Pflegerisches Basis-Assessment (BAss) Version 1.8 und Pflegeinterventionskatalog 3.4 mit hinterlegten Zeitwerten zur Förderung der semantischen Interoperabilität!

Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 01.07.2024

Michael Krug, Dr. Pia Wieteck

Unter der Beratung des Vorstandes und der Beiräte

Fachgesellschaft
Profession Pflege
E-Mail info@pro-pflege.eu
www.pro-pflege.eu
10117 Berlin

Inhalt

Einleitung 4
OID: Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. 5
1. Das pflegerische Basis-Assessment (BAss) im Überblick 6
1.1. Der Nutzen des BAss innerhalb berufspolitischer Diskussionen 7
1.2. Struktur des pflegerischen Basis-Assessments (BAss) 9
1.3. Die Module des BAss 10
1.4. Operationalisierung der Punktwerte des BAss 11
1.5. Mapping mit anderen Assessments 13
1.6. Das BAss als Papierversion 16
1.7. Einheitliche Ausleitungsformate für den BAss 19
1.7.1. Einheitliches Ausleitungsformat 19
1.7.2. Hinweis zur Binär-Codierung 20
OID: Basisassessment (BAss) 21
2. Ergebnisbewertung & Auswertungsoptionen des BAss 22
2.1. Patientenbezogene Auswertungen 22
2.1.1. PPR 2.0 Einstufung automatisch ausgeleitet aus der Regeldokumentation 22
2.1.2. Bestimmung des poststationären Versorgungsbedarfes und des voraussichtlichen Pflegegrades 23
2.1.3. NBA-Punktwerte im Verlauf 24
2.1.4. BAss-Punktwerte im Verlauf des Aufenthaltes 26
2.2. Fachabteilungsbezogene Auswertungen 27
2.2.1. Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index 27
2.2.2. Nutzen der Fallschwereeinstufung einer Facheinheit 29
2.2.3. NBA-Einstufungsauswertungen der Station zur Bewertung der Arbeitsschwerpunkte 31
2.2.4. Verbindung des durchschnittlichen BAss-Index mit dem Pflegepersonalquotienten 32
3. Beschreibung der Pflegemaßnahmenkataloge der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. 32
3.1. Struktur der Pflegemaßnahmenkataloge 32
3.2. Entwicklungshintergründe der Pflegemaßnahmenkataloge 34
3.3. Datenmodell BAss und ENP-Interventionen 35
3.4. Einheitliches Ausleitungsformat Pflegemaßnahmen 35
4. Auswertungsmöglichkeiten der Pflegeinterventionen 35
4.1. Patientenbezogene Auswertungen 35
4.1.1. PPR 2.0 Einstufung automatisch ausgeleitet aus der Regeldokumentation 35
4.1.2. Durchgeführte Pflegeleistung pro Patienten pro Tag sortiert nach BAss 35
4.1.3. Rationierung pflegerischer Leistung bei einem Patienten 37
4.1.4. Auswertungen zur Qualitätsbewertung 38

4.2. Fachabteilungsbezogene Auswertungen 39
4.2.1. Einschätzung des Pflegepersonalbedarfes 39
4.2.2. Rationierungsverhalten einer Facheinheit 40
4.2.3. Workload-Index 40
5. Nutzungsbedingungen des BAss und der Interventionskataloge 41
Nutzung der BAss- und Pflegemaßnahmen-Datenbank über unseren Kooperationspartner Thieme RECOM 42
5.1. Möglichkeit der Implementierung des Basis-Assessments (BAss) und/oder der Pflegeinterventionskataloge in eigene Software bzw. in das eigene Krankenhaus-Informations-System (KIS) auf Basis der Quelldaten der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. 42
Literaturverzeichnis 44

Einleitung

Die zentralen Zielsetzungen der „Fachgesellschaft Profession Pflege e. V." sind unter anderem die Entlastung des Pflegepersonals vor Doppeldokumentation, die Förderung einer adäquaten Personalbemessung und die Sichtbarkeit der Profession „Pflege".

Die Personalsituation und die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender in allen Sektoren des deutschen Gesundheitssystems haben sich seit der Sars-Cov-2 Pandemie weiter verschärft, was unter anderem Fluktuation, unbesetzte Stellen und nicht zuletzt den insgesamten Ausstieg aus dem Beruf begünstigt (Gräske et al., 2021). Leidtragende sind neben den Pflegepersonen insbesondere Pflegeempfänger, denen u. a. aufgrund der derzeitigen Personalsituation massive Risiken hinsichtlich einer adäquaten Versorgung drohen (Wieteck, 2017a). Es ist von zentraler Bedeutung, einer schlechten Personalbesetzung entgegenzuwirken und die Arbeitsqualität nachhaltig zu verbessern, nicht nur um die Attraktivität des Pflegeberufs zu verbessern, sondern auch um eine stabile Versorgungssituation zu gewährleisten. Eine angemessene Personalausstattung in Krankenhäusern ist grundlegend für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals. Es ist entscheidend, sowohl optimale Arbeitsverhältnisse als auch eine exzellente pflegerische Betreuung sicherzustellen und dabei die Pflegequalität innerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf ein evidenzbasiertes, aktivierend-therapeutisches Pflegeniveau anzuheben, um die Patientensicherheit und pflegerische Outcomes nachhaltig zu gewährleisten (Wieteck, 2017b).

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Gesetzgebungen und politische Debatten, welche diese Verbesserungen zum Ziel haben, wie beispielsweise die eingeführte Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV) in fast allen Fachbereichen oder die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV), welche auf Basis des Paragraphen 137k Absatz 4 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) erlassen wurde, welcher durch Artikel 1 Nummer 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Teil I, Seite 2793) eingefügt wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Diese sieht die Einführung Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) zur Einschätzung des Personalbedarfs vor, wodurch Krankenhäuser ab dem 1. Juli 2024 zu deren täglichen Erhebung auf somatischen, bettenführenden Stationen verpflichtet sind, entsprechend den Verordnungen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes. Hierdurch soll das Ziel erreicht werden, eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung von Patienten sicherzustellen, eine Grundlage für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung gemäß §137l zu schaffen und so langfristig eine Entlastung und Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften zu erreichen. Um eine korrekte Ermittlung des Personalbedarfs zu erreichen, muss der Versorgungsbedarf der Patienten präzise dargestellt werden und hierauf aufbauend eine sorgfältige Einteilung in die Leistungsstufen der PPR 2.0 erfolgen. Der damit verbundene Dokumentationsaufwand wurde im Zuge der Erprobung des Instruments von Teilnehmern der Fokusgruppenbefragung als aufwendiger Prozess beschrieben, welcher jedoch durch die Verfügbarkeit von Daten aus verschiedenen Schnittstellen vereinfacht werden kann (Fleischer, 2021). Eine hierzu benötigte automatisierte Einstufungsausleitung aus den verschiedenen Dokumentations-schnittstellen kann dadurch erfolgen, dass benötigte Daten auf der Regeldokumentation einer elektronischen Patientenakte basieren.

NEU im BAss 1.8: PPR 2.0 relevante Faktoren erweitert

Aufbauend darauf wurde das BAss in der neuen Version 1.8 um Elemente erweitert, welche Patientenzustände abbilden, die als erschwerende Faktoren bei der PPR 2.0 Einstufung Berücksichtigung finden. Da es sich hierbei um zustandsbeschreibende Elemente handelt und nicht um geplante oder durchgeführte Maßnahmen und deren Häufigkeit, wird zusätzlich eine interventionsbezogene Dokumentation benötigt, welche Zustände

entsprechend den Anforderungen der PPR standardisiert erfasst. Diese kann beispielsweise durch die Pflegeprozessdokumentation, Medikationspläne oder Wunddokumentation erfolgen.

Eine Lösung zur Kombination verschiedener Faktoren bietet das Mapping des BAss mit dem pflegerischen Interventionskatalog des Klassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP) welcher Interventionskonzepte mit ergänzenden Detailinformationen wie beispielsweise Häufigkeiten, Anzahl benötigter Pflegepersonen oder den zu leistenden Unterstützungsgrad als Detailbeschreibung beinhaltet. Dies ermöglicht nicht nur eine präzise und standardisierte Dokumentation pflegerischer Leistungen, sondern bildet auch die komplexen Anforderungen der PPR 2.0 Einstufung ab (siehe 2.1). Das Klassifikationssystem ENP, aus welchem die Interventionskonzepte entnommen wurden, setzt bei der fortwährenden Weiterentwicklung internationale Standards um (siehe 3.2).

Zielsetzung der Fachgesellschaft:

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. setzt sich neben der für die Sichtbarkeit pflegerischer Leistung und die Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses für die Gewährleistung einer angemessenen evidenzbasierten Pflegeprozessrealisierung ein.

Um diese Zielsetzung zu erreichen, stellt die Fachgesellschaft für die Digitalstrategie einer Pflegeprozessdokumentation Bausteine einer standardisierten Pflegefachsprache für die Kliniken zur Verfügung. Diese bereitgestellten Terminologie-Bausteine für eine Patientenakte werden nachfolgend vorgestellt.

OID: Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.

Die Fachgesellschaft hat die Registrierungsnummer 1.2.276.0.76.3.1.458 beim ~~BfARM~~BfArM nach DIN 66334:1996-9 und ISO/IEC 9834-1:2012 zu. Bei der OID handelt es sich um eine Kennzahl für ORGANISATIONEN.

Der zugeteilte Namensbaum für das Informationsobjekt lautet: {iso(1)member-body(2)de(276)din-certco(0)gesundheitswesen(76)instanzen-identifikatoren(3)organisationen(1)fachgesellschaft-profession-pflege(458)}

1. Das pflegerische Basis-Assessment (BAss) im Überblick

Das standardisierte pflegerische Basisassessment (BAss) dient zur systematischen Pflegeanamneseerhebung als Startpunkt des Pflegeprozesses. Es besteht aus sechs Modulen, welche verschiedene pflegerelevante Aspekte berücksichtigen, die maßgeblich sind zur Einschätzung eines Patientenzustandes, beispielsweise im Hinblick auf bestehende pflegerische Versorgungsbedarfe oder auf die frühzeitige Erkennung poststationärer Unterstützungsbedürfnisse.

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 noch detailliertere Informationssammlung über Patienten wurden die Module zusätzlich um weitere Items (z.B. „Sturzhistorie in den letzten 6 Monaten" im Modul I „Mobilität") ergänzt. Mithilfe der Module V („Risiken und Prävention") und VI („Zustände mit Überwachungs-/Unterstützungsbedarf") werden darüber hinaus Informationen erfasst, welche außerhalb der Module des NBA liegen. Durch deren Abfrage erhalten Anwender(innen) weitere wichtige Informationsbausteine, welche für die pflegerische Versorgung relevant sind. Darüber hinaus können auf Basis der erfolgten Patienteneinschätzung über sogenannte Mappings Score-Werte verschiedener Skalen ausgeleitet werden, welche unter anderem für die Qualitätssicherung, die Einschätzung des Personalbedarfs und zur Auslösung

Die Vorteile des BAss

- ✓ **NEU** Unterstützung der Einschätzung des Personalbedarfs mit der PPR 2.0
- ✓ Unterstützung bei der Einschätzung der Fallschwere durch die Bestimmung des „BAss Nursing Care Index"
- ✓ Unterstützung bei der Evaluation des Pflegeprozesses über die Zustandsveränderungen der Patientinnen/des Patienten
- ✓ Unterstützt und vereinfacht das Entlassmanagement
- ✓ Unterstützt den Kodierprozess des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit UND der U50.- bis U51.
- ✓ Triggert die Einstufung zu verschiedenen Assessmentinstrumenten (siehe 1.5)

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. stellt interessierten Kliniken das Assessment BAss in Form einer Beschreibung der Methode und Items mit Punktwerten und Mappings in einer Excel-Tabelle sowie der Auswertungen kostenfrei zur Verfügung

Aus Sicht der Fachgesellschaft kann mithilfe eines pflegerischen Basis-Assessments (BAss) ein entscheidender Beitrag für die Umsetzung der formulierten Ziele geleistet werden. Deshalb wurde im Rahmen des dargestellten Sachverhaltes das pflegerische Basis-Assessment entwickelt, welches im Folgenden genauer dargestellt wird. Im Rahmen dieses Dokumentes sollen zunächst die Zielsetzungen, die mit dem BAss verfolgt werden, genauer

erläutert werden. Dies schließt neben dem generellen Nutzen des BAss innerhalb des berufspolitischen Kontextes die Regelungen des Entlassungsmanagements sowie die Kodierprozesse hinsichtlich des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit und der U50.- bis U51.- mit ein. Hierin ist unter anderem das enorme Potenzial zur Entbürokratisierung der Pflegeprozessdokumentation zu sehen. Im Anschluss wird das BAss ausführlich in Hinblick auf seine Struktur, die Operationalisierungen der itemspezifischen Punktwerte, das Mapping mit anderen bereits etablierten Assessment-Instrumenten und die Ergebnisbewertung sowie die Auswertungsoptionen erläutert.

1.1. Der Nutzen des BAss innerhalb berufspolitischer Diskussionen

Beurteilung des Pflegebedarfs und Berechnung des Pflegepersonalbedarf

Ohne die Berücksichtigung der Fallschwere der zu versorgenden Pflegeempfänger unter Einbezug eines Grademixes ist eine angemessene Pflegepersonalentscheidung kaum zielführend. Das BAss bietet die Möglichkeit, für jeden Pflegeempfänger/jede Pflegeempfängerin einen von **10 Fallschweregraden (den BAss-Nursing-Case-Index)** (siehe 2.2.1) zu berechnen und beinhaltet wichtige Informationen über deren Zustand, vorhandene Risikopotenziale und die besonderen Überwachungsbedarfe. Auf diese Weise können die Pflegebedürfnisse und Pflegebedarfe abgebildet und quantifiziert werden. Gleichzeitig würde die flächendeckende einheitliche Einführung des BAss die semantische Interoperabilität fördern und damit dem Zweck des Datenaustausches, der Mehrfachnutzung einmal erhobener Daten und der Datenauswertung dienen. Auf diese Weise erhält die Pflege eine Diskussions- und Argumentationsgrundlage, die ihrer Profession im berufspolitischen Kontext „eine Stimme geben" kann.

Dringend ist zu empfehlen, die abgeleiteten Fallschweregrade mit Vorgaben der PPR 2.0 oder den Personaluntergrenzen in Verbindung zu bringen. Hierdurch werden weitere wichtige Aspekte pflegerischer Arbeit, wie beispielsweise Mehraufwände, welche sich aus dem Verhalten von Pflegeempfänger(innen) oder im Bereich der Kommunikation ergeben können, abgebildet und quantifizierbar.

Unterstützung des Entlassmanagements

Seit dem 01.10.2017 gilt die geforderte Vereinbarung, dass ein systematisches und standardisiertes Entlassungsmanagement 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 Entlassungsmanagement zu etablieren. Diese Aufgabe kann der BAss in besonderer Weise erfüllen. In den Rahmenvereinbarungen wird speziell auf den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege hingewiesen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2009). Im § 3 Absatz 2 des Rahmenvertrages über Entlassmanagement 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 in besonderer Weise. Dieses durch eine Verbindung der ersten vier Module des BAss zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA).

