



# Fragen-Antworten-Katalog zur Ergebniserfassung im Indikatorenmodell

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

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

## Erarbeitung und Redaktion:

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

Lisa Schmidt (Paritätischer Gesamtverband)

Carolin Drößler (AWO Bundesverband)

## Allgemeines

### Beginnt der Ergebniserfassungszeitraum direkt am Stichtag oder am Tag danach?

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

Beispiel: Der Stichtag ist der 4.11.2020, der Ergebniserfassungszeitraum beginnt also am 5.11.2020 und endet am 18.11.2020.

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





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

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

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

Es ist der Stichtag gemeint.

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

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

### **Verkürzen sich durch eine frühere Abgabe von Daten bzw. durch frühere Zusendung von Korrekturen etc. die Zeiträume: Ergebniserfassungs-, Korrektur- und Auswertungszeitraum? Dauert das Verfahren bis zum Feedbackbericht immer 6 Wochen oder ggf. auch mal ein wenig kürzer?**

Die Fristen gelten unabhängig von einer ggf. schnelleren oder frühzeitigeren Abgabe der Ergebniserfassungs- oder Korrekturdaten bei der Datenauswertungsstelle. Dies ist darin begründet, dass die Einrichtungen nicht nur eine Pflicht haben sondern auch das Recht auf z.B. einen Korrekturzeitraum. Einrichtungen können diesen also nicht nur nach Aufforderung durch die DAS nutzen sondern darüber hinaus auch auf eigene Veranlassung.

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

Die Einrichtung ist verpflichtet, innerhalb der 14 Tage des Ergebniserfassungszeitraumes die Daten an die DAS zu übermitteln. Im beschriebenen Fall wäre der Datensatz leider nicht vollständig. In der 7-tägigen Korrekturphase der DAS käme diese folglich zu dem Ergebnis, dass Datensätze fehlen. Diese können von der Einrichtung im 14-tägigen Korrekturzeitraum nacherfasst werden.



**In den Maßstäben und Grundsätzen (vgl. Anlage 3, S. 24f.) ist geregelt, dass am Stichtag 1 erhobene und bis zum Stichtag 2 verstorbene Bewohner\*innen auf dem Erhebungsreport mit einem Vermerk „verstorben“ nochmals aufgeführt werden müssen. Gilt dies auch für Bewohner\*innen, die in diesem Zeitraum aus der Einrichtung ausgezogen sind? (Stichtag 1 in Einrichtung lebend, vor Stichtag 2 aufgrund Kurzzeitpflege oder Umzug aus der Einrichtung ausgezogen)?**

Ja.

### **Wann muss der Erhebungsreport geführt und vorgelegt werden?**

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

Der MDK führt ab 01.11.2019 Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der neuen QPR durch. Hat eine Einrichtung in der Einführungsphase Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt, wird das reguläre Prüfverfahren durchgeführt. Das bedeutet, die Prüfdienste erhalten die Bewohnercodes für die Stichprobe, die Ergebnisse der Indikatorenberechnung, Hinweise zur Plausibilität sowie die Zufallszahlen von der DAS.

Hat noch keine Datenerhebung stattgefunden, benötigt der MDK auch keinen Erhebungsreport.

### **Was ist mit Ereignissen, die innerhalb des 14-tägigen Ergebniserfassungszeitraums geschehen, z.B. ein Sturzereignis. Werden diese noch in der aktuell laufenden Erfassung aufgenommen?**

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

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

Beispiel: Der Stichtag von Einrichtung X ist am 1.10.2020 und somit der Ergebniserfassungszeitraum vom 2.10.2020 bis 15.10.2020. Die Bewohnerin Frau Müller stürzt am 7.10.20, am 9.10.2020 findet für sie die Dateneingabe statt: der Sturz (mit ggf. Fraktur) wird nicht jetzt sondern erst im nächsten Ergebniserfassungszeitraum (2.4. - 15.4.2021) erfasst. Ein Sturzereignis am 1.10., also am Stichtag selbst, würde in die Ergebniserfassung aufgenommen.



