

5 Interviewer: Ok ähm, wenn sie an die Zeit vor den OPS denken, wie war der Alltag hier so strukturiert? Also was musste die Pflege am Tag so machen?

Pfleger 2: Was wir machen müssen hier?

Interviewer: Ja

10 Pfleger 2: Soll ich das aufzählen? Oder soll ich ihnen sagen was der Unterschied ist zu den OPS?

Interviewer: Neh, einfach was war vorher vor den OPS. Was mussten sie vor den OPS alles machen?

15 Pfleger 2: Genau das gleiche wie jetzt. Aber das ähm ist Aufnahmegespräche, ne alles was Aufnahmen ne? Dann ähm Einzelgespräche, was weiß ich? Blutentnahmen, Medikamente aufstellen alles was zum Stationsalltag dazu gehört. Ähm das sind verschiedene Dinge das fällt mir jetzt alles so gar nicht ein, was man da so alles macht ähm. Ich weiß jetzt nicht, ich versteh den Sinn jetzt nicht was das mit den OPS zu tun hat weil mit den OPS hat sich das nischt dran geändert.

20 Interviewer: Es geht mir dabei speziell um die Pflege.

25 Pfleger 2: Na gut, ok. Wenn wir das so differenzieren wollen dann kann ich Ihnen das so sagen was sie wollen. Das geht los wenn der Patient kommt, dass er ein Aufnahmegespräch bekommt ne? Ähm was die Pflege jetzt angeht ne? Dann ähm stellt man die Pflegestation vor ne? Unterrichtet den Patienten über die Stationsordnung Hausordnung und so weiter ne? Naja Station wird gezeigt und so weiter ne? Dann wird die ganzen Akten ausgearbeitet ne? Die Ansetzung und so weiter. Die Therapien, da kriegt der Patient nen

Therapieplan. Und im Stationsalltag sonst, dass war jetzt speziell für die Aufnahme. Bei der Entlassung gibt es auch noch ne bestimmte Prozedur die gemacht werden muss. Ähm im Stationsalltag, da kommt es immer drauf an was man für nen Dienst hat erstmal. Dann ähm im Frühdienst ja wenns
5 morgens um sechs los geht, naja da macht man dann Übergabe, muss man Medikamente kontrollieren was der Nachtdienst aufgestellt hat, weil es ist derjenige der dafür verantwortlich, der die austellt und nicht der die aufgestellt hat, ja damit hat man ne Menge mit zu tun jetzt haben wir das ein bisschen anders geregelt, da wir jetzt zu zweit anfangen zu um sechs. So wie es auf
10 anderen Stationen auch üblich ist. Hier bei uns war das lange Zeit so dass man alleine angefangen hat. Der zweite Dienst fängt um sieben an, oder wir hatten da noch einen den die Stationsschwester hatte der fing immer um dreiviertel sieben an, aber der hat dann die Küche gemacht. Essen vorbereiten und so weiter naja das gehört ja auch alles dazu Küche Essenvorbereitung und so
15 weiter. Dann war's aber so dass der der um sechs angefangen hat morgens Medikamente, Patienten wecken, dann gegebenenfalls Blutentnahme und wenn ich Pech habe habe ich schon fünf Blutentnahmen und dann bin ich schon mächtig am rotieren damit ich das bis um sieben schaffe dann. Das schafft man in der Regel nicht, in der Regel schafft man drei und muss die andern dann halt
20 später machen. Ähm tja ähm die Patienten die gehen dann morgens rüber zum Frühsport und ist im Prinzip die erste Therapie die sie am Tag machen, nachdem sie halb sieben geweckt wurden. Ähm die kommen dann zurück, ja dann ist Übergabe, erst ist Frühstückspause, dann ist Übergabe. Dann wird den Ärzten den Psychologen, den Therapeuten was so für Vorkommnisse am Tag
25 vorher passiert ist oder so wird dann vorgestellt oder ob irgendwelche Patienten ein Anliegen haben also. Ja nach dieser Übergabe geht's dann zur Visite, die ist aber nicht jeden Tag gewesen, also das kommt immer auf den Tag an. Montags ist die, Dienstags ist bloß ne Stationsvisite also ne Kurvenvisite vormittags, ne Durchgangsvisite nachmittags, Mittwochs ist ne
30 Einzelvisite, die Oberarztvisite, also da kommt der leitende Oberarzt, dass ist auch keine Durchgangsvisite, also die ist in einem Raum da müssen die Patienten dann kommen, die kriegen ihre Zeiten, Donnerstags und Freitags ist

dann auch wieder ne Durchgangsvisite. Ja und am Vormittag nach der Visite arbeitet man die Kurven aus, alles was neu angesetzt wurde. Informiert die Patienten darüber. Muss alle möglichen Dinge organisieren, ob das nun Patiententransporte sind ähm wenn Arztbesuche sind die außerhalb sind oder

5 Konsile oder wie auch immer. – Ja, dann ist nachher Mittag, wo unsere Patienten zum Mittag kommen und ja die Pflege macht dann auch ihre Mittagspause, also nachdem alle Medikamente und so, also die wurden auch Vormittags aufgestellt, also bei uns ist das nicht so das der Nachtdienst alle

10 Medikamente aufstellt hat, sonder jede Schicht für sich und der Spätdienst stellt für Abend und für Nacht auf ne? Äh ja äh genau bei Mittags waren wir jetzt, also dann schreibt man nachher Berichte, auf dieser Station ist es bei uns so, das ist ja keine Akutstation wo ich ständig also akut, außer wenn natürlich was akut, also dann muss ich in den Bericht auch zeitnah eintragen also mit

