



Stellungnahme zur Kritik der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. am Basis-Assessment (BAss)

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.
www.pro-pflege.eu

Fachgesellschaft - Profession Pflege e.V.
c/o Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59
10117 Berlin
VR 34794

Vorsitzende:
Andrea Albrecht

Bankverbindung:
Berliner Bank
Kto.-Nr.: 06 21 45 80 0
BLZ: 100 708 48
IBAN:
DE04 10 07 08 48 00 62 14 58 00

Steuer-Nr.:
27/653/57832

von 11

Inhalt

EINLEITUNG	3
1 ES BESTEHT DIE SORGE, DASS DAS BASS WISSENSCHAFTLICH FUNDIERTE INSTRUMENTE, WIE DEN BARTHEL-INDEX (BI), DEN ERWEITERTEN BARTHEL-INDEX (EBI) UND DIE BRADEN-SKALA ERSETZEN KÖNNTE.	5
2 DIE TEILASPEKTE DES BARTHEL-INDEX (BI) WEISEN VERSCHIEDENE SKALIERUNGSSTUFEN AUF UND KÖNNEN NICHT SO EINFACH AUF EINE 4-STUFIGE SKALIERUNG DES BASS ÜBERFÜHRT WERDEN.	5
3 ES FEHLT EINE FUNDIERTE BEGRÜNDUNG, WARUM IN ALLEN KLINIKBEREICHEN EINE STANDARDISIERTE ASSESSMENTERHEBUNG ERFORDERLICH IST.	6
4 DIE AUSWAHL DER ITEMS DES BASS UND DIE INKLUDIERTEN ASSESSMENTS (NBA, BI USW.) SIND UNKLAR.	7
5 DER MEHRWERT DES BASS WIRD NICHT ERKANNT UND ALS AUFWÄNDIG EMPFUNDEN.	8
6 EINE WISSENSCHAFTLICHE VALIDIERUNG DES BASS IST NICHT ERFOLGT.	9
7 DIE AUSWAHL DER FRAGEN ZU „RISIKEN/PRÄVENTION“ UND „ZUSTÄNDEN MIT ÜBERWACHUNGSBEDARF“ VERMENGTE DIE DOKUMENTATION VON INHALTEN DER PFLEGEANAMNESE MIT DER DURCHFÜHRUNG VON ASSESSMENTS.	9
8 DIE AUSSAGE, DASS KEIN BEDARF BESTEHT, DIE POSTSTATIONÄRE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT EINZUSCHÄTZEN IST SCHLICHTWEG FALSCH.	9
9 DIE DGG VERTRITT DIE MEINUNG, DASS ASSESSMENTINSTRUMENTE NUR ZUR BEURTEILUNG DER PATIENTENZUSTÄNDE UND -EIGENSCHAFTEN, SOWIE DER INTERDISZIPLINÄREN THERAPIEPLANUNG DIENEN. DIESE SEIEN NICHT FÜR DIE PERSONALAUFWANDSDARSTELLUNG VORGESEHEN.	9
10 DIE DGG VERTRITT DIE MEINUNG, DASS DIE WEITERENTWICKLUNG DES BASS GEGEN EINE AUFNAHME IN DAS G-DRG-SYSTEM SPRICHT.	10
11 BEZOGEN AUF DIE AUSSAGE IN DER STELLUNGNAHME DER DGG, DIE FG „BEHAUPTET, DASS EINE DIGITALISIERUNG UND NUTZUNG VON E-HEALTH ERST ÜBER DIE EINFÜHRUNG DES BASS ERMÖGLICHT WÜRDEN ...“	10
12 FAZIT	10

Einleitung

Die Hürden durch fehlende Standards und uneinheitliche Nutzung von Daten wie z. B. Assessments oder Beschreibungen von Patientenzuständen werden an vielen einfachen Prozessen im Gesundheitswesen täglich sichtbar. Ein vor kurzem veröffentlichtes Beispiel kann diese Aussage exemplarisch am Entlass-Management verdeutlichen (Schulte-Marin, 2018).

Eine gemeinsame Sprache und damit semantische Interoperabilität kodierter Informationen in elektronischen Patientenakten ist Grundlage für die Bewertung und Verbesserung von Patientensicherheit und die optimierte Prozesssteuerung des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen (D'Agostino et al., 2012; Schulte-Marin, 2018; VanDeVelde-Coke et al., 2012). Ebenso ist dies die Grundlage, um den Pflegebedarf und damit erforderliche Pflegepersonalressourcen einschätzen zu können (Wieteck & Kraus, 2016; Wilson et al., 2011).

Auch im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) wurde aufgezeigt, dass die pflegerische Datengrundlage unzureichend ist und entsprechende erste gesetzliche Datengrundlagen geschaffen werden sollen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Die Standardisierungsbestrebungen in deutschen Krankenhäusern stecken im Vergleich zu den Entwicklungen in anderen Ländern ebenfalls in den Kinderschuhen (Anderson & Hannah, 1993; Eberl & Bartholomeyczik, 2010; Hübner et al., 2015; Karpiuk, Delaney, & Ryan, 1997) und eine Förderung der Bemühungen ist gerade in der Pflege zu forcieren. Denn klar ist, dass der Einsatz von standardisierten Assessments und Pflegeklassifikationssystemen eine der zentralen Kerngrößen im Bereich der Nutzen-generierung von elektronischen Patientenakten sein wird (Haas, 2005) und eine entscheidende Rolle bei der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation hat. Zudem werden Daten benötigt, um Pflegeaufwände einzuschätzen oder Daten zur Beantwortung von Fragestellungen im Kontext der Pflegeforschung zu beantworten (Bartholomeyczik, 2000; Milani et al., 2013; Saranto, Moss, & Jylha, 2010; Tanttu, 2006; Trofino, 1989; van Grunsven et al., 2006).

