

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018

Präambel

Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung von Bewohnern bzw. Bewohnerinnen vollstationärer Pflegeeinrichtungen (im Folgenden „pflegebedürftige Menschen“) im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 SGB XI sowie unabhängiger Sachverständiger die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung sowie die Entwicklung eines einrichtungswinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist, vereinbart. Hierbei handelt es sich um eine Weiterentwicklung im Verhältnis zu den vorangegangenen Normsetzungsverträgen, die insbesondere die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Beschreibung des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a und 1b SGB XI berücksichtigt.

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darin einig, dass die Sicherstellung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung die Verantwortung aller Beteiligten erfordert.

Diese Vereinbarung ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (§ 113 Absatz 1 Satz 8 SGB XI) und bei allen weiteren Vereinbarungen nach dem SGB XI (insbesondere Versorgungsverträge, Rahmenverträge, Pflegesatzvereinbarungen, Qualitätsdarstellungsvereinbarungen) und den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI von den Vertragsparteien zu beachten.

Für die Pflege von Menschen mit Behinderungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe gilt diese Vereinbarung nicht.

1. Grundsätze

1.1 Ziele

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen die Leistungen im Rahmen des § 2 Absatz 2 Satz 2 und § 4 Absatz 3 SGB XI auf Basis der folgenden Ziele:

- Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sollen den pflegebedürftigen Menschen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs/ihrer Pflegebedürftigkeit ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben unter Wahrung der Privat- und Intimsphäre zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.
- Die Leistungen der vollstationären Pflegeeinrichtung streben die Förderung und den Erhalt von Lebensqualität und Zufriedenheit des pflegebedürftigen Menschen unter Berücksichtigung seiner Biografie, kulturellen Prägung und Lebensgewohnheiten sowie die Förderung und den Erhalt der Fähigkeiten, Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenzen an.
- Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Verpflegung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der pflegebedürftigen Menschen auch in Form der aktivierenden Pflege wiederzugewinnen oder zu erhalten. Auf eine Vertrauensbasis zwischen dem pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen und den an körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung Beteiligten wird hingearbeitet.
- Die Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung zielen darauf ab, den pflegebedürftigen Menschen direkt oder indirekt darin zu unterstützen, die Auswirkungen gesundheitlicher Probleme in verschiedenen Lebensbereichen zu bewältigen.
- Die Tages- und Nachtstrukturierung wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Die Gestaltung eines vom pflegebedürftigen Menschen als sinnvoll erlebten Alltags sowie die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben werden gefördert. Die pflegebedürftigen Menschen werden bei der Wahrnehmung ihrer Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten unterstützt.
- Die Pflege wird fachlich kompetent nach dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung des fachlichen Standes der beteiligten Professionen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht.
- Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Verpflegung werden in Abstimmung mit den Wünschen des pflegebedürftigen Menschen an die individuelle Pflege- und Lebenssituation des pflegebedürftigen Menschen und seine Ziele angepasst. Umzüge innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung, die nicht dem Wunsch des pflegebedürftigen Menschen entsprechen, sollen nach Möglichkeit vermieden werden.
- Bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischer Betreuung, Unterkunft und

Verpflegung ist auf die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen Rücksicht zu nehmen und nach Möglichkeit den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen und den Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege Rechnung zu tragen.

- Bei der Pflege von Kindern und Jugendlichen ist den besonderen Belangen der Kinder und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

1.2 Ebenen der Qualität

Die Qualität umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

1.3 Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die in der vollstationären Pflegeeinrichtung organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und ggf. deren Verbesserung.

Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z.B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse, Bewertung, Verbesserung) ein und entwickelt diese weiter.

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass

- die vereinbarten Leistungen zu der vereinbarten Qualität erbracht werden,
- sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und ggf. verbessert wird,
- Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind,
- das indikatorengestützte Verfahren qualitätsgesichert eingeführt und umgesetzt wird.

Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene der Pflegeeinrichtung.

Der Träger der Pflegeeinrichtung stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen einbezogen sind.

Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und ggf. Verbesserung bestimmt. Die Leitung muss sicherstellen, dass hierfür geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung

eingeführt werden.

Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. Sie müssen in der vollstationären Pflegeeinrichtung den jeweils beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein und umgesetzt werden.

Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der pflegebedürftigen Menschen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen bei. Sie stellt die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher.

Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege sowie an den Leistungen von Unterkunft und Verpflegung Beteiligten einbezogen.

2. Strukturqualität

2.1 Vollstationäre Pflegeeinrichtung

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die in der Lage sein muss, körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Verpflegung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten.

Unabhängig von der Trägerschaft ist sie eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen auf Dauer wohnen, Unterkunft und Verpflegung erhalten und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft geplant gepflegt und betreut werden.

2.2 Darstellung der vollstationären Pflegeeinrichtung

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt sich in einer übersichtlichen Information zur Außendarstellung schriftlich vor. Hierin können u.a. Informationen enthalten sein über

- Leitbild und Pflegekonzeption,
- Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung und der Unterkunft und Verpflegung,
- die räumliche und die personelle Ausstattung,
- Beratungsangebote,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

Außerdem sind die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten anzugeben.

2.3 Personelle Strukturanforderungen

2.3.1 Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft

Die von der vollstationären Pflegeeinrichtung angebotenen Pflegeleistungen sind unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen.

Ist die Pflegeeinrichtung Teil einer Verbundeinrichtung, für die ein Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2 SGB XI abgeschlossen worden ist, kann die verantwortliche Pflegefachkraft für mehrere oder alle diesem Verbund angehörenden Pflegeeinrichtungen verantwortlich sein, wenn dies im Vertrag so vereinbart ist und die gesetzlichen Anforderungen an die qualitätsgesicherte Leistungserbringung dadurch nicht beeinträchtigt werden.

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese auf der Basis der unter 1.1 genannten Ziele u.a. verantwortlich ist für:

- die Anwendung der beschriebenen Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich,
- die Umsetzung des Pflegekonzeptes,
- die Planung, Durchführung, Evaluation und ggf. Anpassung der Pflege,
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
- die an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte,
- die regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs.

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass bei Ausfall der verantwortlichen Pflegefachkraft (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) die Vertretung durch eine Pflegefachkraft mit der Qualifikation nach Ziffer 2.3.2.1 gewährleistet ist.

2.3.2 Eignung als verantwortliche Pflegefachkraft

2.3.2.1 Ausbildung

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes erfüllen Personen, die eine Ausbildung als

- a) Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder
- b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- c) Altenpflegerin bzw. Altenpfleger (Eine vor Inkrafttreten des Gesetzes über die Altenpflege [AltPflG] nach landesrechtlichen Vorschriften erteilte Anerkennung als staatlich anerkannte Altenpflegerin bzw. als staatlich anerkannter Altenpfleger wird als Erlaubnis nach § 1 dieses Gesetzes anerkannt.) oder
- d) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann abgeschlossen haben.

2.3.2.2 Berufserfahrung

Die Eignung zur Übernahme der ständigen Verantwortung ist ferner davon abhängig, dass innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre ein unter Ziffer 2.3.2.1 genannter Beruf

hauptberuflich ausgeübt wurde.

Für die Rahmenfrist gilt § 71 Absatz 3 Satz 3 SGB XI.

2.3.2.3 Weiterbildung

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen, Qualitätsmanagement),
- psychosoziale und kommunikative Kompetenz sowie
- die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).

Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20% in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines nach deutschem Recht anerkannten betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer in- oder ausländischen (Fach-)Hochschule oder Universität zumindest auf Bachelor-Niveau erfüllt.

2.3.2.4 Übergangsregelung

Für auf Grundlage früherer Fassungen der Maßstäbe und Grundsätze erworbene Qualifikationen oder begonnene Qualifizierungsmaßnahmen für die Tätigkeit von verantwortlichen Pflegefachkräften gilt Bestandsschutz.

2.3.2.5 Beschäftigungsverhältnis der verantwortlichen Pflegefachkraft

Die verantwortliche Pflegefachkraft muss in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Die Voraussetzungen des Satzes 1 sind auch erfüllt, sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Inhaberin oder Gesellschafterin der vollstationären Pflegeeinrichtung ist und die Tätigkeitsschwerpunkte der Pflegedienstleitung sich auf die jeweilige vollstationäre Pflegeeinrichtung beziehen.

Ausgenommen von der Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte.

2.4 Weitere personelle Strukturanforderungen

2.4.1 Geeignete Kräfte

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat unter Berücksichtigung von Ziffer 2.6 zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse des pflegebedürftigen Menschen im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung geeignete

Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen.

Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung einer Fachkraft tätig.

2.4.2 Fort- und Weiterbildung

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die erforderliche fachliche Qualifikation der Leitung und aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen auf Grund von Einarbeitungskonzepten und durch geplante funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Dazu erstellt der Träger einen schriftlichen Fortbildungsplan, der vorsieht, dass alle in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen entsprechend der individuellen Notwendigkeiten in die Fortbildungen einbezogen werden.

Leitung und Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen aktualisieren ihr Fachwissen regelmäßig. Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

2.5 Räumliche Voraussetzungen

Dem Wunsch des pflegebedürftigen Menschen nach Wohnen in einem Einzel- oder Doppelzimmer soll Rechnung getragen werden. Das Wohnen in Einzelzimmern ist anzustreben. Die Privatsphäre des pflegebedürftigen Menschen wird gewährleistet. Die Wohnräume der pflegebedürftigen Menschen sind so zu gestalten, dass sie den angemessenen individuellen Wünschen und Bedürfnissen nach Privatheit und Wohnlichkeit entsprechen. Der pflegebedürftige Mensch hat das Recht zur Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken im Rahmen der räumlichen Gegebenheiten und zur Entscheidung über deren Platzierung.

Außerdem sollen beschilderte, sicher zu erreichende sowie barrierefreie Zugänge zu der vollstationären Pflegeeinrichtung sowie eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge zur Verfügung stehen.

2.6 Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine vollstationäre Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden vollstationären Pflegeeinrichtung bestehen.

3. Prozessqualität

Im Rahmen der Prozessqualität hat die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Durchführung einer qualifizierten Pflege, Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

3.1 Ablauforganisation der Pflege

3.1.1 Pflegekonzept

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verfügt über ein Pflegekonzept, das auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt wird.

3.1.2 Einzug und Eingewöhnung

Der Einzug in die vollstationäre Pflegeeinrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner bzw. der zukünftigen Bewohnerin und seinen bzw. ihren Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus bzw. ein Informationsgespräch in der vollstationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Dabei sind u.a. der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten und Erwartungen des zukünftigen Bewohners bzw. der zukünftigen Bewohnerin zu besprechen. Über die Mitnahme persönlicher Dinge wird der zukünftige Bewohner bzw. die zukünftige Bewohnerin beraten. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung und setzt diese nachweislich im Sinne der pflegebedürftigen Menschen um.

3.1.3 Pflegeprozess und Pflegedokumentation

Die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen erfolgt personenzentriert nach dem Pflegeprozess, der insbesondere die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention/Durchführung und Evaluation umfasst. Die Steuerung des Pflegeprozesses ist Aufgabe der Pflegefachkraft. Die Sicht der pflegebedürftigen Menschen zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und deren Wünsche und Bedarfe zur Hilfe und Unterstützung stellen dabei den Ausgangspunkt dar. Falls der pflegebedürftige Mensch aufgrund seiner körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen treffen kann, sind nach Möglichkeit Angehörige bzw. bevollmächtigte Personen hinzuzuziehen.

Die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation werden durch das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ erfüllt. Neben dem Strukturmodell sind weitere Verfahren zur Pflegedokumentation möglich.

Die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation sind so gestaltet, dass diese durch alle Einrichtungen erfüllt werden können, unabhängig davon, ob sie auf das sog. „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ oder auf andere Konzepte zur Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation zurückgreifen.

Informationssammlung

Zu Beginn der Versorgung führt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine Informationssammlung für jeden pflegebedürftigen Menschen durch. Dabei sind die relevanten Ressourcen, Fähigkeiten, Risiken, Phänomene, Bedürfnisse, Bedarfe und biografischen Informationen der pflegebedürftigen Menschen zu berücksichtigen.

Das Zusammenführen der individuellen Sicht der pflegebedürftigen Menschen bzw. der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft erfordert, nicht nur zu Beginn, sondern fortlaufend, einen Verständigungs- und Aushandlungsprozess. Das Ergebnis dieses Verständigungsprozesses bildet die Grundlage aller pflegerischen und betreuenden Maßnahmen. Abweichende Auffassungen zwischen der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft und der individuellen Sicht der pflegebedürftigen Menschen bzw. der Angehörigen oder sonstiger bevollmächtigter Personen zur pflegerischen Situation sowie den vorgeschlagenen Maßnahmen werden dokumentiert.

Maßnahmenplanung

Die Maßnahmenplanung basiert auf dem oben beschriebenen Aushandlungsprozess und orientiert sich in der Regel an den relevanten Pflegeproblemen oder an der individuell ausgestalteten Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. Die Maßnahmenplanung umfasst die ausgehandelten individuell erforderlichen Pflegemaßnahmen, Prophylaxen (z.B. zur Vermeidung eines Dekubitus), Maßnahmen der Behandlungspflege sowie Betreuungsmaßnahmen. Externe Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Wundtherapeutinnen und -therapeuten) sollten, sofern im Einzelfall erforderlich, in die Maßnahmenplanung einbezogen werden. Aus der Situationseinschätzung im Rahmen der Informationssammlung/Risikoeinschätzung und der daraus abgeleiteten Maßnahmenplanung wird deutlich, welches Ziel mit der jeweiligen Maßnahme verfolgt wird.

Intervention/Durchführung

Die Durchführung der Maßnahmen erfolgt grundsätzlich entsprechend der Maßnahmenplanung. Abweichungen der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen von der Maßnahmenplanung einschließlich der für die Abweichung ursächlichen Gründe, Verlaufsbeobachtungen und sonstige für den Pflegeprozess relevante Hinweise und Feststellungen werden im Bericht nachvollziehbar dokumentiert. Wenn dieses Vorgehen im Rahmen des Qualitätsmanagements konzeptionell geregelt ist und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich bekannt ist, sind Einzelleistungsnachweise zur Durchführung der geplanten Maßnahmen in der Regel nicht erforderlich.

Insbesondere für Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe, weitere individuell festgelegte Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements sowie ärztlich angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege sind hingegen stets Einzelleistungsnachweise erforderlich.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich angeordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes.

Evaluation

Abhängig von der Gesundheitssituation und vom Pflegebedarf erfolgt in fachlich angemessenen Abständen die Evaluation der Pflegesituation und der Maßnahmenplanung sowie bei Bedarf eine Anpassung der Informationssammlung und der Maßnahmenplanung. Bei

akuten Veränderungen erfolgt unverzüglich eine anlassbezogene Evaluation.

Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation dient als intra- und interprofessionelles Kommunikationsinstrument. Sie bildet den Pflegeprozess nachvollziehbar ab und unterstützt dessen Umsetzung. Die Pflegedokumentation dient damit auch der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflege- und Betreuungsleistungen.

Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein. Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren.

Mit dem Dokumentationssystem müssen mindestens die folgenden Inhalte erfasst werden können:

- Stammdaten,
- Informationssammlung einschließlich Risikoeinschätzung (ggf. differenziertes Assessment) und relevanter biografischer Informationen,
- Maßnahmenplanung,
- Bericht,
- Leistungsnachweis (für Behandlungspflege, Dekubitusprophylaxe und ggf. weitere individuell festgelegte Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements).

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. temporär zu erweitern (z.B. Ein- und Ausführprotokolle; Bewegungs-/Lagerungsprotokolle).

Für die ärztlich angeordnete Behandlungspflege wird ein gesondertes Dokument geführt.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Pflegedokumentation nach der hier geltenden Regelung mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

3.1.4 Pflegeteams

Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen.

