

# **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.....	23
2. Manual.....	23
2.1 Erhebungsreport und Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner.....	23
2.1.1 Erhebungsreport.....	23
2.1.2 Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner.....	24
2.2 Erhebungs-, Ergebniserfassungs- und Korrekturzeiträume.....	24
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 (Bl), daher können Sprünge in der Nummerierung des Erhebungsbogens auftreten.

<b>Einrichtungskennung:</b> ____	<b>Wohnbereich:</b> ____
<b>Datum der Ergebniserfassung:</b> ____	<b>Bewohnerbezogene Nummer:</b> ____
<b>A. Allgemeine Angaben</b>	
A.1 Datum des Einzugs (tt/mm/jjjj): ____ (Beginn der vollstationären Langzeitpflege)	
A.2 Geburtsmonat: ____ Geburtsjahr: ____	
A.3 Pflegegrad vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
A.4 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.5 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 des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den <u>Aufenthalt mit der längsten Dauer</u> wählen):  vom: bis:	

A.6 Bewusstseinszustand

wach     schläfrig     somnolent     komatös     Wachkoma

A.7 Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen:

Bösartige Tumorerkrankung  
 Tetraplegie/Tetraparese  
 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"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
1.3	Sich Umsetzen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**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"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.4	Sich Erinnern	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.11	Beteiligung an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

#### 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

Außer in Ziffern 4.8 bis 4.10

4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.4	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
		<b>Punktwerte:</b> <b>0=0 Punkte</b> <b>1=3 Punkte</b> <b>2=6 Punkte</b> <b>3=9 Punkte</b>				
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
		<b>Punktwerte:</b> <b>0=0 Punkte</b> <b>1=2 Punkte</b> <b>2=4 Punkte</b> <b>3=6 Punkte</b>				
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
		<b>Punktwerte:</b> <b>0=0 Punkte</b> <b>1=2 Punkte</b> <b>2=4 Punkte</b> <b>3=6 Punkte</b>				
4.11	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.12	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

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

<b>7. Dekubitus</b>	
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	<p>Maximales Dekubitusstadium im Erhebungszeitraum:</p> <p><input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 1      <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 2      <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 3</p> <p><input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 4      <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
7.3.1	<p>Dekubitus 1</p> <p>Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt):</p> <p>vom ___ bis ___ (ggf. bis heute)</p>
7.3.2	<p>Dekubitus 1</p> <p>Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung      <input type="checkbox"/> im Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Einzug)      <input type="checkbox"/> woanders</p>
7.3.3	<p>Dekubitus 2</p> <p>Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt):</p> <p>vom ___ bis ___ (ggf. bis heute)</p>
7.3.4	<p>Dekubitus 2</p> <p>Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung      <input type="checkbox"/> im Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Einzug)      <input type="checkbox"/> woanders</p>

<b>8. Körpergröße und Gewicht</b>	
8.1	Aktuelles Körpergewicht: ___ kg      Dokumentiert am (Datum): ___
8.2	<p>Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zutrafen:</p> <p><input type="checkbox"/> Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung</p> <p><input type="checkbox"/> Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät</p> <p><input type="checkbox"/> Mindestens 10% Gewichtsverlust <u>während</u> eines Krankenhausaufenthalts</p> <p><input type="checkbox"/> Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin oder des/der Bevollmächtigten nicht mehr gewogen.</p> <p><input type="checkbox"/> Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden</p>

## 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 in der Einrichtung gestürzt?

- ja, einmal       ja, mehrmals       nein (bei „nein“ weiter mit Frage 10.a)

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

## 10.b Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)

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

- ja     nein

## 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 Langzeitpflege)

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

ja  nein (bei „nein“ Ende der Ergebniserfassung zu Ziffer 12)

12.2 Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?

ja  nein

Wenn ja:

Bitte geben Sie den Beginn dieses Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalts 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

