

Einführung und Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zur Abrechnung des OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“

– eine Handreichung für das Pflegemanagement

Inhalt

Einführung.....	1
OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“ und PKMS.....	2
Position des Deutschen Pflegerates.....	3
Berufspolitische Diskussion.....	4
Empfehlungen des DBfK.....	4
FAQs.....	6
Literatur und Links zum Weiterlesen.....	7

Einführung

Die vorliegende Handreichung richtet sich an pflegerische Führungskräfte, Entscheider und Personalverantwortliche sowie Controller im Krankenhaus. Ziel ist es, eine Hilfestellung im Entscheidungsprozess zu geben, das Gesamtkonzept OPS 9-20/PKMS in die Leistungsabrechnung der Krankenhäuser einzuführen. Die Krankenhäuser sind aufgefordert, pflegerisch hochaufwendige Fälle zu kodieren¹. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Stationäre und z.T. auch teilstationäre Krankenhausleistungen werden seit 2004 im leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abgerechnet. In einer Fallpauschale werden die Fallgruppen von Patienten zusammengefasst, die einen ähnlich hohen medizinischen Aufwand (Kosten) hervorrufen. Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen der InEK² GmbH als deutsches DRG-Institut übertragen. Für die Abrechnung im deutschen G-DRG-System werden zwei Klassifikationen verwendet. Krankheiten (Diagnosen) werden mithilfe der ICD³ (internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund

¹ Der Auftrag zur Erstellung dieser Handreichung beruht auf einer Anfrage an die 44. Delegiertenversammlung des DBfK 2013.

² InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

³ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)

heitsprobleme) verschlüsselt. Chirurgische Eingriffe und andere Behandlungsverfahren werden mit dem Operations- und Prozedurenschlüssen OPS⁴ kodiert (DIMDI 2010). Pflegerische Leistungen sind fester Bestandteil der Versorgung und der G-DRG-Vergütungssystematik im Gesundheitswesen. Sie werden allerdings nur bedingt in der Ressourcenzuweisung abgebildet. Dies führt u.a. dazu, dass pflegerische Leistungen nicht als wertschöpfend, sondern eher als Kostenfaktor betrachtet werden (Wietek 2012, DPR 2012). Der Deutsche Pflegerat (DPR) nahm sich verstärkt 2007 dem Thema an und veranlasste, dass die Universität Witten-Herdecke mit dem Projekt „Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System durch Pflegeindikatoren“ beauftragt wurde. Ein entsprechender Forschungsantrag wurde jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Januar 2008 abgelehnt.

Die prekäre Personalsituation in den Krankenhäusern spitzte sich weiter zu. Als Reaktion auf den Druck der Verbände, nicht zuletzt der Unterschriftenaktion ‚Uns Reicht’s!‘ von DBfK und VERDI, reagierte die Bundesregierung endlich. Sie verabschiedete 2009 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) mit dem Pflegesonderprogramm zur Schaffung zusätzlicher Stellen in der Pflege. Ziel war es, 17.000 neue Stellen im Pflegebereich zu schaffen (zu 90% von den Krankenkassen für 3 Jahre finanziert). Das Pflegesonderprogramm wurde im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG 2009) verankert. Besonders wichtig war der gesetzliche Auftrag an die InEK-GmbH, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems **zielgerichtet** den Bereichen zugeordnet werden, die einen „erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen“ (KHEntgG § 4 Abs. 10).

OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“ und PKMS

In seiner Funktion als Vertragsbeteiligter nach § 17b KHG wurde der DPR vom InEK und den Selbstverwaltungspartnern gebeten, geeignete Lösungsvorschläge für die Abbildung von Pflege im DRG-System zu erarbeiten. Der DPR nahm diesen Auftrag an und entwickelte unter großem Druck innerhalb kürzester Zeit einen Score zur Identifizierung von Patienten mit erhöhtem pflegerischem Aufwand. Der sogenannte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) triggert den OPS 9-20. Werden die im PKMS vorgegebenen Aufwandspunkte erreicht, kann der OPS 9-20 kodiert werden. Der OPS 9-20 kann auch parallel – trotz inhaltlicher Überschneidungen – zu anderen Komplex-Codes abgerechnet werden (vgl. DIMDI 2013b). Parallel erfolgte für die Verteilung der Personalkosten eine Zuweisung der entsprechenden Kosten in der Kostenkalkulation. Hierfür wurde die Kalkulationsvorschrift der InEK Kostenträgerrechnung auf Normalstationen angepasst und eine Kalkulations-PPR (A4) vorgegeben, die wiederum an das Vorliegen von mindestens 6 PKMS-Tagespunkten gebunden ist. Die Definition der Kodierung und die Kalkulation der Leistung erfolgen demnach über ein Instrument (vgl. dazu InEK 2012, S. 27). Seit 2012 ist der OPS 9-20 erlösrelevant.

Der PKMS stellt ein „integratives Gesamtkonzept“ dar (InEK, 2012). Zum einen wird über den PKMS der OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“ angesteuert, zum anderen wird über den PKMS die PPR-A4 Stufe definiert. Es wird also über ein und dasselbe Instrument sowohl die Kodierung einer Leistung als auch die Kalkulation dieser Leistung definiert. Es ist derzeit nicht möglich, weitere Leistungen einer hochaufwendigen Pflege, die nicht über den PKMS abbildbar sind, im System als diese zu erkennen (DPR 2012).

⁴ Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen.

Position des Deutschen Pflegerates

Der DPR hat die Entwicklung und Implementierung des PKMS maßgeblich unterstützt. Die Chance, pflegerelevante Indikatoren im G-DRG-System zu implementieren, kann als Meilenstein für die Pflege im Krankenhaus gewertet werden. Trotzdem gab es von Anfang an Kritik an der Eignung des Gesamtkonzeptes OPS 9-20/PKMS. Rückmeldungen aus der Praxis meldeten Zweifel an der Alltagstauglichkeit des PKMS an (DPR 2012). Methodische Standards wie Reliabilität, Objektivität und Validität wurden in der Entwicklung des PKMS nicht berücksichtigt. Dies führt in der Praxis zu den bekannten Abgrenzungs- und Einordnungsproblemen bei den Nutzern (DPR 2012).

Der DPR⁵ reichte zur Weiterentwicklung des PKMS beim InEK Vorschläge ein. Diese wurden jedoch nicht oder nur geringfügig berücksichtigt. Stattdessen kam es laut DPR eher zu einer „Verschlimmbesserung“ der PKMS-Version 1.0 (DPR 2011). Daher beteiligt sich der DPR nicht weiter an dem Vorschlagsverfahren zur Erhöhung der Anwenderfreundlichkeit und den Korrekturen der methodischen Mängel (DPR 2014). Jedoch zeigt der DPR zwei Optionen zur Weiterentwicklung der Abbildung von Pflege im DRG-System auf: entweder den PKMS grundsätzlich zu überarbeiten und zu verbessern oder ihn abzulösen. Zu der ersten Option wären die Ergänzungen von Tätigkeiten im Bereich der speziellen Pflege (S-Bereich der PPR, Behandlungspflege) einschließlich der Definition der PPR S4-Stufe und/oder eine fachspezifische Gewichtung der PPR-Minutenwerte zu benennen. Bei einer Ablösung des PKMS wäre analog zur Definition einer neuen S4-Stufe auch eine Neudefinition für die PPR A4-Stufe denkbar. Beide Entwicklungslinien wären durch die Definition neuer OPS-Ziffern, Ergänzung vorhandener OPS-Ziffern bzw. der Integration pflegerischer Leistungsabbildung in der DRG Definition zu ergänzen. Die pflegerische Beteiligung an der Behandlung ist durch die Übernahme erweiterter Aufgaben stark angewachsen. Diese Tatsache sollte verstärkt in der Leistungsabbildung berücksichtigt werden (DPR 2012).