## Wenn ein Bewohner kurz vor der Ergebniserfassung verstirbt, muss dieser noch mit Versorgungsergebnissen gemeldet werden? Und muss ein\*e Bewohner\*in, der innerhalb der 14 Tage Ergebniserfassungszeitraum, also nach dem Stichtag verstirbt mit einbezogen werden?

"Die Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner für die Ergebniserfassung erfolgt unter Bezugnahme auf den Stichtag (vgl. Abschnitt 2.2). Für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die **am definierten Stichtag in der Einrichtung leben**, wird überprüft, ob die im Folgenden genannten Ausschlusskriterien zutreffen" (MuG, Anlage 3, S. 28). Das bedeutet, dass das erste Kriterium, ob ein\*e Bewohner\*in am Verfahren teilnimmt ist, dass er am Stichtag in der Einrichtung lebt. Der kurz vor dem Stichtag verstorbene Bewohner wird also nicht mit Versorgungsergebnissen erfasst. Ein Bewohner hingegen, der nach dem Stichtag jedoch innerhalb des Ergebniserfassungszeitraums verstirbt, ist zu erfassen. Hier kommt ggf. das Ausschlusskriterium "Bewohner bzw. Bewohnerin befindet sich in der Sterbephase" zum Tragen.

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

Der Administrator\*in bzw. die pflegerische Leitung legt für alle Bewohner\*innen bestimmte Datenfelder im Erfassungssystem an, die als Stammdaten gelten (u.a. Pseudonym, Geburtsjahr und -monat, Einzugsdatum). Diese müssen nur einmalig eingetragen werden. Der Minimaldatensatz besteht lediglich aus diesen Stammdaten sowie dem aktuellen Ausschlussgrund (Kurzzeitpflege, Sterbephase etc.).

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

Für Kurzzeitpflegegäste, die am Stichtag in der Einrichtung leben, wird ein so genannter Minimaldatensatz erfasst. Tagespflegegäste sind nicht „vollstationär“, daher findet keine Erfassung und keine Angaben im Erhebungsreport statt.

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

Im Laufe der Zeit ändert sich der Zustand der Bewohner\*innen z.B. im Hinblick auf Fähigkeiten kontinuierlich. Es bedarf vor allem im Qualitätsbereich 1 der pflegfachlichen Beurteilung des charakteristischen Zustands der Bewohner\*innen. Hierzu blickt man mehr oder weniger weit in die vergangenen sechs Monate, um zu beurteilen, ob der aktuelle Zustand charakteristisch ist oder ob es sich ggf. um eine tagesformabhängige Schwankung handelt.



## Beziehen sich die Angaben in der Übersicht der versorgten Bewohner\*innen, die zum Zeitpunkt der externen Prüfung vorgehalten werden muss, auf etwaige Beeinträchtigungen am Stichtag? (vgl. MuG Anlage 3, S. 25).

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

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

## Gibt es einen Zeitkorridor nach welcher Zeit die externe Prüfung nach der Ergebniserfassung durchgeführt wird bzw. werden soll?

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

## Gibt es eine rechtliche Verpflichtung der Bewohner\*innen, dass ihre Versorgungsergebnisse erfasst und weitergeleitet werden? Können Bewohner\*innen oder Angehörige eine Erfassung und Weiterleitung an die DAS ablehnen?

Die Daten werden pseudonymisiert weitergeleitet. Die Rechtsgrundlage der Datenübermittlung bilden die Vorschriften des SGB XI und die darauf basierenden *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege* und deren Anlagen des Qualitätsausschusses Pflege. Aufgrund dieser rechtlichen Verpflichtung zur Datenübermittlung ist durch die Pflegeeinrichtungen keine Einwilligung seitens des/der Bewohner\*in bzw. deren gesetzlicher Vertreter einzuholen. Die Bewohner\*innen können dieses Verfahren, da es gesetzlich vorgeschrieben ist, nicht ablehnen.



