



# **PKMS-Benchmark**

**Rheinland-Pfalz und Saarland**

17. November 2016



**Krankenhaus der  
Barmherzigen Brüder Trier**

# PKMS Benchmark

---

## Inhalt

1. Einleitung / Ausgangslage.....	5
2. Methodik.....	7
3. Ergebnisse.....	8
3.1 Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen .....	8
3.2 Fallstrukturdaten der Fälle mit und ohne PKMS .....	10
3.3 PKMS-Einführung.....	12
3.4 Mitarbeiterschulung und Mitarbeiterbegleitung.....	14
3.5 Veränderung der Pflegedokumentation.....	18
3.6 Verwendung der PKMS-Erlöse in den Einrichtungen .....	21
3.7 Im PKMS unzureichend abgebildete Patientengruppen .....	22
3.8 Abschließende Meinung zu PKMS.....	24
4. Diskussion .....	27
5. Fazit.....	30
Literaturverzeichnis.....	31
Kontakt .....	33



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beginn der Umsetzung von PKMS (Frage 1.6).....	12
Abbildung 2: Kodierung der verschiedenen PKMS-Altersstufen (Frage 1.7).....	13
Abbildung 3: Häufigkeit des Angebots von PKMS-Fortbildungen in den Einrichtungen (Frage 1.10).....	15
Abbildung 4: Organisatorische Anbindung der Mitarbeiter/innen zur PKMS-Begleitung (Frage 1.14).....	16
Abbildung 5: Veränderung der Dokumentation seit der Umsetzung von PKMS (Frage 3.1) .....	19
Abbildung 6: Verwendung der PKMS-Erlöse in den Einrichtungen (Frage 3.3) .....	21

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versorgungsstufe der Einrichtungen (Frage 1.2) .....	8
Tabelle 2: Trägerschaft der Einrichtungen (Frage 1.3) .....	9
Tabelle 3: Bettenanzahl der Einrichtungen (Frage 1.4) .....	9
Tabelle 4: Fallzahlen und PKMS-Fallzahlen (Frage 2.1 und 2.2).....	10
Tabelle 5: Berechnung des im Benchmark erfassten Erlösvolumens pro Klinik (Frage 2.2) .....	10
Tabelle 6: Anzahl und Verlauf der MDK-Prüfungen (Frage 2.4) .....	11
Tabelle 7: Struktur aller Fälle und der PKMS-Fälle (Frage 2.1 und 2.3) .....	11
Tabelle 8: Teilnahme von Mitarbeitern an PKMS-Fortbildungsveranstaltungen (Frage 1.8 und 1.9) .....	14
Tabelle 9: PKMS-Verantwortliche Mitarbeiter ohne Freistellung (Frage 1.11) .....	15
Tabelle 10: Freistellung von Mitarbeitern für PKMS (Frage 1.12) .....	16
Tabelle 11: Übersicht über den Zusammenhang von Stellenumfang der freigestellten Mitarbeiter, jeweiliger PKMS-Quote und Häufigkeit der internen Fortbildungen .....	17

## Abkürzungsverzeichnis

B	Befragte oder Befragter
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CMI	Case Mix Index = Fallschwere-Index
d.h.	das heißt
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
FAQ	Frequently Asked Questions = Häufig gestellte Fragen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level = Patientenbezogener Gesamtschweregrad
RLP	Rheinland-Pfalz
tgl.	täglich
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VK	Vollzeitkraft (100 % Arbeitsumfang)
VWD	Verweildauer
ZE	Zusatzentgelt

## 1. Einleitung / Ausgangslage

Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) hat sich seit seiner Einführung im Jahr 2010 neben diversen Komplexcodes als einer der pflegerisch direkt erlösrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel etabliert. Im Jahr 2014 wurden durch den PKMS über 291 Mio. Euro an hochaufwendiger Pflege durch die Kostenträger vergütet (vgl. Wieteck et al. 2016: 91). Damit kann die Relevanz des PKMS im Rahmen des Gesundheitssystems und für die Kliniken allgemein eingeschätzt werden: rein rechnerisch erzielt jede Klinik in Deutschland durchschnittlich durch den PKMS 147.000 € pro Jahr (291 Mio. / 1980 Kliniken, vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2015). In der Realität liegt die Streubreite zwischen Maximalversorgern, die mit PKMS Erlöse in Millionenhöhe erzielen, bis hin zu Kliniken, die den PKMS aus Skepsis, der mögliche Ertrag rechtfertige den Aufwand nicht, noch nicht eingeführt haben.

Die Einführung wie auch die tägliche Umsetzung des PKMS sind sowohl mit finanziellem, personellem als auch mit Schulungsaufwand verbunden. Darüber, wie hoch gerade der tägliche Dokumentationsaufwand ist und was dieser genau umfasst, gibt es unterschiedliche Ansichten. Der Dokumentationsaufwand stellt vor allem im Praxisfeld eine immer wiederkehrende Kritik am PKMS dar. Hierzu liegen bereits Untersuchungen vor, exemplarisch seien an dieser Stelle die Untersuchungen der AGKAMED (2013) und des DKI (siehe Blum et al. 2013) genannt, die einen täglichen Dokumentationsaufwand für PKMS pro Fall von 7,53 Minuten (AGKAMED) bzw. 24,7 Minuten (DKI) angeben. Obwohl die Zahlen deutlich differieren, liefern sie einen ersten Eindruck über den Dokumentationsaufwand für PKMS in der deutschen Kliniklandschaft, da Daten von mehreren Kliniken (AGKAMED: 24 Kliniken, DKI: 70 Kliniken) erhoben wurden. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von Untersuchungen, die die PKMS-Dokumentationszeiten einzelner Kliniken wiedergeben (siehe Übersicht unter: Recom 2016). Aus Sicht des Medizincontrollings spricht Hohmann (2013) sogar von einem Dokumentationsaufwand von circa 3 Minuten pro Tag und Fall, sofern „eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema, angemessene Schulungen, intensives Training und viel Kommunikation aller beteiligten Berufsgruppen, auch mit den Gutachtern des MDK“ (Hohmann 2013: 192) stattfindet. Diese genannten Voraussetzungen sind zweifellos sinnvoll, bedeuten jedoch einen quantitativen wie qualitativen personellen Aufwand, den eine Klinik bereit sein muss zu leisten und vorzufinanzieren. Zudem ist die Kommunikationsmöglichkeit mit dem MDK eingeschränkt, solange PKMS - so wie bislang in Rheinland-Pfalz – nicht „Inhouse“, sondern ausschließlich per Versand von Aktenkopien geprüft wird. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Kliniken – abhängig von einer Reihe unterschiedlicher individueller Faktoren und Ressourcen – Veränderungsprozesse wie die PKMS-Einführung und PKMS-Etablierung methodisch und orga-

# PKMS Benchmark

---

nisatorisch unterschiedlich gestalten und dabei unterschiedliche Ergebnisse erzielen. Das Heranziehen von Minutenangaben pro PKMS-Fall kann somit nur begrenzt als Vergleichsmaßstab für die eigene Klinik herangezogen werden.

Es stellt sich eine insgesamt unbefriedigende Datenlage dar, die als Diskussionsgrundlage im aktuellen politischen Prozess nur sehr bedingt tauglich ist. Dieser PKMS-Benchmark für Rheinland-Pfalz und das Saarland soll dazu beitragen, die Datenlage zumindest für diese Bundesländer zu verbessern, auch im Hinblick auf bisher kaum erhobene Strukturdaten sowie den durch Freistellungen direkt messbaren, *absoluten* personellen Aufwand der Kliniken.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission hat die Aufgabe, bis Ende 2017 Vorschläge für die Krankenhauslandschaft zu erarbeiten, wie die Abbildung von allgemeinen pflegerischen Leistungen im DRG-System bewerkstelligt werden kann (vgl. BMG 2014: 19f). Die Passgenauigkeit eines zukünftigen Abbildungssystems pflegerischer Tätigkeiten und Leistungen ist gerade für die Anwender in der Praxis eine entscheidende Stellgröße. Mit der Etablierung des PKMS – nicht etwa als pflegerisches Assessment oder ähnliches, sondern als reines Kalkulationsinstrument (vgl. Wieteck 2011) – wurden zunehmend betriebswirtschaftliche Faktoren direkt an das Patientenbett gebracht. Die grundsätzliche Gefahr besteht, „dass eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Dokumentation und dem realen Geschehen auf der Station entsteht (...), die Pflegenden [also] durch das Zusammenspiel von technischer Überwachung, standardisierter Dokumentation und ökonomischen Restriktionen gezwungen sind, Daten zu erheben, von denen sie wissen, dass sie weder den Gesundheitszustand des Patienten noch die eigene Tätigkeit abbilden“ (Manzei 2014: 236). Nicht nur der zeitliche Aufwand der konkreten Umsetzung der (PKMS-) Dokumentation ist daher hinsichtlich der Entwicklung nachfolgender und weiterführender Systematiken zu beachten, sondern auch die Aufhebung der durch Zeitmangel in der Entwicklungsphase bedingten methodischen Einschränkungen des PKMS (vgl. Wieteck 2012: 166f). Die dadurch entstandene Fokussierung des PKMS auf ausgewählte, da nicht vollständige (vgl. Wieteck 2011), rein funktionale Pflegehandlungen ohne Abbildungsmöglichkeit des gesamten pflegerischen Handlungsspektrum inklusive des pflegerischen Kernelements der Beziehungsarbeit (die nicht quantifizierbar und damit im bestehenden System nicht abbildbar ist) sorgen für eine begrenzte Akzeptanz des Kalkulationsinstruments PKMS in der pflegerischen Praxis.

Auf der betriebswirtschaftlichen Ebene ermöglicht der PKMS, ungeachtet dessen, die Abbildung der pflegerischen Versorgung hochaufwendiger Patienten im DRG-System und damit erstmals direkte Erlösrelevanz pflegerischen Aufwands. Der pflegerische Aufwand ist im DRG-System indirekt in den DRGs kalkuliert, was Nachteile mit sich bringt (vgl. ausführlich: Reifferscheid et al.

# PKMS Benchmark

---

2014: 13f). Die bisherigen Erfahrungen, Meinungen und Ansichten der Kliniken zu dem Themenkomplex PKMS sind daher auch von höchster Relevanz, um wertvolle Erkenntnisse und Anregungen für zukünftige Entwicklungen zu erhalten. Mit dem vorliegenden Benchmark soll ein Beitrag zu dieser Diskussion geleistet werden.

## 2. Methodik

Die Erhebung wurde mittels einer anonymisierten Online-Befragung mithilfe der Plattform [www.umfrageonline.com](http://www.umfrageonline.com) durchgeführt. In Form von standardisierten, geschlossenen Fragen wurden sowohl quantitative Daten, zum Beispiel hinsichtlich der Einrichtungs- und Patientenstruktur abgefragt, als auch qualitative Daten mittels offener Fragen, in denen die Befragten beispielsweise ihre Meinung zum PKMS per Freitext kundtun konnten.

Angeschrieben wurden insgesamt 102 Kliniken, die in den Krankenhausverzeichnissen für Rheinland-Pfalz und Saarland 2015 (vgl. DKG 2015, vgl. Saarländisches Krankenhausverzeichnis 2015) aufgeführt sind und basierend auf § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) grundsätzlich den PKMS anwenden könnten, d.h. rein psychiatrische Fachkliniken oder nicht bettenführende Tageskliniken jeder Art wurden ausgeklammert. Pro eingeschlossener Klinik wurde einmalig ein Befragungs-Link per E-Mail an den Pflegedirektor/die Pflegedirektorin, falls online nicht recherchierbar oder falls diese Position nicht besetzt war, an die entsprechenden Sekretariate versandt. In vereinzelt Fällen, in denen beide Informationen nicht vorlagen, wurde der Befragungs-Link an den kaufmännischen Direktor/die kaufmännische Direktorin oder an die allgemeine E-Mail-Adresse der Klinik geschickt. Die interne Weiterleitung des Link z.B. zu anderen Abteilungen war möglich, das Ausfüllen des Online-Fragebogen konnte jederzeit unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Der Online-Fragebogen (siehe Anhang) enthielt insgesamt 23 Fragen. Die Fragen konnten einzeln beantwortet werden. Unterbrochene Fragebögen konnten später an gleicher Stelle fortgesetzt werden. Gerade in Bezug auf Controlling-Daten wie die Patientenstruktur oder die Anzahl der PKMS-Fälle wurden die Fragen sehr selektiv beantwortet. Daher ergibt sich für fast jede Frage eine eigene Grundgesamtheit für die Prozentuierung. Die Grundgesamtheit wird aus diesem Grund für jede Frage separat ausgewiesen. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 21. Dezember 2015 bis zum 18. Februar 2016. Eine Erinnerungs-E-Mail wurde Mitte Januar 2016 verschickt. Die Teilnahme von Kliniken, die den PKMS nicht eingeführt haben, war ausdrücklich erwünscht. Erfasst bzw. abgefragt wurden die Daten des 1. Halbjahres 2015, um eine bestmögliche Validität der abgefragten Daten, insbesondere der Controlling-Daten, zu erreichen. Den-

# PKMS Benchmark

---

noch befanden sich auch zu diesem Zeitpunkt der Befragung noch einige PKMS-Fälle in einer laufenden MDK-Prüfung.

Insgesamt haben sich 57 von 102 Kliniken an der Befragung beteiligt, das entspricht einer Teilnahmequote von 55,9 %. Die angeschriebenen Kliniken aus dem Saarland beteiligten sich zu 63,6 % (14 von 22), die aus Rheinland-Pfalz zu 50,6 % (39 von 77), wobei vier Kliniken keine Angabe zum Bundesland machten.

## 3. Ergebnisse

Die Ergebnisse der durchgeführten Befragung sind im Folgenden dargestellt, um eine Vergleichs- und Einordnungsmöglichkeit im Sinne eines Benchmarks zu bieten. Aus den vorliegenden Daten wurden einige Berechnungen angestellt, die die Verortung der eigenen Klinik innerhalb des Benchmarks erleichtern sollen.

### 3.1. Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen

Die Beteiligung an der Befragung war über die Versorgungsstufen der Kliniken hinweg zufriedenstellend, so dass keine Klinik aufgrund ihrer Versorgungsstufe oder anderer angegebener Daten identifiziert werden könnte und die Anonymisierung sichergestellt ist.

Versorgungsstufe der Einrichtungen	Anzahl
Grundversorgung	13
Regelversorgung	19
Fachkrankenhaus	5
Schwerpunktversorgung	12
Maximalversorgung	5
Keine Angabe	3
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>

Tabelle 1: Versorgungsstufe der Einrichtungen (Frage 1.2)



# PKMS Benchmark

---

Der überwiegende Anteil der teilnehmenden Einrichtungen befindet sich in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, des Weiteren hat sich eine Privatklinik beteiligt.

Trägerschaft der Einrichtungen	Anzahl
Öffentlich	18
Frei-Gemeinnützig	36
Privat	1
Keine Angabe	2
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>

Tabelle 2: Trägerschaft der Einrichtungen (Frage 1.3)

Hinsichtlich der Einrichtungsgröße spiegelt sich die Grundstruktur der Kliniklandschaft in Rheinland-Pfalz und dem Saarland wider. Gut 70 % der teilnehmenden Kliniken verfügen über höchstens 500 Betten.

Bettenanzahl der Einrichtungen	Anzahl
Bis 250 Betten	22
250 – 500 Betten	18
500 – 750 Betten	9
Mehr als 750 Betten	6
Keine Angabe	2
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>

Tabelle 3: Bettenanzahl der Einrichtungen (Frage 1.4)



# PKMS Benchmark

## 3.2. Fallstrukturdaten der Fälle mit und ohne PKMS

Die Fallstruktur in Bezug auf Controlling-relevante Werte aller Fälle und der PKMS-Fälle wurde in den Fragen 2.1 bis 2.4 abgefragt. Die Beteiligung an diesem Teil der Befragung war mit höchstens 26 Einrichtungen geringer als bei den übrigen Fragen, jedoch ausreichend für eine aussagekräftige Betrachtung der Mittelwerte.

Insgesamt konnten 173.763 Fälle in 25 Einrichtungen erfasst werden, von denen in 2.664 Fällen der PKMS kodiert wurde. Dies entspricht einer durchschnittlichen Quote der PKMS-Verschlüsselungen von 1,53 %.

	Alle Fälle	PKMS-Fälle	Durchschnittliche Quote	N
Fallzahl	173.763	2.664	1,53 %	25

Tabelle 4: Fallzahlen und PKMS-Fallzahlen (Frage 2.1 und 2.2)

Insgesamt wurden im 1. Halbjahr 2015 mit den 2.664 PKMS-Fällen, die von den teilnehmenden Einrichtungen verschlüsselt wurden, über 3,3 Mio. € im System bewegt. Das entspricht einem durchschnittlichen Erlös durch PKMS von über 134.000 € pro Klinik.

	Fälle mit ZE01	Fälle mit ZE02	Rechnerisches Erlösvolumen	Durchschnittlicher Erlös pro Klinik (n = 25)
Anzahl / Erlös	2.269	395	3.360.251,75 €	134.410,07 €

Tabelle 5: Berechnung des im Benchmark erfassten Erlösvolumens pro Klinik (Frage 2.2)

\*Zusatzentgelte Stand 2015: ZE01 = 1091,70 €, ZE02 = 2235,91 €

Die Darstellung der durch den MDK geprüften PKMS-Fälle zeigt eine durchschnittliche Prüfquote von 28,4 % über beide beteiligten Bundesländer hinweg. Die durchschnittliche Prüfquote in den rheinland-pfälzischen Kliniken liegt bei 29,9 % (17), die Prüfquote der saarländischen Kliniken bei 27,2 % (6). Die Quote der positiv entschiedenen Gutachten liegt in Rheinland-Pfalz bei 62,1 %, im Saarland bei 84,9 %.

# PKMS Benchmark

MDK-Prüfungen von PKMS-Fällen	Anzahl	In Prozent	N Kliniken, die beide Fragen beantwortet haben
PKMS-Fälle	2.584		23
Prüfung durch MDK	757	29,3 %	23
davon mit positivem Gutachten	508*	67,1 %*	23
davon mit negativem Gutachten	171*	22,6 %*	23
davon Widerspruch eingelegt in Relation zu neg. Gutachten	46	6,1 % 26,9 %	21

Tabelle 6: Anzahl und Verlauf der MDK-Prüfungen (Frage 2.4)

\* Differenz zu 757 bzw. 100 % → bis zum Erhebungsdatum noch nicht entschiedene Fälle, die sich in der MDK-Prüfung befinden („offene Fälle“ → 78 = 10,3 %).

Darüber hinaus zeigt der Vergleich einzelner Kennzahlen aller Fälle und der PKMS-Fälle, dass PKMS-Patienten deutlich älter sind, einen deutlich höheren CMI und PCCL und eine deutlich längere mittlere Verweildauer sowie eine deutlich längere mittlere Katalog-Verweildauer aufweisen, wie es bereits Daten der Universitätsklinik Bonn angedeutet haben (vgl. Tuschy/Loibl/Krug/Pröbstl 2015: 352).

Strukturdaten	Alle Fälle	PKMS-Fälle	Differenz in Prozent	N alle Fälle / N PKMS-Fälle
CMI	0,967	2,717	+ 180 %	23 / 22
Mittlere PCCL	1,021	3,029	+ 196 %	19 / 19
Mittlere VWD	6,84	19,56	+ 185 %	25 / 25
Mittlere Katalog-VWD	6,40	12,36	+ 93 %	24 / 23
Durchschnittliches Alter	58,5	78,4	+ 34 %	25 / 25

Tabelle 7: Struktur aller Fälle und der PKMS-Fälle (Frage 2.1 und 2.3)

# PKMS Benchmark

## 3.3. PKMS-Einführung

Die Frage 1.5, ob der PKMS in der Einrichtung eingeführt ist, war als Pflichtfrage deklariert. Wurde diese mit *Nein* beantwortet, wurde der weitere Fragebogen übersprungen und der Befragte zur letzten Frage geleitet, in der der Hintergrund der Nicht-Einführung im Freitext erläutert werden konnte. Von dieser Option machten drei Einrichtungen Gebrauch: In 94,7 % der befragten Einrichtungen ist der PKMS implementiert.

Die zweite Frage im Kapitel „Einführung, Schulung und Begleitung“ bezieht sich auf den Zeitpunkt der Umsetzung der PKMS-Dokumentation in den jeweiligen Einrichtungen. Von den 54 Kliniken, die die Frage 1.5 mit „Ja“ beantwortet haben, haben bereits 26,9 % die PKMS-Dokumentation im Jahr 2010 umgesetzt. Weitere 28,8 % folgten 2011, fast ein Drittel der teilnehmenden Einrichtungen (30,7 %) implementierten die Dokumentation zu Beginn der Erlösrelevanz im Jahr 2012. Im Jahr 2013 führten 9,6 % der Einrichtungen PKMS ein, im Jahr 2014 folgen weitere 3,8%. Keine Einrichtung hat den PKMS im Jahr 2015 bis zum Zeitpunkt der Befragung im ersten Quartal 2015 eingeführt, weitere zwei Einrichtungen machten zu dieser Frage keine Angabe. Über die Hälfte der Befragten haben den PKMS also bereits in der nicht vergütungsrelevanten InEK-Kalkulationsphase eingeführt.

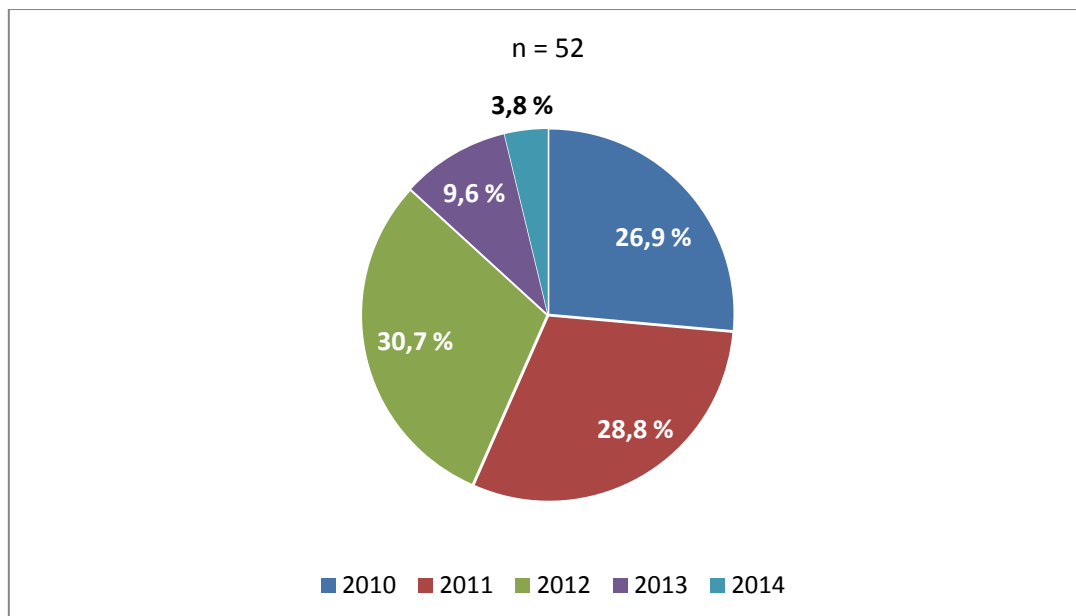


Abbildung 1: Beginn der Umsetzung von PKMS (Frage 1.6)

# PKMS Benchmark

Über 86 % der befragten Einrichtungen haben den PKMS bis einschließlich 2012 implementiert, lediglich 14 % zu einem späteren Zeitpunkt.

Von den vorhandenen drei altersabhängigen PKMS-Verschlüsselungsmöglichkeiten verschlüsseln alle 52 Befragten, die diese Frage beantwortet haben, den PKMS-E (OPS 9-200, ab dem 19. Lebensjahr). Zusätzlich verschlüsseln 21,2 % den PKMS-J (OPS-9-201, 7.-18. Lebensjahr) und 17,3 % den PKMS-K (OPS 9-202, 2.-6. Lebensjahr).

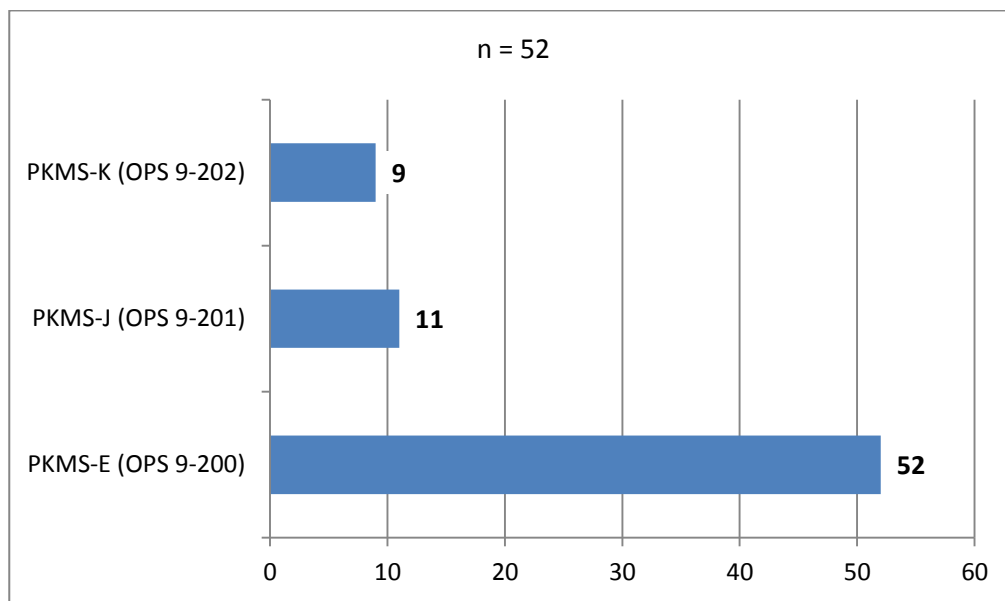


Abbildung 2: Kodierung der verschiedenen PKMS-Altersstufen (Frage 1.7)

Grundsätzlich kann jede Klinik, auch ohne Kinder- oder Jugend-medizinische Abteilung, bei entsprechendem Patientenalter die entsprechende OPS kodieren. In diesem Zusammenhang wurde innerhalb der Strukturdatenabfrage nicht erhoben, welche teilnehmenden Kliniken über entsprechende Abteilungen mit Kindern und Jugendlichen verfügen, so dass teilweise eine punktuelle Kodierung der OPS 201 und 202 möglich ist. Innerhalb des Gesamtsystems PKMS machten die Erlöse mit PKMS-J und PKMS-K im Jahr 2014 lediglich circa 2,4 % (7 Mio. von 291 Mio. €) aus (vgl. Wietek et al. 2016: 91).

## 3.4. Mitarbeiterschulung und Mitarbeiterbegleitung

Bei der Frage nach der Teilnahme der Mitarbeiter an externen PKMS - Fortbildungen, PKMS - Tagungen oder PKMS - Kongressen antworteten 90,6% der befragten Einrichtungen mit *Ja*. Interne Fortbildungsveranstaltungen führen alle Kliniken, die diese Frage beantwortet haben, durch.

Teilnahme an PKMS-Fortbildungen	Anzahl	In Prozent	N
Teilnahme an externen PKMS-Fortbildungen / - Tagungen / -Kongressen	48	90,6 %	53
Angebot interner PKMS-Fortbildungen	53	100 %	53

Tabelle 8: Teilnahme von Mitarbeitern an PKMS-Fortbildungsveranstaltungen (Frage 1.8 und 1.9)

52 der befragten Teilnehmenden gaben an, wie häufig sie interne Fortbildungen anbieten. Vorgegebene Antwortoptionen waren „*Monatlich*“, „*Quartalsweise*“, „*Halbjährlich*“, „*Jährlich*“ sowie „*Andere*“, ergänzend konnte ein Freitextfeld genutzt werden. Die Ergebnisse weisen eine große Spannweite innerhalb der Befragungsteilnehmenden auf:

16% der befragten Einrichtungen bieten ihren Mitarbeitern monatlich Fortbildungen zum Thema PKMS an. In 17% der Kliniken werden quartalsweise Fortbildungen durchgeführt, im halbjährlichen Intervall ist dies in 21% der Einrichtungen der Fall. Knapp  $\frac{1}{4}$  der Befragten bieten im jährlichen Intervall PKMS-Fortbildungen an, weitere 23% gaben „*Andere*“ Fortbildungsangebote an, z.B. auf Nachfrage, bei Bedarf oder in Kleingruppen, Stationsteam-bezogen oder einzeln.

# PKMS Benchmark

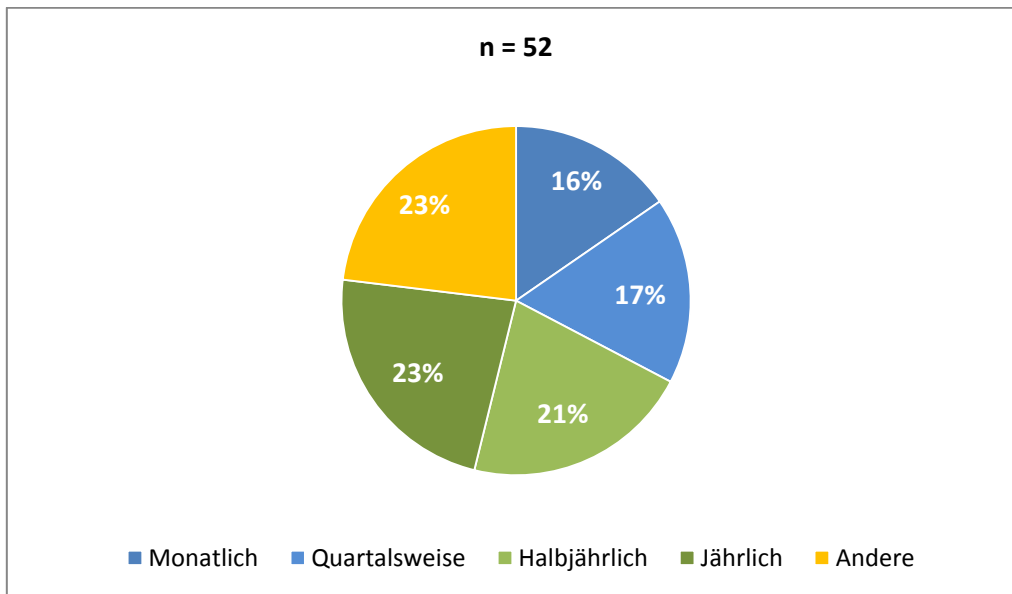


Abbildung 3: Häufigkeit des Angebots von PKMS-Fortbildungen in den Einrichtungen (Frage 1.10)

Korrelationen zu Strukturdaten wie z.B. Klinikgröße oder dem Zeitpunkt der Einführung von PKMS lassen sich hierbei nicht finden: die Schulungsintervalle größerer wie kleinerer Kliniken sind höchst unterschiedlich, ebenso lassen sich nur wenige Rückschlüsse zum Jahr der PKMS-Einführung ziehen; diejenigen Kliniken, die PKMS nach 2012 implementiert haben, bieten nicht häufiger entsprechende Fortbildungen an als Kliniken, die PKMS bereits bis 2012 eingeführt haben.

Die Frage 1.11 eruiert, ob für PKMS verantwortliche Mitarbeiter/innen in den Stationen benannt sind, dazu machten 51 Einrichtungen Angaben. Präzisiert wurde die Frage durch den Zusatz „*Ohne direkte Freistellung, bspw. im Sinne eines Multiplikators*“. Hiermit wurden Pflegekräfte erfasst, die PKMS innerhalb ihres regulären Aufgabenprofils auf den Stationen bearbeiten und ggf. als Multiplikator für ihre Station oder Schicht agieren. Von insgesamt 51 Einrichtungen wurden in 38 verantwortliche Mitarbeiter für den PKMS auf den Stationen benannt, in 13 Einrichtungen ist dies nicht der Fall.

PKMS-Verantwortliche Mitarbeiter ohne Freistellung	Anzahl	In Prozent
Verantwortliche Mitarbeiter (ohne Freistellung) benannt	38	74,5 %
Keine verantwortlichen Mitarbeiter (ohne Freistellung) benannt	13	25,5 %
Gesamt	51	100 %

Tabelle 9: PKMS-Verantwortliche Mitarbeiter ohne Freistellung (Frage 1.11)

# PKMS Benchmark

Die Frage nach der Freistellung von Mitarbeitern zur PKMS-Begleitung wurde erläuternd mit dem Zusatz „Bspw. Stationsübergreifend oder für die gesamte Einrichtung“ ergänzt. Von insgesamt 51 Einrichtungen werden in 61,5 % der Kliniken Mitarbeitende zur Begleitung des PKMS freigestellt, in 38,5 % Einrichtungen ist dies nicht der Fall.

Freistellung von Mitarbeitern für PKMS	Anzahl	In Prozent
Kliniken mit für PKMS freigestellte Mitarbeiter	31	61,5 %
Kliniken ohne für PKMS freigestellte Mitarbeiter	20	38,5 %
Gesamt	51	100 %

Tabelle 10: Freistellung von Mitarbeitern für PKMS (Frage 1.12)

Weiterhin wurden die Teilnehmer gebeten, die organisatorische Anbindung der freigestellten Mitarbeiter im Sinne eines Organigramms anzugeben. In den 31 Einrichtungen (n = 32, da eine Klinik in zwei Bereichen Mitarbeiter freigestellt), in denen Mitarbeiter zur PKMS-Begleitung freigestellt sind, sind diese in 26 Kliniken organisatorisch der Pflegedirektion angegliedert. In 3 Einrichtungen sind sie im Pflegedienst auf der Stationsebene angebunden, in weiteren 3 Kliniken sind sie dem Medizin-Controlling zugeordnet.

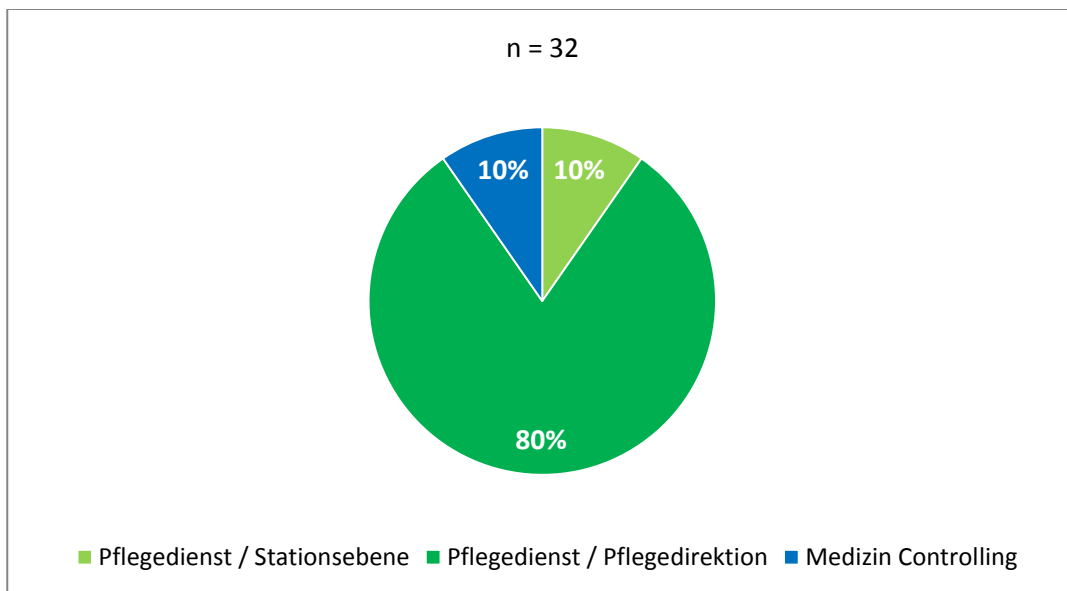


Abbildung 4: Organisatorische Anbindung der Mitarbeiter/innen zur PKMS-Begleitung (Frage 1.14)

Der Umfang der Freistellung erreicht eine Spanne zwischen von 0,2 bis hin zu 2,0 VK. Zur groben Einordnung eines möglichen Effekts für PKMS freigestellter Mitarbeiter wurden die jeweiligen



# PKMS Benchmark

PKMS-Quoten derjenigen Einrichtungen errechnet, die neben dieser Frage auch die Fragen nach den Fallzahlen beantwortet haben.

	Kliniken, die die Fragen nach Freistellung <u>und</u> Fallzahlen beantwortet haben	Durchschnittliche PKMS-Quote	Häufigkeit der internen PKMS-Fortbildungen (M   Q   HJ   J   Ind.)
Für PKMS freigestellte Mitarbeiter	21	--	5   3   5   3   4
davon mit 0,2 VK	4	1,32 %	1   0   3   3   0
davon mit 0,25 VK	3		
davon mit 0,5 VK	9	1,44 %	2   2   1   0   4
davon mit 1,0 VK	4	1,80 %	2   1   1   0   0
davon mit 1,5 VK	1	Zu geringes N für anonyme Auswertung	0   0   1   0   0
davon mit 1,75 VK			
davon mit 2,0 VK			

**Tabelle 11: Übersicht über den Zusammenhang von Stellenumfang der freigestellten Mitarbeiter, jeweiliger PKMS-Quote und Häufigkeit der internen Fortbildungen**

\*Abkürzungen: M = Monatlich, Q = Quartalsweise, HJ = Halbjährlich, J = Jährlich, Ind. = Individuell (z.B. Teamschulung oder bei Bedarf)

Zur Wahrung der Anonymität der Einrichtungen wurden die Einrichtungen mit 0,2 und 0,25 VK zusammen ausgewertet, um eventuelle Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen zu vermeiden. Aus demselben Grund konnte eine Auswertung der Freistellungen mit 1,5 / 1,75 / 2 VK auch zusammengefasst nicht erfolgen.

Ein Vergleich zu denjenigen Einrichtungen, die keine Mitarbeiter freigestellt haben, ist leider nicht möglich, da entweder die Frage nach der Freistellung oder die Fragen nach den Fallzahlen nicht beantwortet wurden. Einziger Anhaltspunkt: die PKMS-Quote der vier Einrichtungen, die keine Angabe zu freigestellten Mitarbeitern machten, aber die Fallzahlen angaben, liegt bei 1,61 %. Da die Frage nach freigestellten Mitarbeitern ohne Angabe blieb, ist unklar, ob tatsächlich keine Mitarbeiter freigestellt sind oder die Frage einfach nicht beantwortet wurde. Daher kann die angegebene Quote nur als grober Anhaltspunkt dienen.

Insgesamt stellen die 31 an dieser Frage teilnehmenden Einrichtungen **21,05** Vollzeitstellen für die Begleitung von PKMS frei. 19 der befragten Kliniken verfügen sowohl über verantwortliche Mitarbeiter auf den Stationen als auch über Mitarbeiter/innen, die für PKMS freigestellt sind.

## 3.5. Veränderung der Pflegedokumentation

Die Frage, ob sich nach Meinung der Befragten seit der PKMS-Umsetzung spürbare Veränderungen bezüglich der Pflegedokumentation in der Einrichtung ergeben haben, wurde anhand der unterschiedlichen Dokumente der Dokumentation abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von verschiedenen Graden der Veränderung („*sehr deutlich*“ bis „*keine*“), eine Verschlechterung der Dokumentation konnte neben der Option „*kann ich nicht beurteilen*“ ebenfalls angegeben werden. Methodisch ist anzumerken, dass nicht nach einer Verbesserung, sondern lediglich nach einer Veränderung der Dokumentation gefragt wurde, obwohl die Option „*verschlechtert*“ parallel anwählbar war. Somit kann eine mit der Frage nach Veränderung implizierte Verbesserung der Dokumentation nicht klar nachgewiesen werden. Die in Frage 3.2 abgegebenen Freitext-Antworten lassen jedoch größtenteils darauf schließen, dass „Veränderung“ von vielen Befragten als „Verbesserung“ verstanden oder interpretiert wurde.

Zu den Veränderungen der Pflegedokumentation wurden verschiedene Teilbereiche abgefragt. Hinsichtlich der Pflegeanamnese, der Assessments sowie der Pflegeplanung gibt die Mehrzahl der Befragten eine geringe bis keine Veränderung im Zuge der PKMS-Umsetzung an. Im Bereich des Pflegeberichts, der Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen sowie den Zusatzdokumenten geben 64,3 % bis 76,7 % der Befragten eine „*sehr deutliche*“ bis „*überwiegende Veränderung*“ an.

Sechs Einrichtungen verzeichneten bei allen abgefragten Teilaspekten der Dokumentation eine „*sehr deutliche*“ oder „*überwiegende Veränderung*“. Eine Einrichtung gab an, in keinem der Teilbereiche eine „*überwiegende*“ oder „*sehr deutliche*“ Veränderung der Dokumentation festzustellen, alle weiteren Befragten konnten dies in mindestens einem Teilbereich der Dokumentation bestätigen. Die Streubreite innerhalb der Antworten der einzelnen Befragten reicht teilweise von „*sehr deutlich*“ bis „*keine*“, was darauf hindeutet, dass einige Einrichtungen lediglich in Teilbereichen wie den Zusatzdokumenten oder der Dokumentation durchgeführter Pflegemaßnahmen Veränderungsbedarf sahen, in Punkten wie bspw. der Pflegeanamnese jedoch nicht.

# PKMS Benchmark

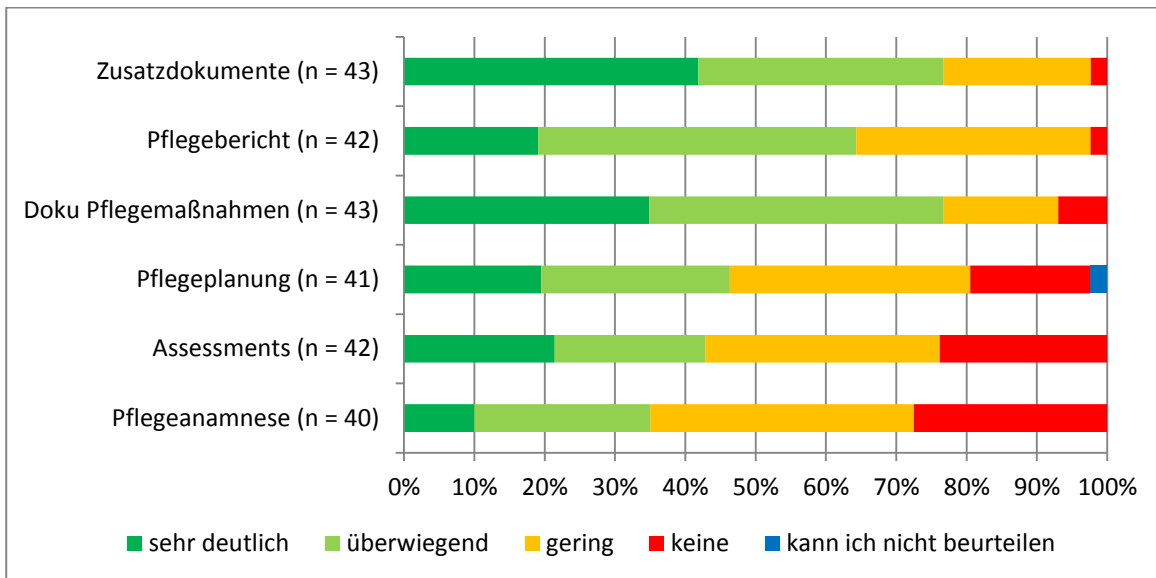


Abbildung 5: Veränderung der Dokumentation seit der Umsetzung von PKMS (Frage 3.1)

Die ergänzenden Freitexte der Frage 3.2 „Welche Veränderungen in der Dokumentation konnten Sie erkennen?“ zeigen, dass die Veränderungen der Dokumentation mancherorts möglicherweise eher „MDK-induziert“ waren und eher auf eine formal korrekte und MDK-kompatible PKMS-Dokumentation abzielen. Einige Aussagen wie:

- „PKMS-Inhalte sind in der Doku direkt abgebildet, farbige Markierungen speziell für PKMS in der Dokumentation vorhanden. Inhalte in der Pflegedokumentation wurden für PKMS angepasst; Pflegedokumentation wird jährlich überprüft nach neuen PKMS-relevanten Inhalten.“ (Auszug B 45)
- „Tendenziell orientiert sich die Dokumentation stärker an den Defiziten bzw. Pflegeproblemen der Patienten. Es wurde notwendig, bereits vorhandene Dokumentationsstandards zu spezifizieren, nicht zuletzt auch aufgrund der Anforderungen des MDK.“ (Auszug B 14)
- „Die Dokumentation wurde überwiegend an den PKMS-Kriterien orientiert, ergänzt und erweitert.“ (Auszug B 15)
- „Speziell bei PKMS-Patienten erfolgt häufiger (täglich!) eine oder auch mehrere Beschreibungen aus der Krankenbeobachtung, wobei vor allem auf die Anforderungen aus PKMS eingegangen werden. ... Deutlich wurde, dass unsere normale, alltägliche Dokumentation

# PKMS Benchmark

---

völlig unzureichend ist und es bis heute viel Führung und Beratung bedarf, um PKMS-konform zu dokumentieren.“ (Auszug B 52)

- „Spezifische Elemente der schriftlichen Dokumentation auf die PKMS zugeschnitten werden zielgerichtet genutzt und ausgefüllt. Nach Anleitung.“ (Auszug B 23)
- „Die Dokumentation ist gezielter auf PKMS-Patienten ausgerichtet. Minimaler Mehraufwand in der Dokumentation.“ (Auszug B 8)
- „Die Zusatzdokumente Ernährungs- u. Trinkplan und Ausscheidungsdokumentation mussten erweitert werden. Die Pflegeberichtsdokumentation hat sich gering verändert, da der MDK hier eine deutliche Dokumentation des Hilfebedarfs einfordert.“ (Auszug B 51)
- „Eine leichte Verbesserung des Pflegeberichtes in Richtung defizitorientiert...wie vom MDK gewünscht. ... eine Orientierung an der PKMS-Sprache beginnt sich durchzusetzen“ (Auszug B 55).
- „Änderungen im Sinne des PKMS → z.B. Beleg von Häufigkeiten“ (Auszug B 56)

deuten darauf hin, dass das Ziel der Anpassung der Dokumentation vor allem der Erreichung von PKMS-Konformität und MDK-Akzeptanz lag. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass der PKMS keine Handlungsleitung anbieten kann und will. Daher ist eine Orientierung der Pflegedokumentation und möglicherweise auch der pflegerischen Handlungen an den im PKMS vorgeschriebenen Maßnahmen höchst problematisch. Andere Angaben wie beispielsweise

- „Evaluation deutlich verbessert, strukturierte Statuserhebung eingeführt.“ (Auszug B 9)
- „Deutliche Verbesserung im Bereich Dokumentation des Pflegeberichts.“ (Auszug B 11)
- „Im Verlauf sind die Auswirkungen der Interventionen dokumentiert. Eine Qualitätssteigerung!“ (Auszug B 16)
- „Gezielte Dokumentation von Pflegeproblemen, bessere Beobachtung des Patienten und Informationsweitergabe an andere Berufsgruppen. Systematische Identifikation entsprechender Patienten hat sich verbessert, häufigere Nutzung der Formulare bei Nicht-PKMS-Patienten.“ (Auszug B 21)
- „Die Qualität und Plausibilität der Dokumentation hat sich insgesamt positiv verändert.“ (Auszug B 1)
- „Bewusstsein für die Bedeutung der Dokumentation auf verschiedenen Ebenen hat sich erhöht.“ (Auszug B 6)
- „Verbesserte, zielgerichtete und patientenorientierte Dokumentation seit Einführung und Begleitung des PKMS.“ (Auszug B 17)



# PKMS Benchmark

- „Die Dokumentation erfolgt differenzierter und exakter. Ein anderes Bewusstsein der Notwendigkeit der Dokumentation wächst langsam.“ (Auszug B 3)
- „Ausführliche Beschreibung des Pflegeverlaufes, höhere Nachvollziehbarkeit.“ (Auszug B 2)

lassen im Ergebnis eher qualitative Verbesserungen der Dokumentation, die in der Praxis eine spürbare Erhöhung von Nachvollziehbarkeit und eine verbesserte Informationsweitergabe erbringen, erahnen. Diese qualitativen Verbesserungen der Dokumentation wurden offenbar durch die PKMS-Einführung angestoßen.

## 3.6. Verwendung der PKMS-Erlöse in den Einrichtungen

Die Frage, ob die erwirtschafteten Erlöse aus den PKMS Zusatzentgelten in die Refinanzierung von Pflegepersonal fließen, beantworteten 43 der befragten Teilnehmenden mit folgenden Ergebnissen: Bei 40% der befragten Einrichtungen fließen die Erlöse in unterschiedlichem Ausmaß in die Refinanzierung von Pflegepersonal: In 19% wird angegeben, dass die Erlöse in vollem Umfang in das Pflegebudget zur Refinanzierung von Pflegepersonal fließen; 9% der Einrichtungen beschreiben, dass die Erlöse in überwiegendem Umfang zur Refinanzierung von Pflegestellen genutzt werden. Bei 12 % der Einrichtungen werden die erwirtschafteten Erlöse teilweise zur Refinanzierung von pflegerischem Personal verwendet. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass hingegen knapp ein Drittel der Befragten angeben, die Erlöse nicht zur Refinanzierung von pflegerischem Personal zu nutzen. 28% der befragten Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland können nicht beurteilen, ob die Erlöse in die Refinanzierung fließen.

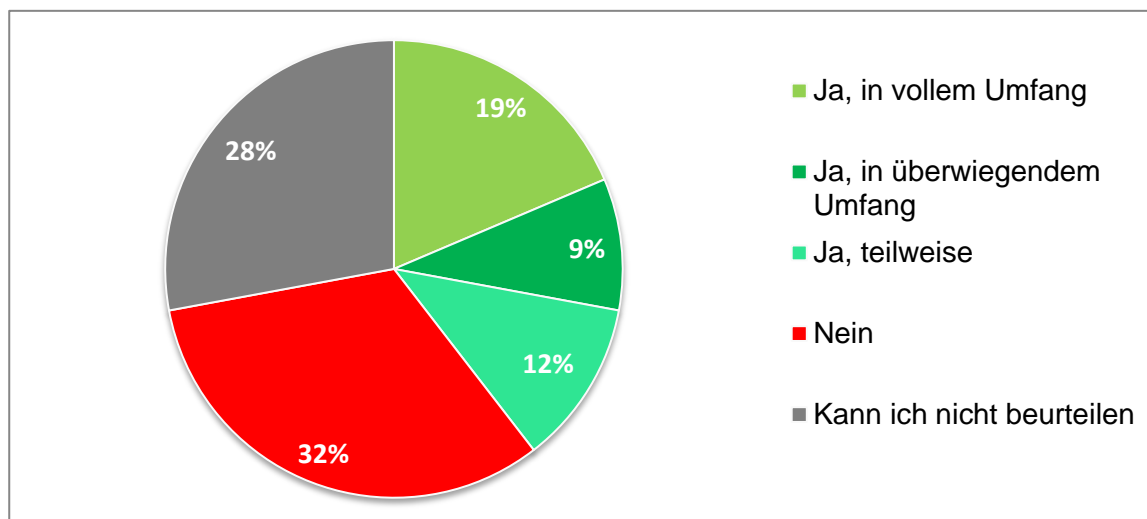


Abbildung 6: Verwendung der PKMS-Erlöse in den Einrichtungen (Frage 3.3)

## 3.7. Im PKMS unzureichend abgebildete Patientengruppen

Der Fragebogen des PKMS-Benchmark in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland bietet den Teilnehmenden neben den rein quantitativen Angaben die Möglichkeit, ihre Standpunkte zu bestimmten Fragestellungen zu äußern:

Die Frage 3.4 des Online-Fragebogens lautete: „*Welche pflegerisch hochaufwendigen Patientengruppen finden sich Ihrer Meinung nach nicht oder unzureichend in der PKMS Systematik wieder?*“

Insgesamt 27 der befragten Einrichtungen äußerte sich zu oben genannter Frage. Dabei wird deutlich, dass lediglich eine Einrichtung angibt, „*alle wichtigen Patientengruppen [seien] mit der Umstellung der neuen Dokumentationsbögen und der Zusammenarbeit des Qualitätsmanagements abgebildet.*“ (Auszug B 44) Die übrigen Antworten geben eine Vielzahl von nicht oder unzureichend abgebildeten Patientengruppen an. Zur besseren Übersichtlichkeit werden aus den vielfältigen Angaben vier Patientenobergruppen gebildet:

### 1. Kognitiv eingeschränkte Patientengruppe

Die am häufigsten genannte Gruppe ist die der **demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten**, die nicht in ausreichendem Umfang abgebildet seien. Es wird insbesondere auf demenziell Erkrankte hingewiesen, die Lauffähigkeiten haben oder mobil seien, „*von denen es immer mehr in den Krankenhäusern gibt*“ (Auszug B 52). Zudem lasse sich „*der sehr hohe Betreuungsaufwand, der NICHT im Bereich von „handwerklichen pflegerischen Verrichtungen“ liegt, (...) nur sehr schwer abbilden*“ (Auszug aus B 20). Insbesondere die Leistungsbereiche Ernährung und Lagern / Mobilisation / Sicherheit seien nach Meinung der befragten Einrichtung 3 zum Teil nicht ausreichend für Demenzerkrankte wiedergegeben, da die Maßnahmen „*sehr häufig tagesformabhängig, jedoch immer hochaufwendig [sind]*“. Eine weitere genannte Patientengruppe sind **Patientinnen und Patienten mit fehlender Compliance**, die nach Ansicht der Einrichtung 6 keine Berücksichtigung finden. Weiterhin wird mehrfach die Patientengruppe der **unruhigen Patientinnen und Patienten** wie bspw. delirante Patienten oder „*Mobile Patienten mit kognitiven Einschränkungen und hohem zeitlichen Betreuungsaufwand*“ (Auszug B 4) genannt.

### 2. Patientengruppe mit hochkomplexen Pflegebedarfen

Unter dieser Gruppe sind Patientinnen und Patienten zusammengefasst, die aufgrund unterschiedlicher Ursachen körperlich wie seelisch sehr geschwächt sind und folglich vielfältige sowie äußerst komplexe Pflegebedarfe aufweisen. Die befragten Einrichtungen beschreiben, dass sich **Palliativ-**

# PKMS Benchmark

---

**patientinnen und –patienten** nicht oder nur unzureichend in der PKMS Systematik wiederfinden. „*Palliative Care, dabei handelt es sich um Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Palliativ Care berücksichtigt die aktuelle körperliche, seelische, soziale und spirituelle Situation und die daraus folgenden Bedürfnisse, die nicht umfänglich in der PKMS Systematik umsetzbar sind.*“ (Auszug B 1). Bei dieser Patientengruppe könne laut B 3 „*zum Beispiel nie die Punktzahl für das Anreichen von Getränken und Nahrungsmitteln erreicht werden, da die Patienten häufig nicht mehr die geforderten Mengen (z.B. Trinkmenge) zu sich nehmen können.*“ Weiterhin seien **Patientinnen und Patienten mit stark beeinträchtigtem Allgemeinzustand**, die jedoch orientiert sind, nicht optimal darzustellen. Zudem wird sehr häufig die Gruppe der **onkologischen Patientinnen und Patienten** und auch die der **präfinalen Patientinnen und Patienten** genannt, sowie Patientinnen und Patienten, die an einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (**COPD**) leiden.

### 3. Patientengruppe mit spezifischen Pflegebedarfen

Die befragten Einrichtungen sind zudem der Ansicht, dass sich **Patientinnen und Patienten mit motorischen Einschränkungen**, bspw. mit Frakturen sowie **Patientinnen und Patienten mit hochaufwendigem Infusionsmanagement**, bspw. zur parenteralen Ernährung, bei hochaufwendiger Medikation, bei Chemotherapie oder Transfusionen nicht oder unzureichend in der PKMS Systematik wiederfinden. Weiterhin werden **Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und einem erhöhten Gesprächsbedarf** sowie **Patientinnen und Patienten mit hohem Beratungsaufwand** nicht vollumfänglich in der PKMS Systematik abgebildet.

### 4. Patientengruppe mit geringer Verweildauer

Auf die Frage, *welche pflegerisch hochaufwendigen Patientengruppen sich nicht oder unzureichend in der PKMS Systematik wiederfinden*, wird die **Gruppe mit lediglich kurzen Krankenhausaufenthalten bei hochkomplexen Pflegebedarfen** in den vorliegenden Ergebnissen mehrfach genannt und bspw. nachfolgend erläutert: „*Wir scheitern in der Regel an der Verweildauer. Die ist für die PKMS Einstufung zu kurz. Damit haben wir zwar den Aufwand, können es aber nicht abbilden*“ (Auszug B 34). „*Wir haben eine große Fluktuation und sehr viel PKMS-Patienten angelegt (...), allerdings wurden sie entlassen mit 30, 41 usw. Punkten und konnten nicht codiert werden - dafür stand der nächste PKMS-Patient vor der Tür, der blieb, wenn wir Pech hatten, auch nur fünf Tage! Fazit: kontinuierlich hochaufwendige Pflege, aber kein Entgelt, da nur der "Langlieger" die Punkte erreicht.*“ (Auszug B 52).

# PKMS Benchmark

---

Des Weiteren werden Patientinnen und Patienten, die im Bereich der **Intermediate Care** versorgt werden, genannt.

Eine befragte Einrichtung greift die Stufen der Zusatzentgelte bei Patientinnen und Patienten mit geringer Verweildauer und bei denen mit hoher Verweildauer auf: „ (...) *sehr hoher Aufwand an nur 3 Tag ergibt kein Zusatzentgelt (...). Andererseits ergeben sich bei extremen Langliegern (Gefäßchirurgie) oft deutlich über 400 Punkte, bei 130 ist jedoch das obere ZE erreicht.*“ (Auszug B 17).

Über die beschriebenen Patientengruppen hinaus werden von den befragten Einrichtungen eine Vielzahl an Pflegemaßnahmen genannt, die nicht hinreichend in der PKMS Systematik abgebildet werden. Einige Aussagen beschreiben, dass der **Leistungsbereich Ernährung** problematisch sei: Die Flüssigkeitsmenge sei zu hoch angesetzt, da bestimmte Patientengruppen eine eingeschränkte Trinkmenge haben. Als Beispiel werden pflegebedürftige Dialysepatienten mit einer Einfuhrbeschränkung genannt, oder Patienten mit Schluckstörungen, die trotz hohem zeitlichen Aufwand nicht auf die in der PKMS Systematik geforderte Flüssigkeitsmenge kommen. Zudem seien die Kriterien für den **Leistungsbereich Wundmanagement** sehr hoch angesetzt und der Punktwert des **Leistungsbereichs Kommunikation** zu gering bewertet: „*Die Kommunikation hat nur einen geringen Stellenwert im PKMS, gerade Patienten mit Ängsten/Sorgen usw. werden trotz hohem Zeitaufwand nur mit 1 Punkt tgl. bewertet.*“ (Auszug B 7).

## 3.8. Abschließende Meinung zu PKMS

Die Teilnehmenden des PKMS-Benchmarks in Rheinland-Pfalz und Saarland haben abschließend die Möglichkeit, Ihre Meinung zu PKMS zu äußern. Diese Möglichkeit nutzte über die Hälfte der befragten Einrichtungen.

Um eine bessere Übersichtlichkeit über die vielfältigen Aussagen zu bieten, werden im Folgenden positive Äußerungen, negative Äußerungen sowie zukünftige Forderungen hinsichtlich PKMS aufgezeigt:

### 1. Positive Standpunkte zu PKMS

Die Befragten äußern sich zahlreich zu der geforderten **Dokumentation**. Zwar wird zum überwiegenden Teil von einem hohen Dokumentationsaufwand berichtet, der aber monetäre Belohnung bringt, oder aber bei „*generell guter Dokumentation kaum Mehraufwand [bereitet]*“ (Auszug B 11). Zudem wird positiv hervorgehoben, dass Defizite in der pflegerischen Dokumentation aufgezeigt



# PKMS Benchmark

---

werden, aus denen sich Verbesserungen und Änderungen ableiten lassen. Insgesamt scheint sich die Dokumentation durch PKMS deutlich zu verbessern.

Die **Erlöswirksamkeit** durch PKMS lässt sich durch die Vielzahl an Äußerungen hervorheben. Als Beispiel werden die Zitate von den befragten Einrichtung 51 und 15 vorgestellt: „*Grundsätzlich finde ich es wichtig, dass die Pflege einen eigenen Finanzierungsrahmen erhält. Der PKMS ist hier sicherlich ein Anfang.*“ und „*Es ist sehr zu begrüßen, dass durch PKMS pflegerische Leistungen direkt erlösrelevant sind.*“ Es wird auch darauf hingewiesen, dass deutlich zu einer Erlössteigerung durch entsprechende Freistellung und Begleitung beigetragen wird.

Nach Meinung der Befragten ist die Pflege im DRG System unzureichend oder nicht adäquat berücksichtigt. PKMS, von Befragte 40 als „*sinnvolles und lange überfälliges Instrument*“ bezeichnet, stellt derzeit nach Ansicht vieler Teilnehmenden die Möglichkeit dar, um **hochaufwendige Pflegeleistung auf Normalstation im DRG System abzubilden**. Zudem sei PKMS laut befragter Einrichtung 20 eine „*gute Ergänzung zu anderen vorhanden Personalbemessungsinstrumenten, um Klinikintern eine Art „Verteilungsgerechtigkeit“ herzustellen*“.

Ein weiterer positiver Aspekt des PKMS ist nach Ansicht der Befragten die **Anerkennung des Berufstandes**: Die Einrichtungen heben die Stärkung des Pflegeselbstverständnisses sowie die Erhöhung des Stellenwertes durch die finanzielle Anerkennung in der Krankenhauslandschaft hervor. Zudem wird eine Bezugnahme zur ärztlichen Berufsgruppe hervorgehoben: „*Nicht nur die Ärzte, sondern auch die Pflege kann Erlöse erwirtschaften.*“ (Auszug B 7) oder „*Gerade der ärztliche Bereich staunt nicht schlecht, was die Pflege so alles leistet.*“ (Auszug B 40).

Zuletzt wird die Steigerung der **Qualität in der Patientenversorgung** dargestellt. Es wird einerseits positiv auf die geplante Behandlung der Patienten(innen), wie auf die bedarfsgerechte Pflege hingewiesen: „*Dem Patienten kommt die Pflege zu Gute, die er braucht.*“ (Auszug B 21). Weiterhin wird auf die sich positiv veränderten Arbeitsbedingungen, wie „*mit 2 Pflegekräften gefordert; rückenschonend*“ (Auszug B 21) hingewiesen.

## 2. Negative Standpunkte zu PKMS

Neben den oben dargestellten positiven Standpunkten zu PKMS werden ebenso zahlreiche negative Standpunkte zu PKMS deutlich.

# PKMS Benchmark

---

Zu einem sehr großen Anteil werden die **Dokumentationserfordernisse** kritisiert: Diese werden einerseits als „*außerordentlich hoher Dokumentationsaufwand*“ (Auszug B 15) oder als „*Bürokratie par excellence*“ (Auszug B 14) beschrieben. Zudem stünde der Aufwand in keiner Relation zu den Erlösen, bilde die Praxis nicht ab, sei durch nichts zu rechtfertigen oder biete insgesamt wenig Benefit. Weiterhin sei die Dokumentation nach wie vor wegen mangelnder Routine insbesondere für Teilzeitbeschäftigte sehr schwierig und „*sich [somit] die aufwendige Dokumentation nicht automatisiert*“ (Auszug aus B 3). Zudem bilde die Dokumentation nicht die Pflegetätigkeit ab, sondern stelle lediglich Arbeitsnachweise dar.

Die Auswertung der Ergebnisse beschreiben eine Kritik an möglichen **PKMS Maßnahmen/Gründen**: Es sei nach wie vor zu viel Gewicht auf neurologisch erkrankte Patientinnen und Patienten gelegt. Zudem lasse die derzeitige Personalsituation nur einen begrenzten Spielraum zu, die geforderte individuelle und therapeutische Pflege umzusetzen.

Die **allgemeine PKMS-Systematik** erhält Kritik, da sie unter Anderem auf keinerlei pflegewissenschaftlicher Grundlage basiere und dadurch ein vollkommen ungeeignetes Instrument darstelle. Zudem wird kritisiert, dass sich der PKMS an den Defiziten des Patienten, statt dessen Ressourcen orientiere. Die befragte Einrichtung 1 konstatiert, dass aus diesem Grund „*die Einschätzung der PKMS-E-Patienten den Mitarbeitern des Pflegedienstes zum Teil schwer[fällt], da in der Ausbildung der Fokus auf die Ressourcen des Patienten gerichtet wird, im Bereich der PKMS Einschätzung der Fokus auf den Defiziten des Patienten liegt.*“ Eine weitere teilnehmende Einrichtung beschreibt, dass die Pflegenden trotz Schulungen überfordert seien, die notwendige kritische Reflexion innerhalb des täglichen Arbeitsdruckes einfließen zu lassen. Der erforderliche Aufwand, wie Schulungen, engmaschige Begleitungen, wird zudem an mehreren Stellen von verschiedenen Befragungsteilnehmenden kritisiert: „*Ein zu hoher Teil der Ressourcen für mehr Pflegepersonal aus dem PKMS fließt in mehr Personal- und Schulungskosten zur Erfassung und Dokumentation des PKMS*“, kommentiert beispielsweise Einrichtung 14. Befragte 10 führt weiter aus, dass, wenn keine engmaschige Begleitung gewährleistet würde, das „PKMS-Projekt“ im Sande verlaufen würde. Weiterhin wird der Schwellenwert zur Erreichung des Zusatzentgeltes kritisiert: „*Bei uns erwirbt ein Patient am Tag in der Regel 6 Punkte (meist Waschung und Lagern), dazu muss er mindestens 9 Tage stationär sein - wir haben eine Durchschnittslicgezeit von 6,7 Tagen und damit schon verloren*“ (Auszug B 52)

Die Befragten kritisieren zudem das **Kontrollsystem**: Einerseits werden die Vorbereitungsarbeiten für die MDK-Prüfungen als intensiv beschrieben und sollten zukünftig reduziert werden. Anderer-

# PKMS Benchmark

---

seits scheint sich die Zusammenarbeit mit dem MDK als immer schwieriger zu gestalten: *„Erschwerend kommt hinzu, dass durch die intensiven MDK-Prüfungen die kleinteilige Dokumentation immer wieder in Frage gestellt wird und damit hochaufwendige Versorgung unserer Patienten in Abrede gestellt und uns somit gute Pflegeleistung nicht vergütet wird“* (Auszug B 38). Weiterhin kommt es scheinbar bei einzelnen Einrichtungen zu Unsicherheiten: *„Es kommt einem manchmal der Gedanke, dass sich die Mitarbeiter dort nicht immer so gut damit auskennen. Da sehe ich noch großen Handlungsbedarf“* (Auszug B 40)

Es wird festgestellt, dass *„eine Abbildung eines besonders hohen Pflegeaufwandes sicherlich mit einfacheren Parametern möglich [ist]“* (Auszug B 38) und der PKMS nicht geeignet sei, die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern.

## 4. Diskussion

Der vorliegende PKMS-Benchmark für Rheinland-Pfalz und das Saarland liefert Daten, die in dieser Breite bisher nicht erhoben wurden. So erscheint zunächst die unterschiedliche hohe Erfolgsquote der MDK-geprüften PKMS-Fälle (RLP: 62,1 %, Saarland: 84,9 %) interessant. Neben der Schlussfolgerung, dass saarländische Kliniken möglicherweise prüfsicherer dokumentieren als rheinland-pfälzische, stellt sich die Frage, ob die in beiden Bundesländern unterschiedlichen Prüfmodi (RLP: ausschließlich zentrale Prüfung der eingeschickten Aktenkopien, Saarland: größtenteils Inhouse-Prüfungen) dabei eine Rolle spielen.

Weiterhin bleibt festzuhalten, dass bundeslandübergreifend über 2/3 der MDK-geprüften PKMS-Fälle positiv und ca. 1/4 negativ (Stand bei Datenerfassung) begutachtet werden. Möglicherweise wäre eine Präzisierung der Prüfkriterien, um trotz eines vorhandenen FAQ-Werks zum PKMS die Eindeutigkeit der Prüfkriterien weiter zu erhöhen, anzudenken. Dass MDK-Prüfungen als externe Kontrollinstanz zum DRG-System dazugehören und mit der direkten pflegerischen Erlösrelevanz in Form des PKMS einhergehen, steht grundsätzlich außer Frage, auch wenn sich viele Einrichtungen mit der Art und Weise der Prüfungen schwertun. Der Einfluss des Prüfmodus' auf das Ergebnis von MDK-Prüfungen stellt jedenfalls ein Forschungsfeld dar, das weiter bearbeitet werden sollte.

Der Vergleich der PKMS-Fälle in Relation zu allen erfassten Fällen zeigen deutlich, was bereits Auswertungen von einzelnen Einrichtungen angedeutet haben: PKMS-Patienten sind wesentlich älter, haben einen fast dreifach höheren CMI und eine fast dreimal höhere mittlere PCCL sowie eine um knapp dreifach längere mittlere Verweildauer als der Patientendurchschnitt. Insbesondere

# PKMS Benchmark

---

die durchschnittlich gut siebentägige Differenz zwischen mittlerer Katalog- und tatsächlicher Verweildauer stellt für die Kliniken eine problematische Größe dar. Viele der befragten Einrichtungen geben an, dass einige Patientengruppen nicht optimal oder unzureichend mit den PKMS-Kriterien abzubilden seien. So berücksichtigt die vorgegebene Auswahl der PKMS-Maßnahmen zwar bspw. demenziell erkrankte Patienten, jedoch wird bspw. die mangelnde Abbildbarkeit tagesformabhängiger Patienten oder von unruhigen Patienten mit zeitlich hohem Betreuungsaufwand bemängelt. Hier scheinen die im PKMS angebotenen Maßnahmen nicht umfassend genug, um die hochaufwendige Gesamtsituation dieser Patientengruppe abzubilden. Andere von den Teilnehmern genannte Patientengruppen wie Palliativpatienten, onkologische Patienten oder präfinale Patienten sind teilweise über andere Komplexpauschalen im DRG-System abbildbar, jedoch nach Ansicht der Befragten nicht ausreichend im PKMS. Die nicht vorhandene Abbildbarkeit hochaufwendiger Patienten mit kurzer Verweildauer ist systembedingt: Da der PKMS als Kalkulationsinstrument konstruiert ist, soll der hochaufwendige Patient im Vergleich zu einem „PPR A3-Patienten“ mindestens 300 – 500 € mehr Pflege-Personalkosten erklären können, um kodiert werden zu können (vgl. Wieteck 2012: 151). Dies ist bei hochaufwendigen Patienten mit einer Verweildauer bis zu drei Tagen aufgrund der im PKMS vorgesehenen Tagespunkte faktisch nicht möglich.

Möglicherweise zeigt sich die Abbildung von Pflegeaufwand anhand vorgegebener Maßnahmen anstatt der Erhebung von Pflegebedarfen als hinderlich, da die Passgenauigkeit einer Maßnahmenauswahl für viele unterschiedliche Pflegeprobleme natürlich begrenzt ist.

Die durchschnittliche PKMS-Quote der an diesem Benchmark beteiligten Kliniken beträgt 1,53 % (vgl. Tabelle 4). Insgesamt stellen die befragten Einrichtungen 21,05 VK für die Begleitung des PKMS frei. Setzt man für diese 21,05 VK Bruttopersonalkosten von 45.000 € pro VK an, ergeben sich Personalkosten für das für PKMS freigestellte Personal in Höhe von 947.250 € pro Jahr bzw. 473.625 € pro Halbjahr. In Relation zu dem rechnerischen Erlösvolumen in Höhe von 3,36 Mio. € ergibt sich so eine rechnerische Quote von über 14 %. In Anbetracht dessen, dass auch Kliniken, die den PKMS bereits 2012 oder früher eingeführt haben, kontinuierlich Fortbildungen zum Thema PKMS anbieten, kann von der Notwendigkeit einer längerfristigen Beschäftigung von bereits freigestellten Mitarbeitern ausgegangen werden. Die personellen „PKMS-Investitionskosten“ für diese Kliniken fallen also dauerhaft an. Die kontinuierliche Durchführung von Fortbildungen spricht auch dafür, dass eine Verstetigung der PKMS-Dokumentation nur sehr schwer bis gar nicht eintritt. Die jährlichen Neuerungen in der PKMS-Systematik tragen ebenfalls zu einer mindestens jährlichen Fortbildungsnotwendigkeit bei. Wiederholt genannt wurden Aspekte, die die grundsätzliche PKMS-Systematik betreffen. So werden die fehlende pflegewissenschaftliche Grundlage, die Notwendigkeit der kritischen Reflexion des Systems PKMS im Arbeitsalltag sowie der durch ökonomische

# PKMS Benchmark

---

Restriktionen entstehende bürokratische Aufwand, dessen Nutzen für den Patienten fraglich ist, bei dem kritisiert.

Unter diesen Gesichtspunkten kommt der vom BMG eingesetzten Expertenkommission, die die Aufgabe hat, „Vorschläge [zu] unterbreiten, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann“ (BMG 2014: 20), und weiterhin „die finanziellen Auswirkungen ihrer Vorschläge abschätzen [soll]“ (ebd.), eine entscheidende Bedeutung hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit dieses gesteckten Ziels auf der Mikroebene zu. Bei den derzeit diskutierten, zukünftigen Abbildungsmöglichkeiten der allgemeinen Pflege im DRG-System sollte der Aspekt des zusätzlichen personellen Aufwands für Schulung und Controlling unbedingt berücksichtigt werden. So stehen auch kurzfristig wirksame sowie mit weniger administrativem Aufwand verbundene Vorschläge, wie eine gesetzliche Personalbemessung in der Pflege, wie sie die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz vorschlägt, im Raum (vgl. Landespflegekammer RLP 2016).

Hinsichtlich der Veränderung der Pflegedokumentation lässt sich feststellen, dass die Einrichtungen vor allem Veränderungen auf der Maßnahmenebene (Zusatzdokumente, Pflegebericht, Dokumentation durchgeführter Maßnahmen) Änderungen vorgenommen haben. Auf der Planungsebene (Pflegeplanung, Assessments, Pflegeanamnese) sind dagegen deutlich weniger Veränderungen vorgenommen worden. Die ersten vier Schritte des Pflegeprozesses von der Informationssammlung bis zur Planung der durchzuführenden Maßnahmen scheinen durch die Einführung der PKMS-Dokumentation weniger beeinflusst zu werden. Daraus könnte gefolgert werden, dass es in den genannten Punkten keinen großen Änderungsbedarf gibt, sondern eher bei der Dokumentation von durchgeführten Maßnahmen. Andererseits könnte auch eine Fokussierung der Einrichtungen auf den primär abrechnungsrelevanten Teil der Dokumentation angenommen werden, was ein Teil der Freitext-Antworten („Die Dokumentation wurde überwiegend an den PKMS-Kriterien orientiert, ergänzt und erweitert.“) nahelegt. Dies scheint insofern hochproblematisch, da der PKMS explizit keine Handlungsleitung bietet, sondern als Kalkulationsinstrument entworfen ist. Ebenso geben jedoch einige Einrichtungen an, dass die Einführung des PKMS alle Ebenen der Abbildung des Pflegeprozesses beeinflusst hat („Evaluation deutlich verbessert, strukturierte Statuserhebung eingeführt.“).

Die Frage nach der Verwendung der durch PKMS generierten finanziellen Mittel wurde sehr heterogen beantwortet. Die Einrichtungen wurden, sofern möglich, in Person des Pflegedirektors befragt. 43 Einrichtungen haben die Frage nach der Mittelverwendung beantwortet. 40 % geben an, dass die durch PKMS erlösten Einnahmen zur Refinanzierung von Pflegepersonal genutzt werden,

# PKMS Benchmark

---

jedoch verneinen dies auch 32 %. Weitere 28 % können die Mittelverwendung nicht beurteilen. Dieses Ergebnis stellt die ursprüngliche Intention der PKMS-Einführung, nämlich der zielgerichteten nachhaltigen Weiterfinanzierung des durch das erste Pflegestellenförderprogramm aufgestockten Pflegepersonals, teilweise infrage. Die Frage einer Zweckbindung der pflegerelevanten Erlöse, wie sie bereits Reifferscheid et al. (2014) gestellt haben, könnte in diesem Zusammenhang ebenfalls aufgegriffen werden. Teilweise wird von den Befragten die Erlösrelevanz der Pflege mit der Anerkennung des Berufsstandes verbunden, wodurch die Frage nach der Mittelverwendung eine weitere Dimension in der Wahrnehmung der Pflegenden erhält. Der PKMS scheint so - teilweise und indirekt - auch zu einer erlebten Wertschätzung des Berufsstands Pflege gegenüber anderen Berufsgruppen beizutragen. Eine Thematik, die zur näheren Untersuchung aufgegriffen werden sollte.

## 5. Fazit

Der PKMS wird kontrovers diskutiert. Dies spiegelt sich auch in dem vorliegenden Benchmark wider. Die Organisation und die Umsetzung der PKMS-Dokumentation werden von den teilnehmenden Einrichtungen höchst unterschiedlich umgesetzt. Beinahe alle Befragten nutzen interne oder externe Fortbildungsmöglichkeiten zur PKMS-Thematik. Tendenziell lässt sich sagen, dass Kliniken mit einem höheren Freistellungsanteil und engeren Fortbildungsintervallen höhere PKMS-Quoten erzielen. Die durchschnittliche PKMS-Quote liegt bei 1,53 %, damit werden pro Halbjahr 3,36 Mio. € im System bewegt. Knapp 30 % der kodierten PKMS-Fälle wird durch den MDK geprüft, zwei Drittel davon werden nach der ersten Prüfung bestätigt. Die geäußerten Meinungen und Einstellungen gegenüber dem PKMS reichen von großer Zustimmung bis hin zu systematischer Ablehnung. PKMS hat die bestehende Dokumentation vor allem auf der Ebene der Maßnahmen-dokumentation verändert, ebenfalls, wenn auch weniger stark, auf der Ebene der Informationserhebung. Nur 40 % der Kliniken verwenden die PKMS-Erlöse zumindest teilweise zur Refinanzierung von Pflegepersonal, 60 % tun dies nicht oder können dazu keine Angabe machen.

Einige Forschungsdesiderate hinsichtlich PKMS-relevanter Teilaspekte wurden aufgezeigt, ebenso wie die Relevanz der PKMS-Systematik auf den weiteren politischen Entscheidungsprozess.

## Literaturverzeichnis

- AGKAMED AG OPS 9-20 (2013): PKMS-Dokumentation. Dokumentationsverhalten und Dokumentations-MEHR-aufwand. Online im Internet: [http://www.agkamed.de/fileadmin/user\\_upload/OPS\\_9-20\\_PKMS/Dokumentationsaufwand\\_Umfrage.pdf](http://www.agkamed.de/fileadmin/user_upload/OPS_9-20_PKMS/Dokumentationsaufwand_Umfrage.pdf) [Letzter Aufruf: 11.05.2016].
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2012): Krankenhaus Barometer Umfrage 2012. Düsseldorf: [www.dki.de](http://www.dki.de)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014): Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG zur Krankenhausfinanzierung 2015. Online im Internet: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/downloads/B/Bund\\_Laender\\_Krankenhaus/Eckpunkte\\_Bund\\_Laender\\_Krankenhaus.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf) [Letzter Aufruf am 25.01.2015].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2015): Eckdaten der Krankenhausstatistik. Online im Internet: [http://www.dkgev.de/media/file/22407.Eckdaten\\_Krankenhausstatistik\\_Stand\\_2015-12-10.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/22407.Eckdaten_Krankenhausstatistik_Stand_2015-12-10.pdf) [Letzter Aufruf: 19.05.2016].
- Hohmann, D. (2013): Der PKMS ist eine gute Sache! In: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 52, 02/2013, S. 189 – 193.
- Manzei, A. (2014): Über die Unmittelbarkeit des Marktes im Gesundheitswesen – Wie durch die Digitalisierung der Patientenakte ökonomische Entscheidungskriterien an das Patientenbett gelangen. S. 219 – 240. In: Manzei, A, Schmiede, R. (Hrsg.) (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer.
- Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (2016): Landespflegekammer setzt sich für gesetzliche Personalbemessung in der Pflege ein. Pressemeldung vom 29.09.2016. <http://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/news-lesen/landespflegekammer-setzt-sich-fuer-gesetzliche-personalbemessung-in-der-pflege-ein.html> [letzter Zugriff am 10.10.2016].
- Recom Homepage (2016): PKMS-Dokumentationsmehraufwand. Online im Internet: [http://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/PKMS\\_Dokumentationszeiten\\_Literaturueberblick.pdf](http://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/PKMS_Dokumentationszeiten_Literaturueberblick.pdf) [Letzter Aufruf: 11.05.2016].

# PKMS Benchmark

---

Reifferscheid, A., Thomas, D., Pomorin N., Wasem, J. (2014): Instrumente zur Personalbemessung und –finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. IBES (Institute for Business and Economic Studies) Diskussionsbeitrag Nr. 204 / September 2014 im Auftrag von ver.di. Online im Internet: <http://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++5407f2ffaa698e36700005a3/download/DP%20204-Wasem-endg.pdf> [letzter Zugriff am 25.05.2016].

Saarländisches Krankenhausverzeichnis (2015): Anzeige aller Krankenhäuser im Saarland. Online im Internet: <http://www.saarlaendisches-krankenhaus-verzeichnis.de/de/suche/Bundesland/971000013.html> [letzter Zugriff am 22.06.2016].

Tuschy, S., Loibl, A., Krug, M., Pröbstl, A. (2014): PKMS am Universitätsklinikum Bonn 2013. In: Wieteck, P., Schmidpeter, I., Benthin, T., Koch, M. (Hrsg) (2015): Handbuch PKMS. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kassel: RECOM. S. 347 – 353.

Wieteck, P. (2011): „Mangelnde Testgüte-Kriterien für denn PKMS Version 1.0 und 2.0“ – Was ist dran an der Behauptung? Online im Internet: [https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/PKMS\\_Mangelhafte\\_Testguete.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/pkms2014/PKMS_Mangelhafte_Testguete.pdf) [letzter Zugriff am 22.06.2016].

Wieteck, P. (Hrsg.) (2012): Handbuch 2012 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kassel: RECOM.

Wieteck, P., Koch, M., Schmidpeter, I. (Hrsg.) (2016): Handbuch PKMS und OPS 9-20. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kassel: RECOM.



## Kontakt

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier  
Nordallee 1  
54292 Trier

Benjamin Schuh  
Pflegedirektion / Fachstelle PKMS  
Tel.: 0651 208-981513  
E-Mail: benjamin.schuh@bk-trier.de

Sascha Krames  
Pflegedirektion / Bereichsleitung  
Tel.: 0651 208-1219  
E-Mail: s.krames@bk-trier.de

Melanie Riplinger  
Pflegedirektion / Fachstelle Praxisbegleitung  
Tel.: 0651 208-981511  
E-Mail: m.riplinger@bk-trier.de

Franziska Franzen  
Pflegedirektion / Fachstelle PKMS  
Tel.: 0651 208-981513  
E-Mail: f.franzen@bk-trier.de