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 Resultate des Assessments ergeben die neuen Pflegegrade und weisen die Schwere der Pflegebedürftigkeit aus. Durch den Einsatz des BAss in der Klinik ist ein Großteil der Arbeit zur Ermittlung/Überprüfung der Pflegebedürftigkeit bereits erledigt. Die bereits erhobenen Daten können genutzt werden. Die Doppeldokumentation in den Kliniken kann abgebaut werden.

Unterstützung des Kodierprozesses U50.- bis U51.-

Im Jahr 2017 wurden 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. Daher ist es für Kliniken interessant, die Assessmentinstrumente in der Fläche zu kodieren. Der Barthel-Index (U50,-) und der Erweiterte Barthel-Index (U51,-) sind eine Möglichkeit, eine motorische Funktionseinschränkung bzw. eine kognitive Funktionseinschränkung abzubilden. Im ICD sind mehrere weitere Assessments zur Kodierung der U50,- und U51,- zugelassen. Im pflegerischen Alltag steht das Pflegepersonal vor der Situation, dass im Falle eines Basisassessments neben dem Ausfüllen des Anamnesebogens/Stammblattes weitere patientenrelevante Informationen durch gesonderte Assessments separat erhoben werden müssen. Dies trägt zu einer Bürokratisierung des Pflegeberufes bei und birgt das Risiko von Doppeldokumentationen. Bei der Entwicklung des BAss wurde deshalb das Ziel verfolgt, bei dessen Nutzung die automatisierte Ausleitung anderer etablierter Skalen und Assessmentinstrumente zu ermöglichen. Auf diese Weise kann neben einer Unterstützung des Kodierprozesses der U50,- und U51,- eine Arbeitsentlastung des Pflegepersonals erreicht werden. Zu diesem Zweck wurden die Items des BAss so justiert, dass wesentliche Assessments automatisiert befüllt werden können, sobald die Basiserhebung im BAss stattgefunden hat. Doppeldokumentation wird abgebaut und der Informationsgehalt gesteigert.

1.2. Struktur des pflegerischen Basis-Assessments (BAss)

Um Anwendern eine leichte Implementierung zu ermöglichen, wird das BAss im Folgenden genauer dargestellt. Ebenso werden in Abschnitt 2 unterschiedliche Auswertungsoptionen mit den Assessmentdaten des BAss vorgestellt. Das BAss bietet Nutzern aufgrund seiner breiten Item-Struktur eine Vielzahl verschiedener Informationen, die ansonsten von der Pflegeperson gesondert erhoben werden müssten. Das BAss als Basis-Assessment subsumiert bereits einige Assessments mit Score-Werten international anerkannter Assessment-Instrumente.

Auf Basis der durch das BAss erfolgten Patienteneinschätzung ist es mithilfe sogenannter Mappings möglich, die Score-Werte folgender Skalen ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand auszuleiten:

- Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965)
- Erweiterter Barthel-Index (Prosiegel et al., 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 Entlassungsmanagements sind bereits erledigt (Bensch, 2016).
- Frührehabilitations-Barthel-Index (Schönle, 1996)
- Braden-Skala zur Bestimmung des Dekubitusrisikos (Braden & Ayello, 2002)
- Hendrich-Skala zur Bestimmung des Sturzrisikos (Heinze & Dassen, 2002; Heinze et al., 2006)

Die Umsetzung der Einbindung der Barthel-Indices erfolgte analog der Vorgaben des BfArM (ehemals 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 (siehe 1.5).

Vor dem Hintergrund der Zielsetzungen enthält das BAss eine große Anzahl der Items des NBA zur Einstufung eines Patienten in einen Pflegegrad. Auf diese Weise wird mithilfe des BAss der voraussichtliche Pflegegrad von Patienten ermittelt. Aus dem NBA wurden für das Krankenhaus relevante Items (Modulen 1 bis 4) ausgewählt und durch weitere krankenhausrelevante Items (Modul 5 und 6) ergänzt, die der IDEA-Datenbank[1] entnommen wurden, um die zentralen Informationen zur Risikoeinschätzung und erforderlichen Überwachungsaufwände bzw. spezifischer erforderlicher Assessments zu erfassen. Zu den Ergänzungen zählen beispielsweise Items zur Unterstützung der Risikoeinschätzung von Sturz- oder Dekubitusrisiko oder zur Erfassung von Patientenzustände mit erhöhten Überwachungsaufwand. Je nach Setting ist es darüber hinaus zu empfehlen, zur spezifischen Patienteneinschätzung weitere Assessmentinstrumente anzuschließen. Assessments anzuschließen. So könnte beispielsweise beim Erheben einer „Beeinträchtigung des Schluckens" ein weiteres, auf Dysphagie spezifiziertes Assessment wie der Gugging Swallowing Screen (GUSS) angeschlossen werden. Zielsetzung wäre, die Beeinträchtigung genauer zu spezifizieren,

[1] Die IDEA-Items (interdisziplinäre, datenbankbasierte elektronische Anamnesestruktur/Interdisciplinary Databased Electronical Assessment) entstammen einer seit 20 Jahren entwickelten Anamnese-Datenbank der Firma Thieme RECOM (RECOM GmbH (Hrsg.), 2016), die Nutzung der IDEA-Items im Rahmen der BAss-Entwicklung ist geregelt. Vor dem Hintergrund des Zugriffes 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.

Pflegediagnosen im Kontext der Kompensation abzuleiten und Interventionen entsprechend zu planen beziehungsweise logotherapeutische Unterstützung hinzuziehen.

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. Fehleinstufungen in das NBA kann damit vorgebeugt werden. 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 (Windeler et al., 2011; Klaus Wingenfeld, Büscher, & Gansweid, 2008; Klaus Wingenfeld, Büscher, & Schaeffer, 2007; K. Wingenfeld et al., 2018).

In der Software-Umsetzung besteht die Möglichkeit, das BAss zu erweitern und an die spezifischen zusätzlichen Anforderungen der Fachbereiche anzupassen. Dabei bleiben die BAss-Struktur und die Punktwerthinterlegung erhalten, welche für vergleichende Auswertungen z. B. zum Pflegepersonalbedarf bedeutend sein können.

1.3. Die Module des BAss

Das BAss besteht aus sechs Modulen, welche die verschiedenen pflegerelevanten Aspekte berücksichtigen, die für die Erfassung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen maßgeblich sind. Die gewonnenen Informationen können zudem einen wichtigen Beitrag innerhalb des pflegediagnostischen Prozesses leisten, indem hierauf aufbauend die weitere Pflegeplanung durch beispielsweise der Triggerung von Pflegediagnosensystemen wie NANDA-I oder ENP erfolgen kann und in nachfolgenden Schritten angemessene Ziele und Interventionen festgelegt werden können. Auch eine verkürzte Pflegeprozessdokumentation kann unterstützt werden. Hierzu kann BAss mit ENP-Interventionen genutzt werden. Ein entsprechendes Mapping kann angefordert werden.

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

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) (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), 2019). Für eine breitere Informationssammlung über die Patienten wurden die Module zusätzlich um weitere Items (z.B. „Sturzhistorie 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 Patienten und deren pflegerische Versorgung hilfreich sind. Diese Module werden in Hinblick auf den NBA nicht berücksichtigt.

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 pflegefachlichen 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 des Patienten ermittelt werden, die durch den Gesamtscore aller Fälle auf einer Facheinheit dividiert durch die Anzahl der Patienten, den BAss-Nursing-Case-Index, dargestellt wird.

Seit der Version 1.6 des BAss wurden alle Items um eine Definition ergänzt, welche in den Modulen I bis V auf den NBA-Itemdefinitionen basieren, in den Modulen V und VI auf Definitionen von Pschyrembel Pflege oder ENP.

1.4. Operationalisierung der Punktwerte des BAss

In den Modulen I bis IV ist jedem Item, das mit einem Punktwert gekennzeichnet ist und damit u. a. bei der Berechnung der Fallschwere und des BAss-Nursing-Case-Index berücksichtigt wird, eine Operationalisierung zugewiesen, welche **analog den Auslegungsbestimmungen des NBA umgesetzt wurde.** 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, wodurch Anwender bei der korrekten Einstufung und möglichst präzisen Abbildung von Bedürfnissen bzw. des Behandlungs- und Unterstützungsbedarf von zu pflegenden Personen unterstützt werden. Hierauf aufbauend können schließlich weitere Schritte entlang des pflegerischen Versorgungsprozesses geplant werden.

In Tabelle 1 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. In den Auslegungsbestimmungen des NBA finden sich zu den einzelnen Skalenpunkten kurze Erläuterungen. So ist beispielsweise die Fähigkeit des überwiegend selbstständigen Treppensteigens hierdurch gekennzeichnet, dass die Person die Treppe allein steigen kann, aber eine mögliche Begleitung (Anwesenheit) aufgrund eines möglichen Sturzrisikos erforderlich ist. Ist darüber hinaus Hilfestellung durch z.B. Stützen der Person notwendig, würde das Item als „überwiegend unselbstständig" bewertet werden.

Um Pflegepersonen hier eine Hilfestellung zu geben und darüber hinaus eine konkretere Beschreibung von Versorgungsbedarfen zu ermöglichen, stehen verschiedene Operationalisierungen als Mehrfachauswahl zur Verfügung. 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 keine Treppe steigen" zu, ist für das Item „Treppensteigen" die Einstufung „Unselbstständig" auszuwählen und ein Punktwert von „3" u. a. für die Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index zu berücksichtigen.

Definition „Treppensteigen können": Die Fähigkeit des selbstständigen Überwindens von Treppen zwischen zwei Etagen.

Rts_id	Rts_dn	Key-Text	Key_ident	NBA/ BassWert
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 taktiler 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 1: Operationalisierung des BAss-Items "Treppensteigen"

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.) zusätzlich über ein Mapping befüllt werden können. Alternativ ist es möglich, eine kostenpflichtige Datenbank zur Einbindung in Softwareprodukte mit den BAss-Items, den Mappings zu den Assessments und den Pflegeinterventionen von der Firma Thieme RECOM GmbH zur Einbindung in Softwaretools zu erhalten. Auf Wunsch auch mit Pflegediagnosen von NANDA-I und/oder ENP.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Umsetzung der Operationalisierungslogik in einer Softwarelösung. Hier ist deutlich zu erkennen, wie durch die qualitativen Ergänzungen eine präzisere Beschreibung des Patientenzustand möglich ist.

Abbildung 1 Umsetzung des BAss in einer Softwarelösung (Quelle: *Digitale Akte GRIPS von Thieme RECOM*)

1 Darstellung des Moduls „Mobilität"	2 Itembezeichnung
3 Ausgewählte Operationalisierung	4 Darstellung der Einstufung in die vierstufige Skala

1.5. Mapping mit anderen Assessments

Durch das Erheben von Patientenzuständen über das BAss können im Hintergrund weitere Assessmentinstrumente befüllt werden, welche über Mappings den einzelnen Items des BAss zugeordnet wurden. Entsprechend der Umsetzung in verschiedenen Softwarelösungen können die Punktwerte der Assessmentergebnisse automatisch bewertet, berechnet und angezeigt werden. Wie bereits erwähnt, sind der Barthel-Index (Hamburger Manual), der Erweiterte Barthel-Index und der Frührehabilitations-Barthel-Index kostenfrei auf der Internetpräsenz des ~~DIMDI~~ BfArM 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~~ BfArM 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~~ BfArM für die BAss-Mappings zu verwenden, liegt darin begründet, dass auf diese Weise die U50.*bis U52.* des GM ICD-10 ausgelöst werden können (siehe 1.1). Darüber hinaus können die Braden-Skala, eine international angewandte und verbreite Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos und die Hendrich-Skala, ein Assessment zur Beurteilung des Sturzrisikos über das Befüllen des BAss ausgelöst werden. Alle Mappings können in einer elektronischen Lösung ausgelöst werden, der Barthel-Index und der Erweiterte Barthel-Index darüber hinaus auch in der Anwendung der Papierversion (Entwicklung wird nicht mehr fortgeführt – siehe 1.6).

In Abb. 2 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)). Softwarehersteller sind verpflichtet, die ID-Nummern mitzuführen und die

Daten so in der eigenen Software anzulegen, dass Auswertungen und Ausleitungen von anonymisierten Daten möglich sind. Damit kann die semantische Interoperabilität gefördert werden und die Nutzeneffekte sich entfalten.

				Braden-Skala			Hendrich-Skala			Erw. Barthel-Index			Barthel-Index			Frühreha-Barthel		
rts_text	key_ ident	key_text	BASS-Wert	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)
Treppesteigen																		
	S	Selbstständig	0										74	7	1	2303	14	1
	UeS	Überwiegend selbstständig	1										74	7	2	2303	14	2
	UeUS	Überwiegend unselbstständig	2										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 2 . Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings innerhalb einer Softwareumsetzung

Überprüfung der Interraterreliabilität des Mappings

Das Mapping zwischen dem BAss und der beschriebenen Assessmentinsturmente wurde hinsichtlich der Interraterreliabilität in der Version 1.4 überprüft. Hierzu erfolgte ein zweites verblindetes Mapping durch eine unabhängige Pflegefachperson. Zur präzisen Auslegung der Items wurde neben den DIMDI-Versionen (jetzt BfArM) auch die zugrundeliegenden Originalquellen der Assessmentinstrumente genutzt. Der ermittelte Grad der Raterübereinstimmung wurde in prozentualen Wert ausgedrückt. Exemplarisch am Erweiterten Barthel-Index dargestellt lag die Übereinstimmung bei 89,2% bezogen auf Operationalisierungen, welche mit diesem Assessmentinstrument gemappt wurden bzw. bei 96,3% gemessen an der Gesamtzahl aller potenziell möglichen BAss-Operationalisierungen. Bei sechs BAss Items erfolgte keine Verknüpfung zu Items des Erweiterten Barthel-Index, welche im ursprünglichen Mapping berücksichtigt wurden (0 zu 1). Bei zwölf Items gab es Unterschiede in der Abstufungsauslegung. In einer Konsentierungssitzung wurden die Ergebnisse besprochen, unter Literaturabgleich und Befragung von Experten bewertet und daraufhin angepasst. Das Vorgehen wurde entsprechend dieser exemplarischen Darstellung bei weiteren gemappten Assessmentinstrumenten durchgeführt. Die Mappings werden in einem fortlaufenden Prozess hinsichtlich Aktualität der zugrundeliegenden Assessmentinstrumente und unter Einbezug von Anregungen von Anwendern überprüft und angepasst.

Punktwerte der Assessmentinstrumente

Die Mapping-Informationen hinsichtlich der Punktwerte sind in den Excel-Tabellen enthalten. Es wird empfohlen, bei der softwaretechnischen Umsetzung nicht nur das Ergebnis anzuzeigen, sondern die Überführung in die jeweilige Skala. Softwarehersteller haben die Aufgabe, die entsprechenden Algorithmen zu hinterlegen.

Punktwerte beispielhaft dargestellt für den Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB)

Der FR-Index des FRB besteht aus sieben Items, für die Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die entsprechenden Werte berechnet werden können. Wichtig ist hierbei die Beachtung aktuell geltender gesetzlicher Vorgaben, beispielsweise bezogen auf Beatmung. 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 VI des BAss mit „vorhanden" gekennzeichnet sein.
- **Absaugpflichtiges Tracheostoma**: Liegt ein absaugpflichtiges Tracheostoma/ Tubus vor (siehe entsprechendes Item in Modul VI), kann im FR-Index der Punktwert -50 ausgelöst werden.
- **Intermittierende Beatmung**: Im Modul VI des BAss befindet sich das Item „Beatmung", für das die Auswahl „intermittierend" und „kontinuierlich" durch den Anwender vorgenommen und der Punktwert -50 des FR-Index ausgelöst werden kann.
- **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 VI) 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 bzw. eine Auswahl des Items „Beaufsichtigungspflichtige Bewusstseinsveränderung (z.B. Verwirrtheit/Delirium) (siehe Modul VI) als vorhanden angegeben 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.

1.6. Das BAss als Papierversion

Aufgrund der zunehmenden Digitalisierung und damit verbundener technischer Möglichkeiten der Interoperabilität des BAss mit anderen Assessmentinstrumenten und Ausleitungen, wurde seitens Fachgesellschaft beschlossen, die Weiterentwicklung des BAss nur noch in digitaler Version fortzuführen.

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. stellt interessierten Kliniken das Assessment BAss in Papierversion (1.7) weiterhin zur Verfügung.

Folgende Skalen können in analoger Form mittels des BAss ausgeleitet werden:

- Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965),
- Erweiterter Barthel-Index (Prosiegel et al., 1996)
- Module 1 bis 4 des „Neuen Begutachtungsassessment (NBA)" (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2016).

In nachfolgender Darstellung wird die Logik des BAss innerhalb der Papierversion verdeutlicht.

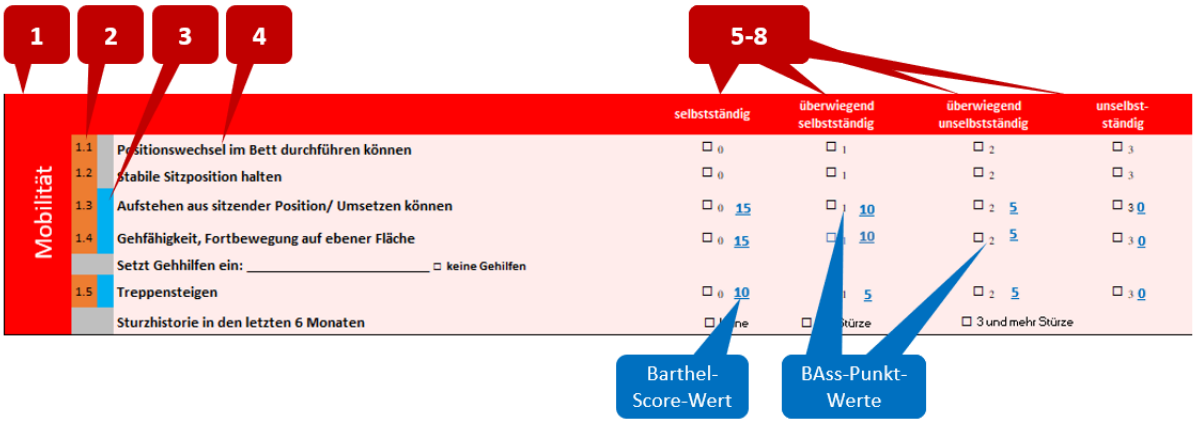


Abbildung 3 Erläuterung der Darstellung der Papierversion des BAss.

Die folgenden Erläuterungen sind entsprechend der Nummerierung aus der Abbildung geordnet:

(1) wird das Modul angegeben, wie im Beispiel Modul „Mobilität"

(2) wird mit den orangen Nummern der Bezug zum NBA aufgezeigt

(3) wird die Verbindung des BAss-Items zum Barthel-Index (blau) oder zum erweiterten Barthel-Index (gelb) angezeigt.

(4) steht der BAss-Item-Text, der zur Bewertung vorgesehen ist.

(5 bis 8) ermöglichen die Einstufung in die Bereiche „selbstständig"; „überwiegend selbstständig", „überwiegend unselbstständig" und „unselbständig. Je nach gewählter Abstufung ist dem ausgewählten Item und der eingeschätzten Abstufung ein Punktwert (schwarze Zahl) zuzuweisen (BAss-Punkt-Wert), 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. 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 2.2.1). Im Modul I wären dies die Items „Setzt Gehhilfen ein" und „Sturzhistorie in den letzten 6 Monaten".

Ausleitung des Skalenwerte

Die zusätzlichen blauen Punktwerte, welche hinter den in 5 bis 8 dargestellten Items stehen, werden zur Berechnung des Barthel-Index und des erweiterten Barthel-Index benötigt. Hierzu werden alle mit einer blauen Zahl hinterlegten Punkte entsprechend der Einstufung addiert. Für den Barthel-Index von den BAss-Items mit blauer Hinterlegung in der dritten Spalte. Für den Erweiterten Barthel-Index werden die blauen Zahlen bei den gelb hinterlegten Items gezählt (Barthel-Punktwert).

Abbildung 4 zeigt am Beispiel der Fähigkeit „Sich waschen können", die Umsetzung des Mappings zum Barthel-Index. 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	unselbst-ständig
4.1	Vorderen Oberkörper waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.2	Kämmen, Zahn-/Mundpflege, Rasur durchführen können	☐ 0 — 5	☐ 1 — 0	☐ 2 — 0	☐ 3 — 0
4.3	Intimbereich waschen können	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Abbildung 4 Beispielhafte Darstellung eines BAss-Mappings mit dem Barthel-Index.

Durch Klammern gekennzeichnete BAss-Items sollen in Hinblick auf das jeweilige Item des Barthel-Index bzw. Erweiterten Barthel-Index zusammenfassend bewertet werden. Wie in Abb. 4 veranschaulicht müssen die drei dargestellten BAss-Items in Hinblick auf „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.

Zudem sollten bei Schulungen die Auslegungsinformationen des NBA vermittelt werden (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), 2019), welche sich in den operationalisierten Beschreibungen des BAss in der Langform wiederfindet.

Ausleitung patientenbezogener Auswertungen

Die folgenden Erläuterungen sollen 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. 5.

Für die Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfes und des voraussichtlichen Pflegegrades ist es nötig, alle Punktwerte der NBA-relevanten Items modulweise zu einem Summenwert aufzuaddieren. 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 Abb.4). Befinden sich die Einstufungsergebnisse in den vier Modulen in den Bereichen des „roten" Rahmen in Abb. 5, ist von einem poststationären Versorgungsbedarf auszugehen.

Ergebnis des Patienten	NBA-Punktwertberechnung					BAss-Index
Schweregrad der Beeinträchtigungen/ Selbstpflegefähigkeit	keine	geringe	erhebliche	schwere	vollständige	BAss-Werte eintragen
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 (21-40)	2 (41-60)	3 (61-80)	4 (81-100)	5 (101-120)	
BAss Nursing-Case-Index	6 (121-140)	7 (141-160)	8 (161-180)	9 (181-200)	10 (>200)	
Barthel-Index	Punkte:					
Erweiterter Barthel-Index	Punkte:					

Poststationärer Versorgungsbedarf festgestellt am: _____	
Angemeldet	Datum + HZ
☐ Casemanagement	_____
☐ Sozialdienst	_____
☐ Wundmanagement	_____
☐ Stomatherapie	_____
☐ Ernährungsteam	_____

_____
Datum, Unterschrift

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	

Abbildung 5 Punkteauswertung des BAss.

Um den voraussichtlichen Pflegegrad einzuschätzen, sind die gewichteten NBA-Punktwerte der entsprechenden Module zu berücksichtigen (rote Werte in der jeweils zweiten Zeile). 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. Im Rahmen dieses Beispiels beträgt der gewichtete Punktwert 7,5. Ein Blick auf Abb. 5 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, welcher ebenfalls in Abb. 5 dargestellt wird. 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 einen noch höheren Pflegegrad erhält. In der Regel kann diese Einstufung der Case-Manager in der Klinik abschließen und dabei die Feststellungen der Station nutzen.

1.7. Einheitliche Ausleitungsformate für den BAss

Die FG hat vor, mit den anonymisierten Daten ein Benchmark aufzubauen, um Veränderungen in den Aufwandsstufen der Patienten im Krankenhaus aufzeigen zu können. Dieses als ein Baustein, um künftig sinnvoll Pflegepersonaluntergrenzen diskutieren zu können. Daher ist die „semantische Interoperabilität" wichtig und einheitliche Ausleitungsformate der anonymisierten Daten ist bedeutend.

1.7.1. Einheitliches Ausleitungsformat

Idealerweise werden die BAss-Daten im JSON-Format exportiert. Somit wären sie in den unterschiedlichsten Auswerteroutinen gut verfügbar. Im Zweifel ist aber das Wichtigste bei der Ausleitung, die Schlüsselbezeichnungen zu verwenden.

Testdatensatz für den Export der BAss-Daten im JSON-Format:

Zusätzliche Schlüsselwerte:

Schlüssel	Bezeichnung	Bemerkung	m/o
#0.@3	Speicherzeitpunkt	JJJJMMDDhhmmss	m
#0.@51	Fachabteilung	Schlüssel gemäß §301	m
#0.@52	Ausleitendes System	GUID	m
#1.@200	IdentifikationsID, PID	GUID oder eindeutige ID für das ausleitende System, In Verbindung mit #0.@52 soll eine Mehrfachausleitung pro Patienten erkannt werden können	m
#1.@5	Geburtsdatum	JJJJMMDD	m
#1.#1.@4	Geschlecht	M,F,X	o
#2.#2.@1	Größe	Int in cm	o
#2.#2.@2	Gewicht	Float in kg	o
#2.#2.^2	BMI	Float	o
#2.#1.[4.@9	genehmigter Pflegegrad	Werte: 1,2,3,4,5	o

(m: mandatory, o:optional)

Tabelle 2 Schlüsselwerte des BAss.

#2.#1.[4.n.@9: '[' steht für eine Tabelle 'n' für den n-ten Datensatz in der Tabelle, in diesem Kontext verwenden wir #2.#1.[4 als Tabellenschlüssel. In dieser Tabelle wird nur eine Zeile mit einem Wert übermittelt, dem genehmigten Pflegegrad. In anderen Übertragungskontexten werden hier weitere Informationen übermittelt wie Datum der Beantragung, Datum der Genehmigung … was im Kontext der anonymisierten BAss-Übertragung aber keine Verwendung findet.

1.7.2. Hinweis zur Binär-Codierung

Schlüssel mit Binär-Codierung sind meist als Mehrfachauswahlelemente konzipiert. Erkennbar sind diese an der Key-Ident-Bezeichnung beginnend mit „B" erkennbar. Z. B. der Wert für den Schlüssel #2.#8.@14: "3" bedeutet, die Werte B1 (Kann sich nicht selbst im Bett positionieren) und B2 (Bettlägerig) wurden ausgewählt. Die Ziffer nach dem „B" stellt also die Binärstelle des Wertes dar. Sind also B1 und B2 gewählt, ergibt sich für den Schlüssel ein Zahlenwert von B1:20 + B2:21 = 1 + 2 = 3. Für den Schlüssel #2.#8@29 mit dem Wert 19 in Binärformat 1011 also ergeben sich die Auswahlitems B4, B2, B1.


```
{
  "#0": {
    "@3": "20190308124457",
    "@51": "0100",
    "@52": "0bdb853e-e655-4601-0eaa-e8d7b34d77c4"
  },
  "#1": {
    "#1": {
      "@4": "M"
    },
    "@5": "19960311",
    "@200": "0bdb853e-e655-429d-ccdb-3c77e9d2b8db"
  },
  "#2": {
    "#8": {
      "@31": "UeS",
      "@14": "3",
```

```
    "@32": "S",
    "@29": "19",
    "@36": "S"
    "@37": "1"
     ....
  },
  "#6": {
    "@73": "UeS",
    "@74": "3",
    "@75": "S",
    "@81": "19",
     ......
  }
  "#16": {
    "@39": "S",
    "@40": "1",
     .....
  },
  .....
 }
}
```


OID: Basisassessment (BAss)

Das BAss hat die Registrierungskennziffer 1.2.276.0.76.5.517 nach DIN 66334:1996-9 und ISO/IEC 9834-1:2012 zu. Bei der OID handelt es sich um eine Kennzahl für KODIERSCHEMATA. Der zugeteilte Namensbaum für das Informationsobjekt lautet:
{iso(1)member-body(2)de(276)din-certco(0)gesundheitswesen(76)kodierschemata(5)bass(517)}

2. Ergebnisbewertung & Auswertungsoptionen des BAss

Während des Befüllens des BAss können verschiedene Punktwerte im Hintergrund automatisch befüllt werden. Abhängig davon, welche Punktewerte des BAss genutzt werden, können wertvolle **Aussagen über den Patientenzustand** oder die **Arbeitsbelastung einer Facheinheit bezogen auf die durchschnittliche Fallschwere** der Patienten genutzt werden. Nachfolgend werden einige Auswertungsüberlegungen vorgestellt.

2.1. Patientenbezogene Auswertungen

Bei den patientenbezogenen Auswertungen zur Beurteilung des pflegerischen Verlaufes und Evaluation des Erfolges der Pflegemaßnahmen sind im Besonderen die NBA-Module des BAss bedeutend. Die Einstufung der Ergebnisse wird analog dem NBA realisiert. Die folgenden Erläuterungen sollen zum einen die Logik der Berechnungen verdeutlichen.

2.1.1. PPR 2.0 Einstufung automatisch ausgeleitet aus der Regeldokumentation

Am Beispiel A4 Körperpflege

Die Ganzkörperwaschung wurde im Frühdienst in voller Übernahme durch zwei Pflegefachpersonen durchgeführt. Die pflegefachliche Begründung hierfür stellen die Schmerzen des Patienten dar.

Damit die Zuordnung eines Patienten zur Leistungsstufe A4 erfolgen kann, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein: das Zutreffen hochaufwendiger Leistungen in mindestens zwei Bereichen der Allgemeinen Pflege und eine entsprechende Punktzahl bei der Einschätzung mit mindestens einem dieser Assessmentinstrumente: Barthel-Index, Erweiterter Barthel-Index oder Minimal Mental State Examination (MMSE). Darüber hinaus können Faktoren wie beispielsweise die pflegefachliche Durchführung einer Pflegeleistung mit zwei Pflegepersonen oder die Durchführung einer Leistung nach einem therapeutischen Konzept einen Einfluss haben, ob eine durchgeführte pflegerische Leistung in die Stufe A4 fällt. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass die Informationen, welche für eine Einstufung nötig sind, aus verschiedenen Elementen der Regeldokumentation gewonnen werden müssen.

