

**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 (zuletzt aktualisiert am 18.08.2021)**

Bitte beachten Sie, dass die Reihenfolge der Zwischenüberschriften der Systematik im Erhebungsbogen folgt.

<b>FAQ</b>
<b>Fragen zum Erhebungsinstrument</b>
<p><b>Wozu dient das Kommentarfeld am Ende einer Indikatorenerhebung?</b></p> <p>Im Anschluss an den Auswertungszeitraum 2 haben Pflegeeinrichtungen 7 Tage Zeit, ihre Indikatorenergebnisse zu kommentieren. Hierfür stehen 3000 Zeichen im Kommentarfeld zur Verfügung. Der Kommentar wird zusammen mit den Indikatorenergebnissen veröffentlicht.</p> <p><u>Aus diesem Grund müssen Kommentare sachlich sein und dürfen aus Datenschutzgründen in keinem Fall personenbezogene Daten (z. B. Namen, Geburtsdatum etc.) enthalten!</u></p> <p>Der Kommentar kann dazu genutzt werden Besonderheiten, welche die Indikatorenergebnisse betreffen, für die interessierte Öffentlichkeit kenntlich zu machen. Dies können beispielsweise spezifische Versorgungsschwerpunkte, eine spezielle Klientel oder besondere Umstände in der betreffenden Erhebungsphase sein.</p> <p>Die Kommentare werden weder von der DAS Pflege noch von den Landesverbänden der Pflegekassen vor der Veröffentlichung geprüft oder redaktionell bearbeitet.</p>
<p><b>Müssen für Bewohnerinnen und Bewohner, die ohne Pflegegradeinstufung sind, bzw. für solche, die als „rüstig“ gelten, eine Indikatorenerhebung durchgeführt werden?</b></p> <p>Ja. Die Indikatorenerhebung ist eine Vollerhebung unter Berücksichtigung der in den Maßstäben und Grundsätzen definierten Ausschlussgründen. Es ist daher unerheblich, ob die Bewohnerin bzw. der Bewohner über einen Pflegegrad verfügt, oder nicht. Bei den durch den MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen wird diese Bewohnergruppe weiterhin nicht berücksichtigt werden, die Stichproben werden daher entsprechend angepasst.</p>
<p><b>Bei der Indikatorenerhebung müssen an verschiedenen Stellen Angaben zur Dauer eines Ereignisses gemacht werden (z. B. zum Krankenhausaufenthalt oder zum Vorliegen eines Dekubitus). Was ist zu berücksichtigen, wenn die Dauer des Ereignisses über den Stichtag in den Ergebniserfassungszeitraum und ggf. darüber hinaus reicht?</b></p> <p>Es ist grundsätzlich möglich, Datumsangaben zu machen, die zeitlich nach dem Stichtag liegen. Bei der Berechnung durch die Datenauswertungsstelle werden allerdings ausschließlich die Tage betrachtet, die im zugrunde liegenden Erhebungszeitraum liegen.</p>

	<p><b>Wie werden im Erhebungsinstrument bei der ersten Erfassung die Fragen beantwortet, die sich auf die vorherige Ergebniserfassung beziehen?</b> Grundsätzlich sind die Fragen bezogen auf den Zeitraum der letzten sechs Monate bzw. seit Einzug zu beantworten.</p>
	<p><b>Können die Pflegeeinrichtungen innerhalb eines laufenden Erhebungszeitraumes Daten an die Datenauswertungsstelle übermitteln?</b> Ja. Die Datenauswertungsstelle nimmt Daten jederzeit an. Die Daten können mit Beginn des jeweiligen Erhebungszeitraumes an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden. Die Auswertung beginnt allerdings erst dann, wenn die Daten von dem Verantwortlichen in der Pflegeeinrichtung freigegeben wurden (im Ergebniserfassungszeitraum). <u>Vgl. auch Maßstäbe und Grundsätze (MuG) Anlage 1 § 4 Absatz 2 Satz 2:</u> „Mit Beginn des Erhebungszeitraumes können von der Pflegeeinrichtung Daten gemäß Anlage 3 an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden.“ Kommentare können nur im Kommentierungszeitraum abgegeben werden.</p>
