

**Indikatoren zur Beurteilung von
Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege**

Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung

Version 1.0

12. Februar 2019

**erstellt vom Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)**

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Gesundheit**

**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

Wichtige Nutzungshinweise:

Das vorliegende Schulungsmaterial ist für Verbände und andere Institutionen vorgesehen, die Schulungen zur Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf die im Herbst 2019 einsetzende Erfassung von Versorgungsergebnissen durchführen (einschl. Multiplikatorenschulungen). Das Material darf zu diesem Zweck vervielfältigt und auch in elektronischer Form an Schulungsteilnehmer weitergegeben werden. Es darf jedoch nicht zu kommerziellen Zwecken verwendet werden.

Die Verwendung des Materials oder von Auszügen aus dem Material zu anderen Zwecken (z.B. zur Erstellung von Informationsbroschüren und anderen Informationsangeboten) ist unter der Voraussetzung einer eindeutigen Quellenangabe und korrekten Zitation möglich.

Das Schulungsmaterial wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld erstellt. Verschiedene Ausführungen in diesem Schulungsmaterial nehmen Bezug auf die aktuellen „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“ (BAnz AT 11.02.2019 B3) und die dazugehörigen Anlagen (verfügbar unter www.gs-qa-pflege.de).

Inhalt

Zum vorliegenden Schulungsmaterial	4
1. Die Beurteilung von Ergebnisqualität: Einführung	6
2. Indikatoren für Ergebnisqualität	7
3. Hinweise zu den Indikatorendefinitionen	10
4. Ablauf und Organisation der Ergebniserfassung	11
5. Durchführung der Ergebniserfassung	15
5.1 Allgemeine Angaben (Abschnitt A des Erfassungsinstruments)	15
5.2 Erfassung der Selbständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten	18
1. Mobilität	21
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	24
4. Selbstversorgung	31
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	38
5.3 Erfassung weiterer Versorgungsergebnisse	42
7. Dekubitus	42
8. Körpergröße und Gewicht	44
9. Sturzfolgen	45
10. Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen	46
11. Schmerzeinschätzung	47
12. Einzug in die Pflegeeinrichtung	49
6. Datenqualität und Plausibilitätskontrolle	50
6.1 Gewährleistung von Datenqualität	50
6.2 Externe Plausibilitätskontrolle	51
7. Ausblick	53
Anhang: Instrument zur Ergebniserfassung	55

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische sprachliche Differenzierung verzichtet. Die verwendeten Begriffe (z.B. „Bewohner“ oder „Mitarbeiter“) gelten stets für alle Geschlechter.

Zum vorliegenden Schulungsmaterial

Dieses Schulungsmaterial dient der Vorbereitung auf die Erfassung von Versorgungsergebnissen, die ab Herbst 2019 von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege regelmäßig durchgeführt werden. Diese Ergebniserfassung ist Basis der Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität, die zukünftig neben den externen Qualitätsprüfungen die zweite Säule der Qualitätsbeurteilung in der stationären Langzeitpflege darstellen werden.

Grundlage des Verfahrens sind die Maßgaben des SGB XI sowie die „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“ (im Folgenden kurz: „Maßstäbe und Grundsätze“). Diese Maßstäbe und Grundsätze sind von den Kostenträgern sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf der Bundesebene gemeinsam beschlossen worden. Sie orientieren sich an den Empfehlungen, die das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Göttingen) im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege erarbeitet haben¹.

Das vorliegende Schulungsmaterial beinhaltet die wichtigsten Informationen, die für das Verständnis des Indikatorenansatzes und die Durchführung der Ergebniserfassung erforderlich sind. Es wurde u.a. auf der Grundlage der Erfahrungen mit Schulungen erstellt, die das IPW Bielefeld seit 2012 im Verlauf von drei langjährigen Projekten zur Umsetzung des Indikatorenansatzes gesammelt hat². Das Material ist für die Verwendung in Schulungsveranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen vorgesehen.



Für die Durchführung der Ergebniserfassung ist eine Schulung unbedingt erforderlich. Das Lesen des Schulungsmaterials ersetzt nicht die Teilnahme an einer Schulung.

Die Ausführungen in diesem Schulungsmaterial beruhen auf den Vorgaben der „Maßstäbe und Grundsätze“ und wurden sorgfältig geprüft. Sollte es dennoch Abweichungen bei sprachlichen Formulierungen oder Definitionen geben, so gelten im Zweifelsfall die Ausführungen der „Maßstäbe und Grundsätze“. Das Gleiche gilt für Abweichungen, die später ggf. durch die Weiterentwicklung der „Maßstäbe und Grundsätze“ entstehen könnten.

¹ Wingenfeld, K./Stegbauer, C./Willms, G./Voigt, C./Woitzik, R. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Abschlussbericht. Im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege (www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationa%CC%88r_Abschlussbericht.pdf)

² Es handelt sich um die Gemeinschaftsprojekte „Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster“ (EQMS, in Kooperation mit dem Diözesan-Caritasverband Münster), „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA, in Kooperation mit dem Diözesan-Caritasverband Köln) und „Pflegequalität Hannover“ (in Zusammenarbeit mit der Gesundheitswirtschaft Hannover e.V.).

Inhalt und Aufbau des Schulungsmaterials

Das vorliegende Material ist auf einen Schulungsumfang von 1,5 Tagen zugeschnitten und in sieben Themen unterteilt, die – so die Empfehlung des IPW – im Rahmen der betreffenden Schulungen behandelt werden sollten. Sie umfassen zum Teil Informationen zum Indikatorenansatz, die das Verständnis für die Ergebniserfassung und die damit verbundenen Anforderungen fördern sollen. Die Kapitel 1 bis 3 stellen daher den Indikatorenansatz in groben Zügen vor.

In Kapitel 4 werden Ablauf und organisatorische Fragen angesprochen, die bei der Durchführung der Ergebniserfassung beachtet werden sollten. Es wird empfohlen, sich mit diesen Aspekten zu beschäftigen, bevor das Erhebungsinstrument im Detail vorgestellt wird.

Den Hauptteil des Schulungsmaterials machen die inhaltlichen und methodischen Erläuterungen zur Durchführung der Ergebniserfassung und zum dazu vorgesehenen Instrument aus (Kapitel 5).

Darüber hinaus umfasst das vorliegende Material Hinweise zur Förderung der Datenqualität und zur Durchführung der Plausibilitätskontrolle, die durch externe Stellen durchgeführt wird (Kapitel 6). Kapitel 7 schließlich beinhaltet einige Empfehlungen zur Verstetigung und Vertiefung des in der Schulung vermittelten Wissens. Es ist besonders wichtig, bei den Schulungsmaßnahmen zu berücksichtigen, dass zwischen Schulung und Durchführung der Ergebniserfassung möglicherweise ein längerer Zeitraum liegt und sich daher die Frage stellt, wie das erworbene Wissen unter diesen Umständen verstetigt werden kann.

Am Ende findet ein Anhang, der die Inhalte des Instruments abbildet, mit dem die Ergebniserfassung durchgeführt werden soll.

Das vorliegende Schulungsmaterial ist als „V 1.0“ – Version 1.0 – gekennzeichnet und wird im Verlauf der nächsten Monate bei Bedarf ggf. noch einmal angepasst.

Zusätzliche Informationen über den Indikatorenansatz sind an verschiedenen Stellen im Internet zu finden. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Homepage der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege. Hier besteht Zugriff auf die Projektergebnisse, die für die Einführung des neuen Prüfverfahrens, des Indikatorenansatzes und der neuen öffentlichen Qualitätsdarstellungen wichtig sind. Auch die neuen „Maßstäbe und Grundsätze“ sind an dieser Stelle verfügbar. Die Homepage ist erreichbar unter <https://www.gs-qa-pflege.de>

Verschiedene Materialien sind auch über die Homepage des IPW verfügbar. Die Homepage des IPW ist erreichbar unter <http://www.ipw-bielefeld.de>

1. Die Beurteilung von Ergebnisqualität: Einführung

Seit Einführung der Pflegeversicherung gibt es eine lebhafte Diskussion über die Frage, mit welchen Kriterien und Methoden die Qualität der pflegerischen Versorgung erfasst und beurteilt werden soll. Betont wurde dabei unter anderem, dass sich Qualitätsbeurteilungen nicht nur auf Strukturen und Prozesse richten sollten. Vielmehr müsste die Frage, was die Versorgung bei pflegebedürftigen Menschen bewirkt (=Versorgungsergebnisse), einen hohen Stellenwert bei Qualitätsbeurteilungen erhalten. Die Gesetzgebung in Deutschland hat diesen Gedanken vor mehr als 10 Jahren aufgegriffen: Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) wurde festgelegt, dass bei der Veröffentlichung von Qualitätsbeurteilungen die Ebene der Ergebnisqualität besonders zu beachten sei.

Die Umsetzung erwies sich jedoch als schwierig, denn zu diesem Zeitpunkt gab es in Deutschland noch kein Konzept, mit dem Ergebnisqualität in der Pflege ähnlich wie beispielsweise in den USA systematisch erfasst und beurteilt werden konnte. Dies änderte sich erst mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“³, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009-2010 durchgeführt wurde. Mit diesem Projekt wurde ein neuer Ansatz zur Indikatoren gestützten Beurteilung von Ergebnisqualität erarbeitet, der auf die Situation in Deutschland zugeschnitten ist. Zunächst mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012), später mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz (2015) wurde die Einführung dieser neuen Art der Qualitätsbeurteilung verbindlich vorgeschrieben.

Im Unterschied zur Beurteilung von Strukturen (personelle und sachliche Voraussetzungen der Versorgung) und Prozessen (Durchführung der Versorgung) steht bei der Beurteilung von Versorgungsergebnissen die Frage im Mittelpunkt, wie es dem pflegebedürftigen Menschen geht. Wie entwickelt sich seine Gesundheit? Wie verändert sich seine Selbständigkeit im Umgang mit der Pflegebedürftigkeit und dem Lebensalltag? Aber auch: Wie beurteilt er die Versorgung? Wie erlebt er die Versorgung und den Lebensalltag? Wie entwickelt sich sein Gesundheitsverhalten?

Beim Indikatorenansatz, der im Herbst 2019 eingeführt wird, stehen die Frage nach der Selbständigkeit und die gesundheitliche Entwicklung im Mittelpunkt. Mit diesem neuen Ansatz entsteht eine zweite Säule der Qualitätsbeurteilung, die unabhängig von den externen Qualitätsprüfungen zu sehen ist, die von den Pflegekassen in Auftrag gegeben werden. Die Einrichtungen übernehmen eine aktive Rolle im Zusammenhang mit Qualitätsbeurteilungen und sorgen dafür, dass Versorgungsergebnisse in regelmäßigen Abständen erfasst werden. Damit entsteht zugleich eine neue Informationsgrundlage für das interne Qualitätsmanagement. Denn die Indikatoren zeigen der interessierten Öffentlichkeit nicht nur

³ Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Hg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Berlin

die Stärken und Schwächen der Versorgung. Sie ermöglichen es auch, die Wirkung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung regelmäßig zu beurteilen.