3.2 Unterkunft und Verpflegung

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung fachlich kompetent und bedarfsgerecht zu erbringen. Der Träger der Einrichtung stellt die fachliche Qualität der Leistungen der Unterkunft und Verpflegung den rechtlichen und fachlichen Anforderungen entsprechend sicher. Die Grundsätze zu den einzelnen nachfolgenden Bereichen sind in der Konzeption darzulegen.

3.2.1 Verpflegung

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein und sich an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientieren. Diätahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Die Darreichungsform der Speisen und Getränke ist auf die Situation des pflegebedürftigen Menschen individuell abgestimmt und unterstützt den pflegebedürftigen Menschen in seiner Selbständigkeit.

3.2.2 Hausreinigung

Unabhängig von der regelmäßig durchzuführenden Raumpflege (Grundreinigung, Unterhaltsreinigung) sind Verunreinigungen unverzüglich zu beseitigen (Sichtreinigung). Bei der Raumpflege ist auf den Tagesablauf der pflegebedürftigen Menschen Rücksicht zu nehmen; übliche Schlaf-, Essens- und Ruhezeiten dürfen nicht beeinträchtigt werden. Über Umfang und Turnus der Hausreinigung werden die pflegebedürftigen Menschen in geeigneter Weise informiert.

3.2.3 Wäschepflege

Die Wäschepflege ist auf den notwendigen Bedarf des pflegebedürftigen Menschen abzustimmen und sachgerecht durchzuführen.

3.2.4 Hausgestaltung

Den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen nach räumlicher Orientierung, Wohnlichkeit und jahreszeitlicher Orientierung ist bei der alten- und behindertengerechten Gestaltung der Einrichtung Rechnung zu tragen.

3.2.5 Dokumentation der Leistungserbringung

Die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung sind gemäß den gesetzlichen Regelungen zu dokumentieren. Speise- und Reinigungspläne sind Bestandteil der Dokumentation.

3.3 Pflegerische Betreuung

Die pflegerische Betreuung soll dazu beitragen, die sozialen, seelischen und kognitiven Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen zu befriedigen und die Möglichkeiten der persönlichen Lebensgestaltung zu unterstützen. Vorrangig ist dabei die Erhaltung bestehender, die Förderung neuer und die Wiedergewinnung verloren gegangener sozialer Kontakte, Beziehungen und Fähigkeiten. Aktivitäten der Betreuung sind ein Bestandteil der Tagesstrukturierung, die insbesondere für die Orientierung von dementiell erkrankten Menschen einen unverzichtbaren Pflege- und Betreuungsrahmen bildet.

Im gesamten Prozess der Pflege, Betreuung sowie der Leistungen von Unterkunft und Verpflegung wird berücksichtigt, dass die pflegebedürftigen Menschen ihren Lebensmittelpunkt in der stationären Pflegeeinrichtung haben und dies der Ort ist, an dem sie nahezu ihre gesamten Bedürfnisse befriedigen müssen.

3.3.1 Integrierte Betreuung

Integrierte Betreuung bedingt eine den pflegebedürftigen Menschen zugewandte Grundhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese stehen für Gespräche zur Verfügung und berücksichtigen die Wünsche und Anregungen der pflegebedürftigen Menschen, soweit dies im Rahmen des Ablaufs der Leistungserbringung möglich ist. Handlungsleitend ist hierbei der Bezug zur Lebensgeschichte, zu den Interessen und Neigungen sowie zu den vertrauten Gewohnheiten der pflegebedürftigen Menschen. Die integrierte Betreuung unterstützt ein Klima, in dem die pflegebedürftigen Menschen sich geborgen und verstanden fühlen und die Gewissheit haben, dass sie sich jederzeit mit ihren Anliegen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung wenden können und von dort Unterstützung und Akzeptanz erfahren.

3.3.2 Angebote der Betreuung¹

Neben der integrierten Betreuung bietet die vollstationäre Pflegeeinrichtung Angebote für einzelne Pflegebedürftige, für Gruppen und zur sozialraumorientierten Förderung der Kontakte im Quartier.

Die Angebote der Betreuung sind eingebunden in die Planung des gesamten Leistungsprozesses und orientieren sich an den pflegebedürftigen Menschen. Dies bedeutet, dass bei der Planung und Durchführung der Angebote der Betreuung Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung der Biografie berücksichtigt werden.

Für Menschen mit Demenzerkrankungen sollen Angebote gemacht werden, die deren besondere Situation und Bedürfnisse berücksichtigen.

Angebote für einzelne pflegebedürftigen Menschen berücksichtigen u.a. neben persönlichen Gedenktagen auch die Unterstützung in persönlichen Anliegen, wie z.B. bei der Trauerbewältigung oder in konfliktbehafteten Situationen.

Gruppenangebote sind besonders geeignet, den pflegebedürftigen Menschen Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.

Gruppenangebote sind konzeptionell zu planen und regelmäßig anzubieten.

Für pflegebedürftigen Menschen, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Einschränkungen nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, werden Einzelangebote (z.B. zur Beschäftigung, Kommunikation und Wahrnehmung) planmäßig angeboten. Es ist für diesen Personenkreis nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist Teil des Quartiers. Sie fördert Kontakte zu Personen,

¹ Die Tätigkeiten der zusätzlichen Betreuungskräfte sind in den entsprechenden Richtlinien nach § 53c SGB XI geregelt und bleiben von den nachfolgenden Regelungen unberührt.

Gruppen und Institutionen des Quartiers und öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeit und erschließt damit weitere Kontaktmöglichkeiten für die pflegebedürftigen Menschen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ermöglicht dem pflegebedürftigen Menschen, regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort zu pflegen. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung muss Angebote zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes durchführen.

3.4 Einbeziehung der An- und Zugehörigen

Für die pflegebedürftigen Menschen ist es wichtig, dass die Kontakte zu An- und Zugehörigen sowie Freundinnen und Freunden durch den Einzug in die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht verloren gehen. Diese fördert deshalb die Kontakte des pflegebedürftigen Menschen zu ihm nahestehenden Personen. Die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen sind zu berücksichtigen.

3.5 Dienstplanung

Die Dienstplanung erfolgt durch die jeweils Verantwortlichen bewohnerorientiert nach den Notwendigkeiten ausreichender körperbezogener Pflegemaßnahmen und pflegerischer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung.

3.6 Koordination der Leistungsbereiche

Die Koordination aller an der Leistungserbringung beteiligten Bereiche ist sicherzustellen. Es ist ein regelmäßiger Informationsaustausch, z.B. in Form von Dienstbesprechungen zwischen den Bereichen, durchzuführen.

3.7 Regionale Vernetzung mit weiteren Institutionen

Die regionale Vernetzung der vollstationären Pflegeeinrichtung soll dazu beitragen

- die soziale Integration des pflegebedürftigen Menschen in das Quartier zu fördern und
- den pflegebedürftigen Menschen bei Bedarf bei der Inanspruchnahme (zahn-)ärztlicher, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen auch außerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung zu unterstützen.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung arbeitet hierzu mit weiteren Institutionen zusammen.

4. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuung, Unterkunft und Verpflegung auf die pflegebedürftigen Menschen. Sie zeigt sich in dem im Rahmen der geplanten Pflege erreichten Pflegezustand des pflegebedürftigen Menschen sowie dem erreichten Grad an Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbestimmung und Selbständigkeit, welches sich in seinem Verhalten ausdrücken kann.

Gute Ergebnisqualität ist bspw. gewährleistet, wenn

- die Pflegeinterventionen erkennbar auf Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Selbständigkeit, Lebensqualität, Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sind,
- dem pflegebedürftigen Menschen kein körperlicher Schaden (Sekundärschaden) entstanden ist,
- die Ernährung (im Besonderen auch die Flüssigkeitszufuhr) auf die spezifischen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt ist,
- der Ernährungszustand angemessen ist,
- die Flüssigkeitsversorgung angemessen ist,
- die Standards von Hygiene und Sauberkeit eingehalten sind,
- der pflegebedürftige Mensch in den alltäglichen Verrichtungen selbst entscheidet und in seiner Eigenständigkeit unterstützt wird,
- der pflegebedürftige Mensch im Rahmen der Körperpflege unter Beachtung der Selbstpflegefähigkeit über die notwendige Unterstützung verfügt,
- die Selbstbestimmung im Bereich der Blasen- und Darmentleerung gewahrt ist,
- der pflegebedürftige Mensch über die angemessene Unterstützung zur Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und zur Beteiligung am sozialen und kulturellen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung verfügt und
- die Privat- und Intimsphäre des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt ist.

Wesentliche messbare Aspekte der Ergebnisqualität werden im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens sowie der externen Qualitätsprüfungen berücksichtigt.

5. Maßnahmen der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung

Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung ist im Rahmen seines Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt, durchgeführt und in ihrer Wirkung ständig überprüft werden. Er veranlasst die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung.

Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten bzw. einer Qualitätsbeauftragten,
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen,
- die Mitwirkung an Assessmentrunden,
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung,
- die Durchführung interner Audits,
- die Mitwirkung an externen Audits.

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

6. Gemeinsame Konsultation

Zwischen den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung können Konsultationen über Qualitätsfragen vereinbart werden. Dabei sollen Mitglieder der Vertretungsorgane der pflegebedürftigen Menschen beteiligt werden. Der Träger kann den Verband, dem er angehört, beteiligen.

7. Inkrafttreten, Kündigung

Die Vereinbarung tritt am XXX in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Die Anlagen dieser Vereinbarung können ganz oder teilweise gesondert von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden.

Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

Kommt eine neue Vereinbarung innerhalb von sechs Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann jede Vertragspartei den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI anrufen.

Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Anlagen

Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege: Indikatoren

Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege: Erhebungsinstrument

Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege: Datenaufbereitung und –übermittlung, Stichprobenbildung

Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Vorwort

Die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sind aufgefordert, in den Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität zu beschreiben, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht. Diese gesetzliche Vorgabe setzen die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI durch den Qualitätsausschuss Pflege mit der vorliegenden Anlage 1 zu den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege um.

In der vorliegenden Anlage 1 sowie den Anlagen 2 bis 4 sind die Anforderungen an das indikatorengestützte Verfahren geregelt. Diese betreffen u. a. Festlegungen zu den Indikatoren, zu deren Risikoadjustierung, zur strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, zur Datenübermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach § 113 Absatz 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle), zur Bewertung der Indikatorenergebnisse und zur Prüfung der statistischen Plausibilität der erhobenen Daten.

Die in der vorliegenden Anlage 1 sowie den Anlagen 2 bis 4 getroffenen Festlegungen basieren insbesondere auf den Ergebnissen des von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den Qualitätsausschuss beauftragten Projekts zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Nr. 1 und 2 SGB XI.

§ 1

Indikatorengestütztes Verfahren

- (1) Die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens gewonnenen Qualitätsdaten sind eine wesentliche Grundlage für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI.
- (2) Mit dem indikatorengestützten Verfahren nach § 113 Absatz 1a SGB XI werden im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu ausgewählten Qualitätsaspekten Daten über bestimmte Versorgungssituationen (Indikatorenergebnisse) gewonnen. Diese Indikatorenergebnisse dienen der Messung von Ergebnisqualität und bilden ergänzend zu Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität eine weitere Grundlage für das interne Qualitätsmanagement einer vollstationären Pflegeeinrichtung.
- (3) Die nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nehmen am indikatorengestützten Verfahren teil. Sie sind verpflichtet, die nachfolgend aufgeführten Anforderungen zu erfüllen. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) sowie solitäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege gelten diese Vorgaben nicht.

- (4) Für die Teilnahme an dem nachfolgend beschriebenen indikatorengestützten Verfahren ist eine Registrierung jeder zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung bei der Datenauswertungsstelle erforderlich.

§ 2

Indikatoren

- (1) Die im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens zur Anwendung kommenden Indikatoren sind in Anlage 2 aufgeführt.
- (2) Die zur Berechnung der Indikatorenergebnisse notwendigen Daten sind von den Pflegeeinrichtungen in halbjährlichem Abstand gemäß Anlage 3 zu erheben und unaufgefordert an die Datenauswertungsstelle (Institution gemäß § 113 Absatz 1b SGB XI) zu übermitteln. Näheres ist in § 3 Strukturierte Datenerhebung und § 5 Datenaufbereitung und -übermittlung geregelt.
- (3) Aus Gründen der Vergleichbarkeit der indikatorenbezogenen Einrichtungsergebnisse werden ausgewählte Indikatoren nach bestimmten Bewohnermerkmalen (i. d. R. Grad der kognitiven Beeinträchtigung) getrennt ausgewiesen (Risikoadjustierung). Die Merkmale und Verfahren zur Risikoadjustierung sind in Anlage 2 aufgeführt.
- (4) Aus der Berechnung der Indikatorenergebnisse werden unter bestimmten Bedingungen einzelne Bewohnerinnen und Bewohner ausgeschlossen. Die Ausschlussgründe sind in Anlage 3 aufgeführt.
- (5) Im Rahmen der Indikatorenerhebung ist auch der Erhebungsreport nach Anlage 3 zu aktualisieren.

§ 3

Strukturierte Datenerhebung

- (1) Die für die Berechnung der Indikatorenergebnisse notwendigen Daten werden auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements von den Pflegeeinrichtungen erhoben. Die für das indikatorengestützte Verfahren zu erhebenden Daten sind in Anlage 3 aufgeführt (Erhebungsinstrument). Das in Anlage 3 aufgeführte Manual mit methodischen und verfahrenstechnischen Anforderungen ist Bestandteil des Erhebungsinstruments.
- (2) Für die strukturierte Datenerhebung im Rahmen des indikatorengestützten Verfahrens ist die Pflegeeinrichtung verantwortlich. Sie stellt sicher, dass die Erhebung mit dem in Anlage 3 festgelegten Erhebungsinstrument unter Berücksichtigung der dort festgelegten methodischen und verfahrenstechnischen Anforderungen erfolgt und dass die Daten vollständig und zutreffend sind.
- (3) Für Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines der in Anlage 3 aufgeführten Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Sie werden allerdings unter Nennung des zutreffenden Ausschlusskriteriums im Erhebungsreport aufgeführt, sodass nachvollziehbar ist, wie viele Bewohner bzw. Bewohnerinnen ausgeschlossen wurden und aus welchem Grund dies geschah.

