

---

# Muster-Dokumentationsbögen

## Spezifikation V04.0

Stand: 01.01.2025 (gültig ab Erhebungszyklus 11)

---

# Impressum

## Herausgeber

Unabhängige Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI:

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

## Thema

Muster-Dokumentationsbögen | Spezifikation V04.0

## Auftraggeber

Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI

## Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung

und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10 • 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52 - 282

Telefax (+49) 0551-789 52 -10

[support@das-pflege.de](mailto:support@das-pflege.de)

[www.das-pflege.de](http://www.das-pflege.de)

[www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)

# Inhaltsverzeichnis

Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse	4
Qualitätssicherungsdaten zu Bewohnern und Bewohnerinnen	5
Allgemeine Angaben	5
Krankenhausbehandlung	7
BI-Modul 1: Mobilität	8
BI-Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	8
BI-Modul 4: Selbstversorgung - Angaben zur Versorgung	10
BI-Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung	11
BI-Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	13
Dekubitus	14
Körpergewicht	15
Sturzfolgen	16
Anwendung von Gurten	16
Anwendung von Bettseitenteilen	16
Schmerz	16
Einzug	17
Angabe eines Ausschlussgrundes - Minimaldatensatz (MDS)	19
Allgemeine Angaben	19
Angabe des Ausschlussgrundes	20
Kommentierung der Indikatorergebnisse	21

## Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse

### Angaben zur Vollzähligkeitsanalyse

1\*: Belegungszahl am Stichtag [*BELEGUNGAMSTICHTAG*]

Bewohner/-innen

*Zahl mit max. 3 Stellen*

*Minimum: 0*

# Qualitätssicherungsdaten zu Bewohnern und Bewohnerinnen

## Allgemeine Angaben

1\*: Bewohnerbezogene Nummer [*IDBEWOHNER*]

Text mit max. 6 Zeichen

Format: [0-9]{6}

2: Wohnbereich [*WOHNBEREICH*]

- ☐ WB\_1 = Wohnbereich 1
- ☐ WB\_2 = Wohnbereich 2
- ☐ WB\_3 = Wohnbereich 3
- ☐ ...
- ☐ WB\_99 = Wohnbereich 99

Aus Platzgründen werden nicht alle Kode-Wert-Paare aufgeführt.

3\*: Datum der Ergebniserfassung [*ERHEBUNGSDATUM*]

Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)

4\*: Datum des Einzugs (Beginn der vollstationären Langzeitpflege) [*EINZUGSDATUM*]

Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)

5\*: Geburtsmonat [*GEBURTSMONAT*]

- ☐ 1 = Januar
- ☐ 2 = Februar
- ☐ 3 = März
- ☐ 4 = April
- ☐ 5 = Mai
- ☐ 6 = Juni
- ☐ 7 = Juli
- ☐ 8 = August
- ☐ 9 = September
- ☐ 10 = Oktober
- ☐ 11 = November
- ☐ 12 = Dezember

<b>6*: Geburtsjahr [GEBURTSJAHR]</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Jahresangabe Minimum: 1900</p>	
<b>7*: Ist ein Pflegegrad vorhanden? [PFLEGEGRAD]</b> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="radio"/> 0 = nein  <input type="radio"/> 1 = ja         </div>	
<b>8*: Ist es bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Apoplex gekommen? [APOPLEX]</b> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="radio"/> 0 = nein  <input type="radio"/> 1 = ja         </div>	
wenn [Feld 8 = 1]	
<b>9: Datum des Apoplex [APOPLEXDATUM]</b>	(?)
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	
<b>10*: Ist es bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Fraktur gekommen? [FRAKTUR]</b> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="radio"/> 0 = nein  <input type="radio"/> 1 = ja         </div>	
wenn [Feld 10 = 1]	
<b>11: Datum der Fraktur [FRAKTURDATUM]</b>	(?)
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	
<b>12*: Ist es bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Herzinfarkt gekommen? [HERZINFARKT]</b> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="radio"/> 0 = nein  <input type="radio"/> 1 = ja         </div>	
wenn [Feld 12 = 1]	
<b>13: Datum des Herzinfarkts [HERZINFARKTDATUM]</b>	(?)
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></div> </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	

<p>14*: Ist es bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Amputation gekommen? [AMPUTATION] (?)</p> <p><input type="radio"/> 0 = nein</p> <p><input type="radio"/> 1 = ja</p>
<p>wenn [Feld 14 = 1]</p>
<p>15: Datum der Amputation [AMPUTATIONDATUM] (?)</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p><i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i></p>
<p><b>Krankenhausbehandlung</b></p>
<p>16*: Wurde die Bewohnerin bzw. der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt? [KHBEHANDLUNG]</p> <p><input type="radio"/> 0 = nein</p> <p><input type="radio"/> 1 = ja, einmal</p> <p><input type="radio"/> 2 = ja, mehrmals</p>
<p>wenn [Feld 16 = 1,2]</p>
<p>17: Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen) [KHBEGINNDATUM] (?)</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p><i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i></p>
<p>18: Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen) [KHENDEDATUM] (?)</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> </p> <p><i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i></p>
<p>19*: Bewusstseinszustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners [BEWUSSTSEINSZUSTAND] (?)</p> <p><input type="radio"/> 1 = wach</p> <p><input type="radio"/> 2 = somnolent</p> <p><input type="radio"/> 3 = soporös</p> <p><input type="radio"/> 4 = komatös</p>
<p>20*: Ärztliche Diagnosen für die Bewohnerin bzw. den Bewohner [DIAGNOSEN] (?)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Keine der angegebenen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bösartige Tumorerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Tetraplegie/Tetraparese</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Chorea Huntington</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p>

BI-Modul 1: Mobilität	
21*: Positionswechsel im Bett [MOBILPOSWECHSEL]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
22*: Halten einer stabilen Sitzposition [MOBILSITZPOSITION]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
23*: Sich Umsetzen [MOBILUMSETZEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
24*: Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs [MOBILFORTBEWEGUNG]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
25*: Treppensteigen [MOBILTREPPENSTEIGEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
BI-Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
26*: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld [KKFERKENNEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	



<b>27*: Örtliche Orientierung [KKFORIENTOERTLICH]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>28*: Zeitliche Orientierung [KKFORIENTZEITLICH]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>29*: Sich Erinnern [KKFERINNERN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>30*: Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen [KKFHANDLUNGEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>31*: Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben [KKFENTSCHEIDUNGEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>32*: Verstehen von Sachverhalten und Informationen [KKFVERSTEHENINFO]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	
<b>33*: Erkennen von Risiken und Gefahren [KKFGEFAHRERKENNEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt <input type="radio"/> 1 = größtenteils vorhanden <input type="radio"/> 2 = in geringem Maße vorhanden <input type="radio"/> 3 = nicht vorhanden	

34\*: Mitteilen von elementaren Bedürfnissen [KKFMITTEILEN]

(?)

- ☐ 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
- ☐ 1 = größtenteils vorhanden
- ☐ 2 = in geringem Maße vorhanden
- ☐ 3 = nicht vorhanden

35\*: Verstehen von Aufforderungen [KKFVERSTEHENAUF]

(?)

- ☐ 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
- ☐ 1 = größtenteils vorhanden
- ☐ 2 = in geringem Maße vorhanden
- ☐ 3 = nicht vorhanden

36\*: Beteiligung an einem Gespräch [KKFBETEILIGUNG]

(?)

- ☐ 0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
- ☐ 1 = größtenteils vorhanden
- ☐ 2 = in geringem Maße vorhanden
- ☐ 3 = nicht vorhanden

**BI-Modul 4: Selbstversorgung - Angaben zur Versorgung**37\*: Erfolgt die Ernährung der Bewohnerin bzw. des Bewohners parenteral oder über eine Sonde?  
[SVERNAEHRUNG]

- ☐ 0 = nein
- ☐ 1 = ja

wenn [Feld 37 = 1]

38: Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe? [SVFREMDHILFE]

- ☐ 0 = selbständig
- ☐ 1 = mit Fremdhilfe

wenn [Feld 38 = 1]

39: In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung? [SVERNAEHRUNGUMFANG]

- ☐ 0 = nicht täglich oder nicht dauerhaft
- ☐ 6 = täglich, aber zusätzlich zur oralen Ernährung
- ☐ 3 = ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung

40\*: Blasenkontrolle/Harnkontinenz [SVHARNKONTINENZ]

- ☐ 0 = ständig kontinent
- ☐ 1 = überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz
- ☐ 2 = überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich
- ☐ 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich
- ☐ 4 = Bewohnerin bzw. Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein Urostoma

**41\*: Darmkontrolle/Stuhlkontinenz [SVSTUHLKONTINENZ]**

- ☐ 0 = ständig kontinent
- ☐ 1 = überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent
- ☐ 2 = überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- ☐ 3 = komplett inkontinent, gesteuerte Darmentleerung ist nicht möglich
- ☐ 4 = Bewohnerin bzw. Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma

**BI-Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung****42\*: Waschen des vorderen Oberkörpers [SVOBERKOERPER]**

(?)

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

**43\*: Körperpflege im Bereich des Kopfes [SVKOPF]**

(?)

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

**44\*: Waschen des Intimbereichs [SVINTIMBEREICH]**

(?)

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

**45\*: Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare [SVDUSCHENBADEN]**

(?)

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

**46\*: An- und Auskleiden des Oberkörpers [SVANAUSOBERKOERPER]**

(?)

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

<b>47*: An- und Auskleiden des Unterkörpers [SVANAUSUNTERKOERPER]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
<b>48*: Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken [SVNAHRUNGZUBEREITEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
<b>49*: Essen [SVESSEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 3 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 6 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 9 = unselbständig	
<b>50*: Trinken [SVTRINKEN]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 4 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 6 = unselbständig	
<b>51*: Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls [SVTOILETTE]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 4 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 6 = unselbständig	
<i>wenn [Feld 40 = 2,3,4]</i>	
<b>52: Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma) [SVHARNKONTINENZBEW]</b>	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	

<i>wenn [Feld 41 = 2,3,4]</i>	
53: Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma) [SVSTUHLKONTINENZBEW]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
<b>BI-Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</b>	
54*: Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen [GATAGESABLAUF]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
55*: Ruhen und Schlafen [GARUHENSCHLAFEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
56*: Sich beschäftigen [GABESCHAEFTIGEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
57*: In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen [GAPLANUNGEN]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
58*: Interaktion mit Personen im direkten Kontakt [GAINTERAKTION]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	

59*: Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes [GAKONTAKTPFLEGE]	(?)
<input type="radio"/> 0 = selbständig <input type="radio"/> 1 = überwiegend selbständig <input type="radio"/> 2 = überwiegend unselbständig <input type="radio"/> 3 = unselbständig	
<b>Dekubitus</b>	
60*: Hatte die Bewohnerin bzw. der Bewohner in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus? [DEKUBITUS]	(?)
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja, einmal <input type="radio"/> 2 = ja, mehrmals	
wenn [Feld 60 = 1,2]	
61: Maximales Dekubitusstadium im Erhebungszeitraum [DEKUBITUSSTADIUM]	(?)
<input type="radio"/> 1 = Kategorie/Stadium 1 <input type="radio"/> 2 = Kategorie/Stadium 2 <input type="radio"/> 3 = Kategorie/Stadium 3 <input type="radio"/> 4 = Kategorie/Stadium 4 <input type="radio"/> 9 = unbekannt	
wenn [Feld 60 = 1,2] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] UND [Feld 64 <> LEER] UND [Feld 64 = 1]	
62: Datum: Beginn Dekubitus 1 [DEKUBITUS1BEGINNDATUM]	(?)
<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)	
wenn Bedingung 1: [Feld 60 = 1] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] oder Bedingung 2: [Feld 60 = 2] UND ( [Feld 62 <> LEER] ODER [Feld 64 <> LEER] )	
63: Datum: Ende Dekubitus 1 (ggf. bis heute) [DEKUBITUS1ENDEDATUM]	(?)
<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)	
wenn Bedingung 1: [Feld 60 = 1] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] oder Bedingung 2: [Feld 60 = 2] UND ( [Feld 62 <> LEER] ODER [Feld 63 <> LEER] )	
64: Wo ist der Dekubitus 1 entstanden? [DEKUBITUS1LOK]	
<input type="radio"/> 1 = in der Pflegeeinrichtung <input type="radio"/> 2 = im Krankenhaus <input type="radio"/> 3 = zuhause (vor dem Einzug) <input type="radio"/> 4 = woanders	

wenn [Feld 60 = 2] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] UND [Feld 67 <> LEER] UND [Feld 67 = 1]	
65: Datum: Beginn Dekubitus 2 [DEKUBITUS2BEGINNDATUM]	(?)
<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <p>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	
wenn [Feld 60 = 2] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] UND ( [Feld 65 <> LEER] ODER [Feld 67 <> LEER] )	
66: Datum: Ende Dekubitus 2 (ggf. bis heute) [DEKUBITUS2ENDEDATUM]	(?)
<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <p>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	
wenn [Feld 60 = 2] UND [Feld 61 = 2,3,4,9] UND ( [Feld 65 <> LEER] ODER [Feld 66 <> LEER] )	
67: Wo ist der Dekubitus 2 entstanden? [DEKUBITUS2LOK] <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1 = in der Pflegeeinrichtung</li> <li><input type="radio"/> 2 = im Krankenhaus</li> <li><input type="radio"/> 3 = zuhause (vor dem Einzug)</li> <li><input type="radio"/> 4 = woanders</li> </ul>	
<b>Körpergewicht</b>	
wenn [Feld 70 = 0,1,2,3]	
68: Aktuelles Körpergewicht in kg [KOERPERGEWICHT] <div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>.</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <div>kg</div> <p>Dezimalzahl mit max. 5 Stellen und 2 Nachkommastellen Wertebereich: 0 bis 500</p>	
wenn [Feld 68 <> LEER]	
69: Datum: Dokumentation des Körpergewichts [KOERPERGEWICHTDATUM] <div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>-</div> <div> <div></div><div></div> </div> </div> <p>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</p>	
70*: Welche der aufgeführten Punkte trafen laut Pflegedokumentation für die Bewohnerin bzw. den Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu? [KOERPERGEWICHTDOKU] <div> <input type="checkbox"/> 0 = Keine der angegebenen           <input type="checkbox"/> 1 = Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung           <input type="checkbox"/> 2 = Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät           <input type="checkbox"/> 3 = Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts           <input type="checkbox"/> 4 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohnerin bzw. Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung der Ärztin bzw. des Arztes oder einer Betreuerin bzw. eines Betreuers bzw. der/des Bevollmächtigten nicht mehr gewogen           <input type="checkbox"/> 5 = Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohnerin bzw. Bewohner möchte nicht gewogen werden         </div> <p>Mehrfachauswahl</p>	

Sturzfolgen	
71*: Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung in der Einrichtung gestürzt? (?) [STURZ]	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja, einmal <input type="radio"/> 2 = ja, mehrmals	
wenn [Feld 71 = 1,2]	
72: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? [STURZFOLGEN] (?)	
<input type="checkbox"/> 0 = keine der genannten Folgen ist aufgetreten <input type="checkbox"/> 1 = Frakturen <input type="checkbox"/> 2 = ärztlich behandlungsbedürftige Wunde <input type="checkbox"/> 3 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen <input type="checkbox"/> 4 = erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität Mehrfachauswahl	
Anwendung von Gurten	
73*: Wurden bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet? (?) [GURT]	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	
Anwendung von Bettseitenteilen	
74*: Wurden bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet? [SEITENTEILE] (?)	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	
Schmerz	
75*: Liegen bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z.B. Äußerungen der Bewohnerin bzw. des Bewohners oder Einnahme von Analgetika)? [SCHMERZEN] (?)	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	
wenn [Feld 75 = 1]	
76: Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei? [SCHMERZFREI] (?)	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	



<i>wenn [Feld 76 = 0]</i>	
<p>77: Wurde bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen? [SCHMERZEINSCH] (?)</p> <p><input type="radio"/> 0 = nein</p> <p><input type="radio"/> 1 = ja</p>	
<i>wenn [Feld 77 = 1]</i>	
<p>78: Datum: Dokumentation der Schmerzeinschätzung [SCHMERZEINSCHDATUM]</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i></p>	
<p>79: Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor? [SCHMERZEINSCHINFO]</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Es liegen keine Informationen vor</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Schmerzintensität</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Schmerzqualität</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Schmerzlokalisierung</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Folgen für Lebensalltag</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p>	
<b>Einzug</b>	
<p>80*: Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner nach der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen? [NEUEINZUG]</p> <p><input type="radio"/> 0 = nein</p> <p><input type="radio"/> 1 = ja</p>	
<i>wenn [Feld 80 = 1]</i>	
<p>81: Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)? [EINZUGNACHKZP]</p> <p><input type="radio"/> 0 = nein</p> <p><input type="radio"/> 1 = ja</p>	
<i>wenn [Feld 81 = 1]</i>	
<p>82: Datum: Beginn des Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalts [EINZUGNACHKZP DATUM]</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i></p>	

<i>wenn [Feld 80 = 1]</i>	
83: Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner innerhalb der ersten 8 Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden? [EINZUGKHBEHANDLUNG]	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	
<i>wenn [Feld 83 = 1]</i>	
84: Datum: Beginn des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug [EINZUGKHBEGINNDATUM]	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i>	
85: Datum: Ende des Krankenhausaufenthalts direkt nach dem Einzug [EINZUGKHENDEDATUM]	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i>	
<i>wenn [Feld 80 = 1]</i>	
86: Ist in den Wochen nach dem Einzug mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und/oder einer ihrer (?) bzw. seiner Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über ihr bzw. sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden? [EINZUGGESPR]	
<input type="radio"/> 1 = ja <input type="radio"/> 2 = nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen der Bewohnerin bzw. des Bewohners <input type="radio"/> 3 = nein, aus anderen Gründen	
<i>wenn [Feld 86 = 1]</i>	
87: Datum des Integrationsgesprächs [EINZUGGESPRDATUM]	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)</i>	
88: Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen? [EINZUGGESPRTEILNEHMER] (?)	
<input type="checkbox"/> 0 = Keine der angegebenen <input type="checkbox"/> 1 = Bewohnerin/Bewohner <input type="checkbox"/> 2 = Angehörige <input type="checkbox"/> 3 = Betreuerin/Betreuer <input type="checkbox"/> 4 = andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind	
<i>Mehrfachauswahl</i>	
89: Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert? [EINZUGGESPRDOKU] (?)	
<input type="radio"/> 0 = nein <input type="radio"/> 1 = ja	

## Angabe eines Ausschlussgrundes - Minimaldatensatz (MDS)

### Allgemeine Angaben

1\*: Bewohnerbezogene Nummer [*IDBEWOHNER*]

Text mit max. 6 Zeichen

Format: [0-9]{6}

2: Wohnbereich [*WOHNBEREICH*]

- ☐ WB\_1 = Wohnbereich 1
- ☐ WB\_2 = Wohnbereich 2
- ☐ WB\_3 = Wohnbereich 3
- ☐ ...
- ☐ WB\_99 = Wohnbereich 99

Aus Platzgründen werden nicht alle Kode-Wert-Paare aufgeführt.

3\*: Datum der Ergebniserfassung [*ERHEBUNGSDATUM*]

Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)

wenn [Feld 7 = 1,3,4]

4: Datum des Einzugs (Beginn der vollstationären Langzeitpflege) [*EINZUGSDATUM*]

Datumsangabe (Format: JJJJ-MM-TT)

5\*: Geburtsmonat [*GEBURTSMONAT*]

- ☐ 1 = Januar
- ☐ 2 = Februar
- ☐ 3 = März
- ☐ 4 = April
- ☐ 5 = Mai
- ☐ 6 = Juni
- ☐ 7 = Juli
- ☐ 8 = August
- ☐ 9 = September
- ☐ 10 = Oktober
- ☐ 11 = November
- ☐ 12 = Dezember

6\*: Geburtsjahr [*GEBURTSJAHR*]

*Jahresangabe*

*Minimum: 1900*

#### Angabe des Ausschlussgrundes

7\*: Ausschlussgrund [*AUSSCHLUSSGRUND*]

- ☐ 1 = Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag
- ☐ 2 = Bewohnerin bzw. Bewohner ist Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegegast
- ☐ 3 = Bewohnerin bzw. Bewohner befindet sich in der Sterbephase
- ☐ 4 = Bewohnerin bzw. Bewohner hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen)
- ☐ 5 = Bewohnerin bzw. Bewohner mit schwersten Schädigungen des Gehirns und einer Diagnose, die zum apallischen Syndrom/dem Bewusstseinszustand eines Wachkomas führt

## Kommentierung der Indikatorergebnisse

Kommentierung der Indikatorergebnisse	
1: Kommentar [KOMMENTAR]	(?)
<input type="text"/>	
Text mit max. 3000 Zeichen	