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

Kurzzeitpflegegäste werden nicht in die Erfassung der Ergebnisqualität (Indikatoren für Ergebniserfassung) einbezogen. Bei Kurzzeitpflegegästen können die Ergebnisse der Versorgung z.B. im Hinblick auf Förderung der Mobilität usw. aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer nicht nach dem Indikatorensystem gemessen werden. Dementsprechend kann dann auch keine Plausibilitätskontrolle (der Ergebniserfassung) durch den externen Prüfdienst erfolgen. In die Prüfung des externen Prüfdienstes können Kurzzeitpflegegäste hingegen einbezogen werden bzw. für die solitäre Kurzzeitpflege gibt es in den QPR stationär mit Punkt 10 „Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen“ auch eine eigene Regelung zur Ziehung der Stichprobe.

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

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

## Allgemeine Angaben

### A6: In den Maßstäben und Grundsätzen findet sich die Formulierung „Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts“. Für den Grund gibt es in dem Erhebungsbogen in den MuG anders als in den Schulungsunterlagen kein Feld. Wird dieses Feld im endgültigen Erhebungsbogen hinterlegt werden oder entfällt diese Angabe?

Die konkrete Ausgestaltung des Erhebungsbogens liegt bei der DAS. Der in den MuG abgebildete Erhebungsbogen ist nur ein grafisches Beispiel, sodass von diesem keine inhaltlichen Rückschlüsse gezogen werden sollten.

### Gilt als Behandlung im Krankenhaus auch eine stationäre Rehabilitation?

Die stationäre Rehabilitation gilt hier ebenfalls, ebenso ein stationärer Psychriaufenthalt.



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

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

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

Nein, invasiv heißt ausschließlich, Beatmung durch eine Trachealkanüle erfolgt. Ansonsten ist „nicht invasiv“ anzukreuzen.

**A 9: Wie ist im Erhebungsinstrument mit „Verdacht auf“ eine bösartige Tumorerkrankung oder mit „Zustand nach“ einer bösartigen Tumorerkrankung umzugehen?**

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

**Die Diagnose Demenz wird von den Hausärzten sehr zurückhaltend gestellt. Kann es durch diese fehlenden Diagnosen bei aus pflegerischer Sicht „dementen“ Bewohner\*innen zu Plausibilitätsproblemen kommen?**

Da die abgefragte Diagnose Demenz kein Ausschlusskriterium für die Berechnung von Indikatoren ist, wird es hier keine Plausibilitätsprobleme geben. Die externen Prüfer\*innen sind angehalten, sich ein eigenes Bild von den Bewohner\*innen zu machen. Ist ein\*e Bewohner\*in desorientiert / offensichtlich kognitiv eingeschränkt, ist dies auch ohne eine vorliegende Diagnose Demenz plausibel.

## BI-Module

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

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

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

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

### 2. BI-Modul Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

**Ein Bewohner oder eine Bewohnerin ohne kognitive Einschränkungen wurde mehrfach zum Thema Dekubitus und Prophylaxe-Maßnahmen beraten, er oder sie verweigert dennoch die Maßnahmen und lagert sich trotz Aufforderung nicht um. Wie schätzt man die Fähigkeit „Risiken und Gefahren zu erkennen“ oder auch „Verstehen von Aufforderungen“ ein?**

Grundsätzlich ist durchaus zu berücksichtigen, wenn z.B. ein sturzgefährdeter Bewohner oder eine sturzgefährdete Bewohnerin immer wieder aufgefordert wurde, nicht alleine aufzustehen, er oder sie es aber dennoch tut. Er / Sie kann dieses eigentlich bekannte Risiko (und wahrscheinlich auch andere Risiken) nicht erkennen. Die Frage ist jedoch, erkennt er / sie das Risiko nicht? Wenn er / sie das Risiko erkennt, aber die Maßnahme bewusst "verweigert", dann ist die Fähigkeit unbeeinträchtigt. Gleiches gilt für das "Verstehen von Aufforderungen". Der Bewohner / Die Bewohnerin versteht die Aufforderung, er oder sie will sie jedoch nicht umsetzen.

