

Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation

(Version 1.0 – März 2021)

Erstellt im Auftrag des Projektbüros EinSTEP



Einführung des Strukturmodells
zur Entbürokratisierung der
Pflegedokumentation

Verbände, die das Projektbüro EinSTEP tragen:



Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren oder das Dokument im Sachzusammenhang nutzen möchten, ist auf die Quelle wie folgt zu verweisen: „Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation“ (Version 1.0), AG Hersteller im Auftrag des Projektbüros EinSTEP, www.ein-step.de, Berlin, März 2021

Mitglieder der Arbeitsgruppe und die Organisationen/Unternehmen

Moderation, Konzeption, Layout: Elisabeth Beikirch für das Projektbüro EinSTEP, Claus Bölicke und Stephan von Kroge für die freigemeinnützigen und privaten Trägerorganisationen, Björn Gorniak für die Hersteller, Markus Stein für die Fachverbände der Hersteller

Vertretung von Trägerorganisationen:

Claus Bölicke, Leiter der Abteilung Gesundheit, Alter und Behinderung AWO BV, Mitglied im Fachausschuss Altenhilfe der BAGFW, Mitglied im Qualitätsausschuss Pflege (QAP), Multiplikator für das Strukturmodell und die Erhebung der Qualitätsindikatoren

Ellen Fähmann, Pflegesachverständige, ehem. Regionalkoordinatorin im Projekt EinSTEP, Multiplikatorin des bpa zur Schulung für Strukturmodell, Indikatorenerhebung und Qualitätsprüfung (QPR Stationär)

Stephan von Kroge, Landesbeauftragter bpa Niedersachsen, Multiplikator des bpa zur Schulung für Strukturmodell, Indikatorenerhebung und Qualitätsprüfung

Matthias Kunze, Referent Pflege, Hospiz und Seniorenwirtschaft, Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Der Paritätische) Landesverband Thüringen e.V., Multiplikator für das Strukturmodell und die Erhebung der Qualitätsindikatoren

Kristin Seidenzahl, Pflegefachberaterin im AWO-Landesverband Thüringen e.V., Multiplikatorin für das Strukturmodell und die Erhebung der Qualitätsindikatoren

Sabine Spittel, Bereichsleiterin Altenhilfe im AWO Landesverband Thüringen e.V., Vorsitzende des EinSTEP-Kooperationsgremiums Thüringen, Multiplikatorin für das Strukturmodell und die Erhebung der Qualitätsindikatoren

Carola Stenzel-Maubach, Referentin für ambulante und stationäre Altenpflege im DBfK Bundesverband e.V., Mitglied im QAP, ausgebildete Multiplikatorin für das Strukturmodell und die Erhebung der Qualitätsindikatoren

Vertretung von Herstellern:

Björn Gorniak Connex Communication GmbH, Produktmanagement

Christoph Weinbrenner und **Andreas Oehler** DAN Produkte, Produktentwicklung

Ralph Zenker GODO Systems GmbH, Geschäftsführung

Francesca Warnecke und **Martin Lepa** MediFox GmbH, AbtL. Pflege und Produktmanagement

Johannes Neubauer und **Jan Sprenger** NOVENTI Care GmbH, Produktmanagement

Ralf Richter opta data IT Solutions GmbH, Produktmanagement

Susanne Rieckmann ehem. Geschäftsführung GODO Systems GmbH; Expertin Konzeption und Gestaltung von Prozessen, technische Umsetzung in der Pflegedokumentation

Vertretung der Fachverbände der Hersteller:

Helmut Ristok für **FINSOZ e.V.**

Markus Stein für den **DVMD**



Inhalt

1. Einführung, Relevanz und Zielgruppen.....	4
2. Zielsetzungen und Vorgehensweise	7
2.1 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe.....	7
2.2 Entstehung des Leitfadens und das Verfahren der Konsensfindung in der AG.....	7
2.3 Zentrale Aspekte bei der Erhebung von Daten	9
3. Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation	11
3.1 Zeitlicher Ablauf Erhebung Qualitätsindikatoren, Funktion der Datenauswertungsstelle und Aufgaben der Pflegeeinrichtungen.....	11
3.2 Legende zur Struktur des Leitfadens, Hinweise zur Anwendung und Erläuterung der Abkürzungen	14
3.3 Tabellarische Darstellung des Leitfadens und Hinweise zur praxisorientierten Anwendung	17
4. Literatur- und Quellennachweise	53
Anhang – Konzept und Charakteristika des Strukturmodells	54

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verfahren und zeitlicher Ablauf der halbjährlichen Datenerhebung zur Erfassung der Ergebnisqualität durch stationäre Pflegeeinrichtungen

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechterspezifische sprachliche Differenzierung verzichtet. Die verwendeten Begriffe gelten stets für alle Geschlechter.

1. Einführung, Relevanz und Zielgruppen

Die Erhebung von Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität, Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsin-
ternen Qualitätsmanagements für die vollstationäre Pflege (MuG stationär) sorgt für einen re-
gen Diskurs in der Fachszene. Hierbei spielen der Aufwand für die Pflegedokumentation auf
der Grundlage fachlicher Entscheidungen und die Möglichkeit der technischen Unterstützung
im Sinne eines effizienten und zeitschonenden Vorgehens eine nicht unwesentliche Rolle.

Immer wieder gibt es Nachfragen der Pflegeeinrichtungen und auch der Hersteller, ob und
inwieweit das Konzept des Strukturmodells und eine damit konforme Pflegedokumentation mit
dem neuen Verfahren der indikatorengestützten Ergebnisqualität im Einklang steht oder tech-
nisch nicht hinreichend unterstützt werden kann. Häufig bezieht sich die Frage auch auf die
neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) für stationäre Pflegeeinrichtungen, da beide neuen
„Instrumente“ zueinander in Bezug stehen.

Andere Pflegeeinrichtungen hingegen berichten, dass durch die Pflegedokumentation mit dem
Strukturmodell das indikatorengestützte Verfahren gut umzusetzen ist. Die erhebenden Pfl-
gefachkräfte sind durch den personenzentrierten Ansatz im Strukturmodell und die fachlichen
Fragen bei der Datenerhebung mit den Bedarfen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Men-
schen vertraut. Das erleichtert die Erhebung und die Einschätzung der Qualitätsindikatoren.

Das Projektbüro EinSTEP nahm die unterschiedlichen Einschätzungen zum Anlass einer Prü-
fung, ob die neuen Anforderungen zur Erfassung der Ergebnisqualität Auswirkungen auf die
fachliche Ausrichtung des Strukturmodells haben und eventuell eine Weiterentwicklung der
pflegewissenschaftlichen Konzeption (Version 2.0) notwendig ist. Damit verbunden wäre auch,
das auf das Strukturmodell abgestimmte technische Anforderungsprofil (Version 1.4) ebenfalls
zu überprüfen.

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (AG) in bewährter Weise
aus Vertretungen der Pflege, der Hersteller und der freigemeinnützigen sowie der privaten
Trägerorganisationen eingesetzt, um, je nach Ergebnis, den Pflegeeinrichtungen, die das
Strukturmodell anwenden, gegebenenfalls von EinSTEP entsprechende Hinweise geben zu
können.

Wegen der zentralen Bedeutung der Fragen sei an dieser Stelle ein wichtiges (Teil-)Ergebnis
der Arbeit gleich vorweggenommen: **Es gibt keine fachlichen Anhaltspunkte, das Konzept
des Strukturmodells und eine damit konforme Pflegedokumentation sowie das darauf
abgestimmte technische Anforderungsprofil im Zuge der umfassenden Neuausrichtung
zur Erfassung und Darstellung der Ergebnisqualität durch die Qualitätsindikatoren in
der vollstationären Pflege zu ändern.**

Das Strukturmodell und das neue indikatorengestützte Verfahren zur Erfassung der Ergebnis-
qualität haben zwar unterschiedliche Funktionen, sind aber in ihrer inhaltlichen Ausrichtung
aufeinander bezogen. Sie zielen ausdrücklich darauf ab, die Fachlichkeit der Pflegenden zu
stärken, sind auf der Grundlage des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufgebaut und ori-
entieren sich an den Modulen des darauf abgestimmten Begutachtungsinstruments.

In Zeiten knapper Personalressourcen muss es zusätzlich im Interesse aller sein, das indika-
torengestützte Verfahren im Rahmen der internen und externen Qualitätssicherung so zeit-
schonend und effektiv wie möglich in den Pflegeeinrichtungen alle sechs Monate durchzufüh-
ren, ohne Irritationen bezüglich der Anwendung und der Prinzipien des Strukturmodells zur
Steuerung des Pflegeprozesses auszulösen.

