

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.

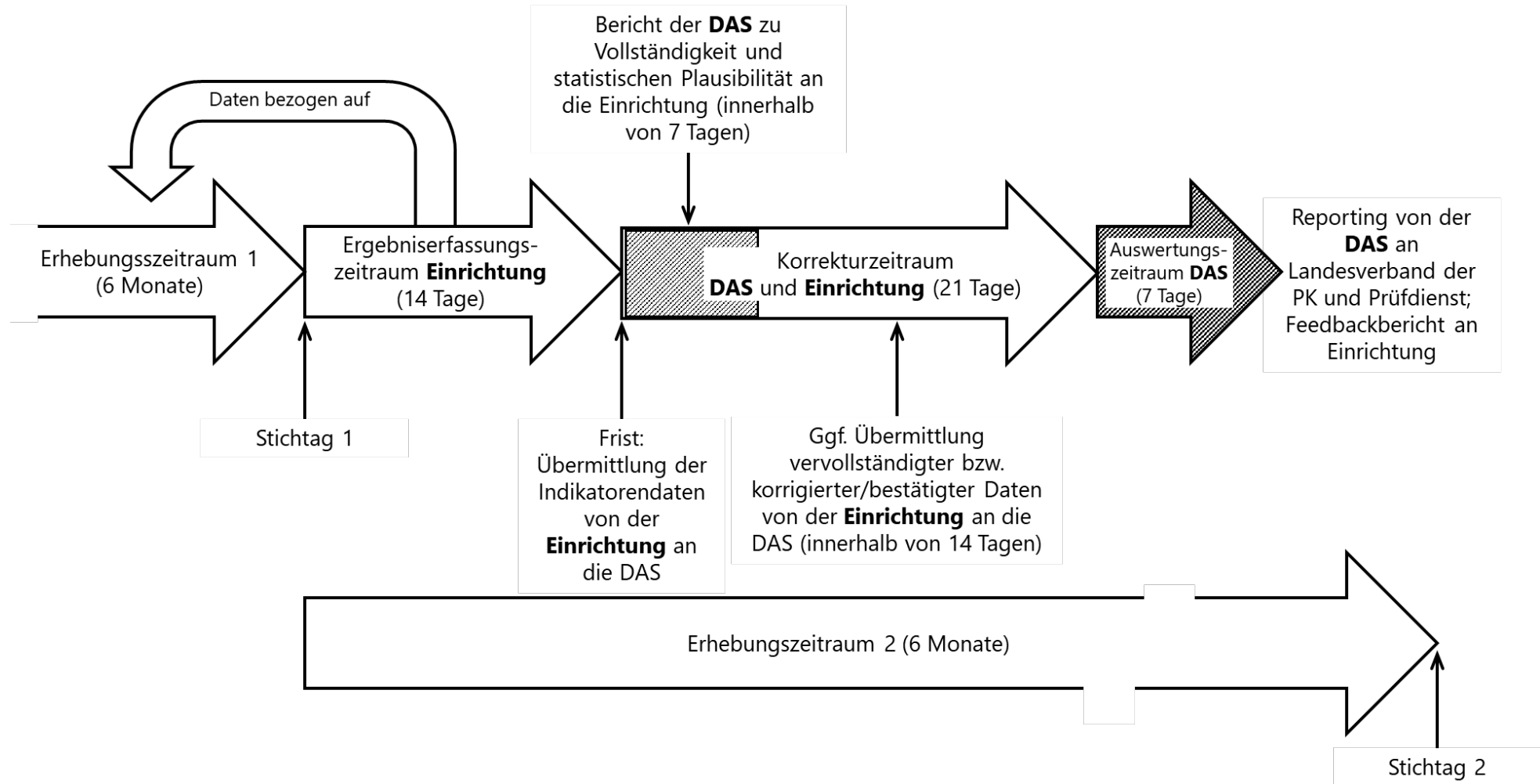
Der 14tägige Ergebniserfassungszeitraum beginnt zeitgleich mit dem Ablauf des Erhebungszeitraums (z. B. 01. April 2020 bis 14. April 2020). Innerhalb des Erhebungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln (vgl. Anlage 4).