Dabei stellen Assessmentinstrumente unabhängig davon, ob als Score (z. B. Barthel-Index) oder als strukturierte Pflegeanamnese (z. B. das pflegerische Basis-Assessment, kurz BAss) die Grundlage für die pflegerische Entscheidungsfindung dar (Bartholomeyczik & Hunstein, 2006). Erst mit Hilfe einer systematischen Pflegebedarfseinschätzung und Risikobeurteilung kann der nachfolgende Pflegeprozess und die Maßnahmenplanung erfolgversprechend realisiert werden. Nachteile der heterogenen Assessment- und Anamneselandschaft in deutschen Krankenhäusern liegen auf der Hand. Hürden im Entlass-Management (Schulte-Marin, 2018), Informationsverluste bei Verlegungen, massive Doppeldokumentation durch die Nutzung verschiedener Assessments und Anamneseblätter in Kliniken mit inhaltlichen Überschneidungen und keinem Mehrge-winn an Informationen für den pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess. Nicht zu unterschätzen sind auch die fehlenden Anreize an Softwarehersteller, semantische Interoperabilität im Bereich der Pflegesoftware zu unterstützen. Problem sind auch die Kosten für Lizenzen von Assessments und die teilweise schwierigen Verfahren, um die Nutzung von sinnvollen Assessmentinstrumenten abzuklären. Es gibt nur wenige lizenzfreie Assessmentinstrumente, bei zahlreichen Assessmentinstrumenten sind die Urheberrechte nicht zu klären.

Eine Hauptursache der empfundenen pflegerischen Dokumentationsaufwände sind die nicht systematisch eingeführten Dokumentationsverfahren. Hier bieten gerade Ansätze wie das BAss, die von den Mitgliedern der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. (FG) verfolgt werden, enorme Potenziale zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Nach dem Motto, eine Information z. B. über die Bewegungsfähigkeit wird nur einmal erhoben und nur bei Veränderung aktualisiert, kann aber mehrfach genutzt werden.

Dieser Prämisse folgen auch bereits andere verbreitete Assessmentinstrumente wie z. B. ePA-AC®. Vor diesem Hintergrund haben sich die Mitglieder der FG dazu entschieden, einen ersten Schritt in Richtung des standardisierten pflegerischen Basis-Assessment zu gehen, welches die pflegerisch relevanten Patientenzustände und Risiken erfasst.

An dieser Stelle ist zunächst eine Begriffsklärung wichtig. Denn die FG definiert mit dem Begriff Pflegeassessment die Einschätzung pflegerelevanter Variablen und Phänomene zum Zweck der Bewertung des Patientenzustandes und der Ableitung des Pflegebedarfes des Patienten (Reuschenbach, 2011). Das BAss erfasst also erste zentrale Patientenzustände, Risiken und Überwachungsbedarfe im akuten Setting bei erwachsenen Patienten. Das BAss für Kinder ist in Entwicklung und wird Ende 2018 zur Verfügung

stehen. Werden dabei Einschränkungen oder Risiken wahrgenommen und dokumentiert, ist für die weitere Entscheidungsfindung unter Umständen eine weitere Spezifizierung erforderlich. Hier können Kliniken ihre jeweiligen eingesetzten Verfahren nutzen. Darüber hinaus ist zur Reduzierung von Doppeldokumentation darauf geachtet worden, dass bereits für Kliniken relevante Assessments aus dem BAss automatisiert abgeleitet werden können. Dieses ohne den Bedeutungsumfang der jeweiligen Assessments zu beeinflussen.

Nachfolgend wird auf die von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) aufgeführten Kritikpunkte eingegangen. Dem Leser soll damit die Möglichkeit angeboten werden, die Sachlage objektiv zu bewerten und damit Aussagen, die aus unserer Sicht auf Fehlannahmen basieren, zu korrigieren. Zudem möchten wir dem Leser die Chance eröffnen, die Güte des Instrumentes selbst zu bewerten.

Was sind die Kritikpunkte der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) am entwickelten BAss?

Die Kritikpunkte werden immer im grau hinterlegten Aufzählungspunkt formuliert. Danach folgt die Klärstellung und Kommentierung der FG.

1 Es besteht die Sorge, dass das BAss wissenschaftlich fundierte Instrumente, wie den Barthel-Index (BI), den erweiterten Barthel-Index (eBI) und die Braden-Skala ersetzen könnte.

Dieses ist nicht der Fall: Das BAss befüllt in einer elektronischen Patientenakte das Assessment BI und eBI automatisiert, basierend auf der pflegfachlichen Einschätzung der Pflegeperson, welche die Einschätzungsergebnisse mit BAss-Items dokumentiert. Entsprechend der Auslegungsbestimmungen des Hamburger Manuals zum BI und eBI (Lübke, 2004) wurde zwischen den relevanten BAss-Items ein Mapping¹ realisiert, welches sicherstellt, dass der Bedeutungsumfang der BI- und eBI-Items eins-zu-eins erhalten bleibt. Gleiches gilt auch für die Papierversion des BAss.