Hauptkritikpunkte am PKMS im operativen Geschäft:

- Der Schulungs- und Dokumentationsaufwand ist enorm und steht in keinem Verhältnis zu den Zusatzentgelten.
- Der PKMS erfüllt nicht die wissenschaftlichen Anforderungen an ein Assessmentinstrument (Validität, Reliabilität, Objektivität).
- Eine Ursache für Anwenderprobleme ist, dass die im PKMS dargestellten Sachverhalte bzw. die entsprechenden Erläuterungen häufig nicht schlüssig sind und Interpretationsspielräume lassen.
- Die fachlich-inhaltliche Kritik bezieht sich häufig auf die Verknüpfungen von „Gründen“ und „Pflegemaßnahmen“, die fachlichen Standards entgegenstehen. So ist es wohl wenig sinnvoll, einen Patienten unter stärksten Schmerzen mehrfach am Tag zur Toilette zu bringen oder ihm gegen seinen Willen oral Nahrung zuzuführen (DPR 11/2011).
- Angesichts kurzer Verweildauern wird häufig die PKMS Mindestpunktzahl zum Auslösen des OPS 9-20 Hochaufwendige Pflege nicht erreicht (DKI 2012).

Eine weitere Auswirkung ist die hohe Belastung durch die engmaschigen Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei der Abrechnung des Zusatzentgeltes. Die Begleitung der MDK-Prüfenden durch Pflegefachpersonen etc. belastet die personellen Ressourcen der Krankenhäuser zusätzlich (DKI 2012).

⁵ Die Arbeitsgruppe „Lenkungsausschuss DRG des DPR“

Berufspolitische Diskussion

In die Diskussion sollten folgende Aspekte mit einbezogen werden: Die Gesamtzahl der durch das Pflegestellenförderprogramm 2009 bis 2011 geschaffenen Stellen wird kontrovers diskutiert. (PM DBfK vom 09.07.2013). Nach 2011 endete die Nachweispflicht gänzlich. Laut Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes (2013) belegen die Vereinbarungen (ca. 15.300 zusätzliche Vollkräfte) wie auch die von Jahresabschlussprüfern bestätigten Ist-Daten (ca. 13.600 zusätzliche Vollkräfte) einen deutlichen Zuwachs an Pflegekräften in den Krankenhäusern. Jedoch entlastete das Pflegesonderstellenprogramm die Krankenhäuser nur punktuell und vorübergehend. Die Erwartung, dass ab 2012 über die Kodierung des OPS 9-20/PKMS die Verteilung der Gelder gesteuert werden könnten, erfüllte sich nicht. In der Praxis zeigt sich, dass die ab 2012 erlösten Zusatzentgelte nicht ausreichen, um die neu geschaffenen Pflegestellen zu refinanzieren. Nur die Krankenhäuser, die sich abwartend verhalten haben und kein zusätzliches Pflegepersonal über das Förderprogramm Pflege eingestellt haben, profitieren derzeit über die Erhöhung des Landesbasisfallwertes.

In 2014 weist der DPR darauf hin, dass das Problem des Personal mangels im Krankenhaus immer noch nicht gelöst ist und fordert eine angemessene Personalausstattung. Laut „Vier-Punkte-Papier“ (DPR 2014a) fordert der DPR:

- höhere Transparenz in der Mittelvergabe, damit die für das Pflegepersonal kalkulierten Mittel nicht für Investitionen oder andere Personalbereiche verwendet werden,
- die Bereitstellung eines Zusatzbudgets um Pflegepersonalstellen zu schaffen,
- Personalausstattung als Maßstab für Qualität anzuerkennen sowie
- die Entwicklung von geeigneten Instrumenten zur Personalbemessung zu forcieren (DPR 2014a).

Jenseits der Anwendungs- und Nutzerprobleme des PKMS ist jedoch die fachliche Eignung des PKMS als „integratives Gesamtkonzept“ (Assessmentinstrument **plus** Kostenkalkulationsinstrument) zweifelhaft und wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Die ursprünglich zugedachte Funktion, nämlich eine Steuerung finanzieller Mittel in Bereiche, wo hochaufwendige Pflege geleistet wird, übernimmt der PKMS nicht.

