

# PKMS-Dokumentation

---

## Dokumentationsverhalten und Dokumentations- MEHR-aufwand

Umfrageergebnisse zum Dokumentationsaufwand und dem Dokumentationsverhalten in  
Krankenhäusern

Ergebnisbericht einer Umfrage

### Herausgeber

AGKAMED AG OPS 9-20

**01.05.2013**

**Pelchen, Lutz**, Pflegedirektor Städt. Klinikum Brandenburg GmbH; **Riess, Gabriele**, Pflegedienstleiterin Kreiskrankenhaus Vilsbiburg; **Spangenberg, Simone**, Ausbildungsverantwortliche PKMS-Beauftragte Alfred Krupp Krankenhaus; **Stephan, Andrea**, Stationsleitung Klinikum Passau; **Stockbauer, Marianne**, Stationsleitung Klinikum Passau; **Valentin, Tatja**, PDL Klinikverbund LAHN-Dill-Kliniken GmbH; **von Eicken, Michael**, Medizincontrolling Kath. Klinikum Bochum gGmbH; **Dr. Wieteck, Pia**, selbstständige Pflegewissenschaftlerin und Mitarbeiterin des ENP-Entwicklerteams RECOM; **Plenge, Renate**, Pflegedienstleitung Kath. Klinikum Bochum gGmbH; **Böcker, Kati**, Leitung Wundmanagement Kreisklinikum Siegen GmbH; **Bohle, Alwin**, Medizinisches Controlling Dreifaltigkeits-Hospital Lipstadt; **Elsner, Christine**, Pflegedienstleitung im Diakonie Klinikum Bethesda in Freudenberg; **Franck, Carolin**, Projektmanagement Pflegedirektion, Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach; **Giebler, Ulrike**, Diakonie Klinikum Jung Stilling; **Hauer, Kathrin**, SM innere IST Kreiskrankenhaus Vilsbiburg; **Kaiser, Marie-Theres**, Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH; **Kelling, Rene**, stellvertr. Pflegedirektor Ruppiner Kliniken GmbH; **Lenz, Daniela**, Projektmanagerin Klinikum Stadt Soest gGmbH; **Pehle, Corinna**, Krankenhaus Märkisch Oderlang GmbH, **Brasemann Andreas**, PKMS-Beauftragter Kath. Krankenhaus Hagen; **Baumgardt, Marion**, Krankenhaus Märkisch Oderland GmbH; **Burghaus, Jana** Diakonie Behtanien Krankenhaus Freudenberg; **Hosak, Manuel**, Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe; **Holzner Birgit**, Krankenhaus Vilsbiburg; **Hußmann, Olaf**, Pflegedienstleiter Er. Kh Göttingen; **Klinkosch, Mirko**, Pflegedienstleiter Klinikum Obergöltzsch Rodewisch, **Peters, Lisa** PKMS-Schulungsbeauftragte RECOM, Störmer, Marc Medizinkontroller Er Kh Göttingen, **Dr. Müller, Elke** PKMS-Beauftragte Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg

## Inhalt

1. Aktueller Anlass .....	3
2. Reflexion der Kernaussagen der DKI-Studienergebnisse zum PKMS .....	5
2.1 Ergebnisse der DKI-Studie .....	5
Hypothese: Mitarbeiter waren zum Zeitpunkt noch überwiegend ungeübt .....	6
Hypothese: Mitarbeiter könnten die Fragestellung unterschiedlich auffassen.....	6
Hypothese: Befragte Mitarbeiter haben die Frage zur sachgerechten Abbildung „hochaufwendiger Patienten“ nicht aus kostenkalkulatorischer Perspektive betrachtet.....	7
2.2 Schlussbetrachtung .....	8
3. Untersuchung des Dokumentationsverhaltens/-aufwandes des PKMS .....	8
3.1 Forschungsdesign/-methode.....	9
3.2 Fragestellung .....	9
3.3 Stichprobe .....	10
3.4 Ergebnisse.....	12
3.4.1 DokumentationsMEHRAufwand für die Erstellung des PKMS-Planes.....	12
3.4.2 DokumentationsMEHRAufwand durch die tägl. PKMS-Leistungsdokumentation .....	14
3.4.3 Hypothesengenerierende Datenanalysen.....	15
3.4.4 Dokumentations- und Pflegequalität im Zusammenhang mit der PKMS-Einführung .....	26
3.4.5 Tägliche PKMS-Dokumentation und Ersterhebung.....	27
3.4.6 Grenzen der Erhebung .....	28
3.5 Zusammenfassende Diskussion.....	29
Anlagen.....	31
Fragebogen.....	38
Literatur .....	39

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quelle, S. 4 (Mai 2012, S.4) .....	4
Abbildung 2: Dokumentationsaufwand pro PKMS-Fall und Tag (Quelle: Blum et al. 2012, S. 85) .....	5
Abbildung 3: Item 6E aus dem Fragebogen des Krankenhaus Barometers 2012 (Quelle: Freundlicher Weise vom DKI zu Verfügung gestellt) .....	6
Abbildung 4: Item 6G aus dem Fragebogen des Krankenhaus Barometers 2012 (Quelle: Freundlicher Weise vom DKI zu Verfügung gestellt) .....	7
Abbildung 5: Durchschnittliche Dokumentationsmehraufwand für den PKMS-Plan .....	13
Abbildung 6: Histogramm tägliche PKMS Maßnahmendokumentationsmehraufwand.....	15
Abbildung 7: Befragte Personengruppen und PKMS-Dokumentationszeit .....	16
Abbildung 8: Zusammenhang tägliche PKMS Dokumentationszeit und befragte Gruppe der Stichprobe.....	17
Abbildung 9: Boxplot Klinikangaben und Dokumentationszeit.....	18
Abbildung 10: Boxplot PKMS-Dokumentationsverfahren und Zeit.....	19
Abbildung 11: Streudiagramm Dokumentationszeit und -art.....	20
Abbildung 12: Boxplot seltene und häufige PKMS Dokumentation und Zeit .....	21
Abbildung 13: PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation zur Kontinenzförderung .....	23
Abbildung 14: Boxplot PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation der aktivierenden/therapeutischen GW .....	24
Abbildung 15: Boxplot PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation der Nahrungszufuhr .....	25

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klinikangabe.....	11
Tabelle 2: Funktion des Mitarbeiters der den Fragebogen ausgefüllt hat.....	12
Tabelle 3: Bezug der Aussage eines MA auf einer Station/Pflegeeinheit .....	12
Tabelle 4: Statistik Perzentilverteilung Dokumentationszeit für das einmalige Anlegen des PKMS-Plans.....	13
Tabelle 5: Statistik Mittelwerte PKMS-Planerstellung differenziert .....	13
Tabelle 6: Statistik tägliche durchschnittliche PKMS-Dokumentationszeit.....	14
Tabelle 7: Hat sich die Dokumentationsqualität verbessert? .....	26
Tabelle 8: Welche Veränderungen zeigen sich bei der aktivierend therapeutischen Pflege bezogen auf die Quantität? .....	27
Tabelle 9: Welche Veränderungen zeigen sich bei der therapeutisch aktivierenden Pflege bezogen auf die Menge der unterschiedlichen Angebote? .....	27

## 1. Aktueller Anlass

Durch die aktuellen Presseveröffentlichungen des DPR, welche die „nicht sachgerechte“<sup>1</sup> Steuerung der finanziellen Mittel für „hochaufwendige Patienten“<sup>2</sup> mittels des PKMS auf Grundlage der Ergebnisse des Krankenhausbarometers (Blum et al. 2012) in Frage stellt, ist es für die Weiterentwicklung des PKMS bedeutend, die Ergebnisse des Krankenhausbarometers, nachfolgend DKI-Studie genannt, kritisch zu reflektieren und in die Weiterentwicklungsbestrebungen mit einzubeziehen. Besonders die in der DKI-Studie untersuchten Dokumentationsaufwände pro PKMS-Fall und -Tag geben Anlass zum Nachdenken. In der Studie wird der durchschnittliche Dokumentationsaufwand pro Tag und Patientenfall mit 24,7 Minuten angegeben (Blum et al. 2012). Dieses erschien den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „OPS 9-20“ der AGKAMED, die sich mit der Weiterentwicklung des PKMS beschäftigt, aufgrund einer intensiven Auseinandersetzung mit den Dokumentationsverfahren des PKMS, sehr hoch. Mit der nachfolgenden Abhandlung werden die zentralen Ergebnisse des DKI-Krankenhausbarometers kritisch gewürdigt. Die Ergebnisse einer eigenen Erhebung zum Dokumentationsaufwand werden vorgestellt und sollen zur weiteren Diskussion anregen.

### Hintergrund

Die Arbeitsgruppe „AG OPS 9-20“ der AGKAMED wurde 2011 gegründet. Anlass war der erkannte Bedarf, den PKMS als Instrument weiterzuentwickeln. Dieses Erfordernis stand von Anbeginn an fest und wurde von den Entwicklern bereits mit der ersten Vorstellung des PKMS transparent kommuniziert (Wieteck 2009, S. 105).

Zudem haben sich Weiterentwicklungsbereiche durch die Anwendung in der Pflegepraxis gezeigt. Die Umfrageergebnisse des Bundesverbandes Pflegemanagement (Mai 2012) zum PKMS können hier neben Erfahrungsberichten aus Kliniken ebenfalls einige Hinweise geben. So gaben Teilnehmer der Umfrage auf die Frage, welcher Handlungsbedarf bezüglich der Weiterentwicklung des PKMS besteht, folgende in der Abbildung 1 dargestellten Antworten. Die Ergebnisse weisen zum einen auf Schulungsdefizite der Mitarbeiter hin, aber auch auf Verbesserungspotenziale.



<sup>1</sup> DPR Pressemeldung <http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/7CB1117444D298C7C1257B09003911D8>

<sup>2</sup> Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden im Text ausschließlich die männlichen Sprachformen verwendet. Dies stellt keine genderspezifische Wertung dar und soll die jeweils weiblichen Sprachformen immer mit ansprechen.

Abbildung 1: Quelle, S. 4 (Mai 2012, S.4)

Optimierungsmöglichkeiten sind zum Beispiel im Bereich der Klarstellung von Begriffen zu sehen. Leider gibt die Erhebung keine weiteren Hinweise darauf, welche Begriffe unklar sind. Weitere Forschungsarbeiten zum tatsächlichen Dokumentationsmehraufwand<sup>3</sup> und den mit der Einführung verbundenen positiven wie auch negativen Auswirkungen sind zu empfehlen. Kritisch zu hinterfragen ist, warum Anwender den Punkt „Maßnahmen entsprechen nicht der Pflegerealität“ oder „unrealistische Häufigkeiten“ angegeben haben. In der Auseinandersetzung mit Pflegepraktikern im Rahmen von Schulungen und Einführungsprojekten in Kliniken entpuppen sich solche oder ähnliche Äußerungen häufig als ein fehlendes Grundverständnis für Kalkulationsgrundlagen des DRG-Systems. Dieses ist vor dem Hintergrund der pflegerischen Ausbildung und dem Aufgabenbereich auch nachvollziehbar. Mitarbeiter der Pflege können häufiger die im PKMS definierten Einstiegsschwellen, ab wann „Hochaufwendigkeit“ erfüllt ist, nicht nachvollziehen. Es gibt einige interessante Hinweise darüber, dass Pflegepersonen „aufwendige Pflege“ durchaus etwas anders definieren, als dieses im PKMS festgelegt wurde. So spielt z. B. die emotionale Belastung eine Rolle und nicht nur die Häufigkeiten einer Pflegehandlung (von Köppen 2013). Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass Pflegekonzepte im PKMS aufgenommen wurden, welche in der eigenen Klinik nicht bekannt sind, wie z. B. das Körperwaschkonzept „Bag bath“. An dieser Stelle wird leicht nachvollziehbar, dass unbekannte Konzepte schnell „pflegerealtätsfremd“ erscheinen können.

Wie bereits erwähnt, ist es das Ziel der Arbeitsgruppe der AGKAMED den PKMS weiterzuentwickeln. Sie besteht derzeit aus 32 Personen aus unterschiedlichen Kliniken. In der Arbeitsgruppe werden die verschiedenen Fachexpertisen aus dem Medizincontrolling, von Projektbeauftragten für PKMS der Häuser und von Pflegepersonen, welche den PKMS täglich dokumentieren, gebündelt. Weitere Informationen können auf der Website der AG AGKAMED OPS 9-20 eingesehen werden (<http://www.agkamed.de/index.php?id=79>).

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklungsbestrebungen werden Hinweise auf Entwicklungspotenziale sehr aufmerksam gesammelt, analysiert und in Verbesserungsvorschläge überführt. Der aktuelle Änderungsantrag, den die AGKAMED beim DIMDI für 2014 eingereicht hat, ist für Interessierte auf der folgenden Website <http://www.recom-verlag.de/index.php?id=359> herunterzuladen. In den Antrag wurden zahlreiche Verbesserungsvorschläge von Pflegepraktikern aufgenommen, welche den kritisierten Punkt der Häufigkeits- und Mengenangaben zur Nahrungs- und Flüssigkeitsverabreichung betreffen (Hiltensperger 2011, S. 883). Ebenso erfolgte eine Klarstellung des PKMS-Textes zur Terminologie „volle Übernahme“, um dem Missverständnis, dieses als passive Versorgungsform zu interpretieren, entgegenzuwirken (vgl. Lautenschläger et al. 2011). Einige PKMS-Gründe und -Maßnahmen wurden zusammengeführt, so dass die Komplexität des Instrumentes reduziert werden konnte.

Die Studie des DKI wurde von den Mitgliedern der AG OPS 9-20 der AGKAMED gelesen und hinsichtlich möglicher Hinweise auf Verbesserungspotenzial für die Weiterentwicklung des PKMS untersucht. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass sich der in der Studie beschriebene Dokumentationsaufwand nicht mit den Dokumentationszeiten aus dem eigenen Erfahrungshintergrund deckt. Daher wurde ein Fragebogen für eine eigene Erhebung entwickelt

---

<sup>3</sup> Dokumentationsmehraufwand ist der zusätzliche Dokumentationsaufwand für die PKMS-Dokumentation abgrenzend zur Regeldokumentation eines Patienten PPR-A3.

(Beschreibung folgt unter Kapitel 3), um damit konkretere Erklärungen für die veröffentlichten Zeitwerte zu finden. Die durchgeführte Erhebung dient der eigenen Kosten-Nutzen-Bewertung der Kliniken der Arbeitsgruppe und erfüllt nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen repräsentativen Studie.

## 2. Reflexion der Kernaussagen der DKI-Studienergebnisse zum PKMS

Zunächst soll eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie des Krankenhausbarometers (im Folgenden kurz DKI-Studie genannt) vorangestellt werden. In der Studie wird von einer **repräsentativen Stichprobe von 245 Kliniken** (Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten) gesprochen (Blum et al. 2012, S. 4). Es wird nicht beschrieben, ob es sich um eine Gelegenheits-, Zufallsstich- oder Quotenstichprobe handelt. Ebenso ist unklar, wie viele Kliniken einen Fragebogen erhalten haben und wie sich der Rücklauf gestaltet hat bzw. wer diesen Fragebogenteil zum PKMS ausgefüllt hat (Blum et al. 2012). Hierzu finden sich weder in der Studie, noch auf dem Fragebogen Aussagen.