	<p><b>Unsere Einrichtung verfügt über mehrere Versorgungsverträge / Institutskennezeichen (IK). Werden die jeweiligen Versorgungsbereiche im Verfahren getrennt behandelt?</b> Hat eine Einrichtung mehr als einen Versorgungsvertrag und/oder verschiedene IK-Nummern, erhält sie im Prinzip erst einmal auch zwei (oder mehr) Aufforderungen zur Registrierung (je Versorgungsbereich/IK-Nummer). Allerdings nur, wenn die Versorgungsbereiche auch bisher schon separat geprüft und die Ergebnisse separat veröffentlicht wurden. Wurde die Einrichtung bisher, trotz mehrerer Versorgungsbereiche und IK-Nummern, als Einheit geprüft und auch die Ergebnisse für die Gesamteinrichtung veröffentlicht, erhält die Einrichtung auch nur ein Registrierungsschreiben für die komplette Einrichtung einschließlich aller Versorgungsbereiche.</p>
	<p><b>Eine Pflegeeinrichtung ist bereits registriert, nun hat es einen Trägerwechsel gegeben. Muss die Einrichtung sich neu registrieren?</b> Ja, die Pflegeeinrichtung muss sich neu registrieren, der vorhandene Stichtag und ggf. bereits vorhandene Daten können dabei nicht für die neue Registrierung übernommen werden. <b>Ergänzender Hinweis:</b> Hintergrund ist, dass die Ergebnisse einer Pflegeeinrichtung auch über den Zeitverlauf hinweg betrachtet und bewertet werden, Ergebnisse unter der alten Trägerschaft jedoch nicht dem neuen Träger zugerechnet werden dürfen.</p>
	<p><b>Eine Pflegeeinrichtung ist bereits registriert und hat jetzt ein neues IK bekommen. Muss die Einrichtung sich neu registrieren bzw. wer führt die Änderung durch?</b> Sofern die Änderung des IK nicht aufgrund eines Trägerwechsels erfolgt ist, muss die Einrichtung sich nicht neu registrieren. Allerdings benötigt die Datenauswertungsstelle eine entsprechende Bestätigung der Änderung vom zuständigen Landesverband der Pflegekassen. Anschließend führt die Datenauswertungsstelle die Änderung des IK durch. <b>Ergänzender Hinweis</b> Sofern das neue IK hingegen die Folge eines Trägerwechsels ist, muss die Einrichtung neu registriert werden. Der vorhandene Stichtag und ggf. bereits vorhandene Daten können dabei nicht für die neue Registrierung übernommen werden. Hintergrund ist, dass die Ergebnisse einer Pflegeeinrichtung auch über den Zeitverlauf hinweg betrachtet und bewertet werden, Ergebnisse unter der alten Trägerschaft jedoch nicht dem neuen Träger zugerechnet werden dürfen.</p>

	<p><b>Einrichtungen müssen nach Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze einen Erhebungsreport erstellen. Gibt es den Erhebungsreport als Formularvorlage?</b></p> <p>Ein Muster eines Erhebungsreports finden Sie im Downloadbereich der Webseite des Qualitätsausschusses Pflege.</p>
	<p><b>Können für die Pseudonymisierung der Bewohner bzw. die Bewohnerin auch bereits vorhandene Nummern in der Pflegeeinrichtung genutzt werden, zum Beispiel die Debitorennummer?</b></p> <p>Nein, für das Pseudonymisierungsverfahren muss eine eigene bewohnerbezogene Nummer generiert werden. Die Personen, die sich hinter den Pseudonymen verbergen, dürfen nur durch die einrichtungsseitig geführte Pseudonymisierungsliste, erkennbar sein. Ein einmal vergebenes Pseudonym darf nicht wieder neu vergeben werden (z.B. kann nach dem Tod eines Bewohners dessen Pseudonym nicht bei einem anderen Bewohner bzw. einer anderen Bewohnerin wiederverwendet werden).</p> <p>Bei der Debitorennummer handelt es sich um eine Nummer, mit der eine Wiederherstellung des Personenbezugs unabhängig vom Verfahren der Ergebnisindikatoren möglich wäre. Debitorennummern und vergleichbare Nummernsysteme dürfen daher nicht für die Pseudonymisierung verwendet werden.</p>