15 Uhrzeit und so weiter. Ansonsten wird der Bericht am Ende der Schicht geschrieben. Bei den Patienten auf der Akutstation ist das anders da muss man das immer zeitlich ab also immer zeitnah wenn irgendwas ist ne? Ähm tja nachdem der Bericht geschrieben hat, da kommt dann schon der Spätdienst und dann macht man seine Übergabe. Und die läuft hier nicht gerade stressfrei ab das haben wir heute wieder erlebt. Das interessiert hier niemanden ob ob das

20 ein Psychologe ist ob das ein Arzt ist weiß ich was, ob wir da Übergabe machen oder nicht. Das ist ein Krach dann klopft vielleicht noch ein Patient und so obwohl die Übergabezeiten alles dran steht. Die Stationsschwester meinte schon ob wir ausweichen wollen vielleicht auf nen andern Raum, da hab ich gesagt 'Warum müssen wir uns aus unsern Raum hier verdrücken?' das

25 geht so nicht das müssen wir irgendwie anders regeln ich mein so geht das nicht vielleicht müssen wir uns noch mal so ein Schild fertig macht so 'Bitte nicht stören es ist Dienstübergabe' so, ob das vielleicht auch einem Arzt mal auffällt dann ne? Und ich mein das ist absolut störend manchmal. Dann geht man so nem Kopf hier raus ne? Ja nachdem das denn dem Mitteldienst ne der

30 hat um halb zwölf angefangen der kümmert sich um Mittagessen und um Küche und so ringsherum. Dann bleibt der Mitteldienst noch da und der Spätdienst. Und dann ist eben die Aufgabe das man die Medikamente aufstellt,

das ist dann auch die größte Sache die man hier zu tun, wir sind hier auf einer Station da werden unwahrscheinlich viele Medikamente verabreicht, das ist echt Wahnsinn, das ist auf andern Stationen wesentlich weniger wenn man hier reinguckt da haben die Patienten zehn zwölf Medikamente, weil wir auch ne

5 Psychosomatische Station sind. Da haben sich alle möglichen Ärzte schon mal dran probiert. Und die haben dann hunderttausend Schmerzmittel auch BTMs und so weiter wir machen hier auch Entzüge und so weiter.- Ähm ja dann hilft der Spätdienst dann dem Mitteldienst bei dem Abendbrot Vorbereitung und so weiter, dass das dann fertig ist pünktlich um sechs alles steht und dann

10 machen wir ne Pause auch der Dienst macht dann ne Pause. Dann ähm nachdem Abendbrot da hilft auch der Spätdienst das machen wir zusammen Mitteldienst und Spätdienst machen wir die Küche sauber und alles. Der Mitteldienst geht dann um acht. Ähm und der Spätdienst fängt an berichte zu schreiben, zu dokumentieren und dann naja man muss es so sagen im

15 Spätdienst und Nachtdienst das man hier die meiste Ruhe hat ist ein schönes angenehmes arbeiten im Gegensatz zum Frühdienst ne? Und dann kommt um halb zehn auch schon der Nachtdienst und der Nachtdienst, das ist hier so in der gesamten Odebrecht keine andere Station so viele Aufgaben was man hier erfüllen muss was man hier machen muss. Wir haben hier unser

20 Wochenprogramm, das für jeden Tag liegt hier was anderes an, das ist hier alles straff durchorganisiert. Teilweise ist man wirklich bis Nachts um zwei mit der Ausarbeitung von kurven und wegheften und wenn Patienten gegangen sind und Neuaufnahmen, dann machen wir gleich die Medikamentenübersicht erstellen wir und so weiter. Das sind Dinge die halten wirklich

25 unwahrscheinlich lange auf da hat man wirklich bis nachts um zweie zu tun und dann muss man Medikamente aufstellen dann muss man die Küche machen dann muss man die Kühlschranktemperaturen, muss man sauber machen, dann muss hier geputzt werden und all so ne Sachen. So das man im Prinzip ständig zu tun hat. Also das ist nur eine Nacht von Samstag zu Sonntag

30 wo mal weniger Patienten da sind, weil die meisten SPT sind, wo man wirklich mal ein bisschen weniger zu tun hat, wo man dann eher so als Nachtwache, kann man da eher so sehen, aber ansonsten ist hier immer knallhart

Nachtschicht wenn die Patienten dann am Wochenende ins SPT gehen von Freitag auf Samstag das stellt man, da muss man so viele Medikamente aufstellen, weil wie gesagt die kriegen hier ja teilweise zwei hier Shuttle nur für zwei Tage, macht man natürlich je nach Patient wie orientiert und so weiter

5 weil die sonst viel vertauschen würden, aber weil die halt so viele Medikamente haben. Da ist man dann wirklich, da hat man dann so drei vier Stunden zu tun um die Medikamente aufzustellen. Kann natürlich auch mal schneller gehen aber jetzt fünfzehn sechzehn Patienten ins SPT gehen, da muss man für alle für zwei Tage Medikamente aufstellen und das ist schon

10 ganz gut ja. Und OPS zum Beispiel da weiß ich da wird das Nachts ausgearbeitet dann, bei uns ist das so wir machen das Zeitnah, derjenige der gerade was zu tun hat am Patienten dokumentiert das auch, was betrifft ist es bei uns so, ne da waren wir ja vorhin ne? Aufnahme, dass das dann auch gleich eingetragen wird. Da haben wir uns da mal so geeinigt das wir OPSzeit für ne