Die zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG 2009) für die Vergütung hochaufwendiger Pflege sind begrenzt und das Budget dafür gedeckelt. Je häufiger der OPS 9-20 kodiert wird, desto geringer wird das Entgelt. Daher findet derzeit nur eine Umverteilung der finanziellen Mittel statt. Es ist aus berufspolitischer Perspektive zu konstatieren, dass für den pflegerischen Bereich im Krankenhaus durch die Einführung der OPS 9-20/PKMS keine nachhaltige Entlastung erreicht wurde.

Empfehlungen des DBfK

Der DBfK schließt sich aufgrund der Kritik an dem PKMS vollumfänglich der Position des Deutschen Pflegerates an (DPR 2012/2014). Aufgrund der laufenden Diskussion um Weiterentwicklung oder Ablösung des PKMS ist es nicht einfach, Empfehlungen zu formulieren. Grundsätzlich besteht eine gesetzliche Verpflichtung zu kodieren. Für Neueinsteiger, die zusätzlich auch ein elektronisches Dokumentationssystem einführen möchten, ist grundsätzlich zu überlegen, welches Dokumentationssystem sie wählen. Grundsätzlich ist

nicht auszuschließen, dass der PKMS aufgrund seines hohen bürokratischen Aufwandes eventuell überarbeitet oder abgelöst wird.

Kliniken, die bereits kodieren, sollten das fortführen, denn immerhin hat das InEK seit 2012 für den PKMS ein Zusatzentgelt⁶ für den OPS-9-20 festgelegt. Das ist ein guter Erfolg für die Kliniken, die hochaufwendige Pflege leisten. Ebenfalls als Erfolg ist zu bewerten, dass erstmalig Leistungen der Pflege im DRG-System abgebildet werden. Dieses ist den Bemühungen des DPR und den Expertinnen und Experten der unterschiedlichen Arbeitsgruppen zu verdanken.

Im Folgenden werden aus Sicht des DBfK einige entscheidungsleitende Fragen für den Einstieg bzw. die Ausweitung der PKMS-Codierung formuliert. Diese ersetzen jedoch nicht die grundlegende, fachlich-inhaltliche Auseinandersetzung mit dem OPS 9-20/PKMS.

- **Patienten:** Werden in Ihrer Klinik in relevantem Maße Patientinnen und Patienten mit hochaufwendigem Pflegebedarf versorgt? Wie ist deren mittlere Verweildauer? Unter drei Tagen oder darüber?
- **Dokumentation:** Gibt es eine elektronische Pflegeprozessplanung, die die Kodierung erleichtern kann oder soll diese eingeführt werden? Wenn ja, in welcher Größenordnung würden Kosten entstehen? Wie hoch ist der Dokumentationsaufwand pro Patient schätzungsweise? Ist eine doppelte Dokumentation nötig?
- **Qualifizierung:** Wie hoch ist der Qualifizierungsaufwand für das Pflegepersonal? Können Multiplikatoren geschult werden, die für Fragen zur Verfügung stehen? Sind die Pflegefachpersonen in der Lage, mit Assessmentinstrumenten Sachverhalte zu analysieren und in den Pflegeprozess, in die Pflegeplanung und Dokumentation effektiv und effizient sicher (im Sinne einer rechtsfesten Dokumentation der Leistungserbringung gegenüber Dritten) zu integrieren? Kann die Auswahl geeigneter Schulungen und Literatur unabhängig von speziellen Anbieterinteressen erfolgen?
- **Zusatzentgelte:** Wie hoch schätzen Sie die Summe der erwartbaren Zusatzentgelte ein? Ist die Verwendung der Zusatzentgelte mit der Geschäftsführung abgestimmt? Ist davon auszugehen, dass die Entgelte in den Bereich Pflege fließen?
- **Personal:** Wie ist die Einstellung der Pflegefachpersonen zum PKMS? Erkennen sie die Sinnhaftigkeit des PKMS und dessen berufspolitische Bedeutung? Sind sie über den Mehraufwand an Dokumentation auf Station informiert und stehen dem positiv gegenüber? Besteht in der ärztlichen und administrativen Führungsebene des Krankenhauses eine grundsätzliche Übereinstimmung zur Anwendung des PKMS?