Dabei spielen, gerade auch angesichts der aktuellen Debatte um die Digitalisierung in der Pflege, Möglichkeiten und Grenzen einer sinnvollen technischen Unterstützung eine immer größere Rolle.

Hierin liegen aber zugleich auch die Herausforderungen für die Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen und Herstellern. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder insbesondere von den Herstellern in der AG auf die gemeinsamen Erfahrungen bei der Erarbeitung des technischen Anforderungsprofils und seiner hilfreichen Wirkung in der Praxis im Rahmen der damaligen Implementierungsstrategie zur Einführung des Strukturmodells verwiesen (EinSTEP 2015-2017).

Die Teilnehmer der AG waren sich deshalb einig, dass es wegen der vielen grundlegenden Neuerungen der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege (SGB XI) für alle Beteiligten wichtig ist, erneut durch ein klar strukturiertes Dokument und abgestimmte Positionen zu verschiedenen Aspekten der Umsetzung (technisch/fachlich/wirtschaftlich) bei der Indikatorenerfassung eine praxisnahe Hilfestellung (Leitfaden) für die Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen und die Hersteller zu erarbeiten.

Das Ergebnis liegt nun in Form eines umfassenden und im Rahmen der AG inhaltlich konsentierten Leitfadens – ähnlich dem Anforderungsprofil – vor und steht auf der Website des Projektbüros unter www.ein-step.de zum Download für die Fachszene und die Branche der Hersteller sowie andere Interessierte zur Verfügung. Es stellt sowohl für die stationären Pflegeeinrichtungen, die mit dem Strukturmodell technisch gestützt arbeiten, aber auch die Hersteller von Software eine spezifische Ergänzung zu den verbindlichen Vorgaben in den MuG stationär des Qualitätsausschusses Pflege nach §113b SGB XI und autorisierten Schulungsmaterialien vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Indikatorenerhebung dar. Diese Dokumente waren für die Arbeit in der AG ebenfalls verpflichtende Grundlage.

Der Leitfaden richtet sich an unterschiedliche Zielgruppen:

- die Verantwortlichen des Pflege- und Qualitätsmanagements von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell anwenden, eine elektronische Pflegedokumentation eingeführt haben und sich nun mit dem neuen System der internen und externen Qualitätssicherung auseinandersetzen müssen. Da dies mit grundlegenden betrieblichen und wirtschaftlichen Entscheidungen einhergeht, kann der Leitfaden auch für Geschäftsführungen und Heimleitungen von Nutzen sein.
- die Unternehmen der Softwarehersteller im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Systeme im Kontext der Indikatorenerhebung bei Anwendung des Strukturmodells, insbesondere für den diesbezüglichen Dialog mit ihren Kunden zur Datengenerierung sowie eine mögliche Nutzenstiftung durch eine elektronisch unterstützte Pflegedokumentation
- die Multiplikatoren der freigemeinnützigen, kommunalen und privaten Trägerorganisationen, um im Rahmen ihrer Schulungen zusätzliche Hilfestellung für Pflegeeinrichtungen anbieten zu können, die mit dem Konzept des Strukturmodells arbeiten
- die Kooperationsgremien von EinSTEP in den Ländern zur Unterstützung ihrer Arbeit, insbesondere für den Austausch von regionalen Entwicklungen im Kontext des Strukturmodells und auftretenden Fragen im Zusammenhang von Prüfergebnissen
- die externen Prüfdienste (MD und PKV) und ihre Prüfer, die im Rahmen der externen Qualitätsprüfung nach der QPR in einer Einrichtung, die das Strukturmodell anwendet, die Datenerhebung für die Indikatoren stichpunktartig überprüfen (siehe Punkt 3.1)

Das Kernstück dieses Dokuments, der Leitfaden (Teil B), ist auf eine technikgestützte Pflegedokumentation ausgerichtet. Er kann aber aus fachlicher Perspektive eventuell auch für Pflegeeinrichtungen, die eine manuelle Dokumentation bevorzugen, Anregung bieten und von Nutzen sein.

Dem Projektbüro und den Verbänden, die EinSTEP tragen, gilt der ausdrückliche Dank aller Teilnehmer der Arbeitsgruppe, diesen Prozess konstruktiv und wohlwollend – auch unter den Belastungen der Pandemie – unterstützt zu haben.

Hinweise aus der Praxis im Hinblick auf Praktikabilität und Verständlichkeit im Umgang mit diesem Leitfaden sowie Anregungen zu Ergänzungen können an das Projektbüro EinSTEP gerichtet werden. Es bestand in der AG Einvernehmen darüber, dass dieser Leitfaden nach hinreichender Erfahrung aller Beteiligten (Praxis, Multiplikatoren der Verbände, Hersteller, Medizinische Dienste etc.) sowie eventuellen Anpassungen der Vorgaben zum indikatoren-gestützten Verfahren durch den Qualitätsausschuss Pflege (QAP) Ende 2021/Frühjahr 2022 nach dem Durchlauf von zwei Erhebungen in den Pflegeeinrichtungen durch die Arbeitsgruppe evaluiert werden sollte.

2. Zielsetzungen und Vorgehensweise

2.1 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe (AG) bestand zum einen aus einer von den Pflegeeinrichtungen bundesweit benannten Auswahl an Softwareherstellern und ihren Fachverbänden, die teilweise bereits in der ersten Arbeitsgruppe bei der Erarbeitung des technischen Anforderungsprofils mit EinSTEP zusammengearbeitet haben und mit den Prinzipien des Strukturmodells sowie der Indikatorenerhebung vertraut sind. Einige Teilnehmer aus der Gruppe der Hersteller haben eine pflegewissenschaftliche oder pflegepraktische Expertise, was für den kritisch konstruktiven Dialog in der AG sehr hilfreich war.

Zum anderen setzte sie sich aus langjährig erfahrenen leitenden Pflegefachkräften aus Pflegeeinrichtungen zusammen, die das Strukturmodell anwenden, und geschulten Multiplikatoren der privaten und freigemeinnützigen Trägerorganisationen auf Bundes- und Landesebene, die sowohl die (Master-)Schulung zum Strukturmodell als auch zur Indikatorenerhebung durchlaufen haben und hierin Pflegeeinrichtungen unterrichten oder zur Thematik als Referenten in den Verbänden tätig sind (siehe Seite 2).

Da die Arbeitsgruppe aus sehr unterschiedlichen Playern des Sozial- und Gesundheitswesens bestand (Softwarehersteller, Praktiker, Verbände), kann von einer flächendeckenden Betrachtung der stationären Altenhilfe gesprochen werden. Hierbei sei zunächst erwähnt, dass die Praktiker, Softwarehersteller und die Verbände in einem offenen Austausch miteinander gearbeitet haben, ohne ihre Verbands-, Markt und/oder Dienstleistungsansprüche geltend zu machen.

2.2 Entstehung des Leitfadens und das Verfahren der Konsensfindung in der AG

Der Auftakt war zunächst geprägt durch den Austausch der jeweiligen Informationsstände zu

- den bisherigen Erfahrungen der praktischen Anwendung dieses neuen Instruments in den Pflegeeinrichtungen und Fragestellungen im Rahmen von Schulungen
- den Anforderungen, die von den Pflegeeinrichtungen an die Hersteller der technischen Umsetzung in Bezug auf ihre Software gerichtet werden und
- den Materialien und verbindlichen Vorgaben, die von verschiedenen Institutionen – Datenauswertungsstelle Pflege (DAS), Qualitätsausschuss Pflege (QAP), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – sowie Verbänden und Wissenschaft im Rahmen der Implementierung des neuen Systems zur Verfügung gestellt werden (siehe Punkt 4)

Im Einführungsteil dieses Dokuments wurde bereits ein wesentliches erstes Ergebnis der Arbeitsgruppe vorgestellt und darauf hingewiesen, dass die Indikatorenerhebung effektiv und möglichst zeitschonend durchgeführt werden kann und keine Irritationen zur Dokumentation mit dem Strukturmodell auslösen soll.