15 Aufnahme sechzig Minuten eintragen. Ähm weil das ist ja man kann's nie individuell, natürlich könnte man das individuell aber das ist natürlich viel zu aufwendig, wir haben gesagt sechzig Minuten. Man muss dem Patienten, man hat das Aufnahmegespräch man muss alles ausarbeiten, alles was dazu gehört, dafür braucht man manchmal sogar länger. Also ähm wollen wir's mal so

20 sagen, es wird jetzt nicht hundert Prozent so genau dokumentiert an dieser Stelle, das ist ne Zeit in der man meistens immer drinne liegt, also für ne Verlegung machen wir dreißig man muss den Patienten die Station zeigen alles ausarbeiten und anmelden zu irgendwelchen Therapien und die ganzen Dinger. Ja das ist das was ich dazu zu sagen hab zum Stationsablauf vor OPS so.

25 Interviewer: Ähm war schon damals irgendeine Rahmenbedingungen erkennbar? Ich meine sie haben zum Beispiel auf die Dokumentation hingewiesen.

Pfleger 2: -- Neh was soll da erkennbar gewesen sein?- Meinen sie die Dokumentation? -- Also was von außen vorgegeben war? Also was ich erfüllen

30 muss um irgendwas nach zu weisen ja?

Interviewer: Genau so was.

Pfleger 2: -- Also ich denke mal es wird schon Rahmenbedingungen geben, aber ähm Rahmenbedingungen. Also natürlich gibt es Vorgaben zum Beispiel gibt es Vorgaben, wenn ein Schüler kommt, als Beispiel, der eingearbeitet werden muss und so weiter oder neue Mitarbeiter eingearbeitet werden muss.

5 Dafür haben wir ein QM-Management, wo das alles erfasst ist und jeder Ablauf ist da erfasst und das sind im Prinzip die Rahmenbedingungen denk ich mal, an die sie jetzt denken ne? Also ansonsten das sind immer diese Dinge die laufen immer im Hintergrund was theoretisch irgendwo da ist, was worüber ich bei meiner praktischen Arbeit überhaupt nicht nachdenke. Ich muss die

10 natürlich wissen keine Frage und dafür werden auch Audits durchgeführt aber im normalen Stationsalltag eher nicht, das ich da jetzt irgendwie dran denke nicht.

Interviewer: Ok, in der psychiatrischen Pflege ist die Mitwirkung bei der Behandlung von Patienten häufig von Nöten. Wie stellte sich diese

15 pflegerische Mitarbeit vor den OPS dar?

Pfleger 2: Das ist genau das gleiche wir machen jetzt nichts anders Die OPS hat dadurch jetzt nicht irgendwas bewirkt. Ja normalerweise dieses OPS-System ne? Soll für mich im Prinzip mehr Transparenz bringen. Ein Instrument um das durchsichtiger zu machen das ganze System und daraus DRGs zu

20 entwickeln oder irgendwas, Aber die Transparenz, die kann ich damit nicht erreichen, mit dem wie es jetzt läuft. Das funktioniert ja gar nicht, weil dann muss ich festlegen eine Therapieeinheit sind fünfundzwanzig Minuten ne? Ich hab hier aber zwischendurch mal Einzelgespräche mit dem Patienten wenn es ihm mal schlecht geht, da brauch ich vielleicht mal bloß zehn Minuten, so. Wer

25 sagt denn wo fängt das an? Darf ich den Moment dokumentieren nein ich darf, unter fünfundzwanzig dafür gibt es sogar nen Kode, aber abrechnungstechnisch hat das überhaupt keine Auswirkung. Das hat deswegen um zu sehen was die Pflege an dem Patienten macht, macht mit dem System wie es jetzt läuft überhaupt keinen Sinn. Das Schlimm ist dann selbst wenn ich was rein

30 schreibe, dann wird das nicht bei der Pflege generell eingetragen, da nimmt das Programm nicht den Kode, sondern bei den Spezialtherapeuten. Da wird alles

in einem Topf geschmissen ne? Da kommen dann Ergotherapeuten was weiß ich alles hinzu Physiotherapeuten, ja. Also ich finde das wirklich nicht, es es hat ne gewisse Transparenz ne? Wo man schon ein bisschen mehr durch blicken kann. Was ich letzten Endes darstellen kann davon was da wirklich am

5 Patienten gemacht werden das sind doch vierzig Prozent im Moment oder dreißig? Ich weiß nicht der Rest der fällt doch irgendwo weg und denn ich weiß nicht wie man dieses System entwickeln will ob das ähnlich läuft denn wo man nen Sockelsatz dann nehmen muss für ein bestimmtes Krankheitsbild und sagt das und das brauch ich dafür. Aber im Moment die Pflege kann ich

10 gar nicht aufschlüsseln damit was die tatsächlich am Patienten macht unmittelbar. Durch die OPS hat sich da ja im Prinzip nischt geändert. Und ich habe schon wieder vergessen wie die Frage war.

Interviewer: Die Mitwirkung an der Behandlung der Patienten.