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:

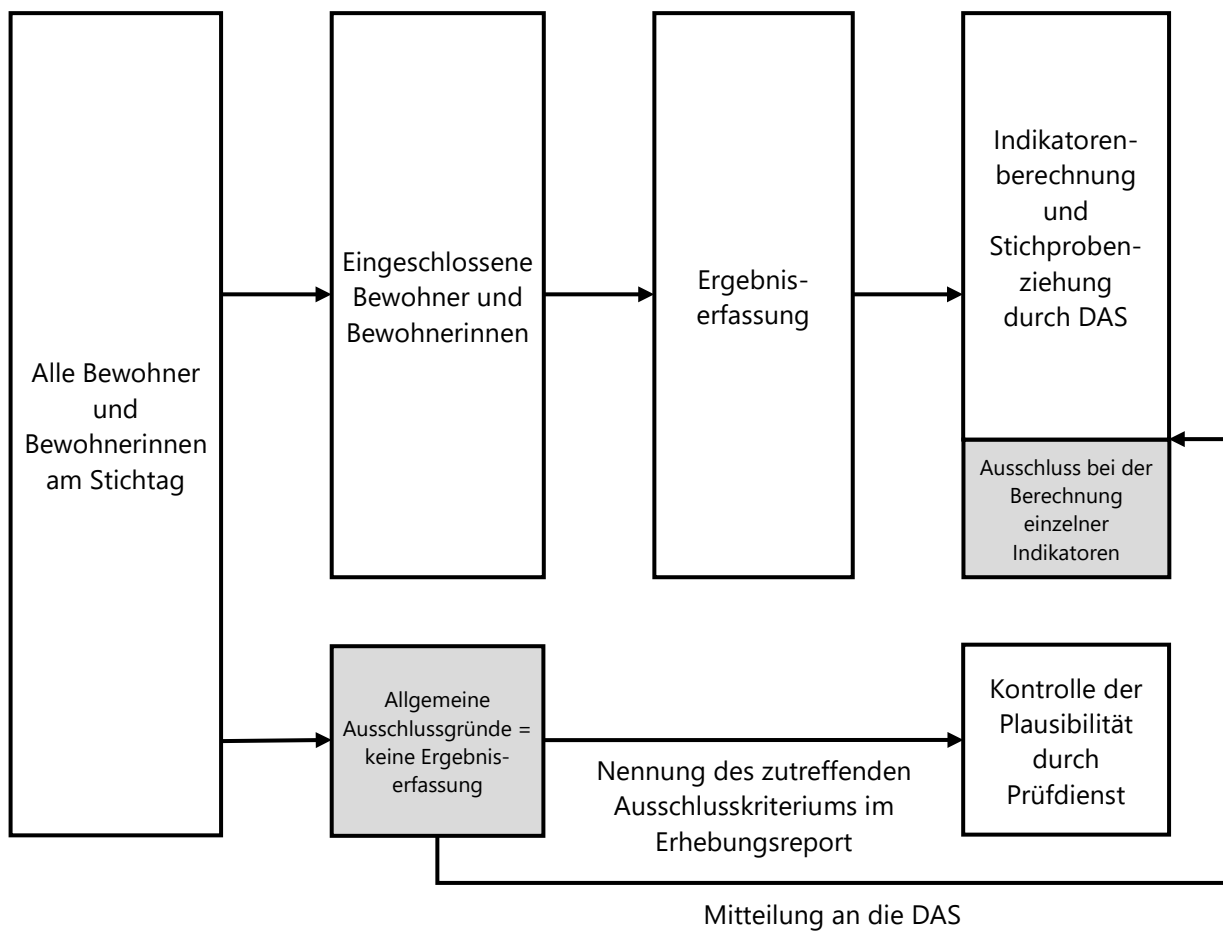
Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit	
Alle Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 1	<ul style="list-style-type: none"> • Komatöse und somnolente Bewohner bzw. Bewohnerinnen, Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit apallischem Syndrom • Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit den Diagnosen: Bösartige 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 Wannensbades 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 Faszie 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.