Schließlich ist mit dem neuen Ansatz auch die Zielsetzung verbunden, mehr Rationalität in die öffentliche Qualitätsdiskussion zu bringen. In der Vergangenheit wurde immer wieder die Erfahrung gemacht, dass Qualitätsdefizite im Bereich von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der Öffentlichkeit nicht gut auseinandergehalten werden. Zum Teil wurden Dokumentationsschwächen mit einer gesundheitlichen Schädigung der Bewohner verwechselt. Indikatoren für Ergebnisqualität haben den Vorteil, dass sie solche Verwechslungen ausschließen und unmissverständlich etwas über die Situation des Bewohners aussagen.

2. Indikatoren für Ergebnisqualität

Mit dem Begriff „Versorgungsergebnisse“ wird in der stationären Langzeitpflege also das beschrieben, was durch die Pflege und andere unterstützende Maßnahmen beim Bewohner über einen längeren Zeitraum hinweg bewirkt wird.

Im vorliegenden Ansatz werden Versorgungsergebnisse jedoch nicht für einen Einzelfall, sondern für die Gesamtheit der Bewohner bewertet. Hierzu nutzt man sog. Qualitätsindikatoren. Sie werden häufig auch als „Qualitätskennzahlen“ bezeichnet und stellen die Versorgungsqualität in der Regel mit Hilfe von Prozentwerten dar. Diese Prozentwerte geben an, wie häufig ein bestimmtes Ereignis in der Einrichtung aufgetreten ist. Zum Beispiel:

- Anteil der Bewohner, die in den letzten sechs Monaten einen Dekubitus entwickelt haben (z.B. 4 von 20 = 20,0 %).
- Anteil der Bewohner mit erhaltener Mobilität nach 6 Monaten (z.B. 45 von 55 = 81,8 %).
- Anteil der kognitiv beeinträchtigten Bewohner, die in den letzten 4 Wochen eine Gurtfixierung erlebt haben (z.B. 2 von 65 = 3,1 %).

Um solche Anteilswerte zu ermitteln, muss bekannt sein, wie häufig ein bestimmtes Ereignis unter den Bewohnern auftrat (z.B. Entstehung eines Dekubitus). Außerdem müssen verschiedene weitere Informationen vorliegen, um eine verlässliche Qualitätsbeurteilung vornehmen zu können. So muss beispielsweise berücksichtigt werden, dass ein im Krankenhaus entstandener Dekubitus nicht im Verantwortungsbereich der Einrichtung liegt. Auch darf nicht außer Acht bleiben, dass ein Dekubitus bei bestimmten Bewohnergruppen häufiger auftritt als bei anderen.

Insofern gibt es eine Reihe von Anforderungen und Faktoren, die bei der Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von Indikatoren berücksichtigt werden müssen. Die wichtigsten Merkmale des vorliegenden Indikatorenansatzes lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- In die Qualitätsbeurteilung werden – bis auf einige wenige, definierte Ausnahmen (z.B. Bewohner in der Sterbephase) – sämtliche Bewohner einbezogen (keine Stichproben).
- Die Indikatoren sagen aus, wie häufig es bei einem bestimmten Thema zu erwünschten oder unerwünschten Ereignissen in der Einrichtung kam.
- Indikatoren für Ergebnisqualität beschreiben nicht nur negative, sondern auch positive Ergebnisse.
- Nicht jedes unerwünschte Ereignis lässt sich vermeiden, aber die Häufigkeit lässt sich reduzieren. Auch lässt sich nicht in jedem Einzelfall das angestrebte positive Ergebnis erzielen.
- Es gibt keine fachlichen Standards dazu, wie Kennzahlen zu bewerten sind. Deshalb erfolgt eine Bewertung anhand der Frage, inwieweit die Versorgungsergebnisse einer Einrichtung von den Versorgungsergebnissen der Gesamtheit der Einrichtungen (z.B. Bundesdurchschnitt) positiv oder negativ abweichen.
- Unterschiede der Bewohnerstruktur müssen soweit wie möglich neutralisiert werden, wenn man Versorgungsergebnisse vergleichen will. Hierzu dienen bestimmte Bewertungsregeln. Mit ihnen wird unter anderem definiert, welche Bewohnergruppen verglichen werden können.
- Was bewertet wird, muss im Verantwortungsbereich der Einrichtungen liegen. Ergebnisse, die maßgeblich durch andere Personen oder Institutionen beeinflusst werden (z.B. durch eine ärztliche Behandlung), können nicht berücksichtigt werden.
- Der Indikatorenansatz verhält sich gegenüber den jeweiligen Pflegekonzepten neutral. Die Ergebnisse, die bewertet werden, sind unabhängig vom jeweiligen Pflegekonzept relevant.

Auf dieser Grundlage werden mit dem Indikatorenansatz insgesamt 10 Aspekte bewertet:

- 1. Erhaltene Mobilität***
- 2. Erhaltene Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen***
- 3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags**
- 4. Dekubitusentstehung***
- 5. Schwerwiegende Sturzfolgen***
- 6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust***
- 7. Durchführung eines Integrationsgesprächs**
- 8. Anwendung von Gurten**
- 9. Anwendung von Bettseitenteilen**
- 10. Aktualität der Schmerzeinschätzung**

Bei jenen Themen, die mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet sind, kommen zwei Indikatoren zur Anwendung. Das hängt damit zusammen, dass Versorgungsergebnisse für zwei Bewohnergruppen (Risikogruppen) getrennt betrachtet werden, weil es sonst zu Verzerrungen aufgrund der unterschiedlichen Bewohnerstruktur in den Einrichtungen kommen würde. Häufig spielt dabei das Vorliegen kognitiver Beeinträchtigungen eine Rolle, denn gute Versorgungsergebnisse sind bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern schwieriger zu erzielen als bei anderen. Deshalb gibt es z.B. beim Thema „Erhaltene Mobilität“ die folgende Unterscheidung:

- a) *Erhaltene Mobilität* bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
- b) *Erhaltene Mobilität* bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.

Die **Qualitätsbewertung** erfolgt, indem das Ergebnis der Einrichtung mit dem Durchschnittswert aller Einrichtungen verglichen wird: Angenommen, der Anteil der Bewohner mit erhaltener Mobilität liegt in der Einrichtung bei kognitiv nicht oder nur gering beeinträchtigten Bewohnern bei 63%, der Bundesdurchschnitt bei der gleichen Bewohnergruppe jedoch bei 88%. Das bedeutet, dass die Ergebnisqualität im Falle des Mobilitätserhalts in dieser Einrichtung weit unter dem Durchschnitt liegt.

Genau so lautet dann auch die Qualitätsbeurteilung: „Die Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt“. Auch hierfür gibt es feststehende Regeln bzw. sog. Referenzwerte, die besagen, von welchem Punkt an (bei welchem Abstand vom Durchschnittswert) eine bestimmte Bewertung erfolgt. Insgesamt werden fünf Stufen unterschieden:

Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt:	●●●●●
Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt:	●●●●○
Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt:	●●●○○
Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt:	●●○○○
Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt:	●○○○○

Bei Indikatoren, bei denen lediglich bei einem einzelnen Bewohner ein negatives Ergebnis aufgetreten ist, erfolgt nur dann eine Bewertung, wenn das Ergebnis dennoch positiv ausfällt. Anderenfalls findet sich der Hinweis „Einzelfall“. Es gilt der Grundsatz, dass eine Einrichtung aufgrund eines Einzelfalls weder negativ noch als „durchschnittlich“ bewertet werden darf.

3. Hinweise zu den Indikatorendefinitionen

Neben dieser Gruppenbildung ist eine ganze Reihe weiterer Regeln zu berücksichtigen, wenn sichergestellt werden soll, dass eine aussagekräftige Qualitätsbeurteilung stattfindet. Deshalb ist jeder Indikator genau definiert. Für die Ergebniserfassung selbst spielen diese Regeln keine Rolle, für die statistische Auswertung sind sie jedoch äußerst wichtig.

Es sind teilweise recht komplizierte Definitionen, die den Ein- und Ausschluss von Bewohnern in die Berechnung des jeweiligen Indikators regeln und aussagen, welche Situation bei der Auswertung wie zu beurteilen ist. Bei jedem Thema fallen diese Regeln anders aus. Einige Beispiele:

- Bewohner, die in den letzten sechs Monaten einen Schlaganfall erlitten haben, werden bei der Berechnung der Indikatoren zum Mobilitätserhalt nicht berücksichtigt.
- Ein im Krankenhaus erworbener Dekubitus zählt nicht als negatives Ereignis bei der Berechnung der Indikatoren zur Dekubitusentstehung.
- Bewohner, die unter einer bösartigen Tumorerkrankung leiden, werden bei der Berechnung der Indikatoren zum Gewichtsverlust nicht berücksichtigt.

Letztlich geht es immer darum, nach einheitlichen Maßstäben für jede Einrichtung Prozentwerte zu berechnen, die mit den Werten anderer Einrichtungen vergleichbar sind. Absolute Genauigkeit kann dabei natürlich nicht erreicht werden, denn bei Beurteilungen in der Pflege geht es nicht um naturwissenschaftliche Sachverhalte.

Um Versorgungsergebnisse zuverlässig erfassen zu können, ist – wie schon gesagt – die genaue Kenntnis der Indikatorendefinitionen nicht erforderlich. Wer sich dafür interessiert, kann sich aber in den „Maßstäben und Grundsätzen“ im Detail informieren. Dort sind die genauen Indikatorendefinitionen nachzulesen.

4. Ablauf und Organisation der Ergebniserfassung

Die Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Indikatoren setzt eine regelmäßige Informationserfassung für die Bewohner voraus. Zukünftig werden die Einrichtungen im Abstand von sechs Monaten eine solche „Ergebniserfassung“ durchführen. Die erhobenen Informationen werden einer neutralen Datenauswertungsstelle (DAS) übergeben, die die Qualität der Daten überprüft und die Auswertung vornimmt.

Der Einstieg in das neue System erfolgt über eine Registrierung der Einrichtung bei der Datenauswertungsstelle. Bei dieser Registrierung wird ein **Stichtag** festgelegt, der für die zeitliche Organisation der Ergebniserfassung von großer Bedeutung ist. Der Stichtag entscheidet darüber, wann zukünftig die Ergebniserfassung erfolgen muss⁴. Wird beispielsweise als Stichtag der 1. Februar festgelegt, so ist die Ergebniserfassung zukünftig immer in der ersten Februarhälfte und (sechs Monate später) in der ersten Augusthälfte durchzuführen.

Von diesem Stichtag aus erfolgt die weitere zeitliche Organisation:

Alle Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben bzw. Versorgungsleistungen von der Einrichtung erhalten, werden zunächst in einer Liste, dem sog. Erhebungsreport, aufgeführt. Im zweiten Schritt wird von der Einrichtung geprüft, welche dieser Bewohner aus der Ergebniserfassung ausgeschlossen werden. Die **Ausschlusskriterien** sind:

- Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag
- Bewohner ist Kurzzeitpflegegast
- Bewohner befindet sich in der Sterbephase
- Bewohner hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z.B. wegen einer Krankenhausbehandlung⁵ oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen).

