

Fragen-Antworten-Katalog zur Ergebniserfassung im Indikatorenmodell

Bei den vorliegenden Fragen und Antworten handelt es sich um eine Auslegung und Empfehlung der in der BAGFW kooperierenden Verbände. Der Katalog ist als Beratungsinstrument zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Implementierung des indikatorengestützten Verfahrens gedacht.

Hinweis: Die Reihenfolge der Fragen und Antworten folgt nach der Abfrage der Ergebnisse im Erhebungsinstrument (vgl. Maßstäbe und Grundsätze, Anlage 3). Allgemeine Frage zum Beispiel zum Thema Stichtag oder Ergebniserfassungszeitraum sind vorangestellt.

Der Fragen-Antworten-Katalog soll regelmäßig aktualisiert werden und weitere Fragen aufnehmen. Fragen, die nicht bereits in diesem Katalog beantwortet sind, senden Sie bitte an Ihren jeweiligen Verband.

→ Stand August 2020

Erarbeitung und Redaktion:

Natalie Albert (Caritasverband für die Diözese Münster e.V.)

Lisa Schmidt (Paritätischer Gesamtverband)

Carolin Drößler (AWO Bundesverband)

Allgemeines

Beginnt der Ergebniserfassungszeitraum direkt am Stichtag oder am Tag danach?

Der Erhebungszeitraum umfasst die Zeit von insgesamt sechs Monaten, die vor dem Stichtag liegen. Der Stichtag bezeichnet den letzten Tag des Erhebungszeitraumes. Am Tag nach dem Stichtag beginnt der 14-tägige Ergebniserfassungszeitraum.

Beispiel: Der Stichtag ist der 4.11., der Ergebniserfassungszeitraum beginnt also am 5.11. und endet am 18.11..

[Quelle: <https://www.das-pflege.de/faq>, Frage: Wie sind die Fristen für die Datenübertragung geregelt?]





Wenn der 31.3. ausgewählt wurde, ist dann der nachfolgende Stichtag der 30.09. oder der 1.10.?

Bei der Registrierung erhalten die Einrichtungen eine Übersicht der folgenden Stichtage für die nächsten Jahre. Durch Sonn-/Feiertage und ähnliches können kleinere Veränderungen entstehen. Die Einrichtungen sollten sich an der genannten Übersicht der DAS orientieren.

Ist mit dem Begriff „Erhebungstag“ der Stichtag oder der konkrete Tag der Datenerfassung gemeint?

Es ist der Stichtag gemeint.

Wie sind die Fristen zur Datenerhebung ohne Veröffentlichung geregelt?

Durch die coronabedingte Verlängerung der Erhebung ohne Veröffentlichung ist der 31.12.2020 der letztmögliche Tag für das Ende des 14-tägigen Ergebniserfassungszeitraums. Der letztmögliche Stichtag ist somit Donnerstag, der 17.12.2020 und bis zum 31.12.2020 müssen alle Daten erfasst und freigegeben sein.

Beziehen sich die im Erhebungsbogen zu machenden Angaben grundsätzlich auf die 6 Monate vor dem Stichtag oder auf den Zeitraum seit dem letzten bewohnerindividuellen Erhebungstag?

Alle Angaben werden stichtagsbezogen erfasst. Dabei sind Ereignisse innerhalb des Erhebungszeitraums relevant. "Der Erhebungszeitraum umfasst eine sechsmonatige Zeitspanne; das Beginn- und Enddatum dieser Zeitspanne ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung identisch und richtet sich nach dem einrichtungsinternen Stichtag." (MuG, Anlage 1, S. 3)

Verkürzen sich durch eine frühere Abgabe von Daten Ergebniserfassungs-, Korrektur- und Auswertungszeitraum??

Die Fristen gelten unabhängig von einer ggf. schnelleren oder frühzeitigeren Abgabe der Ergebniserfassungs- oder Korrekturdaten bei der Datenauswertungsstelle, dies gilt auch für den Feedback-Bericht. Dies ist darin begründet, dass die Einrichtungen nicht nur eine Pflicht sondern auch das Recht auf den Korrekturzeitraum haben.

Wie kann die Einrichtung damit umgehen, wenn es innerhalb der 14 Tage der Ergebniserfassung zu einem Personalengpass aufgrund z.B. einer akuten Norovirus- oder Grippewelle kommt?