Die halbjährliche Erhebung durch Pflegefachkräfte bedarf der Übung und Reflexion der Ergebnisse. Sie sollte zur Unterstützung der Pflegenden und auch aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive, weitestgehend dort, wo es sinnvoll ist, technisch geleitet sein – allerdings ohne den Dokumentationsaufwand hierdurch zu erhöhen oder die Notwendigkeit manueller Einträge

bei stichtagsbezogenen fachlichen Entscheidungen grundsätzlich infrage zu stellen. Dies stellt eine weitere Herausforderung für alle Beteiligten dar.

So entstand die Idee, die unterschiedliche Expertise in dieser AG zu nutzen und entlang des verbindlichen Erhebungsinstruments (siehe MuG stationär, Anlage 3) zur halbjährlichen Erfassung der Indikatoren Schritt für Schritt konkrete fachliche und technische Hinweise im oben genannten Sinne zu geben und die Zusammenhänge sowie den Nutzen einer technigestützten Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell darzustellen und zu erläutern.

Dieses Anliegen wurde in der Folge von allen Mitgliedern mit hohem zeitlichem und persönlichem Engagement verfolgt. Obwohl die ursprüngliche Fragestellung schnell beantwortet war, wurde die Entwicklung des vorliegenden Leitfadens in dankenswerter Weise von dem Projektbüro EinSTEP sowie den Fachverbänden konstruktiv unterstützt.

Das Grundkonzept der interdisziplinären Zusammenarbeit und eines offenen Diskurses, welches vor fünf Jahren mit der bundesweiten Implementierungsstrategie des Strukturmodells begann, wurde auch für diese Vorhaben als Erfolgsgarant von allen Beteiligten gewertet.

Für die Bearbeitung des Leitfadens wurden folgende Grundlinien festgelegt:

- Die Fragestellungen im Erfassungsbogen und die Notwendigkeit fachlicher Entscheidungen werden entlang der Prinzipien des Strukturmodells laufend eingeordnet (fachliche Aspekte/Pflegeprozess/ Dokumentation).
- Die Effektivität einer automatisierten Übernahme von Daten zur Ergebnisqualität wird Punkt für Punkt entlang des Erhebungsinstrumente kritisch reflektiert (Möglichkeiten technischer Verknüpfungen/Vorgaben zur Datengenerierung/Datenqualität).
- Die Zielstellung und die weiterhin geltenden Aspekte der Entbürokratisierung werden im gesamten Vorgehen im Blick behalten.

Nicht berücksichtigt wurden die QPR stationär, da es sich um ein eigenständiges, inhaltlich neu ausgerichtetes Instrument im Gesamtsystem der internen und externen Qualitätssicherung handelt. Es existieren zwar Verbindungen zwischen der Indikatorenerhebung und den neuen Qualitätsprüfrichtlinien für stationäre Pflegeeinrichtungen (siehe Punkt 3.1), die aber nicht Gegenstand dieses Leitfadens sind.

Der Fokus des Leitfadens liegt vielmehr auf dem Zusammenhang zwischen Indikatorenerhebung, elektronischer Dokumentation und der Anwendung des Strukturmodells sowie der Nutzenstiftung für die interne Qualitätssicherung.

Einen ersten Durchlauf der unterschiedlichen Fragestellungen und die Festlegung von Handlungsempfehlungen konnte als erste Rohfassung im Rahmen von Präsenzveranstaltungen entwickelt werden. Unter Corona-Distanz wurde dann in virtuellen Sitzungen weitergearbeitet und die Diskussion in die Online-Welt verlagert.

Damit dieser Diskurs im zweiten Durchlauf möglichst effizient stattfinden konnte, einigte man sich darauf, dass sich die fachliche Perspektive und die technische Perspektive von beiden Seiten mit den noch offenen Fragestellungen in getrennten Gruppen beschäftigen sollte. Eine kleine Redaktionsgruppe fasste diese Teilergebnisse (Abschnitt B) zusammen und das Ergebnis wurde allen Mitgliedern zur Stellungnahme übersandt.

Nachdem dieses Ziel erreicht und das „Kernstück“ der Arbeit durch die Mitglieder der AG geleistet war, wurden die begleitenden Texte und Abbildungen für den Rahmen, in dem dieses Produkt eingebettet ist, konzipiert und es entstand der Entwurf des vorliegenden Dokuments

mit den drei Abschnitten A bis C. Hierbei wurde auch das Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) herangezogen.

Zusätzlich erfolgte eine Überprüfung durch ausgewählte Pflegeeinrichtungen, ob mit dem Leitfaden eine verständliche und vor allem brauchbare Handlungsleitung zur Unterstützung der Praxis gelungen ist. Die Rückmeldungen waren Anlass, im Text, aber insbesondere im Teilabschnitt B Präzisierungen und Anpassungen vorzunehmen.

Pandemiebedingt konnte dann ebenfalls nur in einer abschließenden Online-Sitzung das Gesamtprodukt konsentiert und zur Übergabe an das Projektbüro EinSTEP freigegeben werden.

2.3 Zentrale Aspekte bei der Erhebung von Daten

Die Unterstützung durch diesen Leitfaden kann allerdings nur Wirkung entfalten, wenn die Pflegedokumentation „strukturmodellkonform“ angewandt wird und entsprechend dem „Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen“ (siehe Anhang) „regelkonform“ technisch etabliert ist. Sowohl die Konformität mit dem Strukturmodell als auch mit dem „Anforderungsprofil“ scheint nicht überall gewährleistet zu sein. Dies kann von den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit diesem Leitfaden und der Auseinandersetzung mit der Erhebung der Indikatoren überprüft werden.

Ebenso ist zu prüfen, wie sorgfältig andere Daten – unabhängig von der Pflegedokumentation – im Rahmen der Organisation von Pflege und Betreuung elektronisch dokumentiert und systematisch erfasst werden. Hierzu gehört auch, dass alle Beteiligten in den Pflegeeinrichtungen im Umgang mit einer elektronischen Dokumentation entsprechend geschult sind, um eine gute Datenqualität zu gewährleisten und im Ergebnis Fehler zu vermeiden. Dies ist ein Aspekt, auf den auch in den Schulungsunterlagen des IPW bei der Erhebung der Indikatoren hingewiesen wird.

Ein immer wiederkehrendes Thema in der AG war daher, dass von den Pflegeeinrichtungen oft unterschätzt wird, dass die Fachlichkeit in den Pflegeeinrichtungen und eine gute Dokumentationsqualität Voraussetzungen sind, um bei der automatisierten Bereitstellung von Daten eine möglichst hohe Güte der Datenqualität zu erreichen. Dies ist ein wichtiger „Baustein“, um zur Entlastung der Pflegenden einen Beitrag leisten zu können und den zum Teil hohen Erwartungen der Pflegeeinrichtungen an eine automatisierte Datengenerierung zu entsprechen.

Dies hat, wie der Leitfaden zeigt, im Übrigen auch seine Grenzen. Fachliche Entscheidungen und ihre Dokumentation können nicht durch Automatismen ersetzt werden. Diesbezügliche Angebote der Hersteller oder Vorstellungen der Pflegeeinrichtungen können mit einem Mehr- oder Doppelaufwand einhergehen, da hierfür spezifische Eingaben in der Software zur Dokumentation notwendig sind, zum Beispiel durch die (Wieder-)Einführung einer regelmäßigen, vorgegebenen Erhebung von Assessments im Rahmen des Risikomanagements, um Daten zur Übernahme in das Erhebungsinstrument zu generieren. Dies widerspricht dem Kerngedanken der Entbürokratisierung in der Pflege und dem Prinzip, fachliche Entscheidungen anlassbezogen im Einzelfall zu treffen. Software kann zur Unterstützung immer nur den Weg von Vorschlägen zur automatisierten Übernahme von Daten (siehe Hinweise Spalte 5 im Leitfaden) gehen, die durch Pflegefachkräfte überprüft und bestätigt werden müssen.

Der vorliegende Leitfaden gliedert sich in drei Abschnitte und gibt unter anderem Antworten auf diese Spannungsfelder, wobei dies sicherlich erst den Beginn einer längeren Phase des gemeinsamen Lernens und Entwickelns oder einer Impulsgebung darstellt.

Abschnitt A (Kapitel 1 und 2)

Allgemeine Einführung zu Hintergrund, Zielsetzung und Vorgehen, Zusammenhänge mit anderen Instrumenten und Entwicklungen in der Pflege sowie Relevanz und Einordnung des Leitfadens.