Die Beantwortung dieser Fragen kann zu mehr Transparenz in der Diskussion in der jeweiligen Einrichtung beitragen. Eine Entscheidung Pro oder Contra PKMS sollte immer auf Grundlage der Strukturdaten der Klinik, der Praxis, der Patientinnen und Patienten, der Pflegenden und der Notwendigkeit einer etwaigen Refinanzierung von Personalstellen getroffen werden. Es kann empfehlenswert sein, anfänglich nur in einem kleinen Bereich auf speziell ausgewählten Stationen mit der Kodierung zu starten. Wenn die Startschwierigkeiten überwunden sind und erste Erfahrungen gesammelt werden konnten, kann die Kodierung auf weitere Bereiche ausgedehnt werden.

⁶ Im Jahr 2013 wurde das Zusatzentgelt gesplittet. In 2015 beträgt das Zusatzentgelt für Erwachsene bis 43 Aufwandspunkte 1.091,50 €, für Erwachsene bis 130 Aufwandspunkte 2.235,91 € (PKMS 2015). Auch für pflegerisch hochaufwendige Kinder und Jugendliche können Zusatzentgelte erlost werden.

FAQs

Führt die Kodierung des OPS 9-20/PKMS zu einer besseren Personalausstattung?

Nur, wenn ausreichend Zusatzentgelte erlöst werden, um die Stellen des Pflegesonderprogramms gegen zu finanzieren.

Sorgt das Pflegesonderprogramm dauerhaft für eine bessere personelle Ausstattung der Krankenhäuser?

Das ist fraglich. Das befristete Pflegestellenförderprogramm brachte kurzfristig etwas Erleichterung. Eine nachhaltige Verbesserung der Stellenausstattung im Pflegedienst ist jedoch nicht eingetreten (DPR 2013). Daher haben sich die Hoffnungen, die auf die Einführung des OPS 9-20/PKMS gerichtet waren, nicht erfüllt.

Seit 2012 ist der OPS 9-20 erlöswirksam. Werden von den Erlösen Pflege-Stellen geschaffen?

Krankenhäuser können über die Kodierung des OPS 9-20 zu zusätzlichen Erlösen kommen. Diese Zusatzentgelte werden über das KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung gestellt. Wofür die erwirtschafteten Mittel verwendet werden, bleibt jedoch der Krankenhausverwaltung überlassen.

Stimmt es, dass die elektronische Patientenakte das Kodieren der PKMS erleichtert?

Grundsätzlich sind eine gute Dokumentationsinfrastruktur sowie eine hohe Dokumentationsqualität wichtig. Dabei ist es erst einmal zweitrangig, ob die Dokumentation auf Papier oder in der EDV erfolgt. Erfahrungen zeigen, dass eine entsprechende Dokumentationssoftware die Einführung des PKMS vereinfachen kann. Es ist jedoch keine zwingende Voraussetzung für das Kodieren.

Stimmt es, dass durch die Einführung des OPS 9-20/PKMS der pflegerische Aufwand von hochaufwändigen Patienten sichtbar wird?

Es wird von positiven Effekten in den Kliniken berichtet, die durch die PKMS-Einführung ausgelöst wurden. So wird berichtet, dass es in zahlreichen Kliniken dazu geführt hat, jetzt in die elektronische Patientenakte zu investieren. Denn aus einer elektronischen Pflegeprozessdokumentation lassen sich die PKMS-relevanten Daten automatisch ableiten. Es wird auch intensiv über die Umsetzung des Expertenstandards Harnkontinenz diskutiert, ebenso über die im PKMS aufgeführten pflegetherapeutischen Konzepte usw.