Zustandsbeschreibende Elemente

Im Beispiel sind die Schmerzen des Patienten ein Erschwernisfaktor, welche aufgrund der pflegefachlichen Einschätzung zu einer Durchführung der Ganzkörperpflege mit zwei Pflegepersonen führt. Der Zustand der chronischen Schmerzen wird im BAss erhoben.

Abbildung 6 Ausschnitt aus der BAss Dokumentation in der digitalen Patientenakte GRIPS von Thieme RECOM.

Assessmentinstrumente

Das BAss ist mit verschiedenen Assessmentinstrumenten gemappt, unter anderem mit dem Barthel-Index nach Hamburger Manual und dem Erweiterte Barthel Index, beides Instrumente, welche für die Leistungsstufeneingruppierung in die A4 benötigt werden. Durch das Befüllen des BAss werden diese Instrumente automatisch im Hintergrund ausgleitet. Durch Erreichen eines bestimmten Punktwertes gemäß den Richtlinien der PPR 2.0 kann durch Softwarehersteller definiert werden, dass dieser für eine A4 Eingruppierung berücksichtigt wird.

Standardisierte Dokumentation pflegerischer Leistungen

Die Einordnung pflegerischer Tätigkeiten eines Leistungsbereiches in die jeweiligen Stufen hängt darüber hinaus von Merkmalen wie beispielsweise dem Unterstützungsumfang, der Häufigkeit der Durchführung bzw. der Anwendung von therapeutischen Konzepten ab. Für eine automatische Ausleitung der PPR 2.0 ist es daher elementar, dass deren Kriterien bereits in der pflegerischen Regeldokumentation erfasst werden.

Dies ist aufgrund der ergänzenden Detailinformationen der ENP-Interventionskonzepte möglich (siehe Abb. 7). Hier können PPR 2.0 relevante Merkmale bereits in der Pflegeplanung berücksichtigt werden und eingebunden in eine digitale Patientenakte mit Uhrzeit von der durchführenden Pflegeperson abgezeichnet werden. Dies ermöglicht Softwareherstellern genau zu definieren, welche Leistungen innerhalb des Erfassungszeitraumes der PPR 2.0 erbracht wurden.

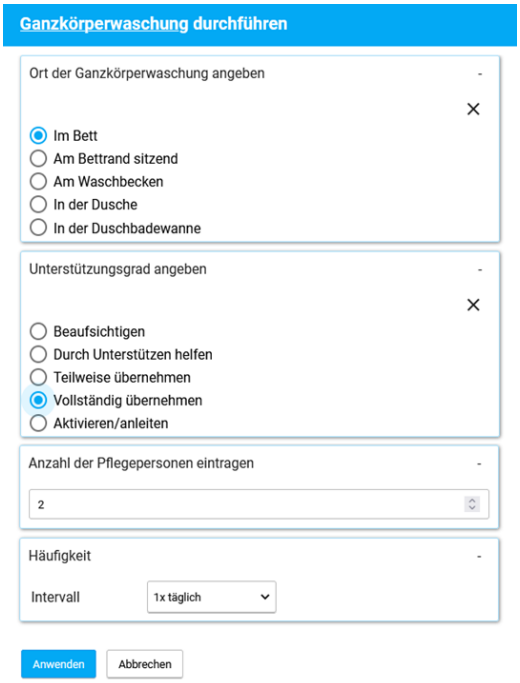


Abbildung 7 Beispiel eines ENP- Interventionskonzeptes.

2.1.2. 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. Dies geschieht automatisch während des Befüllens des BAss, entsprechend dem Regelwerk, welches durch Softwarehersteller umgesetzten wird.

NBA Ergebnis des Patienten

Modul	Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeit						
Gewichtung	keine	geringe	erhebliche	schwere	völlige	**gewählt**	**gewich...**
Mobilität	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	8	7.5
Selbstversorgung	0-2	3-7	8-18	19-36	> 36	20	30
Kognition, Wahrnehmung und Kommunikation	0-1	2-5	6-10	11-16	> 16	15	11.25
Verhalten	0	1-2	3-4	5-6	> 6	9	15
					Ergebnis NBA	**52**	**52.5**

Voraussichtlicher Pflegegrad	Kein Pflegegrad unter 12,5 Pkt.	Pflegegrad 1 12,5 -<27 Pkt.	Pflegegrad 2 27 -<47,5 Pkt.	**Pflegegrad 3 47,5 -<70 Pkt.**	Pflegegrad 4 70 -<90 Pkt.	Pflegegrad 5 90 - 100 Pkt.
	☐	☐	☐	☑	☐	☐

Abbildung 8 Darstellung der Punktauswertung des voraussichtlichen Pflegegrades in einer Softwarelösung (Quelle: Digitale Akte GRIPS von Thieme RECOM).

Entsprechend der aufaddierten Punktwerte ergibt sich eine Eingruppierung in sogenannte Schweregrade der Beeinträchtigung („keine", „geringe", „erhebliche", „schwere", „schwerste"). Zudem wird ein weitere gewichteter Punktwert ermittelt, welcher für die Eingruppierung in den voraussichtlichen Pflegegrade benötigt wird. Auch dies geschieht in Softwareumsetzungen automatisiert, entsprechend dem hinterlegten Regelwerk.

Durch das Aufaddieren der modulspezifischen Summenwerte ergibt sich der voraussichtliche Pflegegrad des Patienten (siehe Tabelle 2). 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 einen noch höheren Pflegegrad erhält. In der Regel kann diese Einstufung der Case-Manager in der Klinik abschließen und dabei die Feststellungen der Station nutzen.

2.1.3. NBA-Punktwerte im Verlauf

Zur Evaluation des pflegerischen Verlaufes und Beurteilung der Wirksamkeit des Maßnahmenplanes können die NBA-Punktwerte in den vier Modulen im Verlauf genutzt werden. Nachfolgend hierzu exemplarisch zwei Auswertungen eines Patienten im Verlauf. Der Patient war in einer neurologischen Fachklinik in Behandlung. Diese Auswertungen sind im Besonderen für Klinikaufenthalte mit einer längeren Aufenthaltsdauer interessant. Der NBA stuft die Ergebnisse eines Patienten entsprechend den Punktwerten wie folgt ein:

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit im **Bereich der Mobilität:**

- Keine: 0–1 Punkte selbstständig, keine Einschränkung der Selbstständigkeit/der Fähigkeiten,
- Geringe: 2–3 Punkte geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
- Erhebliche: 4–5 Punkte erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
- Schwere: 6–9 Punkte schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
- Schwerste: 10– 15 Punkte schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit.

Auswertungen der Module im Verlauf:

NBA-Mobilitätsverlauf eines Patienten während des Aufenthaltes

Die Punktwerte des Moduls Mobilität werden summiert und mit Datum im Verlauf dargestellt. In dem Beispiel wird sehr gut deutlich, dass sich die Mobilitätsfähigkeit des Patienten während des Verlaufes kontinuierlich verbessert hat.

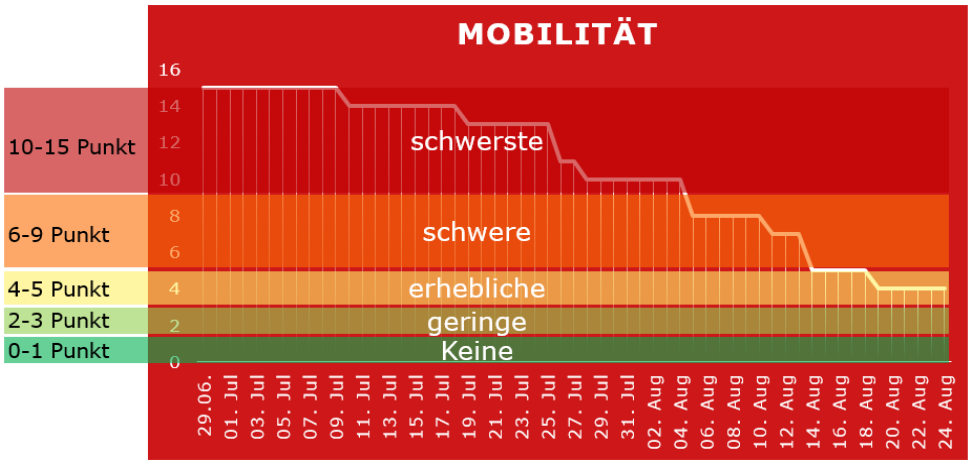


Abbildung 10 NBA-Verlaufsdarstellung Mobilität.

NBA-Selbstversorgung - Verlauf eines Patienten während des Aufenthaltes
Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit im **Bereich der Selbstversorgung:**

- Keine: 0–2 Punkte selbstständig, keine Einschränkung der Selbstständigkeit/der Fähigkeiten,
- Geringe: 3–7 Punkte geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
- Erhebliche: 8–18 Punkte erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
- Schwere: 19–36 Punkte schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit,
  Schwerste: 57–54 Punkte schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit.

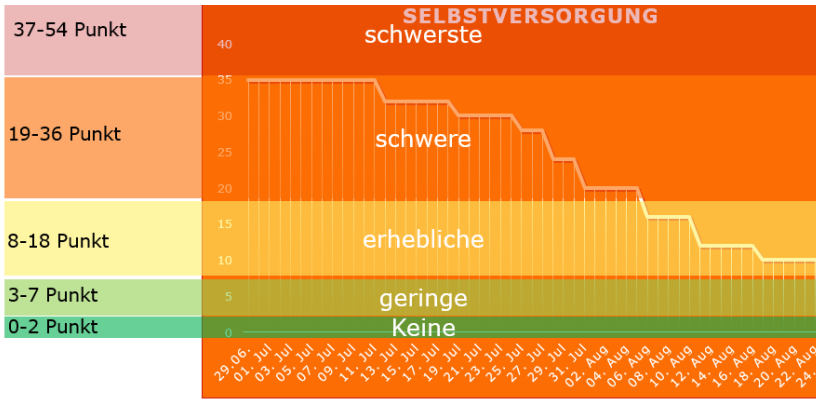


Abbildung 11 NBA-Verlaufsdarstellung Selbstversorgung.

NBA-kognitive & kommunikative Fähigkeiten - Verlauf eines Patienten während des Aufenthaltes
Schweregrad der Beeinträchtigung der Fähigkeit in der **Kommunikation & Kognition:**

- Keine: 0–1 Punkte selbstständig, keine Einschränkung der Fähigkeiten,
- Geringe: 2–5 Punkte geringe Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Erhebliche: 6–10 Punkte erhebliche Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Schwere: 11–16 Punkte schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Schwerste: 17–33 Punkte schwerste Beeinträchtigung der Fähigkeit.

Auswertung: NBA-Verhaltensauffälligkeiten & psychische Problemlagen - Verlauf eines Patienten während des Aufenthaltes
Schweregrad von **Verhaltensauffälligkeiten & psychische Problemlagen:**

- Keine: 0 Punkte selbstständig, keine Einschränkung der Fähigkeiten,
- Geringe: 1–2 Punkte geringe Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Erhebliche: 3–4 Punkte erhebliche Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Schwere: 5–6 Punkte schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit,
- Schwerste: 7–65 Punkte schwerste Beeinträchtigung der Fähigkeit.

2.1.4. BAss-Punktwerte im Verlauf des Aufenthaltes

Die BAss-Punktwerte können ebenfalls im Verlauf in den verschiedenen Modulen angezeigt werden. Diese sind auch bei Kurzliegern interessant. Sie können dazu dienen, einen Gesamteindruck über den Verlauf des Pflegebedarfes, der Fallschwere sowie der Risiken des Patienten zu gewinnen. Da die Punktwerte des BAss stark im Umfang variieren (siehe Abb. 12) ist eine Umrechnung in Prozent sinnvoll, um den Verlauf z. B. in einem Netzdiagramm anzuzeigen.

Das Pflegerische Basisassessemt (BAss): Überblick über die Anzahl der modulspezifischen Items und Punktwerte			
	Anzahl Items	NBA-Punkte	Punkte pro Modul
Mobilität	7	15	15
Selbstversorgung	16	54	54
Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation	16	33	44
Verhalten	13	65	65
Risiken, Prävention	12		39
Zustände mit Überwachungsbedarf	25		88
Gesamt	89		305

Abbildung 12 Punktwerte pro Modul

In der nachfolgenden Netzgrafik wird ein Patientenfall dargestellt. Die blaue Einstufung lag bei der Aufnahme des Patienten vor. Die schwarze Einstufung bei der Entlassung.

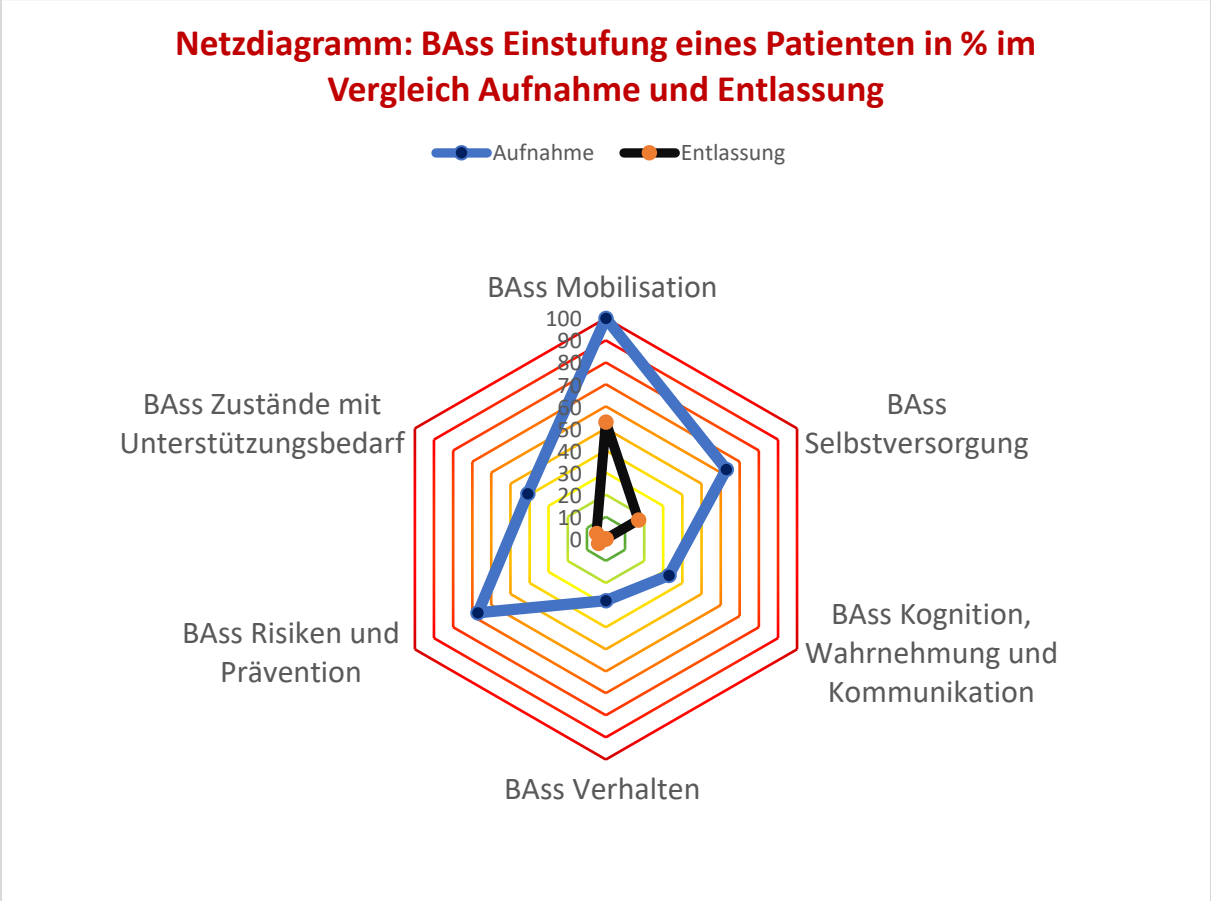


Abbildung 13 Netzdiagramm BAss-Einstufung eines Patienten.