Abschnitt B (Kapitel 3)

Erläuterungen und Abbildungen zu Struktur, Begriffen und Abkürzungen im Hinblick auf die Anwendung des „Kernstücks“ dieses Leitfadens: der Matrix auf der Grundlage des Erhebungsinstruments (MuG stationär, Anlage 3). Systematisch erfolgen Hinweise aus fachlicher und technischer Sicht für ein effizientes Vorgehen der Datenerfassung entlang des Erhebungsinstruments und der in diesem Kontext geforderten bewohner- und stichtagsbezogenen Einschätzungen durch die Pflegefachkraft.

Abschnitt C (Kapitel 4)

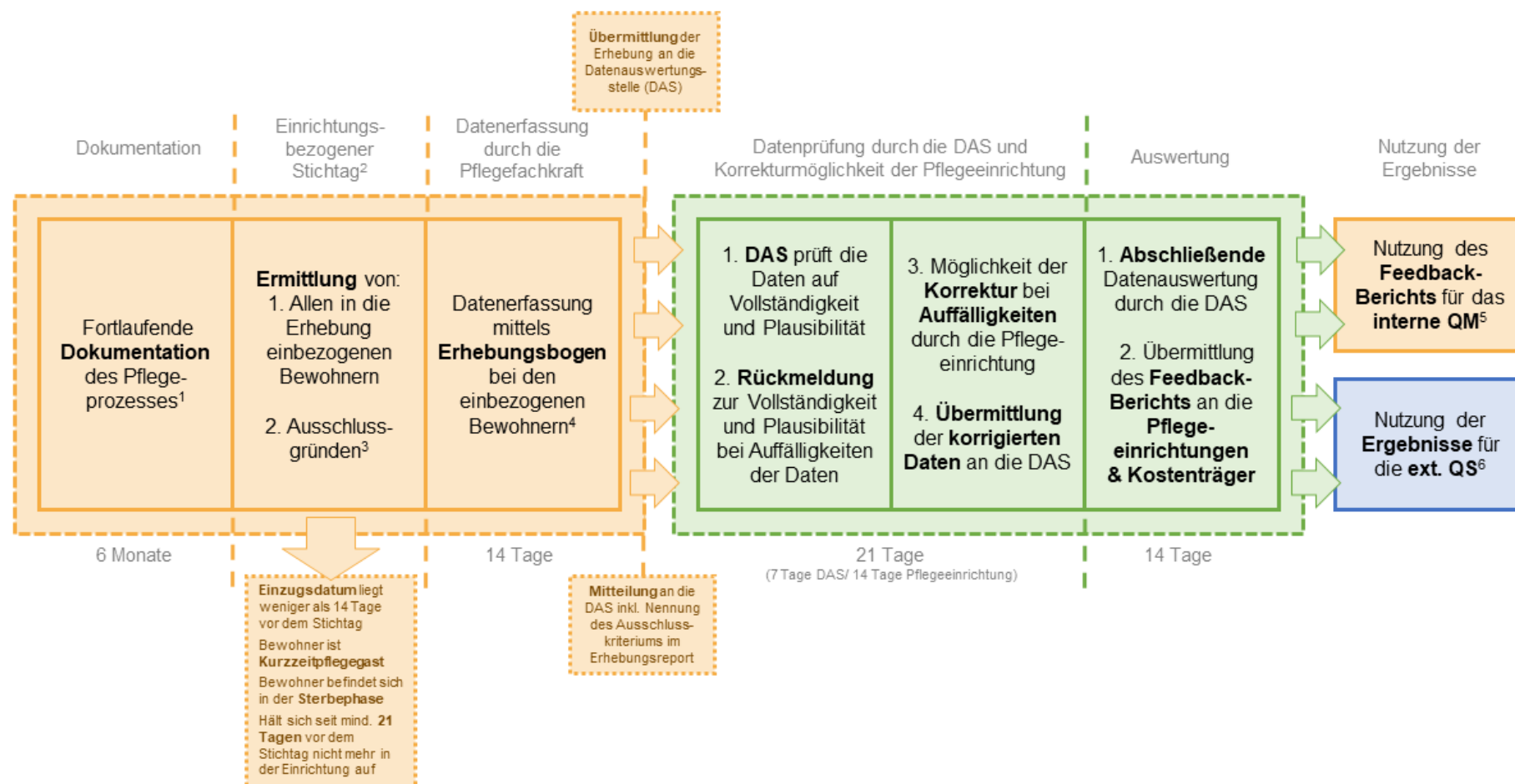
Literatur- und Quellenhinweise, die im Zusammenhang der Bearbeitung dieses Dokuments eine verbindliche Grundlage für die Arbeitsgruppe waren oder darüber hinaus von Bedeutung sind und für die Fachöffentlichkeit bei Bedarf frei zugänglich sind.

3. Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation

3.1 Zeitlicher Ablauf und Stichtagserhebung von Qualitätsindikatoren, Funktion der Datenauswertungsstelle, Aufgaben der Pflegeeinrichtungen und Nutzung der Ergebnisse

Zum besseren Verständnis der Hinweise und Begrifflichkeiten im Leitfaden werden in der folgenden Abbildung der in den MuG stationär vorgegebene Prozess der Datenerhebung, das Verfahren der Überprüfung sowie der spezifische Nutzen der Ergebnisse grafisch dargestellt. Mit der Farbgebung sollen die unterschiedlichen Organisationen und ihre Mitwirkung am Gesamtprozess verdeutlicht werden.

Abbildung 1:



(1) Im Rahmen der Pflegedokumentation ist keine zusätzliche oder spezifische Dokumentation für die Ergebniserfassung erforderlich, auch auf administrative/medizinische Daten verweisen

(2) Im Zuge der Registrierung der Pflegeeinrichtungen wählen diese einen individuellen Stichtag. Ein einmal festgelegter Stichtag ist verbindlich und später nicht mehr änderbar.

(3) Es findet keine Erhebung von Daten zur Ergebniserfassung statt. Ein verkürzter Erhebungsbogen wird erstellt.

(4) Unabhängig von stichtagsbezogenen, fachlichen Entscheidungen können hierbei zum Teil Übernahmen aus dem Datenbestand genutzt werden, es besteht aber immer die Notwendigkeit einer pflegefachlichen Überprüfung durch die Pflegefachkraft.

(5) Der Feedback-Bericht bietet eine Möglichkeit zur Vorbereitung auf die Qualitätsprüfung und sollte in das interne Qualitätsmanagement integriert sein.

(6) Die erstellten Indikatoren sind Teil der Prüfstichprobe zur inhaltliche Plausibilitätsprüfung entlang der Angaben im Erhebungsbogen / Erhebungsinstrument.

Quelle: Eigendarstellung AG Hersteller und Praxis; Projektbüro EinSTEP

Die Definition der Ausschlusskriterien ist in Anlage 3 der MuG stationär (Seite 28) geregelt. Die Angaben sind in einem gesonderten Dokument (Erhebungsreport) zu erfassen. Die folgende Tabelle gibt Hinweise zu pflegfachlichen, organisatorischen und strukturellen Aspekten der Bearbeitung und dazu, welche Quellen aus dem Datenbestand hierbei technisch genutzt werden können.

Ausschlusskriterien	Pflegefachliche, organisatorische und strukturelle Hinweise	Datenquelle
<p>Nr. 1 (Einzugsdatum < 14 Tage vor Stichtag)</p> <p>Nr. 2 (Kurzzeitpflege)</p> <p>Nr. 4 (mindestens 21 Tage vor Stichtag nicht in Einrichtung)</p>	<p>Es ist keine pflegfachliche Einschätzung erforderlich; die (Pflege-)Verlaufsdaten müssen gepflegt und damit aktuell sein.</p>	<p>Die im Datenbestand erfassten Zeiten der An-/ Abwesenheiten (einrichtungsindividuell) sollten zur automatisierten Ableitung des Ausschlusskriteriums und zur Erfassung im Erhebungsreport verwendet werden (Vermeidung von Übertragungsfehlern).</p>
<p>Nr. 3 (Bewohner/in befindet sich in der Sterbephase)</p>	<p>Es ist eine stichtagsbezogene, pflegfachliche Entscheidung im Erfassungszeitraum (14 Tage) notwendig. Über die Informationen aus dem Maßnahmenplan oder andere Quellen hinaus wird ggf. eine kollegiale Beratung zur aktuellen Einschätzung der Situation in Bezug auf den Stichtag empfohlen.</p>	<p>Manuelle Erfassung im Erhebungsreport durch die (Bezugs-)Pflegefachkraft.</p>

3.2 Legende zur Struktur des Leitfadens, Hinweise zur Anwendung und Erläuterung der Abkürzungen

Die Struktur des Leitfadens ist in fünf Spalten eingeteilt. In der linken Spalte finden sich die vorgegebenen Fragestellungen des Erhebungsinstruments gemäß Anlage 3 der MuG stationär. Die weiteren vier Spalten geben unter anderem spezifische Hinweise zur Notwendigkeit fachlicher Entscheidungen im Rahmen der halbjährigen Stichtagserhebung, zu technischen Möglichkeiten der Datengenerierung und zu Fundstellen in einer elektronisch gestützten „strukturmodellkonformen“ Pflegedokumentation.