§ 4

Erhebungs-, Ergebniserfassungs-, Korrektur- und Auswertungszeiträume

- (1) Für das indikatorengestützte Verfahren gelten die in den Absätzen 2 bis 7 beschriebenen Zeiträume. Näheres ist in Anlage 3 geregelt.
- (2) Der **Erhebungszeitraum** umfasst eine sechsmonatige Zeitspanne; das Beginn- und Enddatum dieser Zeitspanne ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung identisch und richtet sich nach dem einrichtungsinternen Stichtag. Mit Beginn des Erhebungszeitraums können von der Pflegeeinrichtung Daten gemäß Anlage 3 an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden. Der Erhebungszeitraum endet mit dem einrichtungsspezifischen **Stichtag**. Mit dem Stichtag beginnt gleichzeitig der nächste sechsmonatige Erhebungszeitraum.
- (3) Der **Ergebniserfassungszeitraum** beginnt zeitgleich mit dem Ablauf des Erhebungszeitraums am Stichtag und umfasst 14 Kalendertage. Innerhalb des Ergebniserfassungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten gemäß Anlage 3 in pseudonymisierter Form an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln.
- (4) Mit Ablauf des Ergebniserfassungszeitraums beginnt der bis zu 21 Kalendertage umfassende **Korrekturzeitraum**. Die Datenauswertungsstelle prüft die ihr übermittelten Daten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und statistischen Plausibilität und übermittelt der Pflegeeinrichtung innerhalb von 7 Kalendertagen ab Beginn des Korrekturzeitraums einen Bericht über die Vollständigkeit und die statistische Plausibilität der übermittelten Daten. Für das Verfahren zur Prüfung der Vollständigkeit und statistischen Plausibilität der Daten des indikatorengestützten Verfahrens gelten die in Anlage 4 getroffenen Vereinbarungen.
- (5) Sofern die Datenauswertungsstelle die Unvollständigkeit des Datensatzes festgestellt hat, hat die Pflegeeinrichtung der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen einen vervollständigten Datensatz zu übermitteln.
- (6) Im Falle von statistisch nicht plausiblen Datensätzen prüft die Pflegeeinrichtung die von der Datenauswertungsstelle als nicht plausibel eingeschätzten Daten und teilt der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen das Ergebnis ihrer Prüfung ggf. in Form geänderter Datensätze mit oder informiert die Datenauswertungsstelle darüber, dass die zuvor übermittelten Daten trotz statistischer Auffälligkeit gemäß den Anforderungen im Manual erhoben wurden und zutreffend sind.
- (7) Dem Korrekturzeitraum folgt der **Auswertungszeitraum**. Innerhalb von 7 Kalendertagen nach Ablauf des Korrekturzeitraums wertet die Datenauswertungsstelle die vorliegenden Daten gemäß Anlage 3 aus. Spätestens am letzten Tag des Auswertungszeitraums erfolgt die Übermittlung der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens gemäß § 7. Mit der Übermittlung von der Datenauswertungsstelle an die in § 7 genannten Institutionen endet der Auswertungszeitraum.

§ 5

Datenaufbereitung und -übermittlung

- (1) Für die Übermittlung der Daten gemäß Anlage 3 von den Pflegeeinrichtungen an die Datenauswertungsstelle gelten die in Anlage 4 getroffenen Festlegungen.
- (2) Die Pflegeeinrichtung ist für die fristgerechte sowie vollständige und sachlich zutreffende Erhebung und Übermittlung der Daten gemäß Anlage 3 verantwortlich.
- (3) Die Pflegeeinrichtung hat die von der Datenauswertungsstelle bereitgestellten Übermittlungswege (Webportal, Webservice) zu nutzen. Die Datenübermittlung erfolgt ausschließlich elektronisch und hat in dem zu diesem Zweck entwickelten Datenformat zu erfolgen.
- (4) Die Pflegeeinrichtung bietet der Datenauswertungsstelle einmalig im Zuge der Registrierung gemäß § 1 Absatz 4 maximal drei mögliche Stichtage in einem vorgegebenen Zeitfenster an. Die Datenauswertungsstelle prüft die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Stichtage im Hinblick auf eine bundesweit gleichmäßige Verteilung der Stichtage. Sollten die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Stichtage hinsichtlich vorgenannter Anforderung ungeeignet sein, bietet die Datenauswertungsstelle der Pflegeeinrichtung drei alternative Vorschläge für Stichtage an (mit Ausnahme der Monate Juni und Dezember), von denen die Pflegeeinrichtung einen Stichtag auswählen und diesen der Datenauswertungsstelle unverzüglich mitteilen muss. Der von der Datenauswertungsstelle gegenüber der Pflegeeinrichtung bestätigte erste Stichtag bestimmt alle folgenden Erhebungs-, Ergebniserfassungs-, Korrektur- und Auswertungszeiträume gemäß § 4. Diese gelten in den Folgejahren unverändert fort.

§ 6

Indikatorenbewertung

Die zur Bewertung der Indikatoren anzuwendenden Verfahren sind in der Qualitätsdarstellungsvereinbarung geregelt.

§ 7

Übermittlung der Indikatorenergebnisse durch die Datenauswertungsstelle (Reporting)

- (1) Vollständige und statistisch plausible Datensätze werden von der Datenauswertungsstelle innerhalb des Auswertungszeitraums leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar auf Grundlage der in der Qualitätsdarstellungsvereinbarung vereinbarten Bewertungsregeln ausgewertet.
- (2) Innerhalb des Auswertungszeitraums informiert die Datenauswertungsstelle die Pflegeeinrichtung über die Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens anhand eines Feedbackberichtes. Der Feedbackbericht umfasst die Indikatorenergebnisse, eine Einordnung der Ergebnisse anhand der Referenzwerte sowie eine Darstellung der zeitlichen Entwicklung der Ergebnisse über die letzten drei Erhebungszeiträume.
- (3) Die unter Absatz 2 genannten Ergebnisse sind von der Datenauswertungsstelle

zeitgleich dem federführenden Landesverband der Pflegekassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln.

- (4) Die unter Absatz 3 genannten Institutionen werden von der Datenauswertungsstelle zeitgleich über ggf. fehlende und/oder unvollständige Datensätze in Kenntnis gesetzt. Die fehlenden/unvollständigen Daten sind zu benennen.
- (5) Die unter Absatz 3 genannten Institutionen werden von der Datenauswertungsstelle zeitgleich über statistisch nicht plausible Daten in Kenntnis gesetzt. Die statistisch nicht plausiblen Daten sind zu benennen.
- (6) Die Datenauswertungsstelle übermittelt die für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI erforderlichen Daten des indikatorengestützten Verfahrens innerhalb des Auswertungszeitraums an die Landesverbände der Pflegekassen oder an eine von ihnen benannte Institution.

§ 8

Pseudonymisierung

- (1) Vor der Übermittlung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens von der Pflegeeinrichtung an die Datenauswertungsstelle sind die Daten von der Pflegeeinrichtung zu pseudonymisieren.
- (2) Für die zur Pseudonymisierung anzuwendenden Verfahren gelten die in Anlage 4 getroffenen Vereinbarungen.

§ 9

Feststellung der Vollständigkeit der übermittelten Datensätze

- (1) Die Pflegeeinrichtung hat zu gewährleisten, dass die für das indikatorengestützte Verfahren erforderlichen Daten für alle in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner übermittelt werden.
- (2) Zur Gewährleistung und ggf. Überprüfung dieser Anforderung gelten die in Anlage 4 getroffenen Vereinbarungen.

§ 10

Datennutzung durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI

Zum Zwecke der Evaluation und Weiterentwicklung des indikatorengestützten Verfahrens erhalten die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einen gleichberechtigten Zugang zu den Daten des indikatorengestützten Verfahrens.

§ 11

Inkrafttreten

- (1) Die Anlage 1 zu den Maßstäben und Grundsätzen in der vollstationären Pflege gemäß § 113 SGB XI tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Monats in Kraft.
- (2) Die Anlagen 2 bis 4 treten zeitgleich in Kraft.

Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Indikatoren

1. Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität

Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

1. Erhaltene Mobilität*
2. Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege)*
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

4. Dekubitusentstehung*
5. Schwerwiegende Sturzfolgen*
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust*

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

* nach Risikogruppen getrennte Bewertung

2. Definition der Indikatoren

Nachfolgend werden die einzelnen durch die Einrichtung zu erfassenden Indikatoren definiert. Dabei werden bei einigen Indikatoren zur Risikoadjustierung die Berechnungen getrennt für bestimmte Risikogruppen durchgeführt. Für diejenigen Indikatoren, für die die Ergebnisse nach Risikogruppen getrennt ausgewiesen werden, wird das Vorgehen bei der Gruppenbildung beschrieben.

Die Indikatoren werden zum Teil auf Grundlage von Modulen aus dem Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (BI) berechnet, die Bestandteil der Ergebniserfassung sind.

Die allgemeinen und spezifischen Ausschlusskriterien für die Ergebniserfassung und -bewertung werden in Anlage 3 beschrieben und sind zu beachten.

2.1 Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

Indikator 1.1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im BI-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 1.1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im BI-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 1.2.1 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen

(z. B. Körperpflege) (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege) bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen dieser Risikogruppe, bei denen sich die Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im BI-Modul 4 verringert, gleich bleibt oder um maximal drei Punkte erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

**Indikator 1.2.2 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen
(z. B. Körperpflege) (Risikogruppe 2)**

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege) bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen dieser Risikogruppe, bei denen sich die Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im BI-Modul 4 verringert, gleich bleibt oder um maximal drei Punkte erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 1.3 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im BI-Modul 6 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	---

2.2 Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

Indikator 2.1.1: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die in liegender Position keine oder nur geringe Einbußen der Mobilität aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus Kategorie/Stadium 2 bis 4 entwickelt haben.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett selbständig oder überwiegend selbständig sind (Merkmal 1 im BI-Modul 1).

Indikator 2.1.2: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die in liegender Position starke Einbußen der Mobilität aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus Kategorie/Stadium 2 bis 4 entwickelt haben.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett überwiegend unselbständig oder unselbständig sind (Merkmal 1 im BI-Modul 1).

Indikator 2.2.1: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 2.2.2: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 2.3.1: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 2.3.2: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

2.3 Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Einzug

Kurzbezeichnung	Integrationsgespräch für Bewohner bzw. Bewohnerinnen nach dem Einzug.
Definition	Anteil der in den letzten sechs Monaten eingezogenen Bewohner bzw. Bewohnerinnen, bei denen frühestens sieben Tage und spätestens acht Wochen nach dem Einzug ein Integrationsgespräch durchgeführt, ausgewertet und dokumentiert wurde. Ein Integrationsgespräch wird mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Einbezogen werden auch Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die ohne Unterbrechung direkt aus der Kurzzeit- in die Langzeitpflege wechseln. Die zeitlichen Fristen werden entsprechend angepasst.
Gruppenbildung	---

Indikator 3.2 Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und Bewohnerinnen

Kurzbezeichnung	Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und Bewohnerinnen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 3.3 Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und Bewohnerinnen

Kurzbezeichnung	Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern und Bewohnerinnen.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag durchgehende Bettseitenteile angewendet wurden.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner bzw. Bewohnerinnen einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des BI-Moduls 2) aufweisen.

Indikator 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung

Kurzbezeichnung	Aktualität der Schmerzeinschätzung.
Definition	Anteil der Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit bestehender Schmerzsymptomatik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist, und für die mindestens Angaben zur Schmerzintensität und zur Schmerzlokalisierung vorliegen.
Gruppenbildung	---

Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Erhebungsinstrument

Inhalt

Einführung.....	1
1. Erhebungsinstrument.....	2
1.1 Erhebungsbogen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen der stationären Langzeitpflege.....	2
1.2 Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen.....	9
1.3 Datenerfassung und Übermittlung an die Datenauswertungsstelle.....	24
2. Manual.....	24
2.1 Erhebungsreport und Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner.....	24
2.1.1 Erhebungsreport.....	24
2.1.2 Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner.....	25
2.2 Erhebungs-, Ergebniserfassungs- und Korrekturzeiträume.....	25
2.3 Personelle Zuständigkeit.....	28
2.4 Ausschlusskriterien.....	28
2.4.1. Ausschlusskriterien für die Ergebniserfassung.....	28
2.4.2 Spezifische Ausschlusskriterien für die Berechnung einzelner Indikatoren.....	29
3. Erhebungspraktische Hinweise.....	32
3.1 Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit.....	32
3.2 Erläuterungen zum Erhebungsbogen zur Ergebniserfassung.....	33

Einführung

Nachfolgend erfolgt zunächst eine Beschreibung des Erhebungsinstruments zur Erfassung der indikatorenbezogenen Daten. Dabei ist zu beachten, dass diese Darstellung lediglich der Illustration des Verfahrens dient, da die Dateneingabe und die Übermittlung der indikatorenbezogenen Daten an die Datenauswertungsstelle EDV-basiert erfolgen. Ergänzend zum Erhebungsinstrument werden die einzelnen von der Pflegeeinrichtung zu übermittelnden Daten mit ihren jeweils möglichen Ausprägungen dargestellt.

Im Rahmen eines Manuals erfolgt eine Beschreibung des Vorgehens, des zeitlichen Ablaufs der Datenerfassung und -übermittlung an die Datenauswertungsstelle sowie eine Beschreibung der zu beachtenden bewohnerbezogenen Ausschlusskriterien für die Datenerfassung.

Im abschließenden Teil finden sich praktische Hinweise und Erläuterungen, die bei der Erfassung einzelner indikatorenbezogener Daten zu beachten sind.

1. Erhebungsinstrument

1.1 Erhebungsbogen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen der stationären Langzeitpflege

Hinweis: Die Nummerierung folgt der Nummerierung im Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (BI), daher können Sprünge in der Nummerierung des Erhebungsbogens auftreten.

Einrichtungskennung: ____	Wohnbereich: ____
Datum der Erhebung: ____	Bewohner-Code: ____
A. Allgemeine Angaben	
A.1 Datum des Einzugs (tt/mm/jjjj): ____ (Beginn vollstationäre Versorgung)	
A.2 Geburtsmonat: ____ Geburtsjahr: ____	
A.3 Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
A.4 Pflegegrad: ____ (0, 1, 2, 3, 4 oder 5)	
A.5 Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem der folgenden Krankheitsereignisse gekommen? Wenn ja, bitte ankreuzen und Datum angeben:	
<input type="checkbox"/> Apoplex am:	<input type="checkbox"/> Fraktur am:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt am:	<input type="checkbox"/> Amputation am:
A.6 Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?	
<input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein	
<u>Wenn ja:</u> Geben Sie bitte den Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den <u>Aufenthalt mit der längsten Dauer</u> wählen):	
vom:	bis:
<u>Bei mehreren Krankenhausaufenthalten:</u>	
Bitte Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung angeben: ____	
Bitte <u>Gesamtzahl</u> der Tage angeben, die der Bewohner bzw. die Bewohnerin bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat: ____	

A.7 Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet?
 Ja, invasive Beatmung Ja, aber nicht invasiv Nein

A.8 Bewusstseinszustand
 wach schläfrig somnolent komatös Wachkoma

A.9 Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen:
 Diabetes Mellitus Osteoporose Bösartige Tumorerkrankung
 Demenz Multiple Sklerose Tetraplegie/Tetraparese
 Parkinson Chorea Huntington Apallisches Syndrom

1. BI-Modul Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
1.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3	Sich Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

2. BI-Modul Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden			
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.4	Sich Erinnern	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4. BI-Modul Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung

4.A Künstliche Ernährung (über eine Sonde oder parenteral)

Erfolgt die Ernährung des Bewohners bzw. der Bewohnerin parenteral oder über eine Sonde?

 Ja Nein (ausschließlich orale Ernährung) (bitte weiter mit 4.B)Wenn ja:

In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung?

- nicht täglich oder nicht dauerhaft
- täglich, aber zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme
- ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung

Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe?

 selbständig mit Fremdhilfe

4.B Blasenkontrolle/Harnkontinenz

- Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma (weiter mit 4.C)
- ständig kontinent
- überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz
- überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich
- komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich

4.C Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

- Bewohner bzw. Bewohnerin hat ein Colo- oder Ileostoma (weiter mit 4.1)
- ständig kontinent
- überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent
- überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- komplett inkontinent

4. BI-Modul Selbstversorgung: Bewertung der Selbständigkeit

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

₀ ₁ ₂ ₃

4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

₀ ₁ ₂ ₃

4.3 Waschen des Intimbereichs

₀ ₁ ₂ ₃

4.4 Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare

₀ ₁ ₂ ₃

4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers

₀ ₁ ₂ ₃

4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers

₀ ₁ ₂ ₃

4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.11	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6. BI-Modul Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Dekubitus	
7.1	Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus? <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8)
7.2	Maximales Dekubitusstadium im Beobachtungszeitraum: <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 1 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 2 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 3 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 4 <input type="checkbox"/> unbekannt
7.3.1	Dekubitus 1 Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt): vom ___ bis ___ (ggf. bis heute)

7.3.2 Dekubitus 1

Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)

- in der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus
 zuhause (vor dem Einzug) woanders

7.3.3 Dekubitus 2

Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt):

vom ___ bis ___ (ggf. bis heute)

7.3.4 Dekubitus 2

Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)

- in der Pflegeeinrichtung im Krankenhaus
 zuhause (vor dem Einzug) woanders

8. Körpergröße und Gewicht

8.1 Körpergröße in cm: ___

8.2 Aktuelles Körpergewicht: ___ kg Dokumentiert am (Datum): ___

8.3 Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zutrafen:

- Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung
 Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät
 Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts
 Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder der Angehörigen oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht mehr gewogen.
 Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden.