Die Einrichtung ist verpflichtet, innerhalb der 14 Tage des Ergebniserfassungszeitraumes die Daten an die DAS zu übermitteln. Im beschriebenen Fall wäre der Datensatz nicht vollständig. In der 7-tägigen ersten Auswertungsphase der DAS käme diese zu dem Ergebnis, dass Datensätze fehlen. Die Daten können von der Einrichtung jedoch



anschließend im 14-tägigen Korrekturzeitraum nacherfasst werden. Bitte beachten Sie, dass für diese nacherfassten Datensätze dann kein Korrekturzeitraum mehr zur Verfügung steht.

Müssen erfasste Bewohnerinnen und Bewohner, die im Erhebungszeitraum (6 Monate) aus der Einrichtung ausgezogen sind im Erhebungsreport vermerkt werden?

Ja. Für diese Bewohnerinnen und Bewohner kann zum drauffolgenden Stichtag im Mustererhebungsreport unter „Sonstiges“ Umzug/Auszug angegeben werden oder der Report um eine Spalte erweitert werden.

Wann muss der Erhebungsreport geführt und vorgelegt werden?

„Der Erhebungsreport ist den Prüfinstitutionen von der Pflegeeinrichtung zu Beginn der Qualitätsprüfung vorzulegen.“ (MuG, Anlage 3, S. 25)

Der MDK führt ab 01.11.2019 Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der neuen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege durch. Hat eine Einrichtung in der Einführungsphase Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt, wird das reguläre Prüfverfahren durchgeführt. Das bedeutet, die Prüfdienste erhalten die Bewohnercodes für die Stichprobe, die Ergebnisse der Indikatorenberechnung, Hinweise zur Plausibilität sowie die Zufallszahlen von der DAS.

Hat noch keine Datenerhebung stattgefunden, benötigt der MDK auch keinen Erhebungsreport, allerdings benötigt dieser zur Stichprobenziehung die prüftagsaktuelle Liste zur Übersicht über alle Bewohner*innen. Es empfiehlt sich beide Listen gemeinsam zu führen, der Qualitätsausschuss Pflege hat hierfür ein Muster bereitgestellt: <https://www.gsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/09/Muster-Erhebungsreport.xlsx>

Was ist mit Ereignissen, die innerhalb des 14-tägigen Ergebniserfassungszeitraums geschehen. Werden diese noch in die aktuell laufende Erfassung aufgenommen?

Der Qualitätsausschuss hat im September 2019 gemeinsam mit der Datenauswertungsstelle folgende Konkretisierung der Definition des Stichtags vorgenommen:

Der Erhebungszeitraum umfasst die Zeit von insgesamt sechs Monaten, die vor dem Stichtag liegen. Der Stichtag bezeichnet den letzten Tag des Erhebungszeitraumes. Am Tag nach dem Stichtag beginnt der 14-tägige Ergebniserfassungszeitraum. Der nächste Erhebungszeitraum beginnt am Folgetag des Stichtags. Alle Ereignisse (z.B. ein Sturz), die innerhalb des 14-tägigen Ergebniserfassungszeitraums auftreten, gehören zum neuen Erhebungszeitraum. Der im aktuell laufenden Ergebniserfassungszeitraum aufgetretene Sturz bzw. dessen Folge wird also erst im nächsten Ergebniserfassungszeitraum erfasst. Fällt ein Stichtag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Stichtag auf den nächsten Werktag. Auch in diesem Fall beginnt der Ergebniserfassungszeitraum am Tag nach dem Stichtag, sodass der Ergebniserfassungszeitraum in jedem Fall 14 Kalendertage umfasst.

Beispiel: Der Stichtag von Einrichtung X ist am 1.9. und somit läuft der Ergebniserfassungszeitraum vom 2.9. bis 15.9. Die Bewohnerin Frau Müller stürzt am 7.9.,



am 9.9..2020 findet für sie die Dateneingabe statt: der Sturz (mit ggf. Fraktur) wird nicht jetzt, sondern erst im nächsten Ergebniserfassungszeitraum (2.3. - 15.3.) erfasst. Ein Sturzereignis am 1.9.., also am Stichtag selbst, würde in die Ergebniserfassung aufgenommen.

Müssen für kurz vor oder nach dem Stichtag Verstorbene im Ergebniserfassungszeitraum Daten erfasst und übermittelt werden?

"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." (MuG, Anlage 3, S. 28) Das bedeutet, dass das erste Kriterium für die Ergebniserfassung ist, ob jemand am Stichtag in der Einrichtung lebt. Kurz vor dem Stichtag Verstorbene werden demnach nicht in die Datenerfassung einbezogen (jedoch im Erhebungsreport vermerkt, siehe oben).. Bewohnerinnen und Bewohner, die nach dem Stichtag versterben, sind demnach zu erfassen. Hier kommt ggf. das Ausschlusskriterium "Bewohner bzw. Bewohnerin befindet sich in der Sterbephase" zum Tragen.

