

Einblicke und Ausblicke

Auch 2017 können wir auf ein sehr erfolgreiches Geschäftsjahr zurückblicken. Wir konnten mit dem epaPSYC nicht nur ein neues Instrument der epa-Familie fertig stellen und unsere Lösungen auf drei internationalen Kongressen WPA 2017 (World Congress of Psychiatry in Berlin), ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Valencia) und dem ICN-Congress (International Council of Nurses in Barcelona) mit internationalen Experten diskutieren, sondern auch unseren Kundenstamm verdoppeln: In Deutschland und



in der Schweiz haben sich neben einzelnen Kliniken auch die großen privaten Klinikbetreiber für die Instrumente der epa-Familie entschieden, so dass wir uns mit Ende 2017 über **mehr als 400 Vertragsbetriebe** freuen können – und konkrete Gespräche für eine weitere Ausweitung in 2018 laufen bereits.

Auf der ENI (European Nursing Informatics in Hall, Tirol) haben wir dieses Jahr unser 15-jähriges Jubiläum gefeiert. Ein herzliches Dankeschön für die vielen Glückwünsche und Gespräche an unserem Geburtstagsstand. Was einmal als kleines Praxisprojekt begann, hat

sich als Standard für die schnelle und sichere Pflegeprozessdokumentation in Deutschland und der Schweiz etabliert – und auch die Zahl der Anwenderbetriebe in Österreich wächst.

Daher wollen wir im Jahr 2018 die Entwicklungsgeschwindigkeit neuer Produkte etwas reduzieren und dafür mehr in die Ausnutzung des Anwendungspotenzials der bestehenden Instrumente der Methode ergebnisorientiertes PflegeAssessment investieren. Hierzu gehören v. a. Projekte und Dienstleistungen, die unsere Kunden befähigen, das Potenzial der epa-Daten über den Pflegeprozess hinaus noch besser auszuschöpfen (siehe auch die beiden nachfolgenden Beiträge).

epaDATA: Eine neue Facette in der Familie der epa Produkte

Was ist epaDATA? Die Methode epa wurde von Beginn an als Datenmodell entwickelt. Ziel war und ist es, die in der Primärdokumentation erhobenen Daten für weitere Zwecke zu nutzen, wie z. B. zum Führen mit Personalkennziffern oder zum Steuern mittels Belastungsindikatoren. Diese Facette des Potenzials der Methode epa auszubauen, ist für uns als Unternehmen ein logischer Schritt.

Das „Daten-Gold“ der elektronisch verfügbaren Daten – insbesondere jenes aus der primären Pflegeprozessdokumentation – kann nur geschürft werden, wenn die Pflegefachperson sowie

das Unternehmensmanagement Klarheit darüber haben, was sie über Patientenfälle und Versorgungsprozesse wissen möchten. Erst dann können die Daten sinnvoll aufbereitet und die Auswertungen (idealerweise) automatisiert werden.

In den einzelnen Teilschritten einer Datenanalyse möchten wir Sie zukünftig noch stärker und individueller unterstützen. Wir begleiten Sie bei der Transformation Ihrer unternehmensbezogenen Aufgabenstellungen in systematische Fragestellungen sowie bei deren datengestützter Beantwortung.

Dabei entwickeln wir gemeinsam mit Ihnen individuelle Strategien und Konzepte im Bereich der Datenanalyse sowie passgenaue Lösungen.

Selbstverständlich bieten wir auch vorkonfigurierte Lösungen an: Mit der epaTOOLBOX steht eine Reihe von alltagsrelevanten Standardauswertungen zur Verfügung – bis hin zur fertig programmierten Softwarelösung.

Die fachliche Exzellenz unserer Lösungen stellen wir durch unsere enge Vernetzung mit wissenschaftlichen und technologischen Partnern sicher.

Für weitere Informationen und Beratung ist madlen.fiebig@epa.cc.de Ihre Ansprechpartnerin.

epa-Evaluationstag: Standort bestimmen, Zukunft gestalten

Unzweifelhaft bedarf die Einführung der Methode epa in einer Einrichtung einer guten Vorbereitung und eines soliden Projektmanagements – unabhängig davon, ob mit der Einführung auch zugleich der Umstieg auf eine komplette elektronische Patientenakte erfolgt oder erst einmal „nur“ die Pflegeplanung in Software umgesetzt wird.