Wie dem Antrag zum OPS „1-776 Standardisierte pflegerisches Basisassessment Akut“ beim DIMDI durch die Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. zu entnehmen ist, handelt es sich zudem um ein Assessment für die Akutpflege. Es ist also gar nicht vorgesehen, das BAss in der Geriatrie einzusetzen.

1 OPS Antrag 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment Akut

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

Abbildung 1: Auszug aus dem Antragsverfahren der Fachgesellschaft 2018

Auch wenn das BAss die fehlende Operationalisierung des BI und eBI in der Pflegepraxis für eine einheitliche Nutzung und Auslegung der beiden Assessmentinstrumente unterstützen könnte. Einer der Kritikpunkte am BI und eBI, siehe hierzu Anhang 1.

2 Die Teilaspekte des Barthel-Index (BI) weisen verschiedene Skalierungsstufen auf und können nicht so einfach auf eine 4-stufige Skalierung des BAss überführt werden.

Hintergründe zum durchgeführten Mapping: Das Mapping zum BI und eBI wurde von zwei Ratern durchgeführt, einer Pflegeexpertin und einem Gerontologen. Beide Mappings wurden unabhängig voneinander durchgeführt. Dabei hat es eine sehr hohe Übereinstimmung der Mapping-Ergebnisse gegeben. Bei fünf Items aus den beiden Assessments BI und eBI haben sich die Mappingergebnisse mit dem BAss unterschieden. Diese wurden in der Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft mit einer Expertengruppe der Fachgesellschaft diskutiert und konsentiert. Um ein 1:1-Mapping bezogen auf den Bedeutungsumfang der Assessment-Items des Früh-Reha-Barthels zu ermöglichen, wurde das BAss an einigen Stellen nochmals angepasst. Bei den Instrumenten BI und eBI war dieses nicht erforderlich. Auch die Mappings zu den anderen Assessments sind ebenso sorgfältig und nach pflegewissenschaftlichen Vorgehensweisen realisiert worden.

Wie funktioniert das Mapping? Dieses soll an einem Item exemplarisch vorgestellt werden. Es ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass jeder herzlich eingeladen ist, sich im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses an einer erweiterten geplanten Interrater-Reliabilitätsprüfung des Mappings zu beteiligen.

Ein Beispiel aus dem BI:

Sich Waschen 5 oder 0 Punkte
5 = vor Ort komplett selbstständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0 = erfüllt „5“ nicht.
(Lübke, 2004)

¹ Es gibt verschiedene Arten von Verbindungen von Wörtern, Begriffen oder Konzepten zwischen zwei Terminologien: Eine Eins-zu-eins-Verbindung ist die idealste Verbindung beim Mapping. Neben der Eins-zu-eins-Beziehung einer Mapping-Relation (Verbindung), die auf einer „one-way-basis“ gründet. Es gibt auch Mappings bei der einen hierarchischen Relation (n:1) realisiert wird, die durch das Mapping von Begriffen auf einem höheren Aggregationsniveau entsteht. Autoren differenziert hier zusätzlich zwischen zwei Möglichkeiten, „many-to-one“- und „one-to-many“-Verbindungen zwischen den Terminologien/Assessment-Items. Beim BAss Mapping wurde ein „many-to-one“-Mapping realisiert. Dabei wurde sichergestellt, dass der Bedeutungsumfang des BI und eBI exakt eingehalten wurde.

Mapping von Terminologien ist ein standardisiertes Verfahren, das entsprechenden Regeln unterliegt. Abhängig vom Ziel des Mappings und der Beschaffenheit der Daten, die gelinkt werden sollen, sind die Mapping-Regeln zu entwickeln. Der Mapping-Prozess beginnt mit der Heuristik und Richtlinienentwicklung, die den Forschungsprozess unterstützen. Bei der Entwicklung des Mapping-Verfahrens und den -richtlinien sind die Konventionen und Ziele der Quellterminologie zur Bewahrung der Granularität und Flexibilität zu beachten. Die Mapping-Methoden weichen wegen der beabsichtigten Nutzung voneinander ab (Wietek, 2007).

Da aus pflegfachlicher Sicht der BI-Items keine Pflegehandlung bzw. -bedarf abgeleitet werden kann ist dieser Bereich im BAss differenzierter ausgeführt. Die differenzierten Zustandsbeschreibungen betreffen folgende Teilqualitäten einer Körperpflege:

- Oberkörper waschen können
- Körperpflege im Bereich des Kopfes (z. B. Zähneputzen, Haare kämmen usw.)
- Intimbereich waschen können

Zu den drei Punkten stuft die Mitarbeiterin die Fähigkeiten des Patienten auf einer 4-er Skalierung des BAss ein.