DBfK-Bundesverband, im März 2014

Überarbeitet 06/2015

Literatur und Links zum Weiterlesen

- DBfK-Pressemitteilung** vom 09.07.2013 „Mehr Geld kaum bei der Pflege am Bett angekommen“, Zugriff www.dbfk.de
- Deutsches Krankenhausinstitut:** Krankenhaus Barometer Umfrage 2012, Zugriff <https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus-barometer-2012.pdf>, Zugriff 28.08.2013
- Deutscher Pflegerat** 2010, Pflegekomplexmaßnahmen Score - Weiterentwicklung wird forciert, in: Newsletter 11/2010, http://www.heilberufe-online.de/archiv/2010/11/dpr_11_10.pdf?PHPSESSID=c3da8c1e853d641da76049e2d9aa16f7 Zugriff 08.06.2015
- Deutscher Pflegerat** 2011, Newsletter 11/2011, Aktuelles zum PKMS ab 2012, Sind DRG und Pflege nicht vereinbar? In Heilberufe 11/2011 http://heilberufe-online.de/archiv/2011/11/dpr_11_11.pdf Zugriff 08.06.2015
- Deutscher Pflegerat 09/2012** Positionspapier „Pflegerische Leistungen im DRG-System“, <http://www.bv-pflegemanagement.de/meldung/items/93.html> Zugriff 08.06.2015
- Deutscher Pflegerat** 2013, Antrag Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung, Antrag 17/12095 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712095.pdf> Zugriff 08.06.2015
- Deutscher Pflegerat** 2014, Pressemitteilung vom 12.03.2014, „Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score hat die Erwartungen nicht erfüllt“, http://www.deutscher-pflegerat.de/Zugriffs/DPR%20Newsletter/DPR-Newsletter-04_April2014_.pdf Zugriff 08.06.2015
- Deutscher Pflegerat** 2014a, Pressemitteilung „Vier-Punkte-Programm zur Lösung des Pflegepersonal-mangels 05.12.2014, www.kathpflegeverband.de/uploads/media/Presse_Deutscher_Pflegerat_Vier-Punkte-Programm_zur_Loesung_des_Pflegepersonalmangels.pdf (Download 08.06.2015)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI** (Hrsg.) (2010): Basiswissen Kodieren; Zugriff: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/Zugriffcenter/icd-10-gm/basiswissenkodieren/basiswissen-kodieren-2010.pdf>; Zugriff 08.06.2015
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)** (2013b): FAQ Nr. 9005. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/faq/ops/kapitel_9/faq_9005.htm_319159480.htm (Zugriff am 08.06.2015)
- GKV-Spitzenverband** 2013, Abschlussbericht zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG, (Förderjahre 2009 bis 2011), Berlin, 30.06.2013, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf (Zugriff am 08.06.2015)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)**, Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012, http://www.g-drg.de/cms/content/download/3484/29101/version/1/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2012.pdf (Zugriff 08.06.2015)
- Horndasch, Dr. Erwin** 2010, OPS 9-20 und PKMS – Herausforderungen in der Dokumentation, Forum der Medizin Dokumentation und Medizin Informatik 4/2010, https://www.google.de/search?q=horndasch+pkms&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a&gws_rd=cr&ei=HraAUuDYNYTNTAba34DgBw (Zugriff 08.06.2015)
- Junge, Wolfram** 2012, Leserbrief zu dem Artikel von Hiltensperger „Pflege im DRG-System: Alle Möglichkeiten nutzen“, 09/2011 Die Schwester Der Pfleger
- König, Peter** 2010, Vortrag OPS-Kode: Hochaufwendige Pflege von Patienten PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score), Chancen und Grenzen für die akutstationäre, Pflege, Hintergründe, Entwicklung, Dokumentationsanforderungen, Heidelberg 4.11.2010 Zugriff 12.09.2013 http://www.pflege-forschung.de/Zugriffs/fachtagung-2010-11-04/peter_koenig_pkms.pdf Zugriff 08.06.2015
- Wietek, Pia, Dr.** 2012 (Hrsg.), Handbuch 2012 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten, Recom, Kassel; S. 24 ff.