



Anlage zum Antrag:

1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment in der Akutpflege

Inhalt

1 OPS Antrag 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment Akut	1
2 Zielsetzung des Antrags	1
3 Ausgangslage, Problemstellung	3
4 Anwendung des BAss und Weiterentwicklung	4

1 OPS Antrag 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment Akut

Exkl.: Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (1-771)
Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-774)

Hinw.: Dieser Kode ist nur einmalig pro stationärem Aufenthalt anzugeben.
Das pflegerische Basisassessment (BAss) ist die systematische Einschätzung, Bewertung und Messung des Patientenzustandes in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Risiken und Patientenzuständen mit einem erhöhten Überwachungsaufwand.

Mindestmerkmale:

- Ein Kode ist anzugeben, wenn das Basisassessment mindestens einmal durchgeführt wurde **vergleiche Hinweise unter U50*/U51*/U52***. Wurde das Basisassessment mehrmals aktualisiert, ist der jeweils höchste Punktwert anzugeben.
- Das Basisassessment wird von exam. Pflegefachkräften mit dreijähriger Ausbildung erhoben.
- Die zu verwendenden Parameter sind im BAss im Anhang formuliert.[alternativ auf der Internetseite der Fachgesellschaft]

1-776.0	unter 20 Punkte
1-776.1	21-40 Punkte
1-776.2	41-60 Punkte
1-776.3	61-80 Punkte
1-776.4	81-100 Punkte
1-776.5	101-120 Punkte
1-776.6	121-140 Punkte
1-776.7	141-160 Punkte
1-776.8	161-180 Punkte
1-776.9	181-200 Punkte
1-776.10	mehr als 200 Punkte

2 Zielsetzung des Antrags

Neben den bereits bestehenden Assessments in den Bereichen wie z.B. in der Palliativ und Geriatrie soll auch für die Akutpflege ein einheitlicher Standard umgesetzt werden. Im besonderen sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Standardisierung pflegerischer Assessment-Daten hinsichtlich Erfassung, Einschätzung und Bewertung pflegerelevanter Phänomene durch den Einsatz des Instrumentes „pflegerisches Basisassessment“ (BAss) der Fachgesellschaft Profession Pflege
- Harmonisierung des sektorübergreifenden Datenaustausches
- Frühzeitigen Erkennung eines eventuellen poststationären Versorgungsbedarfes:
- Grundlage für semantische Interoperabilität im Bereich der Pflegedaten und die Unterstützung der vom Bundesministerium für Gesundheit forcierten, sektorenübergreifenden e-Health-Prozesse.
- Differenzierte Abbildung der Fallschwere der zu versorgenden Patienten
- Abbau von Doppeldokumentation in den bisherigen Verfahren zum Entlassmanagement, Assessment und Anamneseerhebung
- **In Verbindung mit dem OPS 9-21 (ebenfalls beantragt) Grundlage zur Ablösung des PKMS mit deutlich mehr Möglichkeiten die unterschiedliche Fallschwere im Pflegeerlöskatalog sichtbar zu machen.**

BAss stellt einen entscheidenden Schritte für eine sinnvolle Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Das standardisierte Assessment soll in Zukunft die zahlreiche Doppeldokumentation in den Kliniken

ablösen. Aktuell erheben Kliniken ähnliche/gleiche Daten in der Pflege in verschiedenen Assessments und Aufnahmebögen (Abb. 1).

Aktuelle Dokumentationspraxis!

Pflegeanamnese/ Stammdaten

3 x Aussagen zur Mobilität

Braden-Skala Dekubitusrisiko

Barthel-Index für die U.50*

Erweiterter Barthel-Index für die U.50*

Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 60 Punkte.

Verhaltens	Punkte
ungetriggert (nicht Patienten, die nur Geschwulden verstehen)	15
verursacht komplexe Anforderungen, aber nicht essenziell	10
verursacht einfache Anforderungen	5
Verhaltens nicht vorhanden	0

Sich verständlich machen	Punkte
Kann sich über fast alle verständlich machen	15
Kann einfache Anforderungen ausdrücken	5
Kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen	0

Ständige Aktivitäten	Punkte
ungetriggert	15
gelegentlich ungetriggert, aggressiv, distanziert oder zurückgezogen, wenn oder fast immer unkooperativ	5
Ständige Aktivitäten nicht vorhanden	0

Erfüllen von Alltagsanforderungen (Planung von Handlungsschritten, Haushaltsführung, Einkäufen und Transport, öffentliche Mitbewegungsarten, Besuch in Geschäften und Bänken)	Punkte
in besonderem Umfang	15
benötigt geringe Hilfestellung	5
benötigt erhebliche Hilfestellung	0

Gedächtnis, Lernen und Orientierung	Punkte
in besonderem Umfang	15
muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnisstützen	10
muss häufig erinnert werden	5
desorientiert, verliert sich oder verlässt sich auf Begleitende	0

Sichern und Regeln	Punkte
in besonderem Umfang	15
schweres Lernen/Erinnern, findet sich aber (ggf. mit Hilfestellung) in bekannten und unbekanntem Umgebungsbereichen	10
findet sich in bekannten, aber nicht in unbekanntem Umgebungsbereichen	5
findet sich nicht in unbekanntem Umgebungsbereichen	0

Abbildung 1: Beispiel einer Klinik

Künftig soll für die zahlreichen Assessments, die in Kliniken eingesetzt werden, ein Assessment umgesetzt werden, welches die verschiedenen Informationen automatisiert ausleitet. Über diesen Weg kann das BASS einen entscheidenden Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation leisten.

Entbürokratisierung – Abbau von Doppeldokumentation!

Ein Basisassessment (BASS) statt viele Assessments und Pflegeanamneseblätter!

Pflegeanamnese/ Stammdaten

3 x Aussagen zur Mobilität

Braden-Skala Dekubitusrisiko

Barthel-Index für die U.50*

Erweiterter Barthel-Index für die U.50*

Lösung

Pflegerisches Basis-Assessment Akutpflege

Darüber hinaus sollen die durch die Anwendung des pflegerischen Basisassessments Grundlagen zur einheitlichen Darstellung unterschiedlicher Pflegebedürfnisse (Fallschwere) in verschiedenen Kliniken/Fachrichtungen geschaffen werden. Die Ermittlung des Pflegebedürfnisses ist Grundlage zur Pflege-

bedarfsplanung (Handlungen welche ein Patienten benötigt). Diese Abbildung ermöglicht eine datenbasierte Unterstützung der Pflegepersonalstellendebatte, um künftig eine empirisch fundierte und realitätsnahe Alternative zu den jüngst diskutierten Vorschlägen die pflegerische „Fallschwere“ bei den **Pflegepersonaluntergrenzen** zu berücksichtigen.

3 Ausgangslage, Problemstellung

Gegenwärtig herrscht eine starke Heterogenität in der deutschen Kliniklandschaft bezüglich Qualität, Quantität, Inhalt, Abstraktionsniveau und Art der Anwendung pflegerischer Assessments bzw. der Durchführung einer pflegerischen Anamnese.

Weiterhin gibt es Hinweise, dass Assessment und Anamnese bisweilen auch komplett unterlassen werden (vgl. z.B. Ammenwerth et al., 2002; Höhmann, Weinrich, & Gätschenberger, 1996; Wieteck, 2007). Dabei stellt die systematische Informationssammlung die zentrale Grundlage für die nachfolgenden Schritte im Pflegeprozess dar. Ohne eine adäquate Datenermittlung und Analyse dieser kann keine evidenzbasierte Pflegemaßnahmenauswahl geschehen. Zentrale Bausteine zur Sicherstellung der Patientensicherheit und adäquaten pflegerischen Versorgung sowie das pflegerische Outcome.

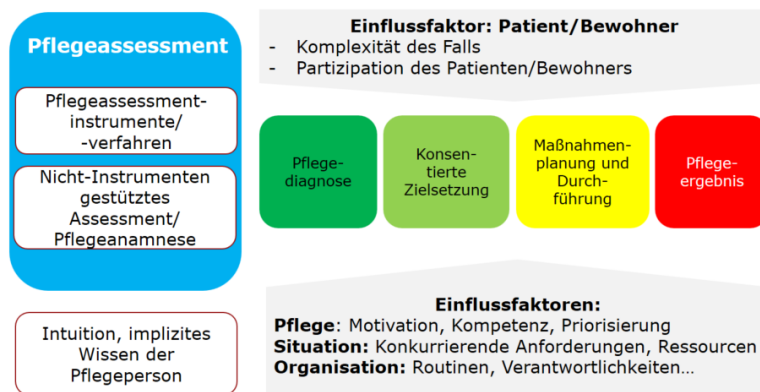


Abbildung 2: Wieteck in Anlehnung an Reuschenbach et al. 2011 (Reuschenbach B. & Mahler C., 2011)

Nicht zuletzt sind die meisten der derzeit praktizierten Verfahren nicht oder nur eingeschränkt mit dem im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführten neuen Begutachtungsassessment (NBA) kompatibel und weisen eine nur sehr begrenzte Eignung für einen sektorenübergreifenden Datenaustausch auf.

Schließlich führen die unterschiedlichen Anforderungen aus Perspektive der G-DRG-Kodierung derzeit zur vermehrten Doppeldokumentation, beispielsweise durch den Anreiz zur Umsetzung eines Entlassungsmanagements einerseits als auch zur Unterstützung der Kodierung des OPS 9-984 (Pflegebedürftigkeit), der Schlüsselnummern U50 (motorische Funktionseinschränkung) und U51 (kognitive Funktionseinschränkung) sowie Plausibilisierung des PKMS. Vielfach sind zur Erfassung verschiedene Dokumente mit sich teils überschneidenden Inhalten auszufüllen. Dieser Umstand soll systematisch durch Zusammenführung aller relevanten Aspekte in einem einzigen Instrument abgebaut werden, sodass an dieser Stelle einer zunehmenden Bürokratisierung vorgebeugt wird. Das „pflegerische Basis-Assessment“ (BAss) ist u.a. vor diesem Hintergrund so konstruiert, dass sowohl die Scorewerte und Ergebnisse einer Vielzahl der im ICD-10-GM-Katalog geforderten standardisierten Testverfahren (der normale und der erweiterte Barthel-Index, die Hendrich-Skala, die Braden-Skala als auch die zentralen Kerngrößen (die ersten vier Module) des NBA als Output generiert werden und zur Verfügung stehen. Weiterführende Informationen zu Aufbau, Konzeption, Entwicklungshintergründen des BAss sind auf der Internetseite der Fachgesellschaft Profession Pflege www.pro-pflege.eu oder unter nachfolgendem Link abrufbar:

http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf.

Implikationen aus der Geriatrie:

Den Blick auf die Geriatrie richtend ist festzustellen, dass sich ein spezifisches Basisassessment für alte Menschen als zielführend und sinnvoll etabliert hat. Nicht weniger bedeutend ist es jedoch auch für alle anderen Altersgruppen, die Informationssammlung über den Patientenzustand systematisch zu steuern

und durchzuführen, um potenzielle Lücken zu schließen und in der Folge die pflegerische Versorgungsqualität ebenso wie die Patientensicherheit zu erhöhen.

In der Geriatrie haben sich mehrere Testverfahren etabliert, welche von der Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment (AGAST) 1995 vorgeschlagen wurden. Die nachfolgend aufgeführten Instrumente bilden die Grundlage der standardisierten Verfahren in der Geriatrie (vgl. auch <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/agast.html>).

- Das Geriatriische Screening nach Lachs
- Der (erweiterte) Barthel-Index
- Der **Mini-Mental State Examination**Test (MMSE)
- Der Erhebungsbogen „Soziale Situation“ nach Nikolaus et al. (1994)
- Der Timed „Up & Go“-Test
- Der Motilitätstest „Balance & Gait“ nach Tinetti
- Der Clock Completion Test
- Der „Erhebungsbogen Handkraft“

Die Umsetzung im OPS in der Version 2017 gestaltet sich wie folgt:

1-771 Standardisiertes geriatriisches Basisassessment (GBA)

Exkl.:

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ([8-550 ff.](#))

Hinw.:

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, Kontinenz, Kognition und soziale Situation) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

4 Anwendung des BAss und Weiterentwicklung

Das „pflegerische Basisassessment“ (BAss) wird verbindlich in der Akutklinik eingeführt und löst bestehende, Verfahren der pflegerischen Anamnese und Informationssammlung ab. Das BAss als Mindestvorgabe der zu erhebenden Daten kann von Kliniken individuell erweitert, jedoch nicht reduziert werden. Das BAss ist von der Fachgesellschaft Profession Pflege e.v. entwickelt worden und steht finalisiert und kostenfrei zum Einsatz zur Verfügung. Die Weiterentwicklung wird in einer offenen Arbeitsgruppe unter Leitung der Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. sichergestellt. Das BAss kann in Kliniken mit Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen verbunden werden und in der Folge die Umsetzung und inhaltliche Befüllung des Pflegeprozesses unterstützen.

Wesentliche Anreize für Kliniken zur Nutzung des BAss sind zum einen durch die Unterstützung im Kodierprozess des PKMS sowie der Schlüsselnummern U50 und U51 gegeben. Zudem kann das BAss den zentralen Ausgangspunkt der pflegerischen Leistungsplanung und in Konsequenz die Qualität der nachfolgenden Schritte positiv beeinflussen. Weitere Argumente, welche für die Umsetzung des BAss als Mindeststandard sprechen, können aus dem Antrag zur Erweiterung der U50.* und U51.* entnommen werden.

Weiterführende Informationen zum BAss: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf

Das BAss in der Papierversion: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Dokumentationshilfe_BAss.pdf

Literatur

Ammenwerth, E. et al. (2002). Auswirkungen EDV-gestützter Pflegedokumentation. *PrInterNet*, 4(11), pp. 85-92.

Höhm, U., Weinrich, H., & Gätschenberger, G. (1996). *Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege* (pp. 205). Bonn. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Referat L P 3.

Reuschenbach B. & Mahler C. (Eds.). (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Bern: Huber.

Wietek, P. (2007). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.