Pfleger 2: Ach so ja natürlich, vor den OPS nach den OPS ist letzten Endes

15 alles das gleiche. Ähm Mitwirkung in diesen Sinne auf unsrer Station ist es so, wenn Patienten Probleme haben wenn's denen schlecht geht oder irgendwas dann ist man für die da. Was die Therapien angeht hier auf unsrer Station, also das ist ein bisschen oberflächlich gesagt wenn man sagt, wenn's denen mal schlecht geht, man macht noch viele andere Dinge nebenbei, ob das Gespräche

20 sind zwischendurch, die ganze Kommunikation und so weiter. Was halt wichtig ist ne? Oder Psychoedukation mach ich oftmals nebenbei, bei Medikamentenübergabe wenn sie nicht wissen, was ist das wofür ist das wie wirkt das und so weiter. Das kommt weil sie teilweise auch gar nicht durch die Ärzte aufgeklärt werden ne? Letzten Endes werden sie einmal die Woche

25 aufgeklärt durch nen Arzt und das ist nicht mal Pflichtprogramm unbedingt ob sie dahin gehen oder nicht. Ähm Ansonsten war es bis jetzt so das von der pflegerischen Seite zum Beispiel die PMR mit gemacht hatten bis ein dritter Psychologe dazu kam auf Station der das übernommen hat und dann waren wir da auch mit raus. Jetzt machen wir das nur wenn er nicht da ist und dann ist es

30 so das wir zweimal im Jahr ne Schmerzgruppe haben und im Rahmen dieser Schmerzgruppe arbeiten wir dann auch Kotherapeutisch, ne? Und ähm und da

ist es so da hat man dann wirklich viel zu tun mit also das ist auch anstrengend da wird immer eine Pflegekraft abgestellt, das sind immer sechs Patienten a acht Wochen jetzt im nächsten Jahr geht's nur noch mit sechs Wochen weil da auch für die Patienten anstrengend ist hat die Therapeutin das verkürzt und ich
5 denken mal, dass das ganz gut ist. Da wird viel Psychoedukation gemacht viel Entspannung viel Achtsamkeitsübungen und so weiter ne? Ist ne ganz interessante Sache.

Interviewer: Wie würden Sie Patientenkontakte seitens der Pflege vor 2010 beschreiben?

10 Pfleger 2: - Patientenkontakte? Also was ist damit gemeint? Wie oft ich am Tag Patientenkontakt habe oder ähm?

Interviewer: Häufigkeit, Intensität, eben wie diese Kontakte aussehen.

Pfleger 2: Wie?- Ähm ja genau ähm. Patientenkontakt hat man hier ähm ja den hat man mehrmals am Tag hier ist ja ganz klar eigentlich äh immer eigentlich.
15 Die Pflege ist hier vierundzwanzig Stunden letzten Endes und beobachtet die vierundzwanzig Stunden und kann die teilweise besser beurteilen als irgendwelche Ärzte die die einmal am Tag Visite machen oder die einmal in der Woche ein Einzelgespräch. Die Frage ist aber ähm in wie weit wird die Pflege da ernst genommen oder wahrgenommen was die beobachtet ne? Das ist
20 eben immer halt nicht so ganz gegeben ne? Man spricht zwar immer vom Multiprofessionellem Team aber da hakt's manchmal an der Stelle ne? Ähm weil also pflegerisch was die von der Beobachtung her das läuft dann, naja das ist ja auch immer individuell das kann man jetzt nicht so verallgemeinern auch ne? Und das kommt ja dann auch immer auf den Patienten an ich mein wenn
25 man am Wochenende hier ist da sind viele Patienten die ziehn sich zurück, also auch am Nachmittag da sieht man von den gar nichts. Na entweder sind die draußen spazieren oder die machen irgendwas nehmen Ausgang und da kriegt man teilweise gar nicht mit und dann kommt das immer noch auf die Pflegekraft an die grad da ist die im Dienst ist ob die dann noch mal ihre
30 Abendrunde macht und noch mal rum geht noch mal guckt und noch mal nach

fragt wie geht's oder ob es irgendwelche Probleme gibt oder so. So ist hier der Patientenkontakt und das geht über die Medikamentenausgabe über die Visiten über alles. Und dann eben auch zwischendrin wenn Patienten vor dem Dienstzimmer ständig stehen und irgendein Anliegen haben ob es
5 Bedarfsmedikation möchten oder möchten irgendwas andres und man versucht dann natürlich immer im Sinne des Patienten alles zu machen ne?

Interviewer: Wie sieht der Arbeitsalltag heute aus?

Pfleger 2: ok das können wir ganz schnell beantworten, ne? Weil das haben wir ja eigentlich schon beantwortet, weil es hat sich nichts geändert. Also durch
10 OPS jetzt oder heute? Weil die andere Frage war ja vor OPS.

Interviewer: generell heute. Wie der Arbeitsalltag heute aussieht.

Pfleger 2: das habe ich ja vorhin schon mal erzählt.

Interviewer: Also es ist exakt das Gleiche?

