



Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)

Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 20.02.2018

Aktualisiert am 20.07.2018

Dr. Pia Wieteck, Andrea Albrecht, Andreas Braselmann

Unter der Beratung des Vorstandes und der Beiräte

Fachgesellschaft
Profession Pflege
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 59
E-Mail info@pro-pflege.eu
www.pro-pflege.eu
10117 Berlin

Inhalt

Einleitung.....	3
1. Die mit dem BAss verfolgten Zielsetzungen	4
1.1 Der Nutzen des BAss innerhalb der berufspolitischen Diskussion.....	4
1.2 Unterstützung des Entlassmanagements	5
1.3 Unterstützung des Kodierprozesses des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit	5
1.4 Unterstützung des Kodierprozesses U50.- bis U51.-	6
2. Beschreibung des pflegerischen Basis-Assessments (BAss)	7
2.1. Die Struktur des BAss.....	8
2.2 Operationalisierung der Punktwerte	11
2.3 Mapping mit anderen Assessments	12
2.4 Ergebnisbewertung und Punktwerte des BAss.....	14
2.4.1 Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index.....	15
2.4.2 Bestimmung des poststationären Versorgungsbedarfes und des voraussichtlichen Pflegrades	15
2.4.3 Punktwerte für den Barthel-Index und Erweiterten Barthel-Index.....	17
2.4.4 Punktwerte für den Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB)	17
2.5 Informationen zur Interpretation der Punktwerte	18
3. Nutzungsbedingungen	19
3.1. Möglichkeit der Implementierung des Basis-Assessments (BAss) in eigene Software bzw. in das eigene Krankenhaus-Informationssystem (KIS) auf Basis der Quelldaten der Fachgesellschaft Profession Pflege.....	19
3.2. BAss als Papierdokument	20
3.3. Nutzung der BAss-Datenbank über unseren Kooperationspartner RECOM.....	20
Literaturverzeichnis.....	21
Abbildungsverzeichnis	22
Tabellenverzeichnis	22
Anhang	23

Einleitung

Die zentralen Zielsetzungen der „Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.“ sind u.a. die Entlastung des Pflegepersonals, und der Profession „Pflege“ „eine Stimme zu geben“. Durch die derzeitige Debatte um die gesetzliche Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen¹ wurde deutlich, dass die Pflege bei der Entwicklung von Lösungsansätzen zur Bewältigung bestehender Probleme im Krankenhaus und/oder Gesundheitswesen nicht ausreichend berücksichtigt wird. Zwar waren professionseigene Fachgremien, wie der Deutsche Pflegerat (DPR), bei der Entwicklung des Gesetzesentwurfes zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in beratender Funktion tätig, Entscheider bleiben jedoch die Selbstverwaltungspartner, d.h. die gesetzlichen Krankenversicherungen und Krankenhausgesellschaften. Durch das Ausblenden der Sichtweisen des Pflegeberufes droht den Pflegekräften in einigen Bereichen eine weiter zunehmende Arbeitsbelastung (Wieteck 2017a). Der Pflegeberuf hat deutlich an Attraktivität verloren und ist mit Nachwuchsproblemen konfrontiert. Mit den ausgehandelten Personaluntergrenzen besteht das Risiko, dass diese von Klinikleitungen als Orientierung für Pflegepersonalobergrenzen genutzt werden könnten (Wieteck, (in press)).

Leidtragende sind neben den Pflegepersonen auch die Pflegeempfänger, denen u.a. aufgrund der derzeitigen Personalsituation massive Risiken hinsichtlich einer adäquaten Versorgung drohen (Wieteck, 2017a). Die Pflegequalität innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist von einer evidenzbasierten, aktivierend-therapeutischen Pflege weit entfernt. Eine Anhebung des Qualitätsniveaus der pflegerischen Versorgung durch eine angemessene Personalpolitik ist deshalb dringend sicherzustellen (Wieteck, 2017b).

Aus diesem Grund hat die Fachgesellschaft „Profession Pflege“ ein Vier-Punkte-Programm entwickelt, um Impulse zur sinnvollen und nachhaltigen Aushandlung von Pflegepersonaluntergrenzen zu setzen (Wieteck, 2017b): Neben **(1)** einem Mitentscheidungsrecht der Profession „Pflege“ ist **(2)** eine Anhebung des pflegerischen Qualitätsniveaus eines der zentralen Ziele der Fachgesellschaft. Dies beinhaltet neben der Etablierung einer adäquaten pflegewissenschaftlichen Forschung zur Förderung verbesserter Pflege, die Etablierung exzellent ausgebildeter Pflegekräfte, die die evidenzbasierte pflegetherapeutische Pflege sicherstellen. Gleichzeitig ist der pflegediagnostische Prozess für die Gewährleistung einer angemessenen evidenzbasierten Pflegeprozessrealisierung zu etablieren. Für Kliniken mit „guten“ Pflegepersonalbesetzungen sind **(3)** Vergütungsanreize zu realisieren, um zu verhindern, dass Personaluntergrenzen die neuen Personalobergrenzen werden. Als letzten Punkt **(4)** nennt die Fachgesellschaft ein aussagekräftiges Kennziffernsystem, da künftige Pflegepersonalentscheidungen nur mithilfe aussagekräftiger, pflegespezifischer Outcome-Indikatoren und Patienten-Personal-Relationen auf angemessenem Niveau möglich sind. Solide und valide pflegerelevante Daten sind eine

¹ Basierend auf den Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten (§ 137 SGB V) und den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG) wurden seitens der Autoren des Gutachtens zunächst Pflegepersonalbelastungszahlen (PBZ) für die verschiedenen Fachabteilungen der Krankenhäuser und ausgewählte Qualitätsindikatoren bezogen auf einen möglichen Zusammenhang untersucht. Als „pflegeintensiv“ wurden jene Fachstationen vorgeschlagen, die in der Untersuchung einen positiven Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalbemessungsziffer und zwölf ausgewählten Qualitätsindikatoren wie z.B. Mortalität, Harnwegsinfektionen usw. zeigten und damit für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig sind, soweit dort eine Personalunterbesetzung vorliegt.

wichtige Voraussetzung, um die Ziele und Interessen der Berufsgruppe und damit auch der Pflegeempfänger umsetzen zu können. Durch aktuell stattfindende Abfragen der Pflegepersonalbesetzung in den verschiedenen Fachbereichen zeigen sich sehr große Unterschiede. Diese können aktuell nicht ohne weiteres Datenmaterial erklärt werden.

Aus Sicht der Fachgesellschaft kann mithilfe eines pflegerischen Basis-Assessments ein entscheidender Beitrag für die Umsetzung der formulierten Ziele geleistet werden. Deshalb wurde im Rahmen des dargestellten Sachverhaltes das pflegerische Basis-Assessment (BAss) entwickelt, welches im Folgenden genauer dargestellt wird. Im Rahmen dieses Dokumentes sollen zunächst die Zielsetzungen, die mit dem BAss verfolgt werden genauer spezifiziert werden. Dies schließt neben dem generellen Nutzen des BAss innerhalb des berufspolitischen Kontextes die Regelungen des Entlassmanagements sowie die Kodierprozesse hinsichtlich des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit und der U50.- bis U51.- mit ein. Im Anschluss wird das BAss ausführlich in Hinblick auf seine Struktur, die Operationalisierungen der item-spezifischen Punktwerte, das Mapping mit anderen bereits etablierten Assessment-Instrumenten und die Ergebnisbewertung erläutert. Ziel ist es, den Nutzen einer Implementierung des BAss zu verdeutlichen und den Anwendern die Durchführung des BAss zu erleichtern.

1. Die mit dem BAss verfolgten Zielsetzungen

Im Jahr 2014 bis 2016 wurde vom Deutschen Pflegerat (DPR) innerhalb des OPS-Vorschlagsverfahrens 2017 (OPS 1-776) die Umsetzung eines standardisierten pflegerischen Basis-Assessments für Erwachsene gefordert. Ein standardisiertes Basis-Assessment bietet nicht nur wertvolle Informationen über Patientenzustände und Patientenbedürfnisse zur Ableitung des situations- und fallgerechten Pflegebedarfs, sondern kann zudem auf Basis der gewonnenen Informationen einen Mehrwert für die Pflegediagnostik und die pflegerische Entscheidungsfindung darstellen. Darüber hinaus kann ein standardisiertes Basis-Assessment im Kontext der DRG-Kodierung in Kombination mit einem Komplexkode für die Akutpflege zum Einsatz kommen und zudem entscheidend zur Entbürokratisierung und Vermeidung von Doppeldokumentationen beitragen.