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
0	Einrichtungskennung	Eingabefeld	Ganze Zahl Feldlänge: 6 Format: [0-9]{6}
1	Bewohnerbezogene Nummer	Eingabefeld	Text Feldlänge: 6 Format: [0-9]{6}
2	Wohnbereich	Einfachauswahl	WB_1 = Wohnbereich 1 WB_2 = Wohnbereich 2 WB_3 = Wohnbereich 3 bis WB_X = Wohnbereich X  Der maximale Wert von X ist 99. Der Schlüssel umfasst demnach die Kode-Wert-Paare im Bereich von WB_1 = Wohnbereich 1 bis WB_99 = Wohnbereich 99. Aus Platzgründen werden nicht alle Kode-Wert-Paare aufgeführt.
3	Datum der Ergebniserfassung	Datumsauswahl	Datum
4	Datum des Einzugs (Beginn der vollstationären Langzeitpflege)	Datumsauswahl	Datum
5	Geburtsmonat	Einfachauswahl	1 = Januar 2 = Februar 3 = März 4 = April 5 = Mai 6 = Juni 7 = Juli

			8 = August 9 = September 10 = Oktober 11 = November 12 = Dezember
6	Geburtsjahr	Eingabefeld	Ganze Zahl Feldlänge: 4 Minimum: 1900
7	Ist ein Pflegegrad vorhanden:	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
8	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Apoplex gekommen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
9	Datum des Apoplex	Datumsauswahl	Datum
10	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Fraktur gekommen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
11	Datum der Fraktur	Datumsauswahl	Datum
12	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Herzinfarkt gekommen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
13	Datum des Herzinfarkts	Datumsauswahl	Datum
14	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Amputation gekommen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja

15	Datum der Amputation	Datumsauswahl	Datum
Krankenhausbehandlung			
16	Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals
17	Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen)	Datumsauswahl	Datum
18	Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen)	Datumsauswahl	Datum
19	Bewusstseinszustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin	Einfachauswahl	1 = wach 2 = schläfrig 3 = somnolent 4 = komatös 5 = Wachkoma
20	Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen	Mehrfachauswahl	0 = Keine der angegebenen 1 = Bösartige Tumorerkrankung 2 = Tetraplegie/Tetraparese 3 = Chorea Huntington 4 = Apallisches Syndrom

BI-Modul 1: Mobilität			
21	Positionswechsel im Bett	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
22	Halten einer stabilen Sitzposition	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
23	Sich Umsetzen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
24	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
25	Treppensteigen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
BI-Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten			
26	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden

27	Örtliche Orientierung	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
28	Zeitliche Orientierung	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
29	Sich Erinnern	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
30	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
31	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
32	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
33	Erkennen von Risiken und Gefahren	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden

34	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
35	Verstehen von Aufforderungen	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
36	Beteiligung an einem Gespräch	Einfachauswahl	0 = vorhanden/unbeeinträchtigt 1 = größtenteils vorhanden 2 = in geringem Maße vorhanden 3 = nicht vorhanden
BI-Modul 4 Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung			
37	Erfolgt die Ernährung des Bewohners bzw. der Bewohnerin parenteral oder über eine Sonde?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
38	Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe?	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = mit Fremdhilfe
39	In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung?	Einfachauswahl	0 = nicht täglich oder nicht dauerhaft 6 = täglich, aber zusätzlich zur oralen Ernährung 3 = ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung
40	Blasenkontrolle/Harnkontinenz	Einfachauswahl	0 = ständig kontinent 1 = überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz 2 = überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich

			4 = Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma
41	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz	Einfachauswahl	0 = ständig kontinent 1 = überwiegend kontinent, gelegentlich in-kontinent 2 = überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich 4 = Bewohner bzw. Bewohnerin hat ein Colo- oder Ileostoma
BI-Modul 4 Selbstversorgung: Bewertung			
42	Waschen des vorderen Oberkörpers	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
43	Körperpflege im Bereich des Kopfes	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
44	Waschen des Intimbereichs	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
45	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

46	An- und Auskleiden des Oberkörpers	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
47	An- und Auskleiden des Unterkörpers	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
48	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
49	Essen	Einfachauswahl	0 = selbständig 3 = überwiegend selbständig 6 = überwiegend unselbständig 9 = unselbständig
50	Trinken	Einfachauswahl	0 = selbständig 2 = überwiegend selbständig 4 = überwiegend unselbständig 6 = unselbständig
51	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	Einfachauswahl	0 = selbständig 2 = überwiegend selbständig 4 = überwiegend unselbständig 6 = unselbständig
52	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

53	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
BI-Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte			
54	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
55	Ruhen und Schlafen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
56	Sich beschäftigen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
57	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
58	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig
59	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Einfachauswahl	0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig

Dekubitus			
60	Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals
61	Maximales Dekubitusstadium im Erhebungszeitraum	Einfachauswahl	1 = Kategorie/Stadium 1 2 = Kategorie/Stadium 2 3 = Kategorie/Stadium 3 4 = Kategorie/Stadium 4 9 = unbekannt
62	Datum Beginn Dekubitus 1	Datumsauswahl	Datum
63	Datum Ende Dekubitus 1 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl	Datum
64	Wo ist der Dekubitus 1 entstanden?	Einfachauswahl	1 = in der Pflegeeinrichtung 2 = im Krankenhaus 3 = zuhause (vor dem Einzug) 4 = woanders
65	Datum Beginn Dekubitus 2	Datumsauswahl	Datum
66	Datum Ende Dekubitus 2 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl	Datum
67	Wo ist der Dekubitus 2 entstanden?	Einfachauswahl	1 = in der Pflegeeinrichtung 2 = im Krankenhaus 3 = zuhause (vor dem Einzug) 4 = woanders

Körpergewicht und Größe			
68	Aktuelles Körpergewicht in kg	Eingabefeld	Dezimalzahl Feldlänge: 5 Nachkommalänge: 2

			Einheit: kg Minimum: 0 Maximum: 500
69	Datum: Dokumentation des Körpergewichts	Datumsauswahl	Datum
70	Welche der aufgeführten Punkte trafen laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu?	Mehrfachauswahl	0 = Keine der angegebenen 1 = Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung 2 = Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät 3 = Mindestens 10% Gewichtsverlust <u>während</u> eines Krankenhausaufenthalts 4 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin bzw. des/der Bevollmächtigten nicht mehr gewogen 5 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden
Sturzfolgen			
71	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in der Einrichtung gestürzt?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja, einmal 2 = ja, mehrmals
72	Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?	Mehrfachauswahl	0 = keine der genannten Folgen ist aufgetreten 1 = Frakturen 2 = ärztlich behandlungsbedürftige Wunde 3 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen 4 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität
Anwendung von Gurten			

73	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)			
74	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
Schmerz			
75	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	0 = nein 1 = ja
76	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
77	Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
78	Datum Dokumentation der Schmerzeinschätzung	Datumsauswahl	Datum
79	Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor?	Mehrfachauswahl	0 = Es liegen keine Informationen vor 1 = Schmerzintensität 2 = Schmerzqualität 3 = Schmerzlokalisierung 4 = Folgen für Lebensalltag

Einzug			
80	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin nach der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
81	Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja
82	Datum: Beginn des Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalts	Datumsauswahl	Datum
83	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	0 = nein 1 = ja
84	Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug	Datumsauswahl	Datum
85	Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug	Datumsauswahl	Datum
86	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 = ja 2 = nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin 3 = nein, aus anderen Gründen
87	Datum des Integrationsgesprächs	Datumsauswahl	Datum
88	Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen?	Mehrfachauswahl	0 = Keine/r der angegebenen 1 = Bewohner/Bewohnerin 2 = Angehörige 3 = Betreuer/Betreuerin 4 = andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind
89	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?	Einfachauswahl	0 = nein 1 = ja

### **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. Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegegast) 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 Orientierung, der örtlichen Orientierung oder 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-, Korrektur-, Auswertungs- und Kommentierungszeiträume**

Die Datenauswertungsstelle stellt der Pflegeeinrichtung über ein Auswahlmenü Stichtage zur Verfügung. Für jeden Kalendertag ist pro Bundesland eine maximale Anzahl an Einrichtungen für einen verfügbaren Stichtag zur Auswahl festgelegt. Von der Auswahl ausgeschlossen sind bundesweite und bundeslandspezifische Feiertage mit einem festen Datum (z. B. Tag der Arbeit am 1. Mai) und deren korrespondierende Daten (+/- sechs Monate).

Der von der Datenauswertungsstelle gegenüber der Pflegeeinrichtung bestätigte erste Stichtag bestimmt alle folgenden Erhebungs-, Ergebniserfassungs-, Korrektur-, Auswertungs- und Kommentierungszeiträume 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 1 beginnt unmittelbar der nächste Erhebungszeitraum 2 (z. B. 01. April 2020 bis 30. September 2020). Mit Beginn des jeweiligen Erhebungszeitraums können von der Pflegeeinrichtung bereits Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden, die sich auf diesen Erhebungszeitraum beziehen.