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

**6.2 Ruhen und Schlafen: Ein Bewohner wird in der Nacht mehrmals positioniert. Gemäß der Erläuterung ist dieser als unselbständig einzustufen, da er regelmäßig mind. 3-mal in der Nacht personelle Unterstützung benötigt. Ist dies unabhängig davon zu bewerten, ob die Person nach der Positionierung wieder alleine ohne personelle Unterstützung in den Schlaf findet?**

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



## 7. Dekubitus (Indikator 2.1)

**Welcher Entstehungsort ist bei folgendem Beispiel anzugeben? Ein Bewohner / eine Bewohnerin zieht mit einem Zuhause entstandenen Dekubitus in die Einrichtung ein. Der Dekubitus kann im Laufe der Zeit erfolgreich behandelt werden, ist kurzzeitig auch geschlossen, geht aufgrund der Vorschädigung aber immer wieder an derselben Stelle auf.**

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

## 8. Körpergröße und Gewicht (Indikator 2.3.)

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

Es gibt hierzu keine Vorschrift aus den MuG o.ä. Die Einrichtung sollte die Angaben übernehmen, die sie auch für die Pflegedokumentation nutzt.

**Was ist unter „aktuelles Körpergewicht“ zu verstehen bzw. was bedeutet „aktuell“? Wie lange darf die letzte Gewichtserfassung zurück liegen?**

Aktuell heißt zunächst nur das zuletzt ermittelte Körpergewicht. Einschränkend heißt es in den MuG, Anlage 3, S. 54 "Bitte achten Sie darauf, dass nur Angaben übernommen werden, die in den letzten 6 Monaten relevant waren."

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

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

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



**Wie ist damit umzugehen, wenn ein dringender Verdacht auf eine bösartige Erkrankung vorliegt, gemeinsam von Bewohner/Betreuer/Arzt aber entschieden wurde, dass keine Diagnostik und auch keine Therapie durchgeführt werden? Hier gibt es also z.B. einen Grund für einen relevanten Gewichtsverlust, der dann aber nicht in den Berechnungen zum Indikator berücksichtigt wird. Kann dann die Diagnose „bösartige Tumorerkrankung“ angekreuzt werden?**

Bitte kreuzen Sie nur diejenigen Punkte an, zu denen eine ärztliche Diagnose tatsächlich vorliegt. Eine „Verdacht auf“ Diagnose ist nicht anzugeben. Eventuell trifft im oben genannten Beispiel das Ausschlusskriterium „Sterbephase“ zu.

## 9. Sturzfolgen (Indikator 2.2)

### Ist das vorsorgliche Röntgen ohne Befund anzugeben?

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

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

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

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

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

## 10. Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen (Indikator 3.2)

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

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

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

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

### Ist ein einzelnes Bettseitenteil ausgeschlossen? Müssen auch durchgehende Bettseitenteile, die auf Wunsch des Bewohners angewendet werden, angegeben werden?

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

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

ALLE Bettseitenteile, die den Bewohner / die Bewohnerin also am Verlassen des Bettes hindern, werden erfasst, auch wenn der Bewohner / die Bewohnerin es selbst wünscht. Bei der Berechnung des Indikators durch die Datenauswertungsstelle werden allerdings nur Bewohner\*innen mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen einbezogen.

### Muss der Bewohner / die Bewohnerin durch die Lücke der geteilten Bettseitenteile passen?

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



## 11. Schmerz (Indikator 3.4)

**Wie kann die Lokalisation eines Schmerzes angegeben werden, wenn der Bewohner / die Bewohnerin dazu keine Angaben machen kann und die Lokalisation des Schmerzes lediglich anhand von Mimik und Gestik der Schmerz vermutet werden kann?**

Entweder kann man sich dann auf eine ggf. durch Diagnostik bekannte Lokalisation "berufen" oder man versucht eine Annäherung an die Lokalisation zu erreichen.