Wichtig bei der Interpretation der Werte ist, dass die 100 % sich immer auf eine andere Gesamtpunktzahl der jeweiligen Module bezieht (siehe Abb. 12). Je näher sich die Einschätzungsergebnisse der Module in der Mitte befinden, desto selbständiger ist der Patient bzw., desto weniger Einschränkungen gibt es bei den Fähigkeiten.

Zu Auswertungszwecken können wie aufgezeigt, die NBA-Einstufungen sowie die BAss-Punktwerte in unterschiedlicher Weise genutzt werden. Je nach Fragestellung sind unterschiedliche Auswertungsstrategien sinnvoll. Nachfolgend werden einige Überlegungen vorgestellt.

2.2. Fachabteilungsbezogene Auswertungen

Die „gesamte" Fallschwere aus der Perspektive des abzuleitenden Pflegebedarfes zur Einschätzung des erforderlichen Ressourceneinsatzes des Pflegepersonals wird mit dem BAss-Nursing-Case-Index angezeigt.

2.2.1. Berechnung des BAss-Nursing-Case-Index

Zur Ermittlung des Bass-Nursing-Case-Index sind alle mit einem Punktwert gekennzeichneten BAss-Items der sechs Module für den Patienten zu addieren (Abb. 6). Auf diese Weise kann der Patient in eine der 10 Schwereaufwandsstufen („Fallschwere 1–10") eingeteilt werden. Alle Einstufungsergebnisse der Patienten auf einer Station werden dann ebenfalls addiert und sind durch die Anzahl der Patienten zu dividieren.

Der BAss-Nursing-Case-Index beschreibt die durchschnittliche Fallschwere einer Station/Facheinheit.

Fallschwereeinstufung:

0	0 bis 20 Punkte
1	21 bis 40 Punkte
2	41 bis 60 Punkte
3	61 bis 80 Punkte
4	81 bis 100 Punkte
5	101 bis 120 Punkte
6	121 bis 140 Punkte
7	141 bis 160 Punkte
8	161 bis 180 Punkte
9	181 bis 200 Punkte
10	ab 201 Punkte

BAss Ergebnis des Patienten

Modul	Index
Mobilität	12
Selbstversorgung	29
Kognition, Wahrnehmung und Kommunikation	20
Verhalten	7
Risiken und Prävention	15
Zustände mit Überwachungsbedarf	30
Ergebnis BAss	**113**

Fallschwere 5

Abbildung 14 Darstellung der Fallschwere eines Patienten (Quelle: Digitale Akte GRIPS von Thieme RECOM).

Auf diese Weise ist es im Rahmen des Pflegemanagements möglich, die Arbeitsbelastung auf den Fachstationen besser beurteilen zu können. Wie bereits erwähnt, ist es zu empfehlen, die abgeleiteten Fallschweregrade mit Vorgaben der PPR 2.0 oder den Personaluntergrenzen in Verbindung zu bringen. Hierdurch werden weitere wichtige Aspekte pflegerischer Arbeit, wie beispielsweise Mehraufwände, welche sich aus dem Verhalten von Pflegeempfänger(innen) oder im Bereich der Kommunikation ergeben können, abgebildet und quantifizierbar.

Auswertung 1: BAss-Nursing-Case-Index pro Station im Verlauf und Vergleich mit anderen Stationen.

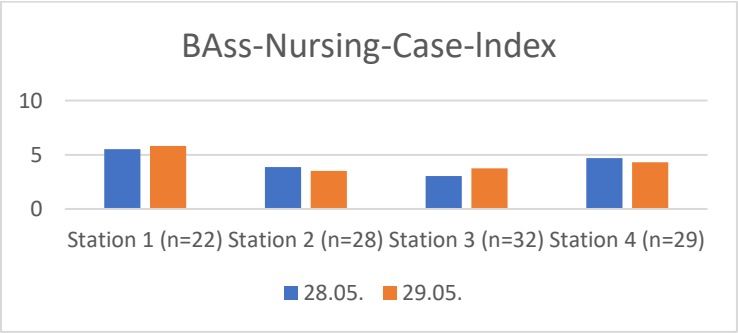


Abbildung 15 BAss-Nursing-Case-Index im Stationsvergleich

Neben der Nutzung des BAss-Nursing-Case-Index in einer täglichen Stationsübersicht ist dieser Wert auch für die Outcomebewertung interessant. So können die Aufnahmeeinstufung und die Entlassungseinstufung im Durchschnitt ausgewertet und wie im nachfolgenden Bild angezeigt werden.

Auswertung 2: BAss-Nursing-Case-Index stationsbezogen im Durchschnitt bei Aufnahme und bei Entlassung im definierten Zeitraum

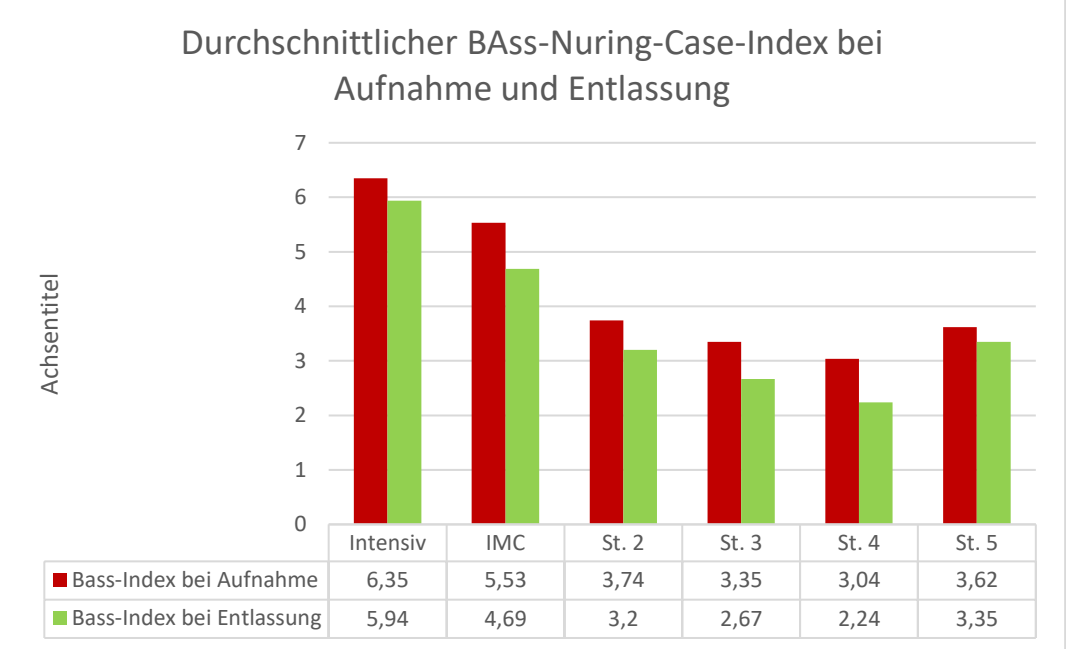
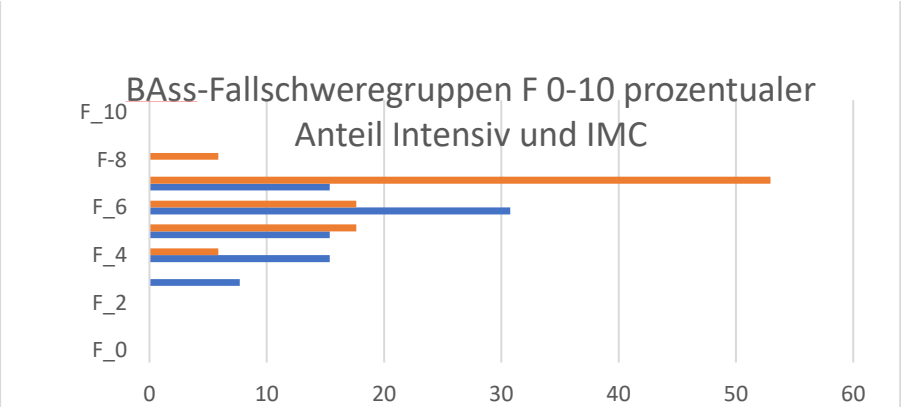


Abbildung 16 : BAss-Nursing-Case-Index im Stationsvergleich bei Aufnahme und Entlassung.

2.2.2. Nutzen der Fallschwereeinstufung einer Facheinheit

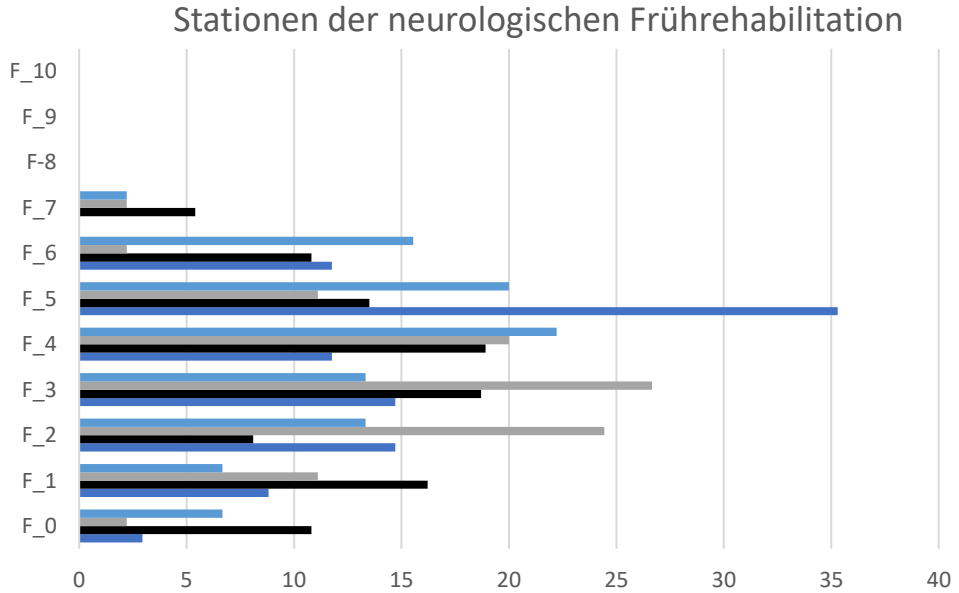
Mit den BAss-Punktwerten können Pflegeempfänger in eine Fallschweregruppe eingeteilt werden. Diese Daten können bei Stationsvergleichen zur Beurteilung der Fallschwere genutzt werden. Nachfolgend zwei Auswertungen. Die Daten können auch dazu hilfreich sein, die Abgrenzung der Fallschwere im Belegungsmanagement zu nutzen.

Auswertung 3: Prozentualer Anteil der Patienten, eingestuft in den Fallschweregraden einer Facheinheit, tagesaktuell oder im Durchschnitt in einem Zeitraum.



	F_0	F_1	F_2	F_3	F_4	F_5	F_6	F_7	F-8	F_9	F_10
Intensiv					5,88	17,64	17,64	52,94	5,88		
IMC				7,69	15,4	15,4	30,8	15,4			

Abbildung 17 Prozentuale Verteilung der BAss-Fallschweregruppen.



	F_0	F_1	F_2	F_3	F_4	F_5	F_6	F_7	F-8	F_9	F_10
St. 5	6,66	6,66	13,33	13,33	22,22	20	15,55	2,22			
St. 4	2,22	11,11	24,44	26,66	20	11,11	2,22	2,22			
St. 3	10,81	16,21	8,1	18,71	18,91	13,51	10,81	5,405			
St. 2	2,941	8,81	14,705	14,705	11,76	35,29	11,76				

Abbildung 18 Prozentuale Verteilung der BAss-Fallschwergruppen.

2.2.3. NBA-Einstufungsauswertungen der Station zur Bewertung der Arbeitsschwerpunkte

Unterschiedliche NBA-Einstufungsauswertungen können zudem wertvolle Informationen bei der Patientenflusssteuerung und Einteilung der Personalressourcen liefern. In der nachfolgenden Darstellung sehen Sie die Schweregradverteilung in Prozent von Patienten eines Quartals nach NBA-Einstufung im Vergleich.

Auswertung 4: Schweregradeinstufungen nach NBA in den vier Modulen. Hierzu werden die Punktwerte des NBA genutzt und die Bewertung analog dem NBA angezeigt.

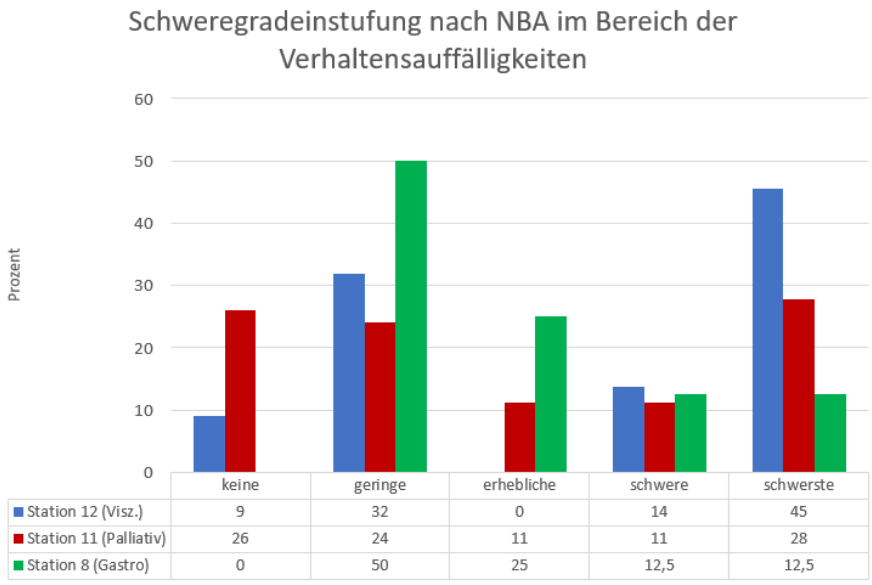


Abbildung 19 NBA-Einstufungsverteilung der Patienten - Verhaltensauffälligkeit.