Der 14-tägige Ergebniserfassungszeitraum beginnt zeitgleich mit dem Erhebungszeitraum 2 (z. B. 01. April 2020 bis 14. April 2020). Innerhalb des Ergebniserfassungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln (vgl. Anlage 4).

Im folgenden Auswertungszeitraum 1 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. Anschließend erfolgt der 14-tägige Korrekturzeitraum: Im Falle unvollständiger Daten, hat die Pflegeeinrichtung der Datenauswertungsstelle 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 das Ergebnis mitteilen. Sofern es sich um Fehler bei der Datenerhebung oder Dateneingabe handelt, sind mit dem Ergebnis der Prüfung geänderte Datensätze zu übermitteln. Andernfalls informiert die Pflegeeinrichtung die Datenauswertungsstelle darüber, dass die zuvor übermittelten Daten trotz statistischer Auffälligkeiten gemäß den Anforderungen im Manual erhoben wurden und zutreffend sind.

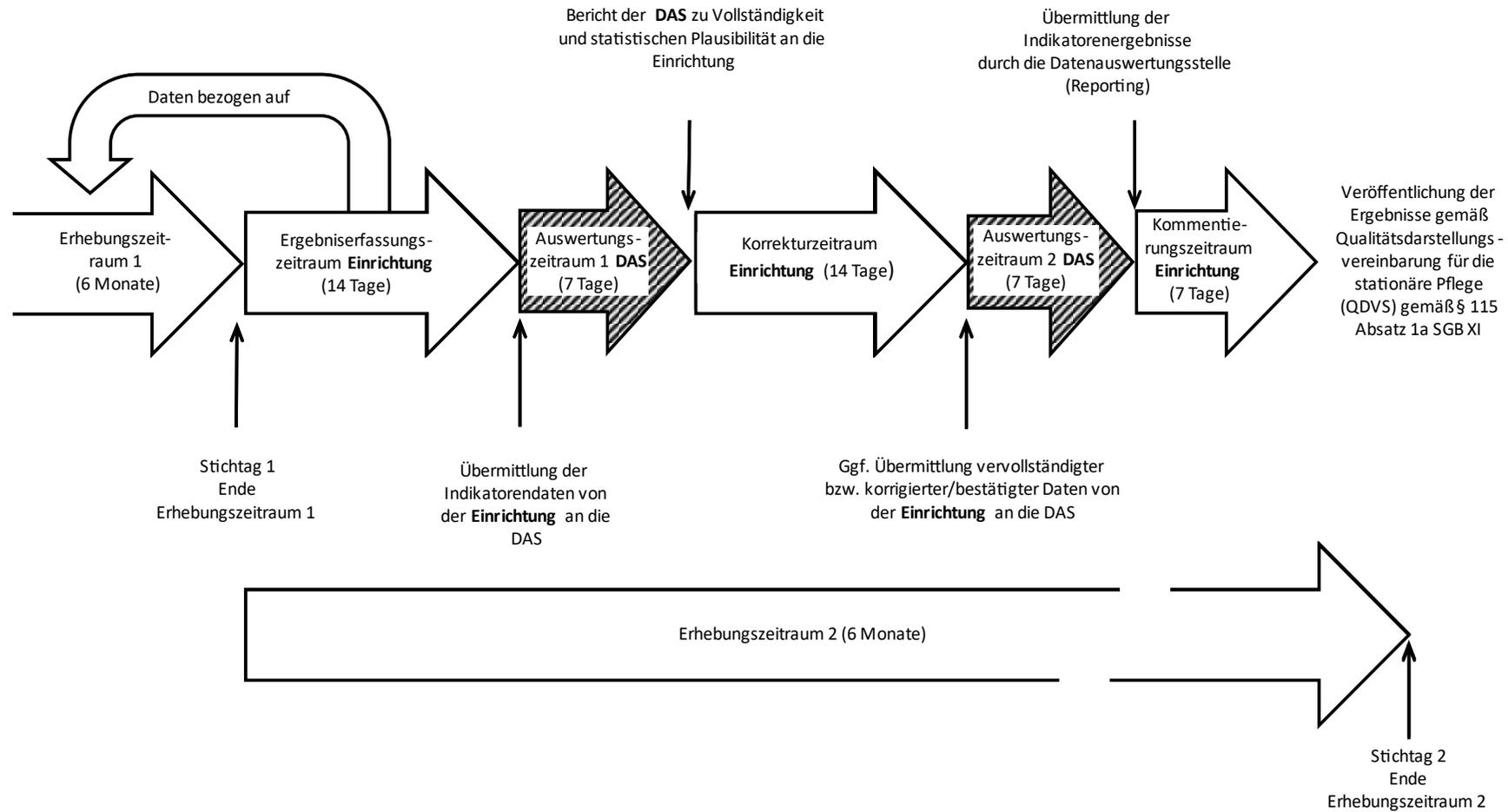
Dem Korrekturzeitraum folgt der Auswertungszeitraum 2. 7 Kalendertage nach Ablauf des Korrekturzeitraums bzw. nach der Feststellung, dass die Daten vollständig und statistisch plausibel sind, erfolgt die Übermittlung der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens gemäß § 7 der Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze (Übermittlung der Indikatorenergebnisse durch die Datenauswertungsstelle an die in § 7 der Anlage 1 genannten Institutionen (Reporting)). Damit endet der Auswertungszeitraum 2.

