

**Masterarbeit**

**Pflegeabhängigkeit von Erwachsenen in österreichischen  
Krankenhäusern und Pflegeheimen**

eingereicht von

**Peter Prieschl, BSc.**

**Mat. Nr.: 0211130**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

1. Betreuerin

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

und

2. Betreuerin


**Dipl.-Pflegepäd.<sup>in</sup> Juliane Eichhorn-Kissel**

Kapfenberg, am 25. November 2009

## Eidesstattliche Erklärung

---

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig 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. Weiters erkläre ich, dass ich diese Masterarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.



Kapfenberg, am 25. November 2009

Peter Prieschl, Bsc.

## Danksagung

---

An dieser Stelle der Masterarbeit möchte ich die Gelegenheit ergreifen und mich bei jenen Personen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit maßgeblich beigetragen haben.

Ein herzliches Danke ergeht an Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> rer. cur. Christa Lohrmann und an Frau Dipl.-Pflegepäd.<sup>in</sup> Juliane Eichhorn-Kissel, welche die Betreuung dieser Arbeit übernommen haben. Sie haben mir jederzeit wertvolle Ratschläge und Anregungen erteilt und haben mit ihrer fachlichen Kompetenz am Erfolg dieser Arbeit beigetragen.

Meiner Mutter Irmtraut und meinem Vater Franz gebührt ein großes und herzliches Dankeschön. Sie ermöglichten mir das Studium und unterstützten mich stets geduldig. Außerdem standen sie mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

Für die wertvolle und zeitintensive Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich bei Herrn Dr. Martin Angerer, Herrn Mag. Alexander Kobinger und Frau Bernadette Steflitsch bedanken. Außerdem haben sie durch ihre außenstehende Sichtweise, die Arbeit bereichert.

Ich möchte mich bei meinen lieben Kolleginnen Daniela, Elise, Franziska, Sandra und Silvia bedanken, die mich im Forschungszweig begleitet haben. Unsere Essensrunden durch die internationale Küche werde ich stets in freudiger Erinnerung halten.

Bei allen Personen und TeilnehmerInnen der LPZ die nicht namentlich genannt werden können, jedoch zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben, bedanke ich mich recht herzlich.

DANKE!

# Inhaltsverzeichnis

---

Eidesstattliche Erklärung .....	II
Danksagung .....	III
Inhaltsverzeichnis .....	IV
Glossar .....	VI
Abkürzungsverzeichnis .....	IX
Abbildungsverzeichnis .....	X
Tabellenverzeichnis .....	XI
Zusammenfassung .....	XII
Abstract.....	XIII
1 Einleitung .....	1
2 Literaturreview .....	4
2.1 Situation in Österreich .....	4
2.2 Internationale Situation.....	8
2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche .....	10
2.3.1 Von Abhängigkeit zu Pflegeabhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit .....	10
2.3.2 Definition von Pflegeabhängigkeit.....	12
2.3.3 Sichtweisen von Pflegeabhängigkeit .....	13
2.3.4 Bedingung von Pflegeabhängigkeit.....	14
2.3.5 Auswirkungen von Pflegeabhängigkeit.....	15
2.3.6 Messung von Pflegeabhängigkeit.....	16
2.3.7 Pflegeabhängigkeitsskala im Krankenhaus und Pflegeheim .....	19
2.3.7.1 Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus .....	21
2.3.7.2 Pflegeabhängigkeit im Alten- und Pflegeheim.....	24
2.3.8 Resümee der Literaturrecherche .....	25
3 Forschungslücke, Zielsetzung und Forschungsfrage.....	27
4 Methode .....	28
4.1 Studiendesign .....	28
4.2 Stichprobe.....	28
4.3 Messinstrument.....	29
4.4 Ethisches Gutachten .....	29
4.5 Vorgehensweise, Teilnehmerrekrutierung und Datenerhebung .....	29

## Inhaltsverzeichnis

4.6 Datenanalyse.....	30
5 Ergebnisse.....	32
5.1 Stichprobe.....	32
5.2 Krankenhaus und Pflegeheim.....	33
5.2.1 Alter.....	33
5.2.2 Pflegeabhängigkeit.....	34
5.2.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit.....	36
5.3 Krankenhaus.....	38
5.3.1 Alter.....	39
5.3.2 Pflegeabhängigkeit.....	39
5.3.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit.....	43
5.4 Pflegeheim.....	45
5.4.1 Alter.....	46
5.4.2 Pflegeabhängigkeit.....	47
5.4.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit.....	50
6 Diskussion.....	52
6.1 Krankenhaus und Pflegeheim zusammen.....	52
6.2 Krankenhaus.....	53
6.3 Pflegeheim.....	55
6.4 Unterschiede zwischen Krankenhaus und Pflegeheim.....	57
6.5 Stärken der Studie.....	58
6.6 Schwächen der Studie.....	58
6.7 Implikationen für die Praxis.....	59
7 Referenzliste.....	XIV
Anhang I: Fragebogen LPZ.....	XXIII
Anhang II: Kategorienbeschreibung der Pflegeabhängigkeitsskala.....	XXXIX
Lebenslauf.....	XLIII

## Glossar

---

**BewohnerInnen:** Als BewohnerInnen werden jene Personen bezeichnet, die bei der Datenerhebung in einem Alten- oder Pflegeheim wohnten.

**Bias/Verzerrung:** Ist eine Einflussnahme oder Handlungsweise im Rahmen einer Studie, welche die Ergebnisse verfälscht oder durch Tendenzbildung die Objektivität beeinträchtigt (Burns & Grove 2009).

**Chi<sup>2</sup> oder  $\chi^2$  – Test:** Mithilfe dieses Testes werden nominal skalierte Daten analysiert, um signifikante Unterschiede zwischen beobachteten Häufigkeiten in den Daten und den erwarteten Häufigkeiten bestimmen zu können (Burns & Grove 2009).

**Demographische Variablen:** Eigenschaften oder Merkmale von TeilnehmerInnen, die gesammelt werden, um die Stichprobe beschreiben zu können (Burns & Grove 2009).

**Einwilligungserklärung:** Ein Schriftstück, eine Band- oder eine Videoaufzeichnung welche als Nachweis dient, dass eine/ein PatientIn bzw. eine/ein BewohnerIn der Teilnahme an einer Studie zustimmt (Burns & Grove 2009).

**Fisher's Exakter Test:** Ein statistisches Verfahren, welches verwendet wird, um die Signifikanz bei unterschiedlichen Verhältnissen zu testen, wenn die Stichprobengröße klein ist oder die Zellen in der Kreuztabelle keine Beobachtungen aufweisen (Polit & Beck 2004).

**Gelegenheitsstichprobe:** Bei dieser Art von Stichprobenauswahl werden jene PatientInnen bzw. BewohnerInnen ausgewählt, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort befinden. (Burns & Grove 2009).

**Item:** Darunter versteht man eine fachsprachliche Bezeichnung einer einzelnen Frage innerhalb einer Fragenliste (Burns & Grove 2009).

**Kruskal-Wallis-Test:** Ein nichtparametrischer Test, welcher verwendet wird, um, basierend auf gereihten Daten, Unterschiede zwischen drei oder mehreren unabhängigen Gruppen zu testen (Polit & Beck 2004).

**Limitationen:** Bei Limitationen handelt es sich um theoretische oder methodologische Einschränkungen einer Untersuchung, welche die die Möglichkeit einer Verallgemeinerung der Ergebnisse beschränken können (Burns & Grove 2009).

**Man-Whitney-U-Test:** Dies ist ein Test zur Analyse von Ordinaldaten, um Unterschiede zwischen Gruppen von normal verteilten Populationen aufdecken zu können (Burns & Grove 2009).

**Median:** Ist jener Wert, der im exakten Zentrum der nicht gruppierten Häufigkeitsverteilung auftritt (Burns & Grove 2009).

**Multizentrisch:** Bezeichnung für Studien, die an mehreren Institutionen zur selben Zeit durchgeführt werden.

**N:** Stellt jenes Symbol dar, welches die Gesamtzahl der Subjekte in einer Studie bezeichnet; z.B.  $N = 800$  (Polit & Beck 2004).

**n:** Ein Symbol, welches die Zahl der Subjekte in einer Untergruppe, oder Zelle, einer Studie bezeichnet; jede der vier Gruppen hat eine Größe von  $n = 200$  mit einer Gesamtzahl von  $N = 800$  (Polit & Beck 2004).

**p-Wert:** Stellt bei statistischen Tests jene Wahrscheinlichkeit dar, die andeutet, dass die erhaltenen Ergebnisse allein auf den Zufall zurückzuführen sind (Polit & Beck 2004).

**PatientInnen:** Als PatientInnen werden jene Personen bezeichnet, die bei der Datenerhebung in einem Krankenhaus oder Universitätskrankenhaus stationär aufgenommen waren.

**Pilotstudie:** Ist eine weniger umfangreiche Version einer beabsichtigten Studie, die dazu dient, die Methodik – wie beispielsweise Behandlung, Instrumente oder Verfahren der Datensammlung – die in der Hauptstudie verwendet werden sollen, zu entwickeln und zu verbessern (Burns & Grove 2009).

**Prävalenz:** Darunter versteht man, die Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit innerhalb einer Population zum Untersuchungszeitpunkt (Roche Lexikon Medizin 1993).

**Prävalenzerhebung:** Eine Erhebung, die durchgeführt wird, um die Prävalenzrate von Krankheiten zu einem speziellen Zeitpunkt feststellen zu können (Polit & Beck 2004).

**Querschnittsdesign:** Bei diesem Studiendesign werden gleichzeitig Untersuchungen von TeilnehmerInnengruppen in verschiedenen Entwicklungsstadien von z.B. Krankheiten durchgeführt, mit dem Ziel, über einen bestimmten Zeitraum hinweg Aufschluss über bestimmte Trends erhalten zu können (Burns & Grove 2009).

**Reliabilität/Zuverlässigkeit:** Bezeichnet jenes Ausmaß, in dem ein Instrument zuverlässig ein bestimmtes Konzept misst. Drei Formen der Reliabilität werden unterschieden; Stabilität, Äquivalenz und Homogenität (Burns & Grove 2009).

**Repräsentativität:** Bezeichnet jenes Ausmaß, in dem sich Stichprobe, zugängliche Population und Zielpopulation gleichen (Burns & Grove 2009).

**Schlüsselwörter:** Stellen Hauptkonzepte oder Variablen eines Forschungsproblems oder Forschungsthemas dar, die bei einer Literatursuche benutzt werden (Burns & Grove 2009).

**Setting/Schauplatz:** Ist jene Umgebung, in der die Forschungen durchgeführt werden (Burns & Grove 2009).

**Signifikante Ergebnisse:** Bezeichnen Resultate verstanden, die mit den identifizierten Schlüssen übereinstimmen (Burns & Grove 2009).

**Signifikanzniveau/Signifikanzlevel/Alpha:** Ist eine Schnittstelle, anhand der bestimmt wird, ob die untersuchten Stichproben zur selben oder zu verschiedenen Populationen gehören; Alpha wird normalerweise bei 0,05; 0,01 oder 0,001 festgelegt (Burns & Grove 2009).

**Skala:** Unter einer Skala versteht man eine Messmethode, die zur selbstständigen Beantwortung geeignet ist. Sie setzt sich aus verschiedenen Items zusammen, von denen angenommen wird, dass sie das zu untersuchende Konstrukt messen; die/der TeilnehmerIn antwortet auf jedes Item auf dem vorgelegten Kontinuum bzw. der vorgelegten Skala (Burns & Grove 2009).

**Standardabweichung:** Ist jenes Streuungsmaß, das mittels der Quadratwurzel der Varianz berechnet wird, und zeigt an, wie weit die individuellen Werte vom Mittelwert differieren (Burns & Grove 2009; Dassen et al. 2008).

**Statistische Signifikanz:** Bezeichnet jenes Ausmaß, in dem die Ergebnisse aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf Zufällen beruhen (Burns & Grove 2009).

**Stichprobe:** Die Stichprobe ist die Teilmenge der Population (Grundgesamtheit), die für eine Studie ausgewählt wurde (Burns & Grove 2009).

**t-Test:** Dabei handelt es sich um eine parametrische Analyseverfahren zur Bestimmung von signifikanten Unterschieden zwischen den Messwerten zweier Stichproben (Burns & Grove 2009).

**Validität/Gültigkeit:** Ist jener Grad, mit welchem ein Instrument misst, was es vorgibt zu messen (Polit & Beck 2004).

## Abkürzungsverzeichnis

---

BMI	Body-Mass-Index
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bzw.	beziehungsweise
CINAHL <sup>®</sup>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMBASE <sup>®</sup>	Excerpta Medica Database
et al.	et alii (lat.) oder et aliae (lat.) oder et alia (lat.) oder und andere (dt.)
EURECARE	European Research Group in Elderly Care
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Revision 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – Ausgabe 10)
KH	Krankenhaus
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
mc/ccu	Überwachungsstation/Herzüberwachungsstation
MW	Mittelwert
N	Gesamtanzahl der TeilnehmerInnen
n	Anzahl der TeilnehmerInnen von Subgruppen
p	p-Wert
PA	Pflegeabhängigkeit
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
PH	Pflegeheim
RIS	Rechtsinformationssystem
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel
>	größer als
<	kleiner als
≤	kleiner gleich
%	Prozent
&	und

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Schlüsselwörter im Rahmen der Literatursuche.....	8
Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche .....	10
Abbildung 3: Eigenschaften von Pflegeabhängigkeit .....	12
Abbildung 4: Ausschlüsse von TeilnehmerInnen von der Prävalenzerhebung.....	32
Abbildung 5: Altersstruktur von Frauen und Männern in Krankenhaus und Pflegeheim...	34
Abbildung 6: Netzdiagramm der PAS von Frauen und Männern in KH und PH .....	35
Abbildung 7: Abhängigkeitskategorien in Krankenhaus und Pflegeheim .....	35
Abbildung 8: PAS Summenwert im KH und PH bezogen auf Alter.....	36
Abbildung 9: BewohnerInnen der einzelnen Station im Krankenhaus .....	38
Abbildung 10: Altersstruktur von Frauen und Männern im Krankenhaus.....	39
Abbildung 11: Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Krankenhäusern .....	40
Abbildung 12: PA von Frauen und Männern in den untersuchten Krankenhäusern.....	41
Abbildung 13: Netzdiagramm der PAS von Frauen und Männern im KH .....	42
Abbildung 14: Abhängigkeitskategorien im Krankenhaus .....	42
Abbildung 15: Altersklassen und Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus .....	43
Abbildung 16: Mittelwert der PA auf Stationen im Krankenhaus .....	43
Abbildung 17: Bewohner der einzelnen Station im Pflegeheim .....	45
Abbildung 18: Altersstruktur von Frauen und Männern im Pflegeheim.....	46
Abbildung 19: Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Pflegeheimen .....	47
Abbildung 20: PA von Frauen und Männern in den untersuchten Pflegeheimen .....	47
Abbildung 21: Netzdiagramm der PAS im PH .....	48
Abbildung 22: Abhängigkeitskategorien im Pflegeheim .....	49
Abbildung 23: Altersklasse und Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim .....	49
Abbildung 24: Mittelwert der PA auf Stationen im Pflegeheim .....	50

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1: Fähigkeiten und Probleme bei täglichen Aktivitäten .....	6
Tabelle 2: Internationale Studien zu Pflegeabhängigkeit .....	20
Tabelle 3: Altersstruktur in Krankenhaus und Pflegeheim .....	33
Tabelle 4: Pflegeabhängigkeit in Krankenhaus und Pflegeheim.....	34
Tabelle 5: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert in KH und PH .....	37
Tabelle 6: Altersstruktur im Krankenhaus.....	39
Tabelle 7: Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus.....	41
Tabelle 8: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert im Krankenhaus .....	44
Tabelle 9: Altersstruktur im Pflegeheim .....	46
Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim.....	48
Tabelle 11: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert im Pflegeheim.....	51

## Zusammenfassung

---

**Hintergrund:** In Österreich leben mehr als 8,2 Millionen Menschen, von denen über 390.000 auf ständige Pflege angewiesen sind. Die demographische Entwicklung lässt erwarten, dass in den kommenden Jahren die Zahl der älteren Menschen ansteigen wird. Ältere Menschen weisen häufig eine höhere Pflegeabhängigkeit auf als Jüngere. Für österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime gibt es keine entsprechende Datenlage, die das Phänomen Pflegeabhängigkeit aufzeigt. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen zu beschreiben.

**Methode:** Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wurden in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen im Rahmen einer multizentrischen Querschnittsstudie (Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten 2009) spezifische Daten über Pflegeabhängigkeit, Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und Fixierung erhoben. Die Pflegeabhängigkeit wurde mittels der Pflegeabhängigkeitsskala (15 Items) erhoben.

**Ergebnisse:** 2341 PatientInnen bzw. BewohnerInnen in elf Krankenhäusern und sechs Pflegeheimen nahmen an der Prävalenzerhebung 2009 teil. Betrachtet man die Settings Krankenhaus und Pflegeheim, so zeigt sich, dass PatientInnen eher eine Pflegeunabhängigkeit aufweisen, während BewohnerInnen eher pflegeabhängig sind. Im Pflegeheim sind mehr als zwei Drittel der BewohnerInnen völlig pflegeabhängig bzw. überwiegend pflegeabhängig, während im Krankenhaus lediglich 12 % der PatientInnen in hohem Maße auf Pflege angewiesen sind. Bei den einzelnen Items der Pflegeabhängigkeitsskala wurde festgestellt, dass Frauen und Männer in den Settings Krankenhaus und Pflegeheim fast idente Pflegeabhängigkeitswerte aufweisen. Im Setting Krankenhaus steigt die Pflegeabhängigkeit mit dem Alter an, während im Pflegeheim eine annähernd gleich bleibende Pflegeabhängigkeit besteht.

**Diskussion:** Die bei der Prävalenzerhebung gewonnenen Daten geben einen ersten Einblick bezüglich dem Phänomen Pflegeabhängigkeit, von PatientInnen und BewohnerInnen, in österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Es konnte gezeigt werden, in welchen Bereichen eine Abhängigkeit besteht und wo Unterstützung sowie Hilfe seitens der Pflege notwendig wird. Es ist zu empfehlen, dass zukünftig weitere Krankenhäuser und Pflegeheime an dieser Erhebung teilnehmen, um Längsschnittvergleiche und weitere Analysen machen zu können.

## Abstract

---

**Background:** More than 8.2 million people are living in Austria and about 390.000 of them require permanent care. The demographic development expects that the number of older people will increase in the following years. Elderly people are more care dependent than younger ones. No information concerning care dependency could be found in Austrian hospitals or nursing homes, which represents the actual situation. The aim of this master thesis is to describe the situation of care dependency in Austrian healthcare facilities.

**Methods:** At a multicentric cross-sectional study, realized in Austrian hospitals and nursing homes (National Prevalence Measurement of Care Problems 2009), a standardized questionnaire was used to get specific data about care dependency, pressure ulcers, incontinence, malnutrition, intertrigo, falls and physical restraints. Care dependency was measured by the care dependency scale within its 15 items.

**Results:** 2341 patients, respectively nursing home residents of eleven hospitals and six nursing homes took part in the National Prevalence Measurement of Care Problems 2009. Considering both settings, hospitals and nursing homes, patients are rather care independent while nursing home residents are rather care dependent. More than two thirds of the nursing home residents are total care dependent respectively substantial care dependent. In comparison to this number, only 12 % of the hospital patients are dependent on care. Concerning the single care dependency scale items, men and women in hospitals and nursing homes almost show identical care dependency values. The fact that the care dependency increases with age could only be proved in hospitals.

**Discussion:** The data of the prevalence measurement gave a first insight into the phenomenon of care dependency by patients and nursing home residents in Austrian healthcare facilities. With this measurement it was possible to show in which domains a dependency exists and where nursing support and aid is needed. Further research should be done in hospitals and nursing homes to compare results longitudinal and analyze further research.

# 1 Einleitung

---

Menschen müssen während ihres ganzen Lebens von anderen Menschen umsorgt und genährt werden; manchmal mehr und manchmal weniger. Pflege und Abhängigkeit, im Besonderen in Form der Pflegeabhängigkeit, waren, sind und werden immer Merkmale unseres Lebens sein (Kittay, Jennings & Wasunna 2005).

In Österreich leben etwas mehr als 8,2 Millionen Menschen wobei es mehr Frauen gibt als Männer (Statistik Austria 2009b; Statistik Austria 2008a). Der AusländerInnenanteil beträgt 9,7 %. Die meisten MigrantInnen kommen aus Europa, wie etwa dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei oder Deutschland (Statistik Austria 2009c; Statistik Austria 2007a). Im Jahr 2006 lag in Österreich die Lebenserwartung bei der Geburt für Frauen bei 82,7 Jahren und für Männer bei 77,1, wobei angenommen wird, dass sie bis zum Jahr 2050 weiter ansteigen wird. Angesichts der vorausgerechneten Bevölkerungszahlen ist zu erwarten, dass die österreichische Bevölkerung im Jahr 2050 auf fast 9,5 Millionen angestiegen sein wird. Dabei bleibt die Tatsache, dass es mehr Frauen als Männer gibt, bestehen (Statistik Austria 2009d; Statistik Austria 2007b).

Die demographische Entwicklung zeigt, dass in den kommenden Jahren die Zahl der älteren Menschen ansteigt, sich hingegen die Zahl der jüngeren Menschen verringert. Durch dieses Faktum, steigt die Zahl jener, die Hilfe benötigen, jedoch verringert sich die Zahl derer, die Hilfe leisten können (Kytir, Schrittwieser & Statistik Austria 2003).

In Deutschland etwa gibt es mehr als zwei Millionen Menschen, die pflegeabhängig sind; die Mehrheit (68 %) sind Frauen. Die erwarteten Veränderungen beim demographischen Wandel und ein Anstieg von chronischen Krankheiten führen zu einer Zunahme der Pflegeabhängigen. Ebenso wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit eines Krankenhausaufenthaltes steigt. Die Pflege dieser PatientInnen bedeutet eine großen Herausforderung für alle Berufsgruppen eines Krankenhauses (Statistisches Bundesamt 2009; Statistisches Bundesamt 2008; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a).

In Belgien konnten Breda & Geerts (2001) Pflegeabhängigkeit mit Hilfe eines Gesundheitsfragebogens und der darin enthaltenen Katz-Skala messen. Dabei kristallisierte sich heraus, dass etwa 87 % der pflegebedürftigen Population über 60 Jahre alt ist und keine formellen Hilfen, wie etwa Heimhilfe, Reinigungshilfe oder Essen auf Räder, annehmen.

## Einleitung

Die Folgen des demographischen Wandels werden mittels unterschiedlicher Ansätze betrachtet. Chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit der Alten ist als ein pessimistischer Ansatz anzusehen, während optimistische Ansätze von einem aktiveren Alter ausgehen, bei dem Krankheiten und Behinderungen eher die Ausnahme darstellen (Bickel 2001).

Die durchschnittliche Lebenserwartung wird als der gebräuchliche globale Gesundheitsindikator angegeben. Da sie sich jedoch ausschließlich auf die Mortalität stützt, kann die durchschnittliche Lebenserwartung nur die Erfolge bei der Bekämpfung tödlich verlaufender Krankheiten anzeigen. Ob die erwartete Reduktion der Sterblichkeit auch von einer Reduktion der Morbidität begleitet wird, bleibt jedoch verborgen. Da die Lebenserwartung immer mehr ansteigt, steigt damit auch die Besorgnis, dass chronische Alterserkrankungen überproportional zunehmen und es zu einem Versorgungsengpass kommt. Der Anteil der älteren Menschen (über 60 Jahre) wird sich in Europa, wie etwa in Österreich oder Deutschland, bzw. in Nordamerika bis zum Jahre 2050 auf ein Fünftel (Nordamerika) bis sogar ein Drittel (Österreich und Deutschland) der jeweiligen Gesamtbevölkerung belaufen (Statistik Austria 2009d; Leenerts, Teel & Pendleton 2002; Bickel 2001). In jeder der von der World Health Organisation (WHO) untersuchten Region zeigt sich, dass die Abhängigkeit angestiegen ist oder, bis zum Jahr 2050, im Steigen begriffen ist (Kittay, Jennings & Wasunna 2005).

In der Vergangenheit wurden funktionelle Einschränkungen älterer Menschen als eine unausweichliche Konsequenz des Alterns angesehen. Seit etwa 30 Jahren wird der Begriff der Abhängigkeit dazu verwendet, um Situationen mit Einschränkungen bei über 60-jährigen Menschen zu beschreiben. Betrachtet als eine Konsequenz der chronischen Pathologie (physisch, mental oder psychologisch), hat die Abhängigkeit den Status eines neuen medizinischen Risikos erlangt und bedarf der Aufmerksamkeit von Wohlfahrtsorganisationen (Yliff et al. 2004).

18,8 % der österreichischen Bevölkerung hat 2001 angegeben, an einer chronischen Krankheit zu leiden; im Detail waren dies 11,6 % der 16 – 59-Jährigen und 40,0 % der 60-Jährigen und Älteren. Betrachtet man den Verlauf der Jahre (bis 2007), zeigt sich, dass die Zahlen im Steigen begriffen sind; von 18,8 % auf 23,8 %, von 11,6 % auf 17,0 % und von 40,0 % auf 43,0 %. Betrachtet man Frauen und Männer getrennt, zeigt sich, dass Frauen häufiger an einer chronischen Krankheit leiden als Männer (Statistik Austria 2009a).

Die Konsequenzen von chronischer schlechter Gesundheit und die damit verbundenen Einschränkungen sind nicht nur medizinischer Natur. Wenn eine Person schwer

## Einleitung

beeinträchtigt ist und daher ihre täglichen Aktivitäten nicht mehr ausüben kann, wird sie unausweichlich praktische Hilfe in Anspruch nehmen müssen (Breda & Geerts 2001).

Allgemein kann gesagt werden, dass mit dem Alter – und zwar bei Frauen wie bei Männern – Probleme bei funktionellen Tätigkeiten zunehmen. Diese Probleme betreffen das Gehen, das Treppensteigen, die Fingerfertigkeit, die Drehbewegung mit der Hand, das Beißen und Kauen, das Bücken und Niederknien sowie das Heben (Statistik Austria 2007c).

Die meisten älteren Erwachsenen haben zumindest eine physische oder nichtphysische Einschränkung (Leenerts, Teel & Pendleton 2002).

Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in Deutschland bundesweit in vereinheitlichter Form. Dies geschieht mittels geschulter GutachterInnen auf der Basis gesetzlich definierter Kriterien. Die Tatsache, dass es die Möglichkeit gibt, finanzielle und sachliche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, stellt einen hohen Anreiz dar, diesen Leistungen einen Antrag zu stellen. Dabei bietet sich ebenso die fast vollständige Erfassung aller Pflegefälle (Bickel 2001).

Die körperliche Aktivität (aktiv = mindestens an drei Tagen in der Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen) nimmt mit zunehmendem Alter stark ab. Während bei den 15 – 59-jährigen Männern etwa ein Drittel körperlich aktiv ist, verringert sich dieser Wert bei den 60 – 74-Jährigen auf 27,3 % und fällt bei den über 74-Jährigen auf 12,0 %. Bei den 15 – 59-jährigen Frauen sind 26,7 % körperlich aktiv, jedoch sinkt der Wert bei den 60 – 74-jährigen Frauen auf 21,6 % und fällt bei den über 74 Jährigen auf 5,4 % ab (Statistik Austria 2007e).

Im Jahr 2006 schätzten 37,5 % der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, 38,1 % als „gut“, 18,5 % als „mittelmäßig“, 5,0 % als „schlecht“ und 1,0 % als „sehr schlecht“ ein. Dabei zeigte sich, dass Männer ihren Gesundheitszustand in jeder Kategorie besser einschätzen als Frauen dies tun (Statistik Austria 2007d).

## 2 Literaturreview

---

Eine Literaturübersicht oder auch Literaturreview dient dazu, aktuelle und empirische Quellen zusammenzufassen, und zwar mit dem Ziel, einen Überblick zu erhalten, was hinsichtlich eines bestimmten Problems bekannt oder auch nicht bekannt ist (Burns & Grove 2009). Die vorliegende Literaturübersicht wurde in der Zeit von Mitte März bis Ende Mai 2009 durchgeführt.