Pfleger 2: Es ist exakt das Gleiche, also durch die OPS hat sich da nichts
15 geändert. Also die OPS ist für uns eigentlich nur ein Dokumentationssystem ja was uns eigentlich, von der Sache her – also ähm ich weiß nicht äh ob das eine Verbesserung des Patienten der Behandlung bringen soll also im Moment nicht. Das ist nur ein Dokumentationssystem für uns, was eigentlich lästig ist von der Sache her ne? Weil – ich versteh natürlich auch die Politik dahinter es
20 sind ja viele Gelder die da fließen und die wollen natürlich sehen wofür die das Geld ausgeben und um das besser steuern zu können musst man sich ja irgendwas einfallen lassen irgendein Instrument um da auch mal hinter die Kulissen zu gucken ne? Und nicht irgendwelche festen Sätze die da ausgehandelt sind ne? Und man möchte natürlich auch in Deutschland das was
25 weiß ich bei einer Diagnose einem DRG oder was auch immer dann soll ein Satz gezahlt werden und jedes Krankenhaus möchte bitte schön das Gleiche kriege und nicht das alle ihre Unterschiedlichen Tagessätze da aushandeln mit den Krankenkassen und es kann ja nicht sein das der eine der ne Depression in München hat und der andere der die Depression hier hat, das da unterschiedlich

vergütet wird und das ist ja das was dahinter steckt hinter diesem System, ne? Was man eigentlich erreichen will. Kann ich verstehen ist ok. Aber jetzt im Moment ist es halt so das ähm das es für uns erstmal nur ne Last ist aber gut ne das geht man gerne mit also das ist ähm ich hab damit jetzt persönlich nicht so ein Problem ne? Aber natürlich ist es so das einige Kollegen, wir haben auch 5 ältere Kollegen, die nicht mit dem PC umgehen können und da gibt es denn schon, also Schwierigkeiten ne? Da irgendwas einzutragen ne? Und dann gibt es auch wieder andere denen das total egal ist, ob das eingetragen wird oder nicht. Da muss dann auch von Seiten der Leitung da noch mal drauf 10 hingewiesen werden, dass da ein bisschen sensibler mit umgegangen wird. Weil letzten Endes bringt das nischt wenn ich ein System irgendwo entwickel oder verbessern will, wenn da einfach zu flachs mit umgegangen wird ne? Letzten Endes kann man da nur mehr Transparenz erreichen wenn jeder alles einträgt was er macht ne? Damit das irgendwo sichtbar wird was da passiert. Ja 15 also da hat sich im Prinzip im Arbeitsalltag heute nichts geändert. Es ist für uns kaum mehr Arbeit, dadurch das für uns nur mit der Aufnahme, na gut es hat sich noch ein bisschen was verändert, weil wir ja die Aufnahme auf dieser Station hier zum Beispiel nur am Wochenende im Notfall selbst machen, also über die Karten einlesen, ansonsten läuft alles über die zentrale Aufnahme. 20 Alles was papiertechnisch, da wird schon einiges davon vorbereitet, dass wir ein bisschen weniger hier auf Station haben, ne? Aber was OPS betrifft sind die dann natürlich schon eingelesen im System ne? Ähm für uns ist wirklich nur Aufnahme, Verlegung, Entlassung haben wir ja nischt mit zu tun, dat geht nachher in die Verwaltung rüber ist auch noch wieder da zu mal, geht also über 25 Briefweg, also den Papierweg hier, ja da wird ne Entlassungsanzeige im Prinzip geschrieben ne und in der Verwaltung wird der Patient dann erst entlassen außer er geht natürlich erst aus dem System wenn der freigegeben ist von den Ärzten ne? Und dann wird das an die Krankenkasse gemeldet ne?

Interviewer: Wie würden Sie die Mitwirkung der Pflege bei der Behandlung 30 heute beschreiben?

Pfleger 2: Behandlung heute? Ja gut da haben wir ja vorhin gesprochen drüber in dem Sinne, das haben wir ja im Prinzip schon beantwortet letzten Endes ne? Ähm wie gesagt kotherapeutisch ist sonst im Stationsalltag hier wenn nicht mal ne Schmerzgruppe läuft hm da ist nichts. Das ist hier ja jedenfalls keine
5 Psychotherapiestation in dem Sinne obwohl wir natürlich auch Psychotherapie machen, aber nicht im Stationsalltag, war maximal PMR ne? Progressive Muskelentspannung das war das was wir sonst gemacht haben äh aber das war auch das hat die Stationsschwester dann gemacht, das hat sie sich dann genommen und dann ähm wenn sie mal nicht da war dann halt die
10 Stellvertreterin und so weiter und ich finde auch das ist so ne Sache, was eigentlich jeder können sollte wenn er hier arbeitet ne? Ähm und ansonsten bei den Therapien da haben wir nischt mit zu tun ne? Pflegerisch. Auf dieser Station.

Interviewer: ähm Wie würden Sie die Patientenkontakte heute beschreiben?

15 Pfleger 2: Ok,- Wer hat sich denn die Fragen ausgedacht? Ist das Vorgegeben oder?

Interviewer: Die Fragen sind von mir in Zusammenarbeit mit meinem Professor ausgearbeitet worden

Pfleger 2: Ach so. Na gut das hatten wir ja eigentlich genauso schon
20 beantwortet, dass sich da nichts so geänder, es geht ja um den OPS letzten Endes oder? Ja und da hat sich ja nichts großartig dran geändert. Also das hat keine Auswirkung ne? Muss man schon so sagen ne? Es wie gesagt es ist ein bisschen, aber es ist auch nicht so das Problem weil wir nicht soviel damit zu tun haben ne? Also dieses eine Mal wo man das Programm auf macht ne?
25 Wenn er kommt ne? Oder wenn er intern verlegt wird. Da die dreißig oder sechzig einzutragen. Für uns als Pflege ist das kein Aufwand großartig ne? So seh ich das ne? Das sind vielleicht zwei Minuten die ich brauche dafür und ansonsten die ganzen Leistungsperioden und sowas das machen andre Therapeuten, eben die die die ganzen Therapien da machen mit den Patienten
30 ne? Bei denen ist es sicherlich bei den hat sich sicherlich viel viel mehr