Dabei ist in der Operationalisierung des BAss zu lesen, wie die Einschätzung auszulegen ist:

Selbstständig = kann sich den Oberkörper/Intimbereich/Körperpflege im Bereich des Kopfes selbst waschen, mit oder ohne Bereitstellung der Pflegeutensilien und/oder Begleitung in das Bad = BI 5

Überwiegend selbstständig = Kann nur einzelne Körperteile unter Darreichung von Waschutensilien waschen/abtrocknen oder Kann sich aufgrund beeinträchtigter Handlungsplanung nur unter punktueller Aufforderung selbst waschen BI 0

Überwiegend unselbstständig = Kann sich nur geringfügig beteiligen aufgrund massiver Bewegungseinschränkungen = BI 0

Unselbstständig = Kann sich den Oberkörper nicht selbstständig waschen. = BI 0

Die drei Teilfähigkeiten „Oberkörper waschen können“, „Körperpflege im Bereich des Kopfes durchführen“ und den „Intimbereich waschen können“ werden zusammen betrachtet. Ist bei einem der Teilaspekte des BAss ein BI=0 hinterlegt wird im Mapping die Barthel-Einschätzung für den Bereich „sich waschen“ mit dem Punktwert 0 getriggert. Damit entspricht das Mapping exakt der Auslegung des BI und eine zweistufige Skalierung kann ohne Validitätseinbußen des BI-Ergebnisses in eine vierstufige Skalierung überführt werden.

3 Es fehlt eine fundierte Begründung, warum in allen Klinikbereichen eine standardisierte Assesmenterhebung erforderlich ist.

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, ist eine Digitalisierung nur mit entsprechender semantischer Interoperabilität zielführend bezogen auf die Datennutzung, Qualitätsbewertung und Prozesssteuerung (Haas, 2005). Auch die DGG versucht mit dem Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)² (Borchelt, Vogel, & Steinhagen-Thiessen, 1999; Lubke & Meinck, 2008) über Benchmarking die Daten für die Beantwortung unterschiedlicher Fragestellungen zu nutzen. An dieser Stelle sei vermerkt, dass die validen und reliablen Elemente des „Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)“ auf die genutzten Assessments fokussiert bleiben (Charité Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin (EGZB) Medizinische Fakultät der Charité - Universität Berlin, 2003). Einer ähnlichen Logik folgt auch das BAss und es stellt sich die Frage, ob Validitäts- und Reliabilitätskriterien bei der Zusammenstellung von Anamnesedaten und Assessments im Sinne einer Testbatterie den gleichen Anforderungen der Gütekriterien unterliegen wie standardisierte Assessmentinstrumente, hier z. B. der BI. Auch sei angemerkt, dass es bei den Instrumenten BI und eBI einige Einschränkungen gibt. Siehe hierzu Anhang 1. Zudem ist anzumerken, dass der Informationsgehalt des BI und eBI nicht ausreicht, um den Pflegebedarf abzuleiten. Dieses Defizit können der BAss und weitere Schritte im pflegediagnostischen Prozess beheben.

Zentrale Fragestellungen der Pflege sind aktuell die Beurteilung von Fallschwere und des ableitbaren Pflegepersonalbedarfs. Künftig sind aber auch Qualitätsfragen bedeutend. Es ist deutlich, dass z. B. im Bereich der Risikoadjustierung des aktuell einzigen Qualitätsindicators „Pflege Dekubitusprophylaxe“ (IQTiG) zentrale Informationen fehlen, um von einer soliden und robusten Adjustierung sprechen zu können (Insitut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (Ed.), 2017). Es gibt aus pflegfachlicher und -wissenschaftlicher Perspektive eine ganze Reihe von Gründen, die eine Standardisierung zwingend erfordern, um die Profession und den Wissenstand von Pflege weiter entwickeln zu können. Diese sind Grundvoraussetzung, um eine nachhaltige Entwicklung der Profession sowie die Attraktivität des Pflegeberufes zu sichern (Wieteck, 2018).

² Siehe auch: http://www.gemidas.geriatrie-web.de/Files/GemidasV41s_Definition.pdf und <https://www.bv-geriatrie.de/verbandarbeit/gemidas-pro>

4 Die Auswahl der Items des BAss und die inkludierten Assessments (NBA, BI usw.) sind unklar.

Neues Begutachtungs-Assessment (NBA), BI, eBI und Frührehabarthel können mit dem BAss generiert werden. Diese Assessmentinstrumente wurden gewählt, da sie aktuell eine Relevanz im G-DRG-System haben. Der NBA hat eine hohe Bedeutung im Kontext der Einschätzung des Pflegebedürfnisses und damit eines poststationären Versorgungsbedarfs. Diese Einschätzung ist eine bedeutende Grundlage im Rahmen des standardisierten Entlass Managements.

Darüber hinaus ist das Erkennen einer Pflegebedürftigkeit für die Kodierung des OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit bedeutend. Dieser OPS ist seit 2018 erlösrelevant. Im OPS-Text heißt es:

Info: Diese Codes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des §14SGBXI pflegebedürftig und gemäß §15SGBXI einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code [9-984.b](#) anzugeben. Wurde eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus [9-984.6](#) bis [9-984.9](#) zusätzlich der Code [9-984.b](#) anzugeben

Die U50* und U51* haben seit 2017 eine CCL-Bedeutung auch außerhalb der Geriatrie erhalten. Daher sind Kliniken daran interessiert, den BI und eBI auch in der Akutklinik zu erheben. Diese reine und zusätzliche Erhebung des BAss im akuten Bereich macht aus pflegefachlicher Perspektive sowie angesichts des fehlenden Informationsgehaltes zur pflegerischen Entscheidungsfindung keinen Sinn. Daher der Lösungsansatz des BAss.

Die anderen Assessments wurden vor dem Hintergrund der Verbreitung in den Kliniken ausgewählt. Zum Beispiel die **Braden-Skala** ist immer noch die am häufigsten eingesetzte Skala zur Ermittlung eines Dekubitusrisikos.