Die Überschriften in den fünf Spalten legen Thema und Funktion der Spalte fest und es finden sich systematisch Aussagen zu folgenden Aspekten:

Spalte I Fragestellung im Erhebungsinstrument

Gemäß Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege [www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/10/MuG-stationa%CC%88r-Anlage-3-zuletzt-gea%CC%88ndert-am-30.07.2019.pdf]

Spalte II Pflegefachliche Expertise erforderlich

Zur Beantwortung der Fragen im Erhebungsinstrument ist gegebenenfalls eine fachliche Einschätzung durch eine Pflegefachkraft am Tag der Erhebung der Daten notwendig (Stichtagsbezogene pflegefachliche Entscheidung). Wird in dieser Spalte der Hinweis „*Nicht erforderlich*“ gegeben, handelt es sich um die Abfrage von Strukturdaten, die in der Regel aus dem Datenbestand technisch generiert werden können (siehe Spalte V „*Übernahme aus dem Datenbestand*“).

Spalte III Beachte

Die Arbeitsgruppe hat die Hinweise in dieser Spalte verschiedenen Quellen (Schulungsmaterial des IPW, FAQ des QAP, Erläuterungen in der Anlage 3 der MuG stationär, Begutachtungsrichtlinie) entnommen. Diese sollten bei der stichtagsbezogenen Datenerhebung der besonderen Aufmerksamkeit unterliegen. Die Hinweise beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte, zum Beispiel Prinzipien des Strukturmodells, Datenqualität, fachliche Kommentierungen zur Beantwortung der Fragestellungen im Erhebungsinstrument.

Dabei ist aufgefallen, dass es Abweichungen zwischen den Ausführungen in den Schulungsunterlagen zu einzelnen Indikatoren und den Erläuterungen direkt im Begutachtungsinstrument und den MuGs gibt. Dies bezieht sich insbesondere auf Abweichungen der Vorbemerkungen und Definitionen zu einzelnen Einschätzungskriterien. Diese Auffälligkeiten können zusätzliche Irritationen der Erhebenden begründen.

Spalte IV Datenquelle und Angaben zum Fundort

In dieser Spalte sind die möglichen Fundorte der Daten in einer elektronischen und strukturmodellkonformen Pflegedokumentation angegeben, die technisch oder manuell zur Beantwortung der jeweiligen Fragestellungen herangezogen werden sollten, oder andere Dokumente, die grundsätzlich zur Verfügung stehen. Einrichtungs- und personenindividuell kann es weitere gegebenenfalls zeitlich befristete Fundstellen geben.

Spalte V Technische Übersetzung

Einschätzung der Arbeitsgruppe, Antworten auf Fragestellungen (Spalte I) im Erhebungsinstrument automatisiert der Pflegefachkraft zur Verfügung zu stellen und zur Überprüfung anzubieten (*Übernahme aus dem Datenbestand*). Außerdem gibt es Hinweise, wann eine manuelle Eingabe erforderlich oder alternativ geboten ist.

Der Begriff „*strukturierte Erfassung*“ weist darauf hin, dass im Rahmen einer einrichtungsindividuellen Pflegedokumentation Daten vorliegen können, die eine automatisierte Datenübernahme in das Erhebungsinstrument ermöglichen. Es können aber auch anlassbezogene aktuelle Daten zu einer Person in der Pflegedokumentation vorliegen (zum Beispiel aktuelle Begutachtung), die am Stichtag eine automatisierte Übernahme aus dem Datenbestand in das Erhebungsinstrument ermöglichen.

Die durch die Software vorgeschlagenen Daten müssen am Stichtag durch die Pflegefachkraft geprüft und gegebenenfalls manuell bearbeitet werden. **Handlungsleitend ist bei einer strukturierten Erfassung, dass der Dokumentationsaufwand sich hierdurch nicht erhöht und keine zusätzlichen schematischen Routinen eingeführt werden, um Daten automatisiert zur Verfügung zu stellen.**

Folgende Abkürzungen werden im Matrixdokument verwendet:

- BI** Begutachtungsinstrument in: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches – vom 15. April 2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017 [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/210211_BRi_Pflege.pdf]
- DAS** Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI [<https://das-pflege.de/>]
- MuG** 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 vom 23.11.2018, zuletzt geändert in Anlage 3 am 30.07.2019 [<https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/10/MuG-Vereinbarungstext-zuletzt-gea%CC%88ndert-am-30.07.2019.pdf>]
- QAP** Qualitätsausschuss Pflege [<https://www.gs-qsa-pflege.de/>]
- SIS[®]** Strukturierte Informationssammlung (Element 1 gemäß Strukturmodell), Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege (Version 2.0, Oktober 2017) [https://www.ein-step.de/fileadmin/content/Schulungsunterlagen_2.0/Informations-_und_Schulungsunterlagen_V2.0_Oktober_2017_final.pdf]

3.3 Tabellarische Darstellung des Leitfadens und Hinweise zur praxisorientierten Anwendung

Die Abschnitte mit den Überschriften BI-Modul 1, 2, 4, 6 im Erhebungsinstrument (1.1–6.6) verweisen auf die Schnittstelle zur Nomenklatur des Begutachtungsinstruments:

Es besteht aber grundsätzlich keine fachliche Notwendigkeit, aufgrund dieser Abschnitte halbjährlich für alle Bewohner das gesamte Begutachtungsinstrument zu erfassen. Das wäre ein unnötiger zeitlicher und personeller Mehraufwand.

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegfachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
A. Allgemeine Angaben A.1 Datum des Einzugs A.2 Geburtsmonat/-jahr A.3 Geschlecht (männlich/weiblich) A.4 Pflegegrad (0–5)	Nicht erforderlich	Stammdaten müssen aktuell sein	Die Daten können aus den Stammdaten übernommen werden	Übernahme aus dem Datenbestand
A.5 Ist es bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zu einem der folgenden Krankheitsereignisse gekommen? (Apoplex, Fraktur, Herzinfarkt, Amputation)	Zuordnung vorliegender Diagnosen zu den in der Fragestellung vorgegebenen medizinischen Oberbegriffen durch die Pflegefachkraft	Hinweis: Fragestellung bezieht sich lediglich auf Änderungen in den letzten 6 Monaten	Pflegedokumentation (z.B. Stammdaten) Aktueller Arztbrief / dokumentierte ärztliche Kommunikation, die seit der letzten Ergebniserfassung stattgefunden hat	Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten ist eine manuelle Eingabe erforderlich

