



Anlage zum Antrag:

9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege

Inhalt

| | | |
|----------|--|----------|
| 1 | 9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege | 1 |
| 2 | Kostenkalkulatorische Überlegungen | 2 |
| 3 | Problemstellung | 2 |
| 4 | Zielsetzung | 3 |
| 5 | Definition Pflegediagnose | 4 |

1 9-21 Multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung für die Akutpflege

Exkl: Es kann geprüft werden ob die geriatrischen Komplexcodes ausgeschlossen werden sollen, dabei ist abzuwägen. Es ist zu beachten, dass dieser OPS in Verbindung mit dem OPS-Antrag 1-776 künftig den PKMS ersetzen soll.
8-980*; 8-98f*, 8-98d*, Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Hinw.: Dieser Kode ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben.

Dieser Kode findet bei Patienten Anwendung, welche ein hohes Risiko für Komplikationen und /oder poststationären Versorgungsbedarf haben und/oder hochaufwendiger Pflege bedürfen. Die Fallschwere wird durch den BAss-Punktwert >80 (OPS-Schlüssel 1-776.4), die OPS Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad III (9-984.8) und/oder die U.50.4- schwere motorische Funktionseinschränkung und/oder U.51.2 schwere kognitive Funktionseinschränkung nachgewiesen.

Mindestmerkmale:

- Pflegeassessments werden eingesetzt, um das Pflegebedürfnis und Risiken zu ermitteln.
- Über einen Prozess der Synthese aller verfügbaren Informationen wird die Pflegediagnose abgeleitet.
- Im Pflegeplan wird nach Abschluss des pflegediagnostischen Prozesses die Pflegediagnose, pflegerische Zielsetzung und geeignete Pflegemaßnahmen dokumentiert.
- Anpassungen sind im Rahmen der Evaluation umzusetzen.
- Pflegerische Fallkonferenzen zur Harmonisierung/Evaluierung des pflegediagnostischen Prozesses unter Leitung des Pflegediagnostikers werden durchgeführt. Bei interdisziplinären Themenstellungen können entsprechende Fachexperten in die Fallkonferenzen eingebunden werden. Problemstellungen können sein z. B. Schluckstörungen, Inkontinenz, Diabetesmanagement, Stomaversorgung, Wundversorgung.
- Die Zielerreichung wird in pflegerischen Fallkonferenzen mindestens einmal wöchentlich evaluiert bei Patienten, welche mind. 7 Tage behandelt werden.
- Mindestens 10% der Vollzeit-Pflegeschäfte in der Klinik haben eine Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden im Bereich des pflegerischen Diagnostizierens und aktivierend-therapeutischer Pflege nachzuweisen/ alternativ wird ein Studiengang mit einem entsprechenden Nachweis über die Pflegediagnostik und aktivierende-therapeutische Pflege in vergleichbarem Rahmen anerkannt.
- Eine Übergangsfrist von drei Jahren zur Realisierung der Fort- und Weiterbildungsnachweise ist gesetzt.
- Die Behandlung findet durch exam. Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung und/oder unter Verantwortung dieser in einem pflegerischen Team statt.
- Der Zeitaufwand der erbrachten Pflegemaßnahmen wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert. Zur Leistungsabbildung kann auf die Interventionsliste der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. mit normativen Zeitwerten zurückgegriffen werden. Die Interventionsliste mit normativen Zeitwerten wird im Anhang kostenfrei für jede Klinik zur Kodierung des OPS zu Verfügung gestellt.

| | |
|---------|---------------------|
| 9-210.0 | bis unter 5 Stunden |
| 9.210.1 | >5 bis 10 Stunden |
| 9.210.2 | >10 bis 20 Stunden |
| 9.210.3 | >20 bis 30 Stunden |
| 9.210.4 | >30 bis 40 Stunden |
| 9.210.5 | >40 bis 50 Stunden |
| 9.210.6 | >50 |

2 Kostenkalkulatorische Überlegungen zur Ablösung des PKMS in drei Jahren

Kalkulationshäuser können ab 300 Minuten therapeutischer Pflege-Zeit pro Tag die PPR-A4 kodieren und/oder vergleichbare Kalkulationsgrundlagen nutzen. Grundlage der Nachweise für die Pflegezeit sind die erbrachten Pflegeleistungen, welche im Pflegeplan dokumentiert sind und basierend auf normativen Zeitwerten kalkuliert werden. Ein Einzelleistungsnachweis ist nicht erforderlich. Ebenso sind Zeiten für Fallkonferenzen, Durchführung von Assessments, Erstellen und/oder Evaluieren im Rahmen des Pflegeprozesses und Entlassmanagements anzuerkennen.