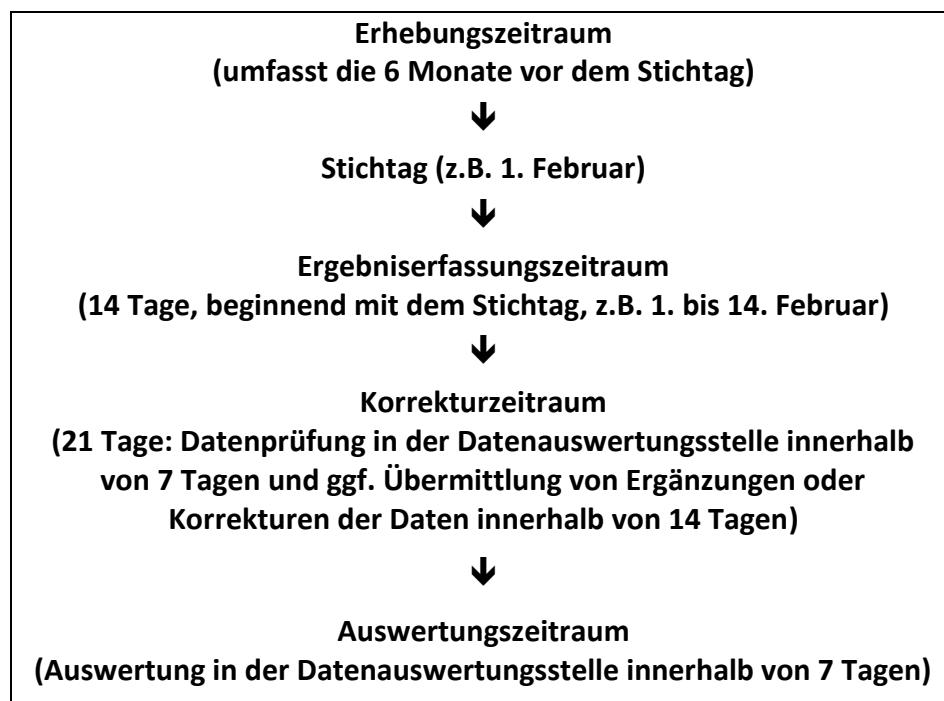
Für Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines dieser Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Sie werden jedoch im Erhebungsreport unter Nennung des Ausschlusskriteriums aufgeführt, sodass nachvollziehbar ist, aus welchem Grund keine Ergebniserfassung erfolgte (z.B. „Kurzzeitpflegegast“). Auch wenn Bewohner, für die vor sechs Monaten eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, inzwischen verstorben sind, ist dies kenntlich zu machen. Alle anderen Bewohner werden in die Ergebniserfassung einbezogen.

⁴ Bei der Registrierung schlagen die Einrichtungen drei mögliche Stichtage vor. Die Datenauswertungsstelle prüft, ob diese Vorschläge auf eine bundesweit gleichmäßige Verteilung der Stichtage hinauslaufen (Extrembeispiel: alle Einrichtungen möchten die Ergebniserfassung im Februar durchführen). Droht eine ungleichmäßige Verteilung, bietet die Datenauswertungsstelle der Einrichtung ihrerseits drei alternative Stichtage an, von denen die Einrichtung einen auswählen muss (die Monate Juni und Dezember sind dabei ausgenommen).

⁵ Einschl. stationäre Rehabilitation, während der sich der Bewohner ebenfalls nicht in der Einrichtung aufhält.

Mit dem Stichtag beginnt der sog. **Ergebniserfassungszeitraum, der insgesamt 14 Tage umfasst**. Während dieser Zeit muss die Ergebniserfassung durchgeführt werden und die Datenübermittlung an die Datenauswertungsstelle erfolgen.

Gibt es keine nennenswerten Probleme mit der Datenqualität, vollzieht sich der weitere Prozess ohne zusätzliche Aktivitäten auf Seiten der Einrichtung. Innerhalb von sieben Tagen prüft die Datenauswertungsstelle die Daten und übermittelt der Pflegeeinrichtung einen Bericht über die Vollständigkeit und die statistische Plausibilität der übermittelten Daten (s. Abschnitt 7). Sind die Daten hingegen unvollständig, muss die Einrichtung innerhalb von 14 Tagen einen vervollständigten Datensatz übermitteln. Ähnliches gilt für Unstimmigkeiten (fehlende Plausibilität), die z.B. aufgrund von gravierenden Eingabefehlern entstanden sind. Unter Berücksichtigung etwaiger Ergänzungen oder Korrekturen erfolgt innerhalb von sieben Tagen die Auswertung. Nach abgeschlossener Auswertung erhält die Einrichtung einen Feed-Back-Bericht, der auch die Ergebnisse der Indikatorenberechnung enthält. Die folgende Abbildung stellt den zeitlichen Verlauf noch einmal schematisch dar:



Um die Ergebniserfassung ohne nennenswerte zeitliche Probleme durchführen zu können, ist es empfehlenswert, bereits vor dem Stichtag alle wichtigen Vorbereitungen abgeschlossen zu haben und direkt am Stichtag mit der Ergebniserfassung zu beginnen.

Zu den Vorbereitungen gehört die **Erstellung bzw. Aktualisierung des Erhebungsreports**. Hierbei handelt es sich um ein wichtiges Dokument, das der internen Steuerung der Ergebniserfassung dient, das aber auch für die externen Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen eine wichtige Funktion hat. Der Er-

hebungsreport muss *mindestens* eine vollständige Aufstellung der zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohner, eine Kennzeichnung der ausgeschlossenen Bewohner und Angaben über den jeweiligen Ausschlussgrund enthalten.

Darüber hinaus muss die Einrichtung eine **Liste zur Pseudonymisierung der Bewohner** erstellen. In dieser Pseudonymisierungsliste wird jedem Bewohner eine eindeutige, innerhalb der Einrichtung einmalig vergebene, bis zu sechsstellige Nummer zugeordnet (z.B. laufende Nummer: 000001, 000002, 000003 usw.). Ein Pseudonym wird einmalig vergeben und darf danach nicht noch einmal zugeordnet werden, auch dann nicht, wenn der betreffende Bewohner verstorben oder ausgezogen ist.

Die „Maßstäbe und Grundsätze“ enthalten neben diesen Mindestvorgaben und dem Hinweis auf die notwendige Einhaltung von Datenschutzvorschriften keine weiteren Vorgaben. Es bietet sich jedoch an, die Pseudonymisierung und den Erhebungsreport in einem Dokument zusammenzufassen. Die folgende Abbildung zeigt einen Auszug aus einem Instrument, das vom IPW für Projekteinrichtungen erstellt worden ist. Nach einem ähnlichen Schema können die Einrichtungen den Erhebungsreport aufbauen und die Pseudonymisierungsliste integrieren.

Name, Vorname	Pseudonym		März 2015	Sept 2015
Meyer, Elfriede	1001		20.03.2015	10.09.2015
Müller, Edith	1002		25.03.2015	07.09.2015
Schmit Konstantin	1003		KPF	
Mustermann, Werner	1004		20.03.2015	10.09.2015
Ohnesorg, Franz	1005		26.03.2015	07.09.2015
Morgenthau, Maria	1006		26.03.2015	verstorben
Abendroth, Henry	1007			Einzug am 1.9.

In dieser Liste wurde für jeden Bewohner angegeben, wann die Ergebniserfassung stattgefunden hat oder aus welchem Grund der Bewohner nicht in die Ergebniserfassung einbezogen wurde (z.B. „KPF“=Kurzzeitpflege, „verstorben“ oder „Einzug am 1.9.“). Für jede weitere Ergebniserfassung kann eine neue Spalte ergänzt werden. Nutzt man eine elektronische Tabelle, können nicht benötigte Spalten (alte Ergebniserfassungen) und Zeilen (Bewohner, die nicht mehr von der Einrichtung versorgt werden) ausgeblendet werden, sodass man immer eine übersichtliche Liste vor sich hat, bei Bedarf aber auch auf ältere Informationen zurückgreifen kann.

Es ist dringend zu empfehlen, den Erhebungsreport bzw. die Pseudonymisierungsliste mit großer Sorgfalt zu verwalten. Nur die Einrichtung hat die Möglichkeit, mit Hilfe der Pseudonymisierungsliste Bewohner und Nummern zuzuordnen. Die Listen dürfen daher nicht verlorengehen und müssen vor unbefugtem Zugriff geschützt werden.

Wenngleich die Anforderungen an das Führen dieser Dokumente nicht besonders hoch sind, sollte diese Aufgabe in der Verantwortung einer Leitungsperson oder einer Stabsstelle mit einem hinreichenden technischen und organisatorischen Erfahrungshintergrund liegen. Wie die Erfahrungen aus Projekten zeigen, sind Fehler in einem Erhebungsreport nicht selten; für die betreffende Einrichtung kann dies einen erheblichen Korrekturaufwand mit sich bringen. Der Erhebungsreport ist den Prüfinstitutionen von der Pflegeeinrichtung zu Beginn der externen Qualitätsprüfung vorzulegen.

Wichtig für die Vorbereitung sind des Weiteren interne Absprachen und Festlegungen für die Durchführung der Ergebniserfassung. Als grobe Orientierung für die erste Ergebniserfassung sollte davon ausgegangen werden, dass je Bewohner ca. 15-20 Minuten Zeit aufgewendet werden müssen (geübte Mitarbeiter benötigen später i.d.R. zwischen 10 und 15 Minuten, zum Teil weniger). Soll die Ergebniserfassung in einem Wohnbereich mit 20 Bewohnern durchgeführt werden, so bestünde ein mögliches Vorgehen darin, die Erfassung täglich für vier oder fünf Bewohner durchzuführen. Dazu müssten eine Woche lang täglich rund anderthalb Stunden Zeit eingeplant werden. Es sollten auch von geübten Mitarbeitern täglich nicht mehr als sechs „Fälle“ bearbeitet werden, weil dann die Gefahr wächst, mechanisch und oberflächlich vorzugehen oder Flüchtigkeitsfehler zu machen.

Manche Voraussetzungen, die für den Regelbetrieb benötigt werden, sind derzeit noch nicht absehbar und werden erst im Laufe des Jahres 2019 hergestellt. Das gilt beispielsweise für die technischen Lösungen, mit denen am Ende die erfassten Informationen an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden⁶. Prinzipiell kommen zwei Möglichkeiten in Betracht:

- a) die online-Eingabe der Informationen und
- b) die Nutzung von eigenen EDV-Programmen, mit denen die erforderlichen Informationen gesammelt und dann an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden.

Für die Anwender ergeben sich dadurch keine gravierenden Unterschiede. Denn unabhängig von den technischen Einzelheiten geben die Mitarbeiter, die die Ergebniserfassung durchführen, die Informationen an einem Bildschirmarbeitsplatz ein. Sie sehen eine Art elektronisches Formular vor sich, das sie Schritt für Schritt bearbeiten.

⁶ Bei der Datenübermittlung sind verschiedene Vorgaben der Datenauswertungsstelle zu berücksichtigen, die im Laufe des Jahres 2019 bekannt gegeben werden.

5. Durchführung der Ergebniserfassung

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). Die Informationen werden für jeden Bewohner gesondert zusammengestellt.

Bei der Entwicklung der Indikatoren wurde darauf geachtet, dass möglichst keine neuen Informationspflichten für die Einrichtungen entstehen. Abgesehen von der Beurteilung ausgewählter Fähigkeiten oder ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit (mit Hilfe der Module des aktuellen Begutachtungsinstruments) sollten alle benötigten Informationen in der Einrichtung vorhanden sein, ohne dass neue Dokumentationspflichten für die Mitarbeiter entstehen.

Im Folgenden wird schrittweise erläutert, wie die Informationserfassung erfolgt, d.h. welche Informationen benötigt werden und was bei ihrer Zusammenstellung ggf. zu berücksichtigen ist. Die Erläuterungen orientieren sich an der Abfolge des Erfassungsbogens, der im Anhang abgebildet ist.

! Dieser Erfassungsbogen, der aus den „Maßstäben und Grundsätzen“ übernommen wurde, enthält häufig die Formulierung „seit der letzten Ergebniserfassung“. Zum Beispiel wird danach gefragt, ob der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt ist. Für die erste Ergebniserfassung ist das eine scheinbar unpassende Formulierung, da ja noch gar keine andere Erfassung stattgefunden hat. Das erklärt sich daraus, dass in den „Maßstäben und Grundsätzen“ das Instrument abgedruckt ist, das im Routinebetrieb verwendet werden soll. Bei der ersten Ergebniserfassung ist an den betreffenden Stellen immer die *Zeit der sechs Monate vor dem Stichtag* gemeint.

5.1 Allgemeine Angaben (Abschnitt A des Erfassungsinstruments)

Neben den Informationen, die einen direkten Bezug zu den Versorgungsergebnissen aufweisen, werden verschiedene andere, allgemeine Angaben benötigt. Dazu gehören zunächst einmal die folgenden Informationen:

- **Einrichtungskennung:** Eine Zahlenfolge zur eindeutigen Identifizierung der Einrichtung. Sie wird der Einrichtung von der Datenauswertungsstelle mitgeteilt.
- **Wohnbereich:** Bezeichnung des Wohnbereichs, in dem der Bewohner derzeit lebt

- Bewohnercode: Dies ist das Pseudonym, d.h. eine Ziffernfolge zur Identifizierung des „Falls“ unter Beibehaltung der Anonymität
- Datum der Ergebniserfassung
- Datum des Heimeinzugs: Bei direktem Übergang aus der Kurzzeitpflege gilt der Beginn der vollstationären Dauerpflege als Datum des Heimeinzugs.
- Geburtsmonat
- Geburtsjahr
- Geschlecht
- Pflegegrad.

Im Anschluss werden gravierende Krankheitsereignisse erfragt, die erheblichen Einfluss auf die Selbstständigkeit des Bewohners haben können:

A.5	<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Apoplex am: (Datum)</p> <p><input type="checkbox"/> Fraktur am: (Datum)</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt am: (Datum)</p> <p><input type="checkbox"/> Amputation am: (Datum)</p>
------------	---

Es ist jeweils anzukreuzen, ob es einen entsprechenden Vorfall gab. Wenn ja, ist außerdem das Datum einzutragen. Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, geben Sie bitte die Mitte des betreffenden Monats an (z.B. 15.01.2020).

A.6	<p>Wurde der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Wenn ja:</u></p> <p>Geben Sie bitte den Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den <u>Aufenthalt mit der längsten Dauer</u> wählen):</p> <p>Vom: Bis: Grund:</p> <p><u>Bei mehreren Krankenhausaufenthalten:</u></p> <p>Bitte Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung angeben:</p> <p>Bitte <u>Gesamtzahl</u> der Tage angeben, die der Bewohner bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat:</p>
------------	---

Bei mehreren Aufenthalten sind hier Angaben über den Aufenthalt mit der längsten Dauer zu machen. Erfragt werden anschließend die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und die Gesamtzahl der Tage, die im Krankenhaus verbracht wurden.

A.7	Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet? <input type="checkbox"/> Ja, invasive Beatmung <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht invasiv <input type="checkbox"/> Nein
-----	--

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

A.8	Bewusstseinszustand: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Wachkoma
-----	--

Es ist anzugeben, welche der folgenden Zustandsbeschreibungen auf den Bewusstseinszustand des Bewohners am besten zutrifft:

- **wach:** Der Bewohner ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen.
- **schläfrig:** Der Bewohner ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.
- **somnolent:** Der Bewohner 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 kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.
- **Wachkoma:** Dies trifft nur dann zu, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt.

Anzugeben ist hier die für den Bewohner 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.

A.9	Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner vorliegen: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bösartige Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Tetraplegie/Tetraparese <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Chorea Huntington <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom
-----	--

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

5.2 Erfassung der Selbständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten

Nach Erfassung der allgemeinen Angaben erfolgt die Einschätzung der Selbständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten des Bewohners. Hierbei kommen die Module des aktuellen Begutachtungsinstruments zur Anwendung (BI, auch bekannt als „Neues Begutachtungsassessment“ – NBA). Selbständigkeit ist in diesem 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 dabei mit 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. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

Es ist empfehlenswert, bei der Einschätzung folgendermaßen vorzugehen:

1. Zunächst sollte man sich die Frage stellen, ob bei der betreffenden Aktivität überhaupt personelle Hilfe erforderlich ist. Wenn keine Hilfe erforderlich ist, lautet das Ergebnis „selbständig“, und es kann mit dem nächsten Aspekt fortgefahren werden.
2. Trifft „selbständig“ nicht zu, sollte im zweiten Schritt das andere Extrem überprüft werden. Kann der Bewohner (mit Hilfe) wenigstens noch einige Teile der Aktivität durchführen? Sind noch Ressourcen vorhanden? Wenn dies nicht oder in nicht nennenswertem Umfang der Fall ist, lautet das Ergebnis „unselbständig“. Es kann mit dem nächsten Aspekt fortgefahren werden.
3. Trifft auch „unselbständig“ nicht zu, muss zwischen den beiden verbliebenen Alternativen gewählt werden: Ist der Bewohner überwiegend *selbständig* und überwiegend *unselbständig*? Kann der *größte Teil* einer Aktivität oder nur der *geringere Teil* einer Aktivität selbständig durchgeführt werden? Wenn die Situation unklar ist, können ggf. die Frage nach der erforderlichen Hilfeform (s.o.) oder die konkreten Hinweise, die in diesem Schulungsmaterial zu den einzelnen Aspekten der Selbständigkeit formuliert werden, weiterhelfen.

Mit diesem Vorgehen ist meist eine relativ schnelle und zuverlässige Beurteilung möglich. Die wichtigste Voraussetzung dabei ist allerdings eine genaue Kenntnis, was Bestandteil der jeweiligen Aktivität ist und was nicht.

! Machen Sie sich vor allem mit der Definition der Aktivitäten vertraut, bei denen die Selbständigkeit beurteilt werden soll. Dabei hilft Ihnen das vorliegende Schulungsmaterial weiter. Sie müssen wissen, welche Aktivitäten mit „Positionswechsel im Bett“, mit „Essen“ oder mit „Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen“ gemeint sind. Wenn Sie damit vertraut sind, ist die Einschätzung der Selbständigkeit bei den meisten Bewohnern schnell und sicher durchführbar.

Die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten beruht auf ähnlichen Grundsätzen. Hier ist einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Bitte beziehen Sie sich bei der Einschätzung auf die für den Bewohner typische Leistungsfähigkeit. Es werden vier Abstufungen unterschieden:

Die jeweilige 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.

Auch hier kann das oben beschriebene Vorgehen hilfreich sein:

1. Zunächst sollte man sich die Frage stellen, ob bei der betreffenden Fähigkeit nennenswerte Beeinträchtigungen erkennbar sind. Wenn nicht, lautet das Ergebnis „unbeeinträchtigt“.
2. Anderenfalls sollte im zweiten Schritt die Frage beantwortet werden: Ist die Fähigkeit noch in Teilen oder zeitweise erkennbar vorhanden? Wenn nicht, lautet das Ergebnis „nicht vorhanden“.
3. Trifft auch diese Beurteilung nicht zu, muss wieder zwischen den beiden verbliebenen Alternativen gewählt werden: Ist die Fähigkeit – z.B. die örtliche Orientierung – die meiste Zeit über bzw. in den meisten Situationen vorhanden? Oder ist es eher so, dass der Bewohner häufig Schwierigkeiten hat, sich örtlich zu orientieren?

! Auch bei der Einschätzung von Fähigkeiten gilt: Machen Sie sich vor allem mit der Definition der Fähigkeiten vertraut. Beachten Sie besonders die Definitionen im Schulungsmaterial, die die jeweilige Fähigkeit beschreiben.

Nachfolgend werden die einzuschätzenden Aktivitäten und Fähigkeiten im Einzelnen beschrieben. Die Reihenfolge orientiert sich an dem in den „Maßstäben und Grundsätzen“ abgedruckten Instrument. Bitte beachten Sie:

! Die Nummerierung in dem Instrument, das in den „Maßstäben und Grundsätzen“ abgedruckt ist, folgt der Nummerierung im Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Daher gibt es Sprünge in der Nummerierung. Es fehlen die Nummern 3 und 5, weil die betreffenden Module aus dem Begutachtungsinstrument nicht benötigt werden.

1. Mobilität

Die Einschätzung der Mobilität richtet sich **ausschließlich auf die motorische Fähigkeit**, eine Körperhaltung einzunehmen bzw. zu wechseln und sich fortzubewegen. Bei anderen Aktivitäten werden psychische und geistige Aspekte berücksichtigt, bei der Mobilität hingegen nicht. Zu beurteilen sind hier also lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die Orientierungsfähigkeit oder Motivation des Bewohners. Hier werden also nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen abgebildet.

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

1.1 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 (Aufrichter, Bettgitter, 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: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z.B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z.B. „Arme vor der Brust verschränken“).

Unselbständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind. Die Person kann sich beim Positionswechsel nicht oder nur minimal beteiligen.

1.2 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: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nur kurz (z.B. während einer Mahlzeit oder während des Waschens) selbständig in der Sitzposition halten kann. Darüber hinaus benötigt sie Personenhilfe zur Korrektur der Sitzposition.

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

1.3 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.

1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs

Sich innerhalb einer Wohnung oder im Wohnbereich einer Einrichtung zwischen den Zimmern sicher bewegen, ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. Stock, Rollator, Rollstuhl, Gegenstand). Als Anhaltsgröße für übliche Gehstrecken innerhalb einer Wohnung werden mindestens 8 m festgelegt. Die Fähigkeiten zur räumlichen Orientierung sind hier nicht zu berücksichtigen.

Selbständig: Selbständig ist der Bewohner auch dann, wenn er sich ohne Hilfe anderer Personen unter Nutzung von Hilfsmitteln im Wohnbereich fortbewegen kann.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist beispielsweise erforderlich im Sinne von Bereitstellen von Hilfsmitteln (Rollator, Gehstock, Rollstuhl), 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 krabbelnd oder robbend fortbewegen kann, ändert dies nichts an der Bewertung als „überwiegend unselbständig“.

Unselbständig: Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden, keine Eigenbeteiligung.

1.5 Treppensteigen

Die Überwindung von Treppen zwischen zwei Etagen. Treppensteigen ist unabhängig davon zu bewerten, ob in der Wohnumgebung Treppen vorhanden sind. Es sind auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

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

Überwiegend selbständig: Die Person kann die eine Treppe alleine steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos.

Überwiegend unselbständig: Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich. Auch wenn das Treppensteigen ohne Unterstützung unverhältnismäßig lange dauern würde und daher ein Stützen notwendig ist, ist mit „überwiegend unselbständig“ zu bewerten.

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

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

Die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d.h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn und die Pflegekräfte der Pflegeeinrichtung. Eine sichere Benennung mit dem Namen ist nicht erforderlich.

Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt: Die Person erkennt andere Personen aus ihrem näheren Umfeld unmittelbar.

Die Fähigkeit ist größtenteils vorhanden, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeit des Kontaktes in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.

Von einer in geringem Maße vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die aus dem näheren Umfeld stammenden Personen nur selten erkannt werden oder wenn die Fähigkeit ggf. von der Tagesform abhängt, d. h. im Zeitverlauf erheblichen Schwankungen unterliegt.

Fähigkeit nicht vorhanden: Auch Familienmitglieder werden nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

2.2 Örtliche Orientierung

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

Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt: Die Frage, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, kann korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten erkannt. Ein Verirren in den Räumlichkeiten des Wohnbereichs kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

Bei größtenteils vorhandener Fähigkeit bestehen Schwierigkeiten, sich in der außerhäuslichen Umgebung zu orientieren (beispielsweise nach Verlassen des Gebäudes wieder den Weg zurück zu finden) oder nach Verlassen des Wohnbereichs sich im übrigen Gebäude zurechtzufinden. In den eigenen Wohnräumen existieren solche Schwierigkeiten hingegen nicht.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat auch in der gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege werden nicht immer erkannt.

Bei nicht vorhandener Fähigkeit ist die Person selbst in der eigenen Wohnumgebung regelmäßig auf Unterstützung angewiesen.

2.3 Zeitliche Orientierung

Die 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/unbeeinträchtigt: 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 auch 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: Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder nicht vorhanden.

2.4 Sich erinnern

Die Fähigkeit, wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegender Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) wie auch länger zurückliegende. Möglichkeiten, Aufschluss über die Fähigkeit des Erinnerns an kurz zurückliegende Ereignisse zu erhalten, bestehen beispielsweise in der Frage danach, was zum Frühstück gegessen wurde oder mit welchen Tätigkeiten man den Vormittag verbracht hat. Im Hinblick auf das Langzeitgedächtnis kommt beispielsweise bei Erwachsenen die Frage nach Geburtsjahr, Geburtsort oder wichtigen Bestandteilen des Lebensverlaufs wie Eheschließung, Berufstätigkeit etc. in Betracht.

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

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person Schwierigkeiten hat, sich an manche kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und/oder hierzu länger nachdenken muss, aber keine nennenswerten Probleme hat, Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte zu erinnern.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Kurz zurückliegende Ereignisse werden häufig vergessen. Nicht alle, aber wichtige Ereignisse aus der eigenen Lebensgeschichte sind (noch) präsent.

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

2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

Die Fähigkeit, 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 und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie 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.

2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben

Fähigkeit, folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltag zu treffen.

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur Entscheidungen einbezogen werden, die zum Alltagsleben gehören. Dazu zählt beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Familienangehörige anrufen oder einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen.

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

Als vorhandene Fähigkeit gilt, wenn Personen auch in unbekanntem Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (z.B. Umgang mit unbekanntem Personen, die den Wohnbereich betreten).

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn im Rahmen der Alltagsroutinen oder zuvor besprochenen Situationen Entscheidungen getroffen werden können, die Person aber Schwierigkeiten in unbekanntem Situationen.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person zwar Entscheidungen trifft, diese Entscheidungen jedoch in der Regel nicht geeignet sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen bzw. Sicherheit und Wohlbefinden (Bedürfnisbefriedigung) zu gewährleisten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Person mit nur leichter Bekleidung bei winterlichen Temperaturen im Freien spazieren gehen will. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn Sicherheitsaspekte nicht berücksichtigt werden können (Beispiel: Person möchte das Haus verlassen, obwohl sie sich ohne Unterstützung verlaufen würde). Weiterhin liegt eine schwere Beeinträchtigung vor, wenn die Person ohne Unterstützung (in Form von Anleitung, Aufforderung, Aufzeigen von Handlungsalternativen) nicht in der Lage ist, zu Entscheidungen zu gelangen.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Entscheidungen auch mit Unterstützung nicht mehr oder nur selten getroffen werden (keine deutbare Reaktion auf das Angebot mehrerer Entscheidungsalternativen).

2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen

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

Erneut geht es in diesem Zusammenhang 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 (gemeinschaftliche Aktivitäten mit anderen Menschen, Versorgung durch eine Pflegekraft, 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.

Die Fähigkeit gilt als vorhanden, wenn Personen die Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne nennenswerte Probleme verstehen können.

Eine größtenteils vorhandene Fähigkeit liegt vor bei Personen, die einfache Sachverhalte und Informationen nachvollziehen können, bei komplizierten jedoch Schwierigkeiten haben.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und Informationen verstehen kann.

2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren

An dieser Stelle sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen, beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden oder auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z.B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder außerhäusliche Gefahrenzonen (verkehrsreiche Straßen etc.).

Fähigkeit vorhanden: Die Person erkennt ohne weiteres Risiken und Gefahrenquellen, auch wenn sie (z.B. aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen) nicht in der Lage ist, ihnen aus dem Weg zu gehen.

Von einer Fähigkeit größtenteils vorhandenen ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden.

Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn Risiken und Gefahren, denen die Person häufiger begegnet (insbesondere in der Wohnumgebung), häufig nicht als solche erkannt werden.

Fähigkeit nicht vorhanden: Risiken und Gefahren werden so gut wie gar nicht erkannt.

2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

Die Fähigkeit, Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. zu äußern. Bei Sprachstörungen ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln.

Als vorhanden gilt die Fähigkeit bei Personen, die diese Bedürfnisse mitteilen kann.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich 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. Keine deutbaren Reaktionen.

2.10 Verstehen von Aufforderungen

Die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen (wie z.B. essen, trinken, kleiden, beschäftigen) zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

Fähigkeit vorhanden: Beispielsweise werden verbal formulierte Aufforderungen verstanden und nach den individuellen Möglichkeiten umgesetzt.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Einfache Bitten und Aufforderungen (wie z.B. „Setzen Sie sich bitte an den Tisch“, „Ziehen Sie sich die Jacke über“, „prosit“) werden verstanden, Aufforderungen in nicht alltäglichen Situationen müssen erklärt werden. Ggf. sind laute Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache oder Schrift erforderlich, um Aufforderungen verständlich zu machen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person kann Aufforderungen/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 Aufforderungen kaum oder nicht verstehen.

2.11 Beteiligung an einem Gespräch

Die Fähigkeit, in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen, sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung des Gesprächs Inhalte einzubringen. Hierbei sind auch die Auswirkungen von Hör- und Sprechstörungen zu berücksichtigen.

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 laute 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. Sie zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z.B. mit ja oder nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). 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.

4. Selbstversorgung

Im Zusammenhang mit der Selbstversorgung werden zunächst einige besondere Bedarfsaspekte erfasst:

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

Erfolgt die Ernährung des Bewohners 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

Nach der Erfassung dieser Besonderheiten erfolgt wieder die Einschätzung der Selbständigkeit. Bitte berücksichtigen Sie dabei die Ausführungen am Beginn des Abschnitts 5.2.

4. BI-Modul Selbstversorgung: Bewertung der Selbständigkeit		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig				
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.4	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung , Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.11	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, 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 (wie Waschschüssel, 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.

4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes: Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren.

Selbständig: Die Person kann die Aktivitäten ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivitäten selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände bereitgelegt und/oder gerichtet werden (Aufdrehen der Zahnpastatube, Auftragen der Zahnpasta auf die Bürste, Aufbringen von Haftcreme auf die Prothese, Anreichen und/oder Säubern des Rasierapparates etc.). Alternativ sind punktuelle Teilhilfen erforderlich wie Korrektur nach dem Kämmen oder nur das Kämmen des Hinterkopfes, Zahn-/Mundpflege bzw. selbständigem Rasieren.

Überwiegend unselbständig: Die Person beginnt 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.

4.3 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 Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur den vorderen Intimbereich waschen.

Unselbständig: Die Person kann sich an der Aktivität nicht oder nur minimal beteiligen. Wenn sie am Waschbecken Stehen, sich ansonsten aber nicht beteiligen kann, ist das ebenfalls als „unselbständig“ zu bewerten.

4.4 Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare

Bei der Durchführung des Dusch- oder Wannensbades sind neben der Fähigkeit, den Körper waschen zu können, auch Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. (Teil-)Hilfen beim Waschen sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Hilfe beim Ein- und Aussteigen oder eine notwendige Überwachung während des Bades. Dazu gehören auch das Haare waschen, Abtrocknen und Haare 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 Haare Waschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen stark 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.

4.5 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 hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (wie zum Beispiel ein Stützkorsett) ist *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 (Einstiegshilfe 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 die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen, beispielsweise die Hände in die Ärmel eines bereitgehaltenen T-Shirts schieben.

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

4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers

Bereitliegende Kleidungsstücke wie Unterwäsche Hose/Rock, Strümpfe und Schuhe an-/ausziehen. Die Beurteilung ist unabhängig davon vorzunehmen, ob solche Kleidungsstücke derzeit getragen werden. Die situationsgerechte Auswahl der Kleidung ist hier *nicht* zu berücksichtigen. Das An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (z.B. Kompressionsstrümpfe) ist 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 Schuhe bereitgestellt bzw. Kleidungsstücke angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen (z.B. Schnürsenkel binden) 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/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.

4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken

Belegte Brotscheiben, Obst oder andere Speisen in mundgerechte Stücke zerteilen, Kleinschneiden von Fleisch, Zerdrücken von Kartoffeln, Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen, Getränke ohne ständiges Verschütten aus einer Flasche oder Kanne in ein Glas bzw. eine Tasse eingießen. Ggf. unter Nutzung von Hilfsmitteln wie Anti-Rutschbrett, Einhänderbesteck, 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 sehr harten Nahrungsmitteln.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Sie kann beispielsweise Brotscheiben mit Aufschnitt belegen, aber nicht mit einem Messer hantieren. 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.

4.8 Essen

Bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen zu sich nehmen.

Beispielsweise Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden (z.B. Brot, Kekse, Obst) aufnehmen, zum Mund führen, ggf. abbeißen, kauen und schlucken. Mundgerecht zubereitete Speisen mit Gabel oder Löffel aufnehmen, zum Mund führen und essen. Ggf. mit speziellen Hilfsmitteln wie adaptiertem Besteck. Zu beurteilen ist hier auch die Selbständigkeit bei der Steuerung der Nahrungsaufnahme, d.h. die Frage, ob ausreichend Nahrung aufgenommen wird.

Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Nahrungsaufnahme ganz oder teilweise 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 weiter zu essen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich (wie z.B. Zurücklegen aus der Hand gerutschter Speisen oder Besteck in die Hand geben).

Überwiegend unselbständig: Es ist ständige Anwesenheit der Pflegeperson erforderlich, beispielsweise aufgrund von Aspirationsgefahr oder weil ständig zur Nahrungsaufnahme motiviert werden oder die Nahrung größtenteils gereicht werden muss.

Unselbständig: Die Nahrung muss komplett (oder nahezu komplett) gereicht werden.

4.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz.

Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird. Die Beurteilung ist auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme ganz oder teilweise 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/eine Tasse entsprechend dem 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 aufgrund von Aspirationsgefahr ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft der Pflegeperson erforderlich.

Unselbständig: Getränke müssen (nahezu) komplett gereicht werden.

4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls

Umfasst das Gehen zur Toilette, das Hinsetzen/Aufstehen, das Sitzen während der Blasen-/Darmentleerung, die Intimhygiene und das Richten der Kleidung. Die Fähigkeit zur Toilettenbenutzung ist auch bei Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma, Ileo-/Colostoma) zu bewerten.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

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

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

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z.B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.

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

4.11 Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)

Umgang mit einer bestehenden Harninkontinenz, z.B. Inkontinenzsysteme (kleine Vorlagen, große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhose mit Klebestreifen oder Pants) sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dazu gehört auch das Entleeren eines Urinbeutels bei Dauerkatheter oder Urostoma. Die regelmäßige Einmalkatheterisierung ist hier nicht zu erfassen.

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person ist darauf angewiesen, dass Inkontinenzsysteme bereit gelegt oder entsorgt werden oder 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.

4.12 Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt und entsorgt werden oder 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.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In diesem Abschnitt geht es erneut 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.

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

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen

Nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben den Tagesablauf einteilen und bewusst gestalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten planen 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 ob und wann sie Fernsehen oder spazieren gehen möchte. Solche Festlegungen setzen voraus, dass die zeitliche Orientierung zumindest teilweise erhalten ist. Man kann dies prüfen, indem man sich z.B. den bisherigen oder künftigen Tagesablauf schildern lässt.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann sich bei vorgegebener Tagesstruktur an Zeiten halten, es reichen Erinnerungshilfen an einzelne vereinbarte Termine oder Orientierungshilfen, z.B. durch Anstellen von Radio oder Fernsehapparat zu regelmäßigen Sendungen. Überwiegend selbständig ist der Bewohner auch dann, wenn Sinneswahrnehmung oder Kommunikationseinschränkungen vorliegen, die Unterstützung bei der Abstimmung mit anderen Personen erforderlich machen.

Überwiegend unselbständig: Die Person benötigt Hilfe beim Planen des Tagesablaufs. 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“ gilt auch für Bewohner, die selbst nur planen und entscheiden können, also für die Umsetzung personelle Hilfe benötigen.

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

6.2 Ruhen und Schlafen

Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen, die Notwendigkeit von Ruhephasen erkennen, sich bei Bedarf ausruhen und mit Phasen der Schlaflosigkeit umgehen, aber auch körperliche Fähigkeiten, 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 ggf. zeitliche Orientierungshilfen beim Wecken oder Aufforderung schlafen zu gehen, einzelne Hilfen wie z.B. Abdunkeln des Schlafraumes oder Hilfe beim

Aufstehen oder Zu-Bett-Gehen. Die Nachtruhe ist meist ungestört, nur gelegentlich entsteht nachts ein Hilfebedarf.

Überwiegend unselbständig: Es treten *regelmäßig* Einschlafprobleme und/oder nächtliche Unruhe auf, die die Person größtenteils nicht allein bewältigen kann. Deshalb sind regelmäßige Einschlafrituale und beruhigende Ansprache des Nachts 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 verkehrten 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.

6.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, 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 etc. gebunden ist („freie“ Zeit).

Bei der Beurteilung geht es vorrangig um die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen (z.B. Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer verwenden). 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. Erinnerung an gewohnte Aktivitäten, Motivation, Zurechtlegen und Richten von Gegenständen (z.B.: Utensilien wie Bastelmaterial, Fernbedienung, Kopfhörer o.ä.) 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 nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

Längere Zeitabschnitte überschauen und 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 Wochen- oder Monatspläne nachvollzogen werden 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 erfolgt weder Zustimmung noch Ablehnung.

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

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

Distanziertes Verhalten gegenüber Unbekannten ist nicht als Beeinträchtigung zu werten.

Selbständig: Die Person kann die beschriebene Aktivität ohne personelle Hilfe durchführen.

Überwiegend selbständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktaufnahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich. Z.B. Anregung, zu 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, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik). Überwiegend unselbständig ist auch eine Person, die auf weitgehende Unterstützung aufgrund von Sprech-, Sprach- oder Hörproblemen angewiesen ist.

Unselbständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z.B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn gestalten (aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen). Dazu gehört auch die Fähigkeit, mit einfachen technischen Kommunikationsmitteln wie Telefon umgehen zu können (Besuche verabreden oder Telefon- oder 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 (ggf. 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 Freunden/Bekanntem zu verabreden.

Überwiegend unselbständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn z.B. 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 auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

5.3 Erfassung weiterer Versorgungsergebnisse

7. Dekubitus

7.1	Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus? <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8)
-----	---

Gemeint sind alle Dekubitalulcera, die in den vergangenen 6 Monaten beim Bewohner 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 (s.u.) anzugeben.

7.2	Maximale Dekubituskategorie im Beobachtungszeitraum: <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 1 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 2 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 3 <input type="checkbox"/> Kategorie/Stadium 4 <input type="checkbox"/> unbekannt
-----	---

Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgenden Definitionen:

Kategorie 1: Reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung, Verhärtung oder Überwärmung.

Kategorie 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 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 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Bändern oder Gelenkkapseln).

Ist keine Information über die Kategorie verfügbar oder der Dekubitus keiner Kategorie zuzuordnen, geben Sie bitte „unbekannt“ an.

7.3.1	<u>Dekubitus 1:</u> Bitte Zeitraum und Entstehungsort angeben (nur Dekubitus Kategorie 2-4 oder wenn unbekannt): Zeitraum: Von: Bis: (ggf. bis heute) Entstehungsort: <input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Einzug) <input type="checkbox"/> woanders <u>Dekubitus 2:</u> (...)
-------	--

Zu Dekubiti der Kategorie 1 sollen keine Angaben zu Zeitraum und Entstehungsort gemacht werden. Gab es mehr als einen Dekubitus Kategorie 2-4/unbekannt in den letzten 6 Monaten, sind die Angaben für jeden Dekubitus getrennt aufzuführen.

8. Körpergröße und Gewicht

8.1	Körpergröße in cm:
8.2	Aktuelles Körpergewicht in kg: Dokumentiert am (Datum):

Die Angaben zum Gewicht werden benötigt, um Hinweise auf den Ernährungszustand des Bewohners zu erhalten und Gewichtsveränderungen im Zeitverlauf zu erfassen.

8.3	<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 der Angehörigen oder eines Betreuers bzw. einer Betreuerin nicht mehr gewogen</p> <p><input type="checkbox"/> Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner bzw. Bewohnerin möchte nicht gewogen werden.</p>
-----	--

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 zurückführen lässt, ist das durch diese Angaben erkennbar. Weitere Einflussfaktoren wie z.B. eine bösartige Tumorerkrankung werden an anderer Stelle erfasst. Das Feld „Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner möchte nicht gewogen werden“ soll nur angekreuzt werden, wenn dies tatsächlich so in der Pflegedokumentation eingetragen ist.

Bitte achten Sie darauf, dass nur Angaben übernommen werden, die in den letzten 6 Monaten vor dem Stichtag relevant waren.

9. Sturzfolgen

Sturzfolgen (seit dem Einzug; ohne Stürze/Sturzfolgen während der Betreuung durch andere)	
9.1	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt? <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 10)

Stürze und Sturzfolgen, die eingetreten sind, während sich der Bewohner im Verantwortungsbereich anderer Personen oder Einrichtungen befand, die ihn unterstützten, bleiben unberücksichtigt (z.B. Sturzverletzung während eines Krankenhausaufenthalts oder in der Privatwohnung vor dem Einzug oder während eines Urlaubs oder während eines Spaziergangs mit Angehörigen). Verletzungen bei einem Sturz während eines Spaziergangs, den der Bewohner allein unternimmt, sind hingegen aufzuführen.

Orientieren Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage an den in der Pflegedokumentation bzw. in den Sturzprotokollen festgehaltenen Sturzereignissen.

9.2	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> ärztlich behandlungsbedürftige Wunden <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität <input type="checkbox"/> keine der genannten Folgen ist aufgetreten
-----	---

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der oberen Gliedmaßen eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch bei der Körperpflege mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Mobilität ist beispielsweise dann auszugehen, wenn durch den Sturz die Motorik der unteren Gliedmaße eingeschränkt ist, der Bewohner dadurch beim Gehen mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung dokumentiert ist.

Unter „ärztlich behandlungsbedürftige Wunden“ sind nur Wunden zu verstehen, die tatsächlich von einem Arzt behandelt werden mussten. Ein Pflaster für eine kleine Schürfwunde, das die Mitarbeiter selbst aufbringen, zählt nicht dazu.

10. Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen

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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 10.3)
10.2	Wenn ja: Wie oft wurden Gurte angewendet? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> seltener als 1x wöchentlich

Bei der Berechnung des Indikators werden am Ende nur Gurtanwendungen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern berücksichtigt. Dennoch sind vollständige Angaben erforderlich, auch über die Gurtanwendung bei kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnern.

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

Lediglich Gurte, die während eines Transfers bzw. Transports im PKW angelegt werden, bleiben außer Betracht.

10.b Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)	
10.3	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11)
10.4	Wenn ja: Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> seltener als 1x wöchentlich

Außer Betracht bleiben unterbrochene Bettseitenteile, die das Verlassen des Bettes nicht behindern. Beachten Sie aber: 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.

11. Schmerzeinschätzung

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen der Fragen zur Schmerzeinschätzung unbedingt die Erläuterungen in diesem Manual. Erfahrungsgemäß kommt es häufiger zu Fehlern beim Ausfüllen der Erhebungsbögen, die unnötig sind, aber dazu führen, dass die Ergebnisse für die Einrichtung nicht ausgewertet werden können.

11.1	Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für <u>länger andauernde</u> Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)
------	--

Hier geht es zunächst um die grundsätzliche Frage, ob gegenwärtig eine dauerhafte Schmerzproblematik besteht. Beantworten Sie die Frage mit „ja“,

- wenn aus den Äußerungen des Bewohners oder der Dokumentation hervorgeht, dass der Bewohner derzeit Schmerzen hat, die schon seit mehreren Wochen oder Monaten bestehen, oder eine Schmerzproblematik zwar mit Unterbrechungen, aber wiederholt über diesen Zeitraum auftrat und derzeit noch immer besteht,
- oder wenn eine regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die regelmäßige Anwendung anderer schmerzlindernder Maßnahmen erfolgt.

Mit „länger andauernden Schmerzen“ sind chronische Schmerzen jedweder Genese im Sinne des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ gemeint. Einmalig auftretende Schmerzen, z.B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung oder der einige Tage währende Schmerz einer Operationswunde, sind nicht zu berücksichtigen.

11.2	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------	---

Antworten Sie mit „ja“, wenn der Bewohner aufgrund schmerzlindernder Medikamente völlig oder weitgehend schmerzfrei ist.

Wenn keine schmerzlindernden Medikamente eingenommen werden oder die Schmerzen nur wenig gelindert werden, sodass der Bewohner noch immer über Schmerzen klagt, so geben Sie bitte „nein“ an.

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

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.

Bitte beachten Sie: Eine differenzierte Schmerzeinschätzung muss nicht unbedingt mit einer Schmerzskala durchgeführt werden, sie kann auch in Form einer pflegefachlichen Einschätzung erfolgen (nichtstandardisiert).

Wurde der Bewohner 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 ergeben, die aufgrund einer medikamentösen Behandlung weitgehend schmerzfrei sind.

Achten Sie bitte darauf, dass Sie in Punkt 11.3 nur die Angaben berücksichtigen, die als Ergebnis der letzten(!) Schmerzeinschätzung in die Pflegedokumentation eingetragen wurden. Beispiel:

Bei einem Bewohner wurde vor einem halben Jahr festgestellt, dass seine Kniegelenke stark schmerzen. Angaben zur Schmerzintensität und zur Schmerzlokalisierung finden sich in der Pflegedokumentation. Durch eine ärztliche Behandlung ist der Bewohner jetzt schmerzfrei, was durch eine aktuelle Schmerzeinschätzung bestätigt wurde. Zu dieser aktuellen Schmerzeinschätzung finden sich aber keine weiteren Angaben außer „Bewohner ist wieder schmerzfrei“. Dann ist unter 11.3 „nein“ anzukreuzen, und es geht weiter mit Frage 12. Würde man eintragen, dass bei der letzten Schmerzeinschätzung Angaben zur Schmerzintensität oder zur Lokalisation gemacht wurden, wäre das in diesem Fall ein Fehler.

12. Einzug in die Pflegeeinrichtung

12.1	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.2	Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Wenn ja:</u> Bitte geben Sie den Beginn dieses Kurzzeitpflegeaufenthalts an (Datum):
12.3	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? <input type="checkbox"/> ja, vom bis <input type="checkbox"/> nein

Diese Fragen zum Heimeinzug dürften aus sich selbst heraus verständlich sein. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, dass bei Punkt 12.3 nicht die Aufnahme in die Kurzzeitpflege gemeint ist, sondern die Aufnahme in die vollstationäre Dauerpflege.

12.4	Ist in den Wochen nach dem Heimeinzug 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? <input type="checkbox"/> ja, und zwar am (Datum): <input type="checkbox"/> nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners <input type="checkbox"/> nein, aus anderen Gründen <u>Wenn ja:</u> Wer hat an diesem Gespräch teilgenommen? (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Bewohner/Bewohnerin <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin <input type="checkbox"/> andere Vertrauenspersonen, die <u>nicht</u> in der Einrichtung beschäftigt sind (bitte angeben):
------	--

Mit dieser Frage ist ein planvolles, zielgerichtetes Gespräch gemeint („Integrationsgespräch“), d.h. ein Gespräch, das geplant, mit dem Bewohner abgesprochen und ausdrücklich zu dem Zweck geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder anderen Bezugspersonen zu besprechen. Eine schriftliche Befragung des Bewohners oder der Angehörigen zum Heimeinzug ist damit nicht gemeint. Inhalt des Gesprächs könnte z.B. sein, ob der Bewohner zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist oder ob er 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. Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Es ist denkbar, dass ein Gespräch geplant, aber nicht möglich war, weil der Bewohner 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“.

12.5	<p>Wurden die <u>Ergebnisse</u> dieses Gespräches dokumentiert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>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.</p>
------	---

Kreuzen Sie unter 12.5 bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners und Ziele für die zukünftige Versorgung festgehalten wurden. Auch wenn der Bewohner keine Veränderungen wünscht und dies dokumentiert wurde, kreuzen Sie bitte „ja“ an.

6. Datenqualität und Plausibilitätskontrolle

6.1 Gewährleistung von Datenqualität

Die Einrichtungen sollten sich darum bemühen, eine ausreichende Datenqualität sicherzustellen. Fehler bei der Ergebniserfassung sind zwar niemals ganz auszuschließen, aber sie sollten in Grenzen gehalten werden, weil die erfassten Informationen ansonsten keine ausreichende Grundlage für die Ermittlung von Indikatoren wären. Es ist unbedingt empfehlenswert, es erst gar nicht dazu kommen zu lassen, dass von der Datenauswertungsstelle nachträgliche Ergänzungen oder Korrekturen gefordert werden. Denn erfahrungsgemäß führen solche Nachbesserungen zu einem unverhältnismäßig hohen Aufwand.

Es gibt verschiedene Maßnahmen, die zur Vermeidung einer solchen Situation hilfreich sein können:

- Die Ergebniserfassung sollte rechtzeitig vorbereitet werden. Es sollte eine klare Zuordnung der Bewohner zu den Mitarbeitern geben, die die Ergebniserfassung durchführen, und mit Hilfe des Erhebungsreports sorgfältig protokolliert werden, welche Bewohner schon erfasst worden sind.
- Zeitdruck vermeiden: Der zur Ergebniserfassung erforderliche Zeitaufwand sollte realistisch kalkuliert und die Dienstplanung für die Zeit der Ergebniserfassung angepasst werden. Die zuständigen Mitarbeiter müssen genügend Spielraum für die Durchführung der Ergebniserfassung haben.
- Vermeidung der Übernahme von Informationen aus der vorhergehenden Ergebniserfassung: Dies ist ein häufiger Fehler. Mit dem Ziel, Zeitaufwand zu sparen, erfolgt die Einschätzung der Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten, indem nach gravierenden Veränderungen gegenüber

der Ergebniserfassung vor sechs Monaten gesucht wird – und ansonsten die „alten“ Ergebnisse übernommen werden. Dies fällt bei Plausibilitätsprüfungen schnell auf und entspricht nicht der Anforderung, eine aktuelle Einschätzung zu liefern.

- Die Vollständigkeit der Bögen kann leicht überprüft werden, indem die tatsächliche Fallzahl mit der erwarteten Fallzahl abgeglichen wird.
- Die verantwortlichen Leitungskräfte sollten sich während der Ergebniserfassung einen Eindruck davon verschaffen, wie die Mitarbeiter zurechtkommen, indem stichprobenartig einzelne Bögen durchgesehen werden. Unklarheiten oder Informationslücken oder Flüchtigkeitsfehler (z.B. Zahlendreher) können dabei manchmal recht schnell auffallen.
- Zur Förderung der Datenqualität kann es sinnvoll sein, bei einzelnen Bewohnern die Ergebniserfassung gemeinsam durchzuführen (z.B. Mitarbeiter gemeinsam mit QM-Beauftragter oder PDL).

6.2 Externe Plausibilitätskontrolle

Sollen Versorgungsergebnisse, die von der Einrichtung und ihren Mitarbeitern selbst erfasst wurden, für die Berechnung öffentlicher Qualitätskennzahlen verwendet werden, so ist eine externe Prüfung der Datenqualität erforderlich. Sie erfolgt im neuen Verfahren auf zwei Wegen: 1) mit einer „statistischen Plausibilitätskontrolle“, die in der Datenauswertungsstelle durchgeführt wird, und 2) mit einer Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste, die während des Prüfbesuchs stattfindet.

Statistische Plausibilitätskontrolle

Die datentechnische („statistische“) Plausibilitätskontrolle wird routinemäßig nach der Übermittlung der Daten aus der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle durchgeführt. Hierbei wird geprüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einem Bewohner in sich stimmig sind. So ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass ein Bewohner, der mit nur wenig Unterstützung Treppen steigen kann, in liegender Position erheblich in der Bewegung eingeschränkt ist. Ebenso wenig plausibel ist es, dass eine größere Zahl Bewohner keinerlei Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens aufweist, aber räumlich desorientiert ist.

Die statistische Plausibilitätskontrolle umfasst auch die Überprüfung der Frage, ob alte Daten (aus der letzten Ergebniserfassung) unverändert übernommen worden sind. Dies betrifft den Bereich der Beurteilung von Selbstständigkeit und kognitiven Fähigkeiten.

Plausibilitätskontrolle während der externen Qualitätsprüfung

Wenn die statistische Plausibilitätskontrolle keine Probleme erkennen ließ, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle während der externen Qualitätsprüfung durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist fester Bestandteil des neuen Prüfverfahrens. Einbezogen werden hierbei sechs Bewohner, bei denen eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde. Es handelt sich im Kern um die Überprüfung, ob die Informationen aus der Ergebniserfassung mit anderen Informationsquellen übereinstimmen oder nicht. Die Herausforderung für den Prüfer liegt hier vor allem darin, dass die Ergebniserfassung einen früheren Zustand des Bewohners beschreibt.

Die Plausibilitätskontrolle erfolgt während der Informationserfassung, die bei jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte durch den Prüfdienst durchgeführt wird. Zunächst verschafft sich der Prüfer ein Bild vom Bewohner und seiner Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme des Bewohners, durch Gespräche mit dem Bewohner oder mit den Pflegenden sowie durch die Dokumentation. Zur Überprüfung der Plausibilität soll er beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht. Er überprüft also zum Beispiel, ob die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung plausibel sind:

- a) Entspricht die Beschreibung der Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität dem aktuellen Status der Mobilität? An welchen Stellen gibt es Abweichungen?
- b) Welche Entwicklungen oder Ereignisse könnten diese Abweichung erklären?
 - Gab es in den letzten Monaten gravierende Ereignisse wie Schlaganfall oder Fraktur?
 - Liegt eine Erkrankung vor, die mit einem stetigen Mobilitätsverlust einhergeht (z. B. Demenz)?
 - Gibt es Hinweise auf Mobilitätsverluste infolge einer Krankenhausbehandlung?
 - Gibt es andere Gründe?

Die Prüfer sollen diese Fragen im Gespräch mit den Mitarbeitern der Einrichtung und unter Nutzung weiterer Informationen klären. Geben die Mitarbeiter beispielsweise an, dass es zu einer gesundheitlichen Krise mit Auswirkungen auf die Mobilität gekommen ist, so müssten sich bestätigende Hinweise darauf auch in der Pflegedokumentation finden (z. B. Anpassung der Pflegeplanung, Pflegebericht). Können die Mitarbeiter die Veränderungen differenziert und nachvollziehbar beschreiben, so kann auf die Suche nach weiteren Hinweisen verzichtet werden. Nur wenn sich Abweichungen weder durch Aussagen der Mitarbeiter noch durch Informationen aus anderen Quellen aufklären lassen, ist von fehlender Plausibilität auszugehen.

Fehler bei der Ergebniserfassung werden nach den bisherigen Erfahrungen bei nahezu jeder Einrichtung festgestellt, in der eine Plausibilitätskontrolle stattfindet. Dies ist bei umfassenden Datenerhebungen nicht zu vermeiden. Doch nicht jeder fehlerhafte Eintrag ist relevant für die Gesamtbeurteilung. Es ist besonders wichtig, neben der Fehlerhäufigkeit die Wertigkeit fehlerhafter Einträge für die Ergebniserfassung zu bewerten. Flüchtigkeitsfehler (sie kommen häufig bei Datumsangaben vor) sind meist kein Grund, die Plausibilität generell in Frage zu stellen.

Es kommt auch immer wieder vor, dass Abweichungen zwischen der Pflegedokumentation und dem Bogen zur Ergebniserfassung auftauchen. Unzutreffende Angaben können in beiden vorhanden sein. Prüfer wissen aus Erfahrung, wie begrenzt manchmal die Verlässlichkeit der Informationen aus der Dokumentation ist. Es sollte immer versucht werden, durch Auskünfte der Mitarbeiter das betreffende Problem aufzuklären⁷.

7. Ausblick

Bei einem Teil der Einrichtungen und Schulungsteilnehmer wird zwischen der Schulung und der Durchführung der Ergebniserfassung ein längerer Zeitraum liegen. Um zu vermeiden, dass das Wissen, das im Rahmen der Schulung erworben wurde, wieder verloren geht, sollten sich die Teilnehmer der Schulungsmaßnahme regelmäßig mit dem Instrument zu Ergebniserfassung auseinandersetzen.

Auf jeden Fall ist es empfehlenswert, nach dem Abschluss der Schulung eine Ergebniserfassung bei zwei bis drei, eventuell auch bei mehr Bewohnern durchzuführen. Der dazu erforderliche Erfassungsbogen ist im Anhang des vorliegenden Schulungsmaterials abgedruckt. Eine weitere Möglichkeit, das Gelernte aufzufrischen, besteht darin, dass sich die Schulungsteilnehmer aus einer Einrichtung regelmäßig zusammensetzen und austauschen – am besten ebenfalls anhand von Ergebniserfassungen bei einzelnen Bewohnern.

Weitere Möglichkeiten bestehen darin, den Bogen zu Ergebniserfassung in die Durchführung von Pflegevisiten einzubauen. In den Projekten, die schon länger mit diesem Indikatorenansatz arbeiten, ist man zum Teil dazu übergegangen, Pflegevisiten komplett auf der Grundlage des Erfassungsbogens durchzuführen. Er scheint hierfür ein durchaus geeignetes Instrument zu sein.

Eine gewisse Zeit vor Beginn der Ergebniserfassung, vielleicht im Abstand von ein bis zwei Wochen, sollten die Mitarbeiter, die die Schulung besucht haben, sich noch einmal mit dem Erhebungsbogen und dem Schulungsmaterial intensiv beschäftigen.

Wenn die Kennzahlen später dann vorliegen, hängt es von der Einrichtung ab, inwieweit sie im internen Qualitätsmanagement genutzt werden. Die Kennzahlen geben Hinweise auf Stärken und Schwächen einer Einrichtung. Bereiche, in denen nur schlechte Versorgungsergebnisse erreicht werden, sind leicht identifizierbar und können im Rahmen der internen Qualitätssicherung bearbeitet werden. Da die Kennzahlen in regelmäßigen Abständen vorliegen, wird es auch möglich sein, die Wirksamkeit von

⁷ Beispiel: Die Ergebniserfassung enthält bei einem Bewohner die Angabe „selbständig“ beim Essen und Trinken, aber die Maßnahmenplanung sieht Hilfe bei der Mahlzeiteinnahme vor. Aufklärung durch die Mitarbeiter: „Eigentlich könnte die Bewohnerin es alleine. Aber sie genießt die Zuwendung; wir meinen sogar: sie braucht die Zuwendung! Deshalb machen wir es schon seit einiger Zeit so, dass wenigstens zeitweise eine Kollegin dabei sitzt. Beim Essen lässt sich das gut einrichten. Aber eigentlich ist sie selbständig beim Essen“.

Qualitätssicherungsmaßnahmen anhand der Kennzahlen zu überprüfen. Mit den Kennzahlen lassen sich außerdem Unterschiede in den Wohnbereichen einer Einrichtung feststellen. Dies kann hilfreich sein, um den Ursachen für schlechte Versorgungsergebnisse auf die Spur zu kommen. Die Einführung des Indikatorenansatzes führt daher nicht nur zu einer neuen Art der Qualitätsbewertung, sondern eröffnet auch dem internen Qualitätsmanagement neue Entwicklungsmöglichkeiten.

Zusammen mit dem gleichzeitigen Übergang zu einem neuen Prüfverfahren steht damit eine weitreichende Veränderung an. Sie bringt einige Herausforderungen für die Einrichtungen mit sich, aber öffnet auch neue Gestaltungsoptionen. Die Gesetzgebung hat einige Rahmenbedingungen verändert, die diesen Prozess fördern sollen. Dazu gehört die Anmeldung von Qualitätsprüfungen einen Tag vor dem Prüfbesuch, vor allem aber die Möglichkeit, dass zukünftig der Prüfungsrythmus für Einrichtungen, die eine gute Ergebnisqualität aufweisen, gelockert werden kann. Einzelheiten dieser neuen Regelung müssen noch erarbeitet werden.

Anhang: Instrument zur Ergebniserfassung

Bitte beachten:

Die nachfolgende Darstellung des Erhebungsinstruments beruht auf den „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ vom Januar 2019.

Die Nummerierung im Instrument folgt der Nummerierung im Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Daher gibt es Sprünge in der Nummerierung. So fehlen die Nummern 3 und 5, weil die betreffenden Module aus dem Begutachtungsinstrument nicht benötigt werden.

A. Allgemeine Angaben

	Einrichtungskennung:
	Wohnbereich:
	Bewohner-Code:
	Datum der Erhebung:
A.1	Datum des Heimeinzugs: (Beginn der vollstationären Langzeitpflege)
A.2	Geburtsmonat: Geburtsjahr:
A.3	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
A.4	Pflegegrad: (0, 1, 2, 3, 4 oder 5)
A.5	Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem der folgenden Krankheitsereignisse gekommen? Wenn ja, bitte ankreuzen und Datum angeben:
	<input type="checkbox"/> Apoplex am: (Datum)
	<input type="checkbox"/> Fraktur am: (Datum)
	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt am: (Datum)
	<input type="checkbox"/> Amputation am: (Datum)

A.6	<p>Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Wenn ja:</u> Geben Sie bitte den Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt <u>mit der längsten Dauer</u> wählen): Vom: Bis: Grund:</p> <p><u>Bei mehreren Krankenhausaufenthalten:</u> Bitte Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung angeben:</p> <p>Bitte <u>Gesamtzahl</u> der Tage angeben, die der Bewohner bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat:</p>
A.7	<p>Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, invasive Beatmung <input type="checkbox"/> Ja, aber nicht invasiv <input type="checkbox"/> Nein</p>
A.8	<p>Bewusstseinszustand</p> <p><input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Wachkoma</p>
A.9	<p>Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen:</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bösartige Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Tetraplegie/Tetraparese <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Chorea Huntington <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom</p>

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

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

4. BI Modul Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung

4.A Künstliche Ernährung (über eine Sonde oder parenteral)
<p>Erfolgt die Ernährung des Bewohners parenteral oder über eine Sonde?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (ausschließlich orale Ernährung) (bitte weiter mit 4.B)</p> <p>Wenn ja:</p> <p>In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung?</p> <p><input type="checkbox"/> nicht täglich oder nicht dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> täglich, aber zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung</p> <p>Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe?</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Fremdhilfe</p>

4.B Blasenkontrolle/Harnkontinenz
<p><input type="checkbox"/> Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma (weiter mit 4.C)</p> <p><input type="checkbox"/> ständig kontinent</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich</p> <p><input type="checkbox"/> komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich</p>

4.C Darmkontrolle/Stuhkontinenz

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

4. BI-Modul Selbstversorgung: Bewertung der Selbständigkeit

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

4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.4	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung , Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.8	Essen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
4.11	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6. BI-Modul Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

6.1	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. Dekubitus

7.1 Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus?

ja, einmal ja, mehrmals nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8)

7.2 Maximale Dekubituskategorie im Beobachtungszeitraum:

Kategorie/Stadium 1 Kategorie/Stadium 2 Kategorie/Stadium 3
 Kategorie/Stadium 4 unbekannt

7.3.1 Dekubitus 1:

Bitte Zeitraum und Entstehungsort angeben (nur Dekubitus Kategorie 2-4 oder wenn unbekannt):

Zeitraum: Von: Bis: (ggf. bis heute)

Entstehungsort:

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

(...)

8. Körpergröße und Gewicht

8.1 Körpergröße in cm:

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

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

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

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

9.1	Ist der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt? <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein
9.2	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> ärztlich behandlungsbedürftige Wunden <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen <input type="checkbox"/> erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 10.b)
10.2	Wenn ja: Wie oft wurden Gurte angewendet? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> seltener als 1x wöchentlich

10.b Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)

10.3	Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11)
10.4	Wenn ja: Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/> 1x wöchentlich <input type="checkbox"/> seltener als 1x wöchentlich

11. Schmerz

11.1	Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für <u>länger andauernde</u> Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)
11.2	Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

11.3	<p>Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12)</p> <p><u>Wenn ja:</u> Bitte Datum der letzten Schmerzeinschätzung angeben:</p> <p>Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor? (Mehrfachangaben möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzintensität <input type="checkbox"/> Schmerzqualität</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzlokalisation <input type="checkbox"/> Folgen für den Lebensalltag</p>
------	--

12. Einzug	
12.1	<p>Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
12.2	<p>Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Wenn ja:</u> Bitte geben Sie den Beginn dieses Kurzzeitpflegeaufenthalts an (Datum):</p>
12.3	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, vom bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
12.4	<p>Ist in den Wochen nach dem Heimeinzug 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?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar am (Datum):</p> <p><input type="checkbox"/> nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin</p> <p><input type="checkbox"/> nein, aus anderen Gründen</p> <p><u>Wenn ja:</u> Wer hat an diesem Gespräch teilgenommen? (Mehrfachangaben möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Bewohner/Bewohnerin <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin</p> <p><input type="checkbox"/> andere Vertrauenspersonen, die <u>nicht</u> in der Einrichtung beschäftigt sind (bitte angeben):</p>
12.5	<p>Wurden die <u>Ergebnisse</u> dieses Gespräches dokumentiert?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>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.</p>