Daneben sind zahlreiche weitere Items aufgenommen worden. Die Auswahl der Items basierte im ersten Schritt auf einer Analyse der Nutzung von Anamnese-Items und Assessmentinstrumenten, welche in elektronischen Patienten-Akten von den Kliniken genutzt werden. Hierzu wurden die genutzten IDEA-Items von Kunden analysiert. Dabei handelt es sich um eine standardisierte Anamnesedatenbank für elektronische Patientenakten, für pflegerische Daten, welche seit 25 Jahren die relevanten Items für pflegerische Anamnesen sammelt und evaluiert. Die Anamneseeinstellungen, also die krankenhausindividuellen ausgewählten Items der Pflegeanamnesen wurden ausgewertet. Die am häufigsten vorkommenden Items in den verschiedenen Settings wurden im Rahmen des Expertengremiums der Mitglieder der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. diskutiert und konsentiert. Es haben Testungen in mehreren Kliniken stattgefunden.

Das BAss ist im Vorschlagswesen des DIMDI 2019 eingebracht worden. Das BAss hat vom Entwicklungsansatz her sehr viel Ähnlichkeit mit dem „Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)“ (siehe Datensatz Abb. 2). Der Unterschied ist nur, dass die Assessments und Items für den Entscheidungsfindungsprozess der pflegerischen Versorgung ausgewählt wurden und daraus der Pflegebedarf abgeleitet werden kann.

- Stammdaten
 - Geburtsjahr, Geschlecht, Wohnregion
 - Lebenssituation:
 - lange alleinlebend / seit kurzem alleinlebend
 - mit rüstigem Partner / mit hilfsbedürftigem Partner
- Administrative Rahmendaten
 - Behandlungsform: voll-/teilstationär
 - Aufnahme- und Entlassungsdatum
 - Anzahl Behandlungstage, Vorverweildauer mittelere Erstaufnahmedatum
 - aktueller und ursprünglicher Herkunftsort, veranlassende Stelle ggfs. mit Fachabteilung
 - Entlassungsart ggfs. mit teilstationärer Weiterbehandlung
- Morbiditätsprofil
 - Hauptdiagnose und Nebendiagnosen nach ICD-10 gemäß Deutschen Kodierrichtlinien
 - letztes Akuteignis, letztes OP-Datum
 - ggfs. Verlegungsdiagnose nach ICD-10
- Geriatrische Komplexbehandlung
 - Prozedurenenerfassung nach OPS-301 gemäß Deutschen Kodierrichtlinien
 - optional ergänzend nach geriatrischem Zusatzkatalog "OPS-G"
- Selbsthilfefähigkeit
 - Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung
 - ambulante Hilfen vor Aufnahme und nach Entlassung
- Pflegebedürftigkeit
 - PPR-Einstufung bei Aufnahme und vor Entlassung
- Mobilität
 - Timed "Up & Go" bei Aufnahme und vor Entlassung
- Kognitiver Aufnahmezustand
 - Mini-Mental-State-Examination (MMSE) bei Aufnahme
 - ggfs. ärztliche Einschätzung

Abbildung 2: Inhalte des Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)

5 Der Mehrwert des BAss wird nicht erkannt und als aufwändig empfunden.

Aktuell werden in den meisten Kliniken Anamnesen und unterschiedlichste Assessments nebeneinander ausgefüllt, dabei kommt es zu Doppelerhebungen gleicher/ähnlicher Informationen über den Patienten. Der zentrale Mehrwert des BAss ist in der Reduktion der Doppeldokumentation zu sehen. Zudem bietet das BAss eine Systematik, um die verschiedenen unter Punkt 4 aufgezeigten Assessments zu triggern und deren Ergebnisse im Rahmen der G-DRG-Kodierung zu nutzen.

An einem Beispiel wird die aktuelle Dokumentationspraxis einer Klinik illustriert. Die Erkenntnisse basieren auf der Analyse in den Kliniken der Mitglieder der Fachgesellschaft sowie Veröffentlichungen zum Thema pflegerischer Assessments.

In der Abbildung 3 sind die eingesetzten Assessments einer Klinik abgebildet. Die inhaltliche Analyse ergab, dass die Mobilitätseinschätzung an drei Orten auf drei verschiedenen Dokumenten realisiert wird. Die Formulierung der verschiedenen Einschätzungs-Items zur Mobilität ist teilweise etwas unterschiedlich, allerdings im Bedeutungsumfang ähnlich bis gleich. In Zukunft sollen im BAss diese drei Einschätzungen zusammengeführt und mit einer Bewertung der Mobilität realisiert werden. Die Assesmentergebnisse werden in der Software in den jeweiligen Assessments automatisiert über das Mapping realisiert.