Was ist der so genannte Minimaldatensatz, der an die DAS gemeldet wird? Welche Daten sind anzugeben?

Bei der Anlage einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners im Erhebungsinstrument werden bestimmte Stammdaten abgefragt Pseudonym, Geschlecht, Geburtsjahr und -monat, Einzugsdatum, Wohnbereich. Diese Daten müssen nur einmalig eingegeben werden, insofern sich keine Änderungen ergeben.

Werden auch eingestreuete Tagespflegegäste mit dem Erfassungsbogen erfasst oder sind diese ausgeschlossen - analog zu Kurzzeitpflegegästen?

Für Kurzzeitpflegegäste, die am Stichtag in der Einrichtung leben, wird ein so genannter Minimaldatensatz erfasst und sie werden im Erhebungsreport mit Ausschlussgrund berücksichtigt. Tagespflegegäste sind nicht „vollstationär“, daher findet keine Anlage im Erfassungsbogen oder Berücksichtigung im Erhebungsreport statt.

Welcher Zustand soll beschrieben werden, wenn sich dieser im Erhebungszeitraum stark verändert hat? Welcher Zustand wird eingeschätzt, der aktuelle oder der charakteristische im Erhebungszeitraum?

Im Laufe der Zeit ändert sich der Zustand von Bewohnerinnen und Bewohnern z.B. im Hinblick auf Fähigkeiten kontinuierlich. Es bedarf vor allem im Qualitätsbereich 1 der



pflegefachlichen Beurteilung des charakteristischen Zustandes der Bewohnerin bzw. des Bewohners. Hierzu blickt man mehr oder weniger weit in die vergangenen sechs Monate, um zu beurteilen, ob der aktuelle Zustand charakteristisch ist oder ob es sich ggf. um eine tagesformabhängige Schwankung handelt.

Beziehen sich die Angaben in der „Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner“ auf etwaige Beeinträchtigungen am Stichtag?

Hier geht es nicht um den Stichtag, sondern um den Tag der externen Qualitätsprüfung durch den Prüfdienst. Daher müssen die Angaben für die Prüfung am Prüftag aktuell angegeben werden. Allerdings geht es hier um ein grobes Raster und nicht um das Ausfüllen der entsprechenden Module.

„Bei den Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten in der genannten Übersicht orientiert sich die Pflegeeinrichtung an der folgenden Regel: 1. Die ‚Mobilität‘ (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn der Bewohner bzw. die Bewohnerin aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen regelmäßig personelle Hilfe benötigt, um sich sicher innerhalb der Einrichtung / des Wohnbereichs fortbewegen zu können. 2. Die ‚Kognitiven Fähigkeiten‘ gelten als beeinträchtigt, wenn es regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung kommt“ (vgl. MuG Anlage 3, S. 25).

„Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner“: Müssen alle Merkmale erfüllt sein oder reicht das Zutreffen eines Merkmales aus, um die Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten anzugeben?

Die Merkmale zur Bestimmung der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten für die „Übersicht der versorgten Bewohnerinnen und Bewohner“ sind durch ein ODER verbunden. Liegt also eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses oder der zeitlichen und örtlichen Orientierung oder der Personenerkennung vor, gilt die Kognition als beeinträchtigt. (Vgl. MuG_Anlage 3, S.25)

Gibt es eine Festlegung mit welchem Zeitabstand die externe Prüfung nach der Ergebniserfassung durchgeführt wird bzw. werden soll?

Es gibt keine gesetzliche Festlegung oder Verpflichtung, die festschreibt, nach welchem Zeitraum die externe Prüfung nach der Ergebniserfassung durchgeführt werden soll. Rein praktisch ist es allerdings sowohl aufgrund der durch die Datenauswertungsstelle zur Verfügung gestellten Stichprobe als auch für die Durchführung der Plausibilitätskontrolle von Vorteil, wenn die Prüfung zeitlich möglichst nah am Ergebniserfassungszeitraum liegt. Durch Änderungen in der Bewohnerstruktur und Änderungen des individuellen Bewohnerzustandes wird es für Prüferinnen bzw. Prüfer und Pflegekräfte anspruchsvoller, je weiter die Prüfung entfernt ist.



Können Bewohnerinnen bzw. Bewohner oder Angehörige eine Erfassung und Weiterleitung der bewohnerbezogenen Daten an die DAS ablehnen?