9. Sturzfolgen (seit dem Einzug; ohne Stürze/Sturzfolgen während der Betreuung durch andere)

9.1 Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt?

- ja, einmal ja, mehrmals nein

9.2 Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben möglich)

- Frakturen
- ärztlich behandlungsbedürftige Wunden
- erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen
- erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität
- keine der genannten Folgen ist aufgetreten

10.a Anwendung von Gurten (bitte jede Art Gurt berücksichtigen)

10.1 Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet?

- ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 10.b)

10.2 Wenn ja: Wie oft wurden Gurte angewendet?

- täglich mehrmals wöchentlich 1x wöchentlich seltener als 1x wöchentlich

10.b Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)

10.3 Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet?

- ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11)

10.4 Wenn ja: Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet?

- täglich mehrmals wöchentlich 1x wöchentlich seltener als 1x wöchentlich

11. Schmerz

11.1 Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z. B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)?

- ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)

11.2 Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei?

- ja nein

11.3 Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?

ja nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)

Wenn ja:

Bitte Datum der letzten Schmerzeinschätzung angeben:

Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor?
(Mehrfachangaben möglich)

Schmerzintensität Schmerzqualität
 Schmerzlokalisierung Folgen für den Lebensalltag

12. Einzug (=Beginn der vollstationären Versorgung)

12.1 Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?

ja nein

12.2 Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?

ja nein

Wenn ja:

Bitte geben Sie den Beginn dieses Kurzzeitpflegeaufenthalts an (Datum): _____

12.3 Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin innerhalb der ersten 8 Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden?

ja, vom ____ bis zum ____

nein

12.4 Ist in den Wochen nach dem Einzug mit dem Bewohner bzw. mit der Bewohnerin und/oder einer seiner bzw. ihrer Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über sein bzw. ihr Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?

ja, und zwar am (Datum): _____

nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin

nein, aus anderen Gründen

Wenn ja: Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen? (Mehrfachangaben möglich)

Bewohner/Bewohnerin Angehörige Betreuer/Betreuerin

andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind (bitte angeben):

12.5 Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?

ja nein

Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z. B. Wünsche des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

1.2 Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen

Nachfolgend werden die Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen definiert, wie im Erhebungsbogen unter Ziffer 1.1 dargestellt (Tabelle 1). Diese Variablen werden zur Berechnung der Indikatorenergebnisse bzw. zur Gruppenbildung sowie für die Bestimmung der Ausschlusskriterien benötigt. Neben dem Inhalt und ggf. der Frageformulierung werden das Variablenformat, der Variablentyp und die jeweiligen Variablenausprägungen beschrieben.

Tabelle 1 Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen (fortlaufende Nummerierung)

Nr.	Inhalt / Frage	Fragentyp [Ausprägung]	Antwortvorgaben/Spezifikation
1	Einrichtungskennung	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahlen
2	Wohnbereich	Eingabefeld [Text]	Buchstaben und Zahlen
3	Bewohner-Code/ Pseudonym	Eingabefeld [Text]	Buchstaben und Zahlen
4	Datum der Erhebung:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
5	Datum des Einzugs: (Beginn der vollstationären Versorgung)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
6	Geburtsmonat:	Eingabefeld [Zahl]	Format: MM maximale Länge: 2 Stellen / Ganze Zahl / Bereich 01 bis 12
7	Geburtsjahr:	Eingabefeld [Zahl]	Format: JJJJ maximale Länge: 4 Stellen / Ganze Zahl / Bereich 1900-Erhebungsjahr
8	Geschlecht:	Einfachauswahl [1;2]	1=männlich; 2=weiblich
9	Pflegegrad:	Einfachauswahl [0-5]	0=kein Pflegegrad; 1=Grad 1; 2=Grad 2; 3=Grad 3; 4=Grad 4; 5=Grad 5
10	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Apoplex gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
11	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

12	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Fraktur gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
13	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
14	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Herzinfarkt gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
15	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
16	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Amputation gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
17	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
Krankenhausbehandlung			
18	Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
19	Wenn ja: Geben Sie bitte den Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den <u>Aufenthalt mit der längsten Dauer</u> wählen): Beginn Datum Aufenthalt	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
20	Ende Datum Aufenthalt:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

21	Bei mehreren Krankenhausaufenthalten: Bitte Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung angeben:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl 0-999
22	Bei mehreren Krankenhausaufenthalten: Bitte Gesamtzahl der Tage angeben, die der Bewohner bzw. die Bewohnerin bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl 0-999
23	Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet?	Einfachauswahl [Zahl]	1=ja, invasive Beatmung; 2=ja, aber nicht invasiv; 3=nein
24	Bewusstseinszustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin:	Einfachauswahl [1-5]	1=wach; 2=schläfrig; 3=somnolent; 4=komatös; 5=Wachkoma
25	Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen:	Mehrfachauswahl A-I [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Bösartige Tumorerkrankung; B=Tetraplegie/Tetraparese; C=Chorea Huntington; D=Apallisches Syndrom; E=Diabetes Mellitus; F=Demenz; G=Morbus Parkinson; H=Osteoporose; I=Multiple Sklerose

BI-Modul 1: Mobilität			
26	Positionswechsel im Bett	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
27	Halten einer stabilen Sitzposition	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
28	Sich Umsetzen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
29	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
30	Treppensteigen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
BI-Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten			
31	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden

32	Örtliche Orientierung	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
33	Zeitliche Orientierung	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
34	Sich Erinnern	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
35	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
36	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
37	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
38	Erkennen von Risiken und Gefahren	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden

39	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
40	Verstehen von Aufforderungen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
41	Beteiligung an einem Gespräch	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
BI-Modul 4 Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung			
42	Erfolgt die Ernährung des Bewohners bzw. der Bewohnerin parenteral oder über eine Sonde?	Einfachauswahl [0;1]	0=ja; 1=nein
43	Wenn ja: In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung?	Einfachauswahl [1-3]	1=nicht täglich oder nicht dauerhaft; 2=täglich, aber zusätzlich zur oralen Ernährung; 3=ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung
44	Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe?	Einfachauswahl [1;2]	1=selbständig; 2=mit Fremdhilfe
45	Blasenkontrolle/Harnkontinenz	Einfachauswahl [1-5]	1=Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma; 2=ständig kontinent; 3=überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich

			inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz; 4=überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich; 5=komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich
46	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz	Einfachauswahl [1-5]	1=Bewohner bzw. Bewohnerin hat ein Colo- oder Ileostoma; 2=ständig kontinent; 3=überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent; 4=überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung; 5=komplett inkontinent
BI-Modul 4 Selbstversorgung: Bewertung			
47	Waschen des vorderen Oberkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
48	Körperpflege im Bereich des Kopfes	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
49	Waschen des Intimbereichs	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
50	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

51	An- und Auskleiden des Oberkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
52	An- und Auskleiden des Unterkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
53	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
54	Essen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
55	Trinken	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
56	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
57	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	Matrix- /Tabellenfrage [99; 0-3]	99=entfällt; 0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

58	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	Matrix- /Tabellenfrage [99; 0-3]	99=entfällt; 0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
BI-Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte			
59	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
60	Ruhen und Schlafen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
61	Sich beschäftigen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
62	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
63	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

64	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
Dekubitus			
65	Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
66	Maximales Dekubitusstadium im Beobachtungszeitraum:	Einfachauswahl [1-4; 99]	1=Kategorie/Stadium 1; 2=Kategorie/Stadium 2; 3=Kategorie/Stadium 3; 4=Kategorie/Stadium 4; 99=unbekannt
67	Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt): Beginn Datum Dekubitus 1	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
68	Ende Datum Dekubitus 1 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
69	Wo ist der Dekubitus 1 entstanden?	Einfachauswahl [1;4]	1=in der Pflegeeinrichtung; 2=im Krankenhaus; 3=zuhause (vor dem Einzug); 4=woanders
70	Beginn Datum Dekubitus 2	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
71	Ende Datum Dekubitus 2 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
72	Wo ist der Dekubitus 2 entstanden?	Einfachauswahl [1;4]	1=in der Pflegeeinrichtung; 2=im Krankenhaus; 3=zuhause (vor dem Einzug); 4=woanders

Körpergewicht und Größe			
73	Körpergröße in cm:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl maximale Länge: 3 Stellen / Bereich 100-250 cm
74	Aktuelles Körpergewicht in kg:	Eingabefeld [Zahl]	Maximale Länge: 5 Stellen
75	Datum Dokumentation des Körpergewichts	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ Begrenzung Zeitraum bis Erhebungsdatum
76	Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zutrafen:	Mehrfachauswahl A-E [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung; B=Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät; C=Mindestens 10% Gewichtsverlust <u>während</u> eines Krankenhausaufenthalts; D=Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder der Angehörigen oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht mehr gewogen; E=Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden.
Sturzfolgen			
77	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
78	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben möglich)	Mehrfachauswahl A-F [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Frakturen; B=ärztlich behandlungsbedürftige Wunde; C=erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen;

			D=erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität; E=keine der genannten Folgen ist aufgetreten
Anwendung von Gurten			
79	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
80	Wenn ja: Wie oft wurden Gurte angewendet?	Einfachauswahl [1-4]	1=täglich; 2=mehrmals wöchentlich; 3=1x wöchentlich; 4=seltener als 1x wöchentlich
Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)			
81	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
82	Wenn ja: Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet?	Einfachauswahl [1-4]	1=täglich; 2=mehrmals wöchentlich; 3=1x wöchentlich; 4=seltener als 1x wöchentlich
Schmerz			
83	Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z. B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
84	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
85	Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
86	Datum Dokumentation der Schmerzeinschätzung	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

87	Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor?	Mehrfachauswahl A-D [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Schmerzintensität; B=Schmerzqualität; C=Schmerzlokalisierung; D=Folgen für Lebensalltag
Einzug			
88	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin nach der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein (weiter mit Frage 13)
89	Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
90	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
91	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin innerhalb der ersten 8 Wochen <u>nach</u> dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
92	Wenn ja, Datum angeben: (Beginn)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
93	Datum angeben: (Ende)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
94	Ist in den Wochen nach dem Einzug mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin und/oder einer seiner bzw. ihrer Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über sein bzw. ihr Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja; 2=nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin; 3=nein, aus anderen Gründen
95	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

96	Wenn ja: Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen? (Mehrfachangaben möglich)	Mehrfachauswahl A-D [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Bewohner/Bewohnerin; B=Angehörige; C=Betreuer/Betreuerin; D=andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind (bitte angeben):
97	andere Vertrauensperson angeben:	Eingabefeld [Text]	Freitextfeld ohne Begrenzung
98	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein

1.3 Datenerfassung und Übermittlung an die Datenauswertungsstelle

Für das indikatorengestützte Verfahren führen stationäre Pflegeeinrichtungen im Abstand von sechs Monaten eine Ergebniserfassung für die Bewohner bzw. Bewohnerinnen der Einrichtung durch. Die Ergebniserfassung beinhaltet zum einen die Zusammenstellung von Informationen, die Bestandteil der routinemäßigen Pflegedokumentation oder anderer Dokumentationen sind, die die Einrichtung vorhält (beispielsweise Informationen über Krankenhausaufenthalte, Sturzprotokolle, Angaben zur Entstehung einer Wunde, Gewichtsverlauf usw.). Sie umfasst zum anderen die Beurteilung ausgewählter Fähigkeiten oder ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit (beispielsweise eine Beurteilung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten) und folgt dabei in Teilen dem Begutachtungsinstrument (BI). Eine differenzierte Beschreibung der Variablen findet sich unter Ziffer 1.2. Die Übermittlung der Daten der Ergebniserfassung erfolgt in EDV-gestützter Form (via online-Eingabe oder Software-Lösung mittels Datenschnittstellen).

Bei der Datenübermittlung sind darüber hinaus die Vorgaben der Datenauswertungsstelle zur Dateneingabe und –übermittlung zu berücksichtigen.

2. Manual

Mit dieser Verfahrensanweisung werden die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzt, die für das indikatorengestützte Verfahren erforderliche strukturierte Erhebung der Daten bundesweit einheitlich durchzuführen. Eine einheitliche Umsetzung ist insbesondere für den Vergleich der Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen notwendig. Die Verfahrensanweisung bezieht sich auf die unter Ziffern 1.1 und 1.2 (Erhebungsbogen und Variablenbeschreibung) aufgeführten Merkmale bzw. Merkmalsausprägungen.

2.1 Erhebungsreport und Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner

2.1.1 Erhebungsreport

Ein wichtiges Instrument stellt der Erhebungsreport dar. Hierbei handelt es sich um ein Dokument, das der internen Steuerung der Ergebniserfassung dient, aber auch für die externen Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen wichtige Funktionen hat. Der Erhebungsreport wird von der Pflegeeinrichtung im Rahmen der strukturierten Datenerhebung angelegt und im Abstand von sechs Monaten ergänzt bzw. aktualisiert. Er enthält mindestens eine vollständige Aufstellung der

- zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner inkl. bewohnerbezogenen Informationen dazu, ob die Bewohnerinnen und Bewohner in die Ergebniserfassung einbezogen oder

ausgeschlossen wurden. Bei Ausschlüssen ist der Ausschlussgrund (z. B. Kurzzeitpflegegast) zu vermerken.

- Ebenso ist zu vermerken, wenn Bewohnerinnen und Bewohner, die in die Ergebniserfassung vor sechs Monaten einbezogen wurden, zum Stichtag der aktuellen Ergebniserfassung nicht mehr in der Einrichtung leben oder sich aus anderen Gründen nicht in der Einrichtung aufhalten (z. B. Krankenhausaufenthalt).

Der Erhebungsreport ist den Prüfinstitutionen von der Pflegeeinrichtung zu Beginn der Qualitätsprüfung vorzulegen.

2.1.2 Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner

Für Qualitätsprüfungen ist durch die Pflegeeinrichtung eine Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner zu führen. Diese enthält

- neben der Übersicht aller in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner
- zum Zeitpunkt der Prüfung aktuelle bewohnerbezogene Angaben, ob eine Beeinträchtigung bei der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten vorliegt.

Bei den Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten in der genannten Übersicht orientiert sich die Pflegeeinrichtung an der folgenden Regel:

1. Die „Mobilität“ (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen regelmäßig personelle Hilfe benötigt, um sich sicher innerhalb der Einrichtung/des Wohnbereichs fortbewegen zu können.
2. Die „Kognitiven Fähigkeiten“ gelten als beeinträchtigt, wenn es regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung kommt.

Die aktuelle Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner ist den Prüfinstitutionen von der Pflegeeinrichtung zu Beginn der Qualitätsprüfung vorzulegen.

2.2 Erhebungs-, Ergebniserfassungs- und Korrekturzeiträume

Die Pflegeeinrichtung bietet der Datenauswertungsstelle einmalig im Zuge der Registrierung gemäß § 1 Absatz 4 Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze maximal drei mögliche Stichtage in einem vorgegebenen Zeitfenster an. Die Datenauswertungsstelle prüft die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Stichtage im Hinblick auf eine bundesweit gleichmäßige Verteilung der Stichtage. Sollten die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Stichtage hinsichtlich vorgenannter Anforderung ungeeignet sein, bietet die Datenauswertungsstelle der

Pflegeeinrichtung drei alternative Vorschläge für Stichtage an (mit Ausnahme der Monate Juni und Dezember), von denen die Pflegeeinrichtung einen Stichtag auswählen und diesen der Datenauswertungsstelle unverzüglich mitteilen muss. Der von der Datenauswertungsstelle gegenüber der Pflegeeinrichtung bestätigte erste Stichtag bestimmt alle folgenden Erhebungs-, Ergebniserfassungs-, Korrektur- und Auswertungszeiträume gemäß § 4 Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze. Diese gelten in den Folgejahren unverändert fort.