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>A.6</p> <p>Wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?</p> <p>(Ja, einmal / Ja, mehrmals / Nein)</p> <p>Wenn ja, weitere Informationen zu Zeit und Grund</p>	<p>Nicht erforderlich</p>	<p>Gilt auch für stationäre Rehabilitation (FAQ des QAP).</p> <p>Die Angaben zum Grund sind derzeit nicht Bestandteil des Datensatzes für die DAS</p>	<p>Einrichtungsindividuelle Erfassung der Abwesenheit des Bewohners bei Krankenhausaufenthalten</p>	<p>Zeiten können aus dem Datenbestand übernommen werden</p>
<p>A.7</p> <p>Wird der Bewohner bzw. die Bewohnerin beatmet?</p> <p>(Ja, invasive Beatmung / Ja, aber nicht invasiv / Nein)</p>	<p>Nicht erforderlich</p>	<p>Das entscheidende Merkmal zur Abgrenzung der vorgegebenen Merkmale ist hier die „Trachealkanüle“ (S. 33 Nr. 23 MuG)</p>	<p>Pflegedokumentation (SIS®, Maßnahmenplan, Berichtblatt, Dokumentation zur Beatmung)</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>A.8</p> <p>Bewusstseinszustand (wach / schläfrig / somnolent / komatös / Wachkoma)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Entscheidung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Hier soll die charakteristische Situation der pflegebedürftigen Person während der letzten 6 Monate (Erhebungszeitraum) abgebildet werden, nicht die tagesaktuelle, wenn diese eventuell gerade nicht charakteristisch für die Person ist (FAQ des QAP).</p> <p>Bei dem Ankreuzen der Kategorie „Wachkoma“ muss eine entsprechende schriftliche ärztliche Diagnose vorliegen (FAQ des QAP).</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt), Vitalwerte</p> <p><u>Ausnahme Wachkoma:</u> aus Arztbrief / ärztliche Kommunikation</p>	<p>Manuelle Eingabe empfohlen</p> <p>Bei einer Übernahme aus dem Datenbestand muss die Einschätzung auf die charakteristische Situation der letzten 6 Monate hin überprüft werden</p> <p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>A.9</p> <p>Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin vorliegen</p> <p>(Diabetes Mellitus / Osteoporose / bösartige Tumorerkrankung / Demenz / Multiple Sklerose / Tetraplegie/Tetraparese / Parkinson / Chorea Huntington / Apallisches Syndrom)</p>	Nicht erforderlich	Es müssen tatsächliche ärztliche Diagnosen vorliegen (FAQ des QAP).	Arztbrief / ärztliche Kommunikation	Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich
<p>1. BI-Modul Mobilität</p> <p>(nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)</p>				
<p>1.1</p> <p>Positionswechsel im Bett</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)		Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)	Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>1.2</p> <p>Halten einer stabilen Sitzposition (selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>1.3</p> <p>Sich umsetzen (selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>1.4</p> <p>Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>1.5</p> <p>Treppensteigen</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
2. BI-Modul Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld (vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)	Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)		Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtblatt)	Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich
2.2 Örtliche Orientierung (vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)	Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)		Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtblatt)	Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>2.3</p> <p>Zeitliche Orientierung (vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>2.4</p> <p>Sich erinnern (vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>2.5</p> <p>Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>2.6</p> <p>Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>2.7</p> <p>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtsblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>2.8</p> <p>Erkennen von Risiken und Gefahren</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtsblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>2.9</p> <p>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegfachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
<p>2.10</p> <p>Verstehen von Aufforderungen</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegfachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>2.11</p> <p>Beteiligung an einem Gespräch</p> <p>(vorhanden / unbeeinträchtigt / größtenteils vorhanden / in geringem Maße vorhanden / nicht vorhanden)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
4. BI-Modul Selbstversorgung: Angaben zur Versorgung		Grundsätzlicher Hinweis: Statistische Erhebung, nicht Bestandteil des Begutachtungsinstruments		
4.A Künstliche Ernährung (über eine Sonde oder parenteral) Erfolgt die Ernährung des Bewohners bzw. der Bewohnerin parenteral oder über eine Sonde? Ja / nein (ausschließlich orale Ernährung) (weiter mit 4B) <u>Wenn ja:</u> (nicht täglich oder nicht dauerhaft / täglich, aber zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme / ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung) Erfolgt die Bedienung selbstständig oder mit Fremdhilfe? (selbstständig / mit Fremdhilfe)	nicht erforderlich nicht erforderlich nicht erforderlich		Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt, ärztliche Verordnung) Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt) Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)	Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.B Blasenkontrolle/Harnkontinenz</p> <p>(Bewohner bzw. Bewohnerin hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma (weiter mit 4.C))</p>	<p>Nicht erforderlich</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe eBI-Mrforderlich</p>
<p>(ständig kontinent / überwiegend kontinent / überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent / komplett inkontinent)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.C</p> <p>Darmkontrolle/Stuhlkontinenz</p> <p>Bewohner bzw. Bewohnerin hat ein Colo- oder Ileostoma (weiter mit 4.1)</p> <p>(ständig kontinent / überwiegend kontinent / überwiegend inkontinent / komplett inkontinent)</p>	<p>Nicht erforderlich</p> <p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtsblatt)</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p> <p>Manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4. BI-Modul Selbstversorgung: Bewertung der Selbstständigkeit</p>				
<p>4.1</p> <p>Waschen des vorderen Oberkörpers</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtsblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.2</p> <p>Körperpflege im Bereich des Kopfes</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4.3</p> <p>Waschen des Intimbereichs</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.4</p> <p>Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4.5</p> <p>An- und Auskleiden des Oberkörpers</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.6</p> <p>An- und Auskleiden des Unterkörpers</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4.7</p> <p>Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.8</p> <p>Essen</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4.9</p> <p>Trinken</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.10</p> <p>Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>4.11</p> <p>Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/ Urostoma) (entfällt / selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>4.12</p> <p>Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)</p> <p>(entfällt / selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>6. BI-Modul Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</p>				
<p>6.1</p> <p>Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung in der einleitenden Überschrift im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>6.2</p> <p>Ruhen und schlafen (selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Unterscheidung im einleitenden Beschreibungstext im Erhebungsinstrument und Begutachtungsinstrument.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>6.3</p> <p>Sich beschäftigen (selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>6.4</p> <p>In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>6.5</p> <p>Interaktion mit Personen im direkten Kontakt</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>6.6</p> <p>Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes</p> <p>(selbstständig / überwiegend selbstständig / überwiegend unselbstständig / unselbstständig)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt)</p>	<p>Kann bei anlassbezogen vorliegenden aktuellen Ergebnissen einer internen Überprüfung des Pflegegrads oder externen Begutachtung aus dem Datenbestand vorgeschlagen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>7. Dekubitus</p> <p>7.1</p> <p>Hatte der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus?</p> <p>(ja, einmal – ja, mehrmals – nein)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Hinsichtlich der Kategorie / Stadium 1–4 siehe Hinweise S. 54 Nr. 66 in der Anlage 3 der MuG. Zur Kategorie „unbekannt“ finden sich Erläuterungen in den FAQ des QAP</p> <p>Diese Frage bezieht sich auf alle im Erhebungszeitraum bestehenden Dekubiti, auch wenn diese vor dem Einzug oder an anderem Ort entstanden sind (siehe FAQ des QAP).</p>	<p>Berichteblatt, Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>7.2</p> <p>Maximale Dekubitus-Kategorie im Beobachtungszeitraum (Kategorie/Stadium 1–4 und „unbekannt“)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Prüfen, ob Angaben zu Kategorie 1 / Stadium 1 in der einrichtungswissenschaftlichen standardisierten Wunddokumentation abgebildet sind.</p> <p>Hinsichtlich der Kategorie / Stadium 1–4 siehe Hinweise S. 54 Nr. 66 in der Anlage 3 der MuG. Zur Kategorie „unbekannt“ finden sich Erläuterungen in den FAQ des QAP</p>	<p>Kategorie 1 / Stadium 1 / unbekannt: Berichteblatt</p> <p>Kategorie 2–4 / Stadium 2–4 / unbekannt: Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kategorie 1 / Stadium 1 / unbekannt: Manuelle Eingabe notwendig, wenn keine Erfassung in der standardisierten Wunddokumentation</p> <p>Kategorie 2–4 / Stadium 2–4 / unbekannt: Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
<p>7.3.1</p> <p>Dekubitus 1 Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Hinsichtlich der Kategorie / Stadium 1-4 siehe Hinweise S. 54 Nr. 67, 68, 70, 71 in der Anlage 3 der MuG. Zur Kategorie „unbekannt“ finden sich Erläuterungen in den FAQ des QAP</p>	<p>Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>7.3.2</p> <p>Dekubitus 1</p> <p>Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
<p>7.3.3</p> <p>Dekubitus 2</p> <p>Bitte Zeitraum angeben (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Hinsichtlich der Kategorie/dem Stadium 1–4 siehe Hinweise S. 54 Nr. 67, 68, 70, 71 in der Anlage 3 der MuG. Zur Kategorie „unbekannt“ finden sich Erläuterungen in den FAQ des QAP</p>	<p>Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
<p>7.3.4</p> <p>Dekubitus 2</p> <p>Wo ist der Dekubitus entstanden? (nur Kategorie/Stadium 2, 3 oder 4 oder wenn Kategorie/Stadium unbekannt)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>		<p>Standardisierte Wunddokumentation</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
8. Körpergröße und Gewicht 8.1 Körpergröße (in cm)	Nicht erforderlich		Pflegedokumentation	Übernahme aus dem Datenbestand
8.2 Aktuelles Körpergewicht (in kg plus Dokumentationsdatum)	Stichtagsbezogene pflegefachliche Erhebung im Erfassungszeitraum (14 Tage) oder aktuell (anlassbezogene) vorliegende Daten im Rahmen einer Evaluation	Die zweimal jährliche Erhebung des aktuellen Gewichts wird zur Berechnung des Qualitätsindikators 2.6 „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ benötigt (Anlage 3 der MuG stationär), wenn keine Ausschlussgründe vorliegen (siehe 8.3). <div data-bbox="936 962 1272 1337" style="background-color: #f4a460; padding: 5px;"> <p>Abweichung zum Strukturmodell</p> <p>Im Strukturmodell erfolgt die Gewichtserhebung grundsätzlich anlassbezogen (pflegefachliche Entscheidung im Rahmen der Risikobewertung/Maßnahmenplanung/Evaluation)</p> </div>	Pflegedokumentation (z.B. Berichteblatt, Vitalwerte), Entlassungsbericht nach aktuellem Krankenhausaufenthalt	Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>8.3</p> <p>Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte laut Pflegedokumentation für den Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung zutrafen</p> <p>(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 vom Arzt oder Angehörigem oder Betreuer nicht gewogen / aktuelles Gewicht liegt nicht vor, Bewohner/in möchte nicht gewogen werden.</p>	<p>Stichtagsbezogene Einschätzung der Pflegefachkraft im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Hier u.a. Möglichkeit der Angabe von Gründen, warum ein aktuelles Gewicht nicht erhoben werden kann (Ablehnung durch Bewohner oder Anordnung des behandelnden Arztes)</p> <p>Nachweis in der Pflegedokumentation hierzu erforderlich (siehe Nr. 76 MuG stationär, Anlage 3, Seite 54)</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichteblatt), Entlassungsbericht nach Krankenhausaufenthalt, Ärztliches Kommunikationsblatt</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>9. Sturzfolgen</p> <p>9.1</p> <p>Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt?</p> <p>(ja, einmal / ja, mehrmals / nein)</p>	<p>Nicht erforderlich</p>		<p>Pflegedokumentation (z.B. Berichteblatt und Dokumentation zum Sturzereignis)</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
<p>9.2</p> <p>Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?</p> <p>(Frakturen / ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Unterstützungsbedarf etc.)</p>	<p>Stichtagsbezogene Erhebung der Pflegefachkraft im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Die Einschätzung, ob es sich bei einer Verschlechterung in der Form „Erhöhter Unterstützungsbedarf (...)“ um eine Sturzfolge (direkt oder indirekt, z.B. durch den folgenden Krankenhausaufenthalt) handelt, muss immer direkt im Zusammenhang mit dem Sturzereignis stehen und bewertet werden.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. Berichteblatt, Maßnahmenplan, SIS®, Dokumentation zum Sturzereignis plus Folgeabschätzung), ärztliche Kommunikation, Arztbrief, Entlassungsbericht Krankenhaus</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>10.a Anwendung von Gurten</p> <p>10.1 Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet?</p> <p>10.2 Wenn ja: Wie oft wurden Gurte angewendet? (täglich / mehrmals wöchentlich / 1x wöchentlich / seltener als 1x wöchentlich)</p>	<p>Nicht erforderlich</p>	<p>Anwendung von Gurten jeglicher Art muss dokumentiert sein (siehe Schulungsunterlagen zu Frage 10.a und FAQ des QAP)</p> <p>Statistische Erfassung der Situation innerhalb der letzten vier Wochen zum Stichtag</p>	<p>Maßnahmenplan, Berichtblatt bei Änderung der geplanten Umsetzung, weiterführende Dokumente</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>10.b Bettseitenteile</p> <p>10.3</p> <p>Wurden bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet?</p> <p>(ja / nein) (bei nein, weiter mit Frage 11)</p>	<p>Nicht erforderlich</p>	<p>Anwendung von Bettseitenteilen jeglicher Art müssen dokumentiert sein (siehe Schulungsunterlagen zu Frage 10.a und FAQ des QAP)</p>	<p>Maßnahmenplan, Berichtblatt bei Änderung der geplanten Umsetzung, weiterführende Dokumente</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>10.4</p> <p>Wenn ja: Wie oft wurden Bettseitenteile angewendet?</p> <p>(täglich / mehrmals wöchentlich / 1x wöchentlich / seltener als 1x wöchentlich)</p>		<p>Statistische Erfassung der Situation innerhalb der letzten vier Wochen zum Stichtag</p>		