geändert. Also ich seh das jetzt nicht als so ne große Last und ich denke dieses das bisschen was man da den Aufwand den man hat jetzt dadurch, das kann man in Kauf nehmen das ist jetzt nicht so das hat jetzt nicht unsern ganzen Stationsalltag komplett belastet am Anfang war das Geschrei groß oh gott wer
5 soll das jetzt alles, aber da war ja noch nicht klar wer das alles eintragen soll alles, aber dann war das mal geregelt das jeder und das find ich gut so, das jeder Therapeut seine Sachen da einträgt und nicht dass das über irgendwelche Zettelchen getragen wird und so und überall irgendwelche Fehlerquellen auftauchen und und und dann macht der Nachtdienst das hier und es bleibt
10 letzten Endes wieder alles an uns backen ähm. So wäre es dann gekommen und dann wäre das natürlich, dann hätte das einen riesen Einfluss gehabt auf uns dann hätte uns das wirklich ausgebremst aber so jetzt ist es im Prinzip keine Last. Es ist minimal der Aufwand und damit kann man leben und es hat sich nicht großartig was dadurch geändert.

15 Interviewer: ok. Haben sie sonst noch irgendwas weiteres was die OPS angeht zu sagen?

Pfleger 2: Nö- OPS nö wie gesagt ich hab ja schon gesagt dass ich find das ganz gut das man sich da was einfallen lässt um das ganze transparenter zu bekommen ne? Es ist verständlich. Natürlich ist dann immer die Frage wie
20 wirkt sich das auf dieses Krankenhaus aus am Ende das muss man natürlich sehen. Was dann gezahlt wird, ne? Und wie sich das entwickelt halt die ganze Geschichte. Ich weiß es nicht zum Anfang war ich so ein bisschen der Meinung da versucht man ne Kuh zu melken die kein Euter hat. Aber ich weiß es nicht denn letzten Endes. Es ist ja nachvollziehbar worauf es hinaus läuft was man
25 damit bezwecken will. Ich mein letzten Endes ist das ein Gesellschaftspolitisches Problem wie andere Dinge auch da könnte man so weit ausschweifen ja? Da könnte man die gesamte Gesundheitspolitik in Deutschland in Frage stellen ich weiß es nicht ob es ein Instrument ist auf Dauer was da irgendwo Bestand hat auch ich glaube das man daran jetzt
30 erstmal fest hält weil man brauch ja erstmal irgendwas. Letzten Endes ist es wann haben sie das mit den DRGs eingeführt in Deutschland? 2000 oder so da

hat man doch die Australier die australischen übernommen oder? Die waren doch als Vorbild ne? Und die hat man weiter entwickelt und die sind heute alle ganz heiß drauf. Und jetzt verkauft Deutschland seine ganzen Ideen oder berät andere Länder was das an geht ne? Ja ist ok ne? Wenn's dafür gerechtere

5 Bezahlung oder dann ist es ok dann ist es in Ordnung. Ja das war's im Prinzip von meiner Seite aus. Also ich hatte ja am Anfang gesagt, das war ja so ein bisschen salopp gesagt ne? Das hier ähm das ganze für uns im Prinzip nur ne Last ist ne? Aber das ist natürlich nicht so belastend ne? Habe ich ja dann nochmal gesagt also es ist jetzt nicht so das uns das jetzt einschränkt ne? Auf

10 unsern Stationsalltag bis jetzt jedenfalls, weil wir damit nicht viel zu tun haben. Nicht auf dieser Station ne? Wenn wir mehr Kotherapien machen würden, müssten, dafür bräuchten wir dann natürlich auch mehr Personal auf dieser Station ne? Dann würde es anders aussehen ne? Dann hätten wir, aber selbst daran gewöhnt man sich. Der Mensch ist ein Gewohnheitstier ne? Ist so. man

15 gewöhnt sich an alles man gewöhnt sich auch an neue Dinge muss man sich gewöhnen und es ist natürlich klar, ältere Kollegen die hier schon ewig arbeiten und wo hier immer alles nur mit Zettel ging und so für die ist es schwerer aber auch die müssen dadurch

Interviewer: ok, dann Bedanke ich mich ganz herzlich.

20 Pfleger2: joar ist ok kein Problem

25

Interview 3

Interviewer: Ok gut. Die ersten Fragen beziehen sich auf die Zeit vor den OPS. Wie war der Arbeitsalltag vor den OPS? Wie war er strukturiert?

Pfleger 3: Also genauso wie jetzt auch eigentlich.

5 Interviewer: Aber wie genau war der strukturiert? Nach dem jetzt frage ich später.

Pfleger 3: Also wie was jetzt machen oder wie?

Interviewer: Na also was ihr Tag für Tag macht richtig.

10 Pfleger 3: Na wir bereiten das Frühstück vor wir messen Blutdruck bei den Patienten, montags messen wir Größe äh Gewicht also da bei allen Patienten sowieso Blutdruck. Dann Blutabnehmen bei den Patienten dann Körperpflege der Patienten boar- Medikamente verabreichen der Patienten auch Kontrolle der Verabreichung der Medikation die sie nehmen also auch beobachten. Visite gehen Visite ausarbeiten Verordnungen durchführen wie Verbandswechsel joar
15 was fällt mir noch ein- äh. Wenn fixierte Patienten da sind müssen wir uns natürlich auch mit dem Patienten beschäftigen also mehr Gespräche anbieten und so oder so mehr Patientengespräche anbieten also wenn es einem besonders schlecht geht wir haben auch suizidale Patienten die wir auch regelmäßig kontrollieren müssen, das heißt viertel stündlich, halb stündlich,
20 stündlich je nach Anordnung des Arztes, denn Patienten den Wachgarten ermöglichen. Also an den wir sind ja hier geschlossen wenn die hier auf Station sind, dass wir dann mit denen an die frische Luft gehen. Ist sogar per Gesetz auch vorgeschrieben, zweimal am Tag. Denn- Infusionen- denn bei teilweise alkoholisierten Patienten werden dann zwei stündlich Blutdruck messen vier
25 stündlich Blutdruck messen, dann entsprechende Medikation verabreichen. Wir machen so vieles.- Spritzen geben IM Spritzen, Subkultanspritzen ja reicht das?