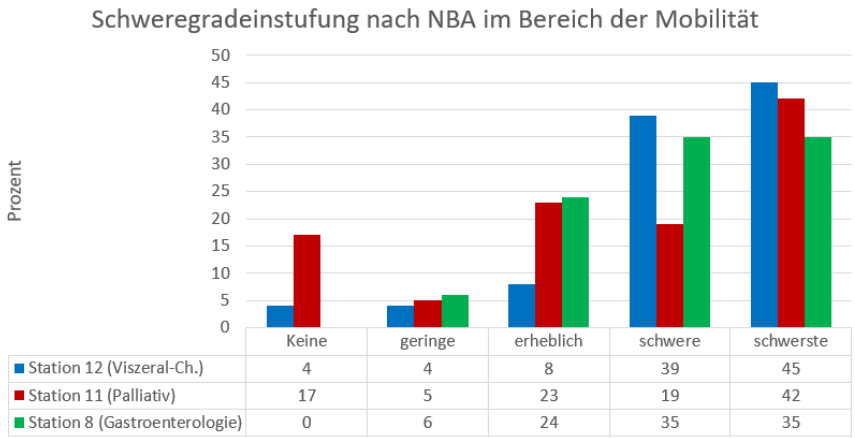


Abbildung 20 NBA-Einstufungsverteilung der Patienten - Mobilität.

Diese Auswertungen stammen von einer Akutklinik, welche den BAss in der Papierversion eingeführt hatten.

2.2.4. Verbindung des durchschnittlichen BAss-Index mit dem Pflegepersonalquotienten

Der durchschnitte BAss-Index bezogen auf ein Haus und/oder Fachabteilung in Verbindung mit dem Pflegepersonalquotienten zu bringen ist zudem ein interessanter Ansatz, um die Pflegepersonalbesetzung mit einem qualitativen Indikator (zur Fallschwere) zu untermauern.

3. Beschreibung der Pflegemaßnahmenkataloge der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Neben dem BAss hat die FG auch einen pflegerischen Interventionskatalog mit hinterlegten Zeitwerten zur Fallkosten- und Pflegepersonalberechnung für die Einbindung in Softwaremodule entwickelt und konsentiert. Dieser kann über unseren Kooperationspartner Thieme RECOM bezogen werden.

Ziel ist es, mit den Interventionskatalogen und dem BAss eine solide Basis für eine fundierte Pflegepersonalbemessung, Qualitätsentwicklung und Pflegeforschung zu etablieren. Zudem wird die digitale Pflegeprozessdokumentation auf einem bundeseinheitlichen Standard realisiert. Aktuell fehlen in SNOMED noch zahlreiche pflegerische Interventionskonzepte, hier wird es Aufgabe der FG sein, diese Erkenntnisse mit der Arbeitsgruppe zu kommunizieren und Sorge dafür zu tragen, dass fehlende Elemente in SNOMED-CT aufgenommen werden. Über diesen Weg ist langfristig auch eine internationale Anschlussfähigkeit gewährleistet.

3.1. Struktur der Pflegemaßnahmenkataloge

Die ausgewählten Pflegeinterventionen werden mit den relevanten Daten wie ID-Schlüssel; Pflegeinterventionskonzept und Detailintervention sowie Zeitwerten in einer Excel-Ausleitung zur Verfügung gestellt. Zur einfachen Anbindung und Handhabung in Softwaretools wurden die Interventionstexte den BAss-Items in einem Mapping strukturgebend zugeordnet. Nachfolgend zwei Beispiele zum besseren Verständnis.

Den BAss-Items z. B. „Positionswechsel im Bett durchführen können" wurden die nachfolgenden Pflegeinterventions-Konzepte zugeordnet. Die Spalte „meritrange" weist die Anzeige der Intervention den kodierten Einstufungen der Pflegeperson zu. Damit können die Interventionslisten übersichtlich angezeigt werden.

rts_text_ editor	key_text	BASS-Wert	Merit - range	Zeitwert	Mass-nahmeID	Massnahme_Text
Positionswechsel im Bett	Selbstständig	0	0,1,2,3	5	3945	Assessment zur Beurteilung der Bewegungsfähigkeit im Bett durchführen
	Überwiegend selbstständig	1	1,2,3	10	697	Assistive/passive/aktive Bewegungsübungen durchführen
	Überwiegend unselbstständig	2	1,2	0	663	Alltagsbewegungen unterstützen und fördern
	Unselbstständig	3	0,1,2,3	10	3946	Mögliches Dekubitusrisiko abklären
			1,2,3	10	3947	Positionswechsel im Bett nach einem therapeutischen Konzept durchführen/einüben
			1,2,3	10	711	Positionswechsel im Bett nach kinästhetischen Grundprinzipien durchführen
			1,2,3	5	3948	Positionswechsel im Bett durchführen
			0,1	0	712	Strickleiter/Aufrichthilfe zum selbstständigen Aufsetzen anbieten
			1,2,3	10	4264	Lagerung in Neutralstellung (LiN) durchführen
			1,2,3	20	4265	Pflegerisches Führen bei der Lagerung/dem Positionswechsel nach Affolter durchführen
			1,2,3	3	4198	Eingesetzte Hilfsmittel zur Mobilisation angeben und auf Funktionsfähigkeit achten.
			2,3	15	3433	Mobilisation unter Beatmung durchführen
			1,2,3	3	2948	Spezielle Lagerung nach Arztanordnung durchführen
			2,3	10	2913	Postoperative Frühmobilisation durchführen
			1,2,3	10	3052	Wohlbefinden mithilfe von körperbezogenen Methoden unterstützten

Tabelle 3 BAss-Item Positionswechsel im Bett.

Die Interventionskonzepte können auf der abstrakten Ebene der Pflegemaßnahmen-konzepte oder mit einer weiteren Detailierung genutzt werden. Wenn zum Einlesen in die jeweilige Software Support benötigt wird und/oder eine aufbereitete Datenbank und/oder eine Software-Modul zum Integrieren des KISS genutzt werden soll, kann dieses über unseren Kooperationspartner der Thieme RECOM GmbH angefragt werden.

Nachfolgend exemplarisch ein Ausschnitt (aus einer webbasierten Softwareanwendung) der Detailebene der Pflegemaßnahme *„Positionswechsel im Bett nach einem therapeutischen Konzept durchführen/einüben"*. Durch Auswahl der relevanten Aspekte für einen Patienten kann die konkretisierte Pflegemaßnahme im Pflegeplan dargestellt werden.

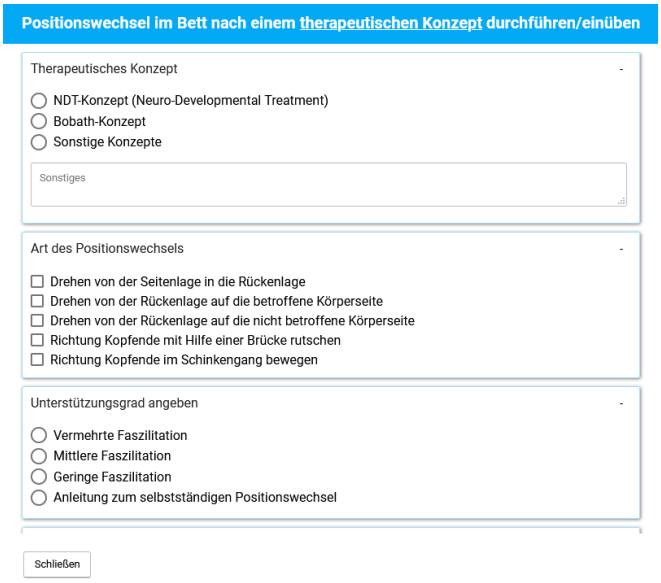


Abbildung 21 Detailebene der ENP-Interventionen (ein Auszug).

Im Pflegeplan werden die ausgewählten Aspekte für den Patienten eingetragen und können zur Leistungsdokumentation genutzt werden. Wer ENP und die Interventionsebene genauer kennenlernen möchte, kann ENP Online ebenfalls kostenfrei im Internet einsehen: https://enp-online.org

OID: Pflegeinterventionen als ein Bestandteil von ENP-Registrierungskennzahl 1.2.276.0.76.5.515 nach DIN 66334:1996-9 und ISO/IEC 9834-1:2012 zu.

3.2. Entwicklungshintergründe der Pflegemaßnahmenkataloge

Die FG hat zu der Nutzung der Pflegemaßnahmenkatalogen ebenfalls mit der Firma Thieme RECOM einen Vertrag abgeschlossen, der es erlaubt, einige Pflegemaßnahmen für das Krankenhaussetting herauszulösen und isoliert aus dem Pflegeklassifikationssystem ENP zur Nutzung weiterzugeben. Dieses im Sinne eines Minimum Nursing Dataset, auf dem basierend bedeutende Kennziffern zur Personalbemessung, Qualitätsentwicklung und Arbeitsbelastung abgeleitet werden können.

Auf die Pflegemaßnahmenkonzepte wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Da wie bereits erwähnt die Pflegemaßnahmen aus dem Pflegeklassifikationssystem ENP, einem in Europa genutztem System, welches internationale Standards in der Entwicklung umsetzt, entnommen wurden, erübrigt sich eine detaillierte Beschreibung zur Güte der Interventionskonzepte. Die entsprechenden Hintergründe zu ENP können den wissenschaftlichen Hintergründen zu ENP entnommen werden

https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/ENP_Wissenschaftliche-Hintergr%C3%BCnde_2022_DE.pdf .

3.3. Datenmodell BAss und ENP-Interventionen

Nachfolgend wird das Datenmodell der zur Verfügung gestellten Terminologie-Elemente dargestellt. Dieses kann Softwareherstellern als Anregung zur Umsetzung dienen. Alternativ kann die Datenbank von Thieme RECOM bezogen werden. Ebenso sind Erweiterungen, wie spezifische Anamnesebestandteile zur interdisziplinären Nutzung und/oder Pflegediagnosen verfügbar.

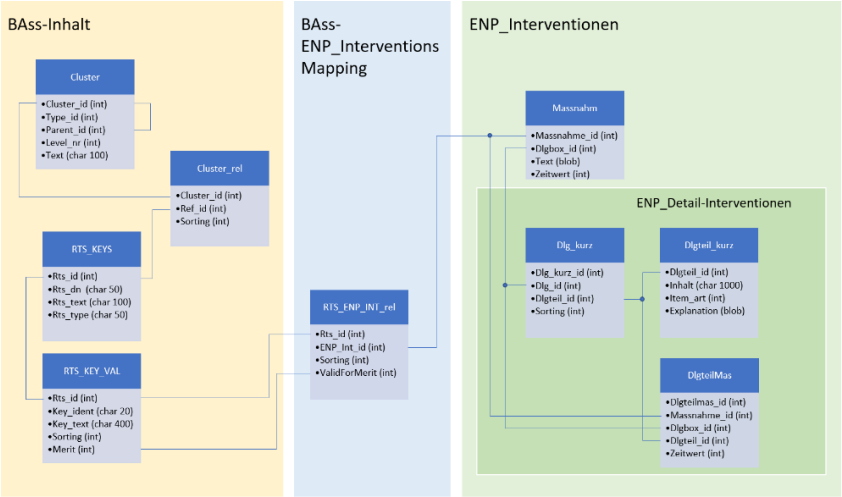


Abbildung 22 Datenbankmodell BAss und Pflegeinterventionen.

3.4. Einheitliches Ausleitungsformat Pflegemaßnahmen

(kann bei Thieme RECOM angefordert werden.)

4. Auswertungsmöglichkeiten der Pflegeinterventionen

Im Verlauf werden unterschiedliche Auswertungen mit den Pflegeinterventionen vorgestellt.

4.1. Patientenbezogene Auswertungen

Die erbrachten Pflegeleistungen der Patienten können in unterschiedlichen Auswertungsszenarien realisiert werden. Zahlreiche Auswertungsoptionen können dabei zur Unterstützung des patientenbezogenen Evaluationsprozesses dienen.

4.1.1. PPR 2.0 Einstufung automatisch ausgeleitet aus der Regeldokumentation

In vorherigen Kapiteln wurde bereits beschrieben, dass der BAss um Elemente erweitert wurde, welche Patientenzustände abbilden, die als erschwerende Faktoren bei der PPR 2.0 Einstufung Berücksichtigung finden. Diese zustandsbeschreibenden Elemente müssen mit einer interventionsbezogenen Dokumentation kombiniert werden, da nur so Maßnahmen und deren Durchführungshäufigkeit dargestellt erfasst werden können. Das Mapping des BAss mit dem pflegerischen Interventionskatalog des Klassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP) bietet hierfür eine Lösung (siehe 2.1.1).

4.1.2. Durchgeführte Pflegeleistung pro Patienten pro Tag sortiert nach BAss

Auswertung 1: Die durchgeführten Pflegeleistungen in Minuten pro Tag sortiert nach den BAss-Modulen. Hierzu werden die verschiedenen Pflegeinterventionen, welche im Rahmen der Pflege erbracht wurden, summiert und grafisch im Zeitverlauf dargestellt.

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4
Mobilität	115	125	100	90
Selbstversorgung	66	66	40	40
Kognition	15	15	15	15
Verhalten	0	10	0	0
Risiken und Prävention	40	40	40	30
Überwachungsaufwände	30	30	30	30
Gesamt:	266	286	225	205

Abbildung 23 Erbrachte Pflegeleistungen, welche den Modulen des BAss zugeordnet sind.

Die tagesbezogenen Minutenwerte können fallbezogen für den Aufenthalt summiert werden und zur internen Fallkostenkalkulation genutzt werden.

Nachfolgend unterschiedliche Anzeigeoptionen mit den verfügbaren Daten aus dem BAss und den geleisteten Pflegemaßnahmen bei einem Patienten.

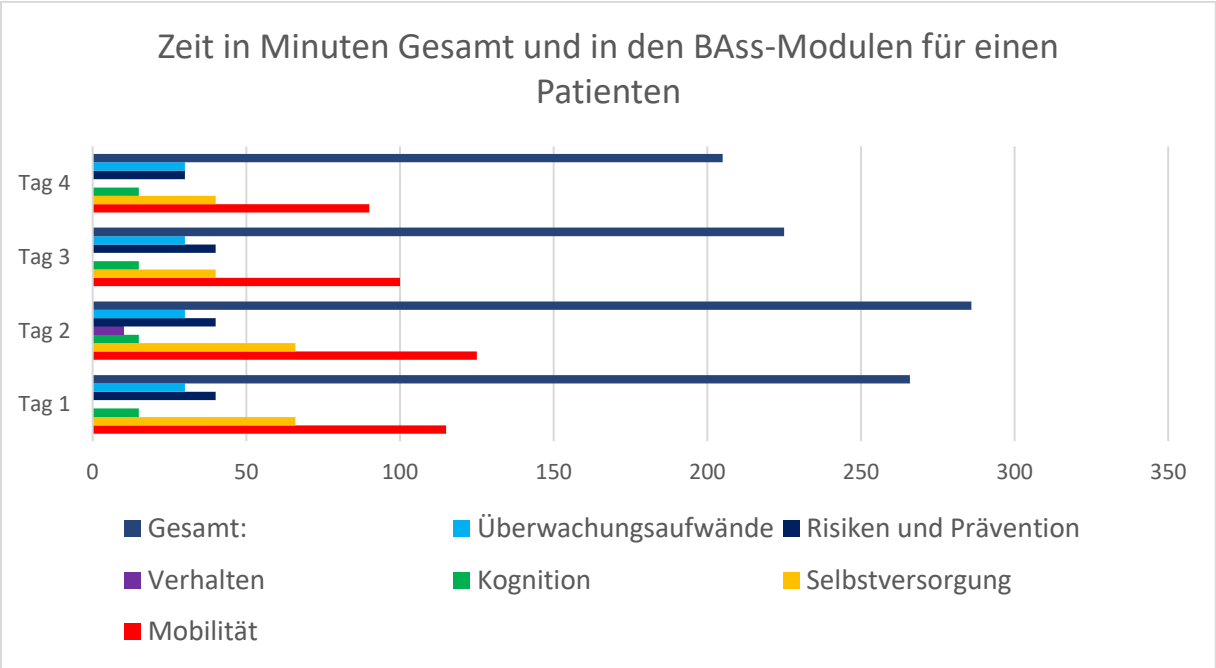


Abbildung 24 Erbrachte Pflegeleistungen in Minuten und Zuordnung in den BAss-Modulen.