Die Stichprobe, welche genutzt wurde, um die PKMS-Fragen auszuwerten, hat sich auf „rund“ 70 Kliniken reduziert. Die Kriterien der Selektion aus der Gesamtmenge sind nicht ganz transparent beschrieben. Zu vermuten ist, dass es sich hierbei um diejenigen Häuser handelt, die einerseits eine vollständige PKMS-Dokumentation vorweisen konnten und bei denen andererseits durchgängige Fallzahlen vorlagen. Mangels einer präzisen Beschreibung kann dies jedoch nur angenommen werden.

Im Jahr 2011 befanden sich zahlreiche Kliniken in der Einführungsphase. Zudem ist bekannt, dass einige Kliniken mit der PKMS-Dokumentation begonnen haben und unterjährig die Erhebung wieder eingestellt haben, da sich der PKMS „in der Diskussion“ befand. Daher räumt das DKI in der Studie selbst ein, dass die Ergebnisse mit Vorbehalt zu interpretieren und nicht generalisierbar seien.

### 2.1 Ergebnisse der DKI-Studie

Der Dokumentationsaufwand pro PKMS-Fall und Tag wurde im Durchschnitt mit 24,7 Minuten in der DKI-Studie angegeben (siehe Abb. 2). Die große Streuung wird in der Studie auf mögliche unterschiedliche Schulungsniveaus und unterschiedliche Fallkomplexität, auch durch den Einsatz von EDV-Dokumentation, zurückgeführt. Zu kritisieren ist, dass weitere mögliche Hypothesen über die hohe ermittelte Dokumentationszeit nicht angestellt wurden.

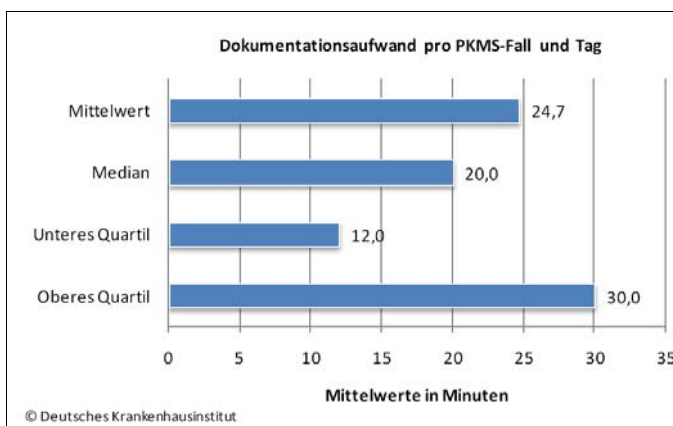


Abbildung 2: Dokumentationsaufwand pro PKMS-Fall und Tag (Quelle: Blum et al. 2012, S. 85)

Die ermittelte Dokumentationszeit wird im nächsten Schritt in verbrauchte Vollzeitstellen umgerechnet. Vor dem Hintergrund der ungenauen Fragestellung (vgl. weiter unten) und der nicht repräsentativen Stichprobe sind solche Hochrechnungen kritisch zu betrachten. Nachfolgend sind einige weitere hypothetische Erklärungsmöglichkeiten für die angegebenen Zahlen aufgeführt.

#### Hypothese: Mitarbeiter waren zum Zeitpunkt noch überwiegend ungeübt

Es bleibt unklar, warum sich die abgefragte Dokumentationszeit pro PKMS-Fall pro Tag auf das Datenjahr 2011, sich die Erfahrungsabfragen, bezogen auf die MDK-Prüfungen aber auf das Datenjahr 2012 konzentriert haben. Es wäre durchaus denkbar gewesen, die für die Dokumentation eines PKMS-Falles notwendigen Zeiten desselben Kalenderjahres 2012 abzufragen, oder sich gar auf den aktuellen durchschnittlichen Dokumentationsmehraufwand durch den PKMS zu konzentrieren. Da sich die Kliniken in 2011 noch überwiegend in der Einführungsphase befanden, ist damit zu rechnen, dass die Erfahrungswerte noch durch den Einführungs-/Lernprozess determiniert waren. Es ist die Hypothese aufzustellen, dass ungeübte Mitarbeiter einen höheren Dokumentationszeitaufwand für die PKMS-Dokumentation haben.

#### Hypothese: Mitarbeiter könnten die Fragestellung unterschiedlich auffassen

Darüber hinaus stellt sich die Frage nach der Interrater-Reliabilität, also danach, wie differenziert das hier diskutierte Item von den Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben, verstanden wurde. Folgende Abbildung illustriert die Fragestellung der DKI-Studie:

6E Wie hoch war in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2011 der durchschnittliche Dokumentationsaufwand für die PKMS-Dokumentation pro Tag und PKMS-Fall? (ggf. realitätsnahe Schätzung)	ca. _____ Minuten pro Tag und PKMS-Fall
--	--

Abbildung 3: Item 6E aus dem Fragebogen des Krankenhaus-Barometers 2012 (Quelle: Freundlicherweise vom DKI zur Verfügung gestellt)

Unklar ist, welche Personen mit welcher fachlichen Position und Qualifikation den Fragebogen ausgefüllt haben. Ebenso bleibt offen, wie die Frage 6E verstanden wurde. Folgendes wäre möglich:

- a) Der **Dokumentationsaufwand für den PKMS-Patientenfall**, um gegenüber einer MDK-Begutachtung entsprechende Nachweise zu haben ... (wie z. B. die tägliche Dokumentation von 12 Lagerungen auf dem Lagerungsplan **(D1)**; 4 Handzeichen bei der Nahrungsverabreichung und 9 Handzeichen mit ml-Angaben auf dem Flüssigkeitsprotokoll **(B1)**, sowie ein Handzeichen im Leistungsbereich der Körperpflege, wie z. B. eine basalstimulierende GW **(A3)** und die einmalige Erhebung der Gründe, sowie deren Plausibilisierung im Pflegebericht/Pflegeanamnese usw.)

#### **ODER**

- b) Der Dokumentationsmehraufwand zwischen erforderlicher Regeldokumentation und PKMS-Dokumentation für eine erfolgreiche MDK-Begutachtung. Der Lagerungsplan sowie das Flüssigkeitsprotokoll wurden bei gefährdeten Patienten bereits vor Einführung des PKMS geführt und stellen somit keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand dar. Ebenso werden die meisten Leistungen zur Körperpflege dokumentiert, um die PPR-Einstufung zu ermöglichen. Außerdem sind bei gefährdeten Patienten bestimmte pflegfachliche

Einschätzungen (z. B. die des Dekubitusrisikos) durchzuführen, die nicht erst durch die PKMS-Einführung notwendig wurden. Hier entsteht folglich kein zusätzlicher Aufwand.

Diese beiden Interpretationen/Auslegungsmöglichkeiten würden die extreme Streuung der Daten erklären.

Es stellt sich also die Frage, wie kann der „Mehraufwand“ ermittelt/geschätzt werden? Wie können Mitarbeiter diesen objektiv von den regulären Dokumentationsanforderungen auseinander halten? Was haben die Befragten hier bei den Zeitangaben alles mit eingerechnet? Hier eine realitätsnahe Schätzung durchzuführen ist nicht einfach, denn die PKMS-Dokumentation ist zum großen Anteil (ca. 80 %) ein Bestandteil der Regeldokumentation, um den Pflege- und Versorgungsprozess adäquat zu steuern. Erschwerend kommt hinzu, dass zahlreiche Kliniken im Rahmen der PKMS-Dokumentationseinführung auch die Regeldokumentation verändert/verbessert haben und Mitarbeiter unter Umständen die Unterscheidung, was wegen PKMS geändert wurde und welche Veränderung andere Intentionen hat, nicht treffen können.

Ebenso ist ein weiterer Einflussfaktor auf den zusätzlichen Zeitaufwand in der Dokumentationsqualität zu sehen, welche in der Pflege **vor** der PKMS-Einführung vorherrschte.

Ein weiterer Aspekt der DKI-Studienergebnisse, der ebenfalls zu offenen Fragen führt, ist die Fragestellung zur Sachgerechtigkeit des PKMS. Hierzu einige Überlegungen:

Das Item zur Sachgerechtigkeit des PKMS ist aus Sicht der Arbeitsgruppe (AGKAMED) unpassend gewählt, denn es wird nicht deutlich, auf was sich das „sachgerecht“ bezieht (vgl. Abb. 3).

6G	Ja	Nein
Halten Sie den PKMS alles in allem für sachgerecht, um die hochaufwändige Pflege in Ihrem Krankenhaus angemessen zu erfassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung:		

Abbildung 4: Item 6G aus dem Fragebogen des Krankenhaus-Barometers 2012 (Quelle: Freundlicherweise vom DKI zur Verfügung gestellt)

### **Hypothese: Befragte Mitarbeiter haben die Frage zur sachgerechten Abbildung „hochaufwendiger Patienten“ nicht aus kostenkalkulatorischer Perspektive betrachtet**

Die Frage kann als eine sachgerechte Abbildung der Pflege im Sinne der Pflegedokumentation und der Transparenz des pflegerischen Leistungsgeschehens (pflegerische Perspektive) ODER als eine sachgerechte Darstellung „hochaufwendiger Patienten“ aus kalkulatorischer Perspektive verstanden werden. Ersteres wird der PKMS nie erfüllen können, denn er ist nicht konstruiert worden, um Pflegeleistungen eines Patienten transparent darzustellen. Das sollte in der Regeldokumentation stattfinden.

Die Vermutung der aufgestellten Hypothese wird durch die in der DKI-Studie aufgeführten Zitate untermauert. Der PKMS wird überwiegend nicht als sachgerecht bewertet, da beispielsweise der Dokumentationsaufwand zu hoch ist, der Schulungsaufwand in keiner vernünftigen Kosten-



/Nutzenrelation steht. Unterstützung erfährt diese Hypothese auch durch die Forschungsarbeit von Frau von Köppen (2013). Die Autorin untersucht in einer qualitativen Arbeit, welche Vorstellungen und Gesichtspunkte Pflegefachpersonen als hochaufwendige Pflege einschätzen und inwieweit diese mit den Definitionen des PKMS übereinstimmen. Die Ergebnisse zeigen einige Unterschiede. So spielt zum Beispiel die emotionale Belastung z. B. durch schwierige emotionale Pflegesituationen bei der Pflegeperson eine Rolle. Diesen Aspekt kann der PKMS als Kalkulationsinstrument nicht abbilden (von Köppen, Marilena IN:Wieteck 2013). Dieses Beispiel könnte erklären, warum Pflegepersonen den PKMS als nicht sachgerecht empfinden.

Der PKMS als Kalkulationsinstrument zum Ausgleich einer Vergütungsschiefelage hat zunächst nichts mit den aufgeführten Punkten zu tun. Darüber hinaus hat der OPS 9-20 bereits in der InEK-Kalkulation (siehe ZE 130.\* und ZE 131.\*<sup>4</sup>) unter Beweis gestellt, dass er deutlich kostentrennend im DRG-System wirkt.

Es wurden noch weitere Aspekte in der DKI-Studie vorgestellt (z. B. dass Patienten mit kurzer Verweildauer und hohem pflegerischen Aufwand über den PKMS nicht abgebildet werden können, Weiteres siehe Blum et al. 2012, S. 89), welche als Begründung für eine nicht sachgerechte Abbildung von „hochaufwendiger Pflege“ von den Befragten angegeben wurden. Bei genauer Analyse decken sich diese mit denen bereits 2009 kommunizierten Grenzen, des derzeitigen PKMS und dem Weiterentwicklungsbedarf, zum Beispiel, für die Abbildung von „hochaufwendigen Patienten“ mit kurzer Verweildauer.

## 2.2 Schlussbetrachtung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zahlreiche Überlegungen bei der Anlage der Studie zum Dokumentationsaufwand kritisch zu hinterfragen sind. Auch die Reflexion der Ergebnisse erscheint einseitig. Daher wird empfohlen, die Ergebnisse nur im Zusammenhang mit einer kritischen Auseinandersetzung und deutlicher Differenzierung der Thematik anzuwenden. Die Studienergebnisse sind keinesfalls zu generalisieren, was von den Autoren ja selbst eingeräumt wird. Interessant und positiv hervorzuheben sind die Umfrageergebnisse zu den MDK-Begutachtungen des PKMS. Diese geben einen Überblick über die angelaufenen Begutachtungen in den Kliniken. Hier soll aber nicht weiter darauf eingegangen werden.

## 3. Untersuchung des Dokumentationsverhaltens/-aufwandes des PKMS

Wie bereits erwähnt, ist eine differenzierte Betrachtung der Sachlage von Nöten, um diese für weitere berufspolitische Entscheidungen zu nutzen. Vor diesem Hintergrund wurde von der Arbeitsgruppe „OPS 9-20“ der AGKAMED eine eigene kleine Erhebung eingeleitet, um den Dokumentationsmehraufwand und mögliche Einflussfaktoren zu untersuchen. Dieser Bericht stellt neben dem Instrument selbst, seinem Anliegen sowie dem methodischen Vorgehen bei dessen Entwicklung und der Datenerhebung auch erste Ergebnisse vor und kann als Pilotstudie für weitere Untersuchungen betrachtet werden. Zielsetzung der Erhebung war es, eine eigene Reflexion des Dokumentationsaufwandes durchzuführen als Grundlage weiterer Diskussionen innerhalb der

---

<sup>4</sup> [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2013/Fallpauschalen-Katalog](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2013/Fallpauschalen-Katalog)

Arbeitsgruppe. Darüber hinaus sollte mit den Ergebnissen der Erhebung eine sachliche Diskussion zur Einordnung der Ergebnisse der DKI-Studie zeitnah gefördert werden.

### 3.1 Forschungsdesign/-methode

Es handelt sich um eine quantitative deskriptive Querschnittuntersuchung. Die aufgestellten Forschungsfragen sollen mittels Befragung von verschiedenen Personen in Kliniken beantwortet werden. Die gewonnenen Daten wurden mittels deskriptiver Statistik und explorativer Datenauswertungen analysiert und beschrieben. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Zahlreiche Entscheidungen bezüglich des Vorgehens im Rahmen der Erhebung wurden durch pragmatische Entscheidungen bestimmt. So wurde z. B. aus Ressourcengründen entschieden, einen Fragebogen in einer Kleingruppe zu entwickeln. Dieser Fragebogen wurde anschließend an die Mitglieder der Arbeitsgruppe mit einem Begleitschreiben über Sinn und Zweck sowie Anwendung des Fragebogens versendet. Auch der Rücklauf wurde dahingehend eingegrenzt, dass die Mitgliedskliniken, welche an der nächsten Arbeitsgruppensitzung teilnehmen, gebeten wurden, den Fragebogen auszufüllen. Dabei wurde es den Kliniken freigestellt, ob diese einen Fragebogen ausfüllen als Zusammenfassung der in der Klinik erfragten Durchschnittswerte/-angaben für ihr Haus, oder ob der Fragebogen an die Mitarbeiter einer Station ausgegeben wurde. Die Qualifikation und Funktion der ausfüllenden Person des Fragebogens wurde mit erhoben. Diese pragmatische, ressourcenschonende Vorgehensweise schränkt die Ergebnisse der Studie ein und wird ausführlich in der zusammenfassenden Diskussion erläutert.