Interviewer: Ähm waren damals irgendwelche Rahmenbedingungen erkennbar an die man sich halten musste?

Pfleger 3: Also wir müssen ja wie gesagt, also bei diesen rechtlichen Geschichten, wir müssen ja zweimal mindestens einmal den Patienten Ausgang ermöglichen also das sie an die frische Luft ne? Weil die sind ja weggesperrt sind. Dann müssen wir ja sicherstellen also bei fixierten Patienten gibt es ja das
5 Gesetz vor das ne Sitzwache organisiert wird das machen wir ja auch zum Teil mit ne? Am Wochenende, wenn sonst niemand da ist, dann müssen wir uns halt um diese Sachen kümmern. Denn die Dokumentation, alles gesetzlich vorgegeben, besonders ja die Einstufung, die PsychPV Einstufung ne?-Medikamente müssen natürlich auch dokumentiert werden. Vom Prinzip her
10 muss alles was wir am Patienten machen ja dokumentiert werden, damit es später dann auch falls mal was sein sollte, nachzuweisen was wurde am Patienten gemacht und was nicht, ne? Die Dokumentation spielt bei uns ja eigentlich ne ganz große Rolle, alles was am Patienten gemacht wird muss dokumentiert werden. Was nicht dokumentiert wird wurde nicht am Patienten
15 gemacht.

Interviewer: hmhm. Ähm eine Aufgabe der psychiatrischen Pflege ist ja die Mitwirkung bei der Behandlung der Patienten. Wie stellte sich diese pflegerische Mitarbeit vor den OPS dar?

Pfleger 3:Kotherapie haben wir gar nicht bei uns auf Station. Also wir haben
20 bei uns ja wirklich nur Therapieformen haben wir nur Ergotherapie nur, also da kommt der Ergotherapeut auf Station, denn haben wir die Musiktherapie, da kommt auch der Musiktherapeut auf Station und macht das mit den Patient zusammen. Dann Sporttherapie haben wir auch noch, da holt er sich die Patienten von uns hier im Prinzip ab. Das einzige was wir machen ist eigentlich
25 am Dienstag, das heißt wenn es personell, die Besetzung möglich ist, machen wir mit den Patienten kognitives Training. Also das ist das einzigste was wir an und für sich machen und ja. Ansonsten kotherapeutisch arbeiten wir in diesem Sinne nicht ne?

Interviewer: Und das Kognitive Training?

Pfleger 3: Naja klar, aber um kotherapeutisch arbeiten zu können brauch man ja ne spezielle Ausbildung und das hat hier keiner.

Interviewer: Ähm, wie wurden Sie die Patientenkontakte seitens der Pflege vor den OPS beschreiben?

5 Pfleger 3: Vor der OPS? Eigentlich genau das gleiche wie nach der OPS auch. Also der PatientenKontakt ist nicht anders geworden hier bei uns. Eigentlich gar nicht.

Interviewer: Aber wie würden Sie ihn beschreiben?

10 Pfleger 3: Den Patientenkontakt? hmpf- - Na wenn die mal Gespräche haben wollen kommen die natürlich zum Pflegepersonal ne? Dann spricht man mit denen und ansonsten suchen wir auch mal das Gespräch zu denen, wenn man merkt es geht ihm besonders schlecht ne? Ansonsten sind unsere Patienten auf unserer Station so dass sie meistens doch eher ihre Ruhe haben wollen also doch eher wenn man ihnen ein Gespräch anbieten möchte wollen die dat gar
15 nich ne? Meistens wollen die wirklich nur mal kurz an die frische Luft. Rauchen wollen unsere Patienten also es ist ja wirklich so das äh ja.

Interviewer: Ähm wie ist der Arbeitsalltag heute strukturiert?

20 Pfleger 3: genau wie das gleiche vorher auch. Wir machen vom Prinzip her seit der OPS Einführung nichts anders als vorher auch. Also das einzigste was sich eigentlich geändert hat ist vom Prinzip her die PsychPV Einstufung. Das war ja vorher in der Kurve nicht so zu sehen, also da gab es überhaupt keine Spalte für, also das ist in der neuen Kurve die kommt ja auch, da gibt's ne neue Spalte für PsychPV Einstufung das hat unser Arzt der ja in Zusammenarbeit mit der
25 Stationsleitung festlegen tut welche Einstufung der Patient erfolgen tut, weil das später in dem neuen Program ähm Clinixx quasi ja einpflegen müssen. Das ist eigentlich das einzigste was neu ist in der Kurve.

Interviewer: Ähm wie sieht es aus bei der Mitwirkung an der Behandlung der Patienten heute?

Pfleger 3: hat sich auch nichts geändert. Es hat sich eigentlich seit der Einführung dieses Programmes auf Station nichts geändert.