3 Pflegeleistungen und Stundenangaben

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e.v. stellt den Kliniken eine Liste von ca. 900 Pflegeleistungen basierend auf ENP-Interventionen mit normativen Zeitwerten zu Verfügung. Diese können in den Softwareprodukten eingelesen werden und zur Pflegedokumentation genutzt werden. Diese Liste basiert auf einem Pflegeklassifikationssystem, welches auf einer Entwicklungsbasis von 25 Jahre beruht. Die Liste steht jeder Klinik mit Aufnahme des OPS-Kodes in den Katalog kostenfrei zu Verfügung und kann im Vorschlagsverfahren in Absprache mit der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. weiterentwickelt werden.

Alternativ können Instrumente wie LEP oder vergleichbare Instrumente zur Pflegeleistungsdokumentation genutzt werden.

4 Problemstellung

Im Fokus des Antrages stehen vulnerable Patientengruppen, welche gegenwärtig im durch eine hohe Standardisierung und fehlende Individualisierung der pflegerischen Handlungskonzepte gekennzeichneten Klinikgeschehen einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind, Schaden zu erleiden, eine höhere Fallliegezeit zu verzeichnen und/oder nicht adäquat in den Selbstfürsorgekompetenzen gefördert zu werden.

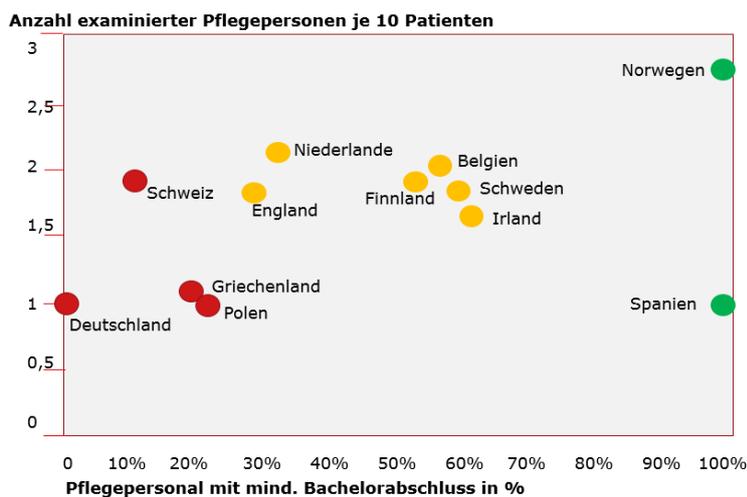
Die Entscheidungsgrundlage pflegerischen Handelns in deutschen Kliniken ist in der Regel durch ein „einfaches Handlungsmodell“ bestimmt (Schrems, 2006). In der Regel agieren Pflegenden auf Grundlage aktueller bzw. akuter Situationen und Gegebenheiten, etwa, wenn ein Patient die Rufanlage bedient oder Arztanordnungen umzusetzen sind. Das pflegerische Handeln selbst ist dabei vielfach durch Tätigkeiten einer rudimentären Standard-/Routineversorgung wie der Körperpflege, der Realisierung von Nahrungsangeboten und unterstützende Maßnahmen im Rahmen der Ausscheidung und Mobilisierung geleitet. Oftmals bestimmt dabei die einzelne Pflegeperson, deren Kenntnisstand hinsichtlich einer gegebenen Versorgungssituation nicht selten lediglich auf verbalen Informationen im Rahmen der Dienstübergabe basiert, aus dem Augenblick heraus, welche Maßnahmen in welcher Art und Weise bei den zu versorgenden Patienten durchgeführt werden. Eine systematische pflegerische Anamnese mit einer multifaktoriellen, fachlich-inhaltlichen Beurteilung der Situation im Sinne einer Pflegediagnostik sowie eine sich anschließende Ableitung passender, evidenzbasierter Pflegemaßnahmen im gemeinsamen Aushandlungsprozess mit den Patienten fehlt in den meisten Kliniken. Der Fokus ist folglich nicht oder nur rudimentär auf zentrale pflegerische Versorgungsaspekte wie Patientenedukation, eine systematische Risikoeinschätzung oder die Förderung der Selbstständigkeit durch eine aktivierende, anleitende und therapeutische Pflege ausgerichtet. Durch das Fehlen eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses ist bei den immer zahlreicher anzutreffenden, komplexen Fallsituationen häufig zu beobachten, dass u.a. durch eine Fragmentierung zusammenhängender Prozesse und fehlender Informationsflüsse pflegerische Maßnahmen nicht adäquat und zielgerichtet ausgewählt werden und/oder zu spät einsetzen. Darüber hinaus wird derzeit nur selten die Frage nach einer (pflege)wissenschaftlich erwiesenen Wirksamkeit der gewählten Maßnahmenkonzepte im Sinne einer Evidencebasierung gestellt. Die Gründe dieser Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung sind multidimensionaler Natur. Ein zentraler Aspekt ist in diesem Zusammenhang jedoch in der fehlenden Vergütungslogik und somit auch im fehlenden Anreiz, für eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung im G-DRG-System mit entsprechenden Erlösen zu sehen. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist die oft eingeschränkte oder fehlende Bereitschaft, gezielt in die Fachkompetenzen der Pflegepersonen und Möglichkeiten des Transfers von aktuellem Pflegefachwissen an den „Point of care“ zu investieren.