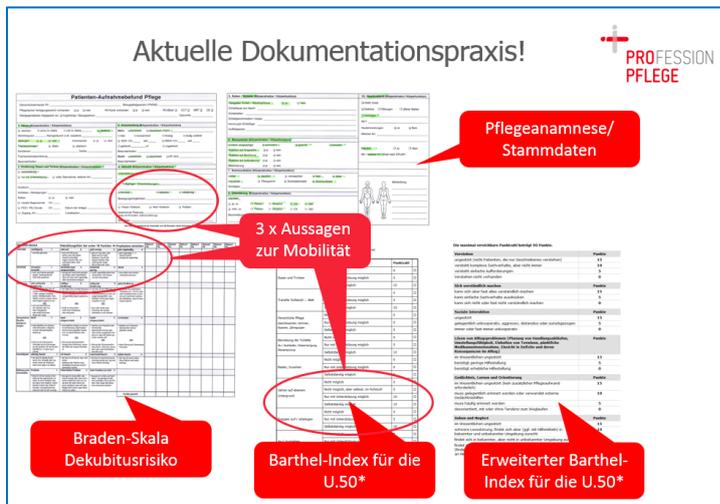


Abbildung 3: Bisherige Dokumentationspraxis einer Einrichtung

Mit der Einführung des BAss lässt sich die Doppeldokumentation gleicher Sachverhalte radikal abbauen und dadurch widersprüchliche Aussagen vermeiden. Dieses ist insbesondere bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) von hoher Bedeutung. Die Sorge der DGG kann nicht geteilt werden.

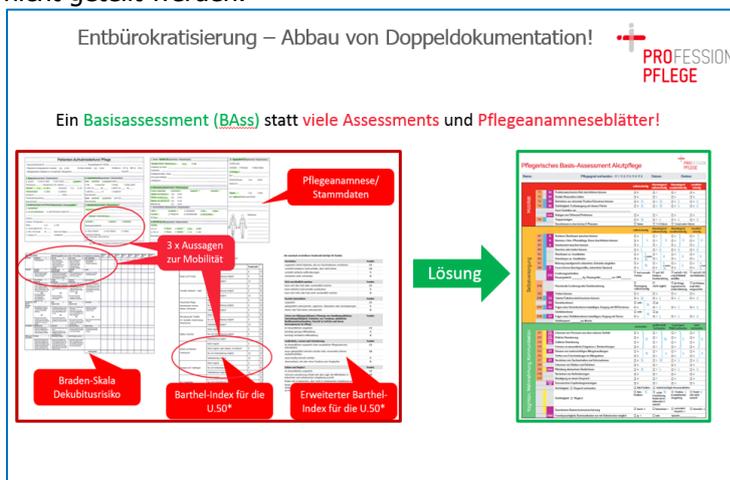


Abbildung 4: Abbau der Doppeldokumentationen

6 Eine wissenschaftliche Validierung des BAss ist nicht erfolgt.

Grundlage der Entwicklung des BAss war zunächst eine Datenbankabfrage einer seit 25 Jahren (RECOM IDEA-Datenbank) entwickelten standardisierten Sammlung von möglichen Anamnese-Items in den verschiedenen Settings der Pflege. In den Akutkliniken wurde abgefragt, welche Items bezogen auf Häufigkeit in jedem Fachbereich von den Kliniken ausgewählt wurden. Hierzu wurden mehrere 1.000 Fälle aus 40 Kliniken ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde eine möglich Item-Sammlung eines Basis-Assessments erstellt.

Die Assessment-Instrumente, welche das BAss zum Abbau der Doppeldokumentation inkludiert, wurden bereits erklärt. Hierdurch hat sich die Item-Sammlung erneut verändert. Diese BAss-Items wurden von den Experten der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. konsentiert. Nach einem Probelauf in mehreren Kliniken wurden die Items erneut angepasst.

Bei Begutachtung der Item-Auswahl wurde deutlich, dass die ersten vier Module des NBA für den Akutbereich der Kliniken von hoher Relevanz sind. Daher wurde entschieden, diese Elemente unverändert im BAss aufzunehmen und nur die Restbereiche basierend auf den Datenauswertungen und Konsensrunden zu ergänzen.

Die NBA-Module sind mit ihren Gewichtungen bereits wissenschaftlich entwickelt und evaluiert (GKV-Spitzenverband, 2011, 2015; Rothgang et al., 2015). Die pflegerische Bedeutung wurde bereits aufgezeigt.

Zudem wurden die BAss-Items zur Evaluierung mit vergleichbaren Instrumenten gemappt. Es hat sich gezeigt, dass die Dimensionen des BAss in weiten Bereichen mit denen des ePA-AC übereinstimmen. Die Wortwahl und die Skalierung ist anders gewählt und orientiert sich am NBA. Zudem sind einige Items im Rahmen des Mappings zu den aufgeführten Assessmentinstrumenten BI, eBI usw. aufgenommen worden, ohne eine Veränderung des Bedeutungsumfanges sicherzustellen. Die hohe Übereinstimmung der beiden Basis-Assessments können als Gütekriterium gewertet werden. Eine Veröffentlichung über die statistischen Maße steht noch aus.

Die Mappings zu den Assessments, welche im BAss aufgehen, wurden nach wissenschaftlichen Kriterien realisiert. Das Mapping wurde grundsätzlich durch zwei Rater unabhängig voneinander durchgeführt. Die Übereinstimmung der durchgeführten Mapping-Ergebnisse wurde bewertet. Die Differenzen wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und konsentiert. Teilweise wurden die BAss-Items angepasst.

7 Die Auswahl der Fragen zu „Risiken/Prävention“ und „Zuständen mit Überwachungsbedarf“ vermengt die Dokumentation von Inhalten der Pflegeanamnese mit der Durchführung von Assessments.

Diese Feststellung ist richtig und lässt sich wie folgt erklären.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Fachgesellschaft den Begriff Assessment analog dem englischen Sprachgebrauch nutzt. Also sowohl anamnestische Daten als auch Assessment-ergebnisse im Sinn eines Scores darunter verstanden werden. Ziel ist es, die Anamnesen und Assessments zu harmonisieren und Doppeldokumentation abzubauen.

8 Die Aussage, dass kein Bedarf besteht, die poststationäre Pflegebedürftigkeit einzuschätzen ist schlichtweg falsch.

So sind Kliniken im Rahmen des Entlass-Managements seit dem 01.10.2017 verpflichtet, einen möglichen poststationären Versorgungsbedarf zu erkennen und rechtzeitig zu melden. Abgesehen davon, sind die im NBA-Modul 1 bis 4 beschriebenen Aspekte zum körperlichen und kognitiven Zustand des Betroffenen essenziell, um eine adäquate pflegerische Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

9 Die DGG vertritt die Meinung, dass Assessmentinstrumente nur zur Beurteilung der Patientenzustände und -eigenschaften, sowie der interdisziplinären Therapieplanung dienen. Diese seien nicht für die Personalaufwandsdarstellung vorgesehen.

Hier verweisen wir auf die internationale Literaturanalyse, welche deutlich aufzeigt, dass Patientenzustände ein zentrales Element im Rahmen der Pflegeaufwandsbewertung sind. In der Literatur werden multidimensionale Ansätze zur Pflegepersonalbedarfsmessung empfohlen (Wieteck & Kraus, 2016). So

wie dieses auch von der FG vorgesehen ist. Siehe hierzu das Konzept zur Pflegepersonalbedarfsbemessung (Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018). Vor dem Hintergrund des PpSG wird es sehr bedeutend, künftig weitere differenzierte Indikatoren der Pflege in das G-DRG-System einzubringen, um die Pflegeerlöskataloge zu beeinflussen und damit die Pflegebudgetverhandlungen als auch Pflegepersonalquotienten so zu beeinflussen, dass eine adäquate Pflegepersonalbudgetverhandlung unterstützt werden kann.

10 Die DGG vertritt die Meinung, dass die Weiterentwicklung des BAss gegen eine Aufnahme in das G-DRG-System spricht.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass Aktualisierungen und Veränderungen im jährlichen Vorschlagsverfahren regelhaft stattfinden.

11 Bezogen auf die Aussage in der Stellungnahme der DGG, die FG „behauptet, dass eine Digitalisierung und Nutzung von e-Health erst über die Einführung des BAss ermöglicht würde ...“

Unzweifelhaft ist, dass Vorgaben zum Einsatz vom Assessment die Implementierung in Softwareprodukten fördern und Daten über diesen Weg zur Verfügung stehen. Es ist unverständlich, dass die DGG selbst Assessments vorgibt, ein geriatrisches Minimum Data Set festlegt und gleichzeitig verhindern möchte, dass pflegerische Daten und Assessments eingesetzt und erhoben werden. Es ist allen zweifellos klar geworden, dass die Datenlage zur Pflege miserabel ist und die Risikoadjustierung bei den Qualitätsindikatoren Dekubitus verbesserungswürdig ist. Hier kann das BAss, wie auch der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) unterstützen, die Qualität zu verbessern und zu verstehen. Zudem sind die Daten des BAss Grundlage einer pflegerischen Entscheidungsfindung. Ob diese in jeder Klinik individuell gestaltet und erhoben werden oder standardisiert sind, ist dabei unerheblich und stellt keinen Mehraufwand dar. Es handelt sich schlichtweg um eine im Umfang reduzierte und standardisierte Pflegedokumentation.

12 Fazit

Pflegeexperten sind sich einig, dass Pflege künftig differenziertere Informationen über die Patientenzustände und die Fallschwere braucht. Gleichzeitig ist eine Entbürokratisierung der Pflegedokumentation erforderlich. Daher ist es sinnvoll, die bisherigen Informationen aus Pflegeanamnese und unterschiedlichsten Assessments und Anforderungen z. B. an ein systematisches Entlass-Management in ein einziges pflegerisches Basis-Assessment, vergleichbar dem Geriatrischen Minimum-Dataset, zu überführen. Mit dem im Bundeskabinett verabschiedeten PpSG wird es künftig noch bedeutender sein, Unterschiede in der Fallschwere der Patienten abzubilden und in Verbindung mit der Pflegepersonalbesetzung sichtbar zu machen. Ansonsten werden die Pflegepersonalbudgetverhandlungen schwierig werden. Zudem werden weitere Grundlagen für das Benchmark pflegerischer Versorgungsqualität benötigt. Hier spielen die Daten zur Fallschwere ebenfalls eine entscheidende Rolle zur Risikoadjustierung.

Wir wünschen uns einen konstruktiven fachlichen interdisziplinären Diskurs, aber wir verweisen darauf, dass die Belange der Pflege den Fachexperten der Pflege vorbehalten bleiben müssen. Nur Pflegende können beurteilen, welche Daten benötigt werden, um einen Patienten fachlich, sicher und evidenzbasiert zu behandeln und zu therapieren.

Mit dem BAss steht erstmals ein lizenzfreies Anamnese-Assessment-Tool für die Akutklinik zur Verfügung, welches bereits jetzt von Kliniken rege nachgefragt wird und ebenfalls bereits außerhalb von Deutschland zum Einsatz kommt.

Wir würden uns gerne über die Interessen, Ängste und Sorgen austauschen, die hinter der ablehnenden Haltung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. stehen. Wie bereits aufgezeigt, ist das Geriatrische Minimum Data Set nicht gefährdet.

Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.