	<p><b>Kann bzw. soll ein bereits vergebenes Pseudonym wiederverwendet werden, wenn ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin die Einrichtung nur vorübergehend für eine bestimmte Zeit verlässt (z.B. nach einem Aufenthalt zunächst in der Kurzzeitpflege und zu einem späteren Zeitpunkt in der Langzeitpflege)?</b></p> <p>Ja, 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.</p>
	<p><b>Wie ist das Verfahren zur Klärung statistischer Auffälligkeiten? Wann gelten die von den Pflegeeinrichtungen übermittelten Daten als statistisch plausibel bzw. statistisch nicht plausibel und was passiert bei statistisch nicht-plausiblen Angaben?</b></p> <p>Siehe dazu Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze. Zudem besteht die Möglichkeit der Klärung im Korrekturzeitraum.</p>
	<p><b>Wenn ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin im Anschluss an eine Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege in die Einrichtung eingezogen ist, müssen für diesen vorhergehenden Zeitraum auch Ergebnisse erfasst werden?</b></p> <p>Nein. Während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gelten Ausschlusskriterien (vgl. Anlage 3, S. 28). Für Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines oder mehrere der genannten Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Der Zeitraum der Erfassung von Sturzfolgen, Dekubitus usw. beginnt erst mit dem Einzug in die stationäre Langzeitpflege.</p>
	<p><b>Welche zeitlichen Angaben sind vorzunehmen, wenn sich z. B. während der Kurzzeitpflege ein Krankenhausaufenthalt ergibt und sich zwischenzeitlich der Versorgungsstatus auf Langzeitpflege ändert.</b></p> <p>Anzugeben ist der vertragliche Beginn der vollstationären Langzeitpflege.</p>
	<p><b>Muss für eine Bewohnerin, bzw. einen Bewohner eine Indikatorenerhebung durchgeführt werden, wenn diese/r am Stichtag verstorben ist?</b></p> <p>Ja. Die Indikatorenerhebung ist für alle Bewohnerinnen und Bewohner durchzuführen, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, und für die kein Ausschlusskriterium gilt (s. Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze, Kapitel 2.4.1).</p>

	<p><b>Bewohner und Bewohnerinnen, die sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung aufhalten, werden von der Indikatorenerhebung ausgeschlossen (s. Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze, Kapitel 2.4.1). Gilt das Ausschlusskriterium auch für Bewohnerinnen und Bewohner, die nach mindestens 21-tägiger Abwesenheit am Stichtag in die Einrichtung zurückgekehrt sind?</b></p> <p>Ja. In diesem Fall wird der Stichtag selbst als Abwesenheitstag betrachtet und das Ausschlusskriterium gilt als erfüllt.</p>
	<p><b>Wenn keine Auswertung der Indikatorendaten erfolgt, weil der Datensatz bei über 25% Auffälligkeiten im Sinne der statistischen Plausibilitätskontrolle (gem. MuG, Anlage 4, Kap. 4) aufweist, zählt die Erhebung dann dennoch als Probeerhebung gem. § 114b Absatz 1 SGB XI?</b></p> <p>Ja. Die durchgeführte Erhebung wird als vollständig durchgeführte Indikatorenerhebung gewertet.</p>
	<p><b>Wird Verhinderungspflege wie Kurzzeitpflege als Ausschlussgrund bewertet?</b></p> <p>Ja.</p>
	<p><b>Bei der Angabe zu den kognitiven Beeinträchtigungen, gem. MuG, Anlage 3, Kapitel 2.1.2, werden mehrere Merkmale aufgeführt. Müssen alle Merkmale erfüllt sein, oder genügt das Vorhandensein eines Merkmals?</b></p> <p>Das Vorhandensein eines Merkmals ist ausreichend, um dem Kriterium zu entsprechen.</p>
<p><b>Allgemeine Angaben</b></p>	
	<p><b>Im Erhebungsbogen wird das Datum des Einzuges (Beginn vollstationäre Versorgung) erfragt. Ist damit auch der Beginn der Kurzzeitpflege gemeint?</b></p> <p>Nein. Gemeint ist der Beginn der vollstationären Langzeitpflege.</p>
	<p><b>Was bedeutet im Erhebungsinstrument Pflegegrad „0“?</b></p> <p>„0“ ist gleichbedeutend mit „kein Pflegegrad“.</p>