Der Erhebungszeitraum umfasst die unmittelbar zurückliegende sechsmonatige Zeitspanne (z. B. 01. Oktober 2019 bis 31. März 2020) einschließlich des Stichtages. Nach Ablauf des Erhebungszeitraums beginnt unmittelbar der nächste Erhebungszeitraum (z. B. 01. April 2020 bis 30. September 2020). Mit Beginn des Erhebungszeitraums können von der Pflegeeinrichtung bereits Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden, die sich auf diesen Erhebungszeitraum beziehen.

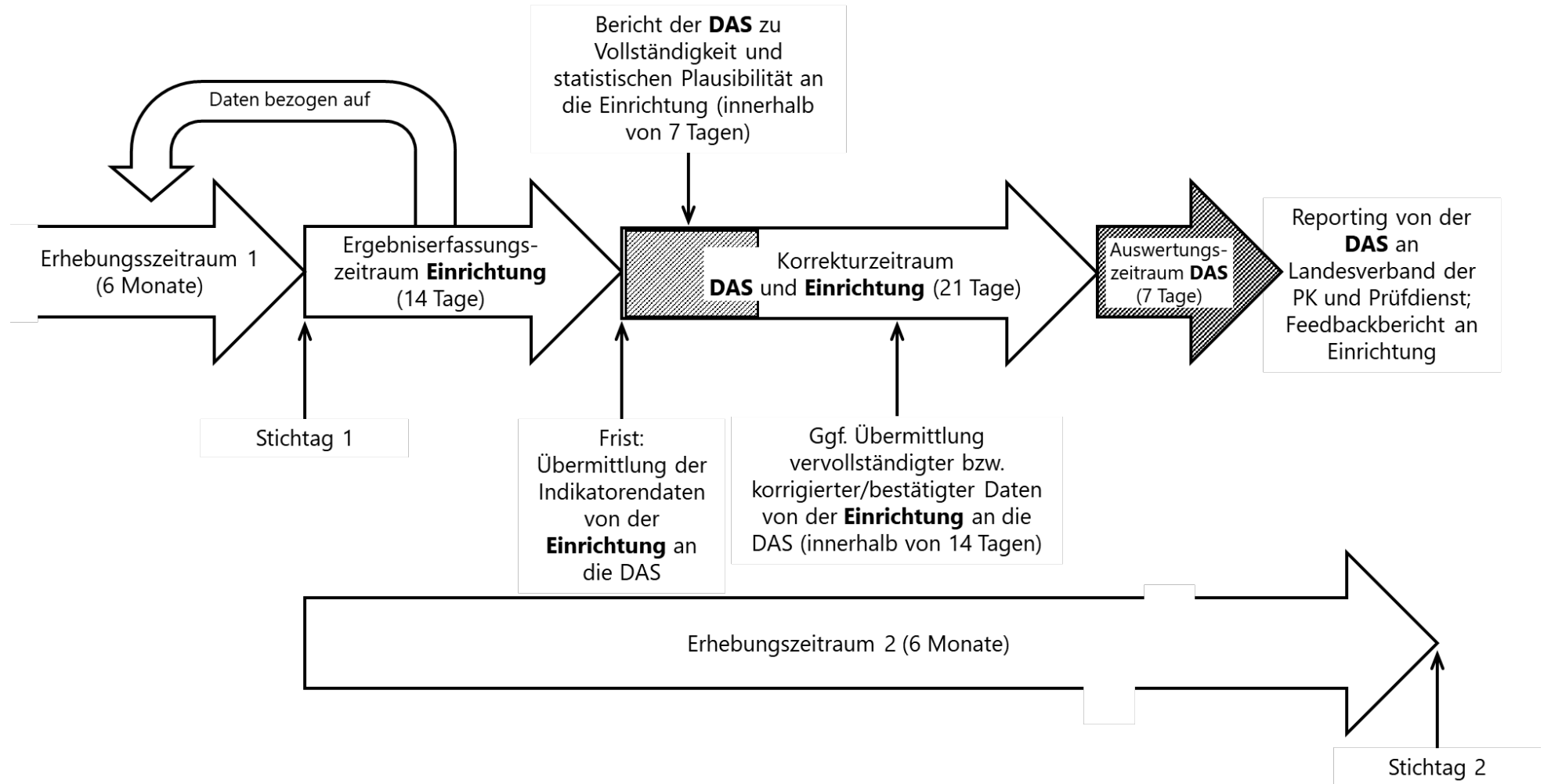
Der 14tägige Ergebniserfassungszeitraum beginnt zeitgleich mit dem Ablauf des Erhebungszeitraums (z. B. 01. April 2020 bis 14. April 2020). Innerhalb des Erhebungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln (vgl. Anlage 4).

Im folgenden Korrekturzeitraum prüft die Datenauswertungsstelle die Daten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und statistischen Plausibilität und übermittelt der Pflegeeinrichtung innerhalb von 7 Kalendertagen einen Bericht über die Vollständigkeit und die statistische Plausibilität der übermittelten Daten. Im Falle unvollständiger Daten, hat die Pflegeeinrichtung der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen einen vervollständigten Datensatz zu übermitteln. Im Falle von statistisch nicht plausiblen Datensätzen muss die Pflegeeinrichtung die von der Datenauswertungsstelle als nicht plausibel eingeschätzten Daten prüfen und der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen das Ergebnis mitteilen. Sofern es sich um Fehler bei der Datenerhebung oder Dateneingabe handelt, sind mit dem Ergebnis der Prüfung geänderte Datensätze zu übermitteln. Andernfalls informiert die Pflegeeinrichtung die Datenauswertungsstelle darüber, dass die zuvor übermittelten Daten trotz statistischer Auffälligkeiten gemäß den Anforderungen im Manual erhoben wurden und zutreffend sind.

Eine Frist kann nicht an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag enden. Sie verlängert sich nach § 193 BGB automatisch auf den nächsten Werktag. Ein Fristende kann deshalb bundeslandabhängig sein, wenn es rechnerisch auf einen nicht bundeseinheitlichen Feiertag fällt.

Abfolge und Dauer der beschriebenen Zeiträume sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

Abbildung 1 Erhebungs-, Ergebniserfassungs- und Korrekturzeiträume



DAS = Datenauswertungsstelle
 PK = Pflegekassen

2.3 Personelle Zuständigkeit

Die Ergebniserfassung sollte grundsätzlich durch Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter erfolgen, die die betreffenden Bewohnerinnen bzw. Bewohner gut kennen. Damit werden die fachlichen Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten, ebenso wie die Extraktion vorhandener Informationen aus der Pflegedokumentation, wesentlich erleichtert. Im Idealfall nehmen die Bezugspflegerinnen, die die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses beim betreffenden Bewohner bzw. bei der betreffenden Bewohnerin haben, oder die Wohnbereichsleitungen die Ergebniserfassung vor. Sie kann losgelöst von anderen Arbeiten durchgeführt oder aber in vorhandene Abläufe integriert werden. Ein Beispiel für eine solche Integration ist die Durchführung von Pflegevisiten anhand der vorgegebenen Merkmale. Die Erfassung kann aber auch im Zusammenhang mit der regelmäßig stattfindenden Überprüfung der individuellen Maßnahmen erfolgen, bei der ohnehin zu beurteilen ist, ob die aktuellen pflegerischen Hilfen dem individuellen Bedarf des Bewohners bzw. der Bewohnerin noch entsprechen und inwieweit gesundheitliche Veränderungen oder eine veränderte Risikokonstellation eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich machen.

2.4 Ausschlusskriterien

2.4.1. Ausschlusskriterien für die Ergebniserfassung

Die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung einer Einrichtung erfolgt auf der Grundlage einer Vollerhebung, d.h. der Einbeziehung aller Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner für die Ergebniserfassung erfolgt unter Bezugnahme auf den Stichtag (vgl. Abschnitt 2.2). Für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die am definierten Stichtag in der Einrichtung leben, wird überprüft, ob die im Folgenden genannten Ausschlusskriterien zutreffen.

Folgende Ausschlusskriterien sind zu beachten:

- Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag.
- Bewohner bzw. Bewohnerin ist Kurzzeitpflegegast.
- Bewohner bzw. Bewohnerin befindet sich in der Sterbephase.
- Bewohner bzw. Bewohnerin hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen).

Für Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines der Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Sie werden allerdings unter Nennung des zutreffenden Ausschlusskriteriums im Erhebungsreport aufgeführt, sodass nachvollziehbar ist, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner ausgeschlossen wurden und aus welchem Grund dies geschah.

2.4.2 Spezifische Ausschlusskriterien für die Berechnung einzelner Indikatoren

Neben dem generellen Ausschluss gemäß Ziffer 2.4.1 von Bewohnerinnen und Bewohnern aus der Ergebniserfassung und Datenübermittlung sind bei der Berechnung einzelner Indikatoren (vgl. Anlage 2) jeweils die folgenden Bewohnerinnen und Bewohner auszuschließen:

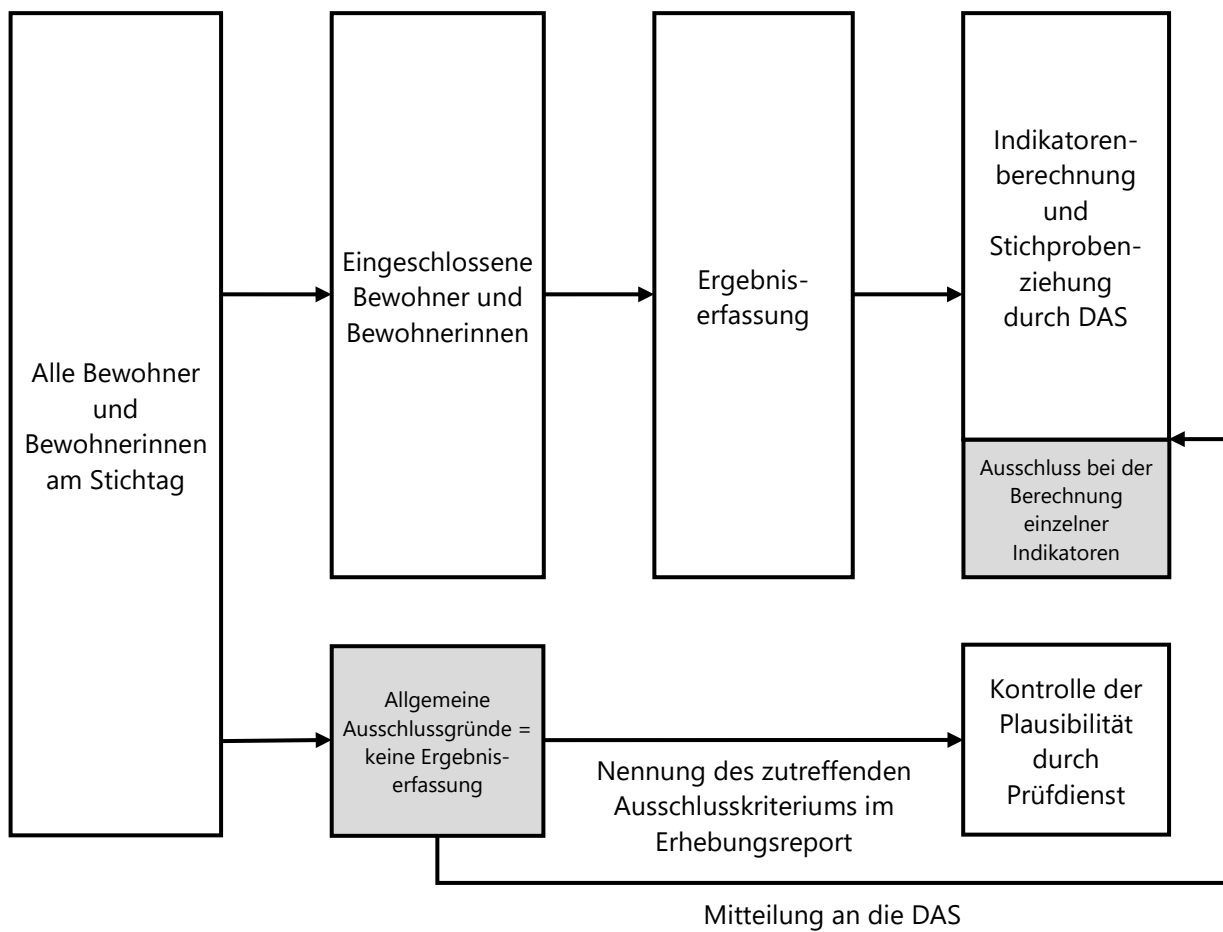
Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit	
Alle Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 1	<ul style="list-style-type: none"> • Komatöse und somnolente Bewohner bzw. Bewohnerinnen, Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit apallischem Syndrom • Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit den Diagnosen: Bösartige Tumorerkrankung, Tetraplegie, Tetraparese, Chorea Huntington • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die seit der letzten Ergebniserfassung, die in der Einrichtung vor ca. 6 Monaten durchgeführt wurde, einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt, eine Fraktur oder eine Amputation¹ erlebt haben • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die in den vergangenen 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen Dauer hatten • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die bei der vorangegangenen Erhebung (vor sechs Monaten) bereits extrem stark beeinträchtigt waren (siehe die jeweiligen indikatorenspezifischen Angaben unten).
Indikator 1.1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1) und Indikator 1.1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Summerscore im BI-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 12.
Indikator 1.2.1 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege) (Risikogruppe 1) und Indikator 1.2.2 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege) (Risikogruppe 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Summerscore im BI-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 40.

¹ Angesprochen ist hier jede Art der Abtrennung von Extremitäten und Gliedern der Extremitäten, also beispielsweise auch die chirurgische Entfernung des großen Zehs.

<p>Indikator 1.3 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (gemäß Wertung des BI-Moduls 2). • Summerscore im BI-Modul 6 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 15.
<p>Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen</p>	
<p>Indikator 2.2.1 Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)</p> <p>und</p> <p>Indikator 2.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im BI-Modul 1).
<p>Indikator 2.3.1 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)</p> <p>und</p> <p>Indikator 2.3.2 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)</p>	<p>Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die eines der folgenden Merkmale aufweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bösartige Tumorerkrankung • Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen • Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) • Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät • Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts • Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder der Angehörigen oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht mehr gewogen • Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden.
<p>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen</p>	
<p>Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Einzug</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben. • Kognitiv beeinträchtigte Bewohner bzw. Bewohnerinnen, für die keine Bezugspersonen verfügbar sind. • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die innerhalb der ersten acht Wochen nach dem Einzug in einem Krankenhaus behandelt wurden.
<p>Indikator 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die aufgrund einer Schmerzmedikation zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung schmerzfrei sind.

Das Vorgehen wird in Abbildung 2 verdeutlicht.

Abbildung 2 Ausschlusskriterien



DAS = Datenauswertungsstelle

3. Erhebungspraktische Hinweise

Nachfolgend sind die Hinweise aufgeführt, anhand derer die Pflegeeinrichtungen die Ergebniserfassung durchführen.

3.1 Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit

Im Erhebungsbogen (s. Ziffer 1.1) geht es mehrfach um Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Selbständigkeit ist im vorliegenden Instrument definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung/Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen bzw. ohne personelle Hilfe durchzuführen. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Selbständigkeit wird im Erhebungsbogen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

0 = selbständig

1 = überwiegend selbständig

2 = überwiegend unselbständig

3 = unselbständig.