Interviewer: Also auch nicht im Bezug auf die OPS.

Pfleger 3: Ach sind wir jetzt bei den OPS? Na damit hat sich natürlich was
5 geändert. Natürlich ist das Mehrarbeit. Weil wir das ganze ja da machen, weil
wir das ja da ein pflegen sollen natürlich ist das Mehrarbeit ne? Also wir
müssen bei den Patienten ja ein pflegen wenn wir mit den Patienten im
Wachgarten waren, wir müssen ein pflegen wenn wir mit den Patienten
10 gesprochen haben, wenn wir den gewaschen haben, wenn wir den Patienten-
wenn wir nen längeren Verbandswechsel machen, eben alles was über
fünfundzwanzig Minuten ist soll ja ein gepflegt werden. Das ist natürlich ne
Mehrarbeit. Und generell. Das macht man nach den Patienten sonst konnte
man, hat man das in der Dokumentation hat man das dann eingetragen, jetzt
15 macht man muss man zusätzlich an Rechner gehen und das dann ein pflegen.
Also das Problem ist denke ich mal bei den Mitarbeitern erstmal so ein
Bewusstsein zu kriegen. Also ich denke mal, dass das sich einfach so
entwickelt das man einfach ein Bewusstsein dafür hat. Das man quasi alles was
man am Patienten macht dort ein pflegen tut ne? Also das ist denke ich mal das
20 womit sich die Leute auseinander setzen müssen und wenn man sich einiger
Maßen nachher auskennt mit dem das Programm, denn ist es ein Mehraufwand
der sich im Rahmen hält es ist natürlich schwierig an alles zu denken ne? Also
hier bei unsrer Station wir haben ja wie gesagt fixierte Patienten die eins zu
eins Betreuung haben, wir haben suizidgefährdete Patienten die eins zu eins
Betreuung haben, wir haben sturzgefährdete Patienten die eins zu eins
25 Betreuung haben und das ständig am Laufen zu halten in diesem
Clinixxprogramm, dass ist schon ganz schön anstrengend weil man wirklich an
die Kleinigkeiten denken muss, ne? Also man muss ja vom Prinzip her
wirklich jeden Tag gucken, also besonders ich jetzt als Stationsleitung ob das
alles ein gepflegt ist. Ist ja wichtig weil das quasi nachher später, soll das
30 irgendwie ein Kosten, ja soll es widerspiegeln ja. Und bis dahin muss das ja
laufen. Also wegen den Patientenkontakten hier sitzt jetzt keiner und stoppt die

Zeit. So soll das ja auch nicht sein, weil's ja momentan in der Testphase ist und es soll geguckt werden, ob es so nun funktioniert oder ob es nicht funktioniert und es wäre auch blödsinnig das Programm jetzt ja wie soll ich sagen zu bescheißen. Also wenn ich sage ok ich war jetzt fünfzehn Minuten am
5 Patienten ok ich bleib jetzt zehn Minuten länger hier oder das ist hier einfach nicht so. Dafür haben wir hier auch gar nicht die Zeit.

Interviewer: Haben sie sonst noch irgendwas, was sie zu dem Thema sagen möchten?

Pfleger 3: na jut ich weiß ja nun nich ob das ganze hier mit dem Programm
10 noch einfacher geht noch schwerer geht. Wir kennen nur dieses eine Programm. Es soll ja vom Prinzip her mehrere Programme geben womit man das. Da hat man natürlich nicht so den Vergleich. Das würde mich natürlich schon mal intressieren ein andres Programm zu sehen, wie pflegt man das da ein. Weil manche Sachen sind da schon relativ schwierig. Sachen allerdings die
15 uns eigentlich nicht betreffen, sondern eher nen Arzt, weil bei uns auf Station haben wir Intensivbehandlung, Regelbehandlung ist momentan einfach ein bisschen schwierig, das in dem Programm aufzunehmen ganz einfach. Wenn man etwas ausdrücke muss wird da viel gelöscht wenn man da drin ist oder um modelt die Periode und das ist dann schon ziemlich anstrengend und natürlich
20 das Pflegepersonal muss sich damit auch beschäftigen weil der Arzt alleine das einfach nicht überblicken kann das ist so das Problem und daran hapert's eben auch momentan und das ist eben auch richtig schwierig ne?

Interviewer: Also haben Sie eher organisatorische Schwierigkeiten.

Pfleger 3: genau, ich meine Natürlich ist es immer schwierig alles ein zugeben
25 alles ein zupflegen man vergisst ja auch mal was. Aber naja wie soll ich sagen? Weil das Bewusstsein dafür einfach noch fehlt. Wo man sagt ich dokumentier das und wenn das über fünfundzwanzig Minuten ist Clinixxprogramm mit auf zu machen, naja so ist es dann eben, das wird eben tatsächlich auch mal vergessen, weil's ja eben doch ne Mehrarbeit in dem Sinne ist ich mein wenn
30 man das Bewusstsein hat irgendwann, dann denkt man sich das gehört eben mit

dazu man macht es und dann ist es ein Mehraufwand der sich sicherlich in Grenzen hält ne? Aber naja Mehraufwand ist Mehraufwand ne? Ist ja schon Mehraufwand wenn man ständig dran denken muss ne? Joar das wär's dann von meiner Seite es sei denn sie haben noch irgendwelche Fragen.

5 Interviewer: Neh eigentlich nicht. Dann bedanke ich mich für das Interview.

Pfleger 3: Ach gerne.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.