### 2.1 Situation in Österreich

Um die aktuelle Situation in Österreich einschätzen bzw. aufzeigen zu können, wurde im Rechtsinformationssystem (RIS) [<http://www.ris.bka.gv.at>] eine allgemeine Recherche zum Thema „Pflege“ durchgeführt. Hierbei wurde mit dem Suchwort „Pflege“ gearbeitet, wobei sich das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) und das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) als wichtig herauskristallisierten. Diese Recherche wurde auf den Onlineplattformen „Gesundheit Österreich GmbH“ [<http://www.oebig.org>] und HELP [<http://www.help.gv.at>] sowie und auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit [<http://www.bmgfj.gv.at>], ebenfalls mit dem Suchwort „Pflege“, weitergeführt. Um einen Einblick in den Gesundheitszustand in Österreich zu erlangen, wurde mit dem Schlagwort „Gesundheit“ auf der Internetplattform „Statistik Austria“ [<http://www.statistik.at>] eine Suche gestartet. Dabei stellte sich die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ als das zentrale Element heraus.

Aus der Recherche wurde ersichtlich, dass sich die Pflegebedürftigkeit von einem Randproblem zu einem alle Mitglieder der Gesellschaft betreffenden Risiko gewandt hat, denn alleine in Österreich gibt es mehr als 390.000 Menschen, die ständig auf Pflege angewiesen sind (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009a). Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Alter, denn die Wahrscheinlichkeit, betreuungs- und pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter an (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009e).

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit werden in Österreich als körperliche Bewegungseinschränkungen, zunehmende Ungeschicklichkeit und eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit zusammengefasst und bezeichnen einen Zustand, in dem eine Person dauerhaft nicht in der Lage ist, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen

(Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009d; Klimont, Kytir & Leitner 2007).

Die Begriffe Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf werden in der Fachliteratur oft synonym verwendet. Die Pflegebedürftigkeit setzt an den körperlichen Defiziten der älteren Menschen an, während der Pflegebedarf den Einschätzungen der als erforderlich angesehenen Handlungen, Maßnahmen und/oder Leistungen des Pflegebedürftigen entspricht (Hasseler & Görres 2005).

Unter anderem zeigt sich dies in Österreich, wo die Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegebedarf in Stunden pro Monat gleichgesetzt wird. Dieser Pflegebedarf wird in sieben Stufen unterteilt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009c). Anspruch auf Pflegegeld haben Personen nur dann, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde (BPGG 2009). Der Zweck des Pflegegelds liegt darin, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen (BPGG 2009). Das zu erhaltende Pflegegeld hängt von der Höhe der eingeschätzten Pflegestufe ab und variiert zwischen 154,20 Euro bei Pflegestufe 1 und 1655,80 Euro bei Pflegestufe 7 (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009c; BPGG 2009). Pflegestufe 1 bedeutet, dass mehr als 50 Stunden Pflege pro Monat ausgeführt werden müssen. Bei Stufe 7 ist die/der zu Pflegenden zu keinerlei zielgerichteter Bewegung mit Armen und Beinen und dementsprechender funktioneller Umsetzung in der Lage (BPGG 2009; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009c).

Pflegebedarf liegt dann vor, wenn jemand bei Betreuungsmaßnahmen wie auch bei Hilfsverrichtungen Unterstützung benötigt. Unter Betreuungsmaßnahmen werden all jene Punkte zusammengefasst, die den persönlichen Bereich betreffen wie etwa Kochen, Essen, Medikamenteneinnahme, An- und Auskleiden, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft oder Fortbewegung innerhalb der Wohnung. Punkte die den sachlichen Lebensbereich betreffen, fallen unter den Begriff Hilfsverrichtungen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009b).

Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist die Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grads der

Pflegeabhängigkeit der Patientin/des Patienten bzw. der Klientin/des Klienten verankert (GuKG 2007). Dies bedeutet, dass eine Person im Tätigkeitsfeld des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet ist, diese Erhebungen eigenverantwortlich durchzuführen.

Um noch genauere Aussagen zur Thematik Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf in Österreich machen zu können, wurde in der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ nach Befragungskriterien gesucht, die auf die Pflegebedürftigkeit bzw. den Pflegebedarf eingehen.

Bei dieser Befragung wurden verschiedene Fähigkeiten (Tabelle 1) erfragt. TeilnehmerInnen (N = 3.609.900) im Alter von 15 Jahren und mehr gaben bei den Kategorien „Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?“ oder „Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt“ die Antwort „Ja“ bzw. „stark eingeschränkt“ oder „etwas eingeschränkt“. Die TeilnehmerInnen teilten sich wie folgt in Altersgruppen ein: 15 bis unter 60 Jahre = 1,787 Millionen, 60 bis unter 75 Jahre = 1,1726 Millionen und 75 Jahre und älter = 0,6503 Millionen (Klimont, Kytir & Leitner 2007).

Tabelle 1: Fähigkeiten und Probleme bei täglichen Aktivitäten  
(Klimont, Kytir & Leitner 2007)

<b>Fähigkeit zu beißen und zu kauen (harter Apfel)</b>		<b>Problem zu baden oder zu duschen</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	11,5	Gesamt	6,0
15 bis < 60 Jahre	3,7	15 bis < 60 Jahre	1,8
60 bis < 75	12,7	60 bis < 75	4,0
75 und älter	30,8	75 und älter	21,0
<b>Fähigkeit sich zu bücken und niederzuknien</b>		<b>Probleme Essen zuzubereiten</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	25,1	Gesamt	6,7
15 bis < 60 Jahre	3,2	15 bis < 60 Jahre	3,3
60 bis < 75	24,3	60 bis < 75	5,9
75 und älter	51,9	75 und älter	17,4
<b>Fähigkeit etwas Schweres (5 kg) hochzuheben und zu tragen</b>		<b>Probleme selbst zu telefonieren</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	18,5	Gesamt	2,2
15 bis < 60 Jahre	10,1	15 bis < 60 Jahre	0,6
60 bis < 75	15,3	60 bis < 75	2,0
75 und älter	47,1	75 und älter	7,2

## Literaturreview

<b>Probleme selbst zu essen</b>		<b>Probleme selbst Einkäufe zu erledigen</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	3,7	Gesamt	8,2
15 bis < 60 Jahre	2,2	15 bis < 60 Jahre	3,2
60 bis < 75	4,0	60 bis < 75	5,9
75 und älter	7,4	75 und älter	26,4
<b>Probleme sich selbst hinzusetzen und aufzustehen</b>		<b>Probleme selbst die Wäsche zu waschen</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	4,5	Gesamt	6,9
15 bis < 60 Jahre	2,2	15 bis < 60 Jahre	3,0
60 bis < 75	3,6	60 bis < 75	5,5
75 und älter	12,4	75 und älter	20,3
<b>Probleme sich an- und auszuziehen</b>		<b>Probleme regelmäßig leichte Hausarbeit durchzuführen</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	5,2	Gesamt	6,3
15 bis < 60 Jahre	2,4	15 bis < 60 Jahre	3,0
60 bis < 75	4,2	60 bis < 75	4,5
75 und älter	14,7	75 und älter	18,9
<b>Problem auf die Toilette zu gehen</b>		<b>Probleme gelegentliche schwere Hausarbeit durchzuführen</b>	
Jahre	Problem: Ja (in %)	Jahre	Problem: Ja (in %)
Gesamt	2,8	Gesamt	22,4
15 bis < 60 Jahre	1,1	15 bis < 60 Jahre	12,9
60 bis < 75	2,0	60 bis < 75	19,1
75 und älter	8,7	75 und älter	54,3

Als Beispiel wird die „Fähigkeit zu beißen und zu kauen (harter Apfel)“ gewählt. Dabei zeigten, gesamt gesehen, 11,5 % ein Problem auf. Dies ist mit 3,7 % bei den 15 bis unter 60-Jährigen ein Problem. Bei den 60 bis unter 75-Jährigen steigt der Wert auf 12,7 % an und erreicht bei den über 75-Jährigen mit 30,8 % sein Maximum.

Des Weiteren ergab die Befragung, dass 414.800 der TeilnehmerInnen auf die Frage „Hatten Sie jemals eine Harninkontinenz“ mit „Ja“ antworteten. 88,7 % litten in den letzten zwölf Monaten an diesem Gesundheitsproblem und bei 80,5 % stellte ein Arzt die Diagnose. Wenn man sich die Verteilung nach Lebensjahren ansieht, so zeigt sich, dass 109.200 Personen im Alter von 15 bis unter 60 Jahren und 305.600 ab 60 Jahre an diesem Problem erkrankten. Somit hatten in den letzten zwölf Monaten 92 % der 75-Jährigen und Älteren (n = 177.200) und 87,1 % der 60 – 75-Jährigen (n = 128.400) unter dieser Erkrankung gelitten.

Von 6.991.900 TeilnehmerInnen wiesen 2,6 % einen Body-Mass-Index (BMI) von < 18,5, 49,8 % einen BMI von 18,5 bis < 25,0; 35,3 % einen BMI von 25,0 bis < 30 und 12,4 % einen BMI von 30 und mehr auf. Dies bedeutet, dass nach dieser Einteilung etwa 50 %

normalgewichtig sind, der Rest jedoch in die Kategorien „Untergewicht“, „Übergewicht“ bzw. „Adipositas“ fällt (Klimont, Kytir & Leitner 2007).

## 2.2 Internationale Situation

Eine systematische Literaturrecherche wurde von 16. März 2009 bis 07. Juni 2009 in den Datenbanken CINAHL<sup>®</sup>, EMBASE<sup>®</sup>, PubMed<sup>®</sup> und The Cochrane Library<sup>®</sup> durchgeführt, um den aktuellen internationalen Stand aufzeigen zu können.

Wird Pflegebedürftigkeit mit Hilfe des Onlinewörterbuchs von Hemetsberger (2009) ins Englische übersetzt, so findet man als Übersetzungen „care dependency“, „dependency on care“ oder „need for care“ vor. Bei einer Rückübersetzung des Terminus „care dependency“ ins Deutsche, findet man jedoch die Termini Pflegeabhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit vor.

Bei der Suche kamen die in Abbildung 1 dargestellten Schlüsselwörter und „Boolean Operators“ (\*, OR und AND) zum Einsatz. Die Termini „care dependency scale“, „self care“ und „self care abilities“ wurden im Laufe der Recherche hinzugenommen.

„care dependen\*“ OR „care dependency scale“ OR „dependency on care“ OR  
„need for care“ OR Pflegeabhängigkeit OR Pflegebedürftigkeit OR „self care“  
OR „self care abilities“  
AND hospital  
AND nursing  
AND nursing home  
AND prevalence  
AND prevalence measurement

Abbildung 1: Schlüsselwörter im Rahmen der Literatursuche

Mit den eben genannten Schlüsselwörtern und der dargestellten Strategie (Abbildung 1) wurde die Suche auf den Onlineplattformen „European Research Group in Elderly Care“ (EURECARE<sup>®</sup>) [<http://www.eurecare.nl>], „Find Health Articles<sup>®</sup>“ [<http://www.find-health-articles.com>], „Sage Online Journals<sup>®</sup>“ [<http://online.sagepub.com>] und „Research Gate<sup>®</sup>“ [<https://www.researchgate.net>]“ weitergeführt.

Den Abschluss der Literatursuche bildete eine Suche in der Metasuchmaschine Dogpile<sup>®</sup> [[www.dogpile.com](http://www.dogpile.com)]. Eine Suche in einer Metasuchmaschine zeigt sich als effektiv, da sie

mehrere Suchmaschinen vereinigt und so eine noch umfassendere Internetrecherche erlaubt (Burns & Grove 2009).

Bei der Suche wurden Limits für die Parameter Zeitraum (1999-2009), Sprache (deutsch- und englischsprachig), Setting (Krankenhaus und Pflegeheim) und Alter (Volljährigkeit) gesetzt. Der Zeitraum von zehn Jahren ist laut Burns & Grove (2009) als ausreichend anzusehen.

Die gefundenen Ergebnisse wurden anhand des Artikeltitels, in relevante und irrelevante, eingeordnet. Diese Einschätzung ist nach den Beurteilungsbögen von Davies & Logan (2008) als erstes Einteilungskriterium sinnvoll. Nach der Beurteilung des Titels nach seiner Relevanz wurde dessen Abstract nach den Kriterien von Polit & Beck (2004) begutachtet. Dabei wurde der Fokus auf die Forschungsfrage, die Methode, die Ergebnisse und die Implikationen für die Praxis gelegt. Artikel, deren Abstracts für relevant befundene wurden, wurden in weiterer Folge, als Volltext gelesen und mittels der Bewertungskriterien von Burns & Grove (2009) kritisch geprüft. Dabei lag ein Augenmerk auf der Einleitung, die eine prägnante Darstellung des Forschungsproblems sowie die Darlegung der Bedeutung der Studie enthalten musste. Weiters wurde dem Forschungszweck, dem theoretischen Bezugsrahmen und der Forschungszielsetzung, sowie den Forschungsfragen und auch den Hypothesen Aufmerksamkeit geschenkt. Bei der Methode wiederum wurden Forschungsdesign, Stichprobe, Setting, Messmethoden und Datensammlung beurteilt. Bei der Bewertung der Ergebnisse wurde darauf geachtet, dass die Datenanalyse beschrieben wurde sowie eine Präsentation der Ergebnisse anhand der gestellten Zielsetzungen, Fragen und Hypothesen vorlag. Abschließend wurden der Diskussion relevanter Ergebnissen sowie der Ermittlung eventueller Limitationen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen Aufmerksamkeit geschenkt. Bei der Bewertung wurde darauf geachtet, dass die Darstellung, Definition, Sichtweise und Messung von Pflegeabhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit dargestellt werden kann. Die Beurteilung der Methodik ergab, dass quantitative wie auch qualitative Studien zu beachten sind.

Bei jenen Artikeln, die als Volltext gelesen wurden, wurden die betreffenden Referenzlisten auf weitere potentielle Artikel hin gescreent.

Bei dieser Literaturrecherche wurden 1063 potentielle Artikel gefunden; 418 in den Datenbanken, 638 in den Onlineplattformen und 13 in der Metasuchmaschine. Nach den Bewertungen der Titel und Abstracts blieben 23 Artikel über, die als Volltext gelesen und

bewertet wurden. Die Handsuche in den Referenzlisten der gelesenen Volltexte ergab noch 6 zusätzliche Artikel, so dass insgesamt 29 Artikel in die Arbeit einbezogen wurden. Zum Zwecke einer übersichtlichen Darstellung der Literatursuche wurde deren Verlauf in Abbildung 2 als Graphik dargestellt.

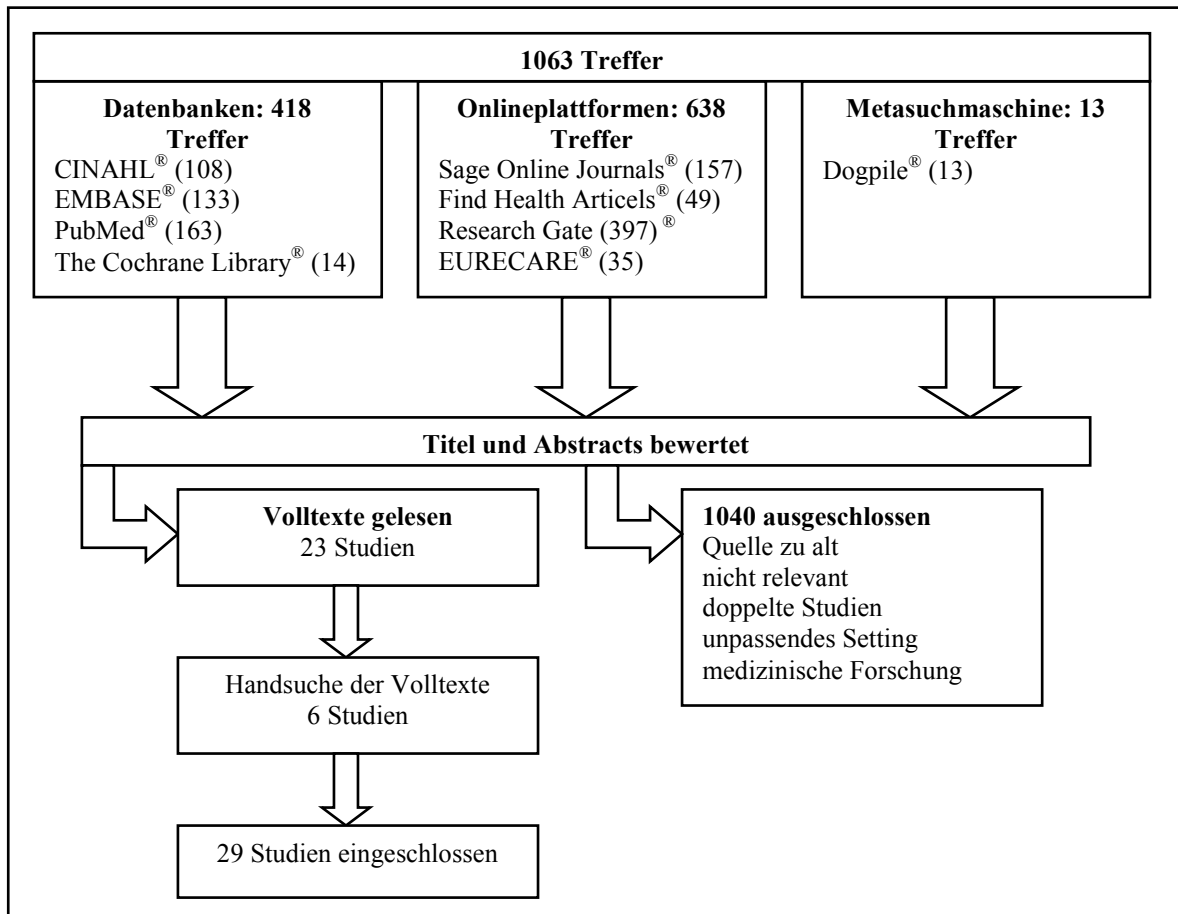


Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche

## 2.3 Ergebnisse der Literaturrecherche

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Literaturrecherche thematisch aufgearbeitet.

### 2.3.1 Von Abhängigkeit zu Pflegeabhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit

Menschliche Wesen sind nie gänzlich unabhängig. Sie kommen elternabhängig auf die Welt, wachsen im Umfeld der Familie auf und benötigen zusätzlich staatliche Hilfe, um eine gewisse intellektuelle und moralische Reife erreichen zu können (Taylor 2001). Dabei lässt sich feststellen, dass Abhängigkeit viele Facetten hat: physische, mentale, emotionale, kognitive, soziale, wirtschaftliche und ökologische (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b).

Ursachen für eine chronische Abhängigkeit können chronische Erkrankungen, sensorische Defizite sowie eine Verschlechterung des physischen oder psychischen Zustandes sein (Lohrmann 2002a).

Anfänglich wurde Abhängigkeit lediglich in Bezug auf körperliche oder instrumentelle Defizite definiert. Heutzutage betont der Begriff psychische Abhängigkeit beispielsweise den Einfluss mentaler Störungen, welche kognitiv, psychologisch oder verhaltensbedingt sein können. Eine individuelle Einschätzung bezüglich Abhängigkeit muss es möglich machen, Pflegebedürfnisse darzustellen. Bei dieser Einschätzung werden zunächst die physischen und anschließend die psychischen Dimensionen einer Betrachtung unterzogen (Ylief et al. 2004). Abhängigkeit – als Ganzes gesehen – wird von PatientInnen akzeptiert, wenn sie, wie die Schwerkraft als normal angesehen wird (Ellefsen 2002).

Betrachtet man die Ergebnisse aus der Literatur, so lassen sich generell vier Bedeutungen bzw. Perspektiven von Abhängigkeit aufzeigen: eingeschränkte Fähigkeiten entbehren, sich auf die Hilfe anderer verlassen, krankhafte Verfassung und subjektive Perspektive (Boggatz et al. 2007).

Wie verhält sich nun die Pflegeabhängigkeit im Bezug auf Abhängigkeit? Allgemein kann gesagt werden, dass Pflegeabhängigkeit eine spezielle Form der Abhängigkeit darstellt. Sie ist ein alltägliches Problem welches in der Pflegeliteratur behandelt wird, stellt eine Situation dar, die jeden, egal ob sehr junge (Kinder), sehr alte, sehr kranke oder beeinträchtigte Menschen, durch eine Erkrankung oder eine Behinderung treffen kann und zeigt sich als ein kurzzeitiger, langzeitiger oder permanenter Zustand (Tork, Lohrmann & Dassen 2008; Boggatz et al. 2007; Kittay, Jennings & Wasunna 2005; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b).

Für die Pflegeabhängigkeit selbst können fünf Bedeutungen bzw. Perspektiven aufgezeigt werden: funktionelle Einschränkungen, Bedürfnisse, Selbstpflegetdefizite, Eigenschaft bzw. Art, die Hilfe verlangt und unbefriedigte Bedürfnisse (Boggatz et al. 2007).

Die Art und Weise, in der diese fünf Bedeutungen zusammenhängen ist in Abbildung 3 dargestellt.

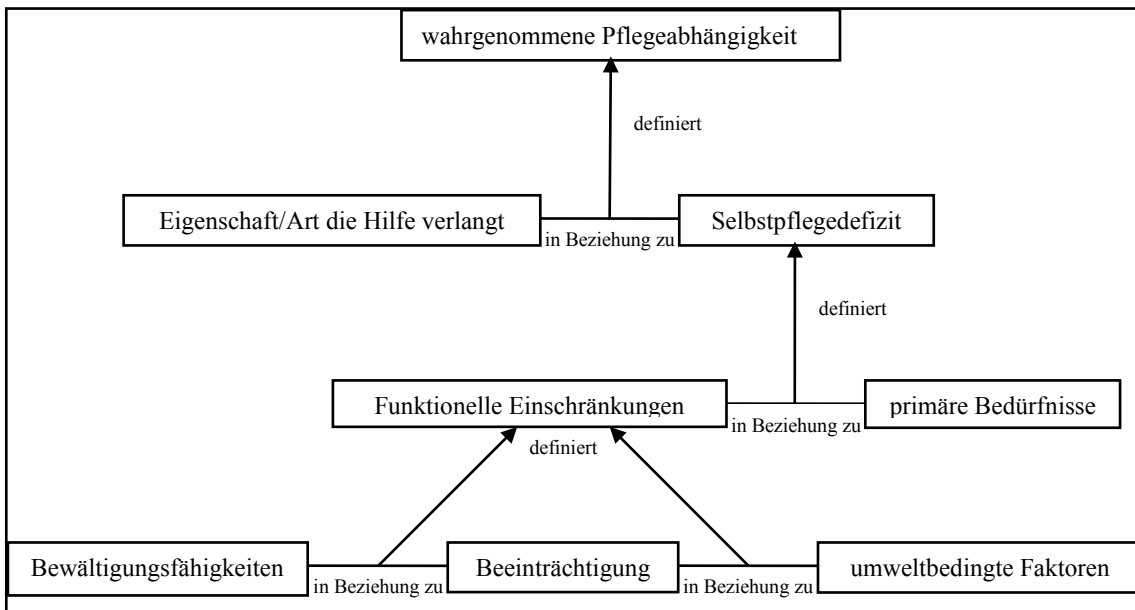


Abbildung 3: Eigenschaften von Pflegeabhängigkeit  
(Boggatz et al. 2007)

Pflegeabhängigkeit kann definiert werden als subjektives, sekundäres Bedürfnis nach Unterstützung im Bereich der Pflege, um ein Selbstpflegedefizit kompensieren zu können. Dabei sind funktionelle Einschränkungen ein notwendiger Vorläufer und unbefriedigte Bedürfnisse eine mögliche Konsequenz der Pflegeabhängigkeit. Die konzeptuellen Differenzen zwischen Pflegeabhängigkeit, funktionellen Einschränkungen und unbefriedigten Bedürfnissen mögen dabei bedeutungslos sein (Boggatz et al. 2007).

Pflegeabhängigkeit zeigt sich heute als funktionelle Einschränkung, mit einem Zustand reduzierter Autonomie oder Kapazität von Selbstpflege aufgrund bestimmter Umstände (Breda & Geerts 2001).

Pflegeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit sind Begriffe, die untrennbar mit Altsein und Altwerden verknüpft sind (Mertens et al. 2002). Pflegeabhängigkeit an sich wird in Verbindung gebracht mit der Pflege älterer Menschen, während hingegen die Beschreibung eines Hilfebedarfs im pflegerischen Bereich im Deutschen zumeist mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit übersetzt wird (Lohrmann et al. 2003; Mertens et al. 2002).

### 2.3.2 Definition von Pflegeabhängigkeit

Es gibt viele verschiedene Definitionen von Abhängigkeit bzw. Pflegeabhängigkeit, aber für diese Arbeit wird jene von Dijkstra als Grundlage genommen: „*Nursing care dependency is a process in which the professional offers support to a patient whose self-care abilities have decreased and whose care demands make him/her to a certain degree dependent, with the aim of restoring this patient’s independence in performing self-care*”

(Dijkstra 1998 zit. n. Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b). Lohrmann (2003) liefert dafür folgende Übersetzung: *„Pflegeabhängigkeit ist ein Prozess, in dem professionelle Pfleger einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung bieten mit dem Ziel, die Unabhängigkeit zur Durchführung der Selbstpflege des Patienten wiederherzustellen“*.

### **2.3.3 Sichtweisen von Pflegeabhängigkeit**

In der Vergangenheit wurden einige Instrumente entwickelt, die den Anspruch stellen Pflegeabhängigkeit messen zu können. Werden diese genauer betrachtet, stellt sich heraus, dass ihr jeweiliges Konzept in unterschiedlicher Bedeutung verwendet wird (Boggatz et al. 2007; Breda & Geerts 2001).

Pflegeabhängigkeit ist ein Thema das z.B. von Orem oder Henderson in deren Pflegetheorien verarbeitet wird. Der Gedanke von Pflegeabhängigkeit ist bereits in der theoretischen Arbeit von Orem impliziert. Sie unterscheidet zwischen Selbstpflege und abhängiger Pflege (Boggatz et al. 2007).

Orem definiert Selbstpflege als die Praxis von Aktivitäten, die Individuen zu ihrem eigenen Vorteil beginnen und ausüben, um das Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Selbstpfledefizite entstehen, wenn therapeutische Forderungen Selbstpflegefähigkeiten übersteigen (Leenerts, Teel & Pendleton 2002).

Orem's Selbstpfledefizitstheorie zielt auf Personen, deren Selbstversorgung eingeschränkt ist. Dies bedeutet, dass die Familie in den Mittelpunkt der Versorgung rückt. Sie übt einen großen Einfluss auf die Selbstpflege aus, da sie selbst einen konditionierenden Faktor darstellt. Ebenso ist sie eine verfügbare Ressource in der Selbstpflege, da sie individuell eingesetzt werden kann. Für Kleinkinder und Kinder ist die Familie das Umfeld. Die Familie ist eine Einheit. Sie erfüllt wichtige Funktionen in Bezug auf Selbstpflege und Abhängigkeitspflege. Die Familie stellt jene Einheit dar, die durch ihre Mitglieder organisiert ist. Die einzelnen Mitglieder der Familie, differieren wesentlich in Struktur und Funktion (Taylor 2001).

Des Weiteren kann Selbstpflege dabei helfen, dass ältere Personen, kompetente TeilnehmerInnen und Manager ihrer eigenen Gesundheit werden und verlängert zu Hause wohnen können (Høy, Wagner & Hall 2007).

Für Virginia Henderson war die Aufgabendefinition von Pflege von enormer Bedeutung. Dabei sollte die Basis der Pflege wissenschaftlich gestützt und die Eigenständigkeit der Pflege hervorgehoben werden (Schaeffer et al. 2008).

*„Die einzige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesundem Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte“* (Schaeffer et al. 2008).

Für die Pflege ist es wichtig, dass die/der PatientIn so schnell wie möglich ihre/seine Selbstständigkeit wiedergewinnt. Die/Der PatientIn steht im Zentrum des Interesses. Je schneller eine betreffende Person für sich selbst sorgen, gesundheitlich relevante Informationen erlangen oder verordnete Behandlungen selber durchführen kann, desto besser ist dies für die Pflege.

Keiner als die Pflege selbst ist für die grundlegende pflegerische Betreuung (Hilfe die die/der PatientIn erhält bzw. die Schaffung von Bedingungen, unter denen die/der PatientIn die Aktivitäten ohne fremde Hilfe durchführen kann) zuständig. Als Aktivitäten werden normal atmen, ausreichend essen und trinken, körperliche Abbauprodukte ausscheiden, sich bewegen und an der Körperhaltung arbeiten, schlafen und ruhen, passende Kleidung aussuchen, sich an- und auskleiden, durch entsprechende Bekleidung und Veränderung der Umwelt die Körpertemperatur im Normalbereich halten, den Körper reinigen und pflegen sowie die Haut schützen, Selbstgefährdung und Gefährdung anderer vermeiden, durch Äußerung von Gefühlen, Bedürfnissen, Ängsten usw., mit anderen kommunizieren, sich entsprechend seiner Religion betätigen, in einer Art und Weise arbeiten, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu leisten, spielen oder an Freizeitaktivitäten teilnehmen, lernen, entdecken oder die Neugier befriedigen, die eine normale Entwicklung und Gesundheit zur Folge hat und die vorhandenen Gesundheitseinrichtungen nutzen, werden als Aktivitäten verstanden (Schaeffer et al. 2008 S. 42).

### **2.3.4 Bedingung von Pflegeabhängigkeit**

Chronische Erkrankungen, sensorische Defizite oder Verschlechterungen des physischen und psychischen Zustandes können ein Leben in einem Alten- oder Pflegeheim bedingen, was mit einem der größten Probleme des Alters in Zusammenhang steht, nämlich dem der Abhängigkeit (Lohrmann et al. 2003). Viele chronische Umstände wie Schlaganfall, Arthritis, Herzinfarkt oder Hüftfrakturen werden mit Erschwernissen zur Bewältigung der täglichen Aktivitäten in Verbindung gebracht (Hamman et al. 1999).

Nach Flanagan & Holmes (1999) können bei Personen mit akuten oder chronischen Krankheiten Pflegehandlungen das maximale Potential in Bezug auf unabhängige Aktivitäten oder Selbstpflege positiv beeinflussen. Im Gegensatz dazu steht die Tatsache, dass unter bestimmten Umständen, Pflege ein abhängig werden eher, als eine Unabhängigkeit begünstigt.

Verschiedene tödliche Krankheiten bringen verschiedene Typen von Schmerzen, Nöten bzw. Leiden und Abhängigkeit zum Vorschein. Menschen die an Krebs starben, wiesen einen hohen Anteil an Schmerzen und Nöten auf, welche mit mangelndem Appetit und psychologischem Leiden in Verbindung gebracht werden. Dabei zeigte sich, dass die Abhängigkeit ein signifikantes Problem darstellt, da sie den höchsten Grad an Leiden und Nöten verursacht (Flanagan & Holmes 1999).

### **2.3.5 Auswirkungen von Pflegeabhängigkeit**

Ein weiteres Problem liegt in der Bestimmung der Pflegeabhängigkeit. Oft wird nur die Sichtweise der Pflegekräfte berücksichtigt. Ist die Pflege auch an Autonomie und partizipatorischer Entscheidungsfindung interessiert, so ist die Sichtweise der Pflegeempfängerin/des Pflegeempfängers von essentieller Bedeutung (Boggatz et al. 2007).

Das Bedürfnis der Unabhängigkeit hängt eng mit der menschlichen Autonomie an sich zusammen. Autonomie wird generell gebraucht, um Begriffe wie Selbstverwaltung, Freiheit, Rechte, Privatsphäre, individuelle Wahl- und Willensfreiheit beschreiben zu können. Der Verlust von Autonomie, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit wird bei kranken Personen als Quelle für Leid und Kummer angesehen (Flanagan & Holmes 1999). Bei der durchgeführten Studie von Flanagan & Holmes (1999) konnte gezeigt werden, dass der Verlust von Autonomie, Eigenständigkeit und Selbstständigkeit eine große Qual für PatientInnen darstellt. Die Angst von Abhängigkeit ist bei PatientInnen tief verwurzelt; besonders bei älteren.

Es hat sich herausgestellt, dass das Symptom der Angst, jenes ist, welches PatientInnen am meisten fürchten, jedoch ist im letzten Lebensjahr die Abhängigkeit als weitaus bedeutsamer anzusehen, als die Angst. Wahrgenommene oder reelle Abhängigkeit, ist die Situation, durch die sich PatientInnen wünschen früher zu sterben (Lohrmann 2002b; Flanagan & Holmes 1999).

Ältere Menschen müssen oft Jahre in Heimen verbringen, was eine angemessene und auf PatientInnenbedürfnisse zugeschnittene Pflege unerlässlich macht. Bei dieser Pflege muss

die Unabhängigkeit von PatientInnen gefördert werden und die Lebensqualität von HeimbewohnerInnen darf nicht außer Acht gelassen werden. Studien haben gezeigt, dass abhängiges Verhalten zumeist gefördert wird, während selbstständiges Verhalten ignoriert und nicht gefördert wird. Dieses Verhalten von Pflegekräften ist angesichts der Tatsache, dass unselbstständiges Leben in einem Heim eine der größten Ängste älterer Menschen darstellt, zu beachten (Lohrmann et al. 2003; Lohrmann 2002a).

Pflegende müssen den PatientInnen also helfen ihre Selbstpflegefähigkeiten wiederzuerlangen, um unabhängig zu werden. Die meisten PatientInnen möchten ein Krankenhaus so schnell wie möglich verlassen. Um dies erreichen zu können ist professionelle Pflege nötig. Dies ist wiederum nur möglich, wenn PatientInnen richtig eingeschätzt werden können (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a).

Das Unterstützen von Selbstpflegefähigkeiten und -praktiken fördert die Gesundheit im Alter. Dies ist ein angemessener Fokus für Pflegeinterventionen. Selbstpflegefähigkeit oder die Bereitschaft zur Pflege, ist die treibende Kraft für Selbstpflegeaktivitäten (Leenerts, Teel & Pendleton 2002).

### **2.3.6 Messung von Pflegeabhängigkeit**

Virginia Henderson hat vor über 50 Jahren festgestellt, dass die Pflege für ihre PatientInnen sieben Tage die Woche und 24 Stunden am Tag verantwortlich ist, deren Basis in der Einschätzung der Bedürfnisse der jeweiligen PatientInnen liegt. Es gilt, die täglichen Aktivitäten mit ihren physischen und psychischen Funktionen aufrechtzuerhalten (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a).

Unter der Einschätzung der Pflegeabhängigkeit versteht man jenes Ausmaß einer/eines Patientin/Patienten bei der sie/er pflegerische Unterstützung bedarf und ist im Verlauf des Pflegeprozesses von essentieller Bedeutung, denn nur zu Beginn des Pflegeprozesses kann eine richtige, professionelle und adäquate Einschätzung der/des Patientin/Patienten vorgenommen werden. Dabei können frühzeitig Probleme erkannt, Interventionen durchgeführt und gewünschte und geplante Ergebnisse erzielt werden. Im Pflegeprozess werden Entscheidungen über pflegerische Maßnahmen auf Grundlage der Pflegeabhängigkeit einer/eines Patientin/Patienten getroffen. Zum Zwecke der objektiven Ermittlung der Pflegeabhängigkeit einer/eines Patientin/Patienten ist die Nutzung eines hierfür geeigneten, reliablen und validen Einschätzungsinstrumentes von Bedeutung, da es das Pflegephänomen abbilden kann (Lohrmann et al. 2003; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b; Lohrmann 2002a).

Eine qualitativ gute Pflege lässt sich erreichen, indem die individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen der/des Patientin/Patienten oder der/des Heimbewohnerin/Heimbewohners mittels eines standardisierten Instruments beurteilt werden. Holistische Instrumente, sprich solche, die eine ganzheitliche Sichtweise umfassen, bilden das zu beurteilende Phänomen umfassend ab und sind dadurch zu bevorzugen (Lohrmann 2002b).

Es gibt bereits zahlreiche Messinstrumente, wie z.B. „Rating Scale for Elderly Patients“ (RSEP), „Behaviour Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics“ (BOSIP), „Scale for Social Functioning“ (SSF) oder „Appraisal of Self-Care Agency Scale“, die in den Niederlanden häufig Anwendung finden, oder den Katz-Index, den Barthel-Index oder das „Resident Assessment Instrument“ (RAI), welche im deutschsprachigen Raum zur Anwendung kommen. Diese Instrumente sind einerseits nicht aus der Sicht der Pflege entwickelt worden und andererseits ungeeignet, spezifische Informationen zu liefern, die Pflegekräfte benötigen, um wiederum Abhängigkeit messen zu können. In der Praxis sollen Pflegende das Messinstrument dazu benutzen, um den individuellen Grad der Pflegeabhängigkeit messen zu können und auch in der Lage sein, die individuelle Pflege zu planen (Dijkstra et al. 2005; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a; Dijkstra et al. 1999a).

Ein besseres Instrument um die Einschätzung der Pflegeabhängigkeit durchführen zu können, ist die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS). Der Grund für die Entwicklung der PAS war, dass Pflegende ein Einschätzungsinstrument zur Beurteilung der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen benötigten, welches auf einer Pflgetheorie und nicht auf einer psychologischen Theorie basierte. Hinsichtlich des Gebrauchs in der täglichen Praxis waren Pflegende daran interessiert, ein kurzes und praktikables Instrument zur Einschätzung der PatientInnenabhängigkeit verwenden zu können (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a; Dijkstra et al. 2002; Dijkstra et al. 1998b). Nach Eichhorn-Kissel & Lohrmann (2009) verfolgt die PAS das Ziel, dass Pflegende in allen pflegerischen Bereichen ein Hilfsmittel besitzen, das für die Pflegeplanung und den Pflegeprozess geeignet ist.

Die PAS kann als ein reliables und valides Instrument angesehen werden, da sie bei der Überprüfung ihrer psychometrischen Eigenschaften (Reliabilität [Homogenität, Äquivalenz, Stabilität] und Validität [Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität, Konstruktvalidität]) in verschiedenen europäischen Ländern zufrieden stellende Ergebnisse

erzielte (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009; Dijkstra et al. 2000a; Dijkstra, Sipsma & Dassen 1999b).

Die Grundlage, die Virginia Henderson für die PAS geliefert hat, ist jene, dass die PAS auf eine der bekanntesten Pflege-theorien basiert, die auch heute noch von großer Bedeutung ist und eine umfassende pflegerische Perspektive darstellt, die für jeden pflegerischen Bereich relevant ist (Lohrmann et al. 2003). Das theoretische Pflegekonzept von Henderson, insbesondere ihr Framework der menschlichen Bedürfnisse, wurde modifiziert und dazu verwendet, um die Items der Pflegeabhängigkeitsskala erstellen zu können (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009; Dijkstra et al. 2002; Dijkstra, Buist & Dassen 1998a).

Die PAS bietet einen Rahmen für die Einschätzung des Pflegeabhängigkeitsstatus älterer institutionalisierter Menschen. Sie misst dabei 15 menschliche Bedürfnisse; die wie folgt lauten:

1. Essen und Trinken
2. Inkontinenz
3. Körperhaltung
4. Mobilität
5. Tag- und Nachtrhythmus
6. An- und Auskleiden
7. Körpertemperatur
8. Körperpflege
9. Vermeiden von Gefahren
10. Kommunikation
11. Kontakte mit anderen
12. Sinn für Regeln und Werte
13. Alltagsaktivitäten
14. Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung
15. Lernfähigkeit (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009; Dijkstra et al. 2002).

Jedes dieser insgesamt 15 Items inkludiert eine kurze und knappe Erklärung (Anhang I, Fragebogenabschnitt 3), und jede Item (z.B. „Essen und Trinken“) ist in einer speziellen PAS-Anleitung beschrieben (Anhang II). Pflegende verfügen über eine 5-Punkte-Likert-Skala, von „völlig abhängig“, (1 Punkt), bis „völlig unabhängig“, (5 Punkte), mit deren

Hilfe die individuelle Pflegeabhängigkeit der/des Patientin/Patienten eingeschätzt werden kann. Die Antwortkategorie „völlig abhängig“ bedeutet, dass keine Eigenständigkeit besteht und die/der PatientIn immer Hilfe bzw. Anleitung nötig hat. Bei der Kategorie „völlig unabhängig“ wird alles eigenständig durchgeführt.

Das Erreichen von insgesamt 15 Punkten bedeutet „völlig abhängig“, 75 Punkte hingegen „völlig unabhängig“. Daraus kann abgeleitet werden, dass je kleiner der erreichte Einschätzungswert ist, desto pflegeabhängiger ist die/der PatientIn (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a).

Dieses Instrument, die PAS, lässt eine Einteilung der PatientInnen in fünf Gruppen zu: völlig abhängig (Summenwert < 25), überwiegend abhängig (Summenwert 25 – 44), teilweise abhängig (Summenwert 45 – 59), überwiegend unabhängig (Summenwert 60 – 69) und völlig unabhängig (Summenwert > 69) von Pflege. Des Weiteren kann sie als ein diagnostischer Test eingesetzt werden, um zu ermitteln, ob ein/eine PatientIn pflegeabhängig ist oder nicht. Mithilfe der Pflegeabhängigkeitsskala können Veränderungen bezüglich der Abhängigkeit von PatientInnen über einen längeren Zeitraum hinweg dargestellt werden (Dijkstra et al. 2005; Lohrmann et al. 2003; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a; Mertens et al. 2002).

Die PAS ist leicht zu handhaben und kann problemlos in jedes Dokumentationssystem eingefügt werden, ohne dass umfangreiche Schulungen der Pflegenden angeboten werden müssen. Ebenso kann die PAS am Beginn und während des gesamten Pflegeprozesses angewandt werden. Dies erlaubt Veränderung auf einen Blick festzustellen (Lohrmann 2002b).

Komplizierte und lang andauernde Messinstrumente stoßen in der Praxis auf erheblichen Widerstand (Lohrmann et al. 2003). Die durchschnittliche Ausfülldauer der PAS von 5 bis 8 Minuten ist, im Gegensatz zu anderen Instrumenten wie etwa dem RAI, als kurz anzugeben. Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass die PAS in Alten- bzw. Pflegeheimen, auf geriatrischen Stationen sowie im Krankenhaus empfohlen werden kann, sowie für Pflegende ein leicht handhabbares Instrument darstellt, welches nur einen geringen Zeitaufwand erfordert. Des Weiteren kann mittels der PAS die Pflegeabhängigkeit von PatientInnen bzw. BewohnerInnen identifiziert werden (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009; Lohrmann et al. 2003; Lohrmann 2002a; Lohrmann 2002b).

### **2.3.7 Pflegeabhängigkeitsskala im Krankenhaus und Pflegeheim**

Die Pflegeabhängigkeitsskala wird unter anderem in Krankenhäusern und Pflegeheimen eingesetzt. Um die Pflegeabhängigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit alter Menschen in

## Literaturreview

Deutschland aufzuzeigen, wurden in der Vergangenheit mehrere internationale Studien durchgeführt (Mertens et al. 2002). Zur besseren Übersicht der im Folgenden verwendeten Studien sind jene in Tabelle 2 in Kurzform aufgelistet.

Tabelle 2: Internationale Studien zu Pflegeabhängigkeit

Autor & Jahr	Land	Setting	N	Instrument	Ergebnisse
Balzer et al. 2007	Deutschland	KH	754	PAS	PA bei 31 PatientInnen mit Dekubitus: 36,5; PA bei 691 PatientInnen ohne Dekubitus: 64,5; 30 PatientInnen ohne Daten
Breda & Geerts 2001	Belgien	PH	Bevölkerung in Flandern	Katz-Index	87 % der Pflegeabhängigen ist über 60 Jahre
Dassen et al. 2001	Deutschland	KH	261	PAS	PA: 50,9
Dassen et al. 2007a	Deutschland	KH & PH	KH: 3647 PH: 2217	PAS	Krankenhaus: PA allgemein: 64,3; Männer: 64,5; Frauen: 64,1; PA Intensiv: 43,8; Geriatrie: 49,3; Neurologie: 62,0; Psychiatrie: 62,7; Innere Medizin: 65,0; Chirurgie: 66,1; Urologie und Gynäkologie: 70,7 Pflegeheim: PA allgemein: 42,3; Männer: 45,2; Frauen: 41,6
Dassen et al. 2008	Deutschland	KH & PH	KH: 3141 PH: 3103	PAS	Krankenhaus: PA allgemein: 65,0; Männer: 65,7; Frauen: 64,2; PA Intensiv: 43,3; Geriatrie: 49,4; Psychiatrie: 59,4; Neurologie: 62,9; Innere Medizin: 66,6; Chirurgie: 68,2; Urologie und Gynäkologie: 72,0 Pflegeheim: PA allgemein: 43,6; Männer: 43,7; Frauen: 43,5
Dijkstra, Buist & Dassen 1998a	Niederlande	PH	I: 233 II: 89 III: 105	PAS	PA I: 34,8 PA II: 32,6 PA III: 43,1
Dijkstra et al. 1999a	Niederlande	PH	450	PAS	PA allgemein: 36,5; PA Männer: 40,3; PA Frauen: 37,4
Dijkstra et al. 2000b	Niederlande Kanada Italien Norwegen	PH	Niederlande: 153 Kanada: 116 Italien: 80 Norwegen: 176 Gesamt: 525	PAS	PA Niederlande: 37,03 PA Kanada: 33,46 PA Italien: 29,99 PA Norwegen: 32,94 PA alle Länder: 33,81

## Literaturreview

Autor & Jahr	Land	Setting	N	Instrument	Ergebnisse
Dijkstra et al. 2002	Niederlande	PH	53 Wohnheim 23 somatische Pflegestation	PAS	PA Wohnheim: 71,13 PA somatische Pflegestation: 51,74
Dijkstra et al. 2005	Niederlande	KH	237	PAS	PA allgemein: 55,5; PA Männer: 55,5; PA Frauen: 55,5
Lohrmann 2002a	Deutschland	PH	180	PAS	PA: 38,1
Lohrmann 2002b	Deutschland	KH	2693	PAS	PA allgemein: 62; PA Intensiv:40,2, Geriatrie: 53,8, Kinder: 57,1, Neurologie: 59,9, Innere Medizin: 62,0, Chirurgie: 64,1, Psychiatrie: 66,8, HNO und Augenheilkunde: 70,7, Urologie und Gynäkologie: 70,9
Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a	Deutschland	KH	1806	PAS	PA allgemein: 59,1; PA Intensiv: 37,1, Geriatrie: 53,5, Neurologie: 55,1, Psychiatrie: 55,3, Innere Medizin: 59,6, Chirurgie: 61,2, Urologie und Gynäkologie: 69,8, HNO und Augenheilkunde: 70,4
Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b	Deutschland	PH	81	PAS	PA: 38,1
Lohrmann et al. 2003c	Deutschland	PH	81	PAS	PA: 38,1
Mertens et al. 2002	Deutschland	KH	2686	PAS	PA allgemein: 62; PA Männer: 63,4; PA Frauen: 60,8; PA Intensiv: 40, Geriatrie: 53, Neurologie: 59, Innere Medizin: 62, Chirurgie: 64, Psychiatrie: 66, Urologie, Gynäkologie, HNO und Augenheilkunde 70

KH = Krankenhaus; N = TeilnehmerInnen; PA = Pflegeabhängigkeit; PAS = Pflegeabhängigkeitsskala; PH = Pflegeheim; I = Pflegeheim; II = Pflegeheim; III = Institution für geistig Behinderte

### 2.3.7.1 Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus

Bei der Prävalenzerhebung 2007 konnte im Krankenhaus ein Durchschnittsalter von 64,5 Jahren ermittelt werden, wobei die weiblichen Teilnehmer (65,3) geringfügig älter waren als die männlichen (63,4) (Dassen et al. 2007a). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Dijkstra et al. (2005), Mertens et al. (2002) und Lohrmann (2002b) in deren Studien der Durchschnittswert bei 64,0 Jahren lag. Bei Lohrmann (2003a) konnte ein mittleres Alter von 75,4 Jahre errechnet werden. Bei der von Dassen et al. (2008) durchgeführten Prävalenzerhebung blieb das gesamte Durchschnittsalter von 63,9 und jenes von Männern (62,7) und Frauen (65,0) in etwa im Bereich der des Jahres davor ermittelten Zahlen.

Bei den Prävalenzerhebungen 2007 und 2008 lag der Untersuchungsanteil weiblicher Teilnehmer bei 55 % bzw. 49 % (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007). Bei Dijkstra et al. (2005) waren 56 % und bei Lohrmann (2002b) 55 % der Befragten weiblich.

Im Setting Krankenhaus wurde eine mittlere PA von 64,3 festgestellt. Männer (64,5) und Frauen (64,1) weisen einen Unterschied von 0,4 auf, wodurch die Aussage einer identen Abhängigkeit zulässig ist (Dassen et al. 2007a). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a) (59,1), Lohrmann (2002b) (62,0) sowie Mertens et al. (2002) (62,0). Bei Dijkstra et al. (2005) und Dassen et al. (2001) wurden Werte von 55,5 bzw. 50,9 erreicht. Die Ergebnisse der mittleren PA bei Männern (65,7), bei Frauen (64,2) und gesamt (65,0), die bei der Prävalenzerhebung des Jahres 2008 ermittelt wurden, decken sich mit jenen im Jahr davor ermittelten Ergebnisse (Dassen et al. 2008).

Bei den einzelnen PAS-Kriterien konnten bei „Körperpflege“ (28,2 %), „Mobilität“ (27,2 %), „An- und Auskleiden“ (26,7 %), „Alltagsaktivitäten“ (24,3 %), „Vermeiden von Gefahren“ (24,1 %), „Kontinenz“ (23,1 %) und „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ (22,0 %) jene Items auffindig gemacht werden, die die größten Abhängigkeiten aufweisen. Ein starker Zusammenhang lässt sich zwischen „Mobilität“ und den angeführten Items feststellen (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a). Diese Ergebnisse, stehen mit jenen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a) und Lohrmann (2002b) im Einklang.

Ein Blick auf den Altersverlauf macht deutlich, dass, mit zunehmendem Alter, der Mittelwert der Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern sinkt. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass mit zunehmendem Alter die Pflegeabhängigkeit steigt.

Bei Mertens et al. (2002) konnten PatientInnen unter 70 Jahren einen Mittelwert zwischen 72 und 64 erreichen. Betrachtet man die Einteilung in Kategorien, so sind die PatientInnen in den Kategorien „überwiegend unabhängig“ bzw. „völlig unabhängig“ zuordenbar. Ein Rückgang der Selbstständigkeit lässt sich bei den PatientInnen über 70 Jahren feststellen, da der Mittelwert der Pflegeabhängigkeit weiter auf 61 sinkt, was eine Erhöhung der Pflegeabhängigkeit impliziert. Hier befindet sich der Übergang zur Kategorie „teilweise abhängig“. Zu einem bedeutsamen Anstieg der Pflegeabhängigkeit kommt es ab dem 80. Lebensjahr. Hier liegen die mittleren Werte im Bereich von „teilweise abhängig“. Ab dem

90. Lebensjahr fallen die mittleren Pflegeabhängigkeitswerte in den Bereich von „überwiegend abhängig“ ab.

Dassen et al. (2007a) ermittelte bei der Altersgruppe bis 65 Jahre einen MW von 69,4; dieser verringert sich bei der Altersgruppe über 86 Jahre auf 49,0. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Dassen et al. (2008), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a), Lohrmann (2002b) und Dassen et al. (2001).

Die Pflegeabhängigkeit nimmt erst mit hohem Alter zu. Nur jene PatientInnen die zum Untersuchungszeitpunkt 90 Jahre oder älter waren, zeigten in den Bereichen „Mobilität“, „An- und Auskleiden“ sowie der „Körperpflege“ eine überwiegende Pflegeabhängigkeit. Werden die Unterschiede innerhalb der einzelnen Fachrichtungen betrachtet, zeigt sich, dass die Hochbetagten zwar am abhängigsten sind, es jedoch Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen gibt. Auf der Psychiatrie waren auch die älteren PatientInnen nur teilweise abhängig, auf der Chirurgie hingegen, zeigte sich, dass bei den meisten Items eine völlige oder überwiegende Abhängigkeit besteht. Auch auf der Internen Station zeigte sich in vielen Bereichen eine überwiegende Abhängigkeit der PatientInnen. Hochbetagte PatientInnen der Chirurgie und Internen sind nicht nur bei den Items „Körperpflege“, „An- und Auskleiden“ sowie „Mobilität“ auf Unterstützung angewiesen, sondern auch beim „Vermeiden von Gefahren“, bei „Alltagsaktivitäten“, bei „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ und der „Lernfähigkeit“ (Lohrmann 2002b).

Bei der PA nach Fachgebieten lassen sich folgende Mittelwerte darstellen: Intensiv (37,1 – 43,8), Geriatrie (49,3 – 53,8), Neurologie (55,1 – 62,9), Innere Medizin (59,6 – 66,6), Chirurgie (61,2 – 68,2), Psychiatrie (55,3 – 66,8), Urologie und Gynäkologie (69,8 – 72,0) und HNO und Augenheilkunde (70 – 70,7) (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a; Lohrmann 2002b; Mertens et al. 2002).

Aus diesen Zahlen lässt sich schließen, dass PatientInnen auf der Hals-Nasen-Ohren Abteilung, Augenabteilung, Urologie und Gynäkologie nahezu pflegeunabhängig sind. Mit einer Pflegeabhängigkeit von 37,1 konnte auf der Intensivstation der höchste Grad an Pflegeabhängigkeit festgestellt werden. Zwischen internen und chirurgischen Stationen besteht lediglich ein geringer Unterschied hinsichtlich Pflegeabhängigkeit.

Beim Auftreten eines Dekubitus (mindestens Grad 1) erzielte die PAS einen Mittelwert von 36,5. Dem gegenüber steht ein Mittelwert von 64,5 bei PatientInnen ohne Dekubitus (Balzer et al. 2007).

### **2.3.7.2 Pflegeabhängigkeit im Alten- und Pflegeheim**

Im Jahr 2007 konnte bei der Prävalenzerhebung ein Altersdurchschnitt von 83,4 Jahren ermittelt werden. Frauen (85,1 Jahre) wiesen ein höheres Alter auf Männer (76,7 Jahre) (Dassen et al. 2007a). Die Ergebnisse von Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) (82,8), Lohrmann et al. (2003) (82,8), Dijkstra et al. (2002) (84,5), Lohrmann (2002a) (82,8), Dijkstra et al. (1999a) (84,6) sowie Dijkstra, Buist & Dassen (1998a) (84,5; 84,3; 40,1) stehen im Einklang mit der Prävalenzerhebung 2007. Nur bei Dijkstra, Buist & Dassen (1998a) wurde in einem Setting (Institution für geistig Behinderte) ein Durchschnittsalter von 40,1 Jahre ermittelt. Die im Jahr 2008 durchgeführte Prävalenzerhebung zeigte im Pflegeheim bei einem Durchschnittsalter von 83,3 Jahre keine große Veränderung zu den Zahlen des Vorjahres auf. Auch im Jahr 2008 konnte festgestellt werden, dass Frauen (85,1) im Vergleich zu Männern (76,5) ein höheres Durchschnittsalter aufweisen (Dassen et al. 2008).

Bezüglich des Durchschnittsalters ermittelte man im internationalen Kontext in Kanada und in Italien 81,4 Jahre und in Norwegen 84,5 Jahren (Dijkstra et al. 2000b).

Bei der Prävalenzerhebung im Jahr 2007 waren 80 % weiblich und bei der aus dem Jahr 2008 76 % (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a). Bei Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) konnte ein Frauenanteil von 75 %, bei Dijkstra et al. (2002) 77 % im Wohnheim und 82 % bei der somatischen Pflege und bei Dijkstra et al. (1999a) von 80 % festgestellt werden. International setzt sich der Trend, dass mehr Frauen als Männer untersucht wurden, fort: Kanada 62 %, Italien 61 % und Norwegen 75 % (Dijkstra et al. 2000b).

Bei der Prävalenzerhebung 2008 konnte eine mittlere Pflegeabhängigkeit von 43,6 erreicht werden. Bei der Betrachtung beider Geschlechter zeigt sich, dass Männer (43,7) und Frauen (43,5) fast ident pflegeabhängig sind. Dieses Ergebnis liegt über jenen, welche bei Lohrmann et al. (2003), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) und Lohrmann (2002a) mit 38,1, bei Dijkstra (1999a) mit 36,5 und bei Dijkstra, Buist & Dassen (1998a) mit 34,8; 32,6 bzw. 43,1 lagen. Die Ergebnisse von Dijkstra et al. (2002) liegen weit über den der anderen; bei 71,1 im Wohnheim und 51,7 bei somatischen Pflegestationen.

International wurden Werte von 29,9 (Italien), 32,9 (Norwegen), 33,4 (Kanada) und 37,0 (Niederlande) erzielt.

Die Ergebnisse, die 2008 ermittelt wurden, wichen nicht wesentlich von denen der Prävalenzerhebung aus dem Jahr 2007 ab. Gesamt wurde eine mittlere Pflegeabhängigkeit

von 42,3 festgestellt; Männer (45,2) waren jedoch etwas pflegeunabhängiger als Frauen (41,6) (Dassen et al. 2007a).

73 % der HeimbewohnerInnen sind „völlig“ oder in „erheblichem Maße“ auf Pflege angewiesen. Bei den Punkten „Körperpflege“, „Vermeiden von Gefahren“ und „Alltagsaktivitäten“ sind BewohnerInnen fast völlig auf Pflege angewiesen. Bei den Punkten „Essen und Trinken“ sowie „Mobilität“ konnte ein erheblicher Pflegebedarf festgestellt werden. Ein teilweiser Pflegebedarf kommt bei „Körperhaltung“ und Aufrechterhaltung von „Tag- und Nachtrhythmus“ zum Tragen. Beim Punkt der „Kommunikation“ wurde nur ein geringer Bedarf an pflegerischen Unterstützung festgestellt (Lohrmann 2002a). Dieses Ergebnis wird durch die von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann et al. (2003), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) und Dijkstra et al. (2000b) erzielten Ergebnisse bestätigt.

Im Pflegeheim konnte kein Nachweis dafür gefunden werden, dass Pflegeabhängigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b; Dijkstra et al. 1999a). Sie lässt sich im Mittel bei 42,3 (im Jahr 2007) bzw. 43,6 (im Jahr 2008) einordnen und bewegt sich bei der Betrachtung der Altersklassen um einen bis drei Punkte nach oben bzw. unten. Dieser Trend lässt sich über Jahre (2002-2008) verfolgen (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a).

### **2.3.8 Resümee der Literaturrecherche**

Im Zuge der Literaturrecherche konnte deutlich gemacht werden, dass es verschiedene Sichtweisen darüber gibt, wie Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegeabhängigkeit gesehen werden kann. In Österreich wird eher der Begriff der Pflegebedürftigkeit verwendet, hingegen hat sich anderwärtig der Begriff der Pflegeabhängigkeit durchgesetzt.

Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass Pflegeabhängigkeit eine spezielle Form der Abgängigkeit darstellt (Boggatz et al. 2007). Bei der Definition von Pflegeabhängigkeit (Kapitel 2.3.2), die dieser Arbeit zu Grunde liegt, kann sie als ein Hilfsmittel betrachtet werden, welches dazu dient, Selbstpflegedefizite zu minimieren. Diese Pflegeabhängigkeit kann in verschiedenen Bereichen wie z.B. „Mobilität“, „Essen und Trinken“ und/oder „Kommunikation“ auftreten. Die Entscheidung darüber, was eine/ein PatientIn kann bzw. nicht kann und wo sie/er somit Unterstützung bedarf, obliegt der Pflegeperson (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009).

Nach Leenerts, Teel & Pendleton (2002) spielen Selbstpflegedefizite (wie bei der Pflege­theorie von Orem) eine große Rolle wohingegen bei Taylor (2001) die Familie einen großen Stellenwert einnimmt. Nach Boggatz et al. (2007) gibt es eine Vielzahl an Messinstrumenten, deren Konzept jedoch in unterschiedlicher Bedeutung verwendet wird. Mit Hilfe eines adäquaten Einschätzungsinstruments ist es möglich Pflegeabhängigkeit von PatientInnen zu messen. Die Pflegeabhängigkeitsskala kann als ein solches Messinstrument angesehen werden (Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2009).

Die im Rahmen der einzelnen Studien erworbenen Daten z.B. bei Dassen et al. (2008), Dijkstra et al. (2005), Lohrmann et al. (2003) oder Dassen et al. (2001), ähneln sich hinsichtlich des Settings, weisen aber bei der jeweiligen Betrachtung von Krankenhaus und Pflegeheim große Unterschiede auf.

Aus der Literatur hat sich gezeigt, dass es in Österreich keine Daten bezüglich der Messung von Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen mittels der Pflegeabhängigkeitsskala gibt. Diese Tatsache, stützt die Aussage von Mertens et al. (2002), dass eine fundierte Diskussion über Pflegeabhängigkeit ohne entsprechende Daten nicht möglich sei. Des Weiteren sind Charakteristika und das entsprechende Ausmaß der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen von essentieller Bedeutung für PflegepraktikerInnen, die Pflegepraxis wie auch die PatientInnen selbst.

Nicht die Ärzte, sondern die Pflege trägt die Verantwortung für die Kontinuität in der PatientInnenbetreuung, daher haben Pflegekräfte oft zeitintensive und enge Kontakte mit PatientInnen (Borgetto 2005).

### **3 Forschungslücke, Zielsetzung und Forschungsfrage**

---

Als Resultat der Literaturrecherche wird die Forschungslücke offenbar, dass es für Österreich keine entsprechenden Prävalenzdaten bezüglich Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen gibt.

Das Ziel, das diese Arbeit verfolgt, liegt darin, in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen die Prävalenz von Pflegeabhängigkeit, die mittels Pflegeabhängigkeitsskala gemessen wird, aufzuzeigen. Des Weiteren sollen etwaige settingspezifische Unterschiede wie etwa Altersverteilung, Geschlechtsverteilung, Auftreten von Pflegeabhängigkeit oder Bezug zu Krankheiten veranschaulicht werden.

Mittels dieser Arbeit sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden können:

- Wie pflegeabhängig sind PatientInnen bzw. BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen?
- Welche Unterschiede lassen sich innerhalb des jeweiligen Settings zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf Alter, Pflegeabhängigkeit und Krankheiten feststellen?

Die Darlegung und Dokumentation der Pflegeabhängigkeit in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen kann als Basis für einen innerösterreichischen Vergleich bzw. weiterführend für einen internationalen Vergleich dienen.

## 4 Methode

---

Den empirischen Teil dieser Masterarbeit stellt die „Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen oder kurz LPZ) dar. Diese Erhebung findet in den Niederlanden seit 1998 jährlich im April statt und wurde 2009 in Österreich das erste Mal in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Dabei wurden Pflegeabhängigkeit und andere Pflegephänomene in Form von Modulen erhoben. Als Modul galten Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Intertrigo, Sturz und Fixierung. Für Österreich wurde diese Erhebung vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz und der Projektgruppe LPZ der Universität Maastricht organisiert. Neben Österreich und den Niederlanden nahmen auch Deutschland und die Schweiz an der Erhebung teil.

### 4.1 Studiendesign

Der Prävalenzerhebung stellt eine multizentrische, vorausschauende Querschnittsstudie dar, welche ein deskriptives Design aufweist. Bei einer Querschnittsstudie werden die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt gesammelt. Sie ist eine geeignete Methode um Phänomene zu beschreiben oder Zusammenhänge zu erklären. Mit Hilfe dieser Methode ist es möglich, über einen bestimmten Zeitraum hinweg Aufschluss über bestimmte Trends zu erhalten. Die Entscheidung für ein deskriptives Design ermöglicht die Widerspiegelung der tatsächlichen Situation. Ein weiterer Vorteil den Querschnittsstudien bieten, liegt darin, dass sie praktikabel sind. Dies bedeutet, sie sind einfach anzuwenden und relativ kostengünstig in der Durchführung (Burns & Grove 2009; Müllner 2005; Polit & Beck 2004).

### 4.2 Stichprobe

Bei der Erhebung, die am 07. April 2009 stattfand, wurde mit einer Gelegenheitsstichprobe gearbeitet. Die Zielgruppe wurde durch alle stationären PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen der teilnehmenden Institutionen definiert. Dadurch konnten, die Zustimmung der PatientInnen/BewohnerInnen vorausgesetzt, alle am Tag der Untersuchung in den betreffenden Einrichtungen anwesenden PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit eingeschlossen werden. An der Erhebung nahmen insgesamt 21 Institutionen teil. Eine Auflistung der teilnehmenden Einrichtungen bzw. der PatientInnen und BewohnerInnen finden sich in Kapitel 5.1.

### **4.3 Messinstrument**

Das Messinstrument mit dessen Hilfe die Daten im Rahmen der „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ erhoben wurden, war ein Fragebogen (Anhang I). Um eine österreichische Version des Fragebogens erstellen zu können, wurde die deutsche Version mittels der am 11. November 2008 in Österreich durchgeführten Pilotstudie adaptiert.

Der Fragebogen ist in folgende drei Ebenen aufgebaut:

- Ebene 1: In dieser Ebene werden „Angaben zur Einrichtung“ wie auch Qualitätsindikatoren zu den jeweiligen Modulen erhoben.
- Ebene 2: Hier werden „Angaben zur Station/Wohnbereich“ erfasst und ebenso zu den jeweiligen Modulen Qualitätsindikatoren erhoben.
- Ebene 3: In dieser Ebene werden zuerst allgemeine patientengebundene Daten, wie z.B. ob die/der PatientIn an der Erhebung teilgenommen hat, Alter, Geschlecht und Krankheitsbild erhoben. Im Anschluss befindet sich die Pflegeabhängigkeitsskala. Den Abschluss dieses Teils bilden Fragen über Gewicht, Körpergröße, Dekubitus, Inkontinenz, Sturzverhalten und Fixierung. Im Anschluss werden die einzelnen Module Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen (Fragebogenabschnitt 3a bis 3e) erhoben.

### **4.4 Ethisches Gutachten**

Aufgrund der Entscheidung der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz konnten nur jene PatientInnen bzw. BewohnerInnen bei der Prävalenzerhebung untersucht werden, die zuvor schriftlich ihr Einverständnis gaben. War die/der PatientIn aufgrund ihrer/seiner gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage ihre/seine Einwilligung zu geben, musste diese vom gesetzlichen Vertreter der/des Patientin/Patienten bzw. der/des Bewohnerin/Bewohners eingeholt werden.

### **4.5 Vorgehensweise, TeilnehmerInnenrekrutierung und Datenerhebung**

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz hatte im Zuge der Vorbereitungsarbeiten u. a. die Aufgabe, für eine mögliche Teilnahme einzelner Institutionen an der „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ zu werben und diese einzuladen. Um TeilnehmerInnen für die Erhebung am 07. April 2009 zu gewinnen, wurden in Österreich alle Universitätskliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und geriatrische Kliniken sowie Altenheime ab einer

## Methode

Bettenkapazität von 20 Betten via Email vorab informiert und in der Folge auf dem Postweg über eine mögliche freiwillige Teilnahme an der LPZ in Kenntnis gesetzt.

Pro teilnehmender Einrichtung, fielen, je nach Anmeldetermin, Kosten in der Höhe von 300 bis 450 Euro an. Zu diesen Kosten, wurden je nach Anmeldetermin 2,00 bis 2,50 Euro pro angemeldeter/angemeldetem Patientin/Patienten bzw. Bewohnerin/Bewohner hinzugerechnet. Die Anmeldung war nur bis zu einem Stichtag möglich, der etwa zwei Monate vor der Erhebung lag.

Jede teilnehmende Institution hatte die Aufgabe, eine/einen KoordinatorIn zu ernennen. Diese/r war für die Organisation in der jeweiligen Institution verantwortlich, legte fest welche Stationen bzw. Wohnbereiche an der Erhebung teilnahmen und hielt mit dem Team des LPZ bzw. dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz via Email Kontakt.

Das Institut für Pflegewissenschaft organisierte für den/die jeweilige/n KoordinatorIn Informationsveranstaltungen und stellte diverses Schulungsmaterial zur Verfügung.

Die/Der KoordinatorIn hatte die Aufgabe, die/den MitarbeiterIn der einzelnen Stationen bzw. Wohnbereiche auf die Erhebung vorzubereiten und zu schulen. Für die Erhebung wurden Teams gebildet. Ein Team bestand aus einer/einem diplomierten/m Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger und einer/einem externen Pflegenden. Dieses Team musste die teilnehmenden PatientInnen/BewohnerInnen gemeinsam begutachten und die Ergebnisse vor Ort in den Fragebogen eintragen. Während der Erhebung stand für eventuell auftauchende Probleme eine Hotline zur Verfügung, die für die Dauer der Erhebung mit zwei diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern besetzt war. Die an die Hotline gestellten Fragen wurden gesammelt und im Zuge eines Feedbackbogens ausgewertet.

Am Tag der Erhebung hatte die/der KoordinatorIn die Aufgabe, das Vorgehen bei der Erhebung zu überwachen und auf Vollständigkeit zu überprüfen. Nach der Erhebung musste sie/er die erhobenen Daten in eine computergestützte Software eingeben. Dadurch wurden die Daten an die Projektgruppe LPZ übermittelt, die für das jeweilige Land bzw. für die jeweilige teilnehmende Institution einen Endbericht verfasste.

### **4.6 Datenanalyse**

Die Datenanalyse stellt ein Verfahren dar, welches dazu dient, Daten zu reduzieren, zu organisieren und ihnen eine Bedeutung zuzuschreiben (Burns & Grove 2009).

## Methode

Mittels des Statistikprogramms Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Version 16.0; deutsch) wurden ausschließlich die in Österreich erhobenen Daten, ausgewertet. Eine differenzierte und detaillierte Aufstellung der teilnehmenden Institutionen ist in Abbildung 4 zu sehen.

Mit Hilfe der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeiten, Mittelwerte, Prozente, Standardabweichungen, Mediane, Spannweiten, und statistische Tests berechnet. Die Ergebnisse wurden in Tabellen, Graphiken oder im Text dargestellt.

Bevor ein statistischer Test zur Anwendung kam, wurden die Daten auf ihre Normalverteilung geprüft. Waren qualitativen Merkmalen vorhanden, wurde der  $\chi^2$ -Test verwendet. Wurden seine Voraussetzungen nicht erfüllt, kam Fisher's Exakter Test zur Anwendung. Lag keine Normalverteilung der Daten vor, wurden die Mittelwerte mit dem U-Test nach Mann, Whitney und Wilcoxon berechnet. Zusammenhänge zwischen zwei metrischen Merkmalen wurden mittels Korrelation berechnet. Bei den Korrelationsberechnungen wurde mit dem Korrelationskoeffizienten (r) nach Spearman gerechnet, da bei den Variablen von keiner Normalverteilung ausgegangen werden kann. Dieser Koeffizient bietet zudem einen weiteren Vorteil, denn er ist ausgesprochen widerstandsfähig gegenüber extremen Beobachtungen. Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Tritt der Wert -1 auf, so bedeutet dies, dass ein perfekter negativer Zusammenhang besteht; bei +1 herrscht ein perfekter positiver Zusammenhang. Wenn 0 auftritt, besteht keine Korrelation. Werte zwischen 0 und < 0,3 werden als schwacher, jene von 0,3 bis < 0,5 als mittelmäßiger und jene ab 0,5 als starker Zusammenhang bezeichnet. Dieselbe Abstufung lässt sich analog zum positiven Bereich auch im negativen Bereich darstellen (Burns & Grove 2009; Bortz 2005). Für die statistischen Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von  $\leq 0,05$  verwendet, da dieses laut Bortz (2005) als statistisch signifikant angegeben werden kann.

## 5 Ergebnisse

---

Nachfolgend werden Ergebnisse der „Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ veranschaulicht und dargestellt. Die Ergebnisdarstellung unterteilt sich in Krankenhaus und Pflegeheim gemeinsam sowie Krankenhaus und Pflegeheim spezifisch.

### 5.1 Stichprobe

Im Zuge der am 07. April 2009 durchgeführten Prävalenzerhebung wurden Daten von insgesamt 3655 PatientInnen bzw. BewohnerInnen erhoben. Diese Datenerhebung wurde bei 266 PatientInnen universitärer Einrichtungen, bei 2017 PatientInnen allgemeiner Krankenhäusern, bei 794 BewohnerInnen von Pflegeheimen, bei 458 PatientInnen von Rehabilitationseinrichtungen, bei 80 PatientInnen psychiatrischer Krankenhäuser sowie bei 40 PatientInnen sonstiger Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Die Daten von 1314 PatientInnen bzw. BewohnerInnen erwiesen sich für die weitere Analyse als nicht geeignet (Abbildung 4).

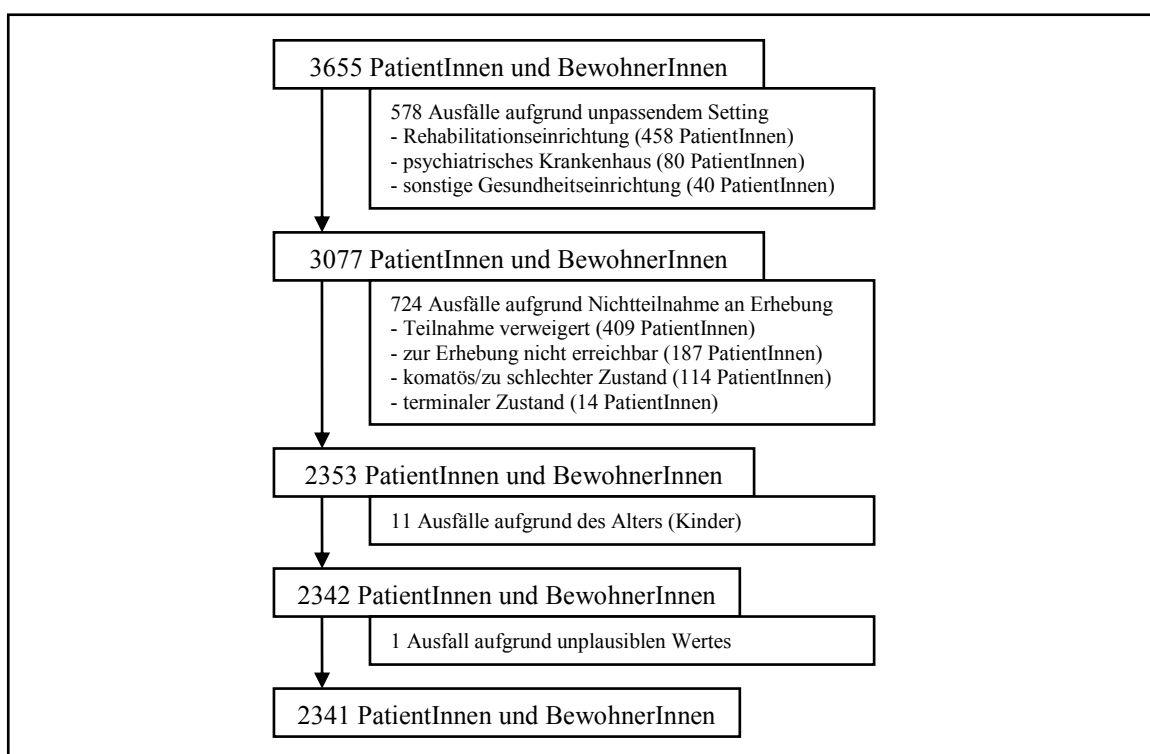


Abbildung 4: Ausschlüsse von TeilnehmerInnen von der Prävalenzerhebung

## Ergebnisse

Aufgrund der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Fragestellung wurden nur jene Daten in die weiter Analyse und Ergebnisdarstellung aufgenommen, die von volljährigen PatientInnen bzw. BewohnerInnen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen erhoben wurden. Das Setting Krankenhaus setzt sich aus universitären Einrichtungen und allgemeinen Krankenhäusern zusammen. Bei der Erhebung konnten elf Institutionen dieses Kriterium erfüllen. Sechs Pflegeheime wurden bei der Datenerhebung als solche deklariert und wurden demnach beim weiteren Vorgehen betrachtet.

PatientInnen bzw. BewohnerInnen von Rehabilitationseinrichtungen, psychiatrischen Krankenhäusern oder sonstigen Gesundheitseinrichtungen sowie PatientInnen bzw. BewohnerInnen unter 18 Jahren, die nicht teilnahmen oder aufgrund eines unplausiblen Wertes (105 cm Körpergröße bei 87,70 kg Körpergewicht) wurden demzufolge nicht in die Analyse mit eingeschlossen.

### 5.2 Krankenhaus und Pflegeheim

Im Folgenden werden Krankenhaus und Pflegeheim als ein Setting betrachtet und die jeweiligen Ergebnisse dargestellt.

Im Krankenhaus und Pflegeheim nahmen insgesamt 1489 Frauen (64 %) und 852 Männer (36 %) an der Erhebung teil. Aus den Zahlen wird ersichtlich, dass sich der Frauenanteil auf fast zwei Drittel der untersuchten PatientInnen bzw. BewohnerInnen beläuft.

#### 5.2.1 Alter

In der Tabelle 3 wird die Altersstruktur von Krankenhaus und Pflegeheim dargestellt.

Tabelle 3: Altersstruktur in Krankenhaus und Pflegeheim

	n*	MW**	SD***	Median	Altersspannweite
<b>Frauen</b>	1489	74,27	16,53	79,00	18 – 108
<b>Männer</b>	852	67,11	15,16	69,00	20 – 98
<b>Gesamt</b>	2341	71,67	16,41	76,00	18 – 108

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

Werden beide Settings zusammen betrachtet, ergibt sich ein Durchschnittsalter von fast 72 Jahren, wobei Frauen durchschnittlich um über sieben Jahre älter sind als Männer. Bei Frauen lag der Altersmedian von 79 um 10 Einheiten höher als der Männer. Zwischen den beiden Geschlechtern gibt es einen signifikanten ( $p = 0,000$ ) Unterschied; dies heißt, es gibt signifikant mehr Frauen als Männer.

## Ergebnisse

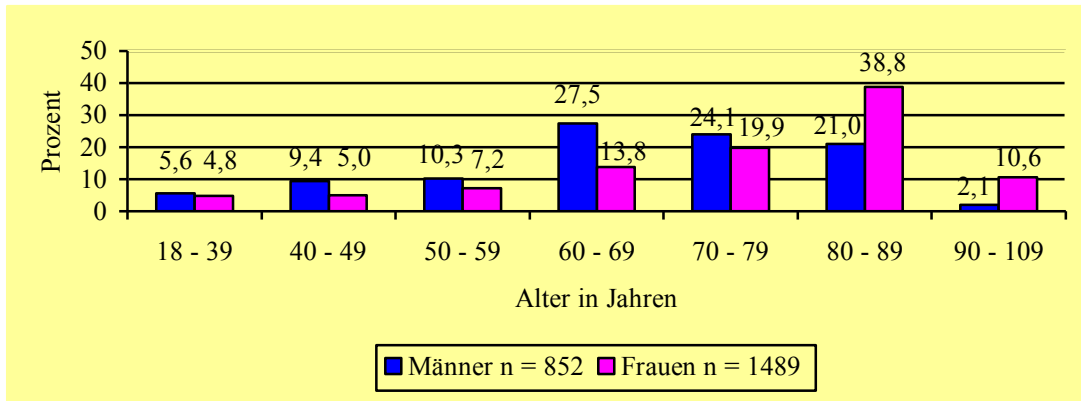


Abbildung 5: Altersstruktur von Frauen und Männern in Krankenhaus und Pflegeheim

Die in Abbildung 5 dargestellte Alterstruktur zeigt, dass fast 50 % der Frauen (n = 1489) 80 Jahre oder älter sind. Der Anteil der Männer in derselben Altersklasse beträgt lediglich an die 25 % (n = 852). In der Altersklasse 80 – 89 Jahre ist nur etwa ein Drittel männlich. In der Altersklasse 90 und darüber fällt der männliche Anteil auf unter 20 %. In den Altersklassen von 18 – 79 Jahren hingegen wurden mehr Männer untersucht. Allgemein konnte festgestellt werden, dass es bei den Settings Krankenhaus und Pflegeheim zwischen den Altersklassen einen signifikanten ( $p = 0,000$ ) Unterschied gibt. Dieser signifikante Unterschied ( $p = 0,000$ ) bleibt bei einer Betrachtung der Geschlechter bestehen.

### 5.2.2 Pflegeabhängigkeit

In Tabelle 4 werden allgemeine Daten in Bezug auf Pflegeabhängigkeit in Krankenhaus und Pflegeheim veranschaulicht.

Tabelle 4: Pflegeabhängigkeit in Krankenhaus und Pflegeheim

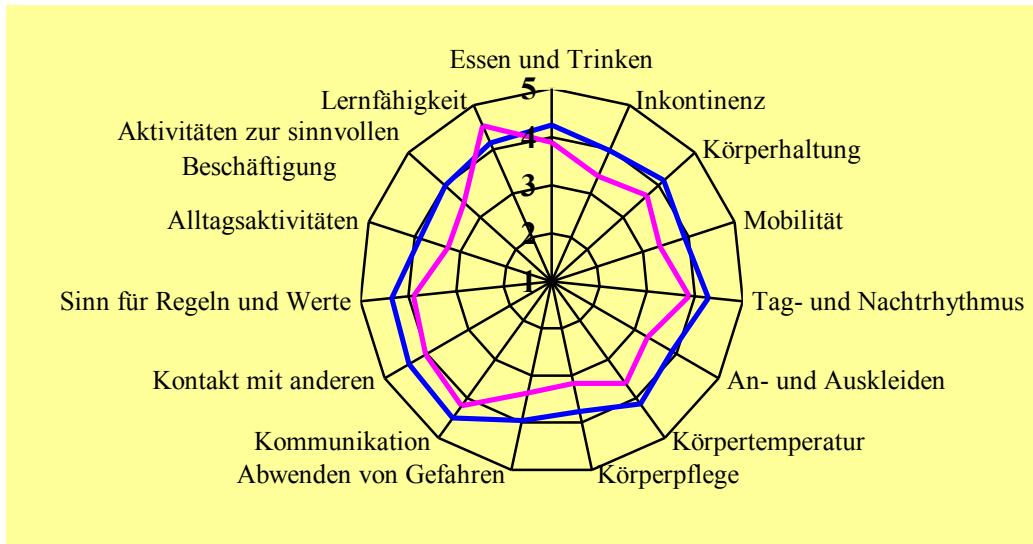
	n*	MW**	SD***	Median	Spannweite
<b>Frauen</b>	1489	53,98	20,99	61,00	15 – 75
<b>Männer</b>	852	61,48	18,62	73,00	15 – 75
<b>Gesamt</b>	2341	56,71	20,48	66,00	15 – 75

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

Allgemein ist ersichtlich, dass Frauen um durchschnittlich 7,5 Einschätzungspunkte pflegeabhängiger eingeschätzt werden als ihre männlichen Vertreter. Dieser Unterschied zeigt sich auch bei den Medianwerten wo Frauen einen um 12 Punkte niedrigeren Wert als Männer erreichen. In Hinblick auf Pflegeabhängigkeit herrscht daher zwischen Männern und Frauen ein signifikanter ( $p = 0,000$ ) Unterschied.

## Ergebnisse

An Abbildung 6 zeigt sich, dass Frauen bei 14 Items eine höhere Pflegeabhängigkeit aufweisen als Männer. Das bedeutet, dass Frauen bei diesen Items als pflegeabhängiger einzustufen sind als Männer. Bei dem Item „Lernfähigkeit“ hingegen dreht sich das Verhältnis um. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind bei allen 15 Items als signifikant ( $p = 0,000$ ) anzusehen.



1 = völlig abhängig; 2 = überwiegend abhängig; 3 = teilweise abhängig; 4 = überwiegend unabhängig  
5 = völlig unabhängig

Abbildung 6: Netzdiagramm der PAS von Frauen und Männern in KH und PH

Allgemein zeigt sich in Abbildung 7, dass beinahe 50 % der PatientInnen bzw. BewohnerInnen unter die Kategorie „völlig unabhängig“ fallen. Prozentuell gesehen sind mehr Männer, als Frauen unabhängiger.

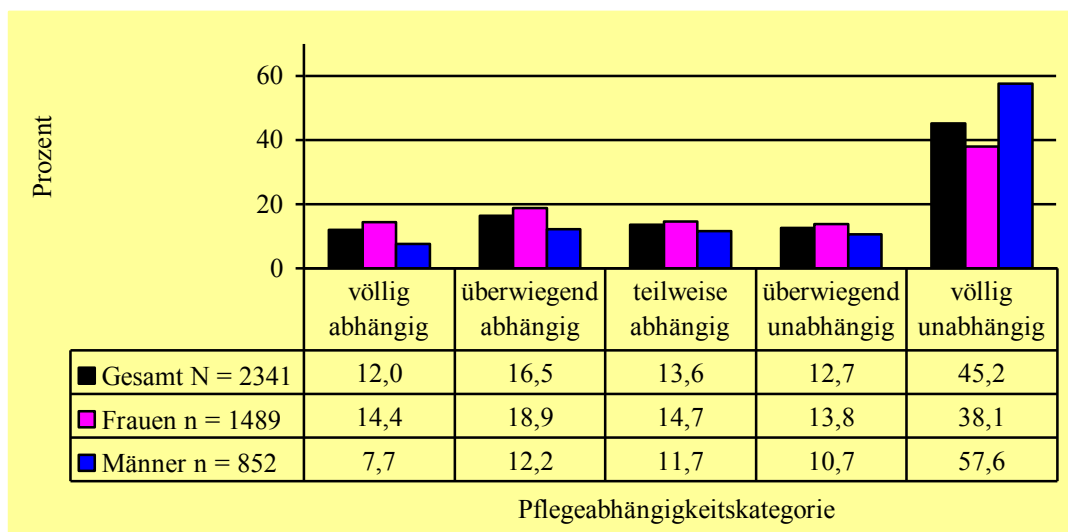


Abbildung 7: Abhängigkeitskategorien in Krankenhaus und Pflegeheim

## Ergebnisse

Betrachtet man jedes Item der PAS im Krankenhaus und Pflegeheim (N = 2341), so weisen folgende Items hohe prozentuelle Werte in der Kategorie „völlig abhängig“ auf: „Körperpflege“ (23,4 %), „An- und Auskleiden“ (22,4 %), „Inkontinenz“ (21,7 %), „Alltagsaktivitäten“ (20,6 %), „Vermeiden von Gefahren“ (20,5 %), „Mobilität“ (19,5 %), „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ (18,6 %), „Körpertemperatur“ (17,3 %) und „Lernfähigkeit“ (17,3 %).

42,4 % der PatientInnen bzw. BewohnerInnen wurden in der Kategorie „Körperpflege“ als „völlig unabhängig“ eingestuft. Dieser prozentuelle Wert steigt bei dem Item „Kommunikation“ auf 69,2 %.

Abbildung 8 veranschaulicht den PAS Summenwert im Verlauf der Lebensjahre. Dabei herrscht eine negative Korrelation ( $r = -0,459$ ), was bedeutet, dass umso älter Männer oder Frauen sind, desto niedriger ihr PAS Summenwert wird. Dieser Zusammenhang ist signifikant ( $p = 0,000$ ).

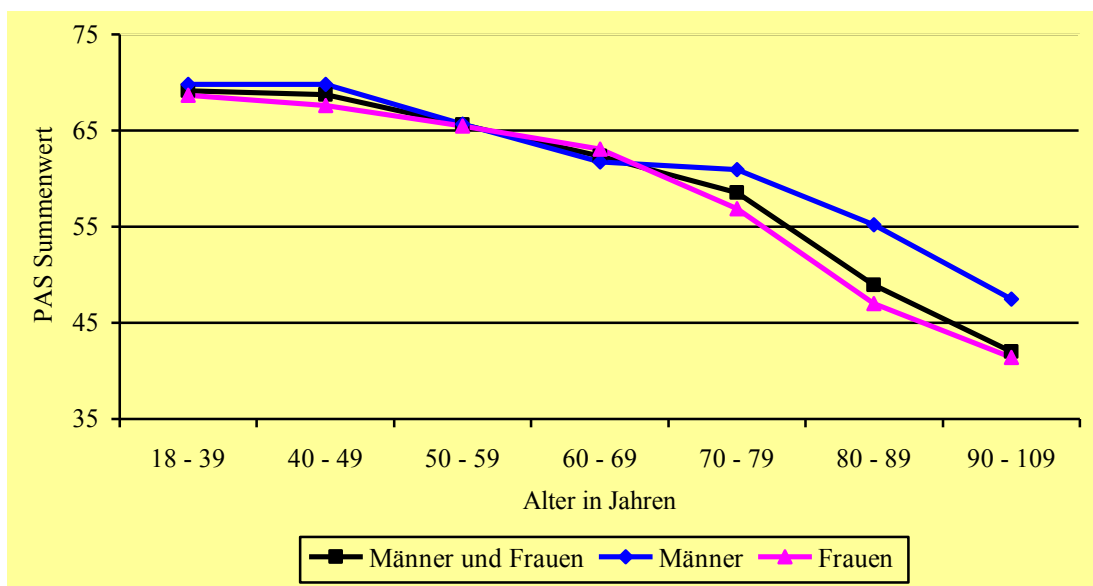


Abbildung 8: PAS Summenwert im KH und PH bezogen auf Alter

### 5.2.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit

Die häufigsten fünf Erkrankungen (Mehrfachantworten möglich), die im Krankenhaus und Pflegeheim genannt wurden, waren: „Herz- und Kreislauferkrankungen“ (50,0 %), „Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben“ (40,3 %), „Angewiesen auf Hilfe im Haushalt“ (31,7 %), „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ (26,1 %) und „Erkrankungen des Verdauungstraktes“ (21,9 %).

## Ergebnisse

Tabelle 5: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert in KH und PH

Body -Mass -Index			
BMI	n	PAS Summenwert	SD
< 18,5	158	44,08	22,33
18,5 bis < 25	995	54,90	21,13
25,0 bis < 30,0	762	59,86	18,95
ab 30,0	426	59,57	18,49
<b>Gesamt</b>	<b>2341</b>	<b>56,71</b>	<b>20,48</b>

Dekubitus			
Dekubitusgrad	n	PAS Summenwert	SD
Kein	2227	57,73	20,15
<b>Dekubitus</b>			
Grad 1	31	41,48	15,62
Grad 2	47	39,87	17,46
Grad 3	25	28,80	13,40
Grad 4	11	28,36	9,33
<b>Gesamt I*</b>	<b>114</b>	<b>36,77</b>	<b>16,30</b>
<b>Gesamt II**</b>	<b>2341</b>	<b>56,71</b>	<b>20,48</b>

Urininkontinenz			
Urininkontinenz	n	PAS Summenwert	SD
Ja	300	44,25	20,72
Nein	723	39,92	18,45
fehlend	1318	68,76	11,20
<b>Gesamt</b>	<b>2341</b>	<b>56,71</b>	<b>20,48</b>

Sturz			
Sturz	n	PAS Summenwert	SD
Ja	332	56,44	16,71
Nein	1988	57,03	20,89
Unbekannt	21	29,23	16,36
<b>Gesamt</b>	<b>2341</b>	<b>56,71</b>	<b>20,48</b>

Fixierung			
Fixierung	n	PAS Summenwert	SD
Ja	364	29,95	15,48
Nein	1977	61,64	17,21
<b>Gesamt</b>	<b>2341</b>	<b>56,71</b>	<b>20,48</b>

\* = Gesamtanzahl von Dekubitus; \*\* = Gesamtanzahl der TeilnehmerInnen (N = 2341)

Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, dass PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit einem niedrigen BMI einen niedrigeren PAS Summenwert aufweisen als jene mit einem hohen BMI. Dies kann auch mittels Korrelation nachgewiesen werden, denn der Korrelationskoeffizient nach Spearman liegt bei 0,173. Dieser Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant. Von 2341 war bei 114 PatientInnen bzw. BewohnerInnen (4,9 %) ein Dekubitus des Grades 1, 2, 3 oder 4 aufgetreten. Wird der Korrelationskoeffizient betrachtet, so zeigt sich ein Wert von -0,213. Dies bedeutet, dass umso höher der Grad des Dekubitus ist, umso niedriger der PAS Summenwert wird, was wiederum eine Erhöhung der Pflegeabhängigkeit impliziert. Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant. Interessanterweise stellte sich heraus, dass PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit einer diagnostizierten Urininkontinenz einen höheren MW der PA aufweisen als PatientInnen bzw. BewohnerInnen ohne Diagnosestellung. Betrachtet man den Korrelationskoeffizienten, so beträgt dieser  $r = 0,094$ . Dies bedeutet, dass bei einem Signifikanzniveau von 0,01 eine minimale positive Korrelation herrscht. Dabei ist jedoch einschränkend zu beachten, dass bei über 56 % der Untersuchten die entsprechenden Daten fehlen.

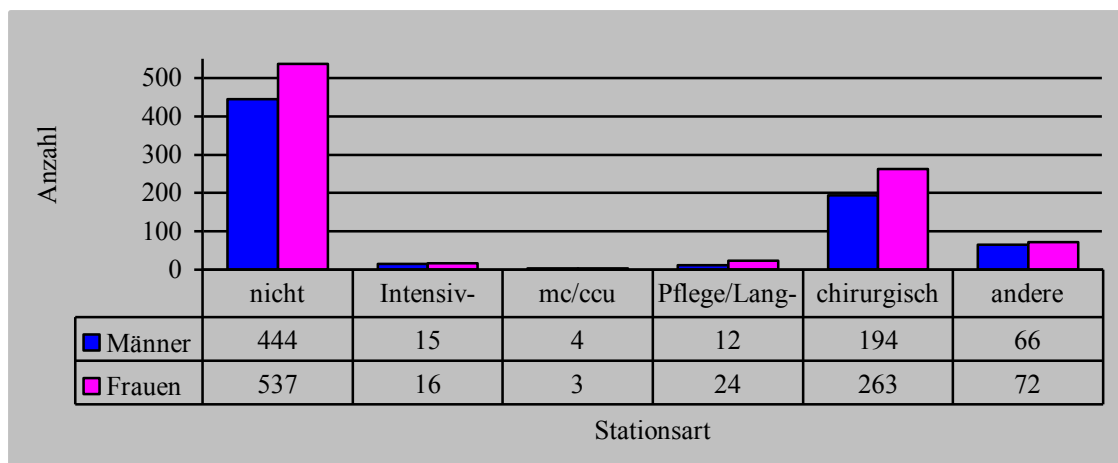
## Ergebnisse

In beiden Settings waren insgesamt 332 PatientInnen bzw. BewohnerInnen gestürzt. Gestürzte PatientInnen bzw. BewohnerInnen wiesen einen um 0,59 Punkte niedrigeren Mittelwert der PA auf als jene, die nicht gestürzt waren. Bei jenen PatientInnen bzw. BewohnerInnen, bei denen es unbekannt war, ob sie gestürzt waren, war der MW der PA fast doppelt so niedrig wie bei jenen mit Sturzereignis. Im Bereich Sturz herrscht eine negative Korrelation von  $r = -0,100$  bei einem Signifikanzniveau von 0,01.

Betrachtet man das Thema Fixierung, so zeigt sich, dass bei PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die fixiert wurden, der MW der PA um mehr als das Zweifache niedriger war als bei jenen, die keine Fixierung aufwiesen. Es besteht eine Korrelation auf dem Signifikanzniveau von 0,01 zwischen Fixierung und dem MW der PA. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman  $r = -0,494$  zeigt ins Negative, was soviel bedeutet wie: Wenn man PatientInnen bzw. BewohnerInnen fixiert, so haben diese einen erhöhten Pflegebedarf.

### 5.3 Krankenhaus

Im Setting Krankenhaus wurden 1650 (70,5 % der insgesamt Untersuchten) PatientInnen untersucht. Diese teilten sich in 915 (55 %) weibliche und 735 (45 %) männliche Patienten auf. In diesem Setting lässt sich ein signifikanter ( $p = 0,000$ ) Unterschied bei der geschlechtlichen Verteilung aufzeigen; es gibt signifikant mehr Frauen als Männer.



mc/ccu = Überwachungsstation/Herzüberwachungsstation

Abbildung 9: BewohnerInnen der einzelnen Station im Krankenhaus

Abbildung 9 listet die Stationen auf, die bei der Erhebung vertreten waren. Die meisten PatientInnen wurden auf nicht-chirurgischen Stationen (59,5 %) bzw. auf chirurgischen Stationen (27,2 %) untersucht. Gefolgt von den Stationen Pflege/Langzeitpflege (2,2 %), Intensiv (1,9 %) und mc/ccu (0,4 %).

### 5.3.1 Alter

Im Krankenhaus lag das Durchschnittsalter bei etwa 68 Jahren. Frauen waren um fast drei Jahre älter als Männer. Der Altersmedian lag bei Frauen bei 73 und somit um 5 Einheiten über dem der Männer.

Tabelle 6: Altersstruktur im Krankenhaus

	n*	MW**	SD***	Median	Altersspannweite
<b>Frauen</b>	915	69,24	17,40	73,00	18 – 98
<b>Männer</b>	735	66,29	15,12	68,00	20 – 98
<b>Gesamt</b>	1650	67,93	16,49	70,00	18 – 98

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

Die Altersstruktur ist in Abbildung 10 detailliert aufgeschlüsselt. 70 % der untersuchten Frauen waren zwischen 60 und 89 Jahre alt. Bei den Männern waren es sogar 72 %. In der Altersklasse von 80 – 89 Jahren sinkt der Anteil der Männer auf zirka 40 %; in der nächsten Altersklasse fällt dieser Anteil auf etwas über 20 % ab. Bei den Männern wurden in den Altersklassen 18 – 69 Jahren 54,3 % der Teilnehmer untersucht, bei den Frauen lag der entsprechende Anteil gerade bei 43,4 %.

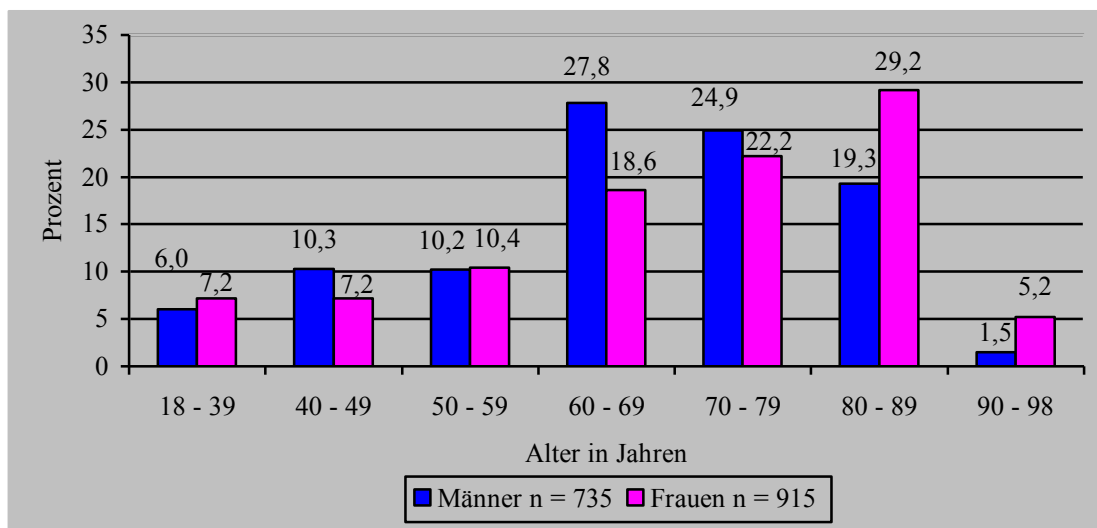


Abbildung 10: Altersstruktur von Frauen und Männern im Krankenhaus

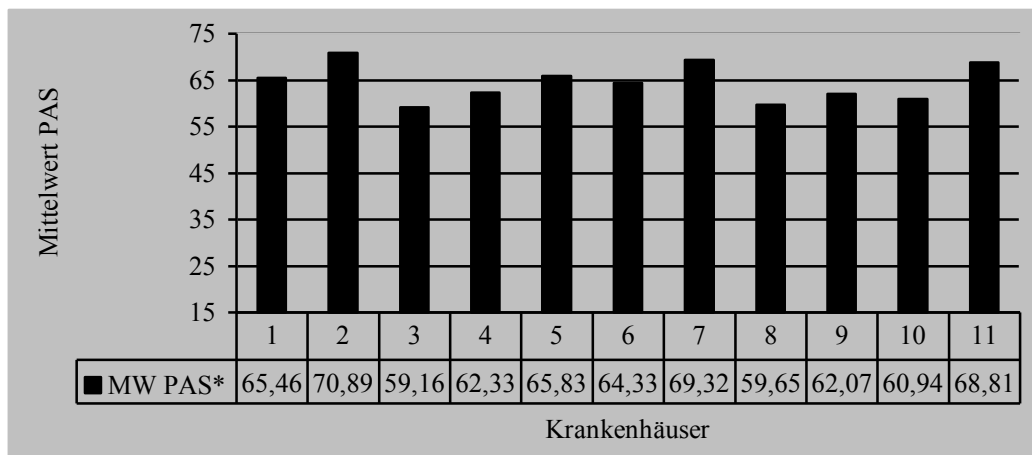
### 5.3.2 Pflegeabhängigkeit

Die Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit in den jeweiligen Krankenhäusern (Abbildung 11) reichen von 59,16 bis 70,89 und weisen somit eine Spannweite von 11,73 auf. Die Standardabweichungen des Pflegeabhängigkeitsmittelwertes in den Krankenhäusern reichen von 8,19 bis 18,78 und weisen somit eine hohe Heterogenität auf. Zwischen den

## Ergebnisse

einzelnen Krankenhäusern lässt sich ein signifikanter ( $p = 0,000$ ) Unterschied der Mittelwerte des PAS Summenwertes feststellen.

Betrachtet man die betreffenden Pflegeabhängigkeitswerte der einzelnen Krankenhäuser, so lässt sich feststellen, dass zwei Krankenhäuser in die Kategorie „teilweise abhängig“ fallen, acht in die Kategorie „überwiegend unabhängig“ und ein einziges in die Kategorie „völlig unabhängig“. Jene zwei, die in der mittleren Kategorie platziert sind, befinden sich jedoch am Übergang in die nächst höhere, jenes KH welches die Kategorie „völlig unabhängig“ erreicht hat, erzielte einen PAS Gesamtwert von 70,89.



\* = Mittelwert Pflegeabhängigkeitsskala

Abbildung 11: Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Krankenhäusern

In der folgenden Abbildung wird der MW des PAS Summenwertes der einzelnen teilnehmenden Krankenhäuser geschlechtsdifferenziert dargestellt. Die Abweichungen zwischen Männern und Frauen betragen zwischen 0,02 und 3,82 und betragen im Mittel 1,37. Diese Differenzen können bei einer Skala mit der Einschätzungsbreite von 15 – 75 als verschwindend klein angesehen werden. Männer und Frauen sind in den jeweiligen Krankenhäusern daher als annähernd gleich pflegeabhängig anzusehen.

## Ergebnisse

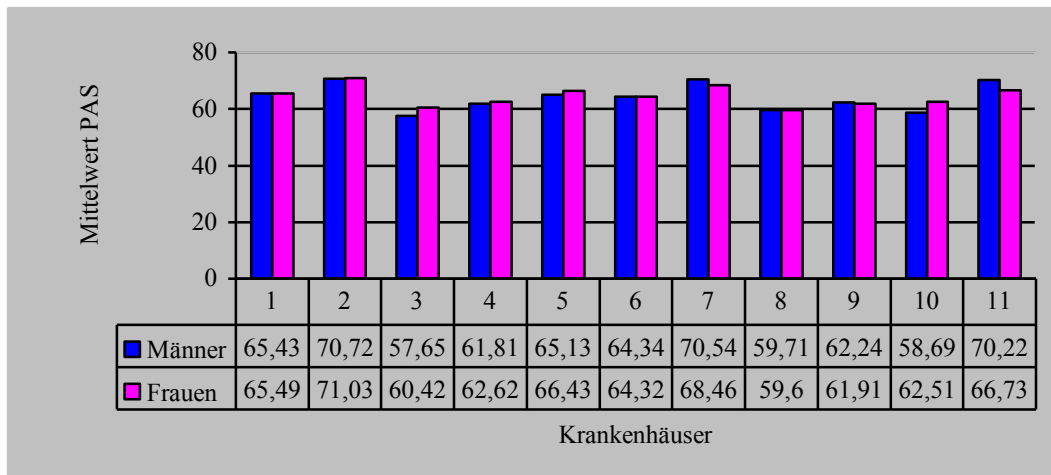


Abbildung 12: PA von Frauen und Männern in den untersuchten Krankenhäusern

Wird die Pflegeabhängigkeit in allen Krankenhäusern zusammen betrachtet (Tabelle 7), so zeigt sich, dass ein Mittelwert von etwas über 65 herrscht. Frauen liegen dabei genau bei 65, Männer hingegen etwas darunter. Diese minimale Abweichung lässt sich auch beim Median weiterverfolgen.

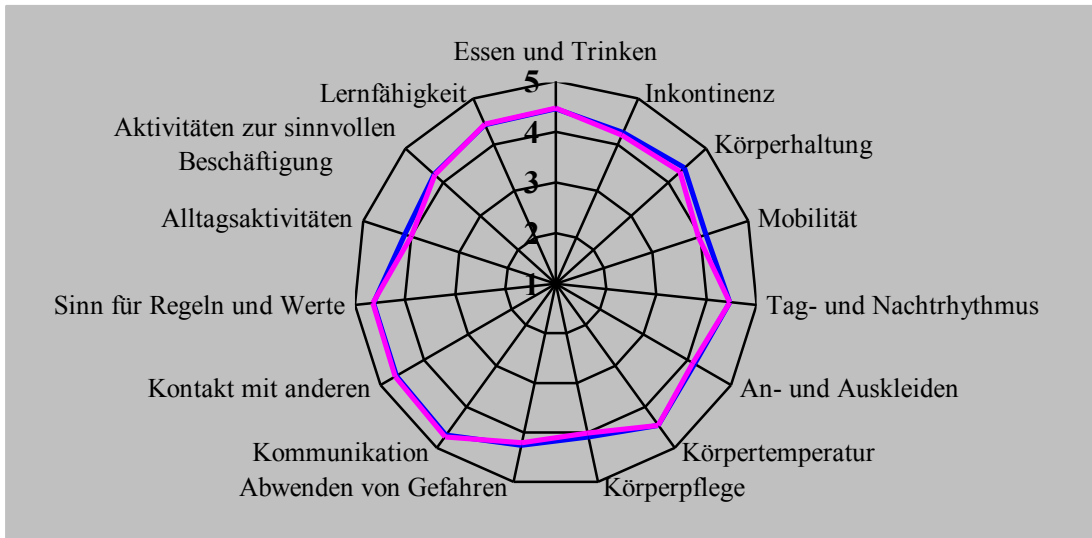
Tabelle 7: Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus

	n*	MW**	SD***	Median	Spannweite
<b>Frauen</b>	915	65,00	14,53	73,00	15 – 75
<b>Männer</b>	735	64,40	15,40	74,00	15 – 75
<b>Gesamt</b>	1650	65,19	14,92	73,00	15 – 75

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

Betrachtet man die einzelnen Items der PAS in Form eines Netzdiagramms (Abbildung 13) so ist auffallend, dass die Scorepunkte bei Frauen und Männern annähernd kongruent verlaufen. Zwischen Frauen und Männern gibt es nur minimale Abweichungen. Die größten Abweichungen wurden bei den Items „Mobilität“ (0,16), „Alltagsaktivitäten“ (0,13), „Körperhaltung (0,12)“ und „Körperpflege“ (0,08) festgestellt werden.

## Ergebnisse



1 = völlig abhängig; 2 = überwiegend abhängig; 3 = teilweise abhängig; 4 = überwiegend unabhängig  
5 = völlig unabhängig

Abbildung 13: Netzdiagramm der PAS von Frauen und Männern im KH

Allgemein lässt sich für das Setting Krankenhaus (n = 1650) sagen, dass bei der Betrachtung der einzelnen PAS Items auffällt, dass die meisten PatientInnen unter die Kategorie „völlig unabhängig“ fallen. Diese Werte beginnen bei 58,7 % bei „Körperpflege“ und erreichen einen Spitzenwert von 85,2 % bei „Kommunikation“. Ein höherer prozentueller Wert der Kategorie „völlig abhängig“ lässt sich bei „Mobilität“ (9,1 %), „Inkontinenz“ (8,3 %), „Körperpflege“ (8,3 %), „Alltagsaktivitäten“ (8,2 %) „An- und Auskleiden“ (7,9 %), „Vermeiden von Gefahren“ (7,1 %) und „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ (7,0 %) feststellen.

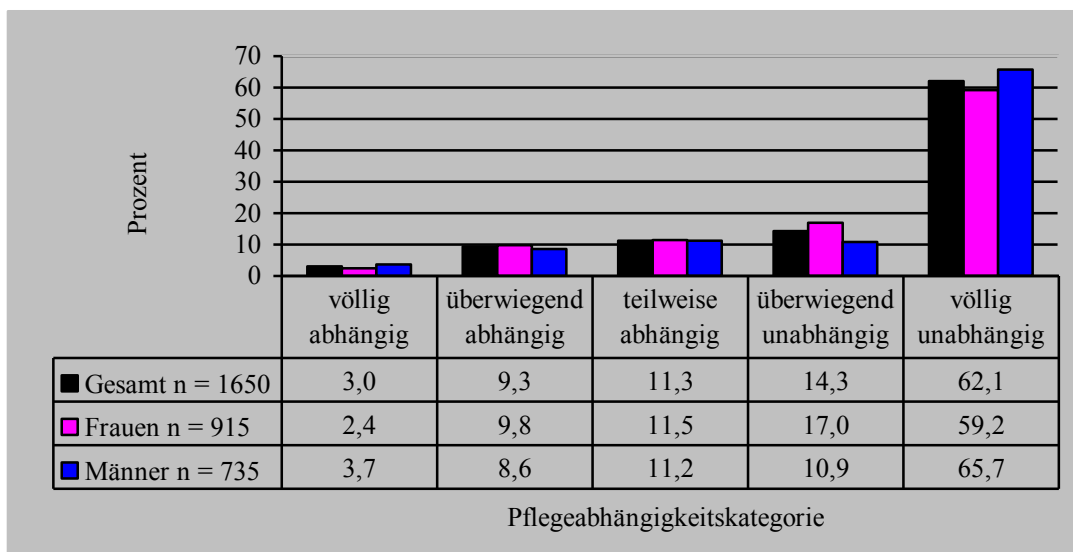


Abbildung 14: Abhängigkeitskategorien im Krankenhaus

## Ergebnisse

Betrachtet man das Alter in Jahren (Abbildung 15) und den PAS Summenwert, so zeigt sich eine negative Korrelation von  $r = -0,416$ . Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 als signifikant anzusehen. Dies bedeutet, dass umso älter eine/ein PatientIn ist, desto höher ihre/seine PA einzustufen ist.

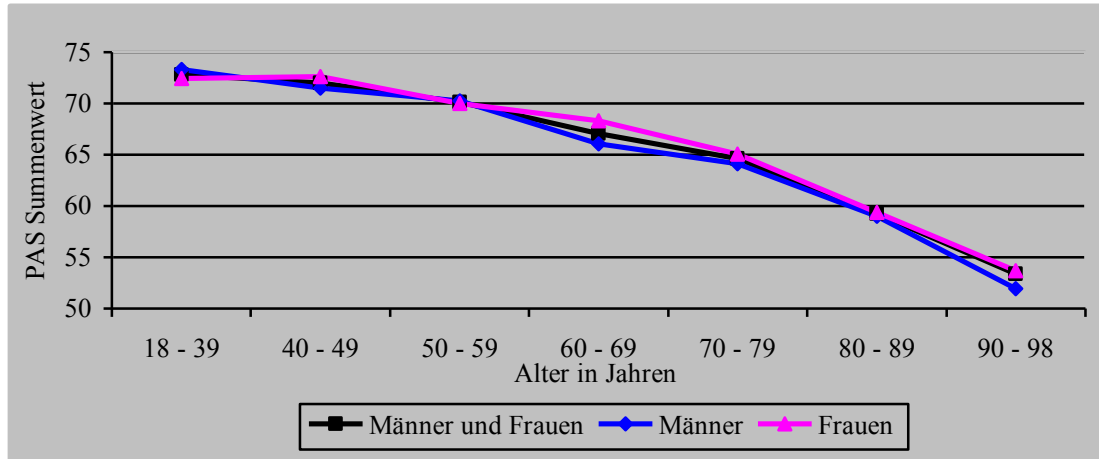
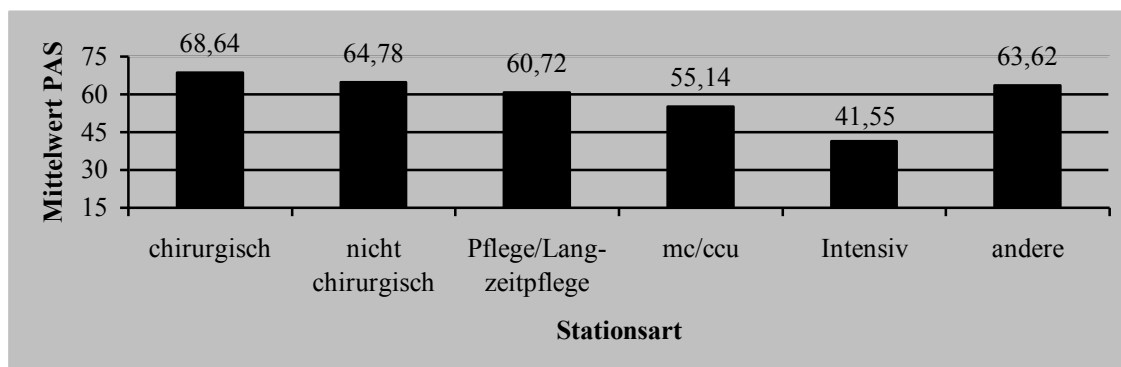


Abbildung 15: Altersklassen und Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus

Den höchsten Grad an Pflegeabhängigkeit konnte auf Intensivstationen festgestellt werden; gefolgt von Überwachungsstationen/Herzüberwachungsstationen, Pflegestationen und nicht-chirurgischen Stationen. Interessanterweise wiesen chirurgische Stationen die größtmögliche Unabhängigkeit auf. Andere Stationen können im Mittelfeld eingestuft werden.



mc/ccu = Überwachungsstation/Herzüberwachungsstation

Abbildung 16: Mittelwert der PA auf Stationen im Krankenhaus

### 5.3.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit

„Herz- und Gefäßerkrankungen“ (49,5 %), „Erkrankungen des Verdauungstraktes“ (24,3 %), „Angewiesen auf Hilfe im Haushalt“ (23,5 %), „Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben“ (22,8 %) und „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ (21,8 %) sind

## Ergebnisse

jene Erkrankungen, die im Setting Krankenhaus an den ersten fünf Plätzen (Mehrfachantworten möglich) zu finden sind.

Tabelle 8: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert im Krankenhaus

Body-Mass-Index			
BMI	n	PAS Summenwert	SD
< 18,5	96	56,44	18,16
18,5 bis < 25	673	64,30	15,36
25,0 bis < 30,0	567	67,02	13,37
ab 30,0	314	66,44	14,51
<b>Gesamt</b>	1650	65,19	14,92

Dekubitus			
Dekubitusgrad	n	PAS Summenwert	SD
<b>Kein</b>	1575	66,26	13,99
<b>Dekubitus</b>			
Grad 1	25	45,04	14,91
Grad 2	37	42,68	17,50
Grad 3	10	38,80	13,77
Grad 4	3	33,33	8,50
<b>Gesamt I*</b>	75	42,57	15,93
<b>Gesamt II**</b>	1650	65,19	14,92

Urininkontinenz			
Urininkontinenz	n	PAS Summenwert	SD
<b>Ja</b>	149	57,61	17,18
<b>Nein</b>	292	50,39	18,15
<b>fehlend</b>	1209	69,69	10,40
<b>Gesamt</b>	1650	65,19	14,92

Sturz			
Sturz	n	PAS Summenwert	SD
<b>Ja</b>	277	59,86	14,98
<b>Nein</b>	1353	66,83	13,90
<b>Unbekannt</b>	20	27,55	14,79
<b>Gesamt</b>	1650	65,19	14,92

Fixierung			
Fixierung	n	PAS Summenwert	SD
<b>Ja</b>	125	40,31	18,34
<b>Nein</b>	1525	67,22	12,60
<b>Gesamt</b>	1650	65,19	14,92

\* = Gesamtanzahl von Dekubitus; \*\* = Gesamtanzahl der TeilnehmerInnen (N = 2341)

Aus Tabelle 8 geht hervor, dass im Setting Krankenhaus PatientInnen mit einem niedrigen BMI einen niedrigeren PAS Summenwert aufweisen als jene mit einem hohen BMI. Dies kann auch mittels Korrelation nachgewiesen werden, denn der Korrelationskoeffizient nach Spearman liegt bei 0,141. Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Im Setting Pflegeheim war bei 75 PatientInnen (4,5 % des Settings) ein Dekubitus des Grades 1, 2, 3 oder 4 aufgetreten. Bei der Betrachtung des Korrelationskoeffizienten zeigt sich, dass der Koeffizient von Spearman ist mit -0,270 im negativen Bereich liegt. Dies wiederum bedeutet, dass eine höhere Pflegeabhängigkeit mit einem höheren Dekubitusgrad einhergeht. Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Betrachtet man PatientInnen im Krankenhaus, so ist auffallend, dass PatientInnen mit einer diagnostizierten Urininkontinenz einen höheren PA Mittelwert haben als PatientInnen ohne Diagnosenstellung. Beachtung muss aber auch jener PatientInnengruppe geschenkt werden, bei der die entsprechenden Daten fehlen; wobei diese immerhin 1209 PatientInnen ausmacht. Wird bei der Diagnosestellung Urininkontinenz der Korrelationskoeffizient

## Ergebnisse

berechnet, so beträgt jener nach Spearman  $r = 0,202$ . Dieses Ergebnis ist auf dem Niveau von 0,01 als signifikant anzusehen.

Jene untersuchten PatientInnen die binnen 30 Tagen vor der Erhebung gestürzt waren, weisen einen negativen Korrelationskoeffizienten von  $r = -0,294$  auf. Dies bedeutet, es besteht ein Zusammenhang zwischen einem Sturzereignis und einem niedrigen PA Wert. Dieser Koeffizient ist auf dem Niveau 0,01 als signifikant anzusehen.

Aus Tabelle 8 geht darüber hinaus hervor, dass PatientInnen mit einer Fixierung einen um fast 27 Einschätzungspunkte niedrigeren MW der PA aufweisen als jene ohne Fixierung. Dabei herrscht eine Korrelation von  $r = -0,346$  vor. Diese Koeffizienten sind auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

### 5.4 Pflegeheim

691 BewohnerInnen (29,5 % der insgesamt Untersuchten) wurden im Setting Pflegeheim untersucht. Werden diese hinsichtlich Geschlecht differenziert, wurden 574 (83 %) weibliche und 117 (17 %) männliche Bewohner untersucht.

In Abbildung 17 werden jene Stationsarten von Pflegeheimen aufgelistet, in denen bei der Prävalenzerhebung, Daten erhoben wurden. Dabei zeigt sich, dass auf definierten Pflegestationen 95,2 %, auf somatischen Stationen 3,9 % und auf sonstigen Stationen 0,9 % der Daten erhoben wurden.

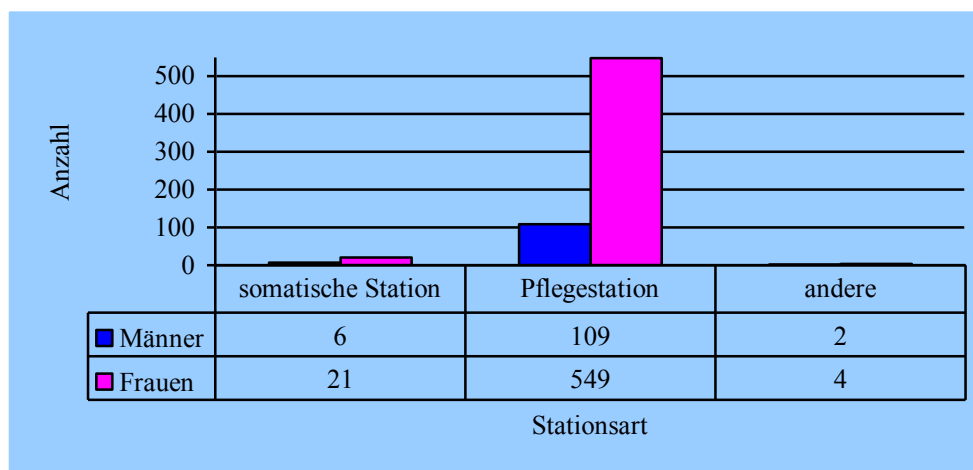


Abbildung 17: Bewohner der einzelnen Station im Pflegeheim

## Ergebnisse

### 5.4.1 Alter

Im Pflegeheim liegt das Durchschnittsalter (Tabelle 9) bei fast 81 Jahren. Im Durchschnitt sind hier Frauen um beinahe 10 Jahre älter als die männlichen Bewohner. Dieser Unterschied lässt sich auch im Median feststellen; Frauen weisen einen um 11 Einheiten höheren Median auf als Männer. Im Pflegeheim wurden signifikant mehr ( $p = 0,000$ ) Frauen untersucht als Männer.

Tabelle 9: Altersstruktur im Pflegeheim

	n*	MW**	SD***	Median	Altersspannweite
<b>Frauen</b>	574	82,29	11,05	84,00	24 – 108
<b>Männer</b>	117	72,32	14,36	73,00	20 – 96
<b>Gesamt</b>	691	80,60	12,25	84,00	20 – 108

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

In Abbildung 18 ist die prozentuelle Verteilung der einzelnen Altersklassen zu erkennen. 54 % der Frauen befinden sich in der Altersklasse von 80 – 89 Jahre, während 43,6 % der untersuchten Männer den Altersklassen zwischen 18 und 69 Jahre zugeordnet sind. Hier wiederum kommen die Frauen nur auf 10,6 %. Dies bedeutet, dass um ein Drittel mehr Frauen 70 Jahre und älter sind als Männer. Fast ein Fünftel der untersuchten Frauen ist 90 Jahre oder älter. Die Männer kommen in derselben Altersklasse auf gerade einmal 6 %.

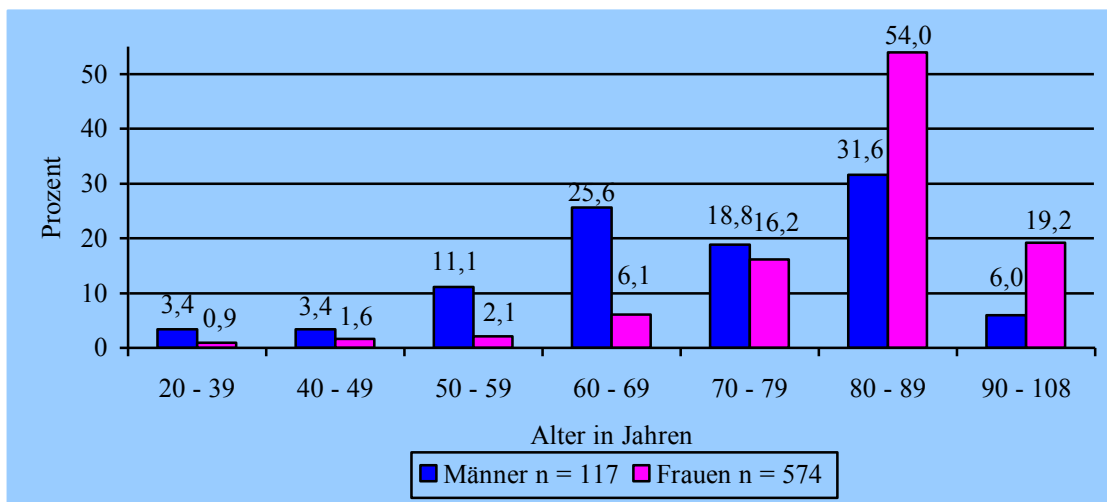
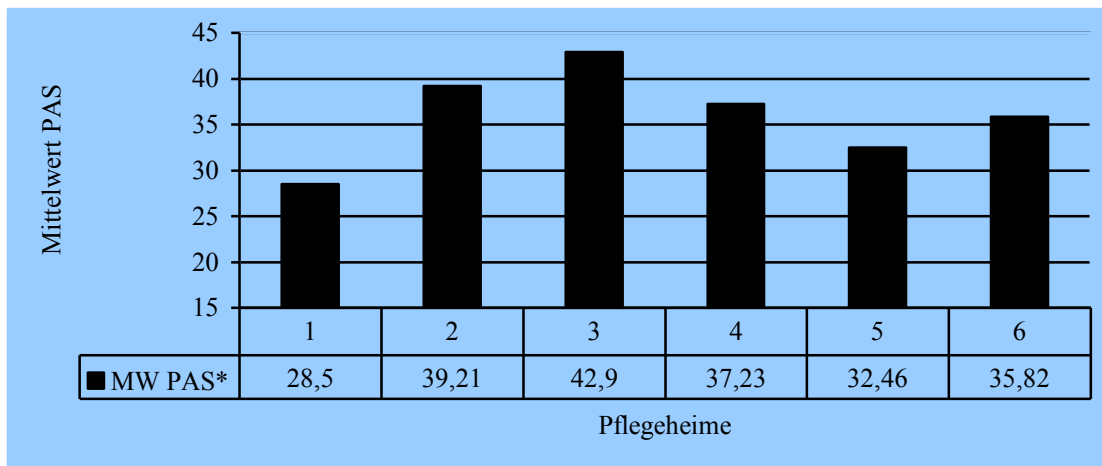


Abbildung 18: Altersstruktur von Frauen und Männern im Pflegeheim

### 5.4.2 Pflegeabhängigkeit



\* = Mittelwert Pflegeabhängigkeitsskala

Abbildung 19: Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Pflegeheimen

Bei den einzelnen Pflegeheimen (Abbildung 19) liegen die Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit von 28,5 bis 42,9. Eine gewisse Heterogenität innerhalb der Pflegeheime ist nachweisbar, da die Standardabweichungen der Pflegeabhängigkeitsmittelwerte von 14,61 bis 20,72 reichen. Zwischen den einzelnen Pflegeheimen liegt ein signifikanter ( $p = 0,000$ ) Unterschied des Mittelwertes des PAS Summenwertes vor.

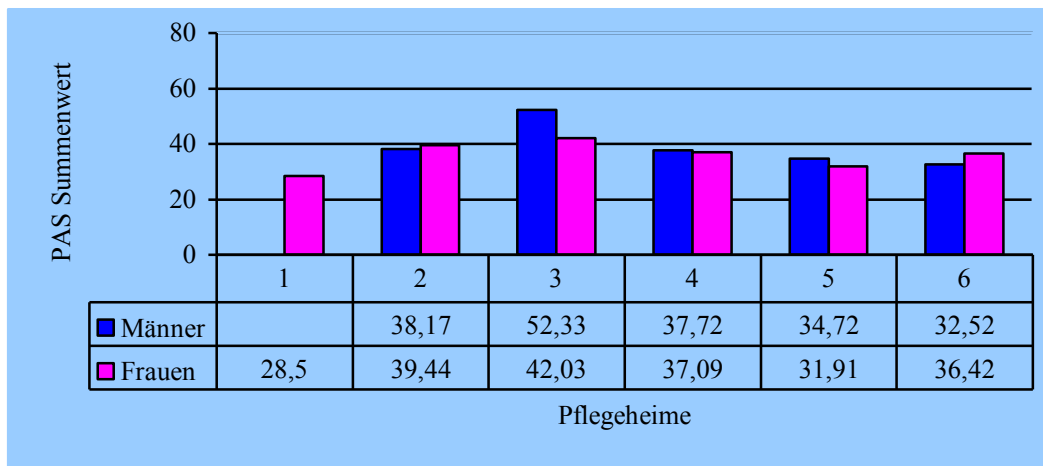


Abbildung 20: PA von Frauen und Männern in den untersuchten Pflegeheimen

In Abbildung 20 wird die mittlere Pflegeabhängigkeit von Frauen und Männern dargestellt. Dabei ist auffallend, dass in einem PH ausschließlich Daten von Frauen zur Auswertung kamen. Die Spannweite der mittleren PA in den Pflegeheimen reicht von 0,63 und 28,5. Lässt man jenes Pflegeheim außer Acht, bei dem ausschließlich Frauen untersucht wurden, ist die Spannweite zwischen Frauen und Männern mit 0,63 bis 10,3 anzugeben und beträgt

## Ergebnisse

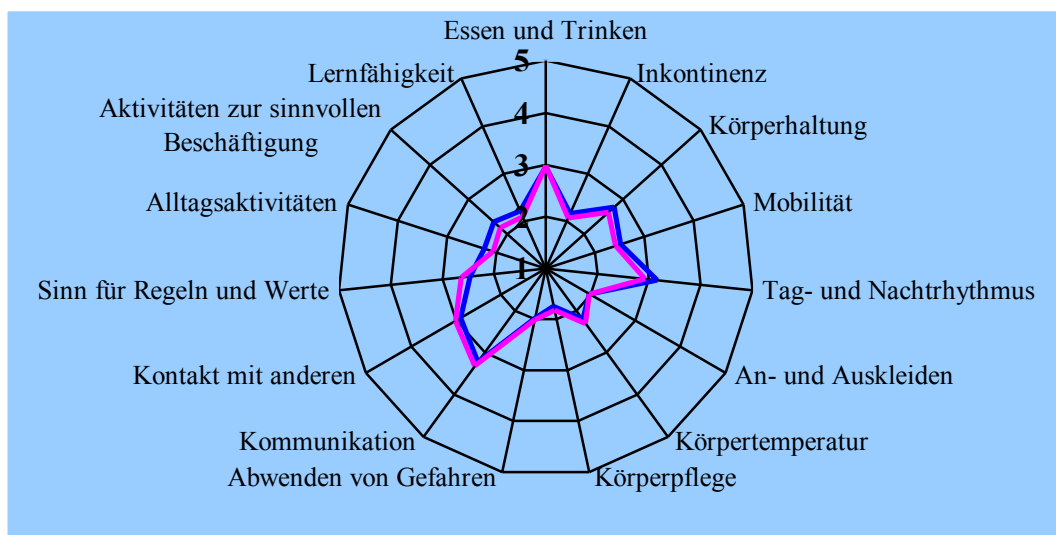
im Mittel 3,78. Werden alle sechs PH in die Wertung miteinbezogen, steigt die im Mittel liegende Pflegeabhängigkeit zwischen Frauen und Männern auf 7,9 an.

Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim

	n	MW	SD	Median	Spannweite
<b>Frauen</b>	574	36,40	17,44	32,00	15 – 75
<b>Männer</b>	117	36,80	18,15	31,00	15 – 75
<b>Gesamt</b>	691	36,47	17,55	32,00	15 – 75

\* = Personenzahl; \*\* = Mittelwert; \*\*\* = Standardabweichung

Die Aufstellung der Pflegeabhängigkeit im PH in Tabelle 10 zeigt, dass nur minimale Unterschiede in der durchschnittlichen PA zu finden sind. Dieser minimale Unterschied zeigt sich auch bei den Medianwerten.



1 = völlig abhängig; 2 = überwiegend abhängig; 3 = teilweise abhängig; 4 = überwiegend unabhängig  
5 = völlig unabhängig

Abbildung 21: Netzdiagramm der PAS im PH

Die Items der PAS im Netzdiagramm (Abbildung 21) verdeutlichen, dass BewohnerInnen von Pflegeheimen, weisen einen minimalen Wert von 1,74 („Körperpflege“ bei Männern) bzw. einen maximalen von 3,31 („Kommunikation“ bei Frauen) auf. Dies ergibt eine Spannweite von 1,57. Bei den Items „Inkontinenz“, „Körperhaltung“, „Mobilität“, „Tag- und Nachtrhythmus“, „Alltagsaktivitäten“, „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ sowie „Lernfähigkeit“ weisen Männer höhere Werte auf als Frauen. Bei dem Item „An- und Auskleiden“ konnten beide Geschlechter denselben Wert erzielen. Bei allen verbleibenden Items weisen Frauen einen höheren Wert auf als Männer.

## Ergebnisse

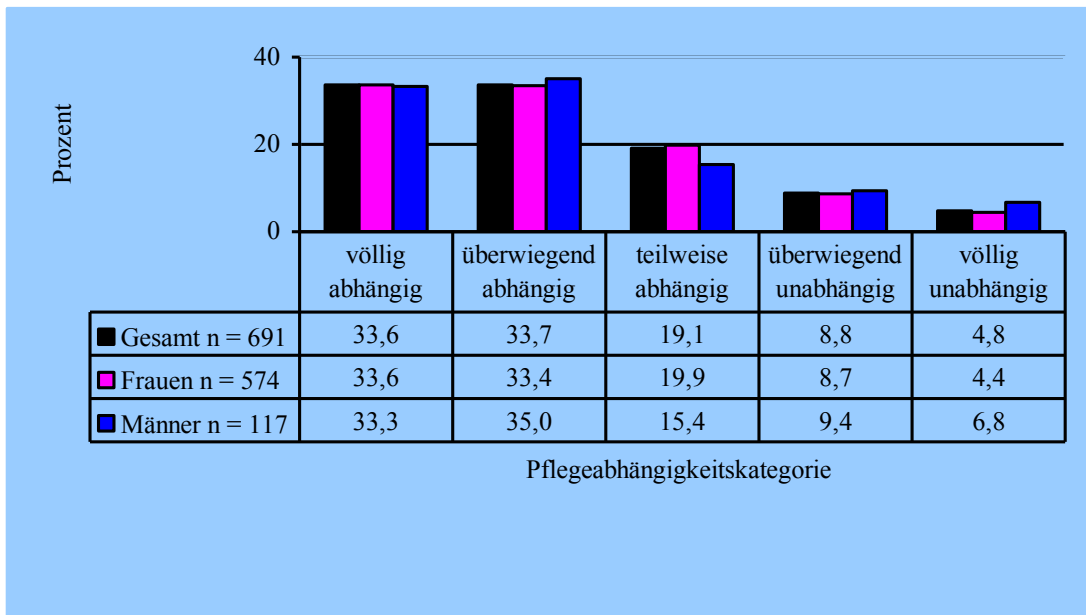


Abbildung 22: Abhängigkeitskategorien im Pflegeheim

Im Pflegeheim (n = 691) konnten hohe prozentuelle Werte bei der Kategorie „völlig abhängig“ bei den Items „Körperpflege“ (59,3 %), „An- und Auskleiden“ (57,2 %), „Inkontinenz“ (53,5 %), „Vermeiden von Gefahren“ (52,5 %), „Alltagsaktivitäten“ (50,2 %), „Lernfähigkeit“ (48,0 %), „Körpertemperatur“ (47,9 %), „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ (46,3 %) und „Mobilität“ (44,3 %) erzielt werden.

Bei der Kategorie „völlig unabhängig“ konnten Werte zwischen 3,6 % bei „Körperpflege“ und 30,8 % bei „Kommunikation“ erreicht werden.

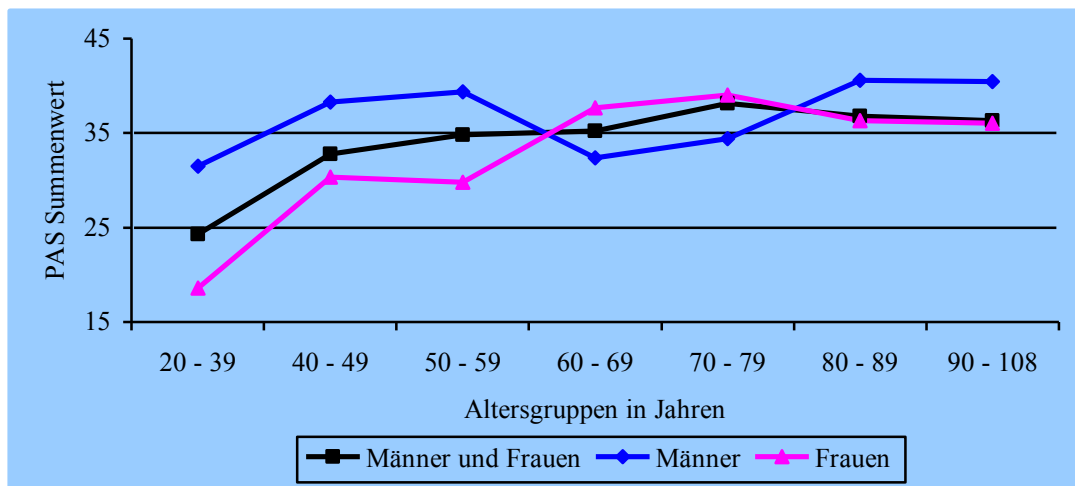


Abbildung 23: Altersklasse und Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim

Mit dem Korrelationskoeffizienten nach Spearman von  $r = 0,023$ , zeigt sich ein Wert, der minimal positiv ist und keine Signifikanz aufweist. Im Setting Pflegeheim konnte demnach

## Ergebnisse

kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und PAS Summenwert festgestellt werden (Abbildung 23).

Abbildung 24 zeigt, dass der niedrigsten MW der PA auf Pflegestationen erzielt wurde. Somatische Stationen sind nur minimal über Pflegestationen einzustufen. Andere Stationen erreichten mit über 43 Einschätzungspunkten den höchsten Wert.

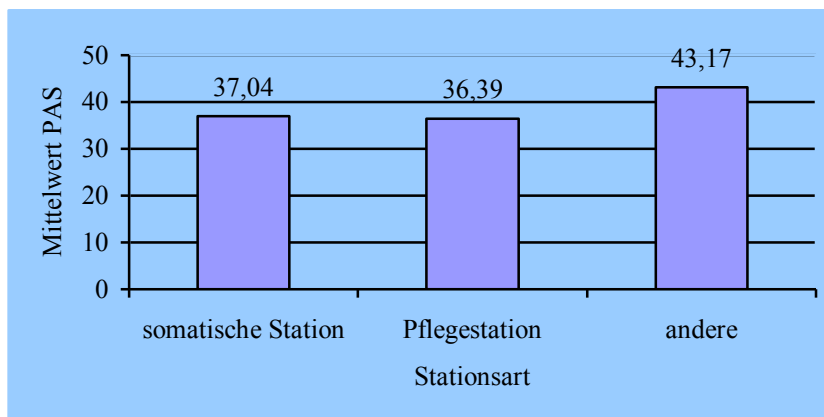


Abbildung 24: Mittelwert der PA auf Stationen im Pflegeheim

### 5.4.3 Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit

Folgende Erkrankungen (Mehrfachantworten möglich) sind im Pflegeheim auf den ersten fünf Plätzen: „Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben“ (82,1 %), „Demenz“ (58,0 %), „Angewiesen auf Hilfe im Haushalt“ (51,2 %), „Herz- und Gefäßerkrankungen“ (51,1 %) und „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ (36,2 %).

Im Setting Pflegeheim (Tabelle 11) weisen BewohnerInnen mit einem niedrigen BMI einen niedrigeren PAS Summenwert auf als jene mit einem hohen BMI. Dies kann auch mittels Korrelation nachgewiesen werden, denn der Korrelationskoeffizient nach Spearman liegt bei 0,255. Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Im Pflegeheim war bei 39 BewohnerInnen (5,6 % des Settings) ein Dekubitus des Grades 1, 2, 3 oder 4 aufgetreten. Der Korrelationskoeffizient von Spearman liegt mit -0,153 im negativen Bereich. Der Koeffizient ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant. Dies bedeutet, dass umso höher der Grad des gemessenen Dekubitus ist, desto niedriger ist der PAS Summenwert ist, was wiederum mit einer höheren Pflegeabhängigkeit interpretiert werden kann.

Im Setting Pflegeheim konnte gezeigt werden, dass bei einer diagnostizierten Urininkontinenz ein niedrigerer PA Mittelwert vorherrscht, als bei keiner

## Ergebnisse

Diagnosenstellung. Ein entsprechender Zusammenhang kann auch mittels Korrelationskoeffizient von Spearman von  $r = -0,53$  nachgewiesen werden. Dieser Zusammenhang ist als stark anzusehen, dennoch ist er auf keinem Niveau signifikant.

Die Betrachtung des Themas Sturz ergibt mittels Korrelation einen statistischen Zusammenhang auf dem Niveau von 0,05. Der Korrelationskoeffizient von Spearman ist hier mit 0,085 leicht positiv.

BewohnerInnen, die fixiert wurden, weisen einen um über 18 Einschätzungspunkte niedrigeren PA Mittelwert auf als jene ohne Fixierung. Der Korrelationskoeffizient von Spearman von  $r = -0,510$  ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Tabelle 11: BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung sowie der jeweilige PAS-Summenwert im Pflegeheim

Body-Mass-Index			
BMI	n	PAS Summenwert	SD
< 18,5	62	24,95	12,55
18,5 bis < 25	322	35,26	17,77
25,0 bis < 30,0	195	39,06	17,40
ab 30,0	112	41,83	16,29
Gesamt	691	36,47	17,55
Dekubitus			
Dekubitusgrad	n	PAS Summenwert	SD
Kein	652	37,12	17,69
Dekubitus			
Grad 1	6	26,67	8,40
Grad 2	10	29,50	13,46
Grad 3	15	22,13	8,19
Grad 4	8	26,50	9,44
Gesamt I*	39	25,62	10,12
Gesamt II**	691	36,47	17,55

Urininkontinenz			
Urininkontinenz	n	PAS Summenwert	SD
Ja	151	31,06	14,56
Nein	431	32,82	14,96
fehlend	109	58,41	14,19
Gesamt	691	36,47	17,55
Sturz			
Sturz	n	PAS Summenwert	SD
Ja	55	39,85	14,98
Nein	635	36,13	17,71
Unbekannt	1	63,00	00,00
Gesamt	691	36,47	17,55
Fixierung			
Fixierung	n	PAS Summenwert	SD
Ja	239	24,53	10,21
Nein	452	42,80	17,33
Gesamt	691	36,47	17,55

\* = Gesamtanzahl von Dekubitus; \*\* = Gesamtanzahl der TeilnehmerInnen (N = 2341)

## 6 Diskussion

---

Mertens et al. kritisierte bereits 2002, dass es keine entsprechenden Daten gibt, die es erlauben, über Pflegeabhängigkeit fundiert diskutieren zu können. Mittels der im April 2009 in Österreich erstmals durchgeführten Prävalenzerhebung kann dieser Aussage entgegengewirkt werden.

### 6.1 Gemeinsame Betrachtung von Krankenhaus und Pflegeheim

In KH und PH zusammen konnte ein Durchschnittsalter von 71,67 Jahren und eine mittlere Pflegeabhängigkeit von 56,71 ermittelt werden. Gesamt betrachtet bedeutet dies, dass PatientInnen und BewohnerInnen in die Kategorie „teilweise abhängig“ fallen. Untersucht man die Grenzen zu den benachbarten Kategorien, sind sie näher der Kategorie „überwiegend unabhängig“ zuzuordnen, die bei einem Wert von 60 beginnt, als der Kategorie „teilweise abhängig“, die bis zu 44 Scorepunkte reicht.

Werden die Geschlechter getrennt voneinander betrachtet, fällt auf, dass Frauen (53,98) der Kategorie „teilweise abhängig“ zuordenbar sind, jedoch Männer (61,48) der nächst höheren Kategorie, nämlich „überwiegend unabhängig“. Basierend auf diesen Ergebnissen kann ein Bezug zu jenen von Statistik Austria (2009a) hergestellt werden, denn hier wurde aufgezeigt, dass Frauen häufiger an einer chronischen Erkrankung leiden als Männer. Bei dieser Gegenüberstellung ist jedoch zu bedenken, dass sich Daten von dieser vorliegenden Untersuchung sich auf PatientInnen bzw. BewohnerInnen aus Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen beziehen, was bei der Untersuchung von Statistik Austria (2009a) nicht der Fall ist.

Probleme mit funktionellen Tätigkeiten nehmen laut Statistik Austria (2007b) mit zunehmendem Alter zu. Diese Tatsache wurde auch in der in Österreich durchgeführten Prävalenzerhebung bestätigt, denn die Pflegeabhängigkeit nimmt mit steigendem Alter zu. Diese Untersuchung hat gezeigt, dass PatientInnen bzw. BewohnerInnen bei den Items „Inkontinenz“, „Mobilität“, „An- und Auskleiden“, „Körpertemperatur“, „Körperpflege“, „Vermeiden von Gefahren“, „Alltagsaktivitäten“, „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ und „Lernfähigkeit“ in einem hohen Maße in die Kategorie „völlig abhängig“ fallen. Diese Erkenntnis kann mit den Untersuchungsergebnissen von Klimont, Kytir & Leitner (2007) in Beziehung gesetzt werden. Bei der Untersuchung von Klimont, Kytir & Leitner (2007) wurde augenscheinlich, dass Personen im hohen Alter mit mehr

Problemen zu kämpfen haben als Jüngere. Solche Probleme betreffen etwa die Bereiche Essen, Tragen, Baden, Telefonieren, sich Setzen oder Aufstehen, An- und Auskleiden, Wäsche Waschen oder die Hausarbeit Verrichten. So interessant diese Gegenüberstellung auch sein mag, so muss man dennoch einschränkend festhalten, dass die Daten nur mit Vorbehalt verglichen werden können, denn die Untersuchungspopulationen sind different. In der durchgeführten Prävalenzerhebung wurden PatientInnen und BewohnerInnen aus Krankenhäusern und Pflegeheimen befragt, während hingegen bei der Untersuchung von Klimont, Kytir & Leitner (2007) zufällig ausgewählte Personen in Österreich befragt wurden.

### **6.2 Krankenhaus**

Das Durchschnittsalter von 59,8 Jahren, welches bei Dijkstra et al. (2005) errechnet wurde, beträgt 64,00 Jahre bei Mertens et al. (2002) sowie Lohrmann (2002b) und 63,9 (Dassen et al. 2008) bzw. 64, 5 (Dassen et al. 2007a). All diese Zahlen liegen unter jenem, welches in Österreich (67,93) erzielt wurde. Nur bei Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a) wurde ein höheres Durchschnittsalter (75,4 Jahre) der PatientInnen ermittelt.

Die Tatsache, dass im Setting Krankenhaus mehr Frauen als Männer untersucht wurden, stimmt mit den Ergebnissen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Dijkstra et al. (2005), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a) und Lohrmann (2002) überein.

Die in Österreich ermittelte mittlere Pflegeabhängigkeit von 65,19 liegt über der von Dassen et al. (2008) (65,0), Dassen et al. (2007a) (64,3), Dijkstra et al. (2005) (55,5), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a) (59,1), Mertens et al. (2002) (62,0), Lohrmann (2002b) (62,0) und Dassen et al. 2001 (50,9).

Insgesamt liegt der mittlere Pflegeabhängigkeitswert bei 65,19. Werden Frauen (65,00) und Männer (64,40) getrennt voneinander betrachtet, ist der Mittelwert der PA um nur 0,6 Punkte auseinander. Beide Geschlechter finden sich eindeutig in der Kategorie „überwiegend unabhängig“ wieder. In diesem Setting sind Frauen und Männer in etwa ident pflegeabhängig. Diese Tatsache konnten auch die Studien von Dassen et al. (2008) (65,7 bei Männer und 64,2 bei Frauen), Dassen et al. (2007a) (64,5 bei Männern und 64,1 bei Frauen) und Mertens et al. (2002) (63,4 bei Männern zu 60,8 bei Frauen) belegen. Bei der Studie von Dijkstra et al. (2005) konnte zwischen den beiden Geschlechtern ein identer Mittelwert von 55,5 ermittelt werden.

## Diskussion

Werden die einzelnen Items der PAS im Netzdiagramm (Abbildung 13) betrachtet, so zeigt sich, dass im Setting Krankenhaus die Werte zwischen 3,97 („Mobilität“ bei Frauen) und 4,74 („Kommunikation“ bei Frauen) liegen. Dies bedeutet eine Schwankungsbreite von 0,77, was wiederum nicht einmal einer ganzen Kategorie entspricht. Frauen und Männer als Ganzes betrachtet befinden sich eher zwischen den Einschätzungskategorien vier und fünf. Nur bei der „Mobilität“ der Frauen fällt der Wert auf unter vier ab. Auch bei den Studien von Dassen et al. (2008) und Dassen et al. (2007a) konnte gezeigt werden, dass Männer und Frauen zwischen den Kategorien vier und fünf liegen. Dies bedeutet, dass Frauen und Männer eher in den Bereich der unabhängigen Kategorien einzuordnen sind.

In der in Österreich durchgeführten Studie zeigt sich, dass die meisten PatientInnen pflegeunabhängig sind. Zu diesem Ergebnis kamen auch Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a). Bei den Items „Inkontinenz“, „Mobilität“, „An- und Auskleiden“, „Körperpflege“, „Vermeiden von Gefahren“, „Alltagsaktivitäten“ und „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ wurden die größten Abhängigkeiten festgestellt. Diese Items sind mit jenen von Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a) und Mertens et al. (2002) deckungsgleich.

Einen Zusammenhang zwischen Alter und dem Grad der Pflegeabhängigkeit (umso älter desto pflegeabhängiger) konnte nicht nur in der in Österreich durchgeführten Untersuchung festgestellt werden, sondern wurde auch von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003a), Lohrmann (2002b), Mertens et al. (2002) und Dassen et al. (2001) bestätigt.

Die Ergebnisse bezüglich mittlerer Pflegeabhängigkeit und den jeweiligen Stationen (chirurgische, nicht-chirurgisch, Pflege/Langzeitpflege, mc/ccu und Intensiv), stehen mit anderen Studien im Einklang (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a; Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a; Mertens et al. 2002; Dassen et al. 2001).

Die Tatsache dass Herz- und Kreislauferkrankungen die häufigsten Erkrankungen darstellen, wurde bereits bei Mertens et al. (2002) gezeigt. Diese und alle anderen in Österreich angegebenen häufigsten Erkrankungen stehen damit im Einklang und konnten auch bei Dassen et al. (2008) und Dassen et al. (2007a) belegt werden. Eine Einteilung der Erkrankungen in Diagnosegruppen (ICD-10), so wie sie im Rahmen der Prävalenzerhebungen 2007 und 2008 bzw. bei Mertens et al. (2002) vorgenommen wurde, konnte bei der in Österreich durchgeführten Untersuchung aufgrund der Nichtnennung der Hauptdiagnose nicht durchgeführt werden. Weiters konnte dadurch kein Vergleich zu den mittleren Pflegeabhängigkeitswerten der jeweiligen Diagnosegruppen gezogen werden.

Werden die einzelnen Punkte BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung betrachtet, so wird deutlich, dass bei den meisten Punkten zu erwartende Zusammenhänge bestehen. Diese spiegeln sich bei der Interpretation der Ergebnisse wider. Ein niedriger BMI, das Auftreten eines Dekubitus, ein Sturzereignis und das Vorhandensein einer Fixierung gehen mit einem erhöhten Pflegebedarf einher. Die einzige Ausnahme bilden jene PatientInnen, bei denen eine Urininkontinenz diagnostiziert wurde. Bei der Betrachtung des Korrelationswertes, würde dies bedeuten, dass das Nichtauftreten einer diagnostizierten Urininkontinenz mit einem höheren Pflegebedarf einhergeht. Dieses Resultat lässt sich wahrscheinlich dadurch erklären, dass bei 1209 PatientInnen keine Daten vorhanden waren. Dekubitus und Pflegeabhängigkeit stehen mit der Studie von Balzer et al. (2007) im Einklang. Bei österreichischen PatientInnen mit Dekubitus konnte ein Mittelwert der PA von 42,57 festgestellt werden, bei den PatientInnen aus Deutschland lag der Wert bei 36,5, was einer Zuordnung in die Kategorie „überwiegend abhängig“ entspricht. Jene PatientInnen ohne Dekubitus erreichten Werte von 66,26 bzw. 64,5, womit eine Einteilung in die Kategorie „überwiegend unabhängig“ zulässig ist.

### **6.3 Pflegeheim**

In Österreich lag der Altersdurchschnitt im Pflegeheim bei 80,60 Jahren. Der errechnete Durchschnittswert liegt somit im Bereich der Prävalenzstudien (Dassen et al. 2008; Dassen et al. 2007a). Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b), Lohrmann et al. (2003) und Lohrmann (2002a) ermittelten bei PflegeheimbewohnerInnen einen Durchschnittswert von 82,8 Jahren. Dijkstra et al. (2002) konnten als Durchschnittsalter 84,5 Jahre im Wohnheim bzw. 77,3 Jahre bei der somatischen Pflege berechnen, während der entsprechende Wert bei Dijkstra et al. (1999a) 84,6 Jahre betrug. Im Rahmen des internationalen Vergleichs von Dijkstra et al. (2000b) ergaben sich für Kanada und Italien ein Durchschnittsalter von 81,4 Jahre und für Norwegen 84,5. Im internationalen Vergleich liegt Österreich somit ziemlich genau in der Mitte.

Wird das Alter geschlechtsbezogen betrachtet, so zeigt sich, dass im Setting Pflegeheim Frauen um fast zehn Jahre älter sind als Männer. Diese Abweichung lässt sich dadurch erklären, dass es mehr Frauen als Männer gibt und Frauen eine um 5,6 Jahre längere Lebenserwartung als Männer haben (Statistik Austria 2007a; Statistik Austria 2009b).

In Österreich waren über vier Fünftel der untersuchten BewohnerInnen weiblich. Dies deckt sich mit den Untersuchungen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a) und

## Diskussion

Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b), wo die entsprechenden Werte zwischen 75 % und 80 % lagen.

Die Mittelwerte der PAS liegen in Pflegeheimen zwischen 28,5 und 42,9. Werden alle teilgenommenen Pflegeheime den Abhängigkeitskategorien zugeordnet, so zeigt sich, dass alle Pflegeheime in die Kategorie „überwiegend abhängig“ eingeordnet werden können.

Die mittlere PA von 36,47 ist mit den Ergebnissen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) Lohrmann et al. (2003), Lohrmann (2002a), Dijkstra et al. (1999a) und Dijkstra, Buist & Dassen (1998a) vergleichbar. In diesen Studien lag die PA von PflegeheimbewohnerInnen zwischen 32,6 und 43,1. Bei Dijkstra et al. (2002) wurde im Wohnheim ein Mittelwert von 71,13 und im Pflegeheim ein Wert von 51,74 errechnet. Damit liegen diese beiden Settings weit über den Ergebnissen der anderen Autoren. Das in Österreich erzielte Ergebnis steht mit jenen aus den Niederlanden (37,03), Kanada (33,46), Italien (29,99) und Norwegen (32,94) im Einklang (Dijkstra et al. 2000b).

Allgemein kann festgestellt werden, dass PflegeheimbewohnerInnen in die Kategorie „überwiegend abhängig“ fallen. Diese Tatsache ändert sich auch dann nicht, wenn Frauen und Männer getrennt analysiert werden, denn hier liegt die mittlere PA bei 36,40 und 36,80. Sie weichen also nur minimal, um 0,4 Punkte, voneinander ab. Dieses Ergebnis ändert sich auch nicht, wenn eine Einteilung von wie bisher fünf Abhängigkeitskategorien in drei vorgenommen werden würde.

Im Pflegeheim schwankt die Darstellung der einzelnen PAS Items (Abbildung 21) zwischen 1,74 („Körperpflege“ bei Männern) und 3,31 („Kommunikation“ bei Frauen). Dies geht mit einer Schwankungsbreite von 1,57 einher, was bedeutet, dass im PH zwischen den einzelnen PAS Items über 1,5 Einschätzungskategorien liegen.

Im Pflegeheim herrscht ein hoher Grad an Abhängigkeit vor. Zu dieser Erkenntnis kamen auch Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b), Lohrmann et al. (2003), und Lohrmann (2002a).

„Inkontinenz“, „Mobilität“, „An- und Auskleiden“, „Körpertemperatur“, „Körperpflege“, „Vermeiden von Gefahren“, „Alltagsaktivitäten“, „Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung“ und „Lernfähigkeit“ wurden als jene Items identifiziert, bei denen die BewohnerInnen in hohem Maße pflegeabhängig sind. Diese Ergebnisse sind mit jenen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b), Lohrmann et al. (2003) und Lohrmann (2002a) kongruent.

Im Pflegeheim ist das Verhältnis zwischen Pflegeabhängigkeit und Alter gleichbleibend, was sich dadurch zeigt, dass es keine positive oder negative Korrelation gibt. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit jenen von Dassen et al. (2008), Dassen et al. (2007a), Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b) und Dijkstra et al. (1999a).

Werden die Abhängigkeiten der vorliegenden Untersuchung in den somatischen Stationen (37,04) und in Pflegestation (36,39) betrachtet, so ist, im Vergleich zu den Ergebnissen von Dijkstra et al. (2002), eine enorme Abweichung feststellbar; 71,13 im Wohnheim und 51,74 bei der somatischen Pflege.

Die Erkrankungen „Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben“, „Demenz“, „Angewiesen auf Hilfe im Haushalt“, „Herz- und Gefäßerkrankungen“ und „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ finden sich auch bei Lohrmann, Dijkstra & Dassen (2003b), Lohrmann et al. (2003), Lohrmann (2002) in Form von gestellten Diagnosen wieder.

Bei den Punkten BMI, Dekubitus, Urininkontinenz, Sturz und Fixierung konnten, wie zu erwarten war, Korrelationen ermittelt werden. Im Einzelnen bedeutet dies, dass bei einem niedrigen BMI, beim Vorhandensein eines Dekubitus, bei diagnostizierter Urininkontinenz, bei Stürzen oder bei Fixierung mit einem höheren Grad an Pflegeabhängigkeit zu rechnen ist.

### **6.4 Unterschiede zwischen Krankenhaus und Pflegeheim**

Zwischen den einzelnen Settings gibt es einen durchschnittlichen Altersunterschied von 12,67 Jahren, wobei ergänzend erwähnt werden muss, dass PflegeheimbewohnerInnen durchschnittlich älter sind als PatientInnen. Diese Tatsache spiegelt sich auch bei der durchschnittlichen PA wider; PflegeheimbewohnerInnen sind um 28,72 Einschätzungspunkte pflegeabhängiger. Bei einer Spannweite einer Einschätzungsskala von 60 Punkten, bedeutet dies fast 50 %. Während im Krankenhaus die Einschätzungskategorie „überwiegend unabhängig“ in den Vordergrund tritt, ist es im PH die Kategorie „überwiegend abhängig“. Zwischen dem niedrigsten Einschätzungswert im KH von 3,97 (Mobilität bei Frauen) und dem höchsten von 3,31 (Kommunikation bei Frauen) im PH liegt eine Spannweite von 0,66.

Im Krankenhaus konnte aufgezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Alter und Pflegeabhängigkeit gibt; je älter PatientInnen sind, desto pflegeabhängiger werden sie. Dieser Zusammenhang besteht im Setting Pflegeheim nicht.

## 6.5 Stärken der Studie

Die größte Stärke dieser Studie besteht darin, dass sie überhaupt durchgeführt wurde, und dass sich 3655 PatientInnen bzw. BewohnerInnen bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen. Nur so war es überhaupt möglich, den aktuellen Stand bezüglich Pflegeabhängigkeit in Österreich aufzeigen zu können.

Als weitere Stärke dieser Studie ist anzugeben, dass mit einer Gelegenheitsstichprobe gearbeitet wurde. Mit Hilfe einer solchen Stichprobe wurde es möglich gemacht, die tatsächliche Situation unverfälscht widerzuspiegeln.

Eine weitere Stärke dieser Studie, liegt in der Erhebung der Daten. Diese wurde mittels einer internen und externen Pflegeperson durchgeführt. Durch diese Taktik konnte ein Beobachterbias verhindert werden (Polit & Beck 2004).

## 6.6 Schwächen der Studie

Als eine Schwäche dieser Studie ist anzugeben, dass die Teilnahme an der Prävalenzerhebung mit Kosten verbunden war. Aus diesem Grund kann vermutet werden, dass nur jene Institutionen teilnahmen, die es sich primär leisten konnten bzw. die überhaupt Interesse an Pflegeforschung zeigen. Diese Tatsache stellt einen Bias in der Datenerhebung dar.

Ein weiterer Punkt ist im Verhältnis Stichprobengröße zu Grundgesamtheit zu finden. Im Jahr 2007 gab es in den 270 österreichischen Krankenanstalten über 64.500 Betten. In den etwa 880 Pflegeheimen standen über 62.900 Wohn- und Pflegeplätze zu Verfügung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2008; Statistik Austria 2008b). Von den insgesamt zur Verfügung stehenden Plätzen (etwa 127.400) nahmen nur 3655 (2,87 %) an der Prävalenzerhebung teil. Dieser geringe Prozentsatz schränkt eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein, ist aber bei der Betrachtung anderer Studien, wie etwa Dassen et al. (2008), Mertens et al. (2007) oder Lohrmann (2002) durchaus üblich.

Ein weiterer Grund, der als Erklärung für die geringe TeilnehmerInnenzahl dienen kann, ist die Notwendigkeit der informierten Zustimmung. Durch die Tatsache, dass PatientInnen und BewohnerInnen ihre Einwilligung schriftlich erteilen mussten, benötigten sie Zeit. Ein weiterer Zeitfaktor kam bei jenen PatientInnen bzw. BewohnerInnen zum Tragen, die selbst nicht in der Lage waren, die Einwilligung zu unterzeichnen; denn hier musste der gesetzliche Vertreter die Unterschrift leisten. Aus diesem Grund könnte es durchaus dazu gekommen sein, dass jene PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die nicht in der Lage waren

die informierte Zustimmung zu unterzeichnen und vermutlich eine höhere Pflegeabhängigkeit aufwiesen, nicht in die Prävalenzerhebung eingeschlossen wurden.

Zuallerletzt stellt die Tatsache, dass eine Identifizierung der Hauptdiagnose der jeweiligen PatientInnen bzw. BewohnerInnen nicht möglich war, eine weitere Schwäche dar. Durch diese Tatsache war eine genaue Gegenüberstellung einer eventuellen Pflegeabhängigkeit mit einer bestimmten Erkrankung nicht möglich.

### **6.7 Implikationen für die Praxis**

Durch die Durchführung dieser Prävalenzerhebung war es in Österreich erstmals möglich, und zwar mit einem reliablen und validen Messinstrument, die aktuelle Lage in Krankenhäusern und Pflegeheimen hinsichtlich Pflegeabhängigkeit transparent zu machen. Dies stellt somit einen ersten wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar.

Zukünftig sollten weitere Gesundheitseinrichtungen an der Prävalenzerhebung teilnehmen, um unter anderem eine möglichst flächendeckende Datenlage aufzeigen zu können. Eine fortlaufende Teilnahme an der Prävalenzstudie erlaubt, dass Längsschnittvergleiche durchgeführt werden können. Weitere Vorteile, die eine Teilnahme mit sich bringt, liegt in der Möglichkeit, Maßnahmen bei aufgezeigten Problemen zu setzen, diese gegebenenfalls einer Evaluierung zu unterziehen, Ergebnisse über den jährlichen Stand zu erhalten sowie die Tatsache, aktiv Pflegeforschung betreiben zu können.

Zusätzliche Forschung ist nötig, um weitere Aussagen treffen zu können. Beispielsweise könnte versucht werden, die Pflegeabhängigkeitsskala mit den österreichischen Pflegestufen in Verbindung zu bringen.

## 7 Referenzliste

---

Balzer, K., Pohl, C., Dassen, T. W. N. & Halfens R. J. G. 2007, „The Norton, Waterlow, Braden and Care Dependency Scales. Comparing Their Validity When Identifying Patients' Pressure Sore Risk“, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(4):389-398.

Bickel H. 2001, „Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland“, *Das Gesundheitswesen*, 63:9-14.

Boggatz, Th., Dijkstra, A., Lohrmann, Ch. & Dassen, T. W. N. 2007, „The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis“, *Journal of Advanced Nursing*, 60(5):561-569.

Borgetto, B. 2005, „Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung“, *Pflege*, 18:313-319.

Bortz, J. 2005, „Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler“, 6. Auflage, Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Breda, J. & Geerts, J. 2001, „Care dependency and non-medical care use in Flanders“, *Archives of Public Health*, 59:329-346.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2008, „Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007“, [22.10.2009], verfügbar unter:  
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/0/1/CH0099/CMS1219747620838/oesterr.pflegevorsorgebericht\\_2007.pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/0/1/CH0099/CMS1219747620838/oesterr.pflegevorsorgebericht_2007.pdf).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009a, „Allgemeines zum Pflegegeld“, [22.10.2009], verfügbar unter:  
<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360511.html>.

## Referenzliste

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009b, „Voraussetzungen für das Pflegegeld“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360512.html>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009c, „Höhe des Pflegegeldes“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360516.html>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009d, „Hilfsmittelberatung“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360522.html>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009e, „Allgemeines zu Alten- und Pflegeheimen“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360543.html>.

Bundespflegegeldgesetz 2009, „Bundespflegegeldgesetz“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>.

Burns, N. & Grove, S. K. 2009, „The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence“, 6<sup>th</sup> Edition, Saunders Elsevier Verlag USA.

Dassen, T. W. N., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Saborowski, R. & Dijkstra, A. 2001, „Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie“, *Pflege*, 14:123-127.

Dassen, T. W. N., Heinze, C., Kottner, J., Lahmann, N., Mertens, E., Schmitz, G., Tannen, A., Wilborn, D., Amend, Ch., Kuntz, S., Kutz, F., Lützkendorf, D., Pöhler, A., Raeder, K. & Siegmund, U. 2007, „Prävalenz 2007. Erhebung 2007. Pflegeabhängigkeit. Sturzereignisse. Inkontinenz. Dekubitus“, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité, Humboldt-Universität zu Berlin.

## Referenzliste

Dassen, T. W. M., Mertens, E., Pöhler, A., Amend, Ch., Lohrmann, Ch., Eichhorn, J. & Dijkstra, A. 2007b, „Handbuch zur Pflegeabhängigkeitsskala“, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité, Humboldt-Universität zu Berlin

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

Davies, B. & Logan, J. 2008, „Reading Research. A User-Friendly Guide for Nurses and Other Health Professionals“, 4<sup>th</sup> Edition, Elsevier Verlag Kanada.

Dijkstra, A., Buist, G. & Dassen, T. W. N. 1998a, „A criterion-related validity study of the nursing-care dependency (NCD) scale“, *International Journal of Nursing Studies*, 35:163-170.

Dijkstra, A., Buist, G. & Dassen, T. W. N. 1998b, „Operationalization of the concept of ‘nursing care dependency’ for use in long-term care facilities“, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7:142-151.

Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P. & Dassen, T. W. N. 1999a, „Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale“, *Journal of Clinical Nursing*, 8:380-388.

Dijkstra, A., Sipsma, D. & Dassen, T. W. N. 1999b, „Predictors of care dependency in Alzheimer’s disease after a two-year period“, *International Journal of Nursing Studies*, 36:487-495.

Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P. & Dassen, T. W. N. 2000a, „A Reliability and Utility Study of the Care Dependency Scale“, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14:155-161.

## Referenzliste

Dijkstra, A., Brown, L., Havens, B., Romeren, T. I., Zanotti, R., Dassen, T. W. N. & van den Heuvel, W. 2000b, „An international psychometric testing of the Care Dependency Scale“, *Journal of Advanced Nursing*, 31(4):944-952.

Dijkstra, A., Tiesinga, L. J., Goossen, W. T. F. & Dassen, T. W. N. 2002, „Further psychometric testing of the Dutch care Dependency Scale on two different patient groups“, *International Journal of Nursing Practice*, 8:305-314.

Dijkstra, A., Tiesinger, L. J., Plantinga, L., Veltman, G. & Dassen, T. W. N. 2005, „Diagnostic accuracy of the Care Dependency Scale“, *Journal of Advanced Nursing*, 50(4):410-416.

Eichhorn-Kissel, J. & Lohrmann, Ch. „Die Pflegeabhängigkeitsskala“ In Bartholomeyczik, S. & Halek, M. 2009, „Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen“, 2. aktualisierte Auflage, Witten Schriften, Universität Witten/Herdecke, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Ellefsen B. 2002, „Dependency as disadvantage – patients' experiences“, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16:157-164.

Flanagan, J. & Holmes S. 1999, „Facing the issue of dependence: some implications from the literature for the hospice and hospice nurses“, *Journal of Advanced Nursing*, 29(3):592-599.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2007, „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“, [22.10.2009], verfügbar unter:  
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.

Hamman, R. F., Mulgrew, Ch. L., Baxter, J., Shetterly, S. M., Swenson, C. & Morgenstern, N. E. 1999, „Methods and Prevalence of ADL Limitations in Hispanic and Non-Hispanic White subjects in rural Colorado: The San Luis Valley Health and Aging Study“, *Annals of Epidemiology*, 9:225-235.

## Referenzliste

Hasseler, M. & Görres, St. 2005, „Was Pflegebedürftige wirklich brauchen.... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung“, [22.10.2009], verfügbar unter:

<http://books.google.at/books?id=1ddzpgJqtWwC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>.

Hemetsberger, P. 2009, „dict.cc. Deutsch-Englisch-Wörterbuch“, [18.10.2009], verfügbar unter:

<http://www.dict.cc>.

Høy, B., Wagner, L. & Hall, E. O. C. 2007, „Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept“, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21:456-466.

Kittay, E., Jennings, B. & Wasunna, A. A. 2005, „Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care“, *The Journal of Political Philosophy*, 13(4):443-469.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. 2007, „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation“, [22.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplgidcplg?IdcService=GET\\_NATIVE\\_FILE&dID=50766&dDocName=030197](http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplgidcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=50766&dDocName=030197).

Kytir, J., Schrittwieser, K. & Statistik Austria 2003, „Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002“, [18.10.2009], verfügbar unter: <http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/024005.pdf>.

Leenerts, M. H., Teel, C. S. & Pendleton, M. K. 2002, „Building a Model of Self-Care for Health Promoting In Aging“, *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4):355-361.

Lohrmann, Ch. 2002a, „Zu viel Pflege macht abhängig“, *Pflege Aktuell*, 1:21-24.

Lohrmann, Ch. 2002b, „Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS): Das Maß ist die Unabhängigkeit“, *Pflegezeitschrift*, 7:501-505.

## Referenzliste

Lohrmann, Ch. 2003, „Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie“, Dissertation, Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.

Lohrmann, Ch., Balzer, K., Dijkstra, A. & Dassen, T. W. N. 2003, „Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim – eine psychometrische Studie“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36:255-259.