Dieser Prozessschritt wird in den meisten Einrichtungen sehr erfolgreich umgesetzt.

Nach Abschluss der Projektphase beginnt dann der Regelbetrieb. Die geübten epa-Anwender können sich nun auf die Integration der Methode in den Alltag konzentrieren. Die Erfahrung zeigt, dass in diesem Schritt das Potenzial der Methode epa noch nicht ausgeschöpft wird, obwohl (oder weil?) die Möglichkeiten der epa-Nutzung in Hinblick auf Tiefe und Breite vielfältig sind. Das Spektrum reicht von der Minimallösung „Assessment“ über die automatisierte Pflegeprozessdokumentation und die Abrechnung bis hin zur Unternehmenssteuerung mit epa-Daten.



Der epa-Evaluationstag, den wir ab 2018 allen Kunden anbieten, unterstützt Sie dabei, aus der Vielzahl der Optionen maßgeschneiderte Lösungen für Ihr Haus zu identifizieren. Dafür findet in einem ersten Schritt eine Standortbestimmung statt.

Für die Standortbestimmung nutzen wir zunächst Ihre epa-Daten. Diese werden vor dem Evaluationstag von uns analysiert. Die Ergebnisse bringen wir zum Evaluationstag mit, um in Verbindung mit Ihren individuellen Erfahrungen und den jeweiligen Rahmenbedingungen eine Grundlage für die Ableitung konkreter Maßnahmen zu haben.

Nachfolgende Themen können Bestandteil der Standortbestimmung sein:

Themen (Bsp.)	Methoden/ Werkzeuge	Konsequenz
Akzeptanz und Integration	<ul style="list-style-type: none"> • epa-Auswertungstool • Inplausibilitäten erkennen • Termintreue prüfen • Dokumentationsqualität prüfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachschulung der Mitarbeiter • individuelle Schulungskonzepte erarbeiten • Begleitung vor Ort intensivieren • Neue Begleitungskonzepte der Stationen erarbeiten
Interne Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • epa-Auswertungstool • Stationsvergleiche (z. B. Dauer maximaler Schmerzstärke über einen definierten Zeitraum) 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung Schmerzmanagement • Neues Schmerzmanagement konzipieren
Prozess-Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Prozess-Automatisierung • Was wird bereits gesteuert • Was könnte (noch) gesteuert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung weiterer Prozess-Automatisierungen
Risikomanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse Pflegeplan • Abgleich Risikoindikatoren vs. durchgeführter Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung Risikomanagement • Überarbeitung interner Leitlinien

Auf Basis der Standortbestimmung erarbeiten wir mit Ihnen z. B. individuelle Reports, mögliche Ansätze für Prozessautomatisierungen oder Anpassungsvorschläge für interne Leitlinien. In der gemeinsamen Diskussion der erarbeiteten Vorschläge wollen wir Sie auch befähigen, die neuen Erkenntnisse in den Alltag zu integrieren. Der Evaluationstag bietet also eine gute Möglichkeit, Daten, Erfahrungen und Expertise verschiedener Quellen zusammenzubringen.

Bestimmen Sie Ihren Standort und planen gemeinsam mit uns den Weg zur Realisierung Ihrer Ziele.

Ansprechpartnerin für den Evaluationstag ist birgit.sippel@epa-cc.de

Änderungen im G-DRG-Abrechnungssystem für 2018

Mit der diesjährigen Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs resp. der G-DRG-Bewertung haben sich wieder erlösrelevante Änderungen ergeben. Nachfolgend haben wir für Sie jene Änderungen, die einen direkten Bezug zu den Instrumenten epaAC oder epaKIDS2 aufweisen, aufgelistet.

