

**Masterarbeit**

**DRUCK IN DER PFLEGE**

**Prävalenz von Dekubitus in österreichischen  
Krankenhäusern und Pflegeheimen**

eingereicht von

**Franziska Großschädl, BSc**

Mat.Nr.: 0434502

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von Betreuerin

**Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. cur. Christa Lohrmann**

Graz, am 09. September 2009

## **Eidesstattliche Erklärung**

---

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 09. September 2009

Franziska Großschädl, BSc

## Danksagungen

---

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich bei den Menschen bedanken, die zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen haben. Besonders danke ich Frau Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. cur. Christa Lohrmann für die Betreuung meiner Masterarbeit. Danke für die wertvollen Ratschläge und Anregungen während dieser Zeit! Ihre fachliche Kompetenz trug wesentlich zur Entstehung dieser Arbeit bei.

Wertvolle Hilfe beim Verfassen dieser Arbeit boten mir auch Frau Antje Tannen, PhD, RN, MPH und Frau Noémi Van Nie-Visser, PhD, MSc., indem sie mir viel wichtige Literatur zur Verfügung stellten. Danke!

Ich danke außerdem der Projektgruppe des LPZ der Universität Maastricht für die Bereitstellung der Daten und dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz für die Möglichkeit, dass ich an dieser Prävalenzerhebung mitarbeiten durfte.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern Josefine und Franz, da sie mir dieses Studium ermöglichten, indem sie mich finanziell und moralisch immer unterstützten und großes Vertrauen in mich setzten. Danke auch an meinen Bruder Markus und meiner Schwägerin Maria, die stets großes Interesse an meiner Arbeit zeigten.

Speziell bedanken möchte ich mich bei einem ganz besonderen Menschen, der während dieser Zeit immer an meiner Seite war und mich jederzeit geduldig unterstützte. Danke an meinen Freund Franz!

Ein herzliches Dankeschön geht auch an meine Studienkolleginnen Nicole und Silvia. Danke für die schöne und damit unvergessliche Zeit während des Studiums. Ihr wart mir eine große Stütze, auf die ich mich wirklich jederzeit verlassen konnte! Ich danke auch sehr meinen Freundinnen Judith und Anne-Christine für das Korrekturlesen dieser Arbeit. Mein Dank gilt auch meinen Kolleginnen und meinem Kollegen aus dem Forschungszweig für die gute Zusammenarbeit in unseren letzten beiden Semestern. Vor allem an unsere „Essensrunden“ werde ich mich gerne zurückerinnern!

Schließlich bedanke ich mich bei allen Menschen, die es möglich machten die erste Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten in Österreich durchzuführen. Ohne sie wäre eine Arbeit in dieser Form nicht zustande gekommen.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b>	<b>I</b>
<b>DANKSAGUNGEN</b>	<b>II</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>III</b>
<b>GLOSSAR</b>	<b>VI</b>
<b>ABKÜRZUNGEN</b>	<b>IX</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>X</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>XI</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>XII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XIII</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>2 LITERATURRECHERCHE</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Vorgehensweise der Literaturrecherche</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche</b>	<b>8</b>
2.2.1 Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien zu Dekubitusraten	9
2.2.1.1 Gesamtprävalenzen	15
2.2.1.2 Prävalenzen in der Risikogruppe	16
2.2.2 Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien zu den Wundcharakteristika	17
2.2.2.1 Dekubitusgrade	17
2.2.2.2 Lokalisationen	18
2.2.2.3 Entstehungsorte	19
2.2.2.4 Dauer	19
<b>2.3 Fazit der Literaturrecherche</b>	<b>20</b>
<b>3 ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN</b>	<b>21</b>

<b>4</b>	<b>METHODE</b>	<b>22</b>
4.1	Studiendesign	22
4.2	Stichprobe	22
4.3	Messinstrument	23
4.4	Ethische Aspekte	24
4.5	Datenerhebung	24
4.6	Datenanalyse	26
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe</b>	<b>28</b>
5.1.1	Teilnahme	28
5.1.2	Geschlecht	29
5.1.3	Alter	30
<b>5.2</b>	<b>Anteil der Risikopersonen</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Dekubitusprävalenz</b>	<b>31</b>
5.3.1	Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad eins bis vier)	32
5.3.2	Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad zwei bis vier)	32
5.3.3	Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad eins bis vier)	34
5.3.4	Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad zwei bis vier)	35
<b>5.4</b>	<b>Charakteristika der Dekubituswunden</b>	<b>36</b>
5.4.1	Dekubituswundenanzahl	36
5.4.2	Dekubitusgrade	37
5.4.3	Lokalisationen	38
5.4.4	Entstehungsorte	39
5.4.5	Dauer	40
<b>5.5</b>	<b>Dekubitusprävention und -behandlung</b>	<b>41</b>
5.5.1	Betten und Matratzen	42
5.5.2	(Roll-) Stuhlkissen	44
5.5.3	Hilfsmittel	46
5.5.4	Maßnahmen	48
5.5.5	Behandlung	50
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>52</b>
<b>6.1</b>	<b>Limitationen der Studie</b>	<b>56</b>

<b>6.2</b>	<b>Stärken der Studie</b>	<b>57</b>
<b>6.3</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>58</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>XIV</b>
	<b>ANHANG</b>	<b>XXIII</b>

## Glossar

---

**Benchmarking:** Ein kontinuierlicher Prozess Produkte, Dienstleistungen und Praktiken an stärkeren MitbewerberInnen zu messen und von den Erfahrungen anderer zu lernen, um dadurch die eigenen Produkte, Dienstleistungen und Praktiken entscheidend zu verbessern (Siebert & Kempf 2008).

**Bias:** Einflüsse, die zu einer Verzerrung des Studienergebnisses führen (Polit & Beck 2004).

**Bradenskala:** Eine Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004).

**Cut-off-Punkt:** Ein Punktwert, welcher eine Trennung zwischen einem positiven und negativen Testergebnis vornimmt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004).

**Dekubitalulcera:** Die Pluralform des Wortes „Dekubitus“ (Phillips 2001).

**Dekubitus:** „Ein Bereich lokalisierter Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, welches durch Druck, Scherkräfte, Reibung oder eine Kombination dieser Faktoren verursacht wurde (EPUAP 1998).“ [Übersetzung: F. G.]

**Deskriptives Design:** Studien, die das Ziel verfolgen, bestimmte Phänomene genau zu beschreiben und zu analysieren, um neue Erkenntnisse zu gewinnen (Bartholomeyczik et al. 2008).

**Informierte Zustimmung:** Ein ethisches Prinzip, zur Sicherstellung der freiwilligen Teilnahme an einer Forschungsstudie und der Aufklärung über mögliche Risiken und Effekte (Polit & Beck 2008).

**LPZ:** Ein Projekt zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten, welches von der Universität Maastricht bereits seit zehn Jahren jährlich durchgeführt wird.

**Mittelwert:** Die Summe aller Werte dividiert durch die Anzahl der Werte (Bortz & Döring 2006).

**Multizentrische Studie:** Eine Studie, die an mehreren Einrichtungen gleichzeitig durchgeführt wird.

**Nortonskala:** Eine Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004).

**Prävalenz:** Die Anzahl auftretender Krankheitsfälle in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Bonita, Beaglehole & Kjellström 2006).

**Prävalenzerhebung:** Die Untersuchung einer Population hinsichtlich des Vorliegens eines bestimmten Krankheitsbildes oder Zustandes (Polit & Beck 2008).

**Prospektive Studie:** Eine Studie, welche die Erhebung von Daten in der Zukunft plant (International Guidelines 2009).

**Prozent:** Der Anteil von 100.

**Psychometrische Beurteilung:** Die Evaluation der Qualität eines Instrumentes, das in erster Linie auf dessen Nachweis von Reliabilität und Validität basiert (Polit & Beck 2004).

**Quantitative Forschung:** Phänomene zur Präzisierung von Messwerten und Mengenbestimmungen werden untersucht (Polit & Beck 2004).

**Querschnittstudie:** Die Daten der gesamten Stichprobe werden zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben, mit dem Ziel, später Entwicklungen ableiten zu können (Polit & Beck 2004).

**Reliabilität:** Zuverlässigkeit; der Grad an Konsistenz oder Verlässlichkeit, welcher angibt ob ein Instrument bei wiederholten Messungen dasselbe misst (Polit & Beck 2004).

**Score:** Ein Punktwert (Bortz & Döring 2006).

**Sensitivität:** Die Fähigkeit einen „Fall“ korrekt zu identifizieren; zum Beispiel: Eine kranke Person wird korrekt als krank identifiziert (Polit & Beck 2004).

**Signifikanzniveau:** Dieses liegt in den meisten Fällen bei 1 % oder 5 %. Es weist darauf hin, dass das Ergebnis zu 5 % beziehungsweise 1 % nicht auf einen Zufall, das bedeutet auf einen Effekt, zurückzuführen ist (Bortz & Döring 2006).

**Spezifität:** Die Fähigkeit einen „Nicht-Fall“ korrekt zu identifizieren; zum Beispiel: Eine gesunde Person wird korrekt als nicht krank identifiziert (Polit & Beck 2004).

**Standardabweichung:** Gibt an, wie weit der jeweilige Wert vom Mittelwert abweicht (Bortz & Döring 2006).

**Stichprobe:** Eine ausgewählte Teilmenge der Population, die an einer Studie teilnimmt (Polit & Beck 2004).

**Studiendesign:** Ein umfassendes Konzept einer Studie (Polit & Beck 2004).

**Studienpopulation:** Die Grundgesamtheit; die gesamten Fälle, die für eine Forschung bedeutend sind (Polit & Beck 2004).

**Validität:** Gültigkeit; gibt an, in welchem Ausmaß ein Instrument genau das misst, was es vorsieht zu messen (Polit & Beck 2004).

**Waterlowskala:** Eine Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004).

## Abkürzungen

---

**AHCPR:** Agency for Health Care Policy and Research.

**AKH:** Allgemeines Krankenhaus.

**AR:** At risk; Personen mit einem Dekubitusrisiko.

**AWA:** Austrian Wound Association.

**CINAHL®:** Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

**D+:** Die absolute Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die mindestens einen Dekubitus haben.

**D-:** Die absolute Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die keinen Dekubitus haben.

**EMBASE:** Excerpta Medica Database.

**EPUAP:** European Pressure Ulcer Advisory Panel.

**exkl.:** Exklusive.

**KH:** Krankenhaus.

**LPZ:** Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen; Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten.

**MW:** Arithmetischer Mittelwert.

**n:** Absolute Anzahl, Bezugsgröße.

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.

**NAR:** Not at risk; Personen ohne Dekubitusrisiko.

**NPUAP:** National Pressure Ulcer Advisory Panel.

**PH:** Pflegeheim.

**SD:** Standardabweichung.

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences.

**UniKH:** Universitätskrankenhaus.

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Beispielfotos für Dekubituswunden der Grade 1 bis 4 nach EPUAP	3
Abbildung 2: Schlüsselwörter für die Literaturrecherche	6
Abbildung 3: Überblick zum Verlauf der Literaturrecherche	8
Abbildung 4: Gefährdete Körperstellen für eine Dekubitusbildung	18
Abbildung 5: Formel zur Errechnung der Prävalenz	26
Abbildung 6: Geschlechterverteilung in Krankenhäusern und Pflegeheimen	29
Abbildung 7: Anteil der Risikopersonen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	31
Abbildung 8: Gesamtprävalenz von Dekubitus	33
Abbildung 9: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe	36
Abbildung 10: Dekubitusgrade in Krankenhäusern und Pflegeheimen	37
Abbildung 11: Dekubituslokalisationen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	38
Abbildung 12: Dekubitusentstehungsorte in Krankenhäusern und Pflegeheimen	40
Abbildung 13: Dauer der Dekubituswunden in Krankenhäusern und Pflegeheimen	41
Abbildung 14: Betten und Matratzen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	42
Abbildung 15: (Roll-) Stuhlkissen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	44
Abbildung 16: Hilfsmittel in Krankenhäusern und Pflegeheimen	46
Abbildung 17: Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	48

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Dekubitusklassifikation nach EPUAP	2
Tabelle 2: Übersicht ausgewählter internationaler Dekubitusprävalenzstudien	10
Tabelle 3: Teilnahme in Krankenhäusern und Pflegeheimen	28
Tabelle 4: Durchschnittsalter in Krankenhäusern und Pflegeheimen	30
Tabelle 5: Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad 1 – 4)	32
Tabelle 6: Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad 2 – 4)	33
Tabelle 7: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad 1 – 4)	34
Tabelle 8: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad 2 – 4)	35
Tabelle 9: Dekubituswundenanzahl in Krankenhäusern und Pflegeheimen	37
Tabelle 10: Dekubitusentstehungsorte in Krankenhäusern und Pflegeheimen	39
Tabelle 11: Betten und Matratzen bei PatientInnen mit Dekubitus	43
Tabelle 12: Betten und Matratzen bei BewohnerInnen mit Dekubitus	43
Tabelle 13: (Roll-) Stuhlkissen bei PatientInnen mit Dekubitus	45
Tabelle 14: (Roll-) Stuhlkissen bei BewohnerInnen mit Dekubitus	45
Tabelle 15: Hilfsmittel bei PatientInnen mit Dekubitus	47
Tabelle 16: Hilfsmittel bei BewohnerInnen mit Dekubitus	47
Tabelle 17: Maßnahmen bei PatientInnen mit Dekubitus	49
Tabelle 18: Maßnahmen bei BewohnerInnen mit Dekubitus	49
Tabelle 19: Wundauflagen bei PatientInnen	50
Tabelle 20: Wundauflagen bei BewohnerInnen	51

## Zusammenfassung

---

Dekubitus stellt bereits seit Jahrzehnten international ein ernstzunehmendes und häufiges Pflegeproblem dar, welches Leid bei den Betroffenen und hohe Kosten für die Gesellschaft verursacht. Prävalenzstudien zu Dekubitus geben das Ausmaß dieser Erkrankung an, woraufhin gezielte Maßnahmen geplant werden können, um Dekubitus vorzubeugen. Internationale Studien berichteten Dekubitusprävalenzen von 0,06 % bis 83,6 %. Eine Vergleichbarkeit dieser Studien ist jedoch aufgrund deren Unterschiede in der Methode, Population und Definition von Dekubitus und Prävalenz eingeschränkt.

Für Österreich lagen bislang keine Prävalenzen vor, welche das Ausmaß von Dekubitus in Gesundheitseinrichtungen aufzeigen. Ziel dieser Arbeit war es daher, die Prävalenz und Wundcharakteristika von Dekubitus zu messen und einen Überblick zu den Präventions- und Behandlungsmaßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu geben. Im Rahmen der Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (LPZ) wurden am 7. April 2009, mit einem standardisierten Fragebogen, Daten in einer Querschnittstudie mit deskriptivem Design, erfasst. Diese Prävalenzerhebung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und Ländern.

2.353 KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in 17 österreichischen Institutionen wurden untersucht. In den Krankenhäusern hatten 4,5 % und in den Pflegeheimen 5,7 % der untersuchten Personen mindestens eine Dekubituswunde. Die Prävalenz in der Risikogruppe betrug in den Krankenhäusern 12,2 % (exklusive Dekubitus Grad eins: 8 %) und in den Pflegeheimen 7 % (exklusive Dekubitus Grad eins: 5,9 %). Bei den PatientInnen betraf die Mehrheit der Wunden die Grade eins und zwei und bei den BewohnerInnen die Grade drei und vier. Die Ergebnisse zur Lokalisation, dem Entstehungsort und der Dauer der Wunden waren für beide Einrichtungen ähnlich. Am häufigsten entstanden die Wunden an den Fersen, im Zeitraum von mehr als zwei Wochen und weniger als drei Monaten und außerhalb der Einrichtung. Die Studie zeigte ebenfalls, dass Maßnahmen zur Dekubitusprävention und -behandlung in den Pflegeheimen häufiger zum Einsatz kamen, als in den Krankenhäusern.

Die ermittelten Dekubitusprävalenzen sind im Gegensatz zu den Prävalenzen veröffentlichter Studien sehr niedrig. Die Teilnahme an einer weiteren Dekubitusprävalenzerhebung, um genauere Analysen anstellen und Längsschnittvergleiche in den Einrichtungen machen zu können, ist erstrebenswert.

## Abstract

---

For decades pressure ulcer have been internationally a serious and frequent nursing problem. It causes enormous suffering to the affected and high costs for society. Prevalence studies about pressure ulcers indicate the extent of this disease. Subsequently targeted measures can be planned in order to prevent pressure ulcers. There are already some international prevalence surveys of pressure ulcers, which reported rates from 0,06 % to 83,6 %. A comparison of these studies is limited due to their differences in methodology, population and the definition of prevalence and pressure ulcer.

No prevalence rates that demonstrate the extent of pressure ulcers in health care institutions were available so far in Austria. Therefore measuring the prevalence and wound characteristics of pressure ulcers and giving an overview of the prevention and treatment activities in Austrian hospitals and nursing homes is the aim of this work. In the context of the National Prevalence Survey Care-related Data (LPZ), data were collected on April 7<sup>th</sup> 2009 with a standardized questionnaire in a cross-sectional study with descriptive design. This survey entitles to compare the results between participating institutions and countries.

2.353 Patients and residents in 17 Austrian institutions were investigated. 4.5 % of the surveyed people in these hospitals and 5.7 % of the surveyed people in these nursing homes had at least a pressure ulcer. The prevalence in the risk group was 12,2 % (excluding grade one pressure ulcers: 8 %) for the patients, while in the nursing homes it was 8 % (excluding grad one pressure ulcers: 5,9 %). Most of the wounds in hospitals were grade one and two, while the majority of pressure ulcers in nursing homes were grade three and four. The results for the localization, the period and the origin were for both institutions very similar. Most of the pressure ulcers were acquired on the heels during the period of more than two weeks and less than three months and outside the institutions. This study also found that prevention and treatment activities of pressure ulcers in the nursing homes were used more often than in the hospitals.

Compared to the prevalence of published studies the identified prevalence is very low. It is very important to continue conducting surveys to make more detailed analysis and longitudinal comparisons within the institutions.

# 1 Einleitung

---

Die Haut, das größte Organ des Menschen, besteht im Wesentlichen aus den drei Gewebeschichten Epidermis (Oberhaut), Corium (Lederhaut) und Subcutis (Unterhaut). Ihre Hauptaufgabe ist der Schutz des menschlichen Organismus vor schädlichen Umwelteinflüssen. Verletzungen der Haut können längerfristig zur Einnistung von Fremdstoffen und Keimen, zur Zerstörung des Gewebes, zu Stoffwechselfehlertätigkeiten und im schlimmsten Falle zum Tod führen. Besonders gefährlich sind chronische Wunden, weil sie über einen längeren Zeitraum hin bestehen bleiben. Chronische Wunden entstehen meist aufgrund von Grunderkrankungen (wie zum Beispiel Diabetes mellitus), venöser oder arterieller Insuffizienz oder Immobilität (Probst & Vassel-Biergans 2004).

Ein Dekubitus zählt zu den chronischen Wunden (Probst & Vassel-Biergans 2004) und stammt vom lateinischen Wort „decumbere“ ab. „Decumbere“ bedeutet wörtlich übersetzt „darniederliegen“. Gemeint ist damit der Zustand der Immobilität. Im deutschen Sprachraum werden für Dekubitus auch synonym die Begriffe Wundliegegeschwür oder Druckgeschwür verwendet (Phillips 2001).

Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definiert Dekubitus folgendermaßen:

*“A pressure ulcer is an area of localised damage to the skin and underlying tissue caused by pressure, shear, friction and or a combination of these (EPUAP 1998).”*

„Ein Dekubitus ist ein Bereich lokalisierter Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, welches durch Druck, Scherkräfte, Reibung oder eine Kombination dieser Faktoren verursacht wurde (EPUAP 1998).“ [Übersetzung: F. G.]

Um den Schweregrad eines Dekubitus zu beschreiben, gibt es eine Reihe unterschiedlicher Dekubitusklassifikationssysteme, die einen Dekubitus meist in vier bis sechs Grundkategorien einteilen (Phillips 2001). Das EPUAP-Dekubitusklassifikationssystem ist eines der meist angewandten Systeme zur Einschätzung des Grades (International Guideline

2009). Je nach Schweregrad stuft EPUAP Dekubitalulcera in vier Grade ein. Dabei gilt – je höher der Grad desto schwerer die Dekubituswunde.

Diese Masterarbeit orientiert sich an der Definition und Gradeinteilung von Dekubitus nach EPUAP (1998). Die vier Grade zur Einteilung eines Dekubitus werden in der Tabelle 1 beschrieben und Beispiele für die Grade in Abbildung 1 dargestellt.

**Tabelle 1: Dekubitusklassifikation nach EPUAP**

<b>Grad 1</b>	Rötung intakter Haut, welche auf einen leichten Druck hin nicht erbleicht. Weitere Kennzeichen für einen Dekubitus ersten Grades können speziell bei dunkelhäutigen Menschen Hautverfärbungen, Überwärmung, Ödembildung oder eine Verhärtung der Haut sein.
<b>Grad 2</b>	Oberflächliche Hautläsionen (Epidermis), unter Umständen mit einer Schädigung der darunter liegenden Hautschicht (Dermis oder Lederhaut). Dekubitus Grad zwei zeigt sich in Form einer Hautabschürfung oder Blase.
<b>Grad 3</b>	Hautdefekt mit einer Schädigung oder Nekrose der Haut oder des subkutanen Gewebes, welche sich bis auf das darunterliegende Bindegewebe (Faszie), aber nicht darunter ausdehnen kann.
<b>Grad 4</b>	Ausgedehnte Zerstörung, Verlust des Gewebes (Gewebsnekrose) oder Schädigung der Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen, mit oder ohne den Verlust aller Hautschichten.
	[Übersetzung: F. G.] (EPUAP 1998)

In der Praxis bestehen häufig Schwierigkeiten, einen Dekubitus ersten Grades zu diagnostizieren. Die Identifikation einer Rötung bei intakter Haut, welche auf einen leichten Druck hin nicht verschwindet, ist vor allem bei Menschen mit einer hoch pigmentierten Haut sehr schwierig. Ein Dekubitus ersten Grades dauert außerdem nur wenige Stunden bis einen Tag an und ist meist reversibel (Halfens, Bours & Van Ast 2001). Es wird daher empfohlen Dekubituserkrankungsraten auch exklusive Grad eins zu nennen (Lahmann, Halfens & Dassen 2005).



**Abbildung 1: Beispielfotos für Dekubituswunden der Grade 1 bis 4 nach EPUAP**

Dekubitus wird auch in Pflegediagnosen speziell benannt. Nach NANDA Taxonomie II werden die Grade eins bis drei, wie sie von EPUAP (1998) definiert werden, der Pflegediagnose „00046 Hautdefekt, bestehend“ (Stefan, Allmer & Eberl 2003, S. 244) zugeordnet. Diese Pflegediagnose definiert den „Zustand bei dem die Haut einer Patientin / eines Patienten ohne Beteiligung darunter liegender Gewebeschichten geschädigt ist“ (Stefan, Allmer & Eberl, S. 244). Ein nach EPUAP klassifizierter Grad vier Dekubitus, wird nach NANDA Taxonomie II der Pflegediagnose „00044 Gewebsschädigung (Integrität des Gewebes, verändert)“ (Stefan et al. 2003, S. 239) zugeteilt.

Bis heute sind zahlreiche potentielle Risikofaktoren, wie zum Beispiel Immobilität, Mangelernährung, vermindernde Schmerzwahrnehmung und eine bereits geschädigte Haut bekannt, welche die Entstehung eines Dekubitus begünstigen (Fuchs 2005; Probst & Vasel-Biergans 2004). Ältere, immobile Personen gelten insbesondere als dekubitusgefährdet (Probst & Vasel-Biergans 2004). Dekubitus kann aber auch bei Kindern auftreten (Schlüer, Cignacco & Halfens 2008). Studien fanden weiters heraus, dass dunkelhäutige Menschen, Personen die untergewichtig sind, im Rollstuhl sitzen, inkontinent oder bettlägerig sind, besonders häufig Dekubituswunden aufweisen (Baumgarten et al. 2003; Gerardo, Teno & Mor 2009). Der Hautzustand von Personen, für die eine höhere potentielle Gefahr einen Dekubitus zu entwickeln besteht, sollte deshalb regelmäßig und gründlich beobachtet werden (Fuchs 2005; International Guidelines 2009).

Das Dekubitusrisiko für Personen, kann mit unterschiedlichen standardisierten Einschätzungsskalen, wie zum Beispiel jener von Norton, Waterlow oder Braden, ermittelt werden. Vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004) wird empfohlen die individuelle Beurteilung des Dekubitusrisikos mit Hilfe der Bradenskala

durchzuführen, weil diese bereits mehrmals erfolgreich hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften überprüft wurde (Bours et al. 1999; Halfens, van Achterberg & Bal 2000; Kottner, Tannen & Dassen 2008) und für alle Personengruppen, zur Einschätzung des Dekubitusrisikos, eingesetzt werden kann (Fernandes & Caliri 2008).

Dekubituswunden stellen bereits seit Jahrzehnten weltweit ein ernstzunehmendes Problem in der Pflege dar (Clark & Orchard 2004; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004; International Guidelines 2009). Durch die Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes, die ein Dekubitus verursacht, wird Betroffenen erhebliches Leid zugefügt, welches mit Schmerz, Einschränkung der Selbstständigkeit, sozialer Isolierung und Reduktion der Lebensqualität verbunden ist (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004; Kottner et al. 2006). Außerdem verursacht die Behandlung von Dekubitus sehr hohe Kosten für die Gesellschaft und die Leidtragenden (Bennett, Delay & Posnett 2004; Hoppe et al. 2008; Phillips 2001; Steingäß et al. 2002).

Aufgrund dieser negativen Effekte ist es erforderlich, entsprechende präventive Maßnahmen bei Risikopersonen durchzuführen, um einen Dekubitus zu vermeiden. Deutsche Studien untersuchten, welche Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen bei Dekubitus durchgeführt werden. Zu den gebräuchlichsten Präventionsmaßnahmen zählen die Mobilisation und Hautinspektion der / des Betroffenen. Beim Einsatz von Matratzen für dekubituserkrankte Personen werden besonders oft Schaumstoffmatratzen und Luftmatratzen mit Wechseldruck verwendet. Als Lagerungskissen dienen meist übliche Kopfkissen. Zur Behandlung der Dekubituswunde werden in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen vor allem Hydrokolloidverbände eingesetzt (Bräutigam et al. 2003; Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Kottner, Mertens & Dassen 2007).

Um die präventiven und therapeutischen Handlungen, die zur Senkung der Dekubitus-erkrankungsrate beitragen sollen, evaluieren zu können, muss davor das Ausmaß dieser Erkrankung festgestellt werden (Bräutigam et al. 2003; International Guidelines 2009; Keelaghan et al. 2008). Prävalenzstudien sind dazu geeignet, um landesweit einheitliche Daten zum Umfang einer Krankheit zu erheben (Bonita, Beaglehole & Kjellström 2006; Polit & Beck 2004). Sie beschreiben das Auftreten bestimmter Krankheitsfälle in einer definierten Population zu einem gewissen Zeitpunkt (Bonita, Beaglehole & Kjellström

2006). In dieser Arbeit wird Prävalenz, als der Anteil jener Personen mit mindestens einem Dekubitus innerhalb der Risikogruppe, definiert (Dassen et al. 2008).

In einigen Ländern werden jährlich landesweite Dekubitusprävalenzerhebungen in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen nach demselben Vorgehen durchgeführt. Die Prävalenz verdeutlicht den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen, wie groß das Ausmaß an Dekubituswunden in deren Einrichtungen ist, woraufhin notwendige präventive Maßnahmen zur Senkung der Erkrankungsrate gründlich geplant werden können (Bours et al. 2001; Bräutigam et al. 2003; Halfens, Bours & Bronner 2001). Durch jährliche Wiederholungen wird eine Prävalenzmessung für die Dekubitusprävention erst klinisch relevant, weil Längsschnittvergleiche innerhalb der Einrichtungen durchgeführt werden können. Dadurch wird festgestellt, ob die Maßnahmen des Dekubitusmanagements zur Senkung der Rate beitragen (Dassen et al. 2002; Halfens & Bours 2002; Lahmann, Halfens & Dassen 2007). Die Teilnahme an Dekubitusprävalenzerhebungen führt in vielen Fällen auch dazu, dass sich die Einrichtungen mit dem Problem vertieft auseinandersetzen, indem sie Aktivitäten zur Verbesserung der Prävention und Behandlung durchführen (wie Implementierung von Protokollen zur Behandlung und Prävention der Erkrankung oder Einführung von Risikoskalen zur Ermittlung von dekubitusgefährdeten Personen). In weiterer Folge kann dadurch die Erkrankungsrate gesenkt werden. (Bours et al. 2004; Halfens & Bours 2002; Halfens, Bours & Bronner 2001).

Des Weiteren können Prävalenzdaten zu Zwecken des Benchmarking (Vergleich mit anderen Institutionen) herangezogen werden. Vergleiche mit anderen Prävalenzstudien können getätigt werden (Halfens & Bours 1999; Kottner et al. 2006; Schols et al. 2007; Stewart & Box-Panksepp 2004; VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008), wenn diese Studien sich hinsichtlich ihrer Methode, Studienpopulation, und Definition von Dekubitus und Prävalenz nicht zu sehr voneinander unterscheiden (Bours 2003; Gallagher et al. 2008; Gerlach et al. 2008; Tannen, Dassen & Halfens 2009; Kottner et al. 2009; Tannen et al. 2004; Vanderwee et al. 2007).

## 2 Literaturrecherche

---

Im Zeitraum vom 10. März 2009 bis 1. Mai 2009 wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um den gegenwärtigen Stand der Forschung zu Dekubitusprävalenzen darzustellen.

### 2.1 Vorgehensweise der Literaturrecherche

Zu Beginn fand eine allgemeine Recherche zu Dekubitusprävalenz im Internet statt, um einen Überblick zum Thema zu schaffen. Die Schlüsselwörter für diese Suche waren „pressure ulcer“ und „prevalence“ beziehungsweise deren deutschen Übersetzungen „Dekubitus“ und „Prävalenz“. Auf den Seiten spezifischer Organisationen, wie des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) oder der Austrian Wound Association (AWA), wurde nach relevanten Informationen hinsichtlich Dekubitus und der Prävalenz dieser Erkrankung gesucht.

Danach wurde eine systematische Literaturrecherche in den Onlinedatenbanken CINAHL<sup>®</sup>, PubMed<sup>®</sup>, EMBASE und der Cochrane Library durchgeführt. Die Schlüsselwörter für die Suche in den Datenbanken werden in Abbildung 2 aufgezeigt.

“pressure ulcer” OR “decubitus ulcer” OR “bedsore” AND “prevalence” AND “ulcer characteristic*” AND “nursing” AND “nursing home*” AND “hospital*”
--

**Abbildung 2: Schlüsselwörter für die Literaturrecherche**

Die Suche wurde mit diesen Schlüsselwörtern in unterschiedlichen Kombinationen durch-

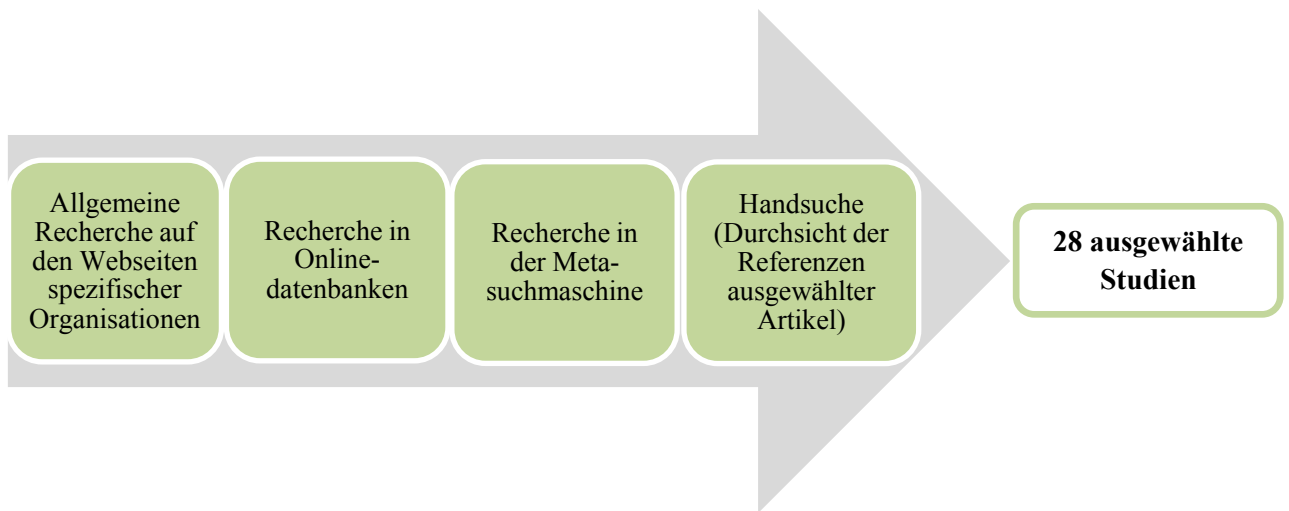
geführt und auf englische und deutsche Publikationen aus den Jahren 1999 bis 2009 eingeschränkt. Darüber hinaus erfolgte eine Suche mit denselben Schlüsselwörtern, die für die Datenbanksuche verwendet wurden, in der Metasuchmaschine „Apollo7“ (<http://www.apollo7.at>). Diese Metasuchmaschine wurde ausgewählt, weil sie bei der Ergebnissuche etliche internationale als auch nationale Suchmaschinen berücksichtigt und dadurch eine umfassende Recherche im Internet ermöglichte. Zudem wurde eine Handsuche durchgeführt, indem in den zuvor ausgewählten Artikeln nach Referenzen gesucht wurde, die Prävalenzen und Charakteristika von Dekubitus untersuchten.

Zur Auswahl der Studien für diese Arbeit wurden im Vorhinein Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Eingeschlossen wurden Studien aus verschiedenen Ländern, in denen die Dekubitusprävalenz in Krankenhäusern beziehungsweise Pflegeheimen untersucht, sowie die Eigenschaften der ermittelten Dekubituswunden analysiert wurden. Ausgeschlossen wurden jene Studien, welche die Daten zur Ermittlung der Prävalenz von Dekubitus nicht im Setting Krankenhaus oder Pflegeheim erhoben hatten.

In den Datenbanken erschienen nach Eingabe der Schlüsselwörter und der Limits insgesamt 779 Artikel. Zuerst wurde der Titel aller Studien beurteilt. Wenn aus dem Titel hervorging, dass sich die Studien mit Dekubitusprävalenzen auseinandersetzten, wurden diese eingeschlossen. Danach wurden die Abstracts dieser Artikel gelesen und hinsichtlich der Stichprobe und der Ergebnisse bewertet. Außerdem wurden beim Lesen der Abstracts die oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien beachtet. Nach Beschaffung der Volltexte relevanter Abstracts, erfolgte die kritische Beurteilung dieser nach den Kriterien von Polit und Beck (2004). So wurde die Einleitung hinsichtlich des Forschungsproblems, des Ziels, der Forschungsfragen, des theoretischen Hintergrunds und der Relevanz der Studie bewertet. Bei der Methode der Studien wurde das Studiendesign, die Stichprobe und die Erhebung und Analyse der Daten beurteilt. Bei der Bewertung des Ergebnisteils wurde besonders die Relevanz der Ergebnisse betrachtet. Im Diskussionsteil der Texte wurde speziell auf die Interpretation der wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit geachtet. Weiters wurde bewertet, ob Stärken und Schwäche der Studie diskutiert und Implikationen für weitere Forschung gegeben wurden (Polit & Beck 2004).

19 wissenschaftliche Artikel aus den Onlinedatenbanken wurden schließlich ausgewählt. Weitere neun Studien konnten durch die Recherche im Internet und die Handsuche hinzugefügt werden. Insgesamt wurden 28 Dekubitusprävalenzstudien ausgewählt. Die

wichtigsten Schritte beim Vorgehen der Literaturrecherche werden in Abbildung 2 dargestellt.



**Abbildung 3: Überblick zum Verlauf der Literaturrecherche**

## 2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zeigte, dass die Dekubitusprävalenzen in den Studien zum Teil unterschiedlich berechnet wurden.

Die Mehrheit der Studien berechnete Gesamtprävalenzen. Das bedeutet, dass alle untersuchten Personen in die Prävalenzberechnung miteinbezogen wurden. Bei den Dekubitusprävalenzstudien aus Deutschland und den Niederlanden, die in Kooperation mit dem LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) durchgeführt wurden, wurde neben der Gesamtprävalenz auch häufig die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet. Das heißt, dass nur jene Personen zur Berechnung der Prävalenz eingeschlossen wurden, bei denen eine Gefahr für einen Dekubitus bestand. Die Prävalenz wurde innerhalb dieser Risikogruppe berechnet, um dadurch eine standardisierte Population zu schaffen und Vergleiche zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und Ländern machen zu können (Hoppe et al. 2008; Tannen, Halfens & Dassen 2006).

### **2.2.1 Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien zu Dekubitusraten**

Einen inhaltlichen Überblick über die Ergebnisse aller ausgewählten Dekubitusprävalenzstudien gibt Tabelle 2. Die Studien werden in alphabetischer Reihenfolge, sortiert nach den Namen der ErstautorInnen aufgelistet. In der Tabelle wird das Jahr der Veröffentlichung und das Land beziehungsweise die Länder in dem die Studie stattgefunden hat, genannt. Des Weiteren werden das Setting oder die Settings und die Stichprobengröße angeführt. Bei Studien, die die Gesamtprävalenz berechneten, bezieht sich die Stichprobengröße auf die gesamte TeilnehmerInnenzahl und bei Studien, die die Prävalenz in der Risikogruppe berechneten, bezieht sich die Stichprobengröße auf die Anzahl der Personen, für die ein Dekubitusrisiko besteht. In der Spalte „Instrument / Datenerhebung“ wird das Messinstrument genannt oder das Vorgehen bei der Erhebung der Daten beschrieben. In der nächsten Spalte wird angegeben, ob die Gesamtprävalenz oder die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet wurde. Abschließend wird die Dekubitusprävalenzrate angeführt.

Zur übersichtlicheren Darstellung der wichtigsten Resultate hinsichtlich der Dekubituserkrankungsraten, werden nach diesem Kapitel, die interessantesten Studienergebnisse zu den Gesamtprävalenzen und zu den Prävalenzen in der Risikogruppe, getrennt voneinander vorgestellt.

**Tabelle 2: Übersicht ausgewählter internationaler Dekubitusprävalenzstudien**

Autor	Land	Setting	n	Instrument / Datenerhebung	Prävalenzberechnung	Prävalenzrate
Barrois et al. (2008)	Frankreich	KH	37.307	Selbst entwickelter Fragebogen (Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP – Klassifikationssystem)	Gesamtprävalenz	8,9 %
Bours et al. (2002)	Niederlande	UniKH AKH und PH	UniKH: 1.663 AKH: 8.374 PH: 3.267	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Gesamtprävalenz	UniKH: 13,2 % (exkl. Grad 1: 7,6 %) AKH: 23,3 % (exkl. Grad 1: 11,8 %) PH: 32,4 % (exkl. Grad 1: 14,9 %)
Bours et al. (1999)	Niederlande	UniKH und PH	UniKH: 368 PH: 122	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Gesamtprävalenz	UniKH: 10,1 % PH: 83,6 %
Coleman et al. (2002)	USA	PH	4.679	Bereits vorhandene Daten zum Vorliegen eines Dekubitus wurden zur Ermittlung der Prävalenz herangezogen	Gesamtprävalenz	8,5 %
Dassen et al. (2008)	Deutschland	KH und PH	KH: 1.200 PH: 1.992	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 12,7 % (exkl. Grad 1: 7,3 %) PH: 7,3 % (exkl. Grad 1: 5,3 %)
Dassen et al. (2007)	Deutschland	KH und PH	KH: 3.831 PH: 2.277	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 15,7 % (exkl. Grad 1: 9 %) PH: 8,4 % (exkl. Grad 1: 5,3 %)
Dassen et al. (2006)	Deutschland	KH und PH	KH: 1.854 PH: 1.218	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 15,1 % (exkl. Grad 1: 8,9 %) PH: 8,3 % (exkl. Grad 1: 4,6 %)
Dassen et al. (2005)	Deutschland	KH und PH	KH: 3.044 PH: 2.191	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 21,3 % (exkl. Grad 1: 13,2 %) PH: 8,4 (exkl. Grad 1: 5,8 %)

Autor	Land	Setting	n	Instrument / Datenerhebung	Prävalenzberechnung	Prävalenzrate
Dassen et al. (2004)	Deutschland	KH und PH	KH: 3:325 PH: 1:542	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 18,1 % (exkl. Grad 1: 8,7 %) PH: 9,1 % (exkl. Grad 1: 5,1 %)
Dassen et al. (2003)	Deutschland	KH und PH	KH: 3:236 PH: 2:052	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 24,2 % (exkl. Grad 1: 12,1 %) PH: 12,5 % (exkl. Grad 1: 6,3 %)
Dassen et al. (2002)	Deutschland	KH und PH	KH: 2:598 PH: 861	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 25,1 % (exkl. Grad 1: 11,2 %) PH: 17,3 % (exkl. Grad 1: 8,9 %)
Davis & Caseby (2001)	Kanada	PH	PH 1: 95 PH 2: 92	Ermittlung der Dekubitusprävalenz in zwei Pflegeheimen mit dem Erhebungsbogen des Kinetic Concepts Therapeutic Services (Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP – Klassifikationssystem)	Gesamtprävalenz	PH 1: 36,8 % PH 2: 53,2 %
Gallagher et al. (2008)	Irland	UniKH	672	Erhebungsinstrument der EPUAP	Gesamtprävalenz	18,5 %
Gunningberg (2004)	Schweden	UniKH und AKH	UniKH: 612 AKH: 38	Erhebungsinstrument der EPUAP	Gesamtprävalenz	UniKH: 23,9 % AKH: 13,2 %
Kröger et al. (2009)	Deutschland	KH	16.071.846	Bereits vorhandene Daten zum Vorliegen eines Dekubitus wurden zur Ermittlung der Prävalenz herangezogen	Gesamtprävalenz	0,06 %

Autor	Land	Setting	n	Instrument / Datenerhebung	Prävalenzberechnung	Prävalenzrate
Lahmann, Halfens & Dassen (2006)	Deutschland	KH und PH	KH: 5.855 PH: 2.908	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH: 24,6 % (exkl. Grad 1: 11,7 %) PH: 13,9 % (exkl. Grad 1: 7,1 %)
Lahmann, Halfens & Dassen (2005)	Deutschland	KH und PH	Alle Personen: KH 2001: 3.012 KH 2002: 7.225 PH 2002: 1.347  Risikopersonen: KH 2001: 1.156 KH 2002: 2.598 PH 2002: 861	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Gesamtprävalenz und Prävalenz in der Risikogruppe	<u>KH:</u>  2001 / Gesamtprävalenz: 13,1 % (exkl. Grad 1: 6,1 %)  2001 / Prävalenz in der Risikogruppe: 28,3 % (exkl. Grad 1: 14,3 %)  2002/ Gesamtprävalenz: 11,1 % (exkl. Grad 1: 4,7 %)  2002 / Prävalenz in der Risikogruppe: 25,1 % (exkl. Grad 1: 11,2 %)  <u>PH:</u>  2002 / Gesamtprävalenz: 11,8 % (exkl. Grad 1: 6,1 %)  2002 / Prävalenz in der Risikogruppe: 17,3 % (exkl. Grad 1: 8,9 %)
Lahmann et al. (2002)	Deutschland	KH	1.156	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	28,3 %
Marrie, Ross & Rockwood (2003)	Kanada	KH	164	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP – Klassifikationssystem und Risikoeinschätzung mit der Braden- und Nortonskala	Gesamtprävalenz	13 %

Autor	Land	Setting	n	Instrument / Datenerhebung	Prävalenzberechnung	Prävalenzrate
Pearson et al. (2000)	Australien	KH	634	Selbst entwickelter Fragebogen (Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP – Klassifikationssystem)	Gesamtprävalenz	6 %
Sanada et al. (2008)	Japan	KH	442.467	Selbst entwickelter Fragebogen (Einschätzung des Dekubitusgrades durch Hautinspektion)	Gesamtprävalenz	Jahr 2000: 4,3 % Jahr 2001: 3,6 %
Schlüer, Cignacco & Halfens (2008)	Schweiz	KH	155	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Gesamtprävalenz	28 %
Stewart & Box-Panksepp (2004)	Pennsylvania	KH	128	Selbst entwickelter Fragebogen (Einschätzung des Dekubitusgrades nach AHCPR - Klassifikationssystem)	Gesamtprävalenz	7,8 %
Tannen, Dassen & Halfens (2008)	Deutschland und Niederlande	KH und PH	<p>Alle Personen:</p> <p>KH / Deutschland: 8.515 KH / Niederlande: 10.237 PH / Deutschland: 2.531 PH / Niederlande: 10.098</p> <p>Risikopersonen:</p> <p>KH / Deutschland: 3.325 KH / Niederlande: 6.523 PH / Deutschland: 1.542 PH / Niederlande: 7.191</p>	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Gesamtprävalenz und Prävalenz in der Risikogruppe	<p><u>KH / Deutschland:</u> Gesamtprävalenz: 9 % Prävalenz in der Risikogruppe: 18,1 %</p> <p><u>KH / Niederlande:</u> Gesamtprävalenz: 18,1 % Prävalenz in der Risikogruppe: 28,1 %</p> <p><u>PH / Deutschland:</u> Gesamtprävalenz: 6,4 % Prävalenz in der Risikogruppe: 9,1 %</p> <p><u>PH / Niederlande:</u> Gesamtprävalenz: 31,4 % Prävalenz in der Risikogruppe: 36,9 %</p>

Autor	Land	Setting	n	Instrument / Datenerhebung	Prävalenzberechnung	Prävalenzrate
Tannen et al. (2009)	Deutschland und Niederlande	KH und PH	KH / Deutschland: 3.207 KH / Niederlande: 7.767 PH / Deutschland: 2.358 PH / Niederlande: 8.422	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	KH / Deutschland: 21,1 % (exkl. Grad 1: 13,1 %) KH / Niederlande: 26,1 % (exkl. Grad 1: 13,4 %) PH / Deutschland: 8,3 % (exkl. Grad 1: 5,7 %) PH / Niederlande: 30,8 % (exkl. Grad 1: 13,4 %)
Tannen et al. (2004)	Deutschland und Niederlande	KH	D: 1.048 NL: 4.839	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Prävalenz in der Risikogruppe	Deutschland: 28 % (exkl. Grad 1: 14 %) Niederlande: 33 % (exkl. Grad 1: 18 %)
Vanderwee et al. (2007)	Belgien, Schweden, England, Italien und Portugal;	KH	Belgien: 871 Schweden: 649 England: 2.544 Italien: 1.097 Portugal: 786	Erhebungsinstrument der EPUAP	Gesamtprävalenz	Belgien: 21,1 % Schweden: 23 % England: 21,9 % Italien: 8,3 % Portugal: 12,5 %
VanGilder, MacFarlane & Meyer (2008)	Internationale Studie (Mehrheit aus den USA)	KH und PH	447.930	Vergleich der „International Pressure Ulcer Prevalence™ Studys“ der Jahre 1989 bis 2005 (Messinstrument bei allen neun Studien war ein Fragebogen mit welchem der Dekubitusgrad nach dem NPUAP – Klassifikationssystem geschätzt wurde)	Gesamtprävalenz	Jahr 1989 – 1995: 9,2 % - 11,1 % Jahr 1999 – 2005: 15 %

### **2.2.1.1 Gesamtprävalenzen**

Vergleiche hinsichtlich der Gesamtprävalenzen zwischen deutschen und niederländischen PatientInnen und BewohnerInnen zeigen, dass die Dekubituserkrankungsrate in den niederländischen Pflegeheimen und Krankenhäusern wesentlich höher ist. Tannen, Dassen und Halfens (2008) ermittelten bei deutschen PatientInnen (n = 8.515) eine Prävalenzrate von 9 %. Bei den niederländischen PatientInnen (n = 10.237) war die Prävalenz doppelt so hoch (18,1 %). In den deutschen Pflegeheimen (n = 2.531) betrug die Gesamtprävalenz 6,4 % und war somit ein wenig niedriger als in den deutschen Krankenhäusern. Eine höhere Prävalenz wurde in den niederländischen Pflegeheimen festgestellt. 31,4 % der BewohnerInnen in den Niederlanden (n = 10.098) wiesen mindestens einen Dekubitus auf. Die Dekubitusprävalenz war in den niederländischen Pflegeheimen höher als in den niederländischen Krankenhäusern (Tannen, Dassen & Halfens 2008).

Eine sehr hohe Dekubituserkrankungsrate wurde bei der niederländischen Piloterhebung zur ersten landesweiten Prävalenzerhebung unter den PflegeheimbewohnerInnen (n = 122) gemessen. Die Rate betrug 83,6 %, wobei der Großteil der ermittelten Wunden, nämlich über 60 %, als Dekubitus ersten Grades eingeschätzt wurden (Bours et al. 1999).

Eine sehr niedrige Prävalenz wurde von Kröger et al. (2009) berichtet. Daten der Nationalen Statistik des Bundesstatistikbüros wurden genutzt, um die Dekubitusprävalenz bei deutschen PatientInnen zu analysieren. Kröger et al. (2009) fanden heraus, dass im Jahr 2005 16.071.846 Menschen als PatientInnen in Krankenhäusern behandelt wurden und davon 0,06 % mit Dekubitus hauptdiagnostiziert wurden. Niedrige Prävalenzen wurden auch in japanischen Krankenhäusern gemessen. 2002 führte die Regierung in Japan ein neues Programm in Kliniken ein. Dabei mussten von den Einrichtungen bestimmte Dekubituspräventionsstrategien implementiert werden. Fand keine Implementierung statt, wurden den Kliniken Gelder gestrichen. In einer Kohortenstudie (n = 442.467) wurde die Dekubitusprävalenz vor und nach der Einführung des Programms gemessen. Vor Einführung des Programms betrug die Prävalenz 4,3 %, danach 3,6 % (Sanada et al. 2008).

Der Großteil der Dekubitusprävalenzstudien bezog sich auf ältere, körperlich eingeschränkte Menschen. Immobilität stellt ein großes Risiko für Dekubitus dar (Bansal et al. 2005). Neben älteren Menschen sind aber auch Kinder häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt. Schluer, Cignacco und Halfens (2008) untersuchten hospitalisierte Kinder,

im Alter von null bis 18 Jahren, in Zürich. Sie stellten fest, dass von 155 untersuchten Kindern 28 % mindestens einen Dekubitus aufwiesen.

Die Studie von VanGilder, MacFarlane und Meyer (2008) verglich neun internationale Prävalenzstudien, die in den Jahren 1989 bis 2009 nach derselben Vorgehensweise die Dekubituserkrankungsrate in Krankenhäusern und Pflegeheimen (n = 447.930) erhoben hatten. Bei den ersten vier Erhebungen in den Jahren 1989 bis 1995 wurde eine Prävalenz von 9,2 % bis 10,1 % gemessen. Nach 1995 blieb die Erkrankungsrate konstant. Sie war jedoch höher als in den Jahren zuvor und betrug pro Erhebung etwa 15 %.

Vanderwee et al. (2007) erforschten die Dekubitusprävalenz bei PatientInnen in fünf Ländern. Die Prävalenzen von Belgien (n = 871), Schweden (n = 649) und England (n = 2.544) lagen zwischen 21,1 % und 23 %. Wesentlich niedrigere Prävalenzen wurden in den südeuropäischen Ländern Italien (8,3 %, n = 1.097) und Portugal (12,5 %, n = 786) gemessen.

### ***2.2.1.2 Prävalenzen in der Risikogruppe***

Die Studie von Tannen, Dassen und Halfens (2008) verglich Dekubitusprävalenzen zwischen deutschen und niederländischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Bei den niederländischen RisikopatientInnen (n = 6.523) betrug die Prävalenz im Jahr 2004 28,1 %. In den deutschen Krankenhäusern wurden insgesamt niedrigere Prävalenzen gemessen. Die Dekubituserkrankungsrate lag im selben Jahr bei den deutschen PatientInnen (n = 3.325) bei 18,1 %. Auch in den Pflegeheimen war die Prävalenz von Dekubitus bei den deutschen BewohnerInnen niedriger als bei den niederländischen BewohnerInnen. Von 7.191 niederländischen BewohnerInnen hatten 36,9 % eine oder mehrere Dekubituswunden. Bei den 1.542 untersuchten BewohnerInnen in Deutschland wurde eine Prävalenz von 9,1 % gemessen. Diese Studie zeigt, dass die Dekubitusprävalenz in den Niederlanden in Pflegeheimen höher war als in Krankenhäusern. Im Unterschied dazu zeigte die Erhebung in Deutschland in den Pflegeheimen, im Vergleich zu den Krankenhäusern, eine niedrigere Prävalenz auf (Tannen, Dassen & Halfens 2008).

Die in Deutschland jährlich stattfindenden Dekubitusprävalenzerhebungen zeigten, dass die Erkrankungsrate seit Beginn der Erhebungen stets abnahm (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002). Im Jahr 2002 wurde in den Krankenhäusern (n = 2.598) eine Prävalenz von 25,1 % und in den Pflegeheimen (n = 861) eine Prävalenz von 17,3 % gemessen. Für die Grade zwei bis vier betrug die Prävalenz in den Krankenhäusern 11,2 % und in den Pflegeheimen 8,9 % (Dassen et al. 2002). Für das Jahr 2008 betrug die Dekubitus-erkrankungsrate für alle vier Grade in deutschen Krankenhäusern (n = 1.200) 12,7 %. Für die Grade zwei bis drei wurde eine Prävalenz von 7,3 % berechnet. Unter den BewohnerInnen (n = 1.992) wurde im Jahr 2008 bei 7,3 % mindestens ein Dekubitus Grad eins bis vier festgestellt. Exklusive des Dekubitus ersten Grades betrug die Prävalenz in den deutschen Pflegeheimen 5,3 % (Dassen et al. 2008).

## **2.2.2 Ergebnisse internationaler Prävalenzstudien zu den Wundcharakteristika**

Die folgenden Ergebnisse zu den Graden, Lokalisationen, Entstehungsorten und der Dauer der Dekubitalulcera stammen aus den recherchierten internationalen Studien.

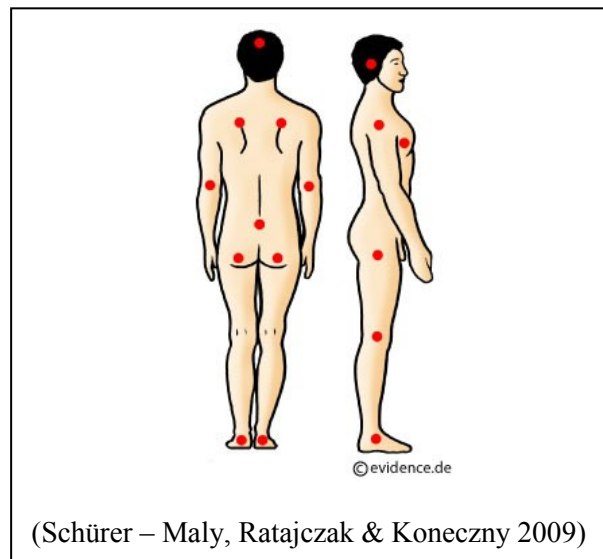
### ***2.2.2.1 Dekubitusgrade***

Bei der Mehrheit der Prävalenzstudien wurden Dekubitalulcera des ersten Grades am häufigsten festgestellt (Bours et al. 2002; Bours et al. 1999; Bräutigam et al. 2003; Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Davis & Caseby 2001; Gallagher et al. 2008; Gunningberg 2004; Helberg et al. 2006; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Lahmann et al. 2002; Vanderwee et al. 2007). In anderen Studien wurde bei den TeilnehmerInnen zahlreich der Grad zwei diagnostiziert (Kröger et al. 2009; Marrie, Ross & Rockwood 2003; Pearson et al. 2000; Sanada et al. 2008). Die Studie von Vanderwee et al. (2007) zeigte, dass von den gemessenen Wunden (n = 1.860), in Belgien, Italien, Schweden und England,

am häufigsten der Grad zwei vorlag, während in Portugal Dekubitus-erkrankte größtenteils eine Wunde des dritten (30,6 %, n = 30) und vierten Grades (24,5 %, n = 24) aufwiesen.

### 2.2.2.2 Lokalisationen

Körperstellen, an denen wenig Bindegewebe oder Muskulatur zwischen der Haut und dem Knochen liegt, sind für die Entwicklung eines Dekubitus prädestiniert. Die Stellen, welche besonders gefährdet sind, werden in Abbildung 4 aufgezeigt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004).



**Abbildung 4: Gefährdete Körperstellen für eine Dekubitusbildung**

Viele Prävalenzstudien berichteten, dass Dekubitalulcera am häufigsten am Kreuzbein auftraten (Bours et al. 2002; Bours et al. 1999; Davis & Caseby 2001; Gallagher et al. 2008; Halfens, Bours & Van Ast 2001; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Marrie, Ross & Rockwood 2003; Vanderwee et al. 2007; VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). Bei deutschen Prävalenzerhebungen betrafen Dekubitalulcera hauptsächlich das Gesäß (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002) und die Fersen (Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2005). Auch in einer französischen (Barrois et al. 2008) und in einer australischen Studie (Pearson et al. 2000) wiesen die untersuchten Personen Dekubituswunden am häufigsten an den Fersen auf.

### **2.2.2.3 Entstehungsorte**

Prävalenzstudien zeigten, dass Dekubitalulcera meist in einem Krankenhaus oder Pflegeheim entstehen. Die Pilotstudie zur ersten Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten in holländischen Krankenhäusern und Pflegeheimen diagnostizierte insgesamt 220 Dekubituswunden. 65,6 % der in den Krankenhäusern identifizierten Wunden, entstanden in der selbigen Einrichtung und 94,1 % der in den Pflegeheimen identifizierten Wunden entwickelten sich im jeweiligen Pflegeheim (Bours et al. 1999). Bei deutschen Prävalenzstudien entwickelte sich der Großteil der untersuchten Dekubitalulcera auch im jeweiligen Krankenhaus oder Pflegeheim (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Lahmann et al. 2002). Eine Studie aus Irland kam zum Ergebnis, dass 77 % der Dekubitus (n = 672) in den Universitätskrankenhäusern erworben wurden, wo die Erhebung stattfand (Gallagher et al. 2008).

### **2.2.2.4 Dauer**

Bours et al. (2002) stellten fest, dass die Mehrheit aller untersuchten Wunden (n = 6.829) bei den BewohnerInnen vor zwei bis zwölf Wochen entstanden waren (36,5 %). In den Universitäts- (62 %) und Allgemeinkrankenhäusern (58,5 %) entwickelten sich die meisten Wunden weniger als zwei Wochen vor der Erhebung. Auch in einer australischen Studie wurde festgestellt, dass von allen untersuchten Dekubitalulcera bei PatientInnen (n = 69) 80 % vor weniger als zwei Wochen vor der Prävalenzerhebung entstanden waren (Pearson et al. 2000). Prävalenzerhebungen aus Deutschland ergaben, dass der Großteil der untersuchten Wunden in den Krankenhäusern vor weniger als zwei Wochen entstanden war. Bei den BewohnerInnen hatten sich die Dekubituswunden meist zwei Wochen bis drei Monate vor der Prävalenzerhebung entwickelt (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Lahmann et al. 2002).

## 2.3 Fazit der Literaturrecherche

Viele der ausgewählten Studien zeigten, dass es neben der Erhebung von Dekubitusprävalenzen auch wichtig ist, die Charakteristika der Dekubituswunden zu untersuchen, um detaillierte und sorgfältige Analysen zu den Dekubitalulcera anstellen zu können (Lahmann, Halfens & Dassen 2006). Ebenfalls wurde in einigen Prävalenzerhebungen die Dekubitusprophylaxe und –therapie untersucht, um darstellen zu können welche Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus bei den StudienteilnehmerInnen in unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt wurden (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002).

Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche ist ersichtlich, dass die Prävalenzraten bisher veröffentlichter Studien stark schwanken. Ein Problem ist jedoch, dass die Vergleichbarkeit dieser Studien zum Teil eingeschränkt ist, weil unterschiedliche Messinstrumente, Studienpopulationen und Definitionen von Prävalenz und Dekubitus verwendet wurden (Bours 2003; Gallagher et al. 2008; Tannen, Dassen & Halfens 2008; Tannen et al. 2004; Vanderwee et al. 2007). Ein einheitliches Messinstrument, wie der Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten, hat den Vorteil, dass Prävalenzerhebungen, die mit diesem Fragebogen durchgeführt wurden, miteinander verglichen werden können.

Die Literaturrecherche zu Dekubitusprävalenzen zeigte des Weiteren, dass bereits in mehreren Ländern Prävalenzstudien zu Dekubitus stattgefunden haben. In den Niederlanden und Deutschland werden jährlich Prävalenzen erhoben, um das Ausmaß dieser Erkrankung zu messen. In Einrichtungen die sich bereits mehrmals an der Studie beteiligten, kann anhand der Prävalenzdaten nachgewiesen werden, ob durch das Dekubitusmanagement in den Institutionen, die Prävalenz gesenkt werden konnte. Eine Senkung der Dekubituserkrankungsrate würde eine deutliche Qualitätsverbesserung in der Pflege bedeuten (Dassen et al. 2008).

Für Österreich konnten keine publizierten Studien zur Prävalenz von Dekubitus in Krankenhäusern und Pflegeheimen gefunden werden, welche die Ist-Situation dieses Pflegeproblems deutlich machen.

### **3 Zielsetzung und Forschungsfragen**

---

Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Ausmaß der Prävalenz von Dekubitus und die Wundcharakteristika, im Rahmen der Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten in Österreich zu messen, die Ergebnisse zu beschreiben und Vergleiche zwischen den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen vorzunehmen. Des Weiteren soll ein Überblick über Maßnahmen zur Behandlung und Prävention von Dekubitus in Österreichs Krankenhäusern und Pflegeheimen gegeben werden.

Folgende Forschungsfragen werden untersucht:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
2. Wie ist die Verteilung hinsichtlich der Wundcharakteristika Schweregrad, Lokalisation, Entstehungsort und Dauer der Dekubitalulcera bei KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich?
3. Welche Maßnahmen werden zur Prävention und Behandlung von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt?

## 4 Methode

---

Die Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, LPZ) wurde in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz und der Projektgruppe LPZ der Universität Maastricht organisiert, um die Prävalenz von Dekubitus und weiteren Pflegeproblemen erstmals in Österreich zu erheben. Die Erhebung fand im April 2009 in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Österreich, den Niederlanden, Deutschland, der Schweiz und Neuseeland statt. Seit 1998 wird diese Erhebung jährlich in den Niederlanden durchgeführt, um Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung von Pflegeproblemen zu erheben.

### 4.1 Studiendesign

Die Methode dieser Arbeit ist eine multizentrische, prospektive, quantitative Querschnittstudie mit deskriptivem Design. Eine Querschnittstudie sammelt Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb einer Population und ist eine angemessene Methode, um Phänomene zu beschreiben oder Zusammenhänge von Phänomenen zu erklären. Die Aufgabe des deskriptiven Forschungsdesigns besteht darin, problemrelevante Sachverhalte möglichst genau zu erfassen (Bartholomeyczik et al. 2008; Polit & Beck 2004).

### 4.2 Stichprobe

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Alle PatientInnen und BewohnerInnen, welche am Tag der Erhebung in den Stationen und Wohnbereichen anwesend waren, wurden in die Untersuchung miteingeschlossen. Insgesamt konnten 3.655 Personen in 21 Gesundheitseinrichtungen erfasst werden. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden aber ausschließlich die Daten der teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime ausgewertet. In den elf Krankenhäusern und sechs Pflegeheimen, die sich an der Studie

beteiligten, waren am Tag der Erhebung 3.077 PatientInnen und BewohnerInnen anwesend. Von 2.353 Personen konnten Daten erhoben werden. Nähere Details zur Stichprobe werden im Ergebnisteil dieser Arbeit beschrieben.

### 4.3 Messinstrument

Mit dem Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (siehe Anhang), wurden Daten zu den Modulen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen gesammelt. Das Grazer Institut für Pflegewissenschaft übernahm die deutsche Version des Fragebogens und änderte nach der Pilotstudie, die am 11. November 2008 stattfand, zum Teil Begriffe, welche in Österreich nicht gebräuchlich sind.

Das Messinstrument erfasst jedes der oben genannten Pflegeprobleme auf den folgenden drei Ebenen:

- Ebene 1: Allgemeine Angaben zur Einrichtung und deren Qualitätsindikatoren,
- Ebene 2: Allgemeine Angaben zur Station oder dem Wohnbereich und deren Qualitätsindikatoren,
- Ebene 3: PatientInnengebundene Daten (Merkmale der Pflegeprobleme, Prävention und Behandlung);

In Ebene drei wird nach dem Vorliegen und den Merkmalen der einzelnen Pflegeprobleme bei den TeilnehmerInnen gefragt (siehe Abschnitte 3a bis 3e im Fragebogen). Der Abschnitt 3a beschäftigt sich mit dem Pflegeproblem Dekubitus und beinhaltet folgende Punkte: Einschätzung des Dekubitusrisikos mit der Bradenskala, Fragen zum Einsatz verschiedener Präventionsmaßnahmen, Beurteilung hinsichtlich des Vorliegens eines Dekubitus nach dem EPUAP – Dekubitusklassifikationssystem und Untersuchung der Charakteristika der Dekubituswunden.

In Europa wird dieser Fragebogen, der sich nach Abwandlungen bei den Datenerhebungen stets gut bewährt hat (Bours et al. 1999) am häufigsten eingesetzt, um Dekubitusprävalenzen zu erheben (Schlüer, Cignacco & Halfens 2008).

Der Fragebogen beinhaltet die Bradenskala, um das Dekubitusrisiko der einzelnen TeilnehmerInnen zu messen. Sie besteht aus den folgenden sechs Subskalen anhand derer ein Punktwert (Bradenscore) ermittelt wird: sensorisches Empfindungsvermögen, Aktivität, Mobilität, Feuchtigkeit, Ernährung und Reibung und Scherkräfte. BeurteilerInnen untersuchen die betroffene Person hinsichtlich dieser sechs Faktoren. Fünf der sechs Subskalen können von der / dem BeurteilerIn zwischen eins (am wenigsten positiv) bis vier (am positivsten) eingeschätzt werden. Das letzte Item (Reibung und Scherkräfte) kann zwischen eins und drei eingestuft werden. Nach Ausfüllen der Skala ist die maximale Punkteanzahl, welche erreicht werden kann, 23 und die minimalste Punkteanzahl liegt bei sechs. Je höher die Gesamtpunkteanzahl ist, desto geringer ist das Risiko für die untersuchte Person, einen Dekubitus zu erleiden (Fernandes & Caliri 2008). Die Grenzwerte für die Gefährdung eines Dekubitus unterscheiden sich je nach PatientInnenklientel. In der Praxis ist es üblich den Cut-off-Punkt für ein Dekubitusrisiko bei 16 bis 18 zu setzen (Dassen et al. 2008). Untersuchte Personen, bei denen die Gesamtpunkteanzahl zwischen 16 bis 18 und niedriger liegt, würden in diesem Fall als dekubitusgefährdet gelten.

#### **4.4 Ethische Aspekte**

Vor Durchführung dieser Prävalenzerhebung gab die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz ihr Einverständnis dafür. Nur Personen von denen eine informierte Zustimmung vorlag, durften an der Erhebung teilnehmen. Die informierte Zustimmung wurde von den TeilnehmerInnen eigenständig ausgefüllt. War die / der PatientIn oder BewohnerIn aufgrund ihrer / seiner gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage über die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden, wurden gesetzliche VertreterInnen befragt.

#### **4.5 Datenerhebung**

Alle österreichischen Krankenhäuser, Pflege- und Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen oder Menschen mit einer Behinderung und Rehabilitationszentren wurden vom

Grazer Institut für Pflegewissenschaft schriftlich per Post dazu eingeladen anonym an dieser Prävalenzerhebung teilzunehmen. Die Teilnahme war für die Einrichtungen kostenpflichtig. Neben Fixkosten pro Einrichtung fielen ebenfalls Kosten pro TeilnehmerIn an.

Vor der Erhebung wurden von den teilnehmenden Einrichtungen KoordinatorInnen ernannt, welche für den Ablauf der Erhebung in deren Institution verantwortlich waren. Die KoordinatorInnen erhielten vom Grazer Institut für Pflegewissenschaft Schulungsmaterialien und wurden bei Informationsveranstaltungen über die wichtigsten Schritte zur Erhebung informiert. Sie fungierten als AnsprechpartnerInnen für die Projektgruppe LPZ und das Grazer Institut für Pflegewissenschaft. Die KoordinatorInnen schulten jene Pflegenden ein, welche die Daten der TeilnehmerInnen erfassten. Die Auswahl der teilnehmenden Abteilungen und Wohnbereiche wurde von den KoordinatorInnen getroffen.

Die Erhebung fand in allen teilnehmenden Einrichtungen am 7. April 2009 statt. In Österreich wurden Daten zu allen Modulen (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen) anonym erhoben. Die KoordinatorInnen bildeten Teams, die die Erhebung in den jeweiligen Abteilungen oder Wohnbereichen durchführten. Die Teams bestanden aus einer / einem diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester / -pfleger und einer / einem externen Pflegenden. Diese begutachteten die Körper der TeilnehmerInnen vor Ort und füllten gemeinsam den Fragebogen aus. Es wurde untersucht, ob die untersuchten Personen von einem oder mehrerer der Pflegeprobleme betroffen waren. Zur Einschätzung des Schweregrades eines Dekubitus, wurden den Pflegenden vom Grazer Institut für Pflegewissenschaft Informationsmaterialien, wie Fotos und Beschreibungen, zur Verfügung gestellt. Die Datenerhebung wurde von den KoordinatorInnen, hinsichtlich der Vollständigkeit und Korrektheit überwacht. Nach Abschluss der Erhebung waren die KoordinatorInnen für die Eingabe der Daten in eine Internetsoftware verantwortlich. Die Daten gelangten dadurch zur Projektgruppe des LPZ, welche die Vollständigkeit und Korrektheit dieser überprüften.

Für jede teilnehmende Einrichtung und das entsprechende Land wurde vom LPZ ein Endbericht über die Ergebnisse der Prävalenzerhebung erstellt. Diese Berichte sind für die Einrichtungen auf der Homepage des LPZ abrufbar.

## 4.6 Datenanalyse

Die Auswertung der Daten zu Dekubitus erfolgte mit dem Statistikprogramm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Version 16.0, deutsch). Es wurden ausschließlich die Daten aller in Österreich teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime analysiert.

Neben der Gesamtprävalenz für Dekubitus wurde auch die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe berechnet. Zur Berechnung der Prävalenz wurde die Formel von Bonita, Beaglehole und Kjellström (2006) eingesetzt, welche diejenigen Personen mit einbezieht, für die ein Dekubitusrisiko besteht. Die Formel wird in Abbildung 5 gezeigt.

$$\frac{\text{Anzahl der Personen mit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt}}{\text{Anzahl der Personen in der Population, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt das Risiko haben an der Erkrankung zu leiden}} \times 100$$

(Bonita, Beaglehole & Kjellström 2006)

**Abbildung 5: Formel zur Errechnung der Prävalenz**

Zur Errechnung der Gesamtprävalenz wurde angenommen, dass alle teilnehmenden PatientInnen und BewohnerInnen dieser Studie, ein Dekubitusrisiko haben. Die Gesamtprävalenz ergab sich durch Division der Anzahl jener Personen mit einem oder mehreren Dekubitalulcera durch die Anzahl aller teilnehmenden Personen.

Zur Berechnung der Prävalenz in der Risikogruppe wurden mit Hilfe der Bradenskala dekubitusgefährdete Personen ermittelt und der Risikogruppe zugeteilt, um dadurch eine standardisierte Population zu erhalten und die unterschiedlichen StudienteilnehmerInnen vergleichen zu können (International Guideline 2009). PatientInnen und BewohnerInnen, die einen Bradenscore von 20 oder niedriger aufwiesen, wurden der Risikogruppe zugewiesen und galten somit als dekubitusgefährdet. Dieser Grenzwert wurde gewählt, weil die Studie von Halfens, van Achterberg und Bal (2000) eine optimale Ausgeglichenheit zwischen Sensitivität (73 %) und Spezifität (70 %) dafür zeigte. Durch diesen hohen Grenzwert, können möglichst viele Personen als dekubitusgefährdet eingeschätzt werden. Die Prävalenz in der Risikogruppe ergab sich, indem die Anzahl jener

Personen mit mindestens einem Dekubitus durch die Anzahl aller Personen in der Risikogruppe dividiert wurde.

Aufgrund der schweren Einschätzung eines Dekubitus ersten Grades (Halfens, Bours & Van Ast 2001) wurden die Dekubitusprävalenzraten inklusive und exklusive dem ersten Grad angegeben.

Die Daten wurden deskriptiv analysiert und in Tabellen und Grafiken dargestellt. Berechnet wurden Häufigkeiten, Prozente, Mittelwerte und Standardabweichungen. Bivariate Vergleiche zwischen den Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden für die Dekubitusprävalenz und den Anteil der Risikopersonen mit dem Qui-Quadrat-Test durchgeführt. Es wurde mit einem Signifikanzniveau von 0,05 gearbeitet, weil dieses die statistische Signifikanz anzeigt (Bortz & Döring 2006).

## 5 Ergebnisse

---

Die nachstehenden Ergebnisse dieser Prävalenzerhebung werden getrennt nach Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt.

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Bezüglich der Stichprobe dieser Studie werden Angaben zur Teilnahme, dem Geschlecht und dem Alter der PartizipantInnen gemacht.

#### 5.1.1 Teilnahme

An der ersten österreichischen Erhebung pflegebezogener Daten beteiligten sich insgesamt elf Krankenhäuser und sechs Pflegeheime. In Tabelle 3 wird ein Überblick über die Beteiligung der PatientInnen und BewohnerInnen gegeben.

**Tabelle 3: Teilnahme in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

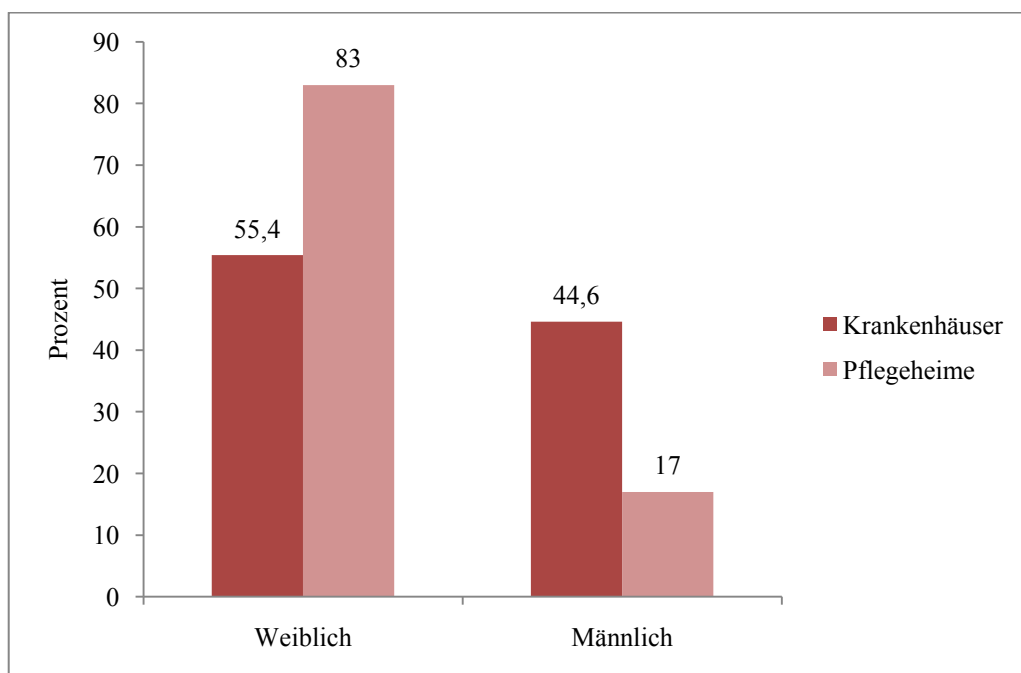
<i>Einrichtung</i>	<b>Belegung</b>	<b>Teilnahme</b>	<b>Beteiligung</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Krankenhäuser</b>	2.283	1.662	72,8
<b>Pflegeheime</b>	794	691	87
<b>Gesamt</b>	3.077	2.353	76,5

Von den 17 teilnehmenden Institutionen, waren am Erhebungstag 3.077 PatientInnen und BewohnerInnen anwesend. 724 Personen beteiligten sich nicht an der Erhebung. Der Großteil dieser Personen verweigerte die Teilnahme (56,5 %). Andere waren zum Zeit-

punkt der Erhebung nicht erreichbar oder ihr Gesundheitszustand war zu schlecht. Der Gesamtrücklauf betrug somit 76,5 % (n = 2.353). Die Anzahl der teilnehmenden PatientInnen (n = 1.662) war höher als die Anzahl der teilnehmenden BewohnerInnen (n = 691). Eine höhere Rücklaufsquote wurde in den Pflegeheimen erreicht. Der Rücklauf betrug in den Pflegeheimen 87 % und in den Krankenhäusern 72,8 %.

### 5.1.2 Geschlecht

In der folgenden Abbildung wird der Anteil der teilnehmenden Männer und Frauen in den Krankenhäusern und in den Pflegeheimen dargestellt.



**Abbildung 6: Geschlechterverteilung in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Der Großteil aller StudienteilnehmerInnen war weiblich. In den Krankenhäusern waren von den 1.662 untersuchten PatientInnen 55,4 % Frauen. In den Pflegeheimen war der Anteil der Frauen beinahe fünfmal so hoch, wie jener der Männer. 83 % aller BewohnerInnen (n = 691) waren weiblich.

### 5.1.3 Alter

Neben der Personenanzahl, wird in Tabelle 4 das Durchschnittsalter (MW) und die Standardabweichung (SD) der StudienteilnehmerInnen, getrennt nach deren Geschlecht, für die PatientInnen und BewohnerInnen und für die gesamte Stichprobe aufgezeigt.

**Tabelle 4: Durchschnittsalter in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

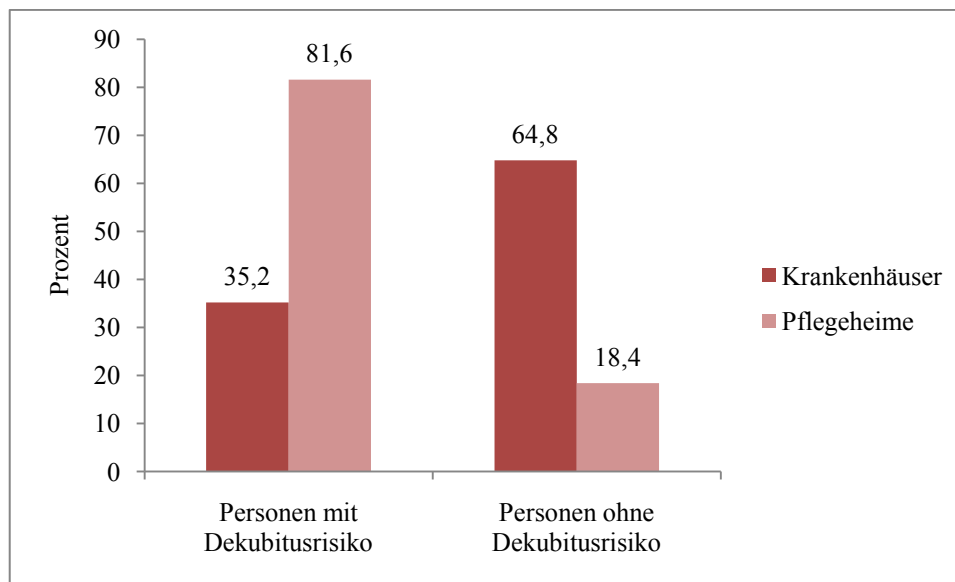
<i>Durchschnittsalter</i>	<b>Krankenhäuser</b>			<b>Pflegeheime</b>			<b>Gesamt</b>		
	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>
<b>Weiblich</b>	921	69	18	574	82	11	1.495	74	17
<b>Männlich</b>	741	66	16	117	72	14	858	67	16
<b>Gesamt</b>	1.662	68	17	691	81	12	2.353	71	17

Das Durchschnittsalter aller StudienteilnehmerInnen lag bei 71 Jahren. Das durchschnittliche Alter der 1.495 Frauen war mit 74 Jahren höher als jenes der Männer. Die 858 Männer waren im Durchschnitt 67 Jahre alt. TeilnehmerInnen der Pflegeheime waren um durchschnittlich 13 Jahre älter als jene der Krankenhäuser. Das Durchschnittsalter belief sich in den Krankenhäusern für alle untersuchten PatientInnen (n = 1.662) auf 68 Jahre, während die BewohnerInnen (n = 691) durchschnittlich 81 Jahre alt waren. Die Standardabweichung betrug in den Krankenhäusern 17 und in den Pflegeheimen 12. Die höhere Standardabweichung in den Krankenhäusern weist darauf hin, dass der Anteil der PatientInnen, im Bezug auf das Alter, heterogener war. Die jüngsten PatientInnen dieser Studie waren noch kein Jahr alt und die ältesten 98 Jahre alt. Die / der jüngste BewohnerIn war 20 Jahre und die / der älteste BewohnerIn 108 Jahre alt.

## 5.2 Anteil der Risikopersonen

In dieser Erhebung wurden Personen mit Hilfe der Bradenskala als dekubitusgefährdet (Bradenscore  $\leq 20$ ) oder nicht dekubitusgefährdet (Bradenscore  $> 20$ ) beurteilt. Abbildung

7 zeigt den prozentuellen Anteil der Risikopersonen in Krankenhäusern und Pflegeheimen an. Bei drei PatientInnen, die an dieser Erhebung teilnahmen, wurden keine Angaben zum Dekubitusrisiko gemacht. Aus diesem Grund beziehen sich die berechneten Werte auf 1.659 PatientInnen und 691 BewohnerInnen.



**Abbildung 7: Anteil der Risikopersonen in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Die Risikogruppe war bei den PflegeheimbewohnerInnen mit 81,6 % (n = 564) statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) höher, als bei den PatientInnen. 35,2 % (n = 584) der PatientInnen wurden der Risikogruppe zugeordnet.

### 5.3 Dekubitusprävalenz

In den folgenden vier Unterkapiteln wird die Dekubitusprävalenz für alle TeilnehmerInnen und für jene Personen, die einer Risikogruppe zugeordnet wurden, errechnet. Die Gesamtprävalenz und die Prävalenz in der Risikogruppe werden jeweils inklusive und exklusive dem ersten Dekubitusgrad angegeben. Die Bezugsgröße bei den Dekubitusprävalenzen stellt jeweils die Anzahl aller TeilnehmerInnen beziehungsweise aller Risikopersonen dar.

### 5.3.1 Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad eins bis vier)

In der folgenden Tabelle wird das Vorliegen eines Dekubitus aufgezeigt. Die Dekubitusgrade eins bis vier werden berücksichtigt. In der Zeile D+ stellen die Prozentanteile die Dekubitusprävalenz dar. Von vier BewohnerInnen fehlten Angaben hinsichtlich des Vorhandenseins eines Dekubitus. Deshalb richten sich die Ergebnisse auf insgesamt 2.349 StudienteilnehmerInnen.

**Tabelle 5: Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad 1 – 4)**

<i>Vorliegen eines Dekubitus</i>	<b>Krankenhäuser</b>		<b>Pflegeheime</b>		<b>Gesamt</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>D*</b>	1.587	95,5	648	94,3	2.235	95,1
<b>D+**</b>	75	4,5	39	5,7	114	4,9
<b>Gesamt</b>	1.662	100	687	100	2.349	100

\*D-: Anteil der StudienteilnehmerInnen, die keinen Dekubitus haben

\*\*D+: Anteil der StudienteilnehmerInnen, die einen Dekubitus haben

114 TeilnehmerInnen wiesen mindestens einen Dekubitus des ersten bis vierten Grades auf. Die Gesamtprävalenz inklusive dem ersten Dekubitusgrad beträgt für die gesamte Stichprobe 4,9 %. In den Krankenhäusern wurde eine Gesamtprävalenz von 4,5 % (n = 75) errechnet. Etwas höher war die Dekubituserkrankungsrate in den Pflegeheimen (5,7 %, n = 39). Es gibt hinsichtlich der Gesamtprävalenz von Dekubitus des ersten bis vierten Grades keinen statistisch signifikanten ( $p > 0,05$ ) Unterschied zwischen den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen.

### 5.3.2 Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad zwei bis vier)

In Tabelle 6 wird die Gesamtprävalenz für den zweiten bis vierten Dekubitusgrad, getrennt nach Einrichtungen und für die gesamte Stichprobe, dargestellt. Personen mit einem Dekubitus ersten Grades werden in der Tabelle als Personen ohne Dekubitus gezählt. Die Prozentsätze in der Zeile D+ stellen die Gesamtprävalenz dar. Die Angaben von vier

BewohnerInnen, bezüglich des Vorliegens eines Dekubitus, fehlten. Zur Errechnung der Prävalenz wurden daher Daten von 2.349 Personen verwendet.

**Tabelle 6: Gesamtprävalenz von Dekubitus (Grad 2 – 4)**

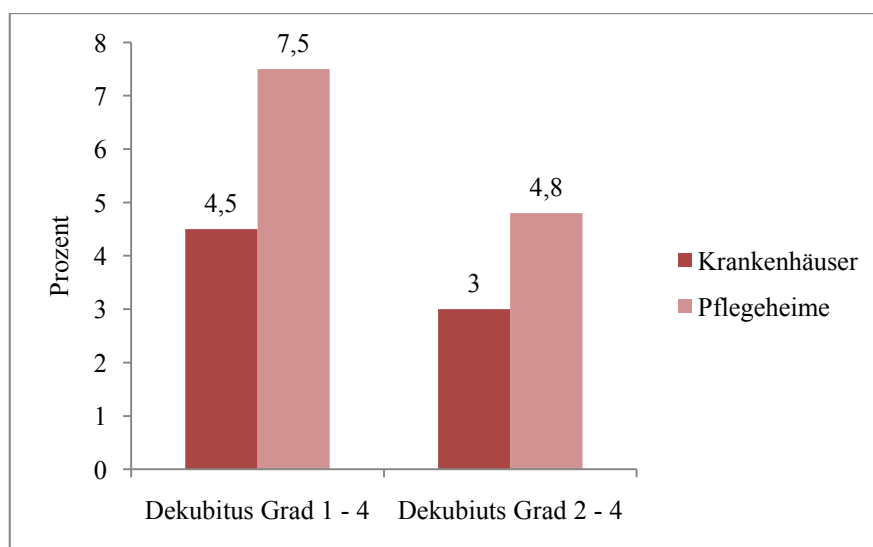
<i>Vorliegen eines Dekubitus</i>	<b>Krankenhäuser</b>		<b>Pflegeheime</b>		<b>Gesamt</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>D-</b>	1.612	97	654	95,2	2266	96,5
<b>D+<sup>**</sup></b>	50	3	33	4,8	83	3,5
<b>Gesamt</b>	1.662	100	687	100	2.349	100

\*D-: Anteil der StudienteilnehmerInnen, die keinen Dekubitus haben

\*\*D+: Anteil der StudienteilnehmerInnen, die einen Dekubitus haben

Die Gesamtprävalenz für alle TeilnehmerInnen, exklusive aller Dekubitalulcera ersten Grades, beträgt 3,5 % (n = 83). In den Krankenhäusern wurde eine Gesamtprävalenzrate von 3 % (n = 50) ermittelt, während die Gesamtprävalenz bei den PflegeheimbewohnerInnen statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) höher war (4,8 %, n = 33).

Um diese Ergebnisse deutlicher darzustellen, werden die Gesamtprävalenzen für Krankenhäuser und Pflegeheime in Abbildung 8 gegenübergestellt. Die Säulen stellen den Prozentanteil der PatientInnen und BewohnerInnen, sowohl mit als auch ohne die Dekubituswunden ersten Grades dar.



**Abbildung 8: Gesamtprävalenz von Dekubitus**

### 5.3.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad eins bis vier)

In der folgenden Tabelle werden die Dekubitusprävalenzen in der Risikogruppe inklusive Grad eins Dekubitalulcera vorgestellt. In den Spalten NAR und AR wird die Anzahl jener Personen mit und ohne Dekubitus für die Nichtrisikogruppe und für die Risikogruppe angegeben. In der letzten Spalte wird die Prävalenz für die Nichtrisikogruppe und Risikogruppe aufgezeigt. Zur Berechnung der Dekubitusprävalenz konnten Daten von insgesamt 2.346 Personen herangezogen werden. Von drei TeilnehmerInnen fehlten Angaben zum Dekubitusrisiko und von vier TeilnehmerInnen fehlten Angaben bezüglich des Vorliegens eines Dekubitus. Diese Personen konnten in Tabelle 7 nicht berücksichtigt werden.

**Tabelle 7: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad 1 – 4)**

<i>Einrichtung</i>	NAR* (n = 1.202)		AR** (n = 1.144)		Personen mit Dekubitus	
	D-*** (n)	D+**** (n)	D-*** (n)	D+**** (n)	NAR %	AR %
<b>Krankenhäuser</b>	1.071	4	513	71	0,4	12,2
<b>Pflegeheime</b>	127	0	521	39	0	7
<b>Gesamt</b>	1.198	4	1.034	110	0,3	9,6

\*NAR: Personen ohne Dekubitusrisiko

\*\*AR: Personen mit Dekubitusrisiko

\*\*\*D-: Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die keinen Dekubitus haben

\*\*\*\*D+: Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die einen Dekubitus haben

Tabelle 7 zeigt, dass von den 1.144 Risikopersonen 110 StudienteilnehmerInnen mindestens einen Dekubitus des ersten bis vierten Grades hatten. In der Nichtrisikogruppe wurde nur bei wenigen PatientInnen (n = 4) ein Dekubitus identifiziert. Bei BewohnerInnen in der Nichtrisikogruppe gab es keinen Fall eines Dekubitus. Die Prävalenz inklusive Grad eins lag in der Risikogruppe bei 9,6 % (n = 110). In den Krankenhäusern betrug die Prävalenz in der Risikogruppe 12,2 % (n = 71). Eine statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) niedrigere Dekubitusprävalenz von 7 % (n = 39) wurde in den Pflegeheimen ermittelt.

### 5.3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad zwei bis vier)

In Tabelle 8 werden zur Berechnung der Dekubitusprävalenz nur Risikopersonen berücksichtigt, bei denen Dekubitalulcera des zweiten bis vierten Grades ermittelt wurden. PatientInnen und BewohnerInnen mit einem Dekubitus des ersten Grades werden in der Tabelle als Personen ohne Dekubitus angesehen. Die Spalten NAR und AR zeigen den Anteil der Personen in der Nichtrisikogruppe und in der Risikogruppe, mit und ohne Dekubitus, an. In der letzten Spalte sind die Dekubitusprävalenzen für den zweiten bis vierten Dekubitusgrad für die Risikogruppe und für die Nichtrisikogruppe, ersichtlich. Die errechneten Werte beziehen sich auf 2.346 StudienteilnehmerInnen, weil von sieben Personen keine Angaben zum Dekubitusrisiko oder zum Vorhandensein eines Dekubitus vorlagen.

**Tabelle 8: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Grad 2 – 4)**

<i>Einrichtung</i>	NAR* (n = 1.202)		AR** (n = 1.144)		Personen mit Dekubitus	
	D-*** (n)	D+**** (n)	D-*** (n)	D+**** (n)	NAR %	AR %
<b>Krankenhäuser</b>	1.072	3	537	47	0,3	8
<b>Pflegeheime</b>	127	0	527	33	0	5,9
<b>Gesamt</b>	1.199	3	1.064	80	0,2	7

\*NAR: Personen ohne Dekubitusrisiko

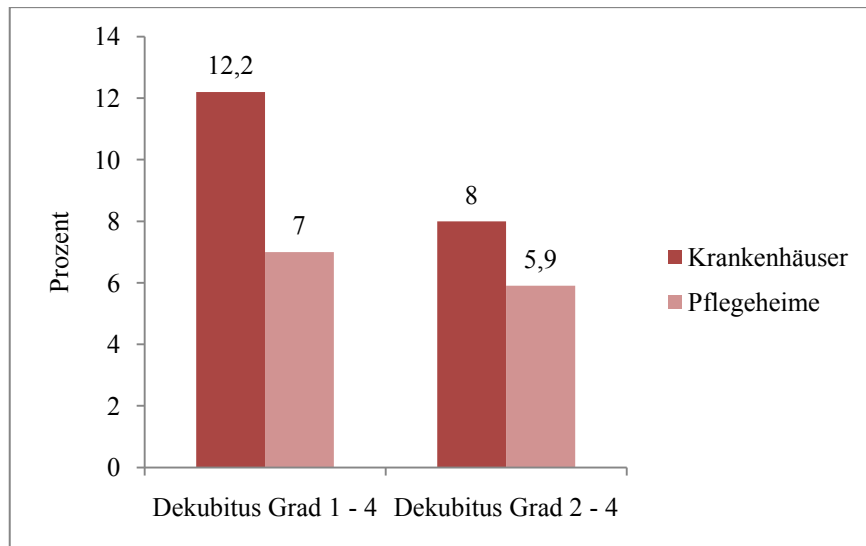
\*\*AR: Personen mit Dekubitusrisiko

\*\*\*D-: Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die keinen Dekubitus haben

\*\*\*\*D+: Anzahl der StudienteilnehmerInnen, die einen Dekubitus haben

80 TeilnehmerInnen der 1.144 Risikopersonen hatten mindestens einen Dekubitus des zweiten bis vierten Grades. In der Nichtrisikogruppe konnten bei drei PatientInnen Dekubitalulcera festgestellt werden. Die Prävalenz exklusive Grad eins, betrug in der Risikogruppe 7 % (n = 80). In den Krankenhäusern lag die Prävalenz in der Risikogruppe für den zweiten bis vierten Dekubitusgrad bei 8 % (n = 47). Eine statistisch nicht signifikant ( $p > 0,05$ ) niedrigere Dekubitusprävalenz wurde bei den BewohnerInnen ermittelt. Für die Pflegeheime wurde eine Dekubitusprävalenz von 5,9 % (n = 33) errechnet.

Im folgenden Diagramm werden die Dekubitusprävalenzen in der Risikogruppe grafisch verdeutlicht. Die Säulen stellen den prozentuellen Anteil der PatientInnen und BewohnerInnen, sowohl mit als auch ohne Dekubituswunden des ersten Grades, dar.



**Abbildung 9: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe**

## 5.4 Charakteristika der Dekubituswunden

Bei den Ergebnissen zu den Wundcharakteristika stellt nicht die Anzahl aller Personen beziehungsweise aller Risikopersonen dieser Erhebung die Bezugsgröße dar, sondern die Anzahl aller Dekubituswunden. Insgesamt wurden in den Krankenhäusern 116 Wunden und in den Pflegeheimen 50 Wunden diagnostiziert. Die Anzahl der Dekubituswunden ist höher als die Anzahl der Personen mit Dekubitus, weil einige PatientInnen und BewohnerInnen zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr als einen Dekubitus aufwiesen.

### 5.4.1 Dekubituswundenanzahl

In der folgenden Tabelle wird gezeigt, wie sich die 166 identifizierten Dekubitalulcera, auf die 114 dekubituserkrankten PatientInnen und BewohnerInnen verteilen.

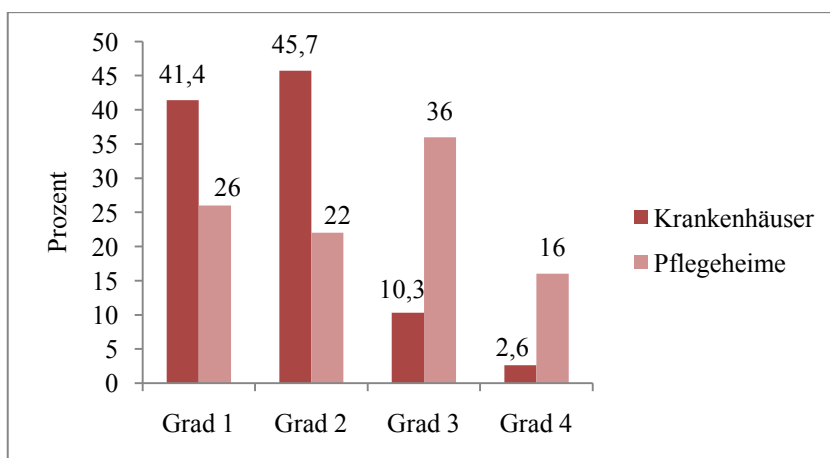
**Tabelle 9: Dekubituswundenanzahl in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Einrichtung	1 Wunde		2 Wunden		3 Wunden		4 und mehr Wunden		Gesamt (100 %)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<b>Krankenhäuser</b>	50	66,6	15	20	6	8	4	5,4	75
<b>Pflegeheime</b>	31	79,5	7	17,9	0	0	1	2,6	39
<b>Gesamt</b>	81	71,1	22	19,3	6	5,2	5	4,4	114

Die Mehrheit aller Dekubituserkrankten hatte eine Wunde (71,1 %, n = 81). In den Krankenhäusern hatten 66,6 % der PatientInnen (n = 50) einen Dekubitus und in den Pflegeheimen hatten 79,5 % der BewohnerInnen (n = 31) einen Dekubitus. Zwei Wunden hatten 20 % der PatientInnen (n = 15) und 17,9 % der BewohnerInnen (n = 7). Mehr als drei Wunden hatten die wenigsten TeilnehmerInnen, wobei eine höhere Wundanzahl pro Person in den Krankenhäusern häufiger vorkam. Die Maximalanzahl an Dekubitalucera die bei einzelnen Personen festgestellt werden konnte, lag bei fünf Wunden.

#### 5.4.2 Dekubitusgrade

In Abbildung 10 werden die Prozentanteile der Dekubituswunden je nach Schweregrad für die an dieser Studie teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime gezeigt.

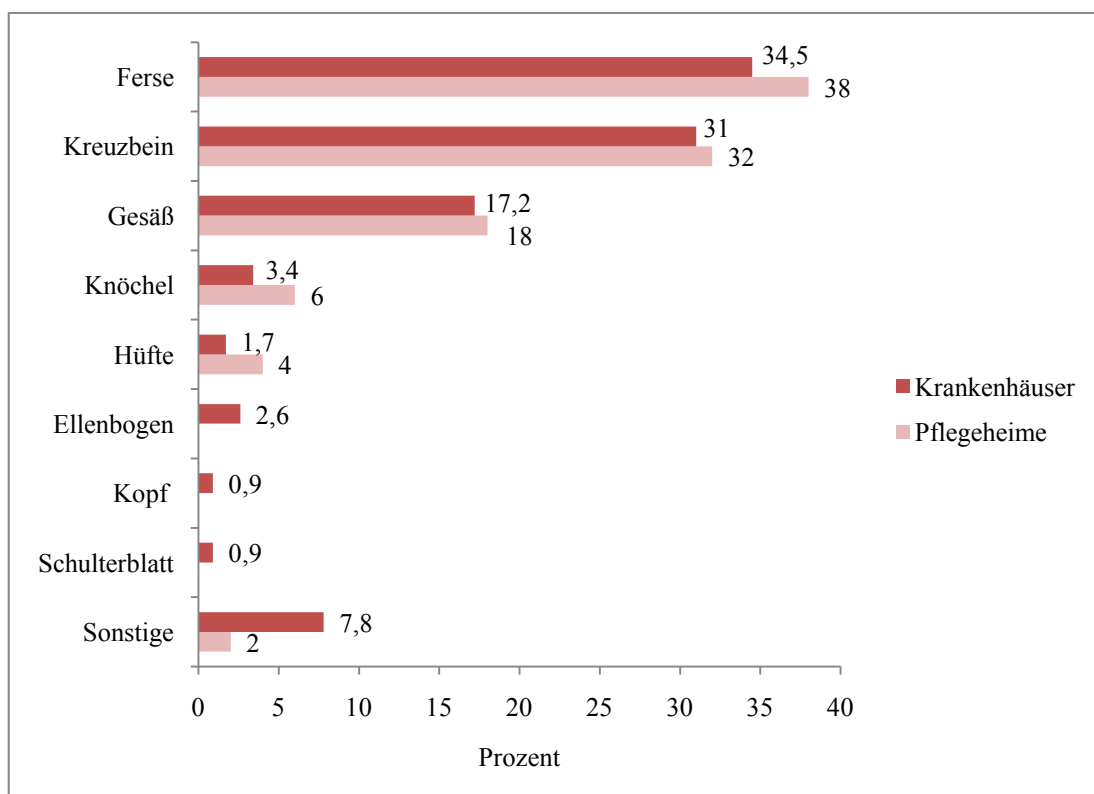


**Abbildung 10: Dekubitusgrade in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Die Mehrheit der identifizierten Wunden bei PatientInnen waren Dekubitalulcera des zweiten Grades (45,7 %, n = 53). In den Pflegeheimen hatten die meisten BewohnerInnen Dekubituswunden des dritten Grades (36 %, n = 18). Aus Abbildung 10 ist deutlich ersichtlich, dass die Dekubituswunden des ersten und zweiten Grades in den Krankenhäusern sehr viel häufiger vertreten waren, als in den Pflegeheimen. Dekubitalulcera der Grade drei und vier waren bei den BewohnerInnen, im Gegensatz zu den PatientInnen, öfter vorhanden.

### 5.4.3 Lokalisationen

Abbildung 11 stellt den prozentuellen Anteil der Dekubituswunden, hinsichtlich der auftretenden Lokalisationen am Körper, für Krankenhäuser und Pflegeheime dar.



**Abbildung 11: Dekubituslokalisationen in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Die Wundlokalisationen waren in beiden Einrichtungen ähnlich verteilt. Der Großteil der Wunden aller TeilnehmerInnen war an der Ferse lokalisiert (Krankenhäuser: 34,5 %, n = 40; Pflegeheime: 38 %, n = 19). Die zweithäufigste Lokalisation war das Kreuzbein (Krankenhäuser: 31 %, n = 36; Pflegeheime: 32 %, n = 16). Am dritthäufigsten waren die Wunden am Gesäß vorhanden (Krankenhäuser: 17,2 %, n = 20; Pflegeheime: 18 %, n = 9). Dekubitalulcera am Kopf, dem Schulterblatt und Ellenbogen waren nur in den Krankenhäusern vorhanden. Wunden an Kopf und Schulterblatt hatte jeweils eine / ein PatientIn (0,9 %) und am Ellenbogen wiesen drei PatientInnen (2,6 %) Wunden auf.

#### 5.4.4 Entstehungsorte

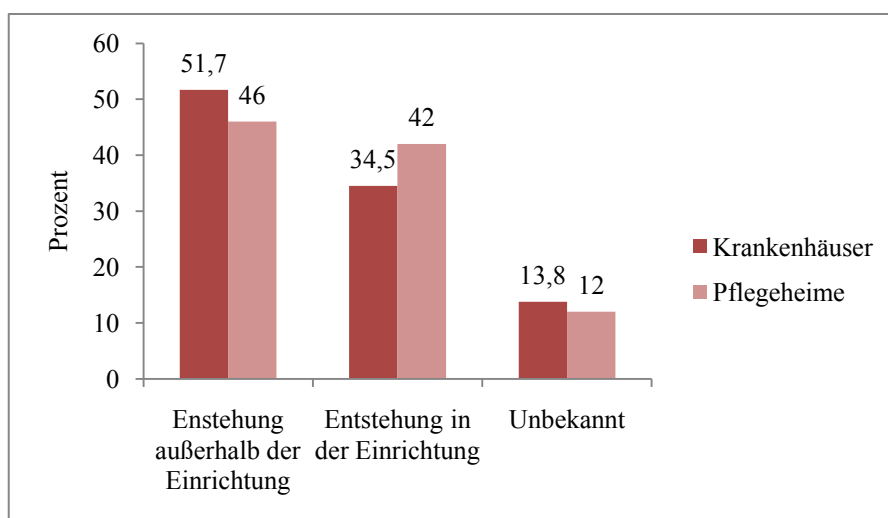
In Tabelle 10 wird der Entstehungsort der 166 untersuchten Dekubituswunden gezeigt. Aus der Tabelle geht hervor, wo genau die Wunden entstanden sind.

**Tabelle 10: Dekubitusentstehungsorte in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

<i>Entstehungsort</i>	<b>Krankenhäuser</b>		<b>Pflegeheime</b>		<b>Gesamt</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Unbekannt</b>	16	13,8	6	12	22	13,3
<b>Diese Station/Bereich</b>	37	31,9	21	42	58	34,9
<b>Andere Station/Bereich</b>	3	2,6	0	0	3	1,8
<b>Andere Einrichtungen</b>						
<b>Krankenhaus</b>	4	3,4	7	14	11	6,6
<b>Pflegeheim</b>	8	6,9	11	22	19	11,5
<b>Rehabilitationszentrum</b>	0	0	2	4	2	1,2
<b>Psychiatrie</b>	1	0,9	0	0	1	0,6
<b>Zu Hause</b>	45	38,8	3	6	48	28,9
<b>Betreuungseinrichtung</b>	2	1,7	0	0	2	1,2
<b>Gesamt</b>	116	100	50	100	166	100

Die Hälfte der 166 Dekubitalulcera entwickelte sich außerhalb der Einrichtung. Bei den PatientInnen entstanden 51,7 % der Wunden (n = 60) nicht im jeweiligen Krankenhaus, in dem sie untersucht wurden. Der Entstehungsort der meisten Dekubitalulcera war bei PatientInnen ihr Zuhause (38,8%, n = 45). 34,5 % der Wunden (n = 40) entwickelten sich bei den PatientInnen in der Einrichtung. Bei 13,8 % der Dekubitalulcera (n = 16) in den Kliniken war der Entstehungsort unbekannt. Auch in den Pflegeheimen entwickelte sich die Mehrheit der Wunden außerhalb der Einrichtung (46 %, n = 23) und am öftesten in einem anderen Pflegeheim (22 %, n = 11). Innerhalb der Pflegeheime entstanden 42 % der Wunden (n = 21). Von 12 % der Wunden (n = 6) war der Ort der Entstehung unbekannt.

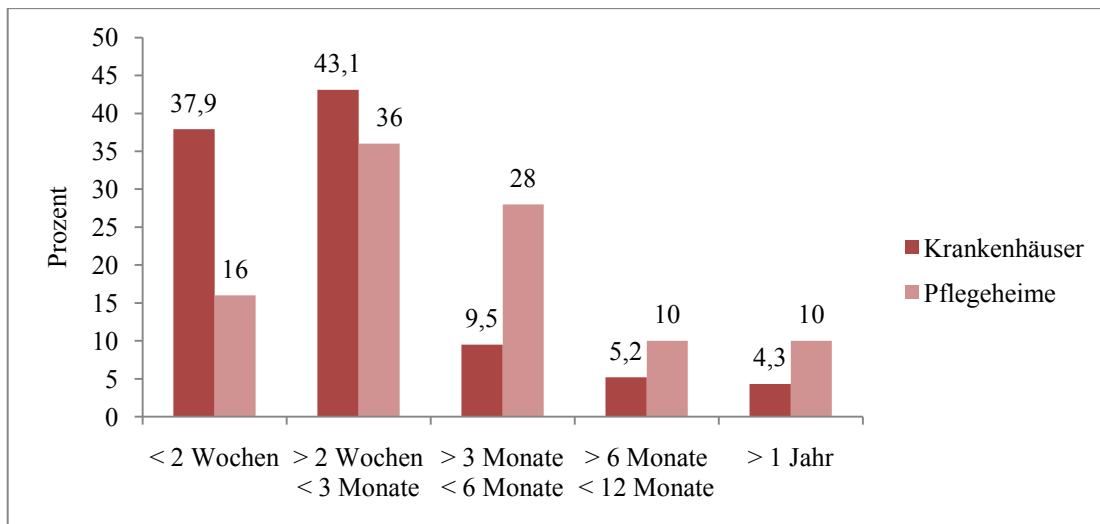
Aus Abbildung 12 geht hervor, wie viel Prozent der Wunden innerhalb oder außerhalb der Einrichtung entstanden sind beziehungsweise bei wie viel Prozent der Ort der Entstehung unbekannt war. Die Abbildung stellt deutlich dar, dass die Mehrheit der Dekubitalulcera außerhalb der Einrichtungen entstand.



**Abbildung 12: Dekubitusentstehungsorte in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

#### 5.4.5 Dauer

Die Dauer des Dekubitus bezieht sich darauf, wie lange die Wunde vor dem Tag der Prävalenzerhebung bestand. Die Unterschiede bezüglich der Dekubitusdauer zwischen den Einrichtungen werden in Abbildung 13 verdeutlicht.



**Abbildung 13: Dauer der Dekubituswunden in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

In den Krankenhäusern war die Mehrheit der Dekubitalulcera im Zeitraum von zwei Wochen bis drei Monaten entstanden (43,1 %, n = 50). Am zweithäufigsten hatten sich die Wunden bei den PatientInnen vor weniger als zwei Wochen entwickelt (37,9 %, n = 44). 9,5 % der Dekubitalulcera in den Krankenhäusern (n = 11) hatten zwischen drei bis sechs Monaten bestanden. In den Pflegeheimen waren die häufigsten Wunden ebenso zwischen zwei Wochen bis drei Monate alt (36 %, n = 18). 28 % der Wunden unter den BewohnerInnen (n = 14) bestanden bereits seit drei bis sechs Monaten. Vor weniger als zwei Wochen entwickelten sich 16 % der Wunden in den Pflegeheimen (n = 8). Aus der Abbildung geht hervor, dass ältere Wunden in den Pflegeheimen häufiger vertreten waren als in den Krankenhäusern und jüngere Dekubitalulcera bei den PatientInnen öfters festgestellt wurden als bei den BewohnerInnen.

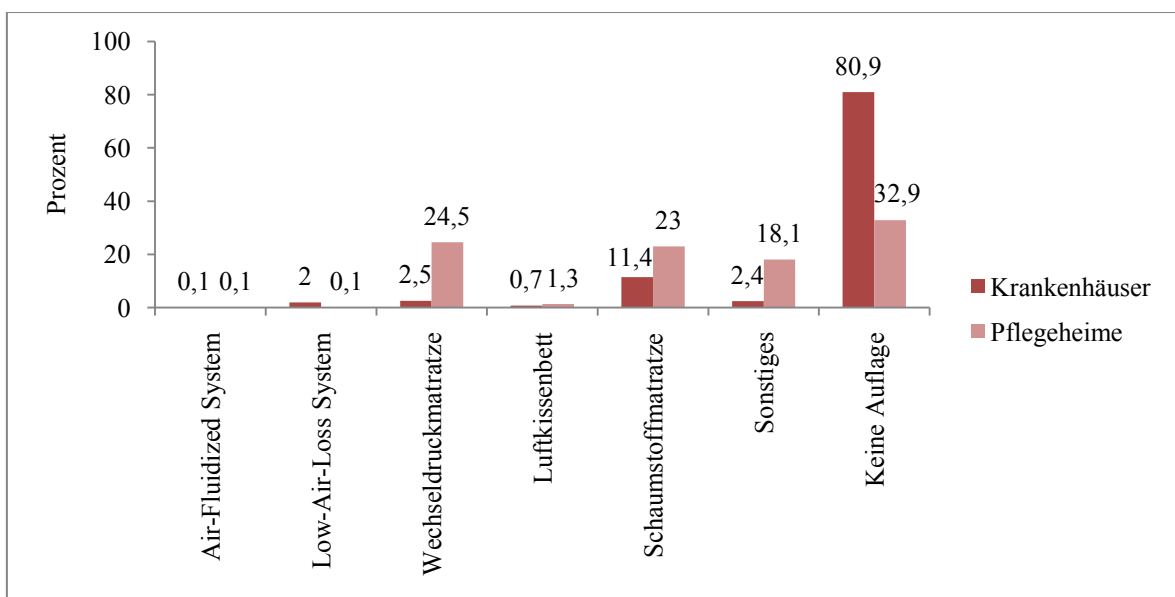
## 5.5 Dekubitusprävention und -behandlung

In diesem Abschnitt wird ein Überblick über angewandte präventive und therapeutische Maßnahmen, innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen, gegeben. Erst werden die Ergebnisse der eingesetzten Mittel zur Dekubitusprävention vorgestellt. Dazu zählen Betten und Matratzen, (Roll)-Stuhlkissen und Hilfsmittel. Danach werden angewandte Maßnahmen zur Prävention (zum Beispiel: Lagerung oder Massagen) aufgezeigt. Die

Ergebnisse zu den prophylaktischen Mitteln und Maßnahmen werden für alle TeilnehmerInnen grafisch dargestellt. Es werden auch Tabellen für PatientInnen und BewohnerInnen mit Dekubitus angeführt, in denen die zum Einsatz gekommenen Mittel und Maßnahmen zur Prävention, geordnet nach Dekubitusgrad, angeführt werden. Anschließend folgt die Darstellung bezüglich der Behandlung der Dekubitalulcera. Hierfür werden die Wundauflagen, welche in den teilnehmenden Einrichtungen verwendet wurden, vorgestellt.

### 5.5.1 Betten und Matratzen

Nachstehend wird gezeigt, welche Betten und Matratzen bei allen StudienteilnehmerInnen zum Einsatz kamen. In Abbildung 14 wird dies getrennt für die Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt.



**Abbildung 14: Betten und Matratzen in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Bei 80,9 % der PatientInnen (n = 1.342) wurden keine Spezialauflagen verwendet. Am häufigsten wurden in Krankenhäusern Schaumstoffmatratzen eingesetzt (11,4 %, n = 184). 32,9 % der BewohnerInnen (n = 227) erhielten keine speziellen Auflagen zur Dekubitus-

vorbeugung. Wechseldruckmatratzen wurden in den Pflegeheimen meist angewendet (24,5 %, n = 169).

Die beiden nachstehenden Tabellen zeigen, wie oft die verschiedenen Betten und Matratzen bei den dekubituserkrankten PatientInnen und BewohnerInnen eingesetzt wurden. Die eingesetzten Betten und Matratzen werden je nach Dekubitusgrad genannt.

**Tabelle 11: Betten und Matratzen bei PatientInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus-grad</i>	Air-Fluidized System	Low-Air-Loss System	Wechseldruckmatratze	Luftkissenbett	Schaumstoffmatratze	Sonstiges	Keine Auflage	Gesamt (n= 100 %)
	%	%	%	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	4	16	16	8	36	0	20	25
<b>Grad 2</b>	0	13,5	24,4	8,1	29,7	8,1	16,2	37
<b>Grad 3</b>	0	30	30	0	40	0	0	10
<b>Grad 4</b>	0	33,3	33,3	0	0	0	33,3	3
<b>Gesamt</b>	1,3	17,3	22,7	6,7	32	4	16	75

PatientInnen mit Wunden der Grade eins bis drei lagen meist auf einer Schaumstoffmatratze (Grad eins: 36 %, n = 9; Grad zwei: 29,7 %, n = 11; Grad drei: 40 %, n = 4). Drei PatientInnen mit einem Dekubitus des vierten Grades erhielten entweder ein Low-Air-Loss System (33,3 %), eine Wechseldruckmatratze (33,3 %) oder keine Auflage (33,3 %).

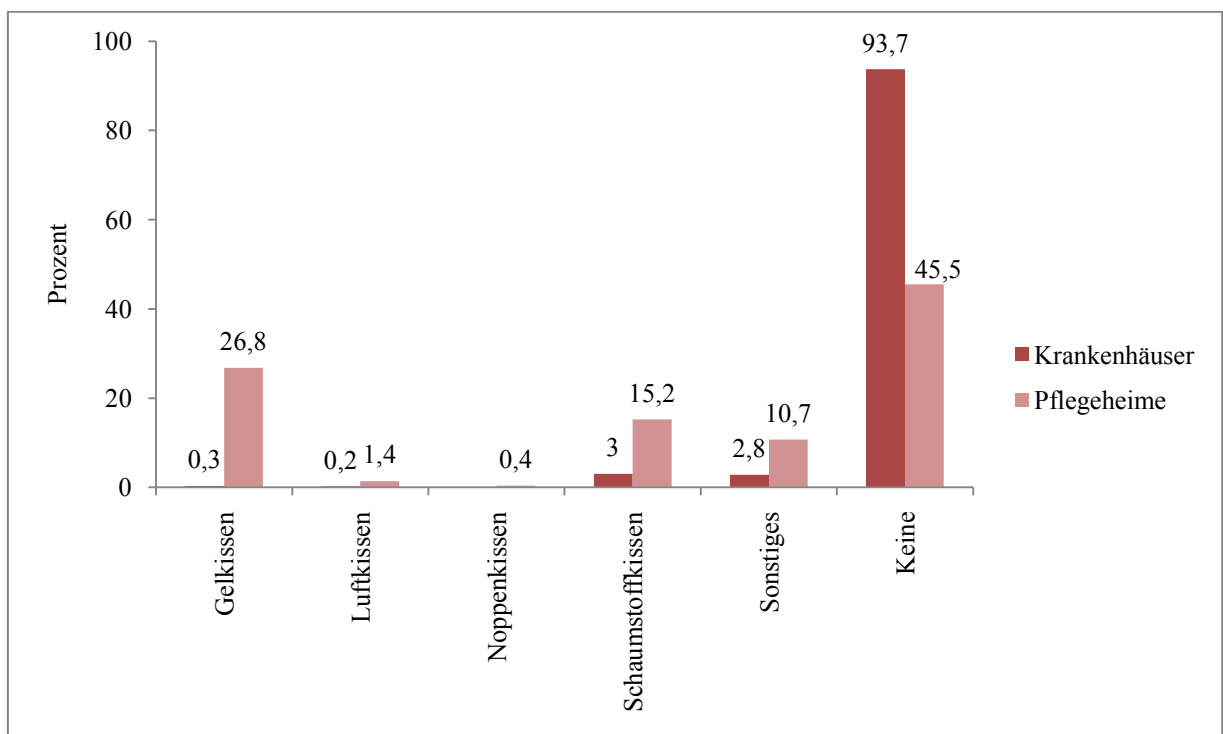
**Tabelle 12: Betten und Matratzen bei BewohnerInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus-grad</i>	Wechseldruckmatratze	Luftkissenbett	Schaumstoffmatratze	Sonstiges	Gesamt (n= 100 %)
	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	66,6	0	16,7	16,7	6
<b>Grad 2</b>	40	10	30	20	10
<b>Grad 3</b>	86,7	0	0	13,3	15
<b>Grad 4</b>	87,5	0	0	12,5	8
<b>Gesamt</b>	71,8	2,5	10,3	15,4	39

Bei erkrankten BewohnerInnen wurden Wechseldruckmatratzen am öftesten benützt (Grad eins: 66,6 %, n = 4; Grad zwei: 40 %, n = 4; Grad drei: 86,7 %, n = 13; Grad vier: 87,5 %, n = 7).

### 5.5.2 (Roll-) Stuhlkissen

In Abbildung 15 wird dargestellt, welche Kissen bei allen untersuchten PatientInnen und BewohnerInnen zur Dekubitusprävention zum Einsatz kamen.



**Abbildung 15: (Roll-) Stuhlkissen in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Bei den wenigsten PatientInnen wurden Kissen zur Vorbeugung eines Dekubitus eingesetzt (6,3 %, n = 105). Am häufigsten kamen in den Krankenhäusern Schaumstoffkissen zum Einsatz (3 %, n = 50). 45,5 % der BewohnerInnen (n = 314) erhielten keine Kissen. Gelkissen (26,8 %, n = 185) und Schaumstoffkissen (15,2 %, n = 105) wurden in den Pflegeheimen am öftesten eingesetzt.

Die Tabellen 13 und 14 stellen dar, welche Kissen bei den dekubituskranken PatientInnen und BewohnerInnen verwendet wurden.

**Tabelle 13: (Roll-) Stuhlkippen bei PatientInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus-grad</i>	Schaumstoffkissen		Sonstiges		Keine Kissen		Gesamt (n = 100 %)
	n	%	n	%	n	%	
<b>Grad 1</b>	3	12	2	8	20	80	25
<b>Grad 2</b>	6	16,2	8	21,6	23	62,2	37
<b>Grad 3</b>	1	10	1	10	8	80	10
<b>Grad 4</b>	0	0	0	0	3	100	3
<b>Gesamt</b>	10	13,3	11	14,7	54	72	75

Beim Großteil der PatientInnen wurden keine Kissen angewendet (Grad eins; 80 %, n = 20; Grad zwei: 62,2 %, n = 23; Grad drei: 80 %, n = 8; Grad vier: 100 %, n = 3).

**Tabelle 14: (Roll-) Stuhlkippen bei BewohnerInnen mit Dekubitus**

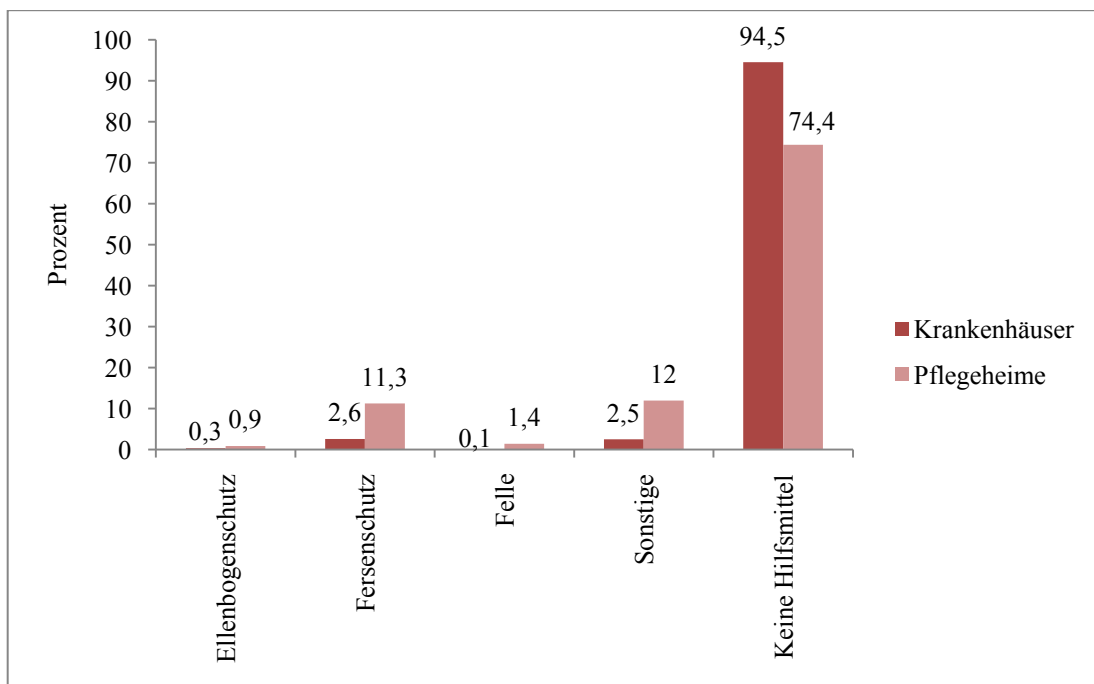
<i>Dekubitus-grad</i>	Gelkissen		Luftkissen		Schaumstoffkissen		Sonstiges		Keine Kissen		Gesamt (n = 100 %)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Grad 1</b>	3	50	0	0	1	16,6	0	0	2	33,4	6	100
<b>Grad 2</b>	3	30	0	0	0	0	3	30	4	40	10	100
<b>Grad 3</b>	5	33,3	0	0	1	6,7	5	33,3	4	26,7	15	100
<b>Grad 4</b>	2	25	2	25	1	12,5	2	25	1	12,5	8	100
<b>Gesamt</b>	13	33,3	2	5,1	3	7,7	10	25,6	11	28,3	39	100

Bei den BewohnerInnen mit Dekubituswunden des ersten Grades kamen meist Gelkissen zum Einsatz (50 %, n = 3). BewohnerInnen die einen Grad zwei Dekubitus hatten bekamen am häufigsten keine Kissen (40 %, n = 4). Bei Personen mit einem Grad drei Dekubitus wurden am öftesten Gelkissen (33,3 %, n = 5) und sonstige Kissen (33,3 %, n = 5) verwendet. Bei Dekubituswunden des vierten Grades wurden in den teilnehmenden

Pflegeheimen meist Gelkissen (25 %, n = 2), Luftkissen (25 %, n = 2) und sonstige Kissen (25 %, n = 2) angewendet.

### 5.5.3 Hilfsmittel

In der nächsten Abbildung werden die verwendeten Hilfsmittel zur Dekubitusprävention in Pflegeheimen und Krankenhäusern grafisch dargestellt. Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich. Deshalb beziehen sich die Prozentzahlen in Abbildung 16 auf den Anteil der unterschiedlichen Kissen an der Gesamtanzahl aller angewendeten Kissen und nicht auf die Personenanzahl.



**Abbildung 16: Hilfsmittel in Krankenhäusern und Pflegeheimen**

Bei PatientInnen wurden fast keine Hilfsmittel verwendet (94,5 %, n = 1.576). Am öftesten kamen in den Krankenhäuser Fersenschützer zum Einsatz (2,6 %, n = 44). Auch in den Pflegeheimen wurden kaum Hilfsmittel für die BewohnerInnen verwendet (74,4 %, n = 528). Am häufigsten erhielten BewohnerInnen „Sonstige“, als die im Fragebogen genannten Hilfsmittel (12 %, n = 85).

In den nächsten beiden Tabellen wird dargestellt, welche Hilfsmittel bei PatientInnen und BewohnerInnen mit Dekubitus, angewendet wurden. Da bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich waren, bezieht sich die Absolutanzahl (n) in den beiden Tabellen auf die Anzahl aller angewandten Hilfsmittel.

**Tabelle 15: Hilfsmittel bei PatientInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus- grad</i>	<b>Ellenbogen- schutz</b>		<b>Fersenschutz</b>		<b>Sonstige</b>		<b>Keine Hilfsmittel</b>		<b>Gesamt (n = 100 %)</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Grad 1</b>	1	4	4	16	4	16	16	64	25
<b>Grad 2</b>	1	2,6	11	28,2	7	17,9	20	51,3	39
<b>Grad 3</b>	0	0	3	30	3	30	4	40	10
<b>Grad 4</b>	0	0	2	66,7	0	0	1	33,3	3
<b>Gesamt</b>	2	2,6	20	26	14	18,2	41	53,2	77

Bei PatientInnen, die Dekubituswunden des ersten, zweiten und dritten Grades hatten, wurden beinahe keine Hilfsmittel eingesetzt (Grad eins: 64 %, n = 16; Grad zwei: 51,3 %, n = 20; Grad drei: 40 %, n = 4). Die häufigsten Hilfsmittel die bei Dekubituswunden des vierten Grades in Krankenhäusern verwendet wurden, waren Fersenschützer (66,7 %, n = 2).

**Tabelle 16: Hilfsmittel bei BewohnerInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus- grad</i>	<b>Ellenbogen- schutz</b>		<b>Fersen- schutz</b>		<b>Felle</b>		<b>Sonstige</b>		<b>Keine Hilfsmittel</b>		<b>Gesamt (n = 100 %)</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
<b>Grad 1</b>	0	0	4	66,8	0	0	1	16,6	1	16,6	6
<b>Grad 2</b>	0	0	3	27,3	0	0	2	18,2	6	54,5	11
<b>Grad 3</b>	0	0	7	36,8	1	5,3	5	26,3	6	31,6	19
<b>Grad 4</b>	1	12,5	2	25	0	0	3	37,5	2	25	8
<b>Gesamt</b>	1	2,3	16	36,4	1	2,3	11	25	15	34	44

Hilfsmittel, die bei den BewohnerInnen mit Dekubituswunden Grad eins und Grad drei oftmals eingesetzt wurden, waren Fersenschützer (Grad eins: 66,8 %, n = 4; Grad drei: 36,8 %, n = 7). Bei Wunden des zweiten Grades wurden meist keine Hilfsmittel (54,5 %, n = 6) und bei Wunden des vierten Grades am öftesten „sonstige Hilfsmittel“ (37,5 %, n = 3) angewendet.

### 5.5.4 Maßnahmen

Bei der Angabe der Maßnahmen zur Vorbeugung von Dekubitus waren Mehrfachantworten möglich. Daher beziehen sich die Prozentanzahlen in der folgenden Abbildung auf den Anteil aller genannten Maßnahmen und nicht auf die Personenanzahl.

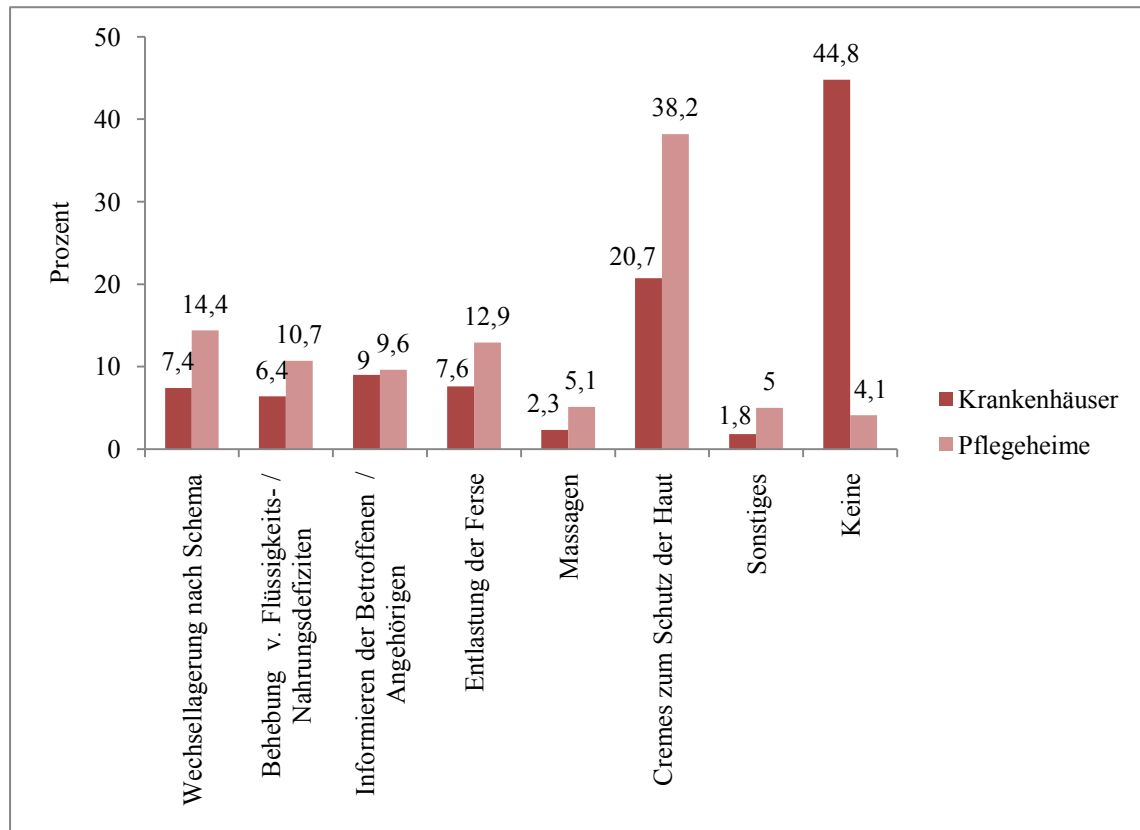


Abbildung 17: Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Abbildung 17 zeigt, dass in den Krankenhäusern selten Maßnahmen gesetzt wurden (44,8 %, n = 1.073). In den Pflegeheimen fanden als prophylaktische Maßnahme gegen Dekubituswunden sehr oft Cremes zum Schutz der Haut Anwendung (38,2 %, n = 596). Auch bei 20,7 % der PatientInnen (n = 496) wurde diese präventive Maßnahme durchgeführt.

In den folgenden Tabellen wird die Verteilung der Maßnahmen bei BewohnerInnen und PatientInnen mit Dekubitus für die verschiedenen Grade aufgezeigt. Da bei dieser Frage

Mehrfachantworten abgegeben werden konnten, bezieht sich die absolute Anzahl (n) in den Tabellen auf die Anzahl aller durchgeführten Maßnahmen.

**Tabelle 17: Maßnahmen bei PatientInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus-grad</i>	Wechselagerung nach Schema	Prävention und Behebung von Flüssigkeits- und Ernährungsdefizite	Informieren der PatientInnen und Angehörigen	Entlastung der Ferse	Massagen zur besseren Durchblutung	Cremes zum Schutz der Haut	Sonstige	Keine	Gesamt (n = 100 %)
	%	%	%	%	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	19	12,7	12,7	19	7,6	27,8	1,2	0	79
<b>Grad 2</b>	16,8	12,6	15,1	19,4	5	26,1	4,2	0,8	119
<b>Grad 3</b>	18,4	18,4	15,9	18,4	0	28,8	0	0	38
<b>Grad 4</b>	28,6	0	0	28,6	0	42,8	0	0	7
<b>Gesamt</b>	18,1	13,2	14	19,3	4,9	27,6	2,5	0,4	243

Die meist durchgeführte Maßnahme bei den dekubituserkrankten PatientInnen war der Einsatz von Cremes zum Schutz der Haut (Grad eins: 27,8 %, n = 22; Grad zwei: 26,1 %, n = 31; Grad drei: 28,8 %, n = 11; Grad vier: 42,8 %, n = 3).

**Tabelle 18: Maßnahmen bei BewohnerInnen mit Dekubitus**

<i>Dekubitus-grad</i>	Wechselagerung nach Schema	Prävention und Behebung von Flüssigkeits- und Ernährungsdefizite	Informieren der PatientInnen und Angehörigen	Entlastung der Ferse	Massagen zur besseren Durchblutung	Cremes zum Schutz der Haut	Sonstige	Gesamt (n = 100 %)
	%	%	%	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	14,3	9,5	4,8	19	9,5	28,6	14,3	21
<b>Grad 2</b>	22	9,8	14,6	22	2,4	26,8	2,4	41
<b>Grad 3</b>	25,9	8,6	6,9	24,1	3,4	25,9	5,2	58
<b>Grad 4</b>	24,2	10,3	10,3	17,2	6,9	24,2	6,9	29
<b>Gesamt</b>	22,8	9,4	9,4	21,5	4,7	26,2	6	149

Bei allen dekubituserkrankten BewohnerInnen wurden Maßnahmen zur Dekubitusprävention angewendet. BewohnerInnen mit Dekubituswunden des ersten und zweiten Grades bekamen oftmals Cremes zum Schutz der Haut aufgetragen (Grad eins: 28,6 %, n = 6; Grad zwei: 26,8 %, n = 11). Bei BewohnerInnen mit Dekubituswunden des dritten und vierten Grades wurden ebenfalls häufig Cremes aufgetragen (Grad drei: 25,9 %, n = 15; Grad vier: 24,2 %, n = 7) und Wechsellagerungen nach Schema durchgeführt (Grad drei: 25,9 %, n = 15; Grad vier: 24,2 %, n = 7).

### 5.5.5 Behandlung

In den nächsten beiden Tabellen werden die angewendeten Wundauflagen, für alle 166 Dekubitalulcera, je nach Grad, bei PatientInnen und BewohnerInnen, dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl der Wunden des jeweiligen Grades.

**Tabelle 19: Wundauflagen bei PatientInnen**

Dekubitus- grad	Trockener Verband	Alginate	Folie	Hydrokolloide	Hydrogel	Schaumdressing	Fetthaltiger Verband	Antibakterielle Salben	Antibakterielle Verbände	Hydrofaser	Sonstige Wundauflagen	Keine Wundauflagen	Gesamt (n = 100 %)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	2,6	0	5,3	2,6	0	10,5	2,6	10,5	2,6	0	5,4	57,9	38
<b>Grad 2</b>	6,9	3,4	1,7	19	3,4	44,8	5,2	3,4	0	0	5,2	6,9	58
<b>Grad 3</b>	20	13,3	0	33,3	0	6,7	6,7	0	0	6,7	6,7	6,7	15
<b>Grad 4</b>	0	20	0	0	0	40	0	0	0	20	0	20	5
<b>Gesamt</b>	6,9	4,3	2,6	14,7	1,7	28,4	4,3	5,2	0,9	1,7	5,2	24,1	116

PatientInnen mit Wunden des ersten Grades erhielten meist keine Wundauflagen (57,9 %, n = 22). Dekubitalulcera des zweiten und vierten Grades wurden am öftesten mit Schaumdressings behandelt (Grad zwei: 44,8 %, n = 26; Grad vier: 40 %, n = 2). Grad drei Dekubituswunden wurden hauptsächlich mit Hydrokolloiden versorgt (33,3 %, n = 5).

**Tabelle 20: Wundauflagen bei BewohnerInnen**

<i>Dekubitus-grad</i>	Trockener Verband	Alginat	Folie	Hydrokolloide	Hydrogel	Schaumdressing	Fetthaltiger Verband	Antibakterielle Salben	Antibakterielle Verbände	Hydrofaser	Vakuum - Systeme	Sonstige Wundauflagen	Keine Wundauflagen	Gesamt (n = 100 %)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	n
<b>Grad 1</b>	18,2	0	0	9,1	9,1	0	9,1	0	0	0	0	45,4	9,1	11
<b>Grad 2</b>	20	0	10	30	10	10	10	10	0	0	0	0	0	10
<b>Grad 3</b>	5,3	0	0	10,4	5,3	5,3	5,3	26,3	36,8	5,3	0	0	0	19
<b>Grad 4</b>	20	30	0	10	0	0	0	0	20	0	10	10	0	10
<b>Gesamt</b>	14	6	2	14	6	4	6	12	18	2	2	12	2	50

Bei BewohnerInnen des Pflegeheims wurden am öftesten „Sonstige Wundauflagen“ zur Behandlung eines Dekubitus ersten Grades angewendet (45,4 %, n = 5). Zur Behandlung des zweiten Grades wurden am häufigsten Hydrokolloide eingesetzt (30 %, n = 3). Dekubitalulcera des dritten Grades wurden in den Pflegeheimen zumeist mit antibakteriellen Verbänden (Silberverbänden) therapiert (36,8 %, n = 7). Bei einem Dekubitus des Grades vier, wurden am häufigsten Alginat verwendet (30 %, n = 3).

## 6 Diskussion

---

Im Vergleich mit internationalen Dekubitusprävalenzstudien, zeigte die erste österreichische Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten, dass die Erkrankungsrate in den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen in Österreich verhältnismäßig niedrig war.

Unter den PatientInnen (n = 1.662) wurde eine Gesamtprävalenz von 4,5 % (exklusive Grad eins: 3 %) gemessen. Die Studie von Sanada et al (2008) zeigt ähnliche Gesamtprävalenzen in japanischen Krankenhäusern. Aufgrund der Unterschiede in der Methode ist es jedoch nicht möglich die Ergebnisse der japanischen Prävalenzerhebung mit den Ergebnissen dieser Studie zu vergleichen (Bours 2003; Gallagher et al. 2008; Gerlach et al. 2008; Kottner et al. 2009; Tannen, Dassen & Halfens 2009; Tannen et al. 2004; Vanderwee et al. 2007). Die Gesamtprävalenz in den teilnehmenden Pflegeheimen (n = 687) betrug 4,5 % (exklusive Grad eins: 3 %). Die Landesweiten Prävalenzerhebungen pflegebezogener Daten aus den Niederlanden und Deutschland (Bours et al. 2002; Bours et al. 1999; Lahmann, Halfens & Dassen 2005; Schluer, Cignacco & Halfens 2008), welche dieselbe Methode, eine ähnliche Studienpopulation und die gleichen Definitionen zur Errechnung der Gesamtprävalenz benutzten, wie diese Studie, hatten stets höhere Dekubituserkrankungsraten.

Um die Dekubitusprävalenzen zwischen den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen vergleichen zu können, wurden in dieser Arbeit Prävalenzraten innerhalb der Risikogruppe gemessen. Dadurch konnten Gruppen, die einen verschieden hohen Anteil an Personen mit einem Dekubitusrisiko aufweisen, standardisiert und in Folge gegenübergestellt werden. In den Pflegeheimen wurde eine statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) niedrigere Dekubitusprävalenz für die Grade eins bis vier innerhalb der Risikogruppe (n = 560) gemessen als in der Risikogruppe in den Krankenhäusern (n = 584) (Pflegeheime: 7 %, exklusive Grad eins: 5,9 %; Krankenhäuser: 12,2 %, exklusive Grad eins: 8 %). Beinahe identische Prävalenzraten, wie bei den RisikobewohnerInnen in dieser Studie, gab es in den letzten Jahren in der Risikogruppe in deutschen Pflegeheimen (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005). Es ist jedoch zu beachten, dass die Anzahl der BewohnerInnen bei den deutschen Dekubitus-

prävalenzerhebungen weitaus höher war, als bei der ersten Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten in Österreich.

Publizierte Dekubitusprävalenzstudien wiesen innerhalb der Risikogruppe in Krankenhäusern stets höhere Erkrankungsraten auf, als diese Prävalenzerhebung (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Lahmann, Halfens & Dassen 2005; Lahmann et al. 2002; Tannen, Dassen & Halfens 2008; Tannen et al. 2008; Tannen et al. 2004).

Eine sehr viel niedrigere Dekubitusprävalenz, als bei dieser Studie, wurde nur von Kröger et al. (2009) bei über 16 Millionen deutschen KrankenhauspatientInnen festgestellt. Mit Hilfe von zuvor aufgezeichneten Daten zum Vorliegen eines Dekubitus, wurde eine Gesamtprävalenz von 0,06 % errechnet. Da viele Dekubitusfälle allerdings nicht dokumentiert werden, wird davon ausgegangen, dass bei solch einem Vorgehen der Prävalenzberechnung, die Ergebnisse unterschätzt werden (International Guidelines 2009). Dies ist unter Umständen ein Grund dafür, weshalb die Dekubituserkrankungsrate bei der Studie von Kröger et al. (2009) so niedrig war.

Eine auffallend hohe Dekubituserkrankungsrate wurde bei der niederländischen Piloterhebung zur ersten Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten unter den BewohnerInnen (n = 122) gemessen. Die Rate betrug 83,6 %, wobei der Großteil der ermittelten Dekubitalulcera, nämlich über 60 %, als Wunden ersten Grades eingeschätzt wurden (Bours et al. 1999). Dekubituswunden des ersten Grades sind meist reversibel und dauern oft nur wenige Stunden an (Halfens, Bours & Van Ast 2001). Bei der Studie von Bours et al. (1999) gilt zu beachten, dass die Stichprobe für diese Piloterhebung sehr klein war und die Repräsentativität der Ergebnisse auf die Population daher eingeschränkt ist.

Neben der Dekubitusprävalenz wurden in dieser Arbeit auch die Wundcharakteristika von allen dekubituserkrankten Personen erhoben. Insgesamt wurden 166 Dekubitalulcera (Krankenhäuser: n = 116; Pflegeheime: n = 50) diagnostiziert, welche zum Großteil Wunden des zweiten Grades (38,6 %) waren. Getrennt nach den Institutionen, wurden auch in den Krankenhäusern Dekubituswunden des zweiten Grades am häufigsten festgestellt (45,7 %). Ergebnisse anderer Studien zeigten, dass Dekubituswunden in Krankenhäusern meist jene des ersten Grades waren. Nur in wenigen Studien wurde ebenso der Grad zwei bei PatientInnen am öftesten gemessen (Kröger et al. 2009; Marrie,

Ross & Rockwood 2003; Pearson et al. 2000; Sanada et al. 2008). In den Pflegeheimen, die an dieser Studie teilnahmen, wurden überraschenderweise Dekubitalulcera des dritten Grades am häufigsten diagnostiziert (36%). Dieses Ergebnis geht nicht mit den Ergebnissen internationaler Dekubitusprävalenzerhebungen einher. Aus dieser Studie geht auch hervor, dass Dekubituswunden des ersten und zweiten Grades in Krankenhäusern öfter vertreten waren als in Pflegeheimen und Dekubituswunden des dritten und vierten Grades in den Pflegeheimen im Vergleich zu den Krankenhäusern deutlich überwogen.

Anders als in internationalen Studien, die zumeist feststellten, dass Dekubitalulcera sich am häufigsten am Kreuzbein bildeten (Bours et al. 2002; Bours et al. 1999; Davis & Caseby 2001; Gallagher et al. 2008; Halfens, Bours & Van Ast 2001; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Marrie, Ross & Rockwood 2003; Vanderwee et al. 2007; VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008), zeigten die Ergebnisse dieser Prävalenzerhebung, dass die 116 Wunden in den Krankenhäusern und 50 Wunden in den Pflegeheimen meist an der Ferse lokalisiert waren (Krankenhäuser: 34,5%; Pflegeheime: 38 %). Auch Barrois et al. (2008), Dassen et al. (2007), Dassen et al. (2005), Pearson et al. (2000) und Vanderwee et al. (2007) fanden im Rahmen ihrer Dekubitusprävalenzerhebungen heraus, dass Wunden meist an der Ferse vorlagen. In dieser Studie waren Dekubituswunden neben der Ferse auch häufig am Kreuzbein (Krankenhäuser: 31 %; Pflegeheime 32 %) und Gesäß (Krankenhäuser: 17,2 %; Pflegeheime: 18 %) vorhanden. An diesen drei Körperstellen treten auch im Rahmen der deutschen Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten jährlich die meisten Wunden auf (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002). Der Ferse, dem Kreuzbein und dem Gesäß sollte deshalb in der Praxis besondere Beachtung bezüglich der Entstehung eines Dekubitus geschenkt werden.

Die Ergebnisse in dieser Masterarbeit zum Entstehungsort der 166 untersuchten Dekubituswunden unterscheiden sich sehr von denen anderer Studien. Internationale Prävalenzstudien zeigten, dass sich Dekubituswunden meist im jeweiligen Krankenhaus oder Pflegeheim bildeten (Bours et al. 1999; Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002; Gallagher et al. 2008; Lahmann, Halfens & Dassen 2006; Lahmann et al. 2002). In dieser Erhebung, war der Entstehungsort der untersuchten Wunde zumeist außerhalb der Einrichtung (Krankenhaus: 51,7 %; Pflegeheim: 46 %). Bei vielen Dekubituswunden war

der Ort der Entstehung unbekannt (Krankenhäuser: 13,8 %; Pflegeheime: 12 %). Dies ist vermutlich auf eine unvollständige Dokumentation der Dekubitusfälle zurückzuführen.

Die Mehrheit der Wunden in Österreichs Krankenhäusern (43,1 %) und Pflegeheimen (36 %) war zwischen zwei Wochen und drei Monate alt. Auch in niederländischen Studien (Bours et al. 2002; Bours et al. 1999), entwickelte sich der Großteil der untersuchten Wunden innerhalb dieser Zeit.

Bei den Ergebnissen zu den Präventions- und Behandlungsmaßnahmen bezüglich Dekubituswunden fiel auf, dass in österreichischen Pflegeheimen häufiger prophylaktische Maßnahmen zur Dekubitusvorbeugung angewendet wurden, als in den Krankenhäusern. Möglicherweise könnte dies ein Grund dafür sein, dass die Prävalenz in der Risikogruppe unter den BewohnerInnen niedriger war, als unter den PatientInnen.

Ergebnisse zur Dekubitusprävention und -behandlung können mit denen der deutschen Landesweiten Prävalenzerhebungen pflegebezogener Daten verglichen werden (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007; Dassen et al. 2006; Dassen et al. 2005; Dassen et al. 2004; Dassen et al. 2003; Dassen et al. 2002). Während bei über 50 % aller teilnehmenden BewohnerInnen (n = 691) spezielle Betten und Matratzen beziehungsweise Kissen als Dekubitusprophylaxe eingesetzt wurden, wurde dies nur bei einem sehr geringen PatientInnenanteil gemacht (Betten und Matratzen: 19,1 %, n = 320; Kissen: 6,3 %, n = 105). Im Vergleich mit den deutschen Prävalenzerhebungen wurden in den teilnehmenden österreichischen Pflegeheimen oft Spezialauflagen und Spezialmatratzen zur Dekubitusprävention benutzt. Hilfsmittel wurden in beiden Einrichtungen sehr selten zur Dekubitusprävention eingesetzt (Krankenhäuser: 5,5 %, n = 86; Pflegeheime: 25,6 %, n = 163). Dies stellten auch die deutschen Prävalenzstudien fest. Ähnlichkeiten zu den Ergebnissen der deutschen Studien gibt es auch im Hinblick auf die Matratzen die bei dekubituserkrankten Personen zum Einsatz kamen. In beiden Ländern lagen Personen mit einem Dekubitus besonders oft auf Wechseldruckmatratzen. 22,7 % der erkrankten PatientInnen (n = 17) und 71,8 % der dekubituserkrankten BewohnerInnen (n = 28) dieser Studie lagen auf einer Wechseldruckmatratze. Aus dieser Prävalenzerhebung geht außerdem hervor, dass alle dekubituserkrankten BewohnerInnen (n = 39) auf einer Spezialmatratze oder einem Spezialbett lagen, während bei 16 % der PatientInnen mit einem Dekubitus (n = 12) keine spezielle Auflage zum Einsatz kam. Bestimmte Maßnahmen zur Dekubitusprävention, wie Cremes zum Schutz der Haut oder

Wechselagerung nach Schema, wurden in beiden Einrichtungen viel häufiger durchgeführt als das Mittel zur Prävention, wie Spezialauflagen oder Spezialkissen, eingesetzt wurden. Im Gegensatz zu den deutschen Studien, wo als häufigste Maßnahmen die Mobilisierung und Hautinspektion bei Personen mit Dekubitus genannt wurde, wurde in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen am öftesten die Haut der Dekubituserkrankten eingecremt (Krankenhäuser: 27,6 %, n = 67; Pflegeheime: 26,2 %, n = 39). Als Wundauflage zur Behandlung der Dekubituswunden wurden in den Krankenhäusern dieser Studie am häufigsten Schaumdressings (28,4 %, n = 33) eingesetzt und in den Pflegeheimen wurden meist antibakterielle Verbände (18 %, n = 9) verwendet.

## **6.1 Limitationen der Studie**

Die Teilnahme an dieser Studie war für die Einrichtungen gebührenpflichtig. Dies stellt einen Bias in der Datenerhebung dar. Einerseits ist es möglich, dass die teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime aufgrund der Kosten „das Beste“ für ihr Geld wollten und deshalb jene Stationen und Wohnbereiche für die Erhebung auswählten, welche ein hohes Dekubitusrisiko haben. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass die Einrichtungen gerade jene Stationen oder Wohnbereiche wählten, in denen PatientInnen oder BewohnerInnen ein sehr niedriges Dekubitusrisiko haben, um eine niedrigere Prävalenz zu erzielen. Wenn letzteres der Fall gewesen wäre, könnte dies ein Grund für die, im Vergleich zu anderen Studien, niedrige Dekubitusprävalenz sein. Durch die freiwillige Teilnahme an der Studie kam es vielleicht auch zu einer Verzerrung der Ergebnisse, weil es sich bei den teilnehmenden Einrichtungen möglicherweise um Pflegeheime und Krankenhäuser handelt, die den erhobenen Pflegeproblemen eine besondere Beachtung schenken.

Eine weitere Limitation dieser Studie ist die recht niedrige TeilnehmerInnenzahlen, welche die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse einschränkt. Insgesamt nahmen 17 österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime an der Prävalenzerhebung teil. Österreichweit gab es Anfang des Jahres 2009 jedoch 265 bettenführende Krankenhäuser (Bundesministerium für Gesundheit 2009) und 878 Alten- Senioren- und Pflegeeinrichtungen (VSP 2009). Ein denkbarer Grund für die niedrige Beteiligung dieser Einrichtungen ist, dass dies die erste Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener

Daten in Österreich war und viele Institutionen noch unsicher bezüglich einer Teilnahme waren. Publikationen zu den Ergebnissen dieser Prävalenzerhebung können vielleicht dazu beitragen, dass sich bei der nächsten Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten mehr Einrichtungen für eine Teilnahme interessieren.

Außerdem stellt die informierte Zustimmung, die abgegeben werden musste, um an der Studie teilnehmen zu dürfen, eine Einschränkung der Studie dar. Wenn Personen selbst nicht imstande waren eine informierte Zustimmung abzugeben, musste diese durch deren gesetzliche VertreterInnen eingeholt werden. Der eher umständliche und langwierige Prozess, der Einholung einer informierten Zustimmung von den gesetzlichen VertreterInnen, verhinderte vermutlich häufig, dass diese PatientInnen und BewohnerInnen an der Prävalenzerhebung teilnahmen. Personen, von denen eine informierte Zustimmung von gesetzlichen VertreterInnen eingeholt werden muss, sind häufig schwer Erkrankte, wie zum Beispiel komatöse Menschen. Bei solchen Menschen besteht ein hohes Risiko für die Entstehung eines Dekubitus und deshalb wäre die Beteiligung dieser Personen an einer solchen Erhebung besonders wichtig, um repräsentative Daten zu erhalten.

## **6.2 Stärken der Studie**

Eine Stärke dieser Studie liegt darin, dass die StudienteilnehmerInnen von zwei geschulten Pflegepersonen systematisch untersucht wurden. Durch die direkte Hautinspektion am Tag der Erhebung war es möglich, die Dekubituserkrankungsrate sehr genau zu erfassen.

Des Weiteren ist positiv anzumerken, dass die Gesamtprävalenz und die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet wurden. Die Gesamtprävalenz wurde deshalb ermittelt, weil diese bei anderen Studien, im Gegensatz zur Prävalenz in der Risikogruppe, weit verbreitet ist. Beim Vergleich mit internationalen Prävalenzstudien ist aber Vorsicht geboten, da nur Studien mit derselben Methode, einer ähnlichen Studienpopulation und den gleichen Definitionen von Prävalenz und Dekubitus, gegenübergestellt werden können (Bours 2003; Gallagher et al. 2008; Gerlach et al. 2008; Kottner et al. 2009; Tannen, Dassen & Halfens 2009; Tannen et al. 2004; Vanderwee et al. 2007). Durch die standardisierte Vorgehensweise bei der Erhebung und Auswertung der Daten wird es Ländern und

Einrichtungen, die an der Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten teilnahmen ermöglicht, Vergleiche anzustellen.

Eine große Stärke dieser Querschnittstudie ist auch, dass zum Zeitpunkt der Erhebung, alle in den Einrichtungen anwesenden Personen, an der Studie teilnehmen konnten. Dadurch konnte die tatsächliche Ist-Situation der Dekubitusprävalenz in diesen Einrichtungen dargestellt werden.

### **6.3 Empfehlungen**

Da in dieser Masterarbeit zur Dekubitusbehandlung und -prävention in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen nur ein Überblick gegeben wurde, wäre es notwendig die Dekubitusprophylaxe und –therapie in den teilnehmenden Einrichtungen genauer zu untersuchen und die Ergebnisse ausführlicher zu beschreiben. In dieser Arbeit wurden die angewendeten präventiven Maßnahmen und Mittel auf alle PatientInnen und BewohnerInnen bezogen ausgewertet. Es ist zu empfehlen dies auch getrennt für die Risiko- und Nichtrisikopersonen zu untersuchen.

Außerdem ist es zu empfehlen, dass die Daten zu Dekubitus aus den weiteren Einrichtungen, die an dieser Prävalenzerhebung teilnahmen, ausgewertet werden, um das Ausmaß dieser Erkrankung in diesen Institutionen darzustellen und mit den Ergebnissen der Krankenhäuser und Pflegeheime vergleichen zu können. Da die Daten für diese Studie ausschließlich im stationären Bereich erhoben wurden, wäre in Zukunft eine Ausweitung der Prävalenzerhebung auf den ambulanten Sektor auch sinnvoll, um die Dekubitusprävalenz in diesen Einrichtungen ebenfalls darstellen zu können. Interessant wäre auch der Vergleich mit den Ergebnissen jener Länder, in denen heuer zeitgleich eine Dekubitusprävalenzerhebung in Kooperation mit dem LPZ, durchgeführt wurde.

Mit Hilfe dieser Prävalenzstudie, in welcher quantitative Daten als Grundlage dienen, können die Ist-Situation bezüglich der Dekubitusprävalenz in den teilnehmenden Einrichtungen dargestellt werden und aufgrund der standardisierten Vorgehensweise dieser Erhebung Vergleiche zwischen den Einrichtungen und Ländern unternommen werden. Dieser Wissenszuwachs ermöglicht eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität,

indem erforderliche präventive Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, aufbauend auf diesen Basisdaten, genau geplant werden können. Es wäre von Bedeutung, diese Prävalenzerhebung zukünftig jährlich durchzuführen, um ein größeres Datenvolumen zu erhalten und genauere Analysen anstellen zu können. Durch die jährliche Teilnahme an der Erhebung kann die Effektivität unterschiedlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, durch eine Senkung beziehungsweise Steigung der Dekubituserkrankungsrate, innerhalb der Einrichtungen geprüft werden.

Einige Studienergebnisse (wie zum Beispiel die niedrige Dekubitusprävalenz oder der große Anteil der Dekubituswunden, die außerhalb der jeweiligen Einrichtung entstanden sind) werfen Fragen auf, weil sie von den Ergebnissen internationaler Dekubitusprävalenzstudien stark abweichen. Infolgedessen wäre die Teilnahme an der nächsten Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten in Österreich anzustreben, um herauszufinden ob die Ergebnisse der diesjährigen Erhebung mit jenen einer weiteren Prävalenzerhebung konform gehen.

## Literaturverzeichnis

---

Bansal, C, Scott, R, Stewart D & Cockerell CJ 2005, "Decubitus ulcers: A review of the literature", *International Journal of Dermatology*, 44 (10), pp. 805-810.

Barrois, B, Labalette, C, Rousseau, P, Corbin, A, Colin, D, Allaert, F & Saumet, JL 2008, "A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients", *Journal of Wound Care*, 17 (9), pp. 373-379.

Bartholomeyczik, S, Linhart, M, Mayer, H & Mayer H 2008, *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*, Urban & Fischer in Elsevier, München.

Baumgarten, M, Margolis, D, Gruber-Baldini, AL, Zimmerman, S, German, P, Hebel, JR & Magaziner, J 2003, "Pressure ulcers and the transition to long-term care", *Advances in skin and wound care*, 16 (6), pp. 299-304.

Bennett, G, Delay, C & Posnett, J 2004, "The cost of pressure ulcers in the UK", *Age and Ageing*, 33 (3), pp. 230-235.

Bonita, R, Beaglehole, R & Kjellström, T 2006, *Basic epidemiology*, 2nd edition, World Health Organisation, Indien.

Bortz, J & Döring, N 2006, *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften*, 4. überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Bours, GJ 2003, *Pressure Ulcers – Prevalence measurements as a tool for improving care*, Vormgeving en druk door Datawyse / Universitaire Pers Maastricht, Maastricht.

Bours, GJ, De Laat, E, Halfens, RJ & Lubbers, M 2001 "Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units. Results of a cross-sectional survey", *Intensive Care Medicine*, 27 (10), pp. 1599-1605.

Bours, GJ, Halfens, RJ, Abu-Saad, HH & Grol RT 2002, "Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands", *Research in Nursing and Health*, 25 (2), pp. 99-110.

Bours, GJ, Halfens, RJ, Candel, MJ, Grol, RT & Abu-Saad, HH 2004, "A pressure ulcer audit and feedback project across multi-hospital settings in the Netherlands", *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (3), pp. 1-8.

Bours, GJ, Halfens, RJ, Lubbers, M & Haalboom, JR, 1999 "The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands", *Ostomy Wound Management*, 45 (11), pp. 28-40.

Bräutigam, K, Flemming, A, Halfens, R & Dassen, T 2003, "Dekubitusprävention: Theorie und Praxis", *Pflege*, 16 (2), pp. 75-82.

Bundesministerium für Gesundheit 2009, *Krankenanstalten in Österreich. Liste der Krankenanstalten in Österreich; Stand: 20.01.2009*, Zugriff am 10. August 2009, <<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101>>

Clark, M & Orchard, H 2004, "Do we take pressure ulcers seriously enough?", *Journal of Tissue Viability*, 14 (1), pp. 2.

Coleman, EA, Martau, JA, Lin, MK & Kramer, AM 2002, "Pressure ulcer prevalence in long-term nursing home residents since the implementation of OBRA '87", *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (4), pp. 728-732.

Dassen, T, Heinze, C, Kottner, J, Lahmann, N, Mertens, E, Schmitz, G, Tannen, A, Wilborn, D, Amend, C, Kuntz, S, Kutz, F, Lützkendorf, D, Pöhler, A, Raeder, K & Siegmund, U 2007, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2007*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Heinze, C, Lahmann, N, Lohrmann, C, Mertens, E, Tannen, A, Arndt, K, Bielitz, H, Eichhorn, J, Pieper, EM, Raeder, K & Siegmund, U 2005, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2005*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Heinze, C, Lahmann, N, Lohrmann, C, Mertens, E, Tannen, A, Bellmann, A, Boggatz, T, Bräutigam, K, Gaatz, S, Helberg, D, Pohl, C & Schmitz, G 2002, *Dekubitus, Sturzereignisse, Pflegeabhängigkeit. Prävalenzerhebung 2002*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Heinze, C, Lahmann, N, Lohrmann, C, Mertens, E, Tannen, A, Bielitz, H, Boggatz, T, Eichhorn, J, Gaatz, S, Pieper, EM, Schmitz, G, Siegmund, U & Wilborn, D 2003, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2003*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Heinze, C, Lahmann, N, Lohrmann, C, Mertens, E, Tannen, A, Bielitz, H, Eichhorn, J, Pieper, EM & Siegmund, U 2004, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2004*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Heinze, C, Lahmann, N, Mertens, E, Schmitz, G, Tannen, A, Wilborn, D, Eichhorn-Kissel J, Kottner, J, Raeder, K & Siegmund, U 2006, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2006*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T, Lahmann, N, Heinze, C, Kottner, J, Mertens, E, Schmitz, G, Tannen, A, Wilborn, D, Kuntz, S, Kutz, F, Lützkendorf, D, Pöhler, A, Raeder, K & Schröer, F 2008, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2008*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Davis, CM & Caseby, NG 2001, "Prevalence and Incidence studies of pressure ulcers in two long-term care facilities in Canada", *Ostomy Wound Management*, 47 (11), pp. 28-34.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2004, *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.

EPUAP 2009, *Pressure ulcer classification (PUCLAS2)*, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Zugriff am 12. August 2009, < <http://www.puclas.ugent.be/>>

EPUAP 1998, *Pressure ulcer treatment guidelines*, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Zugriff am 4. April 2009, < <http://www.epuap.org/gltreatment.html>>

Fernandes, LM & Caliri, MH 2008, "Using the braden and glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), pp. 973-978.

Fuchs, A 2005, *Dekubitus. Risikofaktoren-Prophylaxe-Therapierungsmöglichkeiten*, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Gallagher, P, Barry, P, Hartigan, I, McCluskey, P, O'Connor, K & O'Connor M 2008, "Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland", *Journal of Tissue Viability*, 17 (4), pp. 103-109.

Gerardo, MP, Teno, JM & Mor V 2009, "Not so black and white: nursing home concentration of Hispanics associated with prevalence of pressure ulcers", *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (2), pp. 127-132.

Gerlach, C, Otzen, I, Küttel, R, Heller, R & Lerchner, M 2008, "Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus. Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern", *Pflege*, 21 (2), pp. 75-84.

Gunningberg, L 2004, "Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish health-care settings", *Journal of Wound Care*, 13 (7), pp. 286-290.

Halfens, RJ & Bours, GJ 2002, "Prevalence and incidence study sparks issues", *Ostomy Wound Management*, 48 (3), pp. 8, 10.

Halfens, RJ & Bours, GJ 1999, "Prevalence of pressure ulcers in the Netherlands", *EPUAP Reviews*, 1 (2), pp. 35.

Halfens, RJ, Bours, GJ & Bronner CM 2001 "The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence", *Journal of Advanced Nursing*, 36 (5), pp. 617-625.

Halfens, RJ, Bours, GJ & Van Ast, W 2001, "Relevance of the diagnosis "stage 1 pressure ulcer": an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations", *Journal of Clinical Nursing*, 10 (6), pp. 748-757.

Halfens, RJ, van Achterberg, T & Bal, RM 2000, "Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: A multi-centre prospective study", *International Journal of Nursing Studies*, 37 (4), pp. 313-319.

Hoppe, C, Pöhler, A, Kottner, J & Dassen T 2008, "Dekubitus: Neue Daten zu Risiko, Prävalenz und Entstehungsorten. Studienergebnisse aus deutschen Pflegeheimen und Kliniken", *Pflegezeitschrift*, 61 (2), pp. 90-93.

International Guidelines 2009, *Pressure ulcer prevention: prevalence and incidence in context. A consensus document.*, Medical Education Partnership Ltd., London.

Keelaghan, E, Margolis, D, Zhan, M & Baumgarten, M 2008, "Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents transferred to the hospital", *Wound Repair and Regeneration*, 16 (3), 331-336.

Kottner, J, Helberg, D, Mertens, E, Halfens, R & Dassen, T 2006, "Dekubitusbehandlung: Vergleich zwischen Theorie und Praxis. Versorgung oft noch nicht evidenzbasiert", *Pflegezeitschrift*, 59 (8), pp. 488-492.

Kottner, J, Mertens, E & Dassen, T 2007, "Dekubitusprävalenz in Deutschland: Ergebnisse einer Querschnittstudie 2006", *Pflegezeitschrift*, 60 (1), pp. 28-31.

Kottner, J, Tannen, A & Dassen, T 2008, "Die Interrater-Reliabilität der Braden-Skala", *Pflegezeitschrift*, 21 (2), 85-94.

Kröger, K, Niebel, W, Maier, I, Stausberg, J, Gerber, V & Schwarzkopf, A 2009, "Prevalence of pressure ulcers in hospitalized patients in Germany in 2005: Data from the federal statistical office", *Gerontology*, 55 (3) pp. 281-287.

Lahmann, NA, Dassen, T, Balzer, K, Eisermann, H-J, Halfens, RJ, Heinze, C, Knoppik, J, Lohrmann, C, Bräutigam, K, Flemming, A, Mertens, E, Schmiedl, C, Schmitz, G, Tannen, A & Petermann, B 2002, "Dekubitusprävalenz – eine Studie in elf Gesundheitseinrichtungen: Zahlen die warnen", *Pflegezeitschrift*, 2 (55), pp. 111-114.

Lahmann, NA, Halfens, RJ & Dassen T 2007, "Auditing pressure ulcer prevalence. Structures, processes and outcomes in annual surveys", *Verpleegkunde*, 22 (1), pp. 55.

Lahmann, NA, Halfens, RJ & Dassen, T 2006, "Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics", *Ostomy Wound Management*, 52 (2), pp. 20-33.

Lahmann, NA, Halfens RJ & Dassen T 2005, "Prevalence of pressure ulcer in Germany", *Journal of Clinical Nursing*, 14 (2), pp. 165-172.

Marrie, RA, Ross, JB & Rockwood, K 2003, "Pressure ulcers: prevalence, staging, and assessment of risk", *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 6 (3), pp. 134-140.

Pearson, A, Francis, K, Hodgkinson, B & Curry, G 2000, "Prevalence and treatment of pressure ulcers in northern new south Wales", *Australian Journal of Rural Health*, 8 (2), pp. 103-110.

Phillips, J 2001, *Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Verstehen-Verhindern-Verändern*, Verlag Hans Huber, Bern.

Polit, DF & Tatano Beck, CT 2008, *Nursing Research – Generating and assessing evidence for nursing practice*, 3. edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, DF & Tatano Beck, CT 2004, *Nursing research: principles and methods*, 7. edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Probst, W & Vasel-Biergans, A 2004, *Wundmanagement – Ein illustrierter Leitfaden für Ärzte und Apotheker*, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Sanada, H, Miyachi, Y, Ohura, T, Moriguchi, T, Tokunaga, K, Shido, K. & Nakagami, G. 2008, "The Japanese pressure ulcer surveillance study: A retrospective cohort study to determine prevalence of pressure ulcers in Japan", *Ostomy Wound Management*, 20 (6), pp. 176-182.

Schluer, A-B, Cignacco, E & Halfens RJ 2008, "Dekubitusprävention und –therapie in der Pädiatrie: Ergebnisse einer deskriptiven Studie", *Pflegezeitschrift*, 3, pp. 158-161.

Schols, JM, Halfens, RJ, Meijers, JM & Weststrate, JT 2007, "Pressure ulcer care in the Netherlands: A short historical overview", *EPUAP Reviews*, 8 (1), pp. 13-15.

Schürer-Maly, C, Ratajczak, K, Koneczny, N 2005, *Dekubitus. Leitlinie für Betroffene, Angehörige und Pflegende. Vorbeugen und frühzeitiges Erkennen von Wundliegen (= Dekubitusprävention)*, Zugriff am 22. Juli 2009, <<http://www.patientenleitlinien.de/Dekubitus/dekubitus.html>>

Siebert, G & Kempf, S 2008, *Benchmarking. Leitfaden für die Praxis*, 3. Auflage, Hanser Fachbuchverlag, München.

Stefan, H, Allmer, F & Eberl, J et al. 2003, *Praxis der Pflegediagnosen*, 3. Auflage, Springer Verlag, Wien.

Steingäß, S, Klein, B, Hube, G, Pavel, K, Walter, K & Weiss, V 2002, "Neue Wege der Qualitätssicherung – Modellprojekt Dekubituserfassung im Ostalbkreis", *Das Gesundheitswesen*, 64 (11), pp. 585-591.

Stewart, S & Box-Panksepp, JS 2004, "Preventing hospital-acquired pressure ulcers: A point prevalence study", *Ostomy Wound Management*, 50 (3), pp. 46-51.

Tannen, A, Dassen, T, Bours, G & Halfens, R 2004, "A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany", *International Journal of Nursing Studies*, 41 (6), pp. 607-612.

Tannen, A, Dassen, T & Halfens, RJ 2009, "Response to Muurinen S et al. (2009) Commentary on Tannen A et al. (2008) Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1237 – 1244 in *Journal of Clinical Nursing* 18, 304 – 305", *Journal of Clinical Nursing*, 18 (10), pp. 1511-1512.

Tannen, A, Dassen, T & Halfens, RJ 2008, "Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospital and nursing homes", *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), pp. 1237-1244.

Tannen, A, Dietz, E, Dassen, T & Halfens, RJ 2009, “Explaining the national differences in pressure ulcer prevalence between the Netherlands and Germany – adjusted for personal risk factors and institutional quality indicators”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15 (1), pp. 85-90.

Tannen, A, Halfens, RJ, & Dassen, T 2006, “Dekubitusprävalenz und -prävention in Deutschland und den Niederlanden: Unterschiede und Gemeinsamkeiten“, *Pflegezeitschrift*, 59 (8), pp. 502-504.

Vanderwee, K, Clark, M, Dealey, C, Gunningberg, L & Defloor, T 2007, “Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13 (2), pp. 227-235.

VanGilder, C, MacFarlane, GD & Meyer, S 2008, “Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005”, *Ostomy Wound Management*, 54 (2), pp. 40-54.

VSP 2009, *Auswertungen zum Stichtag 31.12.2008 – APH und KRA im gesamten Zuständigkeitsgebiet*, VertretungsNetz – Sachwalterschaft, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung, Wien.

# Anhang: Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Code der Einrichtung

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

# 1

## Angaben zur Einrichtung

### Art der Einrichtung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Universitätskrankenhaus | <input type="checkbox"/> Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung    |
| <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim              | <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus                                 |
| <input type="checkbox"/> Betreuungseinrichtung   | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationszentrum  | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

### Welche Module werden erhoben? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Dekubitus  
 Inkontinenz  
 Mangelernährung  
 Intertrigo  
 Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.

### Dekubitus

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Dekubitusexpertenteam/Gruppe?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusprävention?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusbehandlung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Präventionsprotokolls und/oder des Behandlungsprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Werden Patienten mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einem zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer Pflegefachperson für Dekubitus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wird die Zahl der Patienten mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Inkontinenz

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Gibt es auf Einrichtungsebene eine Pflegefachperson für die Inkontinenzbehandlung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Mangelernährung

	ja	nein
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Ist in Ihrer Einrichtung ein DiätassistentIn tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Intertrigo

	ja	nein
25 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Werden in Ihrer Einrichtung nationale Vorschriften eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder eine Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Intertrigo für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Prävention von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

	ja	nein
31 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Wurde eine landesweite Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr und Prävention von Stürzen und Verletzungen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 In Ihrer Einrichtung werden freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Es gibt in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Station/Wohnbereich/Team

## Angaben zur Station/Wohnbereich

# 2

### Art der Station/Wohnbereich

#### A Universitätskrankenhaus

- Operativ
- Nichtoperativ
- Intensivstation
- Überwachungsstation/  
Herzüberwachungsstation
- Pädiatrie
- Pflege/Langzeit/Geriatrie
- Short-stay
- Psychiatrie
- Sonstiges

#### B Allgemeines Krankenhaus

- Operativ
- Nichtoperativ
- Intensivstation
- Überwachungsstation/  
Herzüberwachungsstation
- Pädiatrie
- Pflege/Langzeit/Geriatrie
- Short-stay
- Psychiatrie
- Sonstiges

#### C Pflegeheim

- Psychogeriatric
- Somatische Reaktivierung
- Somatische Station/Wohnbereich
- Pflegestation/Wohnbereich
- Ambulante Pflege
- Betreutes Wohnen
- Sonstiges

#### D Betreuungseinrichtung

- Demenzstation/Wohnbereich
- Pflegeabteilung
- Ambulante Pflege
- Keine Clusterbildung
- Betreutes Wohnen
- Sonstiges

#### E Rehabilitationszentrum

- Abteilung für Querschnittsläsionen
- Abteilung für Amputationen
- Schmerzabteilung
- Station/Wohnbereich für die  
Behandlung nach einem Schlaganfall
- Sonstiges

#### F Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

- Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- Überwiegend mobile Gruppe
- Sonstiges

#### G Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

- Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- Überwiegend mobile Gruppe
- Sonstiges

#### H Psychiatrisches Krankenhaus

- Langzeitunterbringung
- Geriatrische Station/Wohnbereich
- Sonstiges

#### I Ambulante Pflege

- Pflegen und Betreuen
- Familienpflege
- Pflegen und Betreuen einschließlich Familienpflege
- Sonstiges

#### J Sonstiges

- Geriatrisches Krankenhaus
- Sonstiges

Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.

### Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und chronische Wunden), die/der auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen Patienten in der Krankenakte aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei Risikopatienten erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden beim Betroffenen abgeliefert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Erhalten alle Patienten mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht

### Inkontinenz

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei Inkontinenzpatienten erforderlich sind?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Steht das für den Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Erhalten alle Patienten mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Mangelernährung

- |   | ja  | nein                     |
|---|---|--------------------------|
| 14 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 15 Werden alle Risikopatienten und/oder Patienten mit Mangelernährung im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 16 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 17 Wird das Gewicht der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 18 Wird die Körpergröße der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 19 Wird der Ernährungszustand bei der Einweisung dokumentiert?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 20 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen Patienten aufgezeichnet?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 21 Wird in der Krankenakte/im Pflegeplan aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Patienten mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 22 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 23 Erhalten alle Patienten, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 24 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 25 Wird die Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der Patientin erfasst in der Krankenakte/im Pflegeplan?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 26 Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 27 Wie oft werden die Patienten gewogen? (Bitte nur eine Antwort auswählen)   |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Wöchentlich  | <input type="checkbox"/> Unregelmäßig (wenn sich der Zustand des Patienten verändert) |                          |
| <input type="checkbox"/> Monatlich  | <input type="checkbox"/> Die Patienten werden nicht gewogen                           |                          |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich  |   |                          |

### Intertrigo

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 28 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Erhalten alle Patienten mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 33 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen PflegeexpertenIn, die/der auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der Patienten eine Bewertung des Sturzrisikos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 Werden im Rahmen der monodisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 Werden im Rahmen der multidisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit dem Patienten erörtert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit den Angehörigen, die den Patienten pflegen, erörtert?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 Es gibt auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/ExpertIn die sich spezialisiert hat im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 Auf der Station/Wohnbereich wird kontrolliert ob gearbeitet wird nach das Protokoll/Richtlinien freiheitsentziehende Maßnahmen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 Freiheitsentziehende Maßnahmen werden in multidisziplinärer Beratung erörtert.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





#### Grades Dekubitus

Grad 1	Rötung der intakten Haut, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet. Weitere klinische Merkmale sind eine Färbung der Haut, lokale Überwärmung, Ödembildung und eine Verhärtung der Haut. Entscheidend ist, dass die Rötung auf leichten Druck hin nicht verschwindet: wird die Haut mit zwei Fingern oder dem Daumen beziehungsweise einer Dekubituslinse eingedrückt, färbt sich die Haut (Rötung) nicht weiß.
Grad 2	Oberflächliche Hautläsionen (Epidermis), eventuell mit einer Schädigung der darunter liegenden Hautschicht (Dermis oder Lederhaut). Die Schädigung wird in Form einer Blase oder Abschürfung der Haut sichtbar.
Grad 3	Hautdefekt mit einer Schädigung bzw. Nekrose der Haut sowie des subkutanen Gewebes (Subkutis). Die Schädigung kann sich bis auf das darunter liegende Bindegewebe erstrecken (Faszie).
Grad 4	Ausgedehnte Zerstörung des Gewebes bzw. Verlust des Gewebes (Nekrose) der Muskeln, des Knochengewebes oder der unterstützenden Strukturen sowie eine mögliche Schädigung der Unterhaut (Epidermis) und Lederhaut (Dermis).

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten Patienten/ Bewohnern zu sehen ist, die zu lange im Stuhl sitzen, wird dem vierten Grad zugerechnet. Bei Personen mit einer dunklen Hautfarbe ist eine Rötung der intakten Haut häufig nur schwer oder auch gar nicht zu erkennen. Der erste Grad kennzeichnet sich vor allem durch eine deutliche wahrnehmbare Veränderung der Hautabschnitte, die Druck ausgesetzt gewesen sind und sich dadurch von anderen vergleichbaren Hautabschnitten unterscheiden. Die Veränderungen können sich in einer Veränderung der Farbe, Temperatur und Sensibilität der betreffenden Hautabschnitte manifestieren.

#### Pflegeabhängigkeitsskala: Kategorienbeschreibungen

- **Völlig abhängig:** Der Patient ist nicht in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er muss von Dritten vor Temperaturschwankungen (Zugluft, Sonne usw.) geschützt werden.
- **Überwiegend abhängig:** Der Patient ist teilweise in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nicht in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Der Patient ist auf die Hilfe Dritter angewiesen, wenn er sich nicht wohl fühlt.
- **Teilweise abhängig:** Der Patient ist in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefindens zu erzeugen.
- **Überwiegend unabhängig:** Der Patient ist selbstständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in hohem Maße in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und kann seinen Bedarf an Behaglichkeit nahezu vollständig nach eigenem Wunsch decken.
- **Völlig unabhängig:** Der Patient ist in der Lage, seine Körpertemperatur völlig selbstständig gegen äußere Einflüsse zu schützen und seinen Bedarf an Behaglichkeit nach eigenem Wunsch zu decken.

#### Arten von Inkontinenz

- **Belastungsincontinenz:** Kennzeichen der Belastungsincontinenz ist ein unfreiwilliger Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bücken, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harnabgang.
- **Dranginkontinenz:** Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen nicht aufzuhaltenden Harndrang. Dem (andauernden) Harndrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- **Mischinkontinenz:** Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- **Funktionale Inkontinenz:** Ist ein Patient aufgrund körperlicher oder praktischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbstständig zur Toilette zu gehen, ist von einer funktionalen Inkontinenz die Rede. Es liegt bei dieser Art der Urininkontinenz also keine urogenitale Funktionsstörung vor. Beispiele sind: Nebenwirkungen nach einer Narkose oder durch Medikamentierung, Desorientierung, geistige/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- **Überlaufinkontinenz:** Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegtropfen.
- **Komplette Inkontinenz:** Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

#### Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

#### Maßnahmen Mangelernährung

- **Energiereiche Zwischenmahlzeiten:** Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Fruchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingsrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrotssandwiches, Pfannkuchen) zu verstehen.
- **Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensini):** Es handelt sich dabei um gebrauchsfertige Produkte, die neben oder anstelle der normalen Ernährung konsumiert werden und für Patienten bestimmt sind, die zwar nicht mehr oder nicht mehr ausreichend essen, aber noch trinken können.
- **Nahrungsergänzungsmittel (Energie und Eiweiß, zum Beispiel Fantomalt/ Protifar):** Ergänzungsmittel wie diese werden häufig eingesetzt, wenn die herkömmliche Nahrung unzureichend Energie und Makronährstoffe bietet.
- **Sondennahrung:** Eine flüssige, ausreichend nährstoffhaltige Nahrung oder Nahrungsergänzung, die durch ein auf den Patienten abgestimmte Zusammensetzung ausreichend Energie und die erforderliche Menge an Flüssigkeit enthält. Die Nahrung wird über eine Sonde oder Stomie direkt in den Magen oder Darm geleitet.
- **Parenterale Ernährung:** Darunter sind Nährstoffe zu verstehen, die über eine Infusion in die Blutbahn geleitet werden.
- **Keine Maßnahmen bei komatösen, schwer kranken oder terminalen Patienten:** in manchen Fällen ist eine Intervention bei bestimmten Patienten nicht möglich.
- **Palliative Ernährung**



# Braden-Skala

<p><b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b></p> <p>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren.</p> <p><b>Kinder:</b> Fähigkeit, dem Entwicklungsstand entsprechend adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren</p>	<p><b>1 Fehlt</b> Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</i></p>	<p><b>2 Stark eingeschränkt</b> Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</i></p>	<p><b>3 Leicht eingeschränkt</b> Eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind</i></p>	<p><b>4 Vorhanden</b> Reaktion auf Ansprache Beschwerden können geäußert werden ODER <i>keine Störung der Schmerzempfindung</i></p>
<p><b>Feuchtigkeit</b></p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist</p>	<p><b>1 Ständig feucht</b> Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot Immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen</p>	<p><b>2 Oft feucht</b> Die Haut ist feucht, aber nicht immer Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden</p>	<p><b>3 Manchmal feucht</b> Die Haut ist manchmal feucht Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt</p>	<p><b>4 Selten feucht</b> Die Haut ist meist trocken Neue Wäsche wird selten benötigt <b>Kinder:</b> regelmäßiger Windelwechsel</p>
<p><b>Aktivität</b></p> <p>Ausmaß der physischen Aktivität</p>	<p><b>1 Bettlägerig</b> Ans Bett gebunden</p>	<p><b>2 Sitzt auf</b> Kann mit Hilfe etwas laufen Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)</p>	<p><b>3 Geht wenig</b> Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen Braucht für längere Strecken Hilfe Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl</p>	<p><b>4 Geht regelmäßig und alle Kinder, die zu jung zum Laufen sind</b> Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht Bewegt sich regelmäßig</p>
<p><b>Mobilität</b></p> <p>Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten</p>	<p><b>1 Komplett immobil</b> Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen</p>	<p><b>2 Mobilität stark eingeschränkt</b> Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten) Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern</p>	<p><b>3 Mobilität gering eingeschränkt</b> macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten</p>	<p><b>4 Mobil</b> kann allein seine Position umfassend verändern</p>
<p><b>Ernährung</b></p> <p>Ernährungsgewohnheiten</p>	<p><b>1 sehr schlechte Ernährung</b> Isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3 Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER <i>nur klare Flüssigkeit UND / ODER erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</i></p>	<p><b>2 Mäßige Ernährung</b> Isst selten eine normale Essensportion auf, isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER <i>erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</i></p>	<p><b>3 Adäquate Ernährung</b> Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER <i>kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</i></p>	<p><b>4 Gute Ernährung</b> Isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten Braucht keine Ergänzungskost <b>Kinder:</b> Ernährung bietet die dem Alter angemessene Kalorienmenge Isst/trinkt meistens die angebotenen Mahlzeiten</p>
<p><b>Reibung und Scherkräfte</b></p> <p>Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) schleift. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten</p>	<p><b>1 Problem</b> Braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich Rutscht im Bett oder im (Roll-) Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden <b>Kinder:</b> Spastik, Kontrakturen, Jucken oder motorische Unruhe führen zu fast ständigem Rutschen und Reibung</p>	<p><b>2 Potenzielles Problem</b> Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe Beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) Rutscht nur selten herunter</p>	<p><b>3 Kein Problem zur Zeit</b> bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen <b>Kinder:</b> es ist möglich, das Kind während eines Positionswechsels vollständig anzuheben</p>	



Code der Einrichtung  
□ □ □ □

Code der Station/  
Wohnbereich  
□ □

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

# Allgemeines

Patientengebundene Daten

Station/Wohnbereich/Team

Code des Patienten

# 3

## 1 Hat der PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

## 2 Wenn nicht, warum hat der PatientIn nicht teilgenommen?

- Teilnahme verweigert
- PatientIn zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar
- Komatös – Zustand zu schlecht
- Terminal (Modul beendet)

Die Fragen 3 bis 9 sind für alle Teilnehmer/Patienten obligatorisch

3 Geburtsdatum Tag  Monat  Jahr

4 Geschlecht Mann  Frau

5 Datum der Einweisung/Aufnahme Tag  Monat  Jahr

6 Wurde der PatientIn in den vergangenen zwei Wochen operiert?  Ja  Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

7 Wenn ja (PatientIn wurde operiert), Dauer der Operation: Stunden  Minuten

## 8 Welches Krankheitsbild bzw. welchen Pflegebedarf hat der PatientIn? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Infektionskrankheit
- Krebs
- Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung
- Diabetes mellitus
- Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs
- Psychische Störung
- Demenz
- Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlaganfällen
- Erkrankung am Auge/Ohr
- Querschnittsläsion
- Herz- und Gefäßerkrankung
- Schlaganfall/Hemiparese
- Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonsillen
- Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hernie, Leber, Gallenblase
- Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane
- Hauterkrankung
- Erkrankung des Bewegungsapparates
- Kongenitale Abweichungen
- Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen
- Totale Hüftprothese
- Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben
- Angewiesen auf Hilfe im Haushalt
- Sonstiges
- Keine genaue(n) Diagnose(s) möglich

## Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

### 9 Kreuzen Sie bitte für jede Aktivität an, in welchem Ausmaß der Bedürftige auf die Pflege durch andere angewiesen ist:

Essen und Trinken: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig zu essen und zu trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz: Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, die Ausscheidung von Urin und Fäkalien willkürlich zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhaltung: Der Betroffene ist in der Lage, bei bestimmten Aktivitäten eine passende Körperhaltung einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität: Der Betroffene ist körperlich in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tages- und Nachtrhythmus: Die Art des Schlaf-Wachverhaltens (Biorhythmus) des Betroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden: Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, sich selbstständig an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur: Der Betroffene ist in der Lage, die eigene Körpertemperatur selbstständig vor externen Einflüssen zu schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Körperpflege zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeiden von Gefahren: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Sicherheit zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation: Der Betroffene ist in der Lage, zu kommunizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte mit anderen: Der Betroffene ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen, zu unterhalten und abzubrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinn für Regeln und Werte: Der Betroffene ist in der Lage, Verhaltensregeln einzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten: Der Betroffene ist in der Lage, die täglichen Aktivitäten selbstständig auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung: Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig an Aktivitäten teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernfähigkeit: Der Betroffene ist in der Lage, sich Kenntnisse/Fertigkeiten selbstständig anzueignen und das Erlernete beizubehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Völlig abhängig  
 Überwiegend abhängig  
 Teilweise abhängig  
 Überwiegend unabhängig  
 Völlig unabhängig

3c 10 Derzeitiges Gewicht des Patienten in kg ,

3c 11 Derzeitige Körpergröße des Patienten in cm

3c 12 Wann wurde der Patienten zum letzten Mal gewogen?

- Nicht gewogen
- Bei der Einweisung
- Gestern/heute
- Vergangene Woche
- Vergangenen Monat
- Vor über einem Monat

3c 13 Hat der PatientIn in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?

- Ja
  - Nein (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
- Unbekannt, Grund:
- Der PatientIn möchte nicht zu seinem Ernährungszustand befragt werden (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
  - Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 15 fortfahren)

14 Wenn der PatientIn in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen hat und bei Frage 10 das Körpergewicht eingetragen wurde: Was hat der PatientIn vorher gewogen? (Bitte unbedingt mindestens eine Messung angeben)

Vor 1 Monat: ,  kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

Vor 3 Monaten: ,  kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

Vor 6 Monaten: ,  kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

3a 15 Ist beim Patienten Dekubitus festgestellt worden?

- Ja, höchster Grad:
- Grad 1
  - Grad 2
  - Grad 3
  - Grad 4
- Nein (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
- Unbekannt, Grund:
- Der PatientIn möchte nicht auf Dekubitus untersucht werden (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
  - Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 17 fortfahren)

3a 16 Wann wurde der Dekubitus festgestellt?

- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
- Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3a 17 Wurden beim Patienten Verletzungen durch Feuchtigkeit festgestellt?

- 3b  Nein
- Ja, Ursache: (Es sind mehrere Antworten möglich)
- Urin
  - Fäkalien
  - Transpiration
  - Exsudat
- Wann ist die Verletzung durch Feuchtigkeit entstanden?
- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
  - Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 18 Wie häufig verliert der PatientIn Urin?

- Wichtiger Hinweis: Wenn der PatientIn aufgrund von Urinretention einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.
- Nie (Bitte mit Frage 24 fortfahren)
  - Der PatientIn hat einen Katheter
  - Drei bis vier Mal pro Monat (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
  - Einige Male pro Woche (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
  - Täglich (Bitte mit Frage 21 fortfahren)
- Unbekannt, Grund:
- Der PatientIn möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (Bitte mit Frage 24 fortfahren)
  - Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 20 Wurde der Katheter vor mehr als 14 Tagen angelegt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

3b 21 Wann ist die Urininkontinenz entstanden?

- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)
- Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 22 Wurde die Urininkontinenz diagnostiziert?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit angelegt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

3b 23 Wenn ja, von wem?

- Hausarzt
- Pflegeheimarzt
- Urologe oder Gynäkologe
- Pflegefachperson
- Unbekannt

3e 24 Ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

3e 26 Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden beim PatientIn eingesetzt? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Bettgitter
- Domotika
- Patientenschutzdecke
- Verhaltensbeeinflussender Medikation
- Bettgurt
- Individuelle Verabredungen
- Stuhlgurt
- Sonstiges
- (Roll-)stuhl mit Tisch
- Nach hintengekippter Stuhl (Siestaliege)
- Isolation/Separation

3e 25 Wurde der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen fixiert?

- Ja
- Nein (Modul beendet)
- Unbekannt (Modul beendet)

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.

# Dekubitus

Code des Patienten

# 3a

## 1 Risikoskala (Für weitere Hinweise zur Bradenskala siehe Karte Anhang)

### Sensorisches Empfindungsvermögen

- 1 Fehlt
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Leicht eingeschränkt
- 4 Vorhanden

### Ernährung

- 1 Sehr schlechte Ernährung
- 2 Mäßige Ernährung
- 3 Ausreichend Ernährung
- 4 Gute Ernährung

### Mobilität

- 1 Komplett immobil
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Gering eingeschränkt
- 4 Mobil

### Aktivität

- 1 Bettlägerig
- 2 Sitzt auf einem Stuhl
- 3 Geht wenig
- 4 Geht regelmäßig

### Feuchtigkeit

- 1 Ständig feucht
- 2 Oft feucht
- 3 Manchmal feucht
- 4 Selten feucht

### Reibe- und Scherkräfte

- 1 Aktuelles Problem
- 2 Potentielles Problem
- 3 Kein Problem zurzeit

## 2 Präventive Maßnahmen Dekubitus (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- Wechsellagerung oder Positionswechsel gemäß Zeitschema
- Prävention und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten
- Informieren des Patienten und der pflegenden Angehörigen
- Entlastung der Ferse
- Massagen zur besseren Durchblutung
- Cremes zum Schutz der Haut
- Sonstiges
- Keine

## 4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

- Kein Antidekubituskissen
- Gelkissen
- Luftkissen
- Noppenkissen
- Schaumstoffkissen
- Sonstiges

## 3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

- Keine Antidekubitusmatratze/Bett
- Air-Fluidized System
- Low-Air-Loss System
- Wechseldruckmatratze
- Luftkissenbett
- Schaumstoffmatratze
- Sonstiges

## 5 Sonstige Hilfsmittel (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- Ellenbogenschutz
- Fersenschutz
- Felle
- Sonstige
- Keine

## 6 Wurde beim PatientIn Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein (Modul beendet)

**Dekubitus** Nur bei Patienten mit Dekubitus auszufüllen

Grad	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus seit wann	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
< 2 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 2 Wochen < 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 3 Monate < 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 6 Monate < 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entstehungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Einrichtung																			
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für körperlich Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für geistig Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundauflagen	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alginate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrokolloide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaumdressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetthaltiger Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterielle Salbenkompressen und Salben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterielle Verbände (Silberverband)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrofaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Wundauflagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuum-Systeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Inkontinenz

Code des Patienten

# 3b

**1 Ist beim Patienten von Urininkontinenz die Rede?**

- Nie (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
  - Ja (Bitte mit Frage 2 fortfahren)
- Der PatientIn hat folgenden Katheter:
- Urethalkatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
  - Kondomkatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
  - Suprapubischer Katheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)

**2 Wann tritt die Inkontinenz auf?**

- Tagsüber
- Nachts
- Tagsüber und nachts

**3 Wie lange ist der PatientIn urininkontinent?**

- Kürzer als 3 Monate
- 3 bis 12 Monaten
- Länger als 1 Jahr

**4 Welche Menge an Urin verliert der PatientIn?**

- Wenige Tropfen
- Einige ml
- Kompletter Harnabgang

**5 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?**

- Nein, nicht diagnostiziert
- Ja, es wurde folgende Inkontinenz diagnostiziert
- Belastungsinkontinenz
  - Dranginkontinenz
  - Mischinkontinenz – insbesondere Belastungsinkontinenz
  - Mischinkontinenz – insbesondere Dranginkontinenz
  - Funktionale Inkontinenz
  - Überlaufinkontinenz
  - Komplette Inkontinenz

**6 Welche pflegerische Inkontinenzmaßnahmen wurden ergriffen? (Es sind mehrere Optionen möglich)**

- Anpassung der Umgebung
- Angepasste/leichte Bekleidung
- Medikation
- Auswertung der Medikation
- Blasentraining/Training der Beckenbodenmuskulatur/ Muskelentspannungsübungen
- Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Inkontinenzeinlagen      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Waschbare Inkontinenzeinlagen      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Inkontinenzslips/Pants      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Inkontinenzbetteinlagen      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Waschbare Betteinlagen      Zahl/24 Std \_\_\_\_\_
- Sonstige
- Keine besonderen Maßnahmen (zum Beispiel bei einem Katheter)

**7 Wie häufig tritt beim Patienten Stuhlinkontinenz auf?**

- Drei bis vier Mal pro Monat     Täglich
- Einige Male pro Woche       Nie (Bitte mit Frage 9 fortfahren)

**8 Wie lange ist der PatientIn stuhlinkontinent?**

- Kürzer als 3 Monate
- 3 bis 12 Monaten
- Länger als 1 Jahr

**9 Leidet der PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?**

- Ja     Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

**10 Geben Sie nachfolgend die Stelle (es sind mehrere Antworten möglich), die Dauer und die Art (nur 1 Antwort pro Stelle) der Verletzungen an:**

Stelle		Urin	Fäkalien
Rechts und/oder links der Analfalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Steißbein: Analfalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scrotum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauer	>1 <2 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(die schwerste Verletzung)	>2 <7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann entstanden (die schwerste Verletzung)	Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------

	Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------

**11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?**

- Ja     Nein

**12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?**

- Ja     Nein



# Mangelernährung

Code des Patienten

**3c****1 Klinisches Bild des Patienten.**

- Nicht Mangelernährt (normales Aussehen, weder dick noch abgemagert)  
 Adipositas/Übergewicht  
 Mangelernährt (mager, abgemagert)

**2 Der PatientIn hat über 3 Tage nicht mehr oder kaum noch gegessen.**

- Ja  
 Nein

**3 Der PatientIn hat seit über 1 Woche weniger gegessen als normal.**

- Ja  
 Nein

Wenn auf 2 und 3 mit 'nein' geantwortet ist, bitte mit Frage 5 fortfahren

**4 Aus welchem Grund hat der PatientIn weniger gegessen als normal? (Es sind mehrere Antworten möglich)**

- Appetitlosigkeit  
 Übelkeit  
 Probleme beim Kauen  
 Probleme beim Schlucken  
 Akute Erkrankung  
 Schmerzen  
 Sonstiges

**5 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust:**

Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- Ja  
 Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?

- Ja  
 Nein

**6 Wurde der Ernährungszustand des Patienten bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?**

- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

**7 Welche Aspekte wurden beim Erfassung des Ernährungszustands untersucht? (Es sind mehrere Antworten möglich)**

- Gewicht  
 Erfassung auf Mangelernährung (MNA, MUST usw.)  
 Gewichtsverlauf  
 Klinischer Blick  
 Biochemische Parameter  
 Sonstiges  
 Unbekannt

**8 Wie oft findet Überwachung des Gewichtes statt?**

- Wöchentlich  
 Monatlich  
 Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert  
 Nicht  
 Unbekannt

**9 Wie oft findet die Überwachung der Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) statt?**

- Täglich  
 Wöchentlich  
 Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert  
 Nicht  
 Unbekannt

**BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!****10 Wurden Körperlänge und Gewicht des Patienten auf dem allgemeinen Fragebogen (Modul 3) der Erhebung bereits ausgefüllt?**

- Ja  
 Nein (Bitte in Frage 10 und 11 in Modul 3 Körperlänge und Gewicht des Patienten eintragen oder mit Frage 13 fortfahren)

**11 Ist der PatientIn schwer erkrankt und hat der PatientIn im vergangenen Zeitraum > 5 Tage nicht gegessen oder ist davon auszugehen, dass er in den kommenden Tagen keine Nahrung zu sich nehmen wird?**

- Ja  
 Nein

**12 Hat der PatientIn in den vergangenen 3-6 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren?**

- Nein  
 Ja, < 5%  
 Ja, 5-10%  
 Ja, >10%



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

# 3c

## Mangelernährung

### 13 Eingeleitete Maßnahmen

	Ja	Nein
• DiätassistentIn eingeschaltet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Energiereiche (proteinreiche) Diät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Energiereiche Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Der PatientIn bekommt mindestens 1 bis 1,5 l Flüssigkeit p/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keine Maßnahmen: (z.B. PatientIn komatös, schwerkrank oder terminal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palliative Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14 Hat der PatientIn Probleme mit Schlucken?

- Ja
- Nein



Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

## Intertrigo

Code des Patienten

# 3d

### 1 An welchen Stellen ist der Patientin an Intertrigo erkrankt?

*(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- Keine (Bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Rechte Brustfalte
- Linke Brustfalte
- Rechte Leistenengegend
- Linke Leistenengegend
- Rechte Achsel
- Linke Achsel
- Analfalte
- Bauchfalte
- Sonstige Hautfalten

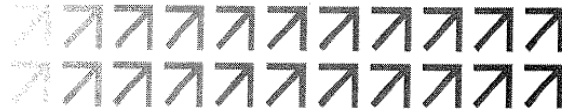
### 2 Wann ist die jüngste betroffene Stelle entstanden?

- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)*
- Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)*

### 3 Welche pflegerische Maßnahmen zur Prävention/Behandlung

*von Intertrigo wurden ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)*

- Keine
- Gespräche mit dem Patienten über Präventivmaßnahmen
- Einschalten eines ExpertenIn
- Tragen von unterstützender/absorbierender/  
Baumwollbekleidung
- Auflegen von schützendem Material zwischen den  
Hautfalten
- Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten  
gegen Schimmelinfectionen, Hautschutzsprays oder  
Hautschutzcreme
- Auftragen von Pulver oder Pasten
- Hautfalten täglich waschen und gründlich trocken tupfen
- Waschen ohne Seife oder mit einer pH-neutralen Seife
- Tägliche Beobachtung der Haut und Hautfalten
- Anwendung eines Föhns
- Sonstiges



Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

## Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Code des Patienten

# 3e

- 1 Ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)  
 Unbekannt (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 2 Wie oft ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- 1x  
 2x  
 3x  
 >3x  
 Unbekannt
- 3 Wann ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen zum letzten Mal gestürzt?**
- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)*  
 Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)*
- 4 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 5 Zeitpunkt des Sturzes**
- 07.01 - 14.00 Uhr  
 14.01 - 22.00 Uhr  
 22.01 - 07.00 Uhr
- 6 Sturzort**
- Unbekannt  
 Schlafzimmer  
 Badezimmer/Toilette  
 Flur  
 Küche
- Wohnzimmer  
 Treppe  
 Draußen  
 Sonstiges
- 7 Welche Aktivität führte der PatientIn gerade aus, als sich der Sturz ereignete?**
- Unbekannt  
 Laufen oder Stehen ohne Hilfsmittel  
 Laufen oder Stehen mit Hilfsmittel  
 Liegen/Sitzen im Bett  
 Sitzen  
 Sonstiges
- 8 Was war die Hauptursache des Sturzes?**
- Unbekannt  
 Körperliche Gesundheitsprobleme  
 Psychische Gesundheitsprobleme  
 Externe Faktoren
- 9 Hat der Sturz beim Patienten Verletzungen verursacht?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 10 Welche Verletzungen hatte der Sturz zur Folge?**
- Minimale Verletzungen (gesundheitliche Folgen, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen; blaue Flecken, leichte Schürfwunden)  
 Mittlere Verletzungen (Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden müssen, schwere Schürfwunden, die eine Wundpflege erforderlich machen)  
 Schwere Verletzungen (Arm- oder Beinfraktur, Kopfverletzungen)  
 Hüftfraktur
- 11 Hat der PatientIn Angst, zu stürzen?**
- Ja  
 Nein
- 12 Vermeidet der PatientIn Aktivitäten?**
- Ja  
 Nein
- 13 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)**
- Keine  
 Auswertung der Medikation  
 Übungstherapie  
 Auswertung der Hilfsmittel  
 Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)  
 Untersuchung des Visus  
 Auswertung des Tagesprogramms  
 Beaufsichtigung  
 Absprachen (mit dem Patienten, pflegenden Angehörigen, Mitarbeitern)  
 Anpassen der Umgebung  
 Sonstiges
- 14 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)**
- Keine  
 Kopfschutz  
 Schiene/Stütze  
 Hüftschutz hart  
 Hüftschutz weich  
 Stärkung der Knochen  
 Sonstiges





## Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

**15 Wurde der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen fixiert?**

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)
- Unbekannt (*Modul beendet*)

**16 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahmen?**

- der VertreterIn/Angehörige
- eine Pflegefachperson/Arzt

**17 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehenden Maßnahmen des Patienten?**

- Unbekannt
- Sturzprävention
- Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- Umherirren des Patienten
- Aggressives Verhalten
- Sonstiges

**18 Haben die freiheitsentziehenden Maßnahmen zu Verletzungen geführt?**

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)

**19 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Patienten verursacht?**

- Minimale Verletzungen (blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
- Mittlere Verletzungen (schwere Schürfwunden, Schnittverletzungen)
- Schwere Verletzungen (Frakturen, Kopfverletzungen)