Zum Beispiel stöhnt der Bewohner / die Bewohnerin beim Durchbewegen der Beine und Arme nicht, ebenso beim Bewegen des Kopfes nicht, aber beim Drehen auf die Seite, sodass die Pflegekraft vermutet, dass der Schmerzzschwerpunkt in Hüfte und/oder Rücken liegt. Manchmal klagen Bewohner\*innen über Schmerzen "im ganzen Körper", sodass die Lokalisation nicht immer genau darzustellen ist.

Die für den Behandlungsplan/Pflegeplan relevante Information sollte in der Dokumentation möglichst exakt beschrieben sein - nicht für die Indikatoren, sondern für die Kommunikation mit anderen Pflegekräften und dem Arzt!

**Was bedeutet „weitgehend“ schmerzfrei – erfolgt die Einschätzung analog zum Expertenstandard und den hinterlegten Rangskala-Werten?**

Weitgehend schmerzfrei heißt, dass der Schmerzpatient / die Schmerzpatientin zwar ab und zu noch etwas spürt, sich durch den Schmerz aber nicht mehr belastet fühlt und daher keine Intervention für erforderlich gehalten wird. Auf der NRS ist das max. 2, unabhängig davon, ob bei Bewegung oder in Ruhe oder bei Tumorpatienten gemessen wird.

Es gilt die subjektiv empfundene Belastung des Bewohners / der Bewohnerin zu erfassen und zu beurteilen, ob eine Intervention erforderlich ist. Diese Einschätzung findet auf pflegfachlicher Ebene und somit zunächst ohne Assessments und Skalierungen statt. Erst wenn der Schmerz durch die Medikamente nicht verschwunden ist, der Bewohner also belastet ist, greift die nächste Frage, die eine differenzierte und regelmäßige Bewertung des Schmerzes erforderlich macht.

**Zahlreiche Bewohner\*innen sind schmerzfrei und erhalten kontinuierlich Schmerzmittel. Wenn der Bewohner / die Bewohnerin nicht mehr auskunftsfähig ist und auch sonst keine Informationen einholbar sind (Arzt, Angehörige, Einschätzung mittels Assessment) sind, wie wird in solchen Fällen mit den Angaben, insbesondere zur Lokalisation, zum Schmerz verfahren?**

Durch die Fragen des Indikators Schmerz werden Personen, die mit der aktuellen Schmerzmedikation schmerzfrei sind, von der Berechnung ausgeschlossen. Das heißt, dass für diese Bewohner die geforderte Schmerzeinschätzung (mit den Kriterien „nicht älter als 3 Monate“ und Angaben zu „Lokalisation“ und „Intensität“) nicht erforderlich sind.

Aus fachlicher Sicht sollten Bewohner\*innen mit einer Schmerzmedikation jedoch durchaus entsprechend beobachtet werden, hier spielt die Lokalisation unter Umständen durchaus eine Rolle und lässt sich möglicherweise noch aus vorliegenden Diagnosen („Coxarthrose“) oder situativ (Bewohner\*in stöhnt bei bestimmten Mobilisierungen) ableiten.



## Integrationsgespräch

### Müssen für Bewohner\*innen, die bereits länger in der Einrichtung leben Angaben zum Integrationsgespräch gemacht werden?

Diese Frage ist für alle Bewohner\*innen zu beantworten, die in den jeweils letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung (also auch der ersten Ergebniserfassung einer Einrichtung) eingezogen sind. Beispiel: Erster Stichtag der Einrichtung ist am 15.9.2020. Für Bewohner, die seit dem 15.3.2020 eingezogen sind, sind die entsprechenden Angaben zu machen.