5 Zielsetzung

Hochaufwendige, komplexe Versorgungssituationen bei Krankenhauspatienten erhalten hinsichtlich systematischer pflegerischer Diagnostik und erbrachter pflegerischer Leistungen künftig auch dann eine Erlösrelevanz, wenn die Kriterien des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) im Sinne des OPS 9-20 nicht erfüllt sind und/oder auch kein anderer pflegerelevanter Code zur Geltung kommt.

Zudem besteht eine zentrale Zielsetzung darin, Strukturen und finanzielle Anreize zu schaffen, damit der aktuell vorherrschenden impliziten Rationierung und/oder Minderversorgung hinsichtlich der Anwendung evidenzbasierter Pflegemaßnahmenkonzepte (vgl. z.B. Köppen, Zander, & Busse, 2016; Zander et al., 2014) entgegengewirkt wird und die Sicherstellung einer adäquaten pflegerischen Versorgung gefördert wird.

Es ist bekannt, dass akademisch und/oder exzellent ausgebildetes Personal positive Auswirkungen auf pflegesensitive Qualitätsindikatoren aufweist und sich z. B. die Mortalitätsrate reduzieren lässt. So zeigen die Ergebnisse der Studie von Aiken und Kollegen, dass akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal einen entscheidenden Einfluss auf die Patientensicherheit hat. Die Forscher berichten über eine siebenprozentige Reduktion der Sterberate pro 10 % Mitarbeiteranteil mit Bachelorabschluss (Aiken et al., 2014).



Es ist davon auszugehen, dass erst ein ökonomischer Anreiz durch eine Erlösbedeutung dazu führen wird, dass Kliniken akademisch ausgebildetes und/oder exzellent ausgebildetes Pflegepersonal auf Stationsebene einsetzt und mit einem Auftrag zur Umsetzung einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung betraut.

Der OPS-Antrag verfolgt folgende zentrale Zielsetzungen:

- Anreizsetzung für die Umsetzung eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses. Das neue Ausbildungs- und Prüfungsgesetzes fordert die Vermittlung der „Kernkompetenz Pflegediagnostik“. Ohne Übung im Feld ist diese Kompetenz nicht zu vermitteln. Neben der pflegefachlichen Erfordernis zur Realisierung einer adäquaten pflegerischen Versorgung bei komplexen Fallsituationen ist die Förderung des pflegerischen diagnostizierens auch für die Ausbildung sehr bedeutend geworden.
- Anreizsetzung für eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung von Patientengruppen mit komplexen pflegerischen Pflegebedarfen, basierend auf einem fundiert durchgeführten pflegediagnostischen Prozess.
- Anreizsetzung für die Umsetzung von aktivierender therapeutischer Pflege aus der Perspektive der Nachhaltigkeit
- Vergütung von aktivierend-therapeutischer Pflege auch auf Normalstation.
- Anreizsetzung, dass Kliniken exzellent ausgebildetes Pflegepersonal am Bett einsetzen und entsprechend vergüten, sowie eine flächendeckende Personalentwicklung gefördert wird.