Die Daten werden pseudonymisiert weitergeleitet. Die Rechtsgrundlage der Datenübermittlung bilden die Vorschriften des SGB XI und die darauf basierenden *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* und deren Anlagen.. Aufgrund dieser rechtlichen Verpflichtung zur Datenübermittlung ist durch die Pflegeeinrichtung keine Einwilligung von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren gesetzlichen Vertretern einzuholen. Die Bewohnerinnen und Bewohner können dieses Verfahren, da es gesetzlich vorgeschrieben ist, nicht ablehnen.

Um für Transparenz und Akzeptanz zu sorgen, ist es sinnvoll, die Bewohnerinnen bzw. Bewohner, deren Angehörige und den Heimbeirat über das neue Qualitätsprüfsystem umfassend zu informieren.

Werden auch Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege in die Ergebniserfassung einbezogen bzw. wird bei der Prüfung des Prüfdienstes eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt?

Kurzzeitpflegegäste werden nicht in die Erfassung der Ergebnisqualität einbezogen. Bei Kurzzeitpflegegästen können die Ergebnisse der Versorgung z.B. im Hinblick auf Förderung der Mobilität aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer nicht nach dem Indikatorensystem gemessen werden. Dementsprechend kann auch keine Plausibilitätskontrolle (der Ergebniserfassung) durch den externen Prüfdienst erfolgen. In die Prüfung des externen Prüfdienstes können Kurzzeitpflegegäste hingegen einbezogen werden, der Prüfbogen entsprechend angepasst. Für die solitäre Kurzzeitpflege gibt es indes in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflegeunter Punkt 10 „Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen“ eine eigene Regelung zur Ziehung der Stichprobe.

Soll für jeden Kurzzeitpflegeaufenthalt ein und derselben Person ein neues Pseudonym vergeben werden?

Einer Person soll innerhalb einer Pflegeeinrichtung immer das gleiche Pseudonym zugeordnet werden, auch wenn diese die Einrichtung zwischenzeitlich für längere Zeit verlässt. Ein Pseudonym soll wiederverwendet werden, sofern sich dieselbe Person hinter dem Pseudonym verbirgt. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine Person zunächst die Kurzzeitpflege in einer Einrichtung in Anspruch nimmt, die Einrichtung verlässt und zur Langzeitpflege wieder zurück in die Einrichtung kommt.

Welche Folgen hat die Pflegeeinrichtung zu erwarten, wenn sie ihrer Verpflichtung zur Erhebung der Versorgungsergebnisse gemäß § 114b Abs. 1 SGB XI nicht nachkommt?

Das indikatorengestützte Verfahren ist zuvorderst wissenschaftlich entwickelt wurden, um die Einrichtungen bei ihrer Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die Indikatorenergebnisse



sollten daher unbedingt an das interne Qualitätsmanagement gekoppelt werden, um deren Potential für die Einrichtung nutzbar zu machen.

Insofern die Einrichtung ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am indikatorengestützten Verfahren nicht nachkommt, sind unangemeldete Regelprüfungen durch den externen Prüfdienst die Folge (Vgl. Richtlinie nach § 114c Abs. 1 SGB XI, § 5 Abs. 2.). Weiterhin ist eine Verlängerung des Prüfrhythmus auf zwei Jahre durch den Nachweis eines hohen Qualitätsniveaus nicht möglich, da die Indikatorenergebnisse hierfür die Grundlage bilden (Ebd. § 3 Abs. 2.).

Bei der Bewohneranlage (bei Erstaufnahme) wird nach dem Einzugsdatum gefragt. Handelt es sich hier um den Beginn der Langzeitpflege oder zählt hier bereits der Beginn der Kurzzeitpflege?

Beim Anlegen der Bewohnerin bzw. des Bewohners ist nach dem Beginn der vollstationären Langzeitpflege gefragt.

Muss eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner erfasst werden, für die/den kein Pflegegrad vorliegt?

Ja. Die Indikatorenerhebung ist eine Vollerhebung (Vgl. MuG_Anlage 3, S. 28). Somit werden alle Personen, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, erfasst. Allerdings können Bewohnerinnen bzw. Bewohner ohne Pflegegrad nicht in die externe Qualitätsprüfung einbezogen werden. Sollten sich diese in der Stichprobe befinden, muss das Prüftteam mit Hilfe der Reserveliste eine andere Bewohner*in bzw. einen anderen Bewohner heranziehen.

Allgemeine Angaben

Befindet sich eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner in der Sterbephase, wird für diese Bewohnerin bzw. diesen Bewohner keine Ergebniserfassung durchgeführt. Was wird unter dem Begriff „Sterbephase“ in diesem Zusammenhang verstanden?

Die Begriffe „palliativ“, „sterbend“ oder „Sterbephase“ werden unterschiedlich weit gefasst und verwendet. Für die Einschätzung, ob sich jemand in der Sterbephase befindet, ist deshalb die fachliche Einschätzung der Pflegeperson gefragt. Dabei stützt sich die Pflegekraft zum Beispiel auf die vorliegende Krankheitsgeschichte, auf die pflegerische Informationssammlung sowie auf die pflegfachliche Beobachtung der Bewohnerin bzw. des Bewohners. Die Einschätzung sollte nachvollziehbar und dokumentiert sein. Hilfreich kann es sein, mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu halten. Grundsätzlich wird der Begriff „Sterbephase“ immer dann verwendet, wenn aufgrund der pflegfachlichen Einschätzung mit dem baldigen Versterben gerechnet wird.

Gilt als Behandlung im Krankenhaus auch eine stationäre Rehabilitation?

Die stationäre Rehabilitation wird wie eine Behandlung im Krankenhaus behandelt, ebenso ein stationärer Psychiatrieaufenthalt.

A5 und A9: Was ist, wenn das einleitend abgefragte Krankheitsereignis / die Diagnose noch nicht gesichert ist, weil das Ereignis zu aktuell ist? Wird es dann in der kommenden Ergebniserfassung berücksichtigt?

Die erfassten Krankheitsereignisse und die als Ausschlusskriterien fungierenden Diagnosen (Tetraplegie / Tetraparese, Chorea Huntington, bösartige Tumorerkrankung) sind sehr relevant und prägnant, sodass die Diagnose normalerweise entsprechend schnell gesichert vorliegt oder aber die Bewohnerin bzw. der Bewohner aus akutem Anlass ggf. ganz aus der Erfassung ausgeschlossen wird. Die Erfassung für betreffende Bewohnerinnen bzw. Bewohner könnte möglichst in die letzten Tage des Ergebniserfassungszeitraums gelegt werden. Auch der Korrekturzeitraum kann noch für einen Nachtrag genutzt werden. „Verdacht auf“-Diagnosen sind nicht anzugeben. Es sind nur ärztliche Diagnosen anzugeben.

A6: Welches Enddatum bei Krankenhausaufenthalt ist anzugeben, wenn die Bewohnerin bzw. der Bewohner sich am und über den Stichtag hinaus im Krankenhaus befindet?

Es können hier sowohl der Stichtag als auch ein späteres Datum angegeben werden. Bei der Berechnung werden nur Tage berücksichtigt, die innerhalb des Erhebungszeitraums liegen.



A7: Wird zur invasiven Beatmung auch die kontinuierliche oder intermittierende Sauerstoffgabe über eine Nasensonde/-brille gezählt?

Die Antwortmöglichkeit „invasive Beatmung“ trifft zu, wenn die Beatmung z.B. durch eine Trachealkanüle erfolgt. Ansonsten ist „nicht invasiv“ oder „Nein“ anzukreuzen. Eine Sauerstoffgabe über Nasensonde oder -brille ist keine Beatmung.

A9: Wie ist im Erhebungsinstrument mit „Verdacht auf“ eine bösartige Tumorerkrankung oder mit „Zustand nach“ einer bösartigen Tumorerkrankung umzugehen?

Es sind nur aktuelle und gesicherte Diagnosen mit Auswirkungen auf die Pflege anzugeben.

Wie ist im Erhebungsinstrument mit einem „Verdacht auf Demenz“ umzugehen?

Es kommt vor, dass die Diagnose „Demenz“ nicht gesichert vorliegt, es findet sich „Verdacht auf Demenz“ in den Unterlagen wieder. Im Erhebungsbogen dürfen jedoch nur gesicherte Diagnosen angegeben werden, wenngleich eine (fach)ärztliche Behandlung bei dem Verdacht auf Demenz geboten ist. Die Diagnose/Nicht-Diagnose hat keinerlei Auswirkungen auf die Berechnung der Indikatoren. Die Angabe taucht in der Basisauswertung des Feedbackberichtes auf und kann so von den Einrichtungen für das interne Qualitätsmanagement herangezogen werden.

Die Diagnose Demenz wird von den Hausärzten sehr zurückhaltend gestellt. Kann es durch diese fehlende Diagnose zu Plausibilitätsproblemen kommen?

Das Prüfteam ist angehalten, sich ein eigenes Bild zu machen. Ist eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner desorientiert / offensichtlich kognitiv eingeschränkt, geht dies aus der Ergebniserfassung hervor und ist auch ohne eine vorliegende Diagnose Demenz plausibel.



BI-Module

1. BI- Modul Mobilität (Indikator: 1.1 Erhaltene Mobilität)

Wird die Mobilität entsprechend der Fähigkeiten am Tag der tatsächlichen Ergebniserfassung im Ergebniserfassungszeitraum oder retrospektiv entsprechend der Fähigkeiten am Stichtag erfasst?

Die Einschätzung der Selbstständigkeit erfolgt anhand der "typischen Leistungsfähigkeit" des zu Pflegenden. Dabei ist der aktuelle Zustand im Zusammenspiel mit dem zurückliegenden Zustand einzuschätzen.

Beispiel: Eine Bewohnerin, die üblicherweise noch selbstständig laufen kann, am Tag der Ergebniserfassung aber aufgrund eines fiebrigen Infekts geschwächt ist und im Bett versorgt wird, wird als "selbstständig" eingeschätzt.

2. BI-Modul Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie schätzt man die Fähigkeit „Risiken und Gefahren zu erkennen“ oder auch „Verstehen von Aufforderungen“ ein?

Grundsätzlich ist durchaus zu berücksichtigen, wenn z.B. ein sturzgefährdeter Bewohner immer wieder aufgefordert wurde, nicht alleine aufzustehen, er es aber dennoch tut. Einzuschätzen ist hier, ob er dieses eigentlich bekannte Risiko (und wahrscheinlich auch andere Risiken) nicht erkennen kann (Fähigkeit beeinträchtigt) oder ob er die Maßnahme bewusst verweigert (Fähigkeit unbeeinträchtigt). Gleiches gilt für das "Verstehen von Aufforderungen", wenn die Aufforderung verstanden, aber bewusst abgelehnt wird.

4. BI-Modul 4 Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung

Meint Ernährung in „4.A Künstliche Ernährung“ die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit?

Ernährung meint die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit. Wird Flüssigkeit über die Sonde verabreicht, muss also „Ja“ angegeben werden.



6. BI-Modul Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Indikator 1.3)

6.2 Ruhen und Schlafen: Wie erfolgt die Einsschätzung bezüglich kognitiver und/oder körperlicher Einschränkungen?

Beispiel: Eine Bewohnerin wird in der Nacht mehrmals positioniert. Gemäß der Erläuterung ist diese als unselbständig einzustufen, da sie regelmäßig mind. 3-mal in der Nacht personelle Unterstützung benötigt. Ist dies unabhängig davon zu bewerten, ob die Bewohnerin nach der Positionierung wieder alleine ohne personelle Unterstützung in den Schlaf findet?

Das Modul „Ruhen und Schlafen“ berücksichtigt körperliche und kognitive Einschränkungen. Eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner kann auch nur aufgrund erheblich eingeschränkter körperlicher Fähigkeit unselbständig sein, wenn die personelle Abhängigkeit entsprechend groß ist. Dies ist im beschriebenen Beispiel der Fall.

7. Dekubitus (Indikator 2.1)

Welcher Entstehungsort ist bei Vorschädigung der Haut anzugeben?

Beispiel: Ein Bewohner zieht mit einem zu Hause entstandenen Dekubitus in die Einrichtung ein. Der Dekubitus kann im Laufe der Zeit erfolgreich behandelt werden, ist kurzzeitig auch geschlossen, geht aufgrund der Vorschädigung aber immer wieder an derselben Stelle auf.

Wenn der Dekubitus zwischenzeitlich abgeheilt war, gilt der neu entstandene Dekubitus als neuer Fall, der auch mit dem zugrunde liegenden Entstehungsort (in diesem Fall „in der Einrichtung“) anzugeben ist.

8. Körpergröße und Gewicht (Indikator 2.3.)

Gibt es Anforderungen an die Erfassung der Körpergröße in cm (Übernahme der Angaben aus dem Personalausweis, aktuelle Messung o.ä.)?

Es gibt hierzu keine Vorschrift. Die Einrichtung sollte die Angaben übernehmen, die sie auch für die Pflegedokumentation nutzt.

Wie soll verfahren werden, wenn die Gewichtsermittlung aufgrund von z.B. Bettlägerigkeit und Schmerzen bei Mobilisierung etc. nicht zumutbar ist?

Beispiel: Eine Bewohnerin ist bettlägerig. Ein Transfer in einen Rollstuhl ist nicht möglich. Die Bewohnerin wiegt ca. 170 kg und kann nicht gewogen werden. Es wird der Oberarmumfang gemessen. Wie ist zu verfahren?