<p>11. Schmerz</p> <p>11.1</p> <p>Liegen bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners bzw. der Bewohnerin oder Einnahme von Analgetika)?</p> <p>(ja / nein) (bei „nein“ weiter mit Frage 12)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Fokus der Frage beachten: Es geht um die grundsätzliche Einschätzung, ob zum Stichtag eine länger andauernde Schmerzproblematik besteht.</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. SIS®, Maßnahmenplan, Berichtesblatt, zeitlich befristetes Schmerzprotokoll / Einschätzung mittels Skala bzw. weiterer strukturierter Erfassungsformulare, Medikamentenplan mit Bedarfsmedikation), ärztlicher Kommunikationsbogen, Entlassungsberichte aus Kliniken</p> <div data-bbox="1317 708 1675 1305" style="background-color: #f4a460; padding: 10px;"> <p>Dokumentation bei Anwendung des Strukturmodells</p> <p>Die Beschreibung zur Schmerzsymptomatik erfolgt hier nach Situation im entsprechenden Themenfeld der SIS® und Risikomatrix sowie anschließender Verständigung mit der pflegebedürftigen Person für die Maßnahmenplanung und ggf. sonstiger Dokumentation. Oder direkt in der Maßnahmenplanung nach einer anlassbezogenen Evaluation (z.B. Eintragungen im Berichtesblatt).</p> </div>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>
---	---	---	--	---

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>11.2</p> <p>Sind der Bewohner bzw. die Bewohnerin durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei?</p> <p>(ja / nein)</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>Die Frage „ja“ oder „nein“ auf der Grundlage der pflegefachlichen Einschätzung beantworten.</p>	<p>Pflegedokumentation (Maßnahmenplan, Berichteblatt, ggf. Ergebnis Schmerz-Assessment, Schmerzprotokolle)</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich</p>
<p>11.3</p> <p>Wurde bei dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?</p> <p>Ja – wenn ja, Datum und Information zur letzten Schmerzeinschätzung (Schmerzintensität / Schmerzqualität / Schmerzlokalisierung / Folgen für den Lebensalltag)</p> <p>Nein – wenn nein, weiter mit Frage 12</p>	<p>Stichtagsbezogene pflegefachliche Einschätzung im Erfassungszeitraum (14 Tage)</p>	<p>„Ja“ ist anzukreuzen, wenn eine dokumentierte Einschätzung mindestens zur Intensität und Lokalisation des Schmerzes vorliegt</p> <div data-bbox="925 858 1294 1378" style="background-color: #f4a460; padding: 5px;"> <p>Abweichung zum Strukturmodell</p> <p>Eine differenzierte Schmerzeinschätzung muss nicht unbedingt mit einer Schmerzskala durchgeführt worden sein. Sie kann auch in Form einer systematischen pflegefachlichen Einschätzung erfolgt sein (nicht-standardisiert), siehe Schulungsunterlagen QI, Seite 48 und MuG stationär, Seite 85, und FAQ des Qualitätsausschusses.</p> </div>	<p>Pflegedokumentation, je nach Situation. Insbesondere Berichteblatt, Maßnahmenplan und SIS®, ggf. Ergebnis Schmerz-Assessment, Schmerzprotokolle</p>	<p>Kann bei strukturierter Erfassung aus dem Datenbestand übernommen werden, ansonsten manuelle Eingabe erforderlich.</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>12. Einzug (Beginn der vollstationären Versorgung)</p> <p>12.1</p> <p>Ist der Bewohner bzw. die Bewohnerin seit der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?</p> <p>(ja / nein) (bei „nein“ Ende der Ergebniserfassung zu Ziffer 12)</p>	Nicht erforderlich		Stammdaten	Übernahme aus dem Datenbestand
<p>12.2</p> <p>Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?</p> <p>(ja / nein) (wenn ja, Angabe des Kurzzeitpflegeaufenthalts)</p>	Nicht erforderlich		Stammdaten	Übernahme aus dem Datenbestand