	<p><b>Wie ist der Begriff „seit der letzten Ergebniserfassung“ zu verstehen, wenn der Einzug zwischen zwei Stichtagen stattfand und es noch keine „letzte Ergebniserfassung“ geben kann?</b></p> <p>In diesem Fall ist der Zeitraum zwischen Einzugsdatum und Stichtag als Erhebungszeitraum zu verstehen. Ein Einzug von weniger als 14 Tagen vor dem Stichtag gilt als Ausschlusskriterium.</p>
	<p><b>Was ist mit Krankenhausbehandlung gemeint?</b></p> <p>Der stationäre Aufenthalt. Ambulante Behandlungen im Krankenhaus sind nicht davon umfasst.</p>
	<p><b>Wenn bei der Indikatorenerhebung von „Krankenhausaufenthalten“ die Rede ist, sind dann auch Aufenthalte in der stationären Rehabilitation gemeint?</b></p> <p>Ja.</p>
	<p><b>Werden bei einem Krankenhausaufenthalt der Aufnahme- und der Entlassungstag bei der Dauer des Krankenhausaufenthaltes mitgezählt?</b></p> <p>Ja, siehe <u>MuG Anlage 3</u> S. 11 Nr. 19: „(...) Beginn: Datum Aufenthalt“ = Datum des Aufnahmetages; Nr. 20: „Ende Datum Aufenthalt“ = Datum des Entlassungstages.</p>

	<p><b>Bezieht sich das Ausschlusskriterium „Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die in den vergangenen sechs Monaten einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen Dauer hatten“ auf die Gesamtzahl der Tage im Krankenhaus oder auf einen Krankenhausaufenthalt?</b></p> <p>Das Ausschlusskriterium bezieht sich auf einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen. Mehrere Krankenhausaufenthalte von je weniger als zwei Wochen innerhalb der vergangenen sechs Monate werden nicht summiert.</p>
	<p><b>Bei mehreren KKH-Aufenthalten soll die absolute Anzahl seit der letzten Ergebniserfassung angegeben werden. Die technischen Spezifikationen lassen nur eine maximale Anzahl von 10 zu. Wenn die tatsächliche Anzahl der KKH-Aufenthalte &gt; 10 ist, was ist dann anzugeben?</b></p> <p>In diesem Fall bitte das mögliche Maximum (10) angeben.</p>
	<p><b>Worunter ist die Sauerstoffgabe durch einen Sauerstoffkonzentrator via Nasensonde einzuordnen?</b></p> <p>Die Sauerstoffgabe mittels Konzentrators über Nasensonde ist nicht als Beatmung zu werten.</p>
	<p><b>Wie ist im Erhebungsinstrument mit „Verdacht auf“ eine bösartige Tumorerkrankung oder mit „Zustand nach“ einer bösartigen Tumorerkrankung umzugehen?</b></p> <p>Es sind nur aktuelle und gesicherte Diagnosen mit Auswirkungen auf die Pflege anzugeben.</p>
	<p><b>Sind Verdachtsdiagnosen bei der Ergebniserfassung zu berücksichtigen?</b></p> <p>Es sind nur ärztliche Diagnosen anzugeben.</p>
	<p><b>Dekubitus</b></p>
	<p><b>Müssen auch Dekubitalulcera angegeben werden, die vor dem letzten Ergebniserfassungszeitraum (also vor länger als sechs Monaten) entstanden sind?</b></p> <p>Ja, gemeint sind alle Dekubitalulcera, die in den vergangenen sechs Monaten beim Bewohner bzw. bei der Bewohnerin bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger als sechs Monate zurückliegt, der Dekubitus aber noch nicht abgeheilt war, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum anzugeben (siehe MuG Anlage 3 S. 54 Nr. 65).</p>
	<p><b>Was bedeutet die Dekubitus-Klassifizierung „unbekannt“?</b></p> <p>Im Normalfall sollte eine korrekte Zuordnung in ein Stadium bzw. eine Kategorie möglich sein. „Unbekannt“ ist dann anzukreuzen, wenn der Dekubitus keinem Stadium bzw. keiner Kategorie zuordenbar ist, d.h. wenn die Tiefe des Dekubitus unbekannt ist bzw. wenn die Tiefe unbekannt ist und eine tiefe Gewebeschädigung vermutet wird.</p>
	<p><b>Wie ist zu verfahren, wenn bei einer Bewohnerin bzw. bei einem Bewohner innerhalb eines Erhebungszeitraumes zunächst ein Dekubitus der Kategorie/des Stadiums 1 oder 2 festgestellt wurde, die Zuordnung dieses Dekubitus später jedoch in „unbekannt“ geändert werden muss, weil eine Zuordnung des Dekubitusstadiums nicht eindeutig erfolgen kann (z. B. livide Verfärbung, die auf eine tiefliegende Schädigung hinweist)? Welche Kategorie/welches Stadium ist dann das Maximale?</b></p> <p>Da in diesem Fall eine eindeutige Zuordnung nicht möglich ist, ist als maximales Dekubitusstadium „unbekannt“ anzugeben. Für die Berechnung des Indikators durch die DAS wird in diesem Fall davon ausgegangen, dass es sich um einen Dekubitus handelt, der nicht der Kategorie/dem Stadium 1 entspricht.</p>

	<p><b>Ergänzender Hinweis:</b> Die Entwicklung eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums 3 oder 4 in die Kategorie/das Stadium „unbekannt“ kommt in der Praxis selten vor. Für die Indikatorenerhebung bedeutet das, dass in solchen Fällen als maximales Dekubitusstadium 3 bzw. 4 anzugeben ist.</p>
	<p><b>Welche Dekubitalulcera werden aufgenommen, wenn mehr als zwei bei einer Bewohnerin bzw. einem Bewohner bestehen?</b>          Gab es mehr als zwei Dekubitusepisoden in den letzten sechs Monaten, sind die beiden zeitlich letzten zu berücksichtigen (siehe MuG Anlage 3 S. 54 Nr. 67, 68, 70, 71). Im Erhebungsbogen sind daher auch nur zwei Eingabemöglichkeiten vorhanden.</p>
	<p><b>Wenn ein Dekubitus während der Kurzzeitpflege entstanden ist und bei Aufnahme in die Langzeitpflege derselben Einrichtung noch besteht, was ist als Entstehungsort anzugeben?</b> In diesem Fall ist die Kurzzeitpflegeeinrichtung als eine <i>andere Einrichtung</i> zu werten, anzugeben ist dann „woanders“.</p>
<p><b>Körpergröße und Gewicht</b></p>	
	<p><b>Was gibt man an, wenn der Bewohner, bzw. die Bewohnerin die Messung der Körpergröße ablehnt?</b>          In diesem Fall kann die Angabe „0“ erfolgen.</p>
<p><b>Anwendung von Gurten</b></p>	
	<p><b>Gehören Sitzhosen in Rollstühlen und Gurte im „Gehfrei/EasyWalker“ zu den zu berücksichtigenden Gurten?</b>          Nein.</p>
<p><b>Bettseitenteile</b> <input type="checkbox"/> nur durchgehende Bettseitenteile berücksichtigen <input type="checkbox"/></p>	
	<p><b>Muss die Anwendung von durchgehenden Bettseitenteilen angegeben werden, wenn dies ausdrücklich freiwillig auf Wunsch der Bewohnerin bzw. des Bewohners geschieht?</b>          Ja. Unabhängig von der rechtlichen Grundlage ist jedwede Anwendung von Bettseitenteilen anzugeben, wenn diese dazu geeignet ist, das Verlassen des Bettes zu verhindern. Bei der Auswertung berücksichtigt werden nur Angaben bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen.</p>
<p><b>Schmerz</b></p>	
	<p><b>Die Erläuterungen zu Variable 84 (Schmerzindikator) des Erhebungsbogens unterscheiden sich von den Erläuterungen im Schulungsmaterial des IPW zur Ergebniserfassung. Woran soll man sich orientieren?</b>          Maßgeblich sind die Erläuterungen des Erhebungsbogens.</p>
	<p><b>Wie wird bei dem Indikator „Aktualität der Schmerzeinschätzung“ mit den Angaben zur Schmerzintensität und -lokalisierung umgegangen, wenn eine Selbstauskunft der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu ihrer bzw. seiner Schmerzsituation nicht möglich ist?</b>          Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen ist unklar, wie mit Angaben zum Indikator Schmerzeinschätzung, insbesondere zur Schmerzlokalisierung und zur Schmerzintensität, umzugehen ist. Streng genommen können Angaben zur Schmerzlokalisierung und Schmerzintensität nur auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung erfolgen, diese ist bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen nicht möglich. Damit bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung mit einer qualifizierten Fremdeinschätzung der Indikator nicht zum Nachteil der Pflegeeinrichtung ausgelegt wird, sind folgende Hinweise zu beachten:          Bei Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen aufgrund fortgeschrittener kognitiver Einschränkung keine Selbstauskunft über Schmerzintensität und -lokalisierung möglich ist, erfolgt eine qualifizierte Beobachtung/Fremdeinschätzung. Für diese Bewohnergruppe gilt:</p>

	<p>- Das Feld „Schmerzintensität“ in Frage 11.3 ist anzukreuzen, wenn die Pflegedokumentation keine gesicherten Aussagen zur Schmerzintensität, jedoch nachvollziehbare beschreibende Angaben (Beobachtungen) zu vermuteten Schmerzen und zu Auswirkungen auf den Alltag enthält (z. B. Bewohnerin zeigt Schmerzreaktionen wie Abwehrhaltung/Schonhaltung/verzerrtes Gesicht beim Heraussetzen aus dem Bett).</p> <p>- Das Feld „Schmerzlokalisierung“ in Frage 11.3 ist anzukreuzen, wenn die Pflegedokumentation keine gesicherten Aussagen zur Schmerzlokalisierung, jedoch nachvollziehbare Angaben zur Schmerzlokalisierung enthält (z. B. aufgrund einer ärztlichen Diagnose oder beschreibend wie „Bewohnerin hat vermutlich starke Schmerzen im rechten Bein, sie vermeidet es, mit dem Bein aufzutreten“ ).</p>
	<p><b>Welches Datum muss angegeben werden, wenn bei einer differenzierten Schmerzeinschätzung die Schmerzintensität, , die Schmerzqualität, die Schmerzlokalisierung und die Folgen für den Lebensalltag zu unterschiedlichen Daten und unterschiedlich häufig erhoben werden (Beispiel: die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisierung werden in einem festgelegten Rhythmus engmaschig erfasst, die Schmerzqualität und die Folgen für den Lebensalltag verändern sich nicht permanent und werden deshalb in größeren Abständen erfasst)?</b></p> <p>Angegeben werden muss das letzte Datum, an dem die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisierung erfasst wurden. Dies ist insbesondere für die Berechnung des Indikators von Bedeutung.</p>
	<p><b>Einzug (= Beginn der vollstationären Langzeitpflege)</b></p>
	<p><b>Muss mit einem Bewohner, bzw. einer Bewohnerin erneut ein Integrationsgespräch geführt werden, auch wenn er bzw. sie nur von einem Versorgungsbereich in einen anderen wechselt, aber in der Einrichtung verbleibt?</b></p> <p>Ja. Es ist immer ein Integrationsgespräch zu führen, bzw. eine Aktualisierung vorzunehmen und zu dokumentieren. Dies gilt auch bei einer Änderung der IK-Nummer oder bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die stationäre Langzeitpflege.</p>
	<p><b>Laut Definition des Indikators muss das Integrationsgespräch frühestens sieben Tage und spätestens acht Wochen nach dem Einzug durchgeführt werden. Somit kann es vorkommen, dass ein Integrationsgespräch zum Stichtag noch nicht erfolgte. Wie wird dieser Fall bewertet?</b></p> <p>Bei der Erhebung zur Durchführung des Integrationsgespräches ist es im Einzelfall trotz Einhaltung der Regularien möglich, dass keine Auswertung stattfindet. Dieser Indikator findet dann bei der Folgeerhebung keine Berücksichtigung mehr.</p>
	<p><b>Werden Bewohnerinnen oder Bewohner bei der Berechnung des Indikators <i>Integrationsgespräch</i> ausgeschlossen, wenn sie sich nach dem Einzug in stationärer Krankenhausbehandlung befunden haben?</b></p> <p>Ja, wenn die Behandlung innerhalb der ersten acht Wochen nach Einzug länger als drei Tage andauert hat.</p>
	<p><b>Bei der Erfassung zum Integrationsgespräch ist die Angabe zu den teilnehmenden Personen notwendig. Welche Person gebe ich an, wenn Angehörige zugleich Betreuer sind?</b></p> <p>Beides.</p>