Anpassungen OPS 9-201.x (PKMS)

Es wurden keine neuen Gründe hinzugefügt. Bereits bestehende Gründe wurden aber auf weitere Leistungsbereiche ausgeweitet. So findet sich z. B. die Umkehrisolation im PKMS-E nun auch in den Leistungsbereichen (LB) C und D, im PKMS-J auch in LB B und im PKMS-K in LB B und D wieder. Unsere Softwarepartner haben die Änderungen der Mappingtabellen erhalten, so dass die PKMS-Gründe auch in 2018 automatisch aus epaAC/ epaKIDS heraus generiert werden können.

OPS 9-984 Pflegebedürftigkeit

Ab 2018 wird eine gutachterlich bereits bestätigte Pflegebedürftigkeit für die Begründung aufwendiger Pflege anerkannt. Für die Pflegegrade 3 bis 5 wurden im Rahmen der OPS-Kodierung zwei neue Zusatzentgelte (ZE) definiert. Bei bestimmten DRG-Fallpauschalen und einer Mindestverweildauer von 5 Tagen liegt das niedrigere ZE 162 bei 107,14 € pro Fallaufenthalt, das höhere ZE 163 beträgt 219,56 €.

Vorteil dieser Zusatzentgelte: Sie können bei 1.083 DRGs erlösrelevant kodiert werden – und erfordern keine weitere Zusatzdokumentation.

Bereits seit 2017 werden die Pflegegrade in den epa-Zusatzvariablen erfasst und können (in Abhängigkeit der Funktionalität der Softwareumsetzungen) direkt in den Kodierarbeitsplatz ausgeleitet werden.



ICD-10-GM U50.- (motorische) / U 51.- (kognitive) Funktionseinschränkung

Sehr schwere motorische und kognitive Funktionseinschränkungen erhalten eine deutliche Aufwertung im Sinne einer hochaufwendigen Pflege. Für die Diagnosen U50.5 und U51.2 wurden Anpassungen in der CCL-Matrix in 10 bzw. 6 Basis-DRGs hinsichtlich einer Höhergruppierung vorgenommen.

Der SPI unterstützt unsere Kunden bei der Identifizierung von Patienten, für die diese ICD-10-Codes relevant sein können. Für die Kodierung der U50.5 schlagen wir einen Cut-Off von $SPI < 21$ Punkten vor, um bei diesen Patienten einen Barthel-Wert (oder FIM-Wert) auszuleiten. Mit einer sehr hohen Treffergenauigkeit (Sensitivität = 93,2, Spezifität = 98,0) liegt dieser dann bei 0-15 Punkte (Barthel) resp. 13-30 Punkte (FIM) und erfüllt damit die Voraussetzung für die „sehr schwere motorische Funktionseinschränkung“.

Für die Ableitung der schweren kognitiven Funktionseinschränkung (U51.2) schlagen wir zunächst das Item „Kenntnisse erwerben“ = 1 („keine Fähigkeit“) vor. Dieses weist nach vorläufigen Ergebnissen mit hoher Treffergenauigkeit (Sensitivität = 98,4, Spezifität = 96,2) auf eine sehr schwere kognitive Funktionseinschränkung (erweiterter Barthel-Index 0-15, FIM 5-10 Punkte) hin.

Weiterführende Ergebnisse zu der Identifizierung von Patienten mit einer möglichen Passung zu den U50.-/ U51.- -Diagnosen sowie einem Mapping von epaAC zu den genannten Instrumenten werden mit dem Abschluss der epaBRIDGE-Studie erwartet (mehr dazu siehe Seite 7 in diesem Newsletter).

Bei Fragen zur Unterstützung bei der Barthel-/ FIM-Kodierung durch epaAC wenden Sie sich bitte an anke.metzenrath@epa-cc.de oder Ihren Softwarepartner.

Umsetzung Entlassmanagement mit epaAC

gemäß Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

Der Rahmenvertrag gemäß §39(1a)SGB V verpflichtet die Kliniken in Deutschland seit Oktober 2017, ein Entlassmanagement nachzuweisen.

Der Rahmenvertrag nennt ein zweistufiges Verfahren: Stufe 1: Initiales Assessment – Identifizierung von Patienten mit einem möglichen Bedarf für ein Entlassungsmanagement

Stufe 2: Differenziertes Assessment – Feststellung des vermuteten poststationären Unterstützungsbedarfs des Patienten bzw. seiner Angehörigen sowie Organisation der poststationären Versorgung.

