

Expertise

Prüfung der Konformität des epa-LEP-Prozesses
mit den gesetzlichen Anforderungen an eine
Pflegeprozessdokumentation gemäß GuKG § 5

Ergebnisbericht

Im Auftrag der LEP AG und der ePA-CC GmbH

Expertise

Prüfung der Konformität des epa-LEP-Prozesses mit den gesetzlichen Anforderungen an eine Pflegeprozessdokumentation gemäß GuKG § 5

Ergebnisbericht

Autorin:

Elisabeth Rappold

Fachliche Begleitung:

Alexander Hornegger (SALK)

Christoph Kapeller (Vinzenz Gruppe)

Stefan Kast (Ordensklinikum Linz, BHS)

Claudia Oberdorfer (KABEG)

Stefanie Reisenhofer (KAGES)

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberinnen wieder.

Wien, im Mai 2020

Im Auftrag der LEP AG und der ePA-CC GmbH

Zitiervorschlag: Rappold, Elisabeth (2020): Expertise. Prüfung der Konformität des epa-LEP-Prozesses mit den gesetzlichen Anforderungen an eine Pflegeprozessdokumentation gemäß GuKG § 5. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P2/4/5170

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Beratungs GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Inhalt III

Abbildungen.....	IV
Abkürzungen.....	V
1 Einleitung	1
2 Fragestellungen	1
3 Methodisches Vorgehen.....	2
4 Fachliche Grundlagen	3
4.1 Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation und des Pflegeprozesses in Österreich	3
4.2 epaAC, epaKIDS, epaLTC und epaPSYC	4
4.3 LEP Nursing 3	9
4.4 ISO-Referenzterminologiemodell	12
5 Ergebnisse der Analyse	15
6 Ausblick	23
Literatur	24
Online verfügbare Literatur	26

Abbildungen

Abbildung 4.1:	Leistungen mit und ohne Fallzuordnung.....	10
Abbildung 4.2:	Detaillierungsgrade von LEP-Nursing 3	11
Abbildung 4.3:	Grafische Darstellung der Anforderungen an eine Pflegediagnose gemäß ISO 18104:2014	13
Abbildung 4.4:	Grafische Darstellung der Anforderungen an eine Pflegehandlung gemäß ISO 18104:2014	14
Abbildung 5.1:	Linearität in der Pflegeprozessdokumentation durch Anwendung der epa-Methode.....	17

Tabellen

Tabelle 4.1:	Kategorien der epaAssessments	5
Tabelle 4.2:	Nachgelagerte Fokusassessments.....	6
Tabelle 4.3:	Schematische Darstellung der linearen Verläufe im Rahmen der epa-Methode	9

Abkürzungen

BESA	Bewohnerinneneinstufungs- und -abrechnungssystem
bzw.	beziehungsweise
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege
epa	ergebnisorientiertes Pflegeassessment
epaAC	ergebnisorientiertes Pflegeassessment Acute Care
epaKIDS	ergebnisorientiertes Pflegeassessment Kids
epaLTC	ergebnisorientiertes Pflegeassessment Long-term Care
epaPSYC	ergebnisorientiertes Pflegeassessment psychiatrische Versorgung
GUK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ISO	Internationale Organisation für Normung
KIS	Krankenhausinformationssystem
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
NRS	Nutritional Risk Screening
PYMS	Paediatric Yorkhill Malnutrition Score
RAI-HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
SFI	Selbstfürsorgeindex
SPI	Selbstpflegeindex
SSI	Selbstständigkeitsindex
u.A.	unter Anderem
udgl.	und dergleichen
vgl.	vergleiche

1 Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist eine Einschätzung, inwieweit die Methode des ergebnisorientierten Pflegeassessments (derzeit mittels der Instrumente epaAC, epaKIDS, epaPSYC, epaLTC umgesetzt, im Folgenden als epaAssessment-Instrumente zusammengefasst) sowie die Leistungserfassung in der Pflege (LEP) den gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) festgehaltenen Regelungen entsprechen.

Nicht Ziel dieser Arbeit ist eine Beurteilung der Praktikabilität, Validität oder Reliabilität beider Verfahren. Es erfolgt auch keine Beurteilung dahingehend, ob die Verfahren alle möglichen Patientenzustände, Pflegephänomene oder Pflegemaßnahmen abdecken oder ob gängige Pflegephilosophien, -modelle oder -konzepte damit abgebildet werden können.

2 Fragestellungen

Seitens der Auftraggeberinnen wurden folgende Fragen gestellt, die im Rahmen dieser Expertise beantwortet werden sollen:

1. Entsprechen die Instrumente epaAC, epaKIDS, epaLTC und epaPSYC mit ihrer integrierten Risikoerfassung den Anforderungen an ein klinisches (Basis-)Assessment als Ausgangspunkt für die klinische Entscheidungsfindung gemäß GuKG?
2. Erfüllen die in epa enthaltenen Pflegeprobleme formal die Anforderungen an eine Pflegediagnose gemäß ISO18104:2014?
3. Ist die Methode epa geeignet, um zwecks Evaluation pflegesensitiver Ergebnisse Zielerreichungsgrade im Sinne des GuKG zu messen?
4. Kann durch die automatische Ableitung einer Leistungsdokumentation im Hintergrund die notwendige Abgrenzung zwischen dieser und der primären Pflegedokumentation gemäß GuKG sichergestellt werden?
5. Erfüllen die in der Klassifikation der Leistungen im Rahmen von „LEP Nursing 3“ enthaltenen Gesundheitsinterventionen formal die Anforderungen an eine Pflegeintervention gemäß ISO18104:2014?
6. Unterstützt der epa-LEP-Prozess eine effiziente Pflegeprozessdokumentation im Sinne der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“?
7. Welche Empfehlungen leiten die Gutachter/-innen aus den Erkenntnissen von Ziff. 1–6 für eine erfolgreiche und GuKG-konforme Umsetzung des Pflegeprozesses mittels epa und LEP in der Pflegepraxis ab?

3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der im Auftrag gestellten Fragen wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. Zunächst wurden anhand von Grundlegenden Dokumenten zu den beiden Instrumenten die Fragen beantwortet. Dazu wurden Dokumente und Artikel verwendet, die von den Auftraggeberinnen zur Verfügung gestellt wurden, sowie solche, die recherchiert wurden. Als zweiter Schritt wurde eine Arbeitsgruppe einberufen, für die ausgewählte Expertinnen/Experten der Pflege eingeladen wurden, die bereits mit beiden oder einer der beiden Methoden praktische Erfahrung gesammelt hatten. Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, die Inhalte der Expertise mit den praktischen Erfahrungen abzugleichen und vor dem Hintergrund der österreichischen Besonderheit zu bewerten.

4 Fachliche Grundlagen

Damit die Antworten auf die Fragestellungen nachvollziehbar sind, werden im Folgenden die fachlichen Grundlagen beschrieben. Das sind einerseits die beiden wesentlichen Dokumente, welche die rechtlichen Grundlagen der Pflegedokumentation in Österreich darstellen: Das GuKG § 5 und die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ (Rappold/Aistleithner 2017, 5) sowie ein Überblick über die Methoden epa und LEP und den ISO-Standard zum Referenzterminologiemodell.

4.1 Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation und des Pflegeprozesses in Österreich

Aus dem GuKG resultiert eine Dokumentationsverpflichtung, welche durch organisationsrechtliche Regelungen wie z. B. die Krankenanstaltengesetze oder die Pflegeheimgesetze der Länder untermauert wird. Die Pflegedokumentation wird im § 5 GuKG geregelt und verpflichtet Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die bei Ausübung ihres Berufes gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.

Eine nähere Eingrenzung der Begriffe Pflegeanamnese, Pflegediagnose oder Pflegemaßnahmen ist im Gesetz nicht zu finden. Deren Klärung findet sich in der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ (Rappold/Aistleithner 2017). Diese wurde seitens des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz bei der Gesundheit Österreich in Auftrag gegeben, um die oben angeführten Begriffe einer Interpretation und Auslegung zuzuführen.

Für die nachstehend angestellten Begründungen sind folgende Aussagen aus der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ relevant:

- » **Pflegedokumentation** macht pflegerisches Handeln nachvollziehbar und somit in fachlicher Hinsicht überprüfbar (Rappold/Aistleithner 2017, 5).
- » Die **Pflegeprozessschritte** gemäß § 5 Abs. 2 GuKG sind nur dann zu dokumentieren, sofern diese aus fachlicher Sicht anfallen. Welche Pflegeprozessschritte aus fachlicher Sicht erforderlich sind, hängt von den konkreten Erfordernissen ab (Rappold/Aistleithner 2017, 6).
- » **Pflegeassessment:** Informationssammlung, Beurteilung und Einschätzung des Ist-Zustands sowie der Risiken zum Zeitpunkt der Erhebung (hinsichtlich vorhandener Probleme und Ressourcen) sowie der pflegerelevanten Vorgeschichte (Rappold/Aistleithner 2017, 13).
- » **Pflegediagnose:** Hier wird ein Pflegediagnosetitel (beinhaltet eine Beurteilung) mit Risikofaktoren bzw. Symptomangabe (Rappold/Aistleithner 2017, 15) empfohlen. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie würde eine Pflegediagnose mit der Darstellung des Fokus und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein.

- » **Pflegeziele** sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen von Patient/in bzw. Klient/in zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft (Rappold/Aistleithner 2017, 18).
- » **Pflegeinterventionen** sind verbindliche Handlungen, die vom gehobenen Dienst veranlasst und abhängig vom Komplexitätsgrad und/oder der Pflegesituation vom gehobenen Dienst selbst durchgeführt oder entsprechend der rechtlichen Grundlage übertragen werden (Rappold/Aistleithner 2017, 21).
- » **Evaluierung:** Überprüfung und systematische Bewertung der Zielerreichung oder der Interventionsplanung (Rappold/Aistleithner 2017, 23).

4.2 epaAC, epaKIDS, epaLTC und epaPSYC

Die Methode des *ergebnisorientierten Pflegeassessments* wurde entwickelt, um die wichtigsten Pflegeanlässe in Krankanstalten standardisiert zu erheben (Hunstein 2015, 14). Mittlerweile liegen epaAssessment-Instrumente für die Akutversorgung (epaAC), die Kinder- und Jugendlichenpflege (epaKIDS), die Langzeitpflege (epaLTC) sowie die Psychiatrie (epaPSYC) vor. Die epaAssessments setzen bei den Fähigkeiten an und gehen davon aus, dass Menschen normalerweise für sich selbst sorgen können (Hunstein 2015). Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn die Selbstpflegefähigkeit (auch kurzfristig durch die Folgen von Operationen) so weit eingeschränkt ist, dass Unterstützung von Pflegepersonen notwendig wird (Hunstein 2015, 27). Die epaAssessment-Instrumente geben sowohl Auskunft über Fähigkeiten als auch Einschränkungen der Patientin / des Patienten und weisen auf Risiken hin. Je nach Einsatzgebiet unterscheiden sich die erhobenen Dimensionen etwas voneinander.

Die epaAssessment-Instrumente bestehen aus zwei zentralen Teilen: dem ersten Teil, der unveränderliche Stammdaten enthält, und dem zweiten Teil, in welchem die veränderbaren Fähigkeiten und Zustände der Patientinnen/Patienten in zehn (bzw. elf¹) verschiedenen Kategorien erhoben werden. Tabelle 4.1 zeigt die umfassten Bereiche.

¹

epa Kids hat auch eine Kategorie zu Bezugspersonen

Tabelle 4.1:
Kategorien der epaAssessments

epaAC, epaKIDS, epaLTC	epaPSYC
1. Bewegung	1. Aktivität & Ruhe
2. Körperpflege & Kleiden	2. Rollen & Beziehungen
3. Ernährung	3. Selbstwahrnehmung
4. Ausscheidung	4. Coping & Stresstoleranz
5. Kognition & Bewusstsein	5. Lebensprinzipien
6. Kommunikation & Interaktion	6. Ernährung
7. Schlaf	7. Ausscheidung & Austausch
8. Regulation von Körperfunktionen	8. Wahrnehmung & Kognition
9. Schmerz & emotionales Befinden	9. Gesundheitsförderung, Wohlbefinden & Sexualität
10. Bezugsperson (nur epaKIDS)	10. Sicherheit & Schutz
11. Dekubitus, Wunden	11. Dekubitus, Wunden

Quelle: epa-CC, Darstellung: GÖG

Jede dieser Kategorien ist mit einer unterschiedlichen Zahl von Items hinterlegt. Die Items selbst werden in der Regel mit Zahlen von 1 bis 4 kodiert (4 = volle Selbstpflegefähigkeit / keine Beeinträchtigungen, 1 = keine Selbstpflegefähigkeit / vollständige Beeinträchtigung; dazwischen gibt es Abstufungen). In ausgewählten Fällen erfolgt die Einschätzung anhand dichotomer Variablen.

Am Ende der Einschätzung wird in der elektronischen Dokumentation eine Zusammenfassung generiert, die auch die automatische Berechnung von Risiken sowie Hinweise für nachgelagerte Fokusassessments („Abklärungserfordernisse“, vgl. Tabelle 4.2) enthält.

Tabelle 4.2:
Nachgelagerte Fokusassessments

epaAC	epaKIDS	epaLTC	epaPSYC-B / epaPSYC-B+
Dekubitusrisiko (Braden)	Dekubitusrisiko (Braden, ab 4 Jahren)	Dekubitusrisiko (Braden)	Dekubitusrisiko (Braden)
Experteneinschätzung Dekubitusrisiko ²	Experteneinschätzung Dekubitusrisiko	Experteneinschätzung Dekubitusrisiko	Experteneinschätzung Dekubitusrisiko
Risiko Mangelernährung (Kondrup-NRS ³)	Risiko Mangelernährung (Experteneinschätzung oder PYMS ⁴)	Risiko Mangelernährung (Kondrup-NRS)	Risiko Mangelernährung (Kondrup-NRS)
Risikoindikatoren Sturz ⁵	Risikoindikatoren Sturz (gemäß DNQP, ab 4 Jahren)	Risikoindikatoren) Sturz	Risikoindikatoren Sturz
Risiko poststationäres Versorgungsdefizit ⁶		Risiko poststationäres Versorgungsdefizit	Risiko poststationäres Versorgungsdefizit
Risikoindikatoren Pneumonie ⁷	Experteneinschätzung Pneumonie	Risikoindikatoren Pneumonie	Risikoindikatoren Pneumonie
Abklärungserfordernis Neurokognitive Störungen ⁸	Abklärungserfordernis Neurokognitive Störungen	Abklärungserfordernis Neurokognitive Störungen	
			Abklärungserfordernis Gewaltpotenzial ⁹
			Abklärungserfordernis Suizidalität ¹⁰
		Abklärungserfordernis Depression ¹¹	
Kontinenzprofile ¹²	Kontinenzprofile	Kontinenzprofile	
SelbstPflegeIndex SPI ¹³	SelbstStändigkeitsIndex SSI (bis 4 Jahre) SelbstPflegeIndex SPI (ab 4 Jahren)	SelbstPflegeIndex SPI	SelbstfürsorgeIndex SFI (epaPSYC-B) SelbstPflegeIndex SPI (epaPSYC-B+)

Quelle: epaCC, Darstellung: GÖG

-
- 2
(DNQP 2017)
- 3
(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2017)
- 4
(Gerasimidis et al. 2010)
- 5
(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) 2013)
- 6
(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) 2009; Schlarmann 2007))
- 7
(de Bruijn, 2004)
- 8
(American Psychiatric Association (APA) 2013; Hasemann et al. 2007)
- 9
(Almvik et al. 2007; Woods/Almvik 2002)
- 10
(Cutcliffe & Barker, 2004; Kozel, Grieser, Rieder, & Abderhalden, 2007)
- 11
(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), 2009 (akt. 2015); ÄZQ, 2012)
- 12
(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) 2014))
- 13
(Hunstein 2016)

Für die Berechnung der in der Abbildung 4.1 aufgeführten Risiken und Abklärungserfordernisse wurden entsprechende Items in das Assessmentinstrument aufgenommen.

Die epaAssessment-Instrumente werden laufend weiterentwickelt. Ihre Anwendung sollte nach Möglichkeit täglich stattfinden, jedenfalls jedoch, wenn eine Veränderung der Fähigkeiten der Patientin / des Patienten eintritt.

epaDiagnosen

Die epaAssessment-Instrumente sind so konzipiert, dass aus den im Assessment erhobenen Fähigkeitseinschränkungen epaDiagnosen gemäß ISO-Referenzmodell (vgl. Abschnitt 4.4) abgeleitet werden. Diese beziehen sich immer auf dieselbe Dimension, z. B. „Essen“. Wird beispielsweise in der Dimension Essen beim Assessment eine „geringe Fähigkeit“ diagnostiziert, resultiert daraus die epaDiagnose „Essen: stark beeinträchtigt“. Als Pflegeziel kann z. B. „Essen: volle Fähigkeit“ angestrebt werden. Damit liegen sowohl Problembewertung, Pflegediagnose als auch Pflegeziel in derselben Dimension vor und werden in der Beurteilung linear verfolgt (Tabelle 4.3). Durch Zwischeneinschätzungen wird erfasst bzw. kann erfasst werden, wie der tagesaktuelle Zustand der Patientin / des Patienten ist.

Als Ergebnis des epaAssessments können auch epaDiagnosen erscheinen, die entsprechend der Arbeitshilfe Pflegedokumentation keine Pflegediagnosen sind z. B. die epaDiagnose „Diab.Mell. Diät“. Die Begründung, warum dies als epaDiagnosen gewertet wird, ist, dass lt. D. Hunstein als epaDiagnosen generell alle pflegerischen Handlungsanlässe gemäß ISI 18104:2024 bezeichnet werden. Daher ergeben sich in Kategorien wie „Fremdsprachigkeit“ oder eben „Diabetes Mellitus“ epaDiagnosen. Diese epaDiagnosen dienen dazu, auf mögliche Handlungsbedarfe hinzuweisen. Es gilt im Einzelfall zu entscheiden, ob daraus durch prozesshaftes Vorgehen die individuelle Situation verändert werden kann, ob dadurch eine detaillierte Planung notwendig wird und damit eine Pflegediagnose folgt. So wird durch die epaDiagnose „Diab.Mell. Diät“ der Blick auf die individuelle Situation gelenkt. Dem voran geht, dass der Diabetes Mellitus ärztlich diagnostiziert und therapiert wird, die Diagnose kann nicht durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gestellt werden, aber daran anknüpfend kann z. B. Schulungsbedarf abgeleitet werden, oder im Falle der Fremdsprachigkeit die Organisation eines Dolmetschdienstes (dies zieht in der Regel keine Pflegediagnose nach sich), denn mit der epaDiagnose Fremdsprachigkeit geht definitionsgemäß ein Verständigungsproblem einher (Hunstein et al. 2019). Beide Beispiele sind zwar keine Pflegediagnosen gemäß der Arbeitshilfe Pflegedokumentation, jedoch können daraus (wenn angebracht) Pflegediagnosen oder kollaborative Pflegediagnosen abgeleitet werden.

Tabelle 4.3:
Schematische Darstellung der linearen Verläufe im Rahmen der epa-Methode

Zustand zum Aufnahmezeitpunkt	Pflegediagnose	Pflegeziel	Zwischenbewertung (4 Tage nach der Aufnahme)	tagesaktuelle Bewertung (6 Tage nach der Aufnahme)
Essen: keine Fähigkeit	Essen: stark beeinträchtigt	Essen: volle Fähigkeit	Essen: gering vorhandene Fähigkeit	Essen: überwiegend vorhandene Fähigkeit

Quelle: epa-CC, Darstellung: GÖG

Der Vorteil dieser Vorgehensweise anderen Systemen gegenüber ist, dass dadurch Linearität in der Darstellung, eine Abbildung der Entwicklung möglich ist. Mit ein und demselben Instrument werden Patientenzustände zu unterschiedlichen Zeitpunkten (Ausgangsbewertung; Zwischenbewertung und Zielbewertung) beurteilt und dokumentiert.

4.3 LEP Nursing 3

LEP Nursing 3 ist eine Klassifikation für Leistungsgruppen und Pflegeinterventionen. Sie ermöglicht durch den modularen Aufbau sowie der Verknüpfung mit standardisierten Instrumenten (epa, NANDA, DiZiMa usw.) eine durchgängige Pflegeprozessdokumentation. Durch das standardisierte quantitative Erfassen von direkten und indirekten Pflegeleistungen können daraus systematisch Auswertungen abgeleitet und Managemententscheidungen unterstützt werden. Die Entwicklung von LEP begann bereits in den 1980er Jahren. LEP Nursing 3 ist eine Klassifikation für die Patientendokumentation und wird im Sinne der Sekundärdatennutzung auch als Messinstrument pflegerischer Tätigkeiten basierend auf Zeitwerten eingesetzt (Baumberger et al. 2016b). Durch die Anwendung der LEP Klassifikation wird eine vollständige und detaillierte Erfassung der Handlungen verschiedener Gesundheitsberufe in der Praxis ermöglicht, da die LEP Klassifikation berufsspezifische Leistungskataloge für Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie und soziale Arbeit umfasst.

LEP Nursing 3 unterscheidet bei den Pflegeinterventionen zwei Leistungstypen:

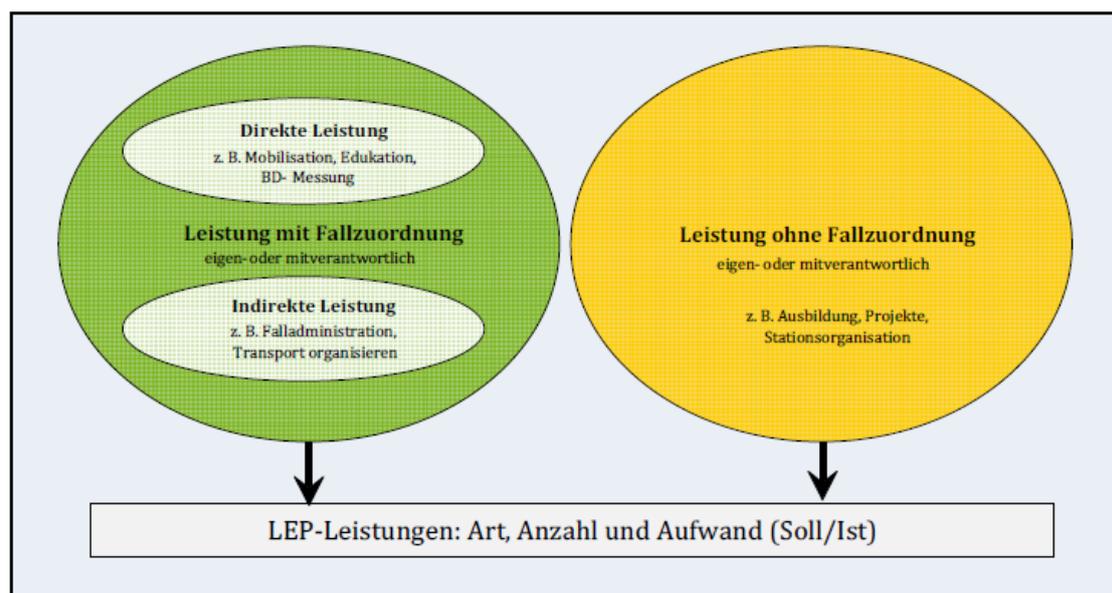
- a) Pflegeinterventionen mit Fallzuordnung (= patientenbezogene Arbeitszeit; direkt am oder mit dem Fall bzw. indirekt für den Fall)
- b) Pflegeinterventionen ohne Fallzuordnung (= organisationsbezogene Arbeitszeit)

Erstere umfassen Interventionen die mit oder am Patienten/an der Patientin durchgeführt werden (direkte Pflegeinterventionen), aber auch jene die der Organisation von Terminen oder Hilfsmitteln

(indirekte Pflegeinterventionen) dienen, um den Patienten/die Patientin durch den Fall zu administrieren. Pflegeinterventionen ohne Fallzuordnung dienen der Unterstützung, Gewährleistung und Weiterentwicklung der Behandlungs- und Betriebsprozesse bzw. umfassen Ausbildung, Projekte udgl. Mit LEP Nursing 3 können Leistungen aus dem § 14 GuKG (pflegerische Kernkompetenzen) sowie Aufgaben aus dem § 15 (Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie) und § 16 (Kompetenzen im multiprofessionellen Team) ebenso erfasst werden, wie organisationsbezogene Aufgaben (vgl. Abbildung 4.1). Das System ist so konzipiert, dass Einzelleistungen mit Default-Zeitwerten hinterlegt sind. Unter einem Defaultwert wird in LEP eine standardmäßige Vorgabe für einen Zeitwert verstanden, der für die Erfassung des Zeitaufwands für die Leistungen vorgegeben wird („Startwert“, „Vorgabewert“) und geändert werden kann. Der Unterschied zu einem klassischen normativen Zeitwert oder einem Referenzzeitwert liegt also in der Veränderbarkeit (Baumberger et al. 2016b).

Anhand von Leistungstypen kann zwischen Pflege- / und Leistungsdokumentation differenziert werden. Handlungen mit Fallzuordnung werden „mit“, „am“ oder „für“ Menschen erbracht (wie zum Beispiel die Mobilisation) und fallen in die Kategorie Pflegedokumentation. Leistungen, die im Rahmen des Bestellwesens oder bei Serviceleistungen (wie Essensbestellung, Routinewäschewechsel) erbracht werden, fallen unter die Kategorie Leistungsdokumentation.

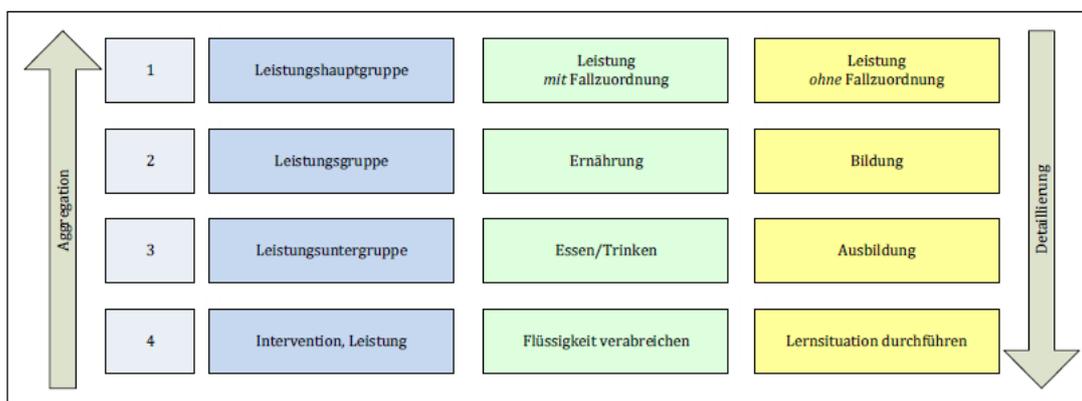
Abbildung 4.1:
Leistungen mit und ohne Fallzuordnung



Quelle: (Baumberger et al. 2016b, 25)

LEP Nursing 3 fußt auf einem vierstufigen Aufbau. Das höchste Aggregationsniveau umfasst die Leistungshauptgruppe, in dieser erfolgen die Differenzierungen nach Leistungen mit bzw. ohne Fallzuordnung. Die zweite Ebene stellen die Leistungsgruppen dar. Beispielsweise wäre eine Leistungsgruppe aus den Leistungen mit Fallzuordnung „Ernährung“. Die dazu passende Leistungsuntergruppe ist „Essen/Trinken“, den höchsten Detaillierungsgrad weist die Intervention/Leistung selbst mit „Flüssigkeit verabreichen“ auf (vgl. Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
Detaillierungsgrade von LEP-Nursing 3



Quelle: (Baumberger et al. 2016b, 23)

Wie aus Abbildung 4.2 hervorgeht, lassen sich sowohl Leistungen mit Fallzuordnungen (Leistungen für oder am Patienten) als auch solche ohne Fallzuordnungen (Beurteilung der Studierenden) abbilden. Ebenfalls abgebildet werden Leistungen, die von Ärztinnen/Ärzten angeordnet werden und deren Durchführung, je nach Kompetenzbereich, an die Angehörigen der Pflegeberufe delegiert wird.

Grundsätzlich können Leistungen direkt erfasst werden (z. B. Flüssigkeit wird verabreicht, und die Durchführung wird bestätigt), oder es wird ein (Mess-)Ergebnis im System dokumentiert (z. B. Blutdruck, 24-h-Harnmenge = Behandlungsdokumentation). Die Leistung wird automatisch im Hintergrund erfasst und dokumentiert (z. B. Blutdruckmessung). Gleiches gilt für die Organisation einer Untersuchung oder die Vereinbarung eines Termins. Somit werden alle relevanten patientenbezogenen Aktivitäten entweder durch die Bestätigung ihrer Durchführung oder die Erfassung eines Mess-, Beobachtungswerts erfasst. Alle Leistungen/Interventionen sind mit Default-Zeitwerten hinterlegt, welche regelmäßig im Rahmen von einer Zeitwertstudie (Baumberger et al. 2016a) auf Aktualität geprüft werden. Unabhängig von den Leistungen mit Fallzuordnung können ergänzend je nach Auswertungsfragestellung die Leistungen ohne Fallzuordnung dokumentiert/erfasst werden.

4.4 ISO-Referenzterminologiemodell

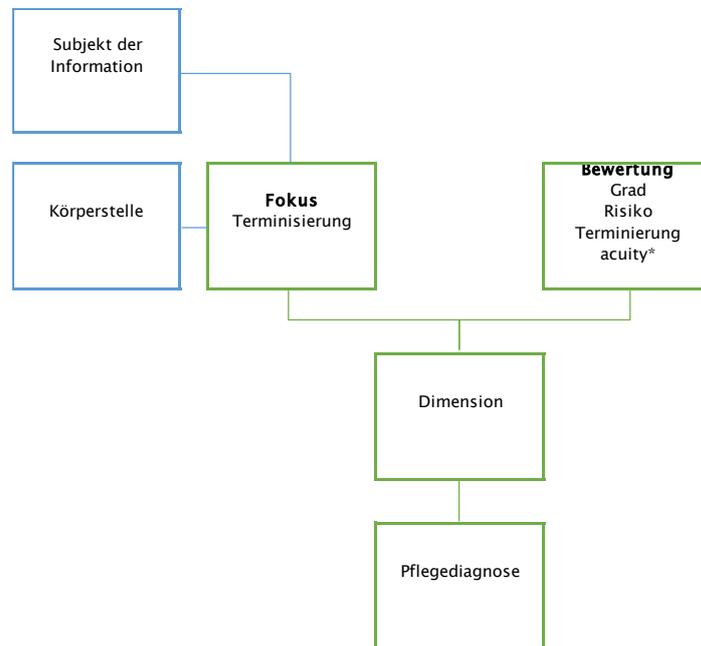
Durch die Vereinheitlichung und Standardisierung pflegediagnostischer Aussagen bzw. pflegerischer Tätigkeiten soll ein Austausch zwischen verschiedenen Einrichtungen bzw. Settings ermöglicht werden. Damit dies erfüllt werden kann, wurde bereits 2003 der ISO-Standard „Medizinische Informatik – Strukturen zur Darstellung von Pflegediagnosen und Pflegeaktionen in terminologischen Systemen“ (ISO 2003) publiziert und 2014 (ISO 2014) aktualisiert. Indem dieser Standard bei der Definition von Pflegediagnosen bzw. dem Erfassen von Pflegetätigkeiten eingehalten wird, wird der Austausch zwischen Systemen ermöglicht (Interoperabilität). Die Verwendung dieser Struktur bei der Entwicklung von Klassifikationssystemen gewährleistet den Austausch zwischen den verschiedenen Klassifikationen.

Der Standard geht von Mindestkriterien sowohl für Pflegediagnosen als auch für die Erfassung von Pflegetätigkeiten aus. Diese werden im Folgenden beschrieben.

Abbildung 4.3 stellt die Kategorien des ISO-Standards 18104:2014 für Pflegediagnosen dar. Für die Formulierung einer Pflegediagnose müssen laut ISO 18104:2014 **mindestens zwei Kriterien** erfüllt sein. Ein Aspekt muss aus der Kategorie **Fokus** (z. B. *Hautintegrität, ATLS ...*) stammen – dies kann auch ein **klinischer Befund** (z. B. *Angst, Schmerzen ...*) sein –, und der zweite muss aus der **Bewertung** resultieren (z. B. *geschädigt, reduziert, vermindert ...*). Die Pflegediagnose kann durch die Verwendung von Begriffen aus den anderen Kategorien erweitert werden. Im Standard wird explizit auf die Bedeutung der Interpretation der erhobenen Daten durch DGKP hingewiesen: “Assessment data are interpreted by the nurse, usually in discussion with the subject of care, and a conclusion is reached, i. e. a clinical judgement is made. In many countries, this judgement is called a nursing diagnosis. In others it is referred to as a nursing problem or nursing need“ (ISO 2014, 19).

Abbildung 4.3:

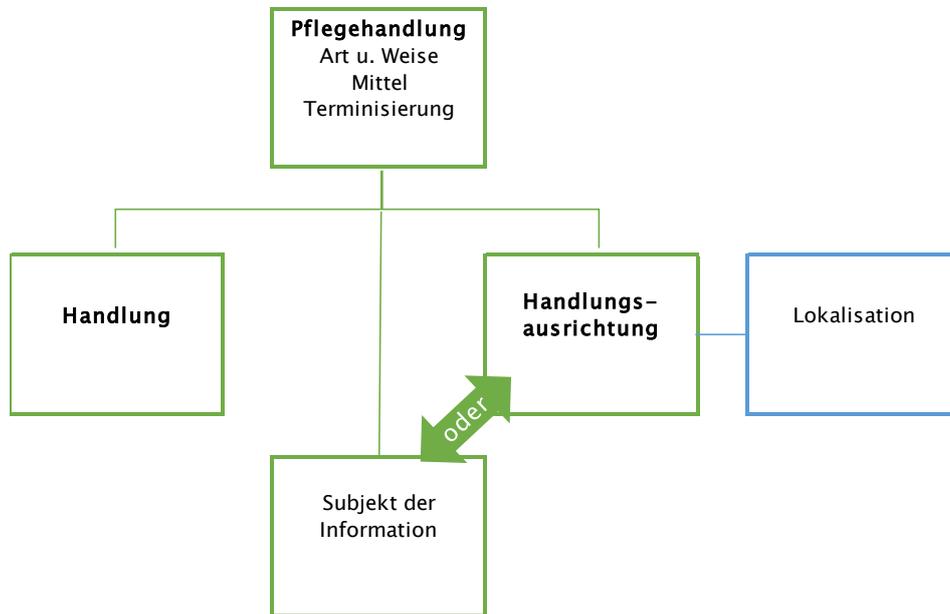
Grafische Darstellung der Anforderungen an eine Pflegediagnose gemäß ISO 18104:2014



*acuity: Definition lt. ISO Defined as duration — examples include acute, chronic;
Quelle: ISO 18104:2014, Darstellung: GÖG

In Abbildung 4.4 sind die Kategorien des ISO-Standards 18104:2014 für Pflegehandlungen dargestellt. Die beiden zwingend zu definierenden Strukturelemente sind hier die Kategorie **Handlung** (*entfernen, erheben, schulen*) und das **Ziel der Handlung** (*Wunde ...*) bzw. ein **Handlungsinhalt** (z. B. *Vitalzeichen, Diabetesselbstpflege ...*). Alle weiteren können zur Präzisierung herangezogen werden.

Abbildung 4.4:
Grafische Darstellung der Anforderungen an eine Pflegehandlung gemäß ISO 18104:2014



Quelle: ISO 18104:2014, Darstellung: GÖG

5 Ergebnisse der Analyse

Im Folgenden werden die Fragen der Auftraggeberinnen beantwortet.

1. **Entsprechen die Instrumente epaAC, epaKIDS, epaLTC und epaPSYC mit ihrer integrierten Risikoerfassung den Anforderungen an ein klinisches (Basis-)Assessment als Ausgangspunkt für die klinische Entscheidungsfindung gemäß GuKG?**

Die Beantwortung dieser Frage setzt zunächst eine Auseinandersetzung mit jener nach dem Pflegeassessment generell und mit gängigen in Österreich angewandten Assessmentinstrumenten voraus. Durch die Durchführung eines Pflegeassessments soll ein systematischer und umfassender Informationserwerb unterstützt werden. Es ist Teil der informationsbasierten Entscheidungsfindung und kann in unterschiedlicher Art und Form vorliegen. Grob können Assessmentinstrumente zur Risikoeinschätzung von solchen unterschieden werden, die dabei helfen, die Pflegebedürftigkeit bzw. Gesundheitsprobleme festzustellen (Gordon/Bartholomeyczik 2001). Aus diesen Informationen werden u. a. Pflegediagnosen und in weiterer Folge Pflegeziele und/oder Pflegeinterventionen abgeleitet. Derzeit wird in den Krankenanstalten, Pflegeheimen bzw. mobilen Diensten in Österreich eine Vielzahl von Assessmentinstrumenten, Anamnesebögen bzw. Biografiebögen angewandt. Diese basieren u. a. auf den Aktivitäten des täglichen Lebens, den Selbstpflegetherfordernissen, den Schwerpunkten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens, wissenschaftlich geprüft sind diese Instrumente/Bögen in der Regel nicht. Das Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC) kommt in der Steiermark zur Anwendung, das Bewohnerinnen-einstufungs- und -abrechnungssystem BESA in Vorarlberg. Zur Einschätzung von Risiken werden häufig die Braden-, Waterlow- oder Nortonskala (Dekubitus) oder die Runge- oder Huhnskala (Sturz) angewandt. Zur Erfassung eines Mangelernährungsrisikos wird das Minimal Nutritional Assessment angeboten. Auch Skalen, die Delir einschätzen wie z. B. die DOS-Skala (Delirium-Observation-Screening-Skala nach Schuurmans), setzten sich langsam durch.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass insbesondere die Pflegeanamnese dokumentiert wird. In der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ wird diesbezüglich geklärt, dass durch die Informationssammlung im Rahmen des Pflegeassessments die Beurteilung und Einschätzung des Ist-Zustands sowie der Risiken zum Zeitpunkt der Erhebung (hinsichtlich vorhandener Probleme und Ressourcen) sowie die pflegerelevante Vorgeschichte erfasst werden.

Einschätzung der epaAssessment-Instrumente:

Die epaAssessment-Instrumente erfüllen die Vorgaben des GuKG sowie jene der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“. Durch die epaAssessment-Instrumente können der Ist-Zustand ebenso wie die Zustände in der Vergangenheit dargestellt werden. Wobei die Risiken in den epaAssessment-Instrumenten explizit für Dekubitus, Sturz, Pneumonie, Mangelernährung, poststationäres Versorgungsdefizit, Dehydratation (epaKIDS), Anleitungsbedarf der Eltern (epaKIDS) erfasst

werden. Risiken, die darüber hinausgehen, sowie biographische Aspekte sind zusätzlich zu erfassen. Die epaAssessmentinstrumente sind als Basis-Assessments konstruiert, d.h. sie geben auch Hinweise darauf, ob zur Ausdifferenzierung eines möglichen Pflegeproblems weiterführende Fokus-Assessmentinstrumente eingesetzt werden sollten (z. B. Abklärungserfordernis neurokognitive Erkrankungen (epaAC, epaKIDS, epaPSYC, epaLTC), Abklärungserfordernis Suizidalität (epaPSYC), Abklärungserfordernis Gewaltrisiko (epaPSYC), Abklärungserfordernis Depression (epaLTC).

2. Erfüllen die in epa enthaltenen Pflegeprobleme formal die Anforderungen an eine Pflegediagnose gemäß ISO 18104:2014?

Die Anforderungen an Pflegediagnosen nach ISO 18104:2014 wurden in Abschnitt 4.4 ausgeführt. Die epaDiagnosen folgen diesem Prinzip. Sie definieren einen Fokus und beurteilen einen Zustand (z. B. Ankleiden/Auskleiden Unterkörper (UK): gering beeinträchtigt). In den zugehörigen Kodiermanualen (den epa-Handbüchern) werden die epaDIAGNOSEN-Titel sowie ihre Ausprägungen von 1–4 hinsichtlich ihrer klassifizierenden Merkmale differenziert definiert.

Einschätzung der epaDiagnosen:

Zusammenfassend lässt sich diese Frage wie folgt beantworten: Die in den epaDiagnosen enthaltenen Beschreibungen erfüllen den ISO-Standard 18104:2014 für Pflegediagnosen.

In der „Arbeitshilfe für Pflegedokumentation 2017“ wird empfohlen, neben dem Pflegediagnosetitel, welcher bereits eine Beurteilung beinhaltet, nach Möglichkeit auch die Risikofaktoren bzw. Symptome anzugeben und, wenn bekannt, die Ursachen.

Für alle epa-Risikodiagnosen (im Einzelnen siehe oben) sind die Risikofaktoren/ Indikatoren im Assessment einzeln und nachvollziehbar dokumentiert. Durch die Eingabe von Freitext (in allen epa-Instrumenten möglich, in epaPSYC bei vielen Items obligatorisch) können weiterführende Informationen (Symptome) erfasst werden. Mit dem Ziel, Doppeldokumentationen zu vermeiden, werden Symptome und Risikofaktoren bei den übrigen epaDiagnosen konzeptionell nicht unmittelbar an die epaDiagnose geknüpft, sie sind aber anderer Stelle in der Dokumentation zu finden. Die Empfehlungen in der Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, Symptome und Ursachen unmittelbar den Pflegediagnosen zuzuordnen, kann durch technische Lösungen bei der Umsetzung der epa-Instrumente in einer Softwarelösung (elektronische Dokumentation) erfüllt werden.

3. Ist die Methode epa geeignet, um zwecks Evaluation pflegesensitiver Ergebnisse Zielerreichungsgrade im Sinne des GuKG zu messen?

Im GuKG wird nur festgehalten, dass Pflegeziele zu dokumentieren sind, eine Definition des Begriffs findet sich in der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“. Demnach sind Pflegeziele „bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen von Patient/-in bzw. Klient/-in zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft“ (Rappold/Aistleithner 2017, 18). Pflegesensitivität wird in einem Bericht über Pflege-Ergebnisqualität von 2013 als „das Ausmaß, in

dem ein Ergebnis durch pflegerische Versorgung beeinflusst wird“ (Stewig et al. 2013, 6), definiert. In diesem Bericht wird darauf hingewiesen, dass selten ausschließlich eine Berufsgruppe allein für das Erreichen eines Zieles verantwortlich ist. Daher wird von Pflegesensitivität auch dann gesprochen, wenn, „entweder pflegerische Handlungen maßgeblich sind oder zumindest so wesentlich sind, dass ein Weglassen pflegerischer Handlungen zu einer fühl- und/oder messbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Zufriedenheit der betreuten und behandelten Menschen führen würde.“ (Stewig et al. 2013, 4). Hunstein (2015, S. 54) geht davon aus, dass „ein Pflegeergebnis nicht irgendein Zustand [ist], sondern ein Zustand, der aus ‚gezieltem Pflegehandeln‘ resultiert und damit ein pflegesensitives Ergebnis darstellt.“ Pflegeergebnisse werden auch als Resultat von Pflegeinterventionen verstanden, d. h. die Wirksamkeit der seitens der Pflege gesetzten Handlungen wird beurteilt. In den formulierten Pflegezielen wird also ein bewertbarer Zustand in der Zukunft definiert. „Ziele“, so die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“, „sind für alle Beteiligten relevant, eindeutig, klar, nachvollziehbar, erreichbar und verständlich zu formulieren. Sie enthalten bewertbare qualitative und quantitative Indikatoren“ (Rappold/Aistleithner 2017, 12).

Durch die konsequente Anwendung der epa Methode können sowohl die pflegerische Vorgeschichte, der pflegerische Istzustand sowie der gewünschte Zielzustand innerhalb eines Systems beschrieben werden. Dadurch wird Linearität in der Abbildung des Verlaufes und die integrierte Auswertbarkeit der Ergebnisse gewährleistet. Die epaDiagnosen unterstützen dies (vgl. Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Linearität in der Pflegeprozessdokumentation durch Anwendung der epa-Methode

Vorgeschichte	Zustand zum Aufnahmezeitpunkt	Pflegediagnose	Pflegeziel	Zwischenbewertung (4 Tage nach Aufnahme)	Pflegediagnose aktualisiert	Tagesaktuelle Bewertung (6 Tage nach der Aufnahme)
Essen: volle Fähigkeit	Essen: keine Fähigkeit	Essen: stark beeinträchtigt	Essen: überwiegend vorhandene Fähigkeit	Essen: gering vorhandene Fähigkeit	Essen: stark beeinträchtigt	Essen: überwiegend vorhandene Fähigkeit Ziel erreicht; Pflegediagnose abgesetzt

Darstellung: GÖG

Einschätzung der epaAssessment-Instrumente:

Wie eingangs beschrieben sind alle Items der epa Methode mit Skalenwerten (ja/nein oder einer Skalierung von 1–4) hinterlegt. Die Einschätzung zum Ausgangszeitpunkt bildet demnach die Grundlage, der angestrebte Patientenzustand ist der Zielwert (quantitativer Indikator) (vgl. Tabelle 4.3)

Durch wiederholte Beurteilung eines **Items** kann darüber hinaus der Verlauf über einen längeren Zeitraum dargestellt werden. Daher eignet sich die epa Methode auch zur Bewertung der Zielerreichung für die dort erfassten Items. Da das Instrument „*pflegerische Handlungsanlässe*“ (Hunstein 2015, 72) abbildet, muss davon ausgegangen werden, dass auch pflegesensitive Ergebnisse abgebildet werden.

4. Kann durch die automatische Ableitung einer Leistungsdokumentation im Hintergrund die notwendige Abgrenzung zwischen dieser und der primären Pflegedokumentation gemäß GuKG sichergestellt werden?

Unter primärer Pflegedokumentation wird die Pflegeprozessdokumentation für die individuelle Patientin / den individuellen Patienten verstanden, das heißt alle pflegfachlichen Erhebungen und die daraus resultierenden Entscheidungen werden dort festgehalten. Dabei können, entsprechend der Empfehlungen der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses in unterschiedlicher Gewichtung sichtbar werden. Das hängt davon ab, welche Schritte im Pflegeprozess anfallen bzw. was vom gehobenen Dienst für GuK als wesentlich beurteilt wird. Insbesondere bei der Auswahl der Pflegemaßnahmen/-interventionen ist individuell zu entscheiden, welche situationsangemessen sind und zur Anwendung kommen.

Durch den Aufbau der Interventionsklassifikation LEP Nursing 3, wird gewährleistet, dass alle Pflegemaßnahmen bzw. -interventionen die direkt beim Patienten/bei der Patientin erbracht werden, erfasst werden können. Diese werden entweder durch die Bestätigung der Durchführung oder der Dokumentation eines Ergebnisses festgehalten. Weitere, den Patient/-innen zu geordnete Aufgaben wie Organisation von Terminen und/oder Hilfsmittel usw. können ebenfalls dokumentiert werden (vgl. Abbildung 4.1).

Durch den modularen Aufbau von LEP Nursing 3 wird eine vielfältige und eHealth-taugliche Anwendung ermöglicht. Nach dem Baukastenprinzip können einzelne LEP-Bestandteile – je nach Zielsetzung der Einrichtung – zu größeren Komponenten oder Systemen (für beispielsweise interprofessionelle Auswertungen, Personalcontrolling) zusammengefügt werden.

Einschätzung der zur Frage, ob durch die automatische Ableitung einer Leistungsdokumentation im Hintergrund die notwendige Abgrenzung zwischen dieser und der primären Pflegedokumentation gemäß GuKG sichergestellt werden kann:

Moderne Krankenhausinformationssysteme verfügen über die Möglichkeit aus den verschiedenen Teilen der Patientendokumentation relevante Einträge für das Behandlungsteam sichtbar zu machen. Der Aufbau der LEP Klassifikation ermöglicht einerseits die Dokumentation der direkt beim

Patienten/der Patientin erbrachten Pflegeleistungen, andererseits können jedoch auch andere anfallende Leistungen erfasst werden. Eine Abgrenzung zwischen der primären Pflegedokumentation und einer Leistungsdokumentation wird durch die beiden Leistungstypen in LEP Klassifikation unterstützt. Eine der Leitideen für die Anwendung von LEP Klassifikationen lautet darum: „Collect once, use many times – dokumentiere einmal, nutze vielfach“. Das bedeutet, dass in der täglichen Behandlungspraxis nur für den Patientennutzen und die Behandlungsqualität wichtige Daten dokumentiert werden und dass diese dann – mit zeitgemäßen softwaretechnologischen Möglichkeiten – vielfach genutzt werden können. Muss trotzdem nacherfasst werden, was nicht dokumentationsrelevant im Behandlungsprozess ist, kann mit LEP einfach auf hohen Aggregationsstufen erfasst werden, ohne dass die Patientendokumentation „überladen“ wird.

5. Erfüllen die in der Klassifikation der Leistungen im Rahmen von „LEP Nursing 3“ enthaltenen Gesundheitsinterventionen formal die Anforderungen an eine Pflegeintervention gemäß ISO 18104:2014?

Die Anforderungen an Pflegeinterventionen nach ISO 18104:2014 wurden in Abschnitt 4.4 ausgeführt. Die LEP-Interventionen/-Leistungen folgen diesem Prinzip. Für die Entwicklung der LEP-Klassifikation wurde auf den internationalen Standard des ISO-Referenzterminologiemodells (ISO18104:2014) Bezug genommen.

Folgende Strukturelemente aus dem Referenzterminologiemodell wurden übernommen:

- a) Ein Wort aus der Achse Handlung (Action; z. B. durchführen)
- b) Ein Wort aus der Achse Handlungsrichtung (Target; z. B. Mobilisation)

Diese beiden Strukturelemente stellen die Bezeichnung einer LEP-Intervention dar, die auch durch weitere Achsen aus der ISO-Referenzterminologie (route/Zugang; means/Mittel; timing/Terminisierung; subject of record / administrativer Fall; site/Körperlokalisierung) ergänzt werden kann.

Einschätzung der LEP-Interventionen:

Zusammenfassend lässt sich diese Frage wie folgt beantworten: Die in den LEP-Interventionen enthaltenen Strukturelemente erfüllen den ISO-Standard 18104:2014 für Pflegeinterventionen.

6. Unterstützt der epa-LEP-Prozess eine effiziente Pflegeprozessdokumentation im Sinne der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“?

Vorweg sei angemerkt: Dokumentationspflichten wurden geschaffen, um die Qualität und Kontinuität der Gesundheits- und Krankenpflege sicherzustellen. Der Pflegeprozess wurde 1997 im GuKG als Kernaufgabe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gesetzlich verankert. Die einzelnen Pflegeprozessschritte machen pflegfachliches Denken und Handeln sichtbar und sind somit zentraler Bestandteil professioneller Pflege. Pflegediagnosen, -ziel und -interventionen

nen sind ernst zu nehmen, denn sie geben den Handlungsspielraum vor. Die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ ist als ein Plädoyer für fachlich richtige, angemessene und wirkungsorientierte Pflegediagnostik sowie nachvollziehbare und klare Pflegedokumentation zu verstehen.