Im anschließenden 7-tägigen Kommentierungszeitraum hat die Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, ihre Indikatorenergebnisse zu kommentieren. Hierfür stehen 3000 Zeichen im Kommentarfeld zur Verfügung. Der Kommentar wird zusammen mit den Indikatorenergebnissen veröffentlicht. Kommentare werden unverändert veröffentlicht, sie müssen sachlich formuliert sein und dürfen aus Datenschutzgründen in keinem Fall personenbezogene Daten (z. B. Namen, Geburtsdatum etc.) enthalten.

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-, Korrektur-, Auswertungs- und Kommentierungszeiträume**



DAS = Datenauswertungsstelle

## **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 Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegegast.
- 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:

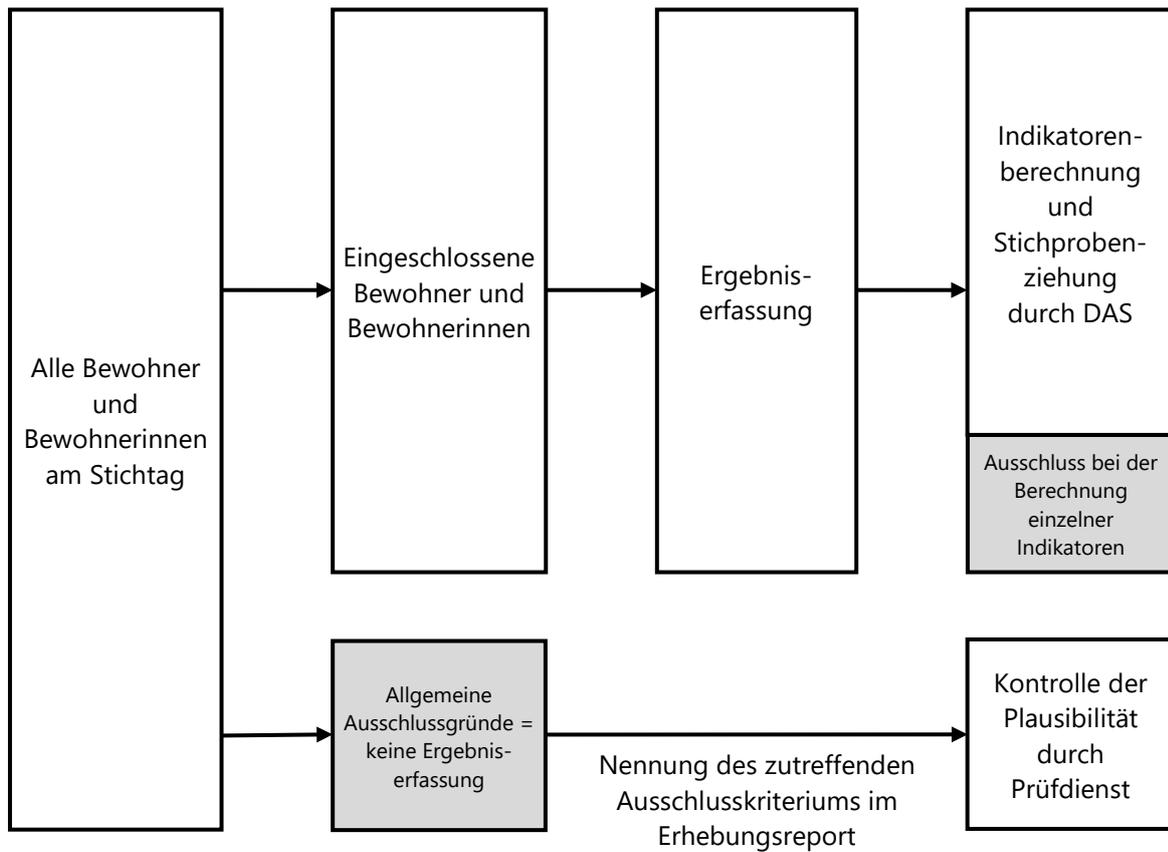
Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit	
Alle Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komatöse und somnolente Bewohner bzw. Bewohnerinnen, Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit apallischem Syndrom</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit den Diagnosen: Bösartige Tumorerkrankung, Tetraplegie, Tetraparese, Chorea Huntington</li> <li>• 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 Amputation<sup>1</sup> erlebt haben</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die in den vergangenen 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen Dauer hatten</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die bei der vorangegangenen Erhebung (vor sechs Monaten) bereits extrem stark beeinträchtigt waren (siehe die jeweiligen indikatorenspezifischen Angaben unten).</li> </ul>
Indikator 1.1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)  und  Indikator 1.1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Summenscore im BI-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung &gt; 12.</li> </ul>
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"> <li>• Summenscore im BI-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung &gt; 40.</li> </ul>