Das Basis-Assessment epaAC zielt seit Beginn der Entwicklung im Jahr 2002 darauf ab, unter anderem das vom Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009) geforderte initiale Assessment zur Identifikation des Risikos „Poststationäres Versorgungsdefizit“ abzubilden. Da sich der Rahmenvertrag explizit auf den DNQP-Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ bezieht, passt die Konzeption des epaAC ohne zusätzlichen Aufwand zu den Anforderungen des Rahmenvertrags.



Unterstützung durch epaAC in Stufe 1: Initiales Assessment

In Anlage II „Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen“ (DKG 2017b) werden verschiedene Themen als mögliche Inhalte eines initialen Assessments (initiales Screening) im Rahmen des Entlassmanagements benannt. Diese beziehen sich maßgeblich auf eine aktuell vorhandene Pflegebedürftigkeit und die aktuelle Versorgungssituation des Patienten. Es wird explizit erwähnt, dass es sich um inhaltliche Vorschläge handelt, die ggf. an einrichtungsspezifische Besonderheiten anzupassen sind.

Die Fähigkeit des epaAC, das Risiko eines poststationären Versorgungsdefizits vorherzusagen sowie den Entlassprozess zu steuern, konnte in Studien nachgewiesen werden (z. B. Schlarman, 2007 oder Schuetz et al., 2013).

Unterstützung durch epaAC in Stufe 2: Differenziertes Assessment

In Anlage II (DKG 2017b, Seite 3) finden sich beispielhafte Inhalte eines möglichen differenzierten Assessments. Diese Inhalte sind vielfältig und reichen von der medizinischen über die pflegerische sowie die soziale Situation des Patienten bis zum möglichen Unterstützungsbedarf von Angehörigen. Für die meisten dieser Bereiche können dem epaAC wichtige Informationen entnommen werden, so dass eine unnötige Doppeldokumentation vermieden wird. Hierzu gehört neben der umfassenden Einschätzung beeinträchtigter Fähigkeiten (epa-Diagnosen) die Auswertung von

Risikobereichen des Patienten (z. B. Sturzrisiko, Dekubitusrisiko, Risiko Mangelernährung), die auch poststationär fortbestehen können.

Damit erfüllt epaAC nicht nur die Anforderungen für das initiale Assessment, sondern liefert auch zentrale Inhalte für das differenzierte Assessment.

Ansprechpartner für das Thema „Entlassmanagement“ ist dirk.hunstein@epa-cc.de

Literaturangaben: http://www.epa-cc.de/files/content/news/2017/Sept_2017/Umsetzung%20Entlassmanagement%20mit%20epaAC%20Rahmenvertrag%20%C2%A7%2039%201a%20SGB%20V%20170912.pdf

epaPSYC zur Umsetzung in Software verfügbar

Mit Abschluss der Verknüpfungen zu NANDA und LEP N3 steht der psychiatrischen Pflege nach eineinhalb jähriger Entwicklungsarbeit mit dem epaPSYC nun ein Basisassessment zur Verfügung, das die speziellen Bedürfnisse für die (Pflegeprozess-)Dokumentation dieses Versorgungsbereiches aufgreift. Das epaPSYC strukturiert nicht nur die pflegfachliche Beurteilung des Patienten-zustands, sondern stellt – wie alle anderen Instrumente der Methode epa auch – managementrelevante Kennzahlen zur Verfügung.

Die Datenbank wurde bereits an die ersten Softwarefirmen ausgeliefert und erste Umsetzungsprojekte haben begonnen.

Einen Einblick zu Inhalten und Funktionen des epaPSYC gibt die erste Veröffentlichung in der Zeitschrift *Psychiatrische Pflege Heute* (Fiebig, M., Rabenschlag, F., Gehri, B., Metzenrath, A., Sippel, B., Söyler, M. & Hunstein, D. (2017): *Basisassessment für die psychiatrische Pflege. Psych Pfleg Heute, 23(3), 114-118. doi: 10.1055/s-0043-105645*).

Wir bedanken uns nochmals bei allen beteiligten Kooperationspartnern aus Praxis und Forschung für die sehr gute Zusammenarbeit!

Ihre Ansprechpartnerin für epaPSYC ist madlen.fiebig@epa.cc.de

Termine QI&II 2018

Bei folgenden Kongressen/Veranstaltungen haben Sie die Möglichkeit, Mitglieder des epa-Teams persönlich zu treffen:

- **19. – 20. Januar: Kongress Pflege**, Berlin
- **15. – 17. März: Deutscher Pflegetag**, Berlin
- **21. – 23. März: XPOMET Innovation Congress**, Berlin
- **17. – 19. April: ConhIT**, Berlin
- **02. – 04. Mai: SBK-Kongress**, St. Gallen

Save the Date:

13. Nov. 2018: epa-LEP Anwenderkonferenz, in Frankfurt/ Main

Ihre Ansprechpartnerin für die Terminkoordination ist birgit.sippel@epa-cc.de



Studie epaBRIDGE

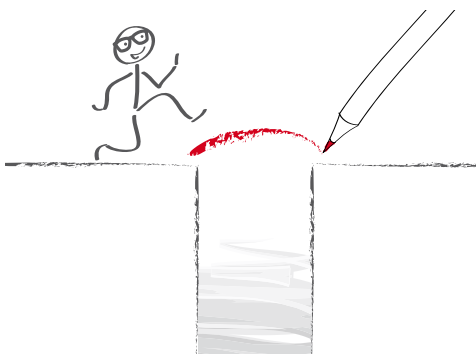
Instrumente wie der Barthel-Index (BI), der erweiterte Barthel-Index (eBI) oder der FIM (Functional Independence Measure) sind – anders als die Instrumente der Methode epa – nur bedingt geeignet, den Pflegeprozess im Akutkrankenhaus zu steuern und Ergebnisqualität der Pflege zu messen. Grund: Sie wurden für andere Fachgebiete resp. Einsatzbereiche als für die Pflege entwickelt und decken daher naturgemäß nur einen Teil pflegerelevanter Handlungsanlässe ab. Risikoindikatoren fehlen vollständig.

Andererseits sind Instrumente wie FIM oder Barthel verbreitet und werden auch z. B. für die DRG-relevante Kodierung der ICD-Codes U50.n und U51.n eingesetzt.

Ein zentrales Ziel der Methode epa ist, die Daten aus der handlungsleitenden Primärdokumentation für möglichst viele nachgelagerte Dokumentationsanforderungen zu nutzen und Anwender so von unnötiger Doppeldokumentation zu entlasten. Daher lag es nahe zu prüfen, ob – und wenn ja: wie – ein Mapping zwischen den verschiedenen Instrumenten möglich ist. Hierfür wurde die epaBRIDGE-Studie konzipiert.

Zwei zentrale Fragen waren bei der Konzeption der epaBRIDGE-Studie handlungsleitend:

- Sind die Aussagen der Instrumente Barthel-Index (BI), erweiterter Barthel-Index (eBI), Functional Independence Measure (FIM) und erweiterter Barthel-Index Schweiz (ANQ-Barthel) mit denen des epaAC vergleichbar?
- Wie gut lassen sich aus epaAC-Daten die Scorewerte der zuvor genannten Instrumente vorhersagen?



Im Jahr 2016 untersuchte das epa-Team zunächst die verschiedenen Konzepte der zuvor benannten Instrumente und entwickelte dort, wo sich eine hohe Passung zeigt, ein normatives Mapping von epaAC zu diesen Instrumenten.

Im zweiten Schritt (Beginn war Sommer 2017) wird untersucht, ob sich das auf normativer Grundlage entwickelte Mapping empirisch belegen lässt. Dafür wurden 300 Patienten in drei Einrichtungen (Kreisklinikum Siegen, Uniklinik Köln und Klinikum der Universität München) mit allen zuvor genannten Instrumenten inklusive epaAC eingeschätzt. Erste Auswertungen zeigen eine hohe Modellpassung des SPI zu den Summenscores des BI oder des motorischen FIM resp. der kognitiven epaAC-Items zu den Summenscores des eBI oder des kognitiven FIM (jeweils >90%).

Diese ersten Ergebnisse können schon heute genutzt werden, um jene Patienten zu identifizieren, bei denen es sich aus Vergütungsgründen lohnt, einen Barthel-Index, einen erweiterten Barthel-Index oder einen FIM-Wert zu liefern.

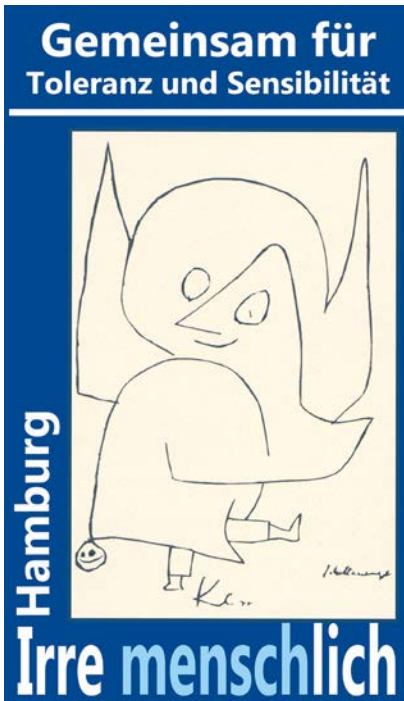
Der dritte Schritt wird darin bestehen, die Passung des normativen Mappings aller einzelnen Items zu prüfen und gegebenenfalls durch empirische Daten zu optimieren, so dass das Mapping von epaAC zu den anderen Instrumenten automatisiert werden kann.

Das normative Mapping kann näherungsweise bereits heute als automatisierter Vorschlag für die Ableitung von BI, eBI oder FIM aus epaAC heraus genutzt werden.

Ansprechpartnerin für die epaBRIDGE-Studie ist anke.metzenrath@epa-cc.de

Es ist normal, verschieden zu sein

Der Verein „Irre menschlich Hamburg“ e. V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, krisenerfahrene Menschen, Angehörige und professionell Tätige aus dem psychiatrischen Umfeld zusammenzuführen, um gemeinsam Vorurteilen entgegenzuwirken und ein menschliches Bild psychischer Erkrankungen zu fördern.



Der gemeinnützige Verein arbeitet mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zusammen und unterstützt zahlreiche Initiativen mit gleicher Zielsetzung in ganz Deutschland.

Mehr Toleranz gegenüber Anderen und mehr Sensibilität gegenüber sich selbst bedingen sich gegenseitig als notwendige Voraussetzung von seelischer Gesundheit - für alle Menschen. (Quelle: www.irremenschlich.de)

Für eine solche Grundhaltung der Weltoffenheit und Toleranz steht auch die ePA-CC GmbH. Da wir uns während der Entwicklung des epaPSYC sehr intensiv mit der Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen für die Betroffenen und deren gesellschaftlicher Anerkennung beschäftigt haben, hat uns die Zielsetzung des Vereins „Irre menschlich Hamburg“ überzeugt, um ihn mit unserer diesjährigen Weihnachtsspende zu unterstützen.

Für das entgegengebrachte Vertrauen in unsere Arbeit und für die sehr gute Zusammenarbeit möchten wir uns herzlich bedanken. Wir wünschen allen LeserInnen ein frohes Weihnachtsfest und etwas Zeit, um das Jahr entspannt ausklingen zu lassen.

„Das Bewährte erhalten und das Neue versuchen“ - so soll es auch in 2018 wieder an den Start gehen.

Freuen Sie sich auf viele neue, kreative Ideen, mit denen wir Sie auch im kommenden Jahr überraschen möchten!

Ihr Team der ePA-CC GmbH!

Impressum:

ePA-CC GmbH

Bernhard-May-Str. 58 j&k

D-65203 Wiesbaden

mail@epa-cc.de - www.epa-cc.de

Geschäftsführung: Dr. Dirk Hunstein & Birgit Sippel

Illustrationen: trueffelpix (fotolia.de)

The logo for ePA-CC GmbH, featuring the lowercase letters 'epa' in a bold, sans-serif font, followed by 'CC' in a larger, bold, sans-serif font. The logo is white and set against a red background.