Zwar wurde der OPS-Antrag des DPR innerhalb des Vorschlagsverfahrens des DIMDI nicht angenommen, doch ist aus Sicht der Fachgesellschaft eine systematische Umsetzung eines Basis-Assessments für die Akutpflege im Krankenhaus zu empfehlen. Aus diesem Grund wurde seitens der Fachgesellschaft das pflegerische Basis-Assessment (BAss) entwickelt, welches den Krankenhäusern kostenfrei zur Verfügung gestellt wird und idealerweise in Softwareprodukten umgesetzt werden sollte. Einige Softwarehersteller haben bereits gute Lösungen produziert. Darüber hinaus steht den Krankenhäusern eine Kurzversion des BAss in Papierform zur Verfügung. Im Folgenden werden die Darstellung und Plausibilisierung der einzelnen Zielsetzungen, die mit dem BAss verfolgt werden, dargelegt.

1.1 Der Nutzen des BAss innerhalb der berufspolitischen Diskussion

Ohne die Berücksichtigung der Fallschwere der zu versorgenden Patienten unter Einbezug eines Grademixes ist eine angemessene Pflegepersonalentscheidung kaum umsetzbar. Das BAss bietet die Möglichkeit, für den Patienten/die Patientin einen von 10 Fallschweregraden (den BAss-Nursing-Case-Index) zu berechnen und beinhaltet wichtige Informationen über die

Patientenzustände, vorhandene Risikopotenziale und die besonderen Überwachungsbedarfe. Auf diese Weise können die Pflegebedürfnisse und Pflegebedarfe der Patienten abgebildet und quantifiziert werden. Gleichzeitig würde die flächendeckende einheitliche Einführung des BAss die semantische Interoperabilität fördern und damit dem Zweck des Datenaustausches und der Datenauswertung dienen. Deshalb wäre der Einsatz des BAss besonders für den IT-Einsatz im Gesundheitswesen interessant. Auf diese Weise würde der Pflege eine Diskussions- und Argumentationsgrundlage geschaffen, die ihrer Profession im berufspolitischen Kontext „eine Stimme geben“ kann. Dringend ist zu empfehlen, die Pflegepersonaluntergrenzen nicht nur an formalen Stationsbezeichnungen und Fachbereichen festzulegen, sondern die Fallschwere mit einzubeziehen. Zudem sollten klare Vorgaben vereinbart werden, welche Kliniken dazu verpflichtet werden, die Personalschlüssel abhängig von der Fallschwere entsprechend nach oben anzupassen.

1.2 Unterstützung des Entlassmanagements

Seit dem 01.10.2017 gilt die geforderte Vereinbarung, dass ein systematisches und standardisiertes Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung der Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S.9 SGB V seitens der Kliniken zu realisieren und entsprechend auszuweisen ist (GKV Spitzenverband und die Kassenärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, & Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., 2017). Ein zentrales Kernelement ist die Etablierung eines systematischen Screeningverfahrens vor bzw. bei der Aufnahme mit einer kontinuierlichen Aktualisierung der Informationen im interdisziplinären Kontext. Auf diese Weise soll ein poststationärer Versorgungsbedarf frühzeitig erkannt und an die Krankenkassen kommuniziert werden. Das Krankenhaus ist aufgefordert, ein standardisiertes multidisziplinäres Entlassmanagement zu etablieren. In den Rahmenvereinbarungen wird speziell auf den Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege hingewiesen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2009). Im § 3 Entlassmanagement-Absatz wird ein systematisches Assessment, welches den Versorgungsbedarf des Betroffenen erfasst, gefordert. Das BAss eignet sich als standardisiertes Assessment vor allem vor dem Hintergrund der sektorenübergreifenden Datennutzung und der differenzierten Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfes.

1.3 Unterstützung des Kodierprozesses des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit

Seit dem 01.01.2017 wird die Pflegebedürftigkeit mit dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2016) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Das NBA ist in 6 Module gegliedert. Die jeweiligen Module erfassen systematisch die Pflegebedürftigkeit und geben Auskunft darüber, ob ein poststationärer Versorgungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse des Assessments ergeben die neuen Pflegegrade und weisen die Schwere der Pflegebedürftigkeit aus.

Nach einer Analyse vorhandener Assessmentinstrumente in der Pflege wurde innerhalb der Fachgesellschaft entschieden, dass ausgewählte, für das Setting „Krankenhaus“ geeignete Items des NBA ein sinnvoller Ansatz zur Pflegebedürfnis-Darstellung im G-DRG-System sein könnten (Bensch, 2016; Wingenfeld, Büscher, & Gansweid, 2008). Deshalb sind die im BAss enthaltenen Items stark an den Items der ersten vier Module des NBA angelehnt, um den

voraussichtlichen Pflegegrad ermitteln zu können. Auf diese Weise kann eine vergleichbare Datenstruktur zum Pflegeaufwand in den Kliniken geschaffen werden. Dies dient dem Zweck von Auswertungen auf den verschiedenen Ebenen der Personalverhandlung sowie der Beurteilung der Arbeitsbelastung innerhalb der Pflege. Zudem kann somit in späteren IT-Anwendungen die semantische Interoperabilität gefördert werden.

1.4 Unterstützung des Kodierprozesses U50.- bis U51.-

Im Jahr 2017 wurde der Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965), der Erweiterte Barthel-Index (Prosiegel, Böttger, & Schenk, 1996), der Funktionale Selbstständigkeitsindex (FIM) (Keith et al., 1987) und der Mini-Mental-Status-Test (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) in die CCL-Matrix aufgenommen. Es ist zu erwarten, dass die schweren motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen eine wachsende Auswirkung auf die Relativgewichte innerhalb der G-DRG-Fallgruppierung haben können. Auch wenn diese Auswirkungen deutlich hinter denen des OPS 9-20 liegen, ist zu überlegen, wie diese Möglichkeit der Erlösoptimierung ohne unnötigen Dokumentationsaufwand erschlossen werden kann. Es zeichnet sich durch die Veränderungen im G-DRG-System in den Jahren 2017 und 2018 ab, dass die CCL-Relevanz der U50-U51 steigen könnte.

Nachfolgend zunächst der Ausschnitt der CCL-Matrix (InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus):

1491	U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20-35 Punkte	Neuaufnahme
1492	U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31-42 Punkte	Neuaufnahme
1493	U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
1494	U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13-30 Punkte	Neuaufnahme
1495	U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte	Neuaufnahme
1496	U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte	Neuaufnahme
1497	U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0-16 Punkte	Neuaufnahme

Tabelle 1: Ein Ausschnitt aus der CCL-Matrix zur Darstellung der U50,- und U51.- (ICD-10-GM).

Aus der Tabelle 1 wird deutlich, dass der Barthel-Index (U50,-) und der Erweiterte Barthel-Index (U51,-) eine Möglichkeit darstellen, eine motorische Funktionseinschränkung bzw. eine kognitive Funktionseinschränkung abzubilden. Im pflegerischen Alltag steht das Pflegepersonal vor der Situation, dass im Falle eines Basisassessments neben dem Ausfüllen des Anamnesebogens/Stammblasses weitere patientenrelevante Informationen durch gesonderte Assessments separat erhoben werden müssen. Dies trägt zu einer Bürokratisierung des Pflegeberufes bei und birgt das Risiko vermeidbarer Doppeldokumentationen. Bei der Entwicklung des BAss wurde deshalb das Ziel verfolgt, bei dessen Nutzung die automatisierte Ausleitung anderer etablierter Skalen (siehe Kapitel 2.3) zu ermöglichen. Auf diese Weise kann

neben einer Unterstützung des Kodierprozesses der U50,- und U51,- eine Arbeitsentlastung des Pflegepersonals erreicht werden.

2. Beschreibung des pflegerischen Basis-Assessments (BAss)

Durch die Darstellung der Ziele, die mit der Umsetzung des BAss verfolgt werden, konnten die Vorteile einer Implementierung dieses Basis-Assessments verdeutlicht werden. Um den Anwendern eine leichte Implementierung zu ermöglichen, wird das BAss im Folgenden genauer dargestellt.

Wie bereits erwähnt, ist ein Vorteil des BAss die Breite der Informationen, die der Anwender durch dessen Anwendung erhält. Das BAss bietet dem Nutzer aufgrund seiner breiten Item-Struktur eine Vielzahl verschiedener Informationen, die ansonsten von der Pflegeperson gesondert erhoben werden müssten. Score-Werte international anerkannter Assessment-Instrumente können durch die Anwendung des BAss ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand ausgeleitet werden. Hierbei ist auf Unterschiede zwischen der EDV-gestützten Version und der Papierversion hinzuweisen.

Auf Basis der durch das BAss erfolgten Patienteneinschätzung ist es mithilfe sogenannter Mappings für beide BAss-Versionen möglich, die Scorewerte folgender Skalen auszuleiten:

- Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965)
- Erweiterter Barthel-Index (Prosiegel et al., 1996)
- Frührehabilitations-Barthel-Index (Schönle, 1996)
- Die Module 1 bis 4 des „Neuen Begutachtungsassessment (NBA)“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2016). Auf diese Weise kann der poststationäre Versorgungsbedarf frühzeitig erkannt werden und wesentliche Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements sind bereits erledigt.