Quellen

- Anderson, B. & Hannah, K. J.** (1993). A Canadian Nursing Minimum Data Set: A Major Priority. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 6(2), pp. 7-13.
- Bartholomeyczik, S.** (2000). Pflegediagnosen aus einer Perspektive der Pflegewissenschaft. In B. S. Etzel (Ed.), *Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version)*. Entwicklung in der Diskussion. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammerverlag, pp. 53-70.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D.** (2006). Positionspapier Standardisierte Assessmentinstrumente - Möglichkeiten und Grenzen. *PrInterNet*, (5), 315-317. Retrieved from http://www.epa-cc.de/files/content/Downloads/Bartho_Hunstein_2006_Assessmentinstr.pdf (Accessed: 01.08.2018).
- Borchelt, M., Vogel, W., & Steinhagen-Thiessen, E.** (1999). Das Geriatrie Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(1), pp. 11-23. doi: 10.1007/pl00007912
- Bundesministerium für Gesundheit.** (2018). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz - PpSG). Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf (Accessed: 01.07.2018).
- Charité Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin (EGZB) Medizinische Fakultät der Charité - Universität Berlin.** (2003). Verbundprojekt "GEMIDAS-QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung". Retrieved from http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/GemidasQM_280803s.pdf (Accessed: 01.08.2018).
- D'Agostino, F. et al.** (2012). [Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set]. *Prof Inferm*, 65(2), pp. 103-109.
- Eberl, I. & Bartholomeyczik, S.** (2010). Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adaptionsprozess des Instruments. *Pflege*, 23(5), pp. 309-319. doi: 10.1024/1012-5302/a000064
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.** (2018). Konzept zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus. Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/neuigkeiten/Pflegepersonalbemessungskonzept.pdf> (Accessed: 01.08.2018).
- GKV-Spitzenverband** (Ed.). (2011). *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 3. Hürth: CW Haarfeld GmbH.
- GKV-Spitzenverband** (Ed.). (2015). *Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 12. Hürth: CW Haarfeld GmbH.
- Haas, P.** (2005). *Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakten*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hübner, U. et al.** (2015). IT-Report Gesundheitswesen, Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter. *Schriftenreihe der Hochschule Osnabrück Deutschland*. Retrieved from http://l4asrv-1.wi.hs-osnabrueck.de/joomla2/phocadownload/it_report_2015_pflege_im_informationszeitalter_web.pdf (Accessed: 19.01.2016).
- Insitut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (Ed.).** (2017). Qualitätsreport 2016. Retrieved from https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Qualitaetsreport-2016.pdf (Accessed: 17.05.2018).
- Karpiuk, K. L., Delaney, C. W., & Ryan, P.** (1997). South Dakota statewide Nursing Minimum Data Set Project. *Journal of Professional Nursing*, 13(2), pp. 76-83.
- Lübke, N.** (2004). Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/hamburger-manual-nov2004.pdf> (Accessed: 22.06.2016).
- Lubke, N. & Meinck, M.** (2008). Aktuelle Bestandsaufnahme externer Qualitätssicherungsverfahren im Bereich geriatrischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47(1), pp. 39-48. doi: 10.1055/s-2007-991139
- Milani, A. et al.** (2013). Oncology Nursing Minimum Data Set (ONMDS): can we hypothesize a set of prevalent Nursing Sensitive Outcomes (NSO) in cancer patients? *Ecancermedicalscience*, 7, pp. 345. doi: 10.3332/ecancer.2013.345
- Reuschenbach, B.** (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Eds.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente*. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis. Bern: Huber, pp. 27-47.
- Rothgang, H. et al.** (2015). Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS). Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Pflege_EViS-Endbericht_mit_Anhang_05-2015.pdf (Accessed: 11.11.2016).
- Saranto, K., Moss, J., & Jylha, V.** (2010). Medication counseling: analysis of electronic documentation using the clinical care classification system. *Studies in Health Technology and Informatics*, 160(Pt 1), pp. 284-288.
- Schulte-Marin, V.** (2018). Entlassung mit Hürden. *f&w*, (5), 442 ff. Retrieved from <https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/fw/heftarchiv/ausgabe/artikel/fw-2018-5-ambulant-auf-dem-land/35220-entlassung-mit-huerden/> (Accessed: 01.08.2018).
- Tanttu, K.** (2006). Nationally Standardized Electronic Nursing Documentation in Finland by the end of 2007. In H.-A. P. e. al. (Ed.), *Consumer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People*. Turku/Finland: IOS Press, pp. 540-541.
- Trofino, J. A.** (1989). *A study of the consistency of nursing care hours and patient length of stay per DRG category in selected Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations as measured by diverse patient classification systems*. (COLUMBIA UNIVERSITY TEACHERS COLLEGE) **1988; ED.D. 205 p.
- van Grunsven, A. et al.** (2006). Developing an Integrated Electronic Nursing Record Based on Standards. *Stud Health Technol Inform*, 122, pp. 294-297.
- VanDeVelde-Coke, S. et al.** (2012). Measuring Outcomes of Nursing Care, Improving the Health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nursing Leadership*, 25(2), pp. 26-37.
- Wieteck, P.** (2007). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways): ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation*. (Dissertation zur Erlangung des akademischen grades Doctor rerum medicinalium), Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin.
- Wieteck, P.** (2018). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen, Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie*: Springer Verlag.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.
- Wilson, S. et al.** (2011). The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(2), pp. 97-121. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00209.x