<sup>1</sup> 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"> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (gemäß Wertung des BI-Moduls 2).</li> <li>• Summenscore im BI-Modul 6 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung &gt; 15.</li> </ul>
<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"> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im BI-Modul 1).</li> </ul>
<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"> <li>• Bösartige Tumorerkrankung</li> <li>• Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen</li> <li>• Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese)</li> <li>• Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät</li> <li>• Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerin wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin bzw. des/der Bevollmächtigten nicht mehr gewogen</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden.</li> </ul>
<p>Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen</p>	
<p>Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Einzug</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben.</li> <li>• Kognitiv beeinträchtigte Bewohner bzw. Bewohnerinnen, für die keine Bezugspersonen verfügbar sind.</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die innerhalb der ersten acht Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus behandelt wurden.</li> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, deren Einzugsdatum zum Stichtag weniger als acht Wochen zurück liegt.</li> </ul>
<p>Indikator 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die aufgrund einer Schmerzmedikation zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung schmerzfrei sind.</li> </ul>

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. 9, 11, 13, 15,**

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

#### **Nr. 19**

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. 20**

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

## **Nr. 21-25 (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. 21 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. 22 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. 23 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. 24 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. 25 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. 26-36 (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. 26 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. 27 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. 28 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. 29 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. 30 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. 31 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. 32 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. 33 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. 34 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. 35 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. 36 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. 42-53 (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. 42 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. 43 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. 44 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. 45 Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare**

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

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

### *Selbständig*

Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

### *Überwiegend selbständig*

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

### *Überwiegend unselbständig*

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

### *Unselbständig*

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

## **Nr. 46 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. 47 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. 48 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. 49 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. 50 Trinken**

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Gegenständen wie Strohalm 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. 51 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. 52 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. 53 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. 54-59 (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. 54 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. 55 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. 56 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. 57 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. 58 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. 59 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. 60**

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. 61**

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. 62, 63, 65, 66**

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. 70**

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. 71**

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, während eines Urlaubs oder während eines Spaziergangs 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. 72**

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. 73**

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. Sitzhosen in Rollstühlen und Gurte im Gehwagen gehören nicht zu den zu berücksichtigenden Gurten.

**Nr. 74**

Unabhängig von der rechtlichen Grundlage ist jedwede Anwendung von Bettseitenteilen anzugeben, wenn diese dazu geeignet ist, das Verlassen des Bettes zu verhindern. Außer Betracht bleiben unterbrochene Bettseitenteile, die das Verlassen des Bettes nicht behindern.

**Nr. 75**

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. 76**

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. 77**

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. 86 und 88**

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. 89**

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.