

Befinden: sichtbar und abrechenbar durch ...

TEXT: DR. FESSEL-DENK

Digitale Assistenzsysteme

»Aber wir haben die deutlich schwereren Fälle!« Diesen mit Empörung vorgebrachten Satz hört man zuhauf in deutschen Krankenhäusern. Dann, wenn mal wieder die DRG nicht kostendeckend ist, die Krankenkasse das Entgelt kürzt oder der MDK eine Behandlung nicht anerkennt. Im Versuch, die Fälle realistisch abzubilden, wurde das DRG System weiter- und weiterentwickelt. Dies hat zu einer Ausweitung der Diagnosen und einem gestiegenen Aufwand für die Dokumentation geführt. In einem kurzen Abriss soll als Vorspann die derzeitige Sachlage vergegenwärtigt werden.

DRG UND PFLEGE-DRG ABRECHNUNG:

Nach dem derzeitigen DRG-Abrechnungssystem wird der Patient als pauschalierter Behandlungsfall aufgefasst und nicht mehr in seiner individuellen Bedürftigkeit gesehen. Das führt Ärzte

und Pflegekräfte in den Konflikt, einen Patienten unter dieser pauschalierten Maßgabe zu behandeln und ihm gleichzeitig in seinem individuellen Befinden gerecht zu werden. Das individuelle Eingehen auf den Patienten wird zu einer ökonomisch entkoppelten Zusatzleistung. Dies umso mehr, wenn die Kommunikation mit Patienten Zeit und Nerven braucht.

Das derzeitige DRG-Abrechnungssystem führt zu einer unheilvollen Spaltung: Leistung und Vergütung auf der einen Seite, Patientenwohl und Berufsethos auf der anderen. Angesichts dieser Sachlage hat der Ethikrat für bestimmte Patientengruppen die Einführung zusätzlicher DRGs gefordert. Dies würde den Konflikt zwar mildern, keinesfalls aber beseitigen.

Zugespißt hat sich die Lage in der Pflege. Im Zuge der Einsparmaßnahmen wurde der kommunikative Teil der Pflegearbeit gekürzt. Das individuelle Eingehen auf das Befinden von Patienten

ist mit einer Pflege nach Minutenwerten und der Reduktion auf körperliche Pflegemaßnahmen nicht vereinbar. Auf der einen Seite sehen Pflegekräfte die Bedürftigkeit der Patienten, auf der anderen Seite hat sich die Arbeit so verdichtet, dass keine Zeit bleibt darauf einzugehen. Dass diese Situation dem Krankenstand, der Zufriedenheit und dem Verbleib in der Pflege (»Pflexit«) abträglich ist dürfte auf der Hand liegen.

Die Ausgliederung der Pflegeleistungen aus dem DRG-Abrechnungssystem als sogenannte Pflege-DRGs kann als Versuch gewertet werden, die dramatische Lage in der Pflege zu verbessern. Allerdings bleibt darin der individuelle Pflegebedarf eines Patienten (Pflegebedürftigkeit und Ressourcen) und die darauf ausgerichtete, aktivierend therapeutische Pflege als Pflegeleistung nach wie vor außen vor. Aus diesem Grund wird im Krankenhaus Report 2020 als Alternative zum Pflege-Budget eine Erfassungssystematik von Pflegebedarf und Pflegeleistungen sowie eine aufwandsarme Pflegedokumentation gefordert. Die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin hat angesichts des hohen Stellenwerts der Patientenkommunikation in Anlehnung an die Medizin den Begriff der »sprechenden Pflege« geprägt. Auch sie fordert losgelöst von den Pflege-DRG die kommunikativ-educativen Pflegeleistungen zu erfassen und zu quantifizieren.

Momentan ist es so, dass gute Pflege entweder selbstredend vorausgesetzt oder als nicht abrechenbare Leistung anerkannt wird. Nicht anerkannt wird der Faktor Zeit, die eine Pflegekraft einem Patienten zukommen lassen kann. Und nicht berücksichtigt wird in welcher Haltung und mit welchen Inhalten eine Pflegekraft dies tut. Dies, obwohl in Studien der Nachweis erbracht wurde, dass sich mit der Absenkung des Personalschlüssels die Mortalität erhöht und dass mit zunehmendem Pflegestress das Risiko für Komplikationen und Fehlentscheidungen steigt.

Die folgenden Ausführungen wird ein digitales Pflege-Patient-Assistenzsystem beschrieben, das entwickelt wurde, um die Situation in der Pflege substanziell zu verbessern. Bei der Entwicklung wurden hohe Maßstäbe an Funktionsumfang, Effizienz und Datensicherheit angelegt. So sollte das System:

- > möglichst barrierefrei für Patienten und Pflegekräfte bedienbar sein
- > den Dokumentationsaufwand für Pflegekräfte auf ein Minimum reduzieren
- > inhaltlich den Forschungsstand im Patient Empowerment abbilden
- > einen deutlichen Mehrwert für Patienten und Pflegekräfte bieten
- > anschluss- und schnittstellenfähig an unterschiedliche KIS-Systeme sein
- > interoperabel die Benachrichtigung von Pflegetechnologien integrieren können
- > höchsten Standards im Bereich Datenschutz und IT-Sicherheit genügen

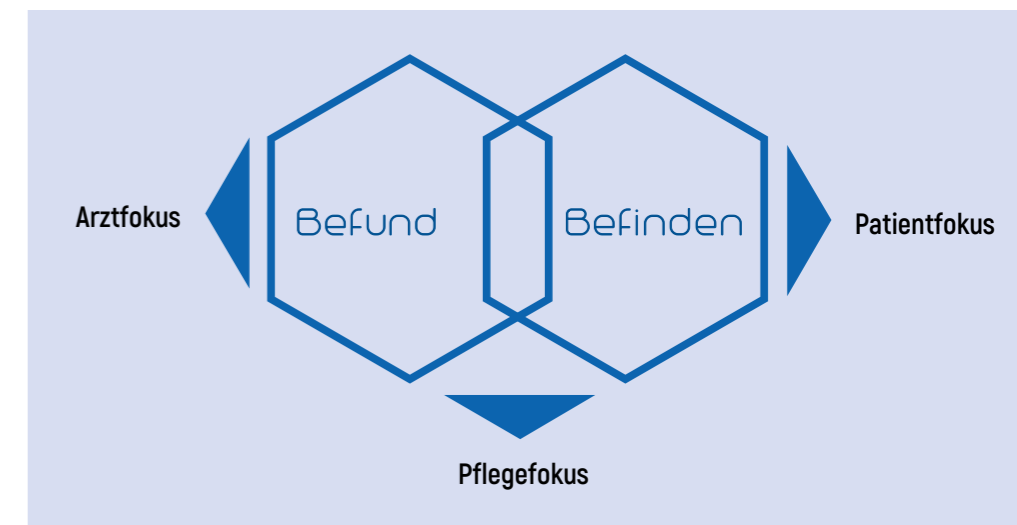
Im Folgenden wird der Fokus weniger auf die technische Beschreibung als vielmehr auf die pflegerische Unterstützung von Patienten und die Entlastung der Pflege gelegt.

BEFUND VERSUS BEFINDEN.

Das DRG-Abrechnungssystem basiert auf Befunden als Ergebnis einer Diagnose und der Zuordnung zu einem bekannten Krankheitsbild (ICD-Code) und Behandlungsschlüssel (OPS). Den Befunden kommt ein objektiver Status zu, während das Befinden subjektiver Natur ist. Das Befinden kann verstanden werden als subjektives Wahrnehmen, Empfinden oder Erleben eines körperlich-seelischen Allgemeinzustandes.

An dieser Stelle sind die verschiedenen Perspektiven von Arzt, Patient und Pflege zu vergegenwärtigen. Während aus Arztsicht der Befund des Patienten im Fokus steht, ist es aus Sicht des Patienten sein Befinden (emotionales Erleben, Schmerzen, Mobilität, Krankheitsbewältigung). Und damit jener Be-

reich, der von der Pflege immer weniger abgedeckt werden kann. Pflegekräfte empfinden aus ihrem Selbstverständnis heraus ihre Tätigkeit als defizitär, wenn sie aufgrund von Überlastung nicht mehr die Zeit haben auf das Befinden des Patienten einzugehen. Den unterschiedlichen Blick von Arzt, Pflege und Patient auf den Befund und das Befinden kann folgendes Schaubild verdeutlichen:



Beim Befinden wiederum lassen sich vier Dimensionen unterscheiden:

Befinden

- 1 körperlich
- 2 sozial
- 3 psychisch
- 4 spirituell

In der Pflegewissenschaft und bei den ENP-Praxisleitlinien werden alle Dimensionen des Befindens berücksichtigt. Angesichts von Zeitknappheit und Pflegestress bleibt insbesondere für die sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen häufig zu wenig Zeit.

Von besonderem Interesse ist das Befinden von Patienten im Rahmen der stationären Krankenpflege. Hier geht es um drei Grundbedürfnisse: Gehört werden, sich sicher fühlen und geheilt werden. Inzwischen gibt es zahlreiche Forschungsrichtungen, die dafür sprechen bei stationären Behandlungen

das Befinden zu erfassen und Patienten darin zu stärken: Siehe Tabelle 1 auf der nächsten Seiten.

Im Assistenzsystem wurde von drei Prämissen ausgegangen:

- 1 Die medizinisch-pflegerische Befund- und Befindenseinschätzung lässt sich sinnvoll erweitern durch den Einbezug des

Befindens von Patienten

Das Befinden von Patienten lässt sich mit Hilfe von digitalen Tools erfassen und mit multimedialen Inhalten stärken

- 2 Mit einem Zusammenspiel von analogen und digitalen Interventionsformen lassen sich Patienten aktiveren, Pflegekräfte entlasten sowie therapeutisch-educative Pflegeleistungen effizient gestalten und dokumentieren.

Das digitale Patienten-Pflege-Assistenzsystem ist modular aufgebaut:

- > Digitaler Pflegeruf als Entlastungs-, Feedback- und Dokumentations-System
- > Patientensicherheit (Hygiene, AMTS, Schnittstellen)
- > Heilungsförderung (Schmerz, Befinden, Ressourcen)

ENTLASTUNG DER PFLEGE DURCH EINEN DIFFERENZIIERTEN DIGITALEN PFLEGERUF.

Einflussfaktor	Forschungsrichtung	Erläuterung
Negative Gefühlszustände	Psychoneuroimmunologie Body-Mind-Medizin	Krankheitsbegleitende negative Gefühlszustände (Angst, Stress) können Infektionsrisiken erhöhen und den Heilungsverlauf verzögern
Psychosoziale Faktoren	Schmerzforschung	Psychosoziale Faktoren können selbst bei eindeutigem somatischen Befund, weitreichende Bedeutung für das Ausmaß von Schmerzen und Beeinträchtigungen haben
Somatische Beeinflussbarkeit	Placebo-Forschung Gesundheitsforschung	Somatische Beschwerden (Schmerzen, Übelkeit) als Folge von Behandlungen lassen sich durch verbale Interventionen, Rituale und Scheinmedikamente verbessern
Mitgefühl	Mitgefühlforschung Akzeptanz- und Commitment Therapie	Mitgefühl und Akzeptanz bezogen auf Krankheiten psychische Leiden und körperliche Schmerzen lindern und Ressourcen stärken
Positive Wertgefühle	Resilienzforschung Positive Psychologie	Positive Wertgefühle im Zustand des Krankseins wirken als Ressourcen. Sie senken das Infektionsrisiko, fördern den Heilungsverlauf und erleichtern die Anpassung an negative Krankheitsfolgen

Ein digitaler differenzierter Pflegeruf bietet Patienten die Möglichkeit, den Grund ihres Rufes mitzuteilen. Dieser darf nicht zu differenziert sein, damit er von vielen Patienten bedient werden kann, selbst wenn kognitive oder motorische Einschränkungen vorliegen. Die Rufanlässe müssen nach den Grundbedürfnissen der Patienten und der nötigen Information an Pflegekräfte ausgewählt sein, welche Materialien benötigt werden und gleich mitgenommen werden können. In Untersuchungen haben sich fünf zentrale Bereiche gezeigt:

Schmerz – Toilette – Infusion – Durst – Sonstiges

Wichtig ist, dass sich in digitalen Systemen eine Rückmeldung an den Patienten einbinden lässt, wenn der Ruf bei einer Pflegekraft eingegangen ist. Die Nachricht an den Patienten »Wir kommen« ist von großer Bedeutung. Damit wird die Ungewissheit auf Seiten des Patienten ausgeräumt:

Bin ich denn gehört worden? Ahnt die Pflegekraft, dass es dringend ist, weil die Schmerzen sehr stark sind? usw. Ein Voreiliges Handeln des Patienten, der sein Bett noch nicht verlassen soll, wird damit verhindert. Gleichzeitig wird durch die differenzierte Meldung die Pflegekraft sowohl körperlich – doppelte Wege entfallen, weil der Rufanlass schon bekannt ist - als auch durch Stressverringerung – welcher Ruf ist wie brisant steht beim Rufeingang schon fest – entlastet. Ein digitaler Pflegeruf, der die Rufbearbeitung im Hintergrund automatisiert dokumentiert und ausgewertet ist gleichermaßen hilfreich für die Pflegeplanung wie für die Auswertung des Pflegeaufwandes pro Patient, pro Dienst und pro Station.

ERFASSUNG DES BEFINDENS.

Befindens-Assessment bei Patienten muss einfach und schnell durchführbar gestaltet werden. Für Pflegekräfte müssen die Auswertungen leicht in den Patienten-Pflege-Dialog integ-

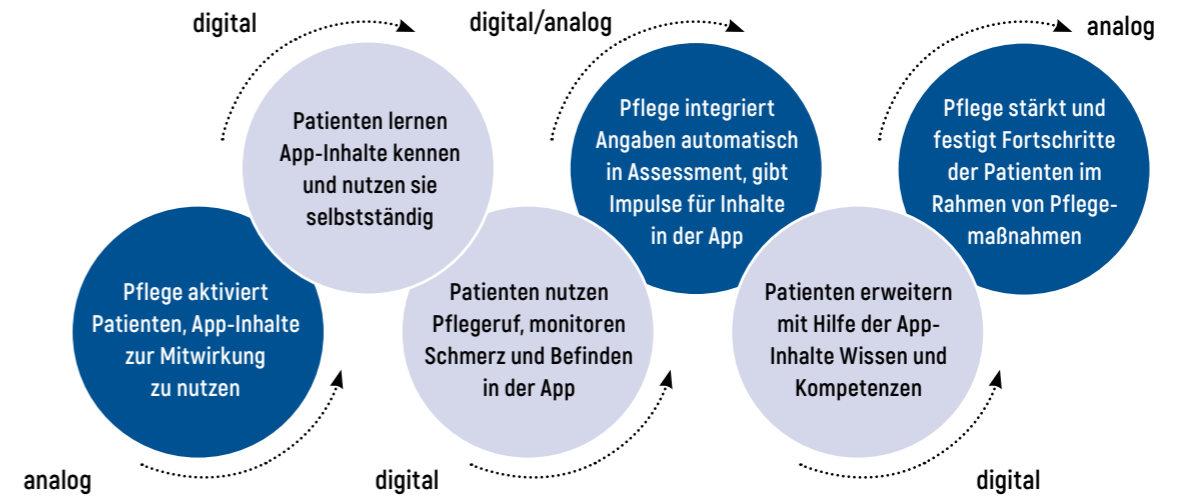
riert werden können. Daher wurde ein Befindens-Assessment entwickelt, das von Patienten einfach und schnell digital zu bearbeiten und von Pflegekräften leicht in der Pflegearbeit zu genutzt werden kann. Es werden folgende Parameter vom Patienten selbst angegeben:

- > Schmerz: in Ruhe, während Bewegung, nach Bewegung
- > körperliche Fitness (Mobilität)
- > Stress (Anspannung, Unruhe)
- > Angst (Sorgen)
- > Heilungsfortschritt (Bewertung des Heilungsverlaufs)

DIGITALE EINBINDUNG UND AKTIVIERUNG DES PATIENTEN.

Digitale Einbindung und Aktivierung des Patienten erweitern den traditionellen persönlichen, analogen Kontakt. Das eigene Smartphone oder Tablet des Patienten wird zum Werkzeug vor, während und nach Behandlungen. Implementiert als App können Patienten Angaben zu ihrem Befinden machen und sich in ihrem Befinden stärken. So nutzen sie die Zeit, in der sie sich im Krankenzimmer befinden und überbrücken Wartezeiten.

Im Zuge der zunehmenden Verbreitung von digitalen Endgeräten in der Bevölkerung bis ins hohe Alter und dem Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen wird die Kombination aus analoger und digitaler Kommunikation zu einem Standard. Dies geht über die Mitteilungs- und Dokumentationsfunktion hinaus. Vielmehr können analoge Befindens-Dialoge von den Patienten digital vor- und nachbereitet und mit digitalen Interventionen durch Pflegekräfte kombiniert werden. Pflegekräfte können die Angaben der Patienten in ihre Pflegemaßnahmen integrieren und wiederum Empfehlungen zu digitalen Inhalten geben. Die Inhalte erweitern und ergänzen die analogen Kontakte der Pflegekräfte. Es sind dies Inhalte, die zwar für die Patienten wichtig sind, auf diese einzugehen im Pflegealltag jedoch häufig die Zeit fehlt.



Durch das Zusammenspiel analoger und digitaler Interventionen und einer verbesserten Gesprächsführung bedingt durch ein Mehr an Wissen über das Befinden des Patienten wird die Kommunikationsdichte zwischen Pflegekraft und Patient erhöht sowie die Betreuungsqualität und Heilungsergebnisse verbessert. Der Rahmen und der Verweis auf weiterführende Inhalte erlaubt es Pflegekräften, auf die oben genannten Einflussfaktoren des Befindens einzugehen. Damit wird es beispielweise möglich auf unproduktive Formen im Umgang mit dem eigenen Befinden bei Patienten wie Ohnmacht oder Leugnung einzugehen. Das unterstützt Patienten darin, ihren eigenen Gefühlen standzuhalten und über die Reflektion des eigenen Befindens »die Krankheit annehmen lernen« (Gadamer) und sich für Ressourcen zur Heilung und Linderung zu öffnen. Auf Seiten der Pflegekräfte wiederum werden ihre mitfühlenden Ressourcen einerseits geschont, andererseits aufgewertet.

Es lassen sich vier grundsätzliche Dialogformen analog-digitaler Kommunikation unterscheiden (siehe rechts).

Die Grafik (siehe oben) beschreibt beispielhaft eine Ablaufsequenz für eine analog-digitale Interaktion zwischen Patienten und Pflegekraft.

Zwei Use Cases können die analog-digitale Kommunikation im Krankenhausetting veranschaulichen: Siehe Abbildung 3 auf der nächsten Seiten.

Die Analog-digitale Patienten-Pflege Kommunikation besteht somit aus den Bereichen:

- > Informationen für Pflegekräfte zur Unterstützung der analogen Gesprächsanteile
- > Informationen für Pflegekräfte,

welche Themen für Patienten in digitaler Form aufbereitet vorliegen

- > Informationen für Patienten in digitaler Form. Diese umfassen:
 - Digital aufbereitete Themen zu den verschiedenen Aspekten des Befindens
 - Die Erfassung des Befindens
 - Den Umgang mit Befinden
 - Die richtige Art / Einstellung im Rahmen der Dokumentation des Befindens

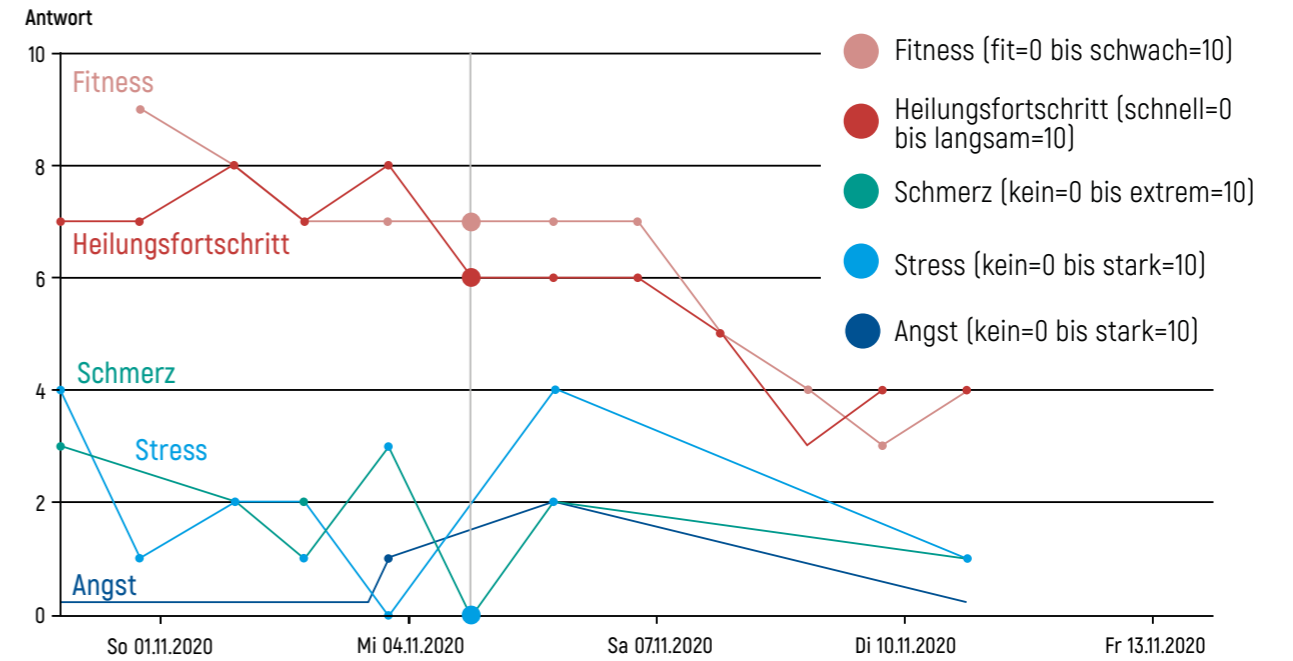
Dialogform	Beschreibung	Beispiele
Analog – Analog	Behandler und Patient treten direkt in Verbindung; Face-to-Face Kommunikation, ermöglicht verbale und nonverbale Verständigung.	Pflegekraft bei einer Pflegemaßnahme z.B. beim Verbandswechsel geht auf die Ängste des Patienten ein
Digital – Analog	Bei dieser Dialogform über-mittelt ein Dialogpartner eine Information digital, während der andere mündlich darauf reagiert.	Der Patient gibt digital die Zunahme der Schmerzen an, worauf die Pflegekraft ihm ein Schmerzmittel bringt.
Analog – Digital	Bei dieser Dialogform folgt auf Face-to-Face-Kommunikation die digitale Reaktion eines Dialogpartners z.B. die digitale Bearbeitung im App	Pflegekraft bittet den Patienten sein Befinden digital anzugeben, was der Patient danach tut.
Digital – Digital	Bei dieser Dialogform interagieren die Dialogpartner über ein Endgerät digital	Patient gibt im Tagesbefinden erhöhter Stress an. Die Pflegekraft weist ihm digital eine Übung zur Entspannung zu.

2
Frau Kästner gut, dass Sie uns digital Ihre Angst von der OP mitgeteilt haben! Wir passen gut auf Sie auf. Bitte schauen Sie sich im Patienten App die Materialien zum Umgang mit Angst an. Wenn Sie noch Fragen haben, sprechen Sie die Pflegekräfte an!

1
Ob jemand etwas sagt, dass ich in meinem Tablet große Angst vor der OP angeben habe?"

3
„Ohne die Möglichkeit über mein Tablet mein Befinden anzugeben, hätte ich vermutlich nichts über meine Angst gesagt. Ich bin froh, dass ich es getan habe. Gut zu wissen, dass es anderen ähnlich geht und ich nun weiß, wie ich damit umgehen kann!“

Einzelauswertung: Patientin 47 Jahre



2
Pflegeruf von Mia Müller „starke Schmerzen“!
Antwort: „Wir kommen!“

1
Mia Müller, Pflegeruf abgesetzt: „starke Schmerzen!“

3
„Frau Müller hier ist Ihr Schmerzmittel. Da Ihre Schmerzen noch stark sind machen Sie weiter die Übungen zum Umgang mit Schmerz, die ich Ihnen empfohlen habe!“

- > Auswertungen für Pflegekräfte in digitaler Form, die das Befinden der Patienten einfach und übersichtlich darstellen
- > Informationen für Pflegekräfte in Form von Handbüchern und Erklärvideos über den Einsatz der Befindens-Technologie-Materialien

Bislang gilt, dass die erste Antwort des Patienten zu seinem Befinden als sein tatsächliches Befinden zementiert wird. Befinden jedoch ist ein sich konti-

nuierlich verändernder Prozess. Zudem gilt das Eisberg Prinzip: der größte Teil des Befindens wird erst mitgeteilt, wenn entsprechendes Vertrauen aufgebaut wurde.

Dabei ist es relevant, wie die Inhalte, die im Rahmen der Befindens-Technologie zur Verfügung gestellt werden, gestaltet sind. Es reicht kein »Filmchen«, es muss in der Art der Darstellung ein Weg gefunden werden:

- > Den Patienten tatsächlich zu erreichen
 - Dem Patienten so anzusprechen, dass es für ihn nicht peinlich oder schambesetzt ist, oder von ihm ins Lächerliche gezogen werden kann
 - Den Patienten nicht zu überfordern mit dem Ausmaß des Inhalts, der angesprochen wird
- > Die Inhalte verständlich zu formulieren
- > Trotz Vereinfachung immer die

- Kernaussage zu enthalten
- > Den Patienten mit den Inhalten nicht allein zu lassen
- > Die Inhalte der Befindens-Technologie müssen vertrauensbildend wirken

Kontinuierliches Feedback durch Pflegekräfte in analoger und/oder digitaler Form sind unabdingbar. Sonst hört der Patient auf mitzuarbeiten, fühlt sich alleingelassen oder gar abgespeist. Zudem gilt, dass es bei Befinden genauso wie bei Befunden möglich ist, dass im Laufe der Zeit eine Veränderung stattfindet. Die Auswertungen der zeigen diese Veränderung auf. Hier ein Beispiel einer Auswertung einer Patientin im Rahmen einer Studie: Siehe Diagramm oben.

Über die 2 Wochen zeigen sich deutliche Verbesserungen im Heilungsfortschritt und in der Fitness sowie ein erkennbarer Rückgang in der Schmerzstärke. Angst und Stress schwanken im unteren Niveau mit Ausschlägen im mittleren Bereich an bestimmten Tagen. Das Rückmelden des Verlaufes durch die Pflegekräfte ermöglicht es den Patienten die Angaben und die ihnen zugrunde liegenden Einstellungen

besser zu reflektieren. Wie einfach und wirkungsvoll sich die Mitwirkung und Fortschritte der Patienten transparent machen und dokumentieren lässt, hat Patienten wie Pflegekräfte und Ärzte gleichermaßen positiv überrascht. Kein Wunder, dass sie unisono in dem System einen deutlichen Gewinn im Bereich Therapieunterstützung und -kontrolle empfanden.

Zusammengefasst bietet der Pflege-Patient-Assistenzsystem folgenden Nutzen:

- > Senken der Laufarbeit, Vermeiden von Stress und Ermüdungseffekten (Alarm fatigue) in der Rufsituation bei Pflegekräften
- > Effiziente Beziehungspflege (Eingehen auf Befinden) trotz knapper Zeitressourcen
- > In die Funktionspflege integriertes Patienten Empowerment (Sicherheit, Heilung)
- > Ressourcenbasierte Pflege durch Belastungskontrolle (compassion fatigue, missed care), Self-Care und kontinuierliche Verbesserung (Planung, Schulung)
- > Förderung der Pflege-Patienten-Beziehung (Vertrauen/

- Wertschätzung) durch digital/ analoge Feedbackschleifen
- > Erhöhen der Outcome bezogenen Mitwirkung von Patienten im Bereich Sicherheit (Risiken) und Heilung (Ressourcen)
- > Erhöhen des transparent und messbar gemachten Beitrages zur Wertschöpfung der Pflege (DRG, MDK-Prüfungen)

Dies ist ein Beitrag die Pflegekräfte zu entlasten und sie gleichzeitig bei der Aufgabe in der aktivierend therapeutischen Pflege zu unterstützen. Und dabei das Dilemma abzumildern zwischen knappen Zeitressourcen und Bedürfnissen der Patienten nach empathischer Zuwendung. Zudem eröffnet die automatische Dokumentation der hier genannten Pflegeleistungen neue Chancen in der Erlössicherung.

Dr. Ulrike Fessel-Denk
Geschäftsführung PIATO GmbH