0 = selbständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

2 = überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

3 = *unselbständig*

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Hinweis

Bei der Einschätzung von Selbständigkeit steht zunächst im Vordergrund, ob

- die gesamte (oder nahezu die gesamte) Aktivität,
- der größte Teil einer Aktivität,
- der geringere Teil einer Aktivität oder
- kein nennenswerter Anteil der Aktivität

selbständig ausgeführt werden kann. Wenn diese Beurteilung nicht zweifelsfrei möglich ist, sollte die Einschätzung von Selbständigkeit anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

3.2 Erläuterungen zum Erhebungsbogen zur Ergebniserfassung

Die folgenden Ausführungen gehen nicht auf jede einzelne Frage ein, viele Fragen erklären sich selbst. Die Angaben der Nummer beziehen sich auf die oben aufgeführte Variablenliste (Ziffer 1.2, Tabelle 1).

Nr. 11, 13, 15, 17

Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, geben Sie bitte die Mitte des betreffenden Monats an (z. B. 15.01.2020).

Nr. 23

Die Antwortmöglichkeit „invasive Beatmung“ trifft zu, wenn die Beatmung durch eine Trachealkanüle erfolgt. Ansonsten ist „nicht invasiv“ anzukreuzen.

Nr. 24

Anzugeben ist hier die für den Bewohner bzw. die Bewohnerin charakteristische Situation, nicht eine Ausnahmesituation, die z. B. aufgrund einer akuten Erkrankung auftreten kann. Steht die Verschlechterung in keinem Zusammenhang mit einer Ausnahmesituation, so ist davon auszugehen, dass es sich um einen bleibenden Zustand („charakteristisch“) handelt. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Zustandsbeschreibungen auf den Bewusstseinszustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin am besten zutrifft:

wach

Der Bewohner bzw. die Bewohnerin ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen.

schläfrig

Der Bewohner bzw. die Bewohnerin ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.

somnolent

Der Bewohner bzw. die Bewohnerin ist sehr schläfrig und kann nur durch starke äußere Reize geweckt werden (z. B. kräftiges Rütteln an der Schulter oder mehrfaches, sehr lautes Ansprechen).

komatös

Der Bewohner bzw. die Bewohnerin kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.

Wachkoma

Dies trifft nur dann zu, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt.

Nr. 25

Bitte kreuzen Sie nur diejenigen Punkte an, zu denen eine ärztliche Diagnose auch tatsächlich vorliegt.

Nr. 26-30 (Mobilität)

Die Einschätzung richtet sich hier ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier also lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung oder Motivation des Bewohners bzw. der Bewohnerin. Hier wie auch in einigen anderen Bereichen wird nach der Selbständigkeit der Bewohner bzw. der Bewohnerinnen gefragt.

Nr. 26 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbständig

Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichthilfe, Bettseitenteil, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.

Überwiegend selbständig:

Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann beim Positionswechsel nur wenig mithelfen, z. B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z. B. „Bitte die Arme vor der Brust verschränken und den Kopf auf die Brust legen.“

Unselbständig

Die Person kann sich beim Positionswechsel nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 27 Halten einer stabilen Sitzposition

Sich auf einem Bett, Stuhl oder Sessel aufrecht halten.

Selbständig

Selbständig ist eine Person auch dann, wenn sie beim Sitzen gelegentlich ihre Sitzposition korrigieren muss.

Überwiegend selbständig

Die Person kann sich nur kurz, z. B. für die Dauer einer Mahlzeit oder eines Waschvorgangs selbständig in der Sitzposition halten, darüber hinaus benötigt sie aber personelle Unterstützung zur Positionskorrektur.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann sich wegen eingeschränkter Rumpfkontrolle auch mit Rücken- und Seitenstütze nicht in aufrechter Position halten und benötigt auch während der Dauer einer Mahlzeit oder eines Waschvorgangs personelle Unterstützung zur Positionskorrektur.

Unselbständig

Die Person kann sich nicht in Sitzposition halten. Bei fehlender Rumpf- und Kopfkontrolle kann die Person nur im Bett oder Lagerungsstuhl liegend gelagert werden.

Nr. 28 Sich Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche, Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette etc. aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. Ä. umsetzen.

Selbständig

Selbständig ist jemand auch dann, wenn er keine Personenhilfe benötigt, aber ein Hilfsmittel oder einen anderen Gegenstand zum Festhalten oder Hochziehen (z. B. Griffstangen) benutzt oder sich auf Tisch, Armlehnen oder sonstigen Gegenständen abstützen muss, um aufzustehen. Als selbständig ist auch zu bewerten, wer zwar nicht stehen kann, aber sich mit Armkraft ohne personelle Hilfe umsetzen kann (z. B. Bett – Rollstuhl, Rollstuhl – Toilette).

Überwiegend selbständig

Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

Überwiegend unselbständig

Die Pflegeperson muss beim Aufstehen, Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z. B. kurzzeitig stehen.

Unselbständig

Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

Nr. 29 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen.

Als Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens acht Meter festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung und zum Treppensteigen sind unter Punkt 32 bzw. Punkt 30 zu berücksichtigen.

Selbständig

Die Person kann sich ohne Hilfe durch andere Personen fortbewegen. Dies kann ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln, z. B. Rollator, Rollstuhl oder sonstigen Gegenständen, z. B. Stock oder Möbelstück, geschehen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (z. B. Rollator oder Gehstock), Beobachtung aus Sicherheitsgründen oder gelegentlichem Stützen, Unterhaken.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur wenige Schritte gehen oder sich mit dem Rollstuhl nur wenige Meter fortbewegen oder kann nur mit Stützung oder Festhalten einer Pflegeperson gehen. Auch wenn sich die Person darüber hinaus aus eigenem Willen in ihrer Wohnung krabbelnd oder robbend fortbewegen kann, ändert dies nichts an der Bewertung als "überwiegend unselbständig".

Unselbständig

Die Person muss getragen oder vollständig im Rollstuhl geschoben werden.

Nr. 30 Treppensteigen

Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen.

Treppensteigen ist unabhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten.

Selbständig

Die Person kann ohne Hilfe durch andere Personen in aufrechter Position eine Treppe steigen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann eine Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.

Überwiegend unselbständig:

Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig

Person muss getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden, keine Eigenbeteiligung.

Nr. 31-41 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten)

Hier ist einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Bitte beziehen Sie sich bei der Einschätzung auf die für den Bewohner bzw. für die Bewohnerin typische Leistungsfähigkeit. Es werden vier Abstufungen unterschieden:

Die Fähigkeit ist

0 = vorhanden/unbeeinträchtigt

1 = größtenteils vorhanden

2 = in geringem Maße vorhanden

3 = nicht vorhanden.

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Nr. 31 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d. h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören z. B. Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn, aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.

Fähigkeit vorhanden

Die Person erkennt andere Personen aus ihrem näheren Umfeld unmittelbar.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person erkennt bekannte Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontaktes in einem Gespräch oder sie hat Schwierigkeiten, wenn auch nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen, vertraute Personen zu erkennen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen werden nur selten erkannt oder die Fähigkeit hängt ggf. von der Tagesform ab, d. h. die Fähigkeit unterliegt im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen.

Fähigkeit nicht vorhanden

Auch Familienmitglieder werden nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

Nr. 32 Örtliche Orientierung

Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet.

Fähigkeit vorhanden

Die Person weiß, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung sie sich befindet. Sie kennt sich in den regelmäßig genutzten Räumlichkeiten aus. Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung oder unmittelbar im Wohnbereich einer Einrichtung kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Es bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren, beispielsweise nach Verlassen des Hauses wieder den Weg zurückzufinden. In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person hat auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.

Fähigkeit nicht vorhanden

Selbst in der eigenen Wohnumgebung ist die Person regelmäßig auf Unterstützung angewiesen, um sich zurechtzufinden.

Nr. 33 Zeitliche Orientierung

Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen.

Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend etc.), Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens. Aufschluss über die Fähigkeit zur zeitlichen Orientierung geben Antworten auf die Frage nach der Jahreszeit, dem Jahr, dem Wochentag, dem Monat oder der Tageszeit.

Fähigkeit vorhanden

Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat z. B. Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die zeitliche Orientierung ist die meiste Zeit nur in Ansätzen vorhanden. Die Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zumeist nicht in der Lage, Tageszeiten zu erkennen, zu denen regelmäßig bestimmte Ereignisse stattfinden (z. B. Mittagessen).

Fähigkeit nicht vorhanden

Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder nicht vorhanden.

Nr. 34 Sich erinnern

Fähigkeit, sich an kurz und auch länger zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern.

Dazu gehört, dass die Person z. B. weiß, was sie zum Frühstück gegessen hat oder mit welchen Tätigkeiten sie den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis geht es bei Erwachsenen z. B. um die Kenntnis des Geburtsjahres, des Geburtsorts oder wichtiger Bestandteile des Lebensverlaufs wie Eheschließung und Berufstätigkeit.

Fähigkeit vorhanden

Die Person kann über kurz zurückliegende Ereignisse Auskunft geben oder durch Handlungen und Gesten signalisieren, dass sie sich erinnert.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person hat Schwierigkeiten, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern, oder muss hierzu länger nachdenken, sie hat aber keine nennenswerten Probleme, sich an Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person vergisst kurz zurückliegende Ereignisse häufig. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind (noch) präsent.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person ist nicht (oder nur selten) in der Lage, sich an Ereignisse, Dinge oder Personen aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Nr. 35 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

Fähigkeit, zielgerichtete Handlungen des Lebensalltags, die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, zu steuern.

Die Betonung liegt in diesem Fall auf dem Begriff Alltagshandlungen. Gemeint sind zielgerichtete Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat, wie z. B. das komplette Ankleiden, Kaffeekochen oder Tischdecken.

Fähigkeit vorhanden

Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbständig fortsetzen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie verwechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.

Fähigkeit nicht vorhanden

Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.

Nr. 36 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben

Fähigkeit, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltag zu treffen.

Dazu gehört z. B. die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freundinnen und Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachgehen.

Zu klären ist hier die Frage, ob die Entscheidungen folgerichtig sind, d. h. geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen oder ein gewisses Maß an Sicherheit und Wohlbefinden oder Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten, z. B. warme Kleidung.

Fähigkeit vorhanden

Die Person kann auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen, beispielsweise beim Umgang mit unbekanntem Personen, die an der Haustür klingeln.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Im Rahmen der Alltagsroutinen oder in zuvor besprochenen Situationen können Entscheidungen getroffen werden, die Person hat aber Schwierigkeiten in unbekanntem Situationen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person trifft zwar Entscheidungen, diese Entscheidungen sind jedoch in der Regel nicht geeignet, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person nur mit Unterstützung in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person kann Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten treffen. Sie zeigt keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen.

Nr. 37 Verstehen von Sachverhalten und Informationen

Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und Informationen inhaltlich einordnen zu können.

Hier geht es um Ereignisse und Inhalte, die Bestandteil des Alltagslebens der meisten Menschen sind. Gemeint ist etwa die Fähigkeit, zu erkennen, dass man sich in einer bestimmten Situation befindet, z. B. gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, MDK-Begutachtung sowie die Fähigkeit, Informationen zum Tagesgeschehen aus den Medien, z. B. Fernsehgerät, Tageszeitung, aufzunehmen und

inhaltlich zu verstehen. Gleiches gilt für mündlich von anderen Personen übermittelte Informationen.

Fähigkeit vorhanden

Die Person kann Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person kann einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen, hat bei komplizierteren jedoch Schwierigkeiten.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person kann auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen, wenn sie wiederholt erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person gibt weder verbal noch nonverbal zu erkennen, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

Nr. 38 Erkennen von Risiken und Gefahren

Fähigkeit, Risiken und Gefahren zu erkennen.

Dazu gehören Gefahren wie Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (z. B. verkehrsreiche Straßen, Baustellen).

Fähigkeit vorhanden

Die Person kann solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne weiteres erkennen, auch wenn sie ihnen aus anderen Gründen (z. B. aufgrund von somatischen Beeinträchtigungen) nicht aus dem Weg gehen kann.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person erkennt meist nur solche Risiken und Gefahren, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr angemessen einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person kann auch Risiken und Gefahren, denen sie häufig auch in der Wohnumgebung begegnet, oft nicht als solche erkennen.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person kann Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkennen.

Nr. 39 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

Fähigkeit, elementare Bedürfnisse verbal oder nonverbal mitzuteilen.

Das beinhaltet, sich bei Hunger oder Durst, Schmerzen oder Frieren bemerkbar zu machen. Bei Sprachstörungen kann dies ggf. durch Laute, Mimik oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln erfolgen.

Fähigkeit vorhanden

Die Person kann Bedürfnisse äußern.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person kann auf Nachfrage elementare Bedürfnisse äußern. Die Person äußert Bedürfnisse aber nicht immer von sich aus.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation; oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person äußert nicht oder nur sehr selten Bedürfnisse, auch nicht in nonverbaler Form. Sie kann weder Zustimmung noch Ablehnung deutlich machen.

Nr. 40 Verstehen von Aufforderungen

Fähigkeit, Aufforderungen in Hinblick auf alltägliche Grundbedürfnisse zu verstehen.

Zu den alltäglichen Grundbedürfnissen gehören z. B. Essen, Trinken, sich kleiden, sich beschäftigen.

Fähigkeit vorhanden

Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen werden ohne weiteres verstanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Einfache Bitten und Aufforderungen, wie z. B. „Setz dich bitte an den Tisch!“, „Zieh dir die Jacke über!“, „Komm zum Essen!“, „Prosit!“ werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind besonders deutliche Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache, Gebärdensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person kann Aufforderungen und Bitten meist nicht verstehen, wenn diese nicht wiederholt geäußert und erläutert werden. Das Verständnis ist sehr von der Tagesform abhängig. Sie zeigt aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen, z. B. Berührungen oder Geleiten an den Esstisch.

Fähigkeit nicht vorhanden

Die Person kann Anleitungen und Aufforderungen kaum oder nicht verstehen.

Nr. 41 Beteiligen an einem Gespräch

Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen.

Fähigkeit vorhanden

Die Person kommt sowohl in Einzel- als auch in Gesprächen kleiner Gruppen gut zurecht. Sie zeigt im Gespräch Eigeninitiative, Interesse und beteiligt sich, wenn vielleicht auch nur auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zu den Inhalten des Gesprächs.

Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Person kommt in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen ist sie jedoch meist überfordert und verliert den Faden. Wortfindungsstörungen treten ggf. regelmäßig auf. Die Person ist häufig auf besonders deutliche Ansprache oder Wiederholung von Worten, Sätzen angewiesen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Person kann auch einem Gespräch nur mit einer Person kaum folgen oder sie kann sich nur wenig oder mit einzelnen Worten beteiligen. Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache oder Fragen mit wenigen Worten, z. B. mit ja oder nein; die Person beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch) oder es besteht leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.

Fähigkeit nicht vorhanden

Ein Gespräch mit der Person, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist auch unter Einsatz nonverbaler Kommunikation kaum oder nicht möglich.

Nr. 47-58 (Selbstversorgung)

An dieser Stelle erfolgt wieder die Einschätzung der Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“.

Nr. 47 Waschen des vorderen Oberkörpers

Sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Arme, die Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände, z. B. Seife, Waschlappen, bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z. B. Waschen unter den Achseln oder der Brust, erhält.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig durchführen, sich z. B. nur Hände oder Gesicht waschen, oder benötigt umfassende Anleitung.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 48 Körperpflege im Bereich des Kopfes

Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren.

Selbständig

Die Person kann die beschriebenen Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt oder gerichtet werden, z. B. Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen oder Säubern des Rasierapparates. Alternativ sind Aufforderungen oder punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrekturen nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, das Reinigen der hinteren Backenzähne bei der Zahn-, Mundpflege bzw. die Nachrasur bei sonst selbständigem Rasieren.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig leisten, so beginnt sie z. B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.