Die Überprüfung der Situation im Abgleich mit den Ausschlusskriterien sollte dazu führen, dass festgelegt wird, dass die Bewohnerin nicht mehr gewogen wird. Im individuellen Fall müsste entsprechend entschieden und dokumentiert werden, ob die Bewohnerin dies noch selbst entscheidet oder der gesetzliche Vertreter, ein Arzt / eine Ärztin dies bestätigt.



9. Sturzfolgen (Indikator 2.2)

Ist das vorsorgliche Röntgen ohne Befund anzugeben?

Das Röntgen ist keine gravierende Sturzfolge, sondern dient bspw. der Befundung einer Fraktur. Dies kann deshalb auch nicht als Sturzfolge angegeben werden. Wird eine Fraktur festgestellt, so ist diese als Sturzfolge anzugeben.

Gilt hierbei eine Wunde für die eine ärztliche Verordnung beispielsweise von Verbandsmaterial vorliegt als eine ärztlich behandlungsbedürftige Wunde?

Unter ärztlich behandlungsbedürftiger Wunde sind nur Wunden zu verstehen, die tatsächlich von einem Arzt behandelt werden müssen. Ärztlich behandlungsbedürftige Wunden sind zum Beispiel Platzwunden, die genäht oder geklebt werden müssen.

Ist ein Sturz mit gravierenden Sturzfolgen, der bei einem Allein-Spaziergang außerhalb des Geländes der Pflegeeinrichtung erfolgt, auch anzugeben?

Auch Stürze außerhalb der Einrichtung können im Verantwortungsbereich der Einrichtung liegen. Es geht eher darum, ob die Verantwortung der z.B. Beobachtung, Hilfsmittelnutzung, personelle Unterstützung an eine andere Person, die nicht zur Einrichtung gehört, abgegeben wurde. Dahinter steht die fachliche Überlegung, dass Sturzprävention / Sturzprophylaxe nicht allein Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen / Sturzverletzungen während der direkten, persönlichen Begleitung der Bewohnerin bzw. des Bewohners auf ihren bzw. seinen Wegen zwischen Wohnraum und anderen Örtlichkeiten der Einrichtung umfasst.

Gemessen wird in diesem Fall der Erfolg der Sturzprävention der Einrichtung. Der Erfolg misst sich u.a. daran, wie häufig es zu Verletzungen kommt. Das kommt natürlich vor, und nicht jeder Sturz, nicht jede Sturzverletzung lässt sich vermeiden, aber ein Einzelfall führt nicht gleich zu schlechten Qualitätsbeurteilungen. Wenn aber Bewohnerinnen bzw. Bewohner nicht nur vereinzelt, sondern gehäuft beim Spaziergang allein sind, stürzen und sich dabei eine gravierende Verletzung zuziehen, ist fraglich, ob die Einrichtung fachgerecht auf bestehende Sturzrisiken reagiert hat. Es geht um die Häufigkeit oder "Erfolgsquote", nicht um fachliche Fehler oder rechtliche Fragen.

„Andere Personen“ sind diejenigen, die nicht zum Personal der Einrichtung gehören, also dort nicht angestellt sind und auch nicht über einen Werkvertrag o.ä. für die Einrichtung arbeiten. Dies kann z.B. die Hausärztin, das Krankenhauspersonal, die Angehörigen oder auch Ehrenamtliche sein - alle gehören nicht zum Personal der Einrichtung. Eine Physiotherapeutin bzw. ein Physiotherapeut auf Ver-/Anordnung der Ärztin des Arztes, ebenfalls nicht.

10. Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen (Indikator 3.2)

Werden Sitzhosen in Rollstühlen oder Therapietische am Rollstuhl als Gurte gezählt?

Es geht ausschließlich um Gurte. Therapietische, Sitzhosen u.ä. werden mit diesem Indikator nicht abgefragt!



Sind die Gurte zu erfassen, die speziell für pflegebedürftige Menschen im Wachkoma und schwerst-mehrfach-behinderte Menschen, zur Sicherung im Rahmen der Mobilisation in Rollstuhl etc. erforderlich sind, weil keine Rumpfkontrolle möglich ist?

Die MuG bieten derzeit keine Ausschlusskriterien an. Jede Gurtanwendung ist zu benennen. Insofern auch jene zur Stabilisierung.

Müssen auch durchgehende Bettseitenteile, die auf Wunsch von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern angewendet werden, angegeben werden?

Beispiel: Ein Bewohner hat ein Bettseitenteil (durchgängig) an der Seite des Bettes, die zur Wand zeigt. Es hindert ihn nicht daran das Bett zu verlassen.