Die einzelnen Module können auch einzeln im Verlauf dargestellt werden. Dieses kann bei der Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses unterstützen. Dieses vor allem, wenn der Input mit Outcome in Verbindung gebracht wird.

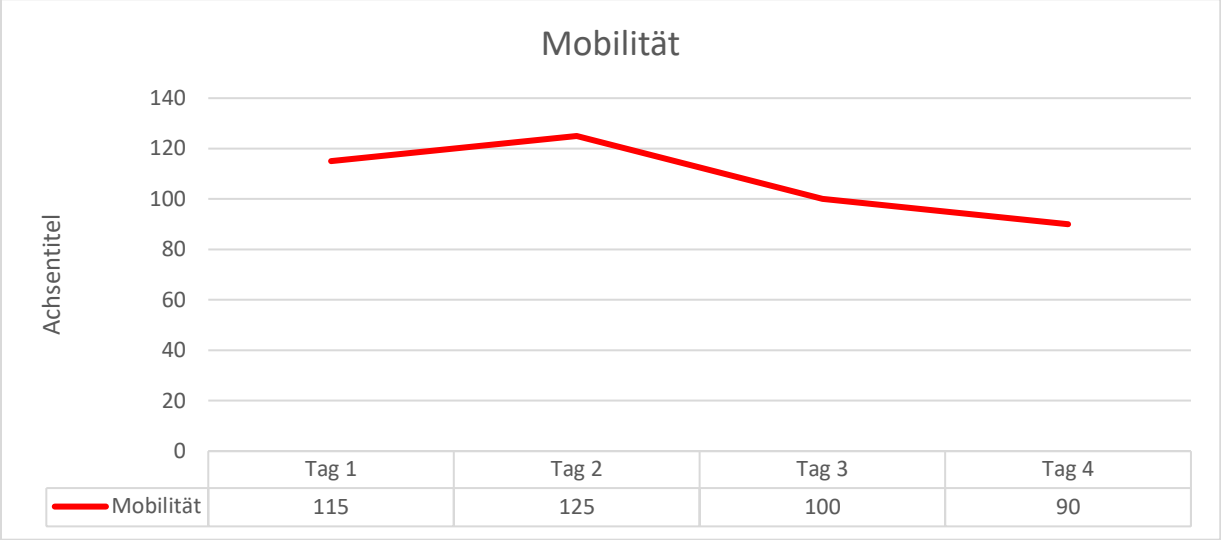


Abbildung 25 Erbrachte Pflegeleistungen im Modul 1 Mobilität im Zeitverlauf.

4.1.3. Rationierung pflegerischer Leistung bei einem Patienten

Auswertung 2: Geplante und tatsächlich durchgeführte Pflegeleistung bei einem Patienten. Diese Auswertung dient der Beurteilung des Rationierungsgeschehens auf Patienteneben. Wird die Anzeige tagesaktuell realisiert, kann diese auch dazu genutzt werden, den Prozess der Leistungserbringung zu unterstützen.

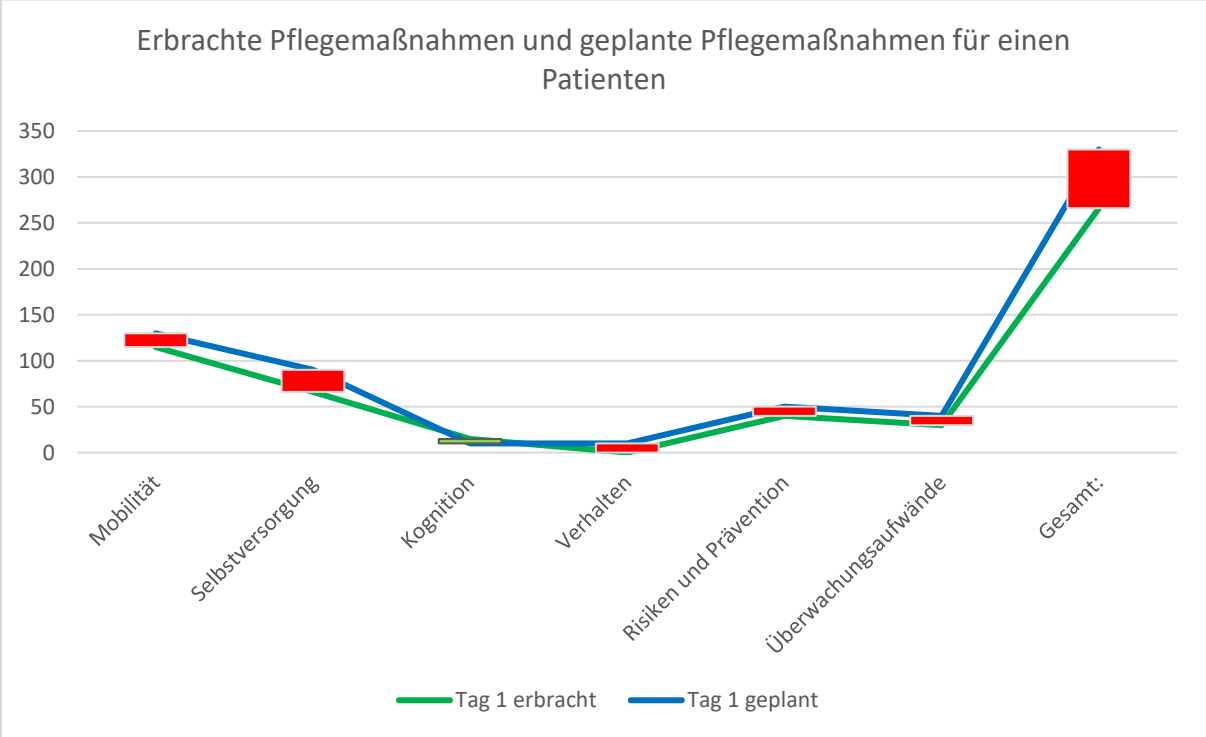


Abbildung 26 Erbrachte und geplante Pflegemaßnahmen.

4.1.4. Auswertungen zur Qualitätsbewertung

Unterschiedliche Auswertungsüberlegungen können in den Einrichtungen, basierend auf den verfügbaren Daten, zum Tragen kommen. Exemplarisch werden die Daten zur Bewertung eines Dekubitusrisikos und des Dekubitusmanagements eines Patienten auf einem patientenbezogenen Dashboard angezeigt. Die grafische Darstellung wird in den verschiedenen Softwaretools unterschiedlich sein und dient als Anregung.

Auswertung: Dekubitusrisiko-Bewertung

Name des Patienten: Hr. XY
Braden-Skala: 10 hohes Risiko (automatisiert aus dem Bass ausgeleitet)
Pflegefachliche Einschätzung: hohes Risiko
Pflegeinterventionen, die zur Dekubitusprophylaxe in Minuten durchgeführt wurden im Verlauf.

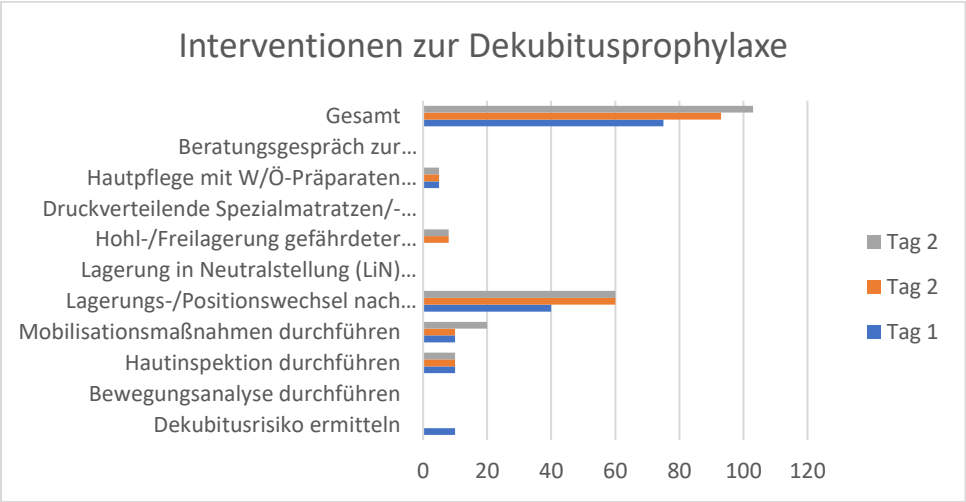


Abbildung 27 Erbrachte Leistungen zur Dekubitusprophylaxe.

Durchschnittliches Lagerungs-/Mobilisationsintervall: Hierzu werden die Pflegemaßnahmen der Mobilisation und Positionswechsel pro Tag gezählt und durch 24 Stunden geteilt.

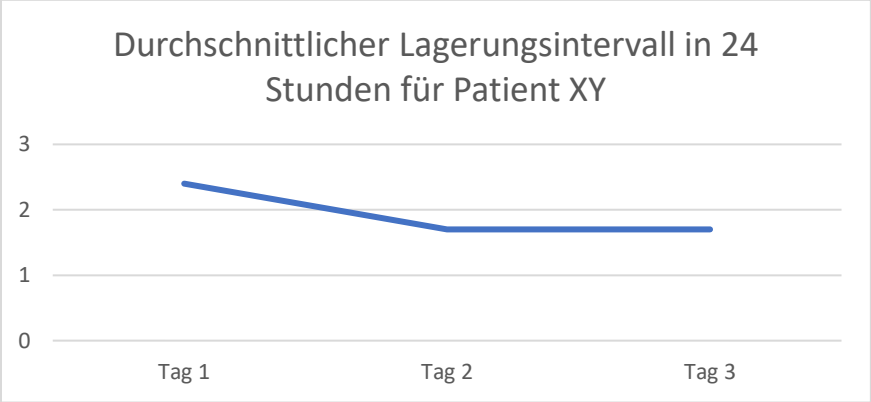


Abbildung 28 Durchschnittliches Lagerungsintervall

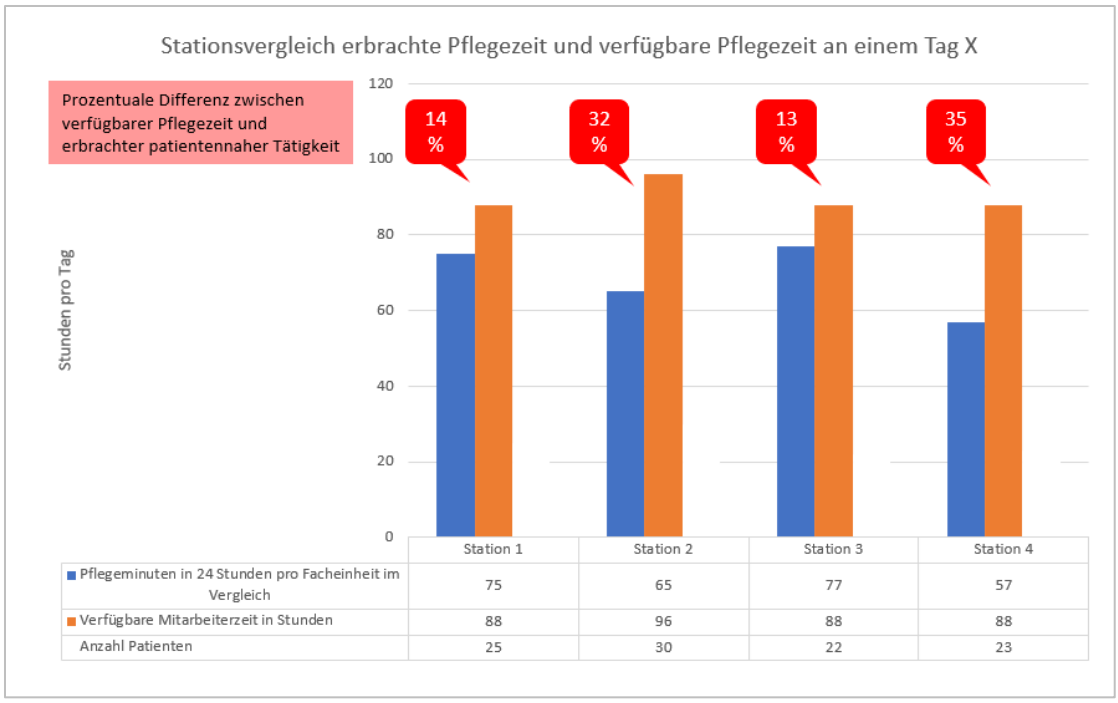
4.2. Fachabteilungsbezogene Auswertungen

Die Auswertungen auf der Ebene der Stationen, der Fachabteilung oder des Pflegebereiches haben verschiedene Zielsetzungen. Zum einen die Optimierung der Pflegepersonalsteuerung der Pflegepersonalbemessung, sowie Kostendaten und Leistungsnachweise für die internen und externen Pflegebudgetverhandlungen zu gewinnen. Auch Auswertungen zu Fragestellungen der Qualitätsbewertungen sind denkbar. Unterschiedliche Auswertungsüberlegungen können hier hilfreich sein. Zunächst werden erste Überlegungen vorgestellt.

4.2.1. Einschätzung des Pflegepersonalbedarfes

Verschiedene Perspektiven können zur Bewertung des Pflegeaufwandes und des Pflegepersonalbedarfes einer Facheinheit herangezogen werden. Nachfolgend einige Überlegungen.

Auswertung 1: Stationsweise summierte verbrauchte Pflegezeit in 24 Stunden und die verfügbare Pflegepersonalressource in Stunden. Mit ausgewiesenem Prozentsatz der Differenz.



	Station 1	Station 2	Station 3	Station 4
Pflegeminuten in 24 Stunden pro Facheinheit im Vergleich	75	65	77	57
Verfügbare Mitarbeiterzeit in Stunden	88	96	88	88
Anzahl Patienten	25	30	22	23

Abbildung 29 Erbrachte Pflegeleistungen der Station/Facheinheit geplant/erbracht.