Die Etablierung des vorgeschlagenen OPS-Schlüssels ist als erster Schritt zu verstehen, das vorherrschende „einfache Handlungsmodell“ mit all seinen Risiken für die pflegerische Patientenversorgung in deutschen Kliniken, etwa die Nichtwahrnehmung von pflegerelevanten Problemstellungen und die Reduzierung von pflegerischen Handlungsangeboten auf eine lediglich „satt und sauber“ ausgerichtete Versorgung zu durchbrechen. Erste Anreize für vulnerable Patientengruppen zur systematischen Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses verbunden mit der Anwendung von pflegetherapeutischen Maßnahmenangeboten zur Förderung des Anpassungs- und Gesundungsprozesses werden geschaffen. Dieses mit der Zielsetzung, das Outcome zu verbessern, die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Pflege auf Nachhaltigkeitsdimensionen auszurichten. Dabei richtet sich der Fokus auf pflegerisch komplexe Patientenfälle, welche ein hohes Risiko haben, einen Schaden während des Krankenhausaufenthaltes zu erleiden und/oder nicht optimal in Ihren Ressourcen gefördert zu werden. Zu den vulnerablen (aus dem Lateinischen verletzlich, anfällig) Patientengruppen gehören Menschen mit einem erhöhten Risiko zur beeinträchtigten Anpassung an veränderte Gesundheits- und/oder Krankheitsprozesse mit bestehender Pflegebedürftigkeit, bestehenden Dependenzpflegedefiziten, Relokationssyndrom oder anderen mit dem Wechsel in die Umgebung Krankenhaus in Zusammenhang stehenden Phänomenen, beeinträchtigter Informationsverarbeitung, mangelnder Therapie- und/oder Medikamentenadhärenz und sonstigen komplexen Einschränkungen/Beeinträchtigungen in Verbindung mit chronischen, terminalen und/oder progredientem Krankheitsverlauf, welche spezielle pflegetherapeutische Handlungsweisen zur Krankheitsbewältigung, Anpassung und/oder Rückführung in die Selbstständigkeit erfordern.

6 Definition Pflegediagnose

Pflegediagnostik ist ein Prozess des Analysierens, Einschätzens, Beurteilens und Entscheidens. Dabei werden alle relevanten Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen Fachwissen und der spezifischen Situation von Patient/Bewohner in Beziehung gesetzt, geordnet, individuell beurteilt und mit dem Betroffenen möglichst konsentiert. Ergebnis dieses Prozesses ist die Pflegediagnose und mögliche bereits erkennbare Pflegeziele/-interventionen (Krohwinkel, 1993, 2007; Rappold & Aistleithner, 2017; Schrems, 2003, 2006, 2008a, 2008b). „Pflegediagnosen stellen [somit] eine **systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen** (Human Responses) eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind Ergebnisse eines Beurteilungsprozesses, die auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen des Pflegeempfängers basieren. [...] **Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar.**“ (Pia Wiroteck, 2014)

Der Unterschied zwischen medizinischen Diagnosen und pflegerischen Diagnosen wird in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: In Anlehnung an: (Stefan et al., 2013)

| Medizinische Diagnosen | Pflegediagnosen |
|---|--|
| Beschreiben die Krankheit selbst | Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt, [sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebens-/Alltagsgestaltung] |
| Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen | Beschreiben den Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich |
| Betreffen den Patienten als Einzelperson | Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt) |

| | |
|--|--|
| Beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen | Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse |
| Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit | Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit |

Quellen

- Aiken, L. H. et al.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- Köppen, J., Zander, B., & Busse, R.** (2016). Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4Cast). Vortrag anlässlich der ePA-LEP Anwenderkonferenz am 23.11.2016. Retrieved from https://www.lep.ch/de/kalender.html?file=files/content2/service/lep-veranstaltungen/2016/LEP%20Anwenderkonferenz%20Deutschland%20Frankfurt/Pr%C3%A4sentation%20von%20Julia%20K%C3%B6ppen_Die%20aktuelle%20Situation%20der%20station%C3%A4ren%20Krankenpflegein%20Deutschland.pdf (Accessed: 05.04.2017).
- Krohwinkel, M.** (1993). *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexikranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege*. Baden-Baden: Nomos.
- Krohwinkel, M.** (2007). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexikranken. Fördernde Prozesspflege als System* (3 ed.). Bern: Huber.
- Rappold, E. & Aistleithner, R.** (2017). Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. 31. Retrieved from <https://jasmin.goeg.at/47/1/Arbeitshilfe%20Pflegedokumentation%202017.pdf> (Accessed: 22.08.2017).
- Schrems, B.** (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Schrems, B.** (2008a). Theorie und Evidenz: Das wissenschaftliche Fundament der Pflegediagnostik. *Österreichische Pflegezeitschrift* 05, pp. 15-22.
- Schrems, B.** (2008b). *Verstehende Pflegediagnostik: Grundlagen zum angemessenen Pflegehandlungen*. Facultas. Wuv Universität.
- Stefan, H. et al.** (2013). *POP. Praxisorientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen* (2. ed.). Wien: Springer.
- Wietek, P.** (2017). So viel wie nötig, so wenig wie möglich - Pflegeprozessdokumentation. *CNE.fortbildung*(2), pp. 6 - 13.
- Wietek, P.** (2017). Vier Punkte für sinnvolle Personaluntergrenzen. *Die Schwester / Der Pfleger*, 56(9), pp. 77.
- Wietek, P.** (in press). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen*: Springer Verlag.
- Wietek, P.** (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis*. Kassel: RECOM.
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016