

Fragen-Antworten-Katalog zur Ergebniserfassung im Indikatorenmodell

Bei den vorliegenden Fragen und Antworten handelt es sich um Auslegungen und Empfehlungen 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 wird fortlaufend aktualisiert und es werden weitere Fragen aufgenommen. Fragen, die nicht bereits in diesem Katalog beantwortet sind, senden Sie bitte an Ihren jeweiligen Verband.

→ Stand Januar 2022

Erarbeitung und Redaktion:

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

Lisa Schmidt (Paritätischer Gesamtverband e.V.)

Carolin Drößler (AWO Bundesverband e.V.)

Allgemeines

Startet ab 1. Januar 2022 der Regelbetrieb des indikatorengestützten Verfahrens – was ist dabei zu beachten?

Ab Januar 2022 beginnt nach den pandemiebedingten Verlängerungen des Erprobungszeitraumes der Regelbetrieb der Datenauswertungsstelle. Dies bedeutet, dass die Stichtage für die Einrichtungen verbindlich werden und die Qualitätsinformationen auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Um sicherzustellen, dass Daten aus dem Erprobungszeitraum nicht in die Veröffentlichung gelangen, wird ab 1. Januar 2022 die Erfassung der Indikatorendaten unabhängig von Vorerhebungen erfolgen, so dass die Verlaufsindikatoren erst im zweiten Erhebungszyklus (2. HJ 2022) berechnet werden können.

Ab Januar 2022 erhalten die Einrichtungen zudem die Feedbackberichte, auch im Falle statistisch nicht plausibler Daten, um diese für ihre internen Qualitätsprozesse verwenden zu können. Diese Berichte stehen ausschließlich den Einrichtungen zur Verfügung und werden weder veröffentlicht, noch den Landesverbänden der Pflegekassen oder den Prüfinstitutionen zur Verfügung gestellt.



Die Wohnbereichsauswertung wurde durch den Qualitätsausschuss Pflege auf den Weg gebracht und kann den Einrichtungen aufgrund der technischen Umsetzungsprozesse dann ab 1.1.2023 zur Verfügung gestellt werden.

Trotz eingehender Prüfung sind die Daten nach der Erfassung und der Überprüfung im Korrekturzeitraum weiterhin nicht plausibel – wie kann die Einrichtung damit umgehen?

Der Qualitätsausschuss Pflege lässt das Instrument der Plausibilitätsprüfung aktuell wissenschaftlich überprüfen. Einrichtungen sollten in jedem Fall wahrheitsgetreue und pflegfachlich begründete Angaben machen. Ab 1. Januar 2022 ist die Berichterstattung an die Einrichtungen auch bei nichtvorliegender Plausibilität gegeben.

Wenden Sie sich bitte in diesem Fall auch an Ihre zuständigen Fachreferate in den Verbänden!

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 5.11.2022 und endet am 18.11..

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



Was ist mit Ereignissen, die nach dem Stichtag und innerhalb des 14-tägigen Ergebniserfassungszeitraums geschehen, z.B. ein Sturzereignis. Werden diese noch in die aktuell laufende Erfassung aufgenommen?

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 1.10., damit beginnt der Ergebniserfassungszeitraum vom 2.10. und endet am 15.10.2022. Die Bewohnerin Frau Müller stürzt am 7.10., am 9.10. findet für sie die Dateneingabe statt: der Sturz (ggf. Fraktur) wird nicht jetzt, sondern erst im nächsten Ergebniserfassungszeitraum erfasst. Ein Sturzereignis am 1.10., also am Stichtag selbst, würde in die Ergebniserfassung aufgenommen werden.

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

Es ist der Stichtag gemeint.

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.

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



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)

[Ein Muster eines Erhebungsbogens führt direkt über diesen Link zum Download.](#)

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 eingestreute Tagespflegegäste mit dem Erhebungsbogen 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 Ergebniserfassung 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. Es bedarf vor allem im Qualitätsbereich 1 der pflegfachlichen Beurteilung des charakteristischen Zustandes der Bewohner*. 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?

Die Übersicht der versorgten Bewohner*innen bezieht sich auf den Tag, an dem die externe Qualitätsprüfung stattfindet, nicht auf den Stichtag, der Indikatorenerhebung. Die Angaben



müssen daher prüfungsaktuell sein. Es geht dabei 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 Orientierung, der örtlichen Orientierung oder der Personenerkennung kommt.“ (MuG Anlage 3, Punkt 2.12).

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.

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 worden, um die Einrichtungen bei ihrer Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Im Falle einer Nichterhebung verwirkt die Einrichtung diese Möglichkeit, ihre Indikatorenergebnisse als Analyseinstrument für die interne Qualitätsentwicklung nutzbar machen zu können bzw. die Fachlichkeit in der Einrichtung als solche zu stärken – dies gilt sowohl bei der Erfassung als auch im Rahmen der Berichterstattung in Form von Feedbackberichten. Der Einrichtung fehlen die



Indikatorenergebnisse dann ggf. auch als fachliche Unterstützung im Fachgespräch bei der externen Qualitätsprüfung.

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.).

Zukünftig ist eine Verlängerung des Prüfrhythmus auf zwei Jahre durch den Nachweis eines hohen Qualitätsniveaus ohne Indikatorenerhebung nicht möglich, da die Indikatorenergebnisse hierfür die Grundlage bilden (Ebd. § 3 Abs. 2.).



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 pflegefachliche 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 pflegefachlichen 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. „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.



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.

BI-Module

1. BI- Modul: 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 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

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 unselbstständig 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 „Ruhens 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

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

Wie soll verfahren werden, wenn die Gewichtsermittlung aufgrund von z.B. Bettlägerigkeit und Schmerzen bei der Mobilisierung 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

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 des Bewohners bzw. der Bewohnerin 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

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 des Bewohners 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.

Es geht darum, ob der Bewohner durch das (durchgehende und erhöhte) Bettseitenteil am Verlassen des Bettes gehindert wird. Ein einzelnes Bettseitenteil an der Wand hindert 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 den Bewohner am Verlassen des Bettes und ist somit anzugeben.

ALLE Bettseitenteile unabhängig von der rechtlichen Grundlage, die Bewohnerinnen bzw. 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/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 also zu schmal, muss das Bettseitenteil als durchgängig bewertet werden.

11. Schmerz

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 Bewohner*innen zu beantworten, die in den letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung eingezogen sind.