Klassifikationssysteme wie LEP oder Beurteilungssysteme wie die epaAssessment-Instrumente können diesen Prozess immer nur unterstützen, das abschließende Urteil (hier: die Pflegediagnose) fällt dann der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. (vgl. Rappold/Aistleithner 2017; Reuschenbach 2011; Schrems 2008).

In der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ wird, ausgehend von einem Pflegeassessment der pflegediagnostische Prozess angestoßen. Die Ergebnisse dieses Prozesses sind vielfältig. Einerseits können daraus Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen abgeleitet werden. Andererseits kann sein, dass nur Pflegemaßnahmen geplant werden oder dass überhaupt kein pflegerischer Handlungsbedarf vorliegt. Die Entscheidung was im Einzelfall notwendig und wesentlich ist, liegt beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

Mit den Empfehlungen, welche in der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ erarbeitet wurden, soll der Fokus auf das prozesshafte Vorgehen gelenkt werden. Der pflegediagnostische Prozess wird dort als Entscheidungsprozess verstanden, in dem die Perspektive der Patientinnen/Patienten, gespeist aus Bedarf, Erleben, Erinnerung, Erfahrung und Erwartungen, mit der professionellen Perspektive des gehobenen Dienstes für GuK abgeglichen wird, was zu einer pflegefachlichen Einschätzung und zum Ableiten von Pflegeinterventionen führt. Das setzt voraus, dass es zu einer Auseinandersetzung mit der Frage nach den wesentlichen Anliegen der Betroffenen kommt und diese Anliegen mit pflegefachlichem Wissen verknüpft werden. Im Rahmen der Informationssammlung geht es auch darum, Hypothesen zu bilden und die Entwicklung der Patientin / des Patienten dahingehend zu beobachten. Dann ist zu entscheiden, wo Pflegediagnosen gestellt werden bzw. wo es sich um Phänomene und Zustände handelt, die zwar einer Unterstützung seitens der Pflegenden bedürfen, die aber durch prozesshaftes Vorgehen nicht beeinflusst werden können.

Einschätzung des epa-LEP-Prozesses:

Nachdem durch die Kombination der beiden Instrumente alle Aspekte des Pflegeprozesses abgebildet werden, (Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeziele sowie Zielerreichungsgrade durch die epaMethode und Pflegeinterventionen durch LEP) kann dieser auch gut erfasst und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Anwendung eines durchgängigen Systems unterstützt die klinische Entscheidungsfindung und sichert so die abschließende fachliche Entscheidung durch die Pflegefachperson ab.

7. Welche Empfehlungen leiten die Gutachter/-innen aus den Erkenntnissen von Ziff. 1–6 für eine erfolgreiche und GuKG-konforme Umsetzung des Pflegeprozesses mittels epa und LEP in der Pflegepraxis ab?

Grundsätzlich erfüllen beide Instrumente die im GuKG und in der Arbeitshilfe Pflegedokumentation definierten Anforderungen. Die Definition der epaDiagnosen geht dabei über das Verständnis von Pflegediagnosen gemäß der Arbeitshilfe Pflegedokumentation noch hinaus. Die epaAssessment-Instrumente sowie LEP Nursing 3 unterliegen einer laufenden wissenschaftlichen Überprüfung und Weiterentwicklung und werden so an die Veränderungen angepasst.

Bei der Einschätzung des Istzustandes und der Fähigkeiten und Fertigkeiten von Patienten und Patientinnen wird, je nach Einrichtung, auf die vorhandenen Ressourcen oder die Unterstützung durch pflegende Zu- und Angehörige Wert gelegt.

Im Rahmen des Expertenworkshops wurde darauf hingewiesen, dass die Userfreundlichkeit der beiden Instrumente wesentlich von den Softwarelösungen in der elektronischen Dokumentation abhängt. Sie empfehlen, dass Pflegeexperten/-innen in der technischen Umsetzung vermehrt auf diesen Aspekt achten.

Wie in Abschnitt 4.4 ausgeführt, dienen die Ergebnisse aus dem Assessment zunächst dazu, sich Orientierung zu verschaffen, sie weisen auf mögliche pflegerische Handlungsanlässe (epaDiagnosen) hin. Auf Basis dieses Ergebnisses, muss beurteilt werden, ob (1) eine Pflegediagnose mit Pflegezielen und Pflegeinterventionen abgeleitet wird, (2) das Setzen einer Intervention ausreicht, oder (3) ob kein Handlungsbedarf besteht. Bei Softwarelösungen sind diese prozesshaften Auswahlmöglichkeiten zu berücksichtigen.

Für den österreichischen Kontext ist wichtig darauf hinzuweisen, dass eine epaDiagnose nicht zwingend eine Pflegediagnose ist, sondern auf einen pflegerischen Handlungsanlass hinweist. Das ist insbesondere wichtig, da z. B. ein Diabetes Mellitus einen pflegerischen Handlungsanlass darstellen kann, aber eine ärztliche Diagnose ist und auch das Vorliegen eines Diabetes per se kein pflegerisches Handeln nach sich zieht.

Parallel zur Einführung von standardisierten Instrumenten, bedarf es auch einer fachlichen Weiterentwicklung der pflegerischen Kompetenzen. Insbesondere das Erfassen und Beschreiben von interaktionsintensiven Aufgaben (z. B. bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) ist eine hoch komplexe Angelegenheit. Standardisierte Instrumente bergen, unabhängig von der Möglichkeit Freitexte zu erfassen, die Gefahr, dass auf interaktionsintensive Aspekte vergessen wird und damit nur ein Bruchstück pflegerischer Arbeit sichtbar gemacht wird. Dadurch wird auch die Qualität der Pflegedokumentation beeinflusst. Daher wird empfohlen, im Rahmen von Einschulungsprozessen insbesondere auf diese Aspekte der Dokumentationsqualität zu achten und Schulungsbeispiele entsprechend zu erarbeiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Instrumente der epa-Familie und das LEP Nursing 3 den Anforderungen des GuKG und der Arbeitshilfe Pflegedokumentation entsprechen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass außer bei den epa-Risikodiagnosen, wo Risikoindikatoren¹⁴ (=Risikofaktoren) vorgegeben sind, die Symptome bei den übrigen epaDiagnosen nicht standardisiert dargestellt werden, sie können aber individuell/freitextlich ergänzt werden.

¹⁴

DNQP Standard: spricht von Risikoindikatoren und nicht Risikofaktoren vgl. Sturzstandard

6 Ausblick

Die in diesem Gutachten beschriebenen Instrumente der epa-Familie sowie die Pflegeinterventionsklassifikation LEP sind als Kennzahlen- bzw. Datenmodelle konzipiert und entwickelt. Die damit einhergehende regelbasierte Strukturierung (im Sinne einer Pflegefachsprache) ermöglicht es, die Daten über die reine Anwendung in der unmittelbaren Patientendokumentation hinaus zu verwenden, indem die Routinedaten aus der primären Dokumentation in einer veränderten Form (beispielsweise als aggregierte Daten) unter neuen Gesichtspunkten betrachtet und analysiert werden. Mit geeigneten technischen Verfahren besteht die Möglichkeit, die klinische Entscheidungsfindung maßgeblich zu unterstützen – wie dies durch die Standardauswertungen im Rahmen von LEP Nursing 3 bzw. epaAC bereits der Fall ist. Dies wird noch besser gelingen, wenn Daten aus verschiedenen Quellen miteinander verknüpft werden (neben der elektronische Pflegedokumentation u. a. Daten aus den elektronischen Gesundheitsakten sowie aus diversen Monitoringsystemen bzw. -applikationen). Grundsätzlich wird damit die Entwicklung von Vorhersagemodellen z. B. von unerwünschten Ereignissen (wie Dekubitus, Sturz,...), die Vorhersage typischer Verläufe oder individualisierter Maßnahmenvorschläge ermöglicht. Erste Studien weisen auf die zielführende Unterstützung von künstlicher Intelligenz (KI) hin. Z. B. im Rahmen von KI-unterstützter Befundung in der Medizin (z. B. McCue 2017), verbesserte Sturzrisikoerkennung (Kuspinar 2019) oder den Einsatz von KI für die Dekubitusfrüherkennung (Cramer 2019). Das bedeutet aber auch, dass die erhobenen und dokumentierten Daten richtig, fachlich plausibel und vollständig sein müssen. Ist dies nicht der Fall, werden falsche Erkenntnisse gewonnen, die sich nachteilig auswirken können.

Die Pflegewissenschaft steht in diesem Bereich noch am Anfang einer Entwicklung. Mittel- bis langfristiges Ziel ist es, mittels strukturierter Pflegedaten und KI die Versorgung von Patienten/Patientinnen sicherer zu machen. Vor dem Hintergrund ist bei der Auswahl bzw. Bewertung der Eignung einer Methode immer zu prüfen, wie gut sie sich eignet, um aus den Routinedaten einen Mehrwert über die primäre Versorgungssituation hinaus zu generieren. Informationstechnologien haben in die Gesundheits- und Krankenpflege Einzug gehalten und werden hin künftig eine (zunehmend) wichtigere Rolle spielen. Die Instrumente der epa-Familie sowie die Pflegeinterventionsklassifikation LEP, sofern korrekt verwendet, erfüllen diese Anforderung.

Literatur

- Almvik, R.; Woods, P.; Rasmussen, K. (2007): Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist. In: *Int J Geriatr Psychiatry* 22/9:862–867
- American Psychiatric Association (APA) (2013): *Neurocognitive Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*, hg. v. American Psychiatric Association (APA.)
- Baumberger, Dieter; Bürgin, Reto; Hieber, Stefan (2016a): Bericht zur Pilotstudie "Identifikation von Zeitwerten für LEP–Pflegeinterventionen"
- Baumberger, Dieter; Hieber, Stefan; Raeburn, Susanne; Studer, Martin; Bürgin, Reto; Ranegger, Renate; Caluori, Yamina; Weber, Patrick; Jenzer Bürcher, Regula (2016b): *LEP – Aufbau und Anwendung*. LEP AG, St. Gallen
- Cramer, Eric. M., Seneviratne, M. G., Sharifi, H., Ozturk, A. & Hernandez–Boussard, T. (2019): Predicting the Incidence of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit Using Machine Learning. In: *EGEMS (Wash DC)* 7/1:49–
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017): Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege – 1. Aktualisierung 2017“. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Hg. v. (DNQP), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) (2009): Expertenstandard 'Entlassungsmanagement in der Pflege' – erste Aktualisierung (Juli 2009). Hg. v. DNQP. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) (2013): Expertenstandard 'Sturzprophylaxe' – 1. Aktualisierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Ed.) (2014): Expertenstandard 'Förderung der Harnkontinenz in der Pflege' – 1. Aktualisierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung, Osnabrück
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Gerasimidis, Konstantinos; Keane, Orla; Macleod, Isobel; Flynn, Diana M.; Wright, Charlotte M (2010): A four–stage evaluation of the Paediatric Yorkhill Malnutrition Score in a tertiary paediatric hospital and a district general hospital. In: *British Journal of Nutrition* 104/5:751–756

- Gordon, Marjory; Bartholomeyczik, Sabine (2001): *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. 1. Aufl., Urban & Fischer, München, Jena
- Hasemann, W.; Kressig, R; Ermini-Funfschilling, D.; Pretto, M.; Spirig, R. (2007): Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. In: *Pflege* 20/4:191–204
- Hunstein, Dirk (2015): Entwicklung und Testung eines Screening-Instruments zur standardisierten Einstufung relevanter Pflegeanlässe in der akutstationären Versorgung. Witten/Herdecke
- Hunstein, Dirk (2016): Entwicklung und Testung eines Screeninginstruments zur standardisierten Einstufung relevanter Pflegeanlässe in der akutstationären Versorgung. Dr. rer. medic. Inaugural-Dissertation. Fakultät für Gesundheit, Departement für Pflegewissenschaft, Witten: Universität Witten–Herdecke
- Hunstein, Dirk; Sippel, Birgit; Fiebig, Madlen; Metzenrath, Anke (2019): *Anwenderhandbuch epaAC V 2.3.01 PKMS2019 V190530*. ePA-CC GmbH, Wiesbaden
- ISO (2003): *Health informatics — Integration of a reference terminology model for nursing*. International Organization for Standardization, Geneva
- ISO (2014): *Health informatics — Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. Aufl. 2. Switzerland, International Organization for Standardization
- Kuspinar, Ayse., Hirdes, J. P., Berg, K., McArthur, C. & Morris, J. N. (2019): Development and validation of an algorithm to assess risk of first-time falling among home care clients. . In: *BMC Geriatr* 19/1:264–
- McCue, Molly E. & McCoy, Annette M. (2017): The Scope of Big Data in One Medicine: Unprecedented Opportunities and Challenges. . In: *Front Vet Sci* 4/194:
- Rappold, Elisabeth; Aistleithner, Regina (2017): *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 3. überarbeitete Aufl., Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Reuschenbach, Bernd; Mahler, Cornelia (Hg.) (2011): *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Hogrefe AG,
- Schlarmann, Jörg (2007): *Der CaseManagementScore im ePA-AC. Verschiedene Qualitätsdimensionen eines Instruments. Eine empirische Analyse*. MScN. Institut für Pflegewissenschaft, Witten: Universität Witten/Herdecke
- Schrems, Berta (2008): *Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln*. Facultas, Wien
- Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte; Breyer, Elisabeth (2013): *Pflege-Ergebnisqualität*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien
- Woods, Phil; Almvik, Roger (2002): The Broset violence checklist (BVC). In: *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum* 106/:103–105

Online verfügbare Literatur

LEP-Klassifikation

- » Forschungsbericht: Bedarfs- und kompetenzorientierte Personaleinsatzplanung gemäss GuKG 2016 (Teil A) (1,7 MB, geändert am 19.06.2017, letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Forschungsbericht: Bedarfs- und kompetenzorientierte Personaleinsatzplanung gemäss GuKG 2016 – eine prozessorientierte Analyse (Teil B) (764,4 KB, geändert am 18.12.2018, letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Projektbezogene Erfolgsfaktoren für die Einführung von LEP (1,7 MB, geändert am 18.12.2018, letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Bericht zur Pilotstudie “Identifikation von Zeitwerten für LEP-Pflegeinterventionen” (204,1 KB, geändert am 02.10.2019, letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Identifying Outliers in Data from Patient Record (461,9 KB, geändert am 02.10.2019, letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Zwischenbericht zur Pilotstudie: Tarifeinstufung nach KLV 7 direkt aus der Patientendokumentation (357,9 KB, geändert am 02.10.2019, letzter Zugriff 17.4.2020)

Epa-Methode

- » Fiebig M, Hunstein D (2018): Entbürokratisierung– Aber sicher!. In: Pflegemagazin WIRKSAM, 04, 8–11. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Fiebig M, Hunstein D (2018): Pflegeprozess 4.0. Digitale Dokumentation: Denkt künftig der Computer für mich? Pflegezeitschrift, 71(4), 12–15. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Wenke-Zobler, J., Brunner, C., Schäfer-Keller, P., Reutlinger, B., De Geest, S., Schubert, M., Regez, K., Schütz, P., Müller, B. & Conca, A. (2018). Verbessert eine pflegegeleitete Versorgung die Selbstpflegefähigkeiten? Eine quasi-experimentelle Studie. KlinPflg, 3(48). doi: 10.6094/KlinPflg.3.48 (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Schubert M, Stalder I & Saxer S (2017): Vergleich von Items und Scores des ePA-AC© Erstassessments bei kardiologischen und herzchirurgischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Delir: eine eingebettete Fall-Kontroll-Studie. In: Pflegewissenschaft, 19(9/10), 458–467. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Sippel B, Metzenrath A, Hübler O (2016): Spezielle Entwicklung – ergebnisorientiertes PflegeAssessment epaKIDS2. In: JuKiP, 5(5), 204–209. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Moser I, Pensa J (2012) Ergebnismessung zur Zielerreichung mittels ePA-AC. Bachelor-Thesis. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Gerdes M (2011) “Assessmentinstrumente in der Pflege. Das ePA-AC – ein effektives und effizientes Modell für die Praxis”. Facharbeit Leitungsaufgaben in der Pflege. Lönigen. (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Helberg D, Frei IA, Vincenzi C, Spirig R (2010): Welches Modell eignet sich zur Abbildung von Patientenzuständen in der Pflegepraxis? In: Pflegewissenschaft 10/2010:548–557 (letzter Zugriff 17.4.2020)

- » Hunstein D (2009): Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare In: Bartholomeyczik S, Halek M: Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlüter'sche. S. 60-78 (ausführlicher Artikel zu Konzept und Testung des ePA-AC) (letzter Zugriff 17.4.2020)
- » Baumberger D, Hunstein D (Juli 2009): The Linkage of Nursing Assessment and Nursing Workload. In: Stud Health Technol Inform. Volume 146, p 36-40 (letzter Zugriff 17.4.2020)]
- » Schlarmann J (2007): Der CMS im ePA-AC – Verschiedene Qualitätsdimensionen eines Instruments. Eine empirische Analyse. Masterarbeit (MScN) an der Universität Witten/Herdecke. (letzter Zugriff 17.4.2020)