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>12.3</p> <p>Sind der Bewohner bzw. die Bewohnerin innerhalb der ersten 8 Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden?</p> <p>(ja, vom ... bis zum / nein)</p>	Nicht erforderlich		Einrichtungsindividuelle Erfassung der Abwesenheit des Bewohners bei Krankenhausaufenthalten	Übernahme aus dem Datenbestand
<p>12.4</p> <p>Ist in den Wochen nach dem Einzug mit dem Bewohner bzw. mit der Bewohnerin und/oder einer seiner bzw. ihrer Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über sein bzw. ihr Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?</p> <p>(ja, und zwar am / nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners bzw. der Bewohnerin / nein, aus anderen Gründen)</p> <p>(Wenn ja, Angaben zu weiteren Personen möglich)</p>	Nicht erforderlich	<p>Integrationsgespräche nach einrichtungsindividuellen Aufnahmeroutinen</p> <p>Der Begriff „... in den Wochen nach dem Einzug“ liegt in der Definition des Indikators: „Anteil der in den letzten sechs Monaten eingezogenen Bewohner, bei denen frühestens sieben Tage und spätestens acht Wochen nach dem Einzug (in die vollstationäre Langzeitpflege) ein Integrationsgespräch durchgeführt, ausgewertet und dokumentiert wurde.“ (Anlage 2 MuG, Punkt 2.3 und FAQ des QAP)</p>	Pflegedokumentation (z.B. Visitenprotokoll, Berichtsblatt, weiterführende Dokumentation)	<p>Manuelle Erfassung</p> <p>Bei strukturierter Erfassung Übernahme aus dem Datenbestand möglich</p>

Fragestellung im Erhebungsinstrument	Pflegefachliche Expertise erforderlich	Beachte	Datenquelle und Angaben zum Fundort	Technische Übersetzung
<p>12.5</p> <p>Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?</p> <p>(ja / nein)</p>	<p>Nicht erforderlich</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 (Anlage 3 MuG stationär).</p>	<p>Pflegedokumentation (z.B. Visitenprotokoll, Berichteblatt, weiterführende Dokumentation)</p>	<p>Manuelle Erfassung erforderlich</p> <p>Bei strukturierter Erfassung Übernahme aus Datenbestand möglich</p>

4. Literatur- und Quellennachweise

- **Anforderungsprofil** für die Abbildung des **Strukturmodells** in Dokumentationssystemen (Version 1.4) vom Juni 2017 www.ein-step.de [Download]
- Informations- und **Schulungsunterlagen** zur **Einführung** des **Strukturmodells** in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Langzeitpflege (Version 2.0) vom Oktober 2017 www.ein-step.de [Download]
- **Pflegegradmanagement** im Zusammenhang mit der **Pflegedokumentation** gemäß Strukturmodell, Leitfaden vom 20. Januar 2017; www.ein-step.de [Download]
- Thesenpapier **Neues Begutachtungsinstrument und SIS®**, Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge, Thesenpapier vom 13. Juli 2016, www.ein-step.de [Download]
- Erklärfilme **Dokumentieren mit dem Strukturmodell** – das Konzept für die Langzeitpflege, Herausgeber Projektbüro EinSTEP [Video]
- Erklärfilme **Die Neuausrichtung der Pflege und das Strukturmodell**, Herausgeber Projektbüro EinSTEP [Video]
- **Maßstäbe und Grundsätze** für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (MuG) vom 30. Juli 2019 www.gs-qsa-pflege.de [Download]
- **Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze** für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der vollstationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (Erhebungsinstrument) vom 30. Juli 2019 www.gs-qsa-pflege.de [Download]
- **Maßstäbe und Grundsätze** für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der vollstationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI, **Antworten auf häufig gestellte Fragen / FAQs** vom 09. September 2020 www.gs-qsa-pflege.de [Download PDF] [Download Web]
- **Schulungsmaterial** zur **Ergebniserfassung** (Version 1.0) vom 12. Februar 2019 www.bundesgesundheitsministerium.de [Download]
- **Richtlinien** des GKV-Spitzenverbandes zur **Feststellung** der **Pflegebedürftigkeit** nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom 15. April 2016, geändert durch Beschluss vom 11.01.2021 www.mds-ev.de [Download]
- **Technische Dokumentation** zur **Spezifikation**, Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI (DAS Pflege) (Version 01.4) vom 3. April 2020 www.das-pflege.de [Download]

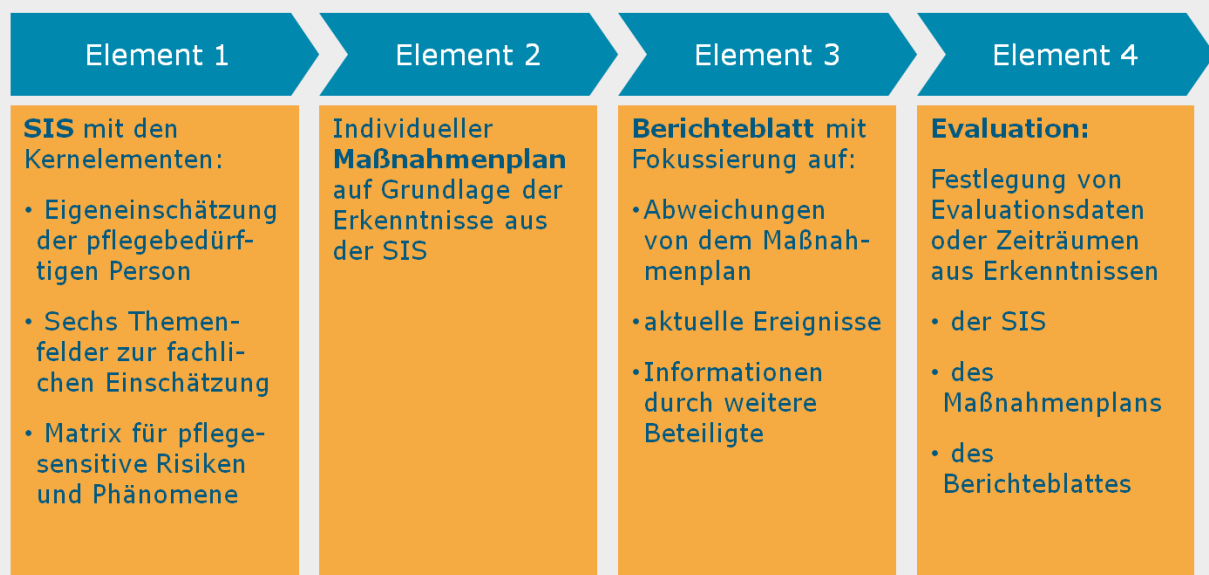
Anhang – Konzept und Charakteristika des Strukturmodells

Quelle: Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen, Version 1.4 (2017) Homepage EinSTEP.

Das Strukturmodell enthält vier Elemente, die sich entlang eines 4-stufigen Pflegeprozesses (WHO-Modell) orientieren.

- Element 1: Strukturierte Informationssammlung (SIS)
- Element 2: Maßnahmenplan
- Element 3: Berichtblatt
- Element 4: Evaluation

Die Neuorientierung der Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells basiert auf der Grundlage dieser vier Elemente, die logisch aufeinander aufbauen und untereinander in Beziehung stehen:



Dies ist verbunden mit folgenden Grundprinzipien:

- Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) stellt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zum Einstieg in den Pflegeprozess dar. Es ist kein „Formular“, welches solitär angewandt werden kann.
- Übersichtliche Darstellung und rationaler Umgang mit der Einschätzung pflegerelevanter Risiken und Phänomene in einer eigens hierfür entwickelten Risikomatrix.
- Schnelle Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person durch einen übersichtlichen handlungsleitenden Maßnahmenplan, welche auf der Grundlage der SIS und dem gemeinsamen Verständigungsprozess zwischen Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person entwickelt wird.
- Beschränkung im Berichtblatt auf die Dokumentation von Abweichungen der geplanten Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung sowie tagesaktuelle Ereignisse.

- Ein dynamischer Evaluationsprozess in Form von individuell festgelegten Daten oder Zeiträumen zur Evaluation, der auf alle Elemente bezogen sein kann.

Weitere Zielstellungen stellen sich wie folgt dar:

- Ausrichtung der Pflegedokumentation auf einen vierstufigen Pflegeprozess
- Einstieg in den Pflegeprozess anhand der Strukturierten Informationssammlung (SIS)
- der personenzentrierte Ansatz und der Verständigungsprozess
- erste fachliche Einschätzung von Risiken mittels eines Initialassessments
- Reduzierung von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Langzeitpflege
- schnelle Orientierung, Übersichtlichkeit und Zeitersparnis

Der angestrebte Paradigmenwechsel in der Dokumentationspraxis geht ganz wesentlich mit der Stärkung der fachlichen Kompetenz von Pflegefachkräften einher.