Bei der Erfassung geht es darum, ob eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner durch das (durchgehende und erhöhte) Bettseitenteil am Verlassen des Bettes gehindert wird. Ein einzelnes Bettseitenteil an der Wand behindert nicht daran das Bett zu verlassen, da das Bett zur Raumseite hin offen ist. Steht das Bett jedoch mit einer Seite an der Wand und ist das Bettseitenteil zur Raumseite hin erhöht, dann hindert es am Verlassen des Bettes und ist somit anzugeben.

ALLE Bettseitenteile, welche die Bewohnerin bzw. den Bewohner am Verlassen des Bettes hindern, werden erfasst, auch wenn dies auf Wunsch erfolgt. Bei der Berechnung des Indikators durch die Datenauswertungsstelle werden allerdings nur Bewohnerinnen und Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen einbezogen.

Muss die Bewohnerin bzw. der Bewohner durch die Lücke der geteilten Bettseitenteile passen?

In den Schulungsunterlagen heißt es auf S. 46 "Ein Bettseitenteil, das eine so schmale Lücke aufweist, dass der Körper des Bewohners nicht hindurchpasst und der Bewohner zum Verlassen des Bettes hinübersteigen muss, gilt nicht als unterbrochenes Bettseitenteil." Ist die Lücke für die Bewohnerin bzw. den Bewohner also zu schmal, muss das Bettseitenteil als durchgängig bewertet werden.

11. Schmerz (Indikator 3.4)

Wie wird bei dem Indikator „Aktualität der Schmerzeinschätzung“ mit den Angaben zur Schmerzintensität und -lokalisierung umgegangen, wenn eine Selbstauskunft zur Schmerzsituation nicht möglich ist?

Bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen ist unklar, wie mit Angaben zum Indikator Schmerzeinschätzung, insbesondere zur Schmerzlokalisierung und zur Schmerzintensität, umzugehen ist. Streng genommen können Angaben zur Schmerzlokalisierung und Schmerzintensität nur auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung erfolgen, diese ist bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen nicht möglich. Damit bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung mit einer qualifizierten Fremdeinschätzung der Indikator nicht zum Nachteil der Pflegeeinrichtung ausgelegt wird, sind folgende Hinweise zu beachten:



Bei Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, bei denen aufgrund fortgeschrittener kognitiver Einschränkung keine Selbstauskunft über Schmerzintensität und -lokalisierung möglich ist, erfolgt eine qualifizierte Beobachtung / Fremdeinschätzung. Für diese Bewohnergruppe gilt:

- Das Feld „Schmerzintensität“ in Frage 11.3 ist anzukreuzen, wenn die Pflegedokumentation keine gesicherten Aussagen zur Schmerzintensität, jedoch nachvollziehbare beschreibende Angaben (Beobachtungen) zu vermuteten Schmerzen und zu Auswirkungen auf den Alltag enthält (z. B. Bewohnerin zeigt Schmerzreaktionen wie Abwehrhaltung / Schonhaltung / verzerrtes Gesicht beim Heraussetzen aus dem Bett).
- Das Feld „Schmerzlokalisierung“ in Frage 11.3 ist anzukreuzen, wenn die Pflegedokumentation keine gesicherten Aussagen zur Schmerzlokalisierung, jedoch nachvollziehbare Angaben zur Schmerzlokalisierung enthält (z. B. aufgrund einer ärztlichen Diagnose oder beschreibend wie „Bewohnerin hat vermutlich starke Schmerzen im rechten Bein, sie vermeidet es, mit dem Bein aufzutreten“).

12.4 Integrationsgespräch

Müssen für Bewohnerinnen bzw. Bewohner, die bereits länger in der Einrichtung leben, Angaben zum Integrationsgespräch gemacht werden?

Diese Frage ist für alle Bewohnerinnen bzw. Bewohner zu beantworten, die in den jeweils letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung (also auch der ersten Ergebniserfassung einer Einrichtung) eingezogen sind.

Beispiel: Erster Stichtag der Einrichtung ist am 15.9. Für alle Bewohnerinnen bzw. Bewohner, die seit dem 15.3. eingezogen sind, sind die entsprechenden Angaben zu machen.

Auswertung/Ergebnisse

Wo werden Nicht-Plausibilitäten der statistischen Plausibilitätsprüfungen der DAS aufgeführt, wenn diese auch nach dem Korrekturzeitraum bestehen?

Die einzelnen Ergebnisse und das Gesamtergebnis der statistischen Plausibilitätsprüfung finden sich im Datenblatt A (Einrichtungsebene) und im Datenblatt B (Bewohnerebene). Datenblatt B ist ausschließlich für die Einrichtungen vorgesehen. Die Berichte können von den Einrichtungen nach der Auswertung über das Webportal abgerufen werden.