### 3.2 Fragestellung

Durch die Auseinandersetzung mit den DKI-Studienergebnissen in der Arbeitsgruppe entstand der Anreiz, einigen Fragestellungen konkreter nachzugehen. Folgende Forschungsfragen sollten näher betrachtet werden.

- a) Wie hoch ist der durchschnittliche Dokumentationsaufwand zum Aufstellen des PKMS-Planes (Gründe und Maßnahmenplanung)?
- b) Wie gestaltet sich der tägliche Dokumentationsmehraufwand im Vergleich zur Regeldokumentation eines PPR-A3-Patienten?
- c) Gibt es erkennbare Einflussfaktoren auf die tägliche Dokumentationszeit?
- d) Welche Veränderungen in der Pflegedokumentationsqualität und dem pflegerischen Leistungsgeschehen (bezogen auf die therapeutisch-aktivierende Pflege) lassen sich durch die Einführung des PKMS beobachten?

#### Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde mit einer kleineren Untergruppe der Mitglieder der AGKAMED AG entwickelt und basiert auf dem Vorwissen einiger gemeinsamer Diskussionen innerhalb der Arbeitsgruppe und der Auseinandersetzung mit den Dokumentationsanforderungen und -aufwende. Ebenso wurde die Entwicklung des Fragebogens durch die Aussagen in der Literatur zu diesem Thema bestimmt. Die bisher veröffentlichte Literatur zu dem Thema PKMS sowie Dokumentationsaufwand stand der Arbeitsgruppe durch zahlreiche Vorarbeiten zur Verfügung. Wie bereits berichtet, setzt sich die Arbeitsgruppe mit den unterschiedlichsten Veröffentlichungen aktiv und selbstkritisch auseinander.

Die Ergebnisse der DKI-Studie bezüglich der Dokumentationszeit erschienen vor dem eigenen Erfahrungshintergrund der Kliniken und den bisher gefundenen Veröffentlichungen (Dzyck 2011, Plenge und Von Eicken 2011, Richter und Von Jutzerzenka 2011) zum Dokumentationsaufwand als hoch und konnten aus diesem Grund nicht erklärt werden. In der Studie der DKI kann nicht nachvollzogen werden, auf was genau sich die Zeitangaben beziehen. In der Literatur gibt es Hinweise, dass sich der Dokumentationsaufwand für die Erstellung eines PKMS-Planes (Gründe und Maßnahmen planen) von der täglichen Leistungsdokumentation unterscheidet (Dzyck 2011). Bei der Beurteilung des PKMS-Dokumentationsaufwandes soll es auch darum gehen, den **zusätzlichen Dokumentationsaufwand, abgrenzend zur Regeldokumentation** zur Prozessteuerung, zu erfassen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird daher vom Dokumentations**mehraufwand** gesprochen. Bei der Beurteilung, was zur Regeldokumentation zu zählen ist, wie Dokumentationsqualität bewertet werden kann usw., wurden frühere Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten mit einbezogen (Wieteck 2007), ebenso die Erfahrungswerte der Diskussionsteilnehmer der Arbeitsgruppe.

Entsprechend den aufgestellten Forschungsfragen wurde überlegt, wie der Fragebogen aufgebaut werden kann, damit der Dokumentations**mehraufwand** abgrenzend zur Regeldokumentation erfassbar wird. Ebenso wurde in der Diskussionsgruppe konsentiert, dass der Unterschied zwischen der Ersterhebung des PKMS-Planes und der täglichen Leistungsdokumentation von Interesse für die Diskussion um den Dokumentationsaufwand ist.

Im Rahmen eines Brainstormings mit der Fragestellung, was zur Regeldokumentation gehört und was nicht sowie der Sammlung von Ideen über mögliche Einflussfaktoren auf die Dokumentationszeit wurden zahlreiche Aspekte identifiziert, die ihren Weg in das Erhebungsinstrument gefunden haben. Die möglichen, in bestehenden Publikationen bereits beschriebenen Einflussfaktoren wie Doppeldokumentation (Wieteck 2012b), Dokumentationsqualität in der Pflege vor der PKMS-Einführung (Ahrens 2012), Art der PKMS-Dokumentationsumsetzung als auch eigene Erfahrungswerte aus Schulungen und Einführungsprojekten wurden in Form von Fragestellungen aufgenommen. In der Arbeitsgruppe wurde zudem entschieden, dass der Fragebogen nur einen überschaubaren Umfang haben darf, da sonst die Erhebung und Auswertung nicht zu leisten sind. Zusammenfassend wurden neben Angaben zur Person insgesamt 15 Fragen gestellt. Der Fragebogen kann im Anhang eingesehen werden. Der Fragebogen enthielt Hybridfragen, Fragestellungen mit einer verbalen Rating-Scala und Fragen, welche einen Schätzwert von Pflegezeit in Minuten abgefragt haben. Da der Fragebogen an Mitarbeiter einer Klinik (Mitarbeiter/In des Pflegedienstes, PKMS-Beauftragte oder Pflegedienstleitung und/oder vergleichbare Positionen) gerichtet war und die Antwort sich auf die Einschätzung einer Station einer Klinik beziehen konnte, wurden die Fragen überwiegend im Plural formuliert. Verständlichkeit und Relevanz des Fragebogens wurde durch Vorlage bei zwei Pflegefachpersonen, welche mit der PKMS-Dokumentation vertraut waren, getestet. Deren Feststellungen und Anmerkungen wurden diskutiert und führten zu geringfügigen sprachlichen Anpassungen.

### 3.3 Stichprobe

Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe aus den Mitgliedshäusern der „AG OPS 9-20“ der AGKAMED, sowie Seminarteilnehmern eines Update Seminars zum PKMS der Firma RECOM. Die AG besteht aus 32 gemeldeten Mitgliedern, 19 Teilnehmer sind regelmäßig anwesend, die restlichen

Mitglieder sind abwechselnd anwesend. Aus einigen Kliniken kommen jeweils zwei Teilnehmer. Im Januar 2013 wurden die Mitglieder der Arbeitsgruppe gebeten, für die nächste Sitzung den entwickelten Fragebogen ausgefüllt mitzubringen. 15 Teilnehmer haben an der Sitzung am 4.2.2012 teilgenommen und haben einen konsentierten Fragebogen abgegeben. Zwei Einrichtungen haben ihren ausgefüllten Fragebogen per E-Mail zugesendet, da diese kurzfristig nicht an der Sitzung teilnehmen konnten. Der überwiegende Teil der Einrichtungen hatte sich entschieden, einen Fragebogen auszufüllen (siehe Tabelle 1). Diese Einrichtungen haben die Fragen in der Klinik im Pflgeteam abgefragt und konsentiert. Die Antworten auf diesen Fragebögen spiegeln somit eine konsentierete Meinung der PKMS-Experten und Praktiker der Klinik wider. Eine Einrichtung hat sich entschieden, die Fragebogen an alle Stationen (n=34) auszugeben mit der Bitte, mindestens einen konsentierten Fragebogen pro Station zurückzusenden. Die E-Mails mit dem Fragebogen wurden an die PKMS-Beauftragten der jeweiligen Station versendet. Auf Grund der anonymen Beantwortung kann der Rücklauf nicht exakt beziffert werden, da die Möglichkeit bestand, dass einige Stationen mehrere Fragebögen eingereicht haben. Insgesamt wurden 51 Fragebögen zurückgesendet. Diese Anzahl ist dahingehend plausibel, da es auf jeder Station 1–2 PKMS-Beauftragte gibt. Der Rücklauf kann somit als gut eingeschätzt werden, wenngleich einige Unschärfen durch die anonyme Beantwortung bleiben. Darüber hinaus wurde im Rahmen eines „PKMS-Update-Seminars“ der Fragebogen nach dem Seminar an die Teilnehmer versandt und diese wurden dann gebeten, den Bogen ausgefüllt zurückzusenden. Der Auftrag an diese Einrichtungen war, einen konsentierten Fragebogen mit den Durchschnittswerten ihrer Klinik abzugeben. An dem Seminar haben 15 Personen teilgenommen. Insgesamt waren es 9 unterschiedliche Kliniken, so dass maximal 9 ausgefüllte Bögen erwartet werden konnten. 7 ausgefüllte Bögen wurden zurückgesandt. Die Teilnehmer des Update Seminars wurden angefragt, um für die nachfolgende Auswertung eine Kontrollgruppe zu haben. Es könnte ansonsten die Hypothese aufgestellt werden, dass die Kliniken, welche sich mit der Weiterentwicklung des PKMS im Rahmen einer Arbeitsgruppe beschäftigen, andere Dokumentationszeiten haben, als vergleichbare Kliniken ohne dieses Interesse.

Die Stichprobe der Pilotstudie bezieht sich auf folgende, in der Auswertung berücksichtigte Fragebögen:

Tabelle 1: Klinikangabe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Bochum	51	68,0	68,0	68,0
Klinik AGKAMED AG	17	22,7	22,7	90,7
Sonstige Klinik	7	9,3	9,3	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

**Uniklinik Bochum:** 51 Fragebögen von Mitarbeitern, bezogen auf die Station/Pflegeeinheit ausgefüllt

**Kliniken der AG AGKAMED:** 17 Fragebögen, bezogen auf eine konsentierete Einschätzung einer Klinik durch das Arbeitsgruppenmitglied

**Sonstige Kliniken:** 7 Teilnehmer des Update-Seminars der Firma RECOM im Februar 2013

In den nachfolgenden Tabellen wird angegeben, welche Funktion die Mitarbeiter, die den Fragebogen ausgefüllt haben, wahrnehmen und auf was sich die Aussagen beziehen. Dies konnte

entweder eine Station/Pflegeeinheit sein, oder als konsentiertere Aussage bezogen auf den Durchschnitt einer Klinik.

Tabelle 2: Funktion des Mitarbeiters der den Fragebogen ausgefüllt hat

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Mitarbeiter auf einer Station	49	65,3	65,3	65,3
PKMS-Beauftragte	18	24,0	24,0	89,3
Projektverantwortliche				
PDL der Einrichtung	8	10,7	10,7	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

Tabelle 3: Bezug der Aussage eines MA auf einer Station/Pflegeeinheit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig MA aus einer Klinik/Angabe einer Station	51	68,0	68,0	68,0
PKMS Beauftragter/Erfahrungswert einer Klinik	24	32,0	32,0	100,0
Gesamt	75	100,0	100,0	

### 3.4 Ergebnisse

Die Daten wurden in SPSS 19 eingegeben und anschließend analysiert. Als ein zentrales Kernergebnis kristallisierte sich heraus, dass es einen Unterschied darstellt, ob ein Mitarbeiter bei Neuaufnahme oder Verlegung **erstmalig die PKMS-Gründe erhebt und einen PKMS-Maßnahmenplan aufstellt**, oder ob die **tägliche PKMS-Pflegemaßnahmendurchführung**, bezogen auf den PKMS-Dokumentationsmehraufwand, abgefragt wird.

#### 3.4.1 DokumentationsMEHRAufwand für die Erstellung des PKMS-Planes

Ein PKMS-Plan wird meist einmalig während eines Krankenhausaufenthaltes aufgestellt und bei Bedarf beispielsweise wegen Zustandsveränderungen angepasst. Da das Anlegen eines PKMS-Planes in der Regel mehr Pflegezeit in Anspruch nimmt, wurde dieser Aspekt separat abgefragt. Damit kann verhindert werden, dass bei einer Befragung von Mitarbeitern unterschiedliche Handlungen im Rahmen der Dokumentation vermisch werden und es in der Folge zu Verzerrungen in der Beantwortung kommt.

Die Frage lautete:

Wie hoch beziffern Ihre Mitarbeiter den durchschnittlichen **zusätzlichen** PKMS-Dokumentations**MEHRAufwand** pro Fall am **ersten Erhebungstag**, wenn der PKMS-Plan aufgestellt wird \_\_\_\_\_ in Minuten

Die Frage wurde von allen Befragten beantwortet, der **Mittelwert wurde für die Erstellung des PKMS-Planes mit 19,1 Minuten** errechnet. Die Spannweite beträgt 55 Minuten, Minimum 5 und Maximum 60 Minuten. Die Standardabweichung beträgt 11,32. Im nachfolgenden Diagramm ist die

Verteilung der „durchschnittlichen Dokumentationszeiten“ für die Aufstellung des PKMS-Plans grafisch dargestellt.

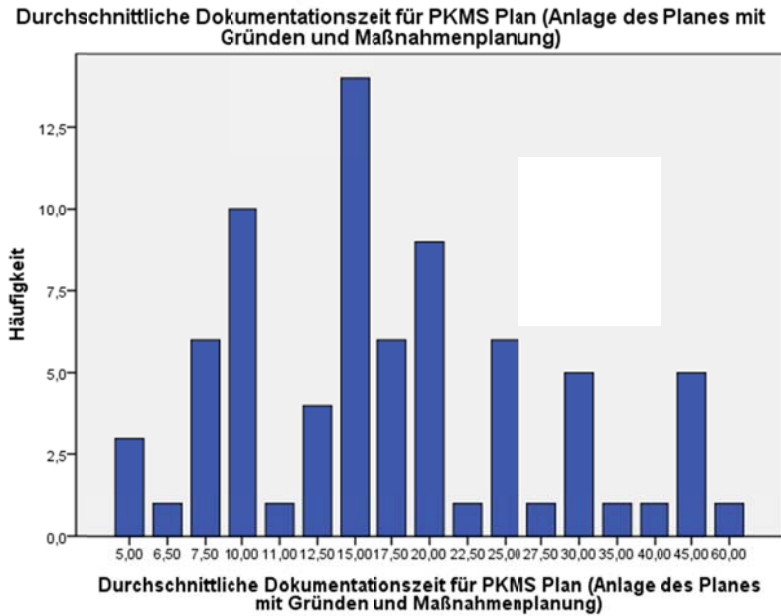


Abbildung 5: Durchschnittliche Dokumentationsmehraufwand für den PKMS-Plan

In der nachfolgenden Grafik wird die Perzentilverteilung (Tabelle 4) dargestellt.

Tabelle 4: **Statistik** Perzentilverteilung Dokumentationszeit für das einmalige Anlegen des PKMS-Plans  
Durchschnittliche Dokumentationszeit für PKMS-Plan (Anlage des Planes mit Gründen- und Maßnahmenplanung)

N	Gültig	75
	Fehlend	0
Perzentile	25	10,0000
	50	15,0000
	75	25,0000

25 Befragte haben sich bei der Angabe des Wertes nicht auf einen konkreten Minutenwert festlegen können und haben z. B. 10–15 Minuten angegeben. Aus diesem Grund wurde für die Auswertung oben der Mittelwert der jeweils angegebenen Zeitspanne in die Tabelle eingetragen. Zudem wurden bei den Antworten der jeweilige Minimal- und Maximalwert in zwei zusätzliche Eingabefelder in der Datenmatrix von SPSS eingegeben, in dem die unteren und oberen Werte getrennt erfasst wurden. Diese werden nachfolgend in der Tabelle dargestellt.

Tabelle 5: **Statistik** Mittelwerte PKMS-Planerstellung differenziert

		Durchschnittliche Dokumentationszeit für PKMS Plan (Anlage des Plans mit Gründen und Maßnahmenplanung)	Dokumentationszeit PKMS Plan <b>hoher</b> Durchschnittswert	Dokumentationszeit PKMS Plan <b>niedriger</b> Durchschnittswert
N	Gültig	75	25	25
	Fehlend	0	50	50
Mittelwert		<b>19,1000</b>	<b>20,6000</b>	<b>14,4000</b>
Median		15,0000	20,0000	15,0000
Modus		15,00	20,00	15,00
Summe		1432,50	515,00	360,00

Perzentile	25	10,0000	10,0000	7,5000
	50	15,0000	20,0000	15,0000
	75	25,0000	27,5000	20,0000

Zusammenfassend zeigt sich, dass der durchschnittliche Dokumentationsmehraufwand **für den zeitintensiveren Teil der PKMS-Dokumentation, auch im Falle eines hohen zugrunde gelegten Durchschnittswertes deutlich unter den angegebenen Durchschnittswerten der DKI-Studie liegt.**

### 3.4.2 DokumentationsMEHRAufwand durch die tägl. PKMS Leistungsdokumentation

Täglich dokumentieren Mitarbeiter die durchgeführten Pflegemaßnahmen im Pflegeleistungsnachweis und in der Kurve sowie die Wirkung der erbrachten Pflegeleistungen im Pflegebericht. Vor dem Hintergrund der Annahme, dass sich diese Zeitwerte zwischen Aufstellung eines PKMS-Planes einerseits und der täglichen Leistungsdokumentation andererseits unterscheiden, wurde für die tägliche Dokumentationszeit eine gesonderte Frage gestellt:

Wie hoch beziffern Ihre Mitarbeiter den durchschnittlichen **zusätzlichen** PKMS-Dokumentations**MEHRAufwand** pro Tag und Fall zur **täglichen Leistungsdokumentation** \_\_\_\_\_ **in Minuten.**

Im Ergebnis wurde der durchschnittliche tägliche Dokumentationsmehraufwand der PKMS-Leistungsdokumentation mit einem **Mittelwert von 7,53 Minuten pro Tag** errechnet. Weitere statistische Aussagen können der Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: **Statistik tägliche durchschnittliche PKMS-Dokumentationszeit**  
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Leistungsdokumentation

N	Gültig	75
	Fehlend	0
Mittelwert		<b>7,5267</b>
Median		5,0000
Modus		5,00
Standardabweichung		5,42261
Varianz		29,405
Minimum		1,00
Maximum		30,00
Summe		564,50
Perzentile	25	3,5000
	50	5,0000
	75	10,0000

Anhand Abbildung 6 lässt sich deutlich erkennen, dass es auch hier starke Varianzen in den angegebenen Werten gibt. Es stellt sich nun die Frage, ob die Zusammenhänge erklärt werden können.

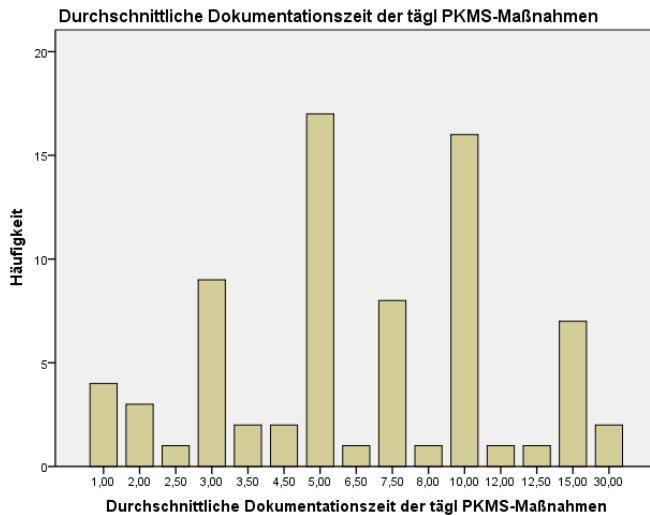


Abbildung 6: Histogramm tägliche PKMS Maßnahmendokumentationsmehraufwand

### 3.4.3 Hypothesengenerierende Datenanalysen

Nachfolgend sollen mittels explorativer Datenanalyse die Streuung und Verteilung der benötigten Pflegezeit zur PKMS-Dokumentation dargestellt, verglichen und interpretiert werden. Mittels eines Boxplots kann ein schneller Eindruck und die Verteilung der Daten in verschiedenen Untergruppen ermöglicht werden. Alle zentralen Werte (Minimum, erstes Quartil, Median, drittes Quartil und Maximum) werden angezeigt, 50 % aller angegebenen Werte/Zeiten werden durch die „Box“ in der Mitte angezeigt. Ausreißer werden mit einem Kreis dargestellt, Extremwerte mit einem Sternchen. Die Ziffer gibt an, auf welchen Fall sich das Sternchen/der Kreis bezieht.

#### 3.4.3.1 Verteilung der Daten nach befragter Person

In der Boxplot-Darstellung der Verteilung der Zeitwerte zwischen den verschiedenen befragten Personengruppen (Pflegedienstleitung, PKMS-Beauftragte und Mitarbeiter auf der Station) lassen sich Unterschiede darstellen. Hieraus könnte die Hypothese abgeleitet werden, dass abhängig von den befragten Personen unterschiedliche Zeitwerte angegeben werden.



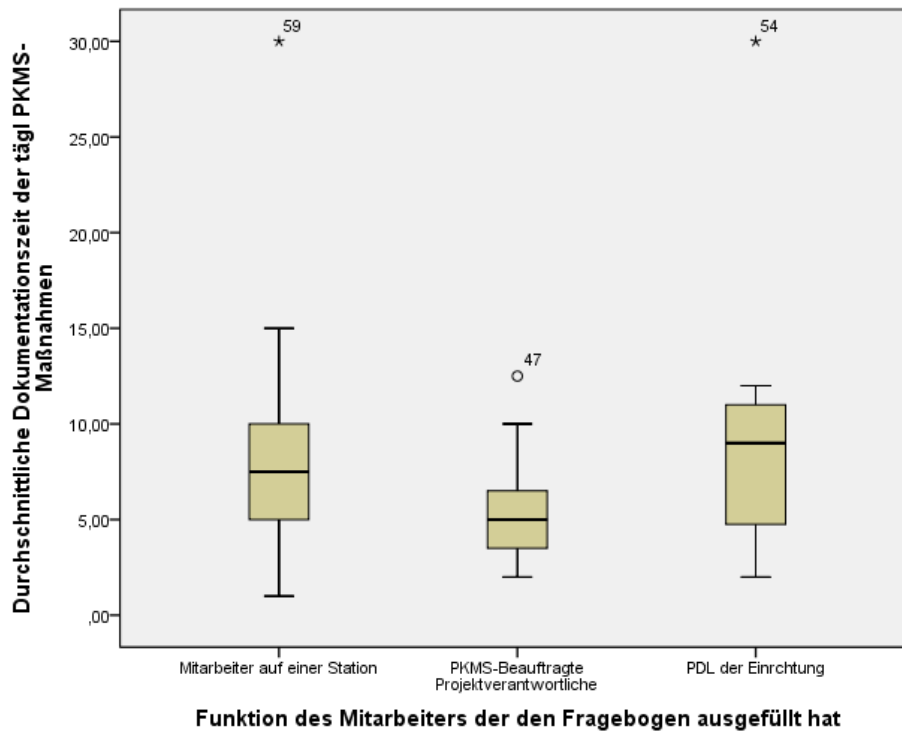


Abbildung 7: Befragte Personengruppen und PKMS-Dokumentationszeit

Im dargestellten Boxplot liegt der Median der verschiedenen Personengruppen unterschiedlich verteilt. Der errechnete Mittelwert beträgt in der Gruppe der Mitarbeiter der Station 7,8 Minuten, bei den PKMS-Beauftragten des Hauses 5,33 Minuten und bei der Gruppe Pflegedienstleiter/Innen 10,1 Minuten. Auch die Spannweiten sind unterschiedlich. Die Gruppe der Pflegedienstleiter/Innen schätzen den durchschnittlichen Dokumentationsmehraufwand in dieser Stichprobe deutlich höher ein. Diese Untersuchung sollte mit einer größeren Stichprobe und anderen statistischen Methoden zur Prüfung eines möglichen Zusammenhanges erneut geprüft werden.

### 3.4.3.2 Zeitwerte nach unterschiedlichen Einrichtungen

Die vergleichende Betrachtung der anhand weiterer Boxplots dargestellten Verteilungen der täglichen PKMS-Dokumentationszeiten mit Bezug auf die drei Gruppen von befragten Einrichtungen zeigt ebenfalls Unterschiede. Dies sowohl bezogen auf die Dokumentationszeit zur Erstellung eines PKMS-Plans als auch bei der täglichen PKMS-Leistungsdokumentation.

Die Datenauswertung der **täglichen zusätzlichen PKMS-Dokumentationszeit zur Regeldokumentation** (Abb. 7) ergibt im Mittel 7,7 Minuten, der Median liegt bei 7,5 Minuten. Die Ergebnisse aus der Klinik in Bochum weichen von den Fragebögen der Mitgliedskliniken der AG OPS 9-20 der AGKAMED mit einem Mittelwert von 8,35 Minuten und einem Median von 7,5 Minuten nur geringfügig ab. Die Ergebnisse der Kliniken aus dem Update-Seminar liegen allerdings mit einem Mittelwert von 3,8 Minuten und einem Median von 3,5 Minuten deutlich darunter. Die deskriptive Statistik im Detail ist im Anhang 1 nachzulesen.

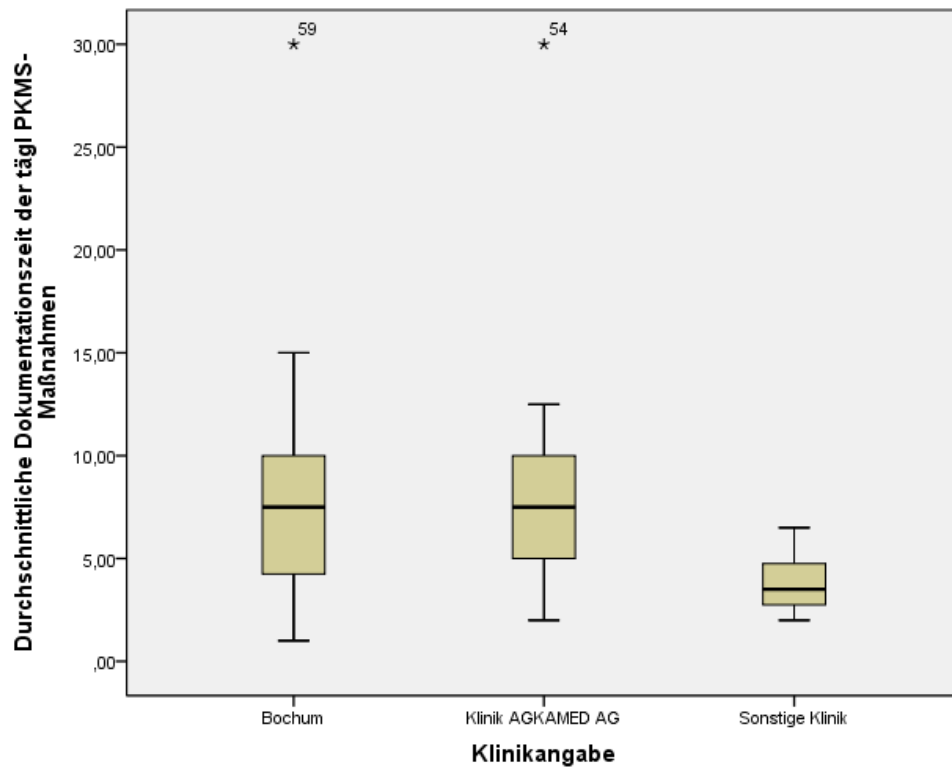


Abbildung 8: Zusammenhang tägliche PKMS-Dokumentationszeit und befragte Gruppe der Stichprobe

Auch die Auswertung der **zusätzlichen Dokumentationszeiten im Rahmen der Erstellung des PKMS-Plans und der Maßnahmenplanung**, welche in der Regel einmalig für den Patienten erhoben werden muss, zeigen in den drei Gruppen der Stichproben Unterschiede (Abb. 8).

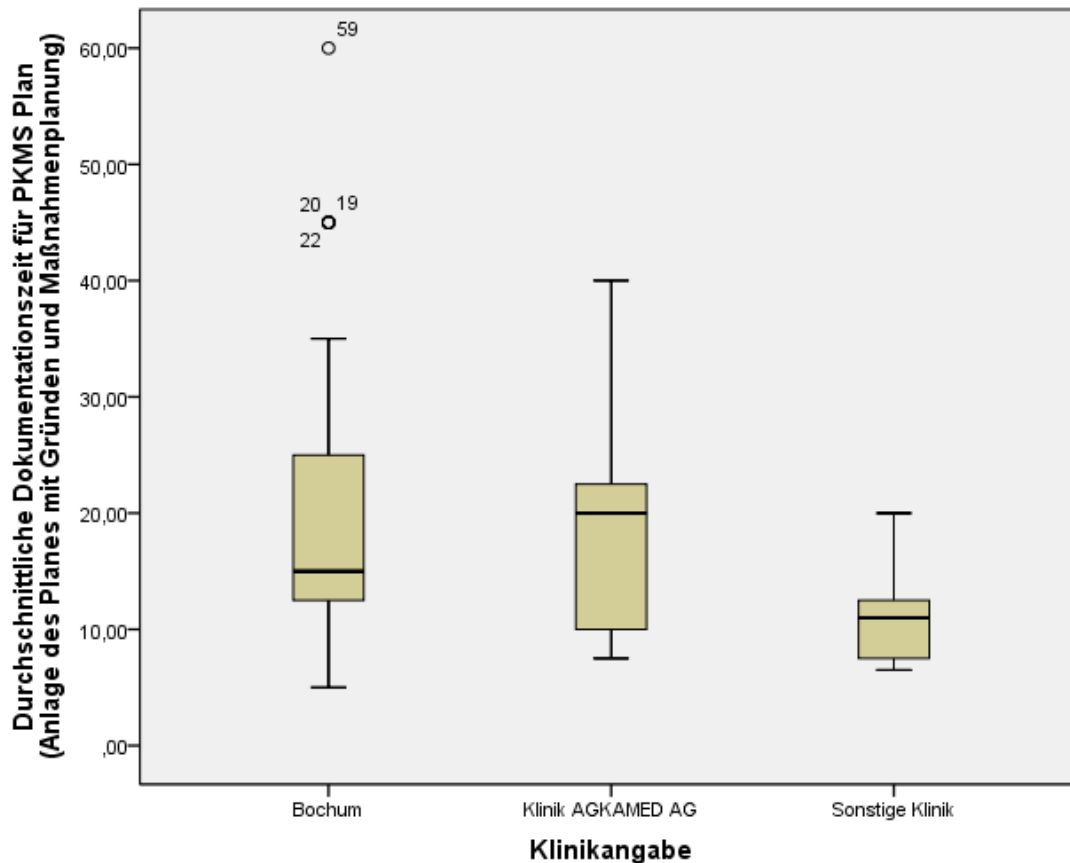


Abbildung 9: Boxplot Klinikangaben und Dokumentationszeit

Der Mittelwert in den Kliniken in Bochum wurde mit 20,24 Minuten und einem Median von 15 Minuten berechnet. Für die Mitgliedskliniken der AGKAMED wurde ein Mittelwert von 18,97 Minuten und ein Median von 20 Minuten errechnet. Die Kliniken der Teilnehmer des Update-Seminars liegen auch hier deutlich unter den Werten der beiden Gruppen mit einem Mittelwert von 11,07 und einem Median von 11 Minuten. Die genauen statistischen Daten können im Anhang 2 nachgelesen werden.