Unselbständig

Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 49 Waschen des Intimbereichs

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Utensilien, z. B. Seife, Waschlappen bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur geringe Anteile der Aktivität selbständig durchführen, sich z. B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 50 Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare

Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare.

Dabei sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen in der Wanne, bzw. Dusche sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehört auch das Abtrocknen, Haarewaschen und Föhnen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z. B. Stützen beim Ein-, Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haarewaschen oder Föhnen, beim Abtrocknen, oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur einen begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 51 An- und Auskleiden des Oberkörpers

Bereitliegende Kleidungsstücke, z. B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzugoberteil oder Nachthemd, an- und ausziehen.

Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist nicht hier, sondern unter Punkt 36 zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist hier nicht zu berücksichtigen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden beim Anziehen eines Hemdes etc. Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur bei einem begrenzten Teil der Aktivität mithelfen, beispielsweise die Hände in die Ärmel eines bereitgehaltenen T-Shirts schieben.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 52 An- und Auskleiden des Unterkörpers

Bereitliegende Kleidungsstücke, z. B. Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe und Schuhe, an- und ausziehen.

Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist unter Punkt 36 zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln ist hier nicht zu berücksichtigen, z. B. Kompressionsstrümpfe.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen, z. B. Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen oder Kontrolle des Sitzes der Kleidung, und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose oder Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 53 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken

Zerteilen von Nahrung in mundgerechte Stücke und Eingießen von Getränken.

Dazu gehört das Zerteilen von belegten Brotscheiben, Obst oder anderen Speisen in mundgerechte Stücke, z. B. das Kleinschneiden von Fleisch, das Zerdrücken von Kartoffeln, Pürieren der Nahrung, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Antirutschbrett oder sonstigen Gegenständen wie Spezialbesteck.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z. B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von harten Nahrungsmitteln.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen, beispielsweise schneidet sie zwar belegte Brotscheiben, schafft es aber nicht, mundgerechte Stücke herzustellen. Oder sie gießt aus einer Flasche Wasser ins Glas, verschüttet das Wasser dabei jedoch regelmäßig.

Unselbständig

Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen.

Nr. 54 Essen

Bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen.

Dies beinhaltet das Aufnehmen, Zum-Mund-Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von mundgerecht zubereiteten Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden, z. B. Brot, Kekse, Obst oder das Essen mit Gabel oder Löffel, ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck.

Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der ausreichenden Nahrungsaufnahme (auch ohne Hungergefühl oder Appetit) erkannt und die empfohlene, gewohnte Menge tatsächlich gegessen wird.

Das Einhalten von Diäten ist hier nicht zu bewerten.

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiterzuessen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich, z. B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben.

Überwiegend unselbständig

Es muss ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung muss größtenteils gereicht werden oder es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft der Pflegeperson erforderlich, aufgrund von Aspirationsgefahr.

Unselbständig

Die Nahrung muss (nahezu) komplett gereicht werden.

Nr. 55 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohhalm oder Spezialbecher mit Trinkaufsatz.

Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene oder gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbständigkeit ist auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas oder eine Tasse unmittelbar in den Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.

Überwiegend unselbständig

Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig, oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden oder es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft der Pflegeperson erforderlich, aufgrund von Aspirationsgefahr.

Unselbständig

Getränke müssen (nahezu) komplett gereicht werden.

Nr. 56 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls

Gehen zur Toilette, Hinsetzen und Aufstehen, Sitzen während der Blasen- oder Darmentleerung, Intimhygiene und Richten der Kleidung.

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn anstelle der Toilettenbenutzung eine Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt, z. B. Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo- oder Colostoma.

Selbständig

Die Person kann die Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf einzelne Handlungsschritte wie:

- nur Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche oder anderer Behälter),
- nur Aufforderung oder Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette oder Begleitung auf dem Weg zur Toilette,
- nur Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang,
- nur Unterstützung beim Hinsetzen, Aufstehen von der Toilette,
- nur punktuelle Hilfe beim Richten der Bekleidung.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann nur einzelne Handlungsschritte selbst ausführen, z. B. nur Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nur nach Wasserlassen.

Unselbständig

Die Person kann sich nicht oder nur minimal an der Aktivität beteiligen.

Nr. 57 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)

Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen.

Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter, Urostoma oder die Anwendung eines Urinalkondoms.

Die regelmäßige Einmalkatheterisierung ist hier nicht zu erfassen.

Selbständig

Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme angereicht oder entsorgt werden oder die Person an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. nur Vorlagen einlegen oder Inkontinenzhosen nur entfernen.

Unselbständig

Beteiligung ist nicht oder nur minimal möglich.

Nr. 58 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)

Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen.

Dazu gehört, Inkontinenzsysteme, z. B. große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants, sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch die Anwendung eines Analtampons oder das Entleeren oder Wechseln eines Stomabeutels bei Enterostoma. Die Pflege des Stomas und der Wechsel einer Basisplatte sind hier nicht zu berücksichtigen.

Selbständig

Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereitgelegt und entsorgt werden oder die Person an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig

Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen, z. B. Mithilfe beim Wechsel eines Stomabeutels. Bei Vorliegen einer Stuhlinkontinenz sind Ressourcen beim Wechsel des Inkontinenzmaterials eher selten.

Unselbständig

Beteiligung ist nicht (oder nur minimal) möglich.

Nr. 59-64 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte)

In diesem Abschnitt geht es wieder um die Einschätzung der Selbständigkeit. Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und bei sozialen Kontakten kann durch körperliche

ebenso wie durch kognitive Beeinträchtigungen vermindert sein. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“.

Nr. 59 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen

Den Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einteilen und bewusst gestalten und ggf. an äußere Veränderungen anpassen.

Dies erfordert planerische Fähigkeiten zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Zu beurteilen ist, ob die Person von sich aus festlegen kann, ob und welche Aktivitäten sie im Laufe des Tages durchführen möchte, z. B. wann sie baden, essen oder zu Bett gehen oder wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Die Gutachterin bzw. der Gutachter kann dies prüfen, indem er bzw. sie sich z. B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Routineabläufe können weitgehend selbständig gestaltet werden, bei ungewohnten Veränderungen ist Unterstützung notwendig. Es reichen z. B. Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine. Überwiegend selbständig ist eine Person beispielsweise auch dann, wenn ihre Kommunikationsfähigkeit oder Sinneswahrnehmung stark beeinträchtigt ist und sie daher Hilfe benötigt, um den Tagesablauf mit anderen Menschen abzustimmen.

Überwiegend unselbständig

Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Routinetagesablaufs. Sie ist aber in der Lage, Zustimmung oder Ablehnung zu Strukturierungsangeboten zu signalisieren. Sie kann eigene Planungen häufig nicht einhalten, da diese wieder vergessen werden. Deshalb ist über den ganzen Tag hinweg eine Erinnerung bzw. Aufforderung erforderlich. Überwiegend unselbständig ist auch eine Person, die zwar selbst planen und entscheiden kann, aber für jegliche Umsetzung personelle Hilfe benötigt.

Unselbständig

Mitwirkung an der Tagesstrukturierung oder Orientierung an vorgegebenen Strukturen ist nicht oder nur minimal möglich.

Nr. 60 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen.

Dazu gehören die Fähigkeit, die Notwendigkeit von Ruhephasen zu erkennen, sich auszuruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umzugehen, aber auch somatische Funktionen, um ins Bett zu kommen und die Ruhephasen insbesondere nachts einhalten zu können.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person benötigt personelle Hilfe beim Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen, z. B. Transferhilfen oder zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung, schlafen zu gehen, oder einzelne Hilfen wie z. B. Abdunkeln des Schlafraumes. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.

Überwiegend unselbständig

Es treten regelmäßig Einschlafprobleme oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache in der Nacht erforderlich. Überwiegend unselbständig ist auch eine Person, die wegen hochgradiger motorischer Beeinträchtigung regelmäßig in der Nacht personeller Hilfe bedarf, um weiterschlafen zu können, z. B. bei Lagewechsel oder Toilettengängen in der Nacht.

Unselbständig

Die Person verfügt über keinen oder einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus. Dies gilt u. a. für mobile gerontopsychiatrisch erkrankte Personen und auch für Menschen, die keinerlei Aktivitäten ausüben, z. B. im Wachkoma, oder Personen, die regelmäßig mindestens dreimal in der Nacht personelle Unterstützung benötigen.

Nr. 61 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchzuführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen.

„Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen, Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit).

Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und auch praktisch durchzuführen, z. B. Handarbeiten, Basteln, Bücher oder Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer nutzen. Dies gilt auch für Personen, die Angebote auswählen und steuern können, aber aufgrund somatischer Einschränkungen für die praktische Durchführung personelle Unterstützung benötigen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Es ist nur in geringem Maße Hilfe erforderlich, z. B. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, z. B. Utensilien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o. Ä. oder Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation oder Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Vorschläge unterbreiten).

Überwiegend unselbständig

Die Person kann sich an Beschäftigungen beteiligen, aber nur mit (kontinuierlicher) Anleitung, Begleitung oder motorischer Unterstützung.

Unselbständig

Die Person kann an der Entscheidung oder Durchführung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitungen und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht oder nur minimal an angebotenen Beschäftigungen.

Nr. 62 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus planen.

Dies kann beispielsweise anhand der Frage beurteilt werden, ob Vorstellungen oder Wünsche zu anstehenden Festlichkeiten wie Geburtstag oder Jahresfeste bestehen, ob die Zeitabläufe eingeschätzt werden können, z. B. vorgegebene Strukturen wie regelmäßige Termine nachvollzogen werden können, oder ob die körperlichen Fähigkeiten vorhanden sind, um eigene Zukunftsplanungen mit anderen Menschen kommunizieren zu können. Es ist auch zu berücksichtigen, wenn stark ausgeprägte psychische Problemlagen (z. B. Ängste) es verhindern, sich mit Fragen des zukünftigen Handelns auseinanderzusetzen.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen. Oder sie benötigt infolge körperlicher Beeinträchtigungen regelmäßig Hilfe im Bereich der Kommunikation, um sich mit anderen Menschen verabreden zu können.

Überwiegend unselbständig

Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden oder benötigt bei der Umsetzung emotionale oder körperliche Unterstützung. Überwiegend unselbständig ist daher auch eine Person, die zwar kognitiv in der Lage ist, selbständig zu planen und zu entscheiden, die aber so stark somatisch beeinträchtigt ist, dass sie für alle Umsetzungsschritte personelle Hilfe benötigt.

Unselbständig

Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

Nr. 63 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnerinnen bzw. Mitbewohnern oder Besucherinnen bzw. Besuchern umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Unterstützung erforderlich, z. B. Anregung, zu einer neuen Mitbewohnerin oder einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen oder punktuelle Unterstützung bei der Überwindung von Sprech-, Sprach- und Hörproblemen.

Überwiegend unselbständig

Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative. Sie muss angesprochen oder motiviert werden, reagiert aber verbal oder deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik, Gestik). Überwiegend unselbständig ist auch eine Person, die auf weitgehende Unterstützung bei der Überwindung von Sprech-, Sprach- oder Hörproblemen angewiesen ist.

Unselbständig

Die Person reagiert nicht auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche, z. B. Berührungen, führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

Nr. 64 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Bestehende Kontakte zu Freundinnen bzw. Freunden, Bekannten, Nachbarinnen bzw. Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen.

Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können, z. B. Besuche verabreden oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte.

Selbständig

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig

Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z. B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen oder mit Bild versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freundinnen bzw. Freunden, Bekannten zu verabreden.

Überwiegend unselbständig

Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift. Überwiegend unselbständig ist auch, wer aufgrund von somatischen Beeinträchtigungen während der Kontaktaufnahme personelle Unterstützung durch die Bezugsperson, z. B. bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (Telefon halten) oder bei der Überwindung von Sprech-, Sprach- oder Hörproblemen, benötigt.

Unselbständig

Die Person nimmt keinen Kontakt außerhalb des direkten Umfeldes auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

Nr. 65

Gemeint sind alle Dekubitalulcera, die in den vergangenen 6 Monaten beim Bewohner bzw. bei der Bewohnerin bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger als 6 Monate zurückliegt, der Dekubitus aber noch nicht abgeheilt war, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum anzugeben.

Nr. 66

Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgender Einteilung:

Kategorie/Stadium 1

Reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung, Verhärtung oder Überwärmung.

Kategorie/Stadium 2

Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) ist geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.

Kategorie/Stadium 3

Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszia reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.

Kategorie/Stadium 4

Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (z. B. Sehnen, Bändern oder Gelenkkapseln).

Nr. 67, 68, 70, 71

Zu Dekubitus in Kategorie/Stadium 1 sollen keine Datumsangaben gemacht werden. Gab es mehr als zwei Dekubitusepisoden in den letzten 6 Monaten, sind die beiden zeitlich letzten zu berücksichtigen.

Nr. 76

Hier werden Sie aufgefordert, verschiedene ergänzende Angaben zu machen bzw. aus der Pflegedokumentation zu übertragen. Wenn sich beispielsweise eine starke Gewichtsabnahme auf medizinische Gründe, z. B. eine ärztlich verordnete Diät oder eine medikamentöse Therapie zur gezielten Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) zurückführen lässt, ist das durch diese Angaben erkennbar.

Bitte achten Sie darauf, dass nur Angaben übernommen werden, die in den letzten 6 Monaten relevant waren. Das Feld „*Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden*“ soll nur angekreuzt werden, wenn dies tatsächlich so in der Pflegedokumentation eingetragen ist.

Nr. 77

Stürze und Sturzfolgen, die eingetreten sind, während sich der Bewohner bzw. die Bewohnerin im Verantwortungsbereich anderer Personen oder Einrichtungen befand, die ihn unterstützten, bleiben unberücksichtigt (z. B. Sturzverletzung während eines Krankenhausaufenthalts oder vor dem Einzug in der Privatwohnung oder während eines Urlaubs gemeinsam mit Angehörigen). Verletzungen bei einem Sturz während eines Spaziergangs, den der Bewohner bzw. die Bewohnerin allein unternimmt, sind hingegen aufzuführen. Orientieren Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage an den in der Pflegedokumentation bzw. in den Sturzprotokollen festgehaltenen Sturzereignissen.

Nr. 78

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen oder bei der Mobilität ist dann auszugehen, wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung nötig wurde. Beispiele: Durch den Sturz ist die Motorik der oberen Gliedmaßen eingeschränkt, wodurch mehr Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege entsteht. Oder: Durch den Sturz ist die Motorik der unteren Gliedmaße eingeschränkt, weshalb der Bewohner bzw. die Bewohnerin beim Gehen mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung erfolgen musste.

Nr. 79

Bitte beachten Sie, dass alle Gurtanwendungen zu erfassen sind, gleichgültig, ob eine richterliche Genehmigung oder das Einverständnis des Bewohners bzw. der Bewohnerin vorliegt. Auch Gurte, die der Bewohner bzw. die Bewohnerin theoretisch selbst öffnen könnte, sind einzutragen. Auch wenn nur aufgrund der Befürchtung eines Sturzes fixiert wird, ist dies einzutragen.

Nr. 81

Außer Betracht bleiben unterbrochene Bettseitenteile, die das Verlassen des Bettes nicht behindern.

Nr. 83

Es geht in dieser Frage um die Feststellung, ob überhaupt eine Schmerzproblematik besteht (und somit ein Bedarf, den Bewohner bzw. die Bewohnerin im Umgang mit seinen bzw. ihren Schmerzen ärztlich und/oder pflegerisch zu unterstützen). Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus den Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder der Dokumentation hervorgeht, dass Schmerzen über mehrere Wochen oder Monate bestehen oder eine Schmerzproblematik zwar mit Unterbrechungen, aber wiederholt auftritt. Auch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die regelmäßige Anwendung anderer schmerzlindernder Maßnahmen lassen auf eine bestehende Schmerzproblematik schließen. Einmalig auftretende Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, sind nicht zu berücksichtigen.