Lohrmann, Ch., Dijkstra, A. & Dassen T. W. N. 2003a, „The Care Dependency Scale. An Assessment Instrument for Elderly Patients in German Hospitals“, *Geriatric Nursing*, 24(1):40-43.

Lohrmann, Ch., Dijkstra, A. & Dassen, T. W. N. 2003b, „Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards“, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17:51-56.

Mertens, E. I., Tannen, A., Lohrmann, Ch. & Dassen, T. W. N. 2002, „Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. Eine beschreibende Studie“, *Pflege*, 15:195-197.

Müllner, M. 2005, „Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik. Evidence Based Medicine“, 2. Auflage, Springer Verlag Wien.

Polit, D. F. & Beck Ch. T. 2004, „Nursing Research. Principles and Methods“, 7<sup>th</sup> Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

Roche Lexikon Medizin 1993, „Roche Lexikon Medizin“, 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg Verlag, München, Wien, Baltimore.

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A (Hrsg.) 2008, „Pflegetheorien. Beispiele aus den USA“, 2. ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber.

## Referenzliste

Statistisches Bundesamt 2008, „Pfleigestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich“, [18.10.2009], verfügbar unter:

<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1022196>.

Statistisches Bundesamt 2009, „Pfleigestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich-Pflegebedürftige“, [18.10.2009], verfügbar unter:

<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023651>.

Statistik Austria 2007a, „Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht 1951 bis 2001“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerung\\_nach\\_staatsangehoerigkeit\\_und\\_geschlecht\\_1951\\_bis\\_2001\\_022884.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_und_geschlecht_1951_bis_2001_022884.pdf).

Statistik Austria 2007b, „Lebenserwartung insgesamt und Lebenserwartung in guter bzw. schlechter Gesundheit seit 1991 nach Geschlecht“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_lebenserwartung\\_025419.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_lebenserwartung_025419.pdf).

Statistik Austria 2007c, „Probleme bei funktionellen Tätigkeiten (mit und ohne Hilfsmittel) nach Alter und Geschlecht in Prozent (Mehrfachangaben möglich)“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_probleme\\_bei\\_funktionellen\\_taetigkeiten\\_025418.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_probleme_bei_funktionellen_taetigkeiten_025418.pdf).

Statistik Austria 2007d, „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_subjektiver\\_gesundheitszustand\\_025417.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_subjektiver_gesundheitszustand_025417.pdf).

## Referenzliste

Statistik Austria 2007e, „Körperliche Aktivität“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_koerperliche\\_aktivitaet\\_026448.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_koerperliche_aktivitaet_026448.pdf).

Statistik Austria 2008a, „Bevölkerung Österreichs seit 1869 nach Bundesländern“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_bevoelkerung\\_seit\\_1869\\_023290.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerung_seit_1869_023290.pdf).

Statistik Austria 2008b, „Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007“, [22.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET\\_NATIVE\\_FILE&dID=51703&dDocName=034317](http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&dID=51703&dDocName=034317).

Statistik Austria 2009a, „Prävalenz chronischer Krankheiten“, [28.04.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_chronische\\_krankheiten\\_022227.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_chronische_krankheiten_022227.pdf).

Statistik Austria 2009b, „Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_bevoelkerung\\_seit\\_1869\\_031384.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerung_seit_1869_031384.pdf).

Statistik Austria 2009c, „Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 2002 nach zusammengefasster Staatsangehörigkeit - Österreich“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerung\\_zu\\_jahresbeginn\\_seit\\_2002\\_nach\\_zusammengefasster\\_staatsangeho\\_022498.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_zu_jahresbeginn_seit_2002_nach_zusammengefasster_staatsangeho_022498.pdf).

Statistik Austria 2009d, „Bevölkerungsvorausschätzung 2009 – 2050 sowie Modellrechnung bis 2075 für Österreich (Hauptzenario)“, [18.10.2009], verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/static/bevoelkerungsvorausschaetzung\\_2009-2050\\_sowie\\_modellrechnung\\_bis\\_2075\\_fuer\\_027385.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerungsvorausschaetzung_2009-2050_sowie_modellrechnung_bis_2075_fuer_027385.pdf).

## Referenzliste

Taylor, S. G. 2001, „Orem’s General Theory of Nursing and Families“, *Nursing Science Quarterly*, 14(7):7-9.

Tork, H., Lohrmann, Ch. & Dassen, T.W. N. 2008, „Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale among hospitalized school-aged children in Germany“, *Nursing and Health Sciences*, 10:17-22.

Ylieff, M., Buntinx, F., Fontaine, O. & De Lepeleire J. 2004, „Long-term Assistance and Care for Dependent Elderly and People with Dementia“, *Archives of Public Health*, 62:117-124.

# Anhang I: Fragebogen LPZ



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"/>



# Anhang I

<b>Mangelernährung</b>	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"/>
<b>Intertrigo</b>	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"/>
<b>Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	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.



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

Station/Wohnbereich/Team

2

Angaben zur Station/Wohnbereich

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"/>



Universität Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht

# Anhang I

	ja	nein
<b>Inkontinenz</b>		
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"/>
<b>Mangelernährung</b>		
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 die 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		
<b>Intertrigo</b>		
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"/>
<b>Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>		
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.





Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

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, Odembildung 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 Wohlbehagens 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

- Belastungsinkontinenz: Kennzeichen der Belastungsinkontinenz 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 wegstropfen.
- 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.

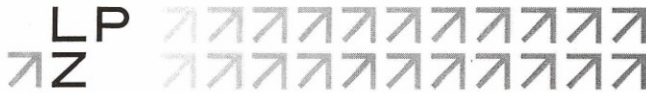
#### Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

#### Maßnahmen Mangelernährung

- Energiereiche Zwischenmahlzeiten: Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Früchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingssrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrot, Sandwiches, Pfannkuchen) zu verstehen.
- Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensi): 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





Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

## Braden-Skala

<p><b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b></p> <p>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren. <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, Kontraktionen, 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)**

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

### Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

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

	<i>Vollig abhängig</i>	<i>Überwiegend abhängig</i>	<i>Teilweise abhängig</i>	<i>Überwiegend unabhängig</i>	<i>Vollig unabhängig</i>
<b>Essen und Trinken:</b> 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"/>
<b>Kontinenz:</b> 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"/>
<b>Körperhaltung:</b> 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"/>
<b>Mobilität:</b> 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"/>
<b>Tages- und Nachtrhythmus:</b> Die Art des Schlaf-Wachverhaltens (Biorhythmus) des Betroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden:</b> 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"/>
<b>Körpertemperatur:</b> 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"/>
<b>Körperpflege:</b> 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"/>
<b>Vermeiden von Gefahren:</b> 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"/>
<b>Kommunikation:</b> Der Betroffene ist in der Lage, zu kommunizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontakte mit anderen:</b> Der Betroffene ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen, zu unterhalten und abzurechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinn für Regeln und Werte:</b> Der Betroffene ist in der Lage, Verhaltensregeln einzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alltagsaktivitäten:</b> 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"/>
<b>Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung:</b> 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"/>
<b>Lernfähigkeit:</b> 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"/>



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht

# Anhang I

**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** 23 Wenn ja, von wem?

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

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

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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

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

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

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

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Code der Einrichtung

Code des Wohnbereichs

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

# 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)



# Anhang I

## 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"/>



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten



Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

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

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

Wann entstanden (die schwerste Verletzung)		Urin	Fäkalien
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





Code der Einrichtung





Code der Abteilung



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

# 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%



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht



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

**LP**  **Z** 

Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung  Code der Abteilung

**Intertrigo** **3d**

Code des Patienten

**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 Leistengegend
- Linke Leistengegend
- 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
 

<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer
<input type="checkbox"/> Schlafzimmer	<input type="checkbox"/> Treppe
<input type="checkbox"/> Badezimmer/Toilette	<input type="checkbox"/> Draußen
<input type="checkbox"/> Flur	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Küche	
- 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



Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

## 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)

## Anhang II: Kategorienbeschreibung der Pflegeabhängigkeitsskala

<b>Essen und Trinken</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, allein zu essen und zu trinken und ihre Nahrung und Getränke zuzubereiten.				
<b>völlig abhängig</b>	<b>überwiegend abhängig</b>	<b>teilweise abhängig</b>	<b>überwiegend unabhängig</b>	<b>völlig unabhängig</b>
Sedierter Personen und Personen mit einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium sind weder in der Lage, ihre Speisen und Getränke vorzubereiten, noch diese allein einzunehmen.	Eine Person mit einer Hemiparese ist nicht in der Lage, allein ihre Mahlzeiten zuzubereiten. Sie kann aber ihre Nahrung allein in den Mund nehmen.	... ist eine Person, die zur Gewichtsreduktion einen bestimmten Diätplan einhalten soll und eine Ernährungsberatung erhält. Sie kann sich Speisen und Getränke selbstständig vorbereiten und diese einnehmen, ist aber an Diätplan und Anleitung gebunden.	Eine Person mit einer PEG/Magensonde versorgt diese größtenteils selbstständig und kann sich so in angemessener Art und Weise geeignete Speisen und Getränke zuführen.	Die Person bereitet am Tisch / Bettisch ihre Speisen und Getränke selbstständig vor. Sie benutzt bei Bedarf Besteck ohne Einschränkung. Sie tut dies in einer angemessenen Zeit.

<b>Kontinenz</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, ihre Urin- und/oder Stuhlauscheidungen willkürlich zu kontrollieren.				
<b>völlig abhängig</b>	<b>überwiegend abhängig</b>	<b>teilweise abhängig</b>	<b>überwiegend unabhängig</b>	<b>völlig unabhängig</b>
Eine Person kann Stuhl und/oder Harn nicht halten und auch nicht dem Pflegepersonal Stuhl- oder Harndrang signalisieren. Sie ist immer inkontinent.	Eine verwirrte Person, die nicht in der Lage ist allein die Toilette zu benutzen, signalisiert dem Pflegepersonal nur teilweise ihren Stuhl oder Harndrang. Dadurch kommt es häufig zur Inkontinenzereignissen.	Eine Person mit einer Dranginkontinenz ist meistens (nicht immer) in der Lage, kontinent zu sein, wenn sie sich nach einem Plan richtet.	Eine Person ist stuhl- und/oder harninkontinent, sie nutzt größtenteils selbstständig Hilfsmittel und Maßnahmen zur Kompensation.	Eine Person ist stuhl- und harnkontinent. Oder: Eine Person versorgt selbstständig und mit Erfolg ihren Anus praeter bzw. ihr Harnkathetersystem.

<b>Körperhaltung</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, bei bestimmten Aktivitäten die richtige Körperhaltung einzunehmen				
<b>völlig abhängig</b>	<b>überwiegend abhängig</b>	<b>teilweise abhängig</b>	<b>überwiegend unabhängig</b>	<b>völlig unabhängig</b>
Eine Person mit einer Hemiparese kann nicht allein aufrecht sitzen und keine Positionsveränderungen vornehmen.	Eine Person mit einer Hemiparese wird zum Essen/Waschen vom Pflegepersonal in eine sitzende Position gebracht. Dort sitzt sie gestützt durch Lagerungsmittel sicher allein.	Eine Person kann ihre Position im Bett selbstständig wechseln, benötigt aber Hilfe beim Aufstehen.	Eine Person ist mit geringer Unterstützung in der Lage, selbstständig für jede ihrer Aktivitäten eine angemessene Körperhaltung einzunehmen.	Eine Person ist in der Lage, selbstständig für jede ihrer Aktivitäten eine angemessene Körperhaltung einzunehmen.

<b>Mobilität</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich alleine fortzubewegen.				
<b>völlig abhängig</b>	<b>überwiegend abhängig</b>	<b>teilweise abhängig</b>	<b>überwiegend unabhängig</b>	<b>völlig unabhängig</b>
Eine Person ist aufgrund ihrer Erkrankung immobil und kann sich überhaupt nicht mehr allein fortbewegen	Eine Person läuft mit dem Gehwagen über die Station, benötigt allerdings eine Begleitperson. Mit dieser Unterstützung bewältigt sie kurze Distanzen auf der Station.	Eine Person kann kürzere Strecken mit Verwendung von Hilfsmitteln sicher gehen, für längere Spaziergänge benötigt sie allerdings eine Begleitperson.	Eine Person nach einer Knie Totalendoprothese benötigt Anleitung hinsichtlich der Verwendung von Hilfsmitteln um sicher gehen zu können.	Eine Person kann verschiedene Distanzen sicher gehen sowie Treppen steigen und tut dies ohne Einschränkungen.

(Dassen et al. 2008b)

## Anhang II

<b>Tag-/Nachtrhythmus</b>				
Ausmaß, in dem eine Person einen angemessenen Tag-/Nachtrhythmus aufrechterhalten kann.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person mit fortgeschrittener Demenz ist bezüglich des Tag-/Nachtrhythmus unempfindlich. Sie ist also in diesem Bereich völlig auf Pflege angewiesen.	Eine bettlägerige Person mit einer Diarrhöe muss sehr häufig auf das Stechbecken/den Toilettstuhl gesetzt werden. Ein ausreichender Tag-/Nachtrhythmus ist so kaum möglich.	Eine Person mit einer Depression ist auf Motivation zur Bewältigung des Tagesablaufes durch das Pflegepersonal angewiesen, führt aber alles selbst aus.	Eine Person mit Durchschlafstörung nimmt nachts mitunter pflegerischen Beistand in Anspruch. Sie kann eventuelle Müdigkeit aber im Laufe des Tages (zum Beispiel durch einen Mittagsschlaf) kompensieren.	Eine Person kann ohne Hilfe nachts ausreichend schlafen und ist am Tag angemessen aktiv.

<b>An- und Auskleiden</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich allein an- und auszukleiden.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person ist geistig (Entscheidung, wann und wie) und/oder motorisch nicht in der Lage, das An- und Auskleiden ohne Hilfe zu bewältigen.	Eine Person mit einer Demenz benötigt beim An- und Auskleiden immer Anleitung. Sie ist aber motorisch (Durchführung) in der Lage, Anweisungen des Pflegepersonals umzusetzen.	Eine Person mit einer Depression (aber ohne motorische Defizite) benötigt manchmal Zuwendung und motivierende Ansprache, um das An- und Auskleiden selbst angemessen zu bewältigen.	Eine Person mit Rheuma in den Fingergelenken ist in der Lage, sich weitgehend selbstständig an- und auszukleiden, sie braucht aber Hilfe bei der Bewältigung feinmotorischer Aufgaben wie Knöpfe oder Reißverschlüsse schließen.	Eine Person, ist in der Lage, sich ohne fremde Hilfe, zu einem angemessenen Zweck und in angemessener Zeit ihre Kleidung anzuziehen bzw. auszuziehen.

<b>Körpertemperatur</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, ihre Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse zu schützen.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person benötigt nach einer langwierigen Operation eine Wärmedecke. Das Pflegepersonal erhält durch regelmäßige Beobachtung und Regulierung der Wärmedecke eine angemessene Körpertemperatur.	Eine Person mit Demenz ist nicht in der Lage, zwischen kalten und warmen Temperaturen zu unterscheiden. Sie kann aber Anleitung vom Pflegepersonal teilweise selbstständig umsetzen.	Eine Person mit Bettruhe lässt oft im Tagesverlauf ihre Bettdecke vom Pflegepersonal wechseln (dicke Decke – dünne Decke). Sie deckt sich aber im Bett je nach Empfinden selber auf und zu.	Eine Person mit gebrochenem Arm leidet gelegentlich unter kalten Füßen. Dann benötigt sie Unterstützung bei der Bereitung einer Wärmflasche.	Eine Person ist eigenständig in der Lage, mit geeigneten Maßnahmen und mit Erfolg ihre Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse zu schützen.

<b>Körperpflege</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich selbstständig zu pflegen.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person mit einem akuten Insult ist aufgrund der Einschränkungen des Bewusstseins und der Motorik in keiner Weise in der Lage, erfolgreich die Körperpflege durchzuführen.	Eine Person nach einer Hüft Operation ist am zweiten postoperativen Tag in der Lage, die meisten Pflegeverrichtungen im Oberkörperbereich mit wenig Unterstützung durchzuführen. Für andere Körperbereiche ist dagegen noch viel Unterstützung erforderlich.	Eine Person nach einer Gallen Operation ist am zweiten postoperativen Tag in der Lage, die meisten Pflegeverrichtungen (waschen, Zähneputzen, Haare kämmen etc.) durchzuführen. Beobachtung und wenige Hilfen sind aber noch nötig.	Eine Person benötigt einmal am Tag Hilfe bei der Pflege ihrer Füße/ihrer Haare/ihrer Rückens durch das Pflegepersonal. Andere Verrichtungen bewältigt sie eigenständig.	Eine Person kann eigenständig, also ohne fremde Hilfe, ihren Körper pflegen.

(Dassen et al. 2008b)

## Anhang II

<b>Vermeiden von Gefahren</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, selbständig Gefahren in der Umgebung zu erkennen und für ihre Sicherheit zu sorgen.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person im Koma ist bezüglich des Erkennens und Einschätzens von Gefahren in ihrer Umgebung unempfindlich. Folglich finden auch ohne Hilfe keine Maßnahmen zur Vermeidung statt.	Eine bettlägerige Person kann Gefahren in ihrem Umfeld, z.B. ein liegen gebliebenes Skalpell, zwar erkennen, benötigt jedoch zur Vermeidung/Beseitigung von Gefahren die Hilfe des Pflegepersonals.	Eine Person mit eingeschränktem Seh- und Hörvermögen ist nur teilweise in der Lage, gefährliche Situationen in der eigenen Umgebung zu erkennen.	... ist eine Person, die ohne Einschränkungen in der Lage ist, Gefahren in ihrer Umgebung richtig zu erkennen und einzuschätzen. Sie benötigt jedoch zur erfolgreichen Vermeidung dieser Gefahren etwas mehr Zeit (z.B. aufgrund motorischer Einschränkungen).	... ist eine Person, die ohne Einschränkungen in der Lage ist, Gefahren wie Türschwellen und rutschende Teppiche in ihrer Umgebung richtig zu erkennen und einzuschätzen. Sie ergreift binnen kurzer Zeit geeignete Maßnahmen zum Schutz ihrer Sicherheit.

<b>Kommunikation</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, verbal und nonverbal zu kommunizieren.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person, die nicht in der Lage ist, Gesagtes akustisch und/oder inhaltlich zu verstehen und sich selbst sinnvoll zu äußern, benötigt hier permanente Unterstützung durch das Pflegepersonal.	Eine Person mit einer Aphasie ist teilweise in der Lage verbal und nonverbal zu kommunizieren. Sie benutzt Laute, um ihre Erlebnisse mitzuteilen und sie versteht an Stimmlage und Betonung, was andere beabsichtigen mitzuteilen.	Eine Person mit eingeschränktem Seh- und Hörvermögen ist nur teilweise in der Lage, ohne Hilfe angemessen zu kommunizieren.	Eine Person kann sich gut verbal ausdrücken, ist aber aufgrund einer leichten Sehstörung eingeschränkt. Nonverbale Kommunikation ist für sie schwer verständlich.	Eine Person ist in diesem Bereich dann unabhängig, wenn sie verbal und nonverbal ohne Einschränkungen und in angemessener Art und Weise kommunizieren kann.

<b>Kontakte mit Anderen</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, soziale Kontakte aufzunehmen, aufrechtzuerhalten und zu beenden.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine sedierte Person ist nicht in der Lage, soziale Kontakte mit Anderen aufzunehmen und zu unterhalten. Sie benötigt permanente Zuwendung und Unterstützung.	Eine blinde/taube Person kann im ungewohnten Umfeld der Station/Klinik nur durch ausreichend Hilfe und Zuwendung soziale Kontakte in angemessener Form pflegen.	Eine depressive Person ist in der Lage, eine nur begrenzte Anzahl von Kontakten zu anderen Personen aufrechtzuerhalten.	Eine sehbehinderte Person ist oft auf den „ersten Schritt“ der anderen angewiesen, um Kontakte mit Anderen zu pflegen.	Eine Person ist in der Lage, sinnvoll und in angemessener Form soziale Kontakte mit Anderen aufzunehmen, zu unterhalten und zu beenden.

<b>Sinn für Regeln und Werte</b>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, Regeln und Werte einzuhalten.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
... ist eine Person, die in keiner Weise bestehende Regeln und Werte erkennt und einhält. Sie ist in diesem Bereich auf permanente Unterstützung angewiesen.	Eine Person, deren Orientierung zu Zeit, Ort und Person wechselnd ist, benötigt viel Zuwendung und Anleitung vom Pflegepersonal in diesem Bereich. Sie ist in orientierten Phasen jedoch in der Lage, Regeln einzuhalten und Wert auf Privatsphäre zu legen.	Eine Person erkundigt sich häufig nach Dingen des Tagesablaufes auf der Station, die sie eigentlich aufgrund ihrer Verweildauer schon kennen müsste. Durch Information seitens des Pflegepersonals erinnert sie sich aber schnell wieder an bestehende Regeln.	... in diesem Bereich ist eine Person, die neu auf der Station ist und sich bestehende spezielle Abläufe noch aneignen muss. Nötige informative Unterlagen werden ihr zur Verfügung gestellt.	Eine Person ist sich der bestehenden Regeln und Werte bewusst, die innerhalb und außerhalb der Einrichtung gelten. Sie verhält sich entsprechend und legt Wert auf ihre Privatsphäre.

(Dassen et al. 2008b)

## Anhang II

<u>Alltagsaktivitäten</u>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, tägliche Anforderungen und Aktivitäten innerhalb der Einrichtung zu bewältigen.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person nach Schlaganfall mit Bewusstseinsstörung ist nicht in der Lage, tägliche Anforderungen und Aktivitäten zu organisieren und zu bewältigen. Sie ist in diesem Bereich immer auf Hilfe angewiesen.	Eine Person mit einer reaktiven Depression muss durch das Pflegepersonal sehr oft animiert und motiviert werden, um selbst einfache Alltagsaktivitäten in Angriff zu nehmen und zu meistern.	Eine Person während der Rekonvaleszenz nach Herzinfarkt ist in der Lage, Anforderungen wie Besuch empfangen oder fernzusehen zu bewältigen, wenn es nicht zu lange dauert. Für weitere Aktivitäten ist Unterstützung nötig.	Eine Person ist zur Bewältigung von Alltagssituationen auf zusätzliche Erläuterungen angewiesen. Mit dieser Unterstützung meistert sie die Anforderungen des Alltags eigenständig.	Eine Person bewältigt tägliche Anforderungen und Aktivitäten vollkommen selbstständig.

<u>Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung</u>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, durch sinnvolle Beschäftigung ihre Zeit während des stationären Aufenthaltes zu gestalten.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine akut verwirrte Person ist nicht in der Lage, sich selbstständig sinnvoll zu beschäftigen und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen.	Eine Person mit einer Depression muss durch das Pflegepersonal sehr oft animiert und motiviert werden, um sich während der Zeit in der Klinik sinnvoll zu beschäftigen und Angebote zur Freizeitbeschäftigung wahrzunehmen.	Eine Person mit starken Schmerzen nach einer Operation ist nicht fähig, sich zum Beispiel länger mit Besuch zu unterhalten oder zu lesen. Durch geeignete Maßnahmen der Schmerzreduktion kann sie solchen Aktivitäten länger nachgehen.	Eine Person nutzt gern die Angebote zur Freizeitbeschäftigung und ist am tagespolitischen Geschehen interessiert. Sie benötigt aber aufgrund einer Sehbehinderung Unterstützung beim Vorlesen der Tageszeitung oder beim Einstellen des Senders Radio/TV-Senders.	... ist eine Person, die durch sinnvolle Beschäftigung wie Lesen, Musik hören oder Fernsehen ihre Freizeit während des Aufenthaltes in der Klinik gestalten kann.

<u>Lernfähigkeit</u>				
Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erwerben und/oder Dinge zu behalten, die er/sie früher gelernt hat.				
völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Eine Person mit einer fortgeschrittenen Demenz ist nicht in der Lage, wichtige Dinge wie beispielsweise den Tagesablauf auf der Station oder den Namen der Einrichtung zu behalten bzw. neue Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlernen.	Eine Person nach einem Insult lernt unter Anleitung ihre gelähmte Körperhälfte neu kennen und akzeptieren. Sie benötigt Unterstützung bei der Anwendung spezieller Hilfsmittel (zum Beispiel Besteck oder Gehhilfe).	Eine Person soll im Krankenhaus das Insulinspritzen lernen. Sie ist in der Lage dieses mit entsprechender Anleitung und Übung durchzuführen. Das Spritzen muss aber vom Pflegepersonal noch kontrolliert werden.	Eine Person, die in der Lage ist, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten (beispielsweise die Bedienung des Betttelefons) neu zu erwerben, die dafür aber etwas mehr Zeit in Anspruch nimmt.	... ist eine Person, die in der Lage ist, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten wie die Befolgung eines Diätplans neu zu erwerben und/oder Dinge zu behalten, die sie früher gelernt hat, beispielsweise Insulin spritzen.

(Dassen et al. 2008b)

# Lebenslauf

---

## PERSÖNLICHE ANGABEN:



Vorname: Peter  
Nachname: Prieschl  
Akademischer Grad: BSc.  
Geburtstag: 11.01.1982  
Geburtsort: Leoben  
Adresse: Karl – Schöberl – Hof 1  
Ort: 8605 Kapfenberg  
Telefonnummer: 0676 / 84 99 25 81  
Nationalität: Österreich  
Familienstand: ledig  
E-mail - Adresse: peter.prieschl@gmx.at

## AUSBILDUNG:

seit 2007 Student an der Medizinischen Universität Graz  
(Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft)

2005 – 2007 Student an der Medizinischen Universität Graz  
(Bachelorstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft)

2002 – 2005 Student an der Medizinischen Universität Graz (Medizin)

2001 – 2002 Präsenzdienst

1992 – 2001 Realgymnasium mit Matura

1988 – 1992 Volksschule

## SPRACHKENNTNISSE

- Englisch
- Italienisch

## QUALIFIKATIONEN:

- Trainerausbildung Natur sicher erleben – Erste Hilfe Outdoor seit 2009
- Mitarbeiter (Study nurse) an einer klinischen Studie von 2003 – 2008

## Lebenslauf

- Studienassistent an der Medizinischen Universität Graz am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft von 2008 bis 2009
- freier Mitarbeiter der Firma IPPS Dr. Angerer KEG seit 2008
- Lehrbeauftragter für Erste Hilfe beim ÖRK seit 2008
- Rettungsschwimmer seit 2007
- Führungskräfteausbildung 2 beim ÖRK seit 2007
- Führungskräfteausbildung 1 beim ÖRK seit 2006
- Einsatzfahrer beim ÖRK seit 2003
- Rettungssanitäter beim ÖRK Bruck/Kapfenberg seit 2001
- European Computer Driving Licence (Grundlagen der Informations- und Kommunikationstechnologie, Computerbenutzung und Dateimanagement, Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Datenbanken anwenden, Präsentation und Web und Kommunikation) seit 2001
- Führerschein der Klassen A und B seit 2000

### **FERIALARBEITEN:**

Stadtwerke Kapfenberg

- 1997 und 1998

Mürztaler Verkehrs Gesellschaft (MVG)

- 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 und 2009

### **WISSENSCHAFTLICHE VORTRÄGE:**

- Symposium „Optimierte Versorgung von Frauen/PatientInnen mit Migrationshintergrund und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige“ am 03. Februar 2009
  - Teilredner bei „Kooperation und Kommunikation durch das World Wide Web im transkulturellen Fokus“
  - Teilredner bei „Zu Hause pflegen können?! – Ihre Angehörigenschule hilft Ihnen“
- Workshop Landesweite Prävalenzerhebung (LPZ) am 15. September 2009
  - Redner zum Thema Pflegeabhängigkeit
- 5. Symposium der Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft „Forschung trifft Praxis“ am 29. September 2009

## Lebenslauf

- Teilredner bei „Projekt aus dem Modul – Verbesserung der Praxis: Angehörigenschulung“

### **POSTERPRÄSENTATION:**

- 4. Symposium der Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft „Forschung trifft Praxis“ am 22. Oktober 2008 zum Thema „Die Verwendung des Modells von Rogers zur Implementierung der Pflegeabhängigkeitsskala in einem steirischen Pflegeheim“

### **FORSCHUNGSASSISTENT:**

- „Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ 2009

### **KONGRESSE:**

- Mitarbeit und Organisation der 10<sup>th</sup> European Doctoral Conference in Nursing Science (EDCNS) in Graz vom 18. – 19. September 2009 in Graz

*Peter Prieschl, BSc.*

Peter Prieschl, BSc.

Stand des Lebenslaufs: 25. November 2009