Es stellt sich die Frage, warum die Ergebnisse der drei Gruppen unterschiedlich sind. Hierzu müssten weitere Daten ermittelt werden. Ein Erklärungsansatz wäre, dass die Kliniken der Update-Seminarteilnehmer einen höheren Wissensstand bezüglich der PKMS-Umsetzung haben könnten. Denn an diesem Update Seminar darf teilnehmen, wer zuvor die dreitägige Referentenausbildung absolviert hat. Somit liegt die Vermutung nahe, dass in diesen Kliniken ein höherer Wissensstand vorliegt, welcher in den anderen Kliniken der Stichprobe nicht durchgängig vorhanden ist. Ebenso sind andere Einflussfaktoren denkbar, allerdings können auch hier aufgrund der geringen Stichprobe nur Hypothesen aufgestellt werden.

Ein weiterer zu diskutierender Aspekt ist, inwieweit die hier ermittelten Unterschiede tatsächlich klinisch/praktisch relevant sind.

### 3.4.3.3 Umsetzungsart der PKMS-Dokumentation

Auch im Zusammenhang mit der Art und Weise der eingeführten PKMS-Dokumentation scheint es Unterschiede zu geben. Um hier konkretere Aussagen treffen zu können, müssten die Daten allerdings differenzierter erhoben werden und abermals eine größere Stichprobe zugrunde liegen. Die Dokumentationsarten in Krankenhäusern allgemein lassen sich zusammenfassend in sechs grobe Kategorien unterteilen (Wieteck 2012a). Es empfiehlt sich, den Fragebogen entsprechend anzupassen, um genauere Informationen zu erhalten, welche Dokumentationsarten sich positiv auf die Dokumentationszeit auswirken. In der Auswertung wurden daher nur die drei verschiedenen Dokumentationsarten ausgewertet, welche in den Kliniken der Arbeitsgruppe auch vorkommen.

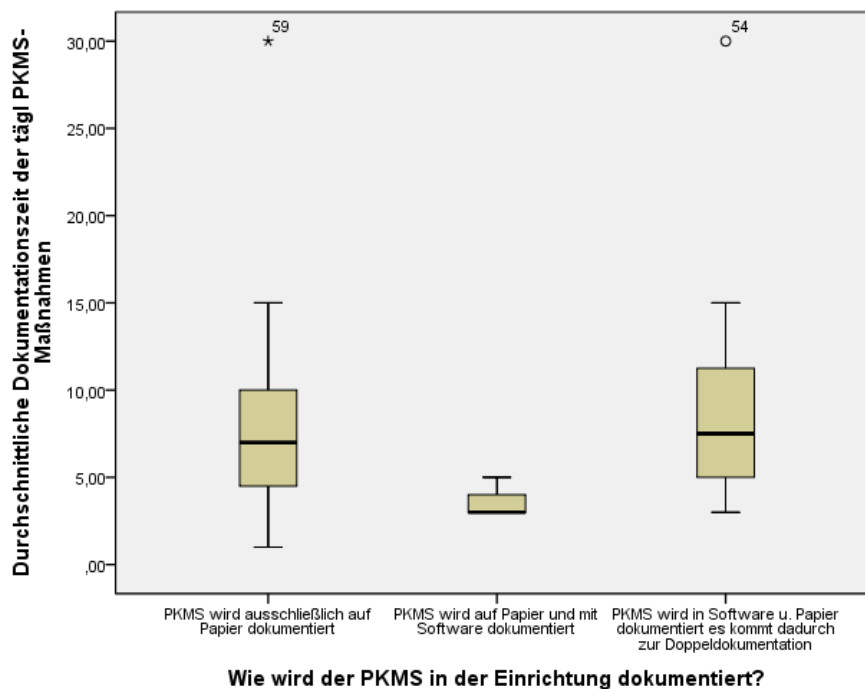


Abbildung 10: Boxplot PKMS-Dokumentationsverfahren und Zeit

In der Stichprobe zeigen sich unterschiedliche Zeitwerte in der täglichen Dokumentation, abhängig davon, wie die PKMS-Dokumentation umgesetzt wird.

Mitarbeiter, welche ausschließlich auf Papier dokumentieren, benötigen im Durchschnitt 7,4 Minuten zusätzliche Dokumentationszeit pro Tag. Mitarbeiter, welche auf Papier und EDV mit Doppeldokumentation arbeiten, benötigen im Mittel 9,1 Minuten. Wird eine Software- und Papier-Version eingesetzt, bei der es zu keiner Doppeldokumentation kommt, wurde ein Mittelwert von 3,66 Minuten benötigt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch die Art der PKMS-Dokumentation die täglichen zusätzlichen Dokumentationszeiten beeinflussbar sind. In jedem Fall kann festgehalten werden, dass eine Doppeldokumentation im Rahmen der hier besprochenen Auswertung mehr Zeit benötigt.

In dem nachfolgend dargestellten Streudiagramm werden die PKMS-Dokumentationszeiten mit der Information der Dokumentationsart dargestellt. Bei Betrachtung der Grafik wird die Hypothese, dass

die Dokumentationsart im Zusammenhang mit der Dokumentationszeit stehen könnte, gestützt. Für weitere Untersuchungen ist zu empfehlen, die Dokumentation mit Papier genauer zu betrachten. Da die Werte der Gruppe mit „Papierdokumentation“ quer im Datensatz streut, ist die Frage zu stellen, ob z. B. eine integrierte PKMS-Dokumentation oder eine explizite PKMS-Dokumentation auf einem gesonderten Dokumentationsbogen unterschiedliche Zeiten hervorbringt.

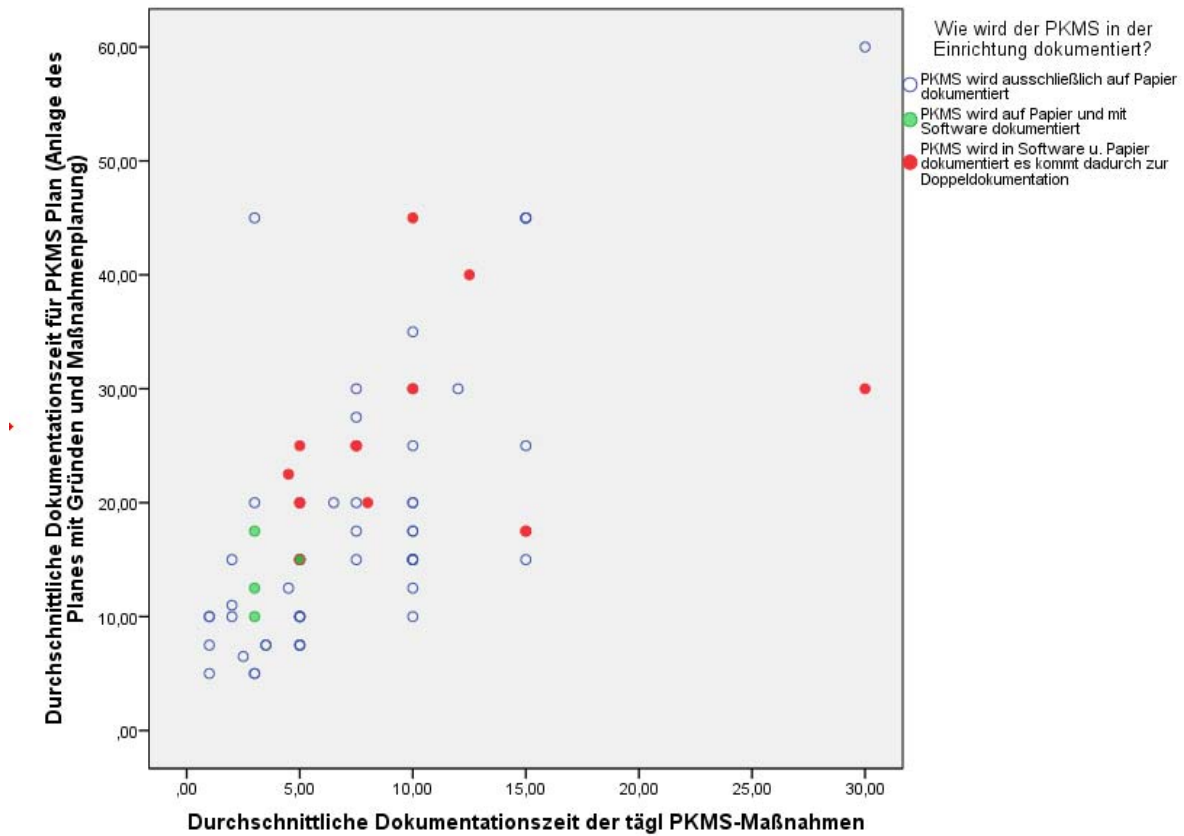


Abbildung 11: Streudiagramm Dokumentationszeit und -art

Weitere Statistiken können im Anhang 3 eingesehen werden.

### 3.4.3.4 Erfahrung/Übung des Mitarbeiters und Häufigkeit der PKMS-Fälle auf Station

In einigen Fragebögen wurden Randbemerkungen durch die Mitarbeiter händisch zu der Frage zum Dokumentationsmehraufwand eingetragen („selten Fälle“, „kaum PKMS-Patienten“, „keine Übung, da keine Fälle“ usw.). Insgesamt fand sich auf sechs Fragebögen eine dieser Angaben. Daher wurde entschieden, die nachfolgende Auswertung durchzuführen.

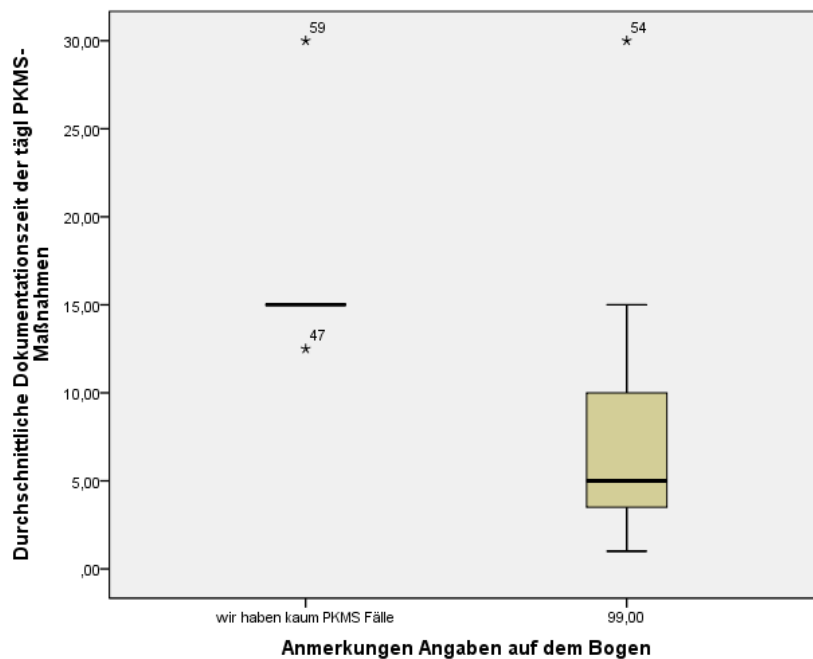


Abbildung 12: Boxplot seltene und häufige PKMS-Dokumentation und Zeit

In der Datenauswertung zeigt sich, dass die selektive Betrachtung der angegebenen Zeitwerte in der Gruppe „wir haben kaum PKMS-Fälle“ und der „Gruppe ohne Aussage zu der Häufigkeit der PKMS-Fälle“ (Boxplot 99), welche hierzu keine Angabe gemacht hat, deutliche Unterschiede erzeugt. So ist der Mittelwert bei der Gruppe „wir haben kaum PKMS-Fälle“ mit 17,5 und einem Median von 15 Minuten berechnet worden. Die restlichen Fälle haben einen Mittelwert von 6,8 Minuten und einen Median von 5 Minuten.

Leider wurde die Frage, ob die Station häufig PKMS-Fälle hat oder kontinuierlich „hochaufwendige Patienten“ versorgt werden, nicht gestellt, so dass mit den verfügbaren Daten nur eine Hypothese aufgestellt werden kann. In der Auswertung kann ein deutlicher Unterschied zwischen den Zeitwerten von Mitarbeitern, welche kontinuierlich Übung in der PKMS-Dokumentation haben und Mitarbeitern, die selten PKMS-Dokumentationen durchführen, erkannt werden.

Bei weiteren Befragungen sollte dieser Aspekt gezielt mit abgefragt werden. Es könnte z. B. auch die Vermutung angestellt werden, dass Teilzeitpflegepersonen, welche nur einen geringen Stundenanteil haben, ebenfalls einen höheren zeitlichen Aufwand für die Dokumentation des PKMS haben könnten.

### 3.4.3.5 Qualität der Pflegedokumentation vor Einführung des PKMS

Vor dem Hintergrund der im Rahmen von MDK-Begutachtungen aufgefallenen massiven Dokumentationsmängel einiger Kliniken (Braun und Wieteck erscheint im Mai 2013), wurde die Hypothese aufgestellt, dass sowohl die Erfolgsquote der Begutachtungen als auch die Zeit für die PKMS-Dokumentation durch die vor der PKMS-Einführung vorherrschende Dokumentationsqualität der Einrichtungen beeinflusst sein könnte.

#### Pflegedokumentation

Vier **primäre Funktionen** werden der Pflegedokumentation zugeschrieben, welche die Bedeutung der Dokumentationsqualität erhöhen. Zum einen dient die Pflegedokumentation als Instrument für die Informationsübermittlung im Versorgungs-/Behandlungsprozess. Sie bündelt die verschiedenen Informationen aus den verschiedenen Quellen des Versorgungsprozesses und dient als Entscheidungsgrundlage für den Behandlungsprozess. Ihr wird die Aufgabe zugeschrieben, die Kontinuität der pflegerischen Dienstleistungserbringung zu erhöhen und dazu beizutragen, dass Leistungen gezielt, strukturiert und geplant durchgeführt werden. Darüber hinaus wird der Leistungserbringungsprozess transparent und spiegelt die pflegerischen Leistungen im Behandlungsprozess wider. Die **Sekundärfunktion** der Pflegedokumentation wird in der Nutzung der Daten, die im Pflege-/Behandlungsprozess entstehen, beschrieben. Die Datenanalysen können beispielsweise für die Qualitätsentwicklung und in Fallanalysen zu Forschungszwecken genutzt werden (Ammenwerth et al. 2003, Bartholomeyczik und Morgenstern 2004, Nordström und Gardulf 1996, Wieteck 2007).

Soll der Versorgungs- und Behandlungsprozess eines Patienten in einem Pflorgeteam systematisch gesteuert und bewertet werden, hat die Pflegedokumentation als Arbeitsinstrument eine entscheidende Rolle zu erfüllen. Wird die Pflegeprozessdokumentation mit wenig Informationsgehalt, ohne Systematik und mit uneinheitlichem Vorgehen geführt, bringt dies vielerlei Gefahren mit sich (Krohwinkel 1993, MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. 2007, S. 45):

- den Verlust wichtiger Informationen
- die Diskontinuität der Leistungserbringer, was gerade bei dementen und wahrnehmungsbeeinträchtigten Personen als ein Pflegequalitätsdefizit benannt werden kann
- passivierende Pflege, da Ressourcen im Pflorgeteam nicht zielorientiert genutzt werden
- Verkennen potentieller Risiken und damit verbundene Pflegefehler
- Sekundärerkrankungen.

Aus den Ergebnissen, z. B. des 2. und 3. Qualitätsberichtes des MDS, wird der Zusammenhang zwischen der Erfüllung der ausgewählten Kriterien der Struktur- und Prozessqualität sowie der höheren Versorgungsqualität in ausgewählten Bereichen sehr deutlich. Die Pflegeprozessdokumentation spielt zur Prozesssteuerung und Ergebnisbewertung dabei eine erhebliche Rolle.

Die Pflegedokumentationsqualität in einigen Kliniken scheint deutliche Mängel aufzuweisen, was z. B. von Gutachtern des MDK im Rahmen der PKMS-Prüfungen auffällt (Seitz, B. und Sommerfeld, W. sowie der Beitrag von Waibel, B. und Dirschedl P. IN: Braun und Wieteck erscheint im Mai 2013).

Daher wurden gezielt einige Fragen im Fragbogen aufgenommen, um potenzielle Indikatoren für Dokumentationsmängel aufzudecken.

Diese sind z. B.:

- Fehlendes Führen eines Ernährungsprotokolls bei Patienten mit einer beeinträchtigten Nahrungszufuhr und damit dem Risiko der Mangelernährung
- Fehlende Dokumentation der Leistungen im Bereich der Kontinenzförderung. Eine systematische Förderung der Kontinenz kann ohne eine gezielte Analyse und Planung von Kontinenztraining usw. nicht sichergestellt werden und erhöht das Risiko von passiven Versorgungsmustern.
- Fehlende Dokumentation der individuellen, therapeutisch-aktivierenden Leistungen. Ohne die Dokumentation kann eine Kontinuität der Versorgung im Pflorgeteam nicht sichergestellt werden.

Folgende Ergebnisse zeigen die Auswertungen der drei Indikatoren im Zusammenhang mit der täglichen PKMS-Dokumentationszeit.

#### Dokumentation von Pflegemaßnahmen im Bereich der Kontinenzförderung:

Insgesamt gaben 54,7 % der Befragten an, Maßnahmen zur Kontinenzförderung vor PKMS-Einführung nicht dokumentiert zu haben. 24 % gaben an, diese Pflegemaßnahmen vor Einführung des PKMS bereits dokumentiert zu haben. 18 % der Befragten haben die Frage nicht beantwortet.

In den zur Verfügung stehenden Daten tritt eine weitere Auffälligkeit hervor. Der Mittelwert der durchschnittlichen Dokumentationszeit der Gruppe „wurde NICHT dokumentiert“ beträgt 8,4 Minuten pro Tag und in der Gruppe „wurde dokumentiert“ liegt der Mittelwert bei 6,2 Minuten täglicher PKMS-Dokumentationszeit (vgl. Anhang 5).

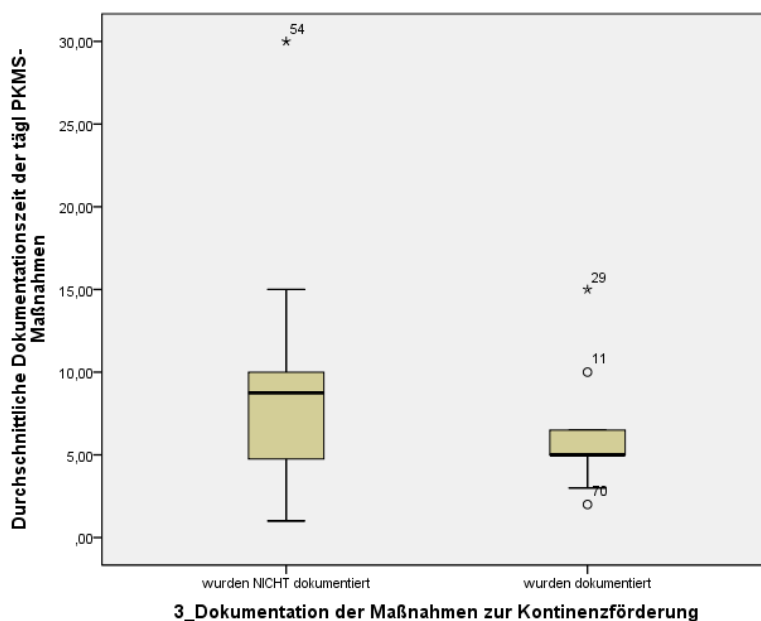


Abbildung 13: PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation zur Kontinenzförderung



### Dokumentation der therapeutisch-aktivierenden Pflege

Die Frage, ob vor der PKMS-Einführung Maßnahmen der therapeutisch-aktivierenden Pflege bereits dokumentiert wurden, ist von 64,0 % der befragten Personen mit „nein“ beantwortet worden. 24 % der befragten Personen gaben an, diese bereits dokumentiert zu haben. Diese Frage wurde von 6,7 % der Befragten nicht beantwortet.

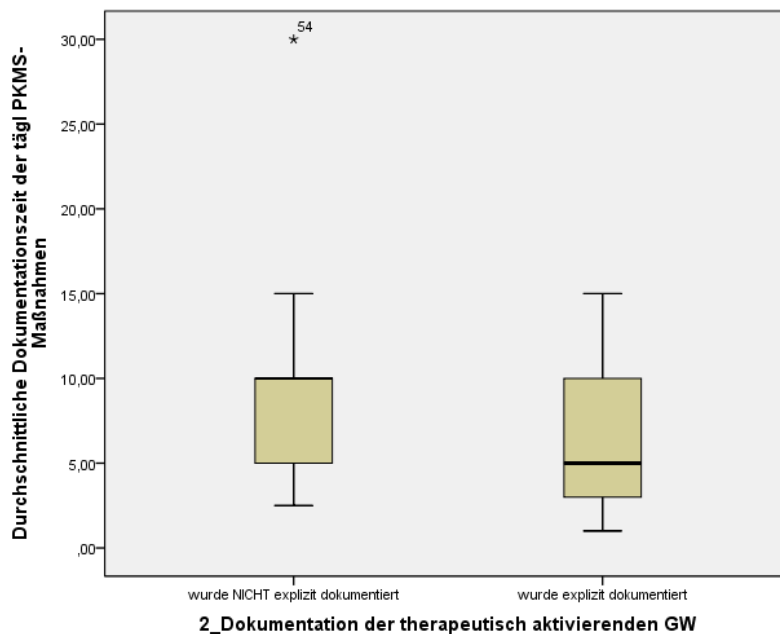


Abbildung 14: Boxplot PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation der aktivierenden/therapeutischen GW

Bei dieser Boxplot-Grafik wird der Unterschied erst bei genauerer Betrachtung des Medians deutlich. In der Gruppe „wurde NICHT explizit dokumentiert“ liegt der Median bei 10 und der Mittelwert bei 9,1 Minuten. In der Gruppe „wurde explizit dokumentiert“ liegt der Median bei 5 Minuten und der Durchschnittswert wurde in dieser Gruppe mit 5,8 Minuten angegeben.

Es zeigt sich auch bei dieser Frage ein vorstellbarer, jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht sicher nachweisbarer Zusammenhang zwischen der Dokumentationsqualität/-tiefe vor der PKMS-Einführung und der benötigten Dokumentationszeit, welche als „Mehraufwand“ zur Regeldokumentation erlebt/angegeben wird.

### Dokumentation der Nahrungszufuhr mittels Ernährungsprotokoll

Vor der PKMS-Einführung haben 25 % der Befragten bei betroffenen Patienten mit Beeinträchtigungen der Nahrungszufuhr kein Ernährungsprotokoll angelegt, 40 % gaben an, die Nahrungszufuhr entsprechend dokumentiert zu haben. 29 % der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet.

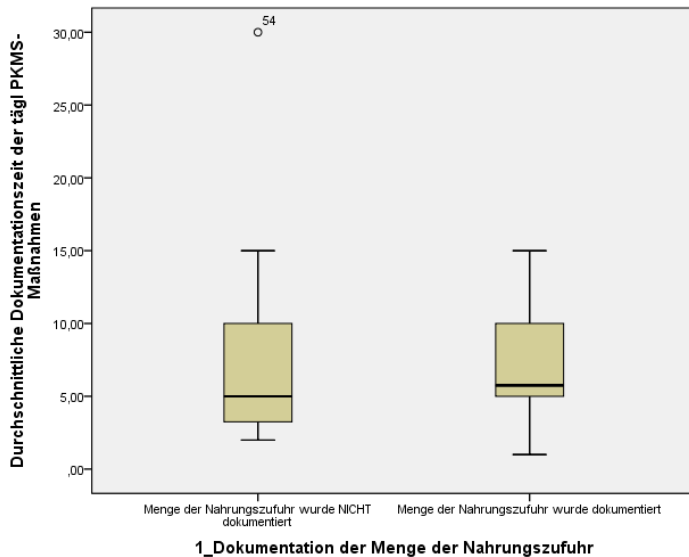


Abbildung 15: Boxplot PKMS-Dokumentationszeit und Dokumentation der Nahrungszufuhr

Die Grafik zeigt, dass hier der Unterschied der Gruppen bezüglich des Dokumentationsaufwandes am geringsten ist. Der Median in der Gruppe „Menge der Nahrungszufuhr wurde NICHT dokumentiert“ ist mit 5 angegeben und der Mittelwert liegt bei 8,56 Minuten pro Tag. In der Gruppe „Menge der Nahrungszufuhr wurde dokumentiert“ ist der Median mit 5,7 und der Mittelwert mit 7,4 Minuten berechnet.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann mit diesen drei Auswertungen die Hypothese untermauert werden, dass der Dokumentationsaufwand pro Tag mit möglichen, bestehenden Qualitätsmängeln im Bereich der Pflegedokumentation vor der Einführung des PKMS in Zusammenhang stehen könnte. In der Literatur finden sich hierzu bisher wenige Belege. So schreibt Andreas Heck: „*Sehr positiv ist, dass wir bereits ein ausgereiftes Dokumentationssystem entwickelt haben und die benötigten Informationen für PKMS bereits in unserem Dokumentationssystem eingebaut sind bzw. mit wenigen Anpassungen umsetzbar sind.*“ (Heck 2009, S. 19) Weitere Untersuchungen hierzu sind zu empfehlen, um eine generalisierbare Aussage treffen zu können. Darüber hinaus ist, analog zur stationären Altenhilfe, dringend die Frage der Dokumentationsqualität in den Kliniken zur adäquaten Pflegeprozesssteuerung und damit Beeinflussung der Ergebnisqualität zu stellen.

### 3.4.4 Dokumentations- und Pflegequalität im Zusammenhang mit der PKMS-Einführung

Im Rahmen der Befragung wurden auch zwei Fragen zur Dokumentationsqualität und zur Veränderung des Leistungsgeschehens der Pflege gestellt. Hintergrund der Entscheidung, Fragen zu diesen Themenbereichen mit aufzunehmen, waren verschiedenen Hinweise aus der Literatur (Schanz und Leonteva 2012, S. 60, Wieteck 2012b). Es wurden zunächst nur wenige Fragestellungen in diesem Bereich aufgenommen, da der Fragebogen möglichst kurz und schnell zu beantworten sein sollte, um damit den Aufwand so gering wie möglich zu halten. Die Mitarbeiter sollten folgende Fragen zur Qualitätsveränderung durch die PKMS-Einführung beantworten. Zur Untersuchung möglicher Zusammenhänge sind die Fragestellungen zu verändern.

#### Fragen zur Qualitätsveränderung durch die PKMS-Einführung:

1. Wie beurteilen Sie die Dokumentationsveränderungen bezüglich der **Dokumentationsqualität** der Pflege:
  - die Dokumentationsqualität hat sich **verbessert**
  - die Dokumentationsqualität ist **gleich geblieben**
  - die Dokumentationsqualität **hat sich verschlechtert**
2. Die im PKMS geforderten therapeutisch-pflegerischen Leistungen werden bei hochaufwendigen Patienten konsequenter/häufiger durchgeführt:
  - therapeutische, aktivierende Pflege wird **vermehrt durchgeführt**
  - das Angebot der **therapeutischen Pflegemaßnahmen hat sich erweitert**
  - therapeutisch-aktivierende Pflege ist von Menge und Inhalt **gleich geblieben**

Die Frage 1 bezieht sich auf die Dokumentationsqualität, die Frage 2 auf qualitative Aspekte des pflegerischen Leistungsgeschehens. Die Leistungen bei den PKMS-Maßnahmen beinhalten zahlreiche Pflegemaßnahmen, die zu den therapeutisch-aktivierenden Pflegehandlungen zählen (Wieteck 2012a, S. 80 ff.).

Insgesamt gaben **76 %** der Befragten an, dass sich die Dokumentationsqualität verbessert hat, 20 % waren der Meinung, dass die Dokumentationsqualität gleich geblieben ist. Vier Prozent der befragten Personen haben keine Antwort auf diese Frage gegeben (Tab. 7). Offen bleibt an dieser Stelle, wie die Befragten die Dokumentationsqualität ausgelegt haben und somit die Aussagekraft der Ergebnisse Grenzen unterliegt.

Tabelle 7: Hat sich die Dokumentationsqualität verbessert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	hat sich verbessert	57	<b>76,0</b>	79,2	79,2
	ist gleich geblieben	15	20,0	20,8	100,0
	Gesamt	72	96,0	100,0	
Fehlend	99,00	3	4,0		
Gesamt		75	100,0		

Auf die Frage, ob sich die PKMS-Einführung auf die Quantität und Qualität (Ausweitung der Angebote) ausgewirkt hätte, waren **41 %** der Befragten der Meinung, dass sich die Quantität erhöht hätte (Tab. 8).

Tabelle 8: Welche Veränderungen zeigen sich bei der aktivierend therapeutischen Pflege bezogen auf die Quantität?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wird vermehrt durchgeführt	31	<b>41,3</b>	43,7	43,7
	hat sich nicht verändert	40	53,3	56,3	100,0
	Gesamt	71	94,7	100,0	
Fehlend	99,00	4	5,3		
Gesamt		75	100,0		

13 % der Befragten gaben an, dass sich auch das Angebotsspektrum (Tab. 9) erweitert hätte. In weiteren Studien wäre hier die Fragestellung nach den inhaltlichen Veränderungen interessant.

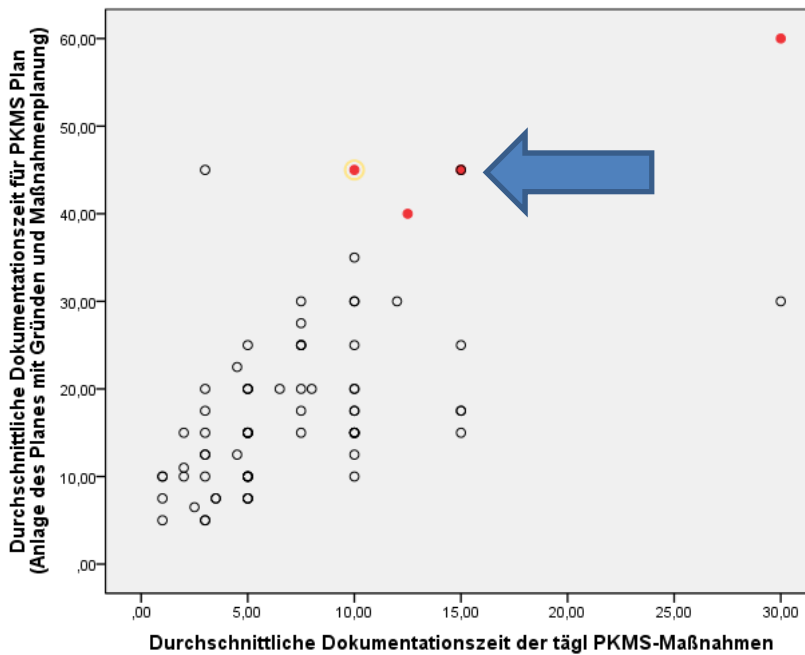
Tabelle 9: Welche Veränderungen zeigen sich bei der therapeutisch aktivierenden Pflege bezogen auf die Menge der unterschiedlichen Angebote?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Angebot hat sich erweitert	10	<b>13,3</b>	14,1	14,1
	Angebot ist unverändert	60	80,0	84,5	98,6
	9,00	1	1,3	1,4	100,0
	Gesamt	71	94,7	100,0	
Fehlend	99,00	4	5,3		
Gesamt		75	100,0		

Zusammenfassend zeigt sich, dass die therapeutisch-aktivierende Pflege in den Kliniken der Stichprobe verstärkt thematisiert und umgesetzt wird. Diese Entwicklung ist zu begrüßen. Pflegeleistungen, die durch den Stellenabbau in den Kliniken und der sich damit verändernden Organisationsstrukturen deutlich vernachlässigt wurden, wie die Aspekte der aktivierenden, therapeutischen Versorgung, könnten verbessert werden, so die ersten vorsichtigen Hypothesen dieser Erhebung. Dass diese gegenläufige Entwicklung dringend erforderlich ist, zeigen einige Studienergebnisse, z. B. Isfort und Weidner 2010.

### 3.4.5 Tägliche PKMS-Dokumentation und Ersterhebung

Anhand des Streudiagramms kann aufgezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen „durchschnittliche Dokumentationszeit für den PKMS-Plan“ und „durchschnittliche Dokumentationszeit für die tägliche PKMS-Dokumentationszeit“ besteht. Die rot markierten Punkte sind die Zeitwerte der Personen, welche auf dem Fragebogen angegeben haben, dass sie selten PKMS-Patienten markiert haben. Der Pfeil weist auf insgesamt drei Antworten des jeweiligen Fragebogens hin, welche übereinander liegen und ebenfalls den Vermerk hatten, dass wenige PKMS-Patienten dokumentiert würden.



### 3.4.6 Grenzen der Erhebung

Grenzen dieser Studie sind in der Generalisierbarkeit zu sehen, die Stichprobe ist nicht repräsentativ, die gewonnenen Erkenntnisse gelten ausschließlich für die befragten Personen und Einrichtungen. Hinzu kommt ein nicht quantifizierbares Risiko einer Verzerrung durch die in einigen Einrichtungen durchgeführte Konsentierung der Antworten für einen Fragebogen im Vergleich zu den Ergebnissen mehrerer Fragebögen von Einzelpersonen. Hauptschwierigkeit ist die Differenzierung zwischen der zuvor bei „hochaufwendigen Patienten“ geführten Regeldokumentation und dem zusätzlich entstandenen Mehraufwand durch die Einführung des PKMS. Es stellt sich auch die Frage, was zur Regeldokumentation als Ausgangsbasis gehört. Abermals muss an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass weitere Forschungsarbeiten empfohlen werden, um dokumentationszeitreduzierende Aspekte zu erforschen. Ebenso sollten die Auswirkungen der PKMS-Einführung auf die Dokumentations- und Pflegequalität untersucht werden. Erste Hinweise auf mögliche Zusammenhänge werden in dieser Forschungsarbeit sichtbar. Die abgefragten Zeitwerte sind Schätzwerte. Es ist davon auszugehen, dass die angegebenen Werte unterschiedlichsten Einflussfaktoren unterliegen können und von gemessenen Zeitwerten daher abweichen würden, ebenso wie die Einschätzungen aus anderen Häusern. Hinzu könnten auch Einflussfaktoren wie soziale Erwünschtheit bei den Mitarbeitern kommen, welche über diesen Weg auch Ihre extreme Belastung insgesamt darstellen könnten. Der Begriff der Regeldokumentation ist in der Studie nicht weiter operationalisiert worden und unterliegt somit einem breiten Interpretationsspielraum, welcher stark durch die unterschiedlichen Kliniken determiniert sein dürfte. Ein Retest-Reliabilitätstest des Fragebogens wurde vor dem Hintergrund der knappen Zeitressourcen der Studie nicht durchgeführt, ist für weitere Forschungsarbeiten aber zu empfehlen.

Die Ergebnisse zeigen eine breite Spannweite der angegebenen Zeitwerte. Mögliche Einflussfaktoren auf die angegebene Dokumentationszeit wurden in den Daten angedeutet und sollten weiter untersucht werden. Die Objektivität der Datenerhebung wurde durch die standardisierte

Fragestellung gefördert. Die Auswertungsobjektivität ist durch die gewählten unabhängigen statistischen Verfahren, welche mit SPSS 19 ermittelt wurden, gegeben. Allerdings ist anzumerken, dass offen bleibt, wie der Fragebogen an die antwortenden Personen ausgegeben wurde. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe wurden im Rahmen einer E-Mail gebeten, den Fragebogen für ihre Klinik oder ihren Mitarbeitern zur Beantwortung auszugeben. In der E-Mailaufforderung waren die Zielsetzungen und Hintergründe zur Befragung beschrieben. Eine Anleitung und Aufklärung bezüglich Zielsetzung der Befragung wurde nicht in schriftlicher Form erarbeitet. Dieses sollte bei künftigen Befragungen schriftlich für jede antwortende Person vorliegen. Eine unterschiedliche Handhabung bei der Ausgabe der Fragebögen ist daher nicht auszuschließen und könnte Auswirkungen auf die Beantwortung gehabt haben.

### 3.5 Zusammenfassende Diskussion

Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei dieser Erhebung, wie auch bei der DKI-Studie, um keine repräsentative Studie handelt. Dennoch geben diese Erkenntnisse dem Leser die Möglichkeit, deren Ergebnisse differenzierter zu bewerten, da Angaben zur befragten Person, zur Einrichtung sowie zu den Bezügen im hier vorgestellten Vorhaben transparenter dargestellt werden. Zudem werden mögliche Zusammenhänge von Dokumentationsmehraufwand für die PKMS-Dokumentation untersucht.

Es zeigt sich, dass sich die Ergebnisse dieser vorgestellten Studie von denen der DKI-Studie deutlich unterscheiden. Hierfür kann es verschiedene Erklärungsansätze geben. Zum einen **bezieht sich die Datenerhebung auf den aktuellen Erfahrungsstand (Feb. 2013) der Mitarbeiter**. Es ist davon auszugehen, dass die Mitarbeiter heute geübter in der PKMS-Anwendung sind. Dieser Faktor scheint, wie unter 3.3.3 aufgezeigt, eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen.

Eine weitere Begründung kann darin liegen, dass die verschiedenen Fragebögen von einer **anderen Anwendergruppe** (z. B. mehr Pflegedirektoren) beantwortet wurden. Diese Vermutung lässt sich aber nicht belegen, da hierzu keine Angaben in der DKI-Studie gemacht wurden. In der vorliegenden Arbeit weisen die Daten darauf hin, dass die Werte hierdurch beeinflusst werden könnten. So zeigt sich etwa, dass die Gruppe der Pflegedirektoren höhere Zeitwerte angegeben hat als Pflegepersonen und/oder Projektverantwortliche.

Es ist durchaus denkbar, dass die Frage der DKI-Studie von den Befragten unterschiedlich verstanden wurde. Wie in dieser Auswertung aufgezeigt werden konnte, gibt es **deutliche Unterschiede, ob sich die Zeitangaben auf die Ersterhebung und Anlage eines PKMS-Plans (durchschnittlich 19 Min./Tag) beziehen, oder ob es sich um die tägliche PKMS-Dokumentation (durchschnittlich 7 Min./Tag) handelt**. Es bleibt offen, auf was sich der Aufwand in der DKI-Studie bezogen hat.

Wie die ersten explorativen Datenauswertungen in dieser Fallgruppe zeigen, wird die Hypothese gestützt, dass die **Dokumentationsqualität vor Einführung des PKMS mit dem jetzt entstandenen DokumentationsMEHraufwand in Verbindung steht**. Die Daten weisen darauf hin, dass Einrichtungen mit Dokumentationsdefiziten einen höheren täglichen PKMS-Dokumentationsaufwand haben als Kliniken, deren Pflegedokumentation geringere Mängel aufweisen. Diese Aussage wird auch durch einige Fachartikel bestätigt. So schreibt z. B. Angela Ahrens über das PKMS-Einführungsprojekt und berichtet, dass ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die PKMS-

Dokumentation durch die sinnvolle Einführung im Rahmen eines Projektes vermieden werden konnte (Ahrens 2012). Neben einer vertieften Untersuchung der Feststellungen aus diesem Datensatz sollte in weiteren Studien auch untersucht werden, welche Auswirkungen die Dokumentationsmängel auf die Pflegequalität der Versorgungen nach sich ziehen. Es liegt nahe, dass hier ebenfalls Zusammenhänge bestehen könnten. Bei allen Überlegungen zu den bestehenden Forschungsbedarfen sollte jedoch auch nicht vergessen werden, die Frage nach der Rentabilität derartiger Untersuchungen zu stellen.

**Vermeintlich interessanter als die Auseinandersetzung über Zeitwerte im Minutenbereich könnte die Diskussion über Qualitätsverbesserungen, mögliche Fehlanreize, kurz, das Outcome des PKMS im Versorgungsprozess sein.**

## Anlagen

### Anhang 1

#### Deskriptive Statistik

Klinikangabe			Statistik	Standard- fehler	
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS- Maßnahmen	Bochum	Mittelwert	7,7549	,74193	
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	6,2647	
			Obergrenze	9,2451	
		5% getrimmtes Mittel	7,4009		
		Median	7,5000		
		Varianz	28,074		
		Standardabweichung	5,29846		
		Minimum	1,00		
		Maximum	30,00		
		Spannweite	29,00		
		Interquartilbereich	6,50		
		Schiefe	1,586	,333	
		Kurtosis	4,779	,656	
		Klinik AGKAMED AG		Mittelwert	8,3529
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze			5,0787	
	Obergrenze			11,6272	
5% getrimmtes Mittel	7,5033				
Median	7,5000				
Varianz	40,555				
Standardabweichung	6,36829				
Minimum	2,00				
Maximum	30,00				
Spannweite	28,00				
Interquartilbereich	5,00				
Schiefe	2,638			,550	
Kurtosis	8,712			1,063	
Sonstige Klinik				Mittelwert	3,8571
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	2,4018	
			Obergrenze	5,3125	
		5% getrimmtes Mittel	3,8135		
		Median	3,5000		
		Varianz	2,476		
		Standardabweichung	1,57359		
		Minimum	2,00		
		Maximum	6,50		
		Spannweite	4,50		
		Interquartilbereich	2,50		
		Schiefe	,637	,794	
		Kurtosis	-,338	1,587	



Anhang 2

Deskriptive Statistik					
Klinikangabe				Statistik	Standardfehler
Durchschnittliche Dokumentationszeit für PKMS-Plan (Anlage des Planes mit Gründen- und Maßnahmenplanung)	Bochum	Mittelwert		20,2451	1,72816
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	16,7740	
			Obergrenze	23,7162	
		5% getrimmtes Mittel		19,3900	
		Median		15,0000	
		Varianz		152,314	
		Standardabweichung		12,34154	
		Minimum		5,00	
		Maximum		60,00	
		Spannweite		55,00	
		Interquartilbereich		12,50	
		Schiefe		1,324	,333
		Kurtosis		1,457	,656
Klinik AGKAMED AG		Mittelwert		18,9706	2,12282
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	14,4704	
			Obergrenze	23,4708	
		5% getrimmtes Mittel		18,4395	
		Median		20,0000	
		Varianz		76,608	
		Standardabweichung		8,75263	
		Minimum		7,50	
		Maximum		40,00	
		Spannweite		32,50	
		Interquartilbereich		13,75	
		Schiefe		,816	,550
		Kurtosis		,538	1,063
Sonstige Klinik		Mittelwert		11,0714	1,76078
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	6,7630	
			Obergrenze	15,3799	
		5% getrimmtes Mittel		10,8294	
		Median		11,0000	
		Varianz		21,702	
		Standardabweichung		4,65858	
		Minimum		6,50	
		Maximum		20,00	
		Spannweite		13,50	
		Interquartilbereich		5,00	
		Schiefe		1,225	,794
		Kurtosis		1,660	1,587

Anhang 3

Deskriptive Statistik

Wie wird der PKMS in der Einrichtung dokumentiert?				Statistik	Standardfehler
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Maßnahmen	PKMS wird ausschließlich auf Papier dokumentiert	Mittelwert		7,4352	,68871
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	6,0538	
			Obergrenze	8,8166	
		5% getrimmtes Mittel		7,0638	
		Median		7,0000	
		Varianz		25,614	
		Standardabweichung		5,06099	
		Minimum		1,00	
		Maximum		30,00	
		Spannweite		29,00	
		Interquartilbereich		5,75	
		Schiefe		1,774	,325
		Kurtosis		6,127	,639
PKMS wird auf Papier und mit Software dokumentiert		Mittelwert		3,6667	,66667
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	,7982	
			Obergrenze	6,5351	
		5% getrimmtes Mittel		.	
		Median		3,0000	
		Varianz		1,333	
		Standardabweichung		1,15470	
		Minimum		3,00	
		Maximum		5,00	
		Spannweite		2,00	
		Interquartilbereich		.	
		Schiefe		1,732	1,225
		Kurtosis		.	.
PKMS wird in Software u. Papier dokumentiert, es kommt dadurch zur Doppeldokumentation		Mittelwert		9,1250	1,69405
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	5,5142	
			Obergrenze	12,7358	
		5% getrimmtes Mittel		8,3056	
		Median		7,5000	
		Varianz		45,917	
		Standardabweichung		6,77618	
		Minimum		3,00	
		Maximum		30,00	
		Spannweite		27,00	
		Interquartilbereich		6,88	
		Schiefe		2,129	,564
		Kurtosis		5,594	1,091

Anhang 5

Deskriptive Statistik

Anmerkungen Angaben auf dem Bogen		Statistik	Standardfehler		
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Maßnahmen	wir haben kaum PKMS-Fälle	Mittelwert	17,5000	3,16228	
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	8,7201		
		Untergrenze	26,2799		
		Obergrenze	17,0833		
		5% getrimmtes Mittel	15,0000		
		Median	50,000		
		Varianz	7,07107		
		Standardabweichung	12,50		
		Minimum	30,00		
		Maximum	17,50		
		Spannweite	8,75		
		Interquartilbereich	2,099		,913
		Schiefe	4,578		2,000
		Kurtosis			
99,00		Mittelwert	6,8143	,54660	
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	5,7238		
		Untergrenze	7,9047		
		Obergrenze	6,4444		
		5% getrimmtes Mittel	5,0000		
		Median	20,914		
		Varianz	4,57321		
		Standardabweichung	1,00		
		Minimum	30,00		
		Maximum	29,00		
		Spannweite	6,63		
		Interquartilbereich	2,093		,287
		Schiefe	8,368		,566
		Kurtosis			

Anhang 6

**Deskriptive Statistik**

3_Dokumentation der Maßnahmen zur Kontinenzförderung				Statistik	Standardfehler			
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Maßnahmen	wurden NICHT dokumentiert	Mittelwert		8,4286	1,13614			
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	6,0974				
			Obergrenze	10,7597				
		5% getrimmtes Mittel		7,8810				
		Median		8,7500				
		Varianz		36,143				
		Standardabweichung		6,01189				
		Minimum		1,00				
		Maximum		30,00				
		Spannweite		29,00				
		Interquartilbereich		5,38				
		Schiefe		1,732		,441		
		Kurtosis		4,950		,858		
		wurden dokumentiert		Mittelwert			6,2778	1,32054
				95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Untergrenze	3,2326	
						Obergrenze	9,3229	
5% getrimmtes Mittel				6,0309				
Median				5,0000				
Varianz				15,694				
Standardabweichung				3,96162				
Minimum				2,00				
Maximum				15,00				
Spannweite				13,00				
Interquartilbereich				4,25				
Schiefe				1,534	,717			
Kurtosis				2,432	1,400			

Anhang 7

**Deskriptive Statistik**

2_Dokumentation der therapeutisch-aktivierenden GW			Statistik	Standardfehler		
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Maßnahmen	wurde NICHT explizit dokumentiert	Mittelwert	9,1739	1,27169		
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	6,5366		
			Obergrenze	11,8112		
		5% getrimmtes Mittel	8,4928			
		Median	10,0000			
		Varianz	37,196			
		Standardabweichung	6,09882			
		Minimum	2,50			
		Maximum	30,00			
		Spannweite	27,50			
		Interquartilbereich	5,00			
		Schiefe	1,881	,481		
		Kurtosis	5,158	,935		
			wurde explizit dokumentiert	Mittelwert	5,8214	1,09143
				95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	3,4635
Obergrenze	8,1793					
5% getrimmtes Mittel	5,5794					
Median	5,0000					
Varianz	16,677					
Standardabweichung	4,08377					
Minimum	1,00					
Maximum	15,00					
Spannweite	14,00					
Interquartilbereich	7,25					
Schiefe	,877			,597		
Kurtosis	,310			1,154		

Anhang 8

**Deskriptive Statistik**

1_Dokumentation der Menge der Nahrungszufuhr				Statistik	Standardfehler
Durchschnittliche Dokumentationszeit der tägl. PKMS-Maßnahmen	Menge der Nahrungszufuhr wurde NICHT dokumentiert	Mittelwert		8,5667	1,90230
		95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze	4,4866	
			Obergrenze	12,6467	
		5% getrimmtes Mittel		7,7407	
		Median		5,0000	
		Varianz		54,281	
		Standardabweichung		7,36756	
		Minimum		2,00	
		Maximum		30,00	
		Spannweite		28,00	
		Interquartilbereich		7,00	
		Schiefe		1,907	,580
		Kurtosis		4,468	1,121
		Menge der Nahrungszufuhr wurde dokumentiert	Mittelwert		
95% Konfidenzintervall des Mittelwerts	Untergrenze			5,6138	
	Obergrenze			9,2953	
5% getrimmtes Mittel				7,3939	
Median				5,7500	
Varianz				17,236	
Standardabweichung				4,15162	
Minimum				1,00	
Maximum				15,00	
Spannweite				14,00	
Interquartilbereich				5,00	
Schiefe				,470	,491
Kurtosis				-,465	,953

## Fragebogen

### 1 Fragen zur PKMS Dokumentation

Angaben zur Person:  Mitarbeiter/in auf einer Station  PKMS-Beauftragte des Hauses  PDL/stellv. PDL  Sonstige

Aussage bezieht sich auf:  meine persönlichen Erfahrungen oder  auf die Durchschnittswerte meiner Station/Einrichtung

	Zutreffendes angeben		Vor PKMS haben wir...	
	A	B	Wenn B zutrifft bitte hier weiter Angaben machen	
Lagerungs- und Mobilisierungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Lagerungs-/Mobilisierungsmaßnahmen wurden vor PKMS Einführung <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir Lagerungs-/Mobilisierungsmaßnahmen dokumentiert	<input type="checkbox"/> Lagerungen/Mobilisationsmaßnahmen mit zwei Pflegepersonen <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Lagerungen/Mobilisationsmaßnahmen mit zwei Pflegepersonen dokumentiert
			<input type="checkbox"/> Mikrolagerungen <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Mikrolagerungen dokumentiert
			<input type="checkbox"/> Gehtraining <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Gehtraining dokumentiert
Patienten mit beeinträchtigter Nahrungszufuhr	<input type="checkbox"/> Bei diesen Patienten wurde <b>kein</b> Ernährungs-/Flüssigkeitsprotokoll geführt	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir bei diesen Patienten ein Ernährungs-/Flüssigkeitsprotokoll entsprechend dem Expertenstandard Mangelernährung geführt	<input type="checkbox"/> Häufigkeiten und Mengen der Nahrungsverabreichung <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Häufigkeiten und Mengen der Nahrungsverabreichung dokumentiert
Patienten mit Selbstfürsorge-defizit Körperpflege	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir die Leistungen der Körperpflege <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir die Leistungen der Körperpflege dokumentiert	<input type="checkbox"/> Häufigkeiten und Mengen der Flüssigkeitszufuhr <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Häufigkeiten und Mengen der Flüssigkeitszufuhr dokumentiert
			<input type="checkbox"/> Therapeutische und aktivierende, anleitende Körperwaschung wurde <b>nicht</b> explizit beschrieben und dokumentiert	<input type="checkbox"/> Therapeutische und aktivierende, anleitende Körperwaschung wurde explizit beschrieben und dokumentiert
			<input type="checkbox"/> Mehrfachkörperpflegen <b>nicht</b> einzeln ausgewiesen	<input type="checkbox"/> Mehrfachkörperpflegen einzeln ausgewiesen
			<input type="checkbox"/> Körperwaschungen mit zwei Pflegepersonen <b>nicht</b> mit zwei Handzeichen bestätigt	<input type="checkbox"/> Körperwaschungen mit zwei Pflegepersonen mit zwei Handzeichen bestätigt
Selbstfürsorge-defizit Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir die Maßnahmen der Ausscheidungsunterstützung <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir die Maßnahmen der Ausscheidungsunterstützung dokumentiert	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützungen mit zwei Pflegepersonen <b>nicht</b> mit zwei Handzeichen bestätigt	<input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützungen mit zwei Pflegepersonen mit zwei Handzeichen bestätigt
			<input type="checkbox"/> Häufigkeiten der Ausscheidungsunterstützungen <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Häufigkeiten der Ausscheidungsunterstützungen dokumentiert
			<input type="checkbox"/> Maßnahmen im Rahmen des Kontinentstrainings <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Maßnahmen im Rahmen des Kontinentstrainings dokumentiert
Interaktion/Kommunikation	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir Gespräche/Maßnahmen der	<input type="checkbox"/> Vor Einführung des PKMS haben wir Gespräche/Maßnahmen der	<input type="checkbox"/> Dauer und Inhalt des Gespräches wurde <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> Dauer und Inhalt des Gespräches wird dokumentiert

### 2 Fragen zur PKMS Dokumentation

PKMS Gründe/ Patientenzustände	Betreuung <b>nicht</b> dokumentiert	Betreuung dokumentiert		
	<input type="checkbox"/> PKMS-Gründe/ Patientenzustände haben wir <b>nicht</b> dokumentiert	<input type="checkbox"/> PKMS-Gründe/ Patientenzustände haben wir im Rahmen der Anamnese oder in Form von Berichtseinträgen dokumentiert		

Wie hoch beziffern Ihre Mitarbeiter den durchschnittlichen zusätzlichen PKMS-DokumentationsMEHRAufwand pro Fall am ersten Erhebungstag, wenn der PKMS-Plan aufgestellt wird \_\_\_\_\_ in Minuten

Wie hoch beziffern Ihre Mitarbeiter den durchschnittlichen zusätzlichen PKMS-DokumentationsMEHRAufwand pro Tag und Fall zur täglichen Leistungsdokumentation \_\_\_\_\_ in Minuten

#### Fragen zur Qualitätsveränderung durch die PKMS-Einführung:

- Wie beurteilen Sie die Dokumentationsveränderungen bezüglich der Dokumentationsqualität der Pflege:
  - die Dokumentationsqualität hat sich **verbessert**
  - die Dokumentationsqualität ist **gleich geblieben**
  - die Dokumentationsqualität hat sich **verschlechtert**
- Die im PKMS geforderten therapeutisch-pflegerischen Leistungen werden bei hochaufwendigen Patienten konsequenter/häufiger durchgeführt:
  - therapeutische, aktivierende Pflege wird **vermehrt** durchgeführt
  - das Angebot der therapeutischen Pflegemaßnahmen hat sich **erweitert**
  - therapeutische, aktivierende Pflege ist von Menge und Inhalt **gleich geblieben**

#### Frage zur Umsetzung in der Klinik:

##### Papierdokumentation

- Wir dokumentieren ausschließlich auf Papier (PKMS und Pflegedokumentation):  ja  nein
- Dokumentieren Sie Pflegemaßnahmen doppelt? (z.B. auf dem PPR-Leistungsnachweise und PKMS Dokumentationsblatt)  ja  nein

##### Dokumentation mit Software

- Wir nutzen Software für die PKMS Dokumentation und Papier für die Pflegedokumentation:  ja  nein
- Die eingesetzte Software führt dazu, dass wir Pflege-/PKMS-Maßnahmen doppelt dokumentieren:  ja  nein
- Wir setzen sowohl für die PKMS- als auch Pflegedokumentation eine Software ein: (papierlos)  ja  nein
- Die eingeführte Papierdokumentation führt neben der Regeldokumentation zur Doppeldokumentation  ja  nein

## Literatur

Ahrens, Angela: PKMS-Einführung: Kein Mehraufwand nötig! In: Die Schwester / Der Pfleger Jg. 51, 4/2012, S. 394-397.

Ammenwerth, Elske; Ulrich Mansmann; Carola Iller; Ronald Eichstädter: Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study. In: Journal of the American Medical Informatics Association Jg. 10, 1/2003 (Jan.-Feb.), S. 69-84.

Bartholomeyczik, Sabine; Maria Morgenstern: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation - eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege Jg. 17, 3/2004 (Juni), S. 187-195.

Blum, Karl; Sabine Löffert; Matthias Offermanns; Petra Steffen: Krankenhausbarometer Umfrage 2012. In: Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Download Mai 2013  
<https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>.

Braun, Martin; Pia Wieteck (Hg.): Dokumentation und Begutachtung des PKMS Erkenntnisse aus Prüfungen des OPS 9-20 durch den MDK. Kassel: RECOM Verlag, erscheint im Mai 2013.

Heck, Andreas: Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) - Pflegeleistungen im DRG-System. In: Zeitung des Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach Jg. 21, 12/2009, S. S. 19.

Hiltensperger, Monika: PKMS Pflege im DRG-System: Alle Möglichkeiten nutzen. In: Die Schwester / Der Pfleger Jg. 50, 9/2011, S. 880-883.

Isfort, Michael; Frank Weidner: Pflege thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2010.

Krohwinkel, Monika: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken (Studie Nr. ISBN: 3-7890-3051-1). Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, 1993.

Lautenschläger, Sindy; U. Immenschuh; C.-W. Wallesch; Johann Behrens: Positionspapier: Plädoyer für den Leistungsbereich entsprechende Leistungskataloge in der Pflege. In: [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/5CA139A05AFCC6D8C125795A00195448/\\$File/Positionspapier\\_PKMS\\_and\\_the\\_rapeutische\\_Pflege\\_27%2010.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/5CA139A05AFCC6D8C125795A00195448/$File/Positionspapier_PKMS_and_the_rapeutische_Pflege_27%2010.pdf) download 1.12.2011 2011.

Mai, Markus: Analyse der "Umfrage PKMS" des Bundesverbandes Pflegemanagement e.V. In: Bundesverband Pflegemanagement (Hrsg.) Download Mai 2012 <http://www.bv-pflegemanagement.de> 2012.

MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (Bericht). Essen: MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, 2007.

Nordström, Gun; Ann Gardulf: Nursing documentation in patient records. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences Jg. 10, 1/1996, S. 27-33.

Plenge, Renate; Michael Von Eicken: Erfahrungsbericht Katholische Klinikum Bochum gGmbH. In: Wieteck, Pia (Hg.): Handbuch 2011 für PKMS und PPR-A4 Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: RECOM Verlag, 2011, S. 196-200.



Richter, Ricardo; Ulrike Von Jutzerzenka: Erfahrungsbericht Klinikum des Wartburgkrieses. In: Wieteck, Pia (Hg.): Handbuch 2011 für PKMS und PPR-A4 Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: RECOM Verlag, 2011, S. 189-196.

Schanz, Benno; Julia Leonteva: Endlich ein gerechtes Vergütungssystem Was die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) bewirkt hat - und was nicht. In: KU Gesundheitsmanagement Jg. 4, 2012, S. 58-61.

von Köppen, Marilena: Der Begriff der "hochaufwendigen" Pflege: Übereinstimmung und Differenzen zwischen dem Verständnis der Pflegefachperson und der Definition des PKMS-E. In: Wieteck, Pia (Hg.): Handbuch 2013 für PKMS und PPR-A4 Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: RECOM GmbH & Co.KG, 2013, S. 266-285.

Wieteck, Pia: Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. In: PrInterNet Jg. 9, 2/2007 (Februar), S. 113-120.

Wieteck, Pia: Handbuch für PKMS und PPR- A4 Kodierrichtlinien und praktische Anwendung der OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: Recom, 2009.

Wieteck, Pia (Hg.): Handbuch 2012 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. 3. Auflage, Kassel: RECOM-Verlag, Erscheinungsdatum Februar 2012, 2012a.

Wieteck, Pia: Nur keine Angst. In: f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus 1/2012b, S. 60-62.

Wieteck, Pia (Hg.): Handbuch 2013 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel: RECOM Verlag, 2013.