Nr. 84

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin schmerzlindernde Medikamente einnimmt und dadurch keine Schmerzen mehr hat. Wenn keine schmerzlindernden Medikamente eingenommen werden oder die Schmerzen nur gelindert werden, aber nicht verschwinden, so geben Sie bitte „nein“ an.

Nr. 85

Beantworten Sie die Frage nach der differenzierten Schmerzeinschätzung mit „ja“, wenn in der Pflegedokumentation zu dieser Einschätzung mindestens Angaben über Schmerzintensität und Lokalisation vermerkt sind, diese Angaben sind für die Antwort „ja“ Voraussetzung. Weitere Aspekte können z. B. Schmerzqualität, Dauer, zeitliche Verlaufsmuster, verstärkende oder lindernde Faktoren sowie Auswirkungen des Schmerzes auf das Alltagsleben sein. Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin lediglich danach gefragt, ob er Schmerzen hat, ohne weitere Aspekte der Schmerzsituation zu beurteilen, so handelt es sich nicht um eine differenzierte Schmerzeinschätzung; die Frage nach der differenzierten Schmerzeinschätzung wäre also mit „nein“ zu beantworten. Das könnte sich z. B. bei Bewohnern bzw. Bewohnerinnen ergeben, die aufgrund einer medikamentösen Behandlung vollkommen schmerzfrei sind.

Nr. 94 und 96

Mit diesen Fragen ist ein planvolles, zielgerichtetes Gespräch gemeint („Integrationsgespräch“), ein Gespräch, das geplant und ausdrücklich zu dem Zweck geführt wurde, das Einleben des Bewohners bzw. der Bewohnerin in der Einrichtung gemeinsam mit ihm bzw. ihr und/oder anderen Bezugspersonen zu besprechen. Eine schriftliche Befragung des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder der Angehörigen zum Einzug ist damit nicht gemeint. Inhalt des Gesprächs könnte z. B. sein, ob der Bewohner bzw. die Bewohnerin zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist oder ob er bzw. sie spezielle Wünsche im Hinblick auf die pflegerische Versorgung hat. Nicht gemeint sind Gespräche, die sich zufällig ergeben, beispielsweise während der pflegerischen Versorgung. Geben Sie bitte auch an, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen. Es ist denkbar, dass ein Gespräch geplant, aber nicht möglich war, weil der Bewohner bzw. die Bewohnerin stark kognitiv beeinträchtigt war und es keine Bezugspersonen gab, die bereit waren, an einem Gespräch teilzunehmen. In diesem Fall wählen Sie bitte die Antwortoption „nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin“.

Nr. 98

Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z. B. Wünsche des Bewohners bzw. der Bewohnerin und Ziele für die zukünftige Versorgung festgehalten wurden. Auch wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin keine Veränderungen wünscht und dies dokumentiert wurde, kreuzen Sie bitte „ja“ an.

Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Datenaufbereitung und –übermittlung, Stichprobenbildung

1. Zu erhebende Daten

Die Pflegeeinrichtung ist für die fristgerechte sowie sachlich zutreffende Erhebung und Übermittlung der Daten gemäß Anlage 3 verantwortlich.

2. Pseudonymisierung der Bewohnerdaten gem. § 113 Absatz 1a S. 3 SGB XI

Die Pseudonymisierung der Versichertendaten muss gemäß einem einheitlichen Verfahren erfolgen, welches jede Pflegeeinrichtung selbständig ohne zusätzliche Informationen anwenden kann. Die rückwärtige Auflösung des Pseudonyms auf Seite der Pflegeeinrichtung muss ebenfalls eigenständig möglich sein. Die Pseudonymisierung erfolgt ausschließlich auf Seite der Pflegeeinrichtung. Die Übermittlung von versichertenbezogenen Informationen ist an keiner Stelle vorgesehen.

Die Pseudonymisierung erfolgt über eine einrichtungsseitig zu führende Pseudonymisierungsliste, in der jedem Bewohner und jeder Bewohnerin jeweils eine eindeutige, innerhalb der Einrichtung einmalig vergebene, bis zu sechsstellige Nummer zugeordnet wird (bspw. laufende Nummer: 000001, ..., 999999). Dieses Pseudonym gilt für die gesamte Dauer des stationären Aufenthaltes in der Einrichtung. Das Pseudonym darf auch dann nicht erneut vergeben werden, wenn die entsprechende Person die Einrichtung dauerhaft nicht mehr bewohnt (z. B. weil sie verstorben ist oder wegen eines Umzugs in eine andere Einrichtung).

Bei der Registrierung der dokumentationspflichtigen Pflegeeinrichtungen vergibt die DAS für jede Einrichtung eine ebenfalls sechsstellige Nummer, welche die Identität der Pflegeeinrichtung sicherstellt.

Das Pseudonym stellt eine Kombination aus beiden Nummern dar.

Beispiel:

„Einrichtungs-ID“: 987654

„bewohnerbezogene Nummer“: 000001

Pseudonym: 987654000001

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen hinsichtlich des Zugangs zu und der Aufbewahrung dieser Liste sind einzuhalten. Die Datenübermittlung an die Datenauswertungsstelle erfolgt dann ausschließlich unter Verwendung des jeweils personenspezifischen Pseudonyms.

3. Datenaustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Datenauswertungsstelle

Im Anschluss an die im Abstand von 6 Monaten vorzunehmende Ergebniserfassung werden die erhobenen Daten an die Datenauswertungsstelle in pseudonymisierter Form elektronisch übermittelt (vgl. Anlage 3).

Im folgenden Korrekturzeitraum prüft die Datenauswertungsstelle die Daten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und statistischen Plausibilität und übermittelt der Pflegeeinrichtung innerhalb von 7 Kalendertagen einen Bericht über die Vollständigkeit und die statistische Plausibilität der übermittelten Daten. Im Falle unvollständiger Daten, hat die Pflegeeinrichtung der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen einen vervollständigten Datensatz zu übermitteln. Im Falle von statistisch nicht plausiblen Datensätzen muss die Pflegeeinrichtung die von der Datenauswertungsstelle als nicht plausibel eingeschätzten Daten prüfen und der Datenauswertungsstelle innerhalb von 14 Kalendertagen das Ergebnis mitteilen. Sofern es sich um Fehler bei der Datenerhebung oder Dateneingabe handelt, sind mit dem Ergebnis der Prüfung geänderte Datensätze zu übermitteln. Andernfalls informiert die Pflegeeinrichtung die Datenauswertungsstelle darüber, dass die zuvor übermittelten Daten trotz statistischer Auffälligkeiten gemäß den Anforderungen im Manual erhoben wurden und zutreffend sind.

Dem Korrekturzeitraum folgt der Auswertungszeitraum. Innerhalb von 7 Kalendertagen nach Ablauf des Korrekturzeitraums bzw. nach der Feststellung, dass die Daten vollständig und statistisch plausibel sind, erfolgt die Übermittlung der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens gemäß § 7 der Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze (Übermittlung der Indikatorenergebnisse durch die Datenauswertungsstelle (Reporting)). Mit der Übermittlung von der Datenauswertungsstelle an die in § 7 genannten Institutionen endet der Auswertungszeitraum.

Eine Frist kann nicht an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag enden. Sie verlängert sich nach § 193 BGB automatisch auf den nächsten Werktag. Ein Fristende kann deshalb bundeslandabhängig sein, wenn es rechnerisch auf einen nicht bundeseinheitlichen Feiertag fällt.

4. Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle

Die datentechnische (statistische) Plausibilitätskontrolle wird routinemäßig nach der Übermittlung der vollständigen Daten aus der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle noch vor der Durchführung der externen Prüfung durchgeführt.

Es wird geprüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner bzw. bezogen auf die Bewohnerschaft insgesamt in sich stimmig sind. So ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin, der bzw. die mit nur wenig Unterstützung Treppen steigen kann, in liegender Position erheblich in der Bewegung eingeschränkt ist (fallbezogene Prüfung). Ebenso wenig plausibel ist es, dass eine größere Zahl Bewohner bzw. Bewohnerinnen keinerlei Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens aufweist, aber räumlich desorientiert ist (Prüfung auf die Bewohnerschaft insgesamt).

Die statistische Plausibilitätskontrolle umfasst auch die Überprüfung der Frage, ob in den Bereichen Beurteilung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten Daten aus der letzten Ergebniserfassung unverändert übernommen worden sind.

Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob eine Einrichtung in bestimmten Bereichen der Ergebniserfassung (z. B. im Bereich der Mobilität) systematische Auffälligkeiten zeigt, die Hinweise auf methodische Schwächen geben. Entsprechende Hinweise werden als Vorinformation von der Datenauswertungsstelle an den Prüfdienst übermittelt.

Folgende Auswertungsprozeduren liegen der datentechnischen Plausibilitätskontrolle zugrunde:

- Überprüfung der unreflektierten Übernahme vorheriger Ergebnisse bei der Einschätzung der Selbständigkeit
 - im Bereich der Mobilität
 - im Bereich der kognitiven Fähigkeiten
 - im Bereich der Selbstversorgung
 - im Bereich des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.
- Überprüfung auf innere Widersprüche der Angaben in den Bereichen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung, Alltagsleben und soziale Kontakte
- Überprüfung der Datumsangaben (Relevanz für den Beobachtungszeitraum)
- Überprüfung der Angaben zu Krankenhausaufenthalten.

Die Ergebniserfassung einer Einrichtung wird als insgesamt „nicht plausibel“ eingestuft, wenn bei mehr als 25% der Bewohner bzw. Bewohnerinnen, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, eine Auffälligkeit im Sinne der oben genannten Punkte feststellbar ist.

Nachfolgend werden die Auswertungsprozeduren beschrieben, mit denen eine statistische Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung der Einrichtungen durch die Datenauswertungsstelle erfolgt.

4.1 Überprüfung der Übernahme vorheriger Einschätzungsergebnisse

Die Variablenbezeichnungen entsprechen der fortlaufenden Nummerierung in Tabelle 1 der Anlage 3.

Einschätzung der Mobilität
(Modul 1 des BI; Variablenbezeichnungen: 26, 27, ... 30)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulwert > 2 UND Modulwert < 11
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen 26 bis 30 in der aktuellen Erhebung entspricht der jeweiligen Ausprägung der Variablen 26 bis 30 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten
(Modul 2 des BI; Variablenbezeichnungen: 31, 32, ... 41)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulwert > 3 UND Modulwert < 26
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen 31 bis 38 in der aktuellen Erhebung entspricht der jeweiligen Ausprägung der Variablen 31 bis 38 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
(Modul 4 des BI; Variablenbezeichnungen: 47, 48, ... 58)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulwert > 4 UND Modulwert < 31
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen 47 bis 56 in der aktuellen Erhebung entspricht der Ausprägung der Variablen 47 bis 56 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben/soziale Kontakte
(Modul 6 des BI; Variablenbezeichnungen: 59, 60, ... 64)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulwert > 3 UND Modulwert < 16
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen 59 bis 64 in der aktuellen Erhebung entspricht der Ausprägung der Variablen 59 bis 64 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

4.2 Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zu einzelnen Sachverhalten

Die Variablenbezeichnungen entsprechen der fortlaufenden Nummerierung in Tabelle 1 der Anlage 3.

Einschätzung der Mobilität
(Modul 1 des BI; Variablenbezeichnungen: 26, 27, ... 30)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
(26 > 1 ODER 27 > 1) UND (29 < 2 ODER 30 < 2) 28 > 1 UND 30 < 2

Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten
(Modul 2 des BI; Variablenbezeichnungen: 31, 32, ... 41)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
34 > 1 UND (36 < 2 ODER 37 < 2) 34 = 0 UND (31 = 3 ODER 32 = 2 ODER 33 = 3) 37 = 0 UND (31 > 1 ODER 32 > 1 ODER 33 > 1)

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
(Modul 4 des BI; Variablenbezeichnungen: 47, 48, ... 58)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
50 > 1 UND (47 = 0 ODER 48 = 0 ODER 49 = 0) 50 = 0 UND (47 > 1 ODER 48 > 1 ODER 49 > 1) 51 = 0 UND (47 > 1 ODER 48 > 1 ODER 49 > 1) 53 = 0 UND (47 > 1 ODER 48 > 1 ODER 49 > 1) 53 < 2 UND 54 > 1

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben/soziale Kontakte
(Modul 6 des BI; Variablenbezeichnungen: 59, 60, ... 64)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Summe 31 ... 41 > 4 UND Summe 59 ... 64 < 4 62 < 59 61 = 0 UND 59 > 1

4.3 Überprüfung der Datumsangaben und der Angaben zu Krankenhausaufenthalten

Hier wird überprüft, inwieweit die Datumsangaben zu Krankenhausaufenthalten, zur Dekubitusentstehung, zu gravierenden Krankheitsereignissen, zum Integrationsgespräch, zur Gewichtserfassung und zur Schmerzeinschätzung vor dem Hintergrund des Erfassungszeitraums und den Angaben zum Heimeinzug plausibel sind.

5. Vollständigkeitsprüfung

Die Pflegeeinrichtung muss gewährleisten, dass die für das indikatorengestützte Verfahren erforderlichen Daten für alle in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner vollständig an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, der Datenauswertungsstelle die für die Überprüfung der Plausibilität der Angaben zur Gesamtzahl der am Stichtag betreuten Personen erforderlichen Daten und Angaben gemäß den Vorgaben der Datenauswertungsstelle zeitgleich mit den indikatorenbezogenen Daten zu übermitteln.

6. Stichprobenbildung

In der externen Qualitätsprüfung, in die 9 Bewohnerinnen und Bewohner einbezogen werden, erfolgt u.a. eine Prüfung der Plausibilität. Für die Plausibilitätsprüfung der von der Pflegeeinrichtung erhobenen Indikatordaten werden 6 Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Bewohnercodes (Pseudonyme) vor dem Einrichtungsbesuch durch eine Stichprobe bestimmt, die durch die Datenauswertungsstelle gezogen wird. Weitere 3 Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen keine Plausibilitätsprüfung erfolgt, werden durch eine Zufallsauswahl während des Besuchs der Prüferinnen und Prüfer in der Einrichtung bestimmt.

Bei der Ziehung der Teilstichprobe durch die Auswertungsstelle handelt es sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe. Es kommt eine Kombination von Merkmalen zur Anwendung, die Beeinträchtigungen der Mobilität sowie der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abbilden. Diese Beeinträchtigungen treten unabhängig voneinander auf und sind mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und damit unterschiedlichen Bedarfskonstellationen assoziiert.

Die Ziehung der Stichprobe orientiert sich an den Modulwertungen des Begutachtungsinstruments (BI; Wertungen der Module 1 und 2, die auch Bestandteil der Ergebniserfassung sind, die von den Einrichtungen vorgenommen wird). Es werden jeweils 2 Bewohnerinnen bzw. Bewohner mit folgenden Merkmalskombinationen bestimmt:

Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils >1) (Subgruppe 1),

Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung >1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1) (Subgruppe 2),

Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung >1) (Subgruppe 3).

Durch eine Reserveliste wird sichergestellt, dass genügend Bewohnerinnen und Bewohner in die Stichprobe einbezogen werden können. Dazu sind je Subgruppe 6 weitere Bewohnerinnen und Bewohner per Zufallsauswahl durch die Datenauswertungsstelle zu bestimmen. Damit entsteht eine Liste, die folgendermaßen strukturiert ist:

Subgruppe 1: Code 1, Code 2 Reserve: Code 3 bis Code 8

Subgruppe 2: Code 9, Code 10 Reserve: Code 11 bis Code 16

Subgruppe 3: Code 17, Code 18 Reserve: Code 19 bis Code 24

Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt.