Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Abschlussbericht

www.bundesgesundheitsministerium.de
www.bmfsfj.de
Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Abschlussbericht

Dr. Klaus Wingenfeld (Projektleitung), Thomas Kleina und Simone Franz
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Dr. Dietrich Engels (Projektleitung), Silke Mehlan und Dr. Heike Engel
Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG)

Bielefeld/Köln, März 2011
# Inhalt

1. Einleitung .......................................................................................................................................... 5  
   1.1 Ausgangslage .................................................................................................................................. 7  
   1.2 Aufgabenstellung und Anforderungen an die Indikatorentwicklung ........................................... 11  

2. Konzeptionelle Vorüberlegungen .................................................................................................... 12  
   2.1 Verständnis von Ergebnisqualität als Basis für gesundheitsbezogene Indikatoren ................. 12  
   2.2 Überlegungen zum Konzept Lebensqualität ............................................................................ 18  

3. Methodisches Vorgehen ................................................................................................................. 23  
   3.1 Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes ......................... 23  
   3.2 Vorgehen bei der Auswahl und Entwicklung der Indikatoren ................................................... 25  
   3.3 Projektbeteiligte Einrichtungen ................................................................................................. 30  
   3.4 Vorgehen bei der Erprobung der Indikatoren ........................................................................... 31  
      3.4.1 Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren ..................................................................... 31  
      3.4.2 Befragung von Bewohnern und Angehörigen ..................................................................... 34  

4. Zur Anwendung empfohlene Indikatoren für Ergebnisqualität: Übersicht ...................................... 41  
   4.1 Erhalt und Förderung von Selbständigkeit ............................................................................... 45  
   4.2 Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen .................................................. 50  
   4.3 Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen ......................................................................... 56  
   4.4 Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung ......................................................................... 60  
   4.5 Tagesgestaltung und soziale Beziehungen ............................................................................. 64  
   4.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen ...................................... 74  

5. Ausführliche Darstellung der Indikatoren ........................................................................................ 75  
   5.1 Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit .............................................................. 75  
      5.1.1 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität ............................................................................. 77  
      5.1.2 Selbständigkeitsverhalten oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen ....................... 87  
      5.1.3 Selbständigkeitsverhalten oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und  
          sozialer Kontakte ...................................................................................................................... 97  
      5.1.4 Empfehlung für eine Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1 ................................ 103  
   5.2 Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen .................................. 107  
      5.2.1 Dekubitusentstehung .................................................................................................... 108  
      5.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen ................................................................................... 117  
      5.2.3 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ................................................................................ 125  
      5.2.4 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 2 ....................................... 130  
   5.3 Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen ....................................................... 131  
      5.3.1 Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug ......................................... 133  
      5.3.2 Einsatz von Gurtfixierungen ......................................................................................... 139  
      5.3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen 145  
      5.3.4 Schmerzmanagement ................................................................................................... 152  
      5.3.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 3 ....................................... 159  
   5.4 Bereich 4: Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung .......................................................... 161  
      5.4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht ........................................................................... 163  
      5.4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation ......................... 167  
      5.4.3 Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht .................................................................. 171  
      5.4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht ............................................................ 174  
      5.4.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 4 ................................................... 178
1. Einleitung

Schon seit vielen Jahren wird bemängelt, dass die Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung im Verhältnis zur Struktur- und Prozessqualität nicht ausreichend berücksichtigt werde. Diese Feststellung bezieht sich auf externe Qualitätsprüfungen (Medizinische Dienste der Krankenversicherung und Heimaufsichtsbehörden) ebenso wie auf einschlägige Qualitätsmanagementsysteme und Methoden, die im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses zur Anwendung kommen (Gebert/Kneubühler 2003).


Im Verlauf des Projekts waren Qualitätsindikatoren und Instrumente zu erarbeiten, mit denen sich Ergebnisqualität zuverlässig messen und beurteilen lässt. Sie wurden während einer zehnmonatigen Praxisphase in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt. Der vorliegende Bericht stellt das Ergebnis dieses Projektes vor.

Die Entwicklungsarbeiten, Recherchen, Erprobungsschritte und andere Projektarbeiten wurden vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) arbeitsteilig durchgeführt. Das Vorgehen wich zum Teil voneinander ab, weil es auf die jeweiligen Indikatoren bzw. den Gegenstands bereich der Indikatoren zugeschnitten werden musste. So ergaben sich beispielsweise für die praktische Erprobung des jeweiligen Instrumentariums unterschiedliche Stichprobengrößen und Unterschiede im Hinblick auf die einbezogenen Einrichtungen und Wohnbereiche. Auch die Methoden zur Datenerfassung und die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Integration in den heutigen Alltag des Qualitätsmanagements zeigen Unterschiede. Aus diesem Grund weist der vorliegende Bericht in manchen Kapiteln eine Zweiteilung auf, insbesondere dort, wo methodische Fragen und Fragen der praktischen Umsetzung angesprochen sind. Zur pragmatischen Unterscheidung beider Bereiche werden folgende Begriffe verwendet:

- gesundheitsbezogene Indikatoren, wobei der Begriff „Gesundheit“ körperliche, mentale und soziale Aspekte anspricht (IPW, Qualitätsbereiche 1 bis 3)
- Indikatoren zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität, die überwiegend über Befragungen von Bewohnern und Angehörigen erhoben werden (ISG, Qualitätsbereiche 4 und 5)
- Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen, deren Beurteilung ebenfalls über eine schriftliche Befragung ermittelt wurde (IPW, gesonderter Qualitätsbereich).

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für beide Geschlechter.
Im Verlauf des Projekts wurden verschiedene Qualitätskriterien und Indikatoren daraufhin überprüft, inwieweit sie sich für die Beurteilung von Ergebnisqualität eignen und für welche Verwendungszweck sie empfohlen werden können. Keineswegs alle Indikatoren, die bei Beginn des Projektes in Betracht gezogen wurden, haben die Prüfung „bestanden“. Einige erwiesen sich als gänzlich untauglich, andere als begrenzt nutzbar, d. h. nur zu bestimmten Verwendungszwecken geeignet. So gibt es beispielsweise Indikatoren, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sehr hilfreich sein können, die aus verschiedenen Gründen jedoch nicht für Vergleiche der Ergebnisqualität zwischen Einrichtungen eingesetzt werden sollten.

Entsprechend des Projektauftrags zielten die Entwicklungsarbeiten in erster Linie darauf ab, Indikatoren zur Verfügung zu stellen, die

- eine vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität ermöglichen,
- methodischen Anforderungen genügen,
- in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen integrierbar sind und
- im Rahmen externer Qualitätsprüfungen prinzipiell erfasst und überprüft werden können.

Eine zusammenfassende Beschreibung der Indikatoren, die den Projektergebnissen zufolge diesen Anforderungen genügen, findet sich in Kapitel 4. Dort wird jeweils auf ca. einer Seite dargelegt, welche Versorgungsergebnisse mit einem Indikator beurteilt werden, wie die Beurteilung erfolgt und welche weiteren Eigenschaften (Relevanz, Fragen der Sensitivität, Besonderheiten) für den Indikator charakteristisch sind. Im Kapitel 5 folgt eine ausführliche Beschreibung dieser Indikatoren, der mit ihnen gesammelten Erprobungserfahrungen, der bisher vorliegenden Forschungsergebnisse und der Vorteile, Fragen und Begrenzungen, die im Verlauf der Indikatorentwicklung abzuwägen waren.

Kapitel 6 benennt die Indikatoren mit begrenzten Einsatzmöglichkeiten sowie Indikatoren, deren Verwendung zur Beurteilung von Ergebnisqualität nicht empfohlen wird. Ergänzend hierzu werden in Kapitel 7 Bereiche aufgezeigt, die zwar für die Sicherung der Versorgungsqualität sehr wichtig sind, die jedoch aus methodischen oder ethischen Gründen nicht mit Hilfe von Ergebnisindikatoren zu erfassen sind.

In Kapitel 8 folgt eine zusammenfassende Einschätzung der Praktikabilität des im Projekt entwickelten Instrumentariums und des Aufwands, mit dem bei der Umsetzung zu rechnen ist.

Kapitel 9 schließlich enthält neben einem Fazit einige weiterführende Überlegungen zu der Frage, wie eine Verwendung des Instrumentariums im „Regelbetrieb“ aussehen könnte. Dieses Kapitel ist für die Diskussion der Nutzung der Projektergebnisse besonders wichtig.

Ein Anhang mit den Instrumenten, die für die Erfassung und Beurteilung von Ergebnisqualität erforderlich sind, und den dazugehörigen Verwendungshinweisen schließt diesen Bericht ab.

Obwohl international schon lange eine Forschung zum Thema „Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen“ existiert, wurde mit dem Projekt Neuland betreten. Ansätze aus anderen Ländern, die wie die USA schon seit vielen Jahren eine vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität vornehmen, waren für die Entwicklungsarbeiten sehr anregend, konn-

Dieser Anfang wäre ohne die Mithilfe vieler anderer Beteiligter nicht möglich gewesen, für die wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten. Dazu gehören vor allem die 46 Pflegeeinrichtungen, die sich vertrauensvoll und mit großem Engagement auf ein Entwicklungsvorhaben eingelassen haben, dessen Verlauf und Ergebnisse nicht vorherzusehen waren. Die Mitglieder des Projektsbeirates und die Fachexperten, die wir zu besonderen Fragestellungen einbezogen haben, lieferten zahlreiche Anregungen und gaben durch ihre manchmal kritischen Nachfragen wichtige Denkanstöße. In diesem Sinne ist das Projektergebnis in vielen Punkten auch als Ausdruck einer intensiven Diskussion der zahlreichen projektbeteiligten Personen und Organisationen zu sehen.

1.1 Ausgangslage


Die bislang eher verhaltene Einbeziehung von Ergebnisqualität in die verschiedenen Felder der Qualitätssicherung und -beurteilung erklärt sich u. a. daraus, dass die Messung von Ergebnisqualität deutlich höhere methodische Anforderungen und größere Schwierigkeiten mit sich bringt als die Beurteilung der Struktur- und Prozessqualität (Stemmer 2005, Höwer 2002). Pflegeergebnisse werden zwar bereits seit vielen Jahren durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bei externen Qualitätsprüfungen beurteilt, allerdings in Form von Einzelfallprüfungen und ohne Rückgriff auf Qualitätsmaße. Beurteilt wird, ob die gesundheitliche Situation und der „Pflegezustand“ des Heimbewohners dem entsprechen, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, und ob durch fachliche Ver-


Hierbei muss man sich vergegenwärtigen, dass Indikatoren zur Erfassung von Ergebnisqualität zu unterschiedlichen Zwecken verwendet werden, was für die Ausgestaltung von Indikatoren und der dazugehörigen Messverfahren Konsequenzen hat:


Verwendung von Ergebnisindikatoren bestehen vergleichsweise geringe Anforderungen an die Herstellung von Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

- Auch die pflege- und gesundheitswissenschaftliche Evaluationsforschung befasst sich mit „Outcomes“, also den Ergebnissen pflegerischer Versorgung. In diesem Zusammenhang geht es darum, Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Versorgungskonzepten oder einzelnen pflegerischen Maßnahmen auf den Gesundheitszustand oder die Entwicklung des Pflegebedarfs zu gewinnen. Die hier vorzufinden Ergebnisindikatoren beschränken sich allerdings meist auf ausgewählte, für die jeweilige Fragestellung besonders wichtige Aspekte. Zudem werden Probleme der Vergleichbarkeit vorzugsweise durch ein bestimmtes Studiendesign (randomisierte kontrollierte Studien) gelöst, was bei der laufenden Qualitätsbeurteilung im Versorgungsalltag nicht praktikabel wäre.


bzw. potenziellen Leistungsnutzern sowie Beratern eine Basis für informierte Entscheidungen oder Empfehlungen zur Verfügung zu stellen.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das 2007 in den Niederlanden etablierte Projekt „Quality Framework Responsible Care“. Auch hier werden Qualitätsvergleiche unter Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität angestellt (Steering Committee Responsible Care 2008).

Dem australischen Projekt „Developing resident-centred quality indicators in residential aged care“ liegen andere Ziele zugrunde. Im Vordergrund steht hier die Absicht, die Effekte eines neu eingeführten Akkreditierungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt sichtbar zu machen (Commonwealth of Australia 2007a, b). Es ging den Entwicklern also nicht um Qualitätsbewertungen auf der Ebene der einzelnen Einrichtung, sondern um die Darstellung von Veränderungen auf regionaler und nationaler Ebene.


Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es in mehreren Ländern Bestrebungen gibt, methodisch fundierte Systeme zur indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung zu entwickeln und hierbei einen besonderen Schwerpunkt auf die Ebene der Ergebnisqualität zu legen. Ausgereifte Systeme gibt es bislang jedoch nur in wenigen Ländern, und diese Systeme sind durchgängig nicht ohne weiteres in einem anderen nationalen Kontext integrierbar. Im Verlauf der Durchführung des Projekts wurde immer wieder deutlich, wie sehr die verschiedenen Ansätze auf die jeweilige nationale Qualitätsdiskussion und die nationalen Besonderheiten der pflegerischen Versorgung zugeschnitten sind. So wäre die Übernahme einiger Indikatoren, die in den USA entwickelt wurden, in die Versorgung in Deutschland schwer vorstellbar.

Die Bestrebungen zur Erfassung von Ergebnisqualität stehen bis auf wenige Länder also noch sehr am Anfang. Ziele, Reichweite und das jeweilige Qualitätsverständnis der existierenden Ansätze weichen außerdem voneinander ab. Insofern zielte das vorliegende Projekt auf das Füllen einer Leerstelle, die derzeit noch für viele andere Industrieländer und deren pflegerische Versorgung als charakteristisch gelten darf.
1.2 Aufgabenstellung und Anforderungen an die Indikatorennentwicklung

Mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sollte ein wissenschaftlich fundiertes, methodisch belastbares und praxistaugliches Instrumentarium zur Beurteilung von Ergebnisqualität entwickelt werden. Dieses Instrumentarium umfasst:

- ein Set von Qualitätsindikatoren, die bestimmten inhaltlichen und methodischen Anforderungen entsprechen (s. u.)
- Methoden und Instrumente, mit denen die zur Darstellung der Indikatoren erforderlichen Informationen erfasst werden und
- Bewertungsregeln, mit Hilfe derer sich aus den bloßen Fakten eine Beurteilung von Qualität ableiten lässt.

Im Einzelnen waren insgesamt sieben Aufgabenpakete zu bearbeiten:

1. Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes (Einberufung verschiedener Expertengruppen, Auswahl/Einbindung der Einrichtungen und der in den Einrichtungen projektverantwortlichen Mitarbeiter, Mitwirkung bei der Organisation eines Steuerungskreises und eines Projektbeirates)
2. Identifizierung von Indikatoren für die Ergebnisqualität in stationären Einrichtungen
3. Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität
4. Durchführung eines Pretests
5. Erprobung in insgesamt 46 stationären Pflegeeinrichtungen
6. Durchführung von zwei Fachtagungen
7. laufende Berichterstattung (in den projektbegleitenden Gremien).

Die Indikatorennentwicklung hatte bestimmte Anforderungen zu berücksichtigen, die sich sowohl auf inhaltlicher als auch auf methodischer Ebene erheblich ausgewirkt haben. Diese Anforderungen sind:

- Anerkanntes Qualitätsverständnis: Die Indikatoren sollen auf einem wissenschaftlich anerkannten Verständnis von Ergebnisqualität beruhen.

- Empirische Evidenz: Die Auswahl bzw. Definition der Indikatoren beruht auf Forschungsergebnissen, die Eignung eines Indikators für den Zweck der Qualitätsbeurteilung lässt sich durch Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung nachweisen oder zumindest näher beschreiben.

- Praktikabilität: Die Indikatoren und Erfassungsmethoden müssen im heutigen Versorgungsalter verwendbar sein, ohne die Einrichtungen vor eine Überforderung oder einen unnötigen Bürokratiezuwachs zu stellen.
Vergleichbarkeit: Die Indikatoren müssen einen seriösen Qualitätsvergleich zwischen den Einrichtungen zulassen.

Einbeziehung der Nutzerperspektive: Die Indikatoren sollen das Erleben und die Beurteilungen der Bewohner und Aspekte der Lebensqualität von Heimbewohnern einbeziehen, soweit diese als Ergebnisse der von der Einrichtung geleisteten Unterstützung gelten können.

Integrierbarkeit in das interne Qualitätsmanagement: Das Instrumentarium muss im internen Qualitätsmanagement verwendbar sein, d. h. praktikabel und nutzbringend.

Integrierbarkeit in externe Qualitätsprüfungen: Die Sachverhalte, die mit den Indikatoren erfasst werden, müssen im Rahmen externer Prüfungen prinzipiell erhoben werden können. Die Ausprägung eines Indikators sollte also für einen externen Prüfer unmittelbar nachvollziehbar sein.

2. Konzeptionelle Vorüberlegungen

2.1 Verständnis von Ergebnisqualität als Basis für gesundheitsbezogene Indikatoren


Im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen wird Ergebnisqualität häufig an der Frage festgemacht, ob die gesundheitliche Situation des Patienten oder Pflegebedürftigen dem entspricht, was man bei einer fachgerechten Versorgung erwarten darf, ob also beispielsweise durch fachliche Versäumnisse eine Gefährdung oder Schädigung des Heimbewohners aufgetreten ist. Wissenschaftliche Forschung, vor allem die Interventionsforschung, verwendet Ergebniskriterien, um die Wirkung einer Versorgungsmaßnahme oder eines Versorgungskonzepts auf die Gesundheit und Lebensqualität zu prüfen. Der Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird hier seit vielen Jahren ein wichtiger, eigenständiger Stellenwert zugeschrieben (Koller et al. 2009), unter anderem weil immer wieder die Erfahrung gemacht wird, dass durch moderne Therapien gewonnene Lebenszeit vom Erkrankten selbst zum Teil sehr ambivalent bewertet wird. Die Erforschung der Nutzerperspektive, häufig als Zufriedenheitsbefragungen oder als Befragungen zur Erfassung von Lebensqualität angelegt, bildet inzwischen auch losgelöst von der Evaluations- oder Wirksamkeitsforschung einen wichtigen Zweig der Qualitätsbeurteilung (Wingenfeld 2003). Mitunter stößt man auf ein sehr weit gefasstes Verständnis von Ergebnisqualität, das verschiedenste Handlungsendpunkte in den Blick nimmt und auch organisatorische oder ökonomische „outcomes“ einschließt (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtsforschung und Sozialforschung 2010). Die nati-
Ein Versorgungsergebnis ist also immer etwas „Gewordenes“, d. h. ein Status, dem ein wirksamer Unterstützungsprozess vorausgegangen ist. Damit wird ein zweiter zentraler Gedanke angesprochen: Man kann von Ergebnisqualität nur dann sprechen, wenn als gesichert gelten darf, dass ein vorausgegangener Versorgungsprozess zur Veränderung einen wesentlichen, maßgeblichen Beitrag geleistet hat. Dies kommt beispielsweise in der Definition der renommierten Nursing Outcome Classification (NOC) zum Ausdruck. Als Pflegeergebnis gelten hier „Zustand, Verhalten oder Wahrnehmung eines Patienten oder einer Familie konzeptualisiert als Variable, die zurückzuführen ist auf und im Wesentlichen beeinflusst ist von Pflegeinter-

2 "A change in a patient’s current and future health status that can be attributed to antecedent health care" (Donabedian 1980, S. 82)

Das bedeutet auch, dass etwas nicht als „Versorgungsergebnis“ bezeichnet werden kann, wenn es nicht im Einflussbereich einer Einrichtung bzw. ihrer Mitarbeiter liegt bzw. wenn keine empirische Evidenz vorliegt, dass ein Einfluss prinzipiell ausgeübt werden kann. So wird beispielsweise das Ausmaß der Schmerzen einer Person durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst, darunter auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, die im Rahmen der Pflege erbracht werden (DNQP 2005). Es ist aber weder plausibel noch durch Forschungsergebnisse zu belegen, dass der Schmerzzustand eines Bewohners mit den Mitteln, die der Pflege zur Verfügung stehen, im Regelfall besser zu beeinflussen ist als mit einer bedarfsgerechten Schmerzmedikation, die in ärztlicher Verantwortung liegt.


⁴ Den „outcomes“ zuzuordnen sei auch die Verbesserung “of social and psychological function in addition to the more usual emphasis on the physical and physiological aspects of performance. By still another extension I shall add patient attitudes (including satisfaction), health-related knowledge acquired by the patient, and health-related behavioural change. All of these can be seen either as components of current health or as contributions to future health“ (Donabedian 1980, S. 82).

⁵ „They represent the consequences or effects of interventions delivered by nurses and are manifested by changes in the patient’s health-related state, behaviour, or perception, and/or by the resolution of the presenting problem, for which the nursing intervention is given“ (Doran 2003, S. vii).

Dieses Grundverständnis liegt auch der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Indikatoren im vorliegenden Projekt zugrunde:

**Ergebnisse der vollstationären pflegerischen Versorgung umfassen messbare Veränderungen des Gesundheitszustands, der Wahrnehmung und des Erlebens der Bewohner, die durch die Unterstützung der Einrichtung bzw. durch das Handeln ihrer Mitarbeiter bewirkt werden. Ergebnisqualität ist dementsprechend eine Eigenschaft von Versorgungsergebnissen, die mit einer bewertenden Aussage beschrieben wird.**

Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung beinhaltet also pflegesensitive bzw. versorgungssensitive Phänomene. Es können nur Aspekte berücksichtigt werden, die **maßgeblich** durch die Mitarbeiter der Einrichtungen beeinflussbar sind. Die Aspekte müssen außerdem **messbar** sein, d. h. mit empirischen Methoden erfassbar und quantitativ darstellbar. Erst dadurch werden, bezogen auf Personengruppen, bewertende Aussagen und Vergleiche zwischen Aussagen möglich. Schließlich betrifft Ergebnisqualität die **Person des Bewohners**, keine Strukturen und Prozesse.

Da Veränderungen im Mittelpunkt stehen – genauer gesagt: Sachverhalte, die durch die Einrichtung bewirkt werden –, ist Ergebnisqualität konsequenterweise als **Differenz im Zeitverlauf zwischen Status A und Status B** darzustellen. Auf die zeitliche Betrachtung kann streng genommen nur dann verzichtet werden, wenn Status B bzw. der aktuelle Status unter jeden Umständen als Ergebnis des Handelns der Mitarbeiter gelten kann und dieser Zusammenhang wissenschaftlich nachzuweisen ist.

Ein solches wissenschaftliches Verständnis von Ergebnisqualität bildete die vom Auftraggeber des Projekts gewollte Grundlage der Entwicklungsarbeiten. Es hat allerdings Konsequenzen für die Bestimmung geeigneter Indikatoren. Je strengere Maßstäbe angelegt werden, desto kleiner wird die Zahl der Indikatoren, die beim heutigen Stand der Forschung als geeignet gelten können, seriöse Vergleiche der Qualität verschiedener Einrichtungen durchzuführen.

Wenn es um Qualität geht, müssen Ergebnisse **bewertet** werden. Dies ist nur auf den ersten Blick eine banale Forderung. Denn es existieren keine absoluten Maßstäbe, nach denen entschieden werden könnte, was ein gutes Ergebnis ist und was ein schlechtes. Wie ist eine Dekubitushäufigkeit von 5% zu bewerten? Welcher Anteil Personen mit Anzeichen von Mangelernährung ist ein Hinweis auf schlechte Qualität? Weil Beurteilungsmaßstäbe dieser Art fehlen, erfolgt in nationalen Systemen der Qualitätssicherung (z. B. in den USA) eine Bewertung anhand von Durchschnittswerten (CMS 2010 a, b). Eine gute Einrichtung wäre also eine Einrichtung mit überdurchschnittlichen Ergebnissen. Andere Bewertungsmaßstäbe wären theoretisch denkbar, aber wissenschaftlich kaum begründbar. Sie müssten vielmehr über einen Prozess der Konsensbildung entwickelt werden. Aus diesem Grund beziehen sich
auch die im Projekt entwickelten Bewertungsregeln häufig auf den Abstand des Ergebnisses einer Einrichtung zum Durchschnitt aller Einrichtungen.

Dies unterstreicht die Anforderung, dass Indikatoren für Ergebnisqualität so zu definieren sind, dass Vergleichbarkeit gegeben ist. Wenn die Bewohner-/Patientenstruktur von Einrichtungen stark voneinander abweicht, ist davon nicht ohne Weiteres auszugehen. In diesem Fall muss durch eine Risikoadjustierung oder durch die Beschränkung der Bewertung auf bestimmte (vergleichbare) Bewohnergruppen ausgeschlossen werden, dass diejenigen Einrichtungen benachteiligt werden, die besonders viele Bewohner mit stark ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen versorgen. Aus diesem Grund wird für viele gesundheitsbezogene Indikatoren festgelegt, dass die Beurteilung des Ergebnisses – z. B. die Dekubitushäufigkeit – getrennt für Bewohner mit hohem oder eher niedrigem Risiko stattfindet.


- „Functional outcomes“: körperliche und psychische/soziale Funktionen, die vor allem im Hinblick auf Selbstpflegefähigkeiten und Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung relevant sind.

- „Safety outcomes“: unerwünschte Ergebnisse, die die Sicherheit und Unversehrtheit der Bewohner betreffen (Stürze, Entstehung von Dekubitalgeschwüren etc.).

- „Clinical outcomes“: krankheitsbezogene Ergebnisse, z. B. Symptomkontrolle und Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen.

- „Perceptual outcomes“: Einschätzungen aus der Nutzerperspektive, einschließlich Beurteilung der geleisteten Unterstützung und Aspekte der Lebensqualität, soweit sie im Einflussbereich der Pflege liegen.

Diese Systematik liegt nahe an den im Projekt angestellten Überlegungen, weist aber mit den „clinical outcomes“ einen Bereich auf, der in dieser Form in der deutschen Diskussion nur bedingt als „pflegesensitiv“ akzeptiert wird. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren wurden daher im Rahmen des vorliegenden Projektes, in leichter Variation dieses Vorschlags, in folgende Gruppen unterteilt:
### Systematik der gesundheitsbezogenen Indikatoren

#### 1. Erhalt und Förderung der Selbständigkeit


#### 2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen


#### 3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen


Diese Systematik gesundheitsbezogener Indikatoren bietet, da sie in Einklang mit der internationalen Diskussion von einem weit gefassten Gesundheitsbegriff ausgeht, eine gute Grundlage für die umfassende Darstellung von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten der Ergebnisqualität.


---


⁷ Vgl. Artikel 2 der Charta: „Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“. 
2.2 Überlegungen zum Konzept Lebensqualität

Bereiche und Dimensionen der Lebensqualität


- auf individuelle Lebenssituationen bezogen
- ein mehrdimensionales Konzept mit der Annahme mehrerer, sich wechselseitig beeinflussender Lebensbereiche (employment, economic resources, family and households, community life and social participation, health and health care, knowledge, education and training) und
- wird anhand objektiver Indikatoren („living conditions“) und subjektiver Indikatoren („subjective and attitudinal perceptions“) empirisch operationalisiert.

Die Unterscheidung zwischen objektivem Wohlergehen und subjektivem Wohlbefinden zieht auch das „Europäische System Sozialer Indikatoren“ als Leitdifferenz heran: „Das Konzept der Lebensqualität beinhaltet die beiden Hauptdimensionen:

- Objektive Lebensbedingungen: Diese Dimension kennzeichnet die faktischen Lebensumstände von Individuen wie Arbeitsbedingungen, Gesundheitszustand oder materieller Lebensstandard.
- Subjektives Wohlbefinden: Diese Dimension beinhaltet Wahrnehmungen, Einschätzungen und Bewertungen der Lebensbedingungen durch die Bürger und deren subjektives Wohlbefinden. Beispiele sind Maße der Zufriedenheit oder des Glücks."

Bei dieser Definition steht allerdings die Lebenslage der „normalen“ Bevölkerung in Privathaushalten im Blick. Eine weitere Präzisierung wird erforderlich, wenn untersucht wird, welche Dimensionen (a) für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen relevant sind, insbesondere wenn sie (b) in einer Einrichtung leben, und wie diese Dimensionen abgeleitet werden können.


- physische Lebensqualität (z. B. Mobilität, Schmerzerleben)
- psychische Lebensqualität (z. B. positive/negative Gefühle)
- soziale Beziehungen (Beziehungen und soziale Unterstützung) sowie
- Aspekte der sozialen und physikalischen Umwelt (z. B. Wohnsituation, Verfügbarkeit von Diensten, Infrastruktur etc.).

8 http://www.gesis.org/dienstleistungen/daten/soziale-indikatoren/eusi/konzeptioneller-rahmen
Dimensionen der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen


Tab. 1: Übersicht „Dimensionen der Lebensqualität“ (nach Wahl 2009, S. 31-34)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>physische Dimension</td>
<td>körperliches Wohlbefinden</td>
<td>medizinisch-funktionaler Status</td>
<td>körperlich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Qualität der Pflege und Betreuung</td>
<td>Unterstützung bei Einschränkungen</td>
<td>Betreuungsqualität</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Essen und Trinken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>psychische Dimension</td>
<td>Psychopathologie/Verhaltensauffälligkeiten</td>
<td>emotional</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allgemeine Lebenszufriedenheit</td>
<td>Sicherheit</td>
<td>subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sicherheit</td>
<td>subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Würde</td>
<td>Religiosität und Sinngebung</td>
<td>spirituell</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autonomie</td>
<td>Autonomie</td>
<td>kognitiver Status</td>
<td>mental</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>soziale Dimension</td>
<td>soziale Beziehungen</td>
<td>soziale Kontakte und Beziehungen</td>
<td>soziale Umwelt</td>
<td>sozial</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhaltenskompetenz</td>
<td>Anregung und sinnvolle Beschäftigung</td>
<td>Verhaltenskompetenz</td>
<td>verhaltensbezogen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>umweltbezogene Dimension</td>
<td>physische Umgebung</td>
<td>Privatheit</td>
<td>räumliche Umwelt</td>
<td>materiell</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese Systematisierung kann den Ausgangspunkt für ein Konzept der Lebensqualität in der stationären Pflege bilden9. Den einzelnen Bereichen der Lebensqualität lassen sich Kriterien des „guten Lebens“ benennen, die als Handlungsziel der jeweiligen Dimension zugeordnet

werden können. In Bezug darauf lassen sich auch die Beeinträchtigungen verdeutlichen, die für pflegebedürftige Heimbewohner jeweils die Lebensqualität gefährden:

- Die kognitiv-mentale Dimension ist auf eine realitätsgetreue Wahrnehmung objektiver Sachverhalte hin orientiert. Bei einem erheblichen Teil der Heimbewohner sind diese Wahrnehmungsfähigkeit und das darauf sich gründende Kontrollbewusstsein beeinträchtigt.


- In der somatischen Dimension können „Gesundheit“, „Leistungsfähigkeit“ und „körperliche Unversehrtheit“ als Zielnormen eines guten Lebens bezeichnet werden, die bei Heimbewohnern in der Regel erheblich beeinträchtigt sind.

„Lebensqualität“ kommt hier also in den Formen einer verlässlichen Orientierung in der objektiven Umwelt, in einer gleichberechtigten Teilhabe an der sozialen Umwelt und in einer authentischen Persönlichkeitsentfaltung zum Ausdruck, wobei diese drei Formen der Lebensqualität eine körperliche Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit zur Voraussetzung haben.

*Aspekte der Lebensqualität in der „Pflegecharta“*

• Auf körperliche Unversehrtheit (1) und ein funktionierendes Körper-Umgebungs-Verhältnis (2) fokussieren Artikel 2 mit dem Bezug auf körperliche Unversehrtheit sowie Artikel 3 „Privatheit“ und Artikel 4 „Pflege, Betreuung und Behandlung“.


• Die psychische Dimension (4), die eine unverfälschte Persönlichkeitsentfaltung auf der Grundlage der biografischen Entwicklung mit dem Ziel eines authentischen Umgangs mit Gefühlen umfasst, wird zumindest ansatzweise mit Artikel 1 „Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie mit den in Artikel 2 genannten Zielen „Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“ angesprochen (wenn auch die Problematik der gestörten und psychisch-biografisch belasteten Persönlichkeit, die mit fortschreitender Demenz zunehmend relevant wird, in der Pflegecharta insgesamt eher in den Hintergrund tritt).


Einer Zuordnung zu einer der hier ausdifferenzierten Dimensionen entzieht sich allerdings Artikel 8 „Palliative Begleitung, Sterben und Tod“, der sich auf die letzte Lebensphase bezieht. Genau genommen kommen in dieser Lebensphase alle oben differenzierten Dimensionen in spezifischer Weise ins Spiel: die Aufrechterhaltung von basalen somatischen Vollzügen – hier aber weniger mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, sondern eines möglichst schmerzfreien Krankheitsverlaufs und einer basalen Versorgung; eine soziale Begleitung, die auch in der letzten Phase die Würde der Person in kommunikativen Prozessen zur Geltung bringt; eine psychologische und seelsorgerliche Begleitung bei Ängsten und Sinnfragen; und eine kognitive Unterstützung, die einerseits zur Grundorientierung verhilft, darüber hinaus aber auch über religiöse Symbole vermittelt sein kann. Daher erscheinen die in Artikel 8 angesprochenen Aspekte nicht als eigenständige Dimension von Lebensqualität, sondern als eine phasenspezifische Akzentuierung aller Dimensionen. Analog dazu kann auch die Eingewöhnungsphase als ein zeitlicher Abschnitt aufgefasst werden, in dem die Qualitätserreichung in mehreren Dimensionen unter einem spezifischen Leitziel steht, dem der Reorganisation des Lebens in einer neuen Umgebung.

Bezug auf das Ergebnis von Handlungen

nährung und der alltagsstrukturierenden Angebote eher als etwa für die Stabilität des religiösen Glaubens, die sich dem Einwirken pflegerischen und versorgenden Handelns weitgehend entzieht.

Lebensqualität als Gegenstand empirischer Forschung


In der vorliegenden Untersuchung wird also nicht der Anspruch erhoben, „Lebensqualität“ vollständig und mit allen relevanten Aspekten abzubilden, sondern der Gegenstandsbereich wird auf die Formen der Lebensqualität beschränkt, die durch Einrichtungen und ihre Mitarbeiter beeinflussbar sowie durch sozialwissenschaftliche Methoden erfassbar sind.
3. Methodisches Vorgehen


In der zweiten Projektphase erfolgte die praktische Erprobung in insgesamt 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen. Sie diente dem Zweck, Erkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätserfassung mit dem entwickelten Instrumentarium zu gewinnen, dessen Praktikabilität zu testen und das Instrumentarium auf dieser Grundlage zu optimieren.

3.1 Entwicklung einer Organisationsstruktur zur Durchführung des Projektes


Um die Anschlussfähigkeit und Praktikabilität der Instrumente zu prüfen, wurden drei Expertengruppen mit jeweils anderem Themenschwerpunkt konstituiert. Diese Expertengruppen gaben wichtige Anregungen für die Entwicklung des Instrumentariums:

- Die erste Expertengruppe mit Vertretern der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beschäftigte sich mit der Frage, welche Indikatoren prinzipiell zur Beurteilung von Ergebnisqualität geeignet sind und inwieweit die betreffenden Informationen oder Einschätzungen bei externen Qualitätsprüfungen zugänglich sind bzw. inwieweit sie im Rahmen externer Qualitätsprüfungen erfasst werden können.

- Eine weitere Expertengruppe bearbeitete das Thema „Ergebnisindikatoren und Qualitätsmanagement der Einrichtungen“. Neben der prinzipiellen Eignung der Indikatoren ging es vor allem um die Frage, inwieweit die benötigten Informationen und Einschätzungen in den heutigen Qualitätsmanagementsystemen und Dokumentationsroutinen der Einrichtungen bereits berücksichtigt werden und welche Anforderungen und Probleme entstehen könnten, wenn bisher noch nicht berücksichtigte Aspekte zusätzlich erfasst werden sollen.

Vor Beginn der Erprobungsphase meldeten sich zwei weitere Einrichtungen aufgrund interner Entwicklungen vom Projekt ab. Aufgrund der schon relativ weit fortgeschrittenen Arbeiten wurden keine weiteren Einrichtungen mehr nachgemeldet, so dass am Ende 46 Einrichtungen beteiligt waren. In jeder der 46 Einrichtungen wurden Projektbeauftragte festgelegt, die Hauptansprechpartner für die Institute waren und die Durchführung des Projekts in der jeweiligen Einrichtung steuerten.


In der Erprobungsphase kamen die Regionalgruppen zu zwei weiteren Sitzungen zusammen. In der fünften Sitzung wurden Zwischenergebnisse diskutiert, die Planung der weiteren Erprobungsphase vorgenommen und die bisherigen Erprobungserfahrungen reflektiert. In
der sechsten und letzten Regionalgruppensitzung wurden die Ergebnisse der Erprobung vorgestellt und gemeinsam ausgewertet.


Die Diskussionen beider Tagungen brachten wichtige Hinweise, die insbesondere genutzt werden konnten, um die Darstellung der Projektergebnisse in der Berichterstattung zu verbessern und bestimmte, in den Diskussionen angesprochene Themen im Bericht ausführlicher als geplant aufzugreifen.

3.2 Vorgehen bei der Auswahl und Entwicklung der Indikatoren

Literatur- und Materialrecherchen

Zur Identifizierung von Indikatoren für Ergebnisqualität wurden in einem ersten Schritt umfangreiche Literatur- und Materialrecherchen durchgeführt. Bei der Recherche wurden unterschiedliche Datenquellen einbezogen, so die einschlägigen Literatursdatenbanken CINAHL und PUBMED/MEDLINE, PsychInfo, PsychSpider, OVID, GeroLit sowie die Metasuchmaschinen und Fachportale der Universität Bielefeld.

Eine weitere Suchstrategie umfasste die Recherche nach Qualitätsentwicklungsprojekten und -ansätzen in Deutschland über das Internet. Hierbei wurden u. a. Systeme wie das „Diakonie Siegel Pflege“ oder Aktivitäten der Paritätischen Qualitätsgemeinschaft und nationale Projekte wie das 3Q-Projekt an der Bergischen Universität Wuppertal berücksichtigt. Ferner erfolgte eine Sichtung der Veröffentlichungen international renommierter Organisationen wie der WHO, der OECD, der ANA und der ICN. Des Weiteren wurden nationale sowie internationale Standards und Leitlinien gesichtet. Außerdem wurden internationale Erfahrungen und
Werkzeuge aus Projekten und Studien in Großbritannien, den USA, Irland, den Niederlanden, Finnland, Australien, Deutschland und der WHO in die Recherche einbezogen.

Die Recherche bezog sich auch auf Instrumente, deren Einsatz bei der Qualitätserfassung denkbar wäre und die zum Teil bereits heute in anderen Qualitätsberichtssystemen zum Einsatz kommen. Es handelte sich um inhaltlich breit ausgerichtete Instrumente oder Klassifikationssysteme wie RAI, OASIS, NOC, FACE, CANE und das Neue Begutachtungsassessment. Gesichtet wurden außerdem Instrumente zur Erfassung von Funktionseinschränkungen wie FIM oder der Barthel-Index sowie Skalen zur spezifischen Problem- oder Risikoerfassung (z. B. in den Bereichen Verhaltenseinschätzung, Schmerzassessment oder Dekubitusrisiko).

Die Auswertung der Literatur und weiterer Materialien erfolgte u. a. mit dem Ziel, eine erste Zusammenstellung von Indikatoren zu erhalten. Um die Indikatoren weiter einzugrenzen, wurden verschiedene Kriterien zur Prüfung angelegt:

- Pflegesensitivität bzw. Einfluss der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter/innen auf das Ergebnis, das mit dem jeweiligen Indikator erfasst werden soll (unter Einbeziehung der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung),
- Relevanz,
- Messbarkeit (Verfügbarkeit und Verlässlichkeit der zur Ergebniserfassung erforderlichen Information, Verfügbarkeit von Messverfahren/-methoden),
- Abhängigkeit des Ergebnisses von der Bewohnerstruktur und Möglichkeiten, eine eventuelle Abhängigkeit über eine Risikoadjustierung bzw. eine Unterscheidung von Risikogruppen zu kompensieren (ebenfalls auf der Basis von Forschungsergebnissen),
- Anschlussfähigkeit an die Praxis (z. B. Verhältnis zwischen fachlichen Anforderungen bei der Messung und fachlichen Voraussetzungen auf Seiten der Einrichtungen),
- Zeitaufwand bzw. Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen.


---

10 WHO-OLD, WHO-8 EUROYSIS, FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit), PLC (Profil der Lebensqualität chronisch Kranker), Assessment tools (NATFRAME, enthält zahlreiche gängige Verfahren), Methode der konzentrischen Kreise (H.I.L.DE.), HONOS 65+, Deutsche Version PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia, verw. in H.I.L.DE.), MMST/MMSE (Mini-Mental-Status, Mini Mental State Examination), GDS (Global Deterioation Scale), BAGI (Bielefelder autobiographisches Gedächtnisinventar, verw. in H.I.L.DE.), NPI (Neuropsychiatric Inventory, Befragung von Pflegekräften. (verw. in H.I.L.DE.), Apathy evaluation scale, Befragung und Beobachtung: Wie gefällt es Ihnen hier? Beobachten mimischer Reaktionen auf relevante Orte. (FACS und AARS, verw. in H.I.L.DE.), INSEL (sowohl bereits publiziert), Dementia Care Mapping, BISAD, SEIQoL (Schedule for the Individualized Quality of Life), Everyday Stressor Index (Hall), Instrument: Soziale Netzwerke im Alter, BAF (Behavioural Assessment Form), 24 hour Behaviour Timechart, Preliminary Depression Assessment, The Cornell Scale, Diverse Befragungsinstrumente (Bewohnerbefragung: MDK und Verbraucherschutzzentrale Rheinland-Pfalz, MDK Qualitätsprüfung, Heimverzeichnis, in QM-Systemen verwandte Befragungen, Sozialholding Mönchengladbach), SF-36.
Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität

Zur Entwicklung eines Verfahrens zur Datenerfassung wurden die Ergebnisse der Recherche ebenfalls herangezogen. Es zeigte sich, dass Bestandteile des „Neuen Begutachtungsassessments“ gut geeignet sind, um Indikatoren wie z. B. Selbständigkeit oder Mobilität der Bewohner zu erfassen. In vielen Fällen stellten sich allerdings nur geringe Anforderungen an die Datenerfassung. Wichtige Ergebnisindikatoren lassen sich problemlos anhand der Informationen abbilden, die bereits heute obligatorischer Bestandteil der Pflegedokumentation sind.


schaft, regionale Effekte etc.) miteinander verglichen würden. Diese zufälligen Effekte könnten im Falle der Bewohner- und Angehörigenbefragung derzeit nicht ausreichend über eine Gewichtung von Risikogruppen im Bewertungsverfahren ausgeschlossen werden.

Exemplarisch soll anhand der zu Forschungszwecken sehr häufig eingesetzten Instrumente zur Messung der Lebensqualität der WHO (z. B. WHOQOL-OLD) die Schwierigkeit einer Verwendung im Rahmen der Messung von Ergebnisqualität der stationären Altenhilfe dargestellt werden:

1. Das Instrument ist nicht auf die konkreten Lebensumstände von Bewohnern einer stationären Einrichtung ausgerichtet, sondern wurde so gestaltet, dass es unabhängig von der aktuellen Lebensform Lebensqualität auf der Metaebene erfasst. Die überwiegende Anzahl der Items ist durch die Leistungserbringer nicht/kaum beeinflussbar (Bsp.: „Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?”).

2. Viele Items sind keine durch eine Einrichtung zu erbringende Leistung und müssten deshalb aus der Bewertung ausgeschlossen werden. (Bsp.: „Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?”).

3. Viele Items zielen auf Bewertungen ab, die physisch oder biografisch bedingt sind. (Bsp. „Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten, sich mit anderen zu unterhalten, durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen) eingeschränkt?” oder „Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdienen haben?”).

4. Die Fragen sind häufig abstrakt formuliert (Bsp.: „In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?”) und erfordern eine ausgeprägte kognitive Fähigkeiten zur Beurteilung der Fragestellung (Bsp.: „Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?”).

5. Es werden häufig Zufriedenheitseinschätzungen abgefragt (Bsp.: „Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?”).


In das Befragungsinstrument aufgenommen wurden Fragestellungen, bei denen von einem ausreichenden Grad der Beeinflussbarkeit durch die Einrichtungen ausgegangen werden kann, die bereits in anderen Verfahren eingesetzt wurden oder deren Relevanz sich in
Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ – Abschlussbericht

(Inter-)nationalen Qualitätsstandards (auch auf der normativen Ebene) bewährt haben. Zur Überprüfung der methodischen Güte des Befragungsinstrumentes wurden drei Verfahren eingesetzt:

1. Reliabilitätsprüfung des Instrumentes als Wiederholungsbefragung (Retest)
   Mittels des Instrumentes sollen Qualitätsurteile erfasst werden, welche nicht von einer persönlichen Stimmungslage abhängen, sondern die aktuelle Leistung der Einrichtung stabil erfassen. Zu diesem Zweck wurde die Befragung mit 41 Personen nach einer Woche wiederholt. Empfohlen werden Fragen, die mindestens 80% Übereinstimmungsgrad über eine Woche hinweg aufweisen.

2. Prüfung der Interraterreliabilität

3. Qualitätskontrolle Interviewführung
   In 10 Fällen wurden die Interviews geschulter Altenpflegemitarbeiter begleitet und hinsichtlich der Umsetzung der Methodik und Interviewführung beurteilt. Die Anwendung gelang in allen Fällen. Eine sozialwissenschaftliche Ausbildung zur Anwendung des Verfahrens ist somit nicht erforderlich.

Das erstellte Instrument zur Befragung von Bewohnern und Angehörigen kombiniert neue Fragestellungen zu relevanten Aspekten mit solchen aus dem Bereich erprobter Befragungsinstrumente, welche jedoch mittels einer veränderten Fragetechnik und Ergebnisbeurteilung eingesetzt werden.
3.3 Projektbeteiligte Einrichtungen

Mit den 46 projektbeteiligten Einrichtungen wurden Strukturen erfasst, die in verschiedener Hinsicht nahe am Bundesdurchschnitt liegen. Unterdurchschnittlich vertreten waren kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Pflegeplätzen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Größe nach Anzahl vollstationärer Plätze</th>
<th>Anzahl der Einrichtungen</th>
<th>Anteil an beteiligten Einrichtungen</th>
<th>Bundesweiter Anteil nach Pflegestatistik 2007</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bis 50</td>
<td>1</td>
<td>2%</td>
<td>45%</td>
</tr>
<tr>
<td>51-100</td>
<td>29</td>
<td>63%</td>
<td>37%</td>
</tr>
<tr>
<td>101-150</td>
<td>9</td>
<td>20%</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>151 und mehr</td>
<td>7</td>
<td>15%</td>
<td>4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wie die folgende Tabelle zeigt, konnte hinsichtlich der Trägerschaft eine Annäherung an die bundesdeutsche Verteilung erzielt werden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Trägerschaft</th>
<th>Anzahl der Einrichtungen</th>
<th>Anteil an beteiligten Einrichtungen</th>
<th>Bundesweiter Anteil nach Pflegestatistik 2007</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>frei-gemeinnützig</td>
<td>27</td>
<td>59%</td>
<td>55%</td>
</tr>
<tr>
<td>privat</td>
<td>14</td>
<td>30%</td>
<td>39%</td>
</tr>
<tr>
<td>kommunal</td>
<td>5</td>
<td>11%</td>
<td>6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In der Regel existierte neben der vollstationären Pflege zusätzlich ein Angebot zur Kurzzeitpflege (83%). Etwa ein Viertel der Einrichtungen verfügte über weitere Wohnangebote (26%) und eine Tagespflege (24%).


Die Einrichtungen erhielten zum Ende des Projekts eine Darstellung ihrer Versorgungsergebnisse anhand der Indikatoren. Sie wurden auf dieser Grundlage erneut zur Praktikabilität des Instrumentariums und der Aussagekraft der Ergebnisse befragt.

3.4 Vorgehen bei der Erprobung der Indikatoren


Für die weitere Vorbereitung und Steuerung der Erprobung sowie für die sachgerechte Datenerfassung und Lösung einrichtungsindividueller Probleme waren die Regionalgruppen von großer Bedeutung. Hier wurden Erfahrungen ausgetauscht und Fragen bzw. Probleme zeitnah gelöst. Ergänzend gab es während der Erprobungsphase die Möglichkeit des telefonischen Kontakts zu den beteiligten Instituten bei Fragen und Problemen.

3.4.1 Erfassung gesundheitsbezogener Indikatoren

Pretest


Datenerhebungen

Die Datenerhebungen erfolgten zu drei Zeitpunkten im Abstand von jeweils drei Monaten von Februar bis September 2010. In elf Einrichtungen wurden Vollerhebungen (gesamte Bewohnerschaft) durchgeführt, zehn dieser Einrichtungen wurden in die Auswertungen einbezo-
gen¹¹. In den übrigen 35 Einrichtungen fanden Erhebungen einzelner Wohnbereiche mit je-weils ca. 30 Bewohnern statt. Einbezogen wurden je Erhebungszeitpunkt ca. 2.000 Bewohner.


**Stichprobe**

Basis für die Berechnungen sind Bewohnerdaten aus 45 stationären Pflegeeinrichtungen. Zum ersten der drei Erhebungszeitpunkte wurden Daten von insgesamt 1.965 Bewohnern erfasst, zum zweiten lagen Angaben von 1.953 und zum Dritten von 1.830 Bewohnern vor. 16,8% der Bewohner (331 von 1.965 Bewohnern), die bei der ersten Erhebung einbezogen waren, sind in den sechs Monaten der Erhebungsphase verstorben, befanden sich in der Sterbephase oder lebten nicht mehr in der Einrichtung¹². Zur Berechnung der gesundheitsbezogenen Indikatoren wurde auf zwei unterschiedliche Stichproben zurückgegriffen:

Stichprobe T0-T2: Sie umfasst 1.634 Bewohner, für die zu allen drei Erhebungszeitpunkten Daten vorlagen. Auf Grundlage dieser Stichprobe wurden Indikatoren berechnet, die Entwicklungen der Selbständigkeit oder des Pflege- und Gesundheitzzustandes der Bewohner abbilden.

Stichprobe T2: Sie umfasst 1.830 Bewohner, zu denen am dritten Erhebungszeitpunkt Daten erfasst wurden und die seit mindestens 3 Monaten in der Einrichtung lebten. Auf Basis dieser Stichprobe wurden die Indikatoren berechnet, die nicht auf den Vergleich der Bewohnersituation über einen längeren Zeitraum ausgerichtet sind.


¹² Dem gegenüber sind innerhalb der Erhebungsphase 305 Bewohner neu in die Einrichtungen eingezogen. 121 von ihnen zogen erst nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt ein, ihre Daten wurden zum dritten Erhebungszeitpunkt nicht mit erfasst. Lediglich zwölf Bewohner verweigerten die Teilnahme an der Untersuchung.
Beide Stichproben wichen hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht nur geringfügig
von der Gesamtheit der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ab:
- Das Durchschnittsalter belief sich in der Stichprobe T2 auf 83,8, in der Stichprobe T0-T2
  auf 83,9 Jahre. In beiden Gruppen lag der Anteil der über 80jährigen Bewohner bei rund
  72%.
- Der überwiegende Anteil der erfassten Bewohner war mit 78,6% (T2) bzw. 78,9% (T0-
  T2) weiblich (Frauenanteil laut Statistik zur Pflegeversicherung 2007: 79,1%).

Auch die Pflegestufen der Bewohner zeigten im Großen und Ganzen eine ähnlich Verteilung
wie die in der Pflegestatistik 2007 ausgewiesenen Heimbewohner in der stationären Lang-
zeitversorgung insgesamt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 4: Verteilung der Pflegestufen in der Gesamtstichprobe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Pflegestufe 0</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pflegestufe I</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pflegestufe II</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pflegestufe III</strong> (incl. Härtefall)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Anteil von Bewohnern, bei denen im Rahmen der Begutachtung durch die Medizinischen
Dienste eine eingeschränkte Alltagskompetenz i.S. des § 45a SGB XI festgestellt wurde,
belief sich zum dritten Erhebungszeitpunkt auf 55,8% und liegt damit leicht über dem durch
den MDS ausgewiesenen Bundesdurchschnitt von 48% (MDS 2009a). In einer ähnlichen
Größenordnung bewegt sich mit 54,6% der Anteil der Bewohner, für die eine gesetzliche
Betreuung besteht. Für 16,3% der zum dritten Erhebungszeitpunkt erfassten Bewohner lag
ein richterlicher Beschluss vor, der die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ge-
stattet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 5: Weitere Bewohnermerkmale in der Gesamtstichprobe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Anteil zu T0 (N=1.965)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Eingeschränkte Alltagskompetenz lt. MDK-Begutachtung</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesetzliche Betreuung</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Richterlicher Beschluss zur Anwendung freiheitsentzie-
hender Maßnahmen** | 13,2% | 13,3% | 16,4% |

3.4.2 Befragung von Bewohnern und Angehörigen

Pretest


Tab. 6: Stichprobenzusammensetzung Pretest Bewohner- und Angehörigenbefragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pretestgruppe</th>
<th>Gruppenmerkmale</th>
<th>Befragungsteilnehmer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gruppe 1</td>
<td>Geringer Pflegebedarf – keine kognitive Einschränkung</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe 2</td>
<td>Hoher Pflegebedarf (Immobilität) – keine kognitive Einschränkung</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe 3</td>
<td>Leichte/beginnende Demenz</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe 4</td>
<td>Mittelgradige Demenz</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe 5</td>
<td>Angehörige der Befragungsgruppe 4</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Bewohner mit einer leichten oder beginnenden Demenz konnten der Befragung gut folgen. Für die Gruppe der Bewohner mit einer mittleren Demenz konnten im Pretest keine ausreichend validen Ergebnisse erzielt werden. Der Einsatz einer optischen Bewertungsskala mit Symbolen (lächelnde und unzufriedene Gesichter) erhöhte die Beurteilungsfähigkeit der befragten Personen nicht. Ein Einsatz des Instrumentes in dieser Gruppe kann deshalb nicht
empfohlen werden. Die Angehörigenbefragung erwies sich als leicht durchführbar. Die Durchführung der Angehörigenbefragung als Interview ist nicht erforderlich, sie kann schriftlich erfolgen.

Bildung der Befragungsgruppen und Grundsätze der Befragungstechnik

Zur Erfassung valider Ergebnisbeurteilungen wurde zur Bildung der Befragungsgruppen ein standardisiertes Verfahren zur Beurteilung der Befragungsfähigkeit der Bewohner eingesetzt. In die Bewohnerbefragung wurden alle Bewohner einbezogen, die in der Skala „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des neuen Begutachtungsverfahrens als „befragbar“ einge-stuft werden konnten. Die Einstufung erfolgte durch das Pflegepersonal. Als „befragbar“ gelten Personen, die einen Wert zwischen 0 und 5 erreichten. Dies traf auf ca. 37% aller Bewohner der am Projekt teilnehmenden 46 Einrichtungen zu, ähnliche Werte sind bundesweit zu erwarten. Der Grenzwert bewährte sich in der Erprobung als gut geeignet zur Erfassung der Befragungsfähigkeit, nur in Ausnahmefällen (1,6% aller Fälle) wurden Bewohner ange troffen, die nicht ausreichend orientiert für die Befragung waren. Für die verbleibenden 63% der Bewohner, die nicht selbst befragbar waren, wurde jeweils ein nahestehender Angehöri ger mit einem speziell für Angehörige entwickelten Fragebogen schriftlich befragt. Anders als in anderen Befragungen (z. B. im Rahmen der MDK-Prüfungen) wurde also nicht nur eine kleine Stichprobe von Bewohnern einbezogen.


Ablauf und Methodik der Befragung

Nach dem Vorlesen der Fragestellung und Antwortkategorien erfolgte entweder eine sofortige Abgabe der Beurteilung der Fragestellung oder eine narrative Erinnerungsphase der Befragten. Im Falle einer narrativen Erinnerungsphase wurde im Anschluss daran die Bewer-
tung des Indikators anhand der vorgegebenen Skala erneut abgefragt. Die Interviewer nah-
men hier keine eigene Bewertung aufgrund der zuerst berichteten Sachverhalte vor, sondern
ermittelten die Beurteilung der Befragten gezielt und systematisch. Dies ist eine wesentliche
methodische Voraussetzung, um zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen. Die Effektivi-
tät des Verfahrens wurde mittels teilnehmender Beobachter, die die Bewohnerurteile eben-
falls dokumentierten, überprüft. Wesentlich für die Validität von Bewohnerurteilen ist eben-
falls, dass der Interviewer die Antworten nicht interpretiert, sondern die Beurteilungen der
Bewohner eindeutig erfasst. Zu diesem Zweck wurden während der ersten Erprobungsphase
bei 23 Interviews die Bewohnerantworten parallel durch eine weitere Person, die beobach-
tend teilnahm, erfasst. Der Grad der Übereinstimmung der Antwortnotierungen lag bei 98,2%
(Minimum: 92%, Maximum: 100%). Mittels der gewählten Methodik ist es gelungen, die Bew-
ohner zu eindeutigen Beurteilungen zu motivieren.

Ergänzend kamen optische Befragungshilfen im Großdruck (Schriftgrad 40, s. nachfolgende
Abbildung) zum Einsatz, die von sehr vielen der befragten Personen gern angenommen
wurden. Personen mit kurzer Aufmerksamkeitsspanne, schwerhörige oder sprachbehinderte
Personen konnten hierüber die Befragung mit verfolgen und bei Bedarf auch durch Gesten
beantworten. Häufig erfolgte durch das Mitlesen der Fragestellungen eine intensive Ausein-
dandersetzung mit den abgefragten Inhalten.

Abb. 1: Auszug aus der optischen Befragungshilfe zur Bewohnerbefragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragen zu Wohnen und Versorgung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nutzen Sie den Wäscheservice der Einrichtung?</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Ja       □ Nein (→ Falls nein, weiter auf S. 11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Reckommen Sie ihre Wäsche sauber zurück?</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Ja       □ zum Teil   □ Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eine wichtige Grundlage zur Abgabe auch sozial nicht erwünschter Antworten ist die Sicher-
heit des Bewohners, dass seine Angaben anonym behandelt werden. Hierfür sind zwei Vor-
aussetzungen zu erfüllen:
1. eine ausreichend hohe Anzahl an Befragungsteilnehmern in der Einrichtung und
2. die Befragten müssen den Eindruck haben, dass die Interviewer vertrauenswürdig sind
und ihre Angaben nicht weitergeben.

Wichtig für ältere Menschen ist in diesem Zusammenhang auch, sich vorab auf die Befra-
gungssituation einstellen zu können. Die Befragung wurde deshalb etwa 1-2 Wochen zuvor
schriftlich angekündigt, in der ersten Erhebungsphase wurden zusätzlich Erinnerungsposter
mit Fotos der Interviewer in den Wohnbereichen ausgehängt. Die Bewohner hatten so die Mög
lichkeit, sich vorab mit ihren Angehörigen zu verständigen, Befragungsstress wird redu-
diert. Alle Interviewer wurden geschult und verfügten über spezifische Kenntnisse zur Kom

**Die Erprobungsphasen**


**Die Umsetzung der Schulungsinhalte**


**Stichprobe**

In die Bewohnerbefragung wurden in der ersten Erprobungsphase alle Bewohner einbezogen, die mittels eines standardisierten Verfahrens im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten als „befragbar“ eingestuft werden konnten. Dies trifft auf ca. 37% aller Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu. Für die verbleibenden 63% der Bewohner, die nicht selbst befragbar sind, wurde jeweils ein nahestehender Angehöriger mit einem speziell für Angehörige entwickelten Fragebogen schriftlich befragt. In der zweiten Erprobungsphase war es erforderlich ein Stichprobenverfahren einzusetzen, um die von den Einrichtungen ausgetauschten Mitarbeiter für die Dauer von maximal 2 – 3 Arbeitstagen einzuplanen. Die Stichprobenbestimmung erfolgte gestaffelt und systematisch, sie ergab zwischen 33% und 100% der befragbaren Bewohner:
### Tab. 7: Stichprobenbildung Rotationsverfahren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewohner mit einem Wert von 0 – 5 auf der Skala „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“</th>
<th>Stichprobenquote</th>
<th>Verfahrensweise zur Stichprobenziehung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 – 30 Bewohner</td>
<td>100% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen</td>
<td>Es erfolgt keine Stichprobenziehung, alle sind zu befragen</td>
</tr>
<tr>
<td>31 – 50 Bewohner</td>
<td>75% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen</td>
<td>Jeder 4. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist von der Befragung auszuschließen</td>
</tr>
<tr>
<td>51 – 100 Bewohner</td>
<td>50% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen</td>
<td>Jeder 2. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist in die Befragungsgruppe aufzunehmen</td>
</tr>
<tr>
<td>101 – 150 Bewohner</td>
<td>33% der befragungsfähigen Bewohner sind zu befragen</td>
<td>Jeder 3. Bewohner auf der alphabetischen Liste ist in die Befragungsgruppe aufzunehmen</td>
</tr>
</tbody>
</table>


In die Ergebnisermittlung der beiden Erprobungsphasen konnten von den 439 Interviews aus 18 Einrichtungen insgesamt 432 Fälle einbezogen werden. Sieben Bewohner (1,6%) konnten aufgrund einer aktuell nicht ausreichenden Orientierung nicht in die Auswertungen einbezogen werden. Zusätzlich nahmen 41 Personen an einer Wiederholungsbefragung nach einer Woche teil. 22,7% der Befragten waren männlich, 76,4% weiblich (N=415). Die Befragten waren zwischen 37 und 99 Jahre alt. 53,7% waren zwischen 80 und 89 Jahre alt, 18,8% waren bereits 90 Jahre und älter. Für die Befragungsteilnehmer der zweiten Erprobungsphase können hierzu keine Angaben gemacht werden, da aus Anonymitätsgründen auf die Erfassung der Bewohner-ID durch institutsexterne Interviewer verzichtet werden musste.

---

13 Konnte das Geschlecht nicht aus den Dokumentationsunterlagen eindeutig entnommen werden, wurde der Fall aus den geschlechtsdifferenzierten Analysen ausgeschlossen.
Für 34,6% (N=149) der befragten Personen lag laut Angaben der Einrichtung eine Demenzdiagnose vor.\(^\text{14}\) Das Auswahlverfahren mittels des kognitiven Status hat sich in der Praxis somit gut bewährt, da es eine gezielte Auswahl von kognitiv ausreichend orientierten Befragungsteilnehmern ermöglichte, ohne Personen mit Demenz auszugrenzen.

57,5% der Befragungsteilnehmer waren in der Pflegestufe 1 eingruppiert, ein weiteres Drittel (33,6%) in der Pflegestufe 2. Nur in seltenen Fällen waren Bewohner der Pflegestufe 3 selbst befragbar. Für diese Bewohnergruppe wurden somit Ergebnisse vor allem über die Angehörigenbefragung erfasst.


Tab. 11: Rücklaufquoten der Angehörigenbefragung (Erprobungsphase 1 und 2, N=825)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Versand</th>
<th>Rücklauf</th>
<th>Min.</th>
<th>Max.</th>
<th>Mw.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erprobungsphase 1 (7 Einrichtungen)</td>
<td>283</td>
<td>171</td>
<td>40%</td>
<td>93%</td>
<td>60%</td>
</tr>
<tr>
<td>Erprobungsphase 2 (10 Einrichtungen)</td>
<td>542</td>
<td>330</td>
<td>38%</td>
<td>86%</td>
<td>61%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>825</td>
<td>501</td>
<td>38%</td>
<td>93%</td>
<td>61%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Angehörigen, die sich an der Befragung beteiligten, besuchen die Bewohner recht häufig. 80,2% sind mehrmals oder mindestens einmal pro Woche in der Einrichtung zu Besuch und haben somit einen persönlichen Eindruck von den Organisationsabläufen und dem Umgang des Personals mit Bewohnern und stehen im kontinuierlichen Kontakt mit ihrem Angehörigen (vgl. hierzu die folgende Tabelle):

Tab. 12: Häufigkeit der Besuche beim Angehörigen (Erprobungsphase 1 und 2, N=494)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Häufigkeit</th>
<th>Häufigkeit</th>
<th>Prozent</th>
<th>kumulierte Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>mehrmals pro Woche</td>
<td>237</td>
<td>48,0%</td>
<td>48,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Etwa einmal pro Woche</td>
<td>159</td>
<td>32,2%</td>
<td>80,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Etwa alle 14 Tage</td>
<td>48</td>
<td>9,7%</td>
<td>89,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Etwa alle 4 Wochen</td>
<td>27</td>
<td>5,5%</td>
<td>95,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>seltener als alle 4 Wochen</td>
<td>23</td>
<td>4,7%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>494</td>
<td>100,0%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. Zur Anwendung empfohlene Indikatoren für Ergebnisqualität: Übersicht

Dieser Abschnitt gibt zunächst einen Überblick über die Indikatoren, die auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse und der eigenen Erprobungserfahrungen als ausreichend geeignet gelten dürfen für:
- seriöse Vergleiche der Ergebnisqualität verschiedener Einrichtungen (und damit für eine öffentliche Qualitätsberichterstattung),
- die Nutzung im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen und
- eine individuelle Kontrolle von Pflegeergebnissen bei externen Qualitätsprüfungen.

Indikatoren, die nicht in allen Punkten eine grundsätzliche Eignung aufweisen, werden später dargestellt (s. Kapitel 6).

Als geeignet erwiesen sich folgende Indikatoren:

**Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit**

- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität
  - von Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - von Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.

- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

**Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen**

- Dekubitusentstehung
  - bei Bewohnern mit *geringem* Dekubitusrisiko
  - bei Bewohnern mit *hohem* Dekubitusrisiko

- Stürze mit gravierenden Folgen
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
**Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
- Einsatz von Gurtfixierungen
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- Schmerzmanagement (Schmerzeinschätzung/Information über Schmerz)

Die Bereiche 4, 5 und der Sonderbereich zur Zusammenarbeit mit Angehörigen werden vorrangig über eine Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst und beinhalten folgende Indikatoren:

**Bereich 4: Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung**

- Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht
- Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation
- Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht
- Qualität des Mahlzeitenangebotes aus Nutzersicht

**Bereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehung**

- Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht
- Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
  - Bewohner ohne deutliche Mobilitätseinschränkung
  - Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität
- Respektvoller Umgang aus Nutzersicht
- Privatheit aus Nutzersicht
- Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht
- Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht
- Weiterempfehlung aus Nutzersicht

**Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen**
Zu den Indikatoren finden sich in diesem Kapitel zusammenfassende Beschreibungen, die einem bestimmten Raster folgen. In einem ersten Block werden der Indikator selbst und die zu seiner Ermittlung und Bewertung vorgesehenen Schritte definiert. Hier finden sich Hinweise zu folgenden Punkten:

- **Kurzbezeichnung**: Die Kurzbezeichnung drückt in allgemeiner Form aus, worüber der Indikator eine Aussage macht. Sie dient nur der Vereinfachung in schriftlichen Formulierungen und der Diskussion, ist aber keine exakte Definition.

- **Definition**: Hier wird genauer beschrieben, welche konkreten Inhalte angesprochen sind.


- **Ausgeschlossene Bewohner**: Bestimmte Bewohner werden nicht in die Berechnung einbezogen, wenn dies aus fachlichen oder methodischen Gründen nicht sinnvoll ist. Ermittelt man beispielsweise den Anteil der Bewohner, bei denen ein Erhalt oder eine Verbesserung der Mobilität erreicht wurde, so ist es nicht zweckmäßig, Bewohner mit einzubeziehen, die vor kurzem einen Schlaganfall erlitten haben. Bei ihnen hatte die Einrichtung keine Möglichkeit, das Ergebnis zu beeinflussen. Aus der Bewertung generell ausgeschlossen werden Bewohner, die sich zu dem jeweiligen Zeitpunkt der Datenerhebungen in der Sterbephase befinden.

- **Bewertung**: In dieser Rubrik wird erläutert, nach welchen Maßstäben das Ergebnis bewertet wird. In der Regel erfolgt eine relative Bewertung, die angibt, ob eine Einrichtung ein durchschnittliches Ergebnis aufweist oder ob das Ergebnis über bzw. unter dem Durchschnitt liegt.

Der zweite Block der Indikatorendarstellung enthält zusätzliche Erläuterungen, die u. a. ver deutlichen, warum der Indikator ausgewählt wurde und welche Aspekte seiner Nutzbarkeit im Verlauf der praktischen Erprobung überprüft werden sollen:


- **Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**: Sie beschreibt die Pflege-/Versorgungssensitivität des Indikators, d. h. die Möglichkeiten einer Einrichtung und ihrer Mitarbeiter, das Resultat
zu beeinflussen. Damit ein Indikator für die vergleichende Beurteilung von Ergebnisqualität geeignet ist, muss dieser Einfluss erheblich sein.

- **Einfluss der Bewohnerstruktur**: Umgekehrt machen die Hinweise zum Einfluss der Bewohnerstruktur deutlich, welche individuellen Bewohnermerkmale (die von den Einrichtungen nur bedingt beeinflussbar sind) sich auf das Gesamtergebnis einer Einrichtung auswirken können. Sie lassen auch erkennen, warum Bewohner mit bestimmten Merkmalen von der Berechnung ausgeschlossen werden.

- **Anmerkungen**: Abschließend wird auf Besonderheiten, z. B. auf den Verbreitungsgrad des Indikators, oder auf besondere Einsatzmöglichkeiten hingewiesen.

Die folgenden Indikatorenbeschreibungen beinhalten zum Teil bestimmte Bewertungsregeln, die an dieser Stelle nicht näher begründet werden. Entsprechende Erläuterungen finden sich in Kapitel 5.
### 4.1 Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

**Indikator 1.1 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (keine/geringe kognitive Einbußen)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Indikator (Definition)</strong></td>
<td>Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</strong></td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zähler</strong></td>
<td>Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nenner</strong></td>
<td>Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorangegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ausgeschlossene Bewohner</strong></td>
<td>Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</strong></td>
<td>Mobilität ist verhältnismäßig gut durch die Einrichtung und ihre Mitarbeiter zu beeinflussen, insbesondere durch gezielte Einzel- oder Gruppenaktivitäten zur Mobilitätsförderung, aber auch durch Herstellung einer sicheren und barrierefreien Umgebung, die die Eigenaktivität der Bewohner im Bereich der Mobilität unterstützt.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anmerkungen</strong></td>
<td>Der Bereich Mobilität wird in der Langzeitversorgung zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogen. Zum Teil werden in anderen Systemen jedoch nur einzelne Aspekte abgebildet, beispielsweise die Fähigkeit, sich im Zimmer zu bewegen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Indikator 1.2 Mobilitätserhalt oder -verbesserung (mind. erhebliche kognitive Einbußen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Der Grad der Mobilität wird anhand des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Bewertungsskala dargestellt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Es werden nur Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung im Bereich „Mobilität“ am Stichtag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten. Bei Bewohnern mit weitgehend fehlender Mobilität, die sich nicht verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung berücksichtigt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Mobilität zum Stichtag sowie einer vorangegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Relevanz**

**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Siehe Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“

**Einfluss der Bewohnerstruktur**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anmerkungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Indikator 1.3 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (keine/geringe kognitive Einbußen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erhebungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitssituation verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Relevanz</td>
<td>Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen ist für die Lebensführung von großer Bedeutung und eines der wichtigsten pflegerischen Ziele in der stationären Langzeitversorgung. Selbständigkeit in diesem Bereich bestimmt auch in hohem Maße den Pflegebedarf. – Auch dieser Indikator lässt Rückschlüsse darauf zu, inwieweit sich eine Einrichtung um die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Alltagsverrichtungen bemüht.</td>
</tr>
<tr>
<td>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</td>
<td>Selbständigkeit ist gut durch die Einrichtung und die Pflegekräfte zu beeinflussen. Obwohl gerade in der stationären Pflege eine gewisse Verschlechterung der Selbständigkeit zu erwarten ist, ist es Aufgabe der Einrichtung, durch eine geeignete Unterstützung die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen zu erhalten, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verlangsamen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td>Vergleichbare Indikatoren werden international zur Qualitätsmessung und -beurteilung in der Langzeitversorgung eingesetzt, z. B. im amerikanischen System „Nursing Home Compare“.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Indikator 1.4 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (mind. erhebliche kognitive Einbußen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (Modul 4 „Selbstversorgung“).</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche bis schwerste kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Selbstversorgung“ (NBA) am Erhebungstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Komatöse/somnolente Bewohner und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz

Siehe Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“
**Indikator 1.5 Selbständigkeiterhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Selbständigkeiterhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Grads der Selbständigkeit im Bereich „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (NBA) am Erhebungsstag im Vergleich zur Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit einer Einschätzung der Selbständigkeit zum Stichtag sowie einer vorausgegangenen Einschätzung vor sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Komatöse/somnolente Bewohner, Bewohner mit völligem/weitgehendem Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und Bewohner, die während des Erfassungszeitraums ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Darunter wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzerkrankung oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</td>
<td>Die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte kann durch gezielte Bereitstellung von Unterstützung (z. B. Anleitung oder andere, edukative Maßnahmen) beeinflusst und gefördert werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfluss der Bewohnerstruktur</td>
<td>Die Selbständigkeit in diesem Bereich kann durch die Art und Schwere kognitiver Einschränkungen beeinflusst werden. Daher werden Bewohner mit völligem/weitgehendem Fähigkeitsverlust im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten aus den Berechnungen ausgeschlossen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td>Das Thema wird in anderen Ländern in dieser Form nicht in als Qualitätsindikator für pflegerische Ergebnisqualität eingesetzt, aber in Bewohnerbefragungen zur Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden aufgegriffen, dabei vor allem die Bereiche Autonomie und soziale Kontakte.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.2 Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

**Indikator 2.1: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit <em>geringem</em> Dekubitusrisiko</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Das Dekubitusrisiko wird als niedrig eingestuft, wenn der Bewohner in der Lage ist, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit geringem Dekubitusrisiko.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohnern, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobili- sierung oder Lagerung nachweislich ablehnen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Einrichtungen, in denen der Anteil der Bewohner mit Dekubitus maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe liegt, werden als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Einrichtungen, in denen maximal ein Dekubitus aufgetreten ist oder in denen der Anteil von Bewohnern mit Dekubitusentwicklung zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Einrichtungen, in denen mehr als ein Dekubitus aufgetreten ist und in denen der Anteil von Bewohnern mit Dekubitusentwicklung über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Relevanz**


**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Die Entstehung eines Dekubitus ist in hohem Maße durch eine fachgerechte Dekubitusprophylaxe vermeidbar. Allerdings wird in der Literatur auch darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Dekubitus nicht in allen Fällen durch pflegerische Interventionen zu verhindern ist, insbesondere wenn die gesundheitliche Situation der Betroffenen der Anwendung prophylaktischer Maßnahmen entgegensteht, eine andere Prioritätensetzung erfordert (z. B. in der terminalen Lebensphase) oder die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen beeinträchtigt (DNQP 2004).

**Einfluss der Bewohnerstruktur**


**Anmerkungen**

International wird das Auftreten von Dekubitalgeschwüren bei Bewohnern/Patienten stationärer Einrichtungen mit am häufigsten als Gradmesser zur Beurteilung der Pflegequalität herangezogen.
Indikator 2.2: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Das Risiko wird als hoch eingestuft, wenn der Bewohner nicht in der Lage ist, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit einem in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitus. Bewohner, die einen Dekubitus während eines Krankenhausaufenthaltes oder vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entwickelt haben, bleiben außer Betracht.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohnern, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobili-sierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie folgt den gleichen Regeln wie der Indikator 2.1 „Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko“.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</th>
<th>siehe Indikator „Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko“</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einfluss der Bewohnerstruktur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Indikator 2.3: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Zähler | Anzahl der Bewohner, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu
| | - einer Fraktur und/oder
| | - einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder
| | - andauernden Schmerzen und/oder
| | - einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen ist. |
| Nenner | Alle Bewohner |
| Ausgeschlossene Bewohner | komplett (auch im Bett) immobile Bewohner |
| Bewertung | Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie orientiert sich am durchschnittlichen Anteil der Bewohner ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen, die einen Sturz mit gravierenden Folgen erlitten haben, und an der Zahl der aufgetretenen Fälle.
| | - Einrichtungen, in denen der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Risikogruppe liegt, werden als überdurchschnittlich gut bewertet.
| | - Einrichtungen, in denen maximal ein Bewohner gravierende Sturzfolgen erlitten hat oder in denen der Anteil dieser Bewohner zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet.
| | - Einrichtungen, in denen mehr als ein Bewohner gravierende Sturzfolgen erlitten hat und in denen der Anteil dieser Bewohner über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet. |
| Relevanz | Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen weisen aufgrund ihrer funktionellen Beeinträchtigungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein erhöhtes Sturzrisiko auf. Studien lassen vermuten, dass in über 10% der Stürze von Heimbewohnern behandlungsbedürftige körperliche Folgen auftreten. Es ist die Aufgabe von Pflegeeinrichtungen, das individuelle Sturzrisiko ihrer Bewohner einzuschätzen und bei Bedarf geeignete Maßnahmen zur Sturzprävention und zur Minimierung von Sturzfolgen einzuleiten (DNQP 2006b). |
| Anmerkungen | Die Zahl der Stürze mit gravierenden Folgen wird als aussagekräftiger als die bloße Sturzhäufigkeit betrachtet, wenn Ergebnisqualität beurteilt werden soll. |
### Indikator 2.4: Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche oder schwere kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Zähler | Anzahl der Bewohner, bei denen es infolge eines Sturzes in der Einrichtung zu
| | • einer Fraktur und/oder
| | • einer behandlungsbedürftigen Wunde und/oder
| | • andauernden Schmerzen und/oder
| | • einem erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität gekommen ist. |
| Nenner | Alle Bewohner |
| Ausgeschlossene Bewohner | komplett (auch im Bett) immobile Bewohner |

### Relevanz

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>siehe Indikator „Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern ohne/mit geringen kognitiven Einbußen“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Einfluss der Bewohnerstruktur

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anmerkungen</th>
</tr>
</thead>
</table>
### Indikator 2.5: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Indikator (Definition)</strong></td>
<td>Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</strong></td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zähler</strong></td>
<td>Anzahl der Bewohner, die in den vergangenen sechs Monaten unbeabsichtigt mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nenner</strong></td>
<td>Alle Bewohner.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ausgeschlossene Bewohner</strong></td>
<td>Bewohner, bei denen medizinische Gründe (z. B. eine Krebserkrankung, Amputationen von Gliedmaßen oder eine medikamentöse Ausschwemmung) den Gewichtsverlust erklären.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bewertung</strong></td>
<td>Die Bewertung erfolgt dreistufig mit den Ergebnissen: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Sie orientiert sich am durchschnittlichen Anteil der Bewohner ohne oder mit geringen kognitiven Beeinträchtigungen, die einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten haben, und an der Zahl der aufgetretenen Fälle.</td>
</tr>
<tr>
<td>Einrichtungen, in denen maximal ein Bewohner einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten hat oder in denen der Anteil dieser Bewohner zwar oberhalb des halben Gesamtdurchschnitts, jedoch unterhalb des 1,5fachen Gesamtdurchschnitts liegt, werden als durchschnittlich bewertet.</td>
<td>Einrichtungen, in denen mehr als ein Bewohner einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust erlitten hat und in denen der Anteil dieser Bewohner über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts liegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anmerkungen</strong></td>
<td>In anderen Ländern wird das Körpergewicht oft als Qualitätsindikator herangezogen. Die Erfassung signifikanter Gewichtsverluste wird dabei als aussagekräftiger betrachtet als die Bestimmung des BMI.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Indikator 2.6: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung. Es werden nur Bewohner einbezogen, die erhebliche oder schwere kognitive Einbußen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner, die in den vergangenen sechs Monaten mehr als 10% ihres Körpergewichtes verloren haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Wie Indikator 2.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Wie Indikator 2.5.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Einfluss der Bewohnerstruktur

Anmerkungen

siehe Indikator 2.5 „Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen“
4.3 Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

**Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind und für die die Ergebnisse eines Integrationsgespräches innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Heimeinzug dokumentiert sind.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Anzahl der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in das Heim eingezogen sind.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Die Bewertung erfolgt durch die Unterteilung: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Einrichtungen, die Anteile über 75% erreichen, werden als überdurchschnittlich bewertet. Einrichtungen, die einen Anteil von über 50% bis maximal 75% aufweisen können, werden als durchschnittlich eingestuft. Als unterdurchschnittlich werden Einrichtungen eingeordnet, die Anteile von 50% oder weniger erreichen. Diese Grenzwerte müssen möglicherweise bei einem regelhaften Einsatz angepasst werden, da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Erfüllungsgrad des Indikators zukünftig erhöhen wird.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Relevanz**


**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Die Häufigkeit von Integrationsgesprächen hängt wesentlich von der Einrichtung ab. Sie sollte die hierfür notwendigen Strukturen und Prozesse gewährleisten.

**Einfluss der Bewohnerstruktur**

Der Indikator ist weitgehend unabhängig von der Bewohnerstruktur.

**Anmerkungen**

### Indikator 3.2 Einsatz von Gurtfixierungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Einsatz von Gurtfixierungen</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</th>
<th>---</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Zähler</strong></td>
<td>Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, bei denen innerhalb der letzten vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nenner</strong></td>
<td>Alle Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen oder Verhaltensauffälligkeiten</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ausgeschlossene Bewohner</strong></td>
<td>Komatöse Bewohner und Bewohner, die keine/geringe cognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) und auch keine Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (NBA Modul 3) aufweisen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Bewertung** | Die Bewertung orientiert sich an der Verteilung der Ergebnisse:  
- Wenn nur bei einem Bewohner oder bei maximal bei der Hälfte des Gesamtdurchschnitts Gurtfixierungen vorgenommen wurden, wird ein überdurchschnittliches Ergebnis ausgewiesen.  
- Wurden Gurtfixierungen bei mehr als einem Bewohner vorgenommen und liegt der Anteil zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt, wird das Ergebnis als durchschnittlich eingeordnet.  
- Liegt das Ergebnis über dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt, wird es als unterdurchschnittlich bewertet. |

| Relevanz | Gurtfixierungen werden Studien zufolge bei 5-10% der Heimbewohner in Deutschland angewandt (AGP Institut 2007). Sie sind häufig eine schwerwiegende Belastung für den Bewohner, verhindern Eigenaktivität und können sogar cognitive Verschlechterungen provozieren. Direkte körperliche Folgen werden ebenfalls beobachtet. Psychische Konsequenzen sind ggf. Gefühle der Erniedrigung, Depression und Angst. Darüber hinaus gehen Gurtfixierungen mit sozialer Isolation einher, was sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit und die Lebensqualität auswirken kann. |
| Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung | Der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen kann durch die Pflege beeinflusst werden. Pflegekräfte haben direkten Einfluss auf die Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen. |
| Einfluss der Bewohnerstruktur | Der Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist von der Bewohnerstruktur abhängig, insbesondere von dem Vorliegen psychischer Erkrankungen und kognitiver Beeinträchtigungen. |
| Anmerkungen | Fixierungsmaßnahmen werden als Maßstab für die Qualitätsbeurteilung in der Langzeitversorgung sowie im Krankenhausbereich recht häufig eingesetzt, beispielsweise in den USA, den Niederlanden und in Australien sowie in Deutschland in einem Projekt der Sozial Holding Mönchengladbach. Unterschiede bestehen teilweise im Hinblick auf die Art der Fixierungen, die eingeschlossen werden. |
### Indikator 3.3 Einschätzung von Verhaltensaußfällen bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Einschätzung von Verhaltensaußfällen bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Es werden nur Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (NBA Modul 2) aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen Verhaltensaußfällen mit Hilfe der o. g. Instrumente eingeschätzt wurden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Komatöse Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Die Bewertung folgt einem dreistufigen Raster: überdurchschnittlich gut, durchschnittlich, unterdurchschnittlich. Einrichtungen, die Anteile von über 75% erreichen, werden als überdurchschnittlich bewertet. Einrichtungen mit einem Anteil über 50% bis maximal 75% gelten als durchschnittlich. Als unterdurchschnittlich werden Einrichtungen eingestuft, deren Anteilswert bei 50% oder darunter liegt. Da davon ausgegangen werden kann, dass sich der Anteil der durchgeführten Einschätzungen bei einem regelhaften Einsatz des Indikators in den Einrichtungen erhöhen wird, muss die Bewertungssystematik im Laufe der Zeit ggf. angepasst werden.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Relevanz

### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Die Durchführung einer kriteriengestützten Einschätzung als Voraussetzung für eine adäquate Unterstützung verhaltensaußfälliger Bewohner liegt ausschließlich im Ermessen der Einrichtung.

### Einfluss der Bewohnerstruktur
Der Indikator ist unabhängig von der Bewohnerstruktur.

### Anmerkungen
Eine differenzierte Einschätzung problematischer Verhaltensweisen von Heimbewohnern wird als notwendiger Bestandteil des pflegerischen Assessments betrachtet und empfohlen.
### Indikator 3.4 Schmerzmanagement

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Schmerzmanagement</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Einbezogen werden nur Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine instrumentengestützte Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner mit Schmerzproblematik</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>---</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Bewertung | Die Bewertung orientiert sich an den erreichten Anteilsraten aller Einrichtungen:  
- Einrichtungen, in denen bei mehr als 90% der Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist, werden als überdurchschnittlich gut bewertet.  
- Einrichtungen, in denen bei 70% bis 90% der Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, werden als durchschnittlich bewertet.  
- Einrichtungen, in denen bei weniger als 70% der einbezogenen Bewohner eine Schmerzeinschätzung vorliegt, werden als unterdurchschnittlich bewertet.  
Die Tragfähigkeit dieser Bewertung wäre anhand von Erfahrungen mit dem Einsatz des Indikators in der Breite der Versorgung regelmäßig zu überprüfen und ggf. anzupassen. |

### Relevanz

### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Die benannten Anforderungen sind für stationäre Pflegeeinrichtungen auch ohne das Mitwirken an der Versorgung beteiligter Kooperationspartner zu verwirklichen.

### Einfluss der Bewohnerstruktur
Auf die Durchführung der genannten Prozesskriterien hat die Bewohnerstruktur keinen Einfluss. Lediglich Bewohner, die eine systematische Schmerzerfassung nicht wünschen, können das Ergebnis beeinflussen.

### Anmerkungen
International wird das Thema Schmerz bei der Beurteilung der Versorgungsqualität häufig herangezogen. Im Sinne eines Ergebnisindikators findet es, abgesehen von den USA, allerdings vor allem im akutmedizinischen Bereich (z. B. zur Überprüfung des Erfolgs der Schmerztherapie nach operativen Eingriffen) oder bei der Beurteilung eines Versorgungssystems insgesamt (unter Berücksichtigung aller beteiligten Versorgungspartner) Anwendung.
### 4.4 Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung

#### Indikator 4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Beurteilung der Sauberkeit und des Geruchs (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Beurteilung der Sauberkeit (a) des Zimmers, (b) des Bades und der Toilette, (c) der Einrichtung und (d) des Geruchs in der Einrichtung.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung / Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis         | 1. Anteil positiver Antworten zu Sauberkeit und Geruch an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
                   2. Anteil positiver Antworten zu Sauberkeit und Geruch an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht |
| Ausgeschlossene Bewohner | Keine |
| Bewertung        | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |

#### Relevanz


#### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann die Sauberkeit in hohem Maß beeinflussen.

#### Einfluss der Bewohnerstruktur

Ist nicht gegeben.

#### Anmerkungen

--
Indikator 4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Beurteilung der Wäscheversorgung (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Bewertung der Wäscheversorgung in Hinblick auf (a) Sauberkeit, (b) ausreichend schnelle, (c) vollständige und (d) unbeschädigte Wäscherrückgabe im letzten halben Jahr.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner und Angehörige von Bewohnern, die den Service nicht nutzen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse 1 und 2 wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Ergebnis 3 wird wie folgt bewertet:</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung des Ergebnisses</td>
<td>Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab</td>
</tr>
<tr>
<td>überdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>unter &lt; 1 Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>+/- 1 Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>über &gt; 1 Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Relevanz</td>
<td>Auf der Basis der Ergebnisse der MUG IV-Untersuchung (Schneekloth/Wahl 2007) und nach Erfahrungen der Einrichtungen wird der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht eine hohe Relevanz beigemessen. An diesem Punkt treten häufig Konflikte auf. Sie ist Teil der Servicequalität, die von 63% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität benannt wird (vgl. INSEL 2009).</td>
</tr>
<tr>
<td>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</td>
<td>Die Einrichtung kann die Verlässlichkeit und Vollständigkeit in der Wäscheversorgung in hohem Maß beeinflussen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfluss der Bewohnerstruktur</td>
<td>Ist nicht gegeben</td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Indikator 4.3 Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Beurteilung der Unterstützung für Bewohner (Bewohnersicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Anteil positiver Antworten zur ausreichend schnellen Unterstützung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner, die in keinem der benannten Bereiche einen Unterstützungsbedarf angeben</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Relevanz | Die Unterstützung der Bewohner findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium. Sie betrifft zentrale Versorgungsbereiche und fehlende Unterstützung bedeutet einen zentralen Eingriff in die Lebensqualität. Die Unterstützung bei Einschränkungen wird von 74% der Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität bezeichnet, nur 12,6% stufen dies als „nicht so wichtig“ ein (vgl. INSEL 2009). |
| Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung | Die Einrichtung kann eine ausreichend schnelle Unterstützung in hohem Maß beeinflussen. |
| Einfluss der Bewohnerstruktur | Der Umfang der Gruppe mit Unterstützungsbedarf in den benannten Bereichen kann je nach Bewohnerstruktur stark variieren. |
| Anmerkungen | -- |
### Indikator 4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Beurteilung der Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebots (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes in Hinblick auf Geschmack von Speisen und Getränken, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur der Speisen</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis                                | 1. Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeiten- und Getränkeangebot an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
2. Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeiten- und Getränkeangebot an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht |
| Ausgeschlossene Bewohner                | Keine |
| Bewertung                               | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |

### Relevanz

Die Qualität des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes wird von 57% der Bewohner als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität benannt, nur 18% schätzen dies als „nicht so wichtig“ ein (vgl. INSEL 2009). Der Indikator findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Systemen und Standards als relevantes Kriterium.

### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Die Einrichtung kann das Ergebnis mittels der Qualität im Einkauf, der Zubereitung der Mahlzeiten, der Variationsbreite der Angebote und der Berücksichtigung von Bewohnerwünschen stark beeinflussen.

### Einfluss der Bewohnerstruktur

Ist nicht gegeben

### Anmerkungen

4.5 Tagesgestaltung und soziale Beziehungen

Indikator 5.1 Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Beurteilung der Tagesstrukturierung als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiv bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. Ausgeschlossen werden Fälle fehlender Bedürfnisdeckung, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht durch die Einrichtung beeinflusst werden kann.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Nicht befragbare Bewohner. Angehörige werden nicht zur Beurteilung einbezogen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz
Selbstbestimmung wird von 68,8% der im INSEL-Projekt befragten Bewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität betrachtet (vgl. INSEL 2009), nur 8% halten sie für nicht so wichtig. Eine individuell angepasste Tagesstrukturierung ist in der Versorgung von Menschen mit Demenz von besonderer Relevanz (vgl. z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2008).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Das Ergebnis ist durch eine bedürfnisgerechte und flexible Zeitorganisation der Versorgungsleistungen gut zu beeinflussen. An dieser Stelle kommt es darauf an, inwieweit die bestehenden Wahlmöglichkeiten dem Bewohner tatsächlich vermittelt oder aktiv angeboten werden.

Einfluss der Bewohnerstruktur
Ist nicht gegeben

Anmerkungen
--
## Indikator 5.2 Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohner- und Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung (passende Angebote und Ermöglichung von Spaziergängen).</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis         | 1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
|                  | 2. Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht |
| Ausgeschlossene Bewohner | Bewohner, die keine Aktivitäts- oder Freizeitmöglichkeiten wünschen |
| Bewertung        | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |
| Relevanz         | Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität wieder. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) geben Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. INSEL 2009), nur 24% halten dies für nicht so wichtig. |
| Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung | Ist gegeben durch eine individuell auf den Bewohner abgestimmte Angebotsstruktur. |
| Anmerkungen      | -- |
Indikator 5.3 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Teilnahmehäufigkeit Aktivitäten mobiler Bewohner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Quote der Bewohnerschaft, die an mind. 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen hat.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der Einschränkung der Mobilität. Es werden nur Personen ohne Mobilitätseinschränkungen oder mit einem geringeren Grad der Mobilitätseinschränkung (Score 0 bis 6 im Modul Mobilität, NBA) einbezogen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner, die an mind. 3 Angeboten in 7 Tagen teilgenommen haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner (ohne „ausgeschlossene Bewohner“)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner, die prinziell eine Teilnahme an Einzel- und Gruppenaktivitäten ablehnen oder gesundheitsbedingt nicht teilnehmen können, dies sind:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz
Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot ist von hoher Relevanz und findet sich in verschiedenen nationalen und internationalen Studien zur Identifizierung von Lebensqualität wieder. Mehr als die Hälfte der Bewohner (52%) geben Anregung und sinnvolle Beschäftigung als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität an (vgl. INSEL 2009), nur 24% halten dies für nicht so wichtig. Dabei gilt auch die passive Möglichkeit der Teilnahme als Anregung (vgl. Kruse 2006)

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Eine attraktive, bedürfnisgerechte und individuelle Gestaltung der Angebotsstruktur und die Sicherung des Transfers von mobilitätseingeschränkten Personen zu den Angeboten erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme an Aktivitäten.

Einfluss der Bewohnerstruktur
Ein hoher Anteil depressiver Bewohner könnte ggf. einen Einfluss auf die durchschnittliche Bereitschaft zur Teilnahme an Aktivitäten haben.

Anmerkungen
--
## Indikator 5.4 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Teilnahmehäufigkeit Aktivitäten mobilitätseingeschränkter Bewohner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Quote der Bewohnerschaft, die an mind. 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen hat.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Unterscheidung von Bewohnern nach dem Grad der Einschränkung der Mobilität. Es werden nur Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA) einbezogen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Bewohner, die an mind. 3 Angeboten in 7 Tagen teilgenommen haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle Bewohner (ohne „ausgeschlossene Bewohner“)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner, die prinzipiell eine Teilnahme an Einzel- und Gruppenaktivitäten ablehnen oder gesundheitsbedingt nicht teilnehmen können, dies sind:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Relevanz</th>
<th>s. Indikator 5.3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</td>
<td>s. Indikator 5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfluss der Bewohnerstruktur</td>
<td>s. Indikator 5.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Indikator 5.5 Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Aktionsradius immobile Bewohner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Gemessen wird, an wie vielen Tagen der Woche sich ein Bewohner der Einrichtung im Durchschnitt außerhalb des Zimmers aufgehalten hat unter Berücksichtigung des Grades der Selbständigkeit der Mobilität.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Tage, die außerhalb des Zimmers verbracht wurden</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Anzahl der Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Durchschnittliche Anzahl der Tage pro Woche, an denen sich ein Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Bewohner</td>
<td>Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung</td>
<td>Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt eng mit der beim Transfer aus dem Zimmer erbrachten Unterstützungsleistung zusammen</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfluss der Bewohnerstruktur</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Anmerkungen</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Indikator 5.6 Respektvoller Umgang aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Respektvoller Umgang mit Bewohnern (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Ausmaß respektvoller Behandlung anhand der Kriterien (a) angemessene Anrede, (b) respektvolle Behandlung durch die Mitarbeiter, (c) Mitarbeiter hören zu, (d) keine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/ Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis        | 1. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvoller Behandlung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
2. Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien respektvoller Behandlung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht |
| Ausgeschlossene Bewohner | keine |
| Bewertung       | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |

### Relevanz
Eine respektvolle Behandlung ist als sehr relevant einzustufen. Dieser Aspekt findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätsmanagementsystemen, Standards und Studien als relevant wieder. 73% der befragten Bewohner geben an, dass „Würde“ und das „Gefühl, von anderen respektiert zu werden“ für sie eine sehr wichtige Dimension der Lebensqualität sei. Lediglich 6,5% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. INSEL 2009).

### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Der Indikator ist durch das Verhalten der Mitarbeiter in der alltäglichen Versorgungspraxis gut zu beeinflussen.

### Einfluss der Bewohnerstruktur
Ist nicht gegeben

### Anmerkungen
--
**Indikator 5.7 Privatheit aus Nutzersicht**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Privatheit (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Definition</strong></td>
<td>Ausmaß der Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit anhand der Kriterien (a) Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, (b) Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten, (c) Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern, (d) unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglicheit</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</strong></td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zähler</strong></td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nenner</strong></td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Ergebnis**    | 1. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
|                 | 2. Anteil positiver Antworten zu den Möglichkeiten der Wahrung von Privatheit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht |
| **Ausgeschlossene Bewohner** | Das Kriterium (a) wird für Bewohner, die aufgrund kognitiver Funktionseinbußen keinen Schlüssel mehr verwalten können, ausgeschlossen. |
| **Bewertung**   | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |

**Relevanz**

Privatheit ist von hoher subjektiver Relevanz für Bewohner. 75% der Bewohner sehen dies als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität an, nur 9% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. INSEL 2009). Das Projekt H.I.L.DE. (2006) erfasste Privatheit als wichtiges Kriterium für die positive Assoziation eines Ortes.

**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Das Ergebnis beruht vorrangig auf der Organisationspraxis und dem Verhalten der Mitarbeiter im Pflegealltag und ist somit gut zu beeinflussen.

**Einfluss der Bewohnersstruktur**

Keine

**Anmerkungen**

--
Indikator 5.8 Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Ergebnisse des Beschwerdemanagements (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Erfasst wird, ob die letzte Beschwerde aus Angehörigensicht ausreichend bearbeitet wurde, d. h. aus Sicht der Angehörigen entweder eine Problemlösung erreicht wurde oder der Eindruck besteht, dass sich die Einrichtung ausreichend um eine Lösung des Problems bemüht hat.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Groupenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der Beschwerden, die als ausreichend bearbeitet eingestuft werden</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Anzahl aller gültigen Antworten zur Bewertung des letzten Beschwerdefalls</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Anteil der positiven Antworten an allen gültigen Antworten zum Beschwerdemanagement.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausgeschlossene Angehörige</td>
<td>Angehörige, die noch keine Beschwerde geführt haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewertung</td>
<td>Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relevanz: Die Möglichkeit zur Einflussnahme auf Dinge, die aus subjektiver Sicht nicht zufriedenstellend sind, ist ein relevanter Faktor, der sich in diversen Qualitätsmanagementsystemen wiederfindet.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung: Der Indikator ist durch ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement der Einrichtung gut zu beeinflussen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Rückmeldung an die Beschwerdeführer.

Einfluss der Bewohnerstruktur: Keine

Anmerkungen: Die Ergebnisermittlung über eine Bewohnerbefragung erwies sich in der ersten Erprobungsphase als schwierig. Es konnten nur geringe Fallzahlen ermittelt werden, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt.

### Indikator 5.9 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Ausreichende Mitarbeiterzeit (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Ermittelt wird der Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohnerschaft bezogen auf die Zeit, die Mitarbeiter im subjektiven Empfinden der Bewohnerschaft für sie zur Verfügung haben. Erfasst wird hier keine Quantität an Zeit, sondern die Beurteilung des Bewohners, ob die Zeit der Mitarbeiter für die eigene Person als ausreichend wahrgenommen wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis | 1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht  
2. Anteil positiver Bewertungen zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht. |
| Ausgeschlossene Bewohner | Keine |
| Bewertung | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). |
| Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung | Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt mit der im Versorgungsalltag bestehenden Praxis des Umgangs der Mitarbeiterschaft mit den Bewohnern und der zur Verfügung stehenden Mitarbeiterzeit zusammen. |
| Einfluss der Bewohnerstruktur | Keine |
## Indikator 5.10 Weiterempfehlung aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Weiterempfehlung (Bewohner-/Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Definition</td>
<td>Der Indikator erfasst den Anteil der befragten Personen, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoadjustierung/Gruppenbildung</td>
<td>Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähler</td>
<td>Anzahl der positiven Antworten</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenner</td>
<td>Alle gültigen Antworten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Ergebnis                    | 1. Anteil positiver Antworten zu Weiterempfehlung aus Bewohnersicht.  
|                             | 2. Anteil positiver Antworten zu Weiterempfehlung aus Angehörigensicht. |
| Ausgeschlossene Bewohner    | Keine                                         |
| Bewertung                   | Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwendet (vgl. 5.4). |

### Relevanz
Der Indikator fungiert auf einer Metaebene als Gesamtbewertung einer Einrichtung durch die Befragten. In dieses Urteil fließen ggf. auch Aspekte ein, die für die befragte Person persönlich relevant sind, jedoch nicht in der Befragung abgebildet wurden.

### Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Der Indikator ist nur indirekt über die Gesamtleistung in diversen Qualitätsbereichen der Einrichtung beeinflussbar.

### Einfluss der Bewohnerstruktur
Keine

### Anmerkungen
--
### 4.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzbezeichnung</th>
<th>Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Indikator (Definition)</td>
<td>Anteil der Angehörigen, die sich ausreichend informiert fühlen, ausreichende Möglichkeiten der Mitwirkung in der Einrichtung sehen (bei Wunsch nach Mitwirkung) und positive Erfahrungen nach geäußerten Beschwerden gemacht haben. Anhand von insgesamt fünf Fragen (s.u. „Zähler“) wird geprüft, ob die Angehörigen ihre Erfahrungen mit der Einrichtung überwiegend positiv oder überwiegend negativ bewerten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Risikoadjustierung/Gruppenbildung | --- |

| Zähler | Anzahl der befragten Angehörigen, die sich zu den von ihnen als relevant bezeichneten Themen überwiegend positiv geäußert haben. Maximal gehen fünf Kriterien in die Bewertung ein:  
- Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners  
- Information über Aktivitäten in der Einrichtung  
- Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners (nur bei Wunsch nach Mitwirkung)  
- Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners  
- Erfahrungen mit Beschwerden (nur bei geäußerter Beschwerde).  
Gewertet wird die Anzahl der Angehörigen, die bei allen, bei drei von fünf, drei von vier oder zwei von drei für sie relevanten Themen eine positive Bewertung abgegeben haben. |

| Nenner | Anzahl der befragten Angehörigen, die mindestens zu drei der fünf Kriterien gültige Angaben gemacht haben. |

| Ausgeschlossene Bewohner | --- |


| Relevanz | Angehörigenarbeit ist von hoher Relevanz für die Bewohner, aber auch für die Einrichtung, da sie u. a. die Integration der Bewohner und die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflussen kann. Für die Bewohner fördert der Kontakt zu Angehörigen häufig emotionale Sicherheit. Eine Einrichtung sollte Angehörige informieren, sie unterstützend beraten und den Kontakt zwischen Bewohnern und ihren Angehörigen fördern (Korte-Pötters et al. 2007). |

| Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung | Der Indikator kann gut durch die Einrichtung beeinflusst werden, indem die notwendigen Strukturen und Prozesse zur Information und Förderung der Zusammenarbeit mit Angehörigen schafft. |

| Einfluss der Bewohnerstruktur | Der Indikator ist weitgehend unabhängig von der Bewohnerstruktur. |

| Anmerkungen | Angehörigenarbeit wird in verschiedenen Qualitätssystemen und -empfehlungen diskutiert, z. B. in den Artikeln 4, 5 und 8 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und in den Referenzmodellen zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege. |
5. Ausführliche Darstellung der Indikatoren

5.1 Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit


Der Bereich Erhalt und Förderung von Selbständigkeit wird durch fünf Indikatoren dargestellt:

- **Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren):** Anteil der Bewohner, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat. Dieser Anteil wird jeweils getrennt für zwei Bewohnergruppen ausgewiesen, die nach dem Grad der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten unterschieden werden.

- **Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren):** Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat. Hier erfolgt ebenfalls eine Unterscheidung der beiden Bewohnergruppen anhand der Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten.

- **Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:** Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert bzw. nicht verschlechtert hat.
Alle zur Darstellung dieser Indikatoren benötigten Daten wurden in Form von Stichtagserhebungen in den Einrichtungen erfasst, die im Abstand von sechs Monaten stattfanden. Sie wurden durch zuvor geschulte Mitarbeiter der Einrichtungen durchgeführt und umfassten
• eine Übertragung von Informationen aus der Routinedokumentation (zumeist Pflegedokumentation) und
• eine ergänzende aktuelle Einschätzung der Selbstantigkeit des jeweiligen Bewohners und anderer gesundheitlicher Aspekte.

Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt einheitlich nach einem dreistufigen Raster, orientiert jeweils an der Verteilung der Ergebnisse. Entscheidend ist dabei die Frage, wie sich die Qualität einer Einrichtung im Vergleich zum Durchschnitt aller Einrichtungen darstellt, die in die Bewertung einbezogen werden. Ändert sich im Laufe der Zeit der Durchschnitt, so hat dies auch Konsequenzen für die einzelne Einrichtung. Bewertungssysteme dieser Art können über einen längeren Zeitraum bestimmte Benchmarking-Effekte hervorbringen: Da alle Einrichtungen danach streben, sich vom Durchschnitt positiv abzuheben, werden sie nach guten Teilergebnissen streben. Haben viele Einrichtungen darin Erfolg, erhöht sich das durchschnittliche Qualitätsniveau, und es fordert der einzelnen Einrichtung dann noch mehr Anstrengungen ab, sich positiv abzuheben. Durch diesen Mechanismus besteht ein ständiger Anreiz für die Einrichtungen, gute Ergebnisse zu erlangen, was auf längere Sicht der Stabilisierung eines hohen Qualitätsniveaus zugute kommt.

Die Bewertungssystematik teilt die Ergebnisse wie folgt in überdurchschnittlich gute, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbstantigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen gelten als durchschnittlich.</td>
</tr>
<tr>
<td>- unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es sei darauf hingewiesen, dass indikatorengestützte Systeme zur vergleichenden Bewertung von Ergebnisqualität, die bereits über langjährige Erfahrungen verfügen, zum Teil feinere Unterscheidungen verwenden, so beispielsweise in den Vereinigten Staaten, wo man sich für ein fünfstufiges System entschieden hat. Da in Deutschland bislang jedoch Erfahrungen mit dieser Art der Bewertung von Qualität fehlen und eine feinere Abstufung die Frage aufwirft, ob nicht zufällige Schwankungen oder Ungenauigkeit zu Verzerrungen bei der Bewertung führen (insbesondere in kleinen Einrichtungen), erscheint es nicht empfehlenswert, eine

16 Dieser Prozess findet natürlich eine Grenze in den objektiven, durch den Krankheitsverlauf eingeschränkten Möglichkeiten des Erhalts von Selbstantigkeit.
vier- oder fünfstufige Skala zugrunde zu legen. Zwar ist für alle Indikatoren eine „Vollerfassung“ sämtlicher Bewohner vorgesehen (mit Ausnahme von Bewohnern in der Sterbephase und in sonstigen Situationen, in denen der Einfluss der Einrichtung durch andere Sachverhalte überlagert wird), aber die Fallzahlen liegen im Durchschnitt doch so niedrig, dass ein feineres Bewertungssystem Gefahr lief, zufällige Abweichungen und Schwankungen als tatsächliche Qualitätsunterschiede zu interpretieren. Wenn mit einem Indikatorenystem ausreichende Erfahrungen in der Breite der Versorgung gesammelt wurden, könnte es sinnvoll sein, analog zum Ansatz in den USA eine fünfstufige Unterscheidung in Betracht zu ziehen.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass die oben vorgeschlagene Festlegung der Schwellenwerte (25%-Quartile) nicht zwingend ist. Ebenso denkbar wäre eine Aufteilung in gleich große Einrichtungsgruppen, die Schwellenwerte ändern dann beim Ergebnis der 33% besten bzw. 33% schlechtesten Einrichtungen. Die Entscheidung über die Schwellenwerte sollte von inhaltlichen Überlegungen und der tatsächlichen Streuung der Ergebnisse abhängig gemacht werden. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten gilt die Faustregel, dass der Anreiz zur Qualitätsentwicklung umso größer ist, je größer die Gruppe der als „durchschnittlich“ eingestuft Einrichtungen ist. Je breiter der Durchschnitt, desto stärker müsste sich eine Einrichtung darum bemühen, sich vom Durchschnitt abzuheben, desto stärker ist also der Anreiz zur Qualitätsentwicklung. Zugleich sollte die Bewertung „überdurchschnittlich“ nicht so eng definiert werden, dass Einrichtungen zu wenig Chancen haben, diese Bewertung zu erreichen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde im Projekt die Entscheidung für die 25%-Quartile getroffen (25% - 50% - 25% der Einrichtungen).

Es wurde auch davon Abstand genommen, statische Schwellenwerte für die zulässige Abweichung vom Durchschnitt festzulegen. Je nach Verteilung kann es dann passieren, dass die Gruppe der „durchschnittlichen“ Einrichtungen am schwächsten besetzt ist oder, bei hohen Durchschnittswerten wie 80% oder 90%, die Zahl der „überdurchschnittlichen“ Einrichtungen gering bleibt, weil die Skala bei 100% endet. Auch hier hängt vieles von der tatsächlichen Verteilung der Ergebnisse ab.

Vor diesem Hintergrund weist die vorgeschlagene Bewertungsregel einige Vorzüge auf. Sie sollte im Falle eines flächendeckenden Einsatzes des Indikatoren systems auf der dann vorliegenden breiten Datenbasis noch einmal überprüft werden.

5.1.1 Erhalt oder Verbesserung der Mobilität


Die beiden darauf bezogenen Indikatoren bilden Veränderungen der Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers ab. Nicht eingeschlossen ist die Mobilität außerhalb des individuellen Wohnbereichs (äußerhäusliche Umgebung, Nutzung von Transportmitteln, sich zurechtfinden in fremder Umgebung etc.).
Formale Definition


Aufgrund des starken Einflusses demenzieller Erkrankungen auf die Mobilität eines Bewohners werden zur Beurteilung zwei Indikatoren verwendet:
1. Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
2. Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen


In die Berechnung der beiden Indikatoren nicht einbezogen werden zwei Bewohnergruppen:
1. Komatóse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung (z. B. ein Krankheitsschub bei Multipler Sklerose) verstanden, die einen erheblichen und andauernden Einfluss auf die Selbständigkeits eines Bewohners haben.\(^{17}\)

Relevanz

Der Erhalt von Mobilität ist von hoher Relevanz für den Bewohner und für das Versorgungsgeschehen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Hier findet sich ein hoher Anteil an Personen, die nicht nur stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, sondern auch ein hohes Risiko einer weiteren Verschlechterung ihrer Mobilität aufweisen (Williams et al. 2005).


Mobilitätseinbußen beeinflussen die Selbständigkeit bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens und ziehen einen allgemein erhöhten Unterstützungsbedarf nach sich. Der Erhalt von Mobilität ist daher ein zentrales Versorgungsziel.

Forschungsergebnisse

Die Veränderung der Mobilität bei Heimbewohner wurde in verschiedenen Studien auf Basis des Resident Assessment Instrument (RAI) untersucht. Sie belegen, dass ein Erhalt des Mobilitäten bei einem großen Teil der Heimbewohner möglich ist, eine Verbesserung der Fähigkeiten jedoch nur bei einem kleinen Anteil gelingt, während sich ein weiterer Teil der Bewohner verschlechtert. Jedoch ist aufgrund unterschiedlicher Zeiträume und Messgrößen der verschiedenen Untersuchungen nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben. Eine Studie von Richardson et al. (2001) zeigte auf, dass sich 10% der einbezogenen Bewohner
innerhalb von 12 Monaten in ihrer Mobilität verbesserten (Mobilität im Bett, Transfer und Fortbewegung), während sich bei knapp 60% die Fähigkeiten nicht veränderten haben. Eine Verschlechterung der Mobilität gab es bei etwa 30% der Bewohner.

In einer Studie von Carpenter et al. lagen die Veränderungen in der Mobilität in der Gruppe der Bewohner mit mittleren kognitiven Beeinträchtigungen ähnlich hoch wie in der Gruppe der Bewohner mit starken kognitiven Beeinträchtigungen. In einem Zeitabstand von sechs Monaten blieb der Anteil der Bewohner mit Verbesserungen mit etwa 11% stabil, während sich jeweils 26 bis 27% in der Bettmobilität, beim Transfer und bei der Fortbewegung verschlechterten (Carpenter et al. 2006).


vierung bei Pflegeheimbewohnern über einen Zeitraum von sechs Monaten eingesetzt. In
der Interventionsgruppe konnte ein signifikanter Effekt auf Kraft und Beweglichkeit der Be-
wohner im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielt werden. Außerdem nahm die Sturzhäufigkeit
in der Interventionsgruppe signifikant ab. In der Interventionsgruppe konnte außerdem der
Grad der Selbständigkeit in der Mobilität über den Interventionszeitraum von zwölf Monaten
stabil gehalten werden, während in der Kontrollgruppe eine Verschlechterung zu verzeichnen
war (Oswald et al. 2006)

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Mobilität wird als Kriterium zur Messung und Bewertung von Ergebnisqualität vor allem in der
stationären Langzeitversorgung herangezogen. Im amerikanischen Berichtssystem „Nursing
Home Compare“, das Informationen zu und Ergebnisse von Qualitätsprüfungen von Pflege-
heimen vergleichend im Internet für Nutzer bereitstellt, wird Mobilität ebenfalls als Qualitäts-
indikator verwendet. Insbesondere wird der Anteil der Bewohner betrachtet, bei denen sich
die Fähigkeit, sich innerhalb und außerhalb des Zimmers zu bewegen, innerhalb der vergan-
gen drei Monate verschlechtert hat. Ein weiterer Indikator drückt den Anteil der Bewohner
aus, die die meiste Zeit im Bett oder Stuhl in ihrem Zimmer verbringen (U.S. Dept. of Health
& Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).

**Messverfahren**

Die Erfassung der Selbständigkeit eines Bewohners im Bereich der Mobilität erfolgt mit Hilfe
des Moduls „Mobilität“ aus dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA).

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Mobilität</th>
<th>0 = selbständig</th>
<th>1 = überwiegend selbständig</th>
<th>2 = überwiegend unselbständig</th>
<th>3 = unselbständig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1 Positionswechsel im Bett</td>
<td>□0 □1 □2 □3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 Stabile Sitzposition halten</td>
<td>□0 □1 □2 □3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen</td>
<td>□0 □1 □2 □3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches</td>
<td>□0 □1 □2 □3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.5 Treppensteigen</td>
<td>□0 □1 □2 □3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das Modul erfasst zentrale Aspekte der innerhäuslichen Mobilität: Positionswechsel im Bett,
Stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegen inner-
halb des Wohnbereiches und Treppensteigen. Zur Darstellung des Einschätzungsergebnis-
ses wird ein Score durch Summierung der Punktwerte der einzelnen Items gebildet. Dieser
Score wird schließlich einer fünfstufigen Bewertungsskala zugeordnet, die folgende Abstu-
fungen vornimmt (vgl. Wingenfeld et al. 2008):
• Selbständig
• Geringe Beeinträchtigung
• Erhebliche Beeinträchtigung
• Schwere Beeinträchtigung
• Völliger/weitgehender Selbständigkeitseinschrankung.


Das Modul Mobilität im Neuen Begutachtungsassessment weist eine adäquate Differenziertheit auf und ermöglicht so eine Darstellung des Grades der Selbständigkeit in der Mobilität. Wie die inzwischen vorliegenden Erfahrungen mit dem NBA zeigen, liegt ein wichtiger Vorzug gegenüber anderen Instrumenten in der Praktikabilität. Ausschlaggebend ist allerdings, dass das gewählte Instrument eine ausreichende Abstufung der Beeinträchtigung liefert.

Erprobungsergebnisse

In der **Gruppe der Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufwiesen**, lag der Anteil der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung des Mobilitätsgrades bei 66,3%. Der Anteil streute zwischen den Einrichtungen sehr breit von 0% bis 100%. Die Extremwerte von 0% und 100% sind in vier Einrichtungen aufgetreten, in denen einzelne Wohnbereiche und hier jeweils nur 3-6 Personen erfasst wurden. Bei dieser Stichprobengröße haben Einzelfälle einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis einer Einrichtung. Werden nur Einrichtungen zugrunde gelegt, bei denen mindestens zehn Bewohner in die Berechnung einbezogen wurden, wird die Varianz mit einer Spannbreite von 36,4% bis 93,3% deutlich schmaler, die genannten Extremwerte treten nicht mehr auf.

In der **Gruppe der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen** lag der Anteil der Bewohner, bei denen die Mobilität erhalten oder verbessert werden konnte, erwartungsgemäß niedriger. Er belief sich im Gesamtdurchschnitt auf 39,8%. Auch hier gibt es eine recht breite Varianz der Ergebnisse (Minimum 15,6%, Maximum 80,0%).

Die Mittelwerte unterscheiden sich zwischen den Einrichtungen mit Voll- und Teilerhebung bei beiden Indikatoren nur geringfügig.

In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse für die zehn Einrichtungen mit Vollberhebung dargestellt. Bei beiden Indikatoren gibt es eine breite Streuung der Ergebnisse. Es gibt Einrichtungen, die bei beiden Indikatoren recht hohe Anteile erzielen, daneben aber auch Einrichtungen, wie z. B. die Einrichtung Nummer 2, die in der Gruppe der Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Einbußen einen hohen Anteil erreichen, bei denen aber der Anteil in der Gruppe der Bewohner mit erheblichen oder schwersten Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten deutlich abfällt.

Abb. 2: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Mobilität in Prozent - in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner -
Die Erprobungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die Veränderungen der Mobilität in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner abzubilden. Die Anteile der Bewohner mit Erhalt und Verbesserung der Mobilität liegen in der Gruppe der Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen deutlich unter denen der Gruppe der anderen Bewohner. Durch die getrennte Darstellung ist eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben.

Um den Zusammenhang zwischen dem kognitiven Status und der Mobilität der Bewohner zu überprüfen, wurde die Korrelation dieser beiden Merkmale ermittelt\(^\text{18}\). Zu allen drei Messzeitpunkten besteht eine relativ hohe, signifikante Korrelation zwischen den beiden Merkmalen (r=0.6).


In die Berechnung des Indikators werden Bewohner mit einem gravierenden Krankheitser eignis nicht einbezogen, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen zu gewährleisten. 64 Bewohner erlitten zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt ein gravierendes Krankheitser eignis. Von diesen Bewohnern verschlechterten sich 75% (48 Bewohner) in ihrer Mobilität. Die 64 Fälle verteilen sich über etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen (25 Einrichtungen).

In der Erprobungsphase zeigte sich, dass als akute Krankheitser eignisse vor allem Frakturen (32 Fälle), Apoplex (6 Fälle) sowie Operationen an den Gliedmaßen wie Amputationen (4 Fälle) auftraten. Weitere Ausschlussgründe waren vor allem auf Krebserkrankungen zurückzuführen (7 Fälle). Vereinzelt genannt wurden rheumatische Schübe und Erkrankungen wie z. B. Arthrose. Wie die folgende Verteilung der Häufigkeit, mit der gravierende Krankheitser eignisse unter den Bewohnern auftraten, zeigt, gibt es vereinzelte Häufungen derartiger Er eignisse:

- In 8 Einrichtungen gab es einen Bewohner mit einem gravierenden Krankheitser eignis.
- In jeweils 5 Einrichtungen 2, 3 oder 4 Bewohner.
- In jeweils einer Einrichtung 5 oder 6 Bewohner.

\(^{18}\) Der Korrelationskoeffizient kann dabei Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Je näher der Wert bei 1 liegt, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen.


Insgesamt kann aus diesen Ergebnissen gefolgt werden, dass mit der gewählten Methode Veränderungen der Mobilität hinreichend verlässlich abgebildet werden können. Intensivere Schulungsmaßnahmen im Umgang mit dem Instrumentarium wären allerdings wünschenswert.

---

19 Im Rahmen einer anderen Studie des Bielefelder Instituts für Pflegewissenschaft wurde für die Urteilerübereinstimmung ein Kappawert von 0.77 ermittelt.
21 Die negative Korrelation bedeutet, dass ein niedriger Wert im Modul „Mobilität“ (höhere Selbständigkeit) mit hohen Punkten im Barthel-Index (ebenfalls höhere Selbständigkeit) einher geht.
Bewertungssystematik

Um die Anteilswerte einordnen und Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen darstellen zu können, wird ein dreistufiges Bewertungsschema verwendet. Dieses Bewertungsschema orientiert sich, wie weiter oben dargestellt, an der jeweils aktuellen Verteilung der Ergebnisse des Indikators. Es teilt die Ergebnisse in überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse auf:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (&gt;80,0%) an Bewohnern mit Erhalt/Verbesserung der Mobilität wird als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (&gt;53,8%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Mobilität wird als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 50,1%-80,0%) werden als durchschnittlich angesehen.</td>
<td>Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 26,2%-53,8%) werden als durchschnittlich angesehen.</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (&lt;50,1%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (&lt;26,2%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zusammenhänge mit anderen Indikatoren

Für die beiden Indikatoren zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität können Zusammenhang mit anderen Indikatoren nachgewiesen werden. Diese Berechnungen wurden nur für Einrichtungen durchgeführt, bei denen mindestens zehn Bewohner in die Indikatorenberechnung einbezogen werden konnten, um den Einfluss von Einzelfällen zu minimieren. Der Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, korreliert in einem mittleren Maß signifikant mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen (r=0.46) und dem Indikator Erhalt und Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen (r=0.48).

Der Indikator Erhalt und Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen weist – neben dem bereits erwähnten Zusammenhang mit dem ersten Indikator aus dem Bereich der Mobilität – eine hohe signifikante Korrelation (r=0.76) mit dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen auf. Außerdem besteht ein enger Zusammenhang zu dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (r=0.56).
Fazit

Der Indikator spiegelt wider, wie gut sich eine Einrichtung um die Förderung der Selbständigkei
t ihrer Bewohner im Bereich der Mobilität bemüht. Für 66,3% der Bewohner mit keinen oder nur
geringen kognitiven Einbußen wurde ein Erhalt oder eine Verbesserung der Mobilität erreicht. In
der Gruppe der Bewohner mit einem erheblichen bis völligen Verlust der kogniti
nen Fähigkeiten liegt der Anteil im Durchschnitt bei 39,8%.\[22\]

Der Indikator liefert wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung. Die Mobilitätsentwicklung der Bewohner im Zeitverlauf liefert Hinweise auf mögli
che Verbesserungspotentiale und kann die Qualitätsentwicklung weiter anstoßen. Auch ein Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung noch vorhandener Ressourcen kann auf
diese Weise deutlich werden.

Im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung lassen sich Aussagen dazu machen, wie erfolg
gerreich sich eine Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen um den Erhalt der Mobilität ihrer Bewohner bemüht. Die Streuung der Ergebnisse ist groß genug, um Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen zu ermöglichen.

Die für den Indikator notwendige Einschätzung der Mobilität aller Bewohner und die Doku
mentation des Einschätzungsergebnisses kann ohne größeren Aufwand in den Regelbetrieb
der Einrichtungen integriert werden. Dies bestätigten auch die Einschätzungen der Experten
und die Diskussionen mit den Einrichtungen in den Regionalgruppen. Die Frage, wie sich die
Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei einem Bewohner in den letzten sechs Monaten entwickelt hat, lässt sich bei externen Qualitätsprüfungen stichprobenartig nachvollziehen.

5.1.2 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen

Die beiden Indikatoren zu „Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtun
gen“ beziehen sich auf die Bereiche Körperpflege (u. a. sich waschen, duschen/bad
, kämmen, Zahnpflege), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Untersch
und auskleiden), Ernährung (u. a. Essen, Trinken, Getränk eingießen) sowie Ausscheide
(u. a. Toilette/Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen). Der Indika
tor nimmt Bezug auf das Versorgungsziel, die Selbständigkeit der Bewohner so weit wir
möglich zu erhalten.

\[22\] Die Ergebnisse lassen sich nur schwer mit anderen Untersuchungen vergleichen, da der Indikator
nicht exakt in dieser Form in anderen Systemen zur Anwendung kommt. Zahlen zu Indikatoren aus
dem Bereich der Mobilität finden sich im amerikanischen Nursing Home Compare. Hier liegt der Anteil
der Bewohner, deren Fähigkeit, sich innerhalb und außerhalb ihres Zimmers zu bewegen, in den ver
gangenen drei Monaten verschlechtert hat, im Durchschnitt bei 11,3%. Die Spannweite der Ergebnisse
der einzelnen Einrichtungen beträgt 0%-74%. Der Anteil der Bewohner, die die meiste Zeit im Bett
oder Stuhl in ihrem Zimmer verbringen, beläuft sich im Gesamtdurchschnitt auf 4% und variiert zwi
schen 0% und 100% (Medicare 2010a).
Formale Definition


Der kognitive Status eines Bewohners nimmt einen starken Einfluss auf die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Daher werden zwei Indikatoren unterschieden:
1. Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Beeinträchtigungen aufweisen
2. Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.


Folgende Bewohnergruppen werden aus der Berechnung ausgeschlossen:
1. Komatöse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.

Relevanz


Forschungsergebnisse


Studienergebnisse belegen, dass ein Erhalt oder eine Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit nur bei einem Teil der Bewohner möglich ist. In einer Studie von Richardson et al. aus dem Jahr 2001 wurden Daten zur körperlichen Funktionsfähigkeit von 138 Heimbewohnern ausgewertet, die mithilfe des Minimum Data Sets (MDS) vierteljährlich über einen Zeitraum von zwölf Monaten erhoben wurden. Unter anderem wurde erfasst, wie selbständig die Bewohner Alltagsverrichtungen ausüben können. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich ca. 10% der Bewohner in der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen verbessert haben. Etwa 60% der Bewohner blieben unverändert, eine Verschlechterung der Fähigkeiten trat bei 30% auf (Richardson et al. 2001).


Obwohl an verschiedenen Stellen auf mögliche Einflussfaktoren hingewiesen wird, ist die Forschungslage hinsichtlich einer Methode zur Gruppenbildung mit dem Ziel einer besseren Vergleichbarkeit nicht eindeutig. In verschiedenen Studien wurde speziell der Einfluss kognitiver Einschränkungen auf die Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Alltagsverrichtungen untersucht, so etwa im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen (MuG IV)“. Mithilfe des Barthel-Index und einiger weiterer Fragen wurden die Alltagsseinschränkungen der Bewohner in 60 Einrichtungen erhoben. Demenzkranke waren im Vergleich zu den übrigen Bewohnern fast doppelt so häufig stark in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Vollständig auf Hilfe und Unterstützung bei den Alltagsverrichtungen angewiesen war sogar etwa ein Viertel der Demenzkranken (Schäufele et al. 2007).


Eine Konsequenz dieses Zusammenhangs besteht darin, dass bei demenziell Erkrankten die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen rascher verloren geht als bei anderen alten Menschen, die nicht von fortschreitendem Verlust kognitiver Fähigkeiten betroffen sind.
Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Messverfahren


| 6.1 | Vorderer Oberkörper waschen |
| 6.2 | Kämmen, Zahnpflege-Prothesenreinigung, Rasieren |
| 6.3 | Intimbereich waschen |
| 6.4 | Duschen oder Baden |
| 6.5 | Oberkörper an- und auskleiden |
| 6.6 | Unterkörper an- und auskleiden |
| 6.7 | Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingeschenken |
| 6.8 | Essen |
| 6.9 | Trinken |
| 6.10 | Toilette/Toilettenstuhl benutzen |
| 6.11 | Folgen einer Harninkontenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma) |
| 6.12 | Folgen einer Stuhlinkontenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma) |

Neben diesen Merkmalen der Selbständigkeit müssen einige weitere Informationen erfasst werden, u. a. zum Themenkreis Sondenernährung und Inkontinenz.


Als Alternative zum vorgestellten Instrumentarium wäre es prinzipiell denkbar, andere Messinventare einzuusetzen. Es gibt eine Vielzahl von Instrumenten, die die Selbstversorgungsfähigkeiten bzw. einen Ausschnitt davon erfassen, aber häufig mit methodischen Schwierigkeiten behaftet sind. So wird bspw. der Barthel-Index vielfach zur Bestimmung des Hilfe- und Pflegebedarfs eingesetzt, ist jedoch aufgrund seiner relativen groben Erfassung weniger geeignet. Ein anderes Beispiel ist das schon erwähnte FIM (Functional Independence Measure).


**Erprobungsergebnisse**

Der Anteil der Bewohner mit einem Erhalt oder einer Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagverrichtungen beziffert sich in der Gruppe der *Bewohner mit keinen oder nur geringen kognitiven Einbußen* auf 79,9%. Die Ergebnisse streuen in den Einrichtungen recht
breit (Minimum 37,5%, Maximum 100,0%). Der Maximalwert von 100% wurde in 10 Einrichtungen erreicht, bei denen jedoch auch nur jeweils zwei bis dreizehn Bewohner in die Berechnung einbezogen werden konnten.

In der Gruppe der **Bewohner mit erheblichen oder schweren kognitiven Einbußen** liegt der Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen erhalten oder verbessert werden konnte, im Gesamtdurchschnitt bei 55,0%. Auch hier variiert der Anteil in den Einrichtungen sehr stark von 15,8% bis 87,5%.

Bezogen auf den Durchschnittswert unterscheiden sich Einrichtungen mit Vollerhebung und Einrichtungen mit Teilerhebung bei beiden Indikatoren nur gering.

Im Folgenden werden nur Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung betrachtet. Die Ergebnisse aus Einrichtungen mit Teilerhebungen beruhen auf wesentlich kleineren Stichproben. Diese Stichproben können im Einzelfall erhebliche Abweichungen von der Bewohnerstruktur der jeweiligen Einrichtung aufweisen. Dadurch entsteht erwartungsgemäß eine größere Bandbreite der Ergebnisse, die aber nicht als Qualitätsunterschied zwischen Einrichtungen (allenfalls zwischen Wohnbereichen) interpretiert werden kann.

Wie schon bei den Indikatoren zum Erhalt bzw. zur Förderung der Mobilität erwies sich der Zeitabstand von sechs Monaten, der bei der Verlaufsbetrachtung zugrunde gelegt wird, auch in diesem Fall als praktikabel und aussagekräftig. In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung dargestellt.

**Abb. 3: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Selbständigkeit in Prozent - in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner**

![Diagramm](image)

Es zeigt sich bei beiden Indikatoren eine ausreichende Streuung der Ergebnisse. Außerdem liegen die Anteile in der Gruppe der Bewohner mit erheblichem bis völligem Verlust der kog-
nitiven Fähigkeiten deutlich niedriger als in der Gruppe der Bewohner mit keinen/geringen kognitiven Einbußen. Es gibt Einrichtungen, die bei beiden Indikatoren einen hohen Anteil mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit erreichen, wie auch Einrichtungen, die in der Gruppe der Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Einbußen in ihren Ergebnissen einen recht niedrigen Anteil erreichen.

Wie weiter oben beschrieben, wird der kognitive Status eines Bewohners als ein möglicher Einflussfaktor auf die Selbständigkeit eines Bewohners bei der Ausführung von Alltagsverrichtungen angesehen. Um Vergleichbarkeit herzustellen und Einrichtungen, die eine hohe Anzahl an Bewohnern mit starken kognitiven Einbußen vorweisen, nicht zu benachteiligen, ist eine getrennte Betrachtung nach kognitivem Status ratsam. Diese Schlussfolgerung bestätigen auch die Ergebnisse einer Korrelation der Merkmale Kognitiver Status und Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Zu allen drei Erhebungszeitpunkten korrelieren diese beiden Merkmale mit einem Korrelationskoeffizienten von \( r=0.8 \) stark.


Auch im Falle des Indikators „Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit“ wurde der Barthel-Index zur Überprüfung der methodischen Güte des angewendeten Instruments herangezogen. Es wurde ebenfalls auf Daten vom zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt (\( n=193 \)) zurückgegriffen, um Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der beiden Einschätzungsinstrumente herzustellen. Zu beiden Erhebungszeitpunkten gab es eine starke Korrelation des Gesamtpunktwertes im Modul „Selbstversorgung“ sowohl mit dem Gesamtpunktwert des Barthel-Index als auch mit dem Gesamtpunktwert der auf die Alltagsverrichtungen bezogenen Items aus dem Barthel-Index. Der Korrelationskoeffizient nimmt hierbei Werte zwischen \( r=-0.87 \) und \( r=-0.90 \) an.

Tab. 13: Vergleich der Einschätzungsergebnisse des Neuen Begutachtungsassessments und des Barthel-Index (N=193)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einschätzung der Selbstversorgung mit dem NBA</th>
<th>Verschlechterung</th>
<th>Erhalt</th>
<th>Verbesserung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verschlechterung</td>
<td>8</td>
<td>15</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhalt</td>
<td>25</td>
<td>107</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbesserung</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es zeigt sich eine relativ hohe Übereinstimmung, insbesondere bei den Bewohnern, deren Grad der Selbständigkeit erhalten werden konnte. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die dargestellten Zusammenhänge bzw. Unterschiede nicht signifikant sind (P=0.35) und somit nur als Tendenz gewertet werden können. Berücksichtigt werden sollte außerdem, dass mit dem Barthel-Index ein deutlich höherer Anteil der Personen in die höchste und zweithöchste Klasse der Beeinträchtigung (vor allem in die Stufe des völligen Selbständigkeitsverlustes) eingeordnet wird als mit dem Neuen Begutachtungsassessment. Unter Berücksichtigung dieser Unterschiede ist die in der Tabelle zum Ausdruck kommende Übereinstimmung (ungeachtet der fehlenden Signifikanz) erstaunlich hoch.

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse und der Unterschiede zwischen den Einrichtungen wird, wie eingangs beschrieben, ein dreistufiges Bewertungsschema verwendet, das sich jeweils an der aktuellen Verteilung der Ergebnisse des Indikators orientiert.
Zusammenhänge mit anderen Indikatoren

Für den Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit anderen Indikatoren festgestellt werden.

Der Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen dagegen korreliert in einem recht hohen Maße mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen ($r=0.76$) und mit dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ($r=0.71$). Des Weiteren gibt es einen mittleren Zusammenhang mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen ($r=0.48$).

Fazit

Ein hoher Anteil an Bewohnern mit einem Erhalt oder einer Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen lässt darauf schließen, dass sich eine Einrichtung erfolgreich um die Förderung der Selbständigkeit ihrer Bewohner bemüht. Die Erprobungsergebnisse zeigen, dass ein Erhalt oder eine Verbesserung bei einem großen Teil der Bewohner gelingt. Bei fast 80% der Bewohner, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen, hat sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen nicht verschlechtert. In der Gruppe der Bewohner mit erheblichen bis schweren kognitiven Einbußen konnte bei etwa der Hälfte der Bewohner die Selbständigkeit erhalten oder verbessert werden.

Vergleiche dieser Zahlen lassen sich lediglich mit den Ergebnissen des amerikanischen Indikatorenystems „Nursing Home Compare“ anstellen. Der Anteil der Bewohner, deren Unterstützungsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens in den vergangenen drei Monaten gestiegen ist, beläuft sich im nationalen Durchschnitt auf 14%. Dabei werden große Unterschiede zwischen den Einrichtungen deutlich, der Anteil variiert zwischen 0% und 83% (Medicare 2010a).

5.1.3 Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte


Formale Definition

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte innerhalb von sechs Monaten erhalten oder sogar verbessert werden konnte. Bei Bewohnern, die bereits den höchsten Grad der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit erreicht haben und sich somit nicht mehr verschlechtern können, wird nur eine Verbesserung positiv gewertet.

Als Grundlage für die Abbildung der Selbständigkeit in diesem Bereich dient das Modul „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ aus dem „Neuen Begutachtungsassessment“. Der Grad der Selbständigkeit in diesem Bereich wird anhand des Moduls mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.


Aus der Berechnung werden zusätzlich folgende Bewohnergruppen ausgeschlossen:
1. Komatóse/somnolente Bewohner
2. Bewohner, die während des Erfassungszeitraumes ein gravierendes Krankheitsereignis erlebt haben. Unter einem gravierenden Krankheitsereignis wird ein akutes Ereignis (Fraktur, Apoplex, Herzinfarkt oder eine Operation an den Gliedmaßen) oder eine akute Verschlechterung einer Gesundheitsstörung verstanden, die einen erheblichen Einfluss auf die Selbständigkeit eines Bewohners haben.
**Relevanz**


**Stand der Forschung**


sozialer Kontakte innerhalb der Einrichtung kann eine Maßnahme darstellen. Darunter fällt auch das Ermöglichen von Besuchen bei anderen Bewohnern. Schließlich kann die Pflege sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung gefördert werden (Korte-Pöppers et al. 2007).

Die vorangegangenen Ausführungen unterstreichen die Wichtigkeit, individuelle Ressourcen zu fördern, um Selbständigkeit der Bewohner bei der Gestaltung des Lebensalltags im Rahmen der individuellen Möglichkeiten des Bewohners zu ermöglichen. Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte kann durch eine Einrichtung gezielt beeinflusst und gefördert werden. Da die hierzu erforderlichen Maßnahmen jedoch meist auf die Förderung bestimmter funktioneller Fähigkeiten gerichtet sind oder den Charakter einer ressourcenfördernden Beratung haben, lässt sich dies nur indirekt aus Studien zu den betreffenden Teilaspekten ableiten.

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Der Indikator wird in anderen Systemen oder Ländern in dieser Form nicht zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt. Die Gestaltung des Alltagslebens und die sozialen Kontakte eines Bewohners werden aber häufig in Bewohnerbefragungen zur Erfassung des Wohlbefindens und der Lebensqualität thematisiert. Beispielsweise werden die Bereiche Autonomie und soziale Kontakte im dem niederländischen Projekt „Quality Framework Responsible Care“ in einer Bewohnerbefragung aufgegriffen (Steering Committee Responsible Care 2008).

**Messverfahren**


<table>
<thead>
<tr>
<th>4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte</th>
<th>0 = selbständig</th>
<th>1 = überwiegend selbständig</th>
<th>2 = überwiegend unselbständig</th>
<th>3 = unselbständig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2 Ruhen und Schlafen</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3 Sich beschäftigen</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
<tr>
<td>4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes</td>
<td>☐ 0</td>
<td>☐ 1</td>
<td>☐ 2</td>
<td>☐ 3</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Erprobungsergebnisse**

Im Durchschnitt aller Einrichtungen konnte für 65,6% der Bewohner in den zurückliegenden sechs Monaten die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte erhalten oder verbessert werden. Der Anteil streut breit in den Einrichtungen mit einer Spanne von 35,3% bis 100%. Ein Anteil von 100% wurde nur in einer Einrichtung erreicht, in der nur ein Wohnbereich erfasst wurde. Dieser Wert kann sicherlich nicht als realistischer Zielwert bei einer Erhebung der gesamten Bewohnerschaft angesehen werden.

Der Zeitabstand von sechs Monaten zur Verlaufs betrachtung erwies sich als praktikabel und aussagekräftig (vgl. dazu die Erläuterungen bei den Indikatoren zum Erhalt bzw. zur Förderung der Mobilität).
Aufgrund der bereits zuvor angedeuteten begrenzten Aussagekraft der Ergebnisse der Einrichtungen mit Teilerhebung werden im Folgenden nur die Einrichtungen mit Vollerhebung herangezogen. Der mittlere Anteil der Bewohner mit Erhalt oder Verbesserung der Selbständigkeit liegt in diesen Einrichtungen bei 63,0%. Wie die folgende Darstellung zeigt, gibt es auch hier eine relativ breite Streuung der Ergebnisse (Minimum 39,3%, Maximum 80,0%).

Abb. 4: Anteil der Bewohner mit Erhalt/Verbesserung der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte in Prozent (N=381)

Während in der Einrichtung 2 für einen sehr hohen Anteil der Bewohner ein Erhalt oder eine Verbesserung der Selbständigkeit erreicht werden konnte, liegt der Anteil in der Einrichtung mit der Nummer 21 doch deutlich darunter.


den. Im Ergebnis zeigte sich eine schlechte Übereinstimmung der Rater. An dieser Stelle zeigte sich, dass es für die Einschätzung der Selbständigkeit unbedingt notwendig ist, dass der Rater einen Bewohner sehr gut kennt, was in einer der beiden Einrichtungen offenkundig nicht der Fall war. Andere Untersuchungen mit dem Neuen Begutachtungsassessment konnten in dem Modul eine deutlich höhere Urteilerübereinstimmung erzielen.

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse des Indikators wird eine dreistufige Bewertungssystematik angewendet, die in der folgenden Übersicht beschrieben ist.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (&gt;75,0%) an Bewohnern mit Erhalt bzw. Verbesserung der Selbständigkeit wird als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (Anteile von 50,1%-75,0%) gelten als durchschnittlich.</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (&lt;50,1%) wird als unterdurchschnittlich eingestuft.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Zusammenhänge mit anderen Indikatoren**

Es gibt eine recht hohe Korrelation zwischen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und dem Indikator Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen (r=0,71). Außerdem kann ein signifikanter Zusammenhang mit dem Indikator Erhalt oder Verbesserung der Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen festgestellt werden (r=0,56).

**Fazit**

können. Dieser streut mit einer Spanne der Ergebnisse von 35,3% bis 100% recht breit zwischen den projektbeteiligten Einrichtungen.


Wenn eine Einrichtung regelmäßig Einschätzungen zum Grad der Selbständigkeit ihrer Bewohner durchführt und dokumentiert, kann auch im Rahmen von externen Prüfungen stichprobenartig nachvollzogen werden, wie sich die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität bei Bewohnern in den letzten sechs Monaten entwickelt hat.

Der Indikator kann im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung für einen Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden. Einrichtungen können im Hinblick auf die Frage, wie erfolgreich sich eine Einrichtung um den Erhalt der Selbständigkeit ihrer Bewohner bemüht, miteinander verglichen werden.

5.1.4 Empfehlung für eine Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1

Die mit dem Projekt entwickelten Indikatoren beziehen sich auf sehr unterschiedliche Sachverhalte. Während der Qualitätsbereich 1 auf die Selbständigkeit der Bewohner abstellt, geht es im Bereich 2 um gravierende gesundheitliche Schädigungen. Im Bereich 4 wiederum stehen hauswirtschaftliche Aspekte im Vordergrund. Es ist daher nicht ersichtlich, wie auf dieser Grundlage eine Gesamtbewertung der Ergebnisqualität einer Einrichtung (z. B. in Form eines einzigen Kennwertes, einer Benotung o. ä.) ermittelt werden könnte.


Alle diese Indikatoren bilden Aspekte der Förderung von Selbständigkeit ab. Insofern ist eine wichtige inhaltliche Voraussetzung für die Zusammenführung in eine Gesamtbewertung erfüllt. Andererseits ist der jeweilige Sachverhalt, der mit den Indikatoren angesprochen wird, nicht identisch, und auch die Bewohnergruppen, die jeweils berücksichtigt werden, unterscheiden sich in zentralen Merkmalen. So ist es denkbar, dass eine Einrichtung zwar bei der Förderung von Bewohnern, die nicht oder nur gering kognitiv beeinträchtigt sind, bessere

Schwierigkeiten entstehen allerdings, wenn eine Berechnungsregel gefunden werden soll und sich damit die Frage stellt, ob alle fünf Indikatoren gleichwertig sind und damit „verrechnet“ werden können oder ob Gewichtungen vorgenommen werden müssen. Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten, weil es hierzu keine Maßstäbe gibt. Will man daher Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zusammenführen, muss man mit Setzungen arbeiten, die eine Werteentscheidung beinhalten. Die wichtigste Setzung lautet in diesem Fall, dass alle fünf Indikatoren in etwa gleichwertig sind und damit in gleicher Weise in die Ermittlung eines Gesamtergebnisses einfließen können.

Unter dieser Annahme kann man verschiedene Berechnungsregeln anwenden, um die Teilergebnisse zusammenzuführen. Dabei ist es angebracht, Regeln zu finden, die eine möglichst konkrete Bewertung erlauben. Das amerikanische System für den Pflegeheimvergleich arbeitet auf der Ebene der zusammenfassenden Beurteilung mit relativen Bewertungen, genauer gesagt mit einem fünfstufigen System. Die Qualität einer Einrichtung kann damit folgendermaßen bewertet werden:

- Weit überdurchschnittlich
- Überdurchschnittlich
- Durchschnitt
- Unterdurchschnittlich
- Weit unterdurchschnittlich.

Diese Art der Bewertung entspricht dem Charakter der einzelnen Indikatorenbewertungen im vorliegenden Projekt. Es wird auf den Abstand des Ergebnisses zum Durchschnitt der Einrichtungen Bezug genommen. Allerdings stellt die fünfstufige Gliederung eine relativ feine Unterteilung dar. Für den Aufbau eines Systems der Qualitätsbeurteilung wird für die gesundheitsbezogenen Indikatoren eine vierstufige Bewertung vorgeschlagen:

- Herausragend
- Überdurchschnittlich
- Durchschnittlich
- Unterdurchschnittlich.

Diese Stufenunterscheidung ist keine zwingende Lösung, hat aber verschiedene Vorteile. Eine dreistufige Lösung wäre zu grob, sie gibt den Einrichtungen nur eine geringe Chance, sich vom Durchschnitt positiv abzuheben. Mit der Kategorie „herausragend“ ist ein stärkerer Anreiz für die Qualitätsentwicklung gegeben. Im Hinblick auf eine fünfstufige Lösung stellt sich die Frage, ob die Bewertung „unterdurchschnittliche Qualität“ nicht ausreicht, um eine informierte Entscheidung bei der Wahl oder Empfehlung einer Einrichtung zu treffen oder Handlungsbedarf bei der Qualitätsentwicklung festzustellen.
In einem nächsten Schritt ist zu definieren, nach welchen Regeln diese Bewertungen vergeben werden sollen. Für die Zusammenführung der Bewertungen wird ein Punktwert ermittelt, der sich aus dem Durchschnitt der Einzelbewertungen für die fünf Indikatoren ergibt, wobei für jedes überdurchschnittliche Ergebnis ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt subtrahiert wird:

- Überdurchschnittliches Ergebnis: +1 Punkt
- Durchschnittliches Ergebnis: 0 Punkte
- Unterdurchschnittliches Ergebnis: -1 Punkt.

Damit bewegt sich der Punktwert in einem Bereich zwischen 5 und -5. Wird dieser Wert durch 5 dividiert, ergibt sich ein Durchschnittswert im Bereich von 1,0 bis -1,0. Zu dessen Einordnung wird unter Berücksichtigung der statistischen Verteilung des Ergebnisses folgendes Schema angewendet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesamtpunktwert</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3 bis 5 Punkte</td>
<td>0,6 bis 1,0</td>
<td>++ herausragend</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Punkte</td>
<td>0,3 bis 0,5</td>
<td>+ überdurchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>-1 bis 1 Punkt</td>
<td>-0,2 bis 0,2</td>
<td>O durchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>-2 bis -5 Punkte</td>
<td>-1,0 bis -0,3</td>
<td>– unterdurchschnittlich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Umrechnung in einen Mittelwert hat den Vorteil, dass eine Berechnung auch dann möglich ist, wenn einer der fünf Indikatoren aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht berechnet werden kann. Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche Verteilung aus diesem Bewertungsschema resultiert.

**Tab. 14: Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 1 (22 Einrichtungen)**
Berücksichtigt wurden hier (zum Zweck der Illustration) nur Einrichtungen, bei denen mindes-
tens 10 Bewohner je Indikator in die Bewertung einbezogen werden konnten, weil bei kleine-
ren Stichproben der Einfluss von Einzelfällen sehr groß sein kann und somit die statistische
Streuung stärker zu Extremwerten tendiert.

Nur zwei Einrichtungen erreichen die Beurteilung „herausragend“, d. h. sie weisen bei min-
destens drei der fünf Indikatoren überdurchschnittliche Ergebnisse auf. Die Tabelle lässt au-
ßerdem erkennen, wie sehr die Bewertung in einem solchen System von der faktischen Ver-
teilung des Ergebnisses abhängt. Schließlich zeigt sie, dass die Gleichzeitigkeit von über-
durchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Ergebnissen sehr selten (nur bei einer Ein-
richtung) vorkommt, was dafür spricht, dass der Summenwert ein verlässliches Maß für die
Gesamtbewertung darstellt.

Ein solches Bewertungssystem kann nicht allein aus methodischen Überlegungen und empri-
rischen Daten abgeleitet werden, sondern bedarf einer Vereinbarung jener Stellen, die für die
Gestaltung der Normen für die Beurteilung von Qualität in der vollstationären pflegerischen
Versorgung Verantwortung tragen. Noch einmal sei betont, dass für ein solches System Set-
zungen erforderlich sind, in die Werteentscheidungen und Ziele (z. B. Anreize für die Quali-
tätsentwicklung) einfließen. Will man beispielsweise auf besondere Anreize zur Qualitätsver-
besserung verzichten, wäre die Bewertung „herausragend“ eher überflüssig. In diesem Fall
würde die schlichte Dreiteilung von Qualitätsstufen ausreichen.
5.2 Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen


Mit den Indikatoren zu den Themen Dekubitusentstehung, Eintritt von Sturzfolgen und Gewichtsverlust werden Gesundheits- und Pflegeprobleme aufgegriffen, denen angesichts ihrer Auswirkungen für die Heimbewohner zentrale Bedeutung zukommt. Zugleich handelt es sich um Probleme, deren Vermeidung als wichtiges Ziel pflegerischen Handelns gilt. Dies drückt sich auch darin aus, dass zu allen drei Themen nationale Expertenstandards vorliegen, die den pflegerischen Beitrag zur Vermeidung bzw. Minimierung der genannten Schädigungen beschreiben. Der Bereich wird durch sechs Indikatoren dargestellt:


Die Bewertung der Ergebnisse für diesen Bereich erfolgt ebenfalls dreistufig und unterscheidet in überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Ergebnisse. Anders als im Bereich 1 wird als zentraler Bewertungsmaßstab jedoch der durchschnittliche Anteil der Bewohner herangezogen, bei denen eine bestimmte Gesundheitsschädigung eingetreten ist (unerwünschtes statt erwünschtes Ergebnis). Hohe Anteile führen in diesem Bereich zu
negativen Beurteilungen. Zusätzlich berücksichtigt die Bewertungssystematik, ob ein negativ bewerteter Anteilswert lediglich durch einen Einzelfall zustande gekommen ist. In diesem Fall wird das Ergebnis einer Einrichtung nicht als unterdurchschnittlich bewertet. Dieser Mechanismus schützt Einrichtungen mit geringen Bewohnerzahlen vor negativen Bewertungen, die nur auf dem Auftreten einzelner Fälle beruhen. Für die Indikatoren dieses Bereiches werden folgende Regeln verwendet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner einer Einrichtung, bei denen eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten ist, liegt maximal bei dem 0,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es ist bei maximal einem Bewohner eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten oder der Anteil dieser Bewohner liegt zwischen dem 0,5fachen und 1,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es ist bei mehr als einem Bewohner eine bestimmte Gesundheitsschädigung aufgetreten und der Anteil dieser Bewohner entspricht oder liegt über dem 1,5fachen des durchschnittlichen Anteilswertes der Gesamtstichprobe.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese Festlegungen orientieren sich an der Verteilung der Ergebnisse, die im Rahmen der praktischen Erprobung gewonnen wurden. Sie sind bei flächendeckendem Einsatz des Indikators auf ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen.

5.2.1 Dekubitusentstehung


**Formale Definition**

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, die in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung ein Dekubitalgeschwür 2. bis 4. Grades entwickelt haben. Bei der Bewertung des Indikators werden zwei Bewohnergruppen unterschieden:
- Bewohner mit niedrigem Dekubitusrisiko. Dies sind Personen, die in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.
- Als Bewohner mit hohem Dekubitusrisiko gelten Personen, die nicht in der Lage sind, einen Positionswechsel im Bett überwiegend oder komplett selbständig durchzuführen.


Die Bestimmung des Dekubitusrisikos anhand der Bradenskala wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt erprobt und erwies sich als weniger trennscharf. Dieser Ansatz wurde deshalb nicht weiter verfolgt (vgl. Erprobungsergebnisse).

Im Zähler des Indikators werden Dekubitalgeschwüre nicht berücksichtigt, die bei Bewohnern entstanden sind, die die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen in Form von Mobilisierung oder Lagerung ablehnen und bei denen dies dokumentiert ist. Es handelt sich dabei um insgesamt 33 Bewohner, von denen vier im Betrachtungszeitraum einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben. Je zwei von ihnen stammen aus der Gruppe mit hohem bzw. niedrigem Dekubitusrisiko. In 19 Fällen handelt es sich um Bewohner mit mindestens erheblichen kognitiven Einschränkungen, so dass nicht klar ist, aus welchen Äußerungen die Einrichtungen die ausdrückliche Ablehnung prophylaktischer Maßnahmen ableiten. Vor einer zukünftigen Nutzung dieses Indikators sollte deshalb sorgfältig abgewogen werden, ob die Ablehnung von Prophylaxemaßnahmen durch kognitiv beeinträchtigte Bewohner überhaupt als Ausschlusskriterium herangezogen werden soll.

Relevanz


Internationale Studien weisen für unterschiedliche Pflegesettings eine große Bandbreite von Dekubitusprävalenzen aus (DNQP 2010b). Im Bereich der stationären Langzeitversorgung wird über eine Größenordnung um 30% der Bewohner berichtet (Capon et al. 2007). Aktuelle Studien, die sich mit der Dekubitushäufigkeit bei Bewohnern deutscher Pflegeheime befassen, weisen allerdings erheblich niedrigere Raten aus. Ihnen zu Folge muss mit einer Dekubitusprävalenz zwischen 7,3% und 4% (Fraunhofer IAO 2005; Lahmann et al. 2010; Reus et al. 2005) gerechnet werden. Eine Untersuchung, bei der nur Dekubitalgeschwüre 2. bis 4. Grades in die Berechnung einbezogen wurden, ermittelte unter Pflegeheimbewohnern eine Prävalenz von 3,8% (Lahmann 2009). Bei Ausschluss der Dekubitalgeschwüre, die nicht in der Pflegeeinrichtung entstanden waren, reduzierte sich dieser Wert auf 1,8%.

Seltener wird die Dekubitusinzidenz, also das Neuauftreten von Dekubitalgeschwüren in einem bestimmten Zeitraum, erfasst. Leffmann et al. (2004) ermittelten für den Zeitraum von 3 Monaten eine Dekubitusinzidenz von 1,4% in Hamburger Pflegeheimen. Andere Untersuchungen, die das Neuauftreten von Dekubitalgeschwüren in Pflegeeinrichtungen untersuchen, liegen für Deutschland derzeit nicht vor.


In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Dekubitus nicht in allen Fällen durch pflegerische Interventionen zu verhindern ist, wenn die gesundheitliche Situation der Betroffenen der Anwendung prophylaktischer Maßnahmen entgegensteht, eine andere Prioritätensetzung erfordert (wie etwa in der terminalen Lebensphase) oder die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen beeinträchtigt (DNQP 2010c; National Pressure Ulcer Advisory Panel 2010) Das individuelle Dekubitusrisiko ist zudem vom Vorliegen bestimmter Funktionseinschränkungen und Erkrankungen abhängig. Dazu gehören in erster Linie Einschränkungen der Mobilität (DNQP 2010b). Auch sensorische Beeinträchtigungen und Erkrankungen, die zu einer erheblichen Störung der Durchblutung führen (z. B. Diabetes Mellitus), erhöhen das Dekubitusrisiko (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2008).
Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Allerdings ist zu beachten, dass aus Prävalenz- bzw. Inzidenzwerten unterschiedliche Schlussfolgerungen gezogen werden müssen:


Unter Berücksichtigung der Anforderung von Pflegesensitivität und bezogen auf die Frage, wie erfolgreich eine Einrichtung das Auftreten neuer Dekubitalulcera verhindert, ist die Dekubitusinzidenz also gegenüber der Prävalenz aussagekräftiger.

Messverfahren


**Erprobungsergebnisse**

Bei insgesamt 64 von 1.623 Bewohnern (3,9%) ist im Verlauf von sechs Monaten vor dem letzten Erhebungszeitpunkt ein Dekubitus 2. bis 4. Grades in der Einrichtung neu entstanden. Der Anteil der Bewohner mit niedrigem Risiko, bei denen dies der Fall war, liegt im Mittel bei 2,1% und schwankt zwischen 0% und 19,2%. In 30 von 45 Einrichtungen sind bei Bewohnern dieser Gruppe im Betrachtungszeitraum keine Dekubitalulcera entstanden. Bei Bewohnern mit hohem Risiko entstehen erwartungsgemäß häufiger Dekubitalgeschwüre. Im Mittel sind 8,9% dieser Bewohner betroffen, ihr Anteil schwankt zwischen den Einrichtung...
gen zwischen 0% und 66,7%. Bei dieser Bewohnergruppe gelang es in 25 von 45 Einrichtungen, die Entstehung von Dekubitalgeschwüren 2. bis 4. Grades gänzlich zu vermeiden.

Das Auftreten von Dekubitalgeschwüren ist ein insgesamt seltenes Ereignis, das im Betrachtungszeitraum nur bei einem kleinen Teil der Bewohner aufgetreten ist. Einzelne Fälle beeinflussen daher in hohem Maß die in den Einrichtungen ermittelten Anteilswerte. Zur Beurteilung der Frage, ob mit dem Indikator Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen darzustellen sind, wurde daher auf die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebungen zurückgegriffen, die weniger stark durch Einzelfälle beeinflusst werden. Einen Überblick über die dort ermittelten Häufigkeiten liefert folgende Tabelle.

Tab. 15: Neu entstandene Dekubitalgeschwüre 2. bis 4. Grades bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen nach Risikogruppen (N=634)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>41</td>
<td>0,0%</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>43</td>
<td>0,0%</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>16,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>1</td>
<td>53</td>
<td>1,9%</td>
<td>0</td>
<td>35</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>26</td>
<td>0,0%</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>9,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>36</td>
<td>2,8%</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>35,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>1</td>
<td>29</td>
<td>3,4%</td>
<td>4</td>
<td>21</td>
<td>19,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>4</td>
<td>60</td>
<td>6,7%</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
<td>2,1%</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>0</td>
<td>41</td>
<td>0,0%</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>3</td>
<td>63</td>
<td>4,8%</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>11</td>
<td>440</td>
<td>2,5%</td>
<td>13</td>
<td>170</td>
<td>7,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aus den erhobenen Daten lassen sich auch Periodenprävalenzen zum Vorliegen von Dekubitalgeschwüren bei Bewohnerinnen und Bewohnern ermitteln:

- In der ersten Hälfte des sechsmonatigen Betrachtungszeitraumes lag bei 55 Personen (3,4%) ein Dekubitus vor, der in der Einrichtung entstanden ist. Bei 16 weiteren Bewohnern (1%) wurde ein Dekubitus dokumentiert, der außerhalb der Pflegeeinrichtung entstanden ist. Insgesamt belief sich der Anteil von Bewohnern mit Dekubitus auf 4,4%. Knapp ein Viertel dieser Dekubitalulcera (22,5%) war 1. Grades.

- Im zweiten Quartal des Erfassungszeitraumes wurde für 70 Bewohner (4,3%) ein Dekubitus dokumentiert, der während der Versorgung durch die Einrichtung entstanden ist. Bei 18 Bewohnern (1,1%) lagen Dekubitalgeschwüre vor, die in einer anderen Versorgungsrichtung entstanden waren. Auch in diesem Zeitraum war rund ein Viertel (23,9%) der erfassten Dekubitalulcera 1. Grades.

25 Diese teilweise sehr hohen Raten resultieren aus teilweise sehr geringen Fallzahlen in Einrichtungen ohne Vollerhebungen. Hinter dem Anteil von 66,7% verbergen sich beispielsweise drei Bewohner, von denen zwei einen Dekubitus entwickelt haben.

Tab. 16: Anteil der Bewohner mit Dekubitus nach Dekubitusausprägung (N=1.623)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anteil der Bewohner mit Dekubitus im 1. Quartal des Erfassungszeitraumes</th>
<th>Anteil der Bewohner mit Dekubitus im 2. Quartal des Erfassungszeitraumes</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dekubitus Grad 1</td>
<td>1,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dekubitus Grad 2</td>
<td>2,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dekubitus Grad 3</td>
<td>1,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dekubitus Grad 4</td>
<td>0,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dekubitus gesamt</td>
<td>4,4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Anteil von Bewohnern mit Dekubitalulcera 2. bis 4. Grades ist mit 3,4% (erstes Quartal) bzw. 4,1% (2. Quartal) zwar höher als der in der Prävalenzerhebung (Lahmann 2009) ermittelte Wert von 2,8%. Allerdings lagen dieser Untersuchung im Gegensatz zu den im Projekt ermittelten Daten Stichtagserhebungen zugrunde, so dass die Werte nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind. Das bei Betrachtung längerer Zeiträume höhere Prävalenzwerte zu verzeichnen sind, war zu erwarten.


In der ursprünglichen Definition zur Bildung der Risikogruppen war vorgesehen, neben der Mobilität der Bewohner deren Ernährungszustand zu berücksichtigen. Personen, die einen Body Mass Index (BMI) unter 18,5 kg/m² aufwiesen, sollten der Hochrisikogruppe zugeordnet werden. Dabei wurde davon ausgegangen, dass bei einem stark erniedrigten BMI ein hohes Risiko von Ernährungsdefiziten besteht und durch die Berücksichtigung dieses Umstandes der Risikofaktor „Mangelernährung“ bei der Gruppenbildung berücksichtigt werden kann. Bei der Analyse der Bewohnerdaten zeigte sich allerdings, dass nur ein geringer Teil der Dekubitalgeschwüre (8%) in dieser Gruppe bei Personen mit niedrigem BMI und nicht beeinträchtigter Mobilität entstand. Aus diesem Grund erfolgte die Risikogruppenbildung bei den abschließenden Auswertungen ausschließlich anhand des Faktors Mobilität. Wie sich zeigte, ermöglicht dieses Kriterium eine gute Unterscheidung zwischen Bewohnern mit hohem und niedrigem Dekubitusrisiko: Der Anteil von Bewohnern mit in der Einrichtung neu entstandenen Dekubitalgeschwüren (Dekubitus Grad 2 bis 4) ist in der Hochrisikogruppe mit 8,9% etwa viermal so hoch wie in der Niedrigrisikogruppe mit 2,1%.

Die Nutzung der Bradenskala bei einem Cut-Off-Wert von 12 Punkten zur Unterscheidung der Risikogruppen, die zum 1. Erhebungszeitpunkt getestet wurde, ist nicht empfehlenswert. Die Dekubitushäufigkeit unterschied sich weniger deutlich (Hochrisikogruppe 3,7%, Niedrig-
risikogruppe 2,7%). Der Cut-Off-Wert müsste erheblich verschoben werden, um die Trennschärfe der Bradenskala zu erhöhen.

Außerdem konnte häufig nicht auf aktuelle Einschätzungen zurückgegriffen werden. Eine Aktualisierung der Bewertung hätte den Erhebungsaufwand für den Indikator deutlich erhöht.

**Bewertungssystematik**

Wie deutlich wurde, können Einzelfälle besonders in kleinen Einrichtungen die ermittelten Anteilswerte erheblich beeinflussen. Das nachfolgend dargestellte Bewertungsschema legt daher den Anteil neu entstandener Dekubitalulcera zugrunde, berücksichtigt jedoch zusätzlich, ob der Anteilswert durch mehr als einen betroffenen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung\(^26\).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit niedrigem Dekubitusrisiko</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,1%)</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>0 durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitus-entstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,1% bis 3,2%).</td>
<td>Maximal ein neuer Dekubitusfall oder Anteil der Bewohner mit Dekubitus-entstehung liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,5% bis 13,4%).</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;3,2%).</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit neuem Dekubitus liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;13,4%).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Legt man dieses Raster für Einrichtungen mit Vollerhebungen an, ergeben sich die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Bewertungen.

\(^{26}\) Wird der Indikator in der Breite der Versorgung eingesetzt, wäre anhand des dann verfügbaren umfangreichen Datenmaterials zu prüfen, ob mit diesen Berechnungsregeln Verzerrungen bei kleinen Einrichtungen tatsächlich ausgeschlossen sind oder ob ggf. verfeinerte Bewertungsregeln erforderlich sind.
Tab. 17: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Dekubitusentstehung
für Einrichtungen mit Vollerhebung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit niedrigem Risiko</th>
<th>Bewohner mit hohem Risiko</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anteil der Bewohner mit Dekubitus</td>
<td>Bewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>1,9%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>2,8%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>3,4%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>6,7%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>2,1%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>4,8%</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wie die Ergebnisse zeigen, lassen sich mit den vorgeschlagenen Bewertungskriterien sowohl für die Gruppe der Bewohner mit hohem als auch der mit niedrigem Dekubitusrisiko Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen verdeutlichen.

**Fazit**

Die beiden Indikatoren sind sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für externe Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar.


Im Rahmen der Qualitätsberichterstattung lassen sich Aussagen darüber gewinnen, wie erfolgreich eine Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen das Auftreten von Dekubitalulcera verhindert. Die Ergebnisse zeigen, dass mit Hilfe einer entsprechenden Bewertungssystematik Qualitätsvergleiche möglich sind.

Die Erfassung der benötigten Daten anhand der Pflegedokumentation ist problemlos möglich. Sie werden bereits heute im Regelbetrieb in der benötigten Form dokumentiert. Dies bestätigten auch die Einschätzungen aus den teilnehmenden Einrichtungen, die im Rahmen der Regionalgruppen erfragt wurden. Die Verlässlichkeit dieser Daten ließe sich bei externen Qualitätsprüfungen stichprobenartig kontrollieren.
5.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen

Dieser Indikator erfasst das Auftreten gravierender Sturzfolgen während des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung. Sturzfolgen, die vor dem Heimeinzug oder in einer anderen Versorgungsumgebung entstanden sind, bleiben außer Betracht. Das mit diesem Indikator verknüpfte Ziel besteht also darin, das Risiko erheblicher gesundheitlicher Schädigungen infolge von Stürzen so weit möglich zu reduzieren.

Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung infolge eines Sturzes zu gravierenden körperlichen Auswirkungen gekommen ist. Als gravierend gelten:
- Frakturen,
- behandlungsbedürftige Wunden,
- Schmerzen, die länger als 48 Stunden andauern und
- ein erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und/oder der Mobilität.

Aus der Berechnung ausgeschlossen werden Bewohner, die in ihrer Mobilität so stark eingeschränkt sind, dass sie auch bei einem Positionswechsel im Bett vollständig auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. Diese Bewohner sind, da sie sich ohne personelle Hilfe nicht fortbewegen können, nicht oder in deutlich geringerem Maß von Stürzen und somit auch von Sturzfolgen bedroht.

Wie sich bei der Auswertung der Daten zeigte, besteht für kognitiv beeinträchtigte Bewohner ein höheres Risiko, erhebliche Sturzfolgen zu erleiden. Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität werden deshalb zwei Bewohnergruppen und damit zwei Indikatoren unterschieden:
- Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen, und
- Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen.

Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wird das Ergebnis des Moduls „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des NBA herangezogen.

Relevanz


**Forschungsergebnisse**


Nicht jeder Sturz ist mit schwerwiegenden Folgen verbunden. Untersuchungen, die sich mit Sturzfolgen bei Pflegeheimbewohnern befassen, weisen aus, dass rund ein Viertel der Stürze zu gravierenden Folgen wie Frakturen oder größeren Wunden führt (Rubenstein 2006). Eine Untersuchung in deutschen Pflegeheimen kommt dagegen zu dem Ergebnis, dass 6,3% der Stürze von Pflegeheimbewohnern zu schweren Sturzfolgen wie Frakturen, Kopfverletzungen oder Gelenk- und Bänderverletzungen führen (Heinze 2008). Mit 5,5% bewegte
sich der Anteil mittelschwerer Sturzfolgen wie versorgungsbedürftiger größerer Wunden oder Prellungen in einer ähnlichen Größenordnung. Weitere 24,4% der Heimbewohner erlitten bei einem Sturz nur minimale Folgen, die keiner weiteren Versorgung bedurften, für 63,8% blieb der Sturz ohne körperliche Folgen. Fasst man die Gruppe der mittelschweren und schweren Folgen zusammen, so entstanden bei 11,8% der Bewohner infolge eines Sturzes versorgungsbedürftige Verletzungen.


Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Messverfahren

Die Erfassung von Stürzen und deren Folgen erfolgte im Projekt anhand der bestehenden Dokumentation der Einrichtungen. Informationen über Sturzereignisse und Sturzfolgen wurden von den Einrichtungsmitarbeitern in einen Bewohnerfragebogen übertragen, der folgende Fragen zum Thema beinhaltete:

Erprobungsergebnisse

Der Anteil der Bewohner, die im Verlauf von sechs Monaten gestürzt sind, belief sich in den projektbeteiligten Einrichtungen auf 27,6%. Er schwankte zwischen den Einrichtungen zwischen 10,0% und 58,8%. Bei rund 53% der Betroffenen handelte es sich um ein einmaliges Sturzereignis, 47% stürzten in diesem Zeitraum mehrfach. Ein Vergleich der gewonnen Daten mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen ist nur eingeschränkt möglich, da sich sowohl die Erfassungszeiträume als auch die Kriterien zur Bewohnerauswahl unterscheiden. Die Ergebnisse bewegen sich allerdings in einer Größenordnung, die sich mit der in anderen Studien geäußerten Annahme deckt, jeder zweite Heimbewohner stürze mindestens einmal jährlich (DNQP 2006a).

In den Ergebnissen für kognitiv nicht oder nur gering beeinträchtigte Bewohner zeigen sich gegenüber den Bewohnern mit ausgeprägten Beeinträchtigungen erhebliche Unterschiede. Die letztgenannte Bewohnergruppe ist in der Gesamtstichprobe mit 31,8% (die Anteile in den

Einrichtungen liegen zwischen 0% und 66,7%) deutlich häufiger von Stürzen betroffen als die nicht oder gering kognitiv beeinträchtigten Personen, von denen 21,3% gestürzt sind (hier schwanken die Anteile in den Einrichtungen zwischen 0% und 57%).

Betrachtet man nur die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebungen, fällt der Unterschied insgesamt noch deutlicher aus:

Bei insgesamt 150 von 1.377 Bewohnern (10,9%) ist es im Verlauf von sechs Monaten vor dem letzten Erhebungszeitpunkt zu einem Sturz mit gravierenden Folgen gekommen. Dabei unterscheiden sich die Gruppen der kognitiv nicht oder nur gering Beeinträchtigten und der schwerer beeinträchtigten Personen deutlich. Von den Bewohnern mit ausgeprägten kognitiven Einbußen erlitten 12,9% gravierende Sturzfolgen, ihr Anteil schwankt zwischen den Einrichtungen zwischen 0% und 33,3%. Dagegen waren nur 8,2% der weniger beeinträchtigten Bewohner von gravierenden Sturzfolgen betroffen. Die Anteile für diese Bewohnergruppe schwanken ebenfalls zwischen 0% und 33,3%.

In 16 Einrichtungen waren in der Gruppe der kognitiv weniger beeinträchtigten Personen keine gravierenden Sturzfolgen zu verzeichnen. Bei kognitiv erheblich oder schwerer beeinträchtigten Bewohnern war dies nur in neun Einrichtungen der Fall.

Tab. 19: Gravierende Sturzfolgen bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen nach Grad kognitiver Beeinträchtigung (N=509)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Gravierenden Sturzfolgen</th>
<th>Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Gravierenden Sturzfolgen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>29</td>
<td>10,3%</td>
<td>3</td>
<td>19</td>
<td>15,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>24</td>
<td>0,0%</td>
<td>4</td>
<td>22</td>
<td>18,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>5,6%</td>
<td>8</td>
<td>47</td>
<td>17,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>18,2%</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td>5,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>0,0%</td>
<td>7</td>
<td>32</td>
<td>21,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>3</td>
<td>16</td>
<td>18,8%</td>
<td>7</td>
<td>22</td>
<td>31,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
<td>2,1%</td>
<td>1</td>
<td>20</td>
<td>5,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>3</td>
<td>32</td>
<td>9,4%</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>1</td>
<td>26</td>
<td>3,8%</td>
<td>2</td>
<td>19</td>
<td>10,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>5</td>
<td>31</td>
<td>16,1%</td>
<td>8</td>
<td>40</td>
<td>20,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>19</td>
<td>248</td>
<td>7,7%</td>
<td>41</td>
<td>261</td>
<td>15,7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Auch bei den in Vollerhebungseinrichtungen erzielten Ergebnissen zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom kognitiven Status der Bewohner. In 3,3% der Fälle kam es zu Frakturen, bei 5,9% entstanden versorgungsbedürftige Wunden. Fasst man diese beiden Gruppen als zusammen, sind 8,4% der erfassten Bewohner betroffen. Bei 5,2% der gestürzten Bewohner wurde dokumentiert, dass aus einem Sturz ein Verlust der Selbständigkeit bei der Mobilität und/oder Alltagsverrichtungen resultierte. Auffällig war, dass lediglich bei 44 Bewohnern (3,2%) angegeben wurde, infolge eines Sturzes sei es zu länger anhaltenden Schmerzen gekommen. Möglicherweise bestehen, da Schmerzen in gängigen Sturzfolgeprotokollen nicht erfasst werden, Dokumentationsdefizite, die eine retrospektive Erfassung dieser Sturzfolge erschwerten.

Bei differenzierter Betrachtung der erfassten Sturzfolgen zeigen sich ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen kognitiv nicht oder gering beeinträchtigten Bewohnern und Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen.

Tab. 20: Häufigkeit verschiedener Sturzfolgen Vollerhebungseinrichtungen nach Grad kognitiver Beeinträchtigung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sturzfolge</th>
<th>Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>betroffene Bewohner</td>
<td>einbezogene Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Frakturen</td>
<td>16</td>
<td>607</td>
</tr>
<tr>
<td>Versorgungsbedürftige Wunden</td>
<td>23</td>
<td>607</td>
</tr>
<tr>
<td>Anhaltende Schmerzen</td>
<td>23</td>
<td>607</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbständigkeitseingriff</td>
<td>23</td>
<td>607</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Das insgesamt erhöhte Risiko kognitiv stärker beeinträchtigter Bewohner, gravierende Sturzfolgen zu erleiden, spiegelt sich in diesen Zahlen deutlich wieder.

Die Ergebnisse dieses Indikators sind mit anderen Untersuchungsergebnissen nur bedingt vergleichbar, da sich Erfassungszeiträume und Erhebungsweise unterscheiden. Auch eine lückenhafte Sturzdokumentation dürfte eine Rolle spielen. Im Projekt waren 30,3% der gestürzten Bewohner von Frakturen und/oder Wunden betroffen. Andere Untersuchungen weisen erheblich niedrigere Raten zwischen 13,3% und 11,8% aus (Dassen 2007; Heinze 2008). Dies könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass Stürze nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit wie gravierende Sturzfolgen dokumentiert werden und die Zahl der Stürze deutlich höher liegt als in den Daten ausgewiesen wird. All dies spricht dafür, gravierende Sturzfolgen und nicht die bloße Sturzhäufigkeit als Indikator zu verwenden.

**Bewertungssystematik**

Wie bereits erwähnt, können sich Einzelfälle gravierend auf die ermittelten Anteilswerte auswirken. Aus diesem Grund berücksichtigt das Bewertungsschema neben dem Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen auch, ob der Anteilswert durch mehr als einen betroffenen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: &lt;4,1%).</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: &lt;6,5%).</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 4,1% bis 12,3%).</td>
<td>Es sind maximal bei einem Bewohner gravierende Sturzfolgen aufgetreten oder der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt zwischen der Hälfte und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 6,5% bis 19,4%).</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;12,3%).</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;19,4%).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Legt man dieses Raster für **Einrichtungen mit Vollerhebungen** an, ergeben sich die in der nachfolgenden Übersicht dargestellten Bewertungen.

**Tab. 21: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Stürze mit gravierenden Folgen für Einrichtungen mit Vollerhebung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anteil der Bewohner mit gravierenden Sturzfolgen</td>
<td>Bewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3 10,3% O</td>
<td>3 15,8% O</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0 0,0% +</td>
<td>4 18,2% O</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>1 5,6% O</td>
<td>8 17,0% O</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>2 18,2% -</td>
<td>1 5,0% +</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0 0,0% +</td>
<td>7 21,9% -</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>3 18,8% -</td>
<td>7 31,8% -</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>1 2,1% +</td>
<td>1 5,0% +</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>3 9,4% O</td>
<td>0 0,0% +</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>1 3,8% +</td>
<td>2 10,5% O</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>5 16,1% -</td>
<td>8 20,0% -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Fazit**

Der Indikator „Stürze“ wird für die beschränkte Verwendung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements empfohlen. Auf Basis der ermittelten Werte lassen sich Erkenntnisse zu Qualitätsdefiziten in und Unterschieden zwischen Teilbereichen einer Einrichtung erkennen. Entscheidend für die Aussagekraft der gewonnenen Daten ist allerdings die Qualität der Sturzdokumentation einer Einrichtung.


5.2.3 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner einer Einrichtung, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten zu einem erheblichen, nicht intendierten Gewichtsverlust gekommen ist. Gewichtsverluste, die vor dem Heimeinzug eingetreten sind oder die auf bestehende Erkrankungen oder medizinische Therapien zurückzuführen sind, bleiben dabei außer Betracht. Bei diesem Indikator besteht das korrespondierende Versorgungsziel darin, durch ein fachgerechtes Ernährungsmanagement ein stetiges Körpergewicht zu erhalten.

**Formale Definition**

Mit dem Indikator „unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen es in einem Zeitraum von sechs Monaten in der Pflegeeinrichtung zu einem Gewichtsverlust von mehr als 10% ihres Körpergewichtes gekommen ist.


Wie sich bei der Auswertung der Daten zeigte, besteht für kognitiv beeinträchtigte Bewohner ein höheres Risiko, einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust zu erleiden. Bei der Berechnung des Indikators werden deshalb zwei Bewohnergruppen unterschieden:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen,
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.

Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wird das Ergebnis des Moduls „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des NBA herangezogen.

**Relevanz**


Von Mangelernährung betroffene Personen sind gefährdet, schwerwiegende körperliche Folgen, z. B. neurologische und kardiovaskuläre Beeinträchtigungen oder eine erhöhte Infektanfälligkeit zu erleiden. Insgesamt steigt ihr Risiko, bei bestehenden Erkrankungen Komplikationen zu entwickeln (DNQP 2008a; Volkert 2004). Aus einer Mangelernährung resultie-
ren für die Betroffenen oft auch Einschränkungen ihrer Lebensqualität (Norman et al. 2006a; Norman et al. 2006b).

**Forschungsergebnisse**


In stationären Einrichtungen lebende Menschen sind beim Erhalt oder der Wiedergewinnung eines guten Ernährungszustandes in mehrfacher Hinsicht auf die Unterstützung der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter angewiesen. Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege sieht dabei die Einschätzung des Risikos einer Mangelernährung und die individuell darauf abgestimmte Bereitstellung personeller Unterstützung als wichtige Aufgabe der Pflegekräfte an. Er weist aber auch darauf hin, dass die erfolgreiche Unterstützung gefährdeter Personen von der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen durch die Pflegeeinrichtungen, z. B. der Bereitstellung eines geeigneten Ernährungsangebotes oder der Schaffung adäquater räumlicher Voraussetzungen abhängt (DNQP 2010a). Ernährungsdefizite bei älteren, pflegebedürftigen Menschen lassen sich nach Expertenmeinung durch ein Ernährungsmanagement, das die o. g. Aspekte berücksichtigt, erheblich reduzieren (Bartholomeyczik et al. 2008; DNQP 2010a).

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Der Ernährungszustand von Heimbewohnern wird relativ häufig als Kriterium zur Beurteilung der Qualität herangezogen. Die Merkmale, anhand derer der Ernährungszustand bzw. das

**Messverfahren**


8. Körpergröße und Gewicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>8.1 Körpergröße: _____ cm</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>8.2 Aktuelles Körpergewicht: _____ kg</th>
</tr>
</thead>
</table>

Dokumentiert am (Datum): _____ / _____ / _____

<table>
<thead>
<tr>
<th>8.3 Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? (z.B. fortschreitende Krebserkrankung, medikamentöse Ausschwemmung) Bitte angeben:</th>
</tr>
</thead>
</table>

Erprobungsergebnisse

Die Ermittlung von Gewichtsangaben, die sich in das durch den Indikator vorgesehene Raster von sechs Monaten einordnen ließen, war nicht für alle Bewohner möglich. Nicht alle Einrichtungen ermittelten das Gewicht ihrer Bewohner zeitnah zu den Erhebungszeitpunkten. Um Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen herzustellen, wurden Bewohner von der Bewertung ausgeschlossen, wenn die Erhebungszeitpunkte der Gewichtsangaben erheblich vom Erhebungszeitpunkt abwichen. Als erheblich wurde eine Abweichung von mehr als drei Wochen bezogen auf den Bewertungszeitraum von sechs Monaten angesehen. Bewohner, bei denen dies der Fall war wurden bei der Berechnung des Indikators ausgeschlossen. Die führte dazu, dass nur für 1.182 der erfassten Bewohner (72.3%) nutzbare Datensätze vorlag-

Der Anteil der Bewohner, die im Verlauf von sechs Monaten 10% ihres Körperfettgewichtes verloren, belief sich auf insgesamt 6,0%. Die kognitiv erheblich oder schwerer beeinträchtigten Bewohner waren mit 7,6% mehr als doppelt so häufig betroffen wie kognitiv weniger beeinträchtigte Personen, bei denen der Anteil 3,7% betrug. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, die für kognitiv beeinträchtigte Heimbewohner ein höheres Risiko unbeabsichtigter Gewichtsverluste konstatieren (Heseker/Stehle 2008). Der Gesamtdurchschnitt liegt leicht unter dem Niveau, das in anderen Systemen zur Qualitätsbewertung ausgewiesen wird (z. B. Nursing Home Compare: 8%, MDS Quality Measure/Indicator Report 2010: 8,9%). Allerdings unterscheiden sich die Kriterien zum Ausschluss von Bewohnern im Vergleich zu diesen Systemen. Zudem ist nicht bekannt, wie hoch dort der Anteil kognitiv stärker beeinträchtigter Bewohner ist.

In Einrichtungen mit Vollerhebung waren insgesamt 6,2% der erfassten Bewohner von einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust betroffen. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>29</td>
<td>3,4%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>8,3%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>0,0%</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0,0%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,0%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>0,0%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>2</td>
<td>30</td>
<td>6,7%</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>2</td>
<td>20</td>
<td>10,0%</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>1</td>
<td>22</td>
<td>4,5%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>1</td>
<td>12</td>
<td>8,3%</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>8</td>
<td>169</td>
<td>4,7%</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bewertungssystematik

Zum Teil können sich aufgrund der bei diesem Indikator vorliegenden geringen Fallzahlen Einzelfälle stark auswirken. Aus diesem Grund berücksichtigt das Bewertungsschema neben dem Anteil der Bewohner mit Gewichtsverlust auch, ob der Anteilswert durch mehr als einen Bewohner zustande gekommen ist. Ist dies nicht der Fall, erhält eine Einrichtung trotz hoher Anteilswerte keine unterdurchschnittliche Bewertung.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Bewertungskriterien bei Bewohnern mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: &lt;1,9%)</td>
<td>Der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust liegt bei maximal der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: &lt;3,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>0 durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es ist bei maximal einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten oder der Anteil liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 1,9% bis 5,6%)</td>
<td>Es ist bei maximal einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten oder der Anteil liegt zwischen der Hälfte des Gesamtdurchschnitts und dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 3,8% bis 11,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es ist bei mehr als einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten und der Anteil liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;5,6%).</td>
<td>Es ist bei mehr als einem Bewohner ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten und der Anteil liegt über dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: 11,4%).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 23: Bewertung der Ergebnisse des Indikators unbeabsichtigter Gewichtsverlust für Einrichtungen mit Vollerhebung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust</td>
<td>Anteil Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>1</td>
<td>8,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>0</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>2</td>
<td>6,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>2</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>1</td>
<td>4,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>1</td>
<td>8,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zur Ermittlung des Bereichsergebnisses erfolgt eine Summierung der Einzelbewertungen für die sechs Indikatoren zu einem Punktwert, wobei für jedes überdurchschnittliche Ergebnis ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt subtrahiert wird:

- Überdurchschnittliches Ergebnis: +1 Punkt
- Durchschnittliches Ergebnis: 0 Punkte
- Unterdurchschnittliches Ergebnis: -1 Punkt.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Punktwert</th>
<th>Mittelwert liegt</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5 - 6 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,8 bis 1,0</td>
<td>Herausragend</td>
</tr>
<tr>
<td>3 bis 4 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,5 bis 0,7</td>
<td>Überdurchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>0 bis 2 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,0 bis 0,4</td>
<td>Durchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>-6 bis -1 Punkte</td>
<td>im Bereich -0,1 bis -1,0</td>
<td>Unterdurchschnittlich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Auch hier ist eine Bereichsbewertung prinzipiell auch dann möglich, wenn sich ein Indikator aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht berechnen lässt. Die nachfolgende Tabelle zeigt, wel-

5.2.4 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 2

Auch für den Bereich „Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen“ wurde eine Gesamtbewertung entwickelt. Analog zum Qualitätsbereich 1 wurde eine vierstufige Gesamtbewertung mit den Stufen herausragend, überdurchschnittlich, durchschnittlich und unterdurchschnittlich vorgenommen.

Zur Ermittlung des Bereichsergebnisses erfolgt eine Summierung der Einzelbewertungen für die sechs Indikatoren zu einem Punktwert, wobei für jedes überdurchschnittliche Ergebnis ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt subtrahiert wird:

- Überdurchschnittliches Ergebnis: +1 Punkt
- Durchschnittliches Ergebnis: 0 Punkte
- Unterdurchschnittliches Ergebnis: -1 Punkt.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Punktwert</th>
<th>Mittelwert liegt</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5 - 6 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,8 bis 1,0</td>
<td>Herausragend</td>
</tr>
<tr>
<td>3 bis 4 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,5 bis 0,7</td>
<td>Überdurchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>0 bis 2 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,0 bis 0,4</td>
<td>Durchschnittlich</td>
</tr>
<tr>
<td>-6 bis -1 Punkte</td>
<td>im Bereich -0,1 bis -1,0</td>
<td>Unterdurchschnittlich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Auch hier ist eine Bereichsbewertung prinzipiell auch dann möglich, wenn sich ein Indikator aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht berechnen lässt. Die nachfolgende Tabelle zeigt, wel-

Fazit


che Verteilung aus dem Schema resultiert. Berücksichtigt wurden wiederum nur Einrichtungen, bei denen mindestens 10 Bewohner je Indikator in die Bewertung einbezogen werden konnten.

**Tab. 24: Verteilung der Ergebnisse bei einer Gesamtbewertung des Bereiches 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einzelergebnis Indikator</th>
<th>Summe</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Gesamtbewertung für den Bereich Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2.1</td>
<td>2.2</td>
<td>2.3</td>
</tr>
<tr>
<td>1 1 0 1 1 1 5 0.83</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0 1 1 0 1 0 3 0.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 1 0 0 0 1 3 0.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 0 -1 1 1 1 3 0.50</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 1 -1 0 0 1 2 0.33</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 -1 1 0 0 1 2 0.33</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0 1 0 0 1 -1 1 0.17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-1 1 1 1 -1 0 1 0.17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 -1 1 0 0 -1 0 0.00</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-1 1 -1 0 0 0 -1 -0.17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0 -1 -1 -1 1 0 -2 -0.33</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das dargestellte Schema bildet für diesen Bereich einen vorläufigen Ansatz zur Ausgestaltung einer möglichen Gesamtbewertung ab. Im „Regelbetrieb“ wäre anhand der dann umfangreichen Datenbasis zu prüfen, ob sich diese Bewertungsregeln bewähren.

**5.3 Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**

Erhalt und Förderung der Selbständigkeit sowie der Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen sind Ziele, die für die Versorgung aller Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen relevant sind. Die gesundheitsbezogenen Indikatoren aus den oben dargestellten Qualitätsbereichen 1 und 2 greifen diese Ziele auf. Die Frage, inwieweit eine Einrichtung den charakteristischen Bedarfslagen einzelner Bewohnergruppen gerecht wird, wird durch diese Indikatoren allerdings nicht beantwortet. Hierzu wurden weitere Indikatoren in einem gesonderten Qualitätsbereich definiert.

Mit den „spezifischen Bedarfslagen“ sind im vorliegenden Fall gesundheitliche Probleme oder Versorgungssituationen angesprochen, die nicht alle Bewohner betreffen, aber für die vollstationäre pflegerische Versorgung dennoch als charakteristisch gelten dürfen, also relativ häufig auftreten.

Der dritte Qualitätsbereich greift somit die Frage auf, inwieweit sich eine Einrichtung gezielt um Bewohner mit spezifischen Bedarfslagen bemüht. Er wird durch folgende Indikatoren dargestellt:
• Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug: Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt und ausgewertet wurde.


• Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen: Anteil der Bewohner, bei denen eine aktuelle, ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt.

• Schmerzmanagement: Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten müsste an dieser Stelle auch das Thema Inkontinenz berücksichtigt werden. Die Begrenzung der Einflussmöglichkeiten der Einrichtung und methodische Probleme, die einer statistisch zuverlässigen Bewertung des Kontinenzstatus entgegenstehen, führen allerdings dazu, dass der entsprechende Indikator nicht zum Zweck der vergleichenden Qualitätsbeurteilung eingesetzt werden kann.

Die zur Darstellung der Indikatoren benötigten Daten werden hier wieder in Form von Stichtagserhebungen in den Einrichtungen erfasst, die in erster Linie in Form einer Übertragung von Informationen aus der Routinedokumentation (zumeist Pflegedokumentation) erfolgt.

Für die Indikatoren aus dem Bereich 3 ist wieder eine dreistufige Bewertungssystematik vorgesehen, die die Ergebnisse als überdurchschnittlich, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich einstuft. Anders als bei den Indikatorenbereichen 1 und 2 ist hier allerdings keine reine Orientierung an dem erreichten Durchschnitt der Gesamtstichprobe im Projekt möglich. Bei manchen Indikatoren müssen aufgrund der großen Abweichungen zwischen den Einrichtungen gewisse Setzungen vorgenommen werden.


Hier war stets im Einzelfall zu entscheiden. So wurde kein Indikator für den Bereich „Begleitung sterbender Heimbewohner“ entwickelt, obwohl es sich hierbei zweifellos um eine ganz besonders wichtige Bedarfskonstellation handelt. Ausschlaggebend waren methodische und ethische Probleme, für die keine Lösung gefunden werden konnte. Es ist nicht gelungen, ähnlich wie beispielsweise bei der Schmerzthematik, einen Indikator zu entwickeln, der aussagekräftig ist und zugleich das Kriterium der Praktikabilität erfüllt.

5.3.1 Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug

Formale Definition


Relevanz

Der Umzug in ein Pflegeheim bringt viele Unwägbarkeiten für den zukünftigen Bewohner mit sich. Er ist nicht nur mit einer völlig neuen Umgebung konfrontiert, sondern muss sich auch auf Veränderungen im Tagesablauf, andere Formen der Unterstützung sowie auf ein neues soziales Netzwerk einstellen (Lee et al. 2002). Der Einzug ist ein kritisches Lebensereignis, das Auswirkungen auf die Gesundheit des Bewohners haben kann (Feichtinger et al. 2002). Die Einzugsphase ist häufig von Angst und Verlustgefühlen gekennzeichnet, die u. a. die Autonomie, Privatheit, verschiedene persönliche Gegenstände oder auch den Verlust von sozialen Kontakten umfassen können (Lee et al. 2002). Eine nicht oder nur begrenzt gelungene Eingewöhnung kann weitere psychische Folgen wie z. B. depressive Stimmungslagen nach sich ziehen. Auch andere unerwünschte Ereignisse, beispielsweise eine erhöhte Sturzhäufigkeit, können vermehrt auftreten (Korte-Pötters et al. 2007).


Ein Einzug vollzieht sich jedoch häufig relativ kurzfristig, so dass eine vorzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik selten möglich ist. Zusätzlich übernehmen Angehörige oder auch berufliche Helfer häufig die Handlungskontrolle und die Entscheidungsausübung für den alten Menschen (Korte-Pötters et al. 2007).

Der Indikator bezieht sich auf einen Ausschnitt dieser Unterstützung, allerdings auf einen wichtigen: Ohne systematische Überprüfung des Prozesses des Einlebens und ohne Herstellung eines geeigneten Gesprächsrahmens, in dem vom Bewohner, von seinen Angehörigen oder von anderen Bezugspersonen offen Erwartungen, Erfahrungen und ggf. auch Kritik geäußert werden können, ist diese Überprüfung kaum vorstellbar. Das unterstreichen u. a. die Erfahrungen im Modellprojekt „Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ (ebd.).

**Forschungsergebnisse**

Es existieren noch wenige belastbare Studien, die den Einfluss von Maßnahmen der Einrichtung auf das Einleben des Bewohners untersuchen. In einer Studie aus dem Jahr 2002 zeigte sich, dass für ein erfolgreiches Einleben die Durchschaubarkeit der Strukturen in einem Pflegeheim und die Beeinflussbarkeit von Entscheidungen sowie Handlungen von Bedeutung sind. Der Einzug kann besser bewältigt werden, wenn dieser durch Information, Beratung und Transparenz bei Veränderungen begleitet wird (Lee et al. 2002). In einer anderen Untersuchung wird betont, dass sich unterstützende Maßnahmen nicht nur auf den Einzugstag beschränken sollten; denn die Eingewöhnung in eine Pflegeeinrichtung ist ein Prozess, der sich über mehrere Wochen oder teilweise auch Monate nach dem Einzug erstrecken kann (Thiele et al. 2002).


**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Das Thema Heimeinzug wird national sowie international in verschiedenen Qualitätssystemen und -empfehlungen diskutiert. So findet sich beispielsweise ein Qualitätsstandard zum Thema Heimeinzug in den National Care Standards in Schottland (Scottish Government 2007).
In Deutschland beinhaltet das Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. das Thema Heimeinzug. Es wird darin u. a. geprüft, ob es ein Aufnahmekonzept gibt, das auch biografische Merkmale und individuelle Lebensgewohnheiten erfasst (BIVA 2010).

Unter den Pflege-Transparenzkriterien finden sich zwei Fragen, die sich auf den Heimeinzug beziehen. Es wird nach Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung, wie z. B. ein Integrationsgespräch nach sechs Wochen, gefragt. Eine weitere Fragestellung betrifft die systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase (MDS 2009).

**Messverfahren**


**12. Heimeinzug**

<table>
<thead>
<tr>
<th>12.1 Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein (bei “nein” weiter mit Frage 13.1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja, und zwar am (Datum): ……………………</td>
</tr>
<tr>
<td>□ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?

- Bewohner
- Angehörige
- Betreuer
- andere Personen (bitte angeben): …………………………………………………………………………………

<table>
<thead>
<tr>
<th>12.3 Wurden die Ergebnisse dieses Gesprächs dokumentiert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

Bereits heute wird in den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste abgeprüft, ob es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung gibt und ob die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet wird. Der Zusatzaufwand für die Datenerfassung bleibt somit gering. Dies wurde auch durch die projektbeteiligten Einrichtungen bestätigt.
Erprobungsergebnisse

In den Erprobungsergebnissen zeichnet sich ab, dass ein Großteil der Einrichtungen Integrationsgespräche nach dem Heimeinzug nicht regelhaft durchführt. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde bei 23,8% der im vergangenen halben Jahr neu eingezogenen Bewohner (46 von 193 Bewohnern) ein Integrationsgespräch innerhalb von sechs Wochen nach dem Heimeinzug geführt. Die Spannweite der Ergebnisse ist mit 0% bis 100% sehr groß.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt zeigte sich ein ähnliches Bild. Der Anteil der Bewohner mit Integrationsgespräch lag bei 32,1% (34 von 106 Bewohnern). Die Anteilswerte in den Einrichtungen variieren ebenfalls zwischen 0% und 100%. Die Daten offenbaren zudem, dass sich die Praxis der einzelnen Einrichtungen erheblich unterscheidet:

- In 5 der 46 Einrichtungen wurde bei allen neu eingezogenen Bewohnern ein Integrationsgespräch geführt.
- In 9 Einrichtungen wurden Integrationsgespräche bei einem Teil der neu eingezogenen Bewohner durchgeführt.
- In 19 Einrichtungen wurde mit den neu eingezogenen Bewohnern grundsätzlich kein Integrationsgespräch geführt.
- In 13 Einrichtungen waren keine Bewohner neu eingezogen.

Parallel zu den bewohnerbezogenen Erhebungen wurde die Durchführung von Integrationsgesprächen in einem zusätzlichen Fragebogen durch die Projektbeauftragten in den Einrichtungen erfasst. Sie wurden gebeten, für die Bewohner, die seit dem ersten Erhebungszeitpunkt neu eingezogen waren, anzugeben, ob und wann ein Integrationsgespräch geführt wurde.


Bewertungssystematik

Die Erprobungsergebnisse machen deutlich, dass mit dem Indikator Qualitätsunterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen aufgezeigt werden können. Allerdings erfüllt die Mehrzahl der

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt über 75%.</td>
</tr>
<tr>
<td>0 durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt über 50%, aber maximal bei 75%.</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Der Anteil neu eingezogener Bewohner, mit denen ein Integrationsgespräch geführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit Integrationsgespräch</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Integrationsgespräch</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0,0%</td>
<td>keine Bewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0,0%</td>
<td>keine Bewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>85,7%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>25,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>18,2%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0,0%</td>
<td>keine Bewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es liegen keine Vergleichsdaten zur Durchführung von Integrationsgesprächen in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Ergebnisse zeigen allerdings, dass Entwicklungsbedarf besteht und die systematische Durchführung von Integrationsgesprächen noch keine gängige Praxis ist.
Fazit


5.3.2 Einsatz von Gurtfixierungen

Eigenaktivität von Heimbewohnern und die Förderung von Eigenaktivität sind unter fachlichen Gesichtspunkten stets zu begrüßen. Infolge starker körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen, zum Teil auch aus anderen Gründen, kann Eigenaktivität jedoch auch Risiken mit sich bringen. Risiken entstehen auch dadurch, dass Bewohner die eigene Körpermotorik nur noch begrenzt steuern können.

In Situationen, die aus der Sicht der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter ein hohes Risiko durch das Handeln des Bewohners bergen, kommen gelegentlich physische freiheitsbegrenzende Maßnahmen zum Einsatz. Sie sind unter fachlichen Gesichtspunkten das letzte Mittel, das erst in Betracht zu ziehen ist, wenn gravierende Risiken nicht anders abgewendet werden können. Vielmehr sollte es Ziel der Einrichtung sein, die Häufigkeit freiheitsbegrenzender Maßnahmen so weit wie möglich zu reduzieren und im Idealfall ganz darauf zu verzichten.


Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner erfasst, bei denen im Verlauf der vergangenen vier Wochen eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen durchgeführt wurden:
- Gurtfixierung im Bereich der Handgelenke
- Gurtfixierung im Bereich der Fußgelenke
- Gurtfixierung im Beckenbereich (Beckengurt).


Ebenfalls ausgeschlossen werden komatóse Bewohner. Theoretisch müsste auch festgelegt werden, Bewohner, bei denen die Fixierungsmaßnahme ausdrücklich auf eigenen Wunsch erfolgt, bei den Berechnungen nicht zu berücksichtigen. Da aber ohnehin nur Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen oder bei denen Verhaltensauffälligkeiten auf eine kognitive Beeinträchtigung schließen lassen, in die Berechnung einbezogen werden, kann diese Festlegung entfallen. Das Einverständnis dieser Bewohner als Legitimation für die Anwendung körpernaher Fixierungsmaßnahmen heranzuziehen wäre sowohl rechtlich als auch ethisch fragwürdig.

**Relevanz**


Aus pflegefachlicher Perspektive ist der Einsatz von Gurtfixierungen zur Vermeidung einer Fremd- oder Selbstgefährdung in der Regel nicht zu befürworten. Es existieren inzwischen Empfehlungen auf Bundesebene, die alternative, fachlich angemessene und für die Betroffenen weniger belastende Maßnahmen aufzeigen, mit denen problematischen Verhaltensweisen begegnet und einer Gefährdung der Betroffenen entgegengewirkt werden kann (Bartholomeyczik et al. 2006; Schäufele et al. 2008). Der Indikator macht deutlich, inwieweit eine Einrichtung auf die Bedarfslagen kognitiv beeinträchtigter Bewohner in einer Art und Weise reagiert, die Gurtfixierungen vermeidet oder auf ein Minimum reduziert.

**Forschungsergebnisse**

für medizinische Forschung mbH 2004). In den USA wird im Rahmen der öffentlichen Qualitätsberichterstattung über einen Anteil von 2,8% bis 3% der Bewohner berichtet, bei denen es regelmäßig zum Einsatz physischer freiheitsbegrenzender Mittel kommt (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010a; Medicare 2010a).


**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**


Was dabei unter einer freiheitsentziehenden Maßnahme verstanden wird, unterscheidet sich allerdings erheblich. Im Projekt der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, in dem es primär um die Messung und Selbstbewertung von Ergebnisqualität ging (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007), wurde auf die Anzahl sämtlicher gerichtlich genehmigter freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zurückgegriffen. Darunter fällt neben Gurtfixierungen jegliche Maßnahme, die einen Bewohner in seiner Bewegungsfreiheit einschränkt, also z. B. auch das Abschließen des Zimmers oder die Verwendung von Bettgittern. Einbezogen werden allerdings nur Maßnahmen, für die eine richterliche Genehmigung vorliegt. Im australischen „Quality of Care Performance Indicator Projekt“, das Indikatoren zum Zweck der Gesundheitsberichterstattung und zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement vorschlägt, wird ebenfalls eine breite Definition zugrunde gelegt. Dort werden physische freiheitsentziehende Maßnahmen definiert als „Gesamtheit der Methoden oder physischen oder mechanischen Vorrichtungen, die in Körperkontakt mit dem Betroffenen gebracht werden, die dieser nicht selbst ohne weiteres entfernen kann und die ihn in seiner Bewegungsfreiheit einschränken oder ihn daran hindern, Teile seines Körpers zu erreichen“.

---

29 Die veröffentlichten Daten werden im Abstand von 3 Monaten aktualisiert. Für das Jahr 2010 schwanken die Angaben je nach Quartal zwischen 2,8% und 3%.

30 „Any manual method or physical or mechanical device, materials, or equipment attached or adjacent to the resident’s body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one’s body“ (The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004, S. 72).
Zum Zweck des externen Qualitätsvergleichs zwischen Einrichtungen kommt der Indikator im US-amerikanischen „Nursing Home Compare“ zum Einsatz (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010b; Steering Committee Responsible Care 2008). Dort wird der Anteil der Bewohner ausgewiesen, die in den letzten sieben Tagen vor Erhebung der Daten täglich
- am Rumpf fixiert wurden und/oder
- an den Extremitäten fixiert wurden und/oder
- in einem Stuhl platziert wurden, der das Aufstehen verhindert.
Hierbei findet keine Risikoadjustierung oder Gruppenbildung statt. Auch kognitiv unbeeinträchtigte Bewohner werden in die Berechnungen einbezogen. Grundlage der Qualitätsbewertung ist die Abweichung vom nationalen Durchschnitt.

Ein ähnlicher Indikator wurde 2007 auch für die Verwendung im niederländischen Projekt „Quality Framework Responsible Care“ vorgeschlagen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2010b; Steering Committee Responsible Care 2008). Allerdings wird er derzeit nicht mehr ausgewiesen. Eine Begründung, warum inzwischen auf seine Darstellung und Bewertung verzichtet wird, ist nicht verfügbar.

**Messverfahren**


![10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen](image)

**Erprobungsergebnisse**

Insgesamt wurden bei 74 von 1.399 Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten (5,3%) im Zeitraum von vier Wochen Gurtfixierungen vorgenommen. Gurtfixierungen in der Gruppe der Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigungen, psychische Problemlagen oder potenziell problematische Verhaltensweisen kamen nur in drei Fällen vor. Es handelt sich durchweg um hüftnahe Fixierungen im Sitzen bei hochgradig immobilen Be-
wohnern. Dies bestätigt die Annahme, dass in dieser Bewohnergruppe Gurtfixierungen ausgesprochen selten sind und sie deshalb bei der Berechnung ausgeschlossen werden sollten.


**Bewertungssystematik**

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Bewertungsregeln formuliert:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Gurtfixierungen wurden bei maximal einem Bewohner oder der Hälfte des Gesamtdurchschnitts der Bewohner angewendet (hier: maximal 2,7%).</td>
</tr>
<tr>
<td>0 durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt über der Hälfte des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;2,7%) und unter dem 1,5fachen Gesamtdurchschnitt (&lt;8,0%).</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Gurtfixierungen wurden bei mehr als einem Bewohner angewendet und der Anteil der Bewohner mit Gurtfixierungen liegt bei dem 1,5fachen des Gesamtdurchschnitts (hier: &gt;7,9%).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit Gurtfixierung</th>
<th>einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Gurtfixierung</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>46</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>1</td>
<td>42</td>
<td>2,4%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>2</td>
<td>83</td>
<td>2,4%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>33</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>8</td>
<td>50</td>
<td>15,7%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>0</td>
<td>40</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>0</td>
<td>47</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>0</td>
<td>56</td>
<td>0,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>1</td>
<td>39</td>
<td>2,6%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>9</td>
<td>75</td>
<td>12,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Anteil der Bewohner, bei denen innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Erhebung Gurtfixierungen eingesetzt wurden, variiert in den Einrichtungen mit Vollerhebung zwischen 0 und 16%. Nähere Datenauswertungen zeigen, dass es keine einrichtungsspezifischen Merkmale gibt, aus denen diese großen Unterschiede herausklärbar wären. Es gibt also offenbar nicht wenige Einrichtungen, die gänzlich ohne den Einsatz von Gurtfixierungen auskommen. Bei zwei Einrichtungen liegt der Anteil allerdings deutlich über 10%, was eben nicht durch Einrichtungsbesonderheiten zu erklären ist. Beide Einrichtungen wiesen im Unterschied zu den anderen bereits bei der ersten Erhebung hohe Werte auf. Dies deutet auf eine stetige Praxis im Umgang mit Gurtfixierungen hin, die kritisch zu hinterfragen ist.

Aufgrund der Tendenz zu Extremwerten entsteht eine ungewöhnliche Verteilung der Gesamtbewertung. Die Einzelresultate der Einrichtungen liegen vom Durchschnittswert vergleichsweise weit entfernt. Es ist davon auszugehen, dass bei einem Einsatz dieses Indi-
tors in der Breite der Versorgung eine gleichmäßigere Verteilung entstehen wird. Wichtig an den Zahlen ist jedoch vor allem, dass sich die unterschiedliche Praxis in den Einrichtungen gut abbildet und der übermäßige Einsatz von Fixierungen erfasst wird.


**Fazit**


### 5.3.3 Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen


Im Lebens- und Versorgungsalltag der stationären Altenhilfe kommt ihnen inzwischen ein hoher Stellenwert zu. Sie stellen eine der wichtigsten aktuellen fachlichen Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich dar, weil Konzepte zum Umgang mit den betreffenden
Heimbewohnern noch schwach entwickelt sind. Hierbei geht es weniger um das Verhalten von Mitarbeitern in Problemsituationen (also die unmittelbare Reaktion auf das Bewohnerverhalten), sondern um die Gestaltung der Lebensumgebung und andere Maßnahmen, die auf verhaltenswirksame Faktoren einwirken. Das Ziel der Unterstützung besteht darin, es dem Bewohner zu ermöglichen, mit Hilfe der ihm verbliebenen körperlichen und psychischen Ressourcen den eigenen Bedürfnissen nachzugehen, ohne sich selbst oder andere zu gefährden oder Situationen herbeizuführen, die von ihm selbst als belastend oder seiner sozialen Umgebung als nicht akzeptabel erlebt werden.


**Formale Definition**

Der Indikator beschreibt den Anteil der Bewohner mit kognitiven Einbußen, bei denen eine ausreichend differenzierte Einschätzung der Verhaltensweisen vorliegt, die nicht älter als ein halbes Jahr ist. Als ausreichend differenziert wird eine Einschätzung mit einem Instrument definiert, das neben der Beurteilung der Häufigkeit des Auftretens eines Verhaltens auch die Beurteilung enthält, ob daraus ein pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert. Die Instrumente sollten dabei u. a. folgende Verhaltensweisen gesondert erfassen:

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Physisch aggressives Verhalten gegen Personen
- Verbal aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
- Ablehnung notwendiger Unterstützung (z. B. bei der Nahrungsaufnahme)
- Angstzustände.

In die Berechnung einbezogen werden nur Bewohner, die laut Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten mit dem Neuen Begutachtungsassessment mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweisen. Weitere Bewohnergruppen werden nicht ausgeschlossen, da das Ergebnis unabhängig von der Bewohnerstruktur ist und in hohem Maße durch eine Einrichtung beeinflusst werden kann.
Relevanz


Auf der anderen Seite können Verhaltensauffälligkeiten darauf hinweisen, dass die Betroffenen selbst unter einem starken Leidensdruck stehen. Zumeist können sie sich nicht auf eine andere Art und Weise mitteilen, so dass Verhaltensweisen auch Ausdruck von Leiden und Belastungen sein können. Häufig stoßen die Bewohner jedoch mit ihrem Verhalten auf Unverständnis oder Ablehnung, die wiederum die Verhaltensauffälligkeiten verstärken (Bartholomeyczik et al. 2006).

Forschungsergebnisse


Da Verhaltensauffälligkeiten von Pflegenden in der Versorgung demenzkranker Heimbewohnern als belastendes Element beschrieben werden, wird die Personalqualifizierung als ein entscheidender Aspekt im Umgang mit derart verhaltenssauffälligen Bewohnern angesehen. Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass die Schulung der Mitarbeiter eine Voraussetzung für die Abnahme von problematischen Verhaltensweisen darstellt. Empfohlene Inhalte von Schulungsmaßnahmen sind u. a. das Krankheitsbild der Demenz, der Einsatz von


Im Gesamtbild zeigt sich, dass eine standardisierte Erfassung von problematischen Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz in Deutschland noch am Anfang steht. Gleiches gilt für Handlungskonzepte, die auf solchen Einschätzungen aufbauen (Wingenfeld/Seidl 2008).

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Das Thema Verhaltensauffälligkeiten wird in verschiedener Form in Systemen zur Qualitätsbeurteilung aufgegriffen. In den „National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland“ wird ein Qualitätsstandard zum Umgang mit herausforderndem Verhalten formuliert (Health Information and Quality Authority 2009).

Im niederländischen System zur Qualitätsbeurteilung „Quality Framework Responsible Care“ wird das Thema Verhaltensauffälligkeiten in Form eines Indikators abgebildet. Es wird der Anteil der Klienten betrachtet, die eine oder mehrere Arten problematischen Verhaltens gegenüber Mitarbeitern oder anderen Klienten in den vergangenen sieben Tagen gezeigt haben (Steering Committee Responsible Care 2008). Ein ähnlicher Indikator wird auch in dem australischen Projekt “Quality of Care Performance Indicator Project“ vorgeschlagen. Hier wird der Anteil der Bewohner an der Gesamtzahl der Bewohner betrachtet, die seit dem letzten
Audit herausforderndes Verhalten gezeigt haben (The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004).

**Messverfahren**


### 13. Einschätzung von Verhaltensweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th>13.1</th>
<th>Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ nein ☐ ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>13.2</th>
<th>Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ja, und zwar zuletzt am (Datum): .................................................................</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ nein</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>13.3</th>
<th>Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument? (Mehrfachauswahl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ physisch aggressives Verhalten gegen Personen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ verbal aggressives Verhalten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Angstzustände</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>13.4</th>
<th>Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachauswahl)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Häufigkeit des Verhaltens</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die erforderlichen Daten können in der Regel aus der Dokumentation in den Einrichtungen entnommen werden. In der Erprobungsphase traten an manchen Stellen Schwierigkeiten auf. Die anfängliche Frage, was unter einer Einschätzung *mit Hilfe eines Instruments* zu verstehen ist, konnte durch eine Verbesserung des Manuals für die Erhebungen beantwortet werden. Hier zeigte sich, dass es bei diesem Indikator besonders wichtig ist, die Mitarbeiter intensiv in methodischen Fragen und im Umgang mit dem Instrument zu schulen. Darüber hinaus gab es in einzelnen Einrichtungen Schwierigkeiten, die erforderlichen Informationen zu beschaffen, da u. a. die Dokumentation an dieser Stelle unklar oder diese Informationen erst seit kurzen einheitlich dokumentiert wurden. Dieses Problem kann relativ einfach durch eine Anpassung der Dokumentation in den Einrichtungen behoben werden, so dass bei einem langfristigen Einsatz des Indikators von einem geringen Zeitaufwand bei der Erhebung
ausgegangen werden kann. Schließlich zeigten sich bei der ersten Erfassung\textsuperscript{31} Unsicherheiten bei der Beurteilung der Frage, ob bei der Erfassung von Verhaltensweisen auch beurteilt werden muss, ob aus ihnen Unterstützungsbedarf resultiert. Nachfragen in den Einrichtungen ergaben, dass in einer Vielzahl der Fälle fälschlicherweise die Kriterien des Indikators als erfüllt angegeben wurden. Die Daten des zweiten Erhebungszeitpunktes wurden deshalb nicht in die Auswertung einbezogen.

\textbf{Erprobungsergebnisse}


\textbf{Bewertungssystematik}


\textsuperscript{31} Der Indikator wurde zum zweiten sowie zum dritten Erhebungszeitpunkt erfasst.
Ergebnis | Bewertungskriterien
--- | ---
+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis | Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 75%.

O durchschnittliches Ergebnis | Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt über 50,0%, aber maximal bei 75,0%.

– unterdurchschnittliches Ergebnis | Der Anteil der Bewohner, bei denen eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen durchgeführt wurde, liegt bei 50% oder darunter.

Tab. 27: Anteilswerte und Bewertungen zum Indikator „Einschätzung von Verhaltensweisen“ für Einrichtungen mit Vollerhebung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit Einschätzung von Verhaltensweisen</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Einschätzung von Verhaltensweisen</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>41</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>38</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>79</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>6</td>
<td>27</td>
<td>22,2%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0</td>
<td>46</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>11</td>
<td>33</td>
<td>33,3%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>0</td>
<td>27</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>0</td>
<td>44</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>0</td>
<td>29</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>0</td>
<td>53</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>17</td>
<td>417</td>
<td>4,1%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fazit

Der Indikator kann sinnvolle Hinweise für das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung geben. Insbesondere lässt er erkennen, inwieweit eine Einrichtung auf die spezifischen Bedarfslagen demenzkranker Bewohner einginge. Ein geringer Anteil an Bewohnern, für die eine aktuelle und differenzierte Einschätzung vorliegt, sollte den Anstoß geben, die Verfahrensweisen im Umgang mit dieser speziellen Bewohnergruppe zu überprüfen.

5.3.4 Schmerzmanagement


Formale Definition

Mit dem Indikator wird der Anteil der Bewohner mit einer Schmerzproblematik erfasst, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei dem Bewohner wurde eine *systematische* Schmerzeinschätzung durchgeführt (mindestens Angaben zur Schmerzstärke und der Lokalisation des Schmerzes).
- Seit der letzten *Aktualisierung* der Einschätzung sind nicht mehr als drei Monate (90 Tage) vergangen.

Ursprünglich war vorgesehen, die zeitnahe Mitteilung des Ergebnisses an den behandelnden Arzt (binnen 14 Tagen) ebenfalls in die Bewertung einzubeziehen. Dies erscheint derzeit nicht sinnvoll, kann und sollte aber zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt werden, wenn sich das noch stark entwicklungsbedürftige Schmerzmanagement der Einrichtungen verbessert hat.

Ob bei einem Bewohner eine Schmerzproblematik vorliegt, wird durch die Einrichtungsmitarbeiter anhand folgender Fragen entschieden:

- Äußert der Bewohner wiederholt Schmerzen?
- Geht aus der Pflegedokumentation hervor, dass der Bewohner regelmäßig Schmerzen äußert?
- Deuten bei demenzkranken Bewohnern Verhaltensweisen auf eine möglicherweise bestehende Schmerzproblematik hin?
- Erhält der Bewohner regelmäßig schmerzlindernde Medikamente?
- Kommen bei dem Bewohner nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung zum Einsatz?
- Gibt es andere Anzeichen für eine Schmerzproblematik?

Relevanz

Insbesondere ältere, mehrfachkranke Menschen haben ein hohes Risiko, unter Schmerzen zu leiden (Robert Koch Institut 2009). Aktuelle Untersuchungen zur Verbreitung von Schmerzen unter Heimbewohnern in Deutschland liegen allerdings nicht vor. Ältere Untersuchungen ermittelten Prävalenzraten zwischen 45% und 83% unter Heimbewohnern (Elkeles et al. 2008; Fox et al. 1999).


Forschungsergebnisse


Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


**Messverfahren**


**11. Schmerz**

<table>
<thead>
<tr>
<th>11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen domenkrankter Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?</td>
</tr>
<tr>
<td>□ ohne Nutzung eines Instrumentes</td>
</tr>
<tr>
<td>□ mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches):</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein □ es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn wurde die letzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): .......................</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn wurde die vorletzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): .......................</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>11.3 Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ ja □ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn erfolgte die Information (Datum): .......................</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Erprobungsergebnisse**

Bei insgesamt 615 von 1.830 Bewohnern (33,6%) in 45 Einrichtungen wurde die Frage nach einer bestehenden Schmerzproblematik bejaht. Es zeigten sich einrichtungsabhängig aller-
dings große Unterschiede im Anteil dieser Bewohner. Dieser schwankte zwischen 2,3% und 64,9%. Einen Überblick über die Anteile dieser Bewohner in Einrichtungen mit Vollerhebung gibt die folgende Tabelle.

**Tab. 28: Bewohner mit Schmerzproblematik in Einrichtungen mit Vollerhebung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit Schmerzproblematik</th>
<th>Bewohner ohne Schmerzproblematik</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil der Bewohner mit Schmerzproblematik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>59</td>
<td>65</td>
<td>9,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>13</td>
<td>78</td>
<td>91</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>18</td>
<td>41</td>
<td>59</td>
<td>30,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>18</td>
<td>41</td>
<td>59</td>
<td>30,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>24</td>
<td>46</td>
<td>70</td>
<td>34,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>20</td>
<td>36</td>
<td>56</td>
<td>35,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>34</td>
<td>61</td>
<td>95</td>
<td>35,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>33</td>
<td>51</td>
<td>84</td>
<td>39,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>39</td>
<td>24</td>
<td>63</td>
<td>61,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>25</td>
<td>14</td>
<td>39</td>
<td>64,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>230</td>
<td>451</td>
<td>681</td>
<td>33,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Angesichts der unerwartet niedrigen Anteilswerte in den Einrichtungen 2 und 41 stellt sich allerdings die Frage, ob der Frage nach dem Vorliegen wiederholter Schmerzen dort hinlänglich nachgegangen wurde. In beiden Einrichtungen ist, wie weitere Daten zeigen, die Schmerzeinschätzung im Alltag noch nicht fest etabliert (s. u.).

Hinsichtlich der Frage, ob bei Bewohnern mit Schmerzproblematik eine systematische Schmerzeinschätzung durchgeführt wurde, zeigte sich ein tendenziell erfreuliches Ergebnis. Dies war im Durchschnitt bei 82,6% der Bewohner der Fall. In 21 von 45 Einrichtungen wurde eine Einschätzung bei jedem der betroffenen Bewohner, in weiteren 11 Einrichtungen mindestens bei drei Vierteln dieser Bewohner vorgenommen. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich bei den Einrichtungen mit Vollerhebungen, in denen im Schnitt bei 86,6% der Bewohner mit Schmerzproblematik derartige Einschätzungen durchgeführt wurden.


Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Erfüllungsgrad bei diesem Indikator zu hohen oder niedrigen Werten tendiert und stark davon abhängt, ob ein systematisches Verfahren zur Schmerzeinschätzung in die Arbeitsabläufe insgesamt integriert ist oder nicht. Wo dies der Fall ist, finden bei allen oder doch fast allen Bewohnern mit einer entsprechenden Schmerzproblematik Einschätzungen statt, auch wenn eine Aktualität der Einschätzung nicht immer gewährleistet werden kann. Daneben gibt es Einrichtungen, die die Entwicklung des Schmerzmanagements offenbar noch gar nicht angestellt haben, in denen die Integration in die Alltagsroutinen noch aussteht (Einrichtungen Nr. 19 und 30). Die Rückmeldungen aus den beteiligten Einrichtungen bestätigen diese Einschätzung.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung</th>
<th>Schmerzeinschätzung nicht älter als 1 Monat</th>
<th>Schmerzeinschätzung 1 bis 3 Monate alt</th>
<th>Schmerzeinschätzung älter als 3 Monate</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>41</td>
<td>13</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>20</td>
<td>50,0%</td>
<td>25,0%</td>
<td>15,0%</td>
<td>5,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>34</td>
<td>88,2%</td>
<td>64,7%</td>
<td>17,6%</td>
<td>2,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>34</td>
<td>91,2%</td>
<td>29,4%</td>
<td>47,1%</td>
<td>2,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>25</td>
<td>96,0%</td>
<td>40,0%</td>
<td>20,0%</td>
<td>36,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>100,0%</td>
<td>16,7%</td>
<td>16,7%</td>
<td>66,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>39</td>
<td>100,0%</td>
<td>41,0%</td>
<td>46,2%</td>
<td>12,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>18</td>
<td>100,0%</td>
<td>5,6%</td>
<td>94,4%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>18</td>
<td>100,0%</td>
<td>88,9%</td>
<td>11,1%</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>25</td>
<td>100,0%</td>
<td>36,0%</td>
<td>28,0%</td>
<td>36,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>232</td>
<td>86,6%</td>
<td>38,8%</td>
<td>32,3%</td>
<td>12,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bewertungssystematik


<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungsregeln</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Es liegt bei mehr als 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es liegt bei 70% bis 90% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.</td>
</tr>
<tr>
<td>– unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Es liegt bei weniger als 70% der Bewohner mit Schmerzproblematik eine aktuelle Schmerzeinschätzung vor, die nicht älter als 3 Monate ist.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei Anwendung dieses Rasters ergeben sich für die Einrichtungen mit Vollerhebungen folgende Bewertungen:

<p>| Tab. 30: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Schmerzmanagement für Einrichtungen mit Vollerhebung |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit Schmerzproblematik</th>
<th>Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung</th>
<th>Bewertung</th>
<th>Anteil Bewohner mit Schmerzeinschätzung, die nicht älter als 3 Monate ist</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
<td>33,3%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>39</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
<td>87,2%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>34</td>
<td>88,2%</td>
<td>O</td>
<td>82,4%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>25</td>
<td>96,0%</td>
<td>+</td>
<td>60,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>18</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>18</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>34</td>
<td>91,2%</td>
<td>+</td>
<td>76,5%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>25</td>
<td>100,0%</td>
<td>+</td>
<td>64,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>20</td>
<td>50,0%</td>
<td>-</td>
<td>40,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>13</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
<td>0,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Fazit**

Der Indikator ist sowohl im internen Qualitätsmanagement einer Einrichtung als auch für Qualitätsvergleiche und die öffentliche Qualitätsberichterstattung verwendbar.

Die Daten können dem internen Qualitätsmanagement Hinweise auf die Umsetzung zentraler Anforderungen des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ liefern. So können beispielsweise Wohnbereiche oder spezielle Bewohnergruppen identifiziert werden, bei denen in dieser Hinsicht Qualitätsprobleme bestehen.

Im Rahmen von Qualitätsvergleichen lassen sich Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der Durchführung systematischer Schmerzeinschätzungen und deren Aktualität ab-
bilden. Bei Anwendung entsprechender Bewertungsraster können anhand dieser Daten Qualitätsunterschiede zwischen Einrichtungen deutlich gemacht werden.


Der Indikator und die Bewertungssystematik sollten im Laufe der Zeit angepasst werden, um Fortschritte auf dem Feld des Schmerzmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen besser zu berücksichtigen.

5.3.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Qualitätsbereichs 3

Zur Gesamtbeurteilung wird die Bewertung der einzelnen Indikatoren wieder in einem Punktwert ausgedrückt. Unterschieden werden dann Einrichtungen, in denen die betreffenden Ziele vollständig, überwiegend, teilweise oder kaum bzw. gar nicht erreicht werden.

Durch die Zusammenführung wird ein Punktwert ermittelt, der sich aus der Summe der Einzelbewertungen für die vier Indikatoren zusammensetzt. Für jedes überdurchschnittliche Ergebnis wird ein Punkt vergeben, für jedes unterdurchschnittliche ein Punkt abgezogen. Der Punktwert bewegt sich damit theoretisch in einem Bereich zwischen +4 und -4.

Zur Bewertung dieses Scores wird zunächst wieder ein Mittelwert gebildet (Punktwert einer Einrichtung dividiert durch 4). Unter Berücksichtigung der empirischen Verteilung des Ergebnisses wird folgendes Schema angewendet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punktwert</th>
<th>Mittelwert liegt</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4 Punkte</td>
<td>bei 1,0</td>
<td>++ Ziele vollständig erreicht</td>
</tr>
<tr>
<td>2 bis 3 Punkte</td>
<td>im Bereich 0,5 bis 0,9</td>
<td>+ Ziele überwiegend erreicht</td>
</tr>
<tr>
<td>-1 bis 1 Punkt</td>
<td>im Bereich 0,4 bis -0,4</td>
<td>O Ziele teilweise erreicht</td>
</tr>
<tr>
<td>-2 bis -4 Punkte</td>
<td>im Bereich -0,5 bis -1,0</td>
<td>– Ziele nicht erreicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Gesamtbewertung kann auch dann vorgenommen werden, wenn sich einer der drei Indikatoren aufgrund einer zu geringen Fallzahl nicht bewerten lässt. Die folgende Übersicht illustriert, welche Werte jeweils entstehen und mit welcher Beurteilung sie jeweils verknüpft werden.
Gesamtbewertung des Bereiches 3 bei drei und vier gültigen Indikatoren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punktwert bei drei Indikatoren und Mittelwert</th>
<th>Punktwert bei vier Indikatoren und Mittelwert</th>
<th>Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3 1,00</td>
<td>4 1,00</td>
<td>++</td>
</tr>
<tr>
<td>2 0,66</td>
<td>3 0,75</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>1 0,33</td>
<td>1 0,25</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>0 0,00</td>
<td>0 0,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-1 -0,33</td>
<td>-1 -0,25</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>-2 -0,66</td>
<td>-2 -0,50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-3 -1,00</td>
<td>-3 -0,75</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-4 -1,00</td>
<td>-4 -1,00</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Danach ergeben sich für die Einrichtungen mit Vollerhebungen folgende Gesamtbewertungen:

**Tab. 31: Verteilung der Ergebnisse bei einer Gesamtbewertung des Bereichs 3 (nur Vollerhebungseinrichtungen)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einzelergebnis Indikator</th>
<th>Summe</th>
<th>Mittelwert</th>
<th>Gesamtbewertung für den Bereich Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einrichtung</td>
<td>3.1</td>
<td>3.2</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>-1</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>-1</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>-1</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ø</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Ø</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Ø</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>-1</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>-1</td>
<td>-1</td>
<td>-1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei dieser Verteilung springt sofort ins Auge, dass eine positive Bewertung selten vorkommt und eine herausragende Qualität gar nicht vertreten ist. Dies erklärt sich aus dem Umstand, dass die mit den Indikatoren abgedeckten Aufgabenfelder, wie schon mehrfach erwähnt, entwicklungsbedürftig sind.

Im Hinblick auf die Streuung der Qualitätsbewertungen hebt sich dieser Qualitätsbereich deutlich ab von den Bereichen 1 und 2. Es ist daher sehr empfehlenswert, im Falle eines flächendeckenden Einsatzes der vier Indikatoren anhand der gewonnenen Daten sorgfältig abzuwägen, wie mit dem Bereichsergebnis verfahren werden sollte. Denkbar wäre es beispielsweise, eine Gesamtbewertung für diesen Bereich zunächst nur intern auszuweisen, den Einrichtungen zurückzuspiegeln und erst im weiteren Verlauf der Entwicklung öffentlich zugänglich zu machen.
5.4 Bereich 4: Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung

Der Bereich 4 ermittelt die im Bereich Wohnen, hauswirtschaftliche und pflegerische Versorgung/Unterstützung erzielten Ergebnisse. Das am häufigsten zur Ergebniserfassung eingesetzte Verfahren ist die Befragung von Nutzern. Vielfach handelt es sich um Aspekte des alltäglichen Lebens. Zur Relevanz der hier untersuchten Aspekte in Bezug auf die Lebensqualität auf der Ergebnisebene in der stationären Altenhilfe liegen kaum Forschungsergebnisse vor, was vor allem in der Alltätigkeit der betrachteten Dinge begründet liegt. Aus der psychologischen Stressforschung ist hier auf die Wirkungen der alltäglichen kleinen Stressoren zu verweisen, die in der Summe zu stärkeren psychischen Belastungen führen können als einzelne „größere“ Ereignisse.


Zusätzlich wurden Aspekte berücksichtigt, die in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätssystemen und -standards normativ als relevant eingestuft werden. Wichtigste Quelle hierfür ist die Pflegecharta, da sich die hierin festgelegten Rechte in deutschen Einrichtungen klar repräsentieren sollten.

Ausgehend von den dargestellten Quellen wurden zur Instrumentenentwicklung für die Bereiche 4 und 5 dann insbesondere die Aspekte, die Kernfragen der Bereiche betreffen, berücksichtigt. Eine Fokussierung war wesentlich, da aufgrund der speziellen Zielgruppe eine Nutzerbefragung nicht beliebig lang dauern kann, sondern der Konzentrationsfähigkeit der Befragten angepasst werden muss und auch das Erfordernis einer Umsetzbarkeit im Regelbetrieb berücksichtigt werden sollte.

Zusätzlich zu den Nutzerbefragungen wurden im Bereich 4 auch Verfahren zur Erfassung „objektiver“ Ergebnisdaten getestet. Hier bestanden besondere Schwierigkeiten, da die Trennung zur Struktur- und Prozessqualität kaum möglich war und betriebliche Kennzahlen häufig nicht vorlagen oder deren Erhebung unangemessen aufwändig erschien.

**Ergebnisermittlung der Bewohner- und Angehörigenbefragung: das Mittelwertsorientierte Ergebnisklassenverfahren**

Die Ergebnisse der Teilbereiche 4 und 5 beruhen häufig auf den Daten der Bewohner- und Angehörigenbefragung. Um eine vergleichende Bewertung von Ergebnissen zu ermöglichen, wird hier ein Verfahren gewählt, das im Hinblick auf die zukünftig in der Praxis zu erwartenden Fallzahlen einer Bewohnerbefragung eine eindeutige und gerechte Ergebnisbeurteilung ermöglicht. Daher wurde ein Verfahren\(^{32}\) gewählt, das sich am erreichten Mittelwert der Gesamtgruppe orientiert.


\(^{32}\) In wenigen Ausnahmen wurde ein alternatives Verfahren gewählt.

Zur Bewertung der Ergebnisse werden Ergebnisklassen in den folgenden Schritten gebildet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertung des Ergebnisses</th>
<th>Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab</th>
<th>Interpretation der Ergebnisklassen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>über +15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt deutlich über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>über +5% bis +15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt leicht über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>+/-5%</td>
<td>Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>unter -5% bis -15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt leicht unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>unter -15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt deutlich unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Bildung der Ergebnisklassen beruht auf folgenden Prämissen:

- Ausschluss von Fehlklassifikationen von Qualitätsergebnissen
- Fehlende Normwerte
- Zu den Indikatoren der Bereiche 4 und 5 existieren derzeit keine Norm- oder Referenzwerte, anhand derer eine Beurteilung vorgenommen werden könnte.
- Die Ergebnisklassen sollen auch in kleineren Gruppen anwendbar sein. Die Klassen „leicht unterdurchschnittlich“ und „leicht überdurchschnittlich“ sollen Ergebnisse kennzeichnen, die nur eine geringe Abweichung zum Durchschnitt darstellen. Diese Zwischenklassen sind erforderlich, da in kleineren Befragungsgruppen die Bewertung einer einzelnen Person stärkeres Gewicht entfaltet (vgl. hierzu 9.2.2.)
Die Orientierung am Mittelwert bezieht ggf. indirekt die auf alle Einrichtungen gleichermaßen einwirkenden Rahmenbedingungen ein.

**Besteht die Gefahr einer Ergebnisverzerrung durch „notorische Kritiker“?**

Eine von Mitarbeitern geäußerte Befürchtung, dass in dem gewählten Bewertungsverfahren Personen mit einer allgemeinen Unzufriedenheit (hier als „notorische Kritiker“ bezeichnet) deutlichen Einfluss auf das Ergebnis einer Einrichtung nehmen könnten, wurde überprüft. Um diese Beurteilung vornehmen zu können, wurden alle 42 Fragen des Fragekataloges, die direkt nach der Ergebnisqualität fragen, einbezogen. Minimal wurde der Wert „0“ erreicht, was bedeutet, dass es Bewohner gibt, die jede Frage nach Erreichung der Ergebnisqualität als voll erfüllt beurteilt haben. Das Maximum hingegen liegt nicht beim theoretisch erreichbaren Wert von 42, sondern mit 29 deutlich darunter. Der Mittelwert liegt bei 6,78, im Durchschnitt wurde bei 6 – 7 Fragen das Erreichen der Ergebnisqualität aus Bewohnersicht verneint. Als „notorische Kritiker“ wurden Personen definiert, die die Hälfte der Fragen negativ beantwortet haben. Der Anteil der Bewohner, die mindestens 21 der ausgewählten Fragen kritisch beantworteten, ist mit 1,3% derart gering, dass ein verzerrender Einfluss auf die Beurteilung ausgeschlossen werden kann, während der Anteil der Personen, die nahezu alles positiv beurteilen (max. 2 kritische Ergebnisbeurteilungen von 42) bei 11,4% liegt. Das häufige Auftreten von mehreren Fällen „notorischer Kritiker“ in einer Einrichtung, ohne dass es einen Zusammenhang zur erbrachten Qualitätsleistung gibt, kann als nahezu ausgeschlossen betrachtet werden.

Zur Anwendung empfohlen werden für den Bereich 4 die folgenden Indikatoren:

- Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht (Indikator 4.1)
- Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation (Indikator 4.2)
- Unterstützung der Bewohner aus Nutzersicht (Indikator 4.3)
- Qualität des Mahlzeitenangebotes aus Nutzersicht (Indikator 4.4)

### 5.4.1 Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht

**Inhaltliche Definition**


**Formale Definition und Gruppenunterteilung**

Ergebnis 1: Anteil der positiven Antworten zu drei Kriterien der Sauberkeit und einem Geruchskriterium an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.
Ergebnis 2: Anteil der positiven Antworten zu drei Kriterien der Sauberkeit und einem Geruchs­kriterium an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

*Relevanz*


*Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung*

Die Einrichtung kann die Sauberkeit und den Geruch in der Einrichtung in einem hohen Maße durch geeignete Prozesse beeinflussen.

*Methodische Güte*

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung der Bewohnerbefragungen nach einer Woche ist sehr stabil (94,5%, N=41).

*Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen*


*Messverfahren (und etwaige Alternativen)*

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst jeweils vier Kriterien:

Tab. 32: Bewohnerbefragung „Sauberkeit und Geruch“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sind Ihr Bad und Ihre Toilette nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?</td>
<td>„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ist Ihr Zimmer nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Riecht es in der Einrichtung schlecht?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tab. 33: Angehörigenbefragung „Sauberkeit und Geruch“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Sind das Bad und die Toilette Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?</td>
<td>Ja” – „zum Teil” – „Nein” – „Ist mir nicht bekannt”</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Ist das Zimmer Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Riecht es in der Einrichtung schlecht?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die den Indikator Sauberkeit und Geruch positiv bewerten, liegt bei 91% (N=1.683 gültige Antworten). Das Ergebnis streut zwischen den Einrichtungen zufriedenstellend zwischen 76% und 100%.

Abb. 6: Anteil der positiven Bewertungen von Sauberkeit und Geruch aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.683 gültige Antworten von 426 Personen)
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die den Indikator Sauberkeit und Geruch positiv bewerten, liegt bei 76%, die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen deutlich zwischen 45% und 96% (N=1.909 gültige Antworten).

Tab. 34: Anteil der positiven Bewertungen von Sauberkeit und Geruch aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.909 gültige Antworten von 482 Personen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertungssystematik</th>
<th>Sauberkeit und Geruch (Bewohnersicht)</th>
<th>Sauberkeit und Geruch (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>entfällt</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>18</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungs raster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

**Empfohlener Einsatzbereich**

Für das interne Qualitätsmanagement kann der Indikator den Grad der subjektiven Zufriedenheit der Nutzer mit der Reinigungsleistung ermittelt werden. Mängel können gezielt zugeordnet werden.
In den externen Qualitätsprüfungen im Rahmen einer Kundenbefragung kann die Qualität der Sauberkeit über einen längeren Zeitraum aus Verbrauchersicht ermittelt werden.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis auf die Sauberkeit aus Sicht der Nutzer.

Zusammenfassung

5.4.2 Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht und Dokumentation

Inhaltliche Definition
Die Bewohner (bzw. Angehörige) bewerten die Qualität der Wäscheversorgung in Hinblick auf Sauberkeit sowie eine ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherrückgabe im letzten halben Jahr.

Formale Definition und Gruppenunterteilung
Bewohner, die den Wäscheservice nicht nutzen, werden mittels einer Filterfrage ermittelt und von der Bewertung der Kriterien ausgeschlossen, dies gilt auch für die Angehörigen. Ermittelt werden 3 Ergebnisse:

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zu den 4 Kriterien: Sauberkeit der Wäsche, ausreichend schnelle, vollständige und unbeschädigte Wäscherrückgabe im letzten halben Jahr an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.


Ergebnis 3: Durchschnittliche Dauer der Wäscherrückgabe in Tagen

Relevanz
sundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist und Angehörige in diesem Bereich keine Unterstüztzung leisten.

**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Die Einrichtung kann die Verlässlichkeit und Vollständigkeit in der Wäscheversorgung in hohem Maß mittels einer regelmäßigen Überwachung der Prozesse beeinflussen, wesentlich ist hier auch die Berücksichtigung der Prozesse, die vor dem Reinigen der Wäsche erfolgen müssen. Dazu gehören eine Etikettierung, um dem Verlust von Wäsche vorzubeugen, und die Information neuer Mitarbeiter oder Aushilfen.

**Methodische Güte**

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung ist sehr stabil (93,1%, N=40).

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Die Beurteilung der Wäscheversorgung wird in ähnlicher Form in diversen Qualitätssystemen zur Erfassung der Kundenzufriedenheit erfasst, z. B. Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007); Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand, 2008).

**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas nicht zurückbekommen haben?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Erprobungsergebnisse**


Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht liegt bei 78% (N=1.479 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen sehr weit zwischen 36% und 94% Qualitätserfüllung.

**Abb. 7: Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Bewohnersicht**

(18 Einrichtungen, N=1.479 gültige Antworten von 376 Personen)
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung von Angehörigen liegt bei 75% (N=1.524 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen sehr weit von 45% bis zu 96% Qualitätserfüllung.

Abb. 8: Anteil der positiven Bewertungen der Wäscheversorgung aus Angehörigensicht (17 Einrichtungen, N=1.524 gültige Antworten von 444 Personen)


Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse 1 und 2 wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4).

Das Ergebnis 3 erfordert ein anderes Bewertungsverfahren. Die Verteilung auf Ergebnisklassen, die sich auf eine prozentuale Abweichung vom Mittelwert beziehen, ist bei diesem Ergebnistyp nicht sinnvoll. Die Bewertung erfolgt deshalb gemäß folgender Systematik:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertung des Ergebnisses</th>
<th>Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... Tage ab</th>
<th>Interpretation der Ergebnisklassen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>mehr als 1 Tag schneller</td>
<td>Das Ergebnis liegt deutlich über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Mittelwert +/- 1 Tag</td>
<td>Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>mehr als 1 Tag langsamer</td>
<td>Das Ergebnis liegt deutlich unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen erreicht wird.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Legt man die beiden Bewertungs raster an die jeweiligen Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Wäscheversorgung (Bewohnersicht)</th>
<th>Wäscheversorgung (Angehörigen-sicht)</th>
<th>durchschnittliche Dauer der Wäscherückgabe (Angabe der Einrichtung)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>entfällt³³</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>18</td>
<td>17</td>
<td>25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Empfohlener Einsatzbereich**

Für das interne Qualitätsmanagement kann der Indikator den Grad der subjektiven Zufriedenheit der Verbraucher mit der Wäscheversorgung ermitteln. Ebenso bietet er Hinweise auf das Ausmaß bislang häufig nicht systematisch erfasster Fehler in der Wäscheversorgung und bietet die Möglichkeit zur Prozessoptimierung.

In externen Qualitätsprüfungen im Rahmen einer Kundenbefragung kann die Qualität der Wäscheversorgung über einen längeren Zeitraum aus Verbrauchersicht ermittelt werden.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis auf die Qualität der Wäscheversorgung aus Sicht der Verbraucher.

**Zusammenfassung**

Der Indikator ist leicht und sehr stabil erfasssbar und bildet deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der erreichten Qualität ab. Er ist für Nutzer von hoher persönlicher Relevanz. Die zukünftig systematische Erfassung der durchschnittlichen Dauer der Wäscherückgabe als betriebliche Kennzahl sollte für alle Einrichtungen unproblematisch möglich sein.

**5.4.3 Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht**

**Inhaltliche Definition**


³³ Eine Bewertung in 5 Stufen ist in diesem Fall nicht sinnvoll.
Formale Definition und Gruppenunterteilung


Relevanz


Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist von den Einrichtungen stark beeinflussbar. Es spiegelt die täglichen Versorgungsprozesse in der Wahrnehmung und Erfahrung der Bewohner wider.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der überarbeiteten Variante von den befragten Personen leicht zu beantworten. Er ist in der Wiederholungsbefragung mit 90,1% sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

Die Kriterien werden häufig zur Qualitätsbeurteilung herangezogen, wenn zum Teil auch in anderer Form (z. B. Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Survey (2007), Quality Framework Responsible Care (ActiZ et al. 2007), Health and disability services standards (Ministry of Health New Zealand 2008), Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)).

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Als Messverfahren wurde eine Bewohnerbefragung mit 5 Kriterien und geschlossenen Antwortskalen eingesetzt:
Tab. 37: Bewohnerbefragung „Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Erprobungsergebnisse

Der von den befragten Personen wahrgenommene Qualitätsgrad der Unterstützung streut gut zwischen 56,9% und 97% mit einem Durchschnittswert von 79,5%. Es werden große Unterschiede in der erreichten Qualität der jeweiligen Einrichtungen erkennbar.

Abb. 9: Anteil der positiven Bewertungen der Unterstützung aus Bewohnersicht
(11 Einrichtungen, N= 497 gültige Antworten von 271 Personen)
Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwendet (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Unterstützung (Bewohnersicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl beurteilter Einrichtungen</strong></td>
<td><strong>11</strong>^34</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, wie gut die Unterstützung der Bewohner in der alltäglichen Praxis gelingt. Verbraucher können sich über ein wichtiges Versorgungskriterium im Alltag der stationären Versorgung aus der Sicht von Nutzern ein Bild machen.

Zusammenfassung


5.4.4 Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator bildet die Bewertung des Mahlzeiten- und Getränkeangebotes von Nutzern in Hinblick auf Geschmack, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur ab.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten bezogen auf das Mahlzeitenangebot an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht zu den Kriterien: Geschmack, Auswahlmöglichkeiten und Temperatur.

^34 Aufgrund der modifizierten Befragungsweise in der zweiten Erprobungsphase werden hier Ergebnisse für 11 statt für 18 Einrichtungen ausgewiesen.

Relevanz


Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung


Methodische Güte


Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst vier Kriterien:

**Tab. 39: Bewohnerbefragung „Qualität der Mahlzeiten aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bekommen Sie von der Einrichtung ausreichend Getränke, die Ihnen gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?</td>
<td>„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Können Sie unter verschiedenen Gerichten auswählen, was Sie mittags essen möchten?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Schmeckt Ihnen das Mittagessen hier gut?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Ist das Mittagessen angenehm warm?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 40: Angehörigenbefragung „Qualität der Mahlzeiten aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Alternativ** wurde eine Erfassung der Qualität des Mahlzeitenangebotes anhand der Kriterien (a) Variabilität des Speiseangebotes, (b) Variabilität des Speiseangebotes bei Diätkost, (c) spezifische Speiseangebote für Bewohner mit demenziellen Veränderungen, (d) kurzfristige Möglichkeit, Speisewünsche abzugeben oder zu ändern, (e) Erfüllung des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zum Einsatz von Lebensmitteln im wöchentlichen Gesamtangebot der Vollverpflegung über eine Befragung der Einrichtungen und Speiseplananalyse getestet (vgl. hierzu 6.1.3).

**Erprobungsergebnisse**

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Qualität des Mahlzeitenangebotes liegt aus Bewohnersicht bei 84,3% (N=1.692 gültige Antworten). Die Werte streuen mit 69,8% und 97,2% breit um den Durchschnitt. Es werden deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen erkennbar.
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen der Qualität des Mahlzeitangebotes liegt bei Angehörigen bei 75,1% (N=1.535 gültige Antworten). Die Werte streuen mit 63,6% und 87,3% gut um den Durchschnitt.

**Abb. 10: Anteil positiver Bewertungen der Qualität des Mahlzeitangebotes aus Bewohnerperspektive (18 Einrichtungen, N=1.692 gültige Antworten von 428 Personen)**

**Abb. 11: Anteil der Angehörigen mit positiver Bewertung der Qualität des Mahlzeitangebotes (17 Einrichtungen, N=1.535 gültige Antworten von 441 Personen)**

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „leicht über-
durchschnittlichen“ bis zu „leicht unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Qualität der Mahlzeiten (Bewohnersicht)</th>
<th>Qualität der Mahlzeiten (Angehörgensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>8</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>18</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Empfohlener Einsatzbereich**

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, ob die Flüssigkeitsversorgung durch gut schmeckende Getränke ausreichend unterstützt wird. Zusätzlich zeigt er an, ob eine bestehende Wahlmöglichkeit für Speisen im alltäglichen Prozessablauf dem Nutzer auch unterbreitet wird. Für den Verbraucher wird transparent, wie die Qualität der Mahlzeiten von Nutzern insgesamt bewertet wird.

**Zusammenfassung**

Der Indikator ist in der erprobten Form ausreichend stabil, um im Rahmen von Bewohner- und Angehörigenbefragungen eingesetzt zu werden.

### 5.4.5 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 4


Für jede Einrichtung kann somit ein Ergebnisprofil für den Bereich 4 erstellt werden, das mit nur 4 Ergebnissen die Qualität des gesamten Bereiches abbildet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>erzieltes Indikatorergebnis</th>
<th>entspricht Score</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittlich</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>-2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In einem nächsten Schritt werden nun die Scorewerte für alle zu diesem Bereich gehörenden Indikatoren addiert und die Anzahl der in die Bewertung einbezogenen Indikatoren gezählt. Die Zählung der einbezogenen Indikatoren ist notwendig, da nicht in allen Einrichtungen immer zu allen Indikatoren die erforderlichen Fallzahlen (N=15) erreicht werden. Damit der Bereich 4 bei Ausfall einzelner Indikatoren nicht von einer Gesamtbewertung ausgeschlossen werden muss, wird durch die Einbeziehung der Anzahl der beurteilten Indikatoren in der jeweiligen Einrichtung ein Mittelwert der Ergebnisse berechnet. In folgender Abbildung ist die Berechnung des Gesamtergebnisses der Bewohner- und Angehörigenbefragung im Bereich 4 für die Einrichtung 21 exemplarisch dargestellt:
Ergebnisse der Bewohnerbefragung in Einrichtung 21

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis Indikator</th>
<th>möglicher Scorewert</th>
<th>erzielter Score</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.1: leicht überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.2: leicht überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.3: überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.4: durchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Scoresumme Bereich 4</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl einbezogener Indikatoren</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der erzielte Gesamtwert im Bereich 4 ist die „Scoresumme Bereich 4“ geteilt durch die „Anzahl einbezogener Indikatoren“: $4 : 4 = 1,0$

Die Einrichtung 21 hat in der Bewohnerbefragung im Bereich 4 mit einem Gesamtwert von 1,0 ein überdurchschnittliches Ergebnis erzielt.

Ergebnisse der Angehörigenbefragung in Einrichtung 21

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis Indikator</th>
<th>möglicher Scorewert</th>
<th>erzielter Score</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.1: überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.2: leicht überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis Indikator 4.3: leicht überdurchschnittlich</td>
<td>-2 bis 2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Scoresumme Bereich 3</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl einbezogener Indikatoren</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der erzielte Gesamtwert (hier 1,33) wird anhand des folgenden Schemas einer Ergebnisbewertung zugeordnet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>erzieltes Ergebnis im Bereich 4</th>
<th>Ergebnisbewertung</th>
<th>Symbol</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtwerte &gt; 1,5</td>
<td>hervorragend</td>
<td>++</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwerte von &gt; 0,5 bis 1,5</td>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwerte von – 0,5 bis + 0,5</td>
<td>durchschnittlich</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtwerte &lt; – 0,5</td>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Einrichtung 21 hat in der Angehörigenbefragung im Bereich 4 mit einem Gesamtwert von 1,33 ein überdurchschnittliches Ergebnis erzielt.

Die Gesamtbewertung der Ergebnisse im Bereich 4 für die Einrichtung 21 würde wie im Folgenden dargestellt aussehen:
Das Profil dieser Einrichtung lässt somit auf einen Blick erkennen, dass es sich um eine Einrichtung handelt, die im Bereich 4 insgesamt überdurchschnittlich gute Ergebnisse erzielt hat.

**Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 4**

Wendet man nun das dargestellte Verfahren für auf alle Einrichtungen an, ergibt sich für die Bewohnerbefragung eine Verteilung von unterdurchschnittlichen bis zu überdurchschnittlichen Gesamtbewertungen. Vier Einrichtungen erzielen ein überdurchschnittliches Gesamtergebnis, zwölf ein durchschnittliches Gesamtergebnis und zwei Einrichtungen ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis.

**Abb. 12: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 4: Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen)**

Die Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen

In Einrichtungen mit Stichproben, die zwischen 10 und 15 befragungsfähige Bewohner oder Angehörige umfassen, kann eine Anpassung der Ergebnisbewertung erforderlich sein. Eine vergleichende Bewertung von Befragungsergebnissen mit weniger als 10 Fällen ist nicht möglich (vgl. zur Frage der Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen die Ausführungen unter 9.1.3).

5.5 Bereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen


Zusätzlich zu den Nutzerbefragungen wurden im Bereich 5 auch Verfahren zur Erfassung „objektiver“ Ergebnisdaten getestet. Zur Anwendung empfohlen werden die folgenden Indikatoren:

- Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht (Indikator 5.1)
- Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht (Indikator 5.2)
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
  - Bewohner ohne deutliche Mobilitäts einschränkung (Indikator 5.3)
  - Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Indikator 5.4)
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Indikator 5.5)
- Respektvoller Umgang aus Nutzersicht (Indikator 5.6)
- Privatheit aus Nutzersicht (Indikator 5.7)
- Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht (Indikator 5.8)
5.5.1 Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht

**Inhaltliche Definition**

**Formale Definition und Gruppenunterteilung**
Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht. Ausgeschlossen werden Fälle fehlender Bedürfnisdeckung, wenn die zugrunde liegende Ursache nicht durch die Einrichtung beeinflusst werden kann.

**Relevanz**
Selbstbestimmung (hier der Tagesstruktur) wird von zwei Dritteln der Heimbewohner als sehr wichtige Dimension der Lebensqualität betrachtet, lediglich 8% halten sie für nicht so wichtig (Heusel et al. 2009).

**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**
Das Ergebnis ist durch eine bedürfnisgerechte und flexible Zeitorganisation der Versorgungsleistungen gut zu beeinflussen. An dieser Stelle kommt es darauf an, inwieweit die bestehenden Wahlmöglichkeiten dem Bewohner tatsächlich vermittelt oder aktiv angeboten werden.

**Methodische Güte**
Der Indikator ist durch Bewohner leicht zu beantworten und sehr stabil in der Wiederholungsbefragung (95%).

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**
Der Indikator wurde in Anlehnung an Murphy, Shea and Cooney "Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland" (2007), den National Care Standard (Scottish Executive 2007) und Quality Framework Responsible Care gestaltet (ActiZ et al. 2007).

**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**
Die Messung erfolgt mittels einer Bewohnerbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit zur Kommentierung der Ergebnisbewertung, um in Fällen einer fehlenden Bedürfnisdeckung die zugrunde liegende Ursache zu beschreiben. Auf Basis der Kommentierung wird der Fall in die Bewertung ein- oder ausgeschlossen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:
Tab. 42: Bewohnerbefragung „Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Um wie viel Uhr frühstücken Sie meistens? Und wann würden Sie gerne frühstücken?</td>
<td>Um .................... Uhr. „Lieber früher“ – „Lieber später“ – „Zeit ist genau richtig“</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Um wie viel Uhr essen Sie meistens zu Abend? Und wann würden Sie gerne Abend essen?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Um wie viel Uhr stehen Sie hier morgens auf? Und wann würden Sie gerne aufstehen?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Um wie viel Uhr gehen Sie abends zu Bett? Und wann würden Sie gerne zu Bett gehen?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnis

Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die eine Bedürfnisdeckung im Bereich der Tagesstrukturierung angeben, liegt bei 89,8% (N=1.658 gültige Antworten). Der Grad der Anpassung an institutionell vorgegebene Zeiten ist hoch, häufig werden die Essenszeiten positiv bewertet, da die Bewohner eine Verbindung zur zeitlichen Lage der Pflegeunterstützung herstellen. Diese wird oft als wenig beeinflussbar wahrgenommen und ist somit der „Taktgeber“ der verbleibenden Tagesstrukturierung. Kritische Äußerungen erfolgen vor allem, wenn der Bewohner subjektiv regelmäßig „zu früh“ zu Bett gebracht wird.

Abb. 14: Anteil der der positiven Bewertungen zur Tagesstrukturierung aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.658 gültige Antworten von 422 Personen)

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an,
ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlich“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 43: Ergebnisverteilung bedürfnisgerechte Tagesstrukturierung aus Nutzersicht (N=18 Einrichtungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>bedürfnisgerechte Tagesstruktur (Bewohnersicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise darauf, ob die tageszeitliche Strukturierung den individuellen Interessen der Bewohner entspricht. Das Verfahren ermöglicht es, Personen zu identifizieren, deren Tagesablauf nicht bedürfnisgerecht gestaltet ist. Verbraucher erhalten einen Hinweis, in welchem Maße sich die Organisationspraxis an die Bedürfnisse der Bewohnerschaft anpasst.

Zusammenfassung


5.5.2 Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung durch passende Angebote und Ermöglichung von Spaziergängen von Bewohnern, die an Beschäftigungen prinzipiell teilnehmen möchten.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht

Ergebnis 2: Anteil positiver Antworten zur Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht
Relevanz

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung
Das Ergebnis ist durch eine an der Bewohnerschaft orientierte Gestaltung von Freizeit- und Beschäftigungsangeboten gut zu beeinflussen, hierzu zählt auch die Unterstützung beim Transfer und die Ermöglichung von Aufenthalten im Freien bei mobilitätseingeschränkten Personen.

Methodische Güte
Die Ergebnisstabilität beträgt in der Wiederholungsbefragung 87,5% (N=24), das Ergebnis ist somit hinreichend stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen
Der Indikator wurde erstellt in Anlehnung an die Projekte und Befragungsinstrumente:

- Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)

Messverfahren (und etwaige Alternativen)
Als Messverfahren wurde eine Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen eingesetzt. Der Indikator umfasst zwei Kriterien:

**Tab. 44: Bewohnerbefragung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
</table>
Tab. 45: Angehörigenbefragung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
</table>

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Im Durchschnitt geben 74,4% der befragten Bewohner eine bedürfnisgerechte Beschäftigungsmöglichkeit an. Die Ergebnisse der Einrichtungen streuen sehr weit zwischen 45,9 und 97,7%, es sind deutliche Unterschiede der erreichten Qualitätsgrade erkennbar.

Ergebnis 2: Der Anteil der Angehörigen, die eine bedürfnisgerechte Beschäftigungsmöglichkeit ihres Angehörigen angeben, liegt bei 54,5%. Die Ergebnisse der Einrichtungen streuen zwischen 22,7% und 76,1%.

Abb. 15: Anteil der positiven Bewertungen einer bedürfnisgerechten Beschäftigung aus Bewohnersicht (11 Einrichtungen, N= 496 gültige Antworten von 265 Personen)
Ergänzend zur Ermittlung der Ergebnisse wurde erfasst, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, für die kein aus ihrer Sicht passendes Beschäftigungsangebot besteht. Der Anteil bewegt sich zwischen 0% und 23,8% und erreicht somit in einzelnen Einrichtungen kritische Werte. Männer geben deutlich seltener ein Bedürfnis deckendes Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten an (70,3%) als Frauen (84,5%).

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID Einrichtung</th>
<th>Anzahl Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Bewohnersicht)</th>
<th>gültige Antworten</th>
<th>Quote Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Bewohnersicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>25</td>
<td>0</td>
<td>21</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>0</td>
<td>26</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
<td>5,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
<td>5,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>33</td>
<td>6,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>7,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>3</td>
<td>28</td>
<td>10,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
<td>20,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>4</td>
<td>19</td>
<td>21,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>5</td>
<td>21</td>
<td>23,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>26</td>
<td>231</td>
<td>11,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Anteil der Bewohner, für die aus Sicht der Angehörigen kein passendes Beschäftigungsangebot besteht, liegt zwischen 0% und 20%.
Tab. 47: Anteil der Bewohner, für die Angehörige angeben, dass kein passendes Aktivitätsangebot besteht (9 Einrichtungen, N=402)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID Einrichtung</th>
<th>Anzahl Bewohner, für die keine passendes Angebot besteht (Angehörigensicht)</th>
<th>gültige Antworten</th>
<th>Quote Bewohner, für die kein passendes Angebot besteht (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>41</td>
<td>5</td>
<td>25</td>
<td>20,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
<td>13,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>6</td>
<td>51</td>
<td>11,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>4</td>
<td>40</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>4</td>
<td>45</td>
<td>8,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>1</td>
<td>13</td>
<td>7,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>19</td>
<td>5,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>1</td>
<td>22</td>
<td>4,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>24</td>
<td>402</td>
<td>6,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

**Tab. 48: Ergebnisverteilung „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Aktivitäten: Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohnersicht)</th>
<th>Aktivitäten: Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>11</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Empfohlener Einsatzbereich**

Der Indikator bietet wichtige Hinweise für das interne und externe Qualitätsmanagement. Die von Einrichtungsmitarbeitern häufig geäußerte Ansicht, dass zahlreiche Bewohner nicht an einer Teilnahme an Aktivitäten interessiert seien, kann nicht bestätigt werden. Die ermittelten Daten zeigen, dass der Anteil der Personen, die deshalb an keiner Aktivität teilnehmen, weil das Angebot nicht passt, eine zu berücksichtigende Größenordnung erreicht. In diesen Fällen wird die Lebensqualität durch eine unzureichende Angebotsstruktur beeinträchtigt. Im Rahmen einer Kundenbefragung von externen Qualitätsprüfungen und der öffentlichen Qualitätsberichterstattung gibt der Indikator Hinweise darauf, ob die angebotenen Aktivitäten den subjektiven Bedürfnissen der Bewohnerschaft entsprechen und ermöglicht Prozessopti-
mierungen. Für Verbraucher ist dies eine wichtige Information über die tatsächliche Attraktivität der Angebote aus Nutzersicht.

**Zusammenfassung**
Der Indikator bietet Hinweise auf den Grad der Umsetzung einer bedürfnisgerechten Angebotsstruktur innerhalb der Einrichtung. Er ist stabil in der Wiederholungsbefragung nach einer Woche.

**5.5.3 Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation**

*Inhaltliche Definition*
Die Indikatoren „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“ und „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ messen den jeweiligen Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) im Zeitraum von 7 Tagen teilgenommen haben. Bewohner, die aus gesundheitlichen Gründen an keiner Aktivität teilnehmen konnten oder die eine Teilnahme ablehnen, werden nicht in die Bewertung einbezogen. Als gesundheitlich bedingter Ausschlussgrund werden 3 Kriterien anerkannt:

a. Ärztlich verordnete Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung
b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation
c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt


Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“: Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben und nicht aus gesundheitlichen Gründen verhindert waren oder die eine Teilnahme an Angeboten grundsätzlich ablehnen. Berücksichtigt werden nur Personen ohne oder mit einem geringeren Grad der Mobilitätseinschränkung (selbständig bis erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit = Score 0 bis 6 im Modul Mobilität, NBA).

2. Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“: Anteil der Bewohner, die an mindestens 3 Angeboten (Einzel- oder Gruppenangebote) in 7 Tagen teilgenommen haben und nicht aus gesundheitlichen Gründen verhindert waren oder die eine Teilnahme an Angeboten grundsätzlich ablehnen. Berücksichtigt werden nur Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität = Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA).

Relevanz


und den Alltag zu gestalten. Einrichtungsmitarbeiter halten eine Teilnahme an 3 Aktivitäten pro Woche für ein erreichbares und angemessenes Kriterium.

_Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung_

Das Ergebnis kann durch eine individuell auf die Bewohner abgestimmte und angepasste Angebotsstruktur gut beeinflusst werden. Wichtig ist hierbei auch die positive Motivation und Information der Bewohner. Der Transfer zu den (Gruppen-)Angeboten ist sicherzustellen.

_Methodische Güte_

Der Indikator misst nach einheitlichen Kategorien die Teilnahme der Bewohnerschaft an Aktivitäten über eine Woche hinweg. Prinzipiell ist die methodische Güte gegeben, sie hängt jedoch auch von der Qualität der Datenerfassung der Einrichtung ab. Insbesondere die Ausschlussmöglichkeit von Bewohnern, die eine Teilnahme prinzipiell ablehnen, sollte im Rahmen externer Qualitätsprüfungen durch Bewohnerstichproben überprüft werden. Für Männer wird von Einrichtungen doppelt so häufig wie für Frauen die Angabe gemacht, dass der Bewohner prinzipiell an keinen Aktivitäten teilnehmen möchte (Männer: 20,8%, Frauen 10,1%). Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Bewohnerbefragungen, die eher Hinweise auf von Männern nicht als passend empfundene Angebotsstrukturen ergibt.

_Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen_

Der Indikator wird in dieser Form aktuell noch nicht in Qualitätsbeurteilungen eingesetzt, er wurde im Rahmen des Projekts zur vergleichenden Beurteilung auf der Basis von Studienergebnissen (vgl. Jenull-Schiefer/Janig 2004; Mares et al. 2002; Murphy et al. 2007) und geltenden Qualitätsstandards entwickelt. Auch in Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität werden ebenfalls die Teilnahmen an Aktivitäten und die dabei erlebte Freude dokumentiert.

_Messverfahren (und etwaige Alternativen)_

Die Messung erfolgt mittels Dokumentation der Teilnahmehäufigkeit an Aktivitäten über eine Woche hinweg durch Mitarbeiter der Einrichtung:

---

Abb. 17: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung der Teilnahme an Aktivitäten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivitätstyp</th>
<th>Montag</th>
<th>Dienstag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen an keiner Aktivität teilnehmen</td>
<td>Ja ☐</td>
<td>Nein ☐</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gruppen-angebot</td>
<td>Einzel-angebot</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Förderung/Erhalt der Mobilität</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>orientierungs-/wahrnehmungs-/gedächtnisfördernde Aktivitäten</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>religiös/spirituell geprägte Aktivitäten</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Gespräche</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung I: Vorlesen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung II: Singen, Musizieren und Spielen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung III: Ausflüge und Feste</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigungen (z. B. Kochen, Tisch decken etc.)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: Werken, Basteln und Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Die Bereiche Gespräche, Aktivitäten zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität, Aktivitäten zur Förderung der Orientierung, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses sowie Aktivitäten zur Beschäftigung (Singen, Musizieren und Spielen) machen gut zwei Drittel (67,6%) der insgesamt wahrgenommenen Aktivitäten aus. Den größten Teil der Aktivitäten, an denen die Bewohner teilnehmen, stellen Gespräche mit einem Anteil von 19% dar (Gesprächsangebote auf individueller Ebene: 72%). Aktivitäten zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität umfassen 17% der Gesamtaktivitäten, sie werden häufiger (60% aller Angebote) in der Gruppe angeboten. Ebenso häufig sind die Aktivitäten zur Förderung der Orientierung, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses, die sowohl auf individueller Ebene (52%) als auch auf Gruppenbasis (48%) wahrgenommen werden. Die nächstgrößere Gruppe (15%) umfasst Beschäftigungsaktivitäten wie Singen, Musizieren und Spielen. Diese Tätigkeiten finden typischerweise in der Gruppe statt (84%).

Tab. 49: Verteilung von Aktivitätstypen in der stationären Altenhilfe (N=7.100 dokumentierte Aktivitäten)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivitätstyp</th>
<th>Anteil in Prozent</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gespräche</td>
<td>18,9%</td>
<td>1.341</td>
</tr>
<tr>
<td>orientierungs-/wahrnehmungs- u. gedächtnisfördernde Aktivitäten</td>
<td>17,1%</td>
<td>1.215</td>
</tr>
<tr>
<td>Förderung und Erhalt der Mobilität</td>
<td>16,7%</td>
<td>1.188</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung II: Singen, Musizieren &amp; Spielen</td>
<td>14,9%</td>
<td>1.057</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung I: Vorlesen</td>
<td>7,7%</td>
<td>549</td>
</tr>
<tr>
<td>hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigung</td>
<td>6,9%</td>
<td>490</td>
</tr>
<tr>
<td>religiös/spirituell geprägte Aktivitäten</td>
<td>6,7%</td>
<td>477</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung III: Ausflüge &amp; Feste</td>
<td>6,6%</td>
<td>470</td>
</tr>
<tr>
<td>Werken, Basteln u. häusliche Alltagsbeschäftigungen</td>
<td>4,4%</td>
<td>313</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>100,0%</td>
<td>7.100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Ergebnis Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“**

Die durchschnittliche Quote von Teilnehmenden an mindestens 3 Aktivitäten pro Woche lag in der ersten Erhebungsphase (Frühjahr 2010) bei 83,3% (N=1.033, Min.: 13,3%; Max.: 100%) und in der zweiten Erhebungsphase (Herbst 2010) bei 83,0% (N=942, Min.: 16,7%; Max.: 100%).

**Ergebnis Indikator „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“**

Die durchschnittliche Quote von Teilnehmenden an mindestens 3 Aktivitäten pro Woche lag in der ersten Erhebungsphase (Frühjahr 2010) bei 78% (N=653, Min.: 27,3%; Max.: 100%) und in der zweiten Erhebungsphase (Herbst 2010) bei 81,4% (N=668, Min.: 9,5%; Max.: 100%).

Betrachtet man die Ergebnisse der beiden Indikatoren innerhalb einer Einrichtung, so treten Verschiebungen der Teilnahmehäufigkeit in beiden Richtungen auf (Zu- und Abnahme, vgl. die Beispiele in folgender Tabelle). Es gibt sowohl Einrichtungen, in denen gerade Personen mit einer deutlichen Mobilitätseinschränkung stärker eingebunden sind, als auch Einrichtungen, in denen Personen ohne Mobilitätseinschränkungen stärker eingebunden sind. In mehreren Einrichtungen wird für beide Indikatoren eine Quote von 100% erreicht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID</th>
<th>Teilnehmerquote an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern …</th>
<th>… ohne deutliche Mobilitätseinschränkung (Herbst 2010)</th>
<th>… mit deutlich eingeschränkter Mobilität (Herbst 2010)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>33</td>
<td>100% (N=11)</td>
<td>60% (N=5)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>36,4% (N=11)</td>
<td>70,6% (N=17)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>83,7% (N=43)</td>
<td>52,9% (N=51)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insbesondere geringe Werte der Teilnahmehäufigkeit an Aktivitäten der Bewohner mit schwerer Beeinträchtigung der Mobilität und der damit verbundenen gesteigerten Gefahr der sozialen Isolation des Bewohners sind als kritisch zu betrachten.

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungs raster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):
Tab. 51: Ergebnisverteilung Teilnehmerquote Frühjahr 2010 (N=46 Einrichtungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisklasse</th>
<th>Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern …</th>
<th>… ohne deutliche Mobilitätseinschränkung</th>
<th>… mit deutlich eingeschränkter Mobilität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>20</td>
<td>19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>46</td>
<td>46</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 52: Ergebnisverteilung Teilnehmerquote Herbst 2010 (N=44 Einrichtungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisklasse</th>
<th>Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern …</th>
<th>… mit deutlich eingeschränkter Mobilität</th>
<th>… mit deutlich eingeschränkter Mobilität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>13</td>
<td>16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>8</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>11</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Empfohlener Einsatzbereich**

Die Indikatoren bieten im internen Qualitätsmanagement die Möglichkeit zur Identifizierung von Bewohnern, die ggf. kein adäquates Angebot finden oder deren Transfer und Motivation zur Teilnahme an Aktivitäten nicht ausreichend gesichert sind.

In externen Qualitätsprüfungen kann statt der bisherigen Prüfpraxis über das reine Bestehen eines Angebotes ermittelt werden, inwieweit das Angebot den Bedürfnissen der Bewohnerschaft tatsächlich entspricht sowie eine Teilnahme ermöglicht und unterstützt wird. Ergänzend zu validieren ist die Angabe der Einrichtung, dass ein Bewohner eine Teilnahme an Aktivitäten prinzipiell nicht wünscht.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher einen Hinweis darauf, inwieweit es gelingt, der Bewohnerschaft ein attraktives Beschäftigungsangebot anzubieten und eine Teilnahme zu ermöglichen. Dabei wird erkennbar, ob auch bei einer bestehenden deutlichen Mobilitätseinschränkung Teilnahmemöglichkeiten geschaffen werden.

**Zusammenfassung**

Der Indikator ist stabil erfassbar und weist eine ausreichende Streuung für eine differenzierte Ergebnisbeurteilung zwischen Einrichtungen auf. Der Indikator wird für das interne Qualitäts-
management, für externe Qualitätsprüfungen und die öffentliche Qualitätsberichterstattung empfohlen.

5.5.4 Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität

*Inhaltliche Definition*
Der Indikator „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ misst, an wie vielen Tagen der Woche sich ein Bewohner der Einrichtung im Durchschnitt außerhalb des Zimmers aufgehalten hat unter Berücksichtigung des Grades der Selbständigkeit der Mobilität.

*Formale Definition und Gruppenunterteilung*
Ergebnis ist: die durchschnittliche Anzahl der Tage pro Woche, an denen sich ein Bewohner außerhalb des Zimmers aufgehalten hat. Ausgeschlossen wurden Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind:

a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung
b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation
c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.

Berücksichtigt werden Personen mit deutlich eingeschränkter Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA).

*Relevanz*

*Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung*
Das Ergebnis ist sehr gut beeinflussbar und hängt eng mit der erbrachten Unterstützungsleistung beim Transfer aus dem Zimmer zusammen.

*Methodische Güte*
Der Indikator misst systematisch vergleichend die Häufigkeit, wie oft Bewohner aus dem Zimmer kommen.
Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen
Der Indikator ist eine Modifizierung der in H.I.L.DE und dem gos-Assessment Demenz eingesetzten Verfahren zur Erfassung des Bewegungsradius.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)


Tab. 53: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung des Aktionsradius

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufenthaltsort</th>
<th>Montag</th>
<th>Dienstag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner hat sich außerhalb des Bettes aufgehalten</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
<td>Ja □ Nein □</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Ergebnisse Frühjahr 2010
Die Bewohner verlassen im Durchschnitt etwas seltener das Zimmer als Personen mit geringeren Mobilitätseinschränkungen (MW: 6,96 Tage, N=962), der Mittelwert liegt bei 6,42 Tagen pro Woche (N=486, Min.: 1,3; Max.: 7,0).

N der Einrichtungen liegt zwischen 1 und 27. Alle Werte unter 5 Bewohner sind in der Gruppe 7,0 Tage vertreten.
Ergebnisse Herbst 2010

Die Bewohner verlassen im Durchschnitt etwas seltener das Zimmer als Personen mit geringeren Mobilitäts einschränkungen (MW: 6,95 Tage pro Woche, N=895) der Mittelwert liegt bei 6,53 Tagen pro Woche (N=482, Min.: 4,3; Max.: 7,0).

Betrachtet man die erreichten Mittelwerte der Einrichtungen über beide Erprobungsphasen hinweg, erreichen 18 Einrichtungen den optimalen Wert von 7 Tagen pro Woche, während zwei Einrichtungen einen Wert, der bei 4 Tagen oder darunter liegt, erzielen (vgl. folgende Abbildung).

Abb. 18: Durchschnittliche Anzahl der Tage außerhalb des Zimmers – Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität (43 Einrichtungen)

Bewertungssystematik

Tab. 54: Ergebnisverteilung „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlicher Mobilitätseinschränkung“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Anzahl der Einrichtungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>entfällt(^{37})</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl beurteilter Einrichtungen</strong></td>
<td><strong>43</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Empfohlener Einsatzbereich**

Im internen Qualitätsmanagement können mittels der Indikatoren Bewohner ermittelt werden, die gefährdet sind, sozial isoliert zu werden. Daran anknüpfend kann eine Einzelfallprüfung erfolgen und gezielte Interventionsmaßnahmen können geplant werden.

In der externen Qualitätsprüfung ergeben sich Hinweise auf notwendige Prozessanalysen in Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen in diesem Bereich (z. B. 2 Tage unterhalb des Durchschnittswertes). Es kann im Einzelfall geprüft werden, ob im Pflege- und Betreuungsprozess geeignete Transferunterstützungsmaßnahmen geplant und durchgeführt werden. Sollte die Quote der Bewohner, für die angegeben wird, dass sie prinzipiell nicht das Zimmer verlassen möchten, doppelt so hoch wie der Durchschnittswert sein, kann dies in einer Praxisprüfung mit einem Mobilitätsangebot an betroffene Bewohner überprüft werden.

Verbraucher können anhand der Ergebnisse erkennen, ob auch Bewohner mit einer starken Mobilitätseinschränkung Aufenthalte außerhalb des Zimmers ermöglicht bekommen.

**Zusammenfassung**

Der Aktionsradius ist ein wichtiger Indikator für die Aktivierung und soziale Einbindung der Bewohner, die ein hohes Isolationsrisiko aufweisen. Der Indikator weist eine hinreichende methodische Sicherheit und für die Gruppe der stark mobilitätseingeengten Bewohner eine hinreichende Streuung auf; er ergibt stabile Werte über beide Erprobungsphasen hinweg.

**5.5.5 Respektvoller Umgang aus Nutzersicht**

**Inhaltliche Definition**

Der Indikator erfasst das Ausmaß respektvoller Behandlung der Bewohner. Ein Kriterium ist die angemessene Anrede. Darunter wird in der Regel die Anrede mit dem Nachnamen und

\(^{37}\) Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 92,5% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

Formale Definition und Gruppenunterteilung


Relevanz

Eine respektvolle Behandlung ist als sehr relevant einzustufen. Dieser Aspekt findet sich in zahlreichen nationalen und internationalen Qualitätsmanagementsystemen, Standards und Studien als relevant wieder. 73% der befragten Bewohner geben an, dass es für sie eine sehr wichtige Dimension der Lebensqualität sei, dass die Würde des Bewohners und das Gefühl, von anderen respektiert zu werden, eingehalten werden; lediglich 6,5% halten dies für „nicht so wichtig“ (vgl. Heusel et al. 2009).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Der Indikator ist durch das Verhalten der Mitarbeiter in der alltäglichen Versorgungspraxis gut zu beeinflussen.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der Wiederholungsbefragung mit 91,2% Übereinstimmung als sehr stabil zu beurteilen. Die Fragen sind leicht zu beantworten.


**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**


**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst 4 Kriterien:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Erprobungsergebnisse**

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Bewertungen zum respektvollen Umgang liegt aus Bewohnersicht bei 90% (N=1.687 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 79,4% bis 98,9%. Den geringsten Erfüllungsgrad erreicht hier das Kriterium „Mitarbeiter hören aufmerksam zu“ mit einem Durchschnittswert von 84,5% (Min.: 70%), während das Kriterium „Angemessene Anrede“ mit einem Durchschnittswert von 98,5% (Min.: 92,6%) als vollständig routinierter Standard betrachtet werden kann. Immerhin 13% der Bewohner geben eine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter im letzten halben Jahr an. Hierbei werden singuläre Vorfälle von einzelnen Mitarbeitern nicht mitgerechnet.
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die einen respektvollen Umgang angeben, liegt bei 86,6% (N=1.723 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen mit 73,3% bis 96,2% zufriedenstellend um den Mittelwert. Bei den Angehörigen ist es ebenfalls das Kriterium „Mitarbeiter hören aufmerksam zu“, das mit einem Durchschnittswert von 77,6% (Min.: 53,3%) den geringsten Erfüllungsgrad erzielt, während das Kriterium „Angemessene Anrede“ mit einem Durchschnittswert von 98,5% (Min.: 92,6%) als vollständig routinierter Standard betrachtet werden kann. 17,8% der Angehörigen geben eine schlechte oder unfreundliche Behandlung durch Mitarbeiter im letzten halben Jahr an (Max.: 36,4%, N=11).
Abb. 20: Anteil der positiven Bewertungen zum respektvollen Umgang aus Angehörigen-
sicht (17 Einrichtungen, N=1.723 gültige Antworten von 490 Personen)

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren
verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an,
ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den
Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „leicht unterdurchschnittlichen“ Er-
gebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>respektvoller Umgang (Bewohnersicht)</th>
<th>respektvoller Umgang (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>entfällt³⁸</td>
<td>entfällt³⁹</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>11</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>18</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

³⁸ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 90,3% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe
von +15,1% kann nicht erreicht werden.
³⁹ Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 86,6% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe
von +15,1% kann nicht erreicht werden.
Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne Qualitätsmanagement Hinweise auf Mängel in bestimmten Bereichen des respektvollen Verhaltens von Mitarbeitern und bietet die Möglichkeit, Prozesse zu optimieren. Hohe Werte im Bereich der schlechten Behandlung durch Personal sollten Anlass zu vertiefenden Prüfungen sein.

In externen Qualitätsprüfungen bietet er Hinweise auf mangelnde respektvolle Behandlung von Bewohnern. Hohe Werte im Bereich der schlechten Behandlung durch Personal sollten Anlass zu vertiefenden Prüfungen sein.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung können sich Verbraucher einen Eindruck über das von den Bewohnern im Alltag wahrgenommene Ausmaß an respektvoller Behandlung verschaffen.

Zusammenfassung

Der Indikator ermittelt stabil das Ausmaß der Qualität des respektvollen Umgangs mit Bewohnern. Er wird in zahlreichen Qualitätssystemen eingesetzt. Er weist eine gute Streuung zwischen den Einrichtungen auf und ist insgesamt zu empfehlen.

5.5.6 Privatheit aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Bewohner beurteilen die Wahrung ihrer Privatsphäre unter anderem anhand der Möglichkeit, private Gegenständewegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen, weiterhin, ob Mitarbeiter anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten, inwieweit eine Rückzugs-möglichkeit mit Besuchern besteht und inwieweit ein unbeobachteter Toilettengang und eine unbeobachtete Waschmöglichkeit durch die Mitarbeiter sichergestellt wird.

Angehörige beurteilen die Möglichkeiten zur Wahrung der Privatheit ihres Angehörigen dahingehend, ob Mitarbeiter anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten, inwieweit Rückzugsmöglichkeiten bei Besuchen des Angehörigen bestehen und ob ein unbeobachteter Toilettengang und eine unbeobachtete Waschmöglichkeit durch die Mitarbeiter sichergestellt wird.

Bei Angehörigen wird das Kriterium „Möglichkeit, abzuschließen und Dinge wegzuschließen“ nicht beurteilt, da bei der hier relevanten Bewohnergruppe mit starken kognitiven Einschränkungen nicht in allen Fällen mehr die Fähigkeit zur Verwaltung eines Schlüssels sicher angenommen werden kann.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten zu den vier Kriterien: Möglichkeit, private Gegenstände wegzuschließen (eigener Schlüssel) oder das Zimmer abzuschließen; Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten; Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern; unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.
2. Anteil positiver Antworten zu den drei Kriterien: Mitarbeiter klopfen an, bevor sie ein Zimmer betreten; Rückzugsmöglichkeit bei Besuchen; unbeobachteter Toilettengang/Waschmöglichkeit an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht.

Relevanz


75% der Bewohner sehen Privatheit als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität an, nur 8,5% bezeichnen diesen Aspekt als „nicht so wichtig“ (Heusel et al. 2009). Das Projekt H.I.L.DE (2006) erfasste Privatheit als wichtiges Kriterium für die positive Assoziation eines Ortes.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis beruht vorrangig auf der Organisationspraxis und dem Verhalten der Mitarbeiter im Pflegealltag und ist somit gut zu beeinflussen.

Methodische Güte

Der Indikator ist in der Wiederholungsbefragung mit einem Wert von 93,9% (N=41) sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst vier Kriterien:
Tab. 58: Bewohnerbefragung „Privatheit“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3</td>
<td>Wenn Sie Besuch bekommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihren Besuchern ungestört zurückzuziehen?</td>
<td>s. Frage 2</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie Ihr Zimmer betreten?</td>
<td>s. Frage 2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 59: Angehörigenbefragung „Privatheit“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>s. Bewohnerbefragung Fragen 2, 3 und 4. Die Formulierungen wurden für Angehörige angepasst.</td>
<td>s. Bewohnerbefragung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der positiven Beurteilungen, die eine Wahrung der Privatheit angeben, liegt aus Bewohnersicht bei 91% (N=1.734 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 80,6% bis 99,2%.

Abb. 21: Anteil positiver Bewertungen zur Wahrung der Privatheit aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen, N=1.734 gültige Antworten von 430 Personen)

Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die eine Wahrung der Privatheit angeben, liegt bei 90% (N=1.284 gültige Antworten). Die Ergebnisse streuen zwischen den Einrichtungen von 72,1% bis 100%.
Abb. 22: Anteil positiver Bewertungen zur Wahrung der Privatheit aus Angehörigen- 
sicht (17 Einrichtungen, N=1.284 gültige Antworten von 488 Personen)

**Bewertungssystematik**

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren 
verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, 
ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den 
Einrichtungen von „leicht überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnis-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Privatheit (Bewohnersicht)</th>
<th>Privatheit (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>entfällt(^{40})</td>
<td>entfällt(^{41})</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>13</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl beurteilter Einrichtungen</strong></td>
<td><strong>18</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^{40}\) Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 91,4% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.

\(^{41}\) Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 90% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.
Empfohlorer Einsatzbereich

Der Indikator kann im internen Qualitätsmanagement Hinweise auf nicht ausreichende Informationen (z. B. Verfügbarkeit eines Zimmerschlüssels) und Mängel im Verhalten der Mitarbeiter ermitteln.

Im Rahmen einer Kundenbefragung externer Qualitätsprüfungen werden Hinweise auf kritische Aspekte wie z. B. die fehlende Garantie ungestörter Toilettenbesuche und mangelnde Unterstützung von Privatheit ermittelt.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung erhalten Verbraucher Hinweise auf die Umsetzung des Schutzes der Privatsphäre durch die Einrichtung im alltäglichen Erleben der Bewohner.

Zusammenfassung

Der Indikator ist im nationalen und internationalen Kontext relevant und wird sehr häufig in der Qualitätsbeurteilung eingesetzt. Er erweist sich als stabil in der Erfassung und bildet Unterschiede zwischen den Einrichtungen ab.

5.5.7 Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition


Formale Definition und Gruppenunterteilung

Anteil der positiven Antworten an allen gültigen Antworten zum Beschwerdemanagement.

Relevanz

Die Möglichkeit zur Einflussnahme auf Dinge, die aus subjektiver Sicht nicht zufriedenstellend sind, ist ein relevanter Faktor, der sich in diversen Qualitätsmanagementsystemen wiederfindet.
**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Der Indikator ist durch ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement der Einrichtung gut zu beeinflussen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Rückmeldung an die Beschwerdeführer.

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**


**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**

Das Ergebnis wird über eine Angehörigenbefragung ermittelt, es werden geschlossene Antwortkategorien verwendet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Haben Sie sich schon einmal bei den Mitarbeitern der Einrichtung beschwert? Wenn ja: Wie wurde auf Ihre letzte Beschwerde reagiert?</td>
<td>„Das Problem wurde behoben“ – „Man hat sich ausreichend darum bemüht, das Problem zu beheben, aber ohne Erfolg“ – „Es wurde zu wenig getan, um das Problem zu beheben.“ – „Ich weiß nicht.“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Alternative Messverfahren: eine Ergebnisermittlung über die direkte Bewohnerbefragung erwies sich in der ersten Erprobungsphase als schwierig. Es konnten nur geringe Fallzahlen ermittelt werden, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt.

**Erprobungsergebnisse**

Von den befragten Angehörigen geben 25,2% (N=489) an, sich einmal beschwert zu haben, 23,5% haben dies bereits mehrmals getan. 226 Angehörige haben das Ergebnis des Beschwerdeprozesses bewertet. 72,1% der Angehörigen beurteilen die Bearbeitung der Beschwerde als positiv. 57,5% geben an, das Problem sei behoben worden und weitere 14,6%, dass sich die Einrichtung ausreichend bemüht habe, auch wenn das Problem nicht behoben wurde. 25,2% sind der Ansicht, dass zu wenig getan wurde, um das Problem zu beheben.

Zwischen den Einrichtungen streuen die Ergebnisse von 53,8% bis 100%. Die Fallzahlen innerhalb der Einrichtungen bewegen sich zwischen 6 und 36. Nur 4 Einrichtungen erzielen die gewünschte Anzahl von wenigstens 15 Rückmeldungen.

---

42 Berücksichtigt wurden nur Einrichtungen mit mindestens 10 Fällen.
Abb. 23: Anteil der Angehörigen mit positiven Ergebnis des Beschwerdemanagements (17 Einrichtungen, N=226)

Ergebnisse, denen weniger als 10 Fälle zugrunde liegen, sind weiß hervorgehoben

Bewertungssystematik


Tab. 62: Ergebnisverteilung Positives Beschwerdemanagement aus Nutzersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Ergebnisse Beschwerdemanagement (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl beurteilter Einrichtungen</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Empfohlener Einsatzbereich

Im internen Qualitätsmanagement können Hinweise zur Zufriedenheit der Angehörigen mit der Bearbeitung von Beschwerden ermittelt werden. Es kann überprüft werden, ob der Prozess der Rückmeldung an den Beschwerdeführer ausreichend und für den Beschwerdeführer ausreichend wahrnehmbar erfolgt.
In externen Qualitätsprüfungen ergibt sich daraus ein Hinweis auf die Qualität der Bearbei-
tung erfasster Beschwerden aus Verbrauchersicht.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung können sich Verbraucher einen Eindruck dar-
über verschaffen, in welcher Art und Weise mit Beschwerden umgegangen wird und ob sich
die Einrichtung ausreichend bemüht, vom Kunden benannte Qualitätsmängel zu bearbeiten.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen, der Indikator gibt Hinweise
darauf, wie gut innerhalb der Einrichtung mit Beschwerden von Angehörigen umgegangen
wird. Nicht in allen Einrichtungen kann eine ausreichend hohe Fallzahl ermittelt werden.

5.5.8 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Ermittelt wird der Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohnerschaft bezogen auf die Zeit, die
Mitarbeiter im subjektiven Empfinden der Bewohnerschaft für sie zur Verfügung haben. Er-
fasst wird hier keine Quantität an Zeit, sondern die Beurteilung des Bewohners, ob die Zeit
der Mitarbeiter für die eigene Person als ausreichend wahrgenommen wird.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen Ant-
worten aus Bewohnersicht

2. Anteil positiver Bewertungen zur Bedürfnisdeckung an Mitarbeiterzeit an allen gültigen
Antworten aus Angehörigensicht

Relevanz

Die Erfüllung des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten ist von hoher Relevanz. 77% aller
Bewohner (vgl. Heusel et al. 2009) benennen dies als eine sehr wichtige Dimension von Le-
bensqualität, nur 7% sehen dies als „nicht so wichtig“ an. Studien kommen zu dem Ergebnis,
dass Einsamkeit in Pflegeheimen in Verbindung steht mit Aspekten, die die Lebensqualität
stark einschränken: Verschlechterung des kognitiven Status, Hoffnungslosigkeit, Verlust der
Fähigkeit zur aktiven Tagesgestaltung (z. B. Hicks, 2000).

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Das Ergebnis ist gut beeinflussbar und hängt mit der in der im Versorgungsalltag bestehen-
den Praxis des Umgangs der Mitarbeiterschaft mit den Bewohnern sowie der zur Verfügung
stehenden Mitarbeiterzeit zusammen.
Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Methodische Güte

Die methodische Güte lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Während der Teilindikator zur Wahrnehmung der Mitarbeiterzeit im Frühjahr zu 87% als stabil eingestuft werden konnte, ist er in der Herbstbefragung nur noch zu 75% stabil. Insgesamt erreicht er mit 79,5% in der Gesamtbefragung nahezu den angestrebten Wert von 80% Stabilität. Aufgrund der hohen Stabilität in der ersten Phase empfiehlt sich eine weitere Prüfung in einer größeren Stichprobe.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Das Ergebnis wird mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst. Der Indikator umfasst ein Kriterium:

Tab. 63: Bewohner- und Angehörigenbefragung „Mitarbeiterzeit“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Sie? (oder: „Ihren Angehörigen“)</td>
<td>Ja” – „zum Teil” – „Nein”</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>bei Angehörigen zusätzlich: „Ist mir nicht bekannt“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Die Ergebnisse zur Frage, ob die Mitarbeiter genügend Zeit haben, streuen aus Bewohnersicht um einen niedrigen Durchschnittswert von 50,8% sehr deutlich zwischen den Einrichtungen (Min.: 14,8%; Max.: 87,5%). Die Befragten beschrieben die zur Verfügung stehende Zeit der Mitarbeiterschaft regelmäßig als problematisch.
Ergebnis 2: Aus Angehörigensicht streuen die Ergebnisse um einen sehr niedrigen Durchschnittswert von 29,5% sehr deutlich zwischen den Einrichtungen (Min.: 5,9%; Max.: 54,3%).

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungsraster an die Erprobungsergebnisse an, er-

Tab. 64: Ergebnisverteilung „Mitarbeiterzeit“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Mitarbeiterzeit (Bewohnersicht)</th>
<th>Mitarbeiterzeit (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl beurteilter Einrichtungen</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
<td><strong>13</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Einrichtungen, in denen dem Ergebnis weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, wurden hier nicht einbezogen.

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator bietet für das interne und externe Qualitätsmanagement Hinweise auf den Grad der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Kontakte zu den Mitarbeitern. Hat der Bewohner das Gefühl, dass ausreichend Zeit für seine Betreuung vorhanden ist? Das interne Qualitätsmanagement kann bei geringen Werten Ursachen differenziert ermitteln, um die ursächlichen Qualitätsbereiche und Marktchancen zu verbessern.

Für Verbraucher bietet der Indikator einen interessanten Hinweis über das subjektive Empfinden von Nutzern bezüglich der erlebten zeitlichen Zuwendung durch die Mitarbeiterschaft im Vergleich zu anderen Einrichtungen.

Zusammenfassung


5.5.9 Weiterempfehlung aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Der Indikator erfasst den Anteil der befragten Personen, die die Einrichtung uneingeschränkt weiterempfehlen würden. Der Indikator fungiert auf einer Metaebene als Gesamtbewertung einer Einrichtung durch die Befragten. In dieses Urteil fließen ggf. auch Aspekte ein, die für die befragte Person persönlich relevant sind, jedoch nicht in den vorherigen Fragen abgebildet wurden.
Formale Definition und Gruppenunterteilung

1. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Bewohnersicht.

2. Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten zur Weiterempfehlung aus Angehörigensicht.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Der Indikator ist nur indirekt über die Gesamtleistung in diversen Qualitätsbereichen der Einrichtung beeinflussbar.

Methodische Güte

Der Indikator erwies sich bezüglich der Ergebnisermittlung in der Wiederholungsbefragung mit 92,7% (N=38) als sehr stabil.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Das Ergebnis wird mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung erfasst. Der Indikator umfasst ein Kriterium:

Tab. 65: Bewohner- und Angehörigenbefragung „Weiterempfehlung“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Würden Sie diese Einrichtung anderen weiterempfehlen?</td>
<td>Ja – „zum Teil“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die die Einrichtung weiterempfehlen würden, liegt bei 88% (N=430). Die Ergebnisse streuen breit zwischen 57,7% und 100%.
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die die Einrichtung weiterempfehlen würden, liegt bei 78% (N=494). Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen mit 41,2% bis 96%.

Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren verwandt (vgl. 5.4). Legt man dieses Bewertungs raster an die Erprobungsergebnisse an, ergibt sich eine Verteilung der Ergebnisklassen für beide Erprobungszeiträume zwischen den
Einrichtungen von „überdurchschnittlichen“ bis zu „unterdurchschnittlichen“ Ergebnissen (vgl. tabellarische Übersicht):

Tab. 66: Ergebnisverteilung „Weiterempfehlung“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnisverteilung</th>
<th>Weiterempfehlung (Bewohnersicht)</th>
<th>Weiterempfehlung (Angehörigensicht)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>entfällt(^{43})</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnitt</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl beurteilter Einrichtungen</strong></td>
<td><strong>18</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Empfohlener Einsatzbereich_

Für das interne Qualitätsmanagement ergeben sich auf einer übergeordneten Ebene Hinweise auf die Einschätzung der Gesamtqualität der Einrichtung und des Bildes, das auf dem lokalen Markt besteht. Bei geringen Werten der Weiterempfehlung kann eine differenzierte Erfassung der kritischen Qualitätsaspekte erfolgen, um die betroffenen Qualitätsbereiche und Marktchancen zu verbessern.

Im Rahmen externer Qualitätsprüfungen bietet der Indikator bei auffällig geringen Werten einen Hinweis auf ggf. vorliegende Qualitätsmängel.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung kann der Indikator für Verbraucher auf einer übergeordneten Ebene wichtige Hinweise auf die Einschätzung der Gesamtqualität der Einrichtung durch Bewohner und deren Angehörige ergeben.

_Zusammenfassung_

Der Indikator ermittelt die wahrgenommene Qualität der Einrichtung auf einer Metaebene und verhält sich in der Wiederholungsbefragung stabil. Er streut gut zwischen den Einrichtungen. Aufgrund der unspezifischen Ergebnisse kann er als Anlass für notwendige, umfassendere Qualitätsprüfungen dienen, jedoch nicht innerhalb externer Prüfungen.

5.5.10 Empfehlung zur Gesamtbewertung des Bereiches 5

Eine Gesamtbewertung des Bereiches 5 für alle Indikatoren in einem Gesamtwert ist, wie bereits zu Bereich 4 erläutert, aufgrund der sehr unterschiedlichen Art der zugrunde liegenden Daten nicht möglich, eine Vermischung objektiver Daten mit Befragungsdaten ist nicht sinnvoll.

\(^{43}\) Die Ergebnisklasse entfällt, da der Mittelwert 88,4% beträgt. Der Abstand vom Mittelwert in Höhe von +15,1% kann nicht erreicht werden.
Möglich ist jedoch eine zusammenfassende Auswertung der Bewohnerbefragung einerseits und der Angehörigenbefragung andererseits (zum Verfahren der Gesamtbewertung vgl. die Darstellung unter 5.4.5). Die zusammengefassten Ergebnisse der beiden Befragungen sind ebenso wie im Bereich 4 getrennt darzustellen.

Wendet man das unter 5.4.5 dargestellte Verfahren auf die Befragungsergebnisse des Bereiches 5 an, ergibt sich die folgende Ergebnisverteilung zwischen den Einrichtungen:

In der Bewohnerbefragung erreichten fünf Einrichtungen ein überdurchschnittliches, neun ein durchschnittliches und vier ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis. Keine Einrichtung erzielt ein hervorragendes Ergebnis.

**Abb. 28: Verteilung der Gesamtbewertung für den Qualitätsbereich 5: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen aus Bewohnersicht (18 Einrichtungen)**

In der Angehörigenbefragung erreichen fünf Einrichtungen ein überdurchschnittliches, neun ein durchschnittliches und drei ein unterdurchschnittliches Gesamtergebnis. Keine Einrichtung erzielt ein hervorragendes Ergebnis.
Zusätzlich zu den Befragungsergebnissen werden im Bereich 5 die Ergebnisse der folgenden Indikatoren im Ergebnisprofil der Einrichtung ausgewiesen:

- Indikator 5.3 „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung“
- Indikator 5.4 „Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“
- Indikator 5.5 „Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität“

Das Ergebnisprofil des Bereiches 5 umfasst somit 5 Einzelergebnisse für insgesamt 10 Indikatoren:
Tab. 67: Beispiel für ein Ergebnisprofil im Qualitätsbereich 5:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erzielte Ergebnisse im Bereich 5</th>
<th>Ergebnisbewertung für Einrichtung 23</th>
<th>Symbol</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohnerbefragung</td>
<td>durchschnittlich</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>Angehörigenbefragung</td>
<td>durchschnittlich</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern ohne deutliche Mobilitätseinschränkung</td>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>++</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation von Bewohnern mit deutlich eingeschränkt Mobilität</td>
<td>leicht überdurchschnittlich</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktionsradius von Bewohnern mit deutlich eingeschränkter Mobilität(^{44})</td>
<td>leicht unterdurchschnittlich</td>
<td>–</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das Profil dieser Einrichtung lässt somit erkennen, dass es sich um eine Einrichtung handelt, die im Bereich 5 leicht unterdurchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Aus Kundensicht werden durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Im Bereich der Teilnahme an Aktivitäten werden Personen mit Mobilitätseinschränkung überdurchschnittlich gut berücksichtigt. Das Verlassen des Zimmers fällt hingegen fällt leicht unterdurchschnittlich gut aus.

Die Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen

In Einrichtungen mit Stichproben, die zwischen 10 und 15 befragungsfähige Bewohner oder Angehörige umfassen, kann eine Anpassung der Ergebnisbewertung erforderlich sein. Eine vergleichende Bewertung von Befragungsergebnissen mit weniger als 10 Fällen ist nicht möglich (vgl. zur Frage der Ergebnisbewertung in kleinen Erhebungsgruppen die Ausführungen unter 9.1.3).

5.6 Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen

Der Indikator bildet die Bewertung der Zusammenarbeit einer Einrichtung mit Angehörigen ab. Aus Sicht der Angehörigen wird bewertet, ob sie sich ausreichend informiert fühlen, ausreichende Möglichkeiten der Mitwirkung in der Einrichtung sehen und ob sie positive Erfahrungen nach geäußerten Beschwerden gemacht haben. Aus dem Indikator können Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie erfolgreich sich eine Einrichtung um eine Zusammenarbeit mit Angehörigen bemüht.

\(^{44}\) Einrichtungsergebnis Aktionsradius Frühjahr 2010.
Formale Definition

Der Indikator drückt den Anteil der Angehörigen aus, die für sie relevante Themen der Zusammenarbeit positiv bewerten. In die Bewertung gehen folgende Kriterien ein:

- Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners
- Information über Aktivitäten in der Einrichtung
- Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners (nur bei Wunsch nach Mitwirkung)
- Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners
- Erfahrung mit Beschwerden (nur bei geäußerter Beschwerde).

Positiv gewertet wird dabei die Anzahl der Angehörigen, die sich bei drei von vier, drei von fünf oder zwei von drei für sie relevanten Themen positiv geäußert haben.

In die Berechnung des Indikators werden nur Angehörige einbezogen, die zu mindestens drei der fünf Kriterien gültige Angaben gemacht haben.

Relevanz


Stand der Forschung

In der Literatur werden verschiedene Ansätze diskutiert, wie Familienangehörige stärker in Pflegeeinrichtungen integriert werden können. Als wesentliche Faktoren für eine gelingende
Einbindung werden eine klare Rollendefinition, eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Familienangehörigen und Mitarbeitern der Einrichtung sowie Schulungs- und Informationsangebote für Angehörige diskutiert. Betont wird außerdem, dass die Einbindung der Angehörigen so früh wie möglich nach dem Heimeinzug gefördert werden sollte (Gsottschneider et al. 2006).

Im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen“ wurde aufgezeigt, dass 62% aller Einrichtungen in Deutschland regelmäßig Angehörigenabende und 46% spezielle Beratungsangebote anbieten. In weiteren 36% der Einrichtungen haben Angehörige Selbsthilfegruppen gebildet. In 34% der Einrichtungen werden Zimmer für Angehörige angeboten. In einer Angehörigenbefragung, die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführt wurde, gaben 80% der befragten Personen an, dass es eine regelmäßige Anleitung und Beratung in der Einrichtung gibt. Jedoch haben nur 30% der Befragten dieses Angebot genutzt, was auf ein geringes Erfordernis, geringes Interesse auf Seiten der Angehörigen oder auch auf geringe Bekanntheit des Angebots zurückzuführen war. Jeweils ca. 40% der Befragten berichten von Fortbildungskursen und Selbsthilfegruppen in der Einrichtung, die auch von der Hälfte in Anspruch genommen wurde. Etwa die Hälfte der befragten Personen gibt an, dass es Übernachtungsmöglichkeiten in der Einrichtung gibt, die jedoch nur von knapp 14% genutzt werden, da häufig die Einrichtung im Wohnort der Befragten liegt (Engels/Pfeuffer 2007).


Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen

In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wird in drei Artikeln auf das Thema eingegangen. Im Artikel 4 „Pflege, Betreuung und Behandlung“ wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen definiert. In Artikel 5 „Information, Beratung und Aufklärung“ ist festgehalten, dass die Erfahrungen und die Vorstellungen oder Wünsche der Angehörigen, was
die Betreuung und Pflege der betroffenen Person angeht, aufgenommen und berücksichtigt werden sollen. Artikel 8 „Palliative Begleitung, Sterben und Tod“ beinhaltet u. a. die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Sterbebegleitung (BMFSFJ/BMG 2010).

Auch das Heimverzeichnis der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. formuliert verschiedene Kriterien zur Angehörigenarbeit, u. a. ob die Mitwirkung von Angehörigen an den Angeboten der Einrichtung gefördert wird und ob es Räume oder andere Kommunikationsgelegenheiten gibt, in denen sich Bewohner mit ihren Angehörigen treffen und austauschen können (BIVA 2010).

In der Pflege-Transparenzvereinbarung (stationär) finden sich zwei Fragen, die dem Bereich Angehörigenarbeit zuzuordnen sind. Es wird geprüft, ob es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu Angehörigen gibt und ob bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Pflegeplanung einbezogen werden (MDS 2009).

Messverfahren

Die Einschätzungen der Angehörigen zu der Zusammenarbeit mit der Einrichtung wurden im Rahmen einer schriftlichen Befragung ermittelt. In dieser schriftlichen Befragung wurden die Angehörigen um ihre Beurteilung zu den Teilbereichen

- Information über den Gesundheitszustand und die Versorgung des Bewohners,
- Information über Aktivitäten in der Einrichtung,
- Mitwirkung bei der Unterstützung des Bewohners,
- Einbeziehung in die Planung der Versorgung des Bewohners und
- Erfahrung mit Beschwerden gebeten.

Diese fünf Kriterien werden zur Berechnung des Indikators zusammengefasst. Es werden dabei jeweils die positiven Angaben in den Bereichen, die von den Angehörigen als relevant angegeben wurden, berücksichtigt. Gewertet wird dann in einem zweiten Schritt die Anzahl der Angehörigen, die zu drei von vier, drei von fünf oder zwei von drei für sie relevanten Themen eine positive Antwort gegeben haben.

Erprobungsergebnisse

Der Indikator wurde im Rahmen der Bewohner- und Angehörigenbefragung am ersten und dritten Erhebungszeitpunkt in 17 Einrichtungen erhoben. Insgesamt liegen die Antworten von 497 Angehörigen vor. Im Gesamtdurchschnitt bewerteten 70,8% von ihnen die Zusammenarbeit mit der Einrichtung als positiv. Dieser Anteil streut recht breit zwischen 37,5% und 87,5%. In der folgenden Abbildung sind die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen dargestellt.
Die Ergebnisse werden mit Hilfe eines dreistufigen Rasters bewertet:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
<th>Bewertungskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ überdurchschnittlich gutes Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den höchsten Anteilen (80,1%-87,5%) wird als überdurchschnittlich gut bewertet.</td>
</tr>
<tr>
<td>O durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Die Ergebnisse der in der Mitte liegenden 50% der Einrichtungen (63,5%-80,0%) gelten als durchschnittlich.</td>
</tr>
<tr>
<td>- unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>Das Viertel der Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen (37,5%-63,4%) wird als unterdurchschnittlich eingeordnet.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wie in der folgenden Tabelle dargestellt erreichen jeweils vier Einrichtungen ein über- bzw. unterdurchschnittliches Ergebnis. Neun Einrichtungen werden als durchschnittlich eingestuft.
Tab. 68: Bewertung der Ergebnisse des Indikators Zusammenarbeit mit Angehörigen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Anzahl der Angehörigen mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit</th>
<th>Anzahl der einbezogenen Angehörigen</th>
<th>Anteil der Angehörigen mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>25</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
<td>37,5%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>57,1%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>57,1%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>26</td>
<td>41</td>
<td>63,4%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>42</td>
<td>66</td>
<td>63,6%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>32</td>
<td>49</td>
<td>65,3%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>12</td>
<td>17</td>
<td>70,6%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>38</td>
<td>53</td>
<td>71,7%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>25</td>
<td>72,0%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>22</td>
<td>30</td>
<td>73,3%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>20</td>
<td>27</td>
<td>74,1%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>20</td>
<td>26</td>
<td>76,9%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>12</td>
<td>15</td>
<td>80,0%</td>
<td>O</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>24</td>
<td>83,3%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>26</td>
<td>31</td>
<td>83,9%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td>25</td>
<td>84,0%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>21</td>
<td>24</td>
<td>87,5%</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>352</td>
<td>497</td>
<td>70,8%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fazit


Werden Befragungen von Angehörigen einheitlich und regelmäßig in Einrichtungen durchgeführt, könnte der Indikator auch im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung für einen Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden.
6. Begrenzt einsetzbare und ausgeschlossene Indikatoren

6.1 Begrenzt einsetzbare Indikatoren

Einige der im Projekt erproben Indikatoren weisen Begrenzungen auf und eignen sich nicht für vergleichende Qualitätsbeurteilungen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Bei der Datenerhebung zu einigen Indikatoren zeigten sich methodische Probleme, die dazu führten, dass das Vorliegen eines bestimmten Sachverhaltes (z. B. einer Kontraktur) nicht zweifelsfrei nachzuweisen ist. Bei anderen Themen ist der Einfluss pflegerischen Handelns auf das zu bewertende Ergebnis begrenzt (z. B. das Auftreten bestimmter Verhaltensweisen), so dass dieses nicht ohne weiteres als Resultat der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung gelten kann. Dennoch können die mit diesen Indikatoren erfassten Ergebnisse im Rahmen des internen Qualitätsmanagements wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme liefern oder im Zeitverlauf die Wirksamkeit von Veränderungen auf der Struktur- und Prozessebene verdeutlichen, z. B. die Auswirkungen neu eingeführter Betreuungsansätze auf das Verhalten demenzkranker Bewohner. Im Folgenden werden die bei der Erprobung erzielten Ergebnisse und die Potenziale der einzelnen Indikatoren für das Qualitätsmanagement stationärer Pflegeeinrichtungen dargestellt.

6.1.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren

**Häufigkeit von Sondenernährung**


In einer Erhebung in Bremer Altenpflegeeinrichtungen im Jahr 2009 lag der durchschnittliche Anteil der Personen, die über eine Sonde ernährt wurden, bei 6,7%. In der Untersuchung zeigte sich weiterhin, dass für viele Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen eine enteralen Ernährung über PEG-Sonden zur Dauerernährung geworden ist. So liegen 6 von 10

In der Erprobungsphase wurde die Häufigkeit von Sondenernährung in dem Modul „Selbstversorgung“ aus dem NBA erfasst. Der Anteil der Bewohner, die teilweise oder vollständig über eine Sonde ernährt wurden, lag im Durchschnitt aller Einrichtungen bei ca. 5%. Der Anteil bleibt über den Erhebungszeitraum von sechs Monaten konstant:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 69: Häufigkeit von Sondenernährung bei Bewohnern</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner mit Sondenernährung</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>T0 83</td>
</tr>
<tr>
<td>T1 81</td>
</tr>
<tr>
<td>T2 86</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Werden nur die Einrichtungen betrachtet, in denen Vollerhebungen durchgeführt wurden, zeigt sich ebenfalls, dass die Zahl der Bewohner mit Sondenernährung innerhalb der Einrichtungen im Verlauf von sechs Monaten sehr stabil bleibt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 70: Häufigkeit von Sondenernährung bei Bewohnern</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Vollerhebungseinrichtungen, N=612)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Bewohner mit Sonde-</td>
<td>Anteil Bewohner mit Sonde-</td>
<td>Bewohner mit Sonde-</td>
<td>Bewohner mit Sonde-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>derenähnung</td>
<td>derenähnung</td>
<td>derenähnung</td>
<td>derenähnung</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>8,1%</td>
<td>5</td>
<td>8,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>2</td>
<td>3,6%</td>
<td>1</td>
<td>1,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>9</td>
<td>10,2%</td>
<td>10</td>
<td>11,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>3</td>
<td>8,1%</td>
<td>2</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>6</td>
<td>11,3%</td>
<td>6</td>
<td>11,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>4</td>
<td>8,0%</td>
<td>4</td>
<td>8,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>6</td>
<td>7,6%</td>
<td>6</td>
<td>7,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>5</td>
<td>9,1%</td>
<td>5</td>
<td>9,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>2</td>
<td>4,0%</td>
<td>1</td>
<td>2,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>2</td>
<td>2,4%</td>
<td>2</td>
<td>2,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>44</td>
<td>7,2%</td>
<td>42</td>
<td>6,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Der Anteil der Bewohner, die Nahrung über eine Sonde aufnehmen, bietet für sich genommen keine geeignete Grundlage für Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen. Ein Einfluss der Einrichtungen auf die Häufigkeit von Sondenernährung ist aufgrund der ärztlichen Verordnungspraxis nur bedingt gegeben. Zudem erschweren gesundheitliche Störungen (z. B. Schlaganfall) eine Entwöhnung von der Sonde oder machen sie unmöglich. Auffällige Veränderungen des Anteils im Zeitverlauf geben jedoch Hinweise für das interne Qualitätsmanagement und sollten Anlass zur Überprüfung von Strukturen und Prozessen sein, was ggf. einschließt, die individuellen Indikationen mit den verantwortlichen Ärzten zu erörtern.

**Sturzhäufigkeit**


- Bei der Erfassung von Sturzereignissen, aus denen keine offensichtlichen Verletzungen resultieren, ist mit einer Dunkelziffer nicht beobachteter bzw. dokumentierter Stürze zu rechnen (Gostynski et al. 1999; Pierobon/Funk 2007).
- Einrichtungen mit gut funktionierender Sturzdokumentation werden bei der Verwendung der Sturzrate als Qualitätsmaß möglicherweise gegenüber den Einrichtungen benachteiligt, die Stürze weniger gut erfassen.
- Nicht jeder Sturz ist mit gravierenden Konsequenzen für den betroffenen Bewohner verbunden. In diesen Fällen ist es fraglich, das Sturzereignis als Qualitätsdefizit zu werten.

Deshalb wurde bereits in der frühen Phase des Projektes empfohlen, den Indikator nicht zur externen Qualitätsbewertung heranzuziehen. Gleichwohl wurden im Rahmen der Erprobung Daten zur Sturzhäufigkeit unter den Bewohnern der teilnehmenden Einrichtungen erhoben und ausgewertet.

Die Ergebnisse hierzu wurden bereits in Kapitel 5.2.2 dargestellt. Sie dokumentieren, dass – wie auch die folgende Tabelle noch einmal zeigt – zum Teil mit Dokumentationslücken gerechnet werden muss. Auch im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ist die Verwendung von Informationen zur Sturzhäufigkeit nur dann nützlich, wenn es gelingt, eine halbwegs vollständige Sturzerfassung sicherzustellen.
Entstehung von Kontrakturen


Das Bestehen oder die Neuentstehung von Kontrakturen wird trotz der Wichtigkeit des Themas ausgesprochen selten als Indikator für die Qualität der Heimversorgung herangezogen.

Tabelle 71: Stürze bei Bewohnern von Vollerhebungseinrichtungen unterschieden nach dem Grad kognitiver Beeinträchtigung (n=507)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Gestürzte Bewohner mit keinen oder geringen kognitiven Beeinträchtigungen</th>
<th>Gestürzte Bewohner mit erheblichen bis schwersten kognitiven Beeinträchtigungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einrichtung</td>
<td>Gestürzte Bewohner</td>
<td>Einbezogene Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>1</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>6</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>4</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>4</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>5</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>11</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>37</td>
<td>207</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Mitarbeiter wurden gebeten zu beurteilen, ob bei einem Bewohner eine Kontraktur vorliegt und, wenn dies der Fall war, deren Entstehungsort zu dokumentieren. Zur Erfassung dieser Informationen wurde das nachfolgend dargestellte Fragebogenmodul genutzt.

![Kontrakturen Fragebogenmodul](image)

Auf Basis dieser Daten wurden die Bewohner ermittelt, bei denen zum ersten Erhebungszeitpunkt keine Kontraktur angegeben wurde, bei denen dies aber zum zweiten oder dritten Erhebungszeitpunkt der Fall war. War an einem der erfassten Gelenke eine Kontraktur neu hinzugekommen, wurde für den Bewohner die Entstehung einer Kontraktur konstatiert. Aus der Berechnung der Ergebnisse wurden Bewohner ausgeschlossen, die keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität aufwiesen, da Immobilität als zentraler Risikofaktor für die Entstehung von Kontrakturen gilt (Gnass et al. 2010). Als Grundlage für die Zuordnung eines Bewohners in die entsprechende Gruppe wurde das Ergebnis des Moduls „Mobilität“ des NBA herangezogen.

Tabelle 72: Übereinstimmung zwischen Pflegekräften und Physiotherapeuten zum Vorliegen von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen, N=58

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Anteil übereinstimmender Einschätzungen von Pflegekräften und Physiotherapeuten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Liegt eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liegt eine Kontraktur am Kniegelenk vor?</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liegt eine Kontraktur am Sprunggelenk vor?</td>
<td>69%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liegt eine Kontraktur am Ellenbogen vor?</td>
<td>79,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Liegt bei dem Bewohner mindestens 1 Kontraktur vor?</td>
<td>74,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Ergebnisse der Erprobung machen, auch wenn angesichts der Unsicherheiten bei der Datenerhebung Zurückhaltung geboten ist, deutlich, dass die Entstehung von Kontrakturen ein hochrelevantes Problem in der stationären Langzeitversorgung darstellt. Von 888 einbezogenen Bewohnern entwickelten 94 (10,6%) nach Angaben der Pflegekräfte neue Kontrakturen. Lediglich in 13 von 45 Einrichtungen war dies bei keinem der Bewohner der Fall. In den Einrichtungen mit Vollerhebungen betrug der Anteil der Bewohner mit neu erworbener Kontraktur 11,8%. Die Anteilwerte schwankten zwischen 5,4% und 27% der Bewohner. Einen Überblick über die Neuentstehung von Kontrakturen gibt die nachfolgende Tabelle.

**Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen**


Es ist daher besonders wichtig, die Medikation auf mögliche Wechselwirkungen hin überprüfen zu lassen. Auch wenn die Medikamente durch die behandelnden Ärzte verschrieben werden, gibt es Einflussmöglichkeiten für die Einrichtung. Es sind Koordinationsmöglichkeiten gegeben, wenn mehrere verordnende Ärzte beteiligt sind.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Einrichtung</th>
<th>Bewohner mit neuen Kontrakturen</th>
<th>Einbezogene Bewohner</th>
<th>Anteil der Bewohner mit neuen Kontrakturen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>21</td>
<td>2</td>
<td>37</td>
<td>5,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>3</td>
<td>43</td>
<td>7,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>3</td>
<td>38</td>
<td>7,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>2</td>
<td>25</td>
<td>8,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>3</td>
<td>35</td>
<td>8,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>2</td>
<td>21</td>
<td>9,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>2</td>
<td>20</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>5</td>
<td>44</td>
<td>11,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>9</td>
<td>48</td>
<td>18,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>37</td>
<td>27,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>41</td>
<td>348</td>
<td>11,8%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In den Erprobungsergebnissen wurde der Anteil der Bewohner betrachtet, die mehr als fünf verschiedene Medikamente regelmäßig einnehmen und bei denen mögliche Wechselwirkungen nicht durch einen Arzt oder Apotheker überprüft wurden. Die Mitarbeiter füllten dazu folgende Fragen im Erhebungsbogen auf Grundlage der Dokumentation in der Einrichtung aus.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Extensiver Medikamenteneinsatz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13.1 Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt.*</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Medikamente: ________</td>
</tr>
<tr>
<td>13.2 Wurden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, in regelmäßigen Zeiträumen</td>
</tr>
<tr>
<td>ja, bei Veränderungen der Medikation</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>13.3 Rezept der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In den Ergebnissen zeichnet sich ebenfalls die hohe Relevanz der Thematik ab. Im Durchschnitt nahmen die Bewohner der einbezogenen Einrichtungen 6,4 verschiedene Medikamente ein. Die Hälfte der Bewohner (52,9%) nahm mehr als fünf verschiedene Medikamente ein.

Die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen wurde in den Einrichtungen sehr einheitlich gehandhabt. In den Einrichtungen mit Vollerhebung gab es keine Überprüfung nur bei 12,8% der Bewohner (siehe Tabelle). Auch in der Gesamtstichprobe zeigte sich ein ähnliches Bild. Der Anteil lag hier bei 12,1%.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 74: Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen bei Bewohnern, die mehr als fünf Medikamente regelmäßig einnehmen (Vollerhebungseinrichtungen)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner ohne Überprüfung der Wechsel-/Nebenwirkungen</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In 9 von den 10 berücksichtigten Einrichtungen wurde eine Überprüfung bei 100% der Bewohner durchgeführt. In einer Einrichtung war die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen den Mitarbeitern bei allen Bewohnern nicht bekannt. Diese wurde wie eine feh-
lende Überprüfung der Neben-/Wechselwirkungen gewertet. Eine systematische Überprüfung ist nicht im Konzept dieser Einrichtung verankert.

Die Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen wird innerhalb einer Einrichtung somit sehr einheitlich gehandhabt, d. h. sie findet für sämtliche Bewohner statt oder für nur sehr wenige. Ein Mehr oder Weniger an Ergebnisqualität lässt sich mit diesem Indikator nicht darstellen. Es handelt sich also um ein Merkmal, dass eher auf der Struktur- und Prozessebene überprüft werden könnte.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Information über wahrscheinliche Wechselwirkungen bei Multimedikation zwar eine wichtige Voraussetzung für eine Korrektur ist, aber für sich genommen nicht ausreicht, um das dahinter stehende Versorgungsproblem zu lösen.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen


Der Anteil der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten lag in der Gesamtstichprobe bei der ersten Erhebung bei 73,2% (Min. 25,0%, Max. 100%), zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei 69,0% (Min. 31,6%, Max. 97,4%) und zum dritten Erhebungszeitpunkt bei 71,2% (Min. 25,0%, Max. 100%). Der Anteil streut relativ stark zwischen den Einrichtungen. Dies wird bereits deutlich, wenn nur die Ergebnisse der Einrichtungen mit Vollerhebung betrachtet werden.

Tab. 75: Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern (Vollerhebungseinrichtungen, N=612)
Betrachtet man nur den Anteil der Bewohner, die in den letzten 14 Tagen mindestens erhebliche Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen gezeigt haben, ergibt sich ein sehr ähnliches Bild. Auch hier gibt es sehr große Unterschiede zwischen den Einrichtungen.

Tab. 76: Häufigkeit von erheblichen Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern (Vollerhebungseinrichtungen, N=612)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeitraum (T)</th>
<th>Bewohner mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten</th>
<th>Bewohner gesamt</th>
<th>Anteil Bewohner mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T0</td>
<td>914</td>
<td>1.634</td>
<td>55,9%</td>
<td>15,2%</td>
<td>89,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>T1</td>
<td>865</td>
<td>1.634</td>
<td>52,9%</td>
<td>20,3%</td>
<td>94,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>926</td>
<td>1.634</td>
<td>56,7%</td>
<td>16,7%</td>
<td>100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Beim jetzigen Stand der Forschung sollte daher die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten nicht zum Vergleich zwischen Einrichtungen herangezogen werden. Eine einrichtungsinterne Verwendung ist aber möglich und sinnvoll, beispielsweise wenn die Wirkungen pflegerischer Interventionskonzepte, die in einer Einrichtung genutzt werden, überprüft und optimiert werden sollen.


**Management von Harninkontinenz**

Das Management von Kontinentzproblemen bei Bewohnern stationärer Einrichtungen wird als wichtige pflegerische Aufgabe angesehen. Es gibt international und auch national Standards und Akkreditierungskriterien, die das Aufgabenfeld der Pflege für diesen Bereich ab-
stecken. Das Augenmerk liegt dabei auf der Sicherstellung eines angemessenen Konti-
nenzmanagements bzw. einer angemessenen Kontinenzförderung (DNQP 2006b). Ein wich-
tiger Zwischenschritt bei der Verwirklichung dieser Ziele ist die Planung von Maßnahmen
zum Erhalt oder der Verbesserung des Kontinenzstatus eines Bewohners, wenn dieser von
Inkontinenz betroffen oder bedroht ist. Dieser Sachverhalt wurde für inkontinente Bewohner
im Rahmen der Erhebungen erfragt.

Auf Basis der so gewonnenen Daten wurde der Anteil der Bewohner berechnet, die unter
einer Harninkontinenz leiden und bei denen ein Maßnahmenplan zum Erhalt und/oder der
Verbesserung des Kontinenzstatus vorlag. Dabei zeigte sich, dass dies bezogen auf die Ein-
richtungen mit Vollerhebung nur bei 74,3% der Bewohner der Fall war. Beim Vergleich der
einzelnen Einrichtungen zeigt sich eine Spannweite der Ergebnisse zwischen 38,2% und
97,4%. Dies war insofern überraschend, als ein Großteil der Einrichtungen im Vorfeld signa-
liert hatte, dass bei inkontinenten Bewohnern regelhaft Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur
Verbesserung des Kontinenzstatus geplant werden. Das Ergebnis der Erprobung macht in
dieser Hinsicht deutlich, wie wichtig eine regelmäßige Überprüfung von Versorgungsprozes-
sen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann und dass dabei durchaus
unerwartete Defizite aufgedeckt werden können.

**Häufigkeit von Medikationsfehlern**

Medikationsfehler sind von hoher Relevanz, da sie drastische Folgen für den Bewohner ha-
ben können (Millar et al. 2004). Die Pflegesensitivität ist hoch, da die Pflegekräfte in den
Heimen für die Austeilung und Verabreichung der Medikamente verantwortlich sind. Der In-
dikator ist relativ unabhängig von der Bewohnerstruktur (White/McGillis Hall 2003).

Der Indikator wird sehr häufig zur Qualitätsbeurteilung in der Akutversorgung herangezogen,
wird aber auch in der Langzeitpflege erprobt (z. B. in den Indikatorenssets der OECD und der
ESQH). Häufig wird der Indikator wie folgt definiert: Anteil der Bewohner, bei denen es in der
Einrichtung zu Medikationsfehlern (falsche Dosis, falscher Zeitpunkt, falsches Medikament,
falsche Verabreichung oder vergessene Verabreichung) gekommen ist.

Es treten jedoch erhebliche Probleme bei der Erfassung auf, da eine hohe Dunkelziffer zu
vermuten ist. Medikationsfehler bleiben häufig unentdeckt, gerade wenn sie nur geringe oder
keine Konsequenzen haben (White/McGillis Hall 2003). Eine vergleichende Bewertung ist
daher nicht tragfähig, da möglicherweise Einrichtungen mit einer guten Fehlerdokumentation
benachteiligt werden können.

Aufgrund der unsicheren Informationslage ist der Indikator auch im internen Qualitätsmana-
gement nur begrenzt nutzbar. Da das Thema für die Bewohner äußerst wichtig ist und die
Vermeidung von Medikationsfehlern auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität im in-
ternen Qualitätsmanagement häufig ein wichtiges Thema darstellt, sollten die Möglichkeiten
seines Einsatzes in diesem Aufgabenfeld jedoch geprüft und ausgeschöpft werden.
6.1.2 Indikatoren der Bereiche 4 und 5


Zur Anwendung in eingeschränkten Bereichen empfohlen werden können die Indikatoren:

- Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht
- Grad der Möglichkeit zur Möblierung
- Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht
- Risiko soziale Deprivation
- Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse
- Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten.

Zur abschließenden Entwicklung empfohlen werden die Indikatoren

- Mitarbeiterzeit
- Risiko soziale Deprivation (zur Nutzung in externen Qualitätsbeurteilungen)
- Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten (zur Nutzung in externen Qualitätsbeurteilungen).

**Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht**

*Inhaltliche Definition*

Der Indikator erfasst, ob der Bewohner im gewünschten Zimmertyp lebt.

*Formale Definition und Gruppenunterteilung*

Ergebnis 1: Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben (= Anzahl der Bewohner, die wunschgemäß untergebracht sind) aus Bewohnersicht.

Ergebnis 2: Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben (= Anzahl der Bewohner, die wunschgemäß untergebracht sind) aus Angehörigensicht.
Relevanz


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tab. 77: Art des Zimmers entspricht den Wünschen des Bewohners (Erprobungsphase 1 und 2, N=426)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Entspricht Wünschen des Bewohners</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>% innerhalb von Art des Zimmers</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl</td>
</tr>
<tr>
<td>% innerhalb von Art des Zimmers</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Eine Beeinflussbarkeit ist langfristig gegeben mittels Anpassung der Angebotsstruktur (z. B. architektonisch) auf die Marktbedürfnisse und mittelfristig durch ein geeignetes Platzvergabeverfahren bei frei werdenden Ressourcen an Neukunden und Bewohner.

Methodische Güte

Der Indikator lässt sich von den befragten Personen leicht beantworten. Das Ergebnis der Wiederholungsbefragung ist sehr stabil (100%, N=40).
Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen


Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Eingesetzt wurden das Bewohnerinterview und die schriftliche Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortkategorien:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Bewohnerbefragung</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>2. Entspricht das Ihren Wünschen?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Angehörigenbefragung</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>2. Entspricht das seinen Wünschen?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ein alternatives Verfahren mit Erfassung der Daten durch Mitarbeiter der Einrichtungen wurde ebenfalls geprüft. Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, lag bei Erfassung durch das Einrichtungspersonal bei 97,7% (N=1.964, Min.: 88,1%; Max.: 100%). Innerhalb der Stichprobe der Einrichtungen mit Bewohner- und Angehörigenbefragung beurteilten die Mitarbeiter den Anteil wunschgemäß untergebrachter Bewohner im Durchschnitt höher als diese selbst oder ihre Angehörigen. Die Erfassung über Mitarbeiterbefragung ist somit störanfällig und nicht stabil. Die Generierung eines positiveren Ergebnisses ist durch einen Ausschluss von Bewohnern möglich. Die angegebene Ausschlussquote von Bewohnern beträgt bei den Einrichtungen zwischen 0% und 52,2%. Es konnte kein systematischer Zusammenhang zwischen dem Ausschluss („Wunsch des Bewohners kann nicht angegeben werden“) und dem kognitiven Status eines Bewohners festgestellt werden.

Erprobungsergebnisse

Die Wahrscheinlichkeit, in einem Einzelzimmer zu leben, ist für den Kreis der als „nicht befragbar“ eingestuften Personen deutlich geringer. So leben 78,8% (N=659) der als befragbar
einzustufenden Bewohner der Gesamtstichprobe des Projekts in einem Einzelzimmer, während dieser Anteil in der Gruppe der nicht befragbaren Bewohner 58,8% (N=1.259) beträgt.

Tab. 80: Bewohnter Zimmertyp in Abhängigkeit von Befragbarkeit (N=1.918)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zimmer</th>
<th>befragbare Bewohner</th>
<th>nicht befragbare Bewohner</th>
<th>gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einzelzimmer</td>
<td>Anzahl: 519, %: 78,8%</td>
<td>740, 58,8%</td>
<td>1259, 65,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zweibettzimmer</td>
<td>Anzahl: 140, %: 21,2%</td>
<td>505, 40,1%</td>
<td>645, 33,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehrbettzimmer</td>
<td>Anzahl: 0, %: 0,0%</td>
<td>14, 1,1%</td>
<td>14, 0,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>Anzahl: 659, %: 100,0%</td>
<td>1259, 100,0%</td>
<td>1918, 100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar, 66,4% der Frauen und 65,4% der Männer leben in einem Einzelzimmer. Einen wesentlichen Einfluss hat jedoch die Pflegestufe. In der Pflegestufe 1 liegt die Einzelzimmerquote bei 78,3%, in der Pflegestufe 3 bei 50,9%.

Tab. 81: Bewohnter Zimmertyp nach Pflegestufenverteilung (N=1.916)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zimmertyp und Pflegestufenverteilung</th>
<th>Pflegestufe</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Pflege-stufe 0</td>
<td>Pflegestufe 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelzimmer</td>
<td>Anzahl: 47, %: 75,8%</td>
<td>493, 78,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zweibettzimmer</td>
<td>Anzahl: 15, %: 24,2%</td>
<td>134, 21,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mehrbettzimmer</td>
<td>Anzahl: 0, %: 0,0%</td>
<td>3, 0,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>Anzahl: 62, %: 100,0%</td>
<td>630, 100,0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Das strukturelle Angebot unterscheidet sich deutlich zwischen den Einrichtungen. Im Durchschnitt beträgt der Anteil an Einzelzimmern 73,1% (Min.: 11,7%; Max.: 100%).

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, liegt aus Bewohnersicht bei 94% (Min.: 79%; Max.: 100%; N=427). Wenn der Wunsch nach einem Zimmerwechsel besteht, handelt es sich in der Regel (75%) um den Wunsch nach einem Einzelzimmer.
Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die im gewünschten Zimmertyp leben, liegt aus Angehörigensicht bei 91% (Min.: 68%; Max.: 100%; N=380) und variiert zwischen den Einrichtungen deutlich.

Auch wenn insgesamt bereits ein hoher Grad der Bedürfnisdeckung der Bewohner erreicht ist, lässt sich mittels dieses Verfahrens eine Einrichtung erkennen, in der jeder 5. Befragte angegeben hat, nicht im gewünschten Zimmertyp zu leben (vgl. tabellarische Übersicht).
Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator eignet sich zum Einsatz im internen Qualitätsmanagement, um eine Fehlunterbringung von Bewohnern, die sich ggf. nicht aktiv hierzu äußern, zu vermeiden. Eine Verwendung in externen Qualitätsprüfungen ist möglich.

Zusammenfassung

Der Indikator ist leicht und stabil erfassbar. Er eignet sich vor allem für das interne Qualitätsmanagement. Für die externe Darstellung ist aus Verbrauchersicht eher eine Angabe von Strukturdaten (Anzahl der Einzel- und Doppelzimmer der Einrichtung) sinnvoll.

Grad der Möglichkeit zur Möblierung

Inhaltliche Definition

Der von der Einrichtung angebotene Grad der Möglichkeit zur Mitnahme eigener Möbel in Abhängigkeit vom Zimmertyp (Einzelzimmer und Doppelzimmer).

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Der Indikator wird als Hilfsindikator eingesetzt. Ergebnis ist einer von 7 Gestaltungstypen, die sich anhand der Kombination folgender Gestaltungsgrade I bis IV für die beiden Zimmertypen ergeben:

Grad I: Es besteht keine Möglichkeit, Möbel mitzubringen.
Grad II: Es besteht die Möglichkeit, bis zu 2 Kleinmöbel mitzubringen.
Grad III: Es besteht die Möglichkeit, mehr als 2 Kleinmöbel und/oder größere Möbelstücke mitzubringen.
Grad IV: Der Raum kann vollständig mit eigenen Möbeln ausgestattet werden (Ausnahme Pflegebett).

Relevanz

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Methodische Güte
Es ist von einer korrekten Erfassung auszugehen. Das übermittelte Ergebnis ist leicht durch eine Begehung vor Ort überprüfbar.

Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen
Die Gestaltungsmöglichkeiten des Bewohnerzimmers werden in anderer Form (meist durch qualitative Beurteilung) bereits in anderen Verfahren (z. B. BIVA) eingesetzt. Die Ergebnisse erfordern dabei zum Teil eine Interpretationsleistung einer beurteilenden Person. Das Ergebnis kann zwischen verschiedenen beurteilenden Personen divergieren.

Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Erprobungsergebnisse
Die Möglichkeit zum Grad der Möblierung hängt mit dem bewohnten Zimmertyp zusammen. In einem Einzelzimmer besteht meist ein höherer Grad der Möglichkeit zur Eigenmöblierung als in einem Doppelzimmer (vgl. folgende Abbildung).

Abb. 33: Grad der Möglichkeit zur Möblierung in Abhängigkeit vom Zimmertyp (36 Einrichtungen)
**Bewertungssystematik**

Die Typenbildung und Ergebnisbewertung erfolgt anhand des folgenden Schemas:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ</th>
<th>zu erfüllendes Kriterium</th>
<th>Bewertung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Typ A</td>
<td>Grad IV in allen Zimmern</td>
<td>Höchster Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ B</td>
<td>Kombination von Grad III und Grad IV</td>
<td>Höchster oder hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ C</td>
<td>Grad III in allen Zimmern</td>
<td>Hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Alternativ: Kombination von Grad II und Grad IV</td>
<td>Höchster Grad der Möglichkeit zur Möblierung für einen Teil der Bewohner und geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ D</td>
<td>Kombination von Grad II und Grad III</td>
<td>Hoher Grad der Möglichkeit zur Möblierung für einen Teil der Bewohner und geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ E</td>
<td>Grad II in allen Zimmern</td>
<td>Geringer Grad der Möglichkeit zur Möblierung für alle Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ F</td>
<td>Kombination von Grad I und Grad II</td>
<td>Geringer Grad der Gestaltungsmöglichkeit für einen Teil der Bewohnerschaft und keine Möglichkeit zur Möblierung für den anderen Teil der Bewohnerschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Typ G</td>
<td>Grad I in allen Zimmern</td>
<td>Es besteht keine Möglichkeit zur Möblierung</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Tab. 82: Ergebnisverteilung Grad der Möglichkeit zur Möblierung (35 Einrichtungen)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kombinationstyp</th>
<th>Typ E $^{45}$</th>
<th>Typ D</th>
<th>Typ C</th>
<th>Typ B</th>
<th>Typ A</th>
<th>Summe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl der</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>14</td>
<td>5</td>
<td>9</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Einrichtungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>% Anteil der</td>
<td>6%</td>
<td>14%</td>
<td>40%</td>
<td>14%</td>
<td>26%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Einrichtungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnis</td>
<td>Unterdurchschnittlich</td>
<td>Überdurchschnittlich</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beurteilung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

$^{45}$ Vgl. hierzu die Erläuterungen „formale Definition“. 
Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator wird als ergänzender Hilfsindikator für den Bereich Wohnen eingesetzt. Seine Ausgabe ist im Sinne einer Strukturbeschreibung auch für Kunden von Interesse. Er schafft im Sinne einer externen Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen für Kunden Transparenz bezüglich deren Möglichkeiten zur Möblierung.

Zusammenfassung

Der Hilfsindikator bildet deutliche Unterschiede der Möglichkeiten zur Möblierung der Zimmer zwischen den Einrichtungen ab. Er schafft im Sinne einer externen Vergleichbarkeit für Kunden Transparenz bezüglich deren Möglichkeiten zur Möblierung in Abhängigkeit vom gewünschten Zimmertyp und vermittelt damit einen Eindruck über die Gestaltungsfreiheit sowie Unterstützung biografischer Kontinuität der Einrichtung.

Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht

Inhaltliche Definition

Erfasst wird, ob Bewohner immer etwas zu trinken erhalten, wenn sie Durst haben.

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil der positiven Antworten auf die Frage, ob bei Durst immer ein Getränk erhältlich ist, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht

Ergebnis 2: Anteil der positiven Antworten auf die Frage, ob bei Durst immer ein Getränk erhältlich ist, an allen gültigen Antworten aus Angehörigensicht

Relevanz


Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Es besteht ein hoher Grad der Beeinflussbarkeit durch die Einrichtungen.

Methodische Güte

Die methodische Güte kann innerhalb der kleinen Stichprobe nicht beurteilt werden, da der Indikator keine Streuung aufweist, ein niedriger Ergebniswert ist in kaum einer Einrichtung zu
erwarten. Nahezu alle Bewohner, die an der Befragung teilgenommen haben, waren in der Lage, sich selbst mit Getränken zu versorgen, nur in wenigen Ausnahmefällen war dies nicht der Fall. Gerade in diesen Fällen wäre der Indikator jedoch von großer Bedeutung für die betroffenen Bewohner.

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Der Indikator wird im Rahmen der Kundenbefragung des MDK eingesetzt, ebenso verweist der „Care Standard Scottish Executive (2007)“ auf den Indikator.

**Messverfahren (und etwaige Alternativen)**

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antworstskalen. Der Indikator hat ein Kriterium.

**Tab. 83: Bewohnerbefragung „Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bekommen Sie <strong>immer</strong> etwas zu trinken, wenn Sie Durst haben?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tab. 84: Angehörigenbefragung „Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht“**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Bekommen Ihr Angehöriger <strong>immer</strong> etwas zu trinken, wenn er Durst hat?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Erprobungsergebnisse**

Ergebnis 1: Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die angeben, bei Durst immer ein Getränk zu erhalten, liegt bei 100% (N=422).

Ergebnis 2: Der durchschnittliche Anteil der Angehörigen, die angeben, dass ihr Angehöriger bei Durst immer ein Getränk erhält, liegt bei 97% (N=397). Die Ergebnisse streuen geringfügig zwischen 93,3% und 100%.
Bewertungssystematik


Empfohlerer Einsatzbereich

Der Indikator wird vor allem für das interne und externe Qualitätsmanagement empfohlen. Er bietet Hinweise darauf, ob die in der Einrichtung praktizierte Versorgung mit Getränken aus Nutzersicht eine Unterversorgung verhindert.

Zusammenfassung


Risiko soziale Deprivation

Inhaltliche Definition

Der Indikator ermittelt die Anzahl der Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität, die maximal an einem Tag pro Woche das Zimmer verlassen haben. Bei diesen Bewohnern be-
steht neben dem Risiko einer sozialen Isolation auch das Risiko einer Deprivation durch geringe Anregungsreize der Umwelt, sofern nicht ausreichende Einzelangebote innerhalb des Zimmers substituierend eingesetzt werden.

**Formale Definition und Gruppenunterteilung**

Anteil der Bewohner mit einem deutlich eingeschränkten Grad der Mobilität (schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bis zu völligem Verlust der Selbständigkeit im Bereich Mobilität, Score 7 bis 15 im Modul Mobilität, NBA), die maximal an einem Tag pro Woche das Zimmer verlassen haben. Ausgeschlossen wurden Bewohner, die prinzipiell ein Verlassen des Zimmers ablehnen oder gesundheitsbedingt das Zimmer nicht verlassen konnten, dies sind:

a. Bewohner mit ärztlich verordneter Bettruhe aufgrund einer akuten Erkrankung  
b. Bewohner mit ärztlich verordneter Zimmerisolation  
c. Bewohner mit hochfieberhaftem Infekt.

**Relevanz**


**Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung**

Das Ergebnis ist sehr gut beeinflussbar und hängt eng mit der erbrachten Unterstützungsleistung beim Transfer aus dem Zimmer zusammen.

**Methodische Güte**

Der Indikator misst systematisch vergleichend die Häufigkeit, wie oft Bewohner aus dem Zimmer kommen.

**Nutzung bei Qualitätsbeurteilungen**

Der Indikator wird bislang nicht in dieser Form in Qualitätsbeurteilungen eingesetzt. Die Erfassung der Häufigkeit des Verlassens des Zimmers spielt jedoch z. B. im gos-Assessment Demenz bereits eine Rolle.
Messverfahren (und etwaige Alternativen)


Abb. 35: Ausschnitt aus dem Instrument zur Erfassung des Aktionsradius

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aufenthaltsort</th>
<th>Montag</th>
<th>Dienstag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner hat sich außerhalb des Bettes aufgehalten</td>
<td>Ja</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten</td>
<td>Ja</td>
<td>Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

In der überwiegenden Zahl der Einrichtungen wird auch Bewohnern mit einer deutlichen Mobilitäts einschränkung häufiger als an einem Tag pro Woche ein Aufenthalt außerhalb des Zimmers ermöglicht. In einzelnen Einrichtungen bestehen hier jedoch Probleme. Im Frühjahr 2010 waren 6%, im Herbst 2010 5% der Bewohner mit einer schweren Mobilitätsbeeinträchtigung in diesem Bereich gefährdet. Um die tatsächliche Quote der von einer sozialen Depression Betroffenen zu ermitteln, ist die Durchführung einer Einzelfallanalyse erforderlich.

Tab. 85: Risiko sozialer Deprivation (N=486 und N=482)

| Bewohnerquote mit dem Risiko sozialer Isolation bei vorliegender schwerer Mobilitätsbeeinträchtigung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ID | Quote in Erprobungsphase 1 | N | Anzahl Bew. max. 1 Tag pro Woche außerhalb des Zimmers | ID | Quote in Erprobungsphase 2 | N | Anzahl Bew. max. 1 Tag pro Woche außerhalb des Zimmers |
| 31 Einrichtungen | 0% | / | 0 | 31 Einrichtungen | 0% | / | 0 |
| 41 | 4% | 23 | 1 | 41 | 3% | 29 | 1 |
| 44 | 5% | 21 | 1 | 45 | 4% | 25 | 1 |
| 45 | 5% | 19 | 1 | 22 | 4% | 24 | 1 |
| 12 | 7% | 15 | 1 | 7 | 11% | 18 | 2 |
| 30 | 8% | 24 | 2 | 4 | 13% | 8 | 1 |
| 14 | 10% | 10 | 1 | 29 | 14% | 21 | 3 |
| 29 | 10% | 20 | 2 | 14 | 20% | 15 | 3 |
| 37 | 13% | 8 | 1 | 3 | 20% | 15 | 3 |
| 13 | 17% | 6 | 1 | 19 | 25% | 12 | 3 |
| 23 | 21% | 14 | 3 | 1 | 25% | 4 | 1 |
| 1 | 29% | 7 | 2 | 39 | 31% | 13 | 4 |
| 7 | 33% | 6 | 2 | Gesamt | 5% | 482 | 23 |
| 38 | 46% | 10 | 4 |
| 3 | 82% | 11 | 9 |
| Gesamt | 6% | 486 | 31 |
**Bewertungssystematik**

Das Ergebnis ist per Einzelfallprüfung zu validieren. Wurden ausreichend viele anregende Einzelmaßnahmen und soziale Kontakte innerhalb des Zimmers durchgeführt, ist der Fall aus der Ergebnisbewertung auszuschließen. Einrichtungen, die nach der Einzelfallprüfung einen Wert über 0% erreichen, sind in diesem Bereich als unzureichend einzustufen.

**Empfohlener Einsatzbereich**

Im internen Qualitätsmanagement können mittels des Indikators Bewohner mit hohem Risiko der sozialen Isolation ermittelt werden. Daran anknüpfend kann eine Einzelfallprüfung erfolgen und gezielte Interventionsmaßnahmen können geplant werden.


Für die öffentliche Qualitätsberichterstattung kann der Indikator nur eingeschränkt nach einer Ergebnisvalidierung mittels externer Einzelfallprüfung empfohlen werden.

**Zusammenfassung**


**Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse**

**Inhaltliche Definition**

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Ergebnis 1: Anteil positiver Antworten zum Auftreten von Schmerzen (manchmal oder häufig) aufgrund fehlender Unterstützung bei Lage-/Positionswechseln an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.


Relevanz

Das Auftreten von Schmerzen durch fehlende Unterstützung stellt eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität dar.

Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung

Während Schmerzereignisse im Allgemeinen stark durch das subjektive Empfinden beeinflusst werden, ist dieser Indikator durch eine gute und schnelle Versorgungsleistung in der Unterstützung beim Aufstehen und Lagewechsel im Bett gut beeinflussbar. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass befragte Personen die Ursache der Schmerzen ggf. falsch zuordnen.

Methodische Güte


Die Angaben von Angehörigen müssen in diesem Bereich ebenfalls mit Zurückhaltung bewertet werden, da eine trennscharfe Ermittlung kritischer Schmerzereignis von seltenen Schmerzereignissen nicht sichergestellt werden kann.

Die Ergebnisse können jedoch wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement geben, um die betroffenen Unterstützungsprozesse innerhalb der Einrichtung ggf. zu prüfen und bei Bedarf zu optimieren.

Messverfahren

Die Messung erfolgt mittels einer Bewohner- und Angehörigenbefragung mit geschlossenen Antwortskalen. Der Indikator umfasst zwei Kriterien.
Tab. 86: Bewohnerbefragung „Auftreten von Schmerzen durch späte Unterstützung“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
</table>

Tab. 87: Angehörigenbefragung „Auftreten von Schmerzen durch späte Unterstützung“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange sitzen bleiben musste?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“ – „Ist mir nicht bekannt“</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange im Bett in einer Position liegen musste?</td>
<td>„Ja“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnisse

Tab. 88: Kritische Schmerzereignisse durch späte Unterstützung aus Bewohnersicht (N=18 Einrichtungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID</th>
<th>Schmerzen durch zu späte Lagerung oder zu späte Aufstehhilfe (Bewohnersicht)</th>
<th>Bewohner mit Unterstützungsbedarf</th>
<th>Schmerzquote (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>2,1</td>
<td>13</td>
<td>15,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>16,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>18,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>22,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>11</td>
<td>27,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>6</td>
<td>22</td>
<td>27,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>6</td>
<td>19</td>
<td>31,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>4</td>
<td>11</td>
<td>36,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>50,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>33</td>
<td>173</td>
<td>19,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, werden kursiv ausgewiesen. Sie sind nicht als statistisch repräsentativ für die Einrichtung zu beurteilen.

Tab. 89: Kritische Schmerzereignisse durch späte Unterstützung aus Angehörigensicht (N=17 Einrichtungen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID</th>
<th>Schmerzen durch zu späte Lagerung/Aufstehhilfe (Angehörigensicht)</th>
<th>Bewohner mit Unterstützungsbedarf</th>
<th>Schmerzquote (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>0</td>
<td>19</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td>0,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>0</td>
<td>16</td>
<td>6,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>4</td>
<td>28</td>
<td>14,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
<td>20,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>7</td>
<td>33</td>
<td>21,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>22,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>3</td>
<td>13</td>
<td>23,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>9</td>
<td>38</td>
<td>23,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>5</td>
<td>20</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>6</td>
<td>20</td>
<td>30,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>9</td>
<td>29</td>
<td>31,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>16</td>
<td>31,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>50,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>56</td>
<td>306</td>
<td>18,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ergebnisse, denen weniger als 15 Fälle zugrunde liegen, sind kursiv ausgewiesen. Sie sind nicht als statistisch repräsentativ für die Einrichtung zu beurteilen.

Empfohlener Einsatzbereich


Zusammenfassung

Der Indikator bietet wichtige Hinweise auf die die Lebensqualität der Bewohner einschränkenden Aspekte in Form kritischer Schmerzerlebnisse aufgrund subjektiv wahrgenommener zu späte Unterstützung und kann für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt werden.
**Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten**

*Inhaltliche Definition*

Erfasst wird der wahrgenommene Grad von Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bezogen auf die Pflegeform, eine bedürfnisgerechte Pflegehäufigkeit in der gewünschten Form und die Berücksichtigung des Bewohnerwunsches bzgl. des Geschlechts der versorgenden Pflegekraft.

*Formale Definition und Gruppenunterteilung*

Anteil positiver Antworten bezogen auf die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Pflege an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

*Relevanz*


*Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung*

Das Ergebnis ist durch Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner gut beeinflussbar. Hierzu gehört auch eine Organisationspraxis, die aktiv Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten im alltäglichen Pflegeprozess anbietet.

*Methodische Güte*


*Messverfahren (und etwaige Alternativen)*

Das Ergebnis wird mittels einer Bewohnerbefragung erfasst. Der Indikator umfasst vier Kriterien (vgl. folgende Tabelle):
Tab. 90: Bewohnerbefragung „Pflege: Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Frage</th>
<th>Antwortkategorien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>Baden Sie gerne? Falls Ja: Können Sie hier so oft baden, wie Sie das möchten?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Duschen Sie gerne? Falls Ja: Können Sie hier so oft duschen, wie Sie das möchten?</td>
<td>s. Frage 1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Können Sie hier aussuchen, ob Sie baden, duschen oder sich waschen möchten?</td>
<td>„Ja“ – „zum Teil“ – „Nein“</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erprobungsergebnis

Der durchschnittliche Anteil der Bewohner, die eine Wahl- und Entscheidungsmöglichkeit im Bereich Pflege wahrnehmen, beträgt 61,8% (N=702 Antworten). Die Ergebnisse streuen gut zwischen den Einrichtungen (Min.: 43,4%; Max.: 95,2%). Bewohner berichten oft, dass ihnen das Geschlecht der pflegenden Person nicht mehr wichtig sei „man habe sich daran gewöhnt“. In Fällen, in denen der Wunsch nach einer geschlechts-spezifischen Pflege fortbesteht, wird diese oft (85% der Fälle) respektiert. Mehr als die Hälfte der Bewohner (56,5%, N=262) gibt an, gerne zu baden. Von diesen Personen sagen 40,6%, dass sie so häufig baden können, wie sie möchten. Die Pflegeform duschen ist insgesamt beliebter (89,5%, N=275), hier geben 62,6% der Personen, die gerne duschen, an, dies so häufig tun zu können, wie sie es wünschen.

Abb. 36: Anteil positive Beurteilungen zu Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Pflege (11 Einrichtungen, N=702 gültige Antworten) von 246 Personen
Bewertungssystematik

Zur Bewertung der Ergebnisse wird das am Mittelwert orientierte Ergebnisklassenverfahren empfohlen (vgl. 5.4).

Empfohlener Einsatzbereich

Dieser Indikator wird vorerst unter Vorbehalt für das interne Qualitätsmanagement empfohlen, da sich die Bewohner oft der Wahlmöglichkeiten in der Einrichtung nicht bewusst sind.

Zusammenfassung

Der Indikator erweist sich momentan als noch nicht ausreichend stabil, jedoch als wichtig. Bewohner sind sich ihrer Wahlmöglichkeiten häufig nicht bewusst, hier scheinen Defizite zu bestehen. Eine Optimierung und differenzierte Testung für eine zukünftige Verwendung wird empfohlen.

Mitarbeiterzeit

Inhaltliche Definition

Erfasst wird ein indexbasierter Vergleichswert der rechnerisch zur Verfügung stehenden Mitarbeiterzeit pro Bewohner, wobei Mitarbeiter des Pflege-, Sozial- und Betreuungsdienstes berücksichtigt wurden, unterteilt nach Fachkräften und Hilfskräften. Erfasst werden die Mitarbeiterstunden laut Dienstplan eines Stichprobenmonats (abzgl. Krankheitszeiten) gewichtet nach Bewohnerstruktur und Rahmenvereinbarungen (Pflegeschlüssel). In das Stundenvolumen werden auch die Personalstunden von Mitarbeitern einbezogen, die nicht der Stammbelegschaft angehören. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Personen, die in Krankheitsfällen zusätzlich zur Stammbelegschaft engagiert werden.

Die Anzahl an Mitarbeitern, die einer Einrichtung zur Verfügung steht, wird im Wesentlichen durch die folgenden Faktoren bestimmt:

- Rahmenvereinbarungen des jeweiligen Bundeslandes
- Verteilung der Pflegestufen der Bewohnerschaft
- Anzahl der Bewohner mit Anspruch auf Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI
- Ergebnisse der Verhandlungen mit den Kostenträgern vor Ort
- die auf dem regionalen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte (vor allem Angebot an Fachkräften).

Formale Definition und Gruppenunterteilung

Die Ergebnisse werden getrennt für Fachkräfte und Hilfskräfte ausgewiesen.

---

46 Derzeit ist die Lage zu diesem Punkt noch heterogen. Nicht in allen Bundesländern sind derzeit konkrete Personalschlüssel vereinbart.
1. Abweichung vom Landesmittelwert der Fachkräfte-Mitarbeiterstunden geteilt durch eine nach Landesrahmenvereinbarung und Pflegestufenvereinbarung gewichtete Bewohnerschaft.


Relevanz


Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung


Methodische Güte

Die Güte kann derzeit nicht sicher beurteilt werden und muss in größeren Gruppen geprüft werden. Aktuell ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur in einem Bundesland eine vergleichende Betrachtung möglich gewesen, die jedoch zu klein ist, um die methodische Güte abschließend zu beurteilen.
Messverfahren (und etwaige Alternativen)

Die Erfassung der Dienstplanstunden und Pflegestufenverteilung erfolgt durch die Einrichtungen. Daraus wird über ein Gewichtungsverfahren (anhand vereinbarter Personalschlüssel der Landesrahmenvereinbarung und der Pflegestufenverteilung) eine normierte Bewohe-
rnschaft gebildet. Ausgegeben wird ein indexbasierter Vergleichswert, der die prozentuale Ab-
weichung der Personalstunden im Landesvergleich ausweist.

Alternativ wäre es im Sinne des Verbrauchers möglich, die in der Einrichtung geltenden Per-
sonalschlüssel transparent zu machen und offen zu legen, dies sollte gegebenenfalls unter
Berücksichtigung der jeweiligen Krankheitsquote erfolgen.

Erprobungsergebnisse

Die Ergebnisse streuen deutlich zwischen den Einrichtungen. Die differenzierte Erfassung
von Fachkraft- und Hilfskraftstunden erbringt unterschiedliche Ergebnisse innerhalb einer
Einrichtung (Fachkraftstunden: Max. +14%; Min. -12,5%; Hilfskraftstunden: Max. +24%, Mi-
nimum -31%). In der folgenden Grafik sind die unterschiedlichen Werte im Vergleich von 8
Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen dargestellt. Nicht beurteilt werden kann, ob sich die
Unterschiede auch im Verlauf des Gesamtjahres stabil verhalten oder sich ggf. gegenseitig
nivellieren. Zukünftig wäre deshalb die Erfassung des Gesamtjahresstundenkontingents eine
wichtige Voraussetzung zur Ermittlung stabiler Ergebnisse.

Abb. 37: Abweichungsgrad Mitarbeiterstunden

LR NRW Gewichtung

Differenz Index
Hilfskraftstunden (incl. § 87b) pro Bewohner (gewichtet)

Differenz Index
Fachkraftstunden pro Bewohner (gewichtet)

Abweichend von der ansonsten ausgewiesenen ID in Zahlenform für die Einrichtungen werden hier
Buchstaben von „A“ bis „H“ als ID vergeben, um eine Aufhebung der Anonymität der Einrichtungen
durch die Zuordnung des Bundeslandes in dieser Ergebnisauswertung und der Ergebnisse der an-
deren Indikatoren zu verhindern.

---

Empfohlener Einsatzbereich

Der Indikator kann noch nicht für einen Einsatz empfohlen werden, er wird jedoch aufgrund der Relevanz zur weiteren Prüfung bzw. für weitere Entwicklungsarbeiten empfohlen.

In der öffentlichen Qualitätsberichterstattung wäre aus Verbrauchersicht der Einsatz des alternativen Verfahrens (Transparenz bezüglich der Personalschlüssel der Einrichtung) sinnvoll, da ein ausreichender Personaleinsatz für Angehörige und Bewohner ein wichtiges Kriterium ist.

Zusammenfassung

Der Indikator ergibt erste Hinweise auf die Möglichkeit zur Erfassung von bewohnerbezogener Personalzeit. Er kann allerdings noch nicht für einen Einsatz empfohlen werden, da die zur Verfügung stehende Datenbasis für eine abschließende Empfehlung zu gering ist. Der Indikator wird aufgrund der Relevanz jedoch zur weiteren Prüfung und für eine weitere Entwicklungsarbeit empfohlen. Kurzfristig wird empfohlen, die Personalschlüssel der Einrichtungen transparent zu machen.

6.2 Ausgeschlossene Indikatoren

6.2.1 Gesundheitsbezogene Indikatoren

Entwöhnung von der Sondenernährung


Ungeplante Krankenhausseinweisungen


Der Einsatz des Indikators ist aus verschiedenen Gründen problematisch. Insbesondere ist die Bewertung des Indikators schwierig, sie erfordert häufig eine Prüfung des Einzelfalls, die nicht standardisiert erfolgen kann. Eine Einweisung kann ein erwünschtes Ergebnis sein, eine fachlich angemessene Reaktion auf ein in der Einrichtung nicht zu lösendes Gesundheitsproblem. Es kann aber auch ein unerwünschtes Ergebnis sein, ein fachlich nicht ausreichend gerechtfertigtes Ereignis mit Risiken und Belastungen für die Bewohner (und vermeidbaren Kosten) (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).

Häufigkeit von Harnwegsinfekten

Das Thema Häufigkeit von Harnwegsinfekten wird vor allem in der Krankenhausversorgung genutzt, nur vereinzelt in der Langzeitversorgung. Es war angedacht, folgende Operationalisierung zu verwenden: Anteil der Bewohner, die in einem definierten Zeitraum an einem Harnwegsinfekt erkrankt sind oder am Stichtag an einem Harnwegsinfekt leiden.


Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten


Der Einsatz eines Indikators, der die Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten eines Bewohners verbessert, ist vor allem deshalb problematisch, weil der Einfluss pflegerischer In-

**Depression**

Das Thema Depression wird international zur Beurteilung der Versorgungsqualität genutzt. Manche Indikatoren erfassen den Anteil der Bewohner, bei denen aufgrund einer standardisierten Einschätzung Hinweise auf eine Depression vorliegen (Minnesota Department of Human Services 2007; Steering Committee Responsible Care 2008).


**Angst**

**Inadäquater Psychopharmakaeinsatz**

Der inadäquate Einsatz antipsychotischer Medikamente gilt als Qualitätsproblem, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung (Hach et al. 2004; Oborne et al. 2003). Eine Operationalisierung als Anteil der Bewohner, deren Psychopharmakatherapie nicht angemessen ist, wäre denkbar.


**Im Krankenhaus verstorbene Bewohner**

Das Thema würdevolles Sterben gilt als Standard für die Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen (Health Information and Quality Authority 2009). Es wurde überlegt, den Anteil der Bewohner, die im Krankenhaus verstorben sind, zu erheben.

Von Seiten der Einrichtungen sollte ein Sterben in einer Umgebung, die für den Bewohner einem würdevollen Sterben am ehesten entspricht, ermöglicht werden. Neben der Anwendung wirkungsvoller Maßnahmen zur Behandlung von Schmerzen und anderer belastender Symptome gehört dazu auch, unnötige Transfers in eine fremde Umgebung wie z. B. Krankenhäuser, wenn keine Notwendigkeit dazu besteht, zu vermeiden.


**Vorliegen einer Stuhlinkontinenz**

Noxokomiale Infektionen


Symptomstatus

Erfasst werden kann der Symptomstatus der Bewohner zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem festgelegten Zeitfenster. Der Einsatz entsprechender Indikatoren ist in verschiedenen Hinsicht problematisch. Eine Vielzahl möglicher Symptome wird in einem einzigen Indikator zusammengefasst, obwohl sowohl die Beeinflussbarkeit als auch die Relevanz verschiedener Symptome unterschiedlich hoch sein können.


Grippeimpfungen

Überprüft werden kann, ob Bewohner eine Grippeschutzimpfung (die empfohlen ist) erhalten haben. Indikatoren, die das Thema Grippeimpfungen aufgreifen, kommen vereinzelt in der Qualitätsbeurteilung zur Anwendung.

Das Angebot einer Grippeschutzimpfung wird als Beitrag zur Infektionsprävention in der Einrichtung gesehen (Fahey et al. 2003). Die Teilnahme an dieser Impfprävention ist jedoch (zumindest in Deutschland) freiwillig, so dass der Einfluss der Einrichtung systematisch begrenzt ist. Hilfsweise wird gelegentlich die Zahl der Bewohner erhoben, denen eine Impfung zumindest angeboten wurde. Auch dies fällt in Deutschland nicht in das Aufgabenfeld einer
Pflegeeinrichtung. Insgesamt weist der Indikator also geringe Pflegesensitivität auf, bildet nur einen schmalen Ausschnitt infektionsprophylaktischer Maßnahmen einer Einrichtung ab und lässt nur indirekte Schlüsse auf das damit verbundene Ergebnis zu.

**Mortalität**


**Chronische Wunden**


**Frakturen/Verletzungen**


**6.2.2 Indikatoren aus der Befragung von Bewohnern und Angehörigen**

**Emotionales Wohlbefinden**


Die Erfassung erfolgte über eine Bewohnerbefragung mittels einer standardisierten 4-Punkt-Skala.


Der Indikator kann zwar aufgrund der Instabilität in der Wiederholungsbefragung, dem nicht ausreichend sicheren Bezug zum Handeln der Einrichtungen und dem ausgeprägten Einfluss persönlicher Lebensaspekte nicht zur Anwendung empfohlen werden. Wünschenswert wäre jedoch zukünftig die Berücksichtigung des Einsatzes von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität (auch bei Demenz), die neben der reinen Erfassung der Lebensqualität auch die Planung individueller Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der individuellen Lebensqualität umfassen.

**Alternatives Verfahren zur Erfassung der Qualität des Mahlzeitenangebotes**

Während der Erprobungsphase wurde neben der Nutzerbefragung ein Verfahren getestet, das die Qualität des Mahlzeitenangebotes durch die Erfassung von Einrichtungsdaten ermitteln sollte. Die hierfür gewählten Kriterien lauteten: (a) Variabilität des Speiseangebotes, (b) Variabilität des Speiseangebotes bei Diätkost, (c) spezifische Speiseangebote für Bewohner mit demenziellen Veränderungen, (d) kurzfristige Möglichkeit, Speisewünsche abzugeben oder zu ändern, und (e) Erfüllung des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für

---

Ernährung zum Einsatz von Lebensmitteln im wöchentlichen Gesamtangebot der Vollverpflegung.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Demenztückspezifisches Speiseangebot</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl erfüllter Kriterien</td>
<td>14%</td>
<td>19%</td>
<td>25%</td>
<td>25%</td>
<td>17%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Prozentualer Anteil</td>
<td>5</td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
<td>6</td>
<td>36</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Speiseplananalyse erwies sich als sehr zeitaufwändig und wenig aussagekräftig. Das getestete Verfahren kann zur Erfassung von Ergebnisqualität derzeit nicht empfohlen werden, da die ermittelten Daten nicht sicher miteinander vergleichbar sind. Es empfiehlt sich eher eine qualitativ vertiefende Beurteilung im Rahmen externer Qualitätsprüfungen. Wünschenswert wäre eine ergänzende Verbraucherinformation in der Qualitätsberichterstattung über Auswahlmöglichkeiten für alle Bewohner und die bereitgehaltenen spezifischen Ernährungsangebote für Bewohner mit Demenz.

**Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und organisatorischer Absprachen**

Erfasst wird der subjektiv wahrgenommene Grad der Einhaltung von Vereinbarungen und Versprechungen, wie z. B. in Hinblick auf Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie verlässliche Ausführung der vereinbarten Dienstleistung.
**Raumtemperatur**

Erfasst wird entweder eine subjektiv als angenehm wahrgenommene Raumtemperatur oder der vorliegende Temperaturwert wird per Temperaturmessung ermittelt. Der Indikator bietet in beiden Varianten kaum Erkenntniswert. Es ist davon auszugehen, dass in der stationären Altenhilfe angemessene Werte der Raumtemperatur vorliegen.

**Wohnzufriedenheit**

Der Indikator ermittelt die allgemeine Wohnzufriedenheit der Nutzer. Er wird vor allem in der Evaluation betreuter Wohnformen eingesetzt. Es spielen Aspekte hinein, die durch eine Einrichtung nicht oder kaum beeinflussbar sind: Biografie, Entfernung zu Verwandten und Freunden, finanzielle Situation sowie fehlende Unterstützung bei der Mitnahme eigener Möbel durch das soziale Umfeld. Der Indikator ist somit für einen sicheren Vergleich zwischen Einrichtungen nicht geeignet, kann jedoch im internen Qualitätsmanagement ggf. Schwachstellen und Potenziale der Wohnsituation ermitteln.

**Intensität sozialer Kontakte**


**Vorhandensein eines verlässlichen Ansprechpartners oder einer Vertrauensperson**

7. Nicht abgebildete Themenbereiche

Die bereits dargestellten Indikatoren decken nicht alle Bereiche der Unterstützung ab, die für die Bewohner wichtig sind. Es existieren weitere, die ebenfalls von hoher Relevanz für die Bewohner und für die pflegerische Versorgung sind. Diese Themenbereiche lassen sich jedoch nicht oder nur begrenzt mit klassischen Indikatoren für Ergebnisqualität darstellen und bilden eher Prozessqualität oder sogar Strukturqualität ab.

Im Projekt fand auf Anregung des Beirats eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen und möglichen Indikatoren statt. Es handelte sich dabei insbesondere um Themen, die besondere Versorgungssituationen oder Bedarfslagen sowie Fragen der Kooperation betreffen.

Zu entscheiden war, ob diese wichtigen Themenbereiche einbezogen werden oder ausgeklammert bleiben sollten, da sie sich aus methodischen Gründen nicht auf der Ebene der Ergebnisqualität abbilden lassen. Gemessen an der Relevanz für die Bewohner wäre zweifelslos eine Einbeziehung sinnvoll gewesen. Der Nachteil einer solchen Entscheidung läge allerdings darin, dass die in der deutschen Diskussion mit Nachdruck eingeforderte methodische Stringenz bei der Unterscheidung und Darstellung von Qualitätsbereichen verloren gegangen wäre. Es wurde die Entscheidung getroffen, eher dem Grundsatz der methodischen Stringenz folgen. Damit blieb der Fokus auf Indikatoren gerichtet, die tatsächlich Ergebnisqualität abbilden.

Ein wichtiges Ergebnis der zahlreichen Diskussionen und verschiedenen Projektarbeiten bestand allerdings darin, dass trotz aller Bedeutung und Chancen, die mit der Beurteilung von Ergebnisqualität in Verbindung gebracht werden, nicht übersehen werden darf, dass die Beurteilung von Strukturen und Prozessen auch weiterhin ein unverzichtbares Standbein der Qualitätsbewertung und Qualitätssicherung bleibt. Abgesehen davon, dass nicht alle relevanten Aspekte der Versorgung auf dieser Ebene beurteilbar sind, gibt es Aspekte der Struktur- und Prozessqualität, deren Beurteilung nicht verzichtbar ist.

Im Folgenden werden die Themenbereiche und Kriterien, die in Betracht gezogen worden sind, zusammenfassend vorgestellt und erläutert.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Heimeinzug</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Schriftliches Konzept zur Unterstützung des Bewohners beim Heimeinzug</td>
</tr>
<tr>
<td>• Hauptsprechpartner für neue Bewohner</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sterbephase</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Schriftliches Konzept zur Sterbebegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>• Mitarbeiter mit palliativpflegerischer Qualifikation</td>
</tr>
<tr>
<td>• Informationen über externe Kooperationspartner in der Sterbebegleitung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankenhausaufenthalte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Schriftliches Konzept zur Überleitung bei Krankenhausaufenthalten der Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>• Informationsübermittlung bei der Überleitung in ein Krankenhaus</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen
- Mitarbeiter mit gerontopsychiatrischer oder psychiatrischer Fachweiterbildung

Angehörigenarbeit
- Schriftliches Konzept zur Angehörigenarbeit
- Hauptansprechpartner für Angehörige
- Einschätzung der Bereitschaft von Angehörigen zur Mitwirkung
- Einbeziehung der Angehörigen in die Pflegeplanung für kognitiv beeinträchtigte Bewohner

Kooperation mit Ärzten und Apotheken
- Schriftliche Information über Zusammenarbeit für Ärzte
- Feste Ansprechpartner für Ärzte

Einbeziehung freiwilliger Helfer
- Schriftliches Konzept zur Integration von Freiwilligenhilfe
- Integration und Begleitung freiwilliger Helfer
- Intensität der Mitwirkung freiwilliger Helfer

Heimeinzug


Begleitung sterbender Bewohner


Krankenhausaufenthalte

Um den Übergang von Bewohnern ins Krankenhaus reibungslos zu gestalten und die damit verbundenen Belastungen so weit wie möglich zu reduzieren, sollten Pflegeeinrichtungen über ein geregeltes Überleitungsverfahren verfügen. Standards und planvolle Maßnahmen zur Unterstützung des Übergangs zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werden als wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität betrachtet.

Ein mögliches Kriterium wäre auch hier die Verfügbarkeit eines schriftlichen Konzepts, das Vorgaben zur Unterstützung der Bewohner durch die Einrichtungen, zu Art und Umfang der Informationsübermittlung an das Krankenhaus und zu anderen Aspekten der Überleitung macht. Ebenfalls könnte dargestellt werden, ob eine Einrichtung über einen Überleitungsbo gen und weitere Dokumentationsinstrumente verfügt, die bestimmten inhaltlichen Anforderungen genügen, die also beispielsweise Auskunft geben über:

- wesentliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten des Bewohners
- den Bedarf an Körperbezogenen Maßnahmen und psychosozialer Unterstützung
- Verhaltensauffälligkeiten, Gewohnheiten und Tagesstruktur sowie Kommunikationsmöglichkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- die aktuelle Medikation und weitere ärztlich verordnete Maßnahmen
• Angaben zu Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern
• Angaben zu zuständigen Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme
• ärztliche Überweisungen/Einweisungsunterlagen.

**Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen**


**Angehörige**

Angehörigenarbeit ist von hoher Relevanz für die Bewohner, aber auch für die Einrichtung, da sie u. a. die Integration der Bewohner und die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflussen kann. Eine Einrichtung sollte Rahmenbedingungen schaffen, die eine erfolgreiche Angehörigenarbeit fördern. Das Thema Angehörigenarbeit wird in verschiedenen Qualitätsystemen diskutiert, z. B. in den Artikeln 4, 5 und 8 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, in den Transparenzkriterien und in den Referenzmodellen zur Förderung der Qualitätssicherung Weiterentwicklung der vollstationären Pflege.

Auch hier wäre prinzipiell die Frage nach einem schriftlichen Konzept möglich, das bestimmte Anforderungen berücksichtigt. Es wäre außerdem denkbar, einen Indikator einzusetzen, der den Anteil der Bewohner abbildet, für deren Angehörige es einen namentlich benannten Hauptansprechpartner gibt. Die Überprüfung der Möglichkeiten und der Bereitschaft von Angehörigen zur Mitwirkung bei der Versorgung und der Anteil der Bewohner mit kognitiven

49 Gemeint ist eine Person, die regelmäßig bei der pflegerischen Versorgung oder sonstigen Unterstützung im Wohnbereich mitwirkt (im Idealfall die für den Bewohner zuständige Pflegefachkraft).
Beeinträchtigungen, bei denen die Angehörigen in die Erstellung der aktuellen Pflegeplanung einbezogen worden sind, wurden ebenfalls in Betracht gezogen.

**Ärzte und Apotheken**


- Verfügbarkeit einer schriftlichen Information für niedergelassene Ärzte, in der das angestrebte Konzept der Zusammenarbeit bzw. Kooperationsangebote und -erwartungen dargestellt werden
- Benennung von Pflegefachkräften als feste Ansprechpartner für Ärzte, die über den jeweiligen Bewohner kompetent Auskunft geben können.

**Freiwillige Helfer**


Ähnlich wie bei den vorangestellten Themenbereichen könnte hier geprüft werden, ob ein schriftliches Konzept zur Integration von Freiwilligenhilfe in den Lebens- und Versorgungsalltag vorliegt, das beispielsweise konkrete Aussagen zu folgenden Punkten enthält:

- Aufnahmeverfahren für freiwillige Helfer
- Einarbeitung, Unterstützung und Begleitung von freiwilligen Helfern
- Personelle Zuständigkeiten für die Koordination von freiwilligen Helfern
- Zuordnung von Ansprechpartnern für freiwillige Helfer
- Fortbildungs- und Reflexionsangebote.


8. Praktikabilität

8.1 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 1 bis 3

Um Aussagen zur Praktikabilität und Anschlussfähigkeit des Verfahrens an die Praxis zu treffen, wurde die Erprobungsphase auf verschiedene Weise ausgewertet. Zum einen wurden die Daten anhand verschiedener Fragestellungen geprüft, zum anderen erfolgte eine gemeinsame Auswertung der Erprobungsphase mit den beteiligten Einrichtungen und ausgewählten Experten.

Die Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen hielt sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten in einem praktikablen Rahmen:

- 1. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 21 Minuten (Minimum 5 Min., Maximum 75 Min.)
- 2. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 15 Minuten (Minimum 2 Min., Maximum 70 Min.)
- 3. Erhebungszeitpunkt: durchschnittlich 14 Minuten (Minimum 1 Min., Maximum 65 Min.)

Mit zunehmender Routine und Übung konnte der zeitliche Aufwand verringert werden. In den Gesprächen mit und Rückmeldungen aus den beteiligten Einrichtungen wurde darüber hinaus deutlich, dass der Zeitaufwand erheblich geringer war, wenn die erhebende Pflegekraft den Bewohner gut kannte und die Daten schnell aus der Dokumentation entnommen werden konnten, d. h. wenn die Datenerfassung durch die Bezugspflegenden erfolgte.

die Ergebnisindikatoren verursacht wurde, ließe sich damit noch einmal reduzieren. Eine Integration des Verfahrens in den Routinebetrieb wird von den meisten Einrichtungen als unproblematisch eingestuft.

Wie in den Indikatorenbeschreibungen in Kapitel 5 ausführlicher dargestellt, sind viele Informationen, die benötigt werden, bereits heute gut in den Einrichtungen dokumentiert. Vor allem Informationen zu den Indikatoren aus dem Qualitätsbereich 2 (wie z. B. Sturzfolgen oder Dekubitus) werden schon heute für externe Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (von den Einrichtungen) vorgehalten.


Eine sorgfältige Auswahl der Mitarbeiter und eine intensive Einweisung in das Instrumentarium sind notwendig, um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Der Aufwand für die Qualifizierung des Pflegepersonals zum Umgang mit dem Instrumentarium wird realistisch in einer zweitägigen Schulungsveranstaltung zu veranschlagen sein. Erfahrungen in der Anwendung standardisierter Einschätzungsinstrumente sollten bei den Mitarbeitern, die die Erhebungen durchführen, vorhanden sein.


Die Aussagekraft der Indikatoren wurde mit den beteiligten Einrichtungen in den Regionalgruppen diskutiert bzw. über eine schriftliche, nicht standardisierte Befragung der Einrichtung nach der letzten Sitzung der Regionalgruppen schriftlich dokumentiert. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten noch einmal die Praktikabilität. Die Aussagekraft der Indikatoren wurde ebenfalls positiv beurteilt. Nur ein kleiner Teil der Einrichtungen signalisierte, dass manche Ergebnisse nicht so einfach nachvollzogen werden könnten, was aber häufig damit zu-
sammenhing, dass sich die Beurteilung auf einen Wohnbereich bezog und nicht, wie im Falle der Vollerhebung, ohne weiteres auf die Einrichtung insgesamt übertragen werden darf. Der Großteil der Einrichtungen befand die Ergebnisse aber als aussagekräftig und sah die Stärken und Schwächen der jeweiligen Einrichtung bzw. des Wohnbereichs bestätigt. Teilweise sahen Einrichtungen auch eine Verbindung zu eigenen Qualitätsentwicklungsprozessen, deren Effekte sich in einer Veränderung der jeweiligen Ergebnisse im Verlauf der Erprobungsphase ausdrückten.


### 8.2 Erprobungserfahrungen mit den Indikatoren der Bereiche 4 und 5

**Bewohnerbefragung**


Sehr positiv bewertet wurde der Einsatz der optischen Befragungshilfe für die Bewohner. Etwas ungünstig in der praktischen Handhabung war jedoch die technisch bedingte unterschiedliche Nummerierung der Bildschirmfragen und der optischen Befragungshilfe bei der Filterführung. Dieses Problem wäre bei einem zukünftigen Einsatz eines speziell für die Befragung entwickelten Bildschirminterviews mit automatisierter Filterprogrammierung zu umgehen. Im Rahmen der Erprobungsphase musste hier aus Kostengründen eine pragmatische Lösung gefunden werden.


Das Verfahren hat sich als praktikabel erwiesen, der Zeitaufwand war angemessen. Pro Bewohnerinterview wurden im Durchschnitt ca. 23 Minuten benötigt.

---

50 Ursache war ein fehlendes Update.
Die Angehörigenbefragung


Erprobungserfahrungen mit der Erfassung des Aktionsradius


Erprobungserfahrungen mit der Erfassung der Teilnahme an Aktivitäten

Erprobungserfahrungen zur Erfassung der ergänzenden Indikatoren zur Qualität des Mahlzeitenangebots und der Wäscheversorgung, Möglichkeiten zum Grad der Möblierung, des Angebotsspektrums auf Gruppen- und Einzelebene und der Mitarbeiterzeit


Die Erfassung betrieblicher Kennzahlen zur Qualität der Wäscheversorgung war nur in Einzelfällen möglich, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse war aufgrund der sehr unterschiedlichen Qualität der Daten jedoch kaum gegeben. Die einzige Ausnahme bildete die durchschnittliche Rückgabedauer der Wäsche.

Die Erfassung des Grades zur Möglichkeit der Möblierung bereitete kaum Schwierigkeiten. Eine vergleichbare Erfassung des Angebotsspektrums war nicht möglich. Die angegebenen Aktivitäten unterschieden sich inhaltlich und in ihrer Anzahl sehr deutlich voneinander.

Zurückhaltung und Bedenken seitens der Einrichtungen gab es insbesondere bei der Dokumentation und Herausgabe der Mitarbeiterzeiten, diese wurde auch als sehr zeitintensiv befunden.

8.3 Exkurs: Ergebnisqualität und Vergütungsverhandlungen

Im Projekt war auch der Frage nachzugehen, inwieweit Indikatoren für Ergebnisqualität perspektivisch in Vergütungsverhandlungen einfließen könnten. Um der Klärung dieser Frage näher zu kommen, wurde ein Expertenworkshop mit sieben Personen durchgeführt, die auf diesem Themenfeld einschlägige Erfahrungen aufwiesen. Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) waren ebenso vertreten wie Leistungsanbieter.


Dabei konzentrierte sich die Diskussion auf zwei Ansätze: Erstens könnte die Höhe von Vergütungen davon abhängig gemacht werden, welche Ergebnisqualität eine Einrichtung in der Vergangenheit erreicht hat (Bonus-Malus-System). Zweitens könnte Ergebnisqualität als Kriterium verwendet werden, um die Erreichung von Zielen, die von den Vertragspartnern vereinbart wurden, zu überprüfen.
**Vergütungshöhe in Abhängigkeit von Ergebnisqualität?**


Ein weiteres Problem, das mit solchen Bonus-Malus-Systemen zusammenhängt, ist die Frage nach einer Bezugsgröße. Derzeit lässt sich aus den Projektergebnissen nicht ableiten, inwieweit eine Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der entwickelten Indikatoren zu unterschiedlichen Ergebnissen in den Bundesländern führt. Sollte es solche Unterschiede geben, so stellt sich die Frage, welche Region als Referenz in einem Bonus-Malus-System zugrunde gelegt werden sollte. Bei einer Verknüpfung von Qualitätsbeurteilung und Vergütungshöhe müsste eine definitive Festlegung auf einen bestimmten Maßstab erfolgen. Tendenziell sprachen sich die beteiligten Experten eher für den regionalen Durchschnitt als Bezugsgröße aus, weil dies eine bessere (gerechtere) Vergleichbarkeit der Einrichtungen bzw. der Bedingungen, unter denen sie arbeiten, ermögliche. Das allerdings könnte dazu führen, dass Einrichtungen mit vergleichbarer Ergebnisqualität, die jeweils in anderen Regionen angesiedelt sind, mit unterschiedlichen finanziellen Konsequenzen zu rechnen hätten – was unter sachlichen, aber auch rechtlichen Gesichtspunkten kritisch zu diskutieren wäre.


Eher skeptisch wurden auch die finanziellen Konsequenzen von Vergütungszuschlägen für die Bewohner und für die Situation mancher Einrichtungen diskutiert, die unter hohem Wettbewerbsdruck stehen. Eine Erhöhung von Pflegesätzen führt zunächst einmal dazu, dass das vom Leistungsnutzer aufzubringende Heimentgelt steigt. Sofern es sich um Selbstzahler handelt, wären also die Bewohner bzw. Angehörigen diejenigen, die einen durch gute Qualität begründeten Zuschlag auf die Vergütungen finanzieren würden. Reichen ihre finanziellen Mittel nicht aus, stünden die Sozialhilfeträger, nicht die Pflegekassen in der Pflicht.

Es ist auch davon auszugehen, dass manche Einrichtungen gar nicht unbedingt daran interessiert sind, unter den bestehenden Wettbewerbsbedingungen erhöhte Pflegesätze zu erlangen. In manchen Regionen, in denen die bestehenden Kapazitäten nicht ausgelastet sind, existiert ein Wettbewerb, der auch über den Preis geführt wird. Eine Einrichtung, deren Pflegesätze sich aufgrund guter Qualität in der Vergangenheit erhöhen, wird also aus der Perspektive von Bewohnern oder Angehörigen möglicherweise weniger attraktiv, und so könnte eine Erhöhung von Pflegesätzen dort, wo der Wettbewerb besonders scharf ausgeprägt ist, von der Einrichtung eher als kontraproduktiv empfunden werden.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist auch zu diskutieren, welche Höhe der Zu- oder Abschläge ins Auge gefasst werden könnten. Wenn Zuschläge nicht eine Höhe erreichen, mit der die Einrichtungen Strukturen verbessern können (beispielsweise zusätzliches Personal einstellen können), würde der angestrebte Effekt auf die Qualitätsentwicklung nicht eintreten. Die Differenz müsste also deutlich spürbar sein – womit sie aus den dargestellten Gründen auch für die Bewohner und die Angehörigen zur finanziellen Belastung würde.
Davon abgesehen gibt es bislang keine Kriterien, nach denen man das Niveau der Ergebnisqualität und das Niveau der Vergütungen so in Beziehung setzen könnte, dass eine begründete Quantifizierung erfolgen könnte.


Eine Sanktionierung von Einrichtungen durch verringerte Ressourcen wäre unter den heutigen Rahmenbedingungen nur dann eine Option, wenn negative Konsequenzen für die Bewohner (und damit auch eine Verringerung der Personalressourcen) auszuschließen wären. Nachzudenken wäre ggf. über eine Begrenzung auf die Schaffung von Anreizen für besonders gute Qualität (reines Bonus-System). Allerdings wäre auch hier zu diskutieren, ob die zur qualitätsabhängigen Aufstockung der Vergütungen verwendeten finanziellen Ressourcen nicht sinnvoller eingesetzt werden könnten, um die Qualität in der Versorgung insgesamt zu verbessern. Im Gesamtbild jedenfalls zeigte sich in der Expertengruppe eine einhellige Skepsis gegenüber solchen Überlegungen.

**Ergebnisqualität als Nachweis für den Erfolg definierter Programme**

Es gibt vergleichbare Finanzierungskonzepte in Ländern, in denen Heimentgelte nicht allein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohner festgelegt werden, sondern in denen eine differenziertere Zuordnung zu Fallgruppen erfolgt. Ein Beispiel sind die USA, in denen sogenannte Ressource Utilization Groups (RUGs) zur Anwendung kommen, die jeweils unterschiedliche Mittel für die Versorgung der Bewohner zur Verfügung stellen. Darunter finden sich u. a. Fallgruppen für Personen, die einen Bedarf an ressourcenfördernder Versorgung („rehabilitativ orientierte Pflege“) benötigen.


Chancenreicher wäre möglicherweise der zweite Ansatz, in dem für definierte Bewohnergruppen und für definierte Leistungen konkrete Vereinbarungen mit Festlegung von Ressourcen getroffen werden, bei denen die Ergebnisindikatoren zur Überprüfung von „Outcomes“, also von Versorgungsergebnissen herangezogen werden. In diesem Fall würde keine allgemeine Verknüpfung von Vergütung und Indikatoren stattfinden, sondern für ganz bestimmte Bereiche der Versorgung eine Festlegung getroffen, wie die betreffende Bewohnergruppe zu versorgen ist. Ergebnisindikatoren hätten nur die Funktion, Erfolg oder Misserfolg solcher Programme zu beurteilen, womit sie eine Grundlage für die Entscheidung der Fortführung oder Beendigung solcher Programme zur Verfügung stellen. Es kann sinnvoll sein, diese Option weiterzuverfolgen.

9. Fazit und Überlegungen zur Verwendbarkeit der Indikatoren


Mit dem Projekt wurden Indikatoren unterschiedlicher Art entwickelt. Der Bericht unterscheidet pragmatisch zwischen

- gesundheitsbezogenen Indikatoren, wobei der Begriff „Gesundheit“ körperliche, mentale und soziale Aspekte anspricht (Qualitätsbereiche 1 bis 3, Bearbeitung durch das IPW),
- Indikatoren zur Erfassung von weiteren Aspekten der Lebensqualität, die überwiegend über Befragungen von Bewohnern und Angehörigen erhoben werden (Qualitätsbereiche 4 und 5, Bearbeitung durch das ISG) und
- einem Indikator zur Bewertung von Ergebnissen der Zusammenarbeit mit Angehörigen, deren Beurteilung ebenfalls über eine schriftliche Befragung ermittelt wurde (gesonderter Qualitätsbereich, IPW).

9.1 Qualitätsbereiche 1 bis 3 (gesundheitsbezogene Indikatoren)


Aus diesem Verständnis ergeben sich verschiedene Anforderungen an Indikatoren für Ergebnisqualität. Besonders wichtig war die Anforderung, dass sich die Indikatoren auf Ergebnisse beziehen, die von einer Einrichtung und ihren Mitarbeitern maßgeblich beeinflusst wer-
den können. Darüber hinaus sollten sie sich für einen seriösen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen eignen.

**Gesundheitsbezogene Indikatoren, die sich zur vergleichenden Qualitätsbeurteilung eignen**

Im Verlauf des Projekts wurden zahlreiche Kriterien, die in der Literatur oder in Konzeptdokumentationen beschrieben wurden, auf ihre Nutzbarkeit als Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen überprüft. Dabei erwiesen sich 15 Indikatoren als geeignet für vergleichende Qualitätsbeurteilungen. Sie erfüllen die inhaltlichen und methodischen Voraussetzungen, um Qualitätsunterschiede aufzuzeigen, und sind in den Handlungsfeldern internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätsprüfungen und öffentliche Qualitätsberichterstattung einsetzbar. Sie sind in drei Bereiche unterteilt:

**Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit**
- Erhalt oder Verbesserung der Mobilität (zwei Indikatoren)
  - von Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - von Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen (zwei Indikatoren)
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

**Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen**
- Dekubitusentstehung (zwei Indikatoren)
  - bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko
  - bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
- Stürze mit gravierenden Folgen (zwei Indikatoren)
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (zwei Indikatoren)
  - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
  - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

**Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**
- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
- Einsatz von Gurtfixierungen
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- Schmerzmanagement (Schmerzeinschätzung/Information über Schmerz).
**Begrenzt einsetzbare und nicht empfohlene Indikatoren**

Andere Kriterien können zur Anwendung bei der Beurteilung von Ergebnisqualität nicht empfohlen werden oder sind nach dem derzeitigen Stand des Wissens nur im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sinnvoll nutzbar. Zur zuletzt genannten Gruppe gehören:

- Häufigkeit von Sondenernährung
- Sturzhäufigkeit
- Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinbußen
- Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Management von Harninkontinenz
- Häufigkeit von Medikationsfehlern.

Die Erfassung und Bewertung dieser Sachverhalte geben wichtige Hinweise für das interne Qualitätsmanagement, doch sind die entsprechenden Indikatoren aus methodischen Gründen nicht für eine vergleichende Qualitätsbewertung geeignet.

Bei verschiedenen weiteren Indikatoren, die im Verlauf des Projektes geprüft wurden, wirft auch der begrenzte Einsatz im internen Qualitätsmanagement Probleme auf. Vielfach steht in Frage, ob hier tatsächlich von einem relevanten Einfluss der Einrichtungen ausgegangen werden kann. Eine Information über den jeweiligen Sachverhalt kann zwar nützlich sein, gibt aber in der Regel keinen verlässlichen Hinweis auf mögliche Schwachstellen in den von der Einrichtung zu verantwortenden Prozessen:

- Entwöhnung von der Sondenernährung
- Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen
- Häufigkeit von Harnwegsinfekten
- Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten
- Depression
- Angst
- Inadäquater Psychopharmakaeinsatz
- Im Krankenhaus verstorbene Bewohner
- Vorliegen einer Stuhlinkontinenz
- Nosokomiale Infektionen
- Symptomstatus
- Gripeimpfungen
- Mortalität
- Chronische Wunden
- Frakturen/Verletzungen.
Praktikabilität


Bewertungsmethoden

Die Qualitätsbewertung orientiert sich an der Vorgehensweise in vergleichbaren System anderer Länder, beispielsweise den Niederlanden oder den Vereinigten Staaten: Da keine Kennzahlen existieren, nach denen „gute“ oder „schlechte“ Ergebnisqualität exakt definiert und voneinander abgegrenzt werden könnte, erfolgt eine relative Bewertung, d. h. eine Beurteilung des Einzelergebnisses einer Einrichtungen im Vergleich zum Durchschnitt aller Einrichtungen. Um Unschärfen der Bewertung (insbesondere bei geringen Fallzahlen) zu vermeiden und den Einfluss temporärer oder situativer Besonderheiten zu minimieren, wurde auf eine zu starke Graduierung verzichtet und eine dreistufige Bewertung zugrunde gelegt. Die Bewertung drückt also aus, ob der betreffende Aspekt der Ergebnisqualität einer Einrichtung als überdurchschnittlich gut, durchschnittlich oder unterdurchschnittlich einzustufen ist.

Dieser Bewertungsansatz ließ sich allerdings nicht in allen Indikatorenbereichen uneingeschränkt anwenden. Im Bereich „Umgang mit spezifischen Bedarfslagen“ bewegen sich die Ergebnisse zum Teil auch im Durchschnitt der Einrichtungen auf einem eher niedrigen Niveau, so dass mit der Orientierung am Durchschnitt eine kritisch zu beurteilende Qualität zum Maßstab erhoben würde. Hiervor wurde bei mehreren Gelegenheiten in den projektbegleitenden Gremien gewarnt. In diesem Qualitätsbereich werden daher zum Teil Setzungen vorgenommen, die sich nicht direkt aus einem Durchschnittswert ableiten lassen.

Zur Zusammenführung der Indikatorenbewertungen wurde je Qualitätsbereich ein gesondertes Verfahren entwickelt. Dies war notwendig, weil die Indikatoren mitunter stark voneinander abweichende Merkmale haben. Aufgrund dieser Unterschiedlichkeit war es nicht möglich, eine Methode zur Gesamtbewertung zu entwickeln. Die Bereichsbewertungen unterscheiden vier Ausprägungen von Qualität:
- herausragend
- überdurchschnittlich
- durchschnittlich
- unterdurchschnittlich.
Struktur- und Prozessqualität


Ein differenziertes Konzept zur Festlegung, wie zukünftig die Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in zentralen Versorgungsfeldern ineinandergreifen kann, wäre sehr wünschenswert.

Risiko nicht intendierter Wirkungen

Bei einem flächendeckenden Einsatz von Ergebnisindikatoren wäre es gerade aufgrund der angesprochenen inhaltlichen Begrenzungen sinnvoll, Sensibilität für mögliche unerwünschte Nebeneffekte zu entwickeln. Erfahrungsgemäß tendieren nicht wenige Einrichtungen dazu, ihre Bemühungen um Qualitätsentwicklung weitestgehend auf Kriterien zu konzentrieren, die vorgegeben werden. Das bedeutet umgekehrt, dass Themen, die nicht in den Ergebnisindikatoren vertreten sind, theoretisch Gefahr laufen, weniger Aufmerksamkeit zu finden als Themen, die mit den Indikatoren explizit angesprochen werden. Würden alle Energien und Ressourcen in diejenigen Bereiche des Versorgungsalltags investiert, die in engem Bezug zu den Indikatoren stehen, könnte beispielsweise das wichtige Aufgabenfeld der Begleitung Sterbender möglicherweise zu kurz kommen. Ob solche Effekte auftreten, ist ungewiss, sollte aber sorgfältig beobachtet werden.

Überlegungen zur Verwendbarkeit der Indikatoren im Regelbetrieb

Mit den gesundheitsbezogenen Indikatoren und dem dazugehörigen Instrumentarium sind die Voraussetzungen geschaffen, dieQualitätsbeurteilung in Deutschland um einen grundlegend neuen Ansatz zu ergänzen. Dieser neue Ansatz stellt keine punktuelle Erweiterung oder den Austausch einer bereits genutzten Methode durch eine andere dar. Er bringt viel- mehr eine Weiterentwicklung mit sich, die gänzlich neue Möglichkeiten der Qualitätsbeurteilung eröffnet, aber auch die Anpassung bestehender Formen der externen und internen Qualitätssicherung erfordert.


Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements erfolgt zu vorgegebenen Zeitpunkten in regelmäßigen Abständen (alle sechs Monate) eine Datenerhebung ganz wie in der Erprobungsphase des Projektes (Zusammenstellung von Daten aus der Routinedokumentation und Einschätzung von ausgewählten Aspekten der Pflegebedürftigkeit). Auf dieser Grundlage werden Qualitätsbeurteilungen erstellt. Entweder nimmt die Einrichtung selbst eine entsprechende Datenauswertung vor, oder sie liefert ihre Daten an eine andere zentrale Stelle, die mit der Auswertung beauftragt wird (ähnlich der heutigen Clearingstelle im Rahmen der Transparenzvereinbarungen).


Bei Einführung eines solchen Systems müssten verschiedene Detailfragen geklärt werden, die an dieser Stelle nicht näher diskutiert werden. Dazu gehört beispielsweise der Umgang mit Situationen, in denen die Verlässlichkeit der von einer Einrichtung dokumentierten Ergebnisse in Frage steht.

Dieses neue Zusammenspiel zwischen externen Prüfungen und internem Qualitätsmanagement würde relativ wenig Mehraufwand mit sich bringen. Zahlreiche Informationen, die für die Ergebnisindikatoren benötigt werden, sind bereits heute Bestandteil der Routinedoku-

51 Alle Bewohner (ggf. alle Bewohner mit bestimmten Merkmalen wie kognitive Beeinträchtigungen) bis auf klar definierte Ausnahmen (wie z. B. Bewohner in der Sterbephase).
mentation und auch Gegenstand von MDK-Prüfungen. Das gilt beispielsweise für folgende Informationen, die für die Erfassung der beiden Indikatoren zur Dekubitusentstehung benötigt werden:
1. Hatte der Bewohner während der vergangenen sechs Monate einen Dekubitus?
2. Maximale Schwere des Dekubitus
3. Wo ist der Dekubitus entstanden?


Bei vielen Ergebnisindikatoren finden sich große Schnittmengen mit den bei heutigen Qualitätsprüfungen verlangten Informationen. Eine Ausnahme bilden diejenigen Indikatoren, bei denen eine Einschätzung der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Bewohner erforderlich ist.

Mit dem Abschluss des Projekts „Ergebnisqualität“ stehen Indikatoren und Instrumente zur Verfügung, die theoretisch sofort genutzt werden könnten. Für den praktischen Einsatz in der breiten Fläche der Versorgung müssten aber darüber hinaus konkrete Verfahrensweisen definiert und umgesetzt werden, die für ein funktionales Zusammenspiel von externen Prüfungen und internem Qualitätsmanagement erforderlich wären.


Im Beirat des Projekts Ergebnisqualität ist wiederholt angemerkt worden, dass ein Verfahren zur Erfassung von Ergebnisqualität in vieler Hinsicht Neuland betritt und dass es daher sinnvoll ist, das System nach und nach weiterzuentwickeln (Erweiterung des Indikatorensets, Verfeinerung von Methoden etc.). Auch die Frage, wie das bewerkstelligt werden könnte, wäre bei der Erörterung der praktischen Umsetzung zu berücksichtigen.

**Fazit**

Mit dem vorgestellten Set gesundheitsbezogener Indikatoren stehen die Voraussetzungen für ein innovatives Qualitätsberichtssystem zur Verfügung. Mit einem solchen System würde der Anspruch, Ergebnisqualität in den Mittelpunkt von Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung zu stellen, nach vielen Jahren Diskussion umgesetzt. In Deutschland würde damit auch frühzeitig Anschluss gefunden an den aktuellen internationalen Entwicklungstrend. Vor allem in Europa entstehen immer mehr Initiativen, die nach ähnlichen Lösungen suchen.
Der für die Bewohner wichtigste Effekt wäre die Stärkung und Verbesserung des internen Qualitätsmanagements, das für eine nachhaltige Sicherung von Qualität von elementarer Bedeutung ist. Die Eigenverantwortung der Einrichtungen würde gestärkt und ein erheblicher Anreiz für „gute Pflege“ im Interesse des Bewohners geschaffen, denn bewertet wird (wie schon oft betont) das, was beim Bewohner tatsächlich ankommt. Ergebnisindikatoren wären nicht zuletzt deshalb von großem Nutzen, weil sie das Qualitätsmanagement motivieren, ihre Aufmerksamkeit und Bemühungen auf die tatsächliche Bewohnersituation zu richten.
9.2 Qualitätsbereiche 4 und 5

9.2.1 „Objektive“ Indikatoren der Bereiche 4 und 5 im Regelbetrieb

Betrachtet man zunächst die objektiven Indikatoren der Bereiche 4 und 5, so werden folgende sechs Indikatoren als geeignet für eine Integration im Regelbetrieb angesehen:

- Grad der Möglichkeit zur Möblierung
- Qualität der Wäscheversorgung
- Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation
- Aktionsradius von Bewohnern mit deutlichen Mobilitätseinschränkungen
- Risiko sozialer Isolation (mit Bedarf an Weiterentwicklung)
- Mitarbeiterzeit pro Bewohner (mit Bedarf an Weiterentwicklung)

Diese Indikatoren könnten im Regelbetrieb im Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Prüfungen erhoben werden (vgl. hierzu auch 9.1.1). Zur Beurteilung einer vorliegenden Mobilitätseinschränkung können die für die Bereiche 1, 2 und 3 erfassten Werte verwandt werden. Die Erfassung der Daten erfolgt regelmäßig intern durch Mitarbeiter der Einrichtung, der MDK führt punktuelle externe Prüfungen durch, um die Verlässlichkeit dieser Dokumentation zu kontrollieren. Um das Funktionieren einer solchen Kombination sicherzustellen, ist eine geeignete Sanktionierung von Fehlangaben zu gestalten, die ausreichend Wirksamkeit entfaltet. Zusätzlich wird die Implementation eines Bonus- systems für sehr gute Leistungen einer Einrichtung empfohlen. Dazu wäre z. B. eine seltene Prüfungsfrequenz geeignet.

9.2.2 Möglichkeiten einer Bewohner- und Angehörigenbefragung im Regelbetrieb

Bildung der Befragungsgruppen

Für die Befragung von Bewohnern wurde im Rahmen des Projektes ein systematisches Verfahren zur Beurteilung der Befragungsfähigkeit erprobt, das grundsätzlich auch für die Fortsetzung im Regelbetrieb geeignet ist und den für die Bereiche 1, 2 und 3 erfassten Daten entnommen werden kann (Skala „kommunikative und kognitive Fähigkeiten“, NBA). Auf dieser Grundlage wurden die Bewohner den beiden Gruppen „selbst befragbar“ und „nicht selbst befragbar“ zugeordnet. Für die zweite Gruppe wurden ersatzweise Angehörige befragt, wobei nicht davon auszugehen ist, dass Angehörige „an Stelle“ des Bewohners dessen Meinung wiedergeben können, sondern für Angehörige wurde ein modifizierter Fragebogen entwickelt, der nur solche Fragen enthält, die Angehörige auf der Erfahrungsgrundlage ihrer Besuche in der Einrichtung beantworten können. In einem zweiten Schritt wurde dann die Gruppe der befragbaren Bewohner persönlich-mündlich befragt, während bei nicht befragbaren Bewohnern ein nahestehender Angehöriger schriftlich befragt wurde.
Auf die im Rahmen des Projektes getroffene Auswahl von Angehörigen könnte zukünftig im Regelbetrieb verzichtet und auf die Gesamtgruppe aller Angehörigen erweitert werden. Dafür sprechen mehrere Gründe:


Mögliche Organisationsvarianten

Im Gegensatz zu den Bereichen 1, 2, 3 und den „objektiven Indikatoren“ der Bereiche 4 und 5 bestehen Vorbehalte gegenüber einer Fortführung der Befragungen mittels Durchführung und Datenerhebung durch Mitarbeiter innerhalb der eigenen Einrichtung. Es bestünde ein hohes Risiko an erwünschtem Antwortverhalten und einer Ergebnisverzerrung. Empfohlen wird dagegen, die Bewohner- und Angehörigenbefragungen weiterhin durch eine externe Instanz durchführen zu lassen. Dazu wurden mehrere Varianten entwickelt, von denen die Varianten 1 und 2 bereits während der Erprobungsphase getestet wurden:

- Variante 1: Externe Institution (hier: Mitarbeiter des ISG-Instituts)
- Variante 2: Rotationssystem zwischen Einrichtungen
- Variante 3: Durchführung der Befragungen durch den MDK
- Variante 4: Durchführung der Befragungen durch die kommunale Altenhilfe.

Unabhängig von der gewählten Organisationsvariante sind die folgenden allgemeinen Voraussetzungen zu erfüllen:

- Einstufung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Bewohners zur Ermittlung der Befragungsfähigkeit (Bewohner mit einem Wert von 0 – 5 können selbst befragt werden)
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Frühzeitige Information des Bewohners bzw. des gesetzlichen Betreuers oder der Angehörigen
- Akzeptanz der Ergebnisse durch alle Beteiligten

In zwei Einzelfällen kam es in der Erprobungsphase bei Angehörigen zum Eindruck, sie würden aus der Befragung gezielt ausgeschlossen. Dies war nicht der Fall, sondern durch die Gruppenbildung bedingt.
Variante 1: Durchführung der Befragungen durch eine externe Institution

In Variante 1 erfolgen die Bewohner- und Angehörigenbefragungen in Kooperation einer externen Institution mit der Einrichtung. Die Einrichtung übernimmt die interne Organisation (Einstufung der Befragungsfähigkeit, Information der Bewohner, Terminvereinbarung, Versand des schriftlichen Befragungsmaterials an die Angehörigen), während die externe Institution die Befragung der Bewohner, die Datenerfassung und -auswertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung durchführt. Die Variante 1 wurde in der ersten Erprobungsphase im März 2010 getestet und hat sich als gut durchführbar erwiesen. Die Durchführung durch ein externes Institut ist eine sichere Methode mit hohem Akzeptanzwert, erfordert für eine Umsetzung im Regelbetrieb allerdings den Aufbau einer bundesweiten Struktur und ist damit vergleichsweise kostenintensiv.

Variante 2: Rotationssystem zwischen Einrichtungen

Variante 3: Durchführung der Befragungen durch den MDK

In einem Expertengespräch „Externe Qualitätsprüfungen“ mit Vertretern des MDK wurde eine Einbindung der Befragungen in die Prüfungen des MDK grundsätzlich für möglich gehalten. Die bisher im Rahmen der MDK-Prüfungen durchgeführten Bewohnerbefragungen mit kleinen Stichproben würden dadurch ersetzt werden. Eine Durchführung der Befragungen durch den MDK würde durch dessen bestehende bundesweite Organisationsstruktur erleichtert. Die Befragungen könnten durch Personen ohne medizinische Fachausbildung durchgeführt werden. Das Problem dieser Variante besteht darin, dass der MDK in diesem Falle eine neutral-unterstützende Funktion haben sollte, was mit seiner Kontrollfunktion in Spannung treten und zu Akzeptanzproblemen seitens der Einrichtungen oder Befragungs teilnehmer führen könnte.

Variante 4: Durchführung der Befragungen durch die kommunale Altenhilfe


In der folgenden Übersicht wurden die jeweiligen Vorteile, spezifischen Besonderheiten und ggf. zu erwartende Probleme anhand von Kriterien wie Akzeptanz, organisatorischer Auf wand, Ergebnisauswertung etc. detailliert zusammengestellt.
**Tab. 92: Vergleichende Übersicht der Organisationsvarianten im Regelbetrieb**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aspekt</th>
<th>Rotationsprinzip zwischen Einrichtungen</th>
<th>MDK</th>
<th>externe Institution</th>
<th>kommunale/regionale Ebene</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aspekt</td>
<td>Rotationsprinzip zwischen Einrichtungen</td>
<td>Organisationsvariante</td>
<td>kommunale/regionale Ebene</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>---------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Befragungs-</td>
<td>Alle 2 Jahre</td>
<td>Alle 1 – 2 Jahre</td>
<td>Alle 1 – 2 Jahre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rhythmus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anwendung des Befragungsverfahrens in kleinen Einrichtungen

Das Verfahren zur Ergebnisbewertung wurde so gestaltet, dass es grundsätzlich auch in kleineren Gruppen eingesetzt werden kann, gleichzeitig soll aber ein maßgeblicher Einfluss auf ein Ergebnis durch einzelne Bewohner ausgeschlossen sein. Dies macht eine veränderte Bewertungssystematik in Einrichtungen mit nur 10 – 15 Befragungsteilnehmern erforderlich (bei weniger als 10 befragbaren Bewohnern halten wir das Ergebnis für nicht verwendbar).


Indikator 5.8 Ergebnisse des Beschwerdemanagements
Indikator 5.9 Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht
Indikator 5.10 Weiterempfehlung.

Für diese kleinen Befragungsgruppen empfiehlt sich deshalb eine 3-stufige Bewertung aller Ergebnisse nach folgendem Schema:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertung des Ergebnisses</th>
<th>Ergebnis weicht vom Durchschnitt um ... % ab</th>
<th>Interpretation der Ergebnisklassen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>über +15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt über der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>durchschnittliches Ergebnis</td>
<td>+/- 15%</td>
<td>Das Ergebnis entspricht dem, was aktuell in einer stationären Altenhilfeeinrichtung im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittliches Ergebnis</td>
<td>unter -15%</td>
<td>Das Ergebnis liegt unter der Qualität, die aktuell in stationären Altenhilfeeinrichtungen im Durchschnitt erreicht wird.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bei einer grundsätzlich analogen Anwendung der unter 5.4.5 und 5.5.8 dargestellten Verfahrensweise der Bewertung des Gesamtbereiches ergibt sich für Einrichtungen mit 10 bis 15 Bewohnern folgender Anpassungsbedarf des Verfahrens:

Jedem Ergebnis eines Indikators wird ein Scorewert zwischen 2 und -2 zugeordnet. Für ein überdurchschnittliches Ergebnis wird ein Wert von 2 zugeteilt, für ein durchschnittliches Ergebnis ein Wert von 0 etc. (vgl. hierzu die folgende Tabelle).
Tab. 93: Indikatorenbewertung der Bewohner- und Angehörigenbefragung in kleinen Erhebungsgruppen (10 – 15 Befragungsteilnehmer)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erzieltes Indikatorergebnis</th>
<th>entspricht Score</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>überdurchschnittlich</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>durchschnittlich</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>unterdurchschnittlich</td>
<td>-2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Da die Summe der Bereichsbewertung somit eine andere Zusammensetzung abbildet, als es in größeren Gruppen der Fall ist, ist es erforderlich, für Einrichtungen mit 10 – 15 Befragungsteilnehmern eine eigene Vergleichsgruppe zu bilden, um zu einer vergleichbaren Ergebnisbewertung gelangen zu können. Hierauf sollte bei der Ergebnisausweisung deutlich hingewiesen werden.

In Einrichtungen, in denen weniger als 10 Personen befragt werden können, sollten die Ergebnisse und der erreichte Durchschnittswert der Gesamtgruppe zwar ermittelt und ausgewiesen werden, die Ergebnisse müssen aber als „nicht repräsentativ“ gekennzeichnet werden. In diesen Einrichtungen können jedoch alternativ auch verlässliche Ergebnisse ggf. über die Angehörigenbefragung und die objektiv erfassten Daten ermittelt werden.

**Anwendung des Befragungsverfahrens in großen Einrichtungen**


In der Erprobungsphase konnten die Interviewer zwischen 12 und 17 Interviews (inkl. Dokumentation) an einem Arbeitstag führen. Somit sind im Durchschnitt pro Einrichtung max. 2 bis 4 Arbeitstage bei Einsatz eines Interviewers zu veranschlagen.
Literaturverzeichnis


ActiZ; IGZ; LOC; NVVA; Sting; V&VN; VWS; ZN (eds.; 2007): Quality Framework Responsible Care: The vision documents ‘towards standards for responsible care’ and ‘Standards for Responsible Home Care’ made operational for long term and/or complex care


Andersen, C.K./Wittrup-Jensen, K.U./Lolk, A./Andersen, K./Karagh-Sörensen, P. (2004): Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. Health and Quality of Life Outcomes 2, Nr. 52, o.S.


Brown, E. (2003): Depression is more than just an OASIS Item. Home Healthcare Nurse 21, Nr. 9, 636
Bundesapothekerkammer (2009): Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssiche-


BIVA - Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangebo-


Castle, N.G. (2003): Providing outcomes information to nursing homes: can it improve quality of care? The Gerontologist 43, Nr. 4, 483-492

Castle, N.G. (2006): Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. Administration and Policy in Mental Health 33, Nr. 6, 696-704


Commonwealth of Australia (Hg.) (2007a): A literature review and description of the regulatory framework to support the project for the evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes Canberra: Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing


European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004): Quality of Life in Europe, Dublin


Görres, S./Reif, K. et al. (2006b) Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 159-165


Health Information and Quality Authority (2009): National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Dublin: Health Information and Quality Authority


International Quality Indicator Project (IQIP) (o.J.): Long Term Care Indicators. Verfügbar unter: http://www.internationalqip.com/Documents/Long_Term_Care_Indicators.zip (02.03.2009)


qualität in vollstationären Einrichtungen. In: Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des
Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.): Referenzmodelle. Band 5: Qualitätsverbesserung
in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzepts.
Düsseldorf: MAGS

Kuratorium Deutsche Altershilfe

2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Ber-
lin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft

pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. Journal of Evaluation in
Clinical Practice 16, Nr. 1, 50-56

Landespflegeausschuss Sachsen (2009): Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sach-

Landtag NRW (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des
Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW

placement. Journal of Advanced Nursing 37, Nr. 1, 19-27

Geriatrie 37, Nr. 2, 100-108

Press

American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 17, Nr. 5, 277-280

Journal 21, Nr. 14, 56-61

The Quality of Pain Management in German Hospitals. Deutsches Arzteblatt International 107,
Nr. 36, 607-U614

Marek, K.D. (1989): Outcome measurement in nursing. Journal of Nursing Quality Assurance 4, Nr. 1,
1-9

of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. Community Mental
Health Journal 38, Nr. 6, 447-458


(01.06.2010)

Medicare (2010b): Nursing Home Compare - Quality Measures (Q1). Verfügbar unter:
(01.06.2010)


Norman, K./Kirchner, H./Freudenreich, M./Lochs, H./Pirlich, M. (2006b): Three month nutritional supplementation improves both muscle function and quality of life in malnourished GI patients - A prospective randomised controlled trial. Gastroenterology 130, Nr. 4, A153-A153


Port, C.L. (2004): Identifying changeable barriers to family involvement in the nursing home for cognitively impaired residents. The Gerontologist 44, Nr. 6, 770-778


Richardson, J./Bedard, M./Weaver, B. (2001): Changes in physical functioning in institutionalized older adults. Disability and Rehabilitation 23, Nr. 15, 683-689


Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care


The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd.: http://www.accreditation.org.au


Williams, S.A. (1998): Quality and Care: Patients’ Perceptions. Journal of Nursing Care Quality 12, Nr. 6, 18-25


Anhang

Anhang A: Übersicht über Ein- und Ausschlusskriterien im Projekt geprüfter Indikatoren
Anhang B: Erhebungsbogen zur Erfassung von gesundheitsbezogenen Indikatoren
Anhang C: Dokumentationsbogen zur Erfassung von Aktivitäten
Anhang D: Leitfaden zur Implementierung des Instruments zur Datenerfassung
Anhang E: Leitfaden zur Organisation und Durchführung der Bewohner- und Angehörigenbefragung
Anhang F: Erhebungsbogen und Erläuterungen für begrenzt einsetzbare Indikatoren
Anhang A: Übersicht über Ein- und Ausschlusskriterien im Projekt geprüfter Indikatoren

Im Rahmen des Projektges wurden zahlreiche Indikatoren auf ihre Verwendbarkeit für das Qualitätsmanagement stationärer Pflegeeinrichtungen überprüft. Einige dieser Indikatoren wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt als nicht geeignet eingestuft, andere erst im weiteren Verlauf (nach ihrer praktischen Erprobung) als nicht oder nur begrenzt einsetzbar bewertet. Die wichtigsten Kriterien, die hinter diesen Einschätzungen stehen und die zum Ein- bzw. Ausschluss der einzelnen Indikatoren geführt haben, waren folgende:

- **Relevanz:** Der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt ist für die Gesundheit oder das Wohlbefinden des Bewohners von großf Bedeutung.
- **Definierbarkeit:** Es kann eindeutig festgelegt werden, welcher Sachverhalt mit dem Indikator erfasst wird.
- **Beeinflussbarkeit:** Das mit dem Indikator erfasste Ergebnis ist durch die Pflegeeinrichtung bzw. deren Mitarbeiter maßgeblich beeinflussbar. Entscheidend ist, dass der Einfluss der Einrichtung im Regelfall den Einfluss anderer Faktoren übersteigt.
- **Messbarkeit:** Es sind Instrumente verfügbar (oder können entwickelt werden), mit denen der mit dem Indikator erfasste Sachverhalt zuverlässig gemessen werden kann.
- **Praktikabilität:** Die zur Erfassung des Indikators notwendigen Daten können im Regelbetrieb stationärer Pflegeeinrichtungen mit einem akzeptablen Aufwand erhoben werden.
- **Interpretierbarkeit:** Die Ergebnisse von Einschätzungen und Aussagen von Befragten sind eindeutig interpretierbar. Dies setzt voraus, dass ein erfasstes Ergebnis im Einzelfall eindeutig als positiv oder negativ bewertet werden kann und die Ergebnisse von Einrichtungen sich ausreichend stark unterscheiden (streuen), um Unterschiede aufzuzeigen.
- **Eignung für vergleichende (Qualitäts-)beurteilung:** Der Indikator erfüllt alle vorab genannten Kriterien.

Die nachfolgende Übersicht zeigt, inwieweit diese Kriterien von den Indikatoren erfüllt werden.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Indikator</th>
<th>Relevanz</th>
<th>Definierbarkeit</th>
<th>Beeinflussbarkeit</th>
<th>Messbarkeit</th>
<th>Praktikabilität</th>
<th>Interpretierbarkeit</th>
<th>Eignung für vergleichende Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erhalt/Verbesserung von Mobilität</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhalt /Verbesserung von Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhalt/Verbesserung von Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Dekubitus</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Stürze mit gravierenden Folgen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Unbeabsichtigter Gewichtsverlust</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Schmerzmanagement</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Integrationsgespräch</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Gurtfixierungen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Einschätzung von Verhaltensweisen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontrakturen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Indikator</td>
<td>Relevanz</td>
<td>Definierbarkeit</td>
<td>Beeinflussbarkeit</td>
<td>Messbarkeit</td>
<td>Praktikabilität</td>
<td>Interpretierbarkeit</td>
<td>Eignung für vergleichende Beurteilung</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------</td>
<td>----------</td>
<td>----------------</td>
<td>------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Schmerzstatus</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Häufigkeit von Sondenernährung</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Sturzhäufigkeit</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Häufigkeit von Medikationsfehlern</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel- und Nebenwirkungen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Verhaltensauflässigkeiten und psychische Problemlagen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontinenzstatus</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Management von Harninkontinenz</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwöhnung von der Sondenernährung</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Häufigkeit von Harnwegsinfekten</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Veränderung der kognitiven Fähigkeiten</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Indikator</td>
<td>Relevanz</td>
<td>Definierbarkeit</td>
<td>Beeinflussbarkeit</td>
<td>Messbarkeit</td>
<td>Praktikabilität</td>
<td>Interpretierbarkeit</td>
<td>Eignung für vergleichende Beurteilung</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>---------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Angst</td>
<td>√</td>
<td>√</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
</tr>
<tr>
<td>Inadäquater Psychopharmakaeeinsatz</td>
<td>√</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
</tr>
<tr>
<td>Im Krankenhaus verstorben Bewohner</td>
<td>√</td>
<td>√</td>
<td>?</td>
<td>√</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
<td>∅</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Indikatorenbereiche 4 und 5**

<p>| Wunschgemäßer Zimmertyp aus Nutzersicht       | √        | √               | ?                 | √           | √               | ∅                   | ∅                                     |
| Grad der Möglichkeit zur Möblierung (Hilfsindikator) | √        | √               | √                 | √           | √               | ?                   | ∅                                     |
| Sauberkeit und Geruch aus Nutzersicht         | √        | √               | √                 | √           | √               | √                   | √                                     |
| Qualität der Wäscheversorgung aus Nutzersicht | √        | √               | √                 | √           | √               | √                   | √                                     |
| Qualität der Wäscheversorgung Dokumentation   | √        | √               | √                 | √           | ∅               | √                   | ∅                                     |
| Unterstützung für Bewohner aus Nutzersicht   | √        | √               | √                 | √           | √               | √                   | √                                     |
| Qualität des Mahlzeitenangebots aus Nutzersicht | √        | √               | √                 | √           | √               | √                   | √                                     |
| Qualität des Mahlzeitenangebots Dokumentation | √        | √               | √                 | ?           | ∅               | ∅                   | ∅                                     |
| Ständiges Getränkeangebot aus Nutzersicht     | √        | √               | √                 | √           | √               | ?                   | ∅                                     |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Indikator</th>
<th>Relevanz</th>
<th>Definierbarkeit</th>
<th>Beeinflussbarkeit</th>
<th>Messbarkeit</th>
<th>Praktikabilität</th>
<th>Interpretierbarkeit</th>
<th>Eignung für vergleichende Beurteilung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktionsradius</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Respektvoller Umgang aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatheit aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitarbeiterzeit aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterempfehlung aus Nutzersicht</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
<tr>
<td>Risiko soziale Deprivation</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
</tr>
<tr>
<td>Späte Unterstützung: Quote kritischer Schmerzereignisse</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitarbeiterzeit Dokumentation</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
</tr>
<tr>
<td>Indikator</td>
<td>Relevanz</td>
<td>Definierbarkeit</td>
<td>Beeinflussbarkeit</td>
<td>Messbarkeit</td>
<td>Praktikabilität</td>
<td>Interpretierbarkeit</td>
<td>Eignung für vergleichende Beurteilung</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Emotionales Wohlbefinden</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Raumtemperatur</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnzufriedenheit</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensität sozialer Kontakte</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorhandensein eines verlässlichen Ansprechpartners oder einer Ver-</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>Ø</td>
</tr>
<tr>
<td>trauensperson</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und organisatorischer Absprachen</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>✓</td>
<td>?</td>
<td>?</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonderbereich Angehörigenarbeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
</tr>
</tbody>
</table>
# Anhang B: Erhebungsbogen
t zur Erfassung von gesundheitsbezogenen Indikatoren

(Sternchen* verweisen auf Hinweise im Implementationsleitfaden)

Datum der Erhebung: ..............................  Bewohner: ..............................

## 1. Allgemeine Angaben zum Bewohner

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.1 Datum des Heimeinzugs: <em><strong><strong>/</strong></strong></em>/______</th>
</tr>
</thead>
</table>

| 1.2 Liegt ein richterlicher Beschluss zu freiheitsentziehenden Maßnahmen vor? | ja | nein |
|------------------------------------------------------------------------------|

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekommen, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschränkungen geführt hat?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben*:

- ☐ Apoplex am: ....................
- ☐ Fraktur am: ....................
- ☐ Herzinfarkt am: ....................
- ☐ Sonstige Erkrankung (bitte angeben): .............................................................am: ....................

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wenn ja, um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich (bitte angeben)?  
--------------------------------------------------------------------------------

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ ja, Bewohner</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Wenn ja, um welche Maßnahmen handelt es sich (bitte angeben)?  
--------------------------------------------------------------------------------

<table>
<thead>
<tr>
<th>1.6 Bewusstseinszustand*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ wach</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2. Mobilität*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivität</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.1 Positionswechsel im Bett</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 Stabile Sitzposition halten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.5 Treppensteigen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivität</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Örtliche Orientierung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 Zeitliche Orientierung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.4 Gedächtnis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.8 Risiken und Gefahren erkennen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.10 Verstehen von Aufforderungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.11 Beteiligung an einem Gespräch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivität</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.2 Ruhen und Schlafen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.3 Sich beschäftigen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ – Abschlussbericht B-3

### 5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</th>
<th>0 = nie</th>
<th>1 = maximal 1x wöchentlich</th>
<th>2 = mehrmals wöchentlich</th>
<th>3 = täglich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>5.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.2 Nächtliche Unruhe</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.3 Selbstschützendes und autoaggressives Verhalten</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.4 Beschädigung von Gegenständen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.6 Verbale Aggression</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.7 Andere vokale Auffälligkeiten</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.9 Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.10 Ängste</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.11 Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5.13 Sonstige inadäquate Handlungen</strong></td>
<td>[ ] 0</td>
<td>[ ] 1</td>
<td>[ ] 2</td>
<td>[ ] 3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 6. Selbstversorgung*

**s1. Sondenernährung**

- entfällt (keine Sondenernährung)

**Die Person erhält**

- zusätzlich zur oralen Nahrungsaufnahme Sondennahrung, aber nur gelegentlich (nicht täglich)
- 1 bis 3 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung
- mindestens 4 x täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung (geringe Mengen)
- ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung

**Art der Sondenernährung**

- Pumpe
- Schwerkraft
- Bolusgabe

**Selbständigkeit**

- Bedienung selbständig
- Bedienung mit Fremdhilfe

**s2. Parenterale Ernährung**

- entfällt (keine parenterale Ernährung)

**Art der parenteralen Ernährung**

- komplett
- teilweise

**Selbständigkeit**

- Bedienung selbständig
- Bedienung mit Fremdhilfe
s3. Blasenkontrolle/Harnkontinenz
☐ Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma (weiter mit s4.)
☐ ständig kontinent
☐ überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz
☐ überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent
☐ komplett inkontinent

s4. Darmkontrolle/Stuhlkontinenz
☐ Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma (weiter mit s5.)
☐ ständig kontinent
☐ überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent
☐ überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
☐ komplett inkontinent

s5. Künstliche Harnableitung
☐ entfällt (keine künstliche Harnableitung)
☐ suprapubischer Dauerkatheter
☐ transurethraler Dauerkatheter
☐ Urostoma

s6. Colo-/Ileostoma
☐ entfällt (nicht vorhanden)
☐ ja

<table>
<thead>
<tr>
<th>6.1 Vorderen Oberkörper waschen</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3 Intimbereich waschen</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4 Duschen oder Baden</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5 Oberkörper an- und auskleiden</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.6 Unterkörper an- und auskleiden</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.8 Essen</td>
<td>nur Sonde</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6.9 Trinken</td>
<td>nur Sonde</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)</td>
<td>entfällt</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen (auch Umgang mit Stoma)</td>
<td>entfällt</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 7. Dekubitus

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1</td>
<td><strong>Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>7.2</td>
<td><strong>Wenn ja, bitte Zeitraum angeben: vom .................... bis .................... (ggf. „bis heute“)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>7.3</td>
<td><strong>Maximale Schwere des Dekubitus</strong>*:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Grad 1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Grad 2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Grad 3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Grad 4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ unbekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>7.4</td>
<td><strong>Wo ist der Dekubitus entstanden?</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ in der Pflegeeinrichtung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ im Krankenhaus</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ zuhause (vor dem Heimeinzug)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ woanders, und zwar: .................................................................</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 8. Körpergröße und Gewicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8.1</td>
<td><strong>Körpergröße: ______ cm</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>8.2</td>
<td><strong>Aktuelles Körpergewicht: _____ kg</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dokumentiert am (Datum): <em><strong><strong>/</strong></strong></em>/_____</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3</td>
<td><strong>Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? (z.B. fortschreitende Krebserkrankung, medikamentöse Ausschwemmung) Bitte angeben</strong>*:**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 9. Sturzfolgen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9.1</td>
<td><strong>Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?</strong>*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ ja, einmal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ ja, mehrmals</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ nein</td>
</tr>
<tr>
<td>9.2</td>
<td><strong>Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?</strong>* (Mehrfachangaben)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ Frakturen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ behandlungsbedürftige Wunden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>□ keine der genannten Folgen ist eingetreten</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## 10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen **Gurtfixierungen** angewendet?*  
- ja  
- nein (bei „nein“ weiter mit Frage 11.1)

10.2 Wenn ja: welche? (Mehrfachangaben)  
- Handfixierung  
- Fußfixierung  
- Hüftfixierung im Bett  
- Hüftfixierung im Stuhl oder Rollstuhl

10.3 Wenn ja: wie oft wurden die Gurtfixierungen angewendet?  
- täglich  
- mehrmals wöchentlich  
- 1x wöchentlich  
- seltener als 1x wöchentlich

## 11. Schmerz

11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?  
- ja  
- nein

11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?*  
- ja  
- nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?  
- ohne Nutzung eines Instrumentes  
- mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches):

........................................................................................................................

Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?  
- ja  
- nein  
- es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen

Wann wurde die **letzte** Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): .........................  
Wann wurde die **vorletzte** Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): .........................

11.3 Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?  
- ja  
- nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wann erfolgte die Information (Datum): .........................
### 12. Heimeinzug

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort Options</th>
<th>Details</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12.1</td>
<td>Ist der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate neu in die Einrichtung eingezogen?</td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?*</td>
<td>Bewohner</td>
</tr>
<tr>
<td>12.3</td>
<td>Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert*</td>
<td>ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>


### 13. Einschätzung von Verhaltensweisen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort Options</th>
<th>Details</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13.1</td>
<td>Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?*</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>13.2</td>
<td>Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*</td>
<td>ja, und zwar zuletzt am (Datum): …………………</td>
</tr>
<tr>
<td>13.3</td>
<td>Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument?* (Mehrfachangaben)</td>
<td>motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten</td>
</tr>
<tr>
<td>13.4</td>
<td>Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor? (Mehrfachangaben)</td>
<td>Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Anhang C: Dokumentationsbogen zur Erfassung von Aktivitäten

Bewohner möchte das Bett prinzipiell nicht verlassen:  
Ja □ Nein □
Bewohner möchte das Zimmer prinzipiell nicht verlassen:  
Ja □ Nein □
Bewohner wünscht prinzipiell keine Teilnahme an Aktivitäten:  
Ja □ Nein □


<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivitätstyp</th>
<th>Montag</th>
<th>Dienstag</th>
<th>Mittwoch</th>
<th>Donnerstag</th>
<th>Freitag</th>
<th>Samstag</th>
<th>Sonntag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen an keiner Aktivität teilnehmen</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner konnte aus gesundheitlichen Gründen das Zimmer nicht verlassen</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
</tr>
<tr>
<td>Bewohner hat sich außerhalb des Zimmers aufgehalten</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
<td>Nein □</td>
<td>Ja □</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aktivität</th>
<th>Gruppen-anngbot</th>
<th>Einzel-anngbot</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aktivität zur Förderung/zu Erhalt der Mobilität (z. B. Gymnastik, Bewegung, → nicht im Rahmen körperbezogener Pflegemaßnahmen)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientierungs-wahrnehmungs-fördernde Aktivitäten (Wahrnehmungsförderung, Ansprache zu Zeit, Ort; Orientierungsübungen)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Religios/spirituell geprägte Aktivitäten (Gottesdienste, Andachten, Tischgebete, Singen religiöser Lieder)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Gespräche (z.B. Klön-Café, zielgerichtetes Einzelgespräch, → nicht im Rahmen körperbezogener Pflegemaßnahmen)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigung I: Vorlesen</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigung II: Singen, Musizieren und Spielen (z. B. Singkreis, Quiz-, Kartenspiele)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Beschäftigung III: Ause flüge und Feste (z. B. In den Ort, Museum, Einrichtungsfest)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: hauswirtschaftliche Alltagsbeschäftigungen (z. B. Kochen, Tisch decken etc.)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: Werken, Basteln und Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes (z. B. Malen etc.)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Anhang D

Leitfaden zur Implementierung des Instrumentariums zur Datenerfassung

Inhalt:

I. Organisatorische Vorbereitungen in der Einrichtung ................................................................. 2
II. Anpassung und Ergänzung der Bewohnerdokumentation .......................................................... 2
III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit ................................................................. 3
IV. Der Erhebungsbogen im Einzelnen .......................................................................................... 4
   1. Allgemeine Angaben zum Bewohner ....................................................................................... 4
   2. Mobilität ................................................................................................................................. 5
   3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten ............................................................................. 6
   4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte ............................................................. 6
   5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen ............................................................... 6
   6. Selbstversorgung ................................................................................................................. 8
   7. Dekubitus ............................................................................................................................. 9
   8. Körpergröße und Gewicht ..................................................................................................... 9
   9. Sturzfolgen .......................................................................................................................... 10
  10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen .................................................................................... 10
  11. Schmerz ............................................................................................................................... 11
  12. Heimeinzug ........................................................................................................................ 12
V. Dokumentationsbogen Bewohneraktivitäten .............................................................................. 14
VI. Beschreibung von Aktivitäten und Fähigkeiten ....................................................................... 17
   Zu 2. Mobilität .......................................................................................................................... 17
   Zu 3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten ..................................................................... 19
   Zu 4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte ....................................................... 24
   Zu 6. Selbstversorgung .......................................................................................................... 27
I. Organisatorische Vorbereitungen in der Einrichtung

Aus methodischen Gründen ist die Benutzung des Erhebungsbogens bei bestimmten Bewohnergruppen nicht sinnvoll. Es handelt sich dabei um:

- Bewohner in der Sterbephase
- Bewohner in der Kurzzeitpflege
- Bewohner, die nicht mit erfasst werden möchten.

Bei Bewohnern, die zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus liegen, sollte die Erhebung zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

II. Anpassung und Ergänzung der Bewohnerdokumentation

In wenigen Punkten kann es notwendig sein, die Dokumentation einzelner Informationen anders, als bislang gewohnt, durchzuführen. Nachfolgend finden Sie eine Erläuterung der Dokumentationsinhalte, bei denen dies der Fall sein könnte.

Stürze
Während der Erhebung werden Angaben zu Stürzen der Bewohner erfasst. Dabei legen wir die Definition zugrunde, die der nationale Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege trifft. Sie lautet:

„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt."


Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
Der Pflegedokumentation muss zu entnehmen sein, ob in den vergangenen 4 Wochen Gurttfixierungen an Handgelenk, Fußgelenk oder Hüfte/Becken beim einzelnen Bewohner eingesetzt wurden. Wenn eine Fixierung auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners (nicht der Angehörigen oder des Betreuers) durchgeführt wird, sollte auch dieses dokumentiert sein. Es ist für das Erhebungsinstrument nicht erforderlich, die Dauer der einzelnen Fixierungen der Dokumentation entnehmen zu können.
**Schmerzerfassung**

Wenn bei Bewohnern eine Schmerzeinschätzung durchgeführt wird, sollte aus der Dokumentation hervorgehen, wann (Datum) und mit Hilfe welchen Instrumentes (z.B. NRS, VAS, Schmerzerfassungsbogen) diese durchgeführt wurde. Es sollte ebenfalls erkennbar sein, ob und in welcher Form der behandelnde Arzt über das Ergebnis der Schmerzeinschätzung informiert wurde.

---

**III. Grundsätzliches zur Erfassung von Selbstandigkeit**

Im vorliegenden Erhebungsbogen geht es mehrfach um Selbstandigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Bitte berücksichtigen Sie dabei Folgendes:

Selbstandigkeit ist im vorliegenden Instrument definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung/Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere Personen bzw. ohne personelle Hilfe durchzuführen. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Selbstandigkeit wird im Erhebungsbogen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

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

0 = **selbständig**

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = **überwiegend selbständig**:  


2 = **überwiegend unselbständig**

3 = unselbständig
Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

!!! Wichtig !!!
Stellen Sie sich bei der Einschätzung von Selbständigkeit zunächst die Frage, ob
- die gesamte (oder nahezu gesamte) Aktivität,
- der größte Teil einer Aktivität,
- der geringere Teil einer Aktivität oder
- kein nennenswerter Anteil der Aktivität
selbständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsi-cherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

IV. Der Erhebungsbogen im Einzelnen

1. Allgemeine Angaben zum Bewohner

1.3 Ist es bei dem Bewohner in den vergangenen 6 Monaten zu einem Krankheitsereignis gekom-
men, das zu einem anhaltenden Verlust an Selbständigkeit oder zu körperlichen Einschrän-
kungen geführt hat?*

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte die Erkrankung und deren Zeitpunkt angeben:
☐ Apoplex am: ......................
☐ Fraktur am: ......................
☐ Herzinfarkt am: ......................
☐ Sonstige Erkrankung (bitte angeben): ............................................................am: ......................

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn:
- die Selbstständigkeit eines Bewohners (z.B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme
oder der Fortbewegung) in Folge einer akuten Erkrankung oder der akuten Verschlechte-
rung einer chronischen Gesundheitsstörung abgenommen hat
und
- diese Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit ganz oder teilweise bis zum Erhebungstag
fortbestehen.

Geben Sie dann die Art der Erkrankung und deren Entstehungszeitpunkt an. Zum Zeitpunkt
ist eine ungefähre Angabe (z.B. Mitte September) ausreichend.
1.4 Bestehen bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen, die zu einem speziellen Unterstützungsbedarf führen (z.B. MS, Wachkoma, Beatmungspflicht)?*
☐ ja ☐ nein
Wenn ja, um welche Erkrankung oder Belastung handelt es sich (bitte angeben)?

Beantworten Sie die Frage mit „ja“ wenn bei dem Bewohner außergewöhnliche Erkrankungen oder Belastungen vorliegen, die einen ungewöhnlichen oder besonders hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf zur Folge haben. Dieser könnte z.B. durch aufwändige medizinische Therapien (z.B. Beatmung) oder ausgeprägte Krankheitssymptome (z.B. bei einer MS-Erkrankung) entstehen.

1.5 Ist dokumentiert, dass der Bewohner oder andere autorisierte Personen die Durchführung fachlich gebotener Prophylaxemaßnahmen ablehnen?*
☐ ja, Bewohner
☐ ja, Angehörige/Betreuer
☐ nein
Wenn ja, um welche Maßnahmen handelt es sich (bitte angeben)?

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus der Pflegedokumentation hervorgeht, dass der Bewohner oder seine Angehörigen bzw. der Betreuer die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen, die aus fachlicher Sicht notwendig wären, ablehnt. Bitte geben Sie auch an, um welche konkreten Maßnahmen es sich handelt.

1.6 Bewusstseinszustand*
☐ wach ☐ schlaftrig ☐ somnolent ☐ komatös

- **wach**: Der Bewohner ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen,
- **schlaftrig**: Der Bewohner ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.
- **somnolent**: Der Bewohner ist sehr schlaftrig und kann nur durch starke äußere Reize (z.B. kräftiges Rütteln an der Schulter oder mehrfaches, sehr lautes Ansprechen) geweckt werden.
- **komatös**: Der Bewohner kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.

2. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich hier ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier also lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungs-koordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung oder Motivation des Bewohners. Hier wie auch in einigen anderen Bereichen wird nach der Selbständigkeit der Bewohner gefragt (vgl. Abschnitt C). Nähere Erläuterungen zu den fünf aufgeführten Aspekten der Mobilität finden Sie in Kapitel VI.
3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt
Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden
Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

3 = Fähigkeit nicht vorhanden
Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Sind Sie sich nicht sicher, wie Sie den Grad der Beeinträchtigung bewerten sollen, schlagen Sie in Kapitel VI nach. Dort finden Sie zu den einzelnen kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten Erläuterungen und Beispiele.

4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

In diesem Abschnitt geht es wieder um die Einschätzung der Selbständigkeit. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“. Im Kapitel VI finden Sie außerdem ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Merkmalen bzw. Aspekten, die an dieser Stelle eingeschätzt werden sollen.

5. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Erfasst wird in diesem Abschnitt die Häufigkeit, mit der ein Verhalten oder Problem derzeit auftritt. Es werden folgende Merkmalsausprägungen erfasst:

0 = nie
1 = selten, d.h. maximal 1x wöchentlich
2 = häufig, d.h. zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
3 = täglich.

Die einzelnen Verhaltensweisen/Problemlagen sind folgendermaßen definiert:

2. **Nächtliche Unruhe:** Nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus (Wach sein in der Nacht, Schlafen während des Tages). Schlafstörungen wie Einschlafschwierigkeiten am Abend oder Wachphasen während der Nacht sind *nicht* zu werten.

3. **Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:** Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, Essen oder Trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen.

4. **Beschädigung von Gegenständen:** Aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegziehen, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z.B. Zerreiß) sowie das Treten nach Gegenständen.

5. **Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen:** Nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzungsversuche gegenüber anderen Personen mit Gegenständen.

6. **Verbale Aggression:** Verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen.

7. **Andere vokale Auffälligkeiten:** Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hin schimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen.

8. **Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:** Abwehr von Unterstützung (z.B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z.B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.

9. **Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen:** Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z.B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.

11. **Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage:** Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen.

12. **Sozial inadäquate Verhaltensweisen:** Distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche.

13. **Sonstige inadäquate Handlungen:** Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Stereotypien), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmieren, Urinieren in die Wohnung.

6. **Selbstversorgung**

In diesem Abschnitt werden zunächst besondere Bedarfsaspekte erfasst. Dazu gehören die künstliche Ernährung über einen enteralen Zugang (Nasen-, Magen- oder Dünndarmsonde) oder einen parenteralen Zugang, die künstliche Harn- oder Stuhlableitung, sowie Störungen der Blasen- und Darmkontrolle.

**s1. Sondenernährung** □ entfällt (keine Sondenernährung)


**s2. Parenterale Ernährung** □ entfällt (keine parenterale Ernährung)

Erfolgt keine parenterale Ernährung, ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen und mit dem Punkt s3. fortzufahren.

7. Dekubitus

7.1 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?*

☐ ja ☐ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8.1)

Gemeint sind alle Dekubitalgeschwüre, die in den vergangenen 6 Monaten beim Bewohner bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger als 6 Monate zurückliegt, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum unter 7.2 anzugeben.

7.3 Maximale Schwere des Dekubitus*:

☐ Grad 1
☐ Grad 2
☐ Grad 3
☐ Grad 4
☐ unbekannt

Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgender Gradeinteilung:

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

**Grad 2**: Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) ist geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.

**Grad 3**: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.

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

8. Körpergröße und Gewicht

Die Angaben zu Körpergröße und Gewicht werden benötigt, um den Ernährungszustand des Bewohners zu beurteilen und Gewichtsveränderungen im Zeitverlauf zu erfassen.

8.3 Gab es medizinische Gründe, die eine starke Gewichtsabnahme in den vergangenen 6 Monaten erklären? Bitte angeben*………………………………………………………………………………………………………………

Wenn sich eine starke Gewichtsabnahme auf medizinische Gründe, z.B. eine ärztlich verordnete Diät oder eine Diuretikatherapie zur gezielten Ausschwemmung zurückführen lässt, notieren Sie dies bitte unter 8.3.
9. Sturzfolgen

9.1 Ist der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten gestürzt?*

☐ ja, einmal
☐ ja, mehrmals
☐ nein

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

9.2 Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten?* (Mehrfachangaben)

☐ Frakturen
☐ behandlungsbedürftige Wunden
☐ andauernde Schmerzen (länger als 48 Stunden)
☐ erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen*
☐ erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität*
☐ keine der genannten Folgen ist eingetreten

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

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

10. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

10.1 Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurttfixierungen angewendet?*

☐ ja ☐ nein


Wenn bei einem Bewohner Gurttfixierungen angewendet wurden, geben Sie unter 10.3 bitte an, wie häufig dies geschah (täglich, mehrmals wöchentlich, einmal wöchentlich, seltener).
11. Schmerz

11.1 Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für wiederholt auftretende Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners, Hinweise in der Pflegedokumentation, Einnahme von Analgetika oder Verhaltensweisen demenzkranker Bewohner, die auf Schmerzen hindeuten könnten)?

☐ ja ☐ nein


11.2 Liegt für den Bewohner eine Schmerzeinschätzung vor?*

☐ ja ☐ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wenn ja: Wie wurde die Einschätzung durchgeführt?

☐ ohne Nutzung eines Instrumentes
☐ mit Hilfe eines Einschätzungsinstrumentes (bitte angeben welches):

........................................................................................................................................................................

Gab es bei der zuletzt vorgenommenen Schmerzeinschätzung Veränderungen gegenüber der davor durchgeführten Einschätzung?

☐ ja ☐ nein ☐ es wurde bislang nur eine Einschätzung vorgenommen

Wann wurde die letzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): ........................................
Wann wurde die vorletzte Schmerzeinschätzung durchgeführt? (Datum): ........................................


Bitte geben Sie ebenfalls an, ob die Schmerzeinschätzung mit Hilfe eines Instrumentes durchgeführt wurde (z.B. numerische Rangskala, visuelle Analogskala, Schmerzerfassungsbogen). Wenn ja, tragen Sie bitte ein, welches.

11.3 Wurde der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert?
☐ ja  ☐ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 12.1)

Wann erfolgte die Information (Datum): ………………………..

In welcher Form erfolgte die Information?
☐ telefonisch  ☐ per Fax  ☐ im persönlichen Kontakt (z.B. während der Visite)
☐ in anderer Form (bitte angeben): …………………………………………………………………

Bitte geben Sie unter 11.3 an, ob der behandelnde Arzt über die aktuelle Schmerzeinschätzung informiert wurde. Bitte beantworten Sie die Frage nur dann mit ja, wenn die Informationsweitergab an den Arzt schriftlich dokumentiert wurde. Falls eine Information erfolgt ist, geben Sie bitte an, wann und in welcher Form dies geschah.

12. Heimeinzug

☐ ja, und zwar am (Datum): ……………………….
☐ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 13.1)

Wenn ja, wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen (ohne Mitarbeiter der Einrichtung)?*
☐ Bewohner
☐ Angehörige
☐ Betreuer
☐ andere Personen (bitte angeben): …………………………………………………………………


Geben Sie bitte auch an, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben. Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen.

12.3 Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert*
☐ ja  ☐ nein

Wichtig! Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners oder Absprachen über das Beibehalten oder die Veränderung der Versorgung, schriftlich festgehalten wurden.

13. Einschätzung von Verhaltensweisen

13.1 Hat der Bewohner bei der Bewertung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 5 Punkten erreicht?*

☐ nein ☐ ja

Beantworten Sie die Frage anhand der unter Modul 3 ermittelten Punktzahl.

13.2 Wenn nein, wurde für den Bewohner eine Einschätzung von Verhaltensweisen mit Hilfe eines Instrumentes (Liste vorgegebener Verhaltensweisen) durchgeführt und dokumentiert?*

☐ ja, und zwar zuletzt am (Datum): ………………………
☐ nein


13.3 Welche der folgenden Verhaltensweisen berücksichtigt das verwendete Instrument?*
(Mehrfachangaben)

☐ motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
☐ physisch aggressives Verhalten gegen Personen
☐ verbal aggressives Verhalten
☐ selbstverletzendes/selbstgefährdendes Verhalten
☐ Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
☐ Angstzustände

Wenn eine solche Einschätzung stattgefunden hat, kreuzen Sie unter 13.3 bitte an, welche der genannten Verhaltensweisen die in Ihrer Einrichtung verwendete Liste vorsieht. Erläuterungen dazu, was unter diesen Verhaltensweisen zu verstehen ist, finden Sie auf den Seiten 7 bis 8 dieses Leitfadens.

13.4 Welche Einschätzungen sieht das Instrument zu den einzelnen Verhaltensweisen vor?*
(Mehrfachangaben)

☐ Informationen darüber, ob das Verhalten vorliegt oder nicht
☐ Häufigkeit des Verhaltens
☐ Einschätzung dazu, ob aus dem Verhalten Unterstützungsbedarf resultiert oder nicht

Geben Sie unter 13.4 bitte an, welche Einschätzungen bei der Nutzung der in Ihrer Einrichtung verwendeten Liste getroffen werden sollen:

- Wird ausschließlich erhoben, ob der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird erhoben, wie häufig der Bewohner ein bestimmtes Verhalten zeigt?
- Wird auch erhoben und dokumentiert, ob aus einem bestimmten Verhalten pflegerischer Unterstützungsbedarf resultiert?
V. Dokumentationsbogen Bewohneraktivitäten

Die Aktivitäten der Bewohner werden durch Mitarbeiter des Wohnbereichs oder Sozialdienstes auf dem Dokumentationsblatt „Teilnahme an Aktivitäten“ während einer Woche an sieben aufeinander folgenden Kalendertagen erfasst.

Eine Woche bedeutet die sieben aufeinander folgenden Kalendertage

**Erfasst werden** sollen alle Aktivitäten, an denen der Bewohner:
- selbständig,
- mit Unterstützung durch Angehörige, Freunde und ehrenamtliche Mitarbeiter,
- mit Unterstützung durch das Personal der Einrichtung

teilnimmt oder diese ausführt.

**Nicht erfasst** werden medizinisch-therapeutische Leistungen, die aufgrund eines ärztlichen Rezepts erfolgen, somit gesondert finanziert werden und kein Regelangebot für alle Bewohner der Einrichtung darstellen.

**Prinzipielle Ablehnung von Mobilisierung oder Aktivitäten**

Für Bewohner, die prinziell an keiner der genannten Aktivitätsformen teilnehmen möchten, geben Sie dies bitte in der Kopfzeile an. Erfassen Sie hier auch, wenn ein Bewohner prinzipiell das Bett oder das Zimmer nicht verlassen möchte. In beiden Fällen (Teilnahme an Aktivitäten und Mobilisierung) muss es sich um länger andauernde und anhaltende Zustände der prinzipiellen Ablehnung handeln, die auch nicht durch eine verstärkte Motivierung, ein individuelleres Angebot und Anreizsetzung seitens des Personals beeinflusst werden können.

Die Angabe „Bewohner wünscht prinzipiell keine Teilnahme an Aktivitäten“ kann nur in folgenden Fällen mit „Ja“ gemacht werden:

(A) **Bei Bewohnern mit geringen/nicht vorhandenen kognitiven Einschränkungen:** Der Bewohner ist in der Lage seine Kontakt- und Freizeitaktivitäten selbständig zu strukturieren und auszüüben. Der Wunsch „prinziell an nichts teilzunehmen“ (auch an keinem Einzelgespräch oder an Einzelaktivitäten) ist nicht durch ein fehlendes attraktives Angebot für diese Bewohnergruppe bedingt.

(B) **Bei Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen:** Der Bewohner zeigt bei Kontaktversuchen (auch bei Gesprächen, basale Stimulation o. ä.) ein deutliches Abwehrverhalten (z. B. um sich schlagen) oder deutlich negative Gefühle (z. B. weinen oder aggressives Verhalten).

**Gesundheitliche Einschränkungen**

Sollte dem Bewohner die Teilnahme an den genannten Aktivitäten oder das Verlassen des Bettes oder Zimmers aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein, geben Sie dies bitte am jeweiligen Tag in den ersten drei Zeilen an. Als gesundheitliche Gründe gelten:

- ärztlich angeordnete Bettruhe
- ein akuter hochfieberhafter Infekt
- eine ansteckende Infektionskrankheit, die eine Zimmerisolation des Bewohners erfordert

**Gruppen- und Einzelangebote**


Eine Zählung von Häufigkeiten innerhalb einer Kategorie (z. B. zwei Teilnahmen am Montag am Gruppenangebot „Spielen“) ist nicht erforderlich.


**Beschreibung der Kategorien**

**Kategorie „Aktivitäten zur Förderung oder zum Erhalt der Mobilität“**

**Kategorie „Orientierungs-/wahrnehmungs-/gedächtnisfördernde Aktivitäten“**
Dazu gehören alle Aktivitäten, die der Wahrnehmungsförderung, der Gedächtnisförderung oder der Orientierung dienen (z. B. gemeinsames Lesen der Tageszeitung, basale Stimulation, Snoezelen).

**Kategorie „Religiös/spirituell geprägte Aktivitäten“**
Religiös/spirituell geprägte Aktivitäten (z. B. Gottesdienste, Andachten, Singen religiöser Lieder, Tischgebete) sind konfessions- und religionsunabhängig zu verstehen.

**Kategorie „Gespräche“**

**Kategorie „Beschäftigung I: Vorlesen“**
Es wird erfasst, wenn den Bewohnern etwas vorgelesen wird – z. B. aus einem Roman – und dies vor allem der Beschäftigung dient.

**Kategorie „Beschäftigung II: Singen, Musizieren und spielen“**
Darunter fallen alle Aktivitäten, deren Schwerpunkt spielerischen Charakters ist und die vor allem der Beschäftigung dienen (Kartenspiele, Brettspiele, Quizspiele etc.). Im Bereich Musizieren und Singen werden sowohl aktives Musizieren und Singen wie in Chorproben oder Singkreisen als auch die Teilnahme an einem Konzert in der Einrichtung erfasst.

**Kategorie „Beschäftigung III: Ausflüge und Feste“**
Dazu gehören vor allem Aktivitäten, die der Bewohner außerhalb der Einrichtung erlebt (z. B. Cafébesuch im Stadtteil, Einkaufen, kulturelles Angebot). Zusätzlich wird hier auch die Teilnahme an Festen (auch innerhalb der Einrichtung) erfasst.

**Kategorie „Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: haushaltliche Alltagsbeschäftigungen“**
Eine Unterscheidung der Zielsetzung zwischen Angeboten zur Beschäftigung oder an der Biografie orientierten Angeboten ist nicht erforderlich. Die Aktivitäten haben einen haushaltlichen Schwerpunkt (z. B. Kochen, Tisch decken etc.).

**Kategorie „Aktivität zur Beschäftigung und an der Biografie orientierte Angebote: Werken, Basteln und Alltagsbeschäftigungen des häuslichen Umfeldes“**
Eine Unterscheidung der Zielsetzung zwischen Angeboten zur Beschäftigung oder an der Biografie orientierten Angeboten ist nicht erforderlich. Die Aktivitäten haben einen Schwerpunkt im (hand-)werklichen Bereich (z. B. Werken, Malen, Basteln, Gartenversorgung etc.).

VI. Beschreibung von Aktivitäten und Fähigkeiten


Zu 2. Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Merkmalen 2.1 bis 2.5 ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungscoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

2.1 Positionswechsel im Bett

Einnehmen von verschiedenen Positionen im Bett, Drehen um die Längsachse, Aufrichten aus dem Liegen.

Selbständig: Selbständig ist auch eine Person, die ihre Position unter Nutzung von Hilfsmitteln (Aufrichter, Bettgitter, Strickleiter, elektrisch verstellbares Bett) allein verändern kann.

Überwiegend selbständig: Die Person kann beispielsweise nach Anreichen eines Hilfsmittels oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Überwiegend unselbständig: Eine Person, die beim Positionswechsel nur wenig mithelfen kann (z.B. auf den Rücken rollen, am Bettgestell festhalten, Aufforderungen folgen wie z.B. Arme vor der Brust verschränken, Kopf auf die Brust legen).

Unselbständig: Personen, die auch hierzu nicht in der Lage sind.

2.2 Stabile Sitzposition halten

Auf einem Bett oder Stuhl frei, d.h. ohne Rücken- oder Seitenstütze sitzen.

Selbständig: Selbständig ist eine Person auch dann, wenn sie sich mit den Händen abstützen muss, um die aufrechte Sitzposition zu halten.

Überwiegend selbständig: Eine Person, die sich ohne Seitenstütze nicht oder nur kurz selbständig in der Sitzposition halten kann, aber auf einem Sessel mit Armlehnen längere Zeit sitzen kann.
Überwiegend unselbständig: Person mit eingeschränkter Rumpfkontrolle, die aber in einem Sessel oder Lagerungsstuhl mit entsprechenden Rücken- und Seitenstützen gesichert längere Zeit aufrecht sitzen kann.

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

2.3 Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen

Von einer erhöhten Sitzfläche (Bettkante, Stuhl/Sessel, Bank, Toilette etc.) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl, Sessel o.ä. umsetzen.


Überwiegend selbständig: Die Person kann aus eigener Kraft aufstehen oder sich umsetzen, wenn sie eine Hand oder einen Arm gereicht bekommt.

Überwiegend unselbständig: Die Pflegeperson muss beim Aufstehen/Umsetzen (erheblichen) Kraftaufwand aufbringen (hochziehen, halten, stützen, heben). Die beeinträchtigte Person hilft jedoch in geringem Maße mit, kann z.B. kurzzeitig stehen.

Unselbständig: Die Person muss gehoben oder getragen werden, Mithilfe ist nicht möglich.

2.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs


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


Überwiegend unselbständig: Gehen in der Wohnung ist nur mit Stützung oder Festhalten der Person möglich.

Unselbständig: Die Person muss getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.
2.5 Treppensteigen

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

**Selbständig:** Die Treppe kann ohne Personenhilfe sicher hoch- und hinabgestiegen werden.

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

**Überwiegend unselbständig:** Treppensteigen ist nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

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

Zu 3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbständigkeit (vierstufige Skala). Der Unterschied liegt darin, dass hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder bei einem Kind eine Fähigkeit (noch) nicht ausgebildet ist. Die Bewertungsskala umfasst folgende Ausprägungen:

Die Fähigkeit ist
0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
1 = größtenteils vorhanden
2 = in geringem Maße vorhanden
3 = nicht vorhanden

**0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt**
Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

**1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden**
Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

**2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden**

**3 = Fähigkeit nicht vorhanden**
Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen

Die Fähigkeit, Personen aus dem näheren Umfeld wiederzuerkennen, d.h. Menschen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
Die Fähigkeit ist größtenteils vorhanden, wenn diese Personen beispielsweise erst nach einer längeren Zeitspanne des Kontaktes in einem Gespräch erkannt werden oder wenn nicht täglich, aber doch in regelmäßigen Abständen Schwierigkeiten bestehen, vertraute Personen zu erkennen.

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

Bei nicht vorhandener Fähigkeit werden auch Familienmitglieder nicht oder nur ausnahmsweise erkannt.

3.2 Örtliche Orientierung

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

Bei vorhandener örtlicher Orientierung kann die Frage, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung die Person sich befindet, korrekt beantwortet werden. Außerdem werden regelmäßig genutzte Räumlichkeiten (beispielsweise eigenes Wohnzimmer, Küche etc.) stets erkannt. Ein Verirren in den Räumlichkeiten der eigenen Wohnung (oder des Wohnbereichs in einer Einrichtung) kommt nicht vor und die Person findet sich auch in der näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht. Sie weiß beispielsweise, wie sie zu benachbarten Geschäften, zu einer Bushaltestelle oder zu einer anderen nahe gelegenen Örtlichkeit gelangt.

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

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit bedeutet, dass die Person auch in einer gewohnten Wohnumgebung Schwierigkeiten hat, sich zurechtzufinden. Regelmäßig genutzte Räumlichkeiten und Wege in der Wohnumgebung werden nicht immer erkannt.

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

3.3 Zeitliche Orientierung


Fähigkeit vorhanden: Die zeitliche Orientierung ist ohne nennenswerte Beeinträchtigungen vorhanden.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person ist die meiste Zeit über zeitlich orientiert, aber nicht durchgängig. Sie hat auch Schwierigkeiten, ohne äußere Orientierungshilfen (Uhr, Dunkelheit etc.) den Tagesabschnitt zu bestimmen.

Fähigkeit nicht vorhanden: Das Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe ist kaum oder noch nicht vorhanden.

3.4 Gedächtnis

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

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


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

3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

Die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge und bis zum Abschluss ausführen bzw. steuern zu können. Die Betonung liegt in diesem Fall auch auf dem Begriff Alltagshandlungen. Gemeint sind zielgerichtete Handlungen, die diese Person täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag durchführt oder durchgeführt hat und die eine Abfolge von Teilschritten umfassen, wie das komplette Ankleiden.

Fähigkeit vorhanden: Die Person ist in der Lage, die erforderlichen Handlungsschritte selbständig in der richtigen Reihenfolge auszuführen oder zu steuern, so dass das angestrebte Ergebnis der Handlung erreicht wird.

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Person verliert manchmal den Faden und vergisst, welcher Handlungsschritt der nächste ist. Erhält sie dabei eine Erinnerungshilfe, kann sie die Handlung aber selbständig fortsetzen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person hat erhebliche Schwierigkeiten. Sie verwechselt regelmäßig die Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte oder vergisst einzelne, notwendige Handlungsschritte.

Fähigkeit nicht vorhanden: Mehrschrittige Alltagshandlungen werden erst gar nicht begonnen oder nach den ersten Versuchen aufgegeben.
3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen


Als vorhandene Fähigkeit gilt, wenn Personen auch in unbekannten Situationen folgerichtige Entscheidungen treffen können (beispielsweise der Umgang mit unbekannten Personen, die an der Haustür klingeln).

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

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

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

3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen


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

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

Eine in geringem Maße vorhandene Fähigkeit liegt vor, wenn die Person auch einfache Informationen häufig nur nachvollziehen kann, wenn sie noch einmal erklärt werden. Eine schwere Beeinträchtigung liegt auch dann vor, wenn das Verständnis sehr stark von der Tagesform abhängt.
Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person weder verbal noch nonverbal zu erkennen gibt, dass sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen kann.

3.8 Risiken und Gefahren erkennen

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

Als vorhanden gilt die Fähigkeit bei Personen, die solche Risiken und Gefahrenquellen im Alltagsleben ohne weiteres erkennen können.

Von einer größtenteils vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person meist nur solche Risiken und Gefahren erkennt, die sich in der vertrauten innerhäuslichen Wohnumgebung wiederfinden. Es bestehen aber beispielsweise Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr adäquat einzuschätzen oder Gefährdungen in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

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

Von einer nicht vorhandenen Fähigkeit ist auszugehen, wenn Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkannt werden.

3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse

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

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Eine gezielte Frage nach elementaren Bedürfnissen kann beantwortet werden. Die Person äußert sich aber nicht immer von sich aus.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Elementare Bedürfnisse sind nur aus nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gestik, Lautäußerungen) ableitbar, ggf. nach oder durch entsprechende(r) Stimulation. Oder die Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, muss dazu ständig angeleitet werden, kann aber Zustimmung oder Ablehnung deutlich machen.


3.10 Verstehen von Aufforderungen

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

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


Fähigkeit nicht vorhanden: Die Person kann Anleitung und Aufforderungen nicht verstehen.

### 3.11 Beteiligung an einem Gespräch

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


Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Person zeigt nur wenig Eigeninitiative, reagiert aber auf Ansprache/Fragen mit wenigen Worten (z.B. mit ja oder nein). Oder sie beteiligt sich am Gespräch, weicht aber in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab (führt mehr ein Selbstgespräch). Leichte Ablenkbarkeit durch Umgebungseinflüsse.


### Zu 4. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

#### 4.1 Den Tagesablauf gestalten und an äußere Veränderungen anpassen

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


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

4.2 Ruhen und Schlafen


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


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


4.3 Sich beschäftigen

Die verfügbare Zeit nutzen, um Aktivitäten durchführen, die den eigenen Vorlieben und Interessen entsprechen. „Verfügbare Zeit“ ist in diesem Zusammenhang definiert als Zeit, die nicht durch Notwendigkeiten wie Ruhen/Schlafen, Essen, Mahlzeitenzubereitung, Körperpflege, Schule, Arbeit etc. gebunden ist („freie“ Zeit).

Beider Beurteilung geht es vorrangig um die die Fähigkeit, nach individuellen kognitiven, manuellen, visuellen und/oder auditiven Fähigkeiten und Bedürfnissen geeignete Aktivitäten der Freizeitbeschäftigung auszuwählen und durchzuführen (z.B. Handarbeiten, Basteln, Bücher, Zeitschriften lesen, Sendungen im Radio oder Fernsehen verfolgen, Computer).

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

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich unter Anleitung geringfügig an der Entscheidungsfindung beteiligen, z.B. durch Zustimmung oder Ablehnung. Sie beteiligt sich an angebotenen Beschäftigungen, kann diese aber in der Regel nicht ohne kontinuierliche Begleitung beibehalten.

Unselbständig: Die Person kann an der Entscheidung nicht nennenswert mitwirken. Sie zeigt keine Eigeninitiative, kann Anleitung und Aufforderungen nicht kognitiv umsetzen, beteiligt sich nicht nennenswert an angebotenen Beschäftigungen.

4.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen


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

Überwiegend selbständig: Die Person nimmt sich etwas vor, muss aber erinnert werden, dies auch durchzuführen.

Überwiegend unselbständig: Die Person plant von sich aus nicht, entscheidet aber mit Unterstützung durch andere Personen. Sie muss an die Umsetzung der eigenen Entscheidungen erinnert werden.

Unselbständig: Die Person verfügt nicht über Zeitvorstellungen für Planungen über den Tag hinaus, auch bei Vorgabe von Auswahloptionen wird weder Zustimmung noch Ablehnung signalisiert.

4.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

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

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

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

Überwiegend selbständig: Umgang mit bekannten Personen erfolgt selbständig, zur Kontaktannahme mit Fremden ist Anstoß erforderlich. Z.B. Anregung, zu einem neuen Mitbewohner Kontakt aufzunehmen.

Überwiegend unselbständig: Die Person ergreift von sich aus kaum Initiative, reagiert aber auf Ansprache. Sie nimmt dabei nicht verbal Kontakt auf, aber deutlich erkennbar durch andere Formen der Kommunikation (Blickkontakt, Mimik/Gestik).

Unselbständig: Person reagiert kaum auf Ansprache. Auch nonverbale Kontaktversuche (z.B. Berührungen) führen zu keiner nennenswerten Reaktion.
4.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

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

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

Überwiegend selbständig: Die Person kann planen, braucht aber Hilfe beim Umsetzen wie z.B. Erinnerungszettel bereitlegen oder Telefonnummern mit Namen (ggf. mit Bild) versehen, Erinnern und Nachfragen, ob Kontakt hergestellt wurde, oder Erinnern an Terminabsprachen. Pflegeperson wählt die Telefonnummer, die Person führt dann das Gespräch. Oder die Person beauftragt die Pflegeperson, ein Treffen mit Freunden/Bekannten zu verabreden.

Überwiegend unselbständig: Die Kontaktgestaltung der Person ist eher reaktiv. Sie sucht von sich aus kaum Kontakt, wirkt aber mit, wenn beispielsweise die Pflegeperson die Initiative ergreift.

Unselbständig: Die Person nimmt keinen Kontakt auf und reagiert nicht auf Anregungen zur Kontaktaufnahme.

Zu 6. Selbstversorgung

6.1 Vorderen Oberkörper waschen

Sich Hände, Gesicht, den Hals, die Arme, Achselhöhlen und den vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen.

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

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen, z.B. Waschen unter den Achseln oder der Brust erhält.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich z.B. nur Hände oder Gesicht waschen.

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

6.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren

Die tägliche Körperpflege im Bereich des Kopfes.

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

Überwiegend unselbständig: Die Person beginnt z.B. mit dem Zähneputzen oder der Rasur, ohne die Aktivität zu Ende zu führen.

Unselbständig: Die Person kann sich an den Aktivitäten nicht beteiligen.

6.3 Intimbereich waschen

Den Intimbereich waschen und abtrocknen.

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

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn benötigte Gegenstände (wie Waschschüssel, Seife, Waschlappen) bereitgelegt werden oder sie Aufforderung bzw. punktuelle Teilhilfen erhält.

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

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

6.4 Duschen oder Baden


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

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität selbständig durchführen, wenn Utensilien vorbereitet bzw. bereitgestellt werden, einzelne Handreichungen geleistet werden, z.B. Stützen beim Ein-/Aussteigen, Bedienung eines Badewannenlifters, Hilfe beim Haare Waschen und/oder Föhnen, beim Abtrocknen oder wenn während des (Dusch-)Bades aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen Anwesenheit erforderlich ist.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen stark begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z.B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

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

6.5 Oberkörper an- und auskleiden


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

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität beispielsweise selbständig durchführen, wenn Kleidungsstücke passend angereicht oder gehalten werden (Einstiegshilfe beim
Anziehen eines Hemdes etc.). Auch wenn Hilfe nur bei Verschlüssen erforderlich ist, trifft die Bewertung „überwiegend selbständig“ zu, ebenso wenn nur Kontrolle des Sitzes der Kleidung und Aufforderungen zur Vervollständigung der Handlung erforderlich sind.

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

6.6 Unterkörper an- und auskleiden


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


Überwiegend unselbständig: Die Person kann die Aktivität zu einem geringen Teil selbständig durchführen. Beispielsweise gelingt das Hochziehen von Hose/Rock zur Taille selbständig, zuvor muss das Kleidungsstück jedoch von der Pflegeperson über die Füße gezogen werden.

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

6.7 Nahrung mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen


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

Überwiegend selbständig: Es ist punktuelle Hilfe erforderlich, z.B. beim Öffnen einer Flasche oder beim Schneiden von sehr harten Nahrungsmitteln.

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

6.8 Essen

bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Nahrungsaufnahme, ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

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

**Überwiegend selbständig:** Die Person kann überwiegend selbständig essen, benötigt aber punktuelle Anleitung, muss beispielsweise aufgefordert werden, mit dem Essen zu beginnen oder weiter zu essen. Es sind punktuelle Hilfen erforderlich (wie z.B. Zurücklegen aus der Hand gerutscher Speisen oder Besteck in die Hand geben).

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

**Unselbständig:** Die Nahrung muss komplett gereicht werden.

### 6.9 Trinken

Bereitstehende Getränke aufnehmen, ggf. mit Hilfsmitteln wie Strohhalm, Spezialbecher mit Trinkaufsatz. Zu berücksichtigen ist auch, inwieweit die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme (auch ohne ausreichendes Durstgefühl) erkannt und die empfohlene/gewohnte Menge tatsächlich getrunken wird.

Die Beurteilung der Selbständigkeit ist wie im Fall von Punkt 6.8 auch dann vorzunehmen, wenn die Flüssigkeitsaufnahme teilweise über eine Sonde bzw. parenteral erfolgt. Erfolgt sie hingegen **ausschließlich** über eine Sonde bzw. parenteral ohne nennenswerte orale Flüssigkeitsaufnahme ist das Feld „Sonde“ anzukreuzen.

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

**Überwiegend selbständig:** Die Person kann selbständig trinken, wenn ein Glas/eine Tasse entsprechend dem Aktionsradius der Person positioniert oder sie ans Trinken erinnert wird.

**Überwiegend unselbständig:** Das Trinkgefäß muss beispielsweise in die Hand gegeben werden, das Trinken erfolgt jedoch selbständig oder die Person muss zu fast jedem Schluck motiviert werden.

**Unselbständig:** Getränke müssen komplett gereicht werden.

### 6.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen

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

**Überwiegend selbständig:** Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen. Personelle Hilfe kann sich beispielsweise beschränken auf:
- Bereitstellen und Leeren des Toilettenstuhls (alternativ Urinflasche/anderer Behälter)
- Orientierungshinweise zum Auffinden der Toilette, Begleitung auf dem Weg zur Toilette
- Anreichen von Toilettenpapier oder Waschlappen, Intimhygiene nur nach Stuhlgang
- Unterstützung beim Hinsetzen/Aufstehen von der Toilette
- Hilfe beim Richten der Bekleidung.
Überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einzelne Handlungen selbst ausführen, z.B. Richten der Bekleidung oder Intimhygiene nach Wasserlassen.

6.11 Folgen einer Harninkontinenz bewältigen, Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma


Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

Überwiegend selbständig: Die Person kann die Aktivität überwiegend selbständig durchführen, wenn Inkontinenzsysteme bereit gelegt oder entsorgt werden oder an den Wechsel erinnert wird.

Überwiegend unselbständig: Die Person kann sich am Wechsel der Inkontinenzsysteme beteiligen.

Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.

6.12 Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen, Umgang mit Stoma

Inkontinenzsysteme, Analtampons, Stomabeutel sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen. Dieser Punkt ist nur zu bearbeiten, wenn eine Stuhlinkontinenz vorliegt, ansonsten ist das Feld „entfällt“ anzukreuzen.

Selbständig: Die Person kann Hilfsmittel selbständig benutzen.

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


Unselbständig: Beteiligung ist nicht möglich.
Anhang E

Leitfaden zur Organisation und Durchführung der Bewohner- und Angehörigenbefragung

Der Leitfaden enthält im ersten Kapitel grundsätzliche Informationen zu den Inhalten der Interviewerschulung. Im zweiten Kapitel wird die Organisation der Befragungen innerhalb der Einrichtungen beschrieben. Das dritte Kapitel enthält alle Dokumente zur Organisation der Befragungen und die Befragungsinstrumente.

1. Inhalte und Ablauf der Interviewerschulung

Um eine vergleichende Bewertung von Ergebnisqualität durch Bewohnerbefragungen ermitteln zu können, ist es wichtig, dass die Interviewer über die dazu erforderlichen Kompetenzen verfügen. Die Qualifikation zum Interviewer für die Bewohnerbefragung kann mittels der Teilnahme an einer eintägigen Schulung erworben werden. Zur Qualifizierung ist keine spezifische berufliche Vorbildung notwendig. Innerhalb der Schulung werden neben praktischen Übungen Kenntnisse in den folgenden Bereichen vermittelt:

- Die Befragung als soziale Situation und Grundlagen der Kommunikation
- Grundregeln der Gestaltung der Befragungssituation
- Grundregeln der Kommunikation in einer Befragung
- Störfaktoren und Probleme
- Das Befragungsinstrument, die Erfassung der Daten und ergänzende Materialien
- Praktische Übung einer Befragung
- Feedbackrunde in der Gruppe
- Allgemeine Organisation der Befragung

Die Befragung als soziale Situation und Grundlagen der Kommunikation


Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei einer Befragung um eine asymmetrische Kommunikationsform handelt, die auch von gegenseitigen Erwartungen und Rollen beeinflusst wird.

**Grundregeln der Gestaltung der Befragungssituation**

Die Beachtung der Grundregeln der Gestaltung einer Befragungssituation sind wesentlich für einen guten Verlauf der Befragung. Zu beachten sind die folgenden Aspekte:

- Gute Atmosphäre schaffen (freundlich, offen, entspannt, persönliche Begrüßung), Vertrauen schaffen, den Zweck der Befragung erläutern, auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hinweisen, Anonymität zusichern, Hinweis darauf, dass es kein Problem ist, wenn einzelne Fragen nicht beantwortet werden können, kurzen Überblick über die Themen geben.
- Dem Befragungsteilnehmer Interesse an seiner Sichtweise signalisieren.
- Möglichkeit zu grundsätzlichen Rückfragen vor Beginn des Interviews geben.
- Das Gespräch sollte möglichst „unter vier Augen“ stattfinden, Angehörige sollten nur auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners anwesend sein, Mitarbeiter in keinem Fall.
- Das Gefühl vermitteln, dass genügend Zeit für die Befragung vorhanden ist, Zeitrahmen nennen, nicht gestresst agieren.
- Dem Bewohner anbieten, die Fragen mitlesen zu können.

**Grundregeln der Kommunikation in einer Befragung**

Während der Befragung ist es wichtig,

- … den Gesprächsverlauf in der Hand zu behalten und das Gespräch streng entlang des Fragenkataloges zu strukturieren.
- … die Befragten als Experten zu betrachten. Die Befragten haben immer Recht: zentral ist ihre subjektive Sichtweise.
- … nur neutrales Feedback zu geben. Ein Verurteilen oder Sanktionieren von Äußerungen (verbal und nonverbal) muss vermieden werden, keine verbale Konditionierung anwenden.
- … den Befragten nicht unnötig zu unterbrechen. Er benötigt die Erinnerungszeit, um sich ein Urteil bilden zu können.
... die eigene Meinung zurück zu halten; folgende Reaktionen könnten das Erfassen objektiver Daten beeinträchtigen:

- Übereinstimmung signalisieren („das habe ich von vielen Bewohnern hier gehört“; „wie bei meiner Großmutter“)
- Skepsis (z. B.: „ist das wirklich so?“)
- Überraschung oder Empörung zeigen („das ist ja unglaublich“)
- Dem Bewohner widersprechen („das glaube ich nicht“, „das kann nicht sein“)

**Störfaktoren und Probleme**

Ein typisches Problem während der Befragung stellt das Abschweifen des Interviewpartners dar. Manche der älteren Menschen im Pflegeheim neigen ggf. dazu, während der Befragung nicht sofort zu antworten, sondern scheinbar abzuschweifen. Hier ist sensibel vorzugehen. Das Abschweifen kann verschiedene Ursachen haben oder Funktionen erfüllen:

- Der Bewohner aktiviert seine Erinnerungen, um die Frage angemessen beurteilen zu können.
- Er testet, ob der Interviewer sich tatsächlich für seine Sichtweise interessiert und zuhört. Besonders zu Beginn des Interviews sollte nicht vorschnell interveniert werden.
- Der Bewohner nutzt die Möglichkeit, ein Gespräch zu führen, für seine persönlichen Interessen.
- Der Bewohner hat Konzentrationsprobleme oder ist überfordert.
- Sonstige Gründe und Funktionen.

Im Falle des Abschweifens des Befragten muss der Interviewer einschätzen, welche dieser Ursachen vorliegen kann und daran seine Intervention ausrichten. Eine vorschnelle Intervention kann den weiteren Verlauf negativ beeinflussen. Deshalb sollte ein günstiger Moment abgewartet werden, um zur Befragung zurückzukehren. Der Interviewer kann darauf hinweisen, dass es ja sehr interessant ist, was der Bewohner berichtet, dass jedoch weitere Bewohner auf den Interviewer warten und er gerne noch die weiteren Fragen mit dem Bewohner durchgehen möchte. Als weitere Probleme werden der einheitliche Umgang mit der Verweigerung einzelner Fragen und die Ermüdung des Bewohners behandelt.

Nach der Besprechung dieser grundsätzlichen Aspekte erfolgt die Einführung in das Befragungsinstrument, die Datenerfassung und eingesetzte Software. Es ist wichtig, dass die Interviewer die Fragen nicht variieren oder frei formulieren. Es wird trainiert, die exakte Fragestellung vorzulesen, um nicht die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gefährden. Bei der Erfassung der Befragungsergebnisse gilt folgende Anweisung: Antwortkategorien dürfen nicht auf der Basis einer eigenen Interpretation der Äußerungen des Bewohners vorgenommen werden. Die Bewohner sollen nach jeder Frage aufgefordert werden, eine der zur Verfügung
stehenden Kategorien auszuwählen. Während die gewählte Kategorie angekreuzt wird, wiederholt der Interviewer die Beurteilung laut. Es erfolgen keine Hinweise auf Widersprüche zu vorherigen Aussagen in der Erinnerungsphase. Der Bewohner wählt seine Beurteilung selbständig und erhält keine Ratschläge hierzu.

**Praxishinweis**

*Beispiel:* Der Bewohner berichtet über Erlebnisse mit unfreundlichen Mitarbeitern und wählt danach die Kategorie „Nein“. Weisen Sie nicht auf den Widerspruch zu den vorher erzählten Erlebnissen hin, aber sichern Sie die Auswahl ab, um aufgetretene Missverständnisse der Fragestellung ggf. zu erfassen.

„Ich kreuze also bei der Frage: ‚Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Sie schlecht oder unfreundlich behandelt wurden?’ die Antwort ‚Nein‘ an? Habe ich das richtig verstanden?“

Der Bewohner wird ihnen die Auswahl bestätigen oder Sie im Falle eines Missverständnisses korrigieren.

Die gesamte Befragung wird dann in Kleingruppen trainiert, wobei die Teilnehmer auch schwieriges Bewohnerverhalten simulieren und Lösungen entwickeln sollen. Das Feedback zu auftretenden Befragungsfehlern ist von enormer Bedeutung.

**2. Die Organisation der Bewohner- und Angehörigenbefragung durch die Einrichtung**

Bei der Organisation der Befragung dient die „Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung“ in Kapitel 3 (s. S. 21) zur Orientierung, sie enthält alle wichtigen Planungsschritte. Im Folgenden wird das Verfahren dargestellt und erläutert.

**2.1 Die Bewohnerbefragung**

*Die Fragen der Bewohnerbefragung sind Kapitel 3 ab Seite 26 zu entnehmen.*

**Ermittlung der befragbaren Bewohner und Bewohnerinnen**


II. Grundsätzlich ausgeschlossen werden Bewohner in der Sterbephase und in der Kurzzeitpflege.
III. Alle Bewohner, die im Kurzerfassungsbogen „Einstufung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten“ einen Gesamtwert zwischen 0 und 5 erreicht haben, werden als „befragbar“ eingestuft.

Bearbeiten Sie die folgenden Schritte nur für die Bewohner, die als Befragungsteilnehmer ermittelt wurden.


V. Bitte händigen Sie dem Bewohner den „Informationsbrief für Bewohner“ (s. S. 18) und zwei Exemplare der Einverständniserklärung (s. S. 19) aus. In diesem Brief wird der Bewohner über das Ziel der Befragung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymitätszusicherung informiert und um seine Teilnahme gebeten.


VII. Bitte händigen Sie die von Ihnen erstellte Terminplanung (s. S. 16) dem Interviewer am Befragungstag aus, damit dieser die Bewohner aufsuchen kann. Informieren Sie die Mitarbeiter der Wohnbereiche ebenfalls über die Befragungstermine. Nach Abschluss der Interviews wird die Terminplanung vom Interviewer an die Einrichtung zurückgegeben und kann vernichtet werden.


2.2 Die Angehörigenbefragung


X. Der Rückversand erfolgt an eine unabhängige Stelle, die auch die Dateneingabe und -auswertung durchführt.
3. Materialien

- NBA-Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“
- Zuordnung Befragungsgruppe
- Informationsbrief für gesetzliche Betreuer
- Informationsbrief für Bewohner
- Einverständniserklärung
- Terminerinnerung für Bewohner
- Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung
- Fragebogen Angehörigenbefragung
- Fragebogen Bewohner
**NBA-Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“**

Auszufüllen durch die Bezugspflegekraft – Weitergabe an den Befragungsbeauftragten: _______.

Name: _______________________ Wohnbereich/Zimmer: _______________________

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?  Ja [ ]  Nein [ ]

**Wichtiger Hinweis:**

Wird dieses Einschätzungsmodul ausschließlich im Rahmen der Bewohnerbefragung verwendet, kann die Einschätzung beendet werden, sobald ein Gesamtwert von mehr als 5 Punkten erreicht wurde.

**Beispiel:**


Bitte beachten Sie bei der Einschätzung die Hinweise im Anhang D, Implementierungsleitfaden (Kapitel VI, S. 19ff).

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</th>
<th>Die Fähigkeit ist:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 = vorhanden/unbeeinträchtigt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 = größtenteils vorhanden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 = in geringem Maße vorhanden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3 = nicht vorhanden</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 3.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen | □   □   □   □ |
| 3.2 Örtliche Orientierung                   | □   □   □   □ |
| 3.3 Zeitliche Orientierung                  | □   □   □   □ |
| 3.4 Gedächtnis                              | □   □   □   □ |
| 3.5 Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen | □   □   □   □ |
| 3.6 Entscheidungen im Alltagsleben treffen  | □   □   □   □ |
| 3.7 Sachverhalte und Informationen verstehen | □   □   □   □ |
| 3.8 Risiken und Gefahren erkennen           | □   □   □   □ |
| 3.9 Mitteilung elementarer Bedürfnisse      | □   □   □   □ |
| 3.10 Verstehen von Aufforderungen           | □   □   □   □ |
| 3.11 Beteiligung an einem Gespräch         | □   □   □   □ |

3.12 Liegt die Gesamtpunktzahl (3.1 bis 3.11) im Bereich von 0 bis 5?
   □ Ja → Bewohner ist befragbar  □ Nein → Bewohner ist nicht befragbar
Terminplanung Bewohnerbefragung


Datum der Befragung:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uhrzeit</th>
<th>Bewohnername</th>
<th>Zimmer und Wohnbereich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9.00 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.30 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.00 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.30 Uhr</td>
<td>Kein Interview planen/flexible Zeit für Verzögerungen im Ablauf</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.45 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.30 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.00 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.30 Uhr</td>
<td>Mittagspause Interviewer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.00 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.30 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.00 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.30 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.00 Uhr</td>
<td>Pause Interviewer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.15 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.45 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.30 Uhr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und gute Gesundheit im Alter ist ein wichtiges Ziel der Altenpflege. Wir möchten Sie heute über die geplante Durchführung einer Bewohnerbefragung informieren. Der/die von Ihnen gesetzlich betreute (Name Bewohner) wird um eine Teilnahme an der Befragung gebeten werden. Die Bewohnerbefragung soll ermitteln, wie gut die Unterstützung der Bewohner gelingt und eine gute Lebensqualität im Alltag im (Name der Einrichtung) gefördert wird. In der Befragung geht es um verschiedene Alltagsthemen wie zum Beispiel:

- Wohnen und Wäscheversorgung
- Mahlzeiten und Pflege
- Möglichkeiten zur Tagesgestaltung.

Die Befragung wird als persönliches Gespräch anhand eines Fragebogens geführt und dauert etwa 30 Minuten. Die Gespräche werden durch externe Personen (Name Institution) geführt.


Wir fügen Ihnen zur Kenntnisnahme die verwendete Einverständniserklärung bei. Für weitere Rückfragen stehen Ihnen (Name Ansprechpartner) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Informationsbrief für Bewohner

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und gute Gesundheit im Alter sind wichtige Ziele der Altenpflege. In der Pflegeeinrichtung, in der Sie leben, ist deshalb eine Bewohnerbefragung geplant. Damit soll ermittelt werden, wie gut die Unterstützung der Bewohner hier gelingt und eine gute Lebensqualität im Alltag im Seniorenheim gefördert wird. In der Befragung wird es um verschiedene Alltagsthemen gehen wie zum Beispiel:

- Wohnen und Wäscheversorgung
- Mahlzeiten und Pflege
- Möglichkeiten zur Tagesgestaltung.


Ihre Antworten werden anonym, also ohne Ihren Namen oder Ihre Zimmerschlussnummer erfasst. Wenn Sie sich entschließen teilzunehmen, bitten wir Sie darum, dies mit einer Unterschrift auf der beigelegten Einverständniserklärung zu bestätigen. Die Einverständniserklärung bleibt in Ihrer Einrichtung.

Für Rückfragen stehen Ihnen (Name Ansprechpartner) gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Einverständniserklärung

Teilnahme an der Bewohnerbefragung zur Beurteilung der Ergebnisqualität in (Name der Einrichtung)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der Bewohnerbefragung. Mir ist bekannt, dass meine Angaben vertraulich und anonym ausgewertet werden. Ich bin über die Befragung ausreichend informiert worden. Ich hatte genügend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme an der Bewohnerbefragung zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf der Einverständniserklärung ist an die Heimleitung zu melden.

_________________________  ______________________  ______________________
(Ort)                      (Datum)                  (Unterschrift)
Terminerinnerung Bewohnerbefragung

Ihr Termin zur Bewohnerbefragung ist

am: ______________

um: ________________ Uhr.

Bitte beachten Sie, dass es zu leichten Verschiebungen der Uhrzeit (ca. 15 Minuten) kommen könnte. Sie werden zum vereinbarten Termin auf Ihrem Zimmer aufgesucht werden, um das Gespräch miteinander zu führen.

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Teilnahme!
## Checkliste Bewohner- und Angehörigenbefragung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stichtag</th>
<th>To do</th>
<th>Zu verwendende Dokumente der Anlage</th>
<th>Wer ist verantwortlich?</th>
<th>Erledigt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Spätestens eine Woche vor Befragungstermin</td>
<td>Druck und Versand „Informationsbrief an gesetzliche Betreuer“ (nur für Bewohner, die befragt werden und einen Betreuer haben)</td>
<td>„Information gesetzliche Betreuer Bewohnerbefragung“ (S. 17)</td>
<td>Befragungsbeauftragter/Verwaltung</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Parallel zur Bewohnerbefragung</td>
<td>Vorbereitung der Angehörigenbefragung: Fragebogendruck, Erstellen der Adressliste</td>
<td>Angehörigenfragebogen (S. 22-25)</td>
<td>Befragungsbeauftragter/Verwaltung</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Parallel zur Bewohnerbefragung</td>
<td>Versand der Angehörigenbefragung</td>
<td>keine</td>
<td>Befragungsbeauftragter/Verwaltung</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| An den Tagen der Bewohnerbefragung | 8.30 Uhr am ersten Tag der Bewohnerbefragung:  
- kurze Führung des Interviewers zur räumlichen Orientierung in der Einrichtung  
- Übergabe der Terminplanung  
Falls möglich, sollte dem Interviewer ein Rückzugsraum zur Verfügung stehen (z. B. bei Ausfall eines Interviews) | keine | Befragungsbeauftragter | ☐ |
Angehörigenbefragung – Name der Einrichtung/des Wohnbereichs

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine hohe Lebensqualität und eine gute Gesundheit im Alter sind wichtige Ziele der Altenpflege. Im Seniorenheim werden viele Dinge unternommen, um die Gesundheit und Lebensqualität Ihres Angehörigen zu erhalten oder zu verbessern. Um erkennen zu können, wie gut die Unterstützung der Bewohner gelingt und wie eine gute Lebensqualität durch die Seniorenheime gefördert wird, möchten wir Ihnen einige Fragen stellen. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet.

**Wichtige Hinweise:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Das Zimmer und der hauswirtschaftliche Service</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welchen Zimmertyp bewohnt Ihr Angehöriger?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Einzelzimmer ❑ Doppelzimmer ❑ Mehrbettzimmer ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Entspricht das den Wünschen Ihres Angehörigen?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Sind das Bad und die Toilette Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ist das Zimmer Ihres Angehörigen nach dem Putzen durch die Mitarbeiter sauber?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Riecht es in der Einrichtung schlecht?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Nutzt Ihr Angehöriger den Wäscheservice der Einrichtung?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>Falls „Nein“ oder „Ist mir nicht bekannt“, bitte weiter mit Frage 7</td>
</tr>
<tr>
<td>6.a) Bekommt Ihr Angehöriger die Wäsche sauber zurück?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>6.b) Bekommt Ihr Angehöriger die Wäsche schnell genug zurück?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Zum Teil ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>6.c) Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Ihr Angehöriger Wäsche abgegeben hat und etwas nicht zurückbekommen hat?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
<tr>
<td>6.d) Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Ihr Angehöriger Wäsche abgegeben hat und etwas kaputt zurückbekommen hat?</td>
</tr>
<tr>
<td>❑ Ja ❑ Nein ❑ Ist mir nicht bekannt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Pflege und Unterstützung der Bewohner

### 7. Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe, um sich im Bett anders hinlegen zu können?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

*Falls ja:* Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange im Bett in einer Position liegen musste?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

### 8. Benötigt Ihr Angehöriger Hilfe, um aus einem Stuhl oder Sessel aufzustehen?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

*Falls ja:* Hatte Ihr Angehöriger in letzter Zeit Schmerzen, weil er zu lange sitzen bleiben musste?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

### 9. Sorgen die Mitarbeiter in der Einrichtung dafür, dass beim Waschen oder Toilettengang niemand zusehen kann?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

### Die Mahlzeiten

### 10. Bekommt Ihr Angehöriger von der Einrichtung ausreichend Getränke, die ihm gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt
- Erhält Sondenkost

### 11. Schmeckt Ihrem Angehörigen das Mittagessen in der Einrichtung gut?
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt
- Erhält Sondenkost

### 12. Kann Ihr Angehöriger unter mehreren Gerichten auswählen, was er mittags essen möchte?
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt
- Erhält Sondenkost

### 13. Ist das Mittagessen angenehm warm?
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt
- Erhält Sondenkost

### 14. Bekommt Ihr Angehöriger immer etwas zu trinken, wenn er Durst hat?
- Ja
- Nein
- Ist mir nicht bekannt
- Erhält Sondenkost

### Der Tagesablauf, soziale Kontakte und Aktivitäten

### 15. Falls Ihr Angehöriger in einem Mehrbettzimmer wohnt: Wenn Sie zu Besuch kommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihrem Angehörigen ungestört zurückzuziehen?
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

### 16. Erhält Ihr Angehöriger genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote von der Einrichtung? (Dazu zählen auch Einzelangebote im Zimmer wie z. B. Vorlesen oder Spielen)
- Ja
- Zum Teil
- Nein
- Ist mir nicht bekannt

*Falls Ihr Angehöriger an nichts teilnehmen möchte:* Passen die Freizeit- oder Beschäftigungsangebote der Einrichtung zu den Bedürfnissen/Fähigkeiten Ihres Angehörigen?
- Ja, die Angebote würden passen, aber mein Angehöriger möchte dennoch nicht teilnehmen.
- Nein, die Angebote passen nicht zu den Bedürfnissen/Fähigkeiten meines Angehörigen.
- Ist mir nicht bekannt
17. Kommt Ihr Angehöriger so häufig hinaus, wie er es sich wünscht, wenn das Wetter es zulässt? (z. B. in den Park der Einrichtung)
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

Der Umgang mit den Bewohnern

18. Wie sprechen die Mitarbeiter Ihren Angehörigen an?
   ☐ „Herr“/ „Frau“ und „Sie“ ☐ Andere Anrede (z. B. Vorname und Sie) ☐ Ist mir nicht bekannt

   Falls „andere Anrede“: Fühlt Ihr Angehöriger sich mit dieser Anrede wohl?
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

19. Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie das Zimmer Ihres Angehörigen betreten?
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

20. Wird Ihr Angehöriger von den Mitarbeitern respektvoll und höflich behandelt?
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

21. Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Ihren Angehörigen?
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

22. Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Ihr Angehöriger schlecht oder unfreundlich behandelt wurde?
   ☐ Ja, einzelner Mitarbeiter ☐ Ja, mehrere Mitarbeiter ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

23. Hören die Mitarbeiter Ihrem Angehörigen aufmerksam zu, wenn er etwas sagt? (Beispiele hierfür sind: die Mitarbeiter antworten Ihrem Angehörigen oder schauen ihn an)
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt

Umgang des Seniorenheims mit den Angehörigen der Bewohner

24. Erhalten Sie von der Einrichtung genügend Informationen über die Gesundheit und die Versorgung Ihres Angehörigen, oder wünschen Sie sich, besser informiert zu werden?
   ☐ Ich erhalte genügend Informationen
   ☐ Ich wünsche mir, besser informiert zu werden

25. Erhalten Sie genügend Informationen über Feste, Veranstaltungen und andere Aktivitäten in der Einrichtung, oder wünschen Sie sich, besser informiert zu werden?
   ☐ Ich erhalte genügend Informationen
   ☐ Ich wünsche mir, besser informiert zu werden

   ☐ Ja ☐ Nein ☐ Dazu fehlt mir die Zeit

   Wenn ja: Finden Sie, dass die Einrichtung Ihnen hierzu genug Möglichkeiten bietet?
   ☐ Ja, die Einrichtung bietet mir genügend Möglichkeiten zur Mitarbeit.
   ☐ Nein, die Einrichtung sollte mir mehr Möglichkeiten zur Mitarbeit bieten.
   ☐ Das ist mir nicht wichtig.

27. Haben die Mitarbeiter der Einrichtung mit Ihnen darüber gesprochen, wie die alltägliche Pflege Ihres Angehörigen aussehen sollte? (z. B. welche Gewohnheiten berücksichtigt werden sollten, was Ihr Angehöriger möchte und was nicht etc.)
   ☐ Ja, einmal
   ☐ Ja, mehrmals
   ☐ Nein
   ☐ Ich kann mich nicht erinnern.
28. Haben Sie sich schon einmal bei den Mitarbeitern der Einrichtung beschwert?

☐ Ja, einmal ☐ Ja, mehrmals ☐ Nein

Wenn ja: Wie wurde auf Ihre letzte Beschwerde reagiert?

☐ Das Problem wurde behoben.
☐ Man hat sich ausreichend darum bemüht, das Problem zu beheben, aber ohne Erfolg.
☐ Es wurde zu wenig getan, um das Problem zu beheben.
☐ Ich weiß nicht.

29. Wie häufig besuchen Sie normalerweise Ihren Angehörigen in der Einrichtung?

☐ mehrmals pro Woche ☐ etwa einmal pro Woche ☐ etwa alle 14 Tage
☐ etwa alle 4 Wochen ☐ seltener als alle 4 Wochen

30. Würden Sie diese Einrichtung anderen weiterempfehlen?

☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein

Bitte senden Sie den Fragebogen im beigefügten Briefumschlag bis zum (Datum) an: (Adresse)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!
Bewohnerfragebogen – Name der Einrichtung/des Wohnbereichs

Wichtige Hinweise an Interviewer:

- Lesen Sie alle Fragen wörtlich vor.
- Lesen Sie immer alle Antwortkategorien vor. Tragen Sie keine vorschnell geäußerten Antworten ein.
- Tragen Sie nur Antworten ein, wenn der Bewohner die Kategorie klar benannt hat, interpretieren Sie nicht. Wiederholen Sie die Frage und Kategorien nochmals und bitten darum, eine der genannten auszuwählen.
- Wenn der Bewohner sich auch danach nicht entscheiden kann, ziehen Sie die Antwort in die Fragestellung hinein:

Beispiel für Frage 9, hier sagen Sie: „Was passt denn aus Ihrer Sicht hier am besten? Würden Sie sagen: ‚Ja, es riecht schlecht in der Einrichtung‘ oder ‚Zum Teil riecht es schlecht in der Einrichtung‘ oder ‚Nein, es riecht nicht schlecht in der Einrichtung‘, was davon passt am besten?“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Das Zimmer und der haushaltliche Service</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Zuerst möchte ich mit Ihnen über Ihr Zimmer sprechen. Sie leben hier in einem ...</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Mehrbettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Entspricht das Ihren Wünschen?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>Intervieweranweisung: Falls ja, weiter mit Frage 4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Warum nicht? Wünschen Sie ...</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ ein Einzelzimmer ☐ ein Doppelzimmer ☐ ein Mehrbettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ einen Umzug wegen Konflikten mit Mitbewohner ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Haben Sie die Möglichkeit, Ihr Zimmer abzuschließen, wenn Sie das wünschen?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>Intervieweranweisung: Falls ja, weiter mit Frage 6</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Haben Sie eine andere Möglichkeit, Dingewegzuschließen?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Nein ☐ Ist mir nicht bekannt ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sind Ihr Bad und Ihre Toilette nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Ist Ihr Zimmer nach dem Putzen durch die Mitarbeiter so sauber, wie Sie es möchten?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Sind die anderen Räume (z. B. Aufenthaltsräume, Speisesaal, Flure) der Einrichtung sauber?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Riecht es in der Einrichtung schlecht?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zur Reinigung Ihrer Wäsche stellen: Nutzen Sie den Waschservice der Einrichtung?</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>Intervieweranweisung: Falls „Nein“ oder „keine Angabe“, bitte weiter mit Frage 15</td>
</tr>
</tbody>
</table>
11. Ich habe nun einige Frage zum Wäscheservice, bitte denken Sie dabei immer an das letzte halbe Jahr zurück. Bekommen Sie Ihre Wäsche sauber zurück?
- [ ] Ja
- [ ] Zum Teil
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

12. Bekommen Sie Ihre Wäsche schnell genug zurück?
- [ ] Ja
- [ ] Zum Teil
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

13. Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas nicht zurückkommen haben?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

14. Ist es in letzter Zeit vorgekommen, dass Sie Wäsche abgegeben haben und etwas kaputt zurückkommen haben?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflege und Unterstützung der Bewohner</th>
</tr>
</thead>
</table>

15. Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen stellen zur Pflege und zu den Hilfen, die Sie hier erhalten: Brauchen Sie von den Mitarbeitern Unterstützung, wenn Sie an einen bestimmten Ort möchten (z. B. in das Bad oder auf den Flur)?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

*Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 17)*

16. Bekommen Sie von den Mitarbeitern schnell genug Unterstützung, wenn Sie an einen bestimmten Ort möchten?
- [ ] Ja
- [ ] Zum Teil
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

17. Brauchen Sie Hilfe, um aus einem Stuhl oder Sessel aufzustehen?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

*Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 21)*

18. Bekommen Sie schnell genug Hilfe, wenn Sie aufstehen möchten?
- [ ] Ja
- [ ] Zum Teil
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

19. Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange sitzen bleiben mussten?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

*Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 21)*

20. Wie oft ist das vorgekommen?
- [ ] Oft
- [ ] Manchmal
- [ ] Selten
- [ ] keine Angabe

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

*Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 23)*

22. Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie Stuhlgang haben oder Wasser lassen müssen?
- [ ] Ja
- [ ] Zum Teil
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

23. Brauchen Sie Hilfe, um sich im Bett anders hinlegen zu können?
- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] keine Angabe

*Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 27)*
24. Bekommen Sie rechtzeitig Hilfe, wenn Sie sich im Bett anders hinlegen möchten?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

25. Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen, weil Sie zu lange im Bett in einer Position liegen mussten?
   - Ja
   - Nein
   - keine Angabe
   *Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 27)*

26. Wie oft ist das vorgekommen?
   - Oft
   - Manchmal
   - Selten
   - keine Angabe

27. Bekommen Sie von den Mitarbeitern ausreichend Hilfe, wenn Sie welche benötigen?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

28. Duschen Sie gerne?
   - Ja
   - Nein
   - keine Angabe
   *Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 30)*

29. Können Sie hier so oft duschen, wie Sie das möchten?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

30. Baden Sie gerne?
   - Ja
   - Nein
   - keine Angabe
   *Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 32)*

31. Können Sie hier so oft baden, wie Sie das möchten?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

32. Können Sie hier aussuchen ob Sie baden, duschen oder sich waschen möchten?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

33. Ist es Ihnen wichtig, nur von Frauen oder nur von Männern gepflegt zu werden?
   - Ja
   - Nein
   - keine Angabe
   *Intervieweranweisung: (Falls nein --> weiter mit Frage 35)*

34. Richten sich die Mitarbeiter nach Ihrem Wunsch, von einem Mann/einer Frau gepflegt zu werden?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

35. Sorgen die Mitarbeiter hier dafür, dass beim Waschen oder Toilettengang niemand zusehen kann?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

**Die Mahlzeiten**

36. Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zum Thema Essen und Trinken stellen: Bekommen Sie von der Einrichtung ausreichend Getränke, die Ihnen gut schmecken, ohne dafür zusätzlich bezahlen zu müssen?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

37. Können Sie unter verschiedenen Gerichten auswählen, was Sie mittags essen möchten?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

38. Schmeckt Ihnen das Mittagessen hier gut?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

39. Ist das Mittagessen angenehm warm?
   - Ja
   - Zum Teil
   - Nein
   - keine Angabe

40. Um wie viel Uhr frühstückt Sie meistens?

41. Und wann würden Sie gerne frühstückten?
   - Lieber früher
   - Lieber später
   - Essenszeit ist genau richtig
   - keine Angabe
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>42.</td>
<td>Um wie viel Uhr essen Sie meistens zu Abend? _____________</td>
</tr>
<tr>
<td>43.</td>
<td>Und wann würden Sie gerne zu Abend essen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber früher</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber später</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Essenszeit ist genau richtig</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td>44.</td>
<td>Bekommen Sie ___________ etwas zu trinken, wenn Sie Durst haben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Der Tagesablauf, soziale Kontakte und Aktivitäten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>45.</td>
<td>Nun habe ich einige Fragen zu Ihrem Tagesablauf, sozialen Kontakten und Aktivitäten:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Um wie viel Uhr stehen Sie hier morgens auf? _____________</td>
</tr>
<tr>
<td>46.</td>
<td>Und wann würden Sie gerne aufstehen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber früher</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber später</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zeit ist genau richtig</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkungen zur Bettgezeit:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>47.</td>
<td>Um wie viel Uhr gehen Sie abends zu Bett? _____________</td>
</tr>
<tr>
<td>48.</td>
<td>Und wann würden Sie gerne zu Bett gehen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber früher</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Lieber später</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zeit ist genau richtig</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Intervieweranweisung:** Falls Bewohner in Einzelzimmer wohnt, weiter mit Frage 50

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>49.</td>
<td>Wenn Sie Besuch bekommen, haben Sie dann die Möglichkeit, sich mit Ihren Besuchern ungestört zurückzuziehen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>50.</td>
<td>Nun möchte ich Sie gerne etwas zu den Angeboten und Beschäftigungsmöglichkeiten hier im Heim fragen: Gibt es hier genügend Freizeit- oder Beschäftigungsangebote, an denen Sie gerne teilnehmen? (Beispiele: Spielnachmittage, Gedächtnistraining, Besuche von Mitarbeitern)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Wünsche keine Teilnahme</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Die Freizeit- und Beschäftigungsangebote hier passen nicht zu mir</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>51.</td>
<td>Kommen Sie so häufig hinaus, wie Sie es sich wünschen, wenn das Wetter es zulässt? (z. B. in den Park der Einrichtung)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Der Umgang mit den Bewohnern**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>52.</td>
<td>Nun habe ich noch einige Fragen dazu, wie die Mitarbeiter sich Ihnen gegenüber verhalten:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wie sprechen die Mitarbeiter Sie an?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- „Herr/Frau“ und „Sie“</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Andere Anrede (z. B. Ihr Vorname und Sie)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Intervieweranweisung:** „Herr/Frau und Sie“, weiter mit Frage 54

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>53.</td>
<td>Fühlen Sie sich mit dieser Anrede wohl?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>54.</td>
<td>Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie ihr Zimmer betreten?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>55.</td>
<td>Fühlen Sie sich von den Mitarbeitern respektvoll und höflich behandelt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragezahl</th>
<th>Fragestellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>56.</td>
<td>Haben die Mitarbeiter genügend Zeit für Sie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Zum Teil</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- keine Angabe</td>
</tr>
</tbody>
</table>
57. Gab es in letzter Zeit Mitarbeiter, von denen Sie schlecht oder unfreundlich behandelt wurden?
   ☐ Ja, einzelner Mitarbeiter ☐ Ja, mehrere Mitarbeiter ☐ Nein ☐ keine Angabe

   Intervieweranweisung: Falls „Nein“ oder keine Angabe weiter mit Frage 59

58. Und wie oft ist das vorgekommen?
   ☐ Oft ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ keine Angabe

59. Hören Ihnen die Mitarbeiter aufmerksam zu, wenn Sie etwas sagen?
   (Beispiele hierfür sind: die Mitarbeiter antworten Ihnen oder schauen Sie an)
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe

60. Würden Sie diese Einrichtung weiterempfehlen?
   ☐ Ja ☐ Zum Teil ☐ Nein ☐ keine Angabe

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!
## Anhang F

### Erhebungsbogen und Erläuterungen für begrenzt einsetzbare Indikatoren

#### 14. Sondenernährung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
<th>Erläuterung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14.1</td>
<td>Hat der Bewohner derzeit eine Ernährungsonde? (bei „nein“ weiter mit Frage 14.3)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>nein</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.2</td>
<td>Wenn ja, gibt es gesundheitliche Störungen, die einer Entwöhnung von der Sondenernährung entgegen stehen (z.B. Schluckstörungen)?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja (bitte angeben):</td>
<td>nein</td>
<td>Bewohner erhält trotz liegender Sonde derzeit keine Sondennahrung</td>
</tr>
<tr>
<td>14.3</td>
<td>Hatte der Bewohner in den vergangenen 6 Monaten eine Ernährungsonde, die wieder entfernt wurde?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>nein</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### 15. Kontrakturen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
<th>Erläuterung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15.1</td>
<td>Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| ja    | nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.2) | Wo ist die Kontraktur entstanden?  
| in der Pflegeeinrichtung | im Krankenhaus | zuhause (vor dem Heimeinzug) |
| woanders, und zwar: |  |
| 15.2  | Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Kniegelenk vor?* |  
| ja    | nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.3) | Wo ist die Kontraktur entstanden?  
| in der Pflegeeinrichtung | im Krankenhaus | zuhause (vor dem Heimeinzug) |
| woanders, und zwar: |  |
| 15.3  | Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Sprunggelenk („Spitzfuß“) vor?* |  
| ja    | nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.4) | Wo ist die Kontraktur entstanden?  
| in der Pflegeeinrichtung | im Krankenhaus | zuhause (vor dem Heimeinzug) |
| woanders, und zwar: |  |
| 15.4  | Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Ellbogengelenk vor?* |  
| ja    | nein (bei „nein“ weiter mit Frage 16) | Wo ist die Kontraktur entstanden?  
| in der Pflegeeinrichtung | im Krankenhaus | zuhause (vor dem Heimeinzug) |
| woanders, und zwar: |  |
### 16. Extensiver Medikamenteneinsatz

<table>
<thead>
<tr>
<th>16.1</th>
<th>Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt.*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Anzahl der Medikamente: _______</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>16.2</th>
<th>Werden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ja, in regelmäßigen Zeitabständen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja, bei Veränderungen der Medikation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nicht bekannt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>16.3</th>
<th>Bezieht der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 17. Harninkontinenz (nur bei Bewohnern mit Harninkontinenz ausfüllen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>17.1</th>
<th>Sieht die Pflegeplanung Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des aktuellen Kontinenzstatus vor?*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens

15. Kontrakturen

15.1  Liegt bei dem Bewohner eine Kontraktur am Hüftgelenk vor?*
☐ ja  ☐ nein (bei „nein“ weiter mit Frage 15.2)

Wo ist die Kontraktur entstanden?
☐ in der Pflegeeinrichtung  ☐ im Krankenhaus  ☐ zuhause (vor dem Heimeinzug)
☐ woanders, und zwar: .................................................................

Kontrakturen sind Veränderungen der an der Gelenkfunktion beteiligten Strukturen, die Funktions- und Bewegungseinschränkungen zur Folge haben, d.h. das betroffene Gelenk lässt sich nicht mehr vollständig beugen, strecken, ab- oder adduzieren.

Bitte beantworten Sie die Frage nach dem Vorliegen einer Kontraktur mit „ja“, wenn:
- Der Bewohner selbst das betreffende Gelenk nur eingeschränkt oder unter Schmerzen bewegen kann
  und/oder
- Das passive Bewegen des Gelenkes, z.B. durch eine Pflegekraft, nur eingeschränkt oder unter Schmerzen möglich ist.

Beantworten Sie die Frage mit „nein“, wenn die Bewegungseinschränkung Folge einer akuten Verletzung oder Behandlung des Bewegungs- und Stützapparates ist (z.B. bei einer Fraktur, Verstauchung oder als Folge einer Operation).

Liegt eine Kontraktur vor, machen Sie bitte weitere Angaben zum Entstehungsort der Kontraktur.

16. Extensiver Medikamenteneinsatz

16.1  Bitte geben Sie an, wie viele verschiedene ärztlich verordnete Medikamente der Bewohner regelmäßig einnimmt oder verabreicht bekommt. *

Anzahl der Medikamente: _______

Bitte nur ärztlich verordnete Medikamente berücksichtigen, die mindestens 1x wöchentlich eingenommen werden. Einschließlich Bedarfsmedikation, wenn deren Einnahme regelmäßig vorkommt (ebenfalls mindestens 1x wöchentlich). Lokal wirksame Substanzen, z.B. auf Wunden aufgebrachte Salben und Tinkturen, sind nicht zu berücksichtigen.

16.2  Werden mögliche Wechselwirkungen der Medikamente durch eine Apotheke oder einen Arzt überprüft?*
☐ ja, in regelmäßigen Zeitabständen
☐ ja, bei Veränderungen der Medikation
☐ nein
☐ nicht bekannt
Wenn Ihnen nicht bekannt ist, ob eine derartige Überprüfung auf Wechselwirkungen stattfindet, erkundigen Sie sich bitte bei der zuständigen Bezugspflegekraft oder der Wohnbereichsleitung. Nur wenn auch auf diesem Wege die notwendige Information nicht zu erhalten ist, kreuzen Sie bitte „nicht bekannt“ an.

16.3 Bezieht der Bewohner seine Medikamente eigenständig, ohne dass die Einrichtung ihn dabei unterstützt?*
☐ ja ☐ nein

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn die Beschaffung der Medikamente durch den Bewohner selbst oder andere, nicht zu Ihrer Einrichtung gehörende Personen erfolgt.

17. Harninkontinenz

17.1 Sieht die Pflegeplanung Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung des aktuellen Kontinenzstatus vor?*
☐ ja ☐ nein

Hier kommt eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen in Betracht. Entscheidend ist, dass die Maßnahme durchgeführt wird um:

- die Kontinenz des Bewohners - auch wenn diese bereits eingeschränkt ist - zu fördern oder zu erhalten (z.B. durch Beckenbodentraining oder Toilettentraining),
- den Bewohner beim Umgang mit einer bestehenden Inkontinenz zu unterstützen (z.B. durch die Anleitung im Umgang mit Hilfsmitteln oder die Unterstützung beim Toilettengang).
Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
11018 Berlin

Druck: Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Stand: Mai 2011