Die Umsetzung der Einbindung der Barthel-Indices erfolgte analog der Vorgaben des DIMDI (DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.)). Über diesen Weg können die Punktwerte für die Kodierung der U50.- bis U52.- genutzt werden (Kapitel 1.4). Das ist besonders bedeutend, da die CCL-Relevanz der U50.- und U51.- auch 2018 weiter gestiegen ist.

Für die EDV-basierte Umsetzung ist zudem ein Mapping für folgende Skalen verfügbar:

- Braden-Skala zur Bestimmung des Dekubitusrisikos (Braden & Ayello, 2002)
- Hendrich-Skala zur Bestimmung des Sturzrisikos (Heinze & Dassen, 2002; Heinze et al., 2006)

Zudem erfolgt die Berechnung der Punktwerte und die Durchführung der Mappings automatisch, so dass kein zusätzlicher Zählauflauf für die Anwender entsteht. Aus diesem Grund ist die Softwarelösung der Papierversion vorzuziehen.

Das BAss leistet zentrale Aufgaben im Zusammenhang mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und ersetzt die Pflegeanamnese und Kodierung der verschiedensten Assessments. Eine Doppeldokumentation ist somit systematisch abgebaut.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzungen enthält das BAss eine große Anzahl der Items des NBA zur Einstufung eines Patienten in einen Pflegestufengrad (Kapitel 1.3). Auf diese Weise soll mithilfe des BAss der voraussichtliche Pflegegrad eines Patienten ermittelt werden. Aus dem NBA wurden für das Krankenhaus relevante Items aus den Modulen 1 bis 4 ausgewählt und durch weitere krankenhausesrelevante Items ergänzt, die der IDEA-Datenbank² entnommen wurden, um die zentralen Informationen zur Risikoeinschätzung und erforderlichen Überwachungsaufwände bzw. spezifischer erforderlicher Assessments zu erfassen. Dieser Bereich kann im Rahmen von Software-Umsetzungen erweitert und auf die spezifischen Fachbereiche ergänzt werden. Zu den Ergänzungen zählen z. B. Items, um Risikoeinschätzungen zum Sturz- und Dekubitusrisiko zu unterstützen oder Patientenzustände, welche einen erhöhten Überwachungsaufwand nach sich ziehen, zu erfassen.

Analog zu den MDK-Gutachter-Auslegungsbestimmungen (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), 2016) wurden die Items operationalisiert, so dass eine einheitliche Einstufung in den Kliniken ermöglicht wird. Diese Operationalisierungen (Kapitel 2.2) eignen sich besonders für den elektronischen Einsatz und stellen somit die „Langform“ des BAss dar. Die Entscheidung, die NBA-Items auch für den Klinikbereich zu nutzen, hat neben der sektorenübergreifenden Nutzung der Einstufungen den Vorteil, dass die ausgewählten Items und Bewertungsgrundlagen bereits durch Forschungsarbeiten überprüft wurden. Somit ist eine gewisse Güte nachgewiesen. Im Folgenden soll das BAss genauer vorgestellt werden, um die einwandfreie Durchführung durch den Anwender zu gewährleisten.

2.1. Die Struktur des BAss

Das BAss besteht aus 6 Modulen (siehe Abb. 1), die verschiedene pflegerelevante Aspekte zusammenfassend berücksichtigen, welche für die Erfassung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen maßgeblich sind. Die aus den Modulen gewonnenen Informationen können zudem einen wichtigen Beitrag zum pflegediagnostischen Prozess und einer angemessenen Planung und Initiierung pflegerelevanter Interventionen leisten.

Die Module I bis IV decken sich sowohl inhaltlich als auch in Hinblick auf die Abstufungen zur Ermittlung des item-spezifischen Punktwertes mit den Modulen 1 bis 4 des Neuen Begutachtungsassessments (NBA). Für eine breitere Informationssammlung über die Patienten wurden die Module zusätzlich um weitere Items (z.B. „Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten“ im Modul I „Mobilität“) ergänzt. Mithilfe der Module V („Risiken und Prävention“) und VI („Zustände mit Überwachungs-/ Unterstützungsbedarf“) erhält der Anwender zusätzliche Informationen, die für eine optimale Gewinnung von pflegerelevanten Informationen über die

² Die IDEA-Items (interdisziplinäre, datenbankbasierte elektronische Anamnesestruktur/ Interdisciplinary Databased Electronical Assessment) entstammen einer seit 20 Jahren entwickelten Anamnese-Datenbank der Firma RECOM (RECOM GmbH (Hrsg.), 2016), welche kostenfrei zur Verfügung gestellt werden kann. Vor dem Hintergrund des Zugriffs auf die IDEA-Items erklärt sich die Zähllogik der ID-Nummern, die sich im Laufe der Entwicklung erweitert und verändert haben. Durch den Zugriff auf den bereits in zahlreichen Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen etablierten Anamnesekatalog kann von einer entsprechenden Güte der Item-Sammlung ausgegangen werden.

Patienten und deren pflegerische Versorgung hilfreich sind. Diese Module werden in Hinblick auf den NBA nicht berücksichtigt.

Modul I	Mobilität
Modul II	Selbstversorgung
Modul III	Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation
Modul IV	Verhalten
Modul V	Risiken, Prävention
Modul VI	Zustände mit erhöhtem Überwachungs-/Unterstützungsbedarf

Abbildung 1: Die 6 Module des BAss.

Sofern nicht anders angegeben, erfolgt die Einschätzung des Patienten in den Modulen I bis IV mithilfe vierstufiger Skalen in Hinblick auf die Selbstständigkeit („selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“, „unselbstständig“ (Modul I und Modul II)), dem Vorhandensein kognitiver, sensorischer und/oder kommunikativer Einschränkungen („Fähigkeit vorhanden“, „Fähigkeit größtenteils vorhanden“, „Fähigkeit in geringem Maße vorhanden“, „Fähigkeit nicht vorhanden“ (Modul III)) und der Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen („kommt nicht oder selten vor“, „selten; max. 1 x wöchentlich“, „häufig; mehrmals wöchentlich“, „täglich“ (Modul IV)). Durch item-spezifische Zustandsbeschreibungen (sog. Operationalisierungen) kann die angemessene patientenbezogene Einschätzung eines Items sinnvoll unterstützt werden (Kapitel 2.2). In Modul V schätzt die Pflegeperson auf Basis ihres pflegfachlichen Urteils die aufgeführten Risiken (z.B. Sturzrisiko oder Dekubitusrisiko) auf einer dreistufigen Skala („kein Risiko“, „Risiko besteht“, „hohes Risiko“) ein. Ob Zustände mit Überwachungs-/Unterstützungsbedarf bei den Patienten vorhanden sind, wird in Modul VI erfragt („vorhanden“, „nicht vorhanden“).

Je nach anwenderbezogener Einschätzung in Hinblick auf die jeweiligen Patienten, wird dem entsprechenden Item ein Punktwert zugewiesen. Die Ausprägungen des jeweiligen Punktwertes können je nach Item variieren und sind deshalb in der Papierversion entsprechend gekennzeichnet (siehe unten). Durch das Aufaddieren der item-spezifischen Punktwerte kann die Fallschwere ermittelt werden, die durch den Gesamtscore, den BAss-Nursing-Case-Index, dargestellt wird.

Auf diese Weise ist es außerdem möglich, den voraussichtlichen Pflegegrad der Patienten zu ermitteln. Deshalb weichen die Punktwerte des BAss und des NBA nicht voneinander ab. Sofern beispielsweise für das Item „Positionswechsel im Bett durchführen können“ der Punktwert 3 („unselbstständig“) ermittelt wurde, ist dieser Punktwert für das BAss und das NBA als analog zu betrachten.

			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	
Mobilität	1.1	G5	Positionswechsel im Bett durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.2	G6	Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	1.3	G6	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen können	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
	1.4	G6	Gehfähigkeit, Fortbewegung auf ebener Fläche	<input type="checkbox"/> 0 15	<input type="checkbox"/> 1 10	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
			Setzt Gehhilfen ein: _____				
	1.5		Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0 10	<input type="checkbox"/> 1 5	<input type="checkbox"/> 2 5	<input type="checkbox"/> 3 0
		Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-2 Stürze	<input type="checkbox"/> 3 und mehr Stürze		

Abbildung 2: Erläuterung der Darstellung der Papierversion des BAss.

In Abb. 2 wird die Logik des BAss anhand der optischen Darstellung innerhalb der Papierversion verdeutlicht. In der Softwarelösung kann die Darstellung abweichen, was allerdings keinen Einfluss auf die Umsetzung und den Inhalt nimmt. Die folgenden Erläuterungen sind entsprechend der Nummerierung aus der Abbildung geordnet:

In der ersten Spalte ist das jeweilige Modul (in diesem Falle das Modul I „Mobilität“) angegeben.

Die fünfte Spalte beinhaltet jene Items, die dem jeweiligen Modul zugewiesen sind und für die je nach Ausprägung ein Punktwert ermittelt wird, der für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index und die Auswertung der NBA-relevanten Items berücksichtigt werden muss. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die Operationalisierungen der jeweiligen Items (Kapitel 2.2) aus Platzgründen nicht in der Papierversion des BAss enthalten sind. Diese Informationen können auf der Homepage der Firma RECOM (www.recom.eu) heruntergeladen und kostenfrei genutzt werden.

Die obige Zeile der Abbildung stellt die Abstufungen der 4-stufigen Skala, in diesem Fall zur Selbstständigkeit im Modul I, dar.

Je nach gewählter Abstufung ist dem Item ein Punktwert zuzuweisen, der später zusammen mit den Punktwerten der anderen Items des jeweiligen Moduls einen Summenwert bildet, um u.a. den BAss-Nursing-Case-Index zu berechnen und den voraussichtlichen Pflegegrad mithilfe gewichteter Punktwerte zu bestimmen. Neben den Kästchen, in denen der Anwender die zutreffende Abstufung des Patienten in Hinblick auf das jeweilige Item vornehmen kann, ist der item-spezifische BAss-Punktwert in schwarzer Schrift angegeben. Sofern für ein Item kein Punktwert aufgeführt ist, bedeutet dies, dass das entsprechende Item lediglich zusätzliche Informationen über die Patienten erfasst, die allerdings nicht für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.4.1). Im Modul I wären dies die Items „Setzt Gehhilfen ein“ und „Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten“.

Die orange markierten Items in der zweiten Spalte kennzeichnen jene Items, die auch im Neuen Begutachtungsassessment (NBA) enthalten sind. Die in den Markierungen verankerten Zahlen, z.B. 1.4, stellen die Anordnung des jeweiligen Items innerhalb der Reihenfolge des NBA dar.

- (1) In der dritten Spalte ist in der Abb. 2 bei einem Teil der Items eine blaue Markierung erkennbar. Diese kennzeichnet jene Items, zu denen ein Mapping mit dem Barthel-

Index besteht. Mit anderen Worten: Je nach ermitteltem Punktwert eines BAss-Items, wird gleichzeitig ein Punktwert für ein entsprechendes Item des Barthel-Index ausgelöst. In den Modulen III und IV wurden die blauen Markierungen durch eine gelbe Markierung ersetzt. Der Grund hierfür ist, dass sich diese Items auf die kognitiven Items des Erweiterten Barthel-Index beziehen, die im Barthel-Index, der lediglich motorische Einschränkungen erfasst, nicht berücksichtigt werden.

- (2) Items, zu denen ein Mapping mit dem Barthel-Index oder dem Erweiterten Barthel-Index besteht, beinhalten neben einem BAss-Punktwert auch einen blau markierten Zahlenwert. Dieser stellt den Punktwert dar, welcher für die Bestimmung eines entsprechenden Items des Barthel-Index bzw. Erweiterten Barthel-Index erforderlich ist (siehe Kapitel 2.4.3).
- (3) In der achten Spalte werden PKMS-Bezüge hergestellt. Das bedeutet, dass Mitarbeiter/Innen bei der Kodierung des BAss auf eine mögliche PKMS-Relevanz aufmerksam gemacht werden. Damit können bisher genutzte Kurzeinschätzungen und PKMS-Screenings ersetzt werden. Zudem werden die Mitarbeiter daran erinnert, dass diese Punkte im Rahmen der PKMS-Plausibilisierung eine besondere Aufmerksamkeit und Genauigkeit bei der Dokumentation erfordern.

2.2 Operationalisierung der Punktwerte

In den Modulen I bis IV ist jedem Item, das mit einem Punktwert gekennzeichnet ist und damit u.a. für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index berücksichtigt wird, eine Operationalisierung zugewiesen. Operationalisierung bedeutet in diesem Kontext, dass jedem Item verschiedene mögliche patientenspezifische Zustandsbeschreibungen untergliedert sind, die der qualitativen Einschätzung der Patienten dienen. Somit verbindet das BAss sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Zustandsbeschreibung des Betroffenen und ist eine wertvolle Informationsquelle über den Patientenzustand. Auf diese Weise sollen die Anwender unterstützt werden, für die jeweiligen Items eine korrekte Einstufung mithilfe einer vierstufigen Skala (Kapitel 2.1) vorzunehmen und die item-spezifischen Punktwerte zu generieren, die für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index und zur Ermittlung des voraussichtlichen Pflegegrades berücksichtigt werden müssen. Bei der Einführung des BAss in der Papierversion innerhalb eines Krankenhauses sind die Anwender des Basis-Assessments zu schulen. Die operationalisierten qualitativen Zustandsbeschreibungen liefern zudem sehr wertvolle Hinweise im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses.

In Tabelle 2 ist das Prinzip der Operationalisierung beispielhaft am BAss-Item „Treppensteigen“ aus dem Modul I „Mobilität“ dargestellt. Zunächst sind die Einstufungen der vierstufigen Skala („selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“, „unselbstständig“) des Items aufgeführt. Darunter befinden sich die Zustandsbeschreibungen, die dem Anwender in der Softwarelösung als Mehrfachauswahl zur Verfügung stehen. Diese sind mit dem entsprechenden BAss-Item verknüpft und lösen je nach Auswahl die passende Einstufung auf der vierstufigen Skala des zutreffenden Items, in diesem Falle „Treppensteigen“, aus.

Beispiel: Trifft für die Patienten die Zustandsbeschreibung „Kann Treppen selbstständig steigen“ zu, ist für das Item „Treppensteigen“ die Einstufung „Selbstständig“ auszuwählen und

ein Punktwert von „0“ u.a. für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index zu berücksichtigen. Trifft jedoch die Zustandsbeschreibung „Kann keine Treppen steigen“ zu, würde das Item „Treppensteigen“ mit „Unselbstständig“ bewertet und 3 Punkte in die anschließende Berechnung eines modulspezifischen Summenwertes einfließen. In der Softwarelösung ist es möglich, durch die entsprechende Auswahl der Zustandsbeschreibungen automatisch den entsprechenden Punktwert auszulösen.

Rts_id	Rts_dn	Key-Text	Key_ident	NBA/Bass-Wert
5870	#2.#8.@34	Selbstständig	S	0
5870	#2.#8.@34	Überwiegend selbstständig	UeS	1
5870	#2.#8.@34	Überwiegend unselbstständig	UeUS	2
5870	#2.#8.@34	Unselbstständig	US	3
1.5 Treppensteigen [rts_id: 5870; rts_schlüssel: #2.#8.@34]				Punkt-Wert-NBA
5871	#2.#8.@35	Kann Treppen selbstständig steigen	B1	0
5871	#2.#8.@35	Kann kaum/wenige Treppen steigen	B2	0
5871	#2.#8.@35	Kann die Treppe selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos	B3	1
5871	#2.#8.@35	Kann Treppen mit geringer Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen	B4	2
5871	#2.#8.@35	Kann Treppen mit umfangreicher Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen	B5	2
5871	#2.#8.@35	Muss getragen oder mit Hilfsmitteln die Treppe transportiert werden	B6	3
5871	#2.#8.@35	Kann keine Treppen steigen	B7	3

Tabelle 2: Operationalisierung des BAss-Items "Treppensteigen"

2.3 Mapping mit anderen Assessments

Das in Abb. 3 dargestellte Beispiel eines Mappings zwischen BAss und Barthel-Index steht stellvertretend für alle weiteren Mappings, die durch die Befüllung der BAss-Items ausgelöst werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Mappings und damit auch die Punktwerte und Assessmentergebnisse in der Softwarelösung automatisch bewertet, berechnet und angezeigt werden. Deshalb dient die Abbildung gleichzeitig der Darstellung der Zähllogik, sofern die Papierversion des BAss genutzt wird.

Wie bereits erwähnt, sind der Barthel-Index, der Erweiterte Barthel-Index und der Frührehabilitations-Barthel-Index kostenfrei auf der Internetpräsenz des DIMDI zum Download verfügbar. Auf Basis dieser Versionen der verschiedenen Barthel-Indices wurden die BAss-Mappings umgesetzt. Diese Information ist wichtig, da es verschiedene Versionen der Barthel-Indices gibt und es somit zu Verwirrungen in Hinblick auf den Output kommen kann. Beispielsweise beinhaltet der Erweiterte Barthel-Index in seiner Originalfassung nach Prosiegel et al. (1996) sowohl einen motorischen als auch einen kognitiven Teil. In der Version des DIMDI wird lediglich der kognitive Teil berücksichtigt und die Ausprägungen der Punktwerte sind denen des Barthel-Index angepasst worden, in welchem hingegen nur die motorischen

Alltagsfunktionen berücksichtigt werden. Gleichzeitig bestehen Abweichungen in Hinblick auf die Ausprägungen der Punktwerte. Die Entscheidung, die Versionen des DIMDI für die BAss-Mappings zu verwenden, liegt darin begründet, dass auf diese Weise die U50.*bis U52.* des GM ICD-10 ausgelöst werden können (Kapitel 1.4).

Wie aus Abb. 3 deutlich wird, bezieht sich das Beispiel auf die Fähigkeit, sich waschen zu können, welche auch im Barthel-Index berücksichtigt wird. Ist ein Patient in dieser Alltagsfunktion selbstständig, d.h. ist er in der Lage, alle notwendigen Prozesse des Waschvorganges (inkl. Zähneputzen, Rasieren, und Frisieren) selbstständig durchzuführen, werden ihm im Barthel-Index hinsichtlich der Alltagsfunktion „Sich Waschen“ 5 Punkte zugewiesen. Weist der Patient jedoch in einer dieser Alltagsfunktionen Einschränkungen auf, d.h. die komplette Selbstständigkeit bei einem dieser Prozesse ist nicht gegeben, werden ihm 0 Punkte zugewiesen.

			selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	A	Vorderen Oberkörper waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2	A	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.3	A	Intimbereich waschen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
			} 5	} 0	} 0	} 0

Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings mit dem Barthel-Index.

In der Papierversion fällt auf, dass manche Items mit einer blauen Klammer verbunden sind. Der Grund hierfür ist, dass in einem solchen Fall die durch die Klammer gekennzeichneten BAss-Items in Hinblick auf das jeweilige Item des Barthel-Index bzw. Erweiterten Barthel-Index zusammenfassend bewertet werden müssen. Das Beispiel der Abb. 3 soll die Logik veranschaulichen. In diesem Falle müssten die drei dargestellten BAss-Items in Hinblick auf das Item „Sich waschen“ innerhalb des Barthel-Index zusammenfassend bewertet werden. Weichen die Punktwerte zwischen den Items voneinander ab, ist in Hinblick auf die Berechnung des Barthel-Index der niedrigste Punktwert zu berücksichtigen. Bewertet der Anwender eines dieser BAss-Items beispielsweise mit „überwiegend selbstständig“, wird das Item im Barthel-Index mit 0 Punkten bewertet. Ist der Patient jedoch in allen drei BAss-Items als „selbstständig“ bewertet worden, werden dem Item „Sich waschen“ im Barthel-Index 5 Punkte zugewiesen.

Um die drei BAss-Items zu bewerten, kann sich der Anwender an der folgenden Auslegung orientieren:

- ▶ **Selbstständig.** Der Patient benötigt keinerlei Hilfe und führt die Aktivitäten der Körperpflege selbst durch. Ist es lediglich notwendig, dem Patienten die Pflegeprodukte im Badezimmer bereitzulegen, da sich dieser selbstständig wäscht, so wird dieses Item mit „Selbstständig“ bewertet.
- ▶ **Überwiegend selbstständig.** Dies bedeutet, dass der Patient punktuell geringfügige Hilfen erhält, z.B. beim Auftragen der Zahnpasta, beim Einsetzen/Herausnehmen der Zahnprothesen, beim Waschen unter den Achseln, dem Waschen des hinteren Intimbereiches oder beim Nachkämmen am Hinterkopf, da der Patient diese Körperstellen nicht selbstständig erreicht.

► **Überwiegend unselbstständig.** Dies bedeutet, dass die Pflegekraft entweder einen Großteil der Handlungen übernimmt bzw. dass der Patient nur geringe Anteile der Handlung selbst übernehmen kann. Oder der Patient benötigt während der Handlung die meiste Zeit eine Anleitung/Aktivierung.

► **Unselbstständig.** Dies bedeutet, dass die Handlung komplett von der Pflegeperson übernommen wird und/oder der Patient die gesamte Zeit der Handlung kleinteilige Anleitung und Aktivierung benötigt.

Softwarehersteller erhalten durch die Fachgesellschaft in einer Excel-Tabelle alle BAss-Items mit und/oder ohne Operationalisierung. Das BAss ist so konstruiert, damit die ausgewiesenen Assessments (z.B. Braden-Skala, Hendrich-Skala, usw.) über ein Mapping befüllt werden können.

Alternativ ist es möglich, eine kostenpflichtige Datenbank mit dem PKMS und den inhaltlichen umgesetzten Mappings vom BAss zu den Assessment-Items von der Firma RECOM GmbH zur Einbindung in Softwaretools zu erhalten. In Abb. 4 ist das BAss-Mapping für das Item „Treppensteigen“ beispielhaft dargestellt, das für die Hendrich-Skala, den Barthel-Index und den Frührehabilitations-Barthel-Index umgesetzt wurde. Jeder Skala ist eine Skalen-ID (scalen_id) zugewiesen. Gleiches gilt für die jeweiligen Items der Skalen (group_id) und die entsprechenden Ausprägungen (str (element_id)). Alle weiteren Informationen können bei der Fachgesellschaft (info@pro-pflege.eu) erfragt werden.

rts_text	key_ ident	key_text	BASS-Wert	Braden-Skala			Hendrich-Skala			Erw. Barthel-Index			Barthel-Index			Frühreha-Barthel		
				scalen_id	group_id	str (element_id)	scalen_id	group_id	str (element_id)	scalen_id	group_id	str (element_id)	scalen_id	group_id	str (element_id)	scalen_id	group_id	str (element_id)
Treppensteigen	S	Selbstständig	0															
	UeS	Überwiegend selbstständig	1									74	7	1	2303	14	1	
	UeUS	Überwiegend unselbstständig	2									74	7	2	2303	14	2	
	US	Unselbstständig	3									74	7	3	2303	14	3	
	US	Unselbstständig	3									74	7	3	2303	14	3	
1.5 Treppensteigen																		
Gehfähigkeit / Fortbewegung:																		
Treppensteigen	B1	Kann Treppen selbstständig steigen	0				23	5	0				74	7	1	2303	14	1
	B2	Kann kaum/wenige Treppen steigen	0				23	5	0				74	7	1	2303	14	1
	B3	Kann die Treppe selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos	1				23	5	1				74	7	2	2303	14	2
	B4	Kann Treppen mit geringer Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen	2				23	5	1				74	7	2	2303	14	2
	B5	Kann Treppen mit umfangreicher Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen	2				23	5	1				74	7	2	2303	14	2
	B6	Muss getragen oder mit Hilfsmitteln die Treppe transportiert werden	3				23	5	1				74	7	3	2303	14	3
	B7	Kann keine Treppen steigen	3				23	5	1				74	7	3	2303	14	3

Abbildung 4. Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings innerhalb einer Softwareumsetzung.

2.4 Ergebnisbewertung und Punktwerte des BAss

Im Folgenden wird die Punktauswertung veranschaulicht. Wie bereits erwähnt, ist es in der Softwarelösung möglich, die jeweiligen Summenwerte automatisch berechnen und anzeigen zu lassen. Die folgenden Erläuterungen sollen deshalb zum einen die Logik der Berechnungen verdeutlichen und zum anderen als Anleitung für die Anwender der Papierversion dienen. Alle folgenden Erläuterungen zur Auswertung beziehen sich auf Abb. 4. Eine Erläuterung zur Interpretation der Ergebnisse erfolgt im Kapitel 2.5.

Da eine Umsetzung eines Mappings für die Braden-Skala und die Hendrich-Skala lediglich für die Softwarelösung vorgesehen ist, wird auf diese Assessments im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Ergebnis des Patienten

Schweregrad der Beeinträchtigungen/ Selbstpflegefähigkeit	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	BAss- Index
Mobilität (Punktwert Patient)	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	
Mobilität (Punktwert gewichtet)	0	2,5	5	7,5	10	
Selbstversorgung (Punktwert Patient)	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	
Selbstversorgung (Punktwert gewichtet)	0	10	20	30	40	
Kommunikation (Punktwert Patient)	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	
Verhalten (Punktwert Patient)	0	1-2	3-4	5-6	7-65	
Höchster Wert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Ergebnis Pflegegrad ≥	Punkte:		Pflegegrad ≥			
Risiken						
Patientenzustände						
BAss-Index-Summe						
Fallschwere 1-10:	1 (0-20)	2 (21-40)	3 (41-60)	4 (61-80)	5 (81-100)	
BAss Nursing-Case-Index	6 (101-120)	7 (121-140)	8 (141-160)	9 (161-180)	10 (ab 181)	
Barthel-Index	Punkte:		PKMS- Relevanz			
Erweiterter Barthel-Index	Punkte:					

Abbildung 5. Punktauswertung des BAss.

2.4.1 Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index

Zur Ermittlung des BAss-Nursing-Case-Index sind alle mit einem Punktwert gekennzeichneten BAss-Items der sechs Module zu addieren. Auf diese Weise kann der Patient in eine der 10 Schwereaufwandsstufen („Fallschwere 1–10“) eingeteilt werden. Maximal können 268 Punkte generiert werden. Mithilfe des BAss-Nursing-Case-Index ist es möglich, die Fallschwere eines Patienten einzuschätzen. Auf diese Weise ist es im Rahmen des Pflegemanagements möglich, die Arbeitsbelastung auf den Fachstationen besser beurteilen zu können. Im Vergleich zu herkömmlichen Instrumenten ist aufgrund der 10 unterschiedlichen Fallschweren eine deutlich differenziertere Abschätzung der unterschiedlichen Fallschwere in den verschiedenen Fachbereichen erreichbar. Die gewichteten Punktwerte der NBA-relevanten BAss-Items können genutzt werden, um eine erste Einschätzung des voraussichtlichen Pflegegrades zu erhalten und den OPS Pflegebedürftigkeit (9-984) zu unterstützen. Wie bereits erwähnt, verfolgt die Fachgesellschaft das Ziel, den BAss-Nursing-Case-Index künftig zu nutzen, um Pflegepersonaluntergrendendiskussionen mit Zahlen zu untermauern. Hierzu ist angedacht, die Daten aus der BAss-Kodierung zu nutzen, um repräsentative Daten für berufspolitische Diskussionen nutzen zu können.

2.4.2 Bestimmung des poststationären Versorgungsbedarfes und des voraussichtlichen Pflegegrades

Für die Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfes und des voraussichtlichen Pflegegrades ist es nötig, alle Punktwerte der NBA-relevanten Items modulweise zu einem

Summenwert aufzuaddieren.³ In den Zeilen „Punktwert Patient“ der jeweiligen Module ist der modulspezifische Summenwert für die Erfassung der Schwere der Beeinträchtigungen („keine“, „geringe“, „erhebliche“, „schwere“, „schwerste“) zu markieren. Die Items, die für die Berechnung berücksichtigt werden müssen, sind im BAss durch eine orangene Markierung gekennzeichnet (siehe Kapitel 2.1). Durch das Setzen einer Markierung in den relevanten Bereichen erhält der Anwender einen schnellen Überblick über die Einschränkungen und den Zustand des Patienten.

Um den voraussichtlichen Pflegegrad einzuschätzen, sind die gewichteten NBA-Punktwerte der entsprechenden Module zu berücksichtigen. Diese sind im BAss in roter Farbe gekennzeichnet (siehe Abb. 4). Für die Module I und II befindet sich der jeweilige gewichtete Punktwert in der Spalte der darunterliegenden Zeile, in welcher der Anwender zuvor den modulspezifischen Summenwert der NBA-Items markiert hat. Beispiel: Wurde für den Patienten im Modul I ein Summenwert von 9 errechnet und damit eine schwere Beeinträchtigung ermittelt, ist der gewichtete Punktwert in derselben Spalte der darunterliegenden Zeile abzulesen. In Rahmen dieses Beispiels beträgt der gewichtete Punktwert 7,5.

Ein Blick auf Abb. 4 macht deutlich, dass für die Module III und IV lediglich ein gewichteter Punktwert in die Beurteilung des voraussichtlichen Pflegegrades einfließt. Der Grund hierfür ist, dass lediglich der höher gewichtete Punktwert der beiden Module berücksichtigt wird. Auch hierzu ein Beispiel: Der Anwender errechnet zunächst gesondert die Summenwerte für das Modul III (Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation) und IV (Verhalten). Für das Modul III wurde ein Summenwert von 8 und damit eine erhebliche Beeinträchtigung für den Bereich „Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation“ ermittelt. Daraus ergibt sich ein gewichteter Punktwert von 7,5. Der ermittelte Summenwert für das Modul IV beträgt 6, woraus sich ein gewichteter Punktwert von 11,25 ableiten lässt. Da der gewichtete Punktwert für das Modul IV höher ist als für das Modul III, fließt lediglich der gewichtete Punktwert des vierten Moduls (Verhalten) in die Ermittlung des voraussichtlichen Pflegegrades ein.

Durch das Aufaddieren der modulspezifischen Summenwerte ergibt sich der voraussichtliche Pflegegrad des Patienten (siehe Tabelle 3). Der durch den Summenwert angezeigte Pflegegrad ist als Mindestwert, der erreicht werden kann, zu betrachten. Durch die zwei noch fehlenden Module, um den NBA abzuschließen, kann es sein, dass der Patient noch einen höheren Pflegegrad erhalten könnte.

³ In der Papierversion ist das nicht NBA-relevante Item „Anlegen von Orthesen/Prothesen“, welches in der EDV-Version dem Modul „Mobilität“ zugeordnet ist, in das Modul „Zustände mit Überwachungs-/Unterstützungsbedarf“ verschoben worden. Auf diese Weise sollen Irritationen bei der Berechnung der gewichteten Punktwerte zur Berechnung des voraussichtlichen Pflegegrades vermieden werden.

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte	Ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte	Ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte	Ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte	Ab 90 bis 100 Gesamtpunkte

Tabelle 3: Die Ermittlung des voraussichtlichen Pflegegrades anhand der Gesamtpunktzahl bestehend aus den modulspezifischen gewichteten Punktwerten.

2.4.3 Punktwerte für den Barthel-Index und Erweiterten Barthel-Index

Die Punktauswertung für den Barthel-Index und den Erweiterten Barthel-Index erfolgt nach der gleichen Logik. Für den Barthel-Index werden alle blau markierten Items (Spalte 3 in der BAss-Papierversion) der Module I und II aufaddiert, um den Gesamtscore zu berechnen. Für den Erweiterten Barthel-Index werden die in der dritten Spalte gelb markierten Items aus Modul III und IV berücksichtigt und zu einem Gesamtscore zusammengefasst. Der jeweilige Punktwert ist in blauer Schriftfarbe neben dem entsprechenden BAss-Punktwert des zu berücksichtigenden Items aufgeführt. Beispiel: Wurde dem Patienten für das Item „Treppensteigen“ in Modul I des BAss der Wert 1 („überwiegend selbstständig“) zugewiesen, werden für den Barthel-Index 5 Punkte für das gleichnamige Item „Treppensteigen“ berechnet. Sofern ein Punktwert der beiden Barthel-Indices mit einer Klammer gekennzeichnet ist, sind mehrere Items für die Punktwertvergabe zu berücksichtigen. Die Logik wurde bereits in Kapitel 2.3 erläutert. Es ist wichtig, nochmals darauf hinzuweisen, dass stets der niedrigste Wert zu berücksichtigen ist, wenn die Punktwerte der in der Klammer eingeschlossenen Items voneinander abweichen.

2.4.4 Punktwerte für den Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB)

Mit dem BAss kann gleichzeitig der FR-Index des FRB befüllt werden. Die Logik weicht jedoch von der Logik in Hinblick auf den Barthel-Index und den Erweiterten Barthel-Index ab und ist in der Papierversion des BAss nicht gekennzeichnet. Das bedeutet, dass der FRB nur in einer elektronischen Lösung ausgelöst werden kann, alle relevanten Items sind im BAss aufgenommen. Der FR-Index des FRB besteht aus sieben Items, für die Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die entsprechenden Werte berechnet werden können. Auf die jeweiligen Items mit Bezug auf das Mapping zwischen dem BAss und dem FRB wird im Folgenden im Einzelnen genauer eingegangen:

- **Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand:** Damit der Punktwert - 50 für den FR-Index berücksichtigt werden kann, muss das Item „(Herz-Kreislauf) Monitoring“ im Modul V des BAss mit „vorhanden“ gekennzeichnet sein.
- **Absaugpflichtiges Tracheostoma:** Liegt ein absaugpflichtiges Tracheostoma vor (siehe entsprechendes Item in Modul V), kann im FR-Index der Punktwert -50 ausgelöst werden.
- **Intermittierende Beatmung:** Im Modul V des BAss befindet sich das Item „Beatmung“, für das die Auswahl „intermittierend“ und „kontinuierlich“ durch den

Anwender vorgenommen werden kann. Sofern die Auswahl „intermittierend“ erfolgt, kann der Punktwert -50 im FR-Index ausgelöst werden.

- **Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit):** Um im FR-Index den Punktwert -50 auslösen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein. Zum einen muss ein „Erhöhter Überwachungsaufwand durch Eigen-/Fremdgefährdung“ (siehe Modul V) als „vorhanden“ markiert sein. Zum anderen muss entweder die „Örtliche Orientierung“ oder die „Zeitliche Orientierung“ (siehe Modul III) mit „in geringem Maße vorhanden“ oder mit „nicht vorhanden“ bewertet worden sein.
- **Schwere Verständigungsstörung:** Liegt eine schwere Verständigungsstörung vor, werden für den FRB -25 Punkte berechnet. Hierzu muss eines der folgenden BAss-Items mit „nicht vorhanden“ bewertet worden sein: „Verstehen von Sachverhalten und Informationen“, „Mitteilung elementarer Bedürfnisse“ und/oder „Beteiligung an einem Gespräch“.
- **Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung:** Um im FR-Index den Punktwert -50 auslösen zu können, muss das BAss-Item „Schluckstörung/Aspirationsrisiko“ (Modul IV) als „Risiko besteht“ oder „hohes Risiko“ durch den Anwender bewertet worden sein. Darüber hinaus ist es erforderlich, die Auswahl „beaufsichtigungspflichtig“ zu markieren.

2.5 Informationen zur Interpretation der Punktwerte

Sollte ein Patient in einem der Module auch bei der Entlassung noch Einschätzungsergebnisse aufweisen, die in die Bereiche „erhebliche bis schwerste“ Beeinträchtigungen/eingeschränkte Selbstpflegefähigkeiten fallen (siehe rote Umrandung in Abb. 4), besteht ein poststationärer Versorgungsbedarf. Wenn der Patient nicht bereits in einer ambulanten und/oder stationären Versorgung aufgenommen ist, sollte in diesem Fall ein Case-Manager und/oder Entlassmanager eingeschaltet werden.

Durch die Mappings zwischen dem BAss und den Barthel-Indices ist es dem Medizincontrolling möglich, die Score-Werte der Assessments zu nutzen, um die U50.-, U51.- und U52.- zu kodieren.

Als Softwarelösung ist das BAss gut geeignet, um beispielsweise die verordnungsfähigen Leistungen im Entlassmanagement und/oder Pflegeleistungen im Kontext einer Pflegeprozessdokumentation zu triggern. Kliniken, die mit Pflegediagnosen arbeiten, können ein Mapping zu den BAss-Items erstellen, um auf diese Weise sinnvolle Pflegemaßnahmen einzuleiten.

3. Nutzungsbedingungen

Das Basis-Assessment steht kostenfrei zur Verfügung. Die Fachgesellschaft hat ein Interesse daran, künftig datenbasiert Empfehlungen über Personalbedarf machen zu können und innerhalb der Kliniken sowie darüber hinaus berufspolitisch die Diskussion über eine adäquate Personalbesetzung und Steuerung zu unterstützen. Gleichfalls als Ziel definiert ist die Beratung von Fachgremien hinsichtlich von Bedarfen an Pflegepersonal.

3.1. Möglichkeit der Implementierung des Basis-Assessments (BAss) in eigene Software bzw. in das eigene Krankenhaus-Informationssystem (KIS) auf Basis der Quelldaten der Fachgesellschaft Profession Pflege

Die Fachgesellschaft bietet IT-Anbietern unter Einhaltung von Voraussetzungen die Möglichkeit, das BAss auf Basis der Quelldaten der Fachgesellschaft in die eigene Software oder das KIS einzupflegen. Im Gegenzug bietet die Fachgesellschaft dann diesen Anbietern die Möglichkeit, auf die Nutzung der Quelldaten mit einem Label hinzuweisen.

Hierzu wird zwischen Softwareanbietern und Fachgesellschaft eine separate Vereinbarung (bei Interesse kann diese bei der Fachgesellschaft angefordert werden) abgeschlossen, die u. a. folgende Aspekte beinhaltet:

- a. Der Anbieter erhält von der Fachgesellschaft eine Beschreibung des Assessments und die erforderlichen ID-Kennungen in Form einer Excel-Datei.
- b. Die Anbieter haben sicherzustellen, dass die ID-Nummern und die Zähllogik der Aufwandspunkte entsprechend den Vorgaben realisiert werden. Ebenso ist sicherzustellen, dass die Daten fallbezogen auf der Ebene der einzelnen Items anonymisiert systemübergreifend ausgeleitet werden können und für die weitere Nutzung und Auswertungen zur Verfügung stehen.
- c. Die Anbieter verpflichten sich zur Umsetzung von Aktualisierungen bei Erscheinen neuer Versionen.
- d. Die finale Verantwortung für die Sicherstellung der korrekten Umsetzung mit Zähllogik und ID-Nummern liegt beim Softwareanbieter.
- e. Am Ende des Entwicklungsprozesses erfolgt eine Umsetzungsvalidierung der korrekten Ausleitung durch ein Mitglied der Fachgesellschaft. Die Aufwände für die Validierung durch die Fachgesellschaft sind durch den jeweiligen Anbieter zu tragen und werden nach Volumen berechnet.
- f. Der Softwareanbieter unterstützt die Fachgesellschaft unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei der Kontaktaufnahme mit Kliniken, die das BAss einsetzen, um für eine Beteiligung an Datenauswertungen zu werben.



3.2. BAss als Papierdokument

Selbstverständlich kann das Basis-Assessment (BAss) auch in Papierform genutzt werden. Auch diese Nutzung ist kostenfrei. Einrichtungen erhalten hierzu unsere Dokumentationsvorlage als offenes Dokument, so dass das eigene Hauslogo usw. eingestellt werden können. Das BAss kann auch über Dokumentationshersteller umgesetzt werden.

Für die Prüfung der Dokumentationsvorlage berechnen wir, sofern Aufwände entstehen, eine Aufwandsgebühr.

3.3. Nutzung der BAss-Datenbank über unseren Kooperationspartner RECOM

Das Basis-Assessment kann auch als Datenbank von unserem Kooperationspartner RECOM bezogen werden. Die Validierung wird hier ebenfalls von uns als Fachgesellschaft durchgeführt. Darüber hinaus stellt RECOM die BAss-Items zur Operationalisierung der Einstufung basierend auf IDEA zur Verfügung. Für die Zurverfügungstellung der Datenbank, Produktbeschreibung sowie den Support der Datenbank ist RECOM verantwortlich und erhebt eine entsprechende Gebühr. Jederzeit kann das Basis-Assessment (BAss) um weitere relevante Items zur klinischen Anamnesedokumentation oder zum Mapping mit den genutzten Assessmentinstrumenten usw. erweitert werden.

Weitere Infos bei RECOM unter info@recom.eu

Stichwort „BAss Datenbasen“

Über Spenden von Nutzern des BAss freuen wir uns natürlich jederzeit.

Ihre Fachgesellschaft Pflege

Literaturverzeichnis

- Bensch, S.** (2016). Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. 1-10. Retrieved from [https://www.uni-trier.de/uploads/media/Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebeduerftigkeit Bensch 2016 .pdf](https://www.uni-trier.de/uploads/media/Das_neue_Begutachtungsverfahren_zur_Feststellung_von_Pflegebeduerftigkeit_Bensch_2016_.pdf) (Accessed: 03.08.2016).
- Braden, B. & Ayello, E.** (2002). How and why to do Pressure Ulcer Risk Assessment. *Advances in Skin and Wound Care*, 15(May/June), pp. 9.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)** (Ed.). (2009). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung*. Osnabrück: Eigenverlag.
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.)**. Barthel-Index. Retrieved from <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/zusatz-06-barthelindex.htm> (Accessed: 01.02.2018).
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R.** (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), pp. 189-198.
- GKV Spitzenverband und die Kassenärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, & Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.** (2017). Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Retrieved from <https://www.dak.de/dak/download/aenderungvereinbarung-zum-rahmenvertrag-1891434.pdf> (Accessed: 01.02.2018).
- Heinze, C. & Dassen, T.** (2002). Sturzprävention im Pflegeheim. *Die Schwester Der Pfleger*, 41(10), pp. 810-814.
- Heinze, C. et al.** (2006). Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), pp. 327-332. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03728.x
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.** Übersicht CCL-Matrix-Änderungen. Retrieved from [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2017/Abschlussbericht_zur Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Uebersicht_CCL-Matrix-Aenderungen](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2017/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Uebersicht_CCL-Matrix-Aenderungen) (Accessed: 01.02.2018).
- Keith, R. A. et al.** (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, pp. 6-18.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W.** (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 61-65.
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)**. (2016). Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016. Retrieved from [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur pflegeberatung_und pflegebeduerftigkeit/16-08-31 Pflege BRi ab 01-01-2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/16-08-31_Pflege_BRi_ab_01-01-2017.pdf) (Accessed: 20.08.2016).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)**. (2016). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Retrieved from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_ab_2017.pdf (Accessed: 11.02.2017).
- Prosiegel, M., Böttger, S., & Schenk, T.** (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie und Rehabilitation*, 2(1), pp. 7-13.
- RECOM GmbH (Hrsg.)**. (2016). IDEA-pflegerische Anamnese Logik von IDEA und Verknüpfungen mit ENP. 1. September 2016, pp. 1-10.
- Schönle, P. W.** (1996). Frühe Phasen der neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C

(Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB).
Neurologische Rehabilitation, 1, pp. 21-25.

Wieteck, P. (2017a). Debatte um Pflegepersonaluntergrenzen - Zu kurz gesprungen. *f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus*(6), pp. 530-533.

Wieteck, P. (2017b). Vier Punkte für sinnvolle Personaluntergrenzen. *Die Schwester / Der Pfleger, 56*(9), pp. 77.

Wieteck, P. ((in press)). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen*. Springer Verlag.

Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B. (2008). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit - Anlagenband*. Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft (IPW) & Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die 6 Module des BAss.....	9
Abbildung 2: Erläuterung der Darstellung der Papierversion des BAss.	10
Abbildung 3: Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings mit dem Barthel-Index.	13
Abbildung 4: Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings innerhalb einer Softwareumsetzung.	14
Abbildung 5: Punkteauswertung des BAss.	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein Ausschnitt aus der CCL-Matrix zur Darstellung der U50,- und U51.- (ICD-10-GM).	6
Tabelle 2: Operationalisierung des BAss-Items "Treppensteigen"	12
Tabelle 3: Die Ermittlung des voraussichtlichen Pflegegrades anhand der Gesamtpunktzahl bestehend aus den modulspezifischen gewichteten Punktwerten.	17

Anhang

Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)



Name: _____ Pflegegrad vorhanden : 1 2 3 4 5 Datum: _____ Station: _____

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	
Mobilität	1.1 G5	Positionswechsel im Bett durchführen können		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	1.2 G6	Stabile Sitzposition halten		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	1.3 G6	Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen können		<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	1.4 G6	Gehfähigkeit, Fortbewegung auf ebener Fläche		<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	Setzt Gehhilfen ein: _____					
	1.5	Treppensteigen		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
		Sturzgeschichte in den letzten 6 Monaten		<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-2 Stürze <input type="checkbox"/> 3 und mehr Stürze	
Selbstversorgung	4.1 A	Vorderen Oberkörper waschen können		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	4.2 A	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	4.3 A	Intimbereich waschen können		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	4.4	Duschen oder baden können		<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	4.5	Oberkörper an-/auskleiden		<input type="checkbox"/> 0 <u>5</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	4.6	Unterkörper an-/auskleiden		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränke eingießen		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>5</u>	
	4.8 B	Essen können (bereitgestellte, zubereitete Speisen)		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 3 <u>0</u> <input type="checkbox"/> 6 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 9 <u>0</u>	
	G10	Ernährungsverhalten Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm BMI: _____		<input type="checkbox"/> isst normale Portion	<input type="checkbox"/> isst >1/2 Portion o. Sondennahrung <input type="checkbox"/> isst id.R. < 1/2, o. lässt Mahlzeit ausfallen <input type="checkbox"/> isst id.R. 1/3 der Mahlzeiten	
	4.13	Parenterale Ernährung oder Sondennahrung		<input type="checkbox"/> Versorgung selbstständig	<input type="checkbox"/> nicht täglich <input type="checkbox"/> (6 P) tägl. ergänzend zur oralen Nahrung <input type="checkbox"/> (3 P) keine orale Nahrungszufuhr	
	4.9	Trinken können		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6	
	4.10 C3	Toilette/Toilettenstuhl benutzen können		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 4 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 6 <u>0</u>	
	G9	Harninkontinenz		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.11 C2	Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit DK/Urostoma		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>		
4.12 C2	Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma		<input type="checkbox"/> 0 <u>10</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>		
		Stuhlfrequenz _____ pro Woche				
Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation	2.1 G1/G10	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.2 G1/G10	Örtliche Orientierung		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.3 G1/G10	Zeitliche Orientierung		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse o. Beobachtungen		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.5 G1	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.7 G1	Verstehen von Sachverhalten und Informationen		<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>10</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.9 G10/E	Mitteilung elementarer Bedürfnisse		<input type="checkbox"/> 0 <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 2 <u>5</u> <input type="checkbox"/> 3 <u>0</u>	
	2.10	Verstehen von Aufforderungen		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	2.11	Beteiligung an einem Gespräch		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Nicht NBA relevant	G10/A3	Sensorisches Empfindungsvermögen		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	Hörfähigkeit <input type="checkbox"/> Hörgerät vorhanden		<input type="checkbox"/> o keine Beeinträchtigung <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 1 leichte Beeinträchtigung <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 2 mittlere Beeinträchtigung <u>15</u>	<input type="checkbox"/> 3 schwere Beeinträchtigung / taub <u>0</u>
	Sehfähigkeit <input type="checkbox"/> Neglect		<input type="checkbox"/> kein Problem <u>15</u>	<input type="checkbox"/> schw. Lesestörung, findet sich in bekannter U. zurecht <u>10</u>	<input type="checkbox"/> Problem in unbekannter Umgebung <u>5</u>	<input type="checkbox"/> findet sich nicht zurecht <u>0</u>
	Quantitative Bewusstseins einschätzung		<input type="checkbox"/> wach 0	<input type="checkbox"/> benommen 1	<input type="checkbox"/> somnolent / soporös 2	<input type="checkbox"/> komatös 3
G10/E	Fremdsprachigkeit, Kommunikation nur mit Dolmetscher möglich		<input type="checkbox"/> ja 1	<input type="checkbox"/> nein Sprache _____		

Entwickelt von der Fachgesellschaft Profession Pflege – Version 1.3

		kommt nicht/ selten vor	selten < 3-mal/Wo.	häufig > 2-mal/Wo.	täglich	
Verhalten	3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z.B. Hin-/Weglauffenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.3	Selbstschädigendes u. autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.4	G1 Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.5	G1 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.6	G1 Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.8	G1 Abwehrverhalten gegenüber pflegerischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.9	G10/A3 Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.12	G10/A3 Sozial inadäquate Verhaltensweisen/Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.10	E1/2 Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.11	Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
Risiken, Prävention	Pflegefachliche Einschätzung		0=kein Risiko	1=Risiko besteht	3=hohes Risiko	
	Nicht NBA relevant	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Dehydrationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		G8/B4 Schluckstörung/Aspirationsrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtig
		Risiko einer Mangelernährung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Risiko bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		G10/H1 Pneumonierisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		Thrombosierisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		G10/D A7/G16 S/D2 Dekubitusrisiko	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
		<input type="checkbox"/> Infektionsrisiko <input type="checkbox"/> Risiko der Keimübertragung (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	
Feuchtigkeitsbelastung der Haut		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	
Risikofaktoren für die Hautschädigung durch Scherkräfte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> hohe			
Zustände mit Überwachungs-/Unterstützungsbedarf	Nicht NBA relevant	G7/A <input type="checkbox"/> Akute Atemnot <input type="checkbox"/> respiratorische Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G7/A Beatmung <input type="checkbox"/> intermittierend <input type="checkbox"/> kontinuierlich	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G7/A Tracheostoma <input type="checkbox"/> absaugpflichtig <input type="checkbox"/> nicht absaugpflichtig	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Enterostoma <input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G7/A (Herz-Kreislauf)-Monitoring	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G7/A Instabile Herz-Kreislaufsituation	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Schwankende Blutzuckerwerte	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Fieber	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G10/A3 <input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Tetraplegie <input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Erhöhter Überwachungsaufwand d. Eigen-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Postoperative Phase	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G4 Schmerzen (<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G10/A3 Fatigue	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwere Fatigue mit erheblichen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten	
		Zu- und Ableitungssysteme (*siehe <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		C3 Erhöhte Ausscheidungsfrequenz: Stuhl/Urin	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		G11/B Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein		
		Ersch. Anlegen von Orthesen/Prothesen	<input type="checkbox"/> selbstständig 0	<input type="checkbox"/> überwiegend selbstständig 1	<input type="checkbox"/> überwiegend unselbstst. 2	<input type="checkbox"/> unselbstständig 3
		G10/D Dekubitus	<input type="checkbox"/> Stadium I 1	<input type="checkbox"/> Stadium II 2	<input type="checkbox"/> Stadium III 3	<input type="checkbox"/> Stadium IV 4
G10/G1 Sonstige Wunden	<input type="checkbox"/> ja 3	<input type="checkbox"/> nein				

Ergebnis des Patienten

NBA-Punktwertberechnung

Schweregrad der Beeinträchtigungen/ Selbstpflegefähigkeit	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	BAss-Index
Mobilität (Punktwert Patient)	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	
Mobilität (Punktwert gewichtet)	0	2,5	5	7,5	10	
Selbstversorgung (Punktwert Patient)	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	
Selbstversorgung (Punktwert gewichtet)	0	10	20	30	40	
Kommunikation (Punktwert Patient)	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	
Verhalten (Punktwert Patient)	0	1-2	3-4	5-6	7-65	
Höchster Wert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Ergebnis Pflegegrad ≥	Punkte:		Pflegegrad ≥			
Risiken						
Patientenzustände						
BAss-Index-Summe						
Fallschwere 1-10:	1 (0-20)	2 (21-40)	3 (41-60)	4 (61-80)	5 (81-100)	
BAss Nursing-Case-Index	6 (101-120)	7 (121-140)	8 (141-160)	9 (161-180)	10 (ab 181)	
Barthel-Index	Punkte:					
Erweiterter Barthel-Index	Punkte:					

Poststationärer Versorgungsbedarf
 festgestellt am: _____
 Angemeldet: _____ Datum + HZ

Casemanagement _____
 Sozialdienst _____
 Wundmanagement _____
 Stomatherapie _____
 Ernährungssteam _____

Datum, Unterschrift

PKMS-Relevanz	Pflegegrad 1 ab 12,5 bis 27 Punkte	Pflegegrad 2 ab 27 bis 47,5 Punkte	Pflegegrad 3 ab 47,5 bis 70 Punkte	Pflegegrad 4 ab 70 bis 90 Punkte	Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Punkte
---------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------