Pflegende erbringen auch einige Leistungen, welche als „patientenfern" und „nicht originär pflegespezifisch" bewertet werden können. Hierzu zählen z. B. Blutabnahmen für den ärztlichen Dienst, Serviceleistungen, wie Schränke auffüllen oder Essenswagen holen usw. Abhängig von den individuellen in den Kliniken vereinbarten Aufgabenbereichen kann die Differenz zwischen erbrachter Pflegeleistung und der verfügbaren Personalzeit schwanken. Ein weiterer Grund kann eine ungünstige Dienstplangestaltung sein. Daher ist die Kennziffer gut geeignet, um in einer Klinik die Pflegepersonalsteuerung zu beurteilen und auf der anderen Seite sind Kennziffern eine gute Grundlage, interne Prozesse zu reflektieren und Aufgabenverschiebungen zu identifizieren. Die kann zudem genutzt werden, um zu evaluieren ob patientenferne Tätigkeiten über den Pflegegrundwert der PPR 2.0 ausreichend abgebildet werden.

4.2.2. Rationierungsverhalten einer Facheinheit

Die nachfolgenden Kennziffern geben darüber Auskunft, wie sich das Rationierungsverhalten pflegerischer Leistungen (stationsbezogen/hausbezogen) gestaltet. Es ist bekannt, dass Rationierung pflegerischer Leistungen zum einen in Verbindung mit der Personalbesetzung steht, ebenso mit dem pflegerischen Outcome sowie Mortalitätsrate (Ball et al., 2018; Maier et al., 2019).

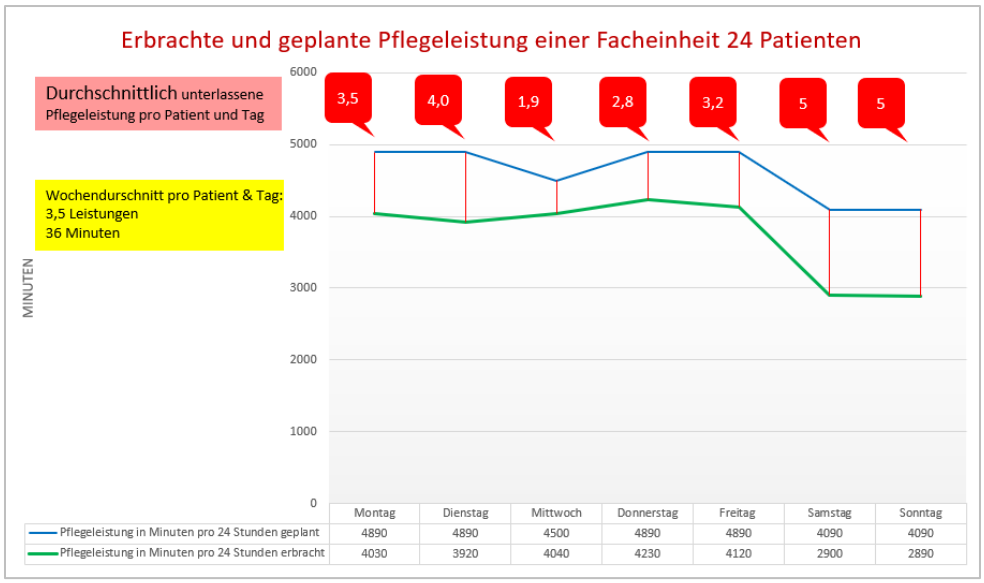


Abbildung 30 Rationierung pflegerischer Leistungen

Die in der Abbildung dargestellten Kennziffern können auch im Stationsvergleich und oder Hausvergleich und/oder in Verbindung mit dem Pflegepersonalquotienten aufbereitet genutzt werden.

4.2.3. Workload-Index

Der Workload-Index ist eine einfache Kennziffer, um die durchschnittliche Arbeitsbelastung pro Patienten auf einer Facheinheit durch die erbrachte oder geplante Pflegeleistung (Pflegebedarf) darzustellen. Diese Kennziffer eignet sich insbesondere in Verbindung mit dem BAss-Nursing-Case-Index.

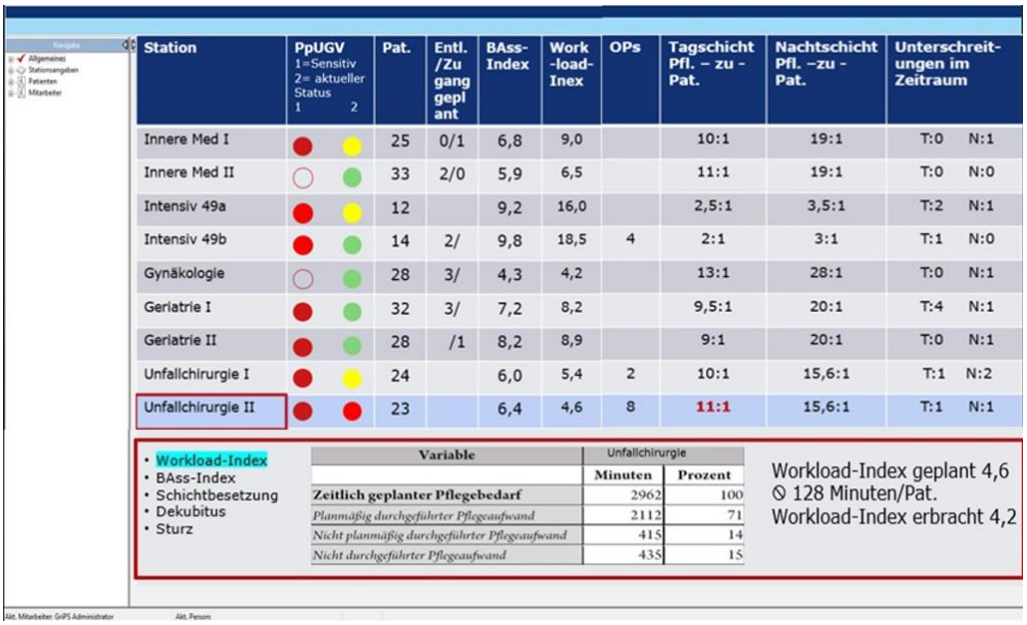
Stufe des Pflege-Arbeitsaufwand-Index	Pflegeminuten pro Tag
1	0-30
2	31-60
3	61-90
4	91-120
5	120-150
6	151-180
7	181-210
8	211-240
9	241-270
10	271-300
11	301-330
12	331-360
13	361-390
14	391-420
15	421-450

16	451-480
17	481-510
18	511-540
19	541-570
20	571-600
21	<600

Abbildung 31 Fallschweregruppierung

Im ersten Schritt werden die Patienten automatisch durch die geplanten und/oder erbrachten Pflegeleistungen eingestuft. Die Einstufungen der Patienten werden summiert und durch die Anzahl der Patienten dividiert. Diese Berechnung lässt sich täglich oder in anderen Zeitintervallen ermitteln.

Nachfolgend eine Abbildung eines möglichen Dashboards zur täglichen Pflegepersonalsteuerung in einer Klinik.



Station	PpUGV 1=Sensitiv 2= aktueller Status 1	2	Pat.	Entl. /Zu gang gepl ant	BAss-Index	Work -load-Inex	OPs	Tagschicht Pfl. – zu - Pat.	Nachtschicht Pfl. –zu - Pat.	Unterschreit-ungen im Zeitraum	
Innere Med I			25	0/1	6,8	9,0		10:1	19:1	T:0	N:1
Innere Med II			33	2/0	5,9	6,5		11:1	19:1	T:0	N:0
Intensiv 49a			12		9,2	16,0		2,5:1	3,5:1	T:2	N:1
Intensiv 49b			14	2/	9,8	18,5	4	2:1	3:1	T:1	N:0
Gynäkologie			28	3/	4,3	4,2		13:1	28:1	T:0	N:1
Geriatrie I			32	3/	7,2	8,2		9,5:1	20:1	T:4	N:1
Geriatrie II			28	/1	8,2	8,9		9:1	20:1	T:0	N:1
Unfallchirurgie I			24		6,0	5,4	2	10:1	15,6:1	T:1	N:2
Unfallchirurgie II			23		6,4	4,6	8	11:1	15,6:1	T:1	N:1

- Workload-Index
- BAss-Index
- Schichtbesetzung
- Dekubitus
- Sturz

Variable	Unfallchirurgie Minuten	Prozent
Zeitlich geplanter Pflegebedarf	2962	100
Planmäßig durchgeführter Pflegeaufwand	2112	71
Nicht planmäßig durchgeführter Pflegeaufwand	415	14
Nicht durchgeführter Pflegeaufwand	435	15

Workload-Index geplant 4,6
⌀ 128 Minuten/Pat.
Workload-Index erbracht 4,2

Abbildung 32 Dashboard

Auf dem Dashboard sind mehrere Kennziffern, die bereits beschrieben wurden, in Verbindung mit einem Überblick zur PpUGV dargestellt und sollen als Anregung für ein mögliches Steuerungstools für das Pflegemanagement dienen.

5. Nutzungsbedingungen des BAss und der Interventionskataloge

Wie bereits beschrieben wurde das BAss mit dem pflegerischen Interventionskatalog des Klassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP) gemappt, wodurch aus erfassten Anamnesedaten direkt Interventionsvorschläge zur weiteren Maßnahmendokumentation abgeleitet werden können. Der Katalog kann von interessierten Kliniken über unseren Kooperationspartner Thieme RECOM bezogen werden.

Nutzung der BAss- und Pflegemaßnahmen-Datenbank über unseren Kooperationspartner Thieme RECOM

Die Interventionskataloge können Kliniken als Excel-Tabellen und Beschreibung über unseren Kooperationspartner anfragen.

Das Basis-Assessment und die Pflegemaßnahme können darüber hinaus auch als Datenbank bezogen werden. Die Validierung wird hier ebenfalls von uns als FG durchgeführt. Für die Zurverfügungstellung der Datenbank, Produktbeschreibung, Softwaremodule sowie den Support der Datenbank ist Thieme RECOM verantwortlich und erhebt eine entsprechende Gebühr. Jederzeit können das Basis-Assessment (BAss) und die Interventionskataloge um weitere relevante Items zur klinischen Anamnesedokumentation oder zum Mapping mit den genutzten Assessmentinstrumenten usw. erweitert werden. Wenn Kliniken zusätzlich Pflegediagnosen einsetzen möchten, stehen sowohl NANDA-I als auch ENP zur Verfügung.

Derzeit wird das BAss und die Interventionskataloge bereits in unterschiedlichen Software-Tools umgesetzt. Wenn Kliniken Unterstützung für die Einbindung in ihre Softwareanwendung benötigen und/oder eine fertigte Datenbank mit ggf. gewünschten Erweiterungen, wie z. B. Pflegediagnosen benötigen, können diese Supportleistungen bei unserem Kooperationspartner Thieme RECOM GmbH eingekauft werden.

Die FG 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. Ebenso sollen über die veränderte Datenlage Anreizsysteme in den Kliniken und der stationären sowie ambulanten Pflege entwickelt werden, die Ökonomen dazu veranlassen, für eine ausreichende und sinnvolle Pflegepersonalausstattung sowohl quantitativ als auch qualitativ zu sorgen.

5.1. Möglichkeit der Implementierung des Basis-Assessments (BAss) und/oder der Pflegeinterventionskataloge in eigene Software bzw. in das eigene Krankenhaus-Informations-System (KIS) auf Basis der Quelldaten der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Der Softwarehersteller verpflichtet sich, folgende Punkte umzusetzen. Hierzu wird zwischen Softwareanbietern und FG 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 FG 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 Zählogik der Aufwandspunkte bzw. Minutenwerte 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. (Ausleitungsformate)

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 FG. Die Aufwände für die Validierung durch die FG sind durch den jeweiligen Anbieter zu tragen und werden nach Volumen berechnet.
f. Der Softwareanbieter unterstützt die FG unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei der Kontaktaufnahme mit Kliniken, die das BAss und/oder die Pflegemaßnahmenkataloge einsetzen, um für eine Beteiligung an Datenauswertungen zu werben.

Bei einer korrekten Umsetzung erhält der Softwarehersteller ein Logo für die korrekte Umsetzung, welches auf der Fachgesellschaftsseite veröffentlicht wird.

Das Basis-Assessment und die Pflegemaßnahmen können auch direkt als Datenbank von unserem Kooperationspartner bezogen werden. Die Validierung wird hier ebenfalls von uns als FG durchgeführt. Für die Zurverfügungstellung der Datenbank, Produktbeschreibung, Softwaremodule sowie den Support der Datenbank ist Thieme RECOM verantwortlich und erhebt eine entsprechende Gebühr. Jederzeit können das Basis-Assessment (BAss) und die Interventionskataloge um weitere relevante Items zur klinischen Anamnesedokumentation oder zum Mapping mit den genutzten Assessmentinstrumenten usw. erweitert werden. Wenn Kliniken zusätzlich Pflegediagnosen einsetzen möchten, stehen sowohl NANDA-I als auch ENP zur Verfügung.

Weitere Infos bei Thieme RECOM unter info@recom.eu

Über Spenden von Nutzern des BAss freuen wir uns jederzeit. Ebenso über interessierte Personen, die bei der jährlichen Weiterentwicklung der Instrumente mitwirken möchten.

BAss-Anwendern wird empfohlen, aktiv über eine Mitgliedschaft bei der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. bei der Weiterentwicklung und Nutzung des Instrumentes mitzuwirken.

Ihre Fachgesellschaft Pflege e. V.

Literaturverzeichnis

Ball, J. E. et al. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud, 78*, pp. 10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004

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 (Accessed: 03.08.2016).

Braden, B. & Ayello, E. (2002). How and why to do Pressure Ulcer Risk Assessment. *Advances in Skin und Wound Care, 15*(May/June), pp. 9.

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). *Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung - PPBV).* Retrieved from https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0001-0100/65-24.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

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.

Fleischer, S. (2021). Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung fur Erwachsene PPR 2.0. Retrieved from https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf (Accessed: 19.07.2022).

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/aenderungsvereinbarung-zum-rahmenvertrag-1891434.pdf (Accessed.

Gräske, J. et al. (2021). Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen. *Gesundheitswesen, 85*(05), pp. 419-426. doi: 10.1055/a-1706-0629

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

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.

Maier, C. B. et al. (2019). Skill-mix, Rationierung und Qualität in der Pflege: Forschungsstand international und Situation in Deutschland mit Schwerpunkt Onkologie. *Pflege & Gesellschaft, 24*(4), pp. 312-330.

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 15.04.20161. 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 (Accessed: 20.08.2016).

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS). (2019). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandeszur Feststellung der Pflegebedürftigkeitnach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. *3. Auflage*. Retrieved from https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-11-12_BRi_Pflege.pdf (Accessed: 22.11.2020).

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.

Windeler, J. et al. (2011). Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_3_18963.pdf (Accessed: 19.05.2012).

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.

Wingenfeld, K., Büscher, A., & Schaeffer, D. (2007). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft (IPW).

Wingenfeld, K. et al. (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. *Überarbeitete Fassung*. Retrieved from https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationa%CC%88r_Abschlussbericht